



Nr 11/2015 (304) listopad 2015

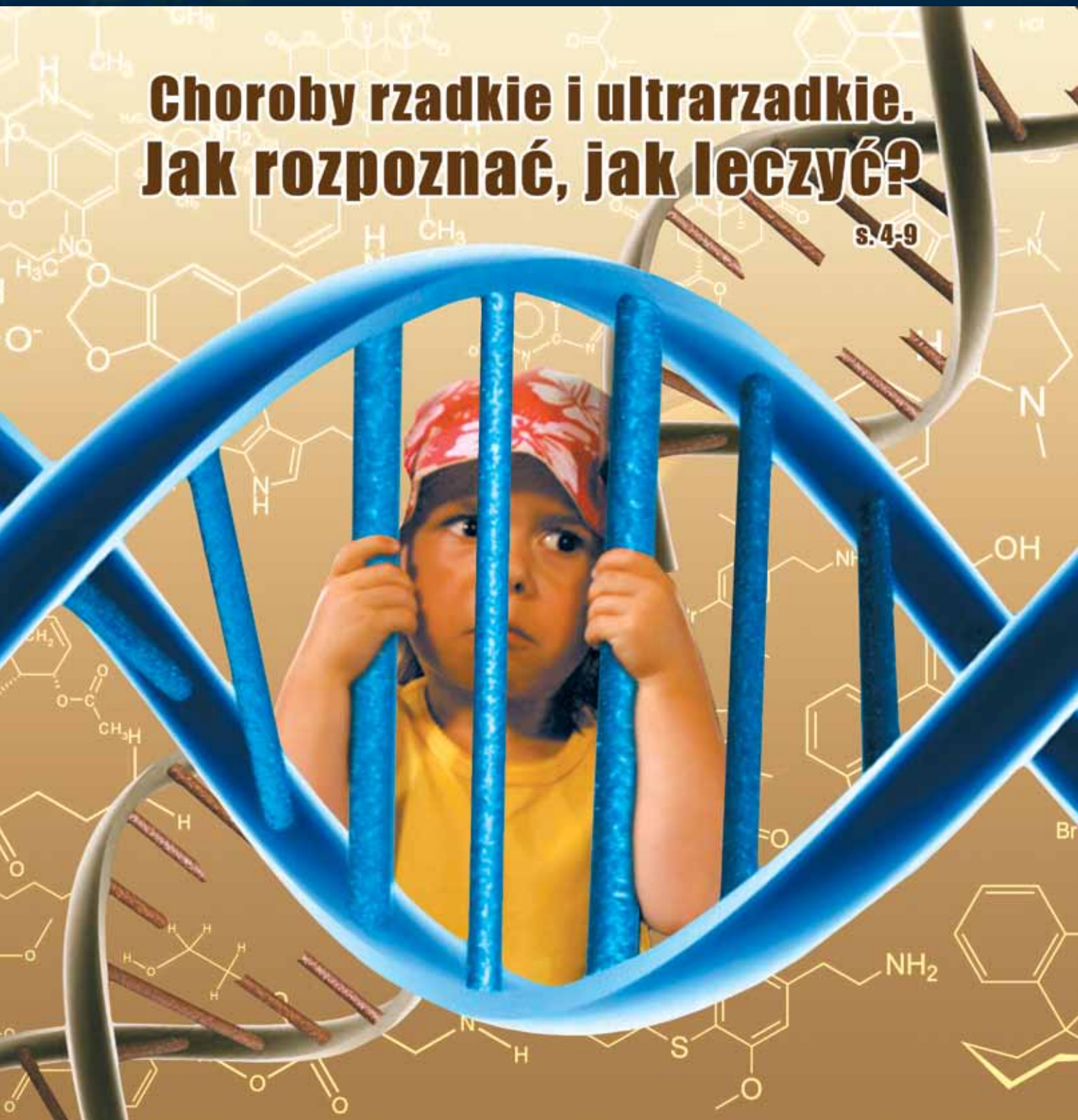
MEDIUM

ISSN 1425-9397

Gazeta Dolnośląskiej Izby Lekarskiej

Choroby rzadkie i ultrarządki. Jak rozpoznać, jak leczyć?

s. 4-9



Serdecznie zapraszamy Państwa do udziału
w Konferencji Naukowo-Szkoleniowej pt.:

PROGRAM KONFERENCJI
„STANDARY W KARDIOLOGII 2015”



STANDARY W KARDIOLOGII 2015

05.12.2015

Centrum Kongresowe Politechniki Wrocławskiej
Wrocław ul. Janiszewskiego 8
Budynek D20, wejście główne, sala nr 10 (parter)

Patronat Naukowy:
Prof. Waldemar Banasiak i Prof. Piotr Ponikowski

Dla zainteresowanych zapewniamy bezpłatny parking w PASAŻU GRUNWALDZKIM, wjazd od ul. Skłodowskiej-Curie (przy stacji ORLEN). Bilet parkingowy należy podstemplować w Rejestracji Konferencji u organizatora Agencji Batumi.

Uczestnicy Konferencji otrzymają certyfikaty potwierdzające punkty edukacyjne Okręgowej Izby Lekarskiej we Wrocławiu – na podstawie Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dn. 6 października 2004 r. (Dz. U. Nr 231, poz. 2326).

Konferencja skierowana jest do osób uprawnionych do wystawienia recept lub osób prowadzących obrót produktami leczniczymi – podstawa prawna Ustawa z dnia 6 września 2001r. Prawo farmaceutyczne (Dz. U. z 2008, nr 234, poz. 1570).

Udział lekarzy w Konferencji
jest bezpłatny.

KONFERENCJĘ KOORDYNUJE:



tel. 22 885 89 47
e-mail: biuro@batumi-agency.pl
www.batumi-agency.pl

5 grudnia 2015

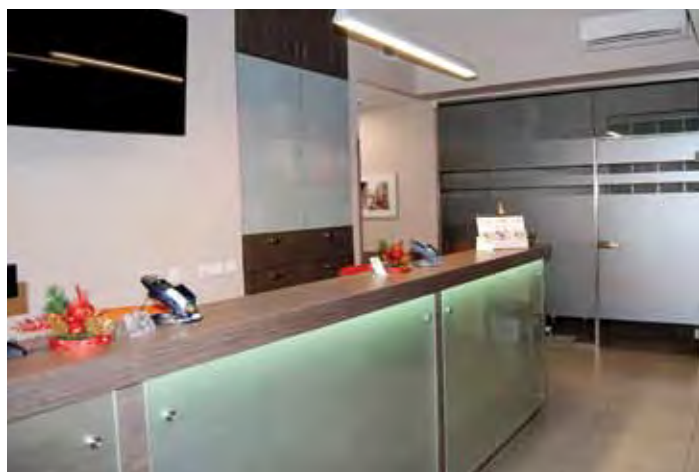
- 08.00-09.00 Rejestracja
09.00-09.05 Otwarcie Konferencji Przewodniczący: prof. Waldemar Banasiak, prof. Piotr Ponikowski, dr med. Jacek Skiba
- 09.05-10.10 I Sesja**
09.05-09.45 **Nadciśnienie tętnicze**
Prof. Andrzej Szuba
Dyskusja
9.45-10.10 **Zatorowość płucna**
Dr med. Robert Zymliński
Dyskusja
- 10.10-10.30 Przerwa kawowa**
10.30-12.20 II Sesja
10.30-11.15 **Migotanie przedsionków**
Prof. Waldemar Banasiak
Dyskusja
11.15-11.45 **Komorowe zaburzenia rytmu i nagły zgon sercowy**
Dr med. Dariusz Jagielski
Dyskusja
11.45-12.20 **Niewydolność serca**
Prof. Piotr Ponikowski
Dyskusja
- 12.20-12.40 Przerwa kawowa**
12.40-13.50 III Sesja
12.40-13.20 **Zaburzenia lipidowe**
Prof. Ewa Jankowska
Dyskusja
13.20-13.50 **Choroba niedokrwienna serca**
Prof. Krzysztof Reczuch
Dyskusja
13.50-14.00 **Zakończenie Konferencji**
14.00 Poczęstunek

POWIERZCHNIA DO WYNAJĘCIA/SPRZEDAŻY PRZYCHODNIA GABINETY LEKARSKIE LOKAL USŁUGOWO-HANDLOWY

329 m²

ul. Borowska 242 we Wrocławiu
(naprzeciwko Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego
we Wrocławiu)

kontakt: 71/356 40 20, 605 959 459



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

SPIS TREŚCI

CHOROBY RZADKIE I ULTRARZADKIE:

- » Choroby rzadkie i ultraradkie. Jak rozpoznawać, jak leczyć? 4
- » Od genów do społeczeństwa 7

LEKARZ A FUNDUSZE UNIJNE:

- » Przychodzi dotacja do lekarza Bal Sylwestrowy 10
- » 12

LEKARZ KONTRA DZIENNIKARZ:

- » Reakcja na krytykę prasową w obronie dobrego imienia 14
- » Lekarz kontra dziennikarz 18

PUŁAPKI CODZIENNEJ PRAKTYKI LEKARSKIEJ:

- » Skąd się biorą pomyłki diagnostyczne w ginekologii 21

NASI STOMATOLODZY:

- » VI Łódzkie Spotkania Stomatologiczne 24
- » Niezwykłe spotkanie kobiet 25
- » „Być kobietą, być kobietą”. Podaruj sobie piękno, 2.10.2015 r. – fotoreportaż 26

WYDARZYŁO SIĘ:

- » Rok akademicki 2015/2016 rozpoczęty 28
- » Bieg Uniwersytetu Medycznego zrobił wielkie BUM i o tym chcemy mówić! 30
- » Lekarski piknik rodzinny 31
- » Członkowie Koła Seniorów DIL w Jeleniej Górze na wycieczce w Sychrowie 31
- » Kongres Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego za nami 32
- » „Wawrzyn Lekarski” dla zespołu, którym kierował prof. A. Maciejewski 33
- » Współpraca na linii pediatra – lekarz POZ konieczna 34
- » Sepsa jest powszechna i interdyscyplinarna 35

Prawo na co dzień 36

Uchwały Prezydium DRL 37

Orzeczenie TK w sprawie klauzuli sumienia 37

Zjazdy absolwentów AM we Wrocławiu 38

Konferencje i szkolenia 39

Konferencja stomatologiczna 40

Felietony 41

WSPOMNIENIA POŚMIERTNE:

- » Lek. Elżbieta Maria Gołąbek 42
- » dr n. med. Henryk Maciąg 43
- Pro memoria 44
- Odeszli od nas 47
- Ogłoszenia i komunikaty 48
- Ogłoszenia drobne 50

Komentarz aktualny



Fot. z archiwum „Medium”

Październik nasze środowisko rozpoczęło „na sportowo” – pierwszą edycją Biegu Uniwersytetu Medycznego. Spod Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego przy ul. Borowskiej, w słoneczną pierwszą sobotę tego miesiąca, w dziesięciokilometrową trasę wyruszyło ponad 800 uczestników. Do mety dotarło 599 osób. Impreza była prawdziwym świętem biegowym i sukcesem organizatorów, a na zwycięzców w kategorii „Lekarze” czekały nagrody ufundowane przez Dolnośląską Radę Lekarską. Dobre pomysły warto kultywować, więc za rok – 1 października – znowu będzie okazja wybiec na ulice Wrocławia pod szyldem BUM i mam nadzieję, że w ramach realizacji strategii Dolnośląskiej Izby Lekarskiej impreza ta zostanie na stałe wpisana do naszego kalendarza. Więcej o biegu na s. 30-31.

O tym, jak w praktyce radzić sobie z pakietem onkologicznym, debatowali w Szklarskiej Porębie onkolodzy, lekarze rodzinni oraz specjaliści ambulatoryjni na konferencji zorganizowanej przez Związek Pracodawców Ochrony Zdrowia przy współudziale Dolnośląskiej Izby Lekarskiej. Okazuje się, że nasze specjalizacje poszły już tak daleko, że czasem trudno znaleźć wspólny język w kwestiach fachowych, a porozumieniu nie sprzyja coraz bardziej komplikowany przez organizatorów usług medycznych system ich świadczeń. Najlepszym tego przykładem jest właśnie... pakiet onkologiczny. Przepisy przepisami, a dogadać muszą się sami lekarze, co rozumieją pod poszczególnymi pojęciami i jak najlepiej można wykorzystać ten system dla pacjenta. Jedną z ważniejszych konkluzji tej konferencji to wola stworzenia czegoś w rodzaju platformy „online”, dzięki której, szczególnie w nietypowych przypadkach, lekarze pierwszego kontaktu mogliby wspólnie z onkologami ustalać najlepszą formę pomocy danemu pacjentowi. Trzymamy kciuki!

Na szczeblu europejskim znowu odnieśliśmy środowiskowy sukces: na czele lekarzy Europy, czyli Europejskiej Unii Lekarzy Specjalistów (UEMS) ponownie stanął Polak, prof. Romuald Krajewski, neurochirurg z Warszawy oraz wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej. Reelekcji dokonano podczas dorocznego posiedzenia plenarnego UEMS 16 października br., które tym razem odbyło się w Warszawie. Organizacja ta jest stowarzyszeniem największych 30 krajowych organizacji reprezentujących lekarzy specjalistów w państwach członkowskich Unii Europejskiej i Europejskiego Obszaru Gospodarczego. W strukturze UEMS działa Europejska Komisja Akredytacji Doskonalenia Zawodowego (EACCME), która prowadzi akredytację zdarzeń edukacyjnych oraz szkoleń udostępnianych w internecie i zapewnia wymiennosc punktów edukacyjnych w UE, USA i Kanadzie. Prof. Krajewski skutecznie przekonał 23 z 27 ekip europejskich o potrzebie wzmocnienia roli krajowych towarzystw specjalistycznych w komisjach egzaminacyjnych, które określają programy i standardy kształcenia lekarzy specjalistów, wymagania dla ośrodków prowadzących szkolenie, a także organizują wysoko cenione, europejskie egzaminy specjalizacyjne. To podobno przeważały o jego zwycięstwie – zobaczymy, jak te postulaty przełożą się na praktykę, szczególnie na naszym krajowym gruncie, bo jak na razie w przypadku większości specjalizacji, szczególnie na testach, trwa od lat tradycyjna, egzaminacyjna łapanka, czego to delikwent się nie douczył, zamiast rzetelnego sprawdzania wiedzy medycznej.

Październik zaczęliśmy rywalizacją sportową, a kończymy rywalizacją... wyborczą. Po otrzymaniu tego numeru będzie już zapewne niemal wszystko jasne, albo niewiadome... w zależności od naszych osobistych, politycznych sympatii i antypatii. Kampania wyborcza, już tradycyjnie, pełna była pustych, a czasem i nieuczciwych, obietnic. To zawsze będzie rościć mój osobisty sprzeciw, ale mam świadomość, jakie są prawa dzisiejszego marketingu politycznego i jaki wyborca jest najważniejszy z punktu widzenia taktyki kampanijnej dla wyborczych sztabów. Mam nadzieję, że również czytający te słowa rozumieją, że to nie nasz głos jest przy wyborach najważniejszy, albowiem w demokracji decyduje większość, a z pewnością – jak pokazują statystyki – ci, którzy jakkolwiek drogą dzielą się publicznie swoimi przemyśleniami i interesują się opiniami innych są w dramatycznej mniejszości. Cała reszta niestety do wyborów podchodzi niczym do kolejnego popołudniowego serialu, tym razem interaktywnego, bo na zakończenie tego odcinka ma wpływ przez wyrażenie swojego głosu przy urnie. Dlatego rozumiem poniekąd metody stosowane przez partyjne ekipy PR, które tworzą scenariusze pod sprawienie uciechy jak największej liczbie statystycznych „Kowalskich”, choć większości ich nie akceptują, bo są nastawione na krótkotrwały efekt bez refleksji nad ich skutkami długofalowymi. Liczę jednak na coraz większą dojrzałość wybieranych polityków; wszak naszej demokracji stuknęło już ćwierćwiecze, więc mam nadzieję, że nie traktują oni tych kampanijnych obietnic i wzajemnych kuksańców zbyt osobiście, i po sukcesie wyborczym będą kierować się rozsądkiem. Jedno jest pewne: niezależnie od wyniku wyborczego koniec świata nie nastąpi, a nasi pacjenci chorować nie przestaną.

Pawle

Wydawca: Dolnośląska Izba Lekarska, 50-077 Wrocław, ul. Kazimierza Wielkiego 45, tel. 798 80 50, fax 798 80 51, redakcja: 798 80 80, e-mail: redakcja@dilnet.wroc.pl Plus Bank: 25 1680 1235 0000 3000 2153 4508

Józef Lula – redaktor naczelny

Magdalena Janiszewska – redaktor/korekta/oprac. graf./reklama

Wiktor Wołodkiewicz – skład i łamanie

Tomasz Janiszewski – projekt okładki

(źródło grafiki wykorzystanej na okładce: [http://www.flickr.com/photos/4973532326_3e4dafefe_o/Caroline Davis2010](http://www.flickr.com/photos/4973532326_3e4dafefe_o/Caroline%20Davis2010), [http://www.freeimages.com/photos/1437670/Robin Davis](http://www.freeimages.com/photos/1437670/Robin%20Davis))

Kolegium redakcyjne:

Andrzej Wojnar – przewodniczący, Alicja Marczyk-Felba,

Andrzej Kierzek, Krzysztof Wroniecki, Paweł Wróblewski

Redakcja nie odpowiada za treść ogłoszeń, reklam. Nie zwraca materiałów niezamówionych, zastrzega sobie prawo do skracania i adiacji tekstów, opracowania redakcyjnego oraz zmian w tytułach.

Numer zamknięto 28 października 2015 r.

Druk: Zakłady Poligraficzne GREG, ul. Poezji 19, 44-113 Gliwice, tel. 32 234 08 36, fax 32 234 12 70



CHOROBY RZADKIE I ULTRARZADKIE.

Jak rozpoznawać, jak leczyć?

Tekst Anna Latos-Bieleńska

Prof. dr hab. med. Anna Latos-Bieleńska
Kierownik Katedry i Zakładu Genetyki Medycznej UM
im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu, przewodnicząca
Krajowego Zespołu Polskiego Rejestru Wrodzonych
Wad Rozwojowych (PRWWR), kierownik Po-
radni Genetycznej i Laboratorium Centrum Genetyki
Medycznej „GENESIS” w Poznaniu



Fot. z archiwum autorki

Choroby rzadkie – czym są i ile ich jest na świecie oraz w Polsce?

Zgodnie z definicją, choroby rzadkie to choroby zagrażające życiu lub powodujące przewlekłą niepełnosprawność, występujące z częstością 1 na 2000 osób lub rzadziej. Choroby występujące z częstością 1 na 50 tysięcy lub mniejszą, to choroby ultraradkie. Większość chorób rzadkich to właśnie choroby ultraradkie, występujące zazwyczaj z częstością ok. 1 na 100 tysięcy, a opisano wiele chorób ultraradkich występujących z częstością zaledwie 1 na pół miliona lub nawet 1 na milion urodzeń.

Choroby rzadkie mają pewne cechy wspólne: ciężki i zazwyczaj przewlekły przebieg; występowanie niepełnosprawności (intelektualnej i/lub fizycznej); bardzo wysoki koszt diagnostyki i opieki medycznej; ograniczone możliwości wyleczenia (lub ich brak); opóźnione ustalenie rozpoznania, co skutkuje brakiem właściwej opieki medycznej i rehabilitacji, a także brakiem właściwego poradnictwa genetycznego – bardzo ważnego w przypadku chorób rzadkich, ponieważ w wielu z nich istnieje podwyższone ryzyko wystąpienia choroby także u innych osób w rodzinie. Rodziny, w których żyje osoba z chorobą rzadką, są zagrożone wykluczeniem społecznym: chorzy mają utrudniony dostęp do edukacji, a wysokie koszty opieki medycznej i rehabilitacji w połączeniu z ograniczeniem możliwości podejmowania pracy przez oboje rodziców powodują obniżenie statusu socjoekonomicznego całej rodziny. Nie można pomijać innych poważnych skutków społecznych w postaci zwiększonego ryzyka rozpadu rodziny, kiedy, bez pomocy z zewnątrz, rodzina nie radzi sobie z wieloletnią opieką nad osobą ciężko chorą i nierokującą wyzdrowienia.

Ile jest chorób rzadkich? Na to pytanie nie sposób precyzyjnie odpowiedzieć. Liczba znanych do tej pory chorób rzadkich wynosi 5-8 tysięcy. Są to dane szacunkowe, ponieważ lista chorób rzadkich i ultraradkich nie jest zamknięta, każdego tygodnia opisuje się około 5 nowych. Ponadto nie wiadomo, jak choroby rzadkie należałoby liczyć – po poznaniu podłoża molekularnego okazuje się, że pozornie jedna choroba to w rzeczywistości grupa chorób o podobnym fenotypie, a w każdej z nich jest uszkodzony inny gen – zatem czy w dalszym ciągu jest to jedna choroba czy kilka-kilkanaście różnych chorób? Lista chorób rzadkich, a zwłaszcza ultraradkich, pozostanie otwarta i trudno sobie wyobrazić, że kiedykolwiek będzie można ogłosić, że oto opisano ostatnią nieodkrytą dotąd chorobę rzadką – zawsze jest możliwa taka zmiana materiału genetycznego, że wystąpi nowa choroba, niejako „prywatna”.

Z chorobami rzadkimi spotyka się lekarz każdej specjalności, ale nie zawsze o tym wie

Chociaż każda z chorób rzadkich, a zwłaszcza ultraradkich, charakteryzuje się niską częstością występowania, to ich ogromna liczba sprawia, że cierpi na nie od 6 do 8 proc. populacji. Zatem na chorobę rzadką lub ultraradką choruje około 2,3-3 miliony mieszkających w kraju Polaków, a całkowita liczba osób dotkniętych chorobami rzadkimi w UE to 27-36 milionów.

Różnorodność kliniczna chorób rzadkich jest zadziwiająca: mogą to być zespoły wad i izolowane wady rozwojowe, niepełnosprawność intelektualna, choroby neurologiczne, dermatologiczne, okulistyczne, kardiologiczne, nefrologiczne, endokrynologiczne i inne. Choroby rzadkie to również niektóre rzadko występujące nowotwory, choroby autoimmunologiczne czy

choroby zakaźne. Z chorobami rzadkimi zetknie się zatem lekarz każdej specjalności. Szczególnie wyczulony na choroby rzadkie powinien być pediatra – 50 proc. chorób rzadkich dotyczy dzieci, ok. 30 proc. chorych na chorobę rzadką umiera przed 5. rokiem życia, choroby rzadkie są odpowiedzialne za 30 proc. hospitalizacji w szpitalach dziecięcych i 40-45 proc. zgonów przed 15 r.ż. Ale choroby rzadkie to także choroby wieku dorosłego, należy do nich 10-25 proc. chorób przewlekłych u dorosłych. Wśród dorosłych z chorobami rzadkimi są zarówno osoby, u których choroba wystąpiła w wieku dziecięcym, jak również tacy, którzy zachorowali już w wieku dojrzałym.

Aż 80 proc. chorób rzadkich to choroby genetyczne, dlatego lekarze genetycy są tymi, którzy najczęściej ustalają rozpoznanie choroby rzadkiej. Należy przypomnieć zasadę, że każda choroba, której objawów nie można wyjaśnić, w której typowe leczenie nie odnosi skutków, powinna budzić podejrzenie, że jest to rzadka choroba genetyczna i takiego pacjenta należy skierować do poradni genetycznej. Podobnie do poradni genetycznej należy zawsze skierować pacjentów z wadami wrodzonymi (izolowanymi lub mnogimi) oraz pacjentów z opóźnieniem rozwoju lub niepełnosprawnością intelektualną (nie mniej niż 50 proc. ma podłoże genetyczne). W obu grupach jest wielu pacjentów z chorobami rzadkimi.

Jakie są współczesne możliwości diagnostyki chorób rzadkich na świecie i w Polsce?

Postęp medycyny, w tym coraz precyzyjniejsze metody obrazowania i zaawansowane badania biochemiczne, przyczynia się w ogromnym stopniu do poprawy diagnostyki chorób rzadkich. Ponieważ ok. 80 proc. chorób rzadkich to choroby genetyczne, szczególną rolę w ustalaniu rozpoznania odgrywa diagnostyka genetyczna. Wiele chorób rzadkich jest uwarunkowanych jednogenowo i w miarę poznawania podłoża molekularnego poszczególnych chorób rzadkich opracowywane są dedykowane im testy genetyczne. W prostszych przypadkach (mały gen, zdefiniowane mutacje) wystarczy metoda PCR i sekwencjonowanie metodą Sangera. Wiele takich testów z powodzeniem funkcjonuje, także w Polsce. W chorobach heterogennych genetycznie lub o nieustalonym dotąd podłożu molekularnym konieczne jest inne podejście diagnostyczne. Dwie metody badań genetycznych szczególnie przyczyniły się do poprawy diagnostyki genetycznie uwarunkowanych chorób rzadkich.

Pierwsza z nich to metoda oparta na technologii mikromacierzy, mogą to być mikromacierze typu aCGH lub SNP. Mikromacierze aCGH pozwoliły wykazać, że wiele (średnio ok. 20 proc.) chorób rzadkich związanych z wadami rozwojowymi lub opóźnieniem rozwoju jest spowodowanych submikroskopowymi zmianami w chromosomach, są to warianty liczby kopii (CNV – Copy Number Variations). CNV to rodzaj zmienności w genomie człowieka (inny rodzaj zmienności w genomie człowieka to SNP – Single Nucleotide Polymorphism), mogą być różnej wielkości, są to delecje, duplikacje, złożone rearanżacje obejmujące pojedyncze geny, ale także kilka, kilkanaście, kilkadziesiąt i więcej genów. Dlatego badanie metodą mikromacierzy aCGH jest obecnie wprowadzane jako badanie genetyczne z wyboru w diagnostyce genetycznej u dzieci z wadami i/lub opóźnieniem rozwoju. W Polsce jest niewiele ośrodków prowadzących diagnostykę metodą mikromacierzy aCGH, ale liczba ich rośnie i podejmowane są starania, żeby badanie aCGH znalazło się w koszyku badań objętych refundacją NFZ jako metoda diagnostyki genetycznej pierwszego wyboru w wymienionych sytuacjach klinicznych.

Drugą metodą jest sekwencjonowanie następnej generacji (Next Generation Sequencing – NGS). NGS to sekwencjono-

wanie o olbrzymiej wydajności, co umożliwia badanie całego eksomu (wszystkich sekwencji kodujących), a nawet całego genomu. Stosowane są różne strategie, mogą to być tzw. badania panelowe, kiedy stosowane jest badanie wielu (dziesiątków, setek) genów dobranych pod kątem sytuacji klinicznej (np. związanych z niepełnosprawnością intelektualną) lub od razu badanie wszystkich genów lub całego genomu. Ta metoda przyczyniła się już do identyfikacji podłoża genetycznego wielu chorób jednogenowych, także u polskich pacjentów, ale znaczna liczba chorób rzadkich czeka jeszcze na zbadanie. NGS wchodzi także do Polski i można oczekiwać szerokiego stosowania – na razie w ramach badań naukowych, a w przyszłości konieczne jest także określenie sposobu finansowania diagnostyki genetycznej opartej na NGS. W wielu krajach świata NGS jest niezastąpioną metodą diagnostyczną i udowodniło swoją wielką przydatność w diagnostyce chorób rzadkich.

Należy podkreślić, że nie sprawdziły się przewidywania, że badania genetyczne zastąpią ocenę fenotypu pacjenta i rozpoznanie kliniczne. Co prawda obok tradycyjnego podejścia diagnostycznego „od fenotypu do genotypu” pojawiło się nowe „od genotypu do fenotypu”, ale ostateczne wnioski co do znaczenia stwierdzonych zmian genetycznych i korelacji genotyp-fenotyp wyciąga klinicysta w ścisłej współpracy z biologiem molekularnym.

”

Chociaż każda z chorób rzadkich, a zwłaszcza ultrarazadkich, charakteryzuje się niską częstością występowania, to ich ogromna liczba sprawia, że cierpi na nie od 6 do 8 proc. populacji. Zatem na chorobę rzadką lub ultraradką choruje około 2,3-3 miliony mieszkańców w kraju Polaków, a całkowita liczba osób dotkniętych chorobami rzadkimi w UE to 27-36 milionów.

“

Ośrodki referencyjne dla chorób rzadkich – to właściwy kierunek opieki medycznej

Wielkie znaczenie mają ośrodki referencyjne dla poszczególnych chorób rzadkich, w których lekarze, posiadający duże doświadczenie w diagnostyce i opiece medycznej nad pacjentami z daną chorobą rzadką, mają do dyspozycji także odpowiedni warsztat diagnostyczny. Ośrodki referencyjne to zdecydowanie właściwy kierunek, w jakim zmierza opieka medyczna nad osobami z chorobami rzadkimi. W UE trwają obecnie działania na rzecz zidentyfikowania ośrodków, które mają określone doświadczenie w opiece medycznej nad chorymi z jedną lub grupą chorób rzadkich. Podobne działania przewiduje się w Polsce. Ministerstwo Zdrowia rekomendowało 10 naukowców klinicystów z Polski, reprezentujących różne dziedziny medycyny, w których najczęściej występują choroby rzadkie, do udziału w II European Reference Networks Conference „From planning to implementation”, odbywającej się w Lizbonie w terminie 8-9.10.2015 r. Jednym z głównych tematów konferencji były centra referencyjne dla chorób rzadkich w krajach UE. W tworzeniu planów strategii dla chorób rzadkich aktywny udział biorą Polacy pracujący w urzędach UE – urzędnikiem UE ds. strategii dla chorób rzadkich jest Jarosław Waligóra z Dyrekcji Generalnej ds. Zdrowia i Bezpieczeństwa Żywności (DG SANTE). Spotkanie w Lizbonie nadało kierunek działaniom na rzecz tworzenia centrów referencyjnych w poszczególnych krajach unijnych. Jedną z ważnych spraw było określenie sposobu finansowania takich centrów.



W Polsce już teraz funkcjonują jednostki służby zdrowia, które mogą stać się centrami referencyjnymi. Są to: Instytut-Pomnik Centrum Zdrowia Dziecka (partner w projekcie ORPHANET, koordynatorkami projektu ze strony polskiej są prof. Małgorzata Krajewska-Walasek i prof. Krystyna Chrzanowska), Instytut Matki i Dziecka, wiele klinik uniwersytetów medycznych specjalizujących się w opiece medycznej nad pacjentami z określonymi grupami chorób rzadkich, we współpracy z laboratoriami genetycznymi dysponującymi szerokim zakresem testów genetycznych, w tym technologią mikromacierzy i NGS. Obserwuje się tworzenie jednostek klinicznych mających w nazwie „choroby rzadkie” – ośrodek chorób rzadkich powstał już w Krakowie, a ostatnio także w Gdańsku (prof. Janusz Limon, dr hab. Jolanta Wierzbą).

”

Podstawą wszelkich działań na rzecz pacjentów z chorobami rzadkimi jest identyfikacja wszystkich osób z daną chorobą rzadką na terenie kraju. Dopiero wtedy będzie można określić zapotrzebowanie na określoną opiekę medyczną, przygotować kadre, zaplecze diagnostyczne i kliniczne, zaplanować odpowiednie środki finansowe. Rolę taką spełniają rejestry chorób rzadkich (...). Jednym z istniejących rejestrów, które mogą spełniać rolę rejestru dla określonej grupy chorób rzadkich, jest Polski Rejestr Wrodzonych Wad Rozwojowych (PRWWR).

“

Rejestry chorób rzadkich – podstawa planowania opieki medycznej i nie tylko

Podstawą wszelkich działań na rzecz pacjentów z chorobami rzadkimi jest identyfikacja wszystkich osób z daną chorobą rzadką na terenie kraju. Dopiero wtedy będzie można określić zapotrzebowanie na określoną opiekę medyczną, przygotować kadre, zaplecze diagnostyczne i kliniczne, zaplanować odpowiednie środki finansowe. Rolę taką spełniają rejestry chorób rzadkich. Rejestr chorób rzadkich to trudne przedsięwzięcie, wymagające zarówno znaczących środków finansowych, jak również ambitne logistycznie. Nie wydaje się, żeby jeden wspólny dla wszystkich chorób rzadkich rejestr był możliwy i potrzebny. Raczej składałyby się nań rejestry obejmujące poszczególne grupy chorób, a nawet poszczególne choroby. I tak byłyby to rejestry: rzadkich wad wrodzonych, rzadkich chorób neurogenetycznych, rzadkich chorób narządu wzroku, chorób skóry, rzadkich nowotworów itp. Rejestry takie już częściowo istnieją, są prowadzone przez różne jednostki na terenie kraju, obecnie należy te cząstkowe rejestry zidentyfikować, ustalić zakres zbieranych danych i sposób raportowania. Rejestr chorób rzadkich służy nie tylko celom epidemiologicznym, ale gromadzi dane o podłożu molekularnym choroby i opiece medycznej nad pacjentem.

Jednym z istniejących rejestrów, które mogą spełniać rolę rejestru dla określonej grupy chorób rzadkich, jest Polski Rejestr Wrodzonych Wad Rozwojowych (PRWWR). Rejestr ten został utworzony w 1997 roku. Od 5 grudnia 2014 r. – na mocy rozporządzenia ministra zdrowia – istnieje obowiązek zgłaszania wrodzonych wad rozwojowych do tego rejestru. PRWWR obejmuje cały kraj, zbiera informacje o wadach wrodzonych rozpoznanych do ukończenia przez dziecko 2. roku życia. Zespół centralny i baza danych PRWWR są zlokalizowane w Katedrze i Zakładzie Genetyki Medycznej UM w Poznaniu, a w bazie danych znajdują się informacje dotyczące ponad 140 tys. dzieci z wadą rozwojową/zespołem wad. W woj. dolnośląskim działa Wojewódzki Zespół PRWWR, którego przewodniczącą była przez wiele lat prof. Elżbieta Gajewska, obecnie jest nią dr n. med. Małgorzata Czyżewska. Ponieważ aż 20-25 proc. chorób rzadkich związanych jest z wadą rozwojową

lub mnogimi wadami, PRWWR, uzupełniony o dodatkowe informacje, może być gotowym rejestrem tej grupy chorób rzadkich.

Istotnym problemem jest sposób kodowania chorób rzadkich. W Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 uwzględniono zaledwie ok. 200 chorób rzadkich. W ICD-11 kodowanie chorób rzadkich będzie już uwzględnione, ale obecnie należy stosować kody ORPHAN, dedykowane chorobom rzadkim. W czerwcu 2014 roku w Orphanet Report Series opublikowano listę chorób rzadkich i synonimów wraz z przypisanymi do nich numerami ORPHA. Obecnie PRWWR wprowadza kodowanie rzadkich wad rozwojowych zgodnie z kodami ORPHA.

Czy Narodowy Plan dla Chorób Rzadkich poprawił dostęp do leczenia pacjentów z chorobami rzadkimi, czy choroby rzadkie i ultraradkie to wciąż choroby „sieroce”?

Narodowy Plan dla Chorób Rzadkich (NPChR) obejmuje sprawy klasyfikacji i rejestru chorób rzadkich, diagnostyki i opieki zdrowotnej dla pacjentów z chorobami rzadkimi, zintegrowany system oparcia społecznego dla chorych na choroby rzadkie i ich rodzin oraz informację, naukę i edukację w zakresie chorób rzadkich. Przewodniczącym Zespołu ds. Chorób Rzadkich w Ministerstwie Zdrowia jest dr n. med. Tomasz Pawłęga. Należy jednak zdawać sobie sprawę, że działania podejmowane w ramach NPChR są długofalowe i efekty w postaci znaczącej poprawy diagnostyki i opieki medycznej dla pacjentów z chorobami rzadkimi nie nadejdą szybko. Ale proces poprawy sytuacji osób z chorobami rzadkimi został rozpoczęty.

Tym, co budzi szczególne emocje, jest sprawa terapii chorób rzadkich. Nadal tylko ok. 1 proc. chorób rzadkich ma jakiegokolwiek leczenie i jest ono niezwykle drogie. Prezes NFZ powołał Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultraradkich (przewodniczący Zespół: prof. Mięczysław Walczak z UM w Szczecinie, konsultant krajowy w dziedzinie endokrynologii i diabetologii dziecięcej), którego zadaniem jest kwalifikowanie i weryfikowanie skuteczności leczenia pacjentów w ramach terapeutycznych programów zdrowotnych (leczenie chorób: Gauchera, Hurler, Pompego, MPS II, MPS VI, hiperhomocysteinemii). Środki finansowe, jakie w kraju są przeznaczone na terapię wybranych chorób rzadkich, są ograniczone, dlatego w Polsce aktualnie nie leczy się np. choroby Niemann-Picka czy Fabry'ego, chociaż w innych krajach UE taka terapia jest zapewniona. Oczekuje się, że w miarę zwiększania środków finansowych kolejne grupy chorych na choroby rzadkie będą obejmowane terapią. Trzeba też zdawać sobie sprawę z tego, że konieczny chłodny obiektywizm ze strony członków Zespołu w ocenie efektów leczenia i przy podejmowaniu decyzji o jego kontynuacji lub zaniechaniu zderza się z emocjonalną oceną i ogromnymi oczekiwaniami rodziców, co rodzi silne napięcia.

Choroby rzadkie to nadal, nie tylko w Polsce, choroby „sieroce”. Ale wiele się zmieniło, także w naszym kraju, w postrzeganiu osób z chorobami rzadkimi. Osoby z chorobami rzadkimi mają coraz więcej odwagi, by uczestniczyć w życiu społecznym, poprawia się także rozpoznawalność chorób rzadkich. Ogromnie ważne jest prowadzenie badań naukowych w obszarze chorób rzadkich, konieczne jest traktowanie badań naukowych dotyczących chorób rzadkich jako priorytetowych. Niektóre województwa (np. wielkopolskie) wpisały choroby rzadkie jako jedną z tzw. inteligentnych specjalizacji. Nie można pominąć działań na rzecz chorych na choroby rzadkie prowadzonych przez Stowarzyszenie Chorych na Mukopolisacharydozę (MPS) i Choroby Rzadkie (prezes – Teresa Matulka), Krajowe Forum Na Rzecz Chorób Rzadkich (prezes – Mirosław Zieliński) czy działające we Wrocławiu Stowarzyszenie na Rzecz Dzieci z Rzadkimi Chorobami Genetycznymi i ich Rodzin „Wspólnie” (prezes – prof. Robert Śmigiel). Początki każdej wielkiej sprawy są trudne, w przypadku chorób rzadkich pierwsze kroki zostały już poczynione.



Od genów do społeczeństwa

Choroby rzadkie związane z zaburzeniem w rozwoju dziecka i wadami wrodzonymi

Tekst Robert Śmigiel

Źródło grafiki: http://www.flickr.com/photos/11116641734_3efba0010e_b/Atos International

Definicje i skala problemu

Choroba rzadka zwana inaczej chorobą sierocą (orphan disorder) oznacza jednostkę chorobową, która występuje w populacji z częstością 1 na 2000 osób lub rzadziej. Czasem nawet częstość występowania tych chorób wynosi 1:100 tysięcy czy 1:500 tysięcy urodzeń – wtedy nazywamy je chorobami ultrazadkami. Zdefiniowano ponad 7 tys. chorób rzadkich, których lista jest nadal otwarta (www.orpha.net). Choroby te mają różnorodne objawy, postępujący przebieg i często niepomyślne rokowanie: obejmują one zespoły wad rozwojowych, niepełnosprawność intelektualną, choroby neurologiczne, dermatologiczne, endokrynologiczne, kardiologiczne, gastrologiczne, okulistyczne, nefrologiczne u dzieci i dorosłych. Większość z nich to choroby uwarunkowane genetycznie, ale są to także stany patologiczne na innym tle, np. teratogeny środowiskowe czy czynniki infekcyjne działające szkodliwie na rozwijający się płód poprzez organizm matki. Spośród czynników genetycznych należy wymienić aberracje chromosomowe, choroby monogenowe, zespoły epigenetyczne oraz zespoły oligo-/poligenowe czy pochodzenia wieloczynnikowego. Każdy lekarz, pielęgniarka, rehabilitant, terapeuta lub inny specjalista w dziedzinach medycznych spotyka się z tymi cho-

robami w swojej praktyce. Choroby rzadkie wymagają wiedzy i doświadczenia specjalistów wielu dziedzin. Opieka nad pacjentami z chorobami rzadkimi, czy to dzieci czy osoby dorosłe, jest nadal bardzo słabo skoordynowana na poziomie służby zdrowia (ambulatoryjnej i szpitalnej), jak i państwowych oraz samorządowych instytucji zajmujących się zdrowiem i opieką społeczną.

”

Częstość występowania na świecie wrodzonych zaburzeń rozwoju wśród dzieci mieści się między 2 a 3 proc. W Polsce, według Polskiego Rejestru Wrodzonych Wad Rozwojowych prowadzonego przez Katedrę Genetyki Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu, ten współczynnik wynosi 200,1 na 10 tys. urodzeń. Natomiast wśród martwo urodzonych noworodków wynosi do 10 proc., natomiast aż około 70 proc. samoistnych poronień w okresie życia wewnątrzmacicznego do 3 miesiąca ciąży wynika z ciężkich wad u płodu.

“

Szacuje się, że w krajach europejskich na choroby rzadkie choruje co najmniej 28 mln obywateli, co obejmuje około 6 proc. populacji. Dlatego motto organizacji pa-

neuropejskiej, skupiającej wiedzę i specjalistów w chorobach rzadkich, brzmi: choroby rzadkie występują rzeczywiście rzadko, ale pacjenci z chorobami rzadkimi są liczni. Choroby rzadkie u dzieci w 65 proc. mają ciężki przebieg i prowadzą do zgonu w pierwszym roku życia u 35 proc. przypadków. Choroby rzadkie ujawniają się u dzieci przed 2. rokiem życia w 70 proc., natomiast w 50 proc. towarzyszy im opóźnienie w rozwoju psychoruchowym i intelektualnym, znacznie upośledzając jakość życia pacjenta i jego rodziny. Wrodzone choroby rzadkie ujawniają się również dopiero w wieku dorosłym, stąd problem chorób rzadkich nie dotyczy tylko pediatrów, ale również internistów.

Specyfika chorób rzadkich

Choroby rzadkie mają swoją specyfikę z punktu widzenia medycznego, społecznego, organizacyjnego i ekonomicznego:

- ograniczona wiedza wśród lekarzy rodzinnych, pediatrów i innych specjalistów, pomimo postępu w diagnostyce i leczeniu chorób rzadkich, co często opóźnia rozpoznanie choroby i właściwe postępowanie;
- specyfika diagnostyczna: metody diagnostyczne są dostępne tylko w wysokospecjalistycznych, akademickich laboratoriach, niejednokrotnie drogie i czasem trudne do udźwignięcia przez szpitale czy poradnie mające kontrakty z Narodowym Funduszem Zdrowia;



- specyfika terapeutyczna: w przypadku większości chorób rzadkich brakuje przyczynowych metod leczenia, brak jest leków na daną chorobę. Nawet jeżeli pojawiają się jakieś naukowe prognozy na znalezienie danego specyfiku, który mógłby ułatwić życie pacjentom z chorobą rzadką, to niejednokrotnie brak jest odpowiedniego zainteresowania firm farmaceutycznych dalszym finansowaniem badań i wdrażaniem leku do praktyki klinicznej z uwagi na niewielką grupę odbiorców w stosunku do złożonych kosztów w nowy projekt farmakologiczny. Z kolei, jeżeli określona firma farmaceutyczna wprowadza dany lek na konkretną chorobę rzadką (lek sierocy), to jego cena jest niebagatelnie wysoka.
- specyfika psychospołeczna: pacjenci i ich rodziny są często pozostawieni sami sobie, czują się osamotnieni i wyłączeni z życia społecznego. Doświadczają niezliczonych przeszkód formalnych na skutek próby dopasowania ich niecodziennych sytuacji do istniejących przepisów. Gubią się w gąszczu informacji medycznych. Z uwagi na złożoność problemu zdrowotnego, dzieci czy dorośli członkowie rodziny z chorobą rzadką wymagają wielu specjalistycznych badań, a ich rodzice/rodzina niejednokrotnie marnuje sporo czasu na samo znalezienie odpowiedniej przychodni specjalistycznej, po czym zarejestrowani oczekują miesiącami na wizytę;
- specyfika organizacyjno-prawna na poziomie państwa i samorządu: choroby rzadkie nadal nie są widoczne w systemie opieki zdrowotnej. Rodzice doświadczają tego na co dzień i wskazują na nierównomierny dostęp do świadczeń zdrowotnych na niekorzyść swoich dzieci/członków rodziny z chorobami rzadkimi.

Wady rozwojowe

Choroby rzadkie w swojej definicji dotyczą większości wrodzonych wad rozwojowych, które obejmują zaburzenia o różnej etiologii, patogenezie czy o różnym momencie ich powstania. Definicja wad rozwojowych obejmuje wady anatomiczne oraz nieprawidłowości w funkcji komórek i tkanek (np. choroby metaboliczne). Mając na uwadze złożoność i precyzję prawidłowego rozwoju embrionalnego człowieka, wielość i różnorodność procesów, które muszą ze sobą współgrać, można zrozumieć, dlaczego powstają wady rozwojowe u człowieka. Jednak nie zawsze znamy dokładny patomechanizm i etiologię konkretnej wady rozwojowej.

Pomimo olbrzymiej poprawy w profilaktyce zaburzeń rozwojowych oraz nieustannej pracy lekarzy i naukowców nad zapobieganiem powstawaniu wad wrodzonych, można powiedzieć, że są one integralną częścią złożonego procesu rozwoju życia człowieka. Możemy i powinniśmy wyraźnie wpływać na czynniki środowiskowe uczestniczące w powstawaniu wad rozwojowych, zmniejszając w ten sposób częstość ich występowania, ale jak do tej pory nie mamy skutecznych i szeroko akceptowanych narzędzi do eliminowania przyczyn genetycznych zaburzeń rozwojowych.

Częstość występowania na świecie wrodzonych zaburzeń rozwoju wśród dzieci mieści się między 2 a 3 proc. W Polsce, według Polskiego Rejestru Wrodzonych Wad Rozwojowych prowadzonego przez Katedrę Genetyki Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu, ten współczynnik wynosi 200,1 na 10 tys. urodzeń. Natomiast wśród martwo urodzonych noworodków wynosi do 10 proc., natomiast aż około 70 proc. samoistnych poronień w okresie życia wewnątrzmacicznego do 3 miesiąca ciąży wynika z ciężkich wad u płodu. Od kilku dekad zaburzenia rozwojowe są coraz częstszą przyczyną hospitalizacji dzieci na oddziałach pediatrycznych oraz wizyt ambulatoryjnych, stanowiąc tym samym poważny problem kliniczny, zarówno diagnostyczny, jak i terapeutyczny.

Geny a choroby rzadkie

Etiologia zaburzeń rozwoju jest bardzo złożona. Zdarza się, że lekarz zajmujący się diagnostyką zaburzeń rozwoju jest w stanie rozpoznać rzadki zespół zaburzeń rozwojowych podczas pierwszej konsultacji (facial gestalt) i znając jego etiologię określić przyczynę jego powstania, ustalić odpowiednie leczenie (jeżeli takowe istnieje) oraz postępowanie rehabilitacyjne, określić możliwe powikłania i współistniejące zaburzenia, określić rokowanie krótko- i długoterminowe oraz udzielić porady rodzinnej rodzicom i najbliższym członkom rodziny. Niejednokrotnie jednak proces diagnostyczny zaburzeń rozwojowych czy chorób rzadkich wymaga długich, pracochłonnych oraz kosztownych badań, które nie zawsze kończą się sukcesem. Nawet w najlepszych ośrodkach dysponujących specjalistami danej dziedziny oraz różnorodnymi, nowoczesnymi metodami diagnostycznymi rozpoznawalność przyczyn chorób rzadkich sięga co najwyżej 60 proc. U pozostałych 40 proc. pacjentów na całym świecie nie jesteśmy w stanie, pomimo postępu medycyny, znaleźć przyczyny choroby rzadkiej, w tym najczęściej zaburzonego rozwoju u dzieci czy wad rozwojowych

(www.undiagnosed.org.uk). Znanych jest kilka tysięcy chorób genetycznych, w których obrazie klinicznym występują zaburzenia rozwojowe u dzieci. Ta mnogość oraz różnorodność zespołów genetycznych, niska częstość ich występowania, zmienność objawów, szczególnie charakterystyczna dla różnego wieku dziecka, powodują trudności w postawieniu ostatego rozpoznania.

Pośród znanych przyczyn zaburzeń rozwojowych wyróżnia się głównie czynniki genetyczne, które z kolei można podzielić na chromosomowe, monogenowe lub poligenowe oraz wieloczynnikowe. Jednak nie wszystkie rozwojowe wady wrodzone wynikają z nieprawidłowości w materiale genetycznym człowieka. Ich pochodzenie może wynikać z ucisku sił mechanicznych na płód czy działania czynników teratogennych pochodzenia zewnętrznego lub wewnętrznego. Poszukując przyczyny zaburzeń rozwoju, istotne jest rozróżnienie wad uwarunkowanych genetycznie od tych wywołanych środowiskowymi czynnikami teratogennymi. W wyniku poprawy opieki prenatalnej i okołoporodowej oraz eliminacji potencjalnie szkodliwych dla płodu czynników infekcyjnych i środowiskowych coraz większe znaczenie w etiopatogenezie zaburzeń rozwoju mają czynniki genetyczne.

Pacjent z chorobą rzadką i jego rodzina a społeczeństwo

Jak mówi motto portalu Orphanet, założonego przez francuski ISERM i będącego konsorcjum zrzeszającym ponad 35 państw Europy, północnej Afryki i Azji Mniejszej, poszczególne rzadkie choroby rzeczywiście występują rzadko, ale pacjenci z rzadką chorobą są liczni. Gdyby na jednej paradzie w samym Wrocławiu zebrały się wszystkie osoby dotknięte problemem wady rozwojowej (osoby z zaburzeniem, ich rodzice, rodziny i najbliżsi), to można byłoby doliczyć się kilkudziesięciu tysięcy osób.

Koszty prowadzenia i leczenia pacjentów z chorobami rzadkimi są ogromne. Dlatego prawie we wszystkich krajach Unii Europejskiej, krajach obu Ameryk i niektórych krajach Azji zostały stworzone specjalne programy narodowe, które upowszechniają wiedzę o chorobach rzadkich w środowisku medycznym i społeczeństwie oraz wspierają logistycznie i finansowo rozwój diagnostyki i leczenie chorób rzadkich, rozwój centrów referencyjnych oraz promują projekty badawcze dedykowane pogłębianiu wiedzy o chorobach rzadkich. W Polsce definicja choroby rzadkiej jest słabo znana. Określenie to nie pada ani razu w Narodowym Programie Zdrowia na lata 2007-2015.

Nie ma go także w „Strategii rozwoju nauki w Polsce do 2015 roku”. W 2012 roku narodziła się idea opracowania Narodowego Planu dla Chorób Rzadkich, którego tworzenie było koordynowane przez Centrum Zdrowia Dziecka w Warszawie. Po przekazaniu propozycji programu do Ministerstwa Zdrowia słuch o nim zaginął. Mimo to działania takie dają nadzieję na poprawę diagnostyki i opieki medycznej nad dziećmi i osobami dorosłymi z chorobami rzadkimi.

Wiedza o istnieniu niektórych chorób rzadkich przedostaje się do opinii publicznej tylko wyrywkowo, zwykle w odniesieniu do pojedynczych, „medialnie interesujących” przypadków (filmy fabularne, programy telewizyjne, artykuły w prasie, społeczne zbiórki funduszy dla chorych dzieci). Większość tych chorób i związane z nimi problemy nie są znane w społeczeństwie i bardzo słabo zidentyfikowane wśród profesjonalistów i samych decydentów. Z fragmentarycznych danych zebranych od polskich rodzin pacjentów z chorobami rzadkimi wynika, że w życiu codziennym nie ma dla nich odpowiedniej pomocy medycznej, administracyjnej i społecznej, ale szczególnie dotkliwy jest brak zrozumienia i oparcia, zarówno ze strony lekarzy, jak i lokalnego środowiska, w którym żyją.

Leczenie i wyleczenie w chorobach rzadkich

Leczenie chorób rzadkich jest w większości przypadków przyczynowe. Postęp w badaniach genetycznych przyczynia się do pierwszych sukcesów w tego typu leczeniu. Szczególnie dotyczy to zastosowania enzymatycznej terapii zastępczej (ERT), która w przypadku kilku chorób staje się standardową terapią. Nie można nie wspomnieć o ok. dwustu badaniach klinicznych, na różnych poziomach zaawansowania, nad terapią genową w chorobach rzadkich. Spis leków sierocych na każdym etapie badań można znaleźć na stronach Orphanetu (www.orphanet.eu/orphacom/cahiers/docs/GB/list_of_orphan_drugs_in_europe.pdf) oraz na stronie: www.clinicaltrials.gov. W Europie dostępnych jest w sprzedaży ok. 1200 substancji dedykowanych ok. 550 chorobom rzadkim. Dostęp do leczenia lekami innowacyjnymi finansowanymi przez NFZ w Polsce w ramach procedur szpitalnych jest jednak bardzo utrudniony. Jediną nadzieją dla pacjentów są programy terapeutyczne, jednak muszą być one zaakceptowane w żmudnej i długiej procedurze Ministerstwa Zdrowia. Dopuszczenie leku do sprzedaży (leki dopuszczone do obrotu na rynek europejski muszą być zatwierdzone przez European Medicines

Agency) nie oznacza, że jest on dostępny we wszystkich krajach członkowskich UE. Po uzyskaniu zgody na sprzedaż właściciel zezwolenia, przed wprowadzeniem leku na rynek, musi w każdym kraju indywidualnie przejść odpowiednie procedury w celu uzyskania warunków refundacji i ustalić cenę leku. Na tym polu Polska ma niestety wiele do nadrobienia. Na rynkach zachodnich dopuszczane są przebadane i zatwierdzone leki w wielu chorobach metabolicznych (np. homocystynuria, tyrozynergia), lizosomalnych (choroba Fabry’ego, Pompego i Gauchera, niektóre mukopolisachrydozy, jak: choroba Hurlera, typ I MPS, choroba Huntera, typ II MPS, choroba Morquo, typ IV MPA, choroba Maroteaux-Lamy, typ VI MPS) i kilku innych, które wchodzą na rynek Polski z dużym opóźnieniem oraz z wielkimi przeszkodami i niejednokrotnie są dostępne w mniejszych dawkach niż te zalecane przez producenta (np. w chorobie Fabry’ego).

Stowarzyszenia pacjentów i ich rodzin

Dopiero od połowy lat 90. żywo rozwija się w Polsce inicjatywa stowarzyszeń rodzicielskich. Ta forma aktywności nie może być marginalizowana ani traktowana jako roszczeniowa. Partnerskie współdziałanie rodziców pacjentów z chorobami rzadkimi ze środowiskiem medycznym, naukowym, samorządowym czy z instytucjami państwowymi ma istotne znaczenie dla poprawy jakości życia osób z chorobami rzadkimi i ich rodzin, a także dla postępu wiedzy w etiologii, patogenezie i terapii chorób rzadkich. Pacjenci z chorobami rzadkimi i ich rodziny stają się najlepszymi specjalistami w zakresie „swojej choroby”. Są w stanie szybko i celnie zidentyfikować przeszkody oraz wskazać optymalne rozwiązania. Głównym celem stowarzyszeń rodzicielskich na rzecz dzieci z chorobami rzadkimi jest wsparcie formalne, administracyjne, merytoryczne, psychologiczne, które ułatwiłoby rodzicom i rodzinom tych dzieci przyjęcie trudnej diagnozy i zaakceptowanie rzeczywistości. Za priorytet uznaje się też wspieranie rodzin poprzez prowadzenie odpowiednich akcji informacyjnych. Ponadto działanie środowisk rodziców dzieci z rzadkimi chorobami służy upowszechnianiu w społeczeństwie definicji choroby rzadkiej.

29 lutego został ustalony w krajach Unii Europejskiej jako Międzynarodowy Dzień Chorób Rzadkich (poza latami przestępnymi jego obchody odbywają się 28 lutego) – jest to wybór nieprzypadkowy, wskazujący jak samotne są choroby rzadkie zarówno w medycynie, jak i społeczeństwie.



Fot. z archiwum autora

Dr hab. Robert Śmigiel, prof. nadzw.

Kierownik Zakładu Pediatrii Społecznej Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu, przewodniczący Zarządu Fundacji L’Arche w Polsce, założyciel Stowarzyszenia Na Rzecz Dzieci z chorobami Rzadkimi i Ich Rodzin „Wspólnie”

” Szacuje się, że w krajach europejskich na choroby rzadkie choruje co najmniej 28 mln obywateli, co obejmuje około 6 proc. populacji. Dlatego motto organizacji paneuropejskiej, skupiającej wiedzę i specjalistów w chorobach rzadkich, brzmi: choroby rzadkie występują rzeczywiście rzadko, ale pacjenci z chorobami rzadkimi są liczni. Choroby rzadkie u dzieci w 65 proc. mają ciężki przebieg i prowadzą do zgonu w pierwszym roku życia u 35 proc. przypadków. Choroby rzadkie ujawniają się u dzieci przed 2. rokiem życia w 70 proc., natomiast w 50 proc. towarzyszy im opóźnienie w rozwoju psychoruchowym i intelektualnym, znacznie upośledzając jakość życia pacjenta i jego rodziny. Wrodzone choroby rzadkie ujawniają się również dopiero w wieku dorosłym, stąd problem chorób rzadkich nie dotyczy tylko pediatrów, ale również internistów.

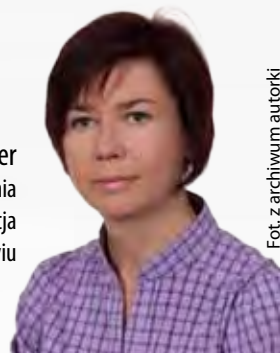
“



Przychodzi dotacja do lekarza

Tekst Izabela Wierchacz-Langner

Izabela Wierchacz-Langner
Specjalista ds. pozyskiwania funduszy UE, ARI – Agencja Rozwoju Innowacji we Wrocławiu



Fot. z archiwum autorki

Źródło grafiki: http://www.flickr.com/photos/6881492730_f54eced7fc_k/Tax Credits

Zdrowie społeczeństwa jest jednym z obszarów objętych pomocą funduszy unijnych 2014-2020. Na szczególne wsparcie mogą liczyć w najbliższych latach projekty pozwalające na zapewnienie dostępu do wysokiej jakości usług medycznych czy działania mające na celu wydłużenie aktywności zawodowej społeczeństwa. Duży nacisk położony został także na tworzenie programów profilaktycznych w zakresie chorób prowadzących do dezaktywacji zawodowej. Wsparciem mają być objęte projekty realizowane przez podmioty lecznicze udzielające świadczeń zdrowotnych w zakresie geriatric, ginekologii, położnictwa, neonatologii, pediatrii oraz jednostki zajmujące się leczeniem dzieci. Także podmioty udzielające opieki długoterminowej oraz opieki paliatywnej i hospicyjnej będą mogły w najbliższej perspektywie aplikować o środki unijne.

Branża medyczna ma być wspierana zarówno z programów krajowych, jak i regionalnych programów operacyjnych. Z programów krajowych takich jak Program Operacyjny Infrastruktura i Środowisko czy Program Operacyjny Wiedza Edukacja Rozwój popłyną środki na duże projekty inwestycyjne oraz na szkolenie kadr medycznych. Mniejsze projekty, polegające m.in. na wyposażeniu podmiotów leczniczych w sprzęt medyczny czy prace remontowo-budowlane niezbędne do wykonywania świadczeń zdrowotnych, będą dofinansowane głównie z Regionalnych Programów Operacyjnych.

W niniejszym artykule skupimy się na środkach dostępnych dla dolnośląskich podmiotów leczniczych. Omówimy kto, kiedy i na co będzie mógł pozyskać dofinansowanie. A ponieważ pozyskiwanie dotacji dla niektórych może stanowić ogromne wyzwanie, w dalszej części artykułu wskażemy, od czego zacząć, przystępując do aplikowania o dotację.

„Środki unijne mogą stanowić doskonałe źródło finansowania rozwoju podmiotów leczniczych. Jednak dla wielu potencjalnych beneficjentów, zwłaszcza tych, którzy do tej pory nie aplikowali o dotacje, procedury z tym związane mogą stanowić czynnik zniechęcający. Starania o dotację nie muszą być jednak trudne, jeśli przestrzega się kilku zasad.

Jak zostało wspomniane na wstępie, środki unijne rozdysponowywane są za pośrednictwem programów operacyjnych na poziomie krajowym i regionalnym. Każde z województw dysponuje określoną pulą, która rozdzielona jest na poszczególne działania. W przypadku województwa dolnośląskiego na wsparcie projektów realizowanych w regionie w perspektywie 2014-2020 wyasygnowano zostało ponad 9 mld zł.

Dolnośląskie podmioty lecznicze oraz podmioty świadczące usługi medyczne będą

mogły skorzystać z dofinansowania w ramach trzech działań Regionalnego Programu Operacyjnego. Jest to działanie 6.2 Inwestycje w infrastrukturę zdrowotną, 8.7 Aktywne i zdrowe starzenie się oraz 9.3 Dostęp do wysokiej jakości usług zdrowotnych. Poniżej przedstawiamy pokrótce, jakie projekty objęte są wsparciem w ramach poszczególnych działań.

Inwestycje w infrastrukturę zdrowotną

Publiczne oraz prywatne podmioty wykonujące działalność leczniczą, zgodnie z ustawą o działalności leczniczej i udzielające świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, mogą pozyskać środki na wykonanie prac remontowo-budowlanych oraz na wyposażenie w sprzęt medyczny. Dodatkowo w ramach omawianego działania dofinansowane może być wdrożenie rozwiązań w zakresie IT, ale tylko pod warunkiem, że stanowią one element projektu, a wydatki na nie będą niższe niż 49 proc. wszystkich wydatków kwalifikowanych.

W odniesieniu do planowanych prac remontowo-budowlanych ważne jest to, że muszą być one niezbędne z punktu widzenia udzielania świadczeń zdrowotnych, także w przypadku dostosowywania infrastruktury do potrzeb osób starszych i niepełnosprawnych.

Z założenia wsparciem objęte mają być projekty zgodne z dokumentem *Policy paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020. Krajowe ramy strategiczne*. Pomoc otrzymają więc regionalne podmioty lecznicze udzielające

świadczeń zdrowotnych w zakresie ginekologii, położnictwa, neonatologii, pediatrii, jednostki zajmujące się leczeniem dzieci, a także dorosłych w zakresie chorób będących przyczyną dezaktywacji zawodowej. W szczególności o środki mogą się starać samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, przedsiębiorcy, jednostki budżetowe oraz lekarze i pielęgniarki, którzy wykonują swój zawód w ramach działalności leczniczej, udzielający świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

O wsparcie mogą się także ubiegać podmioty lecznicze udzielające świadczeń zdrowotnych w zakresie geriatricy, opieki długoterminowej oraz opieki paliatywnej i hospicyjnej.

Określona została minimalna wartość projektów. W przypadku szpitali musi to być minimum 100 tys. zł na zakup sprzętu medycznego i 150 tys. zł w przypadku pozostałych działań. POZ i AOS muszą ponieść wydatki na poziomie minimum 50 tys. zł na wyposażenie w sprzęt medyczny lub 100 tys. zł na pozostałe projekty.

Rozdanie środków na powyższe przedsięwzięcia planowane jest dopiero na przyszły rok. W marcu 2016 r. ma zostać ogłoszony konkurs adresowany do POZ i AOS, zaś w grudniu 2016 r. – dla szpitali.

Aktywne i zdrowe starzenie się

W omawianym działaniu wsparciem objęte zostaną dwa typy projektów, które mogą zainteresować podmioty lecznicze: wdrożenie programów profilaktycznych, w tym działania zwiększające poziom zgłaszania się na badania profilaktyczne oraz programy zdrowotne z uwzględnieniem rehabilitacji medycznej. Te ostatnie mają być adresowane do osób, które są najbardziej narażone na opuszczenie rynku pracy z powodu czynników zdrowotnych lub które mogą na ten rynek powrócić dzięki świadczeniom rehabilitacyjnym. Główny cel wsparcia to poprawa dostępu do programów zdrowotnych dotyczących chorób negatywnie wpływających na rynek pracy oraz wydłużenie aktywności zawodowej na rynku pracy osób powyżej 50. roku życia.

Konkurs na wdrożenie programów profilaktycznych ma być ogłoszony jeszcze w tym roku, 29 grudnia 2015 r. Beneficjentami mogą być także podmioty lecznicze z Dolnego Śląska. W przyszłym roku planowany jest kolejny nabór wniosków – konkurs ogłoszony zostanie we wrześniu 2016 r.

Dostęp do wysokiej jakości usług zdrowotnych

W ramach kolejnego działania podmioty lecznicze, definiowane zgodnie z ustawą o działalności leczniczej, mogą uzyskać środki na dwa typy projektów: opracowanie i wdrożenie programów wczesnego wykrywania wad rozwojowych i rehabilitacji dzieci zagrożonych niepełnosprawnością i niepełnosprawnych oraz działania związane z de-

instytucjonalizacją opieki nad osobami zależnymi, poprzez rozwój alternatywnych form opieki nad osobami niesamodzielnymi. Wartość realizowanego projektu nie może być mniejsza niż 50 tys. zł. Preferowane będą przedsięwzięcia realizowane w partnerstwie z organizacjami pozarządowymi, a także te zlokalizowane na obszarach o najniższym poziomie dostępu do dóbr i usług. W konkursie będzie można wystartować dopiero w przyszłym roku – jego ogłoszenie planowane jest na 29 lipca 2016 r.

E-usługi publiczne

Wreszcie ostatnie działanie, które adresowane jest przede wszystkim do jednostek administracji, ale także do podmiotów leczniczych działających w publicznym systemie opieki zdrowotnej. W tym przypadku wsparciem objęte mają być przedsięwzięcia polegające na tworzeniu lub rozwoju e-usług publicznych, w tym m.in. projekty zakładające rozwój elektronicznych usług publicznych w zakresie e-zdrowia. Drugim typem działań objętych dofinansowaniem ma być tworzenie lub rozwój elektronicznych usług wewnątrzadministracyjnych, niezbędnych dla funkcjonowania e-usług publicznych. O środki mogą się starać także podmioty lecznicze działające w publicznym systemie opieki zdrowotnej, które ukierunkowane są na rozwój elektronicznych systemów obejmujących gromadzenie i udostępnianie danych medycznych, a także rozwój procesu elektronicznej obsługi pacjenta.

Minimalna całkowita wartość projektu powinna wynosić 50 tys. zł, zaś dla projektów realizowanych w partnerstwie próg ten wynosi 100 tys. zł. Konkurs ma zostać ogłoszony jeszcze w tym roku – 30 grudnia 2015 r.

Inne źródła finansowania

Fundusze unijne to nie jedyne źródło finansowania branży medycznej. Od kilku lat polskie podmioty lecznicze mogą korzystać ze wsparcia tzw. Funduszy Norweskich, czyli środków pochodzących z krajów spoza UE – Norwegii, Islandii i Lichtensteinu. Pomoc udzielana jest poprzez Norweski Mechanizm Finansowy oraz Mechanizm Finansowego Europejskiego Obszaru Gospodarczego. Inwestycje w zdrowiu to jeden z obszarów objętych wsparciem funduszy norweskich. Dystrybucja środków odbywa się m.in. za pośrednictwem programu PL07 noszącego nazwę Poprawa i lepsze dostosowanie ochrony zdrowia do trendów demograficzno-epidemiologicznych. Celem programu jest ogólna poprawa zdrowia publicznego i ograniczanie społecznych nierówności w zdrowiu. Jego efektem ma być w szczególności poprawa opieki perinatalnej, lepsze dostosowanie opieki zdrowotnej dla osób chronicznie chorych i zależnych osób starszych oraz działania profilaktyczne służące zmniejszeniu w Polsce wskaźnika umieralności i zachorowalności na raka. Program ma nieco inny charakter, ponieważ nie finansuje projektów inwesty-

cyjnych, natomiast służy tworzeniu sieci kontaktów a także transferowi wiedzy, doświadczenia i najlepszych praktyk pomiędzy podmiotami z państw beneficjentów i podmiotami z państw darczyńców oraz organizacjami międzynarodowymi działającymi w jego obszarze merytorycznym. O wsparcie mogą się starać wszystkie podmioty prowadzące działalność leczniczą świadczące usługi zdrowotne finansowane ze środków publicznych, w tym m.in. jednostki lecznicze przekształcone w spółki kapitałowe.

Starania o dotację

Środki unijne mogą stanowić doskonałe źródło finansowania rozwoju podmiotów leczniczych. Jednak dla wielu potencjalnych beneficjentów, zwłaszcza tych, którzy do tej pory nie aplikowali o dotacje, procedury z tym związane mogą stanowić czynnik zniechęcający. Starania o dotację nie muszą być jednak trudne, jeśli przestrzega się kilku zasad.

Po pierwsze należy pamiętać, że środki unijne służą finansowaniu konkretnych projektów. Jeżeli przedsięwzięcie będzie dobrze zaplanowane, cel jasno określony, a harmonogram realizacji precyzyjny, łatwiej będzie przełożyć projekt na wniosek o dofinansowanie.

Po drugie przed przystąpieniem do konkursu należy wnikliwie zapoznać się z kryteriami wymienionymi w dokumentacji konkursowej. Określenie na początku, czy warunki dostępu są spełnione, pozwala uniknąć rozczarowania związanego z odrzuceniem wniosku podczas oceny. Dotyczy to np. dotychczasowego poziomu wykorzystania pomocy de minimis przez wnioskodawcę.

Po trzecie realizacja projektu dofinansowanego ze środków unijnych wymaga od beneficjenta zabezpieczenia środków własnych. Należy pamiętać, że dotacja nie pokrywa w 100 proc. wydatków, ponadto najczęściej wypłacana jest w formie refundacji. Aby zachować więc płynność finansową, beneficjent musi dysponować własnym kapitałem, który umożliwi mu zarówno realizację projektu, jak i prawidłowe funkcjonowanie.

Procedura aplikowania o dotację to temat na osobny artykuł. Niniejszy tekst miał na celu pokazać Państwu, że perspektywa 2014-2020 to dobry i być może ostatni moment na pozyskanie środków, które mogą znacząco pomóc w rozwoju podmiotów z branży medycznej.



Źródło grafiki: http://www.flickr.com/photos/17123254699_79ff768811_k/free pictures of money
– obraz modyfikowany



Dolnośląska Rada Lekarska zaprasza na

BAL SYLWESTROWY

w siedzibie DIL przy ul. Kazimierza Wielkiego 45 we Wrocławiu.

Koszt uczestnictwa w Balu Sylwestrowym wynosi

275 zł od osoby/550 zł od pary.

Dolnośląska Izba Lekarska nie dofinansowuje tego przedsięwzięcia!

Zapewniamy:

- bogate menu,
- zabawę przy profesjonalnym zespole muzycznym,
- open bar z alkoholem.

Rezerwacji miejsc prosimy dokonywać telefonicznie

lub drogą elektroniczną:

tel. 71 798 80 52, e-mail: dil@dilnet.wroc.pl

Wpłaty prosimy dokonywać na konto Dolnośląskiej Izby Lekarskiej we Wrocławiu:

62 1020 5242 0000 2402 0349 0570

do 30 listopada 2015 r. z dopiskiem „Bal Sylwestrowy” lub bezpośrednio w kasie Izby.

Ilość miejsc ograniczona!

Bal rozpocznie się 31 grudnia 2015 r.

o godz. 20.00 i potrwa do białego rana!

SZAMPAŃSKA ZABAWA

GWARANTOWANA!

PRZYWITAJMY NOWY ROK

2016

W NASZEJ IZBIE!



Źródło grafik: http://www.flickr.com/photos/3193886965_3a42146d02_o/nlmAdestiny, http://www.flickr.com/photos/7667013130_00b964cb26_k/colink – obraz modyfikowany, projekt M.J.

VII BAL LEKARZA – 23 stycznia 2016 r.

SZCZEGÓŁY W NR 12-1/2015-2016 „Medium”

Szanowne Koleżanki, Szanowni Koledzy!

Bal Lekarza wpisał się już na stałe w kalendarz imprez organizowanych przez Dolnośląską Izbę Lekarską. Zapraszamy do udziału w jego VII edycji. W kolejnym wydaniu gazety znajdziecie szczegółowe informacje dotyczące tego wydarzenia.

Dolnośląska Rada Lekarska



Źródło grafiki: http://www.flickr.com/photos/2188973059_b5e152b0d1_b/machaon-dance



TOYOTA

WAŁBRZYCH
&
BIELANY WROCŁAWSKIE

Jesień złotych promocji Toyoty!

RABATY
nawet do **28 000 zł**



Oferta dla osób prowadzących działalność gospodarczą. Liczba aut w promocji ograniczona.
Szczegóły u Autoryzowanego Dealera Toyoty Nowakowski

DOWIEDZ SIĘ WIĘCEJ

Toyota Nowakowski Bielany Wrocławskie
ul. Czekoladowa 10, Bielany Wrocławskie
tel. +48 71 799 60 53

Toyota Wałbrzych Nowakowski
ul. Uczniowska 21, Wałbrzych
tel. +48 74 648 17 00



Pełna wersja opracowania dostępna na stronie: medium.dilnet.wroc.pl



Tekst Jędrzej Skrzypczak

Jędrzej Skrzypczak
Dr hab., prof. Uniwersytetu im. A. Mickiewicza w Poznaniu, kierownik Zakładu Systemów Prasowych i Prawa Prasowego, Wydział Nauk Politycznych i Dziennikarstwa UAM

Fot. z archiwum autora

Źródło grafiki: www.flickr.com/photos/4703991085_a87e41509f_b/Eivind Z. Molvaer – obraz modyfikowany

Reakcja na krytykę prasową w obronie dobrego imienia

ZAMIAST WSTĘPU

Tytuł poniższego opracowania zdaje się sugerować, że w relacji lekarzy i dziennikarzy zawsze kryje się spór i konflikt. Wypada wyrazić nadzieję, że nie zawsze tak będzie, warto bowiem wierzyć w rzetelność relacji prasowych, ale i etykę przedstawicieli obu profesji. Przedmiotem poniższych rozważań są prawne możliwości reakcji na krytykę prasową.

REAKCJA NA KRYTYKĘ PRASOWĄ – CO MOŻE LEKARZ?

W świetle obowiązujących przepisów prawnych reakcja na krytykę prasową może przybrać różną postać: odpowiedź na krytykę prasową, sprostowanie, możliwość wytoczenia powództwa w przypadku naruszenia dóbr osobistych, złożenia prywatnego aktu oskarżenia w przypadku dopuszczenia się zniesławienia lub znieważenia.

Odpowiedź na krytykę prasową

Zgodnie z art. 6 ust. 2 i 3 Prawa prasowego, na niektórych podmiotach, o których mowa w tym przepisie, ciąży obowiązek udzielenia odpowiedzi na krytykę zamieszczoną w prasie. Dodajmy tu jednak, iż zakres podmiotów zobligowanych do udzielenia tych informacji został zakreślony w przywołanej normie prawnej niezwykle wąsko. Chodzi tu o organy państwowe, przedsiębiorstwa państwowe i inne państwowe jednostki organizacyjne oraz organizacje spółdzielcze. Z tej możliwości mogą skorzystać np. SPZOZ-y. Ponadto na krytykę prasową powinny udzielić odpowiedzi: związki zawodowe (np. skupiające lekarzy), organizacje samorządowe (izby lekarskie) i inne organizacje społeczne. Ta ostatnia grupa podmiotów ma obowiązek udzielenia odpowiedzi jedynie w zakresie prowadzonej przez nie działalności publicznej. Podmioty te są zobowiązane

udzielić odpowiedzi na przekazaną im krytykę prasową bez zbędnej zwłoki, nie później jednak niż w ciągu miesiąca. Wyjaśnić tu wypada, iż wymieniony wyżej obowiązek aktualizuje się jedynie wówczas, gdy krytyka zostanie im przekazana. Niedopełnienie tego obowiązku może rodzić odpowiedzialność i to zarówno na gruncie prawa karnego (art. 44 ust. 1 Prawa prasowego), jak również dawać możliwość złożenia skargi do Naczelnego Sądu Administracyjnego. Zatem brak odpowiedzi na krytykę prasową, mimo upływu miesięcznego terminu od przekazania jej adresatowi przez redaktora naczelnego z żądaniem udzielenia odpowiedzi, jest równoznaczny z odmową udzielenia informacji, na którą przysługuje skarga do NSA.

Sprostowanie

Kolejną możliwą reakcją na krytykę prasową jest uprawnienie do domagania się zamieszczenia sprostowania¹. Sprostowaniem, w świetle aktualnie obowiązującego art. 31a pr. pr., nazywa się rzeczową i odnoszącą się do faktów wypowiedź zawierającą korektę nieścisłej lub nieprawdziwej wiadomości zawartej w materiale prasowym. Jak widać, w tym trybie obecnie istnieje możliwość zamieszczenia reakcji na krytykę prasową, ale tylko w zakresie odnoszącym się do faktów. Natomiast dziś nie ma podstaw do żądania w tym trybie opublikowania wypowiedzi odnoszącej się wyłącznie do opinii prezentowanych w prasie. Zgodnie z art. 31a pr. pr. to na redaktorze naczelnym ciąży obowiązek opublikowania rzeczowego i odnoszącego się do faktów sprostowania wiadomości nieprawdziwej lub nieścisłej. Przy czym redaktor naczelny nie dysponuje uprawnieniem do oceny prawdziwości twierdzeń zawartych w przesyłanym na jego ręce sprostowaniu. Nawet gdyby redaktor naczelny był przekonany, że fakty podane w sprostowaniu są nieprawdziwe, jemu

nie przysługuje prawo do oceny tych faktów, a zatem powinien, jeżeli oczywiście spełnione są wszystkie warunki konieczne do zamieszczenia sprostowania, opublikować taki tekst.

Krąg podmiotów uprawnionych do żądania zamieszczenia sprostowania obejmuje zainteresowane osoby fizyczne, osoby prawne lub jednostki organizacyjne niebędące osobą prawną. Uprawnienie takie przysługuje także osobie najbliższej zmarłego, w rozumieniu art. 115 Kodeksu karnego² oraz następcy prawnemu osoby prawnej lub jednostki organizacyjnej. W przypadku osób prawnych kompetencją do nadesłania sprostowania lub odpowiedzi prasowej dysponuje organ, który w oparciu o regulacje szczegółowe oraz akty wewnętrzne (umowę spółki, statut) dysponuje prawem do reprezentacji tego podmiotu. Reakcja na krytykę prasową w postaci sprostowania powinna zostać nadana w placówce pocztowej operatora pocztowego lub złożona w siedzibie odpowiedniej redakcji, na piśmie w terminie nie dłuższym niż 21 dni od dnia opublikowania materiału prasowego. Tekst sprostowania nie może przekraczać dwukrotnej objętości fragmentu materiału prasowego, którego dotyczy ani zajmować więcej niż dwukrotność czasu antenowego, jaki zajmował dany fragment przekazu, powinno być sporządzone w języku polskim lub w języku, w którym opublikowany został materiał prasowy będący przedmiotem sprostowania. Sprostowanie w drukach periodycznych powinno być opublikowane lub przynajmniej zasygnalizowane w tym samym dziale równorzędną czcionką oraz pod widocznym tytułem; w pozostałych publikacjach powinno być nadane w zbliżonym czasie i w analogicznym programie. W tekście nadesłanego sprostowania lub odpowiedzi nie wolno bez zgody wnioskodawcy dokonać skrótów ani innych zmian, które by osłabiały jego znaczenie lub zniekształcały intencję autora sprostowania; tekst sprostowania nie może być komentowany w tym samym numerze lub audycji. Nie wyklucza to jednak prostej zapowiedzi polemiki lub wyjaśnień. Sprostowanie powinno zawierać podpis wnioskodawcy, jego imię i nazwisko lub nazwę oraz adres korespondencyjny, przy czym można zastrzec adres tylko do wiadomości redakcji. Ponadto, jeżeli kwestionowany materiał prasowy dotyczy działalności związanej z używanym przez osobę fizyczną pseudonimem, może ona zastrzec także imię i nazwisko tylko do wiadomości redakcji. Redaktor naczelny ma obowiązek opublikować sprostowanie: a. w elektronicznej formie dziennika lub czasopisma, w której zamieszczono materiał prasowy będący przedmiotem sprostowania – w terminie 3 dni roboczych od dnia otrzymania sprostowania; b. w dzienniku – w najbliższym przygotowywanym do druku numerze, a w przypadku braku możliwości technicznych w numerze następnym, nie później jednak niż w terminie 7 dni od dnia otrzymania sprostowania; c. w czasopiśmie – w najbliższym od dnia otrzymania sprostowania lub następnym po nim przygotowywanym do opublikowania numerze; d. w innym niż dziennik przekazie za pomocą dźwięku lub obrazu i dźwięku – w najbliższym analogicznym przekazie. Gdy termin opublikowania sprostowania przekracza 6 miesięcy (np. gdyby chodziło o sprostowanie materiału prasowego, który ukazał się w roczniku), na żądanie wnioskodawcy sprostowanie należy dodatkowo opublikować w ciągu miesiąca od dnia otrzymania sprostowania w odpowiednim ze względu na krąg odbiorców dzienniku. W takim przypadku koszty publikacji pokrywa wydawca prasy, w której ukazał się materiał prasowy będący przedmiotem sprostowania. Możliwe jest wspólne uzgodnienie innych terminów, konieczne jest jednak dochowanie formy pisemnej takiej umowy. Sprostowanie w drukach periodycznych powinno być opublikowane w tym samym dzia-

le i taką samą czcionką, co materiał prasowy, którego dotyczy, pod widocznym tytułem „Sprostowanie”. W przypadku przekazu za pomocą dźwięku lub obrazu i dźwięku sprostowanie powinno być wyraźnie zapowiedziane oraz nastąpić w przekazie tego samego rodzaju i o tej samej porze.

Redaktor naczelny w przypadkach wskazanych w ustawie dysponuje możliwością odmowy zamieszczenia sprostowania. Przyczyny możemy podzielić na obligatoryjne i fakultatywne. Do tej pierwszej kategorii należy zaliczyć sytuacje, gdy sprostowanie: jest nierzeczowe lub nie odnosi się do faktów, zostało nadane lub złożone po upływie ustawowego terminu, nie zostało podpisane, nie odpowiada wyżej wymienionym wymaganiom formalnym, zawiera treść karalną lub podważa fakty stwierdzone prawomocnym orzeczeniem dotyczącym osoby dochodzącej publikacji sprostowania. Natomiast redaktor naczelny może odmówić opublikowania sprostowania, jeżeli sprostowanie: odnosi się do wiadomości poprzednio sprostowanej, jest wystosowane przez osobę nieuprawnioną w rozumieniu Prawa prasowego, zawiera sformułowania powszechnie uznawane za wulgarne lub obelżywe. Odmawiając opublikowania sprostowania, redaktor naczelny jest obowiązany niezwłocznie, nie później jednak niż w terminie 7 dni od dnia otrzymania sprostowania, przekazać wnioskodawcy pisemne zawiadomienie o odmowie i jej przyczynach, wskazując fragmenty sprostowania, które nie nadają się do publikacji. Jeżeli autor sprostowania zastosował się do takich uwag, wówczas redaktor naczelny nie może odmówić opublikowania sprostowania, jeżeli zastosowano się do jego wskazań. W przypadku nadesłania poprawionego sprostowania termin 21 dni liczy się od dnia doręczenia wnioskodawcy zawiadomienia o odmowie i jej przyczynach. Jeżeli redaktor naczelny odmówił opublikowania sprostowania albo sprostowanie nie ukazało się w terminie określonym w Prawie prasowym lub ukazało się z naruszeniem wymogów wskazanych w tym akcie normatywnym, zainteresowany podmiot może wytoczyć powództwo o opublikowanie sprostowania. Znowelizowane Prawo prasowe przewiduje znacznie szybsze procedury dochodzenia takich roszczeń. Powyższe sprawy rozpoznaje sąd okręgowy właściwy ze względu na siedzibę odpowiedniej redakcji, najpóźniej w ciągu 30 dni od dnia wniesienia pozwu niedotkniętego brakami formalnymi.

Należy dodać, że materiał przygotowany przez czytelnika, którego celem jest jedynie włączenie się do sporów, dyskusji, rozważań nad istotnymi problemami społecznymi, uchodzić będzie właśnie za polemikę a nie sprostowanie³. Ustawa nie reguluje trybu i zasad zamieszczania polemiki, a więc redakcja nie ma obowiązku zamieszczenia takiej wypowiedzi.

OCHRONA DÓBR OSOBISTYCH NA PODSTAWIE PRZEPISÓW KODEKSU CYWILNEGO

Odpowiedzialność cywilnoprawną za naruszenie prawa spowodowane opublikowaniem materiału prasowego może ponieść autor, redaktor lub inna osoba, którzy spowodowali opublikowanie tego materiału, ale także wydawca. W zakresie odpowiedzialności majątkowej odpowiedzialność tych osób jest solidarna. W szczególności dotyczy to przypadków naruszenia dóbr osobistych. Zgodnie z art. 23 k.c. ochronie prawnej podlegają dobra osobiste człowieka, takie jak m. in. cześć, wizerunek. Z kolei w art. 24 k.c. przewidziano stosowne środki ochrony prawnej. I tak można żądać zaniechania tego działania, a nadto dopełnienia czynności potrzebnych do usunięcia jego skutków, w szczególności złożenia oświadczenia odpowiedniej treści i w formie, jak również zapłaty zadośćuczynienia pieniężnego lub zapłaty odpowiedniej sumy pieniężnej na wskazany cel społeczny. Ponadto jeżeli wskutek naruszenia dobra osobistego została wyrządzona szkoda majątkowa, poszkodowany może żądać jej naprawienia na zasadach ogólnych.



Wszystkie powyższe uwagi dotyczące ochrony dóbr osobistych odnoszą się również do aktywności w internecie. Wówczas taką odpowiedzialność poniosą autorzy wpisów. Warto również zwrócić uwagę na możliwość pociągnięcia do odpowiedzialności cywilnej administratora strony internetowej, za wpisy dokonywane na takiej witrynie. W orzeczeniu Sądu Apelacyjnego we Wrocławiu z dnia 15 stycznia 2010 r.⁴ podkreślono, iż nie można wymagać, by administrator na bieżąco filtrował i usuwał wypowiedzi naruszające prawo lub mogące naruszać prawo w obiektywnym przekonaniu, bez uprzedniego o tym fakcie zawiadomienia. Stawianie pozwanemu takich wymogów byłoby sprzeczne z przepisami art. 14 i 15 w zw. z art. 12 ustawy z dnia 18 lipca 2002 r. o świadczeniu usług drogą elektroniczną⁵. Natomiast w razie otrzymania urzędowego zawiadomienia lub uzyskania wiarygodnej wiadomości o bezprawnym charakterze danych lub związanej z nimi działalności niezwłocznie uniemożliwi dostęp do tych danych lub usunie taki wpis. Ponadto podmiot taki nie jest obowiązany do sprawdzania przekazywanych, przechowywanych lub udostępnianych przez niego danych.

Warto tu przywołać sprawę, którą wytoczyła jedna z lekarek portalowi znanylekarz.pl. Otóż na stronie internetowej utworzony został jej profil i zamieszczono wiele opinii, często negatywnych, które zdaniem powódki były nieprawdziwe i naruszające jej dobre imię, a w szczególności jedną z nich anonimowej pacjentki, która bardzo negatywnie oceniła kompetencje zawodowe powódki, opisując dokładnie przebieg wizyty i stanowczo odradzała wizytę w tym gabinecie⁶. Po przeprowadzeniu postępowania dowodowego sąd oddalił powództwo uznając, że „lekarz musi liczyć się z tym, że będzie oceniany, również surowo”⁷.

Warto jednak zwrócić uwagę na jeszcze inny aspekt zamieszczania tego typu wpisów w internecie, a tym samym potencjalną przynajmniej możliwość reakcji na krytykę zamieszczaną w sieci. Jeden z lekarzy zwrócił się do GIODO m.in. o spowodowanie zaprzestania przetwarzania jego danych osobowych i usunięcia wynikłych z tego skutków. GIODO odmówił uwzględnienia wniosku strony. Takiego poglądu nie podzieliły jednak sądy orzekające w tej sprawie. Zarówno w wyroku WSA z 29.01.2014 r.⁸, jak i NSA z 21.04.2015 r.⁹ uznano, że organ ten naruszył art. 23 ust. 1 pkt 5 ustawy o ochronie danych osobowych, stanowiący, że przetwarzanie danych osobowych jest dopuszczalne tylko wtedy, gdy jest to niezbędne dla wypełnienia prawnie usprawiedliwionych celów realizowanych przez administratorów danych albo odbiorców danych, a przetwarzanie nie narusza praw i wolności osoby, której dane dotyczą.

ZNIESŁAWIENIE I ZNIEWAŻENIE

Zgodnie z art. 37 Prawa prasowego do odpowiedzialności za naruszenie prawa spowodowane opublikowaniem materiału prasowego stosuje się zasady ogólne, chyba że ustawa stanowi inaczej. Oznacza to, że w przypadku odpowiedzialności karnej stosuje się zasady określone w Kodeksie karnym¹⁰. Przypomnieć zatem trzeba, że zgodnie z art. 212 § 1 k.k.¹¹ kto pomawia inną osobę, grupę osób, instytucję, osobę prawną lub jednostkę organizacyjną niemającą osobowości prawnej o takie postępowania lub właściwości, które mogą poniżyć ją w opinii publicznej lub narazić na utratę zaufania potrzebnego dla danego stanowiska, zawodu lub rodzaju działalności podlega karze grzywny, ograniczenia wolności lub pozbawienia wolności do roku. Natomiast § 2 tego przepisu przewiduje kwalifikowaną postać zniesławienia, polegającą na dopuszczeniu się tego czynu za pomocą środków masowego komunikowania. W przypadku działań dziennikarskich to właśnie ten ostatni przepis będzie podstawą prawną rozstrzygnięcia sprawy.

Dobrem prawnym chronionym na podstawie tego przepisu jest cześć człowieka, czyli inaczej mówiąc dobre imię tej osoby, domniemanie jej uczciwości, postępowania zgodnie z zasadami współżycia społecznego, posiadanie odpowiednich kompetencji czy też właściwości wymaganych do wykonywania określonego stanowiska, zawodu, pełnienia określonej funkcji. Strona podmiotowa przestępstwa stypizowanego w art. 212 § 1 i 2 k.k. objawić się może jedynie w postaci winy umyślnej i to w zamiarze bezpośrednim lub wynikowym. Chodzi więc tu o taką sytuację, gdy sprawca czynu zabronionego zdaje sobie sprawę, a przynajmniej godzi się na to, iż podnoszone oceny i zarzuty mogą poniżyć pokrzywdzonego w opinii publicznej czy też narazić na utratę zaufania niezbędnego do wykonywania określonego zawodu lub funkcji¹². Zgodnie z art. 213 k.k. sprawca nie dopuszcza się przestępstwa zniesławienia, jeżeli zarzut uczyniony niepublicznie jest prawdziwy, ewentualnie w przypadku publicznego podnoszenia lub rozgłaszania prawdziwego zarzutu, jeżeli jest to spowodowane koniecznością obrony społecznie uzasadnionego interesu¹³. Pamiętać jednak należy, że zgodnie z art. 214 k.k. brak przestępstwa zniesławienia nie wyłącza odpowiedzialności za przestępstwo zniewagi ze względu na formę podniesienia lub rozgłoszenia zarzutu¹⁴. W oparciu o art. 216 k.k. chroniona jest godność człowieka, czyli przysługująca każdemu wartość wynikająca z istoty człowieczeństwa. Przestępstwo zniewagi ma charakter powszechny, może zostać popełnione przez każdego. Podobnie jak w przypadku zniesławienia przewidziano tu postać kwalifikowaną polegającą na dokonaniu zniewagi za pomocą środków masowego komunikowania. Przestępstwo zniewagi definiowane jest w doktrynie jako tego rodzaju zachowanie, które według powszechnie akceptowanych przez społeczeństwo norm stanowi wyraz pogardy dla innego człowieka¹⁵. W odróżnieniu od zniesławienia, które ma charakter bezskutkowy, w literaturze toczy się spór co do charakteru przestępstwa znieważenia¹⁶. Zdaniem niektórych przedstawicieli nauki przestępstwo będzie dokonane nawet wówczas, gdy pokrzywdzony subiektywnie poczuje się poniżony¹⁷. Dla innych autorów godność ma charakter obiektywny, a zatem subiektywne odczucia pokrzywdzonego nie są istotne dla bytu przestępstwa. Strona podmiotowa tego przestępstwa charakteryzuje się umyślnością, i to w zamiarze bezpośrednim i ewentualnym. W doktrynie zaczyna dominować pogląd, wywodzony z dorobku Europejskiego Trybunału Praw Człowieka, iż działalność publiczna, a zwłaszcza polityczna, łączy się z koniecznością tolerowania zachowań, które wobec osób prywatnych nie mogłyby się obronić. Działalność publiczna bowiem w sposób nieunikniony musi wiązać się z poddaniem zachowania takiej osoby pod osąd publiczny¹⁸. Wyżej opisane przestępstwa są tzw. prywatnoskargowymi. Oznacza to, że pokrzywdzony sam musi sporządzić akt oskarżenia, skierować go i popierać w sądzie. Inaczej mówiąc, w tym zakresie nie wyrezygo prokurator, który zasadniczo nie bierze udziału w tego rodzaju postępowaniu¹⁹. Choć wydanie wyroku skazującego w takich sprawach, będzie oczywiście przesądzało, iż sprawca takich czynów dopuścił się przestępstwa, a wymierzona kara może być jedną z katalogu: grzywna, kara ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do roku²⁰. Trzeba w tym miejscu zauważyć, że obserwuje się w ostatnich latach debatę publiczną, w której zgłasza się postulat wykreślenia art. 212 w odniesieniu do dziennikarzy z Kodeksu karnego²¹.

AUTORYZACJA

Zgodnie z obecnym art. 14 ust. 2 pr. pr. dziennikarz nie może odmówić osobie udzielającej informacji autoryzacji dosłownie cytowanej wypowiedzi, o ile nie była ona uprzednio publiko-

wana²². Dodatkowo należy pamiętać o treści art. 14 ust. 1 pr. pr., zgodnie z którym publikowanie lub rozpowszechnianie w inny sposób informacji utrwalonych za pomocą zapisów fonicznych i wizualnych wymaga zgody osób udzielających informacji²³. Oczywiście powyższa uwaga nie będzie dotyczyć wypowiedzi relacjonowanych na żywo. Natomiast w aktualnym stanie prawnym nie przewidziano, w jakiej formie należy tego obowiązku dopełnić. Stąd też w przypadku utrwalonych wypowiedzi pojawiają się trudności dowodowe z wykazaniem, że rzeczywiście osoba udzielająca wypowiedzi autoryzowała swoją

wypowiedź. Wiąże się to z faktem, iż na nośniku dźwięku lub obrazu nie można złożyć podpisu, co mogłoby mieć walor dowodowy. Wydaje się, że możliwym – choć zapewne nie idealnym rozwiązaniem – byłoby wykonanie kopii zapisu dla osoby zainteresowanej i uzyskanie od niej stosownego oświadczenia.

Jak wynika z powyższego, obowiązujące normy prawne z jednej strony przewidują szeroki zakres uprawnień dziennikarzy, ale i obowiązków, w przypadku naruszenia których, istnieje szereg możliwości reakcji na krytykę prasową. Na ile jednak każda z tych możliwości jest skuteczna to już zupełnie inna kwestia.

Przypisy:

- Wyjaśnić tu trzeba, że do 2012 r. funkcjonowała jeszcze instytucja odpowiedzi prasowej. Odpowiedzią prasową nazywano rzeczową odpowiedź dotyczącą zawartych w materiale prasowym stwierdzeń, które zagrażają dobrom osobistym (J. Sobczak, *Prawo*, s. 727 i n.).
- Zgodnie z tym przepisem osobą najbliższą jest małżonek, wstępny, zstępny, rodzeństwo, powinowaty w tej samej linii lub stopniu, osoba pozostająca w stosunku przysposobienia oraz jej małżonek, a także osoba pozostająca we wspólnym pożyciu.
- Zob. szerzej J. Sobczak, Głos do wyroku Sądu Najwyższego z dnia 10 września 1999 r., III CKN 939/98, opublikowano w OSP 2000/6/94.
- Wyrok Sądu Apelacyjnego we Wrocławiu z dnia 15 stycznia 2010 r., sygn. Akt I ACa 1202/2009, LexPolonica nr 224946, „Biuletyn Sądu Apelacyjnego” we Wrocławiu 2010, nr 2, poz. 167.
- t.j. Dz. U. z 2013, poz. 1422.
- Zob. M. Jałoszewski, *Sąd pozwala krytykować lekarzy*, „Gazeta Wyborcza” z 20.07.2015 r., tekst dostępny na stronie <http://wyborcza.pl/1,75478,18390256,sad-pozwala-krytykowac-lekarzy.html>
- Por. <http://orzeczenia.nsa.gov.pl/doc/A20901E7FC>.
- Wyrok WSA w Warszawie z dnia 29.01.2014 r., sygn. akt II SA/Wa 1819/13, tekst dostępny na stronie <http://orzeczenia.nsa.gov.pl/doc/2497734848>, data wejścia 15.09.2015.
- Wyrok NSA z 21.04.2015 r., sygn. akt I OSK 1480/14, <http://orzeczenia.nsa.gov.pl/doc/A20901E7FC>, data wejścia 15.09.2015.
- G. Rejman, *Odpowiedzialność w prawie prasowym*, „Palestra”, 1984, nr 3-4, s. 47-52.
- M. Filar, *Odpowiedzialność karna za niezasadnione zarzuty wobec lekarza lub zakładu opieki zdrowotnej*, „Prawo i Medycyna” z 2006, nr 23, s. 99 i n.
- Zob. J. Sobczak, *Prawo*, s. 412 i n.
- A. Młynarska-Sobaczewska, *Nieprawda a bezprawność. Wybrane zagadnienia z praktyki określania granic wolności prasy*, „Przegląd Sejmowy” 2008, nr 2, s.135 i n.
- J. Jakubowska-Hara, C. Nowak, *Przestępstwo zniesławienia z użyciem Internetu w polskim prawie karnym*, „Studia Prawnicze” z 2005, nr 4, s. 117 i n.
- M. Sosnowska, *Relacje pomiędzy przestępstwem zniesławienia a przestępstwem zniewagi – zagadnienia wybrane*, „NKPK” 2009, nr 25, s. 49.
- K. Dudka, *Ochrona prawa do prywatności i jej ograniczenia w polskim prawie karnym*, „Cz. PKiNP” 2002, nr 1, s. 5.
- M. Surkot, *Problem skutkowego charakteru zniesławienia i znieważenia*, „Palestra” 1978, nr 4, s. 28 i n.
- Zob. M. A. Nowicki, *Europejska Konwencja Praw Człowieka. Przegląd orzecznictwa*, „Palestra 1999”, z. 5-6, s. 22 i n.
- K. Dudka, *Wybrane problemy dochodzenia w sprawach o przestępstwa prywatnoskargowe*, „Prokuratura i Prawo” 2005, nr 6, s. 35-36.
- J. Sobczak, *Prawo*, s. 412 i n.
- I. Lipowicz, *O potrzebie depenalizacji zniesławienia*, „Rzeczpospolita” 2012/5/9.
- Dodać tu trzeba, że w art. 49 pr. pr. penalizuje się naruszenie obowiązku autoryzacji, przewidując karę grzywny lub ograniczenia wolności.
- Także w tym przypadku TK w wyroku z dnia 29 września 2008 r. (sygn. akt SK 52/05) orzekł, iż jest on zgodny z art. 14 i 54 ust. 1 Konstytucji. Stąd też należy pamiętać, że w przypadku naruszenia tego obowiązku grozić będzie sankcja przewidziana w art. 49 pr. pr.

Ogłoszenie

Polskie Towarzystwo Psychogeriatryczne
Fundacja Ochrony Zdrowia Psychicznego
Instytut Gerontologii Angel Care

021185233/976

XII Międzynarodowy Kongres Psychogeriatryczny

Pozytywne aspekty wieku senioralnego

3-4 grudnia 2015 r.
Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu
Katedra Psychiatrii

W programie:

wykłady
wybitnych
specjalistów

panele
dyskusyjne

sesja historyczna
pamięci prof.
A. Alzheimera

ORGANIZATORZY

PARTNERZY

3 grudnia 2015 r. – sesja Historia i farmakoterapia

10.30-11.00 **Wprowadzenie**
Prowadzący: prof. Andrzej Kiejna – kierownik Katedry i Kliniki Psychiatrii Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu, prof. Shlomo Noy – geriatra, współzałożyciel centrum seniora Angel Care
Wykłady:

11.00-11.30 **Alois Alzheimer jako naukowiec, jego działania we Frankfurcie i Monachium**, prof. Hans-Jürgen Möller

11.30-12.00 **Alois Alzheimer – działania we Wrocławiu**, prof. Andrzej Kiejna

12.00-12.30 **„Nerwy i wojna” – ostatnia publikacja Aloisa Alzheimera**, dr hab. n. med. Marjo Horst-Lanczk

12.30-13.00 **Przerwa**

13.30-14.48 **Wpływ opisu Aloisa Alzheimera na obecne badania demencji**, prof. Amos D. Korczyn

14.45-15.30 **Przewidywania przemysłu farmaceutycznego dotyczące rozwoju leków na chorobę Alzheimera**, dr Robert Laser Roche

15.30-16.00 **Przerwa**

16.00-16.45 **Praktyczne problemy radzenia sobie z pacjentami z demencją, medyczne, społeczne, logistyczne**, prof. Michael Davidson

4 grudnia 2015 r.

Wykłady:

8.00-9.45 **Wyzwanie terapii w chorobie Alzheimera**, prof. Shlomo Noy

9.45-10.30 **Role zaawansowanych technik rezonansu magnetycznego w ocenie zaburzeń neurokognitywnych u asymptomatycznych pacjentów z wirusem HIV i pacjentów z wirusem HCV**, dr hab. n. med. Joanna Bładowska, prof. Marek Sęsiadek

10.30-10.45 **Przerwa**

10.45-11.15 **Jasna strona późnego wieku**, prof. Jerzy Vetulani

11.15-11.48 **Panel dyskusyjny: Wyzwanie przełomu w chorobie Alzheimera**, prof. Andrzej Kiejna, prof. Amos D. Korczyn, prof. Michael Davidson, prof. Tadeusz Parnowski, prof. Jerzy Vetulani, dr Robert Laser

11.45-12.15 **Jak to jest, zostać osobą starszą i szczęśliwą?** prof. Tadeusz Parnowski

Udział w konferencji jest bezpłatny.
Rejestracja i dodatkowe informacje na stronie:
www.kongrespsychogeriatryczny.pl



Justyna Flankowska
 Adwokat specjalizujący się od roku 2007
 w błędach medycznych, absolwentka
 studiów podyplomowych z prawa
 medycznego na UJ, organizator Kongresu
 Medycznego pod hasłem „Błędy medyczne
 – wyzwanie dla prawa i medycyny”
 (www.kongresmedyczny.com)



Fot. z archiwum autorki

Tekst Justyna Flankowska

Zródło grafiki: www.freeimages.com/
 photos/1438215/lvana,
 www.freeimages.com/photos/1317141/
 Keith Syvinski – obraz modyfikowany

Publikowanie przez dziennikarza wypowiedzi w prasie bądź rozpowszechnianie jej w radiu, telewizji czy internecie wymaga zgody lekarza. Dotyczy to zarówno zapisu przy użyciu dyktafonu/kamery, jak i tekstu pisanego. Istotne jest, że istnienia takiej zgody lekarza oraz jej zakresu...

...nie domniemuje się. Zgoda musi być niewątpliwa, a ciężar udowodnienia ww. okoliczności spoczywa na dziennikarzu, który ma obowiązek wystąpić z inicjatywą jej uzyskania.

LEKARZ KONTRA DZIENNIKARZ

Zawód reporter

Dziennikarz pełni w społeczeństwie doniosłą rolę. Jaką konkretnie? Otóż jest reprezentantem czwartej władzy, tj. wolnych mediów, które obok władzy ustawodawczej, wykonawczej oraz sądowniczej zarządzają poszczególnymi społeczeństwami. Czy ten aksjomat wystarczy do wyciągnięcia wniosku, że w kontaktach z przedstawicielami mediów lekarz musi zawsze wrócić na tarczy?

Rola prasy według Prawa prasowego

Zgodnie z art. 1 Prawa prasowego (Dz. U. 1984.5.24) prasa korzysta z wolności wypowiedzi i urzeczywistnia prawo obywateli do rzetelnego informowania, jawności życia publicznego oraz kontroli i krytyki społecznej. Ww. przepis stanowi uszczegółowienie konstytucyjnych zasad sformułowanych w art. 54 oraz 61 Konstytucji RP, które stanowią: każdemu zapewnia się wolność wyrażania swoich poglądów oraz pozyskiwania i rozpowszechniania informacji, jak również statuują, iż obywatel ma prawo do uzyskiwania informacji o działalności organów władzy publicznej oraz innych osób w zakresie, w jakim wykonują one zadania władzy publicznej. Jak nietrudno zauważyć, lekarz jest przedstawicielem władzy publicznej w zakresie ochrony zdrowia, a zatem prędzej czy później znajdzie się w centrum zainteresowania czwartej władzy. O dobrą relację lekarz – dziennikarz warto zadbać, ponieważ minimalizuje ona sytuacje ryzykowne, które mogą prowadzić do naruszenia dóbr osobistych lekarza.

Przygotowanie do spotkania z mediami

Zdaniem specjalistów z zakresu komunikacji społecznej spotkania z przedstawicielami mediów nie należy demonizować. Złe nastawienie lekarza do wywiadu wpłynie nie tylko na formę przekazu, ale i ogólne wrażenie o autorze wypowiedzi, utrwalając w odbiorcy przekonanie o „niesympatycznym” czy wręcz „arogantkim” medyku. Spowoduje także oderwanie jej treści od istoty problemu, zaprzeczając szansę na właściwe skomentowanie „gorącego dziennikarskiego” tematu. Dobre nastawienie przekierowuje uwagę lekarza na faktyczny cel, jaki chce osiągnąć dziennikarz za pomocą materiału prasowego, pozwala go sobie uświadomić, co z kolei skutkuje możliwością formułowania rzeczowych a nie emocjonalnych wypowiedzi.

Przed udzieleniem wywiadu warto ustalić kilka szczegółów. Lekarz ma do wyboru dwa warianty – krótką rozmowę z dziennikarzem bądź samodzielne wyszukanie informacji, np. w internecie lub za pośrednictwem innego lekarza. Ustalamy, z jakiego typu dziennikarzem będziemy mieli do czynienia, czy jest to np. felietonista, korespondent, redaktor czy też reporter zajmujący się zbieraniem informacji i tworzeniem na ich podstawie reportażu bądź części tzw. newsa. W ostatnim przypadku informacje zbierane są przez dziennikarza szybko, a artykuł bądź relacja telewizyjna ukazuje się nierzadko w tym samym dniu, w którym lekarz udziela wywiadu, ewentualnie następnego dnia. Podobny efekt w zakresie szybkości rozpowszechniania wypowiedzi charakteryzuje wywiady telewizyjne, radiowe czy też internetowe wydania poszczególnych gazet i czasopism. W takich przypadkach



nie ma w zasadzie możliwości przesunięