

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

# puls

październik 2016 nr 10

Ubezpieczenie OC  
w składce  
na samorząd.  
Już 16 tys.  
ubezpieczonych

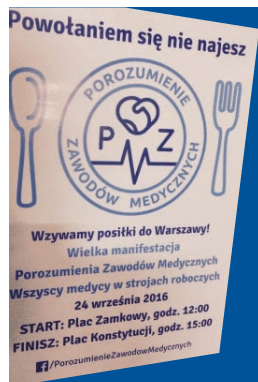
Rozmowa  
z prof. dr. hab. n. med.  
**Mirosławem  
Wielgosiem**,  
rektorem  
Warszawskiego  
Uniwersytetu  
Medycznego  
[str. 4]

Manifestacja  
Porozumienia  
Zawodów  
Medycznych  
[str. 1]

Zakażenia  
w gabinecie  
stomatologicznym  
[str. 12]

(Nie) chcemy  
umierać  
na dyżurach!  
[str. 20]





# Manifestowali w Warszawie

Z hasłem „Czas na zdrowie +. Lepsze warunki pracy, zatrudnienia i leczenia” umieszczonym na banerze 24 września przeszła ulicami Warszawy manifestacja Porozumienia Zawodów Medycznych. W marszu, który rozpoczął się przed Zamkiem Królewskim i zakończył na pl. Konstytucji, wzięli udział przedstawiciele związków i organizacji zrzeszonych w PZM: lekarze i lekarze dentyści, ratownicy medyczni, fizjoterapeuci, radiolodzy, technicy, diagnostki laboratoryjni, dietetycy. Także psychologzy kliniczni, logopedzi i farmaceuci szpitalni. Wśród zgromadzonych były również pielęgniarki i położne, choć ich związek nie przyłączył się do protestu (warunek z porozumienia z poprzednim ministrem zdrowia). W manifestacji uczestniczyli przedstawiciele ORL w Warszawie. Samorząd lekarski reprezentował prof. Romuald Krajewski, wiceprezes NRL, a Okręgową Radę Lekarską w Warszawie – wiceprezes Julian Wróbel.

Manifestujący domagali się zwiększenia nakładów na ochronę zdrowia do 6,8 proc. PKB, poprawy warunków pracy i leczenia pacjentów, zmniejszenia biurokracji. Zwracali uwagę na sytuację demograficzną, starzenie się społeczeństwa i potrzeby zdrowotne pacjentów oraz przestrzegali przed skutkami zawodowej emigracji kadr medycznych i zaniedbań w systemie.

– *Przyszliśmy tutaj za swoje i po swoje, przyszliśmy po to, co należy się pacjentom* – mówił Krzysztof Bukiel, przewodniczący OZZL. Zaznaczał, że polska służba zdrowia wciąż czeka na swój czas, bo zawsze jest coś ważniejszego, kopalnie albo ubezpieczenia społeczne. – *Najmniej lekarzy w Europie jest w Polsce, najmniej pielęgniarek, a przedstawiciele niektórych zawodów medycznych w szpitalach w ogóle nie ma, bo nie ma na to pieniędzy* – podkreślał.

– *To, że jesteśmy razem, że rozmawiamy, że mamy wspólne cele, to wielka szansa dla systemu ochrony zdrowia, dla Polski, dla pacjentów. Czas na zdrowie +. Teraz* – twierdził prof. Romuald Krajewski.

Do zebranych na pl. Konstytucji przemówił również minister zdrowia Konstanty Radziwiłł. W krótkim wystąpieniu zadeklarował, że nakłady na służbę zdrowia będą stopniowo wzrastały. Po zaproszeniu do dialogu odmówił jednak odpowiedzi na pytania manifestantów, a to nie spotkało się z przychylnym przyjęciem.

Podczas manifestacji zbierano podpisy pod obywatelskim projektem ustawy o minimalnym wynagrodzeniu w ochronie zdrowia. ■ **ach**



Fotografie: egw i ach



## Po spotkaniu 27 września 2016 r.

**Łukasz Jankowski,**  
członek zarządu Porozumienia Rezydentów:

– [...] Spytaliśmy ministra Radziwiłła, czy jest możliwe, żeby do końca kadencji nakłady na ochronę zdrowia wzrosły do 6 proc. PKB. Nie potwierdził tego. Pan minister jak mantrę powtarzał, że nakłady na ochronę zdrowia wzrosną do 2025 r.

Pytaliśmy także, czy pan minister wie, ilu pacjentów może umrzeć lub stracić zdrowie na skutek tego, że nakłady na służbę zdrowia nie będą wystarczające. Minister Radziwiłł stwierdził, że nie ma takich danych, i podkreślił, że – jego zdaniem – poziom finansowania ochrony zdrowia nie ma bezpośredniego wpływu na bezpieczeństwo zdrowotne Polaków. [...]

Nie doszło do żadnego porozumienia. Nie było zapowiedzi kolejnych rozmów. [...] Resort żąda od nas akceptacji dla swoich propozycji, a nie odnosi się do zgłaszanych przez nas potrzeb.

Źródło: „Menedżer Zdrowia”, 28 września 2016 r.



Nr 10/2016 (258)  
październik 2016

Na okładce:  
JM Rektor WUM prof. dr hab. n. med.  
Miroslaw Wielgoś  
(fot. M. Teperek)

W numerze m.in.:

▶ Manifestacja Porozumienia...	1
▶ <b>powiem wprost</b>	3
▶ <b>wywiad</b>	4
▶ Goniec Medyczny	7
▶ O stomatologii światowo...	8
▶ Zakażenia w gabinecie...	12
▶ Przyzębienie kosmonautów	14
▶ Niejawne lub niejasne	17
▶ <b>etyka</b>	18
▶ (Nie) chcemy umierać na dyżurach!	20
▶ <b>doniesienia naukowe</b>	22
▶ 20 lat minęło...	23
▶ Niedoceniane zagrożenia zdrowotne	24
▶ Jazda po bandzie	26
▶ X Charytatywna Gala Karnawałowa	28
▶ Prawa rodziny pacjenta	29
▶ <b>leczymy ból</b>	30
▶ z Delegatury Radomskiej	32
▶ z Mazowsza	33
▶ u nas w samorządzie	34
▶ Posłuchać, zobaczyć...	38
▶ literatura i życie	42
▶ ciekawe miejsca	45
▶ muzy i my	46
▶ Przeżyć – i co dalej?	48
▶ wspomnienia	50
▶ nowe przepisy prawne	54
▶ <b>felietony:</b>	
▷ Gwiazdowicz-Włodarczyk	2
▷ Balicki	16
▷ Walewski	16
▷ Kowal	38
▷ Jankowska	39
▷ Ciepły	41
▷ Müldner-Nieckowski	43

Fot. archiwum



# Uporczywa terapia

**Ewa Gwiazdowicz-Włodarczyk**  
redaktor naczelna

W lipcu w krakowskim szpitalu zmarła trzymiesięczna dziewczynka. Z informacji medialnych wynikało, że do śmierci dziecka mogła się przyczynić pielęgniarka, omyłkowo podając niewłaściwy lek. Prokuratura wszczęła śledztwo nie tylko w sprawie nieumyślnego spowodowania śmierci, ale także w celu sprawdzenia procedur w szpitalu, w tym obsady kadrowej – donosiła prasa.

Jeszcze tak niedawno minister Bartosz Arłukowicz próbował zbijać kapitał polityczny na obciążaniu winą lekarzy za śmierć pacjentów w polskich szpitalach, chcąc ukryć w ten sposób nieudolność i zaniechania w reformowaniu służby zdrowia. Od lat powszechnie wiadomo, że na dyżurach w szpitalach, zwłaszcza w nocy, na 20–30 pacjentów przypada jedna pielęgniarka, a na niektórych oddziałach (i to nawet zabiegowych) po południu i w nocy nie ma lekarza, bo trzeba oszczędzać.

Kolejne ekipy rządzące nie przyjmują do wiadomości, że brakuje lekarzy i pielęgniarek. Są przekonane, że system ochrony zdrowia jakoś funkcjonuje, mimo że kolejki do lekarzy i do szpitali się wydłużają. Co jakiś czas prominentny polityk lub minister zdrowia opowiada, że skróci, ba – nawet zlikwiduje, kolejki do lekarzy w Polsce. Ogarnia mnie wtedy pusty śmiech.

Absolwenci kierunków medycznych, mając alternatywę zarabiania w krajach skandynawskich, u naszych zachodnich sąsiadów czy na Wyspach Brytyjskich mniej więcej tyle, co w Polsce, tylko nie w złotówkach, ale w euro, ku zdumieniu polityków wybiorą oczywiście zarobki w euro. Starsi (większość specjalistów pracujących w Polsce ma ponad 55 lat), pracujący na kilku etatach lub, co gorsza, na umowach cywilnoprawnych, są przemęczeni, często wypaleni zawodowo i nie dają rady. Stąd coraz dłuższe kolejki, stąd coraz łatwiej o błąd lub niedopatrzenie i stąd powikłania czy wreszcie tragedie, o których tak chętnie donoszą media.

Szkoda tylko, że rzadko mówi się o prawdziwych przyczynach tych tragedii, które leżą nie tylko po stronie pracowników służby zdrowia, ale wynikają z błędnych decyzji politycznych, złej organizacji, niedofinansowania itd. To w ich wyniku tak naprawdę cierpią polscy pacjenci, to przez te nieodpowiedzialne i dyktowane politycznymi przesłankami decyzje od ponad 25 lat nie można naprawić polskiej ochrony/służby zdrowia.

– Po wielu miesiącach prób kontaktu z rządem, po czerwcowej manifestacji lekarzy rezydentów tym razem wszyscy pracownicy ochrony zdrowia wychodzą na ulice, by zmanifestować swój sprzeciw wobec dramatycznie złych warunków pracy i leczenia pacjentów w Polsce. 24 września 2016 r. w Warszawie odbędzie się manifestacja pracowników ochrony zdrowia organizowana przez powstałe w marcu 2016 r. Porozumienie Zawodów Medycznych – mówił przed wrześniową manifestacją Krzysztof Bukiel. – Jesteśmy zmęczeni i przepracowani. Zarabiamy 14 zł za godzinę. [...] Nie zmuszajcie nas do wyjazdu zagranicę. Chcemy leczyć w Polsce – podkreślała Joanna Matecka z Porozumienia Rezydentów.

Łatwo mówić, że „lepszy lekarz przemęczony niż brak lekarza”, a tak teraz twierdzi minister zdrowia. Etycy wielokrotnie wypowiedali się o tzw. niepotrzebnej uporczywej terapii, kiedy chory umiera. To, co proponowane jest polskim pacjentom i pracownikom medycznym, to właśnie uporczywa terapia. ■

# Najwyższy czas na zdrowie

**Andrzej Sawoni**  
prezes ORL w Warszawie



Fot. egw

**G**łos tych, którzy 24 września przeszli w pochodzie Porozumienia Zawodów Medycznych, wskazuje, że problemy systemu ochrony zdrowia wciąż pozostają nierozwiązane. Żądanie zwiększenia nakładów na ochronę zdrowia do 6,8 proc. PKB, wspólny postulat manifestantów, świadczy o odpowiedzialności za bezpieczeństwo zdrowotne obywateli. Cieszę się, że ten solidarny protest przedstawicieli zawodów medycznych, prowadzony w imię potrzeb zdrowotnych nas wszystkich, zyskał poparcie samorządu lekarskiego, a izby lekarskie, wzorem OIL w Warszawie, wsparły organizację manifestacji. Doceniam to zaangażowanie.

System ochrony zdrowia potrzebuje pieniędzy. Potrzebuje funduszy na inwestycje, poprawę warunków pracy personelu i leczenie chorych, a także na wynagrodzenia – nie tylko na podwyżki, ale i uzupełnienia wyraźnie odczuwalnych już braków w zatrudnieniu. Jeżeli nie chcemy tracić lekarzy, pielęgniarek, specjalistów innych zawodów medycznych, którzy poszukując lepszych warunków pracy, zasilą kadrę medyczną w placówkach zagranicą, jeżeli chcemy zapewnić w Polsce godną i bezpieczną opiekę zdrowotną, potrzebujemy pieniędzy. Powołanie i idee nie wystarczą. Wiedzą o tym wszyscy: menedżerowie, personel medyczny, także pacjenci. Wiedzą zarówno rezydenci, których głos jest ostatnio szczególnie słyszalny, jak i studenci medycyny. Wie również minister zdrowia i obiecuje, że poprawa nastąpi, a nakłady na służbę zdrowia będą rosły, choć nie z dnia na dzień. Będzie lepiej może za rok, może za dwa, na pewno za dekadę. To jednak bardzo daleka perspektywa, zwłaszcza gdy problemy musimy rozwiązywać już dzisiaj.

Szukanie rozwiązań w ochronie zdrowia bez nakładów finansowych jest daremne. Za deklaracjami muszą pójść czyny i oby minister zdrowia znalazł skuteczny sposób na szybsze pozyskanie tak potrzebnych środków. Osoby stojące dzisiaj u steru władzy także bywają pacjentami, jak każdy. Powinni o tym pamiętać. Już najwyższy czas na zdrowie, nam wszystkim wyjdzie to „na plus”. ■

## Komunikat Komisji ds. Lekarzy Emerytów i Rencistów ORL w Warszawie

**O**d 1 października 2016 r. w siedzibie OIL w Warszawie (na parterze) będzie działał punkt druku recept (dla lekarzy emerytów posiadających umowę z NFZ *pro auctore* i *pro familia*). Zapraszam również do korzystania z informacji telefonicznej dotyczącej wystawiania recept 75+, pod numerem: 22-54-28-330 (Renata Sobolewska), w godz. 9.00–15.00.

Jednocześnie informuję, że z końcem roku (31.12.2016) wygasają dotychczasowe umowy o wypisywanie leków refundowanych. Wymaga to ponownego złożenia wniosku we właściwym oddziale NFZ.

Szczegółowe informacje dotyczące wystawiania recept 75+ znajdują się na stronie: [www.izba-lekarska.pl](http://www.izba-lekarska.pl) ■

**Włodzimierz Cerański**  
przewodniczący Komisji ds. Lekarzy Emerytów i Rencistów ORL w Warszawie

facebook.com/OILWarszawa



Światowy Kongres  
Stomatologiczny FDI  
w Poznaniu  
str. 8



Niejawne lub niejasne  
str. 17



Przeżyć – i co dalej?  
str. 48

**Z rektorem Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego prof. dr. hab. n. med. Mirosławem Wielgosiem rozmawia Ewa Gwiazdowicz-Włodarczyk.**

**Panie profesorze, jest pan przedstawicielem młodego pokolenia ludzi nauki, ma pan świeże spojrzenie na potrzeby młodych ludzi i wyzwania stojące przed nowoczesną uczelnią. Jakie są pana najbliższe plany jako rektora?**

Taka jest tendencja, na wielu uczelniach nastąpiło „odmłodzenie” władz. Można powiedzieć, że na naszych oczach dokonuje się zmiana pokoleniowa, i można zakładać, że wszyscy, którzy przyczynili się do takich wyborów, oczekują rzeczywiście nowego spojrzenia. Na Warszawskim Uniwersytecie Medycznym podczas kampanii wyborczej pojawiło się hasło „Nowe otwarcie”. Co to oznacza, trudno w tej chwili jednoznacznie zdefiniować. Myślę jednak, że jest to wizja uczelni opierającej się na modelu federacyjnym, czyli współistnieniu wydziałów o dużej autonomii. Jestem również za większym udziałem w kierowaniu uczelnią dziekanów wydziałów, choć do tej pory nie widziano ich w takiej roli. Dotychczas ograniczali się wyłącznie do podejmowania decyzji dotyczących swoich wydziałów i często nie wiedzieli, co dzieje się na innych wydziałach i jakie są ich potrzeby. Dopuszczenie tych osób do ścisłego grona podejmującego decyzje i kierującego uczelnią pozwoli na holistyczne spojrzenie na nią i jej problemy.

# Uczelnia z wizją

**Jak ocenia pan kadre WUM?**

To najlepsza kadra w Polsce, którą tworzą setki samodzielnych pracowników nauki: profesorów, doktorów habilitowanych, doktorów nauk medycznych. To śmietanka świata medycznego, najwybitniejsi specjaliści w różnych dziedzinach medycyny. Nawiążę do dyskusji o ustawie o szpitalach klinicznych – ważne jest, żeby ów dokument powstał, chociażby dlatego, że te szpitale powinny być inaczej finansowane. Powinny być finansowane tak, żeby mogły utrzymać najwyższy standard zatrudnienia. Teraz mamy do czynienia z paradoksem, np. szpitale miejskie są finansowane przez swoje organy założycielskie, a szpitale kliniczne, które leczą (tylko często lepiej) tych samych pacjentów, nie mają żadnego wsparcia z funduszy lokalnych, miejskich, samorządowych, mimo że – zgodnie z obecnie obowiązującym prawem – byłoby to możliwe.

**Jak umiejscowiłby pan WUM na mapie polskich szkół wyższych?**

WUM jest wiodącą uczelnią w Polsce, zajmuje czołowe lokaty pod względem osiągnięć naukowych i dydaktyki we wszelkiego rodzaju rankingach. Jednak zawsze podkreślam, że nie możemy spoczywać na laurach, bo konkurencja jest bardzo silna. Pamiętajmy, że powstają nowe kierunki lekarskie w różnych wyższych szkołach publicznych, a także tworzą się kierunki lekarskie na uczelniach prywatnych.

**Jakie są pana pierwsze pomysły dotyczące funkcjonowania WUM?**

Nie chcę podejmować rewolucyjnych decyzji w pierwszych dniach urzędowania. Zmiany trzeba przeprowadzać rozważnie, aby nie wylać dziecka z kąpielą. Głównym punktem mojego programu wyborczego był rozwój nauki na naszej uczelni. W ostatnim czasie powstało wiele inwestycji, które możemy oglądać i podziwiać. To dobrze, ale teraz czas na wykorzystanie owych „narzędzi” i wspieranie tych, którzy postawią na rozwój naukowy WUM. Jednym z priorytetów jest budowanie jeszcze silniejszej marki uczelni. W tym celu utworzone zostało stanowisko piątego prorektora, którego działania ukierunkowane będą na umiędzynarodowienie, promocję i rozwój uniwersytetu.

**Jak pan widzi współpracę z samorządem studentów, z samorządem doktorantów i innymi samorządami działającymi na uczelni?**

Bardzo dobrze widzę tę współpracę, bo gdy pełniłem funkcję dziekana, dobrze współpracowało mi się ze wszystkimi gremiami studenckimi. Nigdy nie miałem z tym problemu, zawsze starałem się słuchać, o czym mówią studenci i z jakimi problemami występują.

**Czy uczelnię stać na to, by stała się też centrum kształcenia podyplomowego?**

WUM ma prężnie rozwijające się Centrum Kształcenia Podyplomowego, w randze wydziału, które bardzo dynamicznie rozwija się pod kierownictwem prof. Bolesława Samolińskiego. Ostatnio został uruchomiony, we współpracy ze Szkołą Główną Handlową, projekt MBA. Będziemy mieli w ofercie nowe studia, na które jest duże zapotrzebowanie. Myślę też, że nowa kadencja to czas, aby przyjrzeć się kompleksowo, co jest opłacalne, a co nie, i otworzyć się bardziej na kierunki, które będą przynosiły korzyści finansowe, nie zapominając oczywiście o priorytetach i misji uczelni.

Chciałbym zacieśnić współpracę z Centrum Medycznym Kształcenia Podyplomowego. Rzecz jasna można rozważać różne warianty takiej współpracy, dziś jeszcze za wcześnie, żeby o tym mówić. Należy jednak podkreślić, że już rozmawiałem na ten temat z dyrektorem CMKP prof. Ryszardem Gellertem.



### Jak pan widzi koegzystencję dentystów i lekarzy?

Na naszej uczelni przez wiele lat stomatolodzy kształcili się w obrębie I Wydziału Lekarskiego na Oddziale Stomatologicznym. Przed niespełna czterema laty został utworzony samodzielny Wydział Lekarsko-Dentystyczny, który obecnie kształci lekarzy dentystów. Myślę, że było to bardzo dobre posunięcie. Inne są problemy kierunku lekarskiego, inne lekarsko-dentystycznego. Dydaktyka dla dentystów znacząco różni się od tej na kierunku lekarskim i jest zdecydowanie bardziej kosztowna. Poza tym w ostatnich latach wzbogaciliśmy się o znakomitą kadrę naukowo-dydaktyczną w stomatologii, w związku z tym nic nie stało na przeszkodzie, żeby utworzyć samodzielny wydział. Wydział Lekarsko-Dentystyczny WUM rozwija się bardzo dobrze i wysoko plasuje we wszelkiego rodzaju rankingach ogólnopolskich. Moim zdaniem ma doskonale perspektywy.

**W opinii wielu dwa ośrodki WUM – przy Lindleya i przy Banacha – były nierówno traktowane,**

### jeśli chodzi np. o wartość inwestycji. Czy dostrzega pan ten problem?

Na pewno są to dwa sztandarowe kampusy uniwersytetu. Naprawdę trudno mi powiedzieć, czy któryś z nich był bardziej uprzywilejowany. Natomiast dysproporcję między nimi widać gołym okiem. Szpital przy ul. Banacha jest nowszym obiektem, choć też ma już swoje lata i wymaga bieżących remontów, modernizacji. Szpital przy ul. Lindleya liczy ponad 110 lat i należy poświęcić mu szczególną uwagę, żeby po prostu nie popadł w ruinę.

### Jak pan to zrobi?

Na pewno będę się starał znaleźć środki na remonty obiektów, które najbardziej tego wymagają. Moim priorytetem jest budynek Kliniki Dermatologii przy ul. Koszykowej, który wchodzi w skład Szpitala Dzieciątka Jezus, chociaż znajduje się poza jego głównym obrysem. To budynek, który stoi frontem do Koszykowej. Gdy codziennie widzę go

▶ w drodze do pracy, serce mi krwawi. W ostatnich latach udało się nam wymienić dach, co było konieczne, bo stary groził katastrofą budowlaną. Teraz trzeba do tego dachu dobudować resztę, zadbać o elewację, by budynek nie straszyl warszawiaków. Oczywiście te wszystkie działania i priorytety muszą być uzgadniane z dyrekcją szpitala, która najlepiej zna problemy i specyfikę miejsca. Z mojego rozeznania wynika, że kolejnym obiektem, który wymaga szybkiego działania, jest Klinika Ortopedii, od lat w nieustającym remoncie. Mamy do czynienia z doraźnymi działaniami, małymi remontami, modernizacjami, ale całość wygląda jak wygłada.

### Te dwa ośrodki są wielofunkcyjne, wielooddziałowe, ale żaden z nich nie jest w pełni samowystarczalny.

W placówce przy ul. Banacha nie ma ortopedii, ginekologii, ale w Szpitalu Pediatricznym, który z nią sąsiaduje, powstała Klinika Perinatologii, gdzie będą się odbywały porody dzieci wymagających natychmiastowej opieki pediatrycznej. Ponieważ jednak jest to szpital pediatriczny, nie ma w nim miejsca na ginekologię.

### Czy jest to problem?

Myślę, że to kwestia organizacji. Mamy w tej chwili cztery, łącznie z kliniką przy Szpitalu Pediatricznym, kliniki położniczo-ginekologiczne: w szpitalu przy ul. Karowej, przy pl. Starynkiewicza i klinikę w szpitalu na Bródnie. Cztery kliniki w skali uczelni to nie jest mało, chociaż pewne kwestie organizacyjne pozostawiają wiele do życzenia.

### Szpital przy ul. Lindleya kiedyś miał zostać centrum urazowym.

Rzeczywiście swego czasu miało to być Centrum Leczenia Obrażeń, ale ta koncepcja padła przed kilku laty. Na pewno SOR, który tam został zaprojektowany, należy ukończyć. W trwającą od lat budowę zaangażowano przecież duże

publiczne środki. Poza tym, jak wynika z wielu ekspertyz, jest on potrzebny nie tylko uczelni, ale przede wszystkim Warszawie.

### Kliniki na bazie obcej stanowią ogromne wyzwanie w zakresie zarządzania.


Kliniki na bazie obcej rzeczywiście to poważny problem. Perspektywiczne i dalekosiężne działania powinny zmierzać do stworzenia bazy własnej. Nie jest to oczywiście łatwe ani proste, bo wymaga olbrzymich nakładów, ale systematycznie trzeba to robić. Kierunkiem powinno być nie rozszerzanie bazy obcej, tylko przeciwnie – ściąganie nawet pojedynczych jednostek pod własne skrzydła.

### Czy będzie miał pan siłę przebicia, żeby walczyć z tymi problemami?


Będę się starał. Dostrzegam problemy. Dziwi mnie, że dla niektórych szpitali, na bazie których funkcjonują nasze jednostki, jesteśmy „złem koniecznym”, piątym kołem u wozu. Moim zdaniem dla szpitali sztyd WUM jest wartością dodaną i myślę, że sytuacja może się diametralnie zmienić, kiedy wejdzie w życie od dawna oczekiwana przez środowisko ustawa o szpitalach klinicznych, a co za tym idzie – poprawi się finansowanie tych szpitali. Wtedy każdy będzie zabiegał, żeby być ośrodkiem klinicznym.

### Czy współpraca z samorządem lekarskim może być pomocna uczelni?

Na pewno, przecież mamy kontakty praktycznie codzienne. Kształcimy lekarzy, jesteśmy członkami samorządu, bo to wynika z przepisów, ale też dostarczamy nowych członków, nowej krwi. Samorząd od nas przejmuje młode kadry, więc ta współpraca musi istnieć i na ogół układa się bardzo dobrze. Jeżeli myślimy o dalszych perspektywach, to sądzę, że warto pochylić się nad działaniami w zakresie promocji zdrowia lub szeroko pojętego zdrowia publicznego. Uważam, że moglibyśmy w tym celu zewrzeć szyki, połączyć siły i środki. ■



**SGH  
WUM**  
SZKOŁA GŁÓWNA HANDLOWA W WARSZAWIE  
WARSZAWSKI UNIWERSYTET MEDYCZNY

I EDYCJA  
**SGH - WUM MBA  
W OCHRONIE ZDROWIA**

Szkola Główna Handlowa w Warszawie i Warszawski Uniwersytet Medyczny ogłaszają nabór na nowe studia podyplomowe **Executive Master of Business Administration**, wspólnie tworzone przez jedne z najlepszych uczelni w Polsce, skierowane do kadry zarządzającej oraz specjalistów pracujących w ochronie zdrowia. Studia realizowane będą według autorskiego programu przygotowanego przez doświadczonych praktyków i najlepszych pracowników naukowych obydwu uczelni. Zapraszamy do zapoznania się ze szczegółami procesu rekrutacji i programem studiów poprzez stronę internetową.

→ [www.sghwummba.wum.edu.pl](http://www.sghwummba.wum.edu.pl)

**Centrum Kształcenia Podyplomowego WUM**

ul. Żwirki i Wigury 61  
Budynek Rektoratu, pok. 509  
02-091 Warszawa

tel.: (22) 57 20 510; (22) 57 20 519  
telefaks: (22) 57 20 511  
e-mail: cckp@wum.edu.pl

Rozpoczęcie naboru: **1 WRZEŚNIA 2016**





## Goniec Medyczny

### Nieczyste recepty

Narodowy Fundusz Zdrowia skontrolował apteki i większości wytknął, że nie mają prawa realizować druków, których nie da się odczytać. – *Bijemy się w pierś. Rzeczywiście zdarza nam się pisać niewyraźnie* – przyznaje na łamach „Dziennika Gazety Prawnej” dr Michał Sutkowski z Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce.

### Koniec z lekarskim niewolnictwem?

– *Mam kolegę, który na zasadzie wolontariatu robił specjalizację z anestezjologii i co miesiąc płacił szpitalowi 500 zł tylko za to, że mógł dotknąć pacjenta* – mówi w wywiadzie dla „Rz” Damian Patecki z Porozumienia Rezydentów. MZ zapowiada zmiany w systemie kształcenia lekarzy.

### W kolejce krócej za ledwie o trzy dni

Prof. Sergiusz Nawrocki, kierownik Kliniki Onkologii i Radioterapii ŚUM w Katowicach, przyznał, że zielona karta za ledwie o trzy dni skróciła czas oczekiwania chorego z nowotworem na rozpoczęcie leczenia. Z punktu widzenia klinicznego tak nieznaczne skrócenie czasu oczekiwania na leczenie onkologiczne nie ma żadnego znaczenia.

### Wzrok lekarza

Prowadzący działalność gospodarczą lekarz nie odliczy wydatków na operację wzroku, nawet jeśli bez niej nie jest w stanie przeprowadzać zabiegów (sic!). Autorowi takiej interpretacji przepisów, dyrektorowi Izby Skarbowej w Łodzi, życzymy dużo zdrowia.

### Krztusiec w Polsce

W 2015 r. na krztusiec zachorowało 4,9 tys. osób, ponad dwa razy więcej niż w 2014. Tylu przypadków zachorowań nie było od co najmniej dekady. Z danych zebranych przez Europejskie Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób, agencję Unii Europejskiej, wynika, że w 2015 r. w całej UE zgłoszono 2198 przypadków różyczki, z tego 2029 w... Polsce.

### Brutalny napad w Niemczech

Lekarz w Troisdorf (Niemcy) został zaatakowany w swoim gabinecie przez troje imigrantów, grożono mu nożem. Jego żona lekarka, wykonująca w tym czasie zabieg operacyjny, została uderzona w twarz. Prokuratura wypuściła jednak sprawców napadu na wolność (!).

„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](http://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](mailto:redakcja@esculap.pl)

## Nowy wiceprezes NRL



Fot. egw

2 września br. Naczelna Rada Lekarska wybrała lek. dent. **Leszka Dudzińskiego** na wiceprezesa NRL. Jednocześnie Leszek Dudziński będzie pełnił funkcję przewodniczącego Komisji Stomatologicznej NRL.

Przypomnijmy: na czerwcowym posiedzeniu NRL odwołała dotychczasową wiceprezes Agnieszkę Ruchatę-Tysler.

Leszek Dudziński jest absolwentem AM w Białymstoku (1980), specjalistą w dziedzinie chirurgii szczękowej. Pracował m.in. w olsztyńskich przychodniach stomatologicznych, był dyrektorem szpitala w Biskupcu, dyrektorem Wydziału Zdrowia w Olsztynie, konsultantem w dziedzinie zdrowia publicznego w woj. warmińsko-mazurskim. Od 1994 do 2010 r. – ordynator Oddziału Chirurgii Szczękowej Miejskiego Szpitala Zespołowego w Olsztynie. W latach 2010–2016 – dyrektor Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Olsztynie. W latach 1999–2001 był doradcą ministra zdrowia i opieki społecznej ds. przekształceń w ochronie zdrowia. Obecnie jest konsultantem w dziedzinie chirurgii szczękowej w woj. warmińsko-mazurskim. Jest współtwórcą reaktywowanego samorządu lekarskiego, m.in. dwukrotnie pełnił funkcję przewodniczącego ORL Warmińsko-Mazurskiej Izby Lekarskiej, jest członkiem NRL wielu kadencji. ■ **egw**

## Spotkania Koła Seniorów Roku Akademickiego 1946/1951

W październiku br. przypada 70. rocznica rozpoczęcia studiów na Wydziale Lekarskim ówczesnego UW, którego dziekanem był prof. Franciszek Czubalski.

W ramach naszych comiesięcznych spotkań pragniemy już od października i w każdy następny pierwszy wtorek miesiąca nawiązywać do naszych studenckich przeżyć.

Prosimy o zgłaszanie swojej obecności:  
kol. Józef Sobczyński – prezes koła,  
tel.: 22-833-88-62, 695-426-378;  
Klub Lekarza TLW, ul. Raszyńska 54,  
tel.: 22-823-96-83 lub 22-822-23-42.

Zachęcamy do udziału w naszych spotkaniach.

