



NR 5

WRZESIEŃ-PAŹDZIERNIK
ROK XXII (2013)

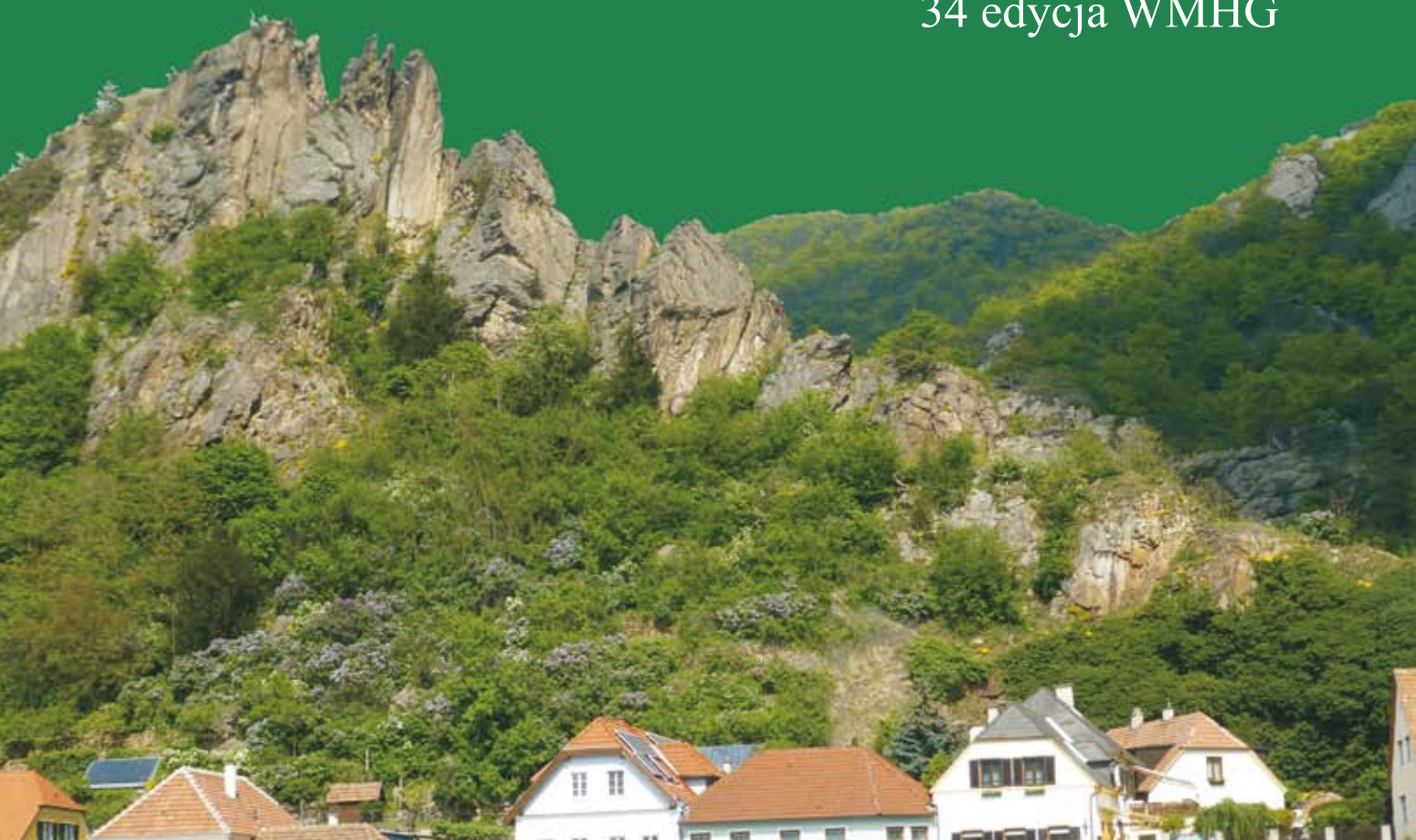
SKALPEL

BIULETYN WOJSKOWEJ IZBY LEKARSKIEJ

ISSN 1230-493x

nakład 4000 egz.

Przechowywanie dokumentacji medycznej
Klinika Dermatologiczna WIM w Warszawie
Hospicjum – po prostu życie
34 edycja WMHG



Z wielkim bólem przyjęliśmy wiadomość o śmierci

mjr. rez. lek. dent. Bartosza HARABASZA

Zastępcy Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej
Wojskowej Izby Lekarskiej w Warszawie
Zasłużonego lekarza i oddanego samorządowi lekarskiemu społecznika
Delegata na wszystkie dotychczasowe Zjazdy Lekarzy WIL
pełniącego szereg funkcji w organach samorządowych
Cenionego i szanowanego Kolegi

Na zawsze pozostanie w naszej pamięci

Rodzinie i bliskim zmarłego składamy wyrazy najgłębszego współczucia

Prezes
i Rada Lekarska Wojskowej Izby Lekarskiej
z Komisją Stomatologiczną WIL
Rzecznik i Zastępcy Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej
Wojskowej Izby Lekarskiej
Przewodniczący Sądu Lekarskiego WIL
Dyrektor Biura WIL

Z głębokim żalem zawiadamiamy, że w dniu 15.07.2013 r.
odszedł od nas na zawsze, na wieczny dyżur

plk rez. prof. zw. dr hab. n. med. Stanisław BARCIKOWSKI

wieloletni Kierownik I Kliniki Chirurgicznej Instytutu Chirurgii WAM w Łodzi,
wspaniały człowiek, lekarz, chirurg i nauczyciel,
wychowawca wielu pokoleń chirurgów wojskowych,
twórca torakochirurgii wojskowej i nowoczesnej chirurgii wojskowej

**Składamy kondolencje i wyrazy głębokiego współczucia
Rodzinie i najbliższym.**

Cześć Jego Pamięci.

Wdzięczni wychowankowie,
Kierownik i Współpracownicy Kliniki Chirurgii Klatki Piersiowej, Chirurgii Ogólnej
i Onkologicznej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

Koleżanki i Koledzy,

Czas wakacji to czas radości i wypoczynku, który powinno się wykorzystać na relaks i regenerację naszych organizmów. To także czas by odpoczywając spojrzeć również na siebie – co zrobiliśmy, czy udało się choć w części zrealizować swoje plany, pomysły i marzenia. W wakacje więcej chwil powinniśmy spędzać z naszymi rodzinami, dziećmi, przyjaciółmi i choć na krótko oderwać się od codzienności.

Wystarczy jednak wziąć gazetę czy tygodnik lub włączyć telewizor albo radio – znów to samo: „Przyjaciół Arłukowicz” pisze do nas listy w gazecie i jak surowy ojciec – gani za rzekome sprzeniewierzenie się Kodeksowi Etyki Lekarskiej, niedouczenie i pogoń za pieniądzem oraz za brak serca dla pacjentów.

I jak tu wypoczywać, gdy przedstawiciele władz tak nas nie cierpią i mają za nic. To może nas lekarzy doprowadzić do zbiorowej depresji, albo wreszcie każdy z nas w trakcie pracy z chorymi zacznie ich uświadamiać, dlaczego jest tak źle i kto wydał takie ustawy i rozpo-

ządzenia, których władza chyba sama nie rozumie, kto kreuje politykę zdrowotną i określa priorytety zdrowotne dla naszego kraju i kto, jak już nic nie potrafi, to twierdzi, że wszystkiemu są winni lekarze.

Po co nam taki Minister czy Prezes by jątrzyć? Co chcą tym osiągnąć? Prezes NFZ nakazuje ściągać kary za wszystko co tylko uda się ustalić – nie ważne, słusznie czy nie, trzeba przecież ratować budżet funduszu. A więc znów to my jesteśmy winni.

Koleżanki i Koledzy – nie możemy poddawać się tej zbiorowej nagonce ze strony „władz” – i nie tylko, powinniśmy dbać o naszych chorych i pozytywny image naszego zawodu, z rozsądkiem przestrzegać przepisów, ustaw, rozporządzeń i zarządzeń, których w ciągu ostatnich lat wyprodukowano kilka tysięcy stron. Czy ten obłęd regulowania wszystkiego tak drobiazgowo jest w stanie ktoś opanować?

Sztuka Hipokratesa staje się sztuką czytania przepisów stale zmieniających się – a gdzie tu czas dla pacjenta, czas holistycznego podejścia do chorego, jego choroby, rodziny i jego środowiska?

Ale gdybyśmy to osiągnęli, to pacjenci, być może, sami zaczęliby nas bronić?

W tych, takich dość smutnych czasach też pojawiają się i dobre wieści, że jednak koleżanki i koledzy lekarze leczą z ogromnym poświęceniem, doksztalcają się, wdrażają nowe metody i sposoby leczenia, ratują chorych i prowadzą badania naukowe na światowym poziomie – i to cieszy.

Z okazji Święta Wojska Polskiego – w uznaniu ogromnego wysiłku i pracy jaką wykonują wszyscy pracujący i służący w wojskowej służbie zdrowia – składamy głęboki ukłon i podziękowanie.

Życzymy wszystkim odznaczonym i awansowanym koleżankom i kolegom pomyślności oraz zadowolenia i satysfakcji z dotychczasowych osiągnięć i dokonań. Szczególne życzenia i gratulacje składamy kolidze generałowi brygady lek. Piotrowi Dziegielewskiemu. Ten awans to wyraz uznania i docenienia przez Pana Prezydenta RP i kierownictwo resortu osiągnięć Wojskowej Służby Zdrowia, która służy, leczy i nie poddaje się

Konrad MAĆKOWIAK

Sekretarz RL WIL

Głęboko zasmuceni przyjęliśmy wiadomość o śmierci

plk. prof. dr. hab. n. med. Stanisława BARCIKOWSKIEGO

byłego Kierownika Kliniki Chirurgii Wojskowej Akademii Medycznej w Łodzi
zasłużonego nauczyciela akademickiego i wychowawcę
pokoleń chirurgów wojskowych

Jego postawa etyczna i dokonania zawodowe pozostaną na zawsze w naszej
pamięci

Rodzinie i bliskim Pana Profesora
składamy wyrazy głębokiego współczucia

Rada Lekarska
Wojskowej Izby lekarskiej

WYDAWCA:

Wojskowa Izba Lekarska

ul. Koszykowa 78

00-909 Warszawa

tel. (22) 621 12 11

(22) 621 04 93

tel. MON: 845 675

845 653

tel./faks MON: 845 580

e-mail: wojsko@hipokrates.org

www.wil.oil.org.pl

Konto WIL:

PKO BP S.A., IX O/Warszawa

50 1020 1097 0000 7802 0001 6741

Redaktor naczelny:

Zbigniew Ulanowski

e-mail: z.ulanowski@wp.pl

tel. (22) 621 04 93 w. 181

Sekretarz redakcji:

Ewa Kapuścińska

e-mail: ewka@naszemedi.com.pl

tel. (22) 621 04 93 w. 184

Rada Redakcyjna:

Piotr Rapiejko

Krzysztof Chomiczewski

Jan Wilk

Zbigniew Ulanowski

Kolegium redakcyjne:

Ewa Kapuścińska

Eugeniusz Dziuk

Jacek Woszczyk

Artur Płachta

Konrad Maćkowiak

Stefan Antosiewicz

Opracowanie graficzne, łamanie:

Ewa Kapuścińska

Foto na I okładce „Dolina Wachau”

fot: Z. Ulanowski

Druk: LM Promotion

tel. 663 664 440

e-mail: biuro@lmpromotion.pl

Nakład: 4000 egz.

ISSN 1230-493x

Redakcja zastrzega sobie prawo dokonywania skrótów i zmian redakcyjnych w nadsyłanych tekstach. Redakcja nie ponosi odpowiedzialności za treść listów do redakcji, ogłoszeń i reklam.

Spis treści

nr 5/2013

Szpalta Prezesa	1
Od Redakcji	2
Posiedzenie Rady Lekarskiej WIL z dnia 21 czerwca 2013 r.	4
Posiedzenie Rady Lekarskiej WIL z dnia 19 lipca 2013 r.	5
Przechowywanie dokumentacji medycznej – problemy w realizacji obowiązku.....	6
Klinika Dermatologiczna WIM w Warszawie.....	9
Ryby białych nocy	16
Komisja ds. Rejestru, Wydawania PWZ i Praktyk Prywatnych przypomina!..	19
List od Głównego Inspektora Sanitarnego.....	20
Zjazd absolwentów IX Kursu Wojskowej Akademii Medycznej.....	20
Komunikat w sprawie składek członkowskich.....	22
Hospicjum – po prostu życie	23
Zmiana warty w Lublinie.....	28
Wojskowi naprawiają serca.....	28
Zachowajmy Ich w naszej pamięci!.....	28
Na odejście „Szefa”	29
Pamięci Doktora Tomasza Sowińskiego	30
34 edycja WMHG	31
Porady ubezpieczeniowe: NNW SZKOLNE.....	32

WOJSKOWA IZBA LEKARSKA

Prezes WIL:

dr n. med. Piotr Rapiejko

Wiceprezes WIL:

prof. dr hab. n. med. Eugeniusz Dziuk

lek. Artur Płachta

lek. dent. Jacek Woszczyk

Sekretarz WIL:

lek. Konrad Maćkowiak

Zastępca Sekretarza WIL:

płk dr n. med. Stefan Antosiewicz

Skarbnik WIL:

lek. Andrzej Galecki

Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej:

prof. dr hab. n. med. Krzysztof Chomiczewski

Przewodniczący Sądu Lekarskiego: *płk dr n. med. Jan Wilk*

Przewodniczący Komisji ds. Rejestru Lekarzy,

Wydawania Prawa Wykonywania Zawodu

i Praktyk Lekarskich:

dr n. med. Zbigniew Zaręba

BIURO WIL

Dyrektor Biura WIL: *lek. Zbigniew Ulanowski*

Sekretariat Biura WIL: *Ewa Petaś*

tel. (22) 621 12 11

tel. (22) 621 04 93 w. 179

Główna Księgowa: *mgr Renata Formicka*

tel. (22) 621 04 93 w. 174

Sąd Lekarski: *mgr Bogdan Sieradzki*

tel. (22) 621 04 93 w. 178

Rejestr lekarzy: *mgr Edyta Klimkiewicz*

tel. (22) 621 04 93 w. 186

Doskonalenie zawodowe:

Marta Adamska

tel. (22) 621 04 93 w. 175

Praktyki prywatne: *mgr Patrycja Wonatowska* tel. (22) 621 04 93 w. 175

Składki członkowskie: *mgr Dominika Sałapa* tel. (22) 621 04 93 w. 180

Godziny pracy biura WIL: poniedziałek-piątek: 8.00-15.00

Koleżanki i Koledzy,

To już ostatni numer „Skalpela” w VI kadencji WIL, następny ukaże się już po wyborach nowych władz, w końcu października. Jako że zamieszczone w nim będą sprawozdania z działalności wszystkich organów WIL z mijającej kadencji, będziecie Państwo mogli skonfrontować swoje odczucia z opisanymi. Redakcja „Skalpela” ciekawa jest Waszych opinii i ocen. Bez wątpienia stanowić też będą one bezcenną wskazówkę dla podejmujących ciągle jeszcze społeczny wysiłek kierowania naszym samorządem przez kolejne cztery lata. Że nie jest łatwo w otaczającej nas rzeczywistości godzić aktywność społeczną z działalnością zawodową i życiem prywatnym nie muszę

nikogo, kto tego doświadczył, przekonywać. Biorąc to na pod uwagę warto zachować umiar w krytycznych ocenach, o które zawsze jest najłatwiej.

Tymczasem dobiegają końca wakacje i większość z nas ma już za sobą zasłużony, letni wypoczynek. Korzystaliśmy z niego każdy na swój sposób, mniej lub bardziej aktywnie, podróżując bliżej lub dalej, odbudowując przy tym niezrządkiem rodzinne relacje, którym nie przysłużył się skradziony na dodatkową pracę czas. Ze świeżą, pozytywną energią, łatwiej będzie się teraz mierzyć z nowymi wyzwaniami. A tych niestety raczej nie zabraknie, o co starają się wytrwale zwłaszcza resorty zdrowia i finansów. Nim jednak zatrą się w pamięci wakacyjne wspomnienia,

napiszcie do nas, pokażcie fotografie miejsc, które warto lub trzeba zobaczyć. W tym numerze, niejako na zachętę, zamieszczone zostały moje reminiscencje z wędkarskiej wyprawy do Szwecji. Zainteresowanym życzę miłej lektury.

W naszym cyklu – z kart historii – tym razem, spisane z wielką starannością przez płk. dr. n. med. Jerzego Malewicz, dzieje Kliniki Dermatologii Wojskowego Instytutu Medycznego w Warszawie. Ocalenie od zapomnienia ludzi i ich dorobku jest wartością bezcenną i nie podlegającą dyskusji. Na stronach „Skalpela” jest wiele miejsca, gdzie znaleźć się mogą podobne treści. Czekamy na nie.

Redaktor naczelny
Zbigniew UŁANOWSKI

XXXI Sprawozdawczo-Wyborczy Zjazd Lekarzy Wojskowej Izby Lekarskiej 25-26 października 2013 r.

Z głębokim żalem przyjęliśmy wiadomość o śmierci

lek. Zbigniewa MUSZYŃSKIEGO

Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej w Łodzi
Zasłużonego społecznika pełniącego tę funkcję przez 3 kadencje

Jego działalność na rzecz wartości etycznych środowiska lekarskiego pozostanie
na zawsze w pamięci nie tylko OIL w Łodzi

**Okręgowej Izbie Lekarskiej w Łodzi i bliskim zmarłego
składamy wyrazy głębokiego współczucia**

Rada Lekarska

oraz

Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej
Wojskowej Izby Lekarskiej

Posiedzenie Rady Lekarskiej WIL

z dnia 21 czerwca 2013 r.

Wposiedzeniu Rady Lekarskiej uczestniczyło 15 jej członków oraz Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej WIL prof. dr hab. n. med. Krzysztof Chomiczewski, dyrektor Biura WIL Zbigniew Ulanowski i radca prawny WIL mec. Andrzej Niewiadomski, a także Szef Inspektoratu Wojskowej Służby Zdrowia płk lek. Piotr Dzięgielewski (zastępca Przewodniczącego Sądu Lekarskiego WIL). Przewodniczył posiedzeniu prezes RL WIL dr n. med. Piotr Rapijko. Zaproponowany porządek posiedzenia przyjęto jednogłośnie, po czym prezes RL WIL poinformował zebranych o swojej ostatniej działalności, w tym o uczestnictwie w VIII Światowym Kongresie Polonii Medycznej w Krakowie w dniach 23-26.05 br. i obchodach Dnia Weterana we Wrocławiu. Omawiając krakowskie spotkanie prezes zwrócił uwagę na dezaprobatę z jaką spotkała się na Kongresie nieobecność ministra zdrowia Bartosza Arłukowicza i jego brak odpowiedzi na wystosowane zaproszenie. Ponadto poinformował Radę Lekarską WIL o zaistniałym napięciu w relacjach pomiędzy Naczelnym Rzecznikiem Odpowiedzialności Zawodowej a Przewodniczącym Sądu Lekarskiego WIL i wynikającą stąd wątpliwość co do możliwości ingerowania NROZ w funkcjonowanie Sądu Lekarskiego WIL. W świetle przedstawionych okoliczności Rada Lekarska postanowiła wspierać Przewodniczącego Sądu Lekarskiego WIL, w tym także udzielać pomocy finansowej w celu ewentualnego zapewnienia pomocy prawnej. Szef IWSZ poinformował o zakończeniu prac przez zespół gen. Wójtana nad zmianami struktury organizacyjnej wojskowej służby zdrowia, które wejść mają w życie od 1 stycznia 2014 r.

W dalszej części posiedzenia przewodniczący Komisji Wyborczej WIL kol. Andrzej Gałęcki poinformował

Radę o skutecznym przeprowadzeniu wyborów delegatów na Zjazd VII kadencji. Wybrano 98 delegatów spośród których znalazło się 51 będących delegatami w VI kadencji. Na delegatów wybranych zostało też 20. Dodał też, że WIL była drugą izbą która zakończyła wybory delegatów. W związku z koniecznością podjęcia określonych działań organizacyjnych Rada Lekarska podjęła uchwały:

- **nr 4305/13/VI** – w sprawie zwołania XXXI Zjazdu Sprawozdawczo-Wyborczego Lekarzy Wojskowej Izby Lekarskiej
- **nr 4306/13/VI** – w sprawie powołania Komisji Programowej XXXI Sprawozdawczo-Wyborczego Zjazdu Lekarzy Wojskowej Izby Lekarskiej

Rada podjęła też uchwałę w sprawie ustalenia terminów posiedzeń RL i PrezRL w okresie VII-X 2013 r.

Na wniosek przewodniczącego Komisji ds. rejestru, wydawania PWZ i praktyk lekarskich Rada Lekarska podjęła uchwały:

- **nr 4210/13/VI** w sprawie przyjęcia w poczet członków WIL lek. Sylwii Zub;
- **nr 4209/13/VI** w sprawie wydania duplikatu PWZ lek. Krzysztofowi Kordeczce;
- **nr 4208/13/VI** w sprawie stwierdzenia odbycia przez lek. Renatę Duda przeszkolenia umożliwiającego powrót do wykonywania zawodu lekarza, oraz podjęła decyzję o wydaniu zaświadczenia o posiadaniu przez lekarza Krzysztofa Cibora uprawnień do udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie POZ.

Ponadto rada podjęła ogółem 95 uchwał w sprawach dokonania wpisów do rejestru praktyk, skreśleń i zmiany adresów praktyk lekarskich.

Przychylając się do wniosku przewodniczącego Komisji Stomatologicznej WIL rada podjęła uchwałę o wyasygnowaniu środków na dofinansowanie sesji wykładowej WIL w ramach 4 Łódzkich Spotkań Stomatologicznych.

Wnioski o zaopiniowanie kandydatów na stanowiska kierownicze w wojskowej służbie zdrowia zreferował kol. J. Sapieżko, a Rada udzieliła jednogłośnie swojego poparcia nw. lekarzom:

- **mjr. lek. Markowi CHOJNOWSKIEMU** – na stanowisko Ordynatora Oddziału Neurologicznego w 108 Szpitalu Wojskowym w Ełku
- **mjr. lek. Piotrowi OSTAŃSKIEMU** – na stanowisko Ordynatora Oddziału Neurologicznego w 1 Wojskowym Szpitalu Klinicznym w Lublinie

Rada Lekarska WIL jednogłośnie, pozytywnie zaopiniowała i rekomendowała kandydaturę **dr. hab. n. med. Piotra Siermontowskiego** – adiunkta Zakładu Medycyny Morskiej i Hiperbarycznej WIM na funkcję konsultanta krajowego w dziedzinie medycyny morskiej i tropikalnej.

Sekretarz RL WIL kol. Konrad Maćkowiak omówił wnioski o wytypowanie przedstawicieli WIL do komisji konkursowych, a Rada wyznaczyła do nich:

1. **prof. dr. hab. n. med. Jana Błaszczyka** – do komisji konkursowej na stanowisko ordynatora Szpitalnego Oddziału Ratunkowego w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Łodzi;
2. **lek. Andrzeja Gałęckiego** – do komisji konkursowej na stanowiska pielęgniarki oddziałowej Oddziału Okulistyki i Oddziału Chorób Wewnętrznych oraz Oddziału Gastroenterologicznego w 7 Szpitalu Marynarki Wojennej w Gdańsku-Oliwie.

W końcowej części posiedzenia, Rada rozpatrzyła wnioski i podjęła uchwały w sprawach:

- dofinansowania udziału kol. Marcina Wrońskiego w 43 Mi-strzostwach Świata Lekarzy w Tenisie (17-23.08.2013 – Ło-twa).– **uchwała nr 4309/13/VI**;

- w sprawie wyróżnienia nagrodą pieniężną osób funkcyjnych i pracowników Biura WIL, którzy swoim zaangażowaniem i wkładem pracy przyczynili się do sprawnego przeprowadzenia akcji wyborczej – **uchwała nr 43089/13/VI**.

Rozpatrzono też wnioski o wyróż-nienie zgłoszonych osób Odznaką Honorową WIL za zasługi dla Woj-skowej Izby Lekarskiej i podjęto de-cyzje o przyznaniu ww. Odznaki. Po wyczerpaniu porządku obrad prezes P. Rapijko zamknął posiedzenie.

Z. U.

Posiedzenie Rady Lekarskiej WIL

z dnia 19 lipca 2013 r.

Przy obecności 5 członków i z udziałem dyrektora Biura WIL odbyło się 19 lipca br. posiedzenie Prezydium Rady Lekarskiej WIL. Przewodniczył posiedzeniu wice-prezes RL WIL kol. Jacek Woszczyk. Przedmiotem posiedzenia Prezy-dium było omówienie i załatwienie spraw bieżących izby. Porządek posiedzenia przyjęto jednogłośnie i bez uwag. Prezydium na wniosek Komisji ds. rejestru, wydawania PWZ i praktyk lekarskich podjęło ogółem 32 uchwały w sprawach dotyczących dokonania wpisów do rejestru praktyk lekarskich, skreśleń i zmiany adresów praktyk. Sekretarz RL WIL kol. Konrad Maćkowiak przedstawił wniosek w sprawie zaopiniowania ppłk. lek. Leszka Jana Lewczyka – kandydata na stanowisko kierownika kliniki w 4 Wojskowym Szpitalu Klinicznym we Wrocławiu i wymagane opinie, a Prezydium udzieliło mu jednogłośnie poparcia. Następnie kol. Stefan Antosiewicz odniósł się do wniosków o przyznanie punktów edukacyjnych, a Prezydium wobec braku do nich zastrzeżeń przyjęło do akceptującej wiadomości przyznanie proponowa-nej liczby punktów edukacyjnych za uczestnictwo w :

- 1) IX Sympozjum AMD organizo-wanym przez Klinikę Okulistyki Wojskowego Instytutu Medycz-nego w Warszawie , w dniu 26.10.2013 r. - 6. punktów
- 2) S y m p o z j u m N a u k o w o -Szkoleniowym nt. „Aktualności w chorobach wewnętrznych

i onkologii”, organizowanym przez 108 Szpital Wojskowy w Elku wraz z Kliniką Chorób wewnętrznych, Neurologii i Dia-lizoterapii WIM w Warszawie – 6 punktów edukacyjnych.

- 3) szkoleniu nt. „Porównanie syste-mów implantologicznych. Cha-rakterystyka różnych systemów, ich wady i zalety”, organizowa-nego przez Fundację „Be Active” w dniu 2 sierpnia 2013 r. - 13 punktów edukacyjnych.

W dalszej części posiedzenia Prezydium postanowiło o delego-waniu lek. Sławomira Sapieżko do komisji konkursowych na stano-wiska pielęgniarek oddziałowych w 108 Szpitalu Wojskowym w Elku oraz lek. Stanisława Wróblewskie-go do komisji konkursowej na stano-wisko pielęgniarki oddziałowej oddziału Chirurgii Urazowo-Ortope-dycznej w 105 Szpitalu Wojskowym w Żarach i zdecydowało o odstąpieniu WIL od uczestnictwa w konkur-

sach na stanowiska pielęgniarek oddziałowych w ZOZ Olesno.

W części dotyczącej spraw finansowych Prezydium podjęło uchwały:

- **nr 4343/13/VI** w sprawie obniże-nia obowiązującej składki do 10 zł lek. Waldemarowi Przerwa;
- **nr 4344/13/VI** w sprawie obni-żenia obowiązującej składki do 10 zł lek. Danucie Sarnowski;
- **nr 4345/13/VI** w sprawie przy-znania lekarzowi Krzysztofowi Kaweckiemu refundacji kosztów uczestnictwa w 34 Edycji Ogól-noświatowych Igrzysk Spor-towych Pracowników Służby Zdrowia w Chorwacji.

Ponadto, Prezydium postanowi-ło przyznać 2 lekarzom zapomogi losowe i 1 zapomogę w związku ze śmiercią lekarza-członka WIL.

Z. U.

Ośrodek Doskonalenia Zawodowego Lekarzy i Lekarzy Dentystów
Naczelnej Izby Lekarskiej
oraz Komisja Stomatologiczna
zaprasza lekarzy dentystów z całego kraju na:

**Kurs dla osób ubiegających się o nadanie uprawnień
inspektora ochrony radiologicznej typu „S”
w dn. 12-13.10.2013 r.**

Kurs kończy się egzaminem. Egzamin płatny zgodnie ze stawką określoną w obowiązującym Rozporządzeniu MZ.

Kurs jest akredytowany (przyznawane są punkty edukacyjne) oraz bezpłatny dla lekarzy dentystów.

Miejsce odbywania kursów:

Naczelna Izba Lekarska, Warszawa, ul. Sobieskiego 110.

Szczegółowe informacje i zapisy na stronie: www.odz.nil.org.pl

Przechowywanie dokumentacji medycznej – problemy w realizacji obowiązku

Zadnemu z lekarzy i lekarzy dentystów nie trzeba przypominać o jednej z podstawowych powinności wpisanych w zasady wykonywania zawodu lekarza, a wyrażonej w art. 41 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty tj. obowiązku prowadzenia dokumentacji medycznej pacjenta.

Problem jednak w tym, że z uwagi na „newralgiczne” dane jakie zawiera ww. dokumentacja (dane osobowe pacjenta, informacje na temat jego stanu zdrowia, rozpoznaniu, przebiegu leczenia, etc.) ustawodawca określił także konkretne warunki przechowywania dokumentacji medycznej, które w zderzeniu z rzeczywistością nastroczają nieczęsto szereg problemów i wątpliwości.

• **Podmiot obowiązany do przechowywania dokumentacji medycznej:**

Nie ulega wątpliwości, iż obowiązek przechowywania dokumentacji medycznej i zapewnienia ochrony danych zawartych w tej dokumentacji spoczywa na podmiocie, który udziela świadczeń opieki zdrowotnej czyli innymi słowy adresatem ww. obowiązku jest podmiot leczniczy (dawniej nazywany zakładem opieki zdrowotnej) oraz lekarz prowadzący praktykę zawodową (indywidualną lub grupową). Natomiast lekarz wykonujący zawód w ramach zatrudnienia w podmiocie leczniczym czy to na podstawie stosunku pracy czy to na podstawie umowy cywilnoprawnej nie będzie miał takiego obowiązku. Wytworzoną bowiem przez lekarza dokumentację medyczną obowiązany będzie przechowywać zatrudniający go pracodawca czy zleceniodawca.

Istotnym jest, iż od dnia 30 czerwca 2012 r. ustawodawca do katalogu podmiotów obowiązanych

do przechowywania dokumentacji medycznej pacjentów zaliczył także podmioty, które co prawda nie wykonują działalności leczniczej, ale przechowują i udostępniają dokumentację medyczną po zaprzestaniu udzielania świadczeń zdrowotnych przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych. Innymi słowy umożliwiono powierzanie (zlecenie) innym częstokroć profesjonalnym podmiotom wykonania ww. obowiązku przechowywania dokumentacji medycznej, w sytuacji gdy nastąpi likwidacja podmiotu leczniczego lub lekarz zakończy prowadzenie praktyki zawodowej (art. 30a ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta).

• **Okresy przechowywania dokumentacji medycznej:**

Obecnie obowiązujące przepisy, a mianowicie ustawa z dnia 06 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta stanowi, iż podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych przechowuje dokumentację medyczną przez okres 20 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym dokonano ostatniego wpisu (art. 29 ww. ustawy). Oczywiście od powyżej wyrażonej zasady ustawodawca przewidział cztery wyjątki tj.:

- **30 lat** przechowuje się dokumentację medyczną w przypadku zgonu pacjenta na skutek uszkodzenia ciała lub zatrucia, przy czym 30 lat liczy się od końca roku kalendarzowego, w którym nastąpił zgon;
Wydaje się, iż ww. zapis skierowany jest głównie do podmiotów leczniczych prowadzących działalność w rodzaju lecznictwo szpitalne, w którym to leczeniu występuje ryzyko zgonu pacjenta;
- **10 lat** przechowuje się zdjęcia rentgenowskie, jeśli przechowywane są poza dokumentacją

wywane są poza dokumentacją medyczną pacjenta, przy czym okres 10 lat liczy się od końca roku kalendarzowego, w którym wykonano zdjęcie;

W mojej ocenie zapis ten skierowany jest głównie do lekarzy, którzy w ramach swojej działalności leczniczej wykonują zdjęcia RTG pacjentom na podstawie umowy zawartej z Narodowym Funduszem Zdrowia, albowiem w przypadku zdjęć RTG wykonywanych pacjentowi odpłatnie, lekarz ma obowiązek wydać to zdjęcie pacjentowi (pacjent przecież za nie zapłacił). Natomiast w przypadku zdjęć RTG wykonywanych w ramach umowy zawartej przez lekarza z NFZ, lekarz pozostawia zdjęcie w dokumentacji.

Należy także pamiętać, iż zapis obligujący do przechowywania zdjęć RTG przez okres 10 lat, dotyczy tylko tych zdjęć RTG, które są przechowywane poza dokumentacją medyczną pacjenta. Oznacza to, iż jeśli lekarz przechowuje zdjęcia RTG w dokumentacji pacjenta, zastosowanie znajdzie dłuższy, bo 20 letni okres przechowywania dokumentacji medycznej, co biorąc pod uwagę jakość takich zdjęć po tak długim okresie czasu, stawia pod znakiem zapytania sens utrzymania 20 letniego okresu ich przechowywania.

- **5 lat** przechowuje się skierowania na badania lub zlecenia lekarza, przy czym ten okres liczy się od końca roku kalendarzowego, w którym udzielono świadczenia będącego przedmiotem skierowania lub zlecenia;
Oczywiście ww. przepis adresowany jest głównie do podmiotów, które realizują skierowania na badania i zlecenia lekarskie czyli np. laboratorium.
- **22 lata** przechowuje się dokumentację medyczną dotyczącą

dzieci, które nie ukończyły drugiego roku życia.

• **Miejsce przechowywania dokumentacji medycznej:**

Przepisy powszechnie obowiązującego prawa nie określają szczegółowych warunków, jakie muszą spełniać pomieszczenia, w których przechowywana jest dokumentacja medyczna, stanowią jedynie enigmatycznie, iż podmiot udzielający świadczeń opieki zdrowotnej winien zapewnić odpowiednie warunki zabezpieczające dokumentację medyczną przed zniszczeniem, uszkodzeniem lub utratą i dostępem osób nieupoważnionych, a także umożliwiające jej wykorzystanie bez zbędnej zwłoki (§ 73 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21.12.2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania).

Miejsce przechowywania dokumentacji bez wątplenia określa podmiot, czyli upraszczając właściciel podmiotu leczniczego (zakładu opieki zdrowotnej) bądź lekarz prowadzący praktykę zawodową. Co istotne zarówno podmioty lecznicze, jak i lekarze prowadzący praktykę zawodową mają obecnie obowiązek wskazać do rejestru podmiotów leczniczych oraz odpowiednio do rejestru praktyk zawodowych nie tylko dane dotyczące miejsca przechowywania dokumentacji medycznej, w okresie prowadzenia działalności leczniczej, ale także zobowiązani są wskazać miejsce jej przechowywania w przypadku likwidacji podmiotu leczniczego lub zakończenia praktyki zawodowej przez lekarza.

Wymóg ten został wprowadzony od dnia 30 czerwca 2012 r. znowelizowanymi przepisami ustawy z dnia 15 kwietnia 2008 r. o działalności leczniczej, a które to zapisy miały na celu uregulowanie kwestii przechowywania dokumentacji medycznej, w sytuacji gdy podmiot leczniczy zaprzestaje wykonywania

działalności leczniczej, bądź lekarz „zamyka praktykę zawodową”.

Co zatem może wydarzyć się z dokumentacją medyczną po zakończeniu działalności leczniczej przez lekarza prowadzącego praktykę zawodową:

- lekarz przechowuje ją aż do upływu ustawowych terminów bądź dokumentację tą przechowują spadkobiercy lekarza w sytuacji śmierci lekarza;
- lekarz powierza jej przechowanie innemu podmiotowi, który przejmuje obowiązki lekarza obowiązujące w tym zakresie; w tym zapisie chodzi prawdopodobnie ustawodawcy o podmioty profesjonalnie świadczące usługi archiwizacji dokumentacji;
- lekarz wydaje dokumentację medyczną na wniosek uprawnionych podmiotów, za pokwitowaniem;
- w przypadku niewskazania przez lekarza miejsca przechowywania dokumentacji medycznej, jeśli wykreślenie z rejestru praktyk zawodowych następuje „z urzędu”, miejsce to wskaże organ prowadzący rejestr czyli właściwa okręgowa rada lekarska;

Natomiast z jakimi przypadkami przechowywania dokumentacji możemy mieć do czynienia w sytuacji, gdy lekarz prowadzi podmiot leczniczy (zakład opieki zdrowotnej):

- dokumentacja medyczna jest przekazywana do archiwum wskazanego przez lekarza, który utworzył zakład, jeżeli likwidacja nastąpiła na jego wniosek czyli w praktyce będzie to najczęściej miejsce zamieszkania lekarza, ale obecnie przepisy umożliwiają także powierzenie archiwizacji dokumentacji profesjonalnym podmiotom świadczącym usługi archiwizacji;
- dokumentacja medyczna jest przekazywana do archiwum wskazanego przez organ prowadzący rejestr podmiotów

leczniczych czyli przez właściwego wojewodę, jeżeli wykreślenie zakładu z rejestru nastąpiło z urzędu;

- lekarz właściciel podmiotu leczniczego może przekazać dokumentację medyczną pacjentów innemu podmiotowi leczniczemu, który przejął zadania zakładu czyli innymi słowy zapewnił ciągłość udzielania świadczeń zdrowotnych pacjentom.

Jak przedstawiono zatem powyżej, możemy mieć do czynienia z różnymi „trybami” postępowania z dokumentacją medyczną po zakończeniu działalności leczniczej przez lekarza, a każdy z nich może powodować problemy i narażać na wątpliwości w stosowaniu.

Z chwilą wprowadzenia chociażby nowych regulacji prawnych obligujących podmioty lecznicze i lekarzy prowadzących praktyki zawodowe do wskazywania w rejestrach również miejsca przechowywania dokumentacji medycznej po zakończeniu działalności tj. od dnia 30 czerwca 2012 r., odpowiadając na zapotrzebowanie rynku pojawiły się firmy, oferujące odpłatne usługi archiwizacji ww. dokumentacji, co z jednej strony może ułatwić lekarzowi wypełnienie obowiązku w zakresie przechowywania dokumentacji medycznej, niemniej bez wątpienia powodować będzie powstanie dodatkowych kosztów finansowych dla lekarza.

Ponadto w praktyce może okazać się, iż wyżej wskazane regulacje prawne mimo, iż mają na celu zabezpieczenie danych zawartych w dokumentacji medycznej po zakończeniu działalności leczniczej, mogą nie spełnić przypisanej im roli. Z taką sytuacją możemy mieć do czynienia w przypadku, gdy lekarz wskaże np. w rejestrze praktyk zawodowych jako miejsce przechowywania dokumentacji medycznej po zakończeniu praktyki swój adres zamieszkania, a praktyka zawodowa lekarza zostanie wykre-

ślona z rejestru na skutek śmierci lekarza. Wydaje się wówczas, iż obowiązek przechowywania dokumentacji medycznej „przejdzie” na spadkobierców lekarza, którzy „odziedziczyli” po nim nieruchomości wskazaną przez lekarza do rejestru praktyk jako miejsce przechowywania dokumentacji medycznej po zakończeniu działalności.

Powstaje zatem istotny problem, na którego rozwiązanie nie znajdziemy odpowiedzi w przepisach powszechnie obowiązującego prawa, a mianowicie co osoby spadkobierców lekarza (często nie będące lekarzami, a więc nie związane tajemnicą zawodową) mają dalej „robić” z ww. dokumentacją medyczną? Bez wątplenia przecież adresatem normy obligującej do przechowywania dokumentacji jest - podmiot leczniczy lub lekarz prowadzący praktykę zawodową, a spadkobiercy zmarłego lekarza nie spełniają tego warunku. Sam fakt wskazania przez zmarłego lekarza w rejestrze praktyk czy w rejestrze podmiotów leczniczych jako miejsca przechowywania dokumentacji medycznej po zakończeniu działalności leczniczej nieruchomości (pomieszczeń), które następnie po śmierci ww. lekarza stały się przedmiotem spadku, trudno uznać w świetle przepisów prawa spadkowego za tzw. rozporządzenie na wypadek śmierci.

Ponadto pojawia się kolejna wątpliwość: czy spadkobiercy mają dalej przechowywać dokumentację medyczną pacjentów tj. aż do upływu ustawowych terminów jej przechowywania, biorąc również pod uwagę długie okresy jej przechowywania, które stanowić będą istotną i często uciążliwą dolegliwość dla spadkobierców? a jeśli tak to czy nie narażają się na zarzut, że nie wykonując zawodu lekarza (nie będąc związani tajemnicą zawodową) nie mają prawa przetwarzać ww. dokumentacji (np. nie mają prawa wglądu, ale także archiwizacji)?

Podkreślić należy, iż przepisy rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania, przewidują także możliwość przekazania dokumentacji medycznej po zakończeniu działalności leczniczej prowadzonej przez lekarza czy podmiot leczniczy innemu podmiotowi, który przejmie zadania podmiotu wykreślonego z rejestru. W praktyce jednak z tego rodzaju przypadkami spotkamy się sporadycznie, trudno bowiem będzie ustalić czy nowy podmiot przejął zadania likwidowanego podmiotu czy jedynie kilku pacjentów.

W mojej ocenie, obecnie obowiązujące regulacje prawne w zakresie przechowywania dokumentacji medycznej po zakończeniu działalności leczniczej wymagają doprecyzowania i pilnej nowelizacji, przystającej do realiów wykonania ww. obowiązku. Samo wskazanie przez lekarza w rejestrze podmiotów leczniczych czy w rejestrze praktyk zawodowych miejsca przechowywanej dokumentacji po zakończeniu działalności, trudno uznać za przepis wystarczająco zabezpieczający ww. dokumentację przed zniszczeniem czy dostępem osób nieupoważnionych. Żaden z obecnie obowiązujących przepisów nie wskazuje chociażby wprost, iż spadkobiercy zmarłego lekarza są adresatem normy obligującej ich do przechowywania dokumentacji medycznej po śmierci lekarza tj. aż do upływu terminów ustawowych. Bez wątplenia adresatem tej normy prawnej jest podmiot udzielający świadczeń opieki zdrowotnej – czyli podmiot który ją sporządził (wytworzył). Spadkobierca nie jest tym podmiotem. Co prawda lekarz mógłby innej osobie czy firmie zlecić przechowywanie ww. dokumentacji po zakończeniu przez niego działalności leczniczej, niemniej wówczas w rejestrze podmiotów leczniczych czy w rejestrze praktyk zawodowych,

należałoby wskazać nie miejsce przechowywania dokumentacji, ale dane konkretnej osoby czy firmy, której powierzono wykonanie ww. obowiązku. Tymczasem obecnie przepisy ustawy o działalności leczniczej obligują jedynie lekarza do wskazania w ww. rejestrach wyłącznie miejsca przechowywania dokumentacji, co poddaje w wątpliwość należyte zabezpieczenie danych zawartych w dokumentacji medycznej tj. w sposób chroniący je przed zniszczeniem, uszkodzeniem lub utratą i dostępem osób nieupoważnionych.

Oczywiście możemy mieć także do czynienia z sytuacją, gdy w rejestrze praktyk lub rejestrze podmiotów leczniczych, mimo obowiązku wskazania przez lekarza miejsca przechowywania dokumentacji medycznej po zakończeniu działalności, brak będzie adnotacji, gdzie należy ją przechowywać np. lekarz zmarł i nie zdążył wskazać ww. miejsca, wówczas zgodnie z przepisami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r., w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (§ 76 ust. 2) miejsce to zobowiązany będzie wskazać organ prowadzący rejestr czyli odpowiednio wojewoda lub okręgowa rada lekarska. W praktyce ów zapis również może nastroczać wiele problemów w stosowaniu. Ustawodawca nie dookreślił bowiem w jaki sposób organ prowadzący rejestr ma ów obowiązek realizować tj. jakimi kryteriami ma się kierować organ rejestrowy przy wskazywaniu ww. miejsca, w jaki sposób i kto ma pokryć koszty jej przechowywania czy wreszcie komu organ rejestrowy ma powierzyć przechowanie ww. dokumentacji, a także co istotne czy takie wskazanie organu rejestrowego będzie wiążące dla właściciela miejsca, które organ wyznaczy jako miejsce przechowywania dokumentacji.

Trudno nie odnieść wrażenia, że brak w przepisach wyżej wska-

zanych warunków jakimi powinien się kierować organ rejestrowy przy określaniu miejsca przechowywania dokumentacji medycznej po zakończeniu działalności przez lekarza „z urzędu” można uznać za celowe działanie ustawodawcy. Brak regulacji prawnych w tym zakresie niejako wymuszał będzie na organach rejestrowych, aby jako jedyne (bo realne) miejsce przechowywania dokumentacji po np. zmarłym lekarzu, wskazywał pomieszczenia, którymi włada organ rejestrowy. Wówczas to na organie rejestrowym spoczywałby obowiązek przechowywania dokumentacji medycznej do czasu upływu terminów ustawowych, a tym samym ponoszenia kosztów z tym związanych, udostępniania tej dokumentacji etc. Takie rozwiązania prawne obecnie należy ocenić jako nierealne. Zarówno bowiem okręgowe izby lekarskie, jak i wojewodowie nie dysponują ani zapleczem lokalowym, ani przeszkolonym personelem, a tym

bardziej nie posiadają wystarczających środków finansowych na realizację ww. obowiązku.

W świetle powyższej przedstawionych wątpliwości powstających na tle obowiązku przechowywania dokumentacji medycznej po zakończeniu działalności leczniczej, w mojej ocenie obecnie obowiązujące przepisy powszechnie obowiązującego prawa wymagają pilnej nowelizacji, tak by dostosować przepisy do realiów życia codziennego oraz wypracować mechanizmy zabezpieczające dokumentację medyczną, pamiętając, iż zawiera „newralgiczne” dane pacjentów.

Obecnie obowiązujące przepisy prawa dotyczące m.in. przechowywania dokumentacji medycznej:

- Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r., o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. 2009, nr 52, poz. 417);
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r.,

w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. 2010, nr 252, poz. 1697 ze zmianami);

- ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2008 r. Nr 136, poz. 857 ze zmianami);
- ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2011 r. Nr 112, poz. 654 ze zmianami);
- ustawa z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2011 r. Nr 113, poz. 657).

Eliza NAHAJOWSKA

Przedruk z Biuletynu Szczecińskiej OIL, „Vox Medici” nr 4 (204)/2013, ss. 10-12.

Bardzo dziękujemy Autorce artykułu oraz redakcji „Vox Medici” za wyrażenie zgody na powyższy przedruk.

(red.)

Klinika Dermatologiczna Wojskowego Instytutu Medycznego w Warszawie

15 kwietnia 1945 roku, w miejscu przedwojennego Szpitala Wojskowego im. Marszałka Józefa Piłsudskiego, przy ulicy Nowowiejskiej w Warszawie utworzono 1 Szpital Okręgowy. Komendantem szpitala został płk dr n. med. *Stefan Tarnowski*. W ramach tego szpitala powstał Oddział Dermatologiczny, którego pierwszym ordynatorem został ppłk dr *A. Wężyk*, a pielęgniarką oddziałową ppor. *A. Makarewicz*, pielęgniarka opiekująca się Marszałkiem Polski, *Józefem Piłsudskim* przed jego śmiercią.

W lipcu 1964 roku, jeszcze nieoficjalnie, uruchomiono 2 Centralny Szpital Kliniczny WAM w Warszawie

przy ulicy Szaserów, a jako pierwszy w nim rozpoczął pracę Kliniczny Oddział Skórno-Weneryczny. Personel stanowili pracownicy Oddziału Dermatologicznego i Przychodni Dermatologicznej rozwiązanej Szpitala Okręgowego przy ulicy Nowowiejskiej, stamtąd też przeniesiono pierwszych chorych. Oddział liczył 70 łóżek, należały do niego także dwa gabinety dermatologiczne w Poliklinikach: przy szpitalu na ulicy Szaserów i w filii szpitala przy ulicy Koszykowej. Ordynatorem nowo otwartego Oddziału Dermatologicznego został płk dr med. *Kazimierz Płoński*, będący jednocześnie Naczelnym Dermatologiem WP. Ad-

iunktami byli: ppłk lek. *Marian Zajfen* i mjr doc. dr hab. med. *Jan Łańcucki*, a pielęgniarką oddziałową *Anna Maj*. Otwarcia Klinicznego Oddziału Dermatologicznego dokonał gen. bryg. *Mikołaj Matwiejewicz* – zastępca Głównego Kwatermistrza WP, płk doc. dr. med. *Czesław Półtorak* – komendant 2 CSK WAM, ppłk dr. med. *Kazimierz Płoński* – ordynator Oddziału Dermatologicznego, *Stanisław Nieśmiałek* – przedstawiciela KC PZPR (fot. 1). Uroczyste otwarcie Oddziału Dermatologicznego, w którym brali udział przedstawiciele ówczesnych naczelników władz politycznych i wojskowych, nastąpiło w dniu 13.07.1964 r. Dopiero w trzy

Historia Kliniki Dermatologicznej WIM w Warszawie

miesiące później, tj. 12.10.1964 r. minister Obrony Narodowej, Marszałek Polski *Marian Spychalski*, oficjalnie otworzył 2 Centralny Szpital Kliniczny WAM.

W październiku 1965 r., po przejściu w stan spoczynku płk dr med. *K. Płońskiego*, kierownikiem Klinicznego Oddziału Dermatologicznego i Naczelnym Dermatologiem WP został ppłk. doc. dr hab. med. *Jan Łańcucki*, który w maju tego roku uzyskał stopień doktora habilitowanego nauk medycznych w WAM w Łodzi nadany przez Marszałka Polski, Ministra Obrony Narodowej, *Mariana Spychalskiego* (fot. 2).

W 1966 r. po raz pierwszy w wojskowej służbie zdrowia otworzono Poradnię Chorób Alergicznych prowadzoną przez lek. *Jolantę Samos*.

W 1967 r. oddział przemianowano na Klinikę Dermatologiczną. W tym czasie działały przychodnie Kliniki Dermatologii CSK WAM przy ul. Koszykowej i ul. Żeromskiego. Przychodnią przy ul. Koszykowej kierował płk dr med. *Tadeusz Dyrłacz*, współpracował on z lekarzem *Romanem Jakimcem*, a po ich odejściu kierownictwo objął płk dr med. *Roman Stępnia*k, współpracowała z nim dr med. *Barbara Policha*. Przychodnią przy ul. Żeromskiego kierował ppłk lek. *Andrzej Płoński*.



Stan osobowy Kliniki w 1968 roku przedstawiał się następująco: kierownik kliniki – ppłk doc. dr med. *Jan Łańcucki*; adiunkci: ppłk dr n. med. *Marian Borkowski*, płk dr n. med. *Roman Stępnia*k, płk dr n. med. *Marian Zajfen*, płk dr n. med. *Stanisław Zabielski*; starsi asystenci: ppłk lek. *Wacław Kowalik* i kpt. lek. *Czesław Wysocki*, asystenci: lek. *Zdzisław Burakowski*, *Hanna Grabowska*, *Jolanta Samos*, *Barbara Ejmont*, *Barbara Policha*, *Halina Klimek*, pielęgniarki: *Anna Maj* – pielęgniarka oddziałowa, *Maria Pisarczyk* – pielęgniarka gospodarcza, *Wanda Althamer*, *Maria Boguś*

Maria Borucka, *Wanda Brzostkowska*, *Elżbieta Paździecka*, *Krystyna Rosa*, *Zofia Dutkiewicz*, *Irena Firlong*, *Jolanta Meckier*, *Wiesława Romanowska*; referentka – *Halina Zwolińska*, laborantka – *Barbara Spirała*, kierownik Pracowni Analitycznej – mgr *Maria Nowik*.

1.06.1975 r. rozpoczęła pracę na etacie asystenta lek. *Zdzisława Kurowska-Madejska*. We wrześniu 1980 r. pracę w klinice rozpoczął *Zbigniew Samochocki*.

W lutym 1985 r. płk doc. dr hab. n. med. *Jan Łańcucki* otrzymał tytuł profesora nadzwyczajnego nadany przez Radę Państwa. Płk prof. dr hab. med. *Jan Łańcucki* kierował kliniką, będąc jednocześnie Naczelnym Dermatologiem WP, przewodniczącym Centralnej Komisji Wychowania Zdrowotnego w wojsku.

W lipcu 1984 r. przeniesiono Klinikę Dermatologiczną w miejsce IV Kliniki Internistycznej i nastąpiło zmniejszenie liczby łóżek z 70 do 50, a pod koniec roku 1988 następne przeniesienie do budynku przy ul. Garwolińskiej, w którym mieści się obecnie razem z Kliniką Chorób Alergicznych i Infekcyjnych.

W stan spoczynku i na zasłużoną emeryturę przeszli w latach 1964-1988 znamienici lekarze dermatolodzy wojskowi i cywilni, współtwórcy Kliniki Dermatologicznej.



Poświęcili oni swoje życie lekarza dermatologa choremu, kształceniu młodego pokolenia dermatologów, doskonaleniu pracy zawodowej:

- płk dr med. *Marian Zajfen*, 1968 r.
- płk dr med. *Tadeusz Dyrłacz*, 1974 r.
- płk lek. *Wacław Kowalik*, 1979 r.
- płk *Marian Borkowski*, 1984 r.
- lek. *Roman Jakimiec*, 1986 r.

Stan etatowy Kliniki Dermatologicznej CSK WAM na dzień 1.01.1988 r. przedstawiał się następująco:

- kierownik kliniki – płk prof. dr hab. med. *Jan Łańcucki*;
- adiunkt – płk dr med. *Stanisław Zabielski*;
- starsi asystenci: ppłk lek. *Czesław Wysocki*, dr med. *Zbigniew Samochocki*, dr med. *Zdzisława Kurowska-Madejska*;
- asystenci: lek. *Anna Mroczkowska*, lek. *Mirosława Nowakiewicz*, lek. *Wioletta Wyszogrodzka*
- pielęgniarki:
 - oddziałowa – *Maria Pisarczyk*,
 - zabiegowa – *Irena Olędzka*,
 - pielęgniarki: *Ewa Cieślík*, *Jadwiga Borucka*, *Danuta Zarębska*, *Zofia Kozłowska*, *Henryka Bednarczyk*, *Dorota Smarkala*, *Halina Gugala* (fot. 3);
- referent: *Hanna Bilińska*.

W dniu 16.02.1990 r. nastąpiło, w związku z przejściem w stan



spoczynku, pożegnanie kierownika kliniki, płk prof. *Jana Łańcuckiego* i przekazanie kierownictwa płk. dr med. *Stanisławowi Zabielskiemu*. W dwa lata później prof. *Stanisław Zabielski* został Naczelnym Dermatologiem WP. W tym czasie klinika liczyła 14 łóżek, lekarze pracujący w klinice zabezpieczali również działalność polikliniki przy ulicy Koszykowej, w systemie rotacyjnym co trzy miesiące. Wśród lekarzy zatrudnionych do 2010 r. byli: dr n. med. *Zdzisława Madejska*, dr hab. n. med. *Zbigniew Samochocki*, płk dr n. med. *Czesław Wysocki*, dr n. med. *Magdalena Bacz-Malinowska*, dr n. med. *Elwira Beata Paluchow-*

ska, dr n. med. *Iwona Czarnicka*, dr n. med. *Agnieszka Piątkowska*, ppłk dr n. med. *Marek Antyszko*, dr n. med. *Agnieszka Borowska*, dr n. med. *Paweł Rujna*, lek. *Jowita Dejewska*, pielęgniarki: oddziałowa – *Maria Pisarczyk*, *Irena Olędzka*, *Ewa Cieślík*; sekretarka – *Hanna Bilińska* (fot. 4).

Od stycznia 2010 r. kierownictwo kliniki objął ppłk dr n. med. *Witold Owczarek*. W 2011 r. uzyskał on stopień doktora habilitowanego nauk medycznych, otrzymał stanowisko profesora nadzwyczajnego, stopień pułkownika oraz został Konsultantem Wojskowej Służby Zdrowia w dziedzinie dermatologii i wenerologii, a od 2013 r. przewodniczy Zespołowi Koordynacyjnemu Do Spraw Leczenia Biologicznego Ciężkiej Łuszczycy Plackowatej, który został powołany przez Prezesa NFZ.

Obecny skład kliniki: (fot. 5)

- płk prof. nadzw. dr hab. n. med. *Witold Owczarek* – kierownik kliniki,
- płk dr n. med. *Jerzy Malewicz*,
- dr n. med. *Elwira Beata Paluchowska*,
- lek. *Agnieszka Terlikowska-Brzósko*,
- lek. *Katarzyna Łebkowska*,
- lek. *Nina Wiśniewska*,
- lek. *Anna Wydrzyńska*,
- lek. *Agnieszka Pszonak*;



Historia Kliniki Dermatologicznej WIM w Warszawie

rezydenci:

- lek. *Anna Kozera-Żywczyk*,
 - lek. *Agnieszka Nawrocka*,
 - lek. *Katarzyna Księżopolska*;
- lekarze w trakcie specjalizacji:
- lek. *Alicja Parysek*,
 - por. lek. *Aneta Kolasińska*,
 - por. lek. *Kamila Sawko*;
- pielęgniarka oddziałowa:
- mgr *Ewa Gielo*.

Do 2012 r. pracownikiem kliniki był także dr n. med. *Sebastian Majewski* (fot. 6), który zginął tragicznie w wypadku samolotowym 24.02.2012 r.

Zasadniczymi kierunkami działalności Kliniki Dermatologicznej były: właściwe zabezpieczenie lecznicze, szkolenie młodych kadr medycznych oraz działalność naukowo-badawcza. Opieką była objęta kadra wojskowa i ich rodziny, żołnierze służby zasadniczej, pracownicy cywilni wojska jak i osoby cywilne, które wg istniejących przepisów mogły zajmować do 10% łóżek stanu kliniki. Działalność szkoleniowa obejmowała 3-miesięczne kursy przygotowawcze dla osób przystępujących do egzaminów specjalizacyjnych prowadzonych dwa razy do roku. W ramach tych kursów specjalizujący się lekarze mieli możliwość zapoznania się z zagadnieniami dermatologii dziecięcej, chorób przenoszonych drogą płciową, chorób alergicznych i innych dermatoz. Brali udział w posiedzeniach nauko-

wych Kliniki Dermatologicznej AM w Warszawie gdzie mieli możliwość wysłuchania wystąpień przedstawicieli światowej sławy dermatologów oraz zapoznania się z ciekawymi przypadkami klinicznymi.

W tym okresie tj. do 1995 r. 78 lekarzy (wojskowych i cywilnych), zatrudnionych w placówkach wojskowej służby zdrowia uzyskało I stopień oraz 70 II stopień specjalizacji w dziedzinie dermatologii i wenerologii.

Od 1965 r. klinika organizowała coroczne, 4-5 dniowe szkolenia doskonalące dla dermatologów. Początkowo odbywały się one w Warszawie, potem prowadzone były przez szpitale wojskowe pod patronatem Naczelnego Dermatologa WP płk prof. *Jana Łańcuckiego*. W tym okresie w strukturze wojskowej służby zdrowia istniały stanowiska Głównych Specjalistów okręgów wojskowych i marynarki wojennej. W tym miejscu warto wspomnieć niektóre z tych szkoleń.

XIV Szkolenie Dermatologów WP odbyło się w dniach 5-9.06.1978 r. w Klinice Dermatologicznej CKP WAM. W szkoleniu udział wzięli: gen prof. *Oleg Szaposznikow*, członek Akademii Nauk ZSRR, kierownik Kliniki Dermatologicznej Wojskowej Akademii Medycznej w Leningradzie oraz płk dr med. *Jurij Aszmarin* – ordynator Kliniki Dermatologicznej Centralnego



Fot. 6

Szpitala Wojskowego w Moskwie. Goście radzieccy spotkali się z Szefem Służby Zdrowia WP, gen. bryg. doc. dr med. *Tadeuszem Obarą*, Komendantem CKP WAM płk prof. dr hab. med. *Sylwestrem Czaplickim* oraz prorektorem Wojskowej Akademii Medycznej w Łodzi płk. prof. dr. hab. med. *Władysławem Tkaczewskim*.

XV Szkolenie Dermatologów na bazie szpitala garnizonowego w Szczecinie odbyło się w dniach 23-28.09.1979 r. Organizatorem szkolenia był również 106 Szpital Wojskowy w Gliwicach.

W dniach 5-7.04.1984 r. w Poznaniu odbył się XXII Zjazd Polskiego Towarzystwa Dermatologicznego. Podczas zjazdu zostały zaprezentowane osiągnięcia Kliniki:



Fot. 5



Fot. 7



„Profilaktyka kiły i rzeżączki w wojsku”, autorzy *Jan Łańcucki, Marian Borkowski, Stanisław Zabielski, Jerzy Malewicz*. Zjazd był połączony z XX corocznym Szkoleniem Dermatologów Wojskowych.

XXII Szkolenie Dermatologów Wojskowych odbyło się w Bydgoszczy w 1987 r.

XXIV Szkolenie Dermatologów Wojskowych odbyło się w Warszawie w dniach 6.06-9.06.1988 r.

W 1989 r. coroczne XXV Szkolenie Dermatologów Wojskowych odbyło się we Wrocławiu na bazie szpitala wojskowego.

W 1994 r. organizatorem Szkolenia Dermatologów Wojskowych był płk dr med. *Adam Borzęcki* z 1 Wojskowego Szpitala Okręgowego w Lublinie (fot. 7).

W 1999 r. organizatorem Szkolenia Dermatologów Wojskowych był płk dr med. *Wiktor Soroko* ze szpitala wojskowego w Poznaniu. Szkolenie odbyło się w miejscowości Czarniejewo (fot. 8).

Personel kliniki uczestniczył w wielu uroczystościach państwowych, konkursach, podejmował wielu gości (fot. 9). Brał też udział w działaniach Polskich Sił Zbrojnych na Bliskim Wschodzie: w 1976 r. w Polskim Szpitalu – ppłk *Czesław Wysocki* i pielęgniarka *Anna Maj*; w 1977 r. – mjr dr med. *Stanisław Zabielski*, mjr lek. *Andrzej Płoński*, pielęgniarki *Maria Pisar-*

czyk i Ewa Cieślik; w 1978 r. – płk dr med. *Marian Borkowski* w Egipcie, w 1985 r. – ppłk dr med. *Stanisław Zabielski* na Bliskim Wschodzie, w 2005/2006 w PKW Irak – płk dr n. med. *Witold Owczarek* (fot. 10).

Współpraca wojskowej dermatologii z cywilną przejawiała się udziałem lekarzy kliniki oraz odbywających przedegzaminacyjne kursy lekarzy wojskowych i cywilnych z wojskowych szpitali i przychodni w posiedzeniach Warszawskiego Towarzystwa Dermatologicznego (fot. 11, 12).

W tym okresie prace naukowo-badawcze koncentrowały się na następującej tematyce: ocena immunologicznej i nieswoistej immunomodulacji w leczeniu trądziku młodzieńczego i ropnych chorób skóry u młodych mężczyzn, badania czynników zagrożenia chorób naczyń obwodowych tętniczych i żylnych i ich wpływ na efekty leczenia owrzodzeń podudzi, czynników diagnostycznych i prognostycznych atopowego zapalenia skóry, epidemiologii, diagnostyki, profilaktyki i nowych metod leczenia łuszczycy. Opublikowano wówczas 430 prac naukowych, w większości miały one znaczenie praktyczne a opracowane metody diagnostyczne i lecznicze wykorzystywano w codziennej pracy klinicznej.

Opublikowano w formie wydawnictw i broszur:

- „Ziołolecznictwo w dermatologii”, wyd. PZWL 1980 r., autor *Jan Łańcucki*;
- „Skóra, higiena i estetyka” wyd. MON 1980 r., autor *Barbara Ejmont*
- „Profilaktyka zapaleń skóry stóp u żołnierzy”, wyd. MON, autorzy *Jan Łańcucki, Czesław Wysocki, Jerzy Malewicz*



Fot. 9. Zespół kliniki (od lewej): dr n. med. *Elwira Paluchowska*, dr n. med. *Sebastian Majewski*, płk prof. *Witold Owczarek*, prof. *Stanisław Zabielski*, dr n. med. *Jerzy Malewicz*, prof. *Robert A. Schwartz* z USA, dr *Rogala*

Historia Kliniki Dermatologicznej WIM w Warszawie



Fot. 10

- „Wybrane problemy dermatologii w wojsku w okresie 40-lecia Polski Ludowej”, Przegląd Dermatologiczny 1984 r., autorzy: *Jan Łańcucki, Zdzisław Ruszczak*,
- „Najczęstsze choroby alergiczne i ich profilaktyka”, wyd. MON, 1986 r. autorzy: *Zdzisława Kurowska-Madejska, Zbigniew Samochocki, W. Paradowski, Zbigniew Wąsek*,
- „Higiena skóry stóp”, wyd. MON 1987 r., autorzy *Jerzy Malewicz, Czesław Wysocki, Stanisław Zabielski*,
- „Cel wychowania zdrowotnego w Siłach Zbrojnych PRL”, wyd. MON 1987 r., autor *Jan Łańcucki*,
- „Zadania wychowania zdrowotnego w wojsku”, wyd. MON 1987 r., autor *Jan Łańcucki*.
W Klinice powstało 15 prac doktorskich, między innymi:
 - 1966 r. „Miano antystreptoliz zero u żołnierzy chorych na łuszczycę” *Marian Zajfen*,
 - 1967 r. „Epidemiologia kiły w wojsku polskim w okresie 20-lecia” *Marian Borkowski*,
 - 1967 r. „Nierzeżączkowe zapalenie cewki moczowej ich powikłania u mężczyzn” *Roman Stępnia*k,
 - 1971 r. „Zapadalność na ropne choroby skóry w Wojsku Polskim w okresie dziesięciolecia 1959-1968” *Piotr Ratka*,
- 1975 r. „Zabezpieczenie medyczo-dermatologiczne we współczesnych działaniach wojennych” *Edmund Ogonowski*,
- 1975 r. „Samouszkodzenia skóry u żołnierzy służby zasadniczej leczonych w Klinice Dermatologicznej IKP WAM w latach 1970-1974” *Stanisław Zabielski*,
- 1976 r. „Ocena stanu czynnościowego wątroby u żołnierzy służby zasadniczej chorych na łuszczycę” *Barbara Ejmont* - wręczenie doktoratu przez prof. Łańcuckiego,
- 1976 r. „Ocena poziomu wychowania zdrowotnego żołnierzy Warszawskiego Okręgu Wojskowego na podstawie analizy zachorowania na rzeżączkę oraz własnych badań ankietowych” *Jerzy Malewicz*,
- 1977 r. „Badania impedancji u osób chorych na łuszczycę i rybią łuskę” *Alicja Biernat*,
- 1978 r. „Poziom witaminy A i beta karotenu w surowicy krwi u mężczyzn z zaburzeniami rogowacenia i zmianami łojotokowymi” *Hanna Grabowska*,
- 1979 r. „Epidemiologia oraz możliwości profilaktyki łuszczycy zwłaszcza w aspekcie czynników usposabiających” *Katarzyna Obniska-Wolska*,
- 1981 r. „Stan przewodu pokarmowego u chorych na łuszczycę” *Zdzisława Kurowska-Madejska*,



Fot. 11



Fot. 12



Fot. 13



Fot. 14

- 1986 r. „Zmiany skórne a poziom niektórych witamin we krwi u żołnierzy jednostki wojsk inżynieryjno-saperskich” *Barbara Policha*,
- 1986 r. „Nieswoista immunostymulacja w leczeniu nawrotowej czyraczności” *Zbigniew Samochocki*,
- 1997 r. „Występowanie nadreaktywności oskrzeli u chorych na atopowe zapalenie skór” *Beata Elwira Paluchowska*, promotor płk prof. *St. Zabielski*,
- 1999 r. „Analiza wybranych parametrów immunologicznych u chorych na trądzik młodzieńczy i ich zmiana w trakcie leczenia: *Magda Malinowska-Bacz*;
- 2001 r. „Wybrane problemy grzybiczy stóp u żołnierzy służby zasadniczej (analiza epidemiologiczna oraz ocena aktywności enzymatycznej i lekowrażliwości grzybów drożdżopodobnych z rodzaju *Candida* na podstawie badań lat 2000-2001” *Marek Antyszko*,
- 2002 r. „Badanie wybranych komórek w przebiegu leczenia łysienia plackowatego alergienem kontaktowym” *Tomasz Wasylfyszyn*,
- 2003 r. „Występowanie przeciwciał przeciwko *Borrelia Burgdorferi* u żołnierzy odbywających służbę wojskową w rejonach endemicznych” *Iwona Czarnecka*,
- 2004 r. „Badania gromadzenia porfiry w ogniskach raka podstawonokomorkowego po miejscowym zastosowaniu kwasu 5-beta aminolewulinowego” *Agnieszka Piątkowska*.

W dniu 26.01.1982 r. przeprowadził kolokwium habilitacyjne mjr dr med. *Piotr Ratka*, ordynator oddziału dermatologicznego w 114 Wojskowym Szpitalu Garnizonowym. Temat rozprawy habilitacyjnej „Badania etiopatogenezy stanów zapalnych stóp”.

Praca habilitacyjna płk. dr. hab. med. *Stanisława Zabielskiego* nosiła tytuł: „Wybrane wskaźniki genetyczne i immunologiczne w przebiegu łuszczycy u młodych mężczyzn”.

W 1998 r. dr med. *Zbigniew Samochocki* obronił pracę habilitacyjną „Rozpoznanie, przebieg i rokowanie w atopowym zapaleniu skóry u dorosłych na podstawie kryteriów klinicznych i immunologicznych”.

Prace kliniki o charakterze wojskowo-medycznym prezentowane były również na Kongresach Międzynarodowego Komitetu Wojskowego, między innymi w Maroku, Hiszpanii, Szwajcarii i Afryce Południowej. W Afryce Południowej, w Sun City zaprezentowano pracę „Prospective study on *Borrelia Burgdorferi* infection in soldiers in Poland” *Stanisław Zabielski, Iwona*

Czarnecka, Elwira Paluchowska, Jerzy Malewicz, Zbigniew Samochocki, Tadeusz Płusa, Karina Jahnz-Różyk.

Pracownicy Kliniki brali udział w wielu konkursach, m. in. w dniu 12.10.1976 r. nagrodę zespołową II stopnia Ministra Obrony Narodowej w dziedzinie medycyny wojskowej za opracowanie i wdrożenie kompleksowego systemu zapobiegania stanom zapalnym stóp u żołnierzy oraz receptury odpowiedniego preparatu ochronnego otrzymali: płk prof. dr. hab. med. *Jan Łańcucki*, ppłk lek. *Czesław Wysocki*, kpt. dr. med. *Jerzy Malewicz*, mjr dr. med. *Stanisław Zabielski* (fot. 13, 14).

W 1976 roku nagrodę naukową I stopnia Instytutu Wenerologii za całokształt organizacji i zwalczania chorób zakaźnych przenoszonych drogą płciową otrzymali: prof. *J. Łańcucki*, dr med. *M. Borkowski*, lek. *A. Płoński*, lek. *Cz. Wysocki*.

W 1976 r. mjr dr med. *Jerzy Malewicz* uzyskał I nagrodę Szefa Sztabu Generalnego WP za najlepszą pracę doktorską a III nagrodę Komendanta CKP WAM za pracę „Stany zapalne stóp u żołnierzy służby zasadniczej” mjr dr. med. *S. Zabielski*, kpt. lek. *J. Cieślak*, ppłk dr. med. *M. Borkowski*, dr. med. *B. Policha*.

Opracował:
płk w st. spocz.
dr n. med. **Jerzy MALEWICZ**

Ryby białych nocy

Wędkarskie hobby towarzyszy mi nieprzerwanie od paru dziesiątek lat. Szwecja miała być tym stosunkowo bliskim, wędkarskim Eldorado, gdzie tego lata zaspokoić miałem, wg znawców przedmiotu, nienasyconą, atawistyczną potrzebę łowiecką i dostarczyć sobie niewyobrażalnej dozy czystej adrenaliny. O wędkarskiej wyprawie do tego kraju myślałem od dawna, jednak dopiero teraz marzenie to ziściło się za sprawą Jurka K., kolegi mojego szwagra - Waldka. Jurek, który mieszka i pracuje w Szwecji od kilkunastu już lat, jest znakomitym, doświadczonym wędkarzem spinningistą i muszkarzem i zwycięsko wyszedł z niejednego pojedynku z duuużą rybą. W tym roku zaprosił nas do Brevens Bruk, niewielkiej osady położonej nieco ponad 200 km na zachód od Sztokholmu, usytuowanej pomiędzy dwoma jeziorami: Sotthern i Botaren, złączonymi urokliwym przesmykiem, nad którym niegdyś działał młyn wodny (fot. 1) Do dziś zostały po nim tylko pewne elementy konstrukcji doda-

jące niezwyklej tajemniczości temu pięknemu i dzikiemu miejscu.

Do Szwedzkiego portu Ny-nashamn z Gdańska dotarliśmy promem Scandinavia, dalszą drogę do Brevens Bruk via Sztokholm pokonując samochodem „na full” załadowanym sprzętem wędkarskim i wszystkim co niezbędne na taką, prawie dwutygodniową wyprawę. Początkowo autostradą i dalej drogami coraz niższej kategorii, lecz zawsze w doskonałym stanie utrzymania, przemierzaliśmy kraj zazdrośnie obserwując spokojną i przyjazną dla innych uczestników ruchu jazdę szwedzkich kierowców. Im bliżej byliśmy celu podróży, tym częściej pojawiały się znaki ostrzegające o niebezpieczeństwie kolizyjnego spotkania z łosiami. Te zwierzęta stanowią w Szwecji jedną z głównych przyczyn wypadków drogowych, toteż pojawiające się ostrzeżenia zdecydowanie wyostrzały naszą czujność. Na szczęście bez „przygód” osiągamy cel wyprawy. Kwatera w typowym, skandynawskim domu, z dumnie powiewającymi flagami szwedzki-



Fot. 2. Mam szczupaka na gumę „teraz Polska”

mi nad wejściem z obu szczytów budynku, oczekiwała na głodnych wędkarskiej przygody nowych łokatorów. O odpoczynku nikt z nas jednak nie myślał.

Wieczorna narada bojowa u Jurka oczywiście przy „Tyskim z Polska”. Słuchamy co się aktualnie dzieje „na wodzie”. Zapowiada się dobrze, ryby powinny z każdym dniem „gryźć” coraz lepiej. Jurek twierdzi, że przyjechaliśmy w optymalnym czasie. Wyobrażenia zaczęła szaleć. Chociaż nastała północ – noc nie zapadała. No tak, przecież to czas białych nocy. Super, nic tylko łowić, łowić. Ustalamy plan na pierwszy wypad i wracamy na kwaterę. Szybki przegląd sprzętu, montujemy wędki, jeszcze tylko jedno spojrzenie na mapę batymetryczną jeziora Sottern i próba snu. Pod zamkniętymi powiekami przesuwają się kolejny już raz śniony po stokroć obraz cudownej wody i wielkich ryb.

Nareszcie nastał ten dzień. Pakujemy sprzęt do samochodu - pudła pełne najróżniejszych przynęt: woblerów, gumy, jerki, błystki, kilogramy główek jigowych. Jurek dźwiga swoje zabawki, silnik do łodzi, wiosła i pakuje do auta. Jedziemy na przystań ok. 1 km, tuż przed maską samochodu Jurka przeskakuje na drugą stronę leśnej drogi daniel. Odruchowo zwalniam i rozglądam się na boki. Okolica pełna jest danieli, rano i wieczorem,

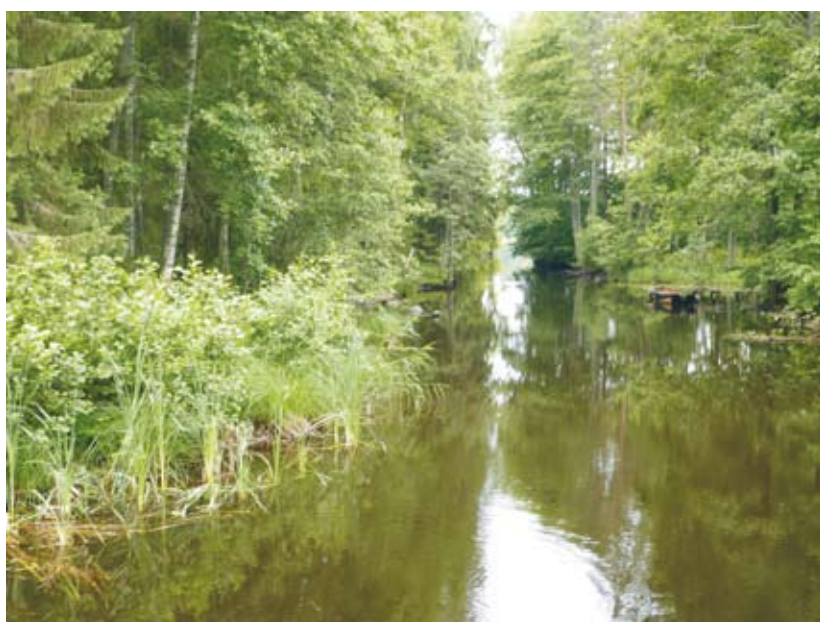
bez lęku skubią trawę pomiędzy domkami, pod oknami, zupełnie jak owce czy kozy. To normalny tutaj widok – mówi Jurek i dodaje, że właśnie dlatego nigdzie nie uświadczysz przydomowego ogródka. Nic przed danielami się nie uchowa. Parking nad jeziorem. Przenosimy nasz dobytek na przystań, pakujemy się do łodzi. Silnik gra swoją melodię. Ruszamy. Przed nami bezmiar nieznanej wody (jezioro ma blisko 250 ha powierzchni), widoki zapierają dech w piersiach. Przepływamy między dwoma wystającym z wody skałami jak przez bramę do raju. Jurek włącza echosondę. Są duże ryby przy skałach, na dnie. Stop. Zarzucamy wędki. Słyszę Waldka: panowie – łowimy, łowimy, nie gadamy! Pierwsze brania. Niestety ryby spadają. Sandacze biorą bardzo delikatnie, ledwie podszczypując gumy. Zmieniamy łowisko i wszystko się powtarza. Przy łodzi spina mi się niezły sandacz. Uszczypliwe uwagi współtowarzyszy nie zrażają mnie jednak w podejmowaniu kolejnych prób „wyhaczenia” jakiejś ryby. Nic to, mówię, będą następne. Machamy wędami. Ołowiane główki jigów stukają o kamieniste dno. Dziesiątki rzutów, niezliczona liczba poderwań przynęty. Nie jest dobrze. Ryby nie chcą współpracować. Kolejna zmiana łowiska. Kilka rzutów gumą określoną jako „teraz Polska” – biało-czerwoną. Jest ok, po kilku kolejnych rzutach mam szczupaka (fot. 2). Przy kamienistej, podwodnej górze Jurek na jerka ma kolejnego. Waldek pokazuje nam złowionego sandacza i dodaje swoje: panowie – łowimy, łowimy, nie gadamy! Kolejne dni mijają niemal niepostrzeżenie. Wyniki przeciętne, szaleństwa nie ma. Wędkujemy przed- i po południu, zwykle do późnego wieczora. Brania są ciągle chimeryczne, przeczesujemy wodną toń, szukamy podwodnych, kamienistych gór (fot. 3), zaglądamy w zatoki, w pobliżu trzcinowisk, łowimy przeciętnej wielkości sandacze i szczupaki. Każda ryba cieszy, lecz nie są to okazy



Fot. 3. Szczupak z podwodnej góry

o jakich marzyliśmy. Przetestowane zostały już różne przynęty, trudno jednak wskazać tę najsukcesowniejszą. Miejscowym też nie idzie lepiej i nie potrafią tego wytłumaczyć inaczej niż przedłużoną o kilka tygodni tegoroczną zimą. Postanawiamy zasadzić się na potwory nocy. Wcześniej jednak sprawdzamy jezioro Botaren. Jest niezbyt duże i dość płytkie, otoczone świerkowym lasem i miejscami

wysokim, skalistym brzegiem (fot. 4). Typowe jezioro szczupakowe. Jego piękno zachwyca, woda zdaje się pachnieć rybami. Kilka godzin spinningowania czym się da i praktycznie nic. Znudzony szczupak wyszedł do woblera i odprowadził go aż do łódki, po czym zupełnie go zignorował. Kolejny, zacięty przez Jurka, ok. 50 cm, był chyba samobójcą pragnącym dokonać żywota w sposób inny niż



Fot. 1. Przesmyk łączący jeziora: Sottern i Botaren



Fot. 4. Jezioro Botaren



Fot. 5. Sandacz, wagi ok. 3 kg, wywołał szczere zadowolenie całej załogi

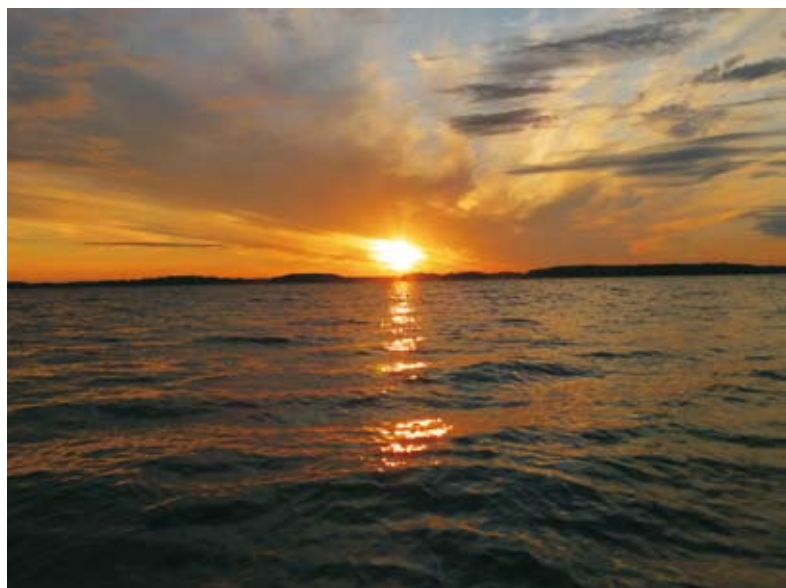
w paszczy swojego, najwyraźniej wielkiego pobratymca, gdyż w połowie swojej długości poraniony był jego zębami. Zdegustowani brakiem wyników wróciliśmy na obiad i krótką sjęstę przed nocnymi łowami na jeziorze Sottern.

Wyżywamy na jezioro po 16.00. Słońce jest jeszcze bardzo wysoko. Płyniemy. Twarze zrasza nam bryza chłodnej wody wznoszącej się spod rozpędzonej łodzi. Wo-

kół nas bajecznie piękna, niczym nie skażona natura i cisza, którą mać jedynie warkot silnika i krzyki zaniepokojonych mew oraz rybitw podrywających się z omijanych skał. Sprawdzamy kilka miejscówek, jak na razie bez efektów. Błogie lenistwo. W dryfie przeszukujemy wodną toń. Zatrzymujemy łódź nad kamienistą górką. Z jednej strony ok. 16 metrowa głębia. Jurek opuszcza przy łódce jiga wielkości małego

śledzia, który opiera się na wypiętrzonych głazach. Patrzcie, mówi, tu jest tylko 5 metrów, przy tym kamieniu powinien stać sandacz. Po chwili jig zsunął się z kamienia i nastąpiło ostre branie. Zacięty sandacz, wagi ok. 3 kg, wywołał szczere zadowolenie całej załogi (fot.5). Po krótkiej chwili nastąpiła powtórka, tym razem na wędce Waldka. Niestety, ten sandacz nie zapiął się należycie. Postanowiliśmy spróbować trollingu. Leniwie przemierzaliśmy niemałą część akwenu w oczekiwaniu na uderzenie dużego szczupaka. Owszem, wziął na woblery ale mały desperat, któremu zwróciliśmy wolność.

Słońce zaczęło zachodzić, krwistą poświatą wypełniając horyzont (fot. 6, 7). Napływające chmury, przez które przebiegały się jego ostatnie promienie nabierały niesamowicie zachwycających form. Z pasją oddaliśmy się fotografowaniu fantastycznego zjawiska. Wreszcie słońce utonęło w wodach jeziora, a mimo to wciąż było widno. Dopiero około północy poszarzało, co jednak nie przeszkadzało w dalszym wędkowaniu. Pomiędzy chmurami nadal prześwitywał błękit nieba. W tej białonocnej smudze światła fotografie nabierały niebieskiej barwy (fot. 8, 9).



Fot. 6 i 7. Zachód słońca nad jeziorem Sottern



Fot. 8 i 9. Biała noc (godz. 23) na jeziorze Sottern



Ryby najwyraźniej oddały się kontemplowaniu tego pięknego, u nas niespotykanego zjawiska, bo brania ustały zupełnie. Uznaliśmy zgodnie, że białe noce to nie jest czas na udane połowy i postanowiliśmy nie zakłócać dłużej rybnemu spokojowi. Gdy wracaliśmy z łowiska szarość znów

zaczęła ustępować jaśniejącemu brzaskowi dnia. I chociaż wędkarsko byliśmy nieco przegrani, to jednak do białych nocy wracać pamięcią będziemy jeszcze wielokrotnie.

Ryby białych nocy – są jak senne marzenia, nie można ich dotknąć, nie można ich mieć, a mimo

to warto ich szukać. Wrócimy do nich kiedyś z nowymi marzeniami. Szwecja tym razem nie objawiła się nam wędkarskim Eldorado, co wcale nie znaczy, że nim nie jest dla pasjonatów wędkarstwa.

tekst i foto:

Zbigniew UŁANOWSKI

Komisja ds. Rejestru, Wydawania PWZ i Praktyk Prywatnych przypomina!

Zgodnie z Ustawą o działalności leczniczej z dnia 15 kwietnia 2011 r. art. 107 „wszystkie podmioty wykonujące działalność leczniczą mają obowiązek zgłaszać wszelkie zmiany danych objętych rejestrem w ciągu 14 dni od dnia ich powstania”.

W przypadku niedopełnienia obowiązkowego dokonywania zmiany danych organ prowadzący rejestr może nałożyć karę pieniężną, której wysokość wynosi do 10-krotnej wysokości minimalnego wynagrodzenia za pracę

Poprzez zmianę danych objętych rejestrem należy rozumieć:

- dodanie kolejnego adresu praktyki lekarskiej (niezależnie od formy: praktyka na wezwanie, praktyka w gabinecie, praktyka w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego),
- wykreślenie z rejestru wcześniej zarejestrowanego adresu praktyki lekarskiej,

- wykreślenie praktyki lekarskiej z rejestru podmiotów leczniczych – zaprzestanie wykonywania działalności gospodarczej,
- podpisanie nowej oraz każdej kolejnej umowy o ubezpieczenie OC (polisa),
- zmiana adresu do korespondencji, zmiana nazwiska, poszerzenie praktyki o specjalizację.

Jednocześnie informujemy, że niezbędnym jest składanie do biura WIL aktualnej kopii polisy ubezpieczenia OC.

Zwracamy także uwagę na fakt, że od 1 kwietnia 2013 r. wszelkie wnioski mogą być składane wyłącznie w postaci elektronicznej, z wykorzystaniem bezpiecznego profilu elektronicznego (podpis elektroniczny lub profil zaufany – ePUAP – wszelkie informacje można znaleźć na stronie głównej WIL www.wil.oil.org.pl w żółtej ramce „Pobierz informację zakładania konta ePUAP”.

List od Głównego Inspektora Sanitarnego

Szanowni Państwo,

Uprzejmie informuję, że Główny Inspektorat Sanitarny rozpoczął rekrutację kadry medycznej (lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, ginekologów, pediatrów, neonatologów, położników i położnych, pielęgniarek i pielęgniarzy) na szkolenia organizowane w ramach Projektu KIK/68 pt. „Profilaktyczny program w zakresie przeciwdziałania uzależnieniu od alkoholu, tytoniu i innych środków psychoaktywnych” współfinansowanego ze środków Szwajcarsko-Polskiego Programu Współpracy.

Tematem szkoleń będą kwestie dotyczące wpływu substancji psychoaktywnych na zdrowie kobiety i płodu, uszkodzenia płodu wywołane alkoholem, zasady prowadzenia minimalnej/krótkiej interwencji oraz edukacja pacjenta w zakresie negatywnych skutków zdrowotnych spowodowanych zażywaniem substancji psychoaktywnych (program szkolenia w załączeniu). Za udział w szkoleniu przewidziane są punkty edukacyjne dla lekarzy, które można będzie uzyskać po wypełnieniu testu dostępnego na stronie Projektu (www.zdrowiewciazy.pl).

Zgodnie z założeniami, planowane jest przeprowadzenie 10 szkoleń, w sumie dla 1000 osób, w następujących terminach i województwach:

1. MAZOWIECKIE – 6-7.09.2013
2. WIELKOPOLSKIE – 13-14.09.2013
3. POMORSKIE – 20-21.09.2013
4. KUJAWSKO-POMORSKIE – 20-21.09.2013
5. MAŁOPOLSKIE – 27-28.09.2013
6. DOLNOŚLĄSKIE – 4-5.10.2013
7. ZACHODNIOPOMORSKIE – 11-12.10.2013
8. ŚLĄSKIE – 18-19.10.2013
9. PODLASKIE – 18-19.10.2013
10. LUBELSKIE – 25-26.10.2013

Informacja nt. dokładnych miejsc szkoleń zostanie niebawem umieszczona na stronie internetowej Projektu (www.zdrowiewciazy.pl) i na stronie GIS (www.gis.gov.pl). Tam również zamieszczone są wszelkie informacje o szkoleniach oraz regulamin, harmonogram i program szkoleń, deklaracja przystąpienia do szkolenia, oświadczenie uczestnika szkolenia o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych oraz formularz zgłoszeniowy.

W związku z powyższym, zwracam się z uprzejmą prośbą o rozpowszechnienie informacji nt. planowanych szkoleń oraz dotarcie i zachęcenie grupy docelowej do udziału w szkoleniu.

Szczegółowych informacji o szkoleniu udzielają pracownicy Departamentu Promocji Zdrowia, Biostatystyki i Analiz w Głównym Inspektoracie Sanitarnym (tel. 22 536 13 99 oraz 22 4965503)

Z poważaniem

p.o. Głównego Inspektora Sanitarnego

Marek POSOBKIEWICZ

Zjazd absolwentów IX Kursu Wojskowej



Tegoroczny (już XVII!!!) zjazd absolwentów IX Kursu Wojskowej Akademii Medycznej zgromadził wraz z osobami towarzyszącymi ponad 80 uczestników. Miejscem spotkania był malowniczy Łagów (woj. lubuskie), a jego organizatorem kolega Jurek Wojciechowski, przy ogromnej pomocy i wsparciu jego żony Ewy. Tym

PROGRAM

**Szkolenia dla kadry medycznej
pt. „Skuteczna komunikacja z pacjentem w zakresie ograniczania konsekwencji
zdrowotnych używania substancji psychoaktywnych”**

PIĄTEK

17:00-18:00	Rejestracja uczestników
18:00-18:45	Prezentowanie celu szkolenia oraz założeń Projektu „Profilaktyczny program w zakresie przeciwdziałania uzależnieniu od alkoholu, tytoniu i innych środków psychoaktywnych” (45 minut)
od 19:00	Kolacja

SOBOTA

09:00-09:45	Wpływ substancji psychoaktywnych na zdrowie kobiety i płodu (45 minut)
10:00-10:45	Fetal Alcohol Syndrome (FAS) / Fetal Alcohol Effects (FAE) uszkodzenia płodu wywołane alkoholem (45 minut)
10:45-11:00	Przerwa kawowa
11:00-13:00	Przeprowadzenie minimalnej/krótkiej interwencji (120 minut)
13:00-14:00	Obiad
14:00-16:00	Edukacja pacjenta w zakresie negatywnych skutków zdrowotnych spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych (w przypadku osoby, która nie używa substancji psychoaktywnych – metody przekazywania wiedzy) (120 minut)
16:00-16:15	Przerwa kawowa
16:15-17:00	Internet, Jako narzędzie pogłębiania wiedzy z zakresu prowadzenia działań edukacyjnych przez kadrę medyczną, w tym: platform internetowa - Elektroniczny System Monitorowania i Promocji Zdrowia (SEMPZ)
17:00	Zakończenie szkolenia

*Zapraszamy wszystkich uczestników szkolenia
po odbiór zaświadczenia*

Akademii Medycznej

razem zobaczyliśmy unikalny rezerwat ptaków w „Ujściu Warty” i poznaliśmy Berlin „w pigułce”. A przede wszystkim cieszyliśmy się z towarzyskich spotkań w większym lub mniejszym gronie przy muzyce (wzbogaconej ptasimi trelami i kumkaniem żab) i tanecznych rytmach. Przy pożegnaniu (a czas od 30 maja do 2 czerw-

ca szybko minął) życzyliśmy sobie aby za rok spotkać się ponownie w co najmniej takim samym gronie. Organizatorem XVII zjazdu będzie Jurek Onaciewicz, a miejscem – zamek w Rynie, w sercu Mazur.

Do zobaczenia

**Andrzej OLEK
Wojtek WOJDOWSKI**



Komunikat w sprawie składek członkowskich

Przypominamy, że nadal obowiązuje uchwała nr 8/08/V Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 4 kwietnia 2008 r. w sprawie wysokości składki członkowskiej, opublikowana w Gazecie Lekarskiej nr 5/2008.

1. Zgodnie z przytoczoną uchwałą miesięczna wysokość składki członkowskiej obowiązującej lekarza i lekarza dentystę, członka Wojskowej Izby Lekarskiej (zwanej dalej „WIL”) - wynosi 40 zł.
2. Wysokość miesięcznej składki członkowskiej obowiązującej lekarza i lekarza dentystę, członka WIL, **posiadającego ograniczone prawo wykonywania zawodu**, zwanego dalej „lekarzem stażystą”, wynosi 10 zł.
3. Lekarz i lekarz dentysta, o którym mowa w pkt. 1, zwany dalej lekarzem, na podstawie uchwały Rady Lekarskiej WIL, może mieć ustaloną miesięczną wysokość składki członkowskiej w kwocie 10 zł, jeżeli:
 1. **jest rencistą** w rozumieniu ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (Dz.U. z 2004 r. nr 39, poz. 353 z późn. zm.) **lub ustaw odnoszących się do zaopatrzenia emerytalnego służb mundurowych**;
 2. **jest emerytem** w rozumieniu przepisów, o których mowa wyżej i ukończył:
 3. **60 lat** – w przypadku kobiety lub
 4. **65 lat** – w przypadku mężczyznyoraz poza świadczeniem emerytalnym **nie osiąga rocznego przychodu** przekraczającego wysokość rocznego przychodu osiąganego przez lekarza stażystę, ustalonego zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie stażu podyplomowego lekarza i lekarza dentysty.
4. Zmniejszenie składki do 10 zł, w przypadkach omówionych w pkt. 3, może nastąpić **wyłącznie na podstawie uchwały Rady Lekarskiej WIL**, jeżeli lekarz złoży odpowiedni pisemny wniosek oraz przedstawi decyzję wojskowego biura emerytalnego (ew. ZUS) o przyznaniu emerytury lub renty i pisemne oświadczenie o wysokości dochodu uzyskanego w roku podatkowym poprzedzającym rok złożenia wniosku.
5. Składkę za dany miesiąc opłaca się do końca tego miesiąca lub z dowolnym wyprzedzeniem.
6. Lekarz lub lekarz stażysta, który nie osiąga przychodu, może na podstawie uchwały Rady Lekarskiej WIL zostać **zwolniony z obowiązku opłacania składki członkowskiej** na okres, w którym nie osiąga przychodu.
7. Rada Lekarska WIL podejmuje uchwałę, o której mowa w pkt. 6, jeżeli lekarz lub lekarz stażysta złoży odpowiedni pisemny wniosek oraz przedstawi pisemne **oświadczenie o wysokości dochodu uzyskanego w roku podatkowym poprzedzającym rok złożenia wniosku oraz oświadczenie o przewidywanym braku przychodu w okresie zwolnienia z opłacania składki członkowskiej**.
8. Lekarz, o którym mowa w pkt. 3 może, na podstawie uchwały Rady Lekarskiej WIL, zostać zwolniony z obowiązku opłacania składki członkowskiej na czas nieokreślony, jeżeli zaprzestał wykonywania zawodu.
9. Rada Lekarska WIL podejmuje uchwałę, o której mowa w pkt. 8, jeżeli lekarz złoży odpowiedni pisemny wniosek wraz z oświadczeniem o zaprzestaniu wykonywania zawodu na czas nieokreślony oraz przedstawi decyzję właściwego organu emerytalnego o przyznaniu emerytury lub renty.
10. Obowiązek opłacania składki członkowskiej przez lekarza i lekarza stażystę powstaje od pierwszego dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym lekarz lub lekarz stażysta:
 1. został wpisany na listę członków WIL;
 2. o którym mowa w pkt. 6, był zwolniony z obowiązku opłacania składki członkowskiej i zaczął osiągać dochód;
 3. o którym mowa w pkt. 8, złożył oświadczenie Radzie Lekarskiej WIL o podjęciu wykonywania zawodu.
11. Obowiązek opłacania składki członkowskiej w wysokości 10 zł przez lekarza, o którym mowa w pkt. 3 powstaje od pierwszego dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym Rada Lekarska podjęła uchwałę, o której mowa w pkt. 4.
12. Obowiązek opłacania składki członkowskiej w wysokości 40 zł przez lekarza, który ukończył staż podyplomowy i złożył Lekarski Egzamin Państwowy lub Lekarsko-Dentystyczny Egzamin Państwowy oraz uzyskał prawo wykonywania zawodu, powstaje od pierwszego dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym lekarz ten został ponownie wpisany na listę członków Wojskowej Izby Lekarskiej.
13. Obowiązek opłacania składki członkowskiej **ustaje**:
 1. od pierwszego dnia miesiąca następującego po miesiącu:
 - a. w którym nastąpiło skreślenie lekarza lub lekarza stażysty z listy członków Wojskowej Izby Lekarskiej z powodu:
 - przeniesienia się lekarza lub lekarza stażysty na obszar działania innej izby lekarskiej,
 - złożenia przez lekarza lub lekarza stażystę oświadczenia o zrzeczeniu się prawa

- wykonywania zawodu lub ograniczonego prawa wykonywania zawodu,
- b. w którym Rada Lekarska WIL podjęła uchwałę, o której mowa w pkt. 6 lub pkt. 8 w razie nieokreślenia w tej uchwale początku okresu zwolnienia;
2. od pierwszego dnia miesiąca, w którym lekarz lub stażysta:
- a. utracił prawo wykonywania zawodu lub ograniczone prawo wykonywania zawodu na skutek zaistnienia okoliczności, o których mowa w art. 14 ustawy z dnia 5 grudnia 1995 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (utrata obywatelstwa polskiego lub obywatelstwa innego państwa Unii Europejskiej, ubezwłasnowolnienie całkowite lub częściowe, upływ czasu na jaki OPWZ zostało przyznane),
- b. został pozbawiony prawa wykonywania zawodu lub ograniczonego prawa wykonywania zawodu,
- c. zmarł.

Biuro WIL

Zwracamy ponadto uwagę, że zaleganie z opłacaniem składek członkowskich i brak reakcji na kierowane upomnienia skutkuje wdrożeniem postępowania egzekucyjnego poprzez urząd skarbowy właściwy dla miejsca zamieszkania członka WIL, wraz z odsetkami ustawowymi, zgodnie z ustawą z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. Nr 219, poz. 1708, z późn. zm.) i uchwałą nr 1254/12/VI Rady Lekarskiej Wojskowej Izby Lekarskiej z dnia 29 marca 2012 r. w sprawie trybu dochodzenia składek członkowskich należnych Wojskowej Izbie Lekarskiej.

HOSPICJUM – po prostu życie

Zamieszczony w poprzednim numerze „Skalpela” artykuł Krzysztofa Chabrosa pt. „Holistyczna opieka paliatywna nad pacjentem terminalnie chorym” stał się dla mnie bezpośrednim impulsem do odwiedzenia Ośrodka Działalności Leczniczej Caritas Archidiecezji Warszawskiej, mieszczącego się przy Krakowskim Przedmieściu. Pani Barbara Kołakowska, Kierownik Ośrodka, specjalista anestezjolog oraz specjalista medycyny paliatywnej zgodziła się nie tylko na rozmowę, ale również oprowadziła mnie po Hospicjum i Zakładzie Opiekuńczo-Leczniczym.

(E. K.)

Ewa Kapuścińska: Dziękuję, że znalazła Pani czas dla naszych czytelników i dla mnie. Na początek poproszę o parę informacji o Waszym hospicjum.

Barbara Kołakowska: Ośrodek Działalności Leczniczej Caritas AW składa się z hospicjum oraz Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego dla osób przewlekle i nieuleczalnie chorych. Zakład powstał w 1999 r., a obok niego, w 2004 r. zaczęło działać hospicjum stacjonarne. Przeznaczone jest ono dla osób dorosłych, chociaż wiem, że na początku działalności, z braku miejsc w innych placówkach, przebywały tu również dzieci, w zasadzie młodzież. Dysponujemy 26 łóżkami, w salach jedno- i trzyosobowych. Nasi pacjenci to osoby w ostatnim stadium choroby nowotworowej.

Ośrodek mieści się na pięciu poziomach. Hospicjum zajmuje jeden z nich.

Podmiotem tworzącym tę placówkę jest Caritas Archidiecezji Warszawskiej. Działalność hospicyjna dla 24 chorych finansowana jest głównie ze środków NFZ.

Pobyt w hospicjum dla pacjenta jest bezpłatny.

E. K.: Z jakimi problemami się borykacie?

B. K.: Myślę, że z podobnymi jak inne hospicja. Największą bolączką jest przede wszystkim dźwiganie ciężaru opieki paliatywnej, ogromnego nieśczęścia, które spada na pacjenta i jego rodzinę, to jest ciężkiej choroby, która ma niekorzystne rokowania; ich rozterek, kłopotów z leczeniem, wszystkich niedomogów naszej służby zdrowia, bólu fizycznego,



Dr Barbara Kołakowska, Kierownik ODL Caritas AW

egzystencjalnego i wszystkiego co się z tym łączy.

Również dużym problemem jest niedofinansowanie ze strony NFZ świadczeń z zakresu opieki paliatywnej, które realizujemy zgodnie z podpisanym kontraktem.

E. K.: A problemy kadrowe?

B. K.: Muszę powiedzieć, że mamy ogromne szczęście do personelu. W opiece paliatywnej pracują szczególnie osoby. Ten kto nie ma w sobie empatii, ciepła oraz ogromnej wiedzy, w tej pracy sobie po prostu nie poradzi. Nasz zespół składa się z ponad

30 osób. Lekarz tu pracujący musi posiadać specjalizację I lub II stopnia z medycyny klinicznej. Idealem jest jeśli dodatkowo ukończył specjalizację dziedziny medycyny paliatywnej lub jest w trakcie jej odbywania. Jeśli nie ma takiej specjalizacji, to musi mieć ukończony 40 godzinny kurs, prowadzony przez ośrodki posiadające akredytację Ministerstwa Zdrowia, którego program jest zatwierdzany przez konsultanta wojewódzkiego. NFZ finansuje pracę lekarzy, pielęgniarek rehabilitantów i psychologów, oraz koszt leków i środków zaopatrzenia medycznego. My zatrudniamy jeszcze pracownika socjalnego i duszpasterza, wspomaga nas też grono wolontariuszy. Opieka w hospicjum opiera się na wykwalifikowanym personelu medycznym. Wolontariusze to jest tylko pomoc.

E. K.: Dość powszechne jest utożsamianie hospicjum z „umieralnią”? Wg badań przeprowadzonych przez firmę PBS DGA w 2009 r. tak uważa aż 51% dorosłych Polaków, a w grupie osób powyżej 60 roku – 62%¹. Czy zgodzi się Pani z tym poglądem?

B. K.: Jest takie obiegowe pojęcie, ono się zmienia. Zmienia się głównie u tych osób, które korzystały z pomocy hospicjum, a potem przekazują tę wiedzę dalej. Myślę, że to daleka i powolna droga, by nastąpiła zmiana w postrzeganiu hospicjum.

Ja mam zupełnie inny pogląd. Hospicjum to jest miejsce, które pielęgnuje życie. Chcemy by nasi pacjenci żyli jak najdłużej i by jakość tego życia w hospicjum była jak najlepsza. Hospicjum to nie jest tylko opieka paliatywna, w sensie podania leku przeciwbólowego. Chorzy przychodzą do nas ze wszystkimi schorzeniami, na które się wcześniej leczyli – są to choroby układu krążenia, oddechowego, neurologiczne plus choroba nowotworowa. Musimy leczyć wszystkie te dolegliwości,

pomóc odnaleźć się pacjentowi w nowym środowisku, a dodatkowo nie odbierać mu i jego rodzinie nadziei. Każdy chory inaczej podchodzi do swojej choroby. Z prawdą, którą mu przekazujemy musi być trochę jak z lekarstwem, trzeba ją podawać tak, żeby nie zabijać. Jednocześnie nikomu nie dajemy fałszywych nadziei: w rodzaju wszystko będzie dobrze, na pewno Pan wyzdrowieje, itp. Te rozmowy są bardzo trudne i delikatne. To jest jedna z większych trudności w pracy hospicyjnej. Tego nie uczą uczelnie akademickie. Trudno jest przekazać rodzinie, że stan chorego jest bardzo ciężki, że będzie odchodził, albo że to odchodzenie już się zaczęło. Rodziny i pacjenci mają ogromne poczucie winy. Trzeba ich przekonać, że choroba nie jest karą, wspierać na wszystkich płaszczyznach. Pacjent na ogół ukrywa swój lęk przed rodziną, a rodzina przed pacjentem.

E. K.: Od paru lat propagowane jest hasło „Hospicjum to też życie”. Co w praktyce waszej placówki ono oznacza?

B. K.: Po prostu życie. Nasi pacjenci są odwiedzani przez rodziny i nie ma ograniczeń w tych wizytach. W hospicjum zawierane są czasami śluby, naszym pacjentom rodzą się dzieci, wnuki, tu obchodzą takie uroczystości jak imieniny, urodziny czy rocznice ślubu. Organizowane są koncerty, spotkania z ciekawymi ludźmi. Jest aktywna rehabilitacja.

Bardzo celebrujemy święta Bożego Narodzenia czy Wielkanocne. Nawet Ci pacjenci, którzy nie mogą wstać są przywożeni na łózkach do obszernego aneksu, gdzie się wspólnie spotykamy, śpiewamy kolędy, itp.

Poza rodziną z pacjentami dużo czasu spędzają wolontariusze – rozmawiają z chorymi, czytają im, wychodzą wspólnie na spacer, opowiadają o codziennych sprawach. Czasem łatwiej porozmawiać z kimś spoza rodziny czy personelu medycznego. Powiedziałabym, że hospicjum to przede wszystkim życie.

Bywa że pacjenci opuszczają hospicjum i wracają do domów.

E. K.: A więc cuda się zdarzają?

B. K.: Cuda? To raczej efekt bardzo dobrej, profesjonalnej opieki.

E. K.: W Polsce w dalszym ciągu panuje – i wg mnie na szczęście – dość powszechne przekonanie, że chory powinien swe ostatnie dni, miesiące przeżyć w domu, z rodziną. Obok hospicjów stacjonarnych działają również hospicja domowe. Jakie są między nimi różnice?

B. K.: Działalność hospicjum domowego, to nie tylko pomoc medyczna (wizyty pielęgniarki 2 razy w tygodniu, a lekarza minimum 2 razy w miesiącu, a w razie potrzeby częściej) czy wsparcie psychologiczne pacjenta i jego rodziny, ale również pomoc socjalna, duszpasterska, wypożyczanie sprzętu medycznego i rehabilitacyjnego. Jest to jedna z dziedzin, która najbardziej się rozwinęła przez ostatnie lata.

Hospicja domowe są bardzo dobrą formą opieki paliatywnej dla pacjentów w terminalnej fazie choroby nowotworowej, którym bliscy mogą zapewnić, przy naszym wsparciu, całodobową opiekę. Pacjent przebywa w swoim naturalnym środowisku, otoczony przez kochające osoby, czuje się bezpieczny, a jednocześnie ma całą dobę dostęp telefoniczny do lekarza i pielęgniarki. Trzeba jednak zaznaczyć, że jest to olbrzymie wyzwanie dla rodziny i tu chylę czoła przed tymi, którzy się tego podejmują.

Ze względów ekonomicznych jest to najtańsza forma opieki.

Zdarza się jednak, że mimo miłości, chęci i dobrej woli rodzina nie jest w stanie sama sobie poradzić, np. ze względów finansowych. Często w czasie naszych pierwszych rozmów udzielamy porad związanych ze sprawami socjalnymi: gdzie i w jakim zakresie można uzyskać pomoc materialną, np. na zakup leków. Hospicja stacjonarne są dobrym rozwiązaniem w przypadku osób samotnych, o ile pacjent wyrazi na to zgodę. Niekiedy pacjenci

¹ A. Wilmont, Hospicjum jako instytucja opieki paliatywnej funkcjonująca w systemie opieki zdrowotnej, www.wydawnictwo.umlub.pl, 2010 r.

sami wybierają tę formę opieki – czują się bezpieczniejsi mając lekarzy czy pielęgniarki 24 godziny na dobę. Wskazaniem mogą być też ciężkie objawy somatyczne, które trudno jest kontrolować w domu, np. trudna do opanowania duszność, niepokój. Również ważne jest poczucie bezpieczeństwa rodziny, która może się obawiać, że sobie nie poradzi. Także rodzinom niezamożnym, które mogą mieć trudności z zakupem leków, pieluch itp. doradzamy umieszczenie chorego w hospicjum stacjonarnym, które jest bezpłatne. Niektórzy też boją się pozostać sami w momencie śmierci bliskiej osoby.

Jedną z placówek Caritas AW jest ODL w Błoniu, oferujący pielęgniarstwo długoterminowe i hospicjum domowe. Obejmuje swym zasięgiem tereny archidiecezji warszawskiej, w szczególności dzielnice: Ochota, Ursus, Włochy i Okęcie oraz powiaty: pruszkowski, piaseczyński, grodziski, warszawsko-zachodni oraz grójecki. Jeszcze do lutego tego roku byłam tam kierownikiem hospicjum domowego. Brak czasu z powodu nagromadzenia obowiązków zmusił mnie do zrezygnowania z tej funkcji.

E. K.: Czy są, a jeśli tak to jakie, różnice w opiece nad chorym i jego rodziną w hospicjach czy – ogólniej – zakładach opiekuńczo-leczniczych prowadzonych przez organizacje kościelne (katolickie) a innymi – państwowej służby zdrowia, prywatnym?

B. K.: Nie mam doświadczenia w pracy w hospicjum niezwiązanej z organizacją kościelną, lecz znam wiele osób pracujących w takich placówkach i sądzę, że raczej nie. Przyjmując pacjenta do hospicjum nikt nie zadaje pytania o jego wyznanie. Jako instytucja katolicka chcemy, żeby pacjenci i ich rodziny byli zadowoleni z naszej pracy, i żeby nasza placówka miała jak najlepszą opinię. I tak jest. Wiele osób ceni sobie, że u nas codziennie odprawiane są Msze Św., ka-



Pan Zbyszek, przebywający w Zakładzie od 7 lat, jego żona – p. Helenka oraz dr B. Kofakowska w ogródku przynależnym do Ośrodka (zdjęcie opublikowane za zgodą żony pacjenta)

pelan jest w każdej chwili dostępny. Nie jesteśmy od nawracania nikogo. Jeśli pacjent jest innego wyznania nie ma przeszkód, by odwiedzał go jego kapłan.

E. K.: Czy wiara pomaga chorym i ich rodzinom w tym trudnym okresie?

B. K.: Jest to sprawa bardzo indywidualna. W większości wypadków – zdecydowanie tak, człowiekowi wierzącemu jest łatwiej. Codziennie modlimy się: „bądź wola Twoja”, to trudne do uzmysłowienia sobie, o co się tak naprawdę modlimy, dokąd zmierzamy. Człowiekowi który ma poukładane wewnątrz, głęboką wiarę łatwiej będzie to cierpienie przyjąć i ofiarować. Rodzinom też jest zdecydowanie łatwiej.

Oczywiście, niezależnie od wiary nie uniknie się pytań: dlaczego ja, dlaczego mnie to spotkało. To są trudne pytania, bardzo nam wtedy pomaga doświadczony psycholog i ksiądz.

Znam też przypadek, kiedy to po nagłej śmierci ojca, dzieci odwróciły się od wiary. Mam nadzieję, że wrócą, ale to trudny proces i co będzie nie wiem.

Nie zawsze wiara pomaga, ale w większości przypadków łagodzi ból, niepokój, poczucie winy.

E. K.: Nie tylko pacjenci onkologiczni potrzebują opieki paliatywnej, ale również inni, np. chorzy na Alzheimera. Wspominała Pani, że obok hospicjum w ramach Ośrodka działa również Zakład Opiekuńczo-Leczniczy.

B. K.: Tak, Zakład przeznaczony jest dla osób wymagających całodobowej, kompleksowej opieki – pacjentów przewlekłe chorych, niepełnosprawnych, w podeszłym wieku oraz w stanie wegetatywnym. Mamy cztery oddziały ze 123 łózkami – w tym 40 dla pacjentów w stanie wegetatywnym, w śpiączce. I tak naprawdę to jest najtrudniejsza część naszej działalności. Przebywają w nim osoby w różnym wieku, z nieodwracalnymi uszkodzeniami mózgu po wypadkach, udarach; bywa że przez wiele, wiele lat. Nie ma z nimi kontaktu albo ten kontakt jest bardzo nikły. Są objęci kompleksową opieką medyczną, pielęgnacją oraz leczeniem żywieniowym zgodnie z aktualnymi standardami wiedzy medycznej. Jest to oddział bardzo trudny do prowadze-

nia pod względem medycznym oraz wymaga zaangażowania dużych środków finansowych. Jest to także część opieki paliatywnej, ponieważ ci chorzy również nie rokują powrotu do zdrowia. Żyją tylko dzięki dobrej opiece medycznej i pielęgnacyjnej. Są osobami prawnymi. A przede wszystkim są kochani przez swoich bliskich, którzy nie szczędząc swoich sił odwiedzają ich przez wiele lat pobytu w placówce.

E. K.: Czy są różnice pomiędzy zasadami kościoła katolickiego a zapisami w Kodeksie Etyki Lekarskiej w podejściu do opieki paliatywnej?

B. K.: Według mnie etyka jest zawsze ponad prawem. Jeśli miałabym wybierać pomiędzy przepisami prawa a zasadami moralnymi na pewno wybiorę te ostatnie. Na razie na szczęście nie ma w Kodeksie Etyki Lekarskiej zapisów sprzecznych z zasadami moralnymi, ale obawiam się, że może to nastąpić. Moim zdaniem, współczesna cywilizacja, z afirmacją młodości, zdrowia, bogactwa źle wpływa na rozwój opieki paliatywnej. W pogoni za dobrobytem, wygodą zapominamy, odpychamy od siebie myśli, że jesteśmy śmiertelni. Bardzo nad tym boleję i tu mam największy szacunek dla Jana Pawła II, który pokazał nam, dał nam lekcję jak należy umierać.

Według mnie umieranie jest ważniejsze od narodzin. W obliczu śmierci człowiek nie kłamie, nie oszukuje, nie udaje. Tu, w hospicjum, często jesteśmy świadkami niezwykle wzruszających scen w momencie odchodzenia pacjenta, kiedy na przykład rodzina scala się po latach, małżonkowie przepraszają się i wyznają sobie miłość. I są to sytuacje bardzo bliskie życia, a nie umierania. To w jaki sposób odchodzimy jest ważne dla nas i dla naszej rodziny.

Pacjentom bez rodziny, samotnym, możemy zagwarantować, że nie będą umierali samotnie. W tym jest rola i wolontariuszy i naszego personelu.

Najbardziej denerwuje mnie,

gdy ktoś zadaje mi pytanie: czy jest pani za eutanazją czy przeciw? Nikt mnie nie pyta czy jestem za prawnym usankcjonowaniem kradzieży, ale często jestem pytana czy jestem za zabijaniem. Dopóki nie nastąpi śmierć mózgu – człowiek żyje.

Dość powszechne jest przekonanie, że o eutanazję prosiliby pacjenci z powodu bólu nie do zniesienia. To nie prawda. Od jakiś dwudziestu lat nie ma ograniczeń w farmakologicznym zwalczaniu bólu. Nauczyliśmy się u około 80% pacjentów opanowywać ból środkami farmakologicznymi do akceptowalnego poziomu. Z przeprowadzonych badań wynika, że to nie ból lecz utrata godności mogą przyczyniać się do pragnienia śmierci. W naszym ośrodku staramy się, by pacjent tę godność zachował.

E. K. Aż 36% dorosłych Polaków nie wie czy w ich mieście lub gminie funkcjonuje hospicjum². Czy lekarze pierwszego kontaktu, ordynatorzy w szpitalach przekazują pacjentom i ich rodzinom wystarczające informacje o różnych formach, możliwościach opieki paliatywnej?

B. K.: Jest z tym różnie, ale na ogół tak. Na tych obszarach gdzie funkcjonują hospicja stacjonarne czy domowe ta wiedza jest większa. Ale przede wszystkim to pacjent decyduje czy chce być w domu, czy w hospicjum.

Jeśli pacjent jest świadomy, to przy przyjęciu do ośrodka najważniejsza jest jego zgoda. Bardzo nie lubię sytuacji, gdy przywożony jest do nas pacjent, który dopiero tu, na miejscu dowiaduje się, a dowie się na pewno – od innych pacjentów, ich rodzin, że jest w hospicjum. Formalnym warunkiem przyjęcia jest rozpoznanie choroby nowotworowej, zakończenie leczenia przyczynowego oraz pisemna zgoda pacjenta lub – jeśli jest on nieświadomy – jego rodziny. Obecnie

nie ma ze strony NFZ ograniczeń czasowych, tak jak było to kiedyś, w opiece hospicyjnej. Bywa, że pacjenci są pod naszą opieką przez miesiące, rok, dwa lata. Choć wtedy oczywiście zastanawiamy się czy taki chory nie powinien przejść pod nadzór lekarza rodzinnego.

E. K.: Jest Pani specjalistą anesteziologiem oraz specjalistą medycyny paliatywnej. Ta ostatnia specjalizacja została w Polsce wprowadzona względnie niedawno, w 1999 roku. Kto może formalnie ubiegać się o rozpoczęcie takiej specjalizacji?

B. K.: Lekarz posiadający specjalizację II st. w innej dziedzinie medycyny.

E. K.: Czy wystarczająca jest liczba specjalistów medycyny paliatywnej?

B. K.: Zdecydowanie za mała. W tej chwili w Polsce mamy ok. 400 specjalistów medycyny paliatywnej. Potrzeby oceniane są na około 1000 lekarzy. Egzaminy, tak jak w przypadku innych specjalizacji, odbywają się dwa razy w roku. Zdaje je po kilkanaście osób czyli, przybywa ok. dwudziestu paru specjalistów rocznie.

E. K.: Czy braki wynikają z niedostatecznej liczby miejsc na specjalizację czy niewielkiej liczby chętnych?

B. K.: Zbyt mało jest miejsc na tej specjalizacji i zbyt mało akredytowanych ośrodków. Koleżanka czekała dwa lata na otwarcie specjalizacji, z braku miejsca. Mam nadzieję, że w województwie mazowieckim, w sesji jesiennej szkolenie rozpocznie kilku lekarzy.

E. K.: Przeglądając program specjalizacji z medycyny paliatywnej uderzyła mnie interdyscyplinarność tej gałęzi medycyny.

B. K.: Tak, wiedza, i to nie tylko medyczna, jaką musimy zdobyć jest bardzo obszerna. Specjalizacja ta poszerza bardzo horyzonty i wiedzę z różnych dziedzin. Kursy prowadzone są przez wykwalifikowane osoby, które przekazują i wiedzę, i doświadczenie.

² tamże

W praktyce często się zdarza, że na pierwszej wizycie wprawdzie musimy zająć się sferą socjalną, materialną czy prawną, a dopiero potem medyczną. Pacjent potrzebuje opieki holistycznej.

Jest to bardzo trudna specjalizacja, wymaga dużego zaangażowania czasowego.

E. K.: Jakie cechy powinien posiadać przyszły specjalista z medycyny paliatywnej lub lekarz pracujący w hospicjum czy też zakładzie opiekuńczo-leczniczym?

B. K.: Jak już mówiłam: empatię i wrażliwość. Ale również musi być odporny psychicznie. Codziennie styka się z ogromem cierpienia, śmiercią. Lekarz pragnący specjalizować się w opiece paliatywnej powinien zdawać sobie sprawę, że będzie się musiał cały czas uczyć. Musi nauczyć się słuchać chorego, odpowiadać na trudne pytania; mieć świadomość, że nie od niego wszystko zależy, dzielić się wiedzą, mieć dużo cierpliwości. Musi być dojrzałą osobą i dojrzałym lekarzem, uporządkowanym wewnątrznie.

E. K.: Jaki wpływ na psychikę lekarza ma tego typu praca?

B. K.: To też jest bardzo indywidualna sprawa – mimo wszelkich szkoleń na temat wypalenia zawodowego, radzenia sobie ze stresem, itp. Tego się z książki nie da nauczyć. Na początku swej pracy w medycynie paliatywnej miałam wrażenie, że biorę na siebie cały ciężar choroby pacjenta. Nie mogłam spać po nocach. Aż postawiłam sobie pytanie: czy ja się w ogóle do tej pracy nadaję? Musiałam nauczyć się oddzielać pracę od spraw osobistych. Inaczej nie mogłabym tu pracować.

My też mamy rodziny i życie pozazawodowe. Trzeba sobie postawić pewne granice, powiedzieć sobie – zrobiłam dla tego pacjenta wszystko co mogłam. Nie możemy wszystkiego brać na siebie.

Uświadomiłam sobie, że nie chcę być lekarzem, który tylko wystawia recepty na przeziębienie. Że chcę pomagać właśnie takim pacjentom.

Nie rozumiem ludzi, którzy twierdzą, że są zbyt wrażliwi, by patrzeć na cierpienie i śmierć. Według mnie, to nie jest wrażliwość.

Tak naprawdę pacjent w stanie terminalnym to pacjent niechciany. Nie chce go onkolog, bo już zakończył leczenie przyczynowe. Nie chce szpital, ponieważ zajmuje łóżko szpitalne. Nie chce go lekarz pierwszego kontaktu, który najczęściej nie ma czasu na częste wizyty domowe. Chociaż z tym bywa różnie, są lekarze rodzinni, którzy wiele czasu i uwagi poświęcają pacjentom terminalnie chorym. W sytuacji takich chorych opieka paliatywna jest najlepszym rozwiązaniem.

E. K.: Czy informacje o opiece paliatywnej powinny być szerzej rozpowszechniane? Spotykaliśmy się czasami z lokalnymi protestami przeciwko otwarciu w jakimś miejscu placówki opiekuńczej, np. dla chorych na AIDS. Wg wspomnianych już badań, 22% Polaków nie chciałoby w swoim sąsiedztwie hospicjum³. Czy podejście do osób nieuleczalnie chorych zmienia się?

B. K.: Od lat w mediach prowadzone są – głównie w okresie Świąt Zmarłych oraz Bożego Narodzenia – akcje społeczne uświadamiające wagę tego problemu. Często cytowane są słowa ks. J. Twardowskiego: „Spieszmy się kochać ludzi, tak szybko odchodzą”. Myślę, że w świadomości Polaków następują pozytywne zmiany. Przestajemy się bać nieuleczalnie chorych; coraz bardziej powszechna jest świadomość wagi opieki paliatywnej, być może również z tego smutnego powodu, że coraz więcej z nas ma w swym otoczeniu bliskich potrzebujących takiej opieki. Opieka paliatywna nie kończy się ze śmiercią chorego. Roztaczana jest nad jego rodziną w żałobie, sierotami. I to nie tylko opieka psychologiczna czy duszpasterska, ale – jeśli chodzi o Caritas – również materialna.

E. K.: Bardzo Pani dziękuję za rozmowę.

B. K.: I ja dziękuję, i zapraszam do odwiedzenia ośrodka.

Był słoneczny, letni dzień, niektórzy pacjenci, pod opieką pielęgniarek, wolontariuszy lub rodziny, spędzali czas w ogródku znajdującym się na tyłach budynku.

W części hospicyjnej Ośrodka przeprowadzano bieżące malowanie ścian więc niektóre sale były zagęszczone. Celem tych prac jest odświeżenie pomieszczeń; ściany malowane są na jasne, ciepłe kolory. Przy każdym trzyłóżkowym pokoju znajduje się osobna łazienka przystosowana dla chorych niepełnosprawnych. We wspólnym holu z aneksem kuchennym stoi lodówka, w której każdy pacjent, w podpisany pojemniku, może przechowywać jedzenie przyniesione przez rodzinę. Chorzy mają w salach część swojego domu – zdjęcia, maskotki, książki.

Podopieczni zakładu opiekuńczo-leczniczego również korzystają ze spacerów. Dla pacjentów apalicznych niezbędne są specjalnie przystosowane wózki. Nad ich bezpieczeństwem, stanem zdrowia przez całą dobę czuwają pielęgniarki i lekarze. Z którejs z sal dobiegał dźwięk telewizora. Jak powiedziała Pani Doktor, co prawda nie wiadomo co dociera do pacjentów w stanie wegetatywnym lecz dostarczane są im różne bodźce – obraz, dźwięk, dotyk.

Dodatkowe informacje na temat Ośrodka można znaleźć na stronie internetowej www.warszawa.caritas.pl.

Zachęcamy czytelników do przekazywania darowizn na rzecz Ośrodka, i to nie tylko w okresie rozliczania PIT-ów. Szczegóły na IV okładce.

tekst i foto:

Ewa KAPUŚCIŃSKA

³ tamże.



Rozmowa z pplk. lek. med. Piotrem Ostańskim, ordynatorem Oddziału Neurologicznego 1 Wojskowego Szpitala Klinicznego z Polikliniką SPZOZ w Lublinie

Zmiana warty w Lublinie

W tym czasie uzyskałem specjalizację z neurologii (2001) i rehabilitacji (2012).

Teraz otrzymał Pan awanse...

14 sierpnia br. otrzymałem nominację na stopień podpułkownika. Jednocześnie obejmuję ster tutejszej neurologii, przejmując go od doktora n. med. Stanisława Bańki, długoletniego szefa, który pozostaje nadal na oddziale, gdzie będzie wykonywał obowiązki konsultanta.

Tegoroczne lato obfituje w zagrożenia nie tylko udarami termicznymi? Co może nam Pan doradzić?

Chciałem uwrażliwić i przestrzec głównie ludzi w podeszłym wieku, obciążonych chorobami serca, że skoki ciśnienia tętniczego, skwar i wysokie temperatury oraz intensywne promieniowanie słoneczne mogą powodować zagrożenie występowaniem udarów. Stąd zalecam bardzo racjonalne zachowanie, nakrywanie głowy, częsty kontrolny pomiar ciśnienia, oszczędny tryb życia. Zalecana jest profilaktyka żywnościowa i picie ok. 2l. płynów. Nie należy lekceważyć dokuczliwych bólów głowy, łącznie z jej drętwieniem. Symptomami bywa zaburzenie mowy, ograniczenie ruchów kończyn. Wskazane są w takich sytuacjach i objawach

wizyty u lekarza pierwszego kontaktu i nie bagatelizowanie ich. Zalecam ostrożność i zdrowy rozsądek. Osoby w podeszłym wieku muszą bardziej na te uwagi być uwrażliwione.

Dziękuję za rozmowę

tekst i foto:

Jerzy JĘDRZEJEK

Jak była Pańska droga do zawodu lekarza wojskowego?

Wybrałem świadomie studia na wydziale lekarskim Wojskowej Akademii Medycznej WAM w Łodzi, które ukończyłem w 1997 roku wśród 250 absolwentów.

Ówczesny prezydent RP Aleksander Kwaśniewski podpisał nominację na stopień oficerski porucznika WP.

W uroczystej promocji na stadionie łódzkim uczestniczyły nasze rodziny, a także wszyscy elewi WAM w liczbie 1300 podchorążych.

Roczny staż podyplomowy odbyłem w lubelskim szpitalu wojskowym.

Później byłem w licznej grupie lekarzy obsługujących śląską brygadę logistyczną w Opolu.

Przez kolejne dwa lata służyłem w Rejonowej Bazie Materiałowej Dęblin-Stawy.

Od 2003r. pracuję w 1 Wojskowym Szpitalu w Lublinie jako asystent na oddziale neurologii.

Wojskowi naprawiają serca

W Klinice Chorób Wewnętrznych 1 Wojskowego Szpitala Klinicznego w Lublinie, kierowanej od lat przez prof. dr. n. med. Władysława Witczaka powstała ostatnio, jako czwarta w Lublinie, pracownia hemodynamiki.

Pilotażowy zabieg z angioplastyki w dniu 10 lipca 2013 r. wykonał dr n. med. Grzegorz Sobieszek z zespołem.

Znacznie został skrócony czas oczekiwania na zabieg, a pacjenci już po kilku dniach opuszczają szpital.

Jerzy Jura JĘDRZEJEK

Zachowajmy Ich w naszej pamięci!

Śp.

lek. Zbigniew Stęborowski

12.03.1931 r. – 22.06.2013 r.

Śp.

lek. dent. Bartosz Harabasz

8.11.1955 r. – 4.08.2013 r.

„Życie przeżyte z honorem, godne,
Nie żaden blef,
Spojrzenie ciepłe, mądre, pogodne,
Trzymaj się, 'SzeŃ!'”

Na odejście „SzeŃa”

**Płk dr n. med. Maciej „SzeŃ” Gontarewicz
(9.1.1947-14.7.2013)**

Okropne są tego typu wiadomości. Dotykają nas do żywego. Odejście każdego z „Ciemiorów” pozostawia wyrwę w monolicie, za jaki chcemy się uważać. Koledzy odchodzą, tak jak bezpowrotnie odchodzi nasza młodość, odchodzą ludzie, zostają wspomnienia. Odchodzą Koledzy, którzy szczególnie zaistnieli na firmamencie naszego VIII kursu.

Takim Kolegą był Maciek „SzeŃ” Gontarewicz - zawsze był, zawsze aktywny, zawsze miał coś mądrego i rzeczowego do powiedzenia i zaofiarowania.

Maciek był 100% warszawianem, tu się urodził, tu, oprócz lat studiów na WAM, przeszło jego całe, bardzo aktywne, życie. Urodził się i wychował na wyścigach na Służewcu, tam mieszkał, tam dorastał, żył cały czas życiem wyścigów, otwierał i zamykał kolejne sezony gonitw, pracując jako lekarz żalogi. Jego nowe mieszkanie nie mogło być nigdzie indziej, niż na Służewcu. Zawsze zapraszał na Wielką Warszawską, służył dobrymi „typami” z pewnego źródła.

Podstawówkę skończył na Mokotowie, tam też liceum Reytana, potem w roku 1965 w dniu 30 lipca zameldował się na Źródłowej 52 w Wojskowej Akademii Medycznej i trafił pod opiekę ppłk Edmunda Ciemiora, żołnierza frontowego i st. sierżanta Bolesława Sąsiadka, żołnierza frontowego z zaliczonym pobytem na Syberii. Obydwaj Dowódcy przeszli twardą szkołę życia, doszli do Berlina, a czego

ich nauczono, starali się to przekazać podchorążym. Los chłopaków z kursu VIII Ciemiorów nie był łatwy, jak w znanej książce „Jak hartowała się stal”.

Po promocji w roku 1971 i po stażu na Szaserów trafił Maciek do 33 Składnicy Uzbrojenia Wojsk Lotniczych w Bezwoli na „ścianie wschodniej”, na wschód od Radzyna Podlaskiego, przy strategicznej linii kolejowej. We wsi były, co prawda, liczne zabytki – dwór Andryczów z XIX wieku, cerkiew unicka i kościół katolicki, a nawet zespół poplebański, ale nie było tam ani jego żony Anki, ani też żadnych perspektyw na przyszłość. Na szczęście zabawił tam tylko pół roku i do prawdziwego wojska, do 3 Dywizjonu Ogniwego OPK przeniesiono Go do Nadarzyna pod Warszawą, gdzie spędził 6 lat, których nie zmarnował robiąc „jedynekę” z interny i OOW, obydwie specjalizacje bardzo Mu się w przyszłości przydały. Potem wrócił, na długie lata, na Szaserów, gdzie związał się z Zakładem Transfuzjologii i Transplantologii, gdzie uzyskał drugi stopień specjalizacji z chorób wewnętrznych oraz z transfuzjologii, doktorat nauk medycznych i został kierownikiem pracowni. Potem, nadal na Szaserów, przez 6 lat był kierownikiem grupy organizacyjnej 2 Bazy Szpitalnej Frontu – tak, były takie struktury w wojskowej służbie zdrowia! I tak jak świetnie radził sobie z pracą lekarza, tak samo świetnie radził sobie z ogromnymi zadaniami planistycznymi. Ostatnie 6 lat zawodowej służby wojskowej spędził „SzeŃ” w Szefostwie i Zarządzie Wojskowej Służby Zdrowia,



gdzie kierował oddziałem organizacji ochrony zdrowia. Tutaj dopadła Go reorganizacja, czyli odejście ze służby. Zawsze pogodny, spokojny, dobrze zorganizowany, był podporą każdej instytucji, w której pracował. W cywilu powrócił do transfuzjologii, tym razem w szpitalu Uniwersytetu Medycznego na Banacha w Warszawie, w klinice transplantologii, kierowanej przez kolejnego „Ciemiora”, prof. Wiesława „Marinesa” Jędrzejczaka, któremu oddał swoje duże doświadczenie medyczne i organizacyjne. Przez całe swoje zawodowe życie pracował w spółdzielni lekarskiej na Grochowie, której był założycielem oraz w domu opieki na Służewie, gdzie zajmował się pacjentami starymi i chorymi na Alzheimera.

Wszędzie był ceniony za swoją wiedzę i lubiany za dobre serce i optymizm, którym emanował i potrafił zarazić innych.

Zawsze uśmiechnięty, ale uparty i konsekwentny w realizacji swoich planów. Dobry oficer z zasadami, dobry Kolega, Przyjaciół na którym zawsze można było polegać.

Szczerze zaangażowany w spotkania „Ciemiorów” – których nazwę „Spędy” wymyślił właśnie On.

Ze względu na swój stosunek do świata, spokój, rozagę i rozsądek już na WAM. zyskał sobie

przydomek „SzeŃ”, ale nigdy nie mówiliśmy do Niego „SzeŃie”, ale „SzeŃ” – słuchaj „SzeŃ”, co byś radził „SzeŃ”, jak uważasz „SzeŃ”? I „SzeŃ” słuchał, dobrze poradził i powiedział co uważa. Można było do Niego zwrócić się z każdym problemem i uzyskać, spokojną, rozważną i sensowną odpowiedź. Pamiętam, gdy przed laty tzw. transformacja zaczynała się od pomysłów na redukcję armii i hiobowe wieści głosiły, że będą zabierać emerytury, mieszkania a nawet i żony, koledzy zwrócili się do „SzeŃa” –co robić „SzeŃ”? – odpowiedź brzmiała – Panowie, żadnych gwałtownych ruchów, nie ułatwiać im restrukturyzacji!. I ten, kto zachował spokój, doczekał w armii emerytury, jak na razie nie zabranej, a kto się pospieszył, narzeka teraz – a trzeba było posłuchać „SzeŃa”! Gdy swego czasu otrzymałem propozycję przejścia do Szefostwa

Służby Zdrowia i zwróciłem się z pytaniem – co robić „SzeŃ”? , kazał mi napisać na kartce, gdzie pracuję dodatkowo i ile zarabiam, spojrzał na nią i stwierdził – z tego, tego i z tego musiałbyś zrezygnować, gdyż nie będziesz miał czasu. Daj sobie spokój, ubezpiecz się dodatkowo i zapomnij o propozycji. I tak zrobiłem, pracuję, gdzie pracuję, a ubezpieczenie już odebrałem! Dziękuję Ci, „SzeŃ”!

Walczył z przewlekłą chorobą przez długie lata, z różnym skutkiem, pełen nadziei na pomyślny finał, załamywał się, brnął uparcie dalej, powstawał jak „Wańka-Wstańka” /cytat z listu „Marinesa”/ i ... wracał do siebie.

Aż nie wrócił!

Żegnaj „SzeŃ”!

W imieniu „Ciemiorków”
Włodzimierz „Wowka” Kuźma

W dniu 23 lipca br. po mszy żałobnej w kościele św. Katarzyny na warszawskim Służewie kilkaset osób odprowadziło Maćka na miejscowy cmentarz, przyjechali z całej Polski. Swojego Kolegę żegnało kilkunastu Ciemiorków. Byli Jego współpracownicy ze wszystkich instytucji, w których w swoim życiu pracował. Pododdział honorowy prezentował broń, przebrzmiało echo salwy honorowej. Przy warokcie werbla trumnę opuszczono do grobu. Trębacz grał „Śpij kolego w ciemny grobie”, sygnał trąbki płynął z cmentarnego wzgórza, docierając do rodzinnego Służewca. Maćka był ochrzczony w tym samym kościele św. Katarzyny, najstarszej parafii na terenie Warszawy.

W ten sposób ziemską wędrówkę Maćka zatoczyła koło.

Śpij spokojnie „SzeŃ”!

Pamięci Doktora Tomasza Sowińskiego z Kliniki Ortopedii WIM

7.11.1966 r. – 24.06.2013 r.

„Tyle było dni, do utraty sił...”

Drogi Tomku,
Pan profesor Tylman na pewno jest dumny z takiego wychowanka, wspaniałego ortopedy, kochającego Męża i Ojca, szlachetnego, bezinteresownego, pełnego delikatności samarytanina, który pochylał się nad każdym cierpiącym.
Odszedłeś Tomku zabierając ze sobą fragmenty naszych życiorysów,
Odszedłeś – choć tyle jeszcze planów niezrealizowanych.
Zostawiłeś nam cząstkę Twego czułego serca
i tę cząstkę serca zachowamy w naszej pamięci.
Zostawiłeś wszystkie dni, które przeżyliśmy wraz z Tobą.
Szczęście, że mieliśmy Takiego Przyjaciela,
Szczęście dla pacjentów, że mieli takiego wspaniałego lekarza...

Trudno uwierzyć, że odszedłeś,
Ty tylko zniknąłeś...

Marek KULEJ
Gabinety Ortopedii i Rehabilitacji
Polikliniki „CePeLek”



34 edycja WMHG



Polska i Brazylia na Medigames w Zagrzebiu

34 edycja WMHG – Światowych Igrzysk Pracowników Służby Zdrowia w tym roku odbyła się w dniach 29.06-06.07 w Zagrzebiu, liczącej ok. miliona mieszkańców stolicy 4,5 milionowej Chorwacji – kraju, z którego niechętnie się wyjeżdża.

Chorwaci to wynalazcy krawata i długopisu, a w centrum miasta mają najkrótszą kolejkę szynową na świecie łączącą 2 poziomy stolicy leżące na różnych wysokościach. Jedzie się nią ok. 40 sekund, a bilet kosztuje 3,5 kuny (ok. 5 zł).

Do Chorwacji wjeżdżaliśmy jako do kraju, który marzy o członkostwie w Unii Europejskiej, a wyjeżdżaliśmy z kraju, który stał się 28 członkiem Unii, z czego jej mieszkańcy byli bardzo dumni i podkreślali to na każdym kroku. Jednocześnie z niekłamnym podziwem podkreślali, że nasz kraj to niekwestionowany lider spośród wszystkich członków Unii walczących ze światowym kryzysem. Jak to czasem warto wyjechać z Ojczyzny, żeby poczuć się z niej naprawdę dumnym, wbrew temu, co często wokół siebie słyszymy.

Do Zagrzebia przyjechało ponad 2 tysiące lekarzy-sportowców z ok. 30 krajów świata.

W tym roku Polacy, szczególnie pływacy, stanowili wyjątkowo silną ekipę. Na 50 metrowym, krytym basenie, stojącym w centrum kompleksu sportowego, wybudowanego w 1986 roku na potrzeby Uniwersjady, na którym odbywały się też Mistrzostwa Europy w Piłce Wodnej przed kilkunastoma laty, dominowaliśmy w większości konkurencji.

Najtrudniej było się z tym pogodzić Belgom, Francuzom, Brazylijczykom.

Mnie udało się stanąć dwa razy na najwyższym podium (złoto na



Dwaj przyjaciele z basenu: Marcos z Brazylii i Krzysztof z Polski

100 m. klasycznym i 200 m. zmien-
nym), trzy razy byłem drugi: 400 i 1500 m. st. dowolnym oraz 50 m st. motylkowym i dwa razy trzeci -100 m. dowolnym oraz w sztafecie 4x50m st. dowolnym, w której do końca walczyliśmy o zwycięstwo z Algierczykami i mieszaną sztafetą francusko-belgijską.

W przyszłym roku 35 zawody WMHG odbędą się w austriackim Wels.

Ze sportowym pozdrowieniem
jedyny reprezentant
Wojskowej Izby Lekarskiej
w pływaniu
lek. **Krzysztof KAWECKI**



Medaliści Medigames, Zagrzeb 2013



Medigames – Zagrzeb 2013, gala zwycięzców

Porady ubezpieczeniowe: NNW SZKOLNE

Zbliża się rok szkolny. W szkole zaproponują mi zakup ubezpieczenia NNW dla mojego dziecka? Czy warto je kupić?

Warto, wśród najważniejszych kwestii związanych z rozpoczęciem roku szkolnego, pomyśleć o ubezpieczeniu naszych dzieci w wieku szkolnym oraz studiujących. Ubezpieczenie Następstw Nieszczęśliwych Wypadków dla dzieci i młodzieży szkolnej (NNW) jest powszechnie kupowane przez rodziców, zwykle jednak nie jest to świadomy wybór. Nie znamy nawet zakresu ochrony, najczęściej nie jesteśmy informowani nawet o sumach ubezpieczenia. Przecież ubezpieczenie NNW zawarte w przemyślany sposób jest bardzo potrzebnym ubezpieczeniem, z którego warto korzystać.

Ubezpieczenie NNW obejmuje swoim zakresem nieszczęśliwe wypadki, jakim nasze dzieci mogą ulec nie tylko w czasie nauki, pracy lub pobytu w placówce oświatowej, ale również w wypadki w życiu prywatnym. Ochrona ubezpieczeniowa obejmuje także zdarzenia powstałe podczas obozów, kolonii, zielonych szkół oraz praktyk studenckich i szkolnych.

Przed czym, powinniśmy się chronić?

Najczęstszymi zdarzeniami wśród dzieci i młodzieży są urazy narządów ruchu, złamania, zwichnięcia, które mogą pociągać za sobą długotrwałe leczenie i rehabilitację. Często dzieci rekreacyjnie czy wyczynowo uprawiają różne rodzaje sportów. To dodatkowe

ryzyka przed którymi powinniśmy je chronić.

Jak sprawdzić czy ubezpieczenie zapewnia ochronę jakiej potrzebujemy?

Teoretycznie najkorzystniejsze warunki takiego ubezpieczenia dla dziecka powinniśmy uzyskać w szkole, przystępując do ubezpieczenia w formie grupowej. Niestety, najczęściej decyzja w sprawie wyboru ubezpieczenia nie jest dokonywana w oparciu o analizę zakresu ochrony lecz zupełnie przypadkowo – na przykład dlatego, że szkoła zyskuje dodatkowy benefit czy nauczyciele dodatkowe zniżki.

Najczęściej konsekwencją takiego wyboru ubezpieczenia są zbyt niskie limity w odniesieniu do najważniejszego elementu oferty, czyli trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku lub też niepełny zakres ochrony w tym obszarze. Sugerujemy, aby wybierać ubezpieczenie ze świadczeniem w wysokości minimum 200 zł za każdy 1% trwałego uszczerbku. Ponadto, częstą praktyką jest ubezpieczenie wyłącznie trwałego uszkodzenia ciała, które z kolei gwarantuje wypłatę świadczenia wyłącznie w przypadku najcięższych urazów, podczas, gdy prawidłowo skonstruowane ubezpieczenie powinno gwarantować wypłatę 1% sumy ubezpieczenia za każdy 1% trwałego uszczerbku.

Jeśli nasze dziecko dodatkowo jest aktywne fizycznie, w szczególności jeśli trenuje wyczynowo, powinniśmy zwrócić szczególną uwagę czy ryzyka związane z takim uprawianiem sportu są pokryte

przez ubezpieczenie, zwykle w najbardziej standardowych produktach są niestety wyłączone z odpowiedzialności ubezpieczyciela.

Jak poradzić sobie z kwestią dobrego ubezpieczenia nie będąc znawcą tematu?

Po pierwsze produkty takie dostępne są online na Portalu Ubezpieczeniowym dla Członków Izby (wejście przez stronę główną). W zależności od naszych potrzeb, możemy wybrać jeden z trzech wariantów ubezpieczenia. Porównanie tych wariantów jest przedstawione w bardzo prosty i syntetyczny sposób, tak, aby od razu móc podjąć decyzję. Sam zakup ubezpieczenia to też bardzo prosta i szybka czynność, która nie powinna nam zająć więcej niż 2-3 minuty.

Ponadto, w miarę naszych możliwości chyba warto zachęcić dyrektorów szkół do korzystania przed zakupem ubezpieczenia NNW z porad profesjonalnych pośredników - brokerów ubezpieczeniowych.

A jeśli jestem już objęty ubezpieczeniem NNW?

Warto pamiętać, że w przypadku ubezpieczeń osobowych możliwa jest kumulacja świadczeń – co oznacza, że jeśli mamy kilka ubezpieczeń NNW możemy liczyć na wypłatę kilku świadczeń z tytułu jednego zdarzenia. Świadczenia te są wypłacane niezależnie od świadczeń ZUS czy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych.

WYPRZEDŹ NOWOTWÓR

Już dziś serdecznie zapraszamy!

wszystkich zainteresowanych **lekarzy Podstawowej Opieki Zdrowotnej** na **REGIONALNE SPOTKANIA EDUKACYJNE** z lekarzem specjalistą urologiem.

Harmonogram spotkań www.mms.net.pl

Uznając kluczową rolę lekarzy rodzinnych w wykrywaniu, a co za tym idzie w wyleczalności nowotworu, przygotowaliśmy autorski projekt spotkań edukacyjnych poświęcony tematyce wczesnego wykrywania raka gruczołu krokowego i aspektów związanych z jego leczeniem. Warsztaty mają charakter otwarty **(28 bezpłatnych spotkań w całej Polsce)** i prowadzone będą przez lekarzy specjalistów urologów w wybranych placówkach medycznych.

W przypadku jakichkolwiek pytań prosimy o kontakt z biurem organizatora Programu MMS Sp. z o.o., pod numerem telefonu **042 634-65-90**

Z wyrazami szacunku,
Organizator Programu



Medical Marketing Services®

AstraZeneca

Program edukacyjny sponsorowany przez AstraZeneca.

ONCO/13/07/12_edu



„Kiedy wydaje się, że wszystko się skończyło,

wtedy dopiero wszystko się zaczyna”

(Ks. Jan Twardowski)

MOŻESZ IM POMÓC GODNIE ODEJŚĆ



Hospicjum stacjonarne
Caritas Archidiecezji Warszawskiej
przeznaczone jest dla osób w ostatnim
stadium choroby nowotworowej.

Rocznie obejmujemy opieką
blisko 250 pacjentów,
zapewniając im opiekę medyczną,
psychologiczną, socjalną i duchową.
Troską objęci są także najbliżsi chorego.
Dla dalszego sprawnego funkcjonowania
Hospicjum potrzebuje
materialnego wsparcia.

WSPÓLNIE MOŻEMY WIĘCEJ!

WPLAĆ DAROWIZNĘ NA KONTO:

BANK PKO S.A.

11 1240 1066 1111 0000 0006 0961

z dopiskiem:

„na hospicjum stacjonarne”



Ośrodek Działalności Leczniczej Caritas Archidiecezji Warszawskiej,
ul. Krakowskie Przedmieście 62, 00-322 Warszawa, tel. 22 826 56 04