# O stomatologii ś

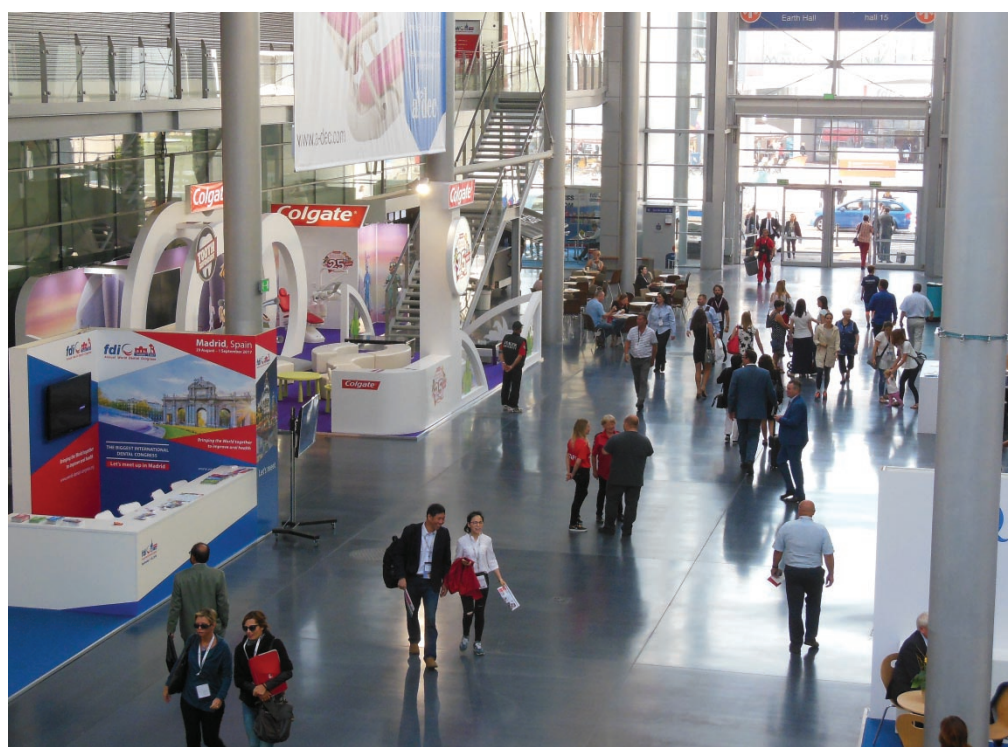
Po raz pierwszy Doroczny Światowy Kongres Stomatologiczny FDI odbył się w Polsce. Przez cztery dni, od 7 do 10 września 2016 r., w Poznaniu przybyli na to szczególne spotkanie środowiska stomatologicznego delegaci z ponad 100 krajów wymieniali doświadczenia zawodowe i dzielili się wiedzą, uczestnicząc w wykładach, warsztatach, kursach praktycznych. Na stoiskach Światowej Wystawy Stomatologicznej goście mogli zapoznać się z najnowszymi osiągnięciami technicznymi, zobaczyć ofertę producentów akcesoriów i sprzętu stomatologicznego, zaczynając od szczotek do zębów, a na wyposażeniu gabinetów stomatologicznych kończąc. Różnorodność propozycji programowych umożliwiała uczestnikom kongresu spojrzeć na problemy współczesnej stomatologii z wielu perspektyw, zarówno od strony naukowej, jak i praktycznej. Prelegenci z różnych stron świata, wśród których nie zabrakło przedstawicieli polskiej medycyny, mówili m.in. o wiodących zagadnieniach dotyczących zdrowia jamy ustnej i wyzwaniach, z jakimi mierzą się lekarze dentyści, oraz tak potrzebnej interdyscyplinarnej współpracy w tym zakresie.

## Zatrzymać próchnicę

Próchnica jest problemem globalnym. Zajmuje pierwsze miejsce na liście 291 najczęściej występujących schorzeń, a z chorobami jamy ustnej zmagają się blisko 4 mld ludzi na świecie. Prawie połowa z nich ma chorobę próchnicową (raport „Global Burden of Disease Study 1990–2010”). Mimo ogromnej wiedzy na temat zapobiegania jej i leczenia, próchnica wciąż się szerzy. Prof. Lone Schou z Uniwersytetu w Kopenhadze, mówiąc o występujących nierównościach w zdrowiu jamy ustnej, zwróciła uwagę na rolę profilaktyki i edukacji zdrowotnej. Podkreśliła znaczenie zintegrowania opieki zdrowotnej w zakresie zdrowia jamy ustnej z opieką podstawową. Jo Frencken z Komitetu do spraw Zdrowia Publicznego FDI przyznał, że w walce z próchnicą lekarze dentyści nie mogą być pozostawieni sami sobie, gdyż jest „chorobą behawioralną”, a zapobieganie jej wymaga współpracy lekarzy wielu specjalności, instytucji i organizacji zajmujących się zdrowiem pacjentów. O problemie walki z próchnicą, która wiąże się m.in. z nadmiernym spożyciem cukru i niedostateczną higieną jamy ustnej już od najmłodszych lat życia, mówił prof. Nigel Pitts, przewodniczący Alliance for a Cavity-Free Future (ACFF). Celem organizacji (jej polski oddział powstał w 2014 r.) jest, aby każde dziecko urodzone w 2026 r. i później mogło przejść przez życie bez zmian próchnicowych. Wymaga to jednak skoordynowanych działań na wielu płaszczyznach.

## Od najmłodszych lat

O wczesnej opiece stomatologicznej, na przykładzie programu zrealizowanego w jednej z dzielnic stolicy Peru, mówiła prof. Rita Villena z Uniwersytetu w Limie. W ramach podjętych działań pielęgniarki środowiskowe wykonujące szczepienia ochronne oprócz karty szczepień prowadziły kartę badania stomatologicznego, mogły też kierować dzieci na dodatkowe badania stomatologiczne. Rodzicom przekazywano również informacje na temat pielęgnacji zębów i jamy ustnej. Prof. Ece Eden z Uniwersytetu w Izmirze opowiedziała o programie edukacyjnym dla młodych matek z ubogich i zaniedbanych edukacyjnie środowisk. Kobiety na spotkaniach uczyły się szczotkować zęby, a także poznawały zalecenia dietetyczne. Prowadzący program zwrócili uwagę, że w społecznościach tradycyjnych edukacja zdrowotna musi być skierowana również do dziadków (dokarmiają wnuki słodyczami),



Fot. rk

Fot. ach

# wiatowo w Poznaniu



Fot. ach

## Stomato- diabetologia

Zdrowie jamy ustnej, jak podkreślają specjaliści, ma związek z chorobami ogólnoustrojowymi. Jedną z nich jest cukrzyca, na którą w Polsce choruje ponad 2 mln ludzi, około 5 mln jest w stanie przedcukrzycowym, a milion nie ma jeszcze postawionej diagnozy. O tym, jak ważna jest współpraca lekarzy dentyków i diabetologów, mówił prof. Leszek Czupryniak z Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. Zwracał uwagę, że cukrzyca ma negatywny wpływ na stan uzębienia, m.in. na implanty zębowe, wywołuje

zmiany błony śluzowej i infekcje grzybicze. Takie objawy, rozpoznane przez lekarza dentykę, powinny być wskazaniem do dalszej diagnostyki. Nowo powstała Koalicja Wczesnego Wykrywania Cukrzycy, której patronują Polskie Towarzystwo Diabetologiczne i Polskie Towarzystwo Stomatologiczne, przygotowała 50 tys. skierowań na badania poziomu glukozy. Trafiają do gabinetów stomatologicznych, które zechcą przyłączyć się do wspólnej akcji dentyków i diabetologów. O konieczności informowania pacjentów cukrzycowych o zwiększonym ryzyku chorób przyzębia mówił prof. Soren Jepsen z Uniwersytetu w Bonn, podkreślając, że również pacjenci z chorobami przyzębia powinni być kierowani na kontrolę poziomu glukozy we krwi.

## Zdrowa starość

Także starzenie się społeczeństwa niesie wyzwania w stomatologii. Wysoki poziom schorzeń jamy ustnej obserwuje się u osób starszych na całym świecie. To m.in. bezzębność, suchota w jamie ustnej, próchnica, nowotwory, a także zaburzenia czynności żucia. Dr Patrick Hescot, prezydent Światowej Federacji Dentystycznej FDI, podkreślał, że potrzebne jest opracowanie programu zdrowia jamy ustnej dla populacji starzejącej się, gdyż warunkuje ono zdrowie ogólne w podeszłym wieku. O tym, jak ważne jest zapewnienie seniorom leczenia stomatologicznego, mówiła prof. Honorata Shaw, wiceprezydent Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego. Zaznaczyła, że w Polsce tylko 25 proc. pacjentów w wieku podeszłym korzysta z opieki lekarzy dentyków, a co drugi Polak po 65. roku życia ma braki w uzębieniu. Zwracała uwagę, że osoby starsze gorzej czyszczą zęby, jedzą mniej zdrowo, często pogarsza się ich sytuacja społeczna, materialna. O specjalnych potrzebach stomatologicznych osób starszych mówił też Makoto Nakao, prezydent GC Corporation, firmy współpracującej z FDI w obszarze zagadnień dotyczących zdrowia jamy ustnej, przedstawiając doświadczenia w zakresie wspierania seniorów w Japonii. Prof. Bolesław Samoliński, przewodniczący Koalicji na rzecz Zdrowego Starzenia się, podkreślił, że osoby w starszym wieku obciążone są wieloma schorzeniami, a w takich przypadkach współpraca lekarzy dentyków z lekarzami innych specjalności staje się nieodzowna.

zmiany błony śluzowej i infekcje grzybicze. Takie objawy, rozpoznane przez lekarza dentykę, powinny być wskazaniem do dalszej diagnostyki. Nowo powstała Koalicja Wczesnego Wykrywania Cukrzycy, której patronują Polskie Towarzystwo Diabetologiczne i Polskie Towarzystwo Stomatologiczne, przygotowała 50 tys. skierowań na badania poziomu glukozy. Trafiają do gabinetów stomatologicznych, które zechcą przyłączyć się do wspólnej akcji dentyków i diabetologów. O konieczności informowania pacjentów cukrzycowych o zwiększonym ryzyku chorób przyzębia mówił prof. Soren Jepsen z Uniwersytetu w Bonn, podkreślając, że również pacjenci z chorobami przyzębia powinni być kierowani na kontrolę poziomu glukozy we krwi.

## A gdy boli głowa

Na przykładach historii chorób pacjentów cierpiących na chroniczny ból głowy prof. Georg B. Meyer z Uniwersytetu w Greifswaldzie omówił znaczenie udziału lekarzy dentyków w zespołach interdyscyplinarnych. Wskazując konieczność rozpoznawania stomatologicznych czynników bólu głowy w badaniach przesiewowych, podkreślał, że w przypadkach trudnych diagnostycznie w zespole, oprócz specjalistów z zakresu neurologii, ortopedii i psychiatrii, powinien być również lekarz dentyka.

## Madryt za rok

FDI (World Dental Federation) zrzesza ponad 200 stowarzyszeń i organizacji z ponad 130 krajów z przeszło milionem lekarzy. Tegoroczny Kongres FDI w Poznaniu, w którym wzięło udział kilka tysięcy osób, był 104. w historii organizacji, a dla polskiej stomatologii z pewnością stanowił wydarzenie najwyższej rangi. Następnym odbędzie się już za rok, w Madrycie. ■

Anetta Chęcińska



## To powinien być impuls do działania

**Marta Klimkowska-Misiak,**  
wiceprezes ORL w Warszawie ds. lekarzy dentyków:

Kongres FDI w Poznaniu to z pewnością bardzo ważne dla polskiej stomatologii wydarzenie, które umożliwiło lekarzom dentykom skonfrontowanie własnych doświadczeń zawodowych z wiedzą ekspertów z różnych stron świata. Bez wątpienia osiągnięcia naukowe, wiedza i umiejętności praktyczne naszych koleżanek i kolegów, polskich lekarzy dentyków, są na światowym poziomie. Kongres to również miejsce, gdzie omawia się globalne problemy związane ze zdrowiem jamy ustnej i schorzeniami, takimi jak próchnica zębów, choroby przyzębia i choroby onkologiczne. Tu także toczy się debata środowiska m.in. nad sposobem intensyfikacji działań zapobiegających występowaniu schorzeń jamy ustnej i ich niekorzystnemu wpływowi na rozwój i przebieg chorób ogólnoustrojowych. Do tych działań niewątpliwie należy promowanie postaw prozdrowotnych, w szczególności dbałości o higienę jamy ustnej, właściwej diety, regularnych wizyt kontrolnych w gabinecie stomatologicznym. Podczas kongresu obradował Parlament Stomatologiczny FDI, zapowiadając obchody Światowego Dnia Zdrowia Jamy Ustnej w 2017 r. pod hasłem „Live, Mouth, Smart” w nawiązaniu do tegorocznej kampanii „Zdrowa jama ustna, zdrowy organizm”. O znaczeniu zdrowia jamy ustnej dla zdrowia organizmu wspominał również obecny na ceremonii otwarcia minister zdrowia Konstanty Radziwiłł.

Polska po raz pierwszy pełniła obowiązki gospodarza Kongresu FDI. Debiut był udany i oby okazał się również

dobrym impulsem dla polskiej stomatologii, który spowoduje, że zostanie dostrzeżone znaczenie zdrowia jamy ustnej dla obywateli i rola, jaką odgrywają lekarze dentyści w jego zapewnieniu. A także, jak ważna jest w tym działaniu właściwa współpraca lekarzy i lekarzy dentyków różnych specjalności. Chcę podkreślić, że podczas kongresu po raz pierwszy Polka, nasza koleżanka Anna Lella, wystąpiła jako prezydent Europejskiej Regionalnej Organizacji Światowej Federacji Dentystrycznej (ERO FDI). Mam nadzieję, że głos polskiej stomatologii w rozwiązywaniu lokalnych i globalnych problemów zdrowia jamy ustnej będzie bardziej słyszany i uwzględniany w konkretnych działaniach, szczególnie tych, podejmowanych przez stosowne organy administracji rządowej i samorządowej. ■

Notowała *ach*



Fotografie: ach



# III Międzynarodowy Festiwal Filmów Medycznych

Festiwal, który odbędzie się **24-26.11.2016 r. w Turznie** koło Torunia, jest sympozjum naukowym, przeznaczonym dla lekarzy oraz przedstawicieli profesji związanych z medycyną. Ma na celu upowszechnienie najnowszych osiągnięć światowych technologii medycznych. Program obejmuje wyłącznie prezentacje filmowe z komentarzem autorskim.

Hasłem przewodnim w tym roku jest: **„Najnowsze technologie w chirurgii i onkologii”**.

Pierwsza sesja będzie poświęcona niszczeniu guzów nowotworowych z zastosowaniem najnowszych technologii. Na drugiej sesji, której tematem będzie „Chirurgia endowaskularna”, zostaną pokazane filmy prezentujące realizację procedur implantacji stentów naczyniowych przez najwybitniejszych specjalistów w tej dziedzinie. Następna sesja poświęcona będzie nowoczesnej terapii przepuklin brzusznych i pachwinowych z zastosowaniem najnowszych materiałów implantacyjnych oraz systemów mocujących. Program uzupełni Forum Nowych Technologii i Terapii. Prezentowane będą filmowe nowinki technologiczne, najnowsze generacje leków i postęp w diagnostyce onkologicznej.

Wszyscy uczestnicy festiwalu będą mogli wziąć udział w sesji „Hyde Park”, która daje okazję zgłoszenia i przedstawienia swojego filmu (10 min) o dowolnej tematyce.

W studiu festiwalowym zostaną przeprowadzone wywiady z ekspertami poruszające najistotniejsze prezentowane tematy. Planowany jest udział stacji telewizyjnej. Wszystkie sesje będą udostępnione na stronach Fundacji Wideochirurgii i Wirtualnego Uniwersytetu Medycyny oraz w telewizji internetowej Polpharma TV.

Festiwalowe jury przyzna nagrody „Grand Prix” i „Hyde Park” oraz wyróżnienia.

**Organizator:** Fundacja Wideochirurgii, Klinika Chirurgii Ogólnej, Transplantacyjnej i Wątroby WUM, Oddział Warszawski TChP. ■

**Komitet organizacyjny:**

**prof. Tadeusz M. Wróblewski** – przewodniczący,  
Jolanta Budny – koordynacja, [festiwal2016@wp.pl](mailto:festiwal2016@wp.pl)

**REJESTRACJA:** Biuro Organizacyjne Festiwalu,  
[www.wideochirurgia.com](http://www.wideochirurgia.com)

NZOZ w Skierniewicach **zatrudni** stomatologa, chirurga, ortodonta.  
Kontakt: tel. 606-943-737.

**Zatrudnimy** lekarza stomatologa.  
NZOZ Prima-Dent w Warszawie; [ogloszenia@primadent.com.pl](mailto:ogloszenia@primadent.com.pl), tel. 22-823-83-69.

Zakład Ubezpieczeń Społecznych II Oddział w Warszawie, 03-829 Warszawa, ul. Podskarbińska 25, pilnie **zatrudni** na stanowisku: lekarz orzecznik ZUS lekarza specjalistę, w szczególności w zakresie chorób wewnętrznych, medycyny pracy, medycyny rodzinnej, chirurgii, ortopedii, neurologii.  
Tel.: 22-714-21-37.

Idealna okazja do założenia praktyki grupowej. **Do wynajęcia** 4-fotelowy, w pełni wyposażony gabinet stomatologiczny przy ul. Targowej 67 w Warszawie. Wejście do gabinetu bezpośrednio przy stacji Metra Dworzec Wileński. Powierzchnia lokalu: 86,03 mkw. Gabinet spełnia wymogi sanepidu jako NZOZ. Koszt od 5000 zł/mies. Zapraszam do wizji lokalnej.  
Kontakt: tel. 22-823-83-69 (w dni powszednie w godz. 8.00–16.00), e-mail: [targowa67@gmail.com](mailto:targowa67@gmail.com)

Powiatowe Centrum Zdrowia Sp. z o.o. w Otwocku **zatrudni** lekarzy ze specjalizacją, w trakcie lub chcących się specjalizować na oddziałach: wewnętrznym, pediatrycznym, ginekologiczno-położniczym, na dyżury na oddziałach: wewnętrznym, pediatrycznym, neonatologicznym, ginekologiczno-położniczym oraz NPL, a także do pracy: w poradni okulistycznej, medycyny pracy i laryngologicznej dla dzieci oraz pracowni endoskopowej i diagnostyki obrazowej.  
Szczegóły: sekretariat, tel. 22-778-26-10, [sekretariat@szpital-otwock.med.pl](mailto:sekretariat@szpital-otwock.med.pl)

SPZOZ w Borowiu **zatrudni** na 1/2 etatu lekarza specjalistę medycyny rodzinnej, internistę, specjalistę chorób wewnętrznych lub pediatrę.  
Kontakt: tel. 606-217-266 lub 25-685-98-62, e-mail: [edwdab@wp.pl](mailto:edwdab@wp.pl)



# Zakażenia w gabinecie stomatologicznym

Z dr hab. n. med. Martą Wróblewską,  
kierownikiem Zakładu Mikrobiologii Stomatologicznej WUM  
oraz Zakładu Mikrobiologii SP CSK w Warszawie,  
rozmawia Małgorzata Skarbek.

**Jakie zakażenia w gabinecie stomatologicznym zagrażają lekarzowi dentyście i jego personelowi?**

W gabinecie stomatologicznym, tak jak w innych gabinetach lekarskich, istnieje zagrożenie

infekcją zarówno lekarza dentystry, jak i pozostałego personelu. Dodatkowym czynnikiem ryzyka zakażenia jest specyfika opieki stomatologicznej – kontakt z pacjentem twarzą w twarz i oddech kaszlowy podczas badania lub leczenia stomatologicznego. Zakażenia

są przenoszone różnymi drogami, np. w wyniku kontaktu bezpośredniego z wydzielinami z jamy ustnej pacjenta (śliną, ropą), drogą oddechową lub przez krew. W sezonie jesienno-zimowym występuje szczególnie dużo zachorowań na grypę lub infekcje grypopodobne, które mogą przenosić się z pacjenta na personel gabinetu stomatologicznego i odwrotnie.

Epidemiolodzy podkreślają jednak, że najczęstszą, a jednocześnie najłatwiejszą do eliminacji, drogą szerzenia się zakażeń w placówkach ochrony zdrowia są skażone ręce personelu, który nie przestrzega zasad ich higieny. W przypadku skażenia się lub zakucia lekarza dentystry lub personelu pomocniczego skażonym ostrym sprzętem istnieje ryzyko zakażenia pracownika wirusami szerzącymi się przez krew, szczególnie wywołującymi zapalenie wątroby typu B (HBV) lub C (HCV). W Polsce obowiązuje system szczepień ochronnych personelu medycznego przeciw HBV, jednak nadal na świecie nie opracowano szczepionki przeciw HCV i to ten wirus stanowi obecnie największe zagrożenie. Istnieje też ryzyko infekcji HIV wskutek ekspozycji parenteralnej na krew lub inny, potencjalnie zakaźny materiał pacjenta zakażonego tym wirusem, ale jest ono dużo mniejsze.

Często epidemiolodzy przytaczają tzw. regułę trójek, odzwierciedlającą ryzyko zakażenia wspomnianymi wirusami przenoszonymi przez krew po ekspozycji parenteralnej: w przypadku HBV wynosi ono około 30 proc. (dotyczy osób nieszczepionych przeciw HBV), HCV – około 3 proc., a w przypadku HIV – około 0,3 proc. Wynika z tego, że ryzyko zakażenia HIV jest najmniejsze, ale nie zerowe i nie należy go bagatelizować. Przytoczone dane dotyczą sytuacji, gdy źródłem ekspozycji jest pacjent zakażony HIV, który nie ma objawów, jednak szacuje się, że w przypadku osoby chorej (np. z objawami AIDS, nieleczonej lub nieskutecznie leczonej) to ryzyko może być znacznie wyższe. Obecnie dostępna jest profilaktyka przeciw HIV w postaci leków przeciwwirusowych i każdy pracownik medyczny musi mieć do nich dostęp, by w razie ekspozycji jak najszybciej rozpocząć ich przyjmowanie. Ekspertci są zgodni, że pierwszą dawkę należy przyjąć w ciągu dwóch godzin od ekspozycji.

## Czy to możliwe od strony organizacyjnej? Czy leki są tak dostępne, zwłaszcza w małych miejscowościach?

Oczywiście to idealne rozwiązanie (niektóre placówki ochrony zdrowia mają te leki na miejscu). Ale jeśli jego wprowadzenie nie jest możliwe, przyjmowanie leków należy rozpocząć nie później niż 36 godzin po ekspozycji, o ile ich stosowanie jest uzasadnione. Im wcześniej rozpocznie się profilaktykę, tym większa szansa, że będzie skuteczna w przypadku, gdy pacjent będący źródłem ekspozycji jest zakażony HIV. W profilaktyce HIV obecnie zaleca się przyjmowanie czterech leków przeciwretrowirusowych. Informacja dotycząca dostępności tych leków i zasad postępowania poekspozycyjnego musi być znana każdemu pracownikowi medycznemu.

Jak wspomniałam, pracodawca ma obowiązek zapewnienia dostępności leków przeciwretrowirusowych dla personelu medycznego, który uległ ekspozycji zawodowej. Jednak ze względu na ich duży koszt i możliwość przeterminowania się, często szpitale i inne placówki ochrony zdrowia zawierają umowę z najbliższym szpitalem, który dysponuje tymi lekami, o opiekę poekspozycyjną nad pracownikiem. Wskazane jest korzystanie z pomocy ośrodków referencyjnych na terenie kraju, które zajmują się leczeniem osób zakażonych HIV. Dysponują one lekami przeciwretrowirusowymi i doświadczeniem niezbędnym do podjęcia decyzji o rozpoczęciu profilaktyki przeciw HIV i do wykonania koniecznych badań laboratoryjnych. Koszty konsultacji, zleconych badań oraz wydanych leków ponosi pracodawca osoby, która uległa ekspozycji podczas wykonywania obowiązków zawodowych.

## Czy zakażenia grożą też pacjentom?

Ryzyko infekcji dotyczy nie tylko personelu, lecz także pacjentów, którzy mogą ulec zakażeniu wskutek kontaktu z zakażonym pracownikiem medycznym, używanym skażonym sprzętem lub środowiskiem gabinetu stomatologicznego, zwłaszcza jeśli nie są przestrzegane procedury zapobiegania zakażeniom związanym z opieką zdrowotną. Najczęstsze są infekcje wirusowe układu oddechowego, toteż dentyści i inny personel gabinetu stomatologicznego powinni stosować maseczki ochronne i/lub przyłbice, które zmniejszają ryzyko zakażenia tą drogą. Trudno powiedzieć, jak wygląda kwestia zakażeń przenoszonych przez krew, gdyż nie ma statystyk dotyczących tego zagadnienia. W niektórych krajach pojawiły się zalecenia dla członków personelu zakażonych tymi wirusami, żeby unikać wykonywania procedur przebiegających z przerwaniem ciągłości tkanek, bezwzględnie stosować rękawiczki (nawet dwie pary) i ściśle przestrzegać innych zasad zapobiegania zakażeniom.

Niedawno nagłośniono dwa przypadki zaniedbań w tym zakresie i to właśnie w praktyce dentystycznej – w USA i w Wielkiej Brytanii. W obu przypadkach dentyści nie przestrzegali podstawowych zasad kontroli zakażeń i zaistniała konieczność zbadania tysięcy pacjentów ich gabinetów w kierunku wirusów przenoszonych przez krew. W jednym przypadku za pomocą badań genetycznych udokumentowano, że pacjent zakażył się HCV podczas wizyty właśnie w tym gabinecie. Znany jest także przypadek przeniesienia zakażenia HIV od dentysty (z Florydy) na co najmniej pięciu jego pacjentów.

## Czy są dane, jak częste bywają zakażenia lekarzy drogą oddechową?

Takich danych nie ma. Byłoby trudno udowodnić, że ktoś zakażył się powszechnie występującym drobnoustrojem w kontakcie z pacjentem, a nie np. od domowników czy w środkach transportu publicznego.

## Nie wspomniała pani jeszcze o zakażeniach bakteryjnych.

W jamie ustnej mogą pojawić się zmiany chorobowe o etiologii bakteryjnej, często mieszanej. Jeśli podczas wizyty pacjenta nie przestrzega się zasad zapobiegania zakażeniom, można przynieść te bakterie na siebie lub na innego pacjenta, np. przez skażony sprzęt.

W literaturze są doniesienia nie tylko na temat bakterii wywołujących zmiany chorobowe w obrębie jamy ustnej, ale też występowania bakterii w przewodach wodnych unitów stomatologicznych, takich jak Gram-ujemne pałeczki z rodzaju *Legionella* lub tzw. pałeczki niefermentujące, np. *Pseudomonas aeruginosa*. Na ogół nie zagrażają one ludziom ze zdrowym układem immunologicznym, jednak dla osób z zaburzeniami odporności (zwłaszcza pacjentów onkologicznych i hemato-onkologicznych oraz osób w podeszłym wieku) mogą być niebezpieczne. W czasopiśmie „Lancet” ukazało się w 2012 r. doniesienie o zgonie 82-letniej kobiety z powodu zakażenia *Legionella pneumophila*. Stwierdzono obecność tej bakterii w wodzie unitu stomatologicznego w gabinecie, w którym pacjentka leczyła się przed śmiercią. Konieczne jest więc przestrzeganie zaleceń producenta unitu w zakresie czyszczenia i dezynfekcji jego przewodów. Wskazane jest też przepłukanie linii wodnych unitu przed przyjęciem pierwszego pacjenta w ciągu dnia pracy (przez kilka minut), a także – krócej – przed wizytą każdego kolejnego, by w ten sposób wyplukać tzw. biofilm, który mógł się utworzyć w świetle tych przewodów. ■

O profilaktyce zakażeń w gabinecie stomatologicznym napiszemy w najbliższym numerze „Pulsu”.

25-26 listopada 2016  
Warszawa



**OTOLARYNGOLOGIA**  
przez przypadki  
Zalecenia diagnostyczno-terapeutyczne



[www.laryngologiaprzypadki.pl](http://www.laryngologiaprzypadki.pl)



# Przyzębie kosmonautów

cz. 2

*Opracowanie apokryficzne\**

Specyficznymi stawami, których funkcja zależy od nasilenia aktywności formowania kęsa pokarmowego, są zespolenia (stawy) zębodołowo-zębowe, które tworzą hydrauliczno-mechaniczne połączenie tkanki kostnej z cementem korzeniowym zęba (kostniwo). Zespolenia te stanowią liczne włókna łącznotkankowe o wielokierunkowym przebiegu, usytuowane w szparze ożębnowo-okostnowej, wynoszącej około 0,1 mm, wypełnionej płynem surowicznym. Włókna owe (więzadła kostno-kostniwowe) są dodatkowym czynnikiem (amortyzatorem) łagodzącym siły żucia. Powodują zmniejszanie punktowych nacisków na okostną, a także przekształcanie tych sił z kierunku nacisku na pociąganie. W warunkach naziemnych siły nacisku pobudzają tkankę kostną do osteolizy, a pociągania – do osteogenezy. W warunkach nieważkości brak ciśnienia hydrostatycznego dodatkowo pośrednio upośledza wysiłek fizjologiczny stawów, szczególnie zębodołowo-zębowych.

Ogólnie opisany dynamiczny mechanizm formowania kęsa pokarmowego powodować może zmiany wydłużone w czasie, a odnoszone do skutków anatomiczno-funkcjonalnych narządu żucia kosmonauty. Mechanizmy osteodegradacji oraz osteogenezy są analogiczne jak w innych anatomicznych obszarach układu kostnego, ale w układzie stomatognatycznym elementy amortyzujące i przekształcające kierunki sił żucia oraz pokonywanie specyficznej fizycznej struktury produktów pokarmowych mogą łagodzić skutki braku ciężenia. Zatem w warunkach mikrogravitacji prawdopodobnie dochodzi do remodelacji tkanki kostnej układu stomatognatycznego. Pojawiają się niekorzystne zmiany utkania kostnego, podobne do obserwowanych w przypadkach osteoporozy lub nowo-

tworzenia kości. Degradacja architektury kostnej wyrostków zębodołowych, prowadząca do zmian zanikowych w przyzębiu, może odbywać się powoli, być może wolniej niż w warunkach ziemskich. Formowanie kęsa pokarmowego z produktów spożywczych MSK może wpływać na ekosystem jamy ustnej wyrażany intensywnością i jakością wydzielanej śliny. Optymalna obecność śliny warunkuje utrzymanie homeostazy w jamie ustnej. Wówczas możliwa jest właściwa artykulacja, trawienie oraz połykanie, a także aktywna ochrona powierzchni zębowych i błon śluzowych przed czynnikami biochemicznymi i mechanicznymi. Odpowiednia wilgotność środowiska jamy ustnej ułatwia przewodzenie oraz percepcję bodźców: smakowych, temperatury i dotyku. Niedobory wydzielnicze gruczołów ślinowych i śluzowych mogą prowadzić do rozwinięcia się kserostomii prawdziwej, powodującej – poza wieloma dolegliwościami pokarmowymi – zwiększoną podatność infekcyjną. To powikłanie zmienia równowagę między drobnoustrojowym oddziaływaniem na tkanki przyzębia a układem odpornościowym gospodarza. Dochodzi do zmiany składu mikroflory bakteryjnej. Takie powikłanie prowadzi do lokalnego zapalenia dziąseł, a dalej skutkuje uszkodzeniem wydolności aparatu zawieszeniowego (tkanek podporowych) zęba; nasileniu ulega pogłębianie kieszonek zębowych, następnie lokalna utrata przyczepów łącznotkankowych oraz struktury kostnej wyrostka zębodołowego.

Ogólny pogląd dentystów na zdrowotność przyzębia człowieka głosi, że fizjologiczna wydolność układu stomatognatycznego, wspomagana modyfikacjami pożywienia oraz suplementacją diety, skutkuje sukcesami periodontologicznymi. Zmiany wywoływane odmienną dynamiką formowania kęsa pokarmowego w powiązaniu z mikrogravitacją mogą wyzwać u człowieka bytującego na pokładzie MSK reakcje zapalne (bez uchwytanych objawów klinicznych). Wielce prawdopodobny udział w optymalnej zdrowotności przyzębia

\* *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.



może dotyczyć mikrograwitacyjnych zmian hydrodynamicznych przepuszczalności naczyń krwionośnych dziąsła. W warunkach ziemskich głównymi czynnikami aktywizującymi przebieg krwionośny tego regionu anatomicznego są pokarmowe czynniki chemiczne oraz mechaniczne, wyzwalane przez żucie kęsa pokarmowego, a także szczotkowanie zębów. Mikrograwitacja ułatwia dowolne przemieszczenie się płynów ustrojowych, bowiem nie występują obciążenia związane z ciężeniem powszechnym. Ogólnie można uznać płyn dziąsłowy za zasadnicze źródło elementów odpornościowych jamy ustnej, zawiera bowiem takie składniki jak: elektrolity krwi, cząsteczki organiczne, a także komórki układu immunologicznego. Zatem każda zmiana, inna niż fizjologiczne przystosowanie ziemskie, może wpływać na czynnościową kondycję przyzębia, która wyzwała mechanizmy obronne objawiające się lokalnym zapaleniem.

Jak się wydaje, zaburzenia biohemodynamiczne sprzyjają lokalnym (w przyzębiu) rozszerzeniom, a dalej rozszczelnieniom ścian naczyń krwionośnych. Negatywnym efektem tych zmian jest ucieczka erytrocytów, płytek krwi, białek i osocza, a także migracja granulocytów obojętnochłonnych w kierunku wyższego stężenia, czyli tworzenie wysięku zapalnego. Miejscowy proces zapalny może powodować tworzenie lokalnych mikroszczelin kostnych, będących wynikiem obronnej resorpcji nekrotycznej. W przypadku zrównoważonego oddziaływania czynników stymulujących gojenie, czyli adekwatne podjęcie funkcji odtwarzania kości, zmiany te mogą być niedostrzegalne dla kosmonauty. Po powrocie z misji kosmicznej patologiczne zmiany w przyzębiu mogą zostać ujawnione podczas rutynowego badania dentystycznego. Współczesna diagnosty-

ka dentystyczna, z zastosowaniem metody spektroskopii mas albo skanowania DXA, ujawnia aktualny stan zdrowia kości, ale nie pozwala na ustalenie związku przyczynowo-skutkowego powyższych zmian w relacji: **pobyt w kosmosie – ogólna zdrowotność osobnicza – lata życia astronauty.**

Pewne nadzieje wzbudza eksperyment NASA z udziałem braci bliźniaków astronautów Scotta Josepha Kelly'ego oraz Marka Edwarda Kelly'ego. Obaj są pilotami wojskowymi w stopniu komandora United States Navy i obaj zostali poddani gruntownym badaniom medycznym. Scott Kelly aktualnie przebywa na pokładzie MSK (ISS) krążącej wokół Ziemi na wysokości 350 km przez półtora roku (na koniec listopada 2015 r.). Mark Kelly 1 października 2011 r. zakończył czynną służbę w US Navy. Od 16 maja do 1 czerwca 2011 r. dowodził misją STS-134, realizowaną przez załogę wahadłowca Endeavour. Jako pilot wylatał ponad 3500 godzin za sterami przeszło 40 typów samolotów. Obaj bliźniacy odbywają okresowe badania lekarskie – podczas trwania misji kosmicznej w odniesieniu do Scotta oraz pobytu na Ziemi u Marka. Kompleksowe badania medyczne przewidywane są po zakończeniu misji kosmicznej. Na podstawie analizy porównawczej danych uzyskanych z tych badań naukowcy z NASA spodziewają się ujawnić zmiany w organizmie oraz umyśle będące wynikiem długotrwałego pobytu w przestrzeni poza Ziemią. Być może opisane zostaną przemiany w układzie stomatognatycznym braci bliźniaków, z których będzie można wnioskować o zagrożeniu lub fizjologicznej odporności człowieka na długotrwałe przebywanie w warunkach mikrograwitacji. ■

**Adam Skrzykowski**

Wydrukowano w „Skalpelu” nr 3/2016.

**NOWY JAGUAR F-PACE  
BEZ WĄTPLIWOŚCI.  
PRAWDZIWY JAGUAR.**





**British Automotive Centrum Sp. z o.o.** Autoryzowany Diler  
Al. Waszyngtona 50, tel. (22) 591 79 00, Al. Witosza 31, (C.H. Panorama), tel. (22) 640 13 74  
[www.jlrcentrum.pl](http://www.jlrcentrum.pl)

**THE ART OF PERFORMANCE**

Fot. archiwum



## Marek Balicki

Dla wszystkich jest jasne, że bez zwiększenia nakładów finansowych naprawa systemu opieki zdrowotnej nie może się udać. Dlatego nie dziwi, że kluczowym postulatem wrześniowej manifestacji pracowników służby zdrowia stało się żądanie 6,8 proc. PKB na ochronę zdrowia.

Podkreślam, że chodzi o nakłady publiczne, gdyż są w Polsce dość liczni zwolennicy zwiększania finansowania opieki zdrowotnej przez upowszechnianie prywatnych ubezpieczeń dodatkowych. Takie pomysły nie prowadzą do rozwiązania problemu niedofinansowania ochrony zdrowia w Polsce, a na dodatek dość skutecznie odciągają uwagę opinii publicznej od dyskusji o koniecznym zwiększaniu wydatków publicznych. W ostatnich latach taką strategię realizowała poprzednia koalicja, ogłaszając kilka razy z wielką pompą projekty ubezpieczeń dodatkowych. Z zapowiadanych pomysłów nic nie wyszło, ale na dyskusję o obowiązkach państwa czasu już zabrakło. W rezultacie nadal przeznaczamy na ochronę zdrowia 4,5 proc. PKB (przy średniej dla krajów OECD wynoszącej 6,7 proc. PKB) i okupujemy jedno z ostatnich miejsc wśród krajów europejskich.

Rząd, przynajmniej w sferze deklaracji, prowadzi odmienną politykę. Mówi, że trzeba rozwijać publiczną służbę zdrowia i zwiększyć finansowe zaangażowanie państwa. W lipcu premier Szydło i ministr Radziwiłł przedstawili mapę corocznego stopniowego zwiększania wydatków

publicznych aż do osiągnięcia poziomu 6 proc. PKB w 2025 r. Powinniśmy być zatem usatysfakcjonowani. Chodziło przecież o to, by rząd zaczął wreszcie zwiększać nakłady na ochronę zdrowia.

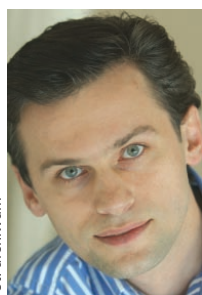
Czy w tej sytuacji główny postulat protestujących jest przestrzelony? Chyba nie. Po pierwsze: 6 proc. to mniej niż średnia OECD, a musimy pamiętać, że w krajach rozwiniętych udział wydatków na zdrowie w stosunku do PKB zwykle z latami rośnie. Można się spodziewać, że za 10 lat średnia OECD będzie wyższa niż teraz. Minimalnym postulatem powinna więc być obecna średnia, czyli tyle, ile chcą pracownicy. Po drugie: 10 lat to dość długi okres dochodzenia do 6 proc. PKB, zwłaszcza że proces starzenia się społeczeństwa przyspiesza. W rezultacie ten powolny wzrost może być w praktyce nieodczuwalny. Na marginesie: w Niemczech składka przekracza 15 proc.

Najważniejszy problem wiąże się jednak z brakiem gwarancji, że nie skończy się tylko na obietnicach. Rząd nie przedstawił bowiem sposobu zwiększania nakładów. Najprościej byłoby znowelizować ustawę o świadczeniach opieki zdrowotnej i wprowadzić coroczne podwyższanie składki zdrowotnej o 0,5 proc., aż do osiągnięcia 12 proc.

Tak właśnie zrobił w 2002 r. opozycyjny wówczas poseł PiS Bolesław Piecha, zgłaszając odpowiednią poprawkę do ustawy o NFZ. Składka rosła przez 5 lat o 0,25 proc. rocznie. W efekcie mamy dzisiaj 9 proc., a nie 7,75 proc., jak zakładała pierwotna ustawa. Podobnego rozwiązania należałoby oczekiwać dzisiaj, odstępując jednocześnie od likwidacji NFZ. Innych gwarancji nie będzie. Kłopot w tym, że poseł Piecha przebywa teraz w Brukseli, a naśladowców nie widać. ■

## PUNKT WIDZENIA

Fot. archiwum



## Dobry wujek

Paweł Walewski

Czy po miesiącu od wejścia w życie Programu 75+ nasi seniorzy poczuli się już zdrowsi? I zgodnie z poleceniem ministra przykładowo wykupują wszystkie leki? Pewnie jeszcze za wcześnie na ogłaszanie sukcesu, choć nie jestem pewien, czy nawet po roku będziemy mądrzejsi.

Na internetowej stronie Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji widnieje cytat wybitnego angielskiego farmakologa sir Johna Gadduma: „*Pacjenci mogą odzyskać zdrowie niezależnie od leków lub za ich pomocą*”. Nie jesteśmy w stanie określić, w jakich proporcjach ta zależność występuje, ale geriatrzy częściej ujmują swoim chorym leków niż ich dodają.

Poza wszystkim wielką estymą seniorów cieszą się wciąż suplementy. Kiedy słyzałem przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia, jak wylewali krokodyle tży nad ciężką dolą emerytów (którym niskie emerytury nie pozwalają na realizację recept), od razu miałem przed oczami te wszystkie reklamy preparatów podejrzanego skutecznego, które ochoczo starsi ludzie wykupują z aptek i sklepów. Być może niejed-

nego seniora nie stać było na specyfiki, które znalazły się na liście 75+, ale na te suplementy – nie najtańsze przecież – zawsze grosz się znalazł! Dlatego opiekuńczość państwa ma swoje granice. Chyba że potraktować ją wyłącznie marketingowo, tak jak Program 500+, i wyglądać wzrostu słupeków poparcia. Jeśli rządowi chodziło o to, by teraz seniorom przychylić nieba darmowymi lekami, warto, by przyznał się do tego wyborcom Prawa i Sprawiedliwości. Tylko dlaczego polityczny zabieg będzie w przyszłym roku okupiony okrągłą sumą 565 mln zł (w tym roku na bezpłatne leki zostanie wyasygnowanych 330 mln) zabranych wszystkim ubezpieczonym? Życie na kredyt jest nieraz gorsze niż faszeringowanie się chemią.

Akurat obecne kierownictwo resortu zdrowia wyjątkowo zapatrzona jest w politykę Janosika i lubi łątać różne wyborcze zobowiązania nie swoimi pieniędzmi. A to się kardiologom zetnie, żeby mieli psychiatry. To znów obdaruje seniorów, skoro tacy biedni. W dodatku obowiązuje prosta reguła: dobra władza daje, a źli lekarze obowiązani są stać na straży finansów publicznych. I mają związane ręce, bo przecież w wielu wypadkach nadzieje rozbudowano nadmierne. I to znów na lekarzy spada przykra konieczność tłumaczenia chorym, dlaczego nie mogą otrzymać darmowego lekarstwa. Inaczej będą drzeć przed kontrolą funduszu, który za niewłaściwie wypisane recepty wlepią kary. Wszyscy pamiętamy, że obecny minister zdrowia wcześniej bardzo się takim praktykom sprzeciwiał. Funkcjonowanie w rządzie zmienia jednak optykę. Za cenę politycznego sukcesu wszystkie triki są dozwolone. Tylko kto się na nich pozna? ■

Autor jest publicystą „Polityki”.



# Niejawne lub niejasne

Małgorzata Solecka

Naczelna Rada Lekarska pod koniec sierpnia skierowała do ministra zdrowia odwołanie od decyzji dyrektora Centrum Egzaminów Medycznych, który odmówił udostępnienia pytań z LEK, LDEK oraz PES, mimo korzystnego dla samorządu lekarskiego wyroku Trybunału Konstytucyjnego.

Wyrok, przypomnijmy, został opublikowany w drugiej połowie sierpnia. Jak wszystkie orzeczenia Trybunału Konstytucyjnego, jest ostateczny.

Ministerstwo Zdrowia do połowy września nie odpowiedziało oficjalnie na pismo samorządu lekarskiego, ale dość nieoczekiwanie Konstanty Radziwiłł w pierwszych dniach września stwierdził, że „stare” pytania egzaminacyjne „to nie są pytania na egzamin na prawo jazdy”. Z wywiadu, udzielonego przez ministra tygodnikowi „Gazeta Polska”, wynika, że Radziwiłł również jest przeciwny publikowaniu pytań z przeprowadzonych egzaminów lekarskich. – *Zdecydowanie przemawia do mnie argument, że absolutnie niewłaściwe i ryzykowne z punktu widzenia bezpieczeństwa pacjentów jest, by lekarze przygotowując się do egzaminów, uczyli się odpowiedzi na skończoną liczbę pytań* – powiedział i dodał, że lekarze muszą przygotowywać się do egzaminów kompleksowo i przekrojowo. – *Dziś, m.in. dzięki zasadzie nieudostępniania pytań egzaminacyjnych, mamy świetnie wykształconą i profesjonalną kadrę medyczną.*

Co na to Naczelna Rada Lekarska? Dr Maciej Hamankiewicz, prezes samorządu lekarskiego, stwierdził, że nie wyobraża sobie, by minister zdrowia chciał postępować niezgodnie z prawem. Zapowiedział też, że w przypadku niekorzystnej dla lekarzy decyzji ministra samorząd „podejmie kolejne kroki, by wyegzekwować to, co zgodnie z prawem lekarzom się należy”.

Jednym z powodów, dla których samorząd lekarski od lat walczy o ujawnienie pytań egzaminacyjnych, są żywe w środowisku wątpliwości co do jakości ich części. – *Od lat lekarze narzekają, że egzaminy testowe są źle prowadzone i potrzebna jest nad nimi społeczna kontrola, np. by wyeliminować udziwnione, niezrozumiałe pytania* – tłumaczy prezes.

Wątpliwości dotyczące jakości pytań pojawiają się m.in. w przypadku egzaminu specjalizacyjnego z anestezjologii i intensywnej terapii, który systematycznie kończy się „odsiewem” kilkudziesięciu, niekiedy około 90 proc. zdających. To jedna z istotnych przyczyn niedoboru specjalistów tej dziedziny. Przystępujący do egzaminu lekarze

twierdzą, że wcale nie brakuje im wiedzy, tylko pytania są tak konstruowane, by egzamin był niemal „niezdawalny”.

Przykład? Jesień 2015 r. Spośród 67 lekarzy, którzy podeszli do Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego, zdało... sześciu. 91 proc. oblało. Na forach po raz kolejny pojawiły się zarzuty dotyczące formułowania zadań testowych: z licznymi podpunktami, zdaniami wielokrotnie złożonymi, licznymi podwójnymi zaprzeczeniami. Nie chodzi jednak tylko o konstrukcję pytań. Pojawiają się też zarzuty co do meritum. Pytania bywają oparte na pojedynczych doniesieniach naukowych, a nie na ugruntowanej i potwierdzonej wiedzy medycznej.

Ujawnienie pytań z egzaminów medycznych pozwoliłoby rozwiązać wątpliwości co do ich jakości. – *Nie chodzi o to, by były łatwe. Mają sprawdzać wiedzę, a nie na przykład to, czy lekarz potrafi rozwiązywać testy* – tłumaczą przedstawiciele samorządu lekarskiego. Gdy pytania zostaną opublikowane (bo że w końcu zostaną, lekarze nie wątpią), jednym z najważniejszych zadań dla izb lekarskich powinna być ich analiza i ocena.

Sprawa ujawnienia pytań egzaminacyjnych trafiła już do sądu, konkretnie do Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Łodzi. Po publikacji wyroku TK do Centrum Egzaminów Medycznych o ujawnienie treści pytań egzaminacyjnych zwróciła się organizacja pozarządowa walcząca o dostęp do informacji publicznej – Sieć Obywatelska Watchdog Polska.

Dyrektor CEM, dr hab. n. med. Mariusz Klencki, odpowiedział na ten wniosek tak samo: w wyroku TK jest wewnętrzna sprzeczność, ponieważ pytania w znacznej części się powtarzają. Ujawnienie pytań z egzaminów, które się odbyły, jest więc równoznaczne z upublicznieniem pytań z egzaminów, które dopiero się odbędą. Działacze Sieci Obywatelskiej Watchdog Polska zaskarżyli odmowę ujawnienia pytań do WSA. Zwracali zresztą uwagę, że Trybunał Konstytucyjny odniósł się do problemu powtarzających się pytań. Nie zmieniło to jednak meritum decyzji TK, który jednoznacznie opowiedział się za jawnością „starych” pytań egzaminacyjnych. ■





Fot. egw

# Nauka, praktyka, zdrowie

cz. 2

Tadeusz Tołłoczko

Zdrowie i życie nie jest problemem jednowymiarowym. Zgodnie z teorią Marksa – to klasa rządząca decyduje, co dla społeczeństwa jest dobre, a co złe. Wycenia wartość zdrowia obywateli, określając, w jakim stopniu przyznany budżet powinien pokrywać rzeczywiste potrzeby.

Zdrowie ma być wartością bezcenną. A mimo to bywa wartością polityczną. O tym, czy jednym z niekwestionowanych priorytetów polityki uprawianej przez rządzących jest zdrowie obywateli, jasno świadczą nakłady, jakie przeznaczane są na ochronę zdrowia i życia. Nasze oczekiwania i życzenia zawsze wszak przekraczają możliwości.

Życie i zdrowie człowieka należą do wartości najwyższych, dlatego nierówności w dostępie do ochrony i opieki zdrowotnej powinny być zminimalizowane. Myślę, że w żadnym państwie nie zinterpretowano konstytucyjnej gwarancji równego dostępu do opieki zdrowotnej tak, jak zrobili to nasi reprezentanci narodu. Dlatego zdrowie obywateli staje się u nas „wartością klasową”, zawłaszcza wobec narastającego ekonomicznego rozwarstwienia społeczeństwa.

Czynnikami decydującymi o zdrowiu są: styl życia (50 proc.), środowisko (20 proc.), genetyka (16 proc.), opieka zdrowotna (10 proc.).

Rozważając zagadnienie promocji zdrowia, uwzględnić musimy trzy zasadnicze problemy: starzenie się społeczeństw, degradację środowiska, socjalne i ekonomiczne nierówności. Bieda wyzwala chorobę, a choroba powoduje biedę. W ten sposób tworzy się *circulus vitiosus*, którego skutków nie obejmują żadne statystyki. Nie są również przedmiotem zainteresowania mediów.

Programy promocji zdrowia w większym stopniu okazały się skuteczne w stosunku do osób zamożnych niż grup o niskim standardzie życia. Są więc mniej efektywne w stosunku do najbiedniejszych warstw ludności, która choruje częściej.

Poprawa kondycji fizycznej społeczeństwa nie może być zrealizowana poprzez „medycynę naprawczą”, która pełną dostępnością i wysokim standardem świadczeń nie jest w stanie objąć wszystkich obywateli.

Najbardziej skuteczną formą promocji zdrowia społeczeństwa jest podwyższenie standardów życia biednych ludzi oraz skuteczne kształcenie dzieci i młodzieży w zakresie prozdrowotnego stylu życia wraz z uświadamianiem, że ich przyszły życiowy sukces i los warunkowany jest zdrowiem. ■



Fot. egw

## Powtórka z Kodeksu Etyki Lekarskiej

Konstanty Radziwiłł

Podstawa kodeksu: art. 21.

**W przypadku popełnienia przez lekarza poważnej pomyłki lub wystąpienia nieprzewidzianych powikłań w trakcie leczenia lekarz powinien poinformować o tym chorego oraz podjąć działania dla naprawy ich następstw.**

Zdolność przyznania się do błędu, pomyłki lub niepowodzenia jest umiejętnością, którą trudno osiągnąć. W przypadku lekarza to jednak nie tylko kwestia dobrego obyczaju lub wychowania – to obowiązek zawodowy i etyczny. Nakaz kierowania się dobrem chorego oraz

informowania pacjenta o wszystkich sprawach związanych ze stanem jego zdrowia powoduje, że sprawa jest oczywista. To przecież pacjent, a nie lekarz, jest właścicielem informacji dotyczących jego zdrowia. O sytuacji, w której doszło do nieprzewidzianego zdarzenia medycznego, bez względu na to, czy z czyjejs winy, czy też w wyniku niefortunnej zbiegu okoliczności, bez żadnych wątpliwości pacjent musi się dowiedzieć. Niezależnie od tego prawa, obowiązek poinformowania pacjenta o takiej sytuacji może oczywiście wiązać się z jego bezpieczeństwem. Brak informacji na temat istotnych zdarzeń dotyczących chorego może zagrażać pogorszeniem się stanu jego zdrowia.

Poza naturalnym oporem lekarza przed ujawnieniem swojego błędu powodem chęci jego ukrycia bywa obawa przed odpowiedzialnością. Trzeba jednak powiedzieć wprost: nawet w takich okolicznościach lekarz ma moralny obowiązek informowania pacjenta o zaistniałych faktach. Pewnym pocieszeniem może być fakt, że szczere słowo „przepraszam!” ma w sobie moc zachęty do wybaczenia, podczas gdy wypieranie się winy zwykle wywołuje nasilenie pragnienia odwetu. ■



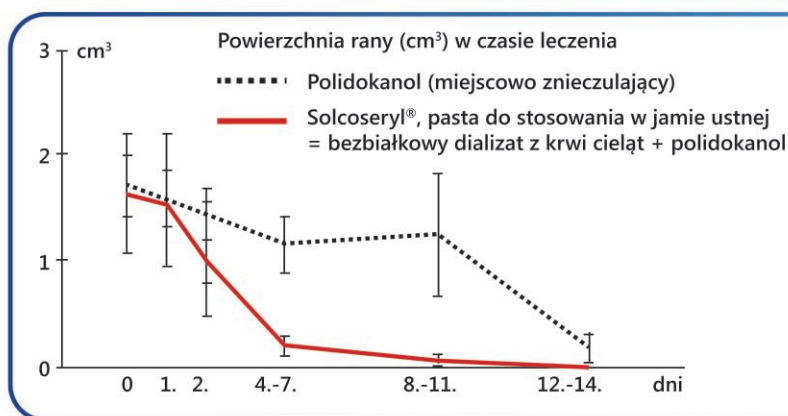
# MEDA

## Solcoseryl® do rany przyłóż!

Solcoseryl®, pasta do stosowania w jamie ustnej  
– ZNIECZULAJĄCY<sup>1</sup> 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 ustnej<sup>2</sup>



**LECZY RANĘ**



**USUWA BÓL JUŻ PO 1 DO 3 MINUT PO APLIKACJI<sup>1</sup>**



**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.

**W sierpniu całą Polskę obiegła informacja o śmierci lekarki anestezjologa, która zmarła w szpitalu powiatowym w czasie czwartej doby pełnionego non stop dyżuru. Tydzień wcześniej placówka zawiesiła działalność Oddziału Intensywnej Opieki Medycznej z powodu braku wymaganej obsady anestezjologicznej.**

Rzecznik prasowy spółki zarządzającej szpitalem zaznaczył, że lekarka nie była pracownikiem etatowym: „Prowadziła jednoosobową działalność gospodarczą, w związku z tym sama regulowała rytm i tempo pracy. Ponieważ była zainteresowana komasowaniem godzin pracy, a i my byliśmy zainteresowani takim rozwiązaniem, umowa została zawarta i była realizowana. Żaden przepis prawny nie zabrania takiej praktyki. W związku z tym, że lekarka nie była naszym etatowym pracownikiem, normy wynikające z kodeksu pracy nie obowiązywały”.



Fot. archiwum

Jarosław Kosiaty

# (Nie) chcemy umierać na dyżurach!

A tak fakt śmierci koleżanki komentowali lekarze na łamach portalu medycznego Esculap.com:

„Pracowałem kiedyś w szpitalu, który przejęła inna spółka. Niestety, wszyscy lekarze (100 proc.), którzy kiedyś tam pracowali, albo sami odeszli, albo zostali zwolnieni. Właściciel spółki (lekarz bez specjalizacji) po prostu drastycznie obniżył zatrudnienie, tak że np. na dwa oddziały zostawała na dyżurze jedna pielęgniarka. Policzcie: jeśli ta pielęgniarka zarabiała brutto powiedzmy 2 tys. zł, to po zwolnieniu dziesięciu w ciągu jednego miesiąca zostało właścicielowi w kieszeni 20 tys. zł. Proste? Właściciel łączył oddziały, tzn. zmniejszał liczbę łóżek o połowę i łączył dwa oddziały na jednym piętrze (np. ortopedię z chirurgią), przy czym piętro zajmowane przez ortopedię zostawało puste. Ordynator, który się temu przeciwstawił, został zwolniony dyscyplinarnie, ale w sądzie sprawę wygrał i właściciel musiał mu zapłacić wszystkie koszty i wypłacić trzymiesięczną odprawę. Dyżurów też trzeba było brać kilka w tygodniu, gdyż nie miał kto dyżurować. Dyżury były ciężkie, gdyż brakowało pielęgniarek, lekarzy i sprzętu. Zakładem radiologii kierował lekarz z I stopniem specjalizacji, na dyżurze przez ponad rok nie było radiologa i wszyscy musieliśmy radiogramy (łącznie z CT) oceniać sami. Teraz w szpitalu jest pięć pięter nieużywanych, niesprzątaných

i nieoświetlanych, po których nikt się nie porusza. Pacjenci z wszystkich oddziałów cisną się na czterech piętrach, wszędzie są dostawki, łóżka na korytarzach, niczego się nie naprawia, nie tylko aparatury medycznej, ale też np. sedesów. Gdy przychodzi kontrola, wyciąga się z magazynu zepsuty sprzęt, mówiąc, że jest w naprawie. Kontrole to jakoś kupują, ale sprzęt z powrotem idzie do magazynu i żadnej mowy o naprawie nie ma. Przy następnej kontroli sytuacja się powtarza i znowu wszystko jest OK”.

„Nigdy specjalnie nie interesowano się, ile czasu pracujemy. Wielkie emocje budzi, co lekarz ma w garażu. Nikogo nie obchodzi, jakim kosztem. Obawiam się, że nadal tak będzie. Ten zgon Koleżanki (nie pierwsze i nie ostatnie odejście na wieczny dyżur wskutek przepracowania) będzie krótkotrwałą sensacją. Potem – do roboty”.

W związku ze śmiercią młodej lekarki pojawiły się głosy, aby ograniczyć prawnie czas pracy lekarzy (bez względu na liczbę miejsc pracy oraz formę zatrudnienia). O zdanie na ten temat zapytaliśmy samych zainteresowanych. W internetowej ankiecie na łamach portalu Esculap.com wzięło udział

900 lekarzy. Trzy czwarte uczestników (76 proc.) opowiedziało się za wprowadzeniem takiego rozwiązania do polskiego systemu prawnego, jedna piąta (20 proc.) była temu przeciwna, a 4 proc. przyznało, że trudno im udzielić odpowiedzi na to pytanie. Oto niektóre komentarze dopisane pod ankietą:

„Po dziesięciu latach pracy warunki są gorsze niż na początku. Przy podpisywaniu opt-out wywalczyliśmy godne stawki dyżurowe. Niestety, jakiś czas temu komuś się to nie spodobało. Zmusił nas, specjalistów, do dyżurów kontraktowych. Nie było mowy o innym sposobie dyżurowania. Efekt teraz jest taki, że podstawa wynagrodzenia nie przekracza nawet 2 tys. zł netto, a dyżury... No cóż, nie możesz zachorować. I tyrasz, w ciąży, nie ciąży, chora czy nie – do roboty...”

„Gdyby społeczeństwo wiedziało, w jakim stanie umysłu (i zdrowia) działają medycy, już dawno ograniczono by pracę lekarzy. Jednak zarządzający wolą utrzymywać lekarzy na 1,5–2 etatach, ponieważ szybko okazałoby się, jak olbrzymie są braki kadrowe i że pracujemy jak osły (bo dwa razy za dużo)”.

„Nie do końca rozumiem. Na etacie faktycznie byłam zmuszana do brania większej liczby dyżurów niż chciałam, ponieważ nie było chętnych – ciężka praca marnie płatna. Na

kontrakcie naprawdę nie ma przymusu. Jeżeli chcesz więcej zarobić, bierzesz więcej dyżurów, jeżeli jedziesz do odległego miejsca, to nie opłaca się na jedną dobę. Stawki są istotnie większe niż na etacie. A stawki w niektórych specjalizacjach istotnie wyższe niż w pozostałych...”.

„Jest jeszcze inny, ważny problem. Lekarze podkupują jedni drugich i to w złą stronę, oferując swoje usługi za niższą cenę. Chodzi o to, aby lek. X nie wziął dyżuru albo wizyty domowej, to lek. Y weźmie to za 50 proc. Nie cenimy siebie ani swojej ciężkiej pracy”.

„Istotą umów cywilnoprawnych jest ich niemal całkowita dowolność, a to, co w nich jest – brutalnie mówiąc – zależy od stron umowy, co wynegocjują. Wiem, co mówię, ponieważ mam umowę od lat w publicznym szpitalu, w której



Rys. K. Rosiecki

mam 21 dni płatnego urlopu i 5 dni płatnego urlopu szkoleniowego, bez obowiązku załatwiania zastępstwa. Ale wiem, że w tym samym szpitalu są ludzie, którzy mają jeszcze lepsze umowy, ale też gorsze. Najgorszą rzeczą w tych umowach nie jest brak urlopu, ale brak obrony pracownika (pseudofirmy) przed nadużyciami pracodawcy (pseudokontrahenta) oraz całkowita katastrofa w przypadku choroby (czytaj: brak środków do życia)”.

„Wara od mojej umowy cywilnoprawnej. Każdy ma swój rozum i zawiera taką umowę, jaka mu pasuje. Nie ma przymusu, choć czasami są »zgniłe« kompromisy. Związkowcy ze swoimi pomysłami regulowania i kontrolowania wszystkich niech spadają na drzewo!”.

„Jeszcze nigdy nie widziałam biednego kolegi, koleżanki lekarza. Żaden z nas nie pogardzi pieniędzmi od przedstawicieli medycznych ani dyżurami, ani prywatną praktyką. Może

trzeba znaleźć umiar w tej pogoni za pieniądzem? Lekarz to nie ochroniarz, który może pracować po kilka zmian bez przerwy i nikomu nie robi tym krzywdy. Wielu ludzi powie, że za mało zarabia. Taki mamy poziom płac w Polsce. Ale trzeba szanować swoje zdrowie i zdrowie innych”.

Tymczasem fakty są brutalne. Dziewięć lat temu Śląska Izba Lekarska przeprowadziła badanie długości życia lekarzy na swoim terenie. Na podstawie średniej wieku zgonów 600 medyków zarejestrowanych w ŚIL obliczono, że tamtejsi lekarze żyją o 2,4 roku krócej niż inni mężczyźni w Polsce, a lekarki umierają ponad 11 lat wcześniej niż Polki wykonujące inne zawody.

Problem „nadumieralności” tych, którzy mają ratować zdrowie i życie innych, dotyczy zapewne całego kraju. „Niedawno do szpitala, w którym pracuję, przywieziono w ciężkim stanie mego kolegę lekarza, z perforowanym wrzodem żołądka. Dolegliwości odczuwał przez kilka miesięcy, ale nie miał czasu, aby się leczyć, ponieważ wciąż odrywały go od tego obowiązki służbowe. Został uratowany w ostatniej chwili. Miał więcej szczęścia od swojej żony, też lekarki. Zmarła wskutek zapalenia otrzewnej. Bagatelizowała objawy i zaniedbała leczenie, gdyż nie mogła się oderwać od swoich pacjentów” – pisał siedem lat temu na łamach „Służby Zdrowia” dr Ryszard Kijak.

A jak wygląda sytuacja Anno Domini 2016? Najtrafniej podsumował ją jeden z uczestników wrześniowej ankiety na łamach Esculapa:

„Ten, kto sam nie dyżurował, ten nie wie. My, lekarze, każdego dnia dajemy pacjentom mnóstwo zaleceń dotyczących zdrowego trybu życia. Narzekamy, gdy ich nie wypełniają. A jak wygląda ich realizacja w naszym wykonaniu na dyżurze? Czy na dyżurze trwającym cztery doby non stop ktoś wychodzi na trwający co najmniej godzinę spacer? Czy ktoś ma szansę poćwiczyć kilkadziesiąt minut? Czy mamy możliwość zjedzenia czegoś nawiązującego do piramidy zdrowego żywienia? Czy mamy szansę na relaks? Jak wygląda po kilkunastu latach takiej pracy noc osoby przewlekłe poddawanej deprywacji snu? Pomijam już życie osobiste i rodzinne, choć i ono ma swoje prawa. Może by pan rzecznik szpitala, wypowiadający się z takim cynizmem po śmierci tej młodej kobiety, spędził kilka takich dyżurów w owej »wygodnej dyżurce«, pozbawiony domowych pieleszy, z nieustannie dzwoniącym telefonem, w ciągłej gotowości. Może by tak potem wsiadł i jechał do domu kilkaset kilometrów (wypadki!), zanim zaproponuje komuś następnemu taki »system« pracy”.

Inną kwestią pozostaje, że my sami – lekarze, godzimy się na taki „system”. Czy zatem chcemy umierać na dyżurach? Czy naprawdę warto? ■

■

*Autor jest lekarzem, nauczycielem akademickim.*

# doniesienia naukowe



## Nowa szansa w leczeniu choroby Alzheimera

Wiele już razy ogłaszano odkrycie metody przełomowej dla leczenia choroby Alzheimera, której skuteczność się potem nie potwierdziła albo potwierdziła jedynie częściowo. Tym razem spore są szanse na to, że u niektórych chorych będzie można ją leczyć skuteczniej niż dotąd. Taką nadzieję daje lek, znany jako LMTX, który działa na białko tau występujące niemal wyłącznie w komórkach nerwowych i podejrzewane jest o to, że powoduje chorobę Alzheimera.

Podczas konferencji Międzynarodowego Stowarzyszenia Alzheimerowskiego w lipcu 2016 r. ogłoszono, że zakończyła się trzecia faza badań nad tym lekiem, który u części osób z łagodną i umiarkowaną postacią schorzenia hamuje powstawanie spletków białka tau.

Dr Serge Gauthier z McGill University, który kierował badaniami, twierdzi, że w Europie i USA testowano lek na 891 pacjentach średnio w wieku około 71 lat. Uczestniczący w badaniach chorzy, u których nie można było stosować innych leków, po 13 tygodniach wykazywali lepsze zdolności poznawcze oraz mniejszy zanik mózgu (badano ich rezonansem magnetycznym oraz testami na zdolności poznawcze). U pacjentów stosujących jeszcze inne leki nie zauważono wyraźnej poprawy.

Dr Gauthier podkreślił, że leczenie choroby Alzheimera jest głównie objawowe i jakakolwiek nowa terapia daje nadzieję na lepsze jej kontrolowanie przynajmniej u niektórych pacjentów („Medical News Today”, 29.07.2016).

## Badania przesiewowe w raku płuca

Wczesne wykrycie raka płuca umożliwiają badania przesiewowe przy użyciu niskodawkowej tomografii komputerowej. Najnowsze obserwacje dr Kate Brain z Cardiff University i jej zespołu dowodzą, że taki skryning nie jest stresujący dla palaczy najbardziej zagrożonych tym nowotworem.

Obawiano się, że zgłaszanie się na profilaktyczne badania będzie dla tych osób dużym obciążeniem psychicznym. To się jednak nie potwierdziło w trwających dwa lata obserwacjach, którymi objęto ponad 4 tys. palaczy w wieku od 50 do 75 lat. Podzielono ich na dwie grupy, z których jedna służyła do porównania, gdyż należące do niej osoby nie były badane.

Dodatkowy stres przeżywali jedynie pacjenci, którzy z różnych powodów musieli powtórzyć badanie. Głównie dlatego, że obawiali się, iż występuje u nich podejrzana zmiana, która może być złośliwa. Nie był to jednak skrajnie silny stres. Potwierdza się zatem, że badania przesiewowe raka płuca mają sens. Są jednak kosztowne.

Według konsultanta krajowego w dziedzinie onkologii klinicznej prof. Macieja Krzakowskiego w Polsce w ostatniej dekadzie nieznacznie tylko spadła zachorowalność na raka płuca wśród mężczyzn: z 15,2 tys. w 2005 r. do 14,3 tys. w 2015. Niepokoi wzrost zachorowalności na ten nowotwór u kobiet

– z 4,8 tys. przypadków w 2005 r. do 7,6 tys. w 2015. Polki częściej już umierają na raka płuca niż na raka piersi („Thorax”, sierpień 2016, doi: 10.1136/thoraxjnl-2016-208283).

## „Hiszpański paradoks” wyjaśniony

Od dawna zastanawiano się na tym fenomenem, ponieważ Latynosi często cieszą się dość długim życiem, choć częściej cierpią na choroby, które zwykle je skracają, takie jak cukrzyca. Nazwano to „hiszpańskim paradoksem”. Według CDC w USA średnia długość ich życia sięga prawie 82 lat, czyli wynosi o trzy lata więcej niż w przypadku białych Amerykanów i o 7 lat niż w przypadku Afroamerykanów.

Wygląda na to, że krew Latynosów na poziomie molekularnym starzeje się wolniej, co wpływa na dłuższe życie. Wskazują na to badania DNA krwi 6 tys. Amerykanów, reprezentujących różne grupy etniczne, które wraz ze swym zespołem przeprowadził prof. Steve Horvath z University of California w Los Angeles. Przy okazji ujawniono, że podobnie jest u Indian Tsimane.

Przeciętna latynoska kobieta po menopauzie jest biologicznie o 2,4 roku młodsza niż jej rówieśniczka w tym samym wieku, ale o innym odcieniu skóry. Jeszcze wolniej starzeje się krew Indian Tsimane, u których na poziomie molekularnym była ona o 2 lata młodsza niż u Latynosów i o 4 lata młodsza niż u ludzi białych rasy kaukaskiej.

Badania te korelują z eksperymentami, w których po raz pierwszy odmłodzono myszy, przetaczając im krew młodych osobników. Przeprowadzili je biolodzy Tony Wyss-Coray ze Stanford University i Saul Villeda z University of California San Francisco. Podobne badania mają być wkrótce przeprowadzone u ludzi („Genome Biology”, sierpień 2016).

## Kamica żółciowa sprzyja zawałom

Kamica żółciowa grozi nie tylko zatkaniem przewodów żółciowych, zapaleniem trzustki lub zablokowaniem przewodu trzustkowego. Zwiększa również ryzyko chorób sercowo-naczyniowych. I wcale nie jest to związane z podobnymi przyczynami obu schorzeń, takimi jak otyłość, cukrzyca, nadciśnienie tętnicze i wysoki poziom cholesterolu we krwi.

Prof. Lu Qi z Tulane University w Nowym Orleanie twierdzi, że kamica żółciowa bezpośrednio wpływa na rozwój chorób układu krążenia, choć mechanizm tego zjawiska nie jest znany. Specjalista powołuje się na metaanalizę badań, w których uczestniczyło 840 tys. osób. Wśród nich wykryto ponad 50 tys. przypadków chorób sercowo-naczyniowych. O 23 proc. częściej występowały u tych osób, które cierpiały na kamicę żółciową.

Amerykański specjalista zaleca, żeby monitorować bardziej pod kątem ewentualnych chorób sercowo-naczyniowych pacjentów z tym schorzeniem, którzy nie znajdują się w grupie ryzyka, czyli nie są otyli, nie mają cukrzycy, nadciśnienia i podwyższonego cholesterolu, ale cierpią z powodu kamicy żółciowej.

Prof. Qi podejrzewa, że pęcherzyk żółciowy wpływa na wydzielanie kwasów żółciowych, od których zależy rozwój mikroflory bakteryjnej jelit, która z kolei może być powiązana z większym ryzykiem chorób sercowo-naczyniowych, jak sugeruje coraz więcej badań („Arteriosclerosis, Thrombosis and Vascular Biology”, sierpień 2016). ■

**Zbigniew Wojtasiński**





Fotografie: archiwum IFiPS

**Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu obchodzi 20-lecie. Nie ma w Polsce drugiego ośrodka, który w tak krótkim czasie osiągnąłby równie wysoką pozycję w kraju i na świecie.**

**T**o efekt pracy prof. Henryka Skarżyńskiego i jego zespołu. 25 lat temu rozpoczął on przygotowania do wdrożenia w Polsce programu implantów ślimakowych, przeprowadził wiele pionierskich operacji, stworzył w nauce światowej tzw. polską szkołę otochirurgii w leczeniu częściowej głuchoty. Z jego inicjatywy powstało Światowe Centrum Słuchu w Kajetanach, pod opieką którego pozostaje obecnie ponad 5 tys. użytkowników implantów. W instytucie zrealizowano blisko 400 tys. procedur chirurgicznych oraz udzielono i przeprowadzono ponad 3 mln konsultacji i badań.



**Prof. Henryk Skarżyński:** To zasługa całego naszego zespołu. Moim celem zawsze była pomoc pacjentom, którzy z braku odpowiedniego leczenia nie mieli szansy na powrót do świata dźwięków. To z myślą o nich opracowałem, a potem wdrożyłem program implantów ślimakowych, a także utwo-

rzyłem w 1993 r. pierwszy w Polsce, a drugi w Europie, Ośrodek Diagnostyczno-Lecznico-Rehabilitacyjny dla Osób Niestyszających i Niedosłyszących „Cochlear Center”. Na jego bazie powołano w 1996 r. Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu. Dziś jest to wiodący w kraju instytut badawczy (kategoria A+) oraz wysoko wyspecjalizowany szpital zapewniający kompleksową opiekę osobom z uszkodzeniami narządu słuchu, głosu, mowy, równowagi i oddychania. Otwarte pod jego szyldem zaledwie cztery lata temu Światowe Centrum Słuchu to światowa marka. Przeprowadzamy dziennie najwięcej w świecie operacji poprawiających słuch. Polscy pacjenci w centrum korzystają z najnowszych technologii jako pierwsi w kraju, a nawet jako jedni z pierwszych w świecie. W instytucie została stworzona i uruchomiona pierwsza w świecie Krajowa Sieć Teleaudiologii, umożliwiającą przeprowadzanie telekonsultacji z udziałem pacjentów i specjalistów z kilku ośrodków jednocześnie, zdalną rehabilitację oraz telefitting, czyli zdalne ustawianie parametrów w procesorach mowy u pacjentów z różnymi implantami słuchowymi. Centrum jest też wyjątkowym ośrodkiem dydaktycznym. Udało się zbudować Centrum Edukacyjne z unikatową pracownią wyposażoną w 40 stanowisk dla otochirurgii i rynchirurgii, nowoczesny sprzęt do ćwiczeń na preparatach anatomicznych i symulatorach komputerowych. Co roku organizujemy międzynarodowe konferencje połączone z warsztatami dla otochirurgów, którzy uczą się m.in. opracowanych przeze mnie minimalnie inwazyjnych procedur chirurgicznych, pozwalających zachować istniejący nawet w niewielkim stopniu słuch przedoperacyjny oraz strukturę ucha wewnętrznego. W ramach programu leczenia całkowitej i częściowej głuchoty w instytucie przeprowadzono ponad 5 tys. operacji wszczepienia różnych typów implantów słuchowych. W pozostałych pięciu ośrodkach w Polsce łącznie wykonano około 1 tys. takich operacji.

Planujemy wdrażanie kolejnych osiągnięć naukowych do codziennej praktyki klinicznej. Jednym z najważniejszych zadań na najbliższe lata jest też umocnienie „polskiej szkoły” w nauce i medycynie światowej. ■

oprac. egw



Fot. archiwum

# Niedoceniane zagrożenia zdrowotne

Krystyna Knypl

**Jako lekarze doskonale wiemy, jaki niszczący wpływ na zdrowie mają czynniki ryzyka schorzeń sercowo-naczyniowych, takie jak palenie papierosów, nadciśnienie tętnicze, mała aktywność fizyczna czy hipercholesterolemia. Przeczytaliśmy dziesiątki artykułów na ten temat i wysłuchaliśmy wielu wykładów. Zdawać by się mogło, że wiemy wszystko. Okazuje się jednak, że nasza wiedza w tym zakresie wymaga bardzo pilnie uzupełnienia, bo czynniki ryzyka do tej pory dotyczące osób dorosłych stają się poważnym problemem wśród polskich dzieci!**

## Nadwaga i otyłość pojawiają się już w dzieciństwie

Z raportów WHO dowiadujemy się, że w ciągu ostatnich 20 lat w naszym kraju wzrosła liczba dzieci z nadwagą, a polskie jedenastolatki tyją najszybciej i są w czołówce najbardziej otyłych nastolatków na świecie. Mamy 18,3 proc. dzieci z nadwagą i 3,4 proc. z otyłością. To alarmujące wyniki, bo młode osoby, znieruchomiałe przed smartfonami i tabletami, są od pięciu do sześciu razy bardziej narażone niż ich aktywni fizycznie rówieśnicy na choroby serca nawet przed ukończeniem 20. roku życia.

Co więcej, 80 proc. otyłych dzieci przeniesie problemy zdrowotne w dorosłe życie. Według danych Głównego Urzędu Statystycznego każdego roku z przyczyn kardiologicznych umiera około 175 tys. osób, co stanowi blisko 46 proc. wszystkich zgonów. Wśród osób po 65. roku życia choroby układu sercowo-naczyniowego powodują ponad 53 proc. zgonów. Szacuje się, że przy obecnych tendencjach zachorowań z powodu chorób układu krążenia w 2020 umierać będzie ponad 200 tys. osób rocznie.

## Zanieczyszczenie powietrza – niedoceniany czynnik ryzyka

Powinniśmy zwracać uwagę nie tylko na zagrożenia kardiologiczne w populacji dzieci i młodzieży, ale także na wpływ zanieczyszczenia powietrza na zdrowie wszystkich obywateli. To czynnik zdecydowanie niedoceniany w codziennej

praktyce lekarskiej. Badania wykazujące związek zanieczyszczenia powietrza ze stanem zdrowia są żmudne i niezbyt często podejmowane.

Jedno z ciekawszych badań opisano w doniesieniu „Ambient air pollution and congenital heart disease: a register-based study” autorstwa P. Dadvand i wsp., zamieszczonym na łamach „Environmental Research Journal” 2011,111,435-41. W badaniu oceniano, czy zachodzi zależność między ekspozycją na zanieczyszczone powietrze a wadami wrodzonymi u dzieci. Mierzono poziom zanieczyszczeń powietrza, na które narażone były kobiety w okresie od trzeciego do ósmego tygodnia ciąży; wyniki pochodziły ze stacji pomiarowej najbliższej miejscu zamieszkania ciężarnej. Stwierdzono, że z ekspozycją na zwiększone stężenie CO i NO związane było częstsze występowanie ubytku w przegrodzie międzykomorowej serca. Zwiększone stężenie CO było ponadto związane z częstszym występowaniem wrodzonego zwężenia zastawki tętnicy płucnej, a zwiększone stężenie NO – z tetralogią Fallota. Stężenia CO<sub>2</sub>, O<sub>3</sub> i PM<sub>10</sub> nie były kojarzone jednoznacznie z większą częstością wad rozwojowych.

Wiadomo, że zanieczyszczenie powietrza zwiększa także ryzyko chorób układu krążenia. Cząsteczki PM<sub>10</sub> i PM<sub>2,5</sub> powodują pogorszenie czynności śródbłonna naczyń i zwiększają stres oksydacyjny. Efektem tych zmian jest przyspieszenie i nasilenie rozwoju miażdżycy.

W doniesieniu „Ambient Air Pollution Is Associated with the Severity of Coronary Atherosclerosis and Incident Myocardial Infarction in Patients Undergoing Elective Cardiac Evaluation” J. Hartiala i wsp., opublikowanym w „JAMA” w lipcu 2016 r. (<http://jaha.ahajournals.org/content/5/8/e003947.full>), przedstawiono skutki trzyletniej ekspozycji na PM<sub>2,5</sub> oraz NO<sub>2</sub> dla stanu naczyń krwionośnych u 6575 mieszkańców Ohio. Wykazano, że ryzyko zachorowania na zawał serca zwiększyło się 1,33 raza. Z kolei M. Monrad i wsp. w artykule „Long-Term Exposure to Traffic-Related Air Pollution and Risk of Incident Atrial Fibrillation: A Cohort Study”, zamieszczonym na łamach „Environmental Health Perspectives” (<http://ehp.niehs.nih.gov/ehp392/>), dowiedli, że zwiększona ekspozycja na NO<sub>2</sub> i NO<sub>x</sub> związana jest ze wzrostem ryzyka wystąpienia migotania przedsionków o 8 proc.

Zachodzi też ścisły związek między zanieczyszczeniem powietrza a zwiększoną częstością hospitalizacji z powodu niewydolności krążenia. W doniesieniu „Global association of



air pollution and heart failure: a systematic review and meta-analysis”, opublikowanym w „The Lancet”, A.S. Shah i wsp. wykazali, że hospitalizacjom z powodu niewydolności krążenia towarzyszył wzrost stężeń CO, SO<sub>2</sub> oraz NO<sub>2</sub> ([http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(13\)60898-3/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(13)60898-3/abstract)).

Zwiększa się także zagrożenie cukrzycą i powikłaniami narządowymi – informują C. Li i wsp. w artykule „Main air pollutants and diabetes-associated mortality: a systematic review and meta-analysis” na łamach „European Journal of Endocrinology” (<http://www.eje-online.org/content/171/5/R183.full>).

Łatwo można się domyślić, że zachodzi związek przyczynowo-skutkowy między ekspozycją na zanieczyszczone powietrze a chorobami dróg oddechowych, zwłaszcza u dzieci. Nieprawidłowa funkcja rzęsek spowodowana działaniem cząstek PM<sub>10</sub> i PM<sub>2,5</sub> powoduje zaleganie śluzu w drogach oddechowych i utrudnia usuwanie tych szkodliwych substancji na zewnątrz. Taki stan sprzyja rozwojowi infekcji wirusowych i bakteryjnych.

Z artykułu „Severe and Moderate Asthma Exacerbations in Asthmatic Children and Exposure to Ambient Air Pollutants”, zamieszczonego w „International Journal of Environmental Research and Public Health” przez L.F. Tetreault i wsp. (<http://www.mdpi.com/1660-4601/13/8/771>), dowiadujemy się, że na zaostrzenie astmy u dzieci miały wpływ takie składniki zanieczyszczenia powietrza jak NO<sub>2</sub>, O<sub>3</sub>, PM<sub>2,5</sub>. Im dłuższy był czas ekspozycji na te składniki, tym bardziej nasilone było zaostrzenie astmy.

Znane są nasilenia chorób także w zakresie innych narządów, m.in. skóry, układu moczowego czy układu krążenia. Osoby wrażliwe narażone są na zaostrzenie atopowego zapalenia skóry. Pod wpływem zanieczyszczonego powietrza dochodzi do zmian w budowie skóry, rośnie ilość cytokin zapalnych IL-8, IL-1α, IL-18, zmienia się aktywność metaloproteinaz (biorą udział w wielu procesach ustrojowych, ich zwiększona aktywność

obserwowana jest w chorobach nowotworowych). W badaniu zatytułowanym „Associations of gestational and early life exposures to ambient air pollution with childhood atopic eczema in Shanghai, China” W. Liu i wsp. analizowali stan 3358 uczniów pod kątem wpływu cząstek SO<sub>2</sub>, NO<sub>2</sub>, PM<sub>10</sub> na ich zdrowie. Wykazano, że występowanie AZS jest ściśle związane ze zwiększonym stężeniem NO<sub>2</sub> oraz SO<sub>2</sub> w powietrzu.

## Zanieczyszczenie powietrza w Polsce

Pomiary parametrów zanieczyszczenia powietrza dostarczają bardzo dużych zbiorów danych. Skoncentrowałam się więc na Warszawie – najgorsze wyniki odnotowano w stacjach pomiarowych przy ul. Marszałkowskiej oraz w al. Niepodległości, czyli w miejscach o dużym natężeniu ruchu samochodowego. Moją uwagę zwróciły złe wyniki dla Otwocka, miasta uważanego za podwarszawską oazę zieleni, znanego z sanatoriów pulmonologicznych. Czynnikiem wpływającym na stan tamtejszego powietrza okazuje się powszechne indywidualne ogrzewanie domów. Więcej informacji pod adresami: <http://www.wios.warszawa.pl/pl/publikacje-wios/publikacje/1189,Roczna-Ocena-Jakosci-Powietrza-w-województwie-mazowieckim-Raport-za-rok-2015.html>, <http://sojp.wios.warszawa.pl/or2015/OR2015.pdf>.

Ogólnie sytuację w naszym kraju można określić tak: było źle, nie jest dobrze, ale sprawy powoli zmierzają we właściwym kierunku.

## Wniosek

Nowe obszary oddziaływania kardiologicznych czynników ryzyka wymagają szeroko zakrojonej akcji edukacyjnej i profilaktycznej. Konieczne jest także opracowanie wiarygodnych metod pomiaru skuteczności podejmowanych akcji prozdrowotnych. Dotychczas skupiano się na medialnym wymiarze działań, tymczasem chorują i umierają realni ludzie, a wpływ zanieczyszczeń na zdrowie dzieci i młodzieży niepokojąco rośnie. ■

# Jazda po bandzie

Jednoosobowa działalność gospodarcza

– najbardziej ryzykowna forma prowadzenia firmy medycznej

**W Polsce możliwe jest prowadzenie działalności gospodarczej, w tym medycznej, w kilku formach organizacyjno-prawnych.**

**Do najpopularniejszych należą:**

**jednoosobowa działalność gospodarcza (dalej JDG) oraz spółki: cywilna, osobowe (jawna, partnerska, komandytowa, komandytowo-akcyjna), kapitałowe (z ograniczoną odpowiedzialnością, akcyjna).**

## Nie ufaj reklamie

Najczęściej rekomendowaną dla początkujących przedsiębiorców formą prowadzenia biznesu jest JDG, przede wszystkim z uwagi na relatywnie nieskomplikowane rozliczenia podatkowe oraz preferencyjne oferty biur rachunkowych. Nie należy zapominać również o tym, że indywidualni przedsiębiorcy mogą korzystać z najszerszej oferty pomocy publicznej w formie dotacji i dofinansowań. Wybór JDG jest naturalny szczególnie dla lekarzy, którzy rozpoczynają własną praktykę, a ze względu na swoją wiedzę i doświadczenie oraz specyfikę wykonywanego zawodu są przygotowani do prowadzenia jej w pełni samodzielnie. Przygotowując się do prowadzenia swojej działalności leczniczej, należy już na etapie planowania lub w początkowej fazie aktywności zainteresować się także innymi formami organizacyjno-prawnymi, przynajmniej z kilku powodów. Spółki partnerska i komandytowa są szczególnie interesujące dla podmiotów działających w branży medycznej ze względu na zakres odpowiedzialności właścicieli, elastyczność biznesu oraz formę rozliczeń podatkowych.

## Odpowiedzialność nie tylko zawodowa

Każdy lekarz ponosi odpowiedzialność zawodową w ramach wykonywania swojej pracy. Dodatkowo, jako podmiot prowadzący własną działalność gospodarczą (praktykę lekarską, ZOZ, szpital etc.), ponosi odpowiedzialność cywilną na mocy postanowień zawartych umów (np. z tytułu zaległych płatności czy roszczeń pracowników) oraz na zasadach ogólnych, np. za szkody wyrządzone pacjentom. W konsekwencji działalności w ramach JDG lekarz przedsiębiorca odpowiada całym majątkiem osobistym, a także wspólnym majątkiem małżeńskim, jeżeli przed rozpoczęciem działalności nie została zawarta stosowna małżeńska umowa majątkowa. Ze względu na ryzyko ciążyce na lekarzu prowadzącym firmę medyczną uzasadnione jest rozważenie przeniesienia przedsiębiorstwa z JDG do spółki prawa handlowego. Oczywiście, zmiana formy

organizacyjno-prawnej nie jest sposobem na uchylanie się od odpowiedzialności, daje natomiast rzetelnie wykonującemu swoją pracę lekarzowi możliwość ograniczenia lub wyeliminowania ryzyka utraty wcześniej wypracowanego majątku osobistego, a także pełnego zabezpieczenia majątku osób bliskich.

## Komandyt

Rozważając założenie spółki komandytowej, należy pamiętać, że część współników odpowiada za jej zobowiązania jedynie do określonej z góry kwoty, tzw. sumy komandytowej. W związku z tym ewentualnych wierzycieli w pierwszej kolejności zaspokaja sama spółka ze swojego majątku, a dopiero gdy to nie wystarczy, wierzyciele mogą zgłaszać roszczenia do współników spółki, którzy odpowiadają w ograniczonym zakresie. W spółce komandytowej tylko jeden ze współników (komplementariusz) musi odpowiadać całym swoim majątkiem za niespełnione przez spółkę zobowiązania, jednak przepisy prawa handlowego dopuszczają, by tym współnikiem była zarówno osoba fizyczna, jak i inny podmiot, np. spółka kapitałowa.

## Rozwój firmy medycznej

Rozwój każdej firmy, także działającej w branży medycznej, zależy m.in. od skali nakładów na inwestycje. Świadczenie usług medycznych wymaga zazwyczaj dużych wydatków na aparaturę umożliwiającą obsługę pacjenta na właściwym poziomie. Planując większe inwestycje, zwłaszcza w zakresie sprzętu medycznego, który nie należy do najtańszych, np. nabycie ultrasonografu, aparatu EKG, EEG, RTG, tomografu komputerowego, większość firm posiłkuje się finansowaniem zewnętrznym, np. kredytem bankowym. Należy pamiętać, że w takiej sytuacji placówka medyczna w większym stopniu jest narażona na okresowe zachwianie równowagi finansowej. Jeżeli firma, angażując kapitały, nie zapewni bezpieczeństwa prawnego w postaci wyboru właściwej formy organizacyjno-prawnej, odpowiadającej skali działalności, takie zachwianie może skutkować uszczerbkiem na majątku prywatnym właściciela (np. nieruchomościach, które są szczególnie atrakcyjne dla wierzycieli). Opisane zagrożenie można zminimalizować, powołując spółkę, której konstrukcja ogranicza ryzyko biznesowe właściciela. Przykładem jest właśnie spółka komandytowa.

## Kiedy zmiany

Dobłą okazją do odejścia od JDG stanowi poszerzenie zakresu działalności o nowe specjalizacje lekarskie. Właściciel, opierając się na swoim wykształceniu i doświadczeniu, prowadzi działalność lekarską w ramach jednej specjalizacji, jednak kiedy wraz z rozwojem firmy decy-

duje o włączeniu do biznesu nowych partnerów, JDG nie wystarcza. Eksperti innych gałęzi medycyny, przyczyniający się do rozwoju firmy, mogą się stać współnikami nowo założonej spółki. Klarowny podział ról oraz odpowiednio przygotowana struktura pozwoli założycielowi firmy zachować decydujący wpływ na strategiczne rozstrzygnięcia, a jednocześnie zapewni nowym współnikom prawo do podejmowania decyzji w sprawach bieżących lub dotyczących ich specjalizacji.

## Forma prowadzenia firmy medycznej a sukcesja

Godny uwagi jest również fakt, że JDG nie stanowi odrębnego bytu od osoby fizycznej, która ją prowadzi. Oznacza to, że właścicielowi firmy medycznej nie wolno wprowadzić do biznesu członków rodziny, nawet gdy posiadają stosowne kwalifikacje i mogliby – ze względu na więzi rodzinne – ze szczególnym zaangażowaniem budować wartość przedsiębiorstwa. Sytuacja kształtuje się zupełnie inaczej, gdy firma medyczna jest prowadzona w formie spółki. Każda spółka prawa handlowego jest odrębnym bytem prawnym, w związku z czym możliwe jest dołączenie do niej współników w dowolnie wybranym momencie, np. przez ustanowienie nowych udziałów w spółce z ograniczoną odpowiedzialnością lub wniesienie wkładu do spółki jawnej czy komandytowej. Ponadto uczestnictwo w spółce daje możliwość relatywnie szybkiego wycofania się z prowadzonej działalności przez zbycie udziałów, akcji lub OPIO (ogół praw i obowiązków). Takiej elastycz-

ności zdecydowanie nie zapewnia JDG, ponieważ jej zakończenie oznacza definitywny koniec istnienia firmy. W tym miejscu należy podkreślić, że choć jednoosobowa działalność gospodarcza nie może być przedmiotem dziedziczenia, generuje ryzyko przejścia długów na spadkobierców przedsiębiorcy. W praktyce nie mogą kontynuować działalności firmy medycznej, natomiast są zobowiązani np. do spłaty kredytów, które spadkodawca zaciągnął na jej rozwój.

## Co warto zmienić

Tematyka prawnych aspektów prowadzenia firmy medycznej jest niezwykle szeroka. Forma organizacyjno-prawna stanowi tylko jej podstawowy element i nie jest jedynym kluczem do zabezpieczenia interesów przedsiębiorstwa. Ponieważ znajduje ona odzwierciedlenie w tak istotnych sprawach, jak zakres odpowiedzialności właściciela, komfort inwestycji czy wysokość zobowiązań podatkowych, można uznać, że jej przemyślany wybór jest fundamentem udanego biznesu. Pochopny odwrotnie – spowoduje, że firma nie przetrwa pierwszych poważnych trudności, np. wywołanych roszczeniami pacjentów czy aktywnością konkurencji, która wcześniej zadbała o prawny fundament swojej działalności. ■

Łukasz Chmielecki

*Autor jest prawnikiem, doradcą podatkowym.*

*Wydrukowano w „Menedżerze Zdrowia” nr 6–7/2016.*

## POWIERZCHNIA DO WYNAJĘCIA/SPRZEDAŻY

### PRZYCHODNIA GABINETY LEKARSKIE LOKAL USŁUGOWO-HANDLOWY 329 m<sup>2</sup>

ul. Borowska 242 we Wrocławiu  
(naprzeciwko Uniwersyteckiego  
Szpitala Klinicznego we Wrocławiu)  
kontakt: 71/356 40 20, 605 959 459



OGŁOSZENIE

- dogodny dojazd, ok. 4 km na południe od centrum miasta
- bardzo dobra lokalizacja na przychodnię, gabinety lekarskie
- lokal przystosowany do poruszania się osób niepełnosprawnych
- lokal wyposażony pod przychodnię lekarską, przystosowany dla potrzeb usług medycznych leczenia otwartego
- wykończenie materiałami wysokiej jakości oraz wyposażenie we wszelkie instalacje oraz urządzenia niezbędne do prowadzenia ww. działalności, w tym klimatyzację, wentylację, monitoring i kamery, instalację komputerową i serwer, komplet mebli
- **pozytywna opinia PPIS we Wrocławiu stwierdzająca spełnienie wymagań higienicznych i zdrowotnych dla potrzeb prowadzenia działalności medycznej**



# X CHARYTATYWNA GALA KARNAWAŁOWA

UDZIAŁ ZAPOWIEDZIELI:  
ELEKTRYCZNE GITARY – JACEK BORKOWSKI  
ŻUKI – JOACHIM PERLIK

HOTEL MARRIOTT W WARSZAWIE, 4 LUTEGO 2017, GODZ. 20.00

CO MIESIĄC LOSOWANIE ATRAKCYJNYCH NAGRÓD!  
POTWIERDŹ SWÓJ UDZIAŁ, A JEDEN Z WEEKENDÓW SPA  
W SŁONECZNYM ZDROJU \*\*\*\* Hotel Medical Spa & Wellness  
MOŻE BYĆ TWÓJ!

SZCZEGÓŁOWE INFORMACJE MOŻNA UZYSKAĆ, DZWONIĄC POD NR:  
22 542 83 02, 512 992 773 LUB DROGĄ MAILOWĄ [proseniore@oilwaw.org.pl](mailto:proseniore@oilwaw.org.pl)



Fot. archiwum

# Prawa rodziny pacjenta

Filip Niemczyk, adwokat

Relacja lekarza z rodziną pacjenta bywa trudna. Emocje związane z pobytem osoby bliskiej w szpitalu i niepokój o jej stan przeradzają się niekiedy w pretensje, żal, a nawet agresję wobec personelu medycznego. Członkowie rodziny pacjenta domagają się zazwyczaj szczególnego traktowania chorego, wyczerpujących informacji o jego stanie zdrowia i rokowaniach, a niekiedy prawa do decydowania o metodach leczenia.

Kodeksy Etyki Lekarskiej poświęca osobom bliskim pacjentowi niewiele miejsca. Art. 19 KEL mówi, że chory w trakcie leczenia ma prawo do korzystania z opieki rodziny lub przyjaciół, a lekarz powinien do nich odnosić się ze zrozumieniem. Zgodnie z art. 16 KEL pacjent może wskazać osoby, które w jego imieniu będą porozumiewały się z lekarzem, a informowanie rodziny powinno być uzgodnione z chorym. W przypadku pacjenta nieprzytomnego lekarz może udzielić niezbędnych informacji osobie, co do której jest przekonany, że działa w interesie chorego. Prawa rodziny pacjenta stanowią część praw samego chorego. Oznacza to, że o zakresie uprawnień osób bliskich i odpowiadających im powinności personelu medycznego decyduje sam pacjent.

Wynika to z faktu, że prawa pacjenta są emanacją jego godności i autonomii. Skoro relacja między pacjentem i lekarzem ma opierać się na wzajemnym zaufaniu, niewątpliwie uprawnieniem chorego jest wskazać lekarzowi osoby upoważnione do zasięgania pełnej informacji o nim i do opieki. Oczywiście jest w tym kontekście, że osobą bliską nie musi być wyłącznie krewny. Podstawową zasadą deontologii lekarskiej i przepisów regulujących wykonywanie zawodu jest zatem reguła, że decyzja o zakresie informacji dotyczących stanu zdrowia pacjenta udzielanych innym osobom należy do samego pacjenta, a lekarzowi nie wolno informować nawet najbliższej rodziny bez upewnienia się, jaka jest wola chorego. Pacjentem nie zawsze jest jednak osoba dorosła i w pełni świadoma. Choroba i cierpienie mogą wykluczyć pacjenta z aktywnego udziału w leczeniu.

Zgodnie z art. 31 ust. 6 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry, w przypadku pacjentów małoletnich poniżej 16. roku życia oraz osób nieprzytomnych lekarz zobowiązany jest udzielić informacji o stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu: małżonkowi, krewnemu lub powinowatemu do drugiego stopnia w linii prostej, przedstawicielowi ustawowemu (rodzicowi lub opie-

kunowi prawnemu), osobie pozostającej we wspólnym pożyciu lub osobie wskazanej przez pacjenta. Małoletni, który ukończył 16 lat, powinien być informowany, jednakże tylko w zakresie i formie potrzebnej do prawidłowego przebiegu procesu diagnostycznego lub terapeutycznego.

Do praw rodziny pacjenta należy również opieka nad chorym. Za pielęgnację i opiekę nad chorym w szpitalu odpowiada oczywiście personel medyczny. Leczenie w warunkach szpitalnych jest kontynuacją wcześniejszej opieki nad chorym, a szpital ma prawny obowiązek umożliwienia sprawowania opieki nad chorym. Szpital nie może w tym zakresie narzucać ograniczeń czasowych, chociażby związanych z godzinami odwiedzin. Placówka nie ma prawa jednak narzucać pacjentowi opieki rodziny czy wręcz domagać się przejęcia przez nią części obowiązków.

Lekarz nie jest zobowiązany do poszukiwania kontaktu z osobami bliskimi pacjentowi, w przypadku gdy nie wykazują nim zainteresowania. Jeśli pacjent nie wskaże osoby, którą należy zawiadomić, zasady wykonywania zawodu nie

wymagają, aby lekarz zawiadamiał bliskich nawet o zgonie, chyba że co innego wynika z wewnętrznych przepisów danej placówki medycznej.

Do praw rodziny chorego nie należy prawo do podejmowania decyzji o jego leczeniu, o ile nie mamy do czynienia z małoletnim i jego przedstawicielem ustawowym lub osobą ubezwłasnowolnioną i opiekunem prawnym. W przypadku ich braku decyzję podejmuje sąd opiekuńczy.

Art. 32 ustawy o zawodach lekarza

wprowadza wyjątek jedynie w zakresie zgody na badanie osoby niezdolnej do samodzielnego podjęcia decyzji, której może udzielić opiekun faktyczny, czyli osoba sprawująca, bez obowiązku ustawowego, stałą opiekę nad pacjentem, który ze względu na wiek, stan zdrowia albo stan psychiczny opieki takiej wymaga. Art. 33 wprowadza zasadę, że wobec konieczności udzielenia niezwłocznej pomocy lekarskiej, w sytuacji, gdy nie można skontaktować się z przedstawicielem ustawowym lub opiekunem faktycznym, badanie lub leczenie dopuszczalne jest bez zgody pacjenta.

Należy podkreślić, że prawa rodziny pacjenta mają charakter wtórny wobec praw pacjenta. Od samego chorego zależy zatem, w jakim zakresie rodzina lub inne osoby bliskie mają prawo zasięgać informacji czy sprawować opiekę. Wolą chorego w opisanym zakresie lekarz jest zobowiązany. Prawa rodziny nie rozciągają się jednak na decyzje o leczeniu – w przypadku niezdolności chorego do podjęcia decyzji konieczne jest zaangażowanie sądu opiekuńczego. ■

” Decyzja o zakresie informacji dotyczących stanu zdrowia pacjenta udzielanych innym osobom należy do samego pacjenta, a lekarzowi nie wolno informować nawet najbliższej rodziny bez upewnienia się, jaka jest wola chorego.



Fot. archiwum

# Ból funkcjonalny

## – zespół niespokojnych nóg

**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, śródmiażdżowe zapalenie pęcherza moczowego, wulwodynię, przewlekły niespecyficzny ból krzyża, przewlekłe napięciowe bóle głowy, zespół dysfunkcji stawu skroniowo-zuchwowego i zespół niespokojnych nóg. W poprzednich artykułach opisano siedem pierwszych zaburzeń, w poniższym omówiono zespół niespokojnych nóg.

Zespół niespokojnych nóg (ang. RLS – *restless legs syndrome*) jest schorzeniem, które charakteryzuje się objawami ruchowymi i czuciowymi, wykazującymi wyraźną zależność od rytmu dobowego i najczęściej powodującymi u chorego zaburzenia snu.

### Epidemiologia

RLS występuje u 5–8 proc. populacji rasy kaukaskiej Europy Zachodniej. W Azji zaburzenie notowane jest znacznie rzadziej. W Europie kobiety chorują prawie dwukrotnie częściej. Badania przeprowadzone w USA i Kanadzie dowodzą, że problem dotyczy obu płci w równym stopniu. RLS może ujawnić się w każdym wieku, jednak najczęściej jest to problemem ludzi dorosłych, częstość oraz nasilenie dolegliwości narastają z wiekiem.

### Kryteria rozpoznania

Rozpoznanie RLS jest stosunkowo proste i opiera się na wywiadzie z pacjentem i stwierdzanych objawach podmiotowych. Mimo to wykrywalność zespołu pozostaje niska. Przyczyną jest trudny do określenia charakter doznań czuciowych (drętwienie, mrowienie, cierpienie) poprzedzających przymus poruszania kończynami dolnymi, a także wysuwane przez ponad połowę chorych na pierwszy plan zaburzenia snu. Najbardziej typowe elementy obrazu klinicznego RLS zostały ujęte w międzynarodowych kryteriach diagnostycznych opublikowanych w 2003 r. Chorobę rozpoznaje się, jeśli u pacjenta występują cztery objawy:

- ✦ przymus poruszania kończynami dolnymi, zazwyczaj połączony z dyskomfortem i nieprzyjemnym odczuciem w kończynach dolnych lub przez nie wywołanym,
- ✦ przymus poruszania lub nieprzyjemne odczucia ujawniają się lub nasilają podczas odpoczynku lub bezczynności (leżenia, siedzenia),
- ✦ przymus poruszania lub nieprzyjemne odczucia częściowo lub całkowicie ustępują podczas ruchu (chodzenia, rozciągania), przynajmniej tak długo, jak czynności te są wykonywane,

- ✦ przymus poruszania lub nieprzyjemne odczucia są bardziej nasilone wieczorem i w nocy niż w dzień lub występują tylko wieczorem i w nocy.

Poza wymienionymi kryteriami podstawowymi określone są również trzy kryteria wspomagające:

- ✦ dodatni wywiad rodzinny,
- ✦ odpowiedź na terapię lekami dopaminergicznymi,
- ✦ występowanie okresowych ruchów kończyn podczas snu lub okresowych ruchów kończyn w okresie czuwania.

Bardzo istotnym elementem obrazu RLS są zaburzenia snu. Występują u ponad 2/3 pacjentów z RLS i prowadzą do zmęczenia i zaburzeń koncentracji. Dla blisko połowy pacjentów te dolegliwości stanowią najbardziej uciążliwy objaw choroby.

### Patomechanizm

Do znanych czynników patofizjologicznych RLS zaliczamy: czynniki genetyczne, niedobór żelaza (żelazo jest kofaktorem w powstawaniu dopaminy) oraz zaburzenia czynności układu dopaminergicznego. Z dotychczasowych badań wynika, że pierwotną strukturą anatomiczną odpowiedzialną za powstawanie objawów RLS są obszary podkorowe, w których dochodzi do zaburzeń neurotransmisji w układzie dopaminergicznym. Skutkuje to obniżeniem hamującego wpływu struktur podkorowych na obszary czuciowo-ruchowe kory mózgowej i rdzeń kręgowy. Zaburzenia te mają związek z pierwotnym lub wtórnym niedoborem żelaza. Obniżenie stężenia żelaza u chorych z RLS potwierdzono zarówno w badaniach neuroobrazowych, jak i w badaniach płynu mózgowo-rdzeniowego.

RLS jest chorobą przewlekłą, w pierwszym etapie objawy występują okresowo, później codziennie. W miarę upływu czasu obserwuje się ich narastanie, tzn. objawy występują już wczesnym popołudniem, utrzymują przez większą część nocy i charakteryzują coraz większą intensywnością.

W 75 proc. przypadków RLS jest zaburzeniem pierwotnym, uwarunkowanym rodzinnie. Gdy początek jest wczesny, chorobę dziedziczy się najprawdopodobniej w sposób autosomalny dominujący; gdy początek jest późny, najprawdopodobniej występują obydwa typy dziedziczenia, czyli także recesywne. Wydaje się, że za RLS odpowiada kilka genów, co tłumaczyłoby duże zróżnicowanie fenotypu. W pozostałych 25 proc. przypadków RLS może pojawiać się w przebiegu różnych innych zaburzeń, stanów zdrowotnych i sytuacji, którym przypisuje się rolę czynnika

Fot. licencja Artmedia Partners







sprawczego lub ujawniającego dolegliwości. Mówi się wtedy o zespole wtórnym.

### Choroby współistniejące z RLS:

- \* przewlekła niewydolność nerek (RLS występuje u ponad 50 proc. chorych),
- \* anemia spowodowana niedoborem żelaza (RLS u 33 proc. chorych).

W ciąży, szczególnie w trzecim trymestrze, RLS u 30 proc. ciężarnych, ma przebieg zwykle łagodny, u większości tych kobiet objawy ustępują po porodzie.

Inne sytuacje kliniczne, w przebiegu których RLS można zaobserwować częściej niż w populacji ogólnie:

- \* choroby nerwów obwodowych (neuropatie),
- \* dawcy krwi (RLS występuje u 15–25 proc. dawców),
- \* choroby tarczycy (zarówno niedoczynność, jak i nadczynność),
- \* cukrzyca,
- \* choroby reumatyczne, zwłaszcza reumatoidalne zapalenie stawów oraz zespół Sjögrena,
- \* leczenie niektórymi lekami (metoklopramidem, TCA, mianseryną, mirtazapiną, lekami przeciwdepresyjnymi z grupy SSRI, węglanem litu, enarenalem, amlodypiną, cymetydyną, ranitydyną, famotydyną, cinnaryzyną, flunaryzyną, chlordiazepoksydem, difenhidraminą),
- \* ADHD, czyli zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi (RLS występuje u ponad 12 proc. chorych),
- \* nadciśnienie tętnicze,
- \* otyłość,
- \* nadużywanie alkoholu, kawy, palenie papierosów.

### Rozpoznanie różnicowe

Nie ma jednoznacznego testu diagnostycznego potwierdzającego RLS, a wykonywane badania pomocnicze służą wykluczeniu innych chorób, których symptomatologia może przypominać RLS. U każdego chorego z rozpoznaniem zespołu niespokojnych nóg trzeba oznaczyć stężenie ferrytyny (białka, które stanowi ustrojowy magazyn żelaza) w surowicy i, jeżeli wynosi ono mniej niż 45–50  $\mu\text{g/l}$ , rozpocząć suplementację żelaza. Nie należy oznaczać wyłącznie żelaza, bo jego stężenie w surowicy nie stanowi miarodajnego wskaźnika niedoboru tego pierwiastka w organizmie.

Wśród innych badań pomocniczych zaleca się oznaczenie: morfologii krwi, glikemii, stężenia kreatyniny i mocznika, witaminy B12, kwasu foliowego, parathormonu i hormonów tarczycy (TSH, T3, T4). Częstość nasilenia objawów jest skorelowana z niskim stężeniem ferrytyny.

W przypadku wątpliwości diagnostycznych dotyczących przyczyny dolegliwości można wykonać badania dodatkowe,

m.in.: badanie polisomnograficzne, test prowokowanego unieruchomienia, USG żył i tętnic kończyn dolnych, elektromiografię, badania neuroobrazowe. Niekiedy najlepszym testem diagnostycznym jest dobra reakcja na specyficzne leki skuteczne w RLS.

### Leczenie RLS

U około połowy pacjentów nasilenie objawów choroby osiąga stopień wymagający leczenia.

We wtórnych postaciach zespołu niespokojnych nóg należy leczyć przede wszystkim choroby podstawowe. U pacjentów z niedokrwistością i niedoborem żelaza oprócz diety bogatej w ten pierwiastek zaleca się podawanie żelaza w tabletkach. Trzeba dążyć do tego, by stężenie żelaza i ferrytyny we krwi mieściło się w górnym przedziale prawidłowych wartości. Żelazo należy przyjmować na czczo, godzinę przed posiłkiem lub 2 godziny po nim, najlepiej łącznie z witaminą C, co zapewnia lepsze jego wchłanianie. W przypadku niedoboru magnezu należy również przyjmować preparaty zawierające magnez. W postępowaniu niefarmakologicznym zaleca się unikanie czynników nasilających objawy RLS, takich jak: niekorzystne leki, picie kawy w godzinach wieczornych, palenie tytoniu, spożywanie nadmiernej ilości alkoholu, poza tym zaleca się aktywność fizyczną w ciągu dnia.

W idiopatycznej postaci zespołu niespokojnych nóg oraz w tych jego postaciach wtórnych, w których leczenie choroby podstawowej nie doprowadziło do wystarczającej poprawy, rozważyć należy terapię lekami dopaminergicznymi. W Polsce najczęściej stosuje się lewodopę, ropinirol i pramipeksol. Leczenie powinien prowadzić neurolog, lekarz z poradni leczenia zaburzeń snu lub specjalista medycyny bólu. Co kilka miesięcy warto zmniejszyć dawkę leku, a nawet przerwać leczenie, ponieważ idiopatyczny zespół niespokojnych nóg ma przebieg falujący. W pewnych okresach leczenia konieczne może być zwiększenie dawki leków, ale będą również okresy, kiedy przyjmowanie leków nie będzie konieczne. Należy podkreślić, że terapia osób z tym zespołem jest leczeniem objawowym. Jeśli dolegliwości mają niewielkie nasilenie, a objawy nie przeszkadzają w życiu, pacjent się wysypia lub ma tylko nieznaczne zaburzenia snu, podawanie leków dopaminergicznych nie jest wskazane. W przypadku złej odpowiedzi na leki dopaminergiczne lub działań niepożądanych tych leków można stosować niektóre leki przeciwpadaczkowe, np. gabapentynę i pregabalinę. W ciężkich, opornych na leczenie postaciach zespołu niespokojnych nóg zaleca się małe dawki leków opioidowych, np. oksykodonu z naloksonem (Targin), preparatu zarejestrowanego do leczenia zespołu niespokojnych nóg.

### Podsumowanie:

- \* rozpoznanie RLS należy postawić w oparciu o kryteria diagnostyczne (podstawowe, wspomagające) opracowane przez International Restless Legs Syndrome Study Group,
- \* badania dodatkowe powinny być wykonane w celu wykluczenia chorób o podobnej symptomatologii,
- \* w leczeniu RLS lekami z wyboru są leki dopaminergiczne,
- \* w leczeniu RLS bardzo istotne są zalecenia niefarmakologiczne. ■

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

# Szpital w Lipsku

**P**acjent jest naszym przyjacielem, a jego zdrowie najwyższą wartością – takie motto przyświeca Samodzielnemu Publicznemu Zakładowi Opieki Zdrowotnej w Lipsku. Istniejąca 32 lata placówka wciąż się rozwija, dzięki czemu może przyjmować pacjentów nawet z innych województw.

6-tysięczne Lipsko jest położone na południowo-wschodnim krańcu województwa mazowieckiego. Pomysł utworzenia tutaj szpitala zrodził się w latach 60., ale budowę rozpoczęto dopiero w 1974 r. Prace zakończono dziesięć lat później, gdy Lipsko zostało przyłączone do województwa radomskiego.

Otwarty w 1984 r. pierwszy ze szpitalnych oddziałów, wewnętrzny, od razu wypełnił się pacjentami. Rok później uruchomiono oddział ginekologiczno-położniczy, w następnych latach – chirurgii ogólnej, dziecięcy, reumatologiczny i ortopedyczny. Na przełomie XX i XXI w. placówka otworzyła oddziały: anesteziologii i intensywnej terapii, rehabilitacji, długoterminowej opieki psychiatrycznej oraz leczenia uzależnień.

W końcu lat 90. lipski szpital, podobnie jak cała polska służba zdrowia, borykał się z ogromnymi problemami finansowymi. – Sposobem na ratowanie kondycji zakładu okazały się zrealizowane wtedy programy restrukturyzacyjne, zmieniające organizację pracy, zmniejszające zatrudnienie oraz zwiększające zakres usług. Były to trudne, ale trafione decyzje – mówi Nina Siejko, dyrektor SPZOZ w Lipsku.

## Gdy kontrakt jest zbyt mały...

W skład lipskiego SPZOZ wchodzi także: 60-łóżkowy Zakład Pielęgnacyjno-Opiekuńczy oraz Przychodnia Specjalistyczna (z licznymi poradniami i pracowniami diagnostycznymi), a także zespół ratownictwa medycznego.

W ciągu ostatnich lat placówka przeszła liczne prace modernizacyjne. W 2010 r. gruntownie wyremontowano siedzibę Zakładu Pielęgnacyjno-Opiekuńczego, na potrzeby którego zaadaptowano dawny oddział dziecięcy. – Dzięki temu znacznie poprawiły się warunki, zarówno dla pacjentów, jak i pracowników. Moglibyśmy przyjąć jeszcze więcej oczekujących w kolejce osób, ale niestety nie pozwala nam na to zbyt mały kontrakt z NFZ – tłumaczy dyrektor.

Renowacji doczekały się także inne szpitalne oddziały. W latach 2010–2011 zainstalowano nowe windy,

przebudowano główne wejście do szpitala, dostosowując je do potrzeb osób niepełnosprawnych. W 2012 r. wykonano termomodernizację budynków leczniczych.

## Sprostować wymaganiom

– W ostatnich latach udało się kupić mammograf oraz dwa aparaty USG. Ciągłe jednak mamy duże potrzeby w zakresie nowoczesnych urządzeń, tym bardziej że rozporządzenia Ministerstwa Zdrowia nakładają na nas obowiązek spełnienia coraz wyższych standardów sprzętowych – przyznaje Nina Siejko.

Lipska lecznica stara się zdobyć blisko 4 mln zł na zakup sprzętu specjalistycznego w ramach tzw. Planu Inwestycyjnego Regionalnych Inwestycji Terytorialnych dla Radomskiego Obszaru Strategicznej Interwencji.

– Możemy leczyć o wiele więcej pacjentów, praktycznie na wszystkich oddziałach, szczególnie pediatrycznym oraz ginekologiczno-położniczym. Placówka jest duża, a powiat mały, dlatego chętnie przyjmujemy osoby z ościennych powiatów i województw – mówi dyrektor lipskiego SPZOZ.

Zdaniem Niny Siejko trudno dziś mówić o planach i zamierzeniach, ponieważ stoimy u progu kolejnej transformacji systemu ochrony zdrowia. ■

Rafał Natorski



Fotografie: R. Natorski



## DELEGATURA RADOMSKA

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



Przewodniczący **Julian Wróbel**  
e-mail: [julian@wp.eu](mailto:julian@wp.eu)  
dyżury: poniedziałki – 10.00–13.00

## HAL w Kierszku

Od września 2016 r. mamy w Polsce najnowszej generacji egzozoszkielek Hybrid Assistive Limb (Hybrydowa Kończyna Wspomagająca) zbudowany przez japońskich specjalistów. Pomaga on rehabilitować pacjentów po niecałkowitych uszkodzeniach rdzenia kręgowego, udarach i urazach mózgu. Na razie wykorzystywany jest jedynie w Centrum Rehabilitacji Constance Care w Kierszku pod Warszawą.

Polska jest trzecim krajem na świecie, gdzie jest on stosowany (po Japonii i Niemczech). Może służyć osobom z niedowładem kończyn dolnych, a także dzieciom, np. po porażeniach mózgowych, ale muszą mieć co najmniej 140 cm wzrostu.

To jedyny aparat, który aktywnie, a nie tylko pasywnie, jak do tej pory, wspomaga chód pacjenta. Poza tym, że pozwala pionizować chorego, również wspomaga ruch pacjenta za pośrednictwem sprzężenia zwrotnego.

HAL odbiera szczytkowe sygnały z kory ruchowej mózgu (za pośrednictwem elektrod umieszczonych na powierzchni skóry mięśni kończyn), które u danej osoby, np. po wypadku, nie są wystarczające do wywołania ruchu. W aparacie są rozpoznawane i wzmacniane, a potem wykorzystywane do tego, żeby wspomóc wykonanie zamierzonego ruchu.

zw

## Pamiątkowa tablica w Żelechowie poświęcona lekarce o wielkim sercu

Na samorządowej przychodni zdrowia w Żelechowie odsłonięto tablicę poświęconą lekarce Annie Sadzewicz-Chmielewskiej, zmarłej w 2014 r.

Na tablicy umieszczono motto: „Oddałaś nam serce i wiedzę”. Mieszkańcy Żelechowa i okolic chcieli w ten sposób uczcić pamięć lekarki, która przez wiele lat służyła im pomocą. Była lekarzem z powołania, otwartym na problemy swoich pacjentów. W 2013 r. dr Anna obchodziła 40-lecie pracy zawodowej.

Obok tej tablicy znajduje się inna – upamiętniająca zmarłego lekarza i społecznika – Kazimierza Bacię.

## Inwestycje w mazowieckich przychodniach

Już wkrótce Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Lecznictwa Otwartego Warszawa-Żoliborz, Samodzielny Gminny Zakład Opieki Zdrowotnej w Błoniu we współpracy z Miejskim Samodzielnym Publicznym Zakładem Ochrony Zdrowia w Kobylce, a także warszawskie przychodnie należące do Fundacji Perpetuum Mobile wprowadzą liczne udogodnienia dla swoich pacjentów – podaje Samorząd Województwa Mazowieckiego.

Decyzją Zarządu Województwa Mazowieckiego placówki otrzymały ponad 9,5 mln zł wsparcia w ramach RPO WM 2014–2020. Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Lecznictwa Otwartego Warszawa-Żoliborz wprowadzi usługi elektroniczne dla pacjentów, klientów instytucjonalnych i partnerów. Zaplanowane działania obejmą przygotowanie placówki do udostępniania elektronicznej dokumentacji medycznej własnym jednostkom organizacyjnym i podmiotom zewnętrznym. Projekt jest wart ponad 6,8 mln zł, a dofinansowanie wyniosło przeszło 5,4 mln zł. Natomiast w Samodzielnym Gminnym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Błoniu oraz w Miejskim Samodzielnym Publicznym Zakładzie Ochrony Zdrowia w Kobylce powstanie elektroniczny system zarządzania dokumentacją medyczną i obiegiem dokumentów. Do tego dojdzie osiem e-usług dla mieszkańców, m.in.: e-rejestracja, e-odbiór wyników badań, e-wywiad, e-samokontrola, e-konsultacje medyczne. Z efektów skorzystają też pacjenci ośrodków partnerskich – Mazovia Medical Plus w Błoniu oraz Medicor w Feliksowie. Do projektu kosztującego ponad 2,5 mln zł Zarząd Województwa dołożył ponad 2 mln zł. Z kolei w dwóch warszawskich przychodniach należących do Fundacji Perpetuum Mobile pojawi się dziesięć e-usług medycznych, m.in.: e-terminarz, e-recepta, e-skierowanie, e-zlecenie, e-zwolnienie, e-konsultacje, e-badania. Powstanie portal internetowy, na którym znajdą się Indywidualne Konta Pacjentów. Fundusze unijne przeznaczone zostaną także na zakup sprzętu niezbędnego do realizacji projektu oraz zabezpieczenie sieci teleinformatycznej. Kwota dofinansowania to prawie 1,8 mln zł, a całkowita wartość projektu – ponad 2,2 mln zł. ■

pk

# Pediatria

## przez przypadki

III edycja



Konferencja pod patronatem:



POLSKIE TOWARZYSTWO  
GASTROENTEROLOGII,  
HEPATOLOGII I ŻYWIENIA DZIECI

www.pediatria.przezprzypadki.pl

18-19 listopada 2016 Warszawa

# 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 nieuregulowania 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 stażysty”).

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 osiągnie 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: od 8.45 do 17.45

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



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



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



**Mediator**  
**Krzysztof Bielecki**  
czwartki – 13.00–15.00  
(po umówieniu)  
[prof.bielecki@gmail.com](mailto:prof.bielecki@gmail.com)

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

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 dentystów.

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 przysyłać do nas e-mailem pod adresem: [opinia@oilwaw.org.pl](mailto: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-Kopeć

## Biuro Pośrednictwa Pracy OIL w Warszawie

[www.izba-lekarska.pl](http://www.izba-lekarska.pl); **ZAKŁADKA PRACA DLA LEKARZY**

**Krajowe oferty pracy na 9.09.2016 r.**  
dotyczące następujących specjalności lekarskich:



lekarze różnych spec. 26	endokrynologia 9	medycyna pracy 6	psychiatria dziecięca 2	stomatologia pedod. 1
alergologia 1	endokrynologia dziec. 3	medycyna ratunkowa 5	radiologia 10	stomatologia protetyka 4
andrologia 1	genetyka kliniczna 1	medycyna rodzinna 26	radiologia USG 1	urologia 3
anestezjologia 6	gastroenterologia 6	nefrologia 2	rehabilitacja med. 5	urologia dziecięca 1
anestezjologia dziec. 1	geriatria 1	neonatologia 4	reumatologia 4	USG 5
balneologia i med. fiz. 2	ginekologia i położn. 15	neurochirurgia 1	stomatologia 18	USG Doppler 1
chirurgia dziecięca 2	hematologia 1	neurochirurgia dziec. 1	stomatologia chirurgia 3	USG ginekologiczne 1
chirurgia naczyniowa 2	hematologia dziec. 1	neurologia 11	stomatologia endod. 1	USG internistyczne 1
chirurgia ogólna 8	histopatologia 1	neurologia dziecięca 1	stomatologia ortodon. 6	
chirurgia onkologiczna 1	kardiologia 10	okulistyka 14		
choroby płuc 4	kardiologia/hipertens. 1	onkologia 1		
choroby wewnętrzne 41	kardiologia dziecięca 2	ortopedia 16		
choroby zakaźne 1	laryngologia 10	ortopedia dziecięca 1		
dermatologia 7	laryngologia dziecięca 1	pediatria 23		
diabetologia 3	medycyna paliatywna 1	psychiatria 8		

**Kontakt: tel. 22-542-83-30**  
[praca@oilwaw.org.pl](mailto:praca@oilwaw.org.pl)

**Andrzej Morliński**  
przewodniczący  
Komisji ds. Pośrednictwa Pracy





24-godzinna opieka prawna  
dla lekarzy i lekarzy dentyków  
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 udostępniła 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](http://www.opiekaprawna.pl),
- nieograniczony zakres prawny,
- gotowe szablony i wzory dokumentów prawnych w ramach systemu Bazy Wzorów Dokumentów Lex Secure,
- rozwiązanie problemu w 24 godziny; w przypadku pytań skomplikowanych termin ustalany jest indywidualnie.



24h Infolinia Prawna  
501-538-539

biuro@opiekaprawna.pl  
[www.opiekaprawna.pl](http://www.opiekaprawna.pl)

## OC W SKŁADCE NA SAMORZĄD LEKARSKI

### Program grupowego ubezpieczenia OC lekarzy i lekarzy dentyków, 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 dentystę 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.izba-lekarska.pl](http://www.izba-lekarska.pl),

a także u operatora programu  
w siedzibie OIL w Warszawie, przy ul. Puławskiej 18;  
Punkt Obsługi Lekarza April Polska Medbroker,  
tel. (+48) 508-504-318, 508-504-332,  
e-mail: [lekarz.medbroker@pl.april.com](mailto:lekarz.medbroker@pl.april.com)



# W tych puchówkach nigdy nie zmarzniesz



na zakup odzieży Fjallraven i Canada Goose  
w sklepie stacjonarnym i internetowym na  
**www.alpinskiel.pl**

Kod rabatowy: **idziezima**

Kupon ważny do 31.12.2016.

Kupon nie łączy się z innymi obniżkami i rabatami.



ul. Batorego 39, Warszawa 02-591

**M** Pole Mokotowskie, 22 825-81-61



DLA SMAKOSZY

## Opowieści o ziemniakach ciąg dalszy...

Cóż innego mogę zaproponować jesienią w kraju, który słynie z ziemniaków. I to przerabianych na różne sposoby. O ich zaletach pisałem już poprzednim razem. Natomiast złą sławę ziemniaki zawdzięczają dodatkom, z jakimi je serwujemy – panierowanym kotletom, ciężkim sosom i dużym dawkom tłuszczu. Tymczasem sam ziemniak niemal nie zawiera tłuszczu (około 0,1 proc.), jest niskokaloryczny (około 75 kcal w 100 g), lekkostrawny i łatwo przyswajalny dla organizmu. Same kartofle nie tylko nie tuczą, ale nawet pomagają pozbyć się zbędnych kilogramów.

Proponuję zatem danie na ciepło. Będą to ziemniaki zapiekane, ale nieco inaczej i w dodatku z pysznym jarskim nadzieniem. Jednym ze składników jest ser pleśniowy. Mnie najbardziej smakuje włoska gorgonzola i polski lazur. To prawda, że ten ser jest tłusty, ale 400 kcal w 100 g, których użyjemy na całe danie, to nie grzech. A poza tym warto wiedzieć, że sery pleśniowe są znakomitym źródłem wapnia i fosforu. We Francji podaje się je dzieciom już w pierwszym roku życia. Sery te są również bogatym źródłem witaminy A, witamin z grupy B, a w szczególności B2, oraz witamin D, E i K. Wszystkie sery zawierają także wiele potasu i sodu – najważniejszych elektrolitów naszego organizmu.

**Składniki:** ◆ 8 dużych ziemniaków ◆ 200 g świeżych liści szpinaku ◆ 100 g sera pleśniowego (według upodobań) ◆ 1 średnia szalotka ◆ 2 ząbki czosnku ◆ koperek, gałka

muszkatołowa, pierz do smaku ◆ oliwa do smażenia oraz masło do wysmarowania formy i ziemniaków.

**Wykonanie:** Ziemniaki obrać i ugotować w osolonej wodzie (ja dodaję zamiast pełnej łyżeczki soli troszkę Vegety lub Jarzynki). Ugotować na twardo, co znaczy, że mają być niedogotowane! Ostudzić, żeby były ciepłe. Obciąć podstawę i czubek. Ostrożnie wydrążyć, nasmarować delikatnie masłem i posypać koperkiem. Ustawić w wysmarowanym masłem żaroodpornym naczyniu. Do środka każdego dodać szczyptę gałki muszkatołowej. Połowę wydrążonej zawartości ziemniaków drobno posiekać i podsmażyć z pokrojoną w kosteczkę szalotką. Przełożyć do miseczki. Na patelnię wlać nieco oleju i dodać posiekany drobno czosnek, podsmażyć przez 30 sekund. Dołożyć szpinak i przesmażyć nie dłużej niż 30–40 sekund, aż „lekkko zwiędnie”. Pod koniec dodać żółtko. Dołożyć pokruszony ser pleśniowy i ziemniaki z szalotką. Wymieszać i odstawić z ognia. Przed nadzieniem ziemniaków do masy dodać lekko ubite białko. Ziemniaki przykryć „czapeczkami” i zapiekać przez 20–24 minut w nagrzanym do 180 st. piekarniku z termoobiegiem. Podawać jako samodzielne danie jarskie lub dodatek do mięs. ■

**Dariusz Hankiewicz**

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



Fot. D. Hankiewicz



## Milion rąk do pracy

Paweł Kowal

Związek Przedsiębiorców i Pracodawców zaprezentował podczas Forum Ekonomicznego w Krynicy swój raport z propozycją, by pozwolić legalnie pracować w Polsce milionowi Białorusinów, Ukraińców i Wietnamczyków. Racje pracodawców są oczywiste. Od dłuższego czasu pisze się, że przyszłość należy do tych krajów, które zapewnią swoim gospodarkom dopływ siły roboczej. Poważni analitycy dawno już włożyli między bajki opowieści o tym, że we wszelkich pracach zastąpią nas roboty. Dzisiaj silny jest ten, kto ma dostęp do źródeł energii, za kilka dekad, gdy rozwiążemy ten problem, najbardziej newralgiczną kwestią będą pracownicy. I oczywiście woda, ale to już nieco inna historia, chociaż swoją drogą Polska należy do krajów mniej zasobnych w wodę.

W walce o ręce do pracy najwięcej będą musiały ugrać państwa przeżywające już dziś kryzys demograficzny: Polska, ale też Niemcy. Zresztą niedobory na rynku pracy, przykładowo w rolnictwie, eksperci zauważyli już przed dekadą. Zjawiska opisane w książkach z prognozami przyszłości u nas występują rzeczywiście. Polacy coraz rzadziej chcą pracować w restauracjach, z roku na rok ubywa jednak także pielęgniarek itd.

Chyba w żadnej sprawie opinie ekspertów nie rozmiągają się z powszechnymi odczuciami Polaków tak bardzo jak w tej. Wyniki badań opinii publicznej są bezwzględne. Tuż po krynickich debatach pokazały się kolejne, z których wniosek jest jasny. Już teraz (a wyraźna jest tendencja wzrostowa) prawie połowa Polaków jest przeciwko przyjmowaniu imigrantów zarobkowych. Firma Work Service SA podaje, że 38 proc. rodaków boi się konkurencji, kolejne miejsca na liście przyczyn obaw zajmują odmienności religijne, kulturowe i mentalne. Oczywiście dla zwykłego zjadacza chleba nie ma większego znaczenia różnica między uchodźcą i imigrantem, a nawet robotnikiem sezonowym, bo w takim charakterze pracuje u nas większość obcokrajowców zza wschodniej granicy.

Ktoś może powiedzieć: niech Związek Pracodawców reprezentuje przedsiębiorców, a politycy niech słuchają obywateli. Nie chcą ludzie przybyszów, to nie. A może jednak postawić kawę na łąkę? Może powiedzieć jasno, że – mimo programu 500+ i pomysłów na ściągnięcie Polaków ze Wschodu – problem zapaści demograficznej i tak nie zostanie rozwiązany. Trendy w demografii jeśli już odwracają się, to po dziesiątkach lat konsekwentnej polityki kolejnych rządów. Tymczasem wielu czytelników zdąży przejść na emeryturę, nie daj Boże zachoruje i, niezależnie od tego, co powiedzieli ankietnikom w ostatnim badaniu, będzie pewnie musiało liczyć na sanitariusza imigranta lub listonoszkę z zagranicy. ■



Fot. ach



### Ikony i gruzińskie klimaty

Muzeum Ikon jest filią Muzeum Warszawskiej Metropolii Prawosławnej. Mieści się w budynku dawnej kotłowni na warszawskiej Ochocie. Jego częścią jest kaplica (na zdjęciu) pod wezwaniem św. męczennika Grzegorza Peradze, gruzińskiego duchownego i teologa, wykładowcy Uniwersytetu Warszawskiego, który zginął w Auschwitz, oddając życie za współwięźniów. Wnętrze zdobi ikonostas polskich i gruzińskich twórców, a także projekty witraży Adama Stalony-Dobrzańskiego oraz kopie polichromii Jerzego Nowosielskiego. Ekspozycja obejmuje bogatą kolekcję przedmiotów związanych z kultem religijnym oraz historycznych wydań Biblii.

[www.muzeum-ikon.weebly.pl](http://www.muzeum-ikon.weebly.pl)

### POLIN – Europejskie Muzeum Roku 2016

To prestiżowe wyróżnienie, przyznawane najlepszym europejskim placówkom muzealnym, wychodzącym w działaniu poza tradycyjne udostępnianie kolekcji, w 2016 r. otrzymało Muzeum Historii Żydów Polskich POLIN. Jego sercem jest wystawa stała „1000 lat historii Żydów polskich”. Składa się z ośmiu interaktywnych galerii przedstawiających – od średniowiecza po współczesność – obecność społeczności żydowskiej w Polsce: jej tradycje, kulturę, wkład w życie społeczne, naukowe i polityczne. Opowiada też o czasie prześladowań i Zagłady, ale również o sile przetrwania i odradzającym się życiu. Od 21 do 23 października muzeum już po raz drugi organizuje festiwal Made in POLIN, a jego motywem przewodnim będą międzykulturowe zapożyczenia. W programie m.in. wykłady, dyskusje i koncerty.

[www.polin.pl](http://www.polin.pl)

### Koncerty na Okólniku

Rozpoczyna się nowy sezon koncertowy Uniwersytetu Muzycznego Fryderyka Chopina. Odbędzie się prawie 100 koncertów – od recitali instrumentalnych i wokalnych po spotkania z orkiestrą symfoniczną i chórami, od muzyki dawnej po współczesną. W repertuarze nie zabraknie prezentacji w ramach cykli: „Mistrzowie instrumentalistyki” i „Nasi absolwenci” oraz koncertów pod batutą znakomitych dyrygentów, z udziałem artystów z zagranicznych uczelni muzycznych.

[www.chopin.edu.pl](http://www.chopin.edu.pl)

ach





# Pytania do rządzących

Janina Jankowska

Jest takie pytanie, które dzieli dziś ludzi na dwa wrogie obozy. Czy wierzysz w zamach? Tak albo nie. Odpowiedź „nie wiem” już kwalifikuje delikwenta do „sektory smołańskiej”. Należę do wątpiących, więc w oczach radykalnych przedstawicieli każdego z obozów jestem osobą podejrzaną. Z tej też pozycji dzielę się swoimi myślami na tych łamach, narażając się na ostrą krytykę raz z jednej, raz z drugiej strony. Nie szkodzi. To jest właśnie interesujące.

Nie ukrywam, że sekunduję, koniecznym moim zdaniem, reformom państwa, które rozpoczęła „Zjednoczona Prawica”. Jest jednak coś bardzo niepokojącego w tym, jak one przebiegają. Nie rozumiem, dlaczego moja wymarzona rządząca prawica, miast przekonywać poszczególne środowiska do „dobrej zmiany” (którą szczerze akceptuję), zaczyna ją wprowadzać od tworzenia niepotrzebnych konfliktów?

Zarządzanie wszelkimi zmianami wymaga pozyskiwania sojuszników nawet w grupach, które zapowiedzią zmian mogą być przerażone. Temu służy sztuka perswazji i dyplomacji. Oglądając i słuchając przedstawicieli większości parlamentarnej w mediach, odnoszę wrażenie, że wiedza z zakresu tych pojęć jest im obca. Nadto wygląda, że skupieni na bieżącym odbijaniu ataków opozycji, nie zapoznali się z programem reformy Polski.

Może nawet nie interesuje ich tak bardzo? Wystarczy, że pracują inni. Bo są w tym rządzie ministrowie i wiceministrowie, rzadko pojawiający się w mediach, którzy pracując jak mrówki, pchają nasz kraj cywilizacyjnie. Natomiast dyżurnym interpretatorem działań rządu i partii jest częsty uczestnik programów publicystycznych, mocny fighter. On swoimi wypowiedziami i mową ciała dostarcza nowej energii przekonany i doprowadza do szafu przeciwników PiS. Może o to mu chodzi? Tymczasem przekaz

dociera w dół, do rodzin. Otrzymuję e-mail od bratowej: „Zawsze będzie nas krew zalewać jak tacy ... będą krzyżować – »komuniści i złodzieje« lub »drugi sort«. Wymieniać można jeszcze długo. Będziemy się denerwować, jak na nadzwyczajnym Kongresie Sędziów Polskich będą puste krzesła rządowe, jak wszystko zostanie odarte z powagi i szacunku. Nie o taką Polskę walczyliśmy. Ale oczywiście na spotkania rodzinne chętnie przyjdziemy i nawet nie będziemy politykować”. Tak odbierają niektóre wystąpienia polityków prawicy zwyczajni ludzie. To powinni przyjąć do wiadomości rządzący. Nie rozumiem, dlaczego marszałek Sejmu wyłoniony z mojej ukochanej prawicy prowadzi obrady w taki sposób, by ograniczać możliwość wystąpień opozycji? Zapomniał o „pakiecie demokratycznym dla opozycji”?

Państwo polskie jest naszą wspólną wartością. Boli mnie, że jego instytucje są dziś niszczone. Robi to PiS, podważając kompetencje TK i rozpoczynając śledztwo przeciwko jego prezesowi. Robią to również politycy opozycji taktyką globalnej negacji, szydząc z premiera i prezydenta, grożąc postawieniem ich przed Trybunałem Stanu, a nawet sądem.

Tymczasem Polska ma wielkie szanse. Zarysowany w kampanii wyborczej program „Zjednoczonej Prawicy” mógłby temu sprostać. Gdyby nie styl rządzenia. Bliski arogancji. Rozbuchane ambicje niektórych wpływowych ministrów szokują opinię publiczną. Jedni ministrowie nie czują niestosowności załatwiania prywatnych spraw w ramach resortu, którym kierują, drudzy wydają kuriozalne rozporządzenia. W efekcie dobre ruchy tego rządu, wrażliwość na najsłabszych, troska o rodzinę i dzieci, reforma służby zdrowia zostają przykryte jednym bonmotem o „drugim sorcie”. Powtarzane na okrągło w mediach, straszą. Wysiłek pracowitych rządowych mrówek idzie na marne.

Czy w tym momencie jestem „cwaniaczką, który założył gacie z napisem PiS”? Żyję w wolnej, wbrew przekonaniu KE, demokratycznej Polsce. Każdy może wyrażać swoje opinie. Pozostaje kwestia odwagi. Ma tę odwagę aktor i dyrektor Teatru Polskiego Andrzej Seweryn, który aktywność tego teatru poszerzył do wymiarów znaczącej instytucji kultury. W jednym z wywiadów powiedział: „(...) dziś większą odwagą jest powiedzenie, że można dyskutować z władzą i że w tej dyskusji nie ma nic nie-normalnego, niż to, żeby przeciwko niej protestować”. ■

## 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

## Grupa wsparcia psychologicznego

Wychodząc naprzeciw Państwa oczekiwaniom, informuję, że od września w Okręgowej Izbie Lekarskiej, przy ul. Puławskiej 18 (wejście od ul. Rejtana), będą organizowane cyklicznie (w poniedziałki) nieodpłatne **spotkania grupy wsparcia psychologicznego dla lekarzy**.

Serdecznie zapraszam wszystkich zainteresowanych.

Terminy spotkań grupy wsparcia:

**październik** – 10.10.2016 i 24.10.2016,

**listopad** – 7.11.2016 i 21.11.2016,

**grudzień** – 5.12.2016 i 19.12.2016 r.,

w godz. 18.00–20.00.

Osoby zainteresowane proszone są o kontakt, tel.: 22-54-28-308, e-mail: [m.rajca@oilwaw.org.pl](mailto:m.rajca@oilwaw.org.pl).

**Bohdan Woronowicz**  
pełnomocnik ds. zdrowia lekarzy i lekarzy dentyistów

## KONFERENCJA

„Postępy w profilaktyce i leczeniu zakażeń bakteryjnych: terapia fagowa – podstawy i możliwości zastosowania”

Narastający problem lekooporności bakterii jest jednym z największych wyzwań współczesnej medycyny. Ośrodek Terapii Fagowej Centrum Medycznego Instytutu Immunologii i Terapii Doświadczalnej PAN wraz z Zakładem Immunologii Klinicznej Instytutu Transplantologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego zapraszają na konferencję naukowo-szkoleniową, której celem jest przedstawienie aktualnych możliwości wykorzystania wirusów bakteryjnych – bakteriofagów – w leczeniu zakażeń bakteryjnych. Konferencja odbędzie się **3 grudnia 2016 r.** (sobota, 9.00–15.00) w auli Centrum Dydaktycznego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, przy ul. Księcia Trojdena 2a w Warszawie.

Udział w konferencji jest nieodpłatny, jednak liczba miejsc jest ograniczona. Dlatego prosimy o uprzednie rejestrowanie się: tel.: 71-370-99-68 (w godz. 9.00–15.00) lub e-mailem: [clinphage@iitd.pan.wroc.pl](mailto:clinphage@iitd.pan.wroc.pl).

Formularz do rejestracji oraz szczegółowy program konferencji znajdują się na stronie internetowej: <http://www.iitd.pan.wroc.pl/pl/OTF/wwa2016>.

Uczestnicy otrzymują **5 punktów edukacyjnych**.

Prof. dr hab. n. med. **Andrzej Górski**

## 50. rocznica otrzymania dyplomów przez studentów rocznika 1966

**5 listopada 2016 r.**, o godz. 12.00

zapraszamy do Katedry św. Floriana

na mszę celebrowaną przez abp. Henryka Hosera oraz spotkanie kolegów, rodzin i przyjaciół.

Kontakt e-mailowy: [janciszeccki@gmail.com](mailto:janciszeccki@gmail.com)

**XII International Tinnitus Symposium (ITS)**  
1<sup>st</sup> World Tinnitus Congress  
Honorary Patronage of the President of the Republic of Poland Andrzej Duda

Warsaw, Poland  
**22-24 May 2017**  
Save the Date

We invite your proposals regarding round table topics and key lectures at [science@its2017.com](mailto:science@its2017.com)

President  
Prof. Henryk Skarżyński, MD, PhD, dr h.c. multi

Organizers: **WORLD HEARING CENTER** **INSTITUTE OF SENSORY ORGANS** [www.its2017.com](http://www.its2017.com)

**II KONFERENCJA WYTYCZNE w otorynolaryngologii audiologii i foniatrii**  
pod patronatem  
KONSULTANTA KRAJOWEGO  
w dziedzinie otorynolaryngologii  
**9-11 MARCA 2017 roku**  
Zakopane

**INSTYTUT FIZJOLOGII I PATOLOGII SŁUCHU**  
[www.otolaryngologia2017.pl](http://www.otolaryngologia2017.pl)

# XVI Ogólnopolski Plener Malujących Lekarzy



Fot. W. Cerański

W lipcu br. spotkaliśmy się w 20-osobowym składzie w dworze we Franciszkowie, gmina Tłuszcz, powiat Wołomin. Plenerowi „Chrzęsne 2016” patronowały Mazowieckie Forum Biznesu, Nauki i Kultury, Naczelna Rada Lekarska oraz Lokalne Grupy Działania Równiny Wołomińskiej. Nasza grupa stanowiła zwartą część uczestników wielospecjalistycznego pleneru, w którym wzięli udział fotograficy, ceramicy, maryniści i malujący lekarze występujący „pod flagą” Naczelnej Rady Lekarskiej. Wszystkie uroczystości związane z plenerem odbywały się w pałacu w Chrzęsnem (sławnym z pobytu Władysława Podkowińskiego, który po zawodzie miłośnym namalował „Szał uniesień”). W programie była także wycieczka do skansenu w Kuligowie oraz zwiedzanie wystawy fotograficznej w Legionowie.

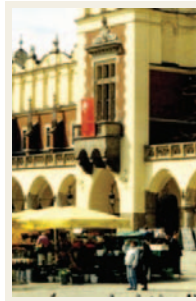
Dwór, w którym mieliśmy zakwaterowanie, to nowy obiekt hotelowy położony w parku, ze stawami, rzeczkami, mostkami, kawiarenkami itp. Wszyscy byliśmy zachwyceni.

Wystawa poplenerowa w pałacu w Chrzęsnem zgromadziła wiele osobistości, obecny był również prezes Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie Andrzej Sawoni. Uświetnił ją koncert fortepianowo-śpiewaczy. Swoje prace wystawili malujący lekarze, maryniści, fotograficy oraz miejscowi artyści. Zaprezentowano też prace ceramików. To było wielkie wydarzenie. Na marginesie pragnę zaznaczyć, że nasze prace w niczym nie ustępowały dziełom zawodowców z Wołomina i Krakowa. Na zakończenie spotkania hotel ufundował wspaniałe przyjęcie z muzyką i tańcami na terenie parku.

Do zobaczenia za rok. ■

**Włodzimierz Cerański**  
organizator pleneru z ramienia  
Komisji Kultury Naczelnej Rady Lekarskiej

## Anomalie nie tylko pogodowe



Po „Przekroju” został Krakowowi tylko pochód jamników. Przeświadczenie, że uda się w stolicy reanimować dzieło Mariana Eilego i Mieczysława Czumy, wieloletnich naczelnych „Przekroju”, okazało się nierealne. Piotr Najsztub też nie pomógł. Klimaty miast to jest jednak pewna właściwość. Z Manchesteru nie zrobi się Paryża.

Z ostatnich ciekawostek Krakowa wymienię pewną dobrą zmianę, bez żadnego cudzystowu. Mianowicie od 1 września najmłodsze pokolenie krakowian (od niemowląt po absolwentów podstawówek) będzie sobie jeździć tramwajami i autobusami MPK za darmo. Tak jak emeryci, po siedemdziesiątce. Bardzo przyjemnie. Niemniej jednak trudno się oprzeć żalowi, że niknie emocja, która towarzyszyła jeździe na gapę.

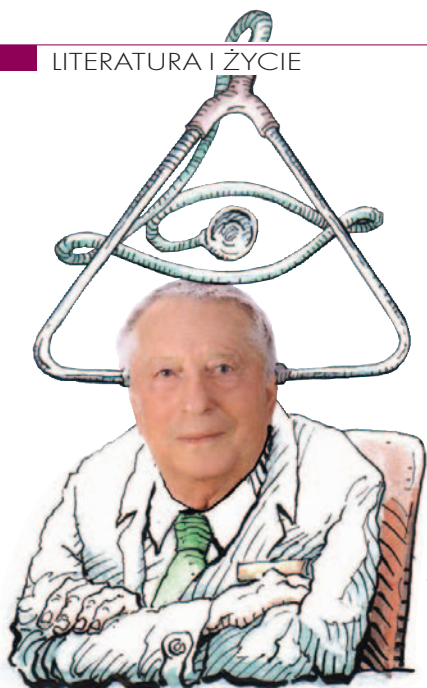
Nie ma natomiast żadnej ulgi z nieba dotyczącej upałów. Ba, nawet do świadomości naszej, niecierpiącej światowych analiz opinii publicznej zwolna przebija się przeswiadczenie, że może jednak tzw. efekt cieplarniany występuje. Dawno już nie było zimy, a teraz wrzesień nas uraczył rekordowymi upałami. Na tym tle światowym bestsellerem okazała się ostatnia książka Naomi Klein „To zmieni wszystko. Kapitalizm kontra klimat”. Tytuł może mało efektowny, ale wymowa bulwersująca. Zginiemy wszyscy – udowadnia w oparciu o wiarygodne analizy naukowe – zarówno na Syberii, jak i w Kalifornii. Niezależnie od posiadanego majątku, i to w niezbyt odległej przyszłości. Ludzkość jest na drodze do samozagłady, bo niszczy przyrodę w skali większej niż w którymkolwiek wcześniejszym etapie dziejów gatunku.

W Prokocimiu budujemy żwawo nowy szpital uniwersytecki. Co będzie, okaże się niebawem za sprawą nowego kierownictwa Collegium Medicum UJ, które 1 września 2016 r. objęło władzę. Prorektorem UJ ds. CM przez najbliższe cztery lata będzie prof. Tomasz Grodzicki, były konsultant krajowy ds. geriatry. Już zaczęły się pierwsze przymiarki do wielce kontrowersyjnej operacji zmiany wizerunku historycznego centrum medycznego w Krakowie przy ul. Kopernika. Chodzi o największy szpital w Polsce, zatrudniający ponad 4 tys. pracowników, który ulegnie częściowej likwidacji, gdy w Prokocimiu powstanie nowa uniwersytecka lecznica.

W krakowskiej Izbie trwają przygotowania do manifestacji w Warszawie, 24 września. Gdy to wydanie „Pulsu” dotrze do Czytelników, będzie już „po sprawie”. Czy cokolwiek się zmieni? Wątpię.

Skądinąd na pokojową ewolucję też trudno liczyć, jak bowiem napisał pewien współczesny włoski analityk terroryzmu: „Wszystko, czego władza nie może przewidzieć, ponieważ sama tego nie zorganizowała, okazuje się spiskiem przeciw niej”. Rewolucyjna czy ewolucyjna reforma ochrony zdrowia pozostaje zatem w sferze utopii. I z tym bym się liczył przede wszystkim. ■

**Stefan Cieplý**



Rys. K. Rostiecki

# Tłumaczenie snów i wywoływanie duchów

„Zagrajcież mi, niechaj cofnie się świat”

Artur Dziak

W domu znajdowały się dwa senniki – duży „Sennik chaldejski” i mniejszy „Sennik egipski”, z których wszyscy dorośli często korzystali. Senniki były pieczołowicie chronione, podobnie jak rodzinne fotografie, przeto przetrwały całą wojnę i jeszcze długo po niej stanowiły przedmiot drwin ze strony wychowanej materialistycznie młodzieży. Były tam np. bardzo oryginalne wytłumaczenia: „Dziadek do orzechów – zadowolenie z pracy; wysiłek umysłowy”, „Ogórki – pomyślność w interesach”, „Mleczne potrawy jeść – zmiana stosunków płciowych”, „Drób – dostatek, karmić – ślub”. Pamiętam, ile radości sprawiało nam podsuwanie gościom owych senników ze sprytnie powklejanymi dodatkowymi stronicami, na których znajdowały się idące z duchem czasu tłumaczenia rzadkich i dziwnych snów, nieco odbiegające od siermiężnych czasów epoki socjalizmu, np.: „Kawior astrachański konsumować – kaszaną kiszka się zatrujesz”, „Chiński doktor, siedzący na japońskiej otomanie za parawanem z małpiej skóry i plujący do kapelusza z tektury – na wsi deszcz, w mieście – strzeż się złodzieja!”.

Latem 1944 r. zaczęły nadciągać wieści o szybkim marszu wojsk sowieckich. W spokojne wieczory czerwcowe słychać już było odległe głucho granie armat, większa część rodziny postanowiła więc opuścić Warszawę i zjechać do Międzylesia, podobnie jak w roku 1939. Mężczyźni, zajęci ciągle swymi dziwnymi sprawami, gościli w domu rzadko, przeto ton nadawały cioteczki, które też szybko się skumały przy kartach z miejscową damską socjetą zaludniającą opuszczone domy i wille lotniskowe. W związku z tym codziennie wieczorami na jednej z werand odbywały się seanse spirytystyczne, czyli wywoływanie duchów.

Wywoływaniu duchów służył specjalny stolik, całkowicie pozbawiony gwoździ i elementów metalowych, oraz mający się poruszać po nim specjalny talerzyk, napędzany „tajemną energią wszechświata”, w zależności od zadawanych pytań. Karty kabalistyczne stanowiły pierwowzór dzisiejszych, które służą i do gry, i do pasjansów, i do wróżenia. W domu były

jeszcze jakieś ręcznie malowane figurowe karty służące do wróżb. Podobno pochodziły z napoleońskich czasów i, jak głosiła opowieść domowa, takimi kartami madame Lenormand, francuska kabalarka, wywróżyła była klęskę samemu Napoleonowi. Cioteczki zajmowały się też astrologią w oparciu o kabałę, zasadzającą się na 22 znakach alfabetu hebrajskiego, które oprócz tego, że były znakami pisarskimi, stwarzały arkana wiedzy tajemnej o wszechświecie. Poza tym cioteczki utrzymywały kontakty z teozofami, którzy propagowali połączenie chrześcijaństwa z mistycznymi zabiegami buddyzmu. Teozofowie stawiali sobie za cel działania oczyszczające organizm człowieka z zakażeń bakteryjnych. Służyć temu miało między innymi częste prowokowanie wymiotów.

Pewnego wieczoru, zaledwie po upływie kilku minut od naleźnego wygaszenia wszystkich świateł, gdzieś od strony sufitu odezwał się, ni przypiął, ni przytętał, ponury, chrapliwy baryton: – *Duchu Adolfa, duchu Adolfa – ukaż się!*

Przez moment nic się nie działo, więc baryton zakaształ po raz trzeci: – *Duchu Adolfa! Przemów, do jasnej cholery!* Ponieważ niezauważony schowałem się uprzednio pod stolikiem i, pragnąc przesunąć talerzyk, przechyliłem nieznacznie blat stolika, wywołałem spory postrach, a u paru dam prawie panikę! – *Zgiń, przepadnij, maro!* – wrzasnęła któraś z dam i rozpoczęła odmawianie nowenny „Któryś jest cierniem w boku moim”. Przyznać trzeba, że jedna z cioteczek, niewiasta rzadkich cnót, nie straciła głowy i domyślając się autora siurpryzy, dotkliwie kopnęła mnie w zadek. Zanim zapalono światła, udało mi się jednak uciec z werandy. Mimo to, przez pewien czas byłem obiek-

tem prześladowań ze strony cioteczki, która wiedzioną niezawodną damską intuicją prawidłowo mnie podejrzewała o to „wyjątkowo szpetne bezeceństwo”. Ale „głosu” przypasować do mnie nigdy się jej nie udało, więc „nie powąchałem kańczugów rzeziennych”, jak ponuro przepowiadała babcia Rozalia, która wyznawała zasadę, że nieopieczniwie uczynki należy karać wnet! ■





# Kilka uwag o nowej odmianie języka

Prof. Piotr Müldner-Nieckowski

Kiedy zaczęła funkcjonować telefoniczna funkcja zwana SMS (ang. *short message service* – usługa krótkich wiadomości), analfabeci (przeważnie wtórni) całego świata zaczęli tworzyć nowe języki skrótu zdaniowego i upraszczać przekaz słowny tak, żeby można go było napisać (wstukać) możliwie jak najszybciej z możliwie najdokładniejszą treścią. Aby uzyskać znak literowy, trzeba było naciskać guziki z cyframi po kilka razy, a wyrazy były bez polskich znaków.

Technicy pokonali tę niedogodność i w ciągu kilkunastu lat doprowadzili telefony komórkowe do stanu, w którym

wości przedstawiania odcieni uczuć, emocji, stanów ducha, sytuacji i myśli, objaśniania pojęć. Język ten nie nadaje się do nadawania czegoś więcej niż prostych komunikatów. Często są to urywkowe dialogi. Oto przykład autentycznej wymiany SMS-ów (zapis oryginalny; pauzy oddzielają kolejne przesyłki): „No jak? – OK a ty – Spoko ze czy dychy sie nadadzom – Na co? – Na bilet na buża nad miastem – Spasuj – Jak dasz to wyluz – 10 – Dzięk szacun – Ale jutro – Trudno spadam czekam – Kolejka 8:10 przyjezdzam bęc to wezniesz – No”.

Wygląda to jak szyfr, ale nim nie jest. Już po kilku dniach będzie zupełnie nieczytelne (zwłaszcza druga połowa

zapisywanie słów i w nich polskich znaków przestało być uciążliwe i czasochłonne. Jednak dawny język nie wrócił. Język SMS-owy już pozostał, ugruntował swoją obecność, a młodzież (też i ta coraz starsza) nie ma zamiaru z niego zrezygnować. Jest łatwy, szybki i wygodny. Tak, tylko niestety bardzo niedoskonały. Żle standaryzuje myślenie.

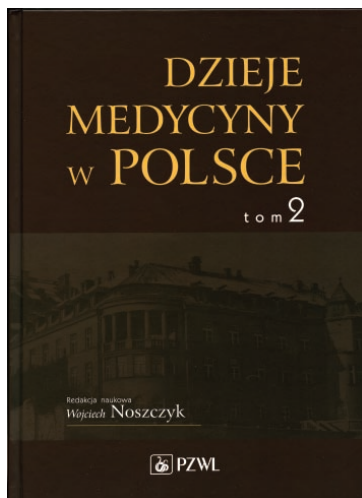
Języki narodowe były kształtowane przez tysiące lat, a tu nagle w ciągu kilku dopracowano się ich zastępników o zupełnie nowych cechach. Najpierw została zredukowana liczba wyrazów. Zastąpiono je skrótami. Z gramatyki usunięto orzeczenia i podmioty. Cechą tego języka jest dominacja określeń, przydawek i dopełnień w niby-zdaniach, których całości odbiorca musi się domyślać, ale koniecznie w ramach bardzo bliskiej zażyłości z nadawcą.

Myślę, że w polskim stylu SMS-owym wyrazów jest nie więcej niż 3–4 tys., to zaś powoduje drastyczne zmniejszenie możli-

„dialogu”), i to nie tylko z powodu ortografii i interpunkcji. Korespondencja jest tak doraźna, że bardziej już nie można, to po prostu rozmowa środowiskowa. Tylko że oni tak myślą, mówią i piszą już zawsze. Sądzą, że inaczej komunikować się nie można, i na tym poprzestają.

Łatwo to stwierdzić, badając korespondencję e-mailową, która językowo powinna być o poziom wyżej niż SMS-y. Badałem oczyszczone z nazwisk i adresów listy z poczty elektronicznej pewnego systemu kupna-sprzedazy i rzuciło mi się w oczy to, że z powodu infantylizmu, ubóstwa językowego i gramatyki są odpowiednikami SMS-ów.

Trzeba się liczyć z tym, że nasi pacjenci tak myślą i posługują się tym językiem na co dzień, bo to może mieć znaczenie zarówno diagnostyczne (np. w wywiadzie), jak i terapeutyczne (np. w zakresie rozumienia wypowiedzi lekarza). ■



## Profesor Wojciech Noszczyk o dziejach medycyny w Polsce

Dwa pięknie wydane przez PZWL tomy „Dziejów medycyny w Polsce” pod redakcją prof. Noszczyka są na rynku od ubiegłego roku. Trzeci ma się ukazać na Boże Narodzenie tego roku.

Prof. Noszczyk, redaktor całości, jest też autorem wstępów i części rozdziałów. Przedmowę napisał prof. Franciszek Kokot, nestor i sława polskiej medycyny, były rektor Śląskiej AM. Autorami poszczególnych rozdziałów są zarówno historycy medycyny, jak i lekarze praktycy, specjaliści różnych dziedzin, m.in. prof. prof. Ryszard W. Gryglewski, Tadeusz Nasierowski, Andrzej Wysocki, dr Krzysztof Brożek.

Pierwszy tom ukazuje historię medycyny na naszych ziemiach, począwszy od czasów piastowskich, a na wybuchu I wojny światowej skończywszy. Jest tam obraz medycyny przedrozbiorowej i w okresie zaborów, opowiedziano o medycynie ludowej, a nawet o szarlataństwie. Wiele uwagi poświęcono wyższym szkołom medycznym, pierwszym klinikom chirurgicznym, towarzystwom lekarskim i galicyjskim izbom lekarskim.

Tom ten został ozdobiony rycinami autorstwa prof. Rafała Czerwiakowskiego z UJ, ojca polskiej chirurgii ginekologicznej.

Drugi tom obrazuje okres obydwu wojen światowych i międzywojnia. Poczesne miejsce zajmuje w nim leczenie

i szkolnictwo medyczne II Rzeczypospolitej. Mowa też o naukach podstawowych – od anatomii przez histologię, biologię, mikrobiologię, bakteriologię aż do patologii.

Ukazano losy polskich lekarzy podczas wojny i okupacji niemieckiej, na terenie Rzeszy, republik sowieckich i na ziemiach włączonych do ZSRR; w więzieniach i obozach zagłady; w Polskich Siłach Zbrojnych na Zachodzie, a także w I i II Armii WP.

Tom zdobią piękne akwarele ze zbiorów GBL, wykonane przez Henryka Becka podczas Powstania Warszawskiego. Autor był ginekologiem pracującym przed wojną pod kierunkiem prof. Czyżewicza. Zmarł po wojnie, tuż po objęciu Katedry Ginekologii na Uniwersytecie Wrocławskim.

W tomie trzecim, zapowiadany na Gwiazdkę, skoncentrowano się na historii medycyny w PRL-u, od lipca 1945 do końca roku 1989. Podobnie jak w poprzednich tomach, kolejne rozdziały poświęcono naukom klinicznym zachowawczym i zabiegowym. Interesujące są rozdziały o historii stomatologii i nauk diagnostycznych, takich jak radiologia, medycyna nuklearna, również inżynieria medyczna.

Szczegółowo omówiono system organizacji ochrony zdrowia, rolę uczelni medycznych, instytutów naukowo-badawczych i resortowych. Mowa też o naukach podstawowych – od anatomii przez histologię, biologię, mikrobiologię, bakteriologię aż do patologii.

Trzeci tom zilustrowano zdjęciami, karykaturami i rycinami.

„Dzieje medycyny w Polsce” zostały wydane dzięki wsparciu sponsorów, głównie Zakładów Farmaceutycznych Polpharma.

Nad tą książką prof. Wojciech Noszczyk pracował 11 lat. Profesor ma w dorobku ponad 300 publikacji naukowych. Był wieloletnim konsultantem krajowym w dziedzinie chirurgii naczyń, kierownikiem I Kliniki Chirurgii Ogólnej II Wydziału Lekarskiego warszawskiej AM (1980–2007), dziekanem Wydziału Kształcenia Podyplomowego AM w Warszawie, naczelnym redaktorem „Polskiego Przeglądu Chirurgicznego”. Jest redaktorem i autorem monografii, m.in. „Zakażenia w chirurgii”, „Chirurgia tętnic i żył obwodowych”. Dwutomowa „Chirurgia” pod jego redakcją zdobyła nagrodę ATENA za najlepszą książkę akademicką 2006 r. Historię chirurgii pasjonuje się od wielu lat. Był inicjatorem, redaktorem i głównym autorem „Zarysu dziejów chirurgii” i „O chirurgii polskiej końca XX wieku”. ■

Ewa Dobrowolska

OGŁOSZENIE

Fot. archiwum



# Tragedia w Yungay

Jacek Walczak

Była niedziela. W sennym miasteczku Yungay u podnóża najwyższego w Peru szczytu Huascarán w Cordillera Blanca życie płynęło swoim powolnym tempem. Od czasów założenia w XVI w. dopracowało się miana najpiękniejszego w całym departamencie Ancash. Malowniczy plac Armas otoczony był 36 dorodnymi palmami, z licznych ogrodów pełnych zapachu róż można było kontemplować ośnieżone, majestatyczne wierzchołki Huascarán – północny o wysokości 6655 m n.p.m., i południowy – 6768 m. W miasteczku przeważała zabudowa jednopiętrowa, w kolonialnym stylu. Szerokie okna i portale z bogato rzeźbionego drewna. W domach zamożnych mieszkańców nie brakowało wykwintnych ozdób, rzeźb z marmuru czy granitu, często przywiezionych z Europy, delikatnych zdobień z porcelany pokrytej złotem i srebrem. Katedra przy placu Armas szczyliła się niezwykle bogactwem sztuki kolonialnej, m.in. ołtarzem malowanym „pan de oro” (czystym złotem rozsmieszonym w oleistej masie). Yungay zostało założone w 1571 r. przez Hiszpana Alonsa Santiago de Valverde. Wtedy też przybyli dominikanie, którzy zbudowali piękny barokowy klasztor. Na przestrzeni wieków docierały tu wpływy najświetniejszych kultur, takich jak Chavín i Chimú. Do dzisiaj na wzgórzu ponad miastem pozostały resztki inkaskiej fortecy Huarca y Huamancayan, zwanej „Małym Machu Picchu”.

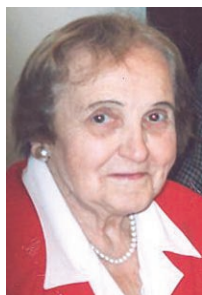
Po południu 31 maja 1970 r. spora część mieszkańców wypoczywała po tygodniu pracy i słuchała transmisji radiowej meczu futbolowego na meksykańskim mundialu. Duża grupa dzieci podziwiała występy artystów w cyrku na miejskim stadionie. O godzinie 15.23 zatrzęsała się ziemia. Katakizm trwał 42 sekundy. Tylko nieliczni zdążyli wybiec na place i ulice. W jednej chwili miasto zostało pokryte tumanami kurzu i pyłu. Wszędzie słycać było krzyki i lament. Po chwili znaczna część zbocza góry Huascarán runęła na miasto. Nie minęły 3 minuty, a całe Yungay zostało przykryte kilkumetrową warstwą ziemi, głazów i śniegu. Pod zwalami pozostało na zawsze 25 tys. mieszkańców. Ocalało tylko 92, którym udało się uciec na położony na wzgórzu cmentarz, gdzie znaleźli schronienie u stóp figury Chrystusa Zbawiciela. Ocalały także dzieci w cyrku. Dużo czasu upłynęło, zanim opadł kurz. Ofiary pozostały na zawsze w miejscach, gdzie dosięgła je śmierć.

Trzęsienie ziemi miało siłę 7,8 stopni w skali Richtera, osuwisko ze zbocza Huascarán przemieszczało się z prędkością 370 km/godz. Zatem 13,8 km sześciennych morderczej masy potrzebowało tylko 135 sekund, by dotrzeć do centrum Yungay.

Miasto odbudowano, ale w innym miejscu. Miejsce tragedii pozostawiono bez ingerencji. Dzisiaj dawny plac Armas wyznaczają kikuty palm i fragmenty katedry. Powstało wiele pomników i nagrobków upamiętniających ofiary. Ponad miastem, na wzgórzu, odbudowano ze zniszczeń jedynie cmentarz. Góruje nad nim figura Chrystusa Zbawiciela, która jako jedyny obiekt oparła się zgradzie. ■



Fot. J. Walczak



# Moje spotkania z teatrem

cz. 2

Irena Cwiertnia-Sitowska



Fotografie: archiwum I. Cwiertnia-Sitowskiej

Warszawiacy z wielkim entuzjazmem przystąpili do odbudowy zniszczonego miasta po lewej stronie Wisły. Grupa studentów medycyny ubrana w drelichowe kombinezony, zaopatrzona w łopaty i kilofy odgruzowywała odcinek Alej Jerozolimskich, na którym po kilkunastu latach stanęła Rotunda. Byłam wśród nich. Dzięki ofiarnej pracy mieszkańców udało się w krótkim czasie doprowadzić stolicę do stanu umożliwiającego życie w niej. Między remontowanymi budynkami znalazł się Teatr Polski. Arnold Szyfman zgromadził w nim wspaniałych aktorów i przygotował na otwarcie przedstawienie „Lilii Wenedy” Juliusza Słowackiego. Główne role kobiece grały prześlizczone młode aktorki Elżbieta Barszczewska i Nina Andrycz. Dla studentów dyrektor zarezerwował kilka bezpłatnych biletów wejściowych, pragnąc im zapewnić poznawanie sztuki dramatycznej. Mój mąż Zbigniew przed przedstawieniem udał się do gabinetu Szyfmana i wyprosił dwie wejściówki. Dzięki temu mogliśmy oglądać dzieła Juliusza Słowackiego, Aleksandra Fredry oraz Moliera.

W latach 50. przy ul. Puławskiej, w sali dawnego kina, zaczęto wystawiać operetki chętnie oglądane przez warszawiaków. Zobaczyłam utwory Jacques'a Offenbacha – „Orfeusz w piekle”, „Piękna Helena”, „Życie paryskie”, Johanna Straussa – „Zemsta nietoperza” i Franciszka Lehara – „Wesoła wdówka”. Na scenie królowali Beata Artemska i Mieczysław Wojnicki.

W latach 60. przystąpiono do odbudowy gmachu Teatru Wielkiego. Z tym miejscem związana jest tragedia rodziny. Podczas Powstania Warszawskiego, 8 sierpnia 1944 r., Niemcy rozstrzelali na rampie teatru 350 Polaków spędzonych z pobliskich ulic. Między nimi był dziadek Jan Sowa, mój opiekun i wychowawca. Na murze budynku, od strony Teatru Narodowego, została wmurowano tablica upamiętniająca to tragiczne wydarzenie.

Po przebudowie sceny w gmachu Romy przy ul. Nowogrodzkiej wystawiano opery i balety. Obejrzałam „Hrabinię” i „Flisa” Stanisława Moniuszki, „Trubadura” Giuseppe Verdiego, „Cyganerię” Giacomo Pucciniego oraz balety „Harnasie” Karola Szymanowskiego, „Ognisty ptak” Strawińskiego, „Popołudnie fauna” Claude'a Debussiego, „Giselle” Adolphe'a Adama oraz „Romeo i Julię” Sergiusza Prokofiewa. Ten balet najbardziej mnie zachwycił.

Uroczyste otwarcie Teatru Wielkiego po odbudowie nastąpiło 20 listopada 1965 r. Wystawiono „Straszny dwór” Stanisława Moniuszki. Już po ośmiu dniach od otwarcia teatru udało mi się zdobyć bilety na balet Ludomira Różyckiego „Pan Twardowski”. Od tej chwili zaczęłam regularnie uczęszczać na spektakle arcydzieł sztuki operowej.

Z obejranych oper i baletów zgromadziłam przeszło 70 pięknie wydanych programów. Wspaniałym śpiewem darzyli nas Barbara Nieman, Halina Słonicka, Maria Fołtyn oraz Andrzej Hiolski, Bogdan Paprocki, Bernard Ładysz.

Primadonną baletu była Maria Krzyszkowska. Często tańczyła Loda Halama, którą podziwiałam jeszcze przed wojną, w 1936 r. Z panów zachwycali swym tańcem i temperamentem Stanisław Szczepański i Zbigniew Kiliński. Scenografię do spektakli wykonywali Andrzej Majewski albo Jan Marcin Szancer.

Na początku lat 70. razem z mamą obejrzałam „Sprzedaną narzeczoną” Bedřicha Smetany, balety: „Pietruszka” Igora Strawińskiego, mistrzowsko wykonany przez Witolda Grucę, „Kopciuszek” Sergiusza Prokofiewa, w którym tańczyli Zbigniew Kiliński i Witold Gruca, „Dziadek do orzechów” Piotra Czajkowskiego. Z oper widziałyśmy „Ariadnę na Naksos” Richarda Straussa oraz „Pożądanie” Grażyny Bacewicz, do którego scenografię wykonał Majewski.

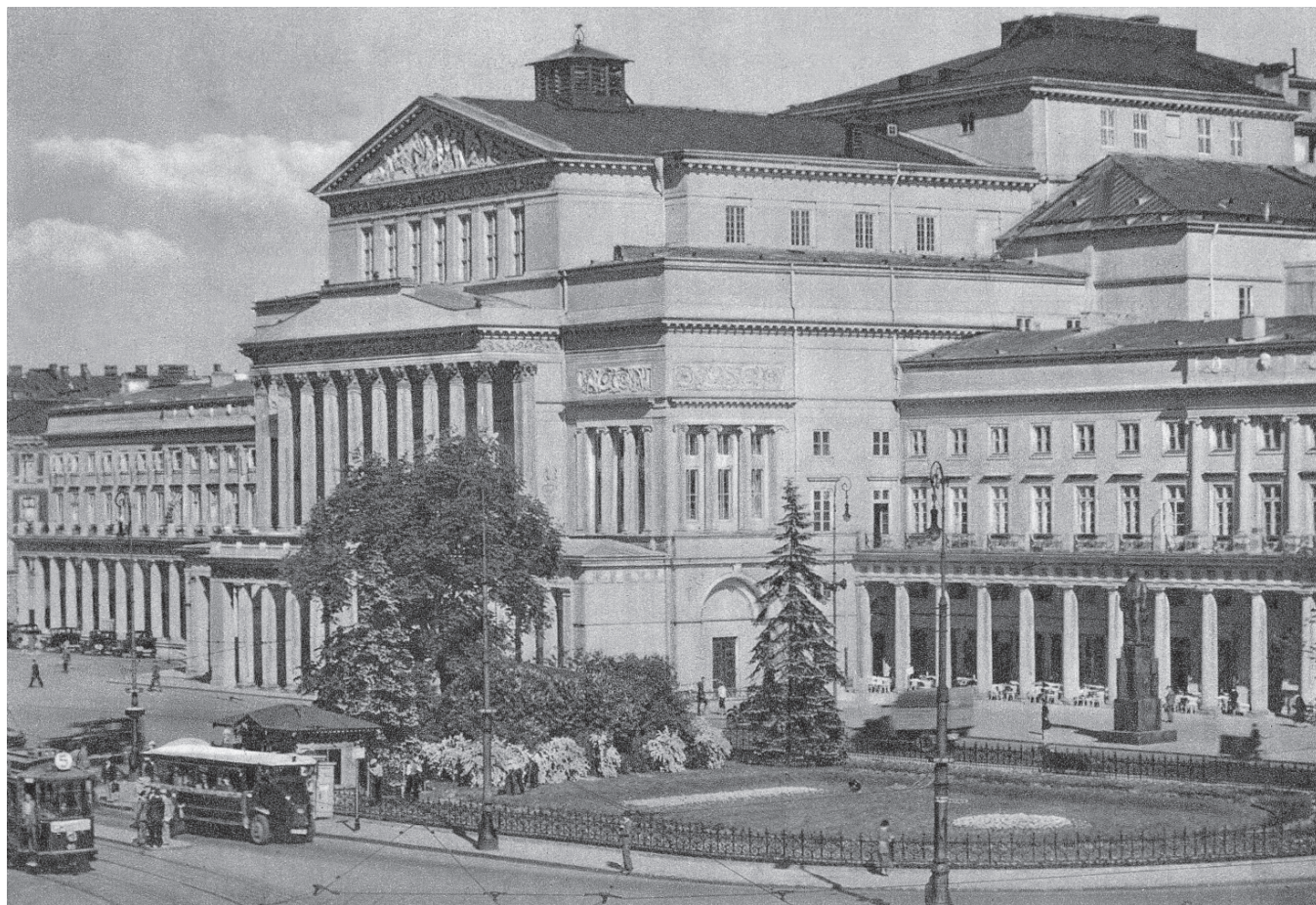
W marcu 1973 r., podczas wycieczki do ZSRR, byłam w teatrze Bolszoi na „Pskowiance” Nikołaja Rimskiego-Korsakowa. Śpiew solistów był wspaniały, natomiast dekoracje bardzo ubogie i prymitywne. Kilka tygodni wcześniej w naszym Teatrze Wielkim oglądałam „Borysa Godunowa” Modesta Musorgskiego. Opera została wystawiona na 50-lecie ZSRR, inscenizacja zachwycała bogactwem kostiumów i przepychem dekoracji. Niezwykły był widok wody bijącej strumieniami z fontann w ogrodzie koło pałacu Mniszchów. Rolę tytułową śpiewał bas Bernard Ładysz, we wspaniałym stroju ważącym prawie 30 kg. Z trudem poruszał się podczas sceny koronacji.

Z Moskwy zawieziono nas do Leningradu. Zobaczyłam tam operetkę Johanna Straussa „Zemsta nietoperza”. Przedstawienia ze słabą reżyserią i okropnymi dekoracjami nie uradowały wspaniały śpiew solistów.

W Łodzi mieszkała moja przyjaciółka, pediatra, ordynator oddziału noworodków Bogusława Folfoszyńska-Bednarska. Podczas okupacji uczyłyśmy się razem do egzaminów w Szkole Sanitarnej doc. Jana Zaorskiego, która pod swymi skrzydłami ukrywała tajny wydział lekarski. Mąż Bogusi pełnił funkcję sędziego w łódzkim sądzie. Przyjaciółka zaprosiła mnie na przedstawienie Jacques'a Halévy'ego „Żydówka”. Partię tytułową śpiewał tenor Tadeusz Kopacki. W roku 1894 obchodził 30-lecie kariery artystycznej.

Wspomnianą operę widziałam przed wojną, w 1936 r., razem z mamą. Po zawierusze wojennej nie wystawiano jej w Warszawie. Bogusia wiedziała, że bardzo chciałam ponownie zobaczyć „Żydówkę” i umożliwiła mi to. Ja rów-





Teatr Wielki w Warszawie. Zdjęcie sprzed 1939 r.

nież zaprosiłam ją kilkakrotnie do Warszawy. Razem podziwialiśmy „Hrabinę” Stanisława Moniuszki, „Normę” Vincenza Belliniego oraz „Aidę” Giuseppe Verdiego.

Często bywałam w teatrach dramatycznych z kuzynem Konradem Eberhardtem, literatem i krytykiem filmowym. Zapraszał mnie do Teatru Współczesnego na ul. Mokotowską. W kulisach poznałam słynnego reżysera Otto Axera. Udało mi się też z bliska zobaczyć Kalinę Jędrusik. Zaprowadziłam Konrada do Teatru Wielkiego na „Borysa Godunowa”, by podziwiał wspaniałą scenografię i usłyszał Bernarda Ładysza, „Don Carlosa” Verdiego oraz „Tannhäusera” Richarda Wagnera. W Teatrze Kameralnym przy ul. Foksal w maju 1975 r. obejrzeliliśmy „Zeszłego lata w Czulimsku” Aleksandra Wampitowa. Konrad napisał recenzję z tego spektaklu, którą wydrukowano w programie.

Z moim synem Ryszardem widziałam wspaniałą inscenizację Jana Stefaniego „Cud mniemany, czyli krakowiacy i górale”. W 1977 r. byliśmy na „Kniaziu Igorze” Aleksandra Borodina, ze scenografią Andrzeja Malewskiego. Solistami byli artyści akademickiego teatru z Sofii, występujący gościnnie.

Niezapomnianym mistrzem był aktor Jan Świdorski. Wielokrotnie podziwiałam jego grę w Teatrze Ateneum. Prawdziwy popis dał w „Królu i aktorze” Romana Brandstaettera. Podczas wygłaszania tekstu z wielkim apetytem i wdziękiem spożywał kwaszone ogórki.

W Teatrze Kwadrat bawił i rozśmieszał publiczność niezrównany Jan Kobuszewski, młodszy brat naszej uniwersyteckiej koleżanki prof. Marii Kobuszewskiej-Faryny, i Edward Dzie-

woński, który w „Rodzinie” Antoniego Słonimskiego dał prawdziwy popis gry aktorskiej.

Czas biegł szybko, wnuki rośli. Zaczęłam z nimi chodzić do Teatru Wielkiego, pragnąc wzbudzić zamięrowanie do sztuki operowej. We wczesnym dzieciństwie obejrzelি wraz ze mną balet „Śpiąca królewna” Piotra Czajkowskiego, „Kopciuszek” Gioacchino Rossiniego, ze wspaniałą scenografią Andrzeja Majewskiego, „Jasia i Małgosię” Engelberta Humperdincka oraz „Don Kichota” Ludwiga Minkusa.

Po upływie pewnego czasu byłam z wnukiem Cezarym na „Halce” Stanisława Moniuszki. Podczas przedstawienia partię Jontka śpiewał wspaniały tenor Wiesław Ochman. Obejrzeliliśmy razem także „Straszny dwór” Moniuszki oraz balet „Pan Twardowski” Ludomira Różyckiego.

Z wnuczką Agnieszką podziwiałam „Madame Butterfly” Giacomo Pucciniego i balet „Jezioro łabędzie” Piotra Czajkowskiego. Ten balet oglądałam wielokrotnie – w wykonaniu polskiego zespołu oraz występujących gościnnie baletów z Bukaresztu i z Wielkiej Brytanii. Najbardziej podobał mi się zespół angielski. Jego wykonanie było perfekcyjne.

Ostatnie przedstawienie widziałam z wnuczką i jej mężem w styczniu 1996 r. Była to „Carmen” Georges’a Bizeta. Obecnie, ze względu na wiek oraz stan zdrowia, nie mogę podziwiać spektakli operowych na żywo. Przed kilku laty oglądałam w telewizji wspaniałe zespoły zagraniczne. Umożliwił nam to Bogusław Kaczyński. Dziś jesteśmy pozbawieni tej uczyty duchowej. Bardzo brakuje mi słuchania pięknej muzyki oraz śpiewu światowej stawy solistów. ■



# Przeżyć – i co dalej?

Ewa Dobrowolska

## Narodziny

Rankiem 13 sierpnia 1944 r. ul. Targową na warszawskiej Pradze wypełnia tłum. Gestapowcy wyrzucili mieszkańców z domów i kierują ich na wschód. W tłumie jest Irena Kamińska, w siódmym miesiącu ciąży, i jej dwaj synowie: 14-letni Wojtek i 12-letni Grześ. Korzystając z ogólnego zamieszania, matka wciąga ich do bramy. Piwnicami i zaułkami docierają na ul. Sierakowskiego, gdzie na początku wojny przeniesiono Szpital Przemienienia Pańskiego. Dr Wincenty Kamiński, ojciec rodziny, pracuje tam, po wygraniu konkursu, jako asystent doc. Tadeusza Butkiewicza, ordynatora Oddziału Chirurgicznego.

W godzinę po dotarciu do szpitala Irena Kamińska rodzi trzeciego syna – Marka.

Wszyscy trzej bracia Kamińscy poszli w ślady ojca, wybierając zawód lekarza. W Warszawie został tylko Wojciech, chirurg dziecięcy. Grzegorz i Marek po kontraktach w Afryce wyjechali do Stanów Zjednoczonych.

O tym, że ojciec był w AK, a w Szpitalu Przemienienia Pańskiego on i jego koledzy uratowali wielu rannych akowców, synowie dowiedzieli się sporo lat po wojnie, kiedy został odznaczony Krzyżem Virtuti Militari.

## Pierwszy ślub w Śródmieściu

Róża Nowotna i Jan Walc poznali się w 1941 r., w legendarnej dziś Szkole Zaorskiego. Szybko stali się parą, ale ślub odkładali na lepsze czasy, kiedy będzie ich stać na wyprawienie wesela.

Przed wybuchem Powstania zostali przydzieleni do służby medycznej batalionu Zaremba-Piorun, do szpitala organizowanego w Zgromadzeniu Sióstr Rodziny Marii przy ul. Hożej. – *Przychodząc na miejsce zbiórki, Jasio uniknął śmierci* – opowiadała dr Róża Nowotna-Walc. – *Mieszkał w dzielnicy zajętej przez Niemców, przy Koszykowej 5. W chwili wybuchu Powstania wszystkich mieszkających tam mężczyzn rozstrzelano na Sucho.*

Trzeciego dnia działań powstańczych, po pożarze, szpital trzeba było przenieść na Poznańską 11, do gmachu PZU. Zaraz potem ginie od kuli snajpera młody sanitariusz Andrzej Twardo, ratując rannego. Chowają go na podwórku.

Jest msza, dwóch księży, mowy nad grobem. – *Byliśmy bardzo przejęci, na długo zapanował nastrój ogólnego przygnębienia. I nagle ktoś zaproponował: „A gdyby tak pożenić Jasiów?”.*

Ślub odbył się 12 sierpnia w ocalałej z pożaru kaplicy Sióstr Rodziny Marii. Został odnotowany jako pierwszy w Śródmieściu podczas Powstania. Pan młody był kalwinem, trzeba więc było uzyskać pozwolenie

na obrządek rzymskokatolicki. Dr Róża Nowotna-Walc wspomina rozmowę z przełożoną, matką Get-

ter, która jej poradziła: *„Nie usiłuj przekabacić męża na katolicyzm. Jeśli swoim postępowaniem doprowadzisz go do zmiany wyznania, to będzie sukces”.* A było to na 20 lat przed Soborem Watykańskim, o ekumenizmie długo się jeszcze nie mówiło.

Prezenty ślubne odzwierciedlały skalę ówczesnych potrzeb i możliwości. Woda do mycia – prezent od szefa sanitarnego – plasowała się w górnych rejonach tej skali. Obrączki wycięte przez kolegę z łożyska karabinu maszynowego nosili przez 20 lat. I nosiliby dalej, gdyby zupełnie nie szerniały. Na przyjęcie weselne matka przełożona przygotowała kanapki z nasturcją z klasztornej ogródka, a komendant przysłał butelkę czerwonego wina. Był nawet ślubny bukiet – dalej z pobliskiego Ogrodu Pomologicznego.

Wychodząc za Jana Walca, Róża Nowotna, córka i siostra lekarzy, połączyła się z kolejną rodziną lekarską. Rodzice męża też byli lekarzami – teść ordynatorem chirurgii w Szpitalu Dzieciątka Jezus.

## Okupacyjni narzeczeni

Ta para młodych również poznała się na studiach w Szkole Zaorskiego. Losy Ireny Ćwiertni i Jerzego Jendryszka potoczyły się jednak inaczej.





Na I roku studiuje 360 osób. Irena i Jerzy są w jednej grupie, w Szpitalu Przemienienia trafiają na chirurgię, gdzie ordynatorem jest doc. Tadeusz Butkiewicz, a jego asystentem dr Wincenty Kamiński. Robią opatrunki, zastrzyki, badania, przeprowadzają wywiady, obserwują operacje i sekcje.

„Kolega Jerzy Jendryszek zawsze uśmiechnięty, dowcipkujący i wesoly” – notuje Irena w dzienniku, który prowadzi od grudnia 1942 do końca 1945 r. A po trzech miesiącach: „Zapytał, czy nie będę się gniewała, jeśli będzie mnie całował w rękę przy ludziach”. Przed Wigilią: „Jerzy wręczył mi podarunek gwiazdkowy i pocałował mnie po raz pierwszy. W paczce znalazłam fonendoskop”. Ona też miała dla niego prezent – wiśniowy krawat.

W lutym 1943 r. listonosz z Poczty Głównej przynosi jej anonimowy list zaadresowany do gestapo. Autor donosi, że Irena, przedwojenna harcerka, jest działaczką podziemia. Na poczcie, wyjaśnia listonosz, istnieje zakonspirowana komórka zajmująca się wyłapywaniem podobnych donosów. Młodzi podejrzewają o autorstwo anonimu zazdrosną dziewczynę. Jerzy prosi ją o przepisanie notatek na maszynie, a ekspert

porównuje obydwie maszynopisy, potwierdzając podejrzenia. Kiedy po kilku dniach listonosz zjawia się z podobnym listem, do akcji wkraczają chłopcy z podziemia. „Zagrozili, że jeśli się nie uspokoi, to ją zlikwidują” – notuje Irena. Więcej donosów nie było.

26 marca, na przyjęciu zaręczynowym, Jerzy wkłada Irenie na palec pierścienek z rubinem. „Na pierścionku wyryte są od wewnątrz nasze inicjały i data zaręczyn – zapisuje Irena. – Przydarzyła się jednak bardzo nieprzyjemna sprawa. Z pierścionka wypadł rubin, dobrze, że go nie zgubiłam”. Nic nie mówiąc Jerzemu, Irena zanosi pierścienek do jubilera. Jednak kamień, zbyt mocno przyciśnięty, traci blask.

Datę ślubu wyznaczają na 8 września. Babcia Józia zaczyna gromadzić wyprawę.

1 sierpnia Irena wiesza na szyi Jerzego medalik z Matką Boską. Obserwuje go, jak przechodzi na nieparzystą stronę Marszałkowskiej. Dlaczego, przecież zawsze chodził parzystą?

8 września, który miał być dniem ich ślubu, Jerzy Jendryszek ginie podczas walk batalionu Kiliński, w ruinach kina „Colosseum” na Nowym Świecie.

O jego śmierci Irena dowiedziała się po wyzwoleniu. Ale o tym, jak zginął, dopiero po 46 latach. A była to tragiczna pomyłka. Jerzy szedł ostatni, miał na głowie niemiecki hełm, Niemcy byli tuż za nim. Kolega z batalionu obserwował wyłom w murze kina, spodziewając się Niemca. Kula trafiła Jerzego prosto w brzuch.

Sanitariuszka, która ratowała Jerzego i była przy jego śmierci, po przeżyciach powstańczych zapadła na chorobę psychiczną, trafia na krótko do szpitala i wkrótce zmarła. Sprawca tragedii, wywieziony po Powstaniu do Niemiec, wrócił z objawami choroby psychicznej, również znalazł się w szpitalu, a po wyjściu popełnił samobójstwo, skacząc z mostu do Wisły. ■

Źródła: „Sagi rodzinne – Kamiński”, „Puls” nr 11/2006; „Sagi rodzinne – Skórczewscy-Nowotni-Walcowie”, „Puls” nr 10 i 11/2009; „Wojenne losy”, „Puls” nr 4 i 5/2008.



**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

## 10. rocznica śmierci



## Jerzy Moskwa (1923–2006)

## – lekarz i społecznik

podchorążego, zgrupowania partyzanckiego 72. Pułku Piechoty AK, wchodzącego w skład Korpusu „Jodła”. Brał udział m.in. w akcji „Burza”. Za zasługi w czasie wojny został odznaczony Krzyżem Walecznych i Krzyżem Armii Krajowej.

Po studiach na Wydziale Lekarskim UW [...] uzyskał tytuł doktora nauk medycznych, a także specjalizację z chirurgii ortopedycznej i urazowej. Był współtwórcą Wojewódzkiego Szpitala Chirurgii Urazowej przy ul. Barskiej. Sport i medycyna były wielką pasją Jego życia.

Był jednym z „ojców założycieli” reaktywowanego samorządu lekarskiego, wiceprzewodniczącym Komitetu Organizacyjnego Izby Lekarskiej i pierwszym przewodniczącym ORL w Warszawie (1989–1993). Mówił: – *Od lat związany jestem, na dobre i na złe, z ideą samorządności, ale przynależność do korporacji zawsze traktowałem jak przywilej, a nie uciążliwy obowiązek do wypełnienia.*

Był autorytetem, nauczycielem i społecznikiem.

ORL w Warszawie uhonorowała Go Odznaczeniem „Laudabilis”, które otrzymał z numerem pierwszym, zaś Naczelna Izba Lekarska – „Meritus Pro Medicis”, przyznawanym lekarzom zasłużonym dla samorządu lekarskiego.

*Na podstawie fragmentów wspomnień Andrzeja Włodarczyka, zamieszczonych w książce wydanej przez OIL w Warszawie w 2007 r. „Odrodzony stan lekarski”.*

Doktor nauk medycznych Jerzy Moskwa był jednym z najwybitniejszych lekarzy, członków warszawskiej izby lekarskiej. Pełnił funkcję jej honorowego prezesa.

Jego życiorys to przykład wspaniałej postawy człowieka, lekarza i Polaka patriotę. W okresie okupacji niemieckiej był żołnierzem Polski Podziemnej, w stopniu kaprala

Franciszek Górewicz  
(1929–2016)

Urodził się w Wilnie, tam też rozpoczął edukację. Po reparaacji zdał małą maturę (1949), a potem maturę (1952) w Gimnazjum i Liceum Techniki Dentystycznej w Łodzi. W 1957 r. uzyskał dyplom ukończenia studiów na Wydziale Lekarskim Od-

dziale Stomatologii AM w Łodzi. Pracę zawodową rozpoczął w Pionkach, następnie został wcielony do wojska i pracował w Komorowie, Zamościu, Dęblinie. Z Radomiem związany był od 1961 r. Początkowo pracował w gabinecie w szkole pedagogicznej, później w Protezowni Miejskiej, którą kierował do 1965 r. Pracował w wielu poradniach rejonowych.

Lata przemian ustrojowych to jego aktywna działalność w „Solidarności”. Został internowany 13.12.1981 r. Później, uznany za osobę niebezpieczną społecznie, długo nie mógł znaleźć pracy w Radomiu. Został zatrudniony w poradni w Białobrzegach i w Falęcicach.

Od 1982 do 1986 r. był przewodniczącym oddziału Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego, w latach 1989–1994 członkiem Naczelnej Rady Lekarskiej.

Został odznaczony za zasługi dla województwa radomskiego i wyróżniony srebrną odznaką Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego.

W 1994 r. przeszedł na emeryturę, ale nadal pracował w swoim gabinecie.

Był dobrym, lubianym przez pacjentów i środowisko medyczne lekarzem. Zawsze uśmiechnięty, pełen energii, kochający ludzi, którym służył z dużym oddaniem. Wrażliwy na ludzką niedolę, zawsze wyciągał rękę do potrzebujących.

W wolnych chwilach śpiewał w chórze, grał na fortepianie. Muzyka była dla Niego najlepszym lekarstwem. Lubił podróżować. Wzruszał się pięknem otaczającego świata i uwieczniał je na niezliczonych fotografiach. Znany był z talentu krasomówczego. Wydał dwa tomiki wierszy. Działal w Towarzystwie Wileńskim, gdyż do końca Wilno było bardzo bliskie Jego sercu.

Kochający Ojciec i Dziadek, wspaniały Przyjaciel. Był, co w dzisiejszych czasach trudne, bardzo dobrym człowiekiem.

Od kilku lat stopniowo tracił zdrowie. Przyjmował to z pokorą, po cichu. Wspierany przez rodzinę i przyjaciół, dzielnie znosił cierpienie i mimo przeciwności niósł uśmiech, radość, miłość. Uczył, że ufając Bogu i żyjąc w prawdzie, szczęście czerpiemy z dawania siebie.

Odszedł 30.07.2016 r.

Środowisko lekarskie straciło wspaniałego Lekarza i Kolegę, a rodzina – najdroższego Tatusia, Dziadka, Teścia.

Dagmara Górewicz-Lis



## Michał Kornatowski (1956–2016)

Michale, nigdy nie myślałem, że będę o Tobie pisał wspomnienie po Twoim odejściu, refleksja następuje dopiero wtedy, gdy ono nastąpi...

Miałeś wielu przyjaciół, to był honor tak się móc nazwać. Dla mnie, który Cię poznałem

wcale nie tak dawno, bo raptem 24 lata temu, byłeś Osobą szczególną.

Wszyscy, po odzyskaniu wolności w roku 1990, pełni entuzjazmu chcieliśmy się uczyć, by móc profesjonalnie zmieniać Polskę, w Twoim przypadku polską ochronę zdrowia. Ty byłeś jednym z pierwszych, by natychmiast zostać także naszym nauczycielem, moim też byłeś.

Działalność polityczną w Unii Demokratycznej i Unii Wolności uznawałeś za naturalną kontynuację swojego zaangażowania w opozycji demokratycznej, a na równi z polityką traktowałeś działalność zawodową, już nie jako lekarz, oraz społeczną. Ta ostatnia miała wiele wymiarów, byłeś współtwórcą odnowionego samorządu lekarskiego i naszej organizacji zawodowej, jaką było Stowarzyszenie Menedżerów Opieki Zdrowotnej. Miałeś wiele osiągnięć zawodowych, a Twoje zainteresowania w zakresie ochrony zdrowia były bardzo różnorodne. Pełniłeś wiele funkcji, ale szczególnie pamiętają Cię w Ciechanowie, gdzie z sukcesami w latach 90. zarządzałeś Szpitalem Wojewódzkim.

Towarzysko byliśmy w sposób subtelny i dyskretny zawsze razem, a zawodowo nasze drogi się kilkakrotnie spotykały. W roku 1998 zastąpiłem Cię na stanowisku sekretarza stanu w Ministerstwie Zdrowia w rządzie premiera Jerzego Buzka. Zrezygnowałeś, Twój charakter nie dopuszczał kompromisów, które były potrzebne, aby pełnić tę funkcję w tej koalicji. Dla Ciebie zawsze białe znaczyło białe, a czarne – czarne. Później dwukrotnie pomagałeś mi i doradzałeś w Centrum Zdrowia Dziecka, gdzie pełniłem funkcję dyrektora i gdzie mogłem korzystać z Twojej wiedzy i wielkiego profesjonalizmu.

Nasza przyjaźń opierała się jednak nie tylko na podobnych zainteresowaniach zawodowych, ale także na wspólnocie poglądów i wyznawanych wartości. Mieliśmy podobne upodobania, razem chodziliśmy na mecze Legii, koncerty jazzowe i rockowe, oglądaliśmy często te same filmy, spektakle teatralne i operowe. Osobnym rozdziałem były nasze zainteresowania kulinarne, tu byłeś nieocenionym przewodnikiem po lokalach gastronomicznych Twojej ukochanej Warszawy.

W kontaktach z Tobą szczególnie ceniłem Twój takt, rozagę, dystans, tę szczególną mądrość i przenikliwość, które sprawiały, że zawsze warto było Cię wysłuchać.

Czas Twojej choroby, a trwało to prawie dwa lata, dzięki temu, że byłeś tak niewiarygodnie dzielny, też był ważny i na ile pozwalały Ci siły, a tych było coraz mniej, intensywny.

Michale, zostaniesz dla mnie ważny do końca życia, byłeś wspaniałym, dobrym Człowiekiem, odpoczywaj w spokoju Przyjacielu.

**Maciej Piróg**



## Alina Filipowicz-Banach (1926–2016)

Alina Filipowicz-Banach urodziła się 16 sierpnia 1926 r. w Sokółce. Z domu rodzinnego wyniosła poszanowanie dla wiedzy, pracy i drugiego człowieka.

W czasie wojny ukończyła na tajnych kompletach gimnazjum,

po wojnie podjęła studia na Wydziale Lekarskim Akademii Medycznej w Warszawie. Podczas studiów była wolontariuszką w Klinice Okulistycznej AM.

W 1951 r. otrzymała dyplom lekarza. W kolejnych latach praktykowała okulistykę już jako asystent, a potem adiunkt. Była konsultantem w Instytucie Dermatologii i Wenerologii oraz w Klinice Psychiatrycznej w Pruszkowie. W latach 1964–1965 była kierownikiem katedry Kliniki Okulistycznej warszawskiej AM. Od 1966 do 1970 r. pracowała jako stypendystka Światowej Organizacji Zdrowia. Po powrocie przez wiele lat była zatrudniona w Lecznicy Ministerstwa Zdrowia. Pełniła funkcję lekarza konsultanta w Zakładzie dla Dzieci Niewidomych w Laskach. W latach 1969–1979 była ordynatorem Oddziału Okulistycznego w Świdrze – Otwocku, a od 1979 r. ordynato-

rem Oddziału Okulistycznego w Szpitalu Czerniakowskim przy ul. Stępińskiej. Na emeryturę przeszła w 1991 r., nie zaprzestała jednak aktywności zawodowej. Przez wiele lat dzieliła się wiedzą i doświadczeniem z młodszymi kolegami. Swój bogaty dorobek naukowy i zawodowy zwieńczyła tytułem profesora doktora habilitowanego medycyny.

Pomagała wielu ludziom, wszędzie dała się poznać z jak najlepszej strony. Była lubiana przez pacjentów, mieli do Niej ufanie. Jej praca i osiągnięcia zostały też oficjalnie docenione, została uhonorowana Złotym Krzyżem Zasługi oraz wieloma innymi odznaczeniami państwowymi i okolicznościowymi.

Wyjazdy na działkę w Puszczy Augustowskiej i wędrówki po lesie dawały Jej radość i odprężenie. Ceniła również kontakt z kulturą, uwielbiała teatr i balet. Nie zapominała o literaturze. Swe liczne obowiązki zawodowe i pasje znakomicie łączyła z życiem rodzinnym. W 1949 r. zawarła związek małżeński z Januszem, również lekarzem. Niestety w 1954 r. tragiczna śmierć męża przerwała związek. Szczęście odnalazła w 1961 r. u boku Stefana, neurochirurga. Została matką dwóch córek Iwony i Katarzyny. Doczekała się wnuków, którym poświęcała swój czas i uwagę.

W pamięci wszystkich, których los zetknął z doktor Aliną Filipowicz-Banach, pozostanie Jej umiejętność bronienia własnego zdania, poczucie realizmu, lojalność i uczciwość.

**Rodzina**  
oprac. **kb**



## Jadwiga Puternicka (1928–2015)

Mija pierwsza rocznica śmierci dr Jadwigi Puternickiej-Błędkowskiej (1 sierpnia 2015 r.).

Zawsze chciała zostać chirurgiem. Szkołę średnią kończyła na tajnych kompletach w Radomiu. Studiowała na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu Poznańskiego.

Podczas studiów pracowała w Zakładzie Antropologii UP oraz w szpitalu i w pogotowiu ratunkowym w Pile, dojeżdżała na dyżury z Poznania. Egzaminy zdawała z wynikiem bardzo dobrym, nie wyłączając jednego z najtrudniejszych – z chirurgii. Dyplom lekarza uzyskała w 1952 r. Rozpoczęła pracę w tym samym roku, w Zespole Sanatoriów Przeciwgruźliczych w Sanatorium Nauczycielskim w Zakopanem. Tam, jako starszy asystent, uzyskała specjalizację I stopnia z fizjatrii. Jednak chirurgia zawsze była Jej celem. Dlatego rozpoczęła pracę w Sanatorium Torakochirurgicznym u prof. Wita Rzepeckiego. Była to praca „non stop, według potrzeb”: wielogodzinne operacje, śledzenie literatury zagranicznej, przygotowywanie referatów, seminaria. Inaczej mówiąc, życie sprowadzało się do ciężkiej pracy. Jedyny odpoczynek to góry, które tak ukochała. Od roku 1955 pracowała w dziale bronchoskopii i bronchografii, prowadząc kursy z zakresu endoskopii w ramach Studium Doskonalenia Lekarzy. Po stażu z chirurgii ogólnej w Warszawie i doświadczeniach w torakochirurgii w roku 1958 zdała, w wieku 30 lat, egzamin na II stopień specjalizacji z torakochirurgii w Akademii Medycznej w Krakowie, przed komisją pod przewodnictwem rektora prof. Michejdy. Zdobytymi doświadczeniami podzieliła się w kilku ogłoszonych drukiem pracach.

W 1959 r. zdecydowała się założyć rodzinę i wyjechać z Zakopanego. Ale nie porzuciła torakochirurgii i zaczęła pracować jako starszy asystent w Sanatorium Przeciwgruźliczym w Otwocku, gdzie wykonywano wiele operacji płuc zarówno metodą klasyczną, jak i przy użyciu aparatu UKŁ. Wyniki 15 operacji tą metodą przygotowała jako materiał do pracy doktorskiej. Specjalizacja z zakresu chirurgii klatki piersiowej przyczyniła się do zatrudnienia Jej w Szpitalu Praskim

w Warszawie. Była niezwykle pracowita. Bez dyskusji brała wiele obowiązków na swoje barki. Pracując w Szpitalu Praskim, wykonała kilka tysięcy operacji, w tym wiele spektakularnych, ratujących życie ludziom po ciężkich wypadkach i chorobach. Uczyła młodych lekarzy, przez dziesięć lat wykładała w szkole dla pielęgniarek. Wielu lekarzy „zapisywało się” na ostre dyżury z Nią.

Na początku lat 80. ubiegłego wieku wyjechała do pracy zagranicą. W szpitalu w Trypolisie zaczęła się trudna droga chirurga kobiety w kraju muzułmańskim, gdzie na zebraniu naukowym na uniwersytecie była jedyną kobietą na kilkudziesięciu lekarzy chirurgów. Pełniła odpowiedzialne i bardzo trudne w tamtych warunkach funkcje p.o. ordynatora oddziału torakochirurgicznego i konsultanta w Bengazi. Przeżyła tam ekstremalnie trudne chwile, ale uratowała życie wielu ludziom. Gdy podjęła decyzję o wyjeździe, dostała mnóstwo podziękowań za pracę, przosono Ją również o pozostanie. Więzy rodzinne przeważały, była potrzebna chorej matce.

Po powrocie w 1986 r. rozpoczęła pracę na IV Oddziale Chirurgii AM w Szpitalu Praskim. W sumie przepracowała w służbie zdrowia 52 lata, zyskując uznanie i szacunek. Była członkiem Towarzystwa Chirurgów, ostatnio słuchała z zainteresowaniem wykładów swoich kolegów o nowościach w chirurgii. Zawsze była zdania, że niezbędna jest równowaga między fascynacją specjalistycznymi urządzeniami diagnostycznymi i operacyjnymi a rzetelną wiedzą o całym człowieku.

Rodzina była dla Niej miejscem szczególnej troski. W tej małej społeczności starała się wdrażać wartości, które są bazą dla rozwoju i moralnej struktury prawego człowieka, a wynikających z wartości chrześcijańskich. Dbała o wykształcenie synów, dając przykład i ucząc ich hierarchii wartości. Była osobą tytanicznej pracy, umiejętnie godzącą przy tym powołanie żony i matki z obowiązkami lekarza w służeniu chorym. Zawsze była opanowana i otwarta w szukaniu kompromisów. Nie uskarżała się nawet, gdy opuszczały Ją już siły fizyczne, starając się mierzyć siły na zamiary. Była dla rodziny wzorem, autorytetem i drogowskazem w życiowych poczynaniach. Odeszła od nas w 57. rocznicę ślubu z mężem Przemysławem, jakby dając znać, że po raz ostatni pamiętała o tym ważnym dla rodziny dniu.

**Przyjaciele, Rodzina**



9.08.2016 r. w wieku 72 lat zmarł

śp.  
**dr n. med. Witold J. Świdorski**

neurolog i psychoterapeuta, absolwent Akademii Medycznej w Białymstoku,  
kochany mąż, ojciec i brat, wspaniały i oddany swoim pacjentom lekarz,  
pracownik naukowy Instytutu Psychiatrii i Neurologii  
oraz wieloletni nauczyciel akademicki Wydziału Psychologii UW i SWPS w Warszawie

o czym zawiadamiają pogrążeni w smutku  
żona, syn, siostra i rodzina.



## Krzysztof Sosiński (1962–2016)

Krzysztof Tadeusz Sosiński urodził się 13 marca 1962 r. w Ostrołęce. Studiował na Wydziale Lekarskim Akademii Medycznej im. J. Marchlewskiego w Białymstoku, tytuł lekarza uzyskał w 1988 r. 24 października 1988 podjął pracę w Wojewódzkim Szpitalu

Zespolonym w Ostrołęce jako stażysta, potem pełnił funkcję młodszego asystenta na Oddziale Chirurgicznym. I stopień specjalizacji w zakresie chirurgii ogólnej zdobył w 1992 r., tytuł specjalisty w zakresie chirurgii ogólnej w 1996. Wspierał lekarza, ciągle podnoszący swoje kwalifikacje zawodowe potwierdzone licznymi certyfikatami i dyplomami.

W 2013 r. uzyskał kolejny tytuł specjalisty – w dziedzinie chirurgii onkologicznej, aby skuteczniej nieść pomoc pacjentom borykającym się z chorobami onkologicznymi. Zdobył zaufanie i szacunek kolegów i koleżanek w pracy oraz przełożonych. Z oddaniem angażował się w pomoc chorym, szczególnie z chorobami nowotworowymi. Wielu dzięki Niemu odzyskało zdrowie, a innym przyniósł ulgę w cierpieniu. Przez ostatnich 17 lat pełnił funkcję zastępcy kierownika Oddziału Chirurgii Ogólnej im. dr. J. Olszewskiego w Mazowieckim Szpitalu Specjalistycznym im. dr. Józefa Psarskiego w Ostrołęce, oddany pracy i ludziom. Odszedł nagle, pozostawiając wiele niezrealizowanych planów.

Był działaczem NSZZ „Solidarność”, Związku Zawodowego Lekarzy oraz Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie.

Potrafił połączyć liczne obowiązki zawodowe z życiem rodzinnym. Wspierał męża, na którym żona Magda mogła zawsze polegać, troskliwy ojciec czworga dzieci.

Andrzej Jabłoński



27 lipca 2016 r.  
minęła pierwsza rocznica śmierci  
mojej Mamy

### **Annę Jaroszyńskiej-Chełmińskiej**

lekarza specjalisty chorób dzieci

córka



Wyrazy głębokiego współczucia  
oraz szczerze słowa wsparcia i otuchy  
dr Krystynie Wieczorek-Jaworek  
z powodu śmierci Męża

### **Doktora Zbigniewa Jaworka**

składają  
przyjaciele z zespołu „Eskulap”



## 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, szkoleniowych, 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

**5.10.2016 r.**, godz. 18.00. „Huculszczyzna” – prelekcja i projekcja multimedialna. Prowadzenie: Katarzyna Węglicka.

**12.10.2016 r.**, godz. 18.00. „Powróćmy jak za dawnych lat” – koncert piosenek polskich z okresu międzywojennego i lat 60. XX w. Śpiewa Duet AliZet: Alina Stencka i Zofia Olejnik.

**17.10.2016 r.**, godz. 14.00. Spotkanie Koła Lekarzy Emerytów Okręgowej Izby Lekarskiej. W programie: „Piosenka przypomni ci” – koncert w wykonaniu zespołu Ale Babki + ze Staromiejskiego Domu Kultury w Warszawie.

**26.10.2016 r.**, godz. 18.00. „Święta pamięci zmarłych. Wierzenia, zwyczaje i obrzędy zaduszne w Polsce i w tradycjach innych kultur” – prelekcja i projekcja multimedialna. Prowadzenie: Jadwiga Migdał.



# Nowe przepisy prawne

mec. Beata Kozyra-Łukasiak

26 lipca 2016 r. weszło w życie rozporządzenie ministra sprawiedliwości z 15 lipca 2016 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie wykazu zakładów leczniczych, w tym psychiatrycznych, przeznaczonych do wykonywania tymczasowego aresztowania, oraz warunków zabezpieczenia tych zakładów, opublikowane w DzU z 2016 r., poz. 1098.

27 lipca 2016 r. zostało opublikowane w DzU z 2016 r., poz. 1117, obwieszczenie ministra zdrowia z 11 lipca 2016 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie substancji chemicznych, ich mieszanin, czynników lub procesów technologicznych o działaniu rakotwórczym lub mutagennym w środowisku pracy.

28 lipca 2016 r. zostało opublikowane w DzU z 2016 r., poz. 1133, obwieszczenie ministra zdrowia z 5 lipca 2016 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie wykazu zakładów psychiatrycznych i zakładów leczenia odwykowego przeznaczonych do wykonywania środków zabezpieczających oraz składu, trybu powoływania i zadań komisji psychiatrycznej do spraw środków zabezpieczających.

28 lipca 2016 r. zostało opublikowane w DzU z 2016 r., poz. 1132, obwieszczenie ministra zdrowia z 7 lipca 2016 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, położenia oraz opieki nad noworodkiem.

29 lipca 2016 r. zostało opublikowane w DzU z 2016 r., poz. 1146, obwieszczenie ministra zdrowia z 11 lipca 2016 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

31 lipca 2016 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 7 lipca 2016 r. w sprawie podziału kwoty środków finansowych w 2017 r. stanowiącej wzrost całkowitego budżetu na refundację, opublikowane w DzU z 2016 r., poz. 1152.

3 sierpnia 2016 r. weszła w życie ustawa z 22 czerwca 2016 r. o zmianie ustawy – Kodeks pracy oraz niektórych innych ustaw, opublikowana w DzU z 2016 r., poz. 1053.

Kobiety w ciąży i kobiety karmiące dziecko piersią nie mogą wykonywać prac uciążliwych, niebezpiecznych lub szkodliwych dla zdrowia, mogących mieć niekorzystny wpływ na ich zdrowie, przebieg ciąży lub karmienie dziecka piersią.

6 sierpnia 2016 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 7 lipca 2016 r. w sprawie wydawania zezwoleń na obrót hurtowy środkami odurzającymi, substancjami psychotropowymi lub prekursorami kategorii 1, opublikowane w DzU z 2016 r., poz. 1085.

5 sierpnia 2016 r. weszła w życie ustawa z 10 czerwca 2016 r. o zmianie ustawy – Kodeks postępowania karnego, ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry oraz ustawy o prawach pacjenta i rzeczniku praw pacjenta, opublikowana w DzU z 2016 r., poz. 1070.

Przepisy kodeksu postępowania karnego stanowią, że osoby obowiązane do zachowania tajemnicy związanej z wykonywaniem zawodu mogą odmówić zeznań co do okoliczności, na które rozciąga się ten obowiązek, chyba że sąd lub prokurator dla dobra wymiaru sprawiedliwości zwolni te osoby od obowiązku zachowania tajemnicy, jeżeli ustawy szczególne nie stanowią inaczej. Na postanowienie w tym przedmiocie przysługuje zażalenie.

**Osoby obowiązane do zachowania tajemnicy lekarskiej mogą być przesłuchiwane w sprawie faktów objętych tą tajemnicą tylko wtedy, gdy jest to niezbędne dla dobra wymiaru sprawiedliwości, a okoliczność nie może być ustalona na podstawie innego dowodu.**

W postępowaniu przygotowawczym w przedmiocie przesłuchania lub zezwolenia na przesłuchanie decyduje sąd, na posiedzeniu bez udziału stron, w terminie nie dłuższym niż 7 dni od daty doręczenia wniosku prokuratora. Na postanowienie sądu przysługuje zażalenie.

**W wymienionych przypadkach sąd przesłuchuje taką osobę na rozprawie z wyłączeniem jawności.**

**Nie dotyczy to sytuacji, gdy zwolnienie z tajemnicy nastąpiło na podstawie zgody wyrażonej przez osobę bliską zmarłego pacjenta, zgodnie z przepisami ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry oraz ustawy o prawach pacjenta i rzeczniku praw pacjenta, w przewidzianym przez te ustawy zakresie i przy braku wskazanego w nich sprzeciwu złożonego przez inną osobę bliską zmarłego pacjenta.**

**Jeżeli zwolnienie z tajemnicy nastąpiło na podstawie i na zasadach, o których mowa wyżej, okoliczności objęte tajemnicą, które zostały ujawnione na rozprawie z wyłączeniem jawności, mogą być rozpowszechniane publicznie przez osobę, której zgoda była wymagana do zwolnienia z tej tajemnicy.**

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

Wspomnianego przepisu nie stosuje się, gdy:

- 1) tak stanowią ustawy, 2) badanie lekarskie zostało przeprowadzone na żądanie uprawnionych organów i instytucji, na podstawie odrębnych ustaw; wówczas lekarz jest obowiązany poinformować o stanie zdrowia pacjenta wyłącznie te organy i instytucje, 3) zachowanie tajemnicy może stanowić niebezpieczeństwo dla życia lub zdrowia pacjenta lub innych osób, 4) pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy wyraża zgodę na ujawnienie tajemnicy, po uprzednim poinformowaniu o niekorzystnych dla pacjenta tego skutkach, 5) zachodzi potrzeba przekazania niezbędnych informacji o pacjencie lekarzowi sądowemu, 6) zachodzi potrzeba przekazania niezbędnych informacji o pacjencie związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych innemu



lekarzowi lub uprawnionym osobom uczestniczącym w udzielaniu tych świadczeń.

W wymienionych sytuacjach ujawnienie tajemnicy może nastąpić wyłącznie w niezbędnym zakresie.

W przypadku, o którym mowa w pkt. 4, zakres ujawnienia tajemnicy może określić pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy.

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

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

**Zwolnienia z tajemnicy lekarskiej nie stosuje się, jeśli ujawnieniu tajemnicy sprzeciwi się inna osoba bliska w rozumieniu przepisów ustawy o prawach pacjenta i rzeczniku praw pacjenta.**

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

Ustawa o prawach pacjenta i rzeczniku praw pacjenta stanowi, że **osoba bliska oznacza małżonka, krewnego lub powinowatego do drugiego stopnia w linii prostej, przedstawiciela ustawowego, osobę pozostającą we wspólnym pożyciu lub osobę wskazaną przez pacjenta.**

Według przepisów kodeksu rodzinnego i opiekuńczego krewnymi w linii prostej są osoby, z których jedna pochodzi od drugiej. Krewnymi w linii bocznej są osoby, które pochodzą od wspólnego przodka, a nie są krewnymi w linii prostej.

Stopień pokrewieństwa określa się według liczby urodzeń, wskutek których powstało pokrewieństwo.

Z małżeństwa wynika powinowactwo między małżonkiem a krewnymi drugiego małżonka. Trwa ono mimo ustania małżeństwa.

Linie i stopień powinowactwa określa się według linii i stopnia pokrewieństwa.

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

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

Przepisu nie stosuje się, w przypadku gdy:

- 1) tak stanowią przepisy odrębnych ustaw,
- 2) zachowanie tajemnicy może stanowić niebezpieczeństwo dla życia lub zdrowia pacjenta lub innych osób,
- 3) pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy wyraża zgodę na ujawnienie tajemnicy,
- 4) zachodzi potrzeba przekazania niezbędnych informacji o pacjencie związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych innym osobom wykonującym zawód medyczny, uczestniczącym w udzielaniu tych świadczeń.

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

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

**Zwolnienia z tajemnicy nie stosuje się, jeśli jej ujawnieniu sprzeciwi się inna osoba bliska.**

Wymienione przepisy uniemożliwiają pacjentom decydowanie o tym, kto po ich śmierci będzie miał dostęp do informacji na temat stanu zdrowia objętych tajemnicą lekarską.

Pacjentom nie przysługuje prawo do złożenia oświadczenia zakazującego osobom wykonującym zawód medyczny ujawnienia po ich śmierci informacji objętych tajemnicą osobom zaliczonym do kręgu osób bliskich.

W uzasadnieniu projektu nowelizacji wymienionych na wstępie ustaw wskazano, że dotychczas zakres tajemnicy lekarskiej był ujęty zbyt szeroko, uniemożliwiając osobom najbliższym zmarłego pacjenta dochodzenie roszczeń lub odpowiedzialności wobec osób, które mogły przyczynić się do jego śmierci. W efekcie tajemnica lekarska może być w jednostkowych przypadkach wykorzystywana do ukrywania błędów w leczeniu wbrew interesowi pacjenta.

Zdaniem autorów projektu dysponentem tajemnicy lekarskiej po śmierci pacjenta powinny być osoby najbliższe, które łączył z nim węzeł szczególnego zaufania, tak aby nie zostały naruszone w sposób nieuzasadniony dobra osobiste pacjenta.

Osobom bliskim powinno przysługiwać również prawo sprzeciwu wobec zwolnienia z tajemnicy w sytuacji, w której uznają, że ujawnienie informacji objętych tajemnicą będzie stanowiło nieproporcjonalne i nieuzasadnione naruszenie dóbr osobistych. Wówczas do zachowania tajemnicy lekarskiej wystarczający jest sprzeciw choćby jednej z osób bliskich z kręgu osób określonych w ustawie, mimo że pozostałe osoby bliskie wyraziły zgodę na ujawnienie informacji.

**11 sierpnia 2016 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 15 lipca 2016 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie centralnego rejestru niespokrewnionych dawców szpiku i krwi pępowinowej, opublikowane w DzU z 2016 r., poz. 1120.**

**16 sierpnia 2016 r. został opublikowany w DzU z 2016 r., poz. 1236, wyrok Trybunału Konstytucyjnego z 26 kwietnia 2016 r. sygn. akt U 1/15.**

Trybunał Konstytucyjny orzekł o **zgodności** z Konstytucją RP oraz przepisami ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych przepisu §4 ust. 2 rozporządzenia ministra zdrowia z 7 lipca 2011 r. w sprawie kierowania na leczenie uzdrowiskowe albo rehabilitację uzdrowiskową (DzU nr 142, poz. 835).

Trybunał Konstytucyjny uznał, że oddział wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia, potwierdzając skierowanie, ma prawo określać: rodzaj leczenia uzdrowiskowego albo rehabilitacji uzdrowiskowej oraz ich tryb, odpowiedni zakład lecznictwa uzdrowiskowego albo rehabilitacji uzdrowiskowej, datę rozpoczęcia leczenia albo rehabilitacji, w przypadku leczenia uzdrowiskowego w warunkach stacjonarnych, czas trwania leczenia, okres leczenia, w przypadku leczenia uzdrowiskowego w warunkach ambulatoryjnych albo rehabilitacji uzdrowiskowej.

**16 sierpnia 2016 r. został opublikowany w DzU z 2016 r., poz. 1239, wyrok Trybunału Konstytucyjnego z 7 czerwca 2016 r., sygn. akt U 8/15.**

Trybunał Konstytucyjny po rozpoznaniu wniosku Naczelnej Rady Lekarskiej orzekł, że przepisy ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry, stanowiące, że testy i pytania testowe z Lekarskiego Egzaminu Końcowego i Lekarsko-Dentystycznego Egzaminu Końcowego oraz z Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego, które już się odbyły, nie podlegają udostępnieniu na zasadach określonych w ustawie o dostępie do informacji publicznej, są niezgodne z Konstytucją RP.

**16 sierpnia 2016 r. weszło w życie rozporządzenie ministra nauki i szkolnictwa wyższego z 18 lipca 2016 r. w sprawie wzoru oświadczenia o zamiarze świadczenia usługi transgranicznej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, opublikowane w DzU z 2016 r., poz. 1156.**

Rozporządzenie zostało wydane na podstawie przepisów ustawy z 22 grudnia 2015 r. o zasadach uznawania kwalifikacji zawodowych nabytych w państwach członkowskich Unii Europejskiej.

Przed rozpoczęciem świadczenia usługi transgranicznej po raz pierwszy na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej usługodawca przedkłada właściwemu organowi oświadczenie o zamiarze świadczenia danej usługi transgranicznej zawierające informacje o posiadanej polisie ubezpieczeniowej lub innych środkach indywidualnego albo zbiorowego ubezpieczenia w związku z wykonywaniem danego zawodu albo danej działalności, wymaganych na terytorium RP.

Oświadczenie usługodawca może doręczyć właściwemu organowi osobiście, przez inną osobę, drogą pocztową albo za pomocą środków komunikacji elektronicznej.

Usługodawca przedkłada oświadczenie ponownie w każdym roku, w którym zamierza świadczyć usługę transgraniczną.

**1 września 2016 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 2 sierpnia 2016 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie recept lekarskich, opublikowane w DzU z 2016 r., poz. 1261.**

Zgodnie z przepisem art. 43a ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, pacjentom – świadczeniobiorcom, po ukończeniu 75. roku życia przysługuje bezpłatne zaopatrzenie w leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyroby medyczne, określone w wykazie ustalonym przez ministra zdrowia, na podstawie recepty wystawionej przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej.

Uprawniony do wystawienia recepty jest lekarz POZ, z którym fundusz zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej albo który jest zatrudniony lub wykonuje zawód u świadczeniodawcy, z którym fundusz zawarł umowę o udzielanie świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej, albo lekarz posiadający prawo wykonywania zawodu, który zaprzestał wykonywania zawodu i wystawił receptę dla siebie albo dla małżonka, wstępnych lub zstępnych w linii prostej oraz rodzeństwa.

W załączniku nr 1 do rozporządzenia dotychczas obowiązujące kody uprawnień dodatkowych pacjenta zostały określone w pkt. 1–10. W pkt. 11 dodano kod o symbolu S, oznaczający pacjenta posiadającego uprawnienia określone w art. 43a ust. 1 ustawy.

Recepta, na której co najmniej jeden z przepisanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrobów medycznych, dla którego wydano decyzję o objęciu refundacją w rozumieniu przepisów ustawy o refundacji, ma być wydany za odpłatnością, o której mowa w ustawie o refundacji, zawiera dane dotyczące pacjenta, m.in.: kod uprawnień dodatkowych pacjenta określony w pkt. 1–10 załącznika nr 1 do rozporządzenia, jeżeli dotyczy, kod uprawnienia dodatkowego pacjenta określony w pkt. 11 załącznika nr 1 do rozporządzenia, jeżeli dotyczy, numer PESEL – jeżeli dotyczy, a w przypadku dziecka nieposiadającego numeru PESEL lub niemożności ustalenia tego numeru – numer PESEL przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego w rozumieniu przepisów ustawy wraz z adnotacją o zamieszczeniu numeru PESEL osoby innej niż pacjent i podpisem osoby uprawnionej; w przypadku pacjenta, który ukończył 75. rok życia, nieposiadającego numeru PESEL – jego datę urodzenia.

Oznaczenia dotyczące odpłatności nie są wymagane w przypadku recept wystawianych dla pacjentów posiadających uprawnienie oznaczone kodem IB oraz dla leków i środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego sprowadzanych z zagranicy dla pacjenta, na zasadach określonych w przepisach ustawy – Prawo farmaceutyczne albo ustawy o bezpieczeństwie żywności i żywienia.

Zgodnie z objaśnieniami do wzorów recept, zamieszczonych w załącznikach nr 6 i nr 7 do rozporządzenia, w przypadku wystąpienia wyłącznie uprawnienia dodatkowego określonego w pkt. 1–10 załącznika nr 1, zawierającego kody uprawnień dodatkowych pacjenta, jest wpisywany wyłącznie kod tego uprawnienia.

W przypadku wystąpienia uprawnienia dodatkowego o symbolu S, określonego w pkt. 11 załącznika nr 1, jest wpisywany kod tego uprawnienia oraz kod uprawnienia dodatkowego AZ, BW, IB, IN, IW, PO, ZK, jeżeli dotyczy.

**8 września 2016 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 22 lipca 2016 r. w sprawie kwalifikacji lekarzy uprawnionych do wydawania zawodnikom orzeczeń lekarskich o stanie zdrowia oraz zakresu i częstotliwości wymaganych badań lekarskich, niezbędnych do uzyskania tych orzeczeń, opublikowane w DzU z 2016 r., poz. 1172.**

**WYDAWCA „MIESIĘCZNIKA 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 Cieply, Ewa Dobrowolska, Dariusz Hankiewicz, Janina Jankowska, Łukasz Jankowski, Krystyna Knypl, Jarosław Kosiaty, Paweł Kowal, Beata Kozyra-Łukasiak, Małgorzata Kukowska-Skarbek, Małgorzata Malec-Milewska, Piotr Müldner-Nieckowski, Rafał Naturski, 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 księgowa** 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 Błaszczyk; tel. 22-542-83-34

**Składki** – kierownik Maciej Lisieski, Paweł Janowski,  
Marcin Trocki, Izabela Wiszniewska; tel. 22-542-83-38,  
22-542-83-39, Agnieszka Tkaczyk; 22-542-83-78

**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 Kiwatyniec; 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 Goździak, Jolanta Otulak

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

**Komisja Bioetyczna**

przewodniczący Marek Czarkowski

*prac. biura*: Karolina Brama

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](mailto:marketing@oilwaw.org.pl)

**Dział Informacji Medialnej**

Mirosław Usidus; tel. 22-542-83-83;

*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 Lekarzy** – kierownik Tadeusz Pawlikowski; tel. 22-542-83-82

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

# W ZMIENIAJĄCYM SIĘ ŚWIECIE SPECJALIŚCI ZASŁUGUJĄ NA KREDYT NA SPECJALNYCH WARUNKACH

## KREDYT BIZNES LIDER

Warunki specjalne dla członków Okręgowej Izby Lekarskiej  
w Warszawie:

- marża od 1,5%
- prowizja za udzielenie kredytu od 0 zł
- szybka decyzja kredytowa
- minimum formalności



## BGŻ BNP PARIBAS

Bank  
zmieniającego się  
świata

### Masz pytania? Prosimy o kontakt

Maria Komierzyńska, tel. +48 781 998 719 ■ Milena Wasilewska, tel. +48 667 898 594 ■ Paweł Radulski, tel. +48 607 377 461

Kredyt Biznes Lider przeznaczony na cele działalności bieżącej przedsiębiorstwa, skierowany jest do osób prowadzących działalność gospodarczą, będących jednocześnie członkami Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie - lekarz, stomatolog, osoba fizyczna identyfikująca się dokumentem nadającym Prawo Wykonywania Zawodu lub legitymacją lekarską wydaną przez Okręgową Izbę Lekarską w Warszawie lub podmiot (osoba) znajdujący się w Centralnym Rejestrze Lekarzy (<http://rejestr.nil.org.pl/xml/nil/rejlek/hurtid>). Niniejszy materiał ma charakter wyłącznie reklamowy i informacyjny - nie stanowi oferty w rozumieniu ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny. Promocja trwa od 1.10.2016 r. do 31.12.2016 r. Skierowana jest do nowych i obecnych Klientów BGŻ BNP Paribas S.A. zaklasyfikowanych do segmentu Klientów Biznesowych (mikroprzedsiębiorstw) niepodlegających ustawie o rachunkowości (książka przychodów i rozchodów, ryczałt ewidencjonowany, karta podatkowa). Oferta cenowa uzależniona jest od decyzji Klienta i jego chęci przystąpienia do ubezpieczenia typu A lub B. Informacje dotyczące ubezpieczenia typu A lub B dostępne są na stronie internetowej Banku [www.bgzbnpparibas.pl](http://www.bgzbnpparibas.pl) oraz w Oddziałach Banku. Szczegółowe informacje dotyczące warunków udzielenia kredytu, oprocentowania, opłat i prowizji dostępne są w Oddziałach Banku oraz na stronie [www.bgzbnpparibas.pl](http://www.bgzbnpparibas.pl). Kredyt udzielany jest bez zabezpieczeń na warunkach i zasadach szczegółowo określonych w umowie z Klientem. Dostępność produktu oraz warunki kredytowania uzależnione są od wyniku przeprowadzonej przez Bank analizy zdolności kredytowej Klienta na podstawie przekazanych przez niego informacji. Dotrzymanie wskazanych powyżej terminów jest uzależnione m.in. od dostarczenia przez Klienta niezbędnych informacji oraz dokumentów. Świadczenie reklamowanych usług i produktów bankowych następuje na warunkach szczegółowo określonych w umowie zawartej z Klientem oraz w Regulaminach i Taryfie prowizji i opłat dostępnych w Oddziałach Banku BGŻ BNP Paribas S.A. oraz na stronie [www.bgzbnpparibas.pl](http://www.bgzbnpparibas.pl). Bank BGŻ BNP Paribas Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie przy ul. Kasprzaka 10/16, 01-211 Warszawa, zarejestrowany w rejestrze przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego przez Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy w Warszawie, XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, pod nr. KRS 0000011571, posiadający NIP 526-10-08-546 oraz kapitał zakładowy w wysokości 84 238 318 zł w całości wpłacony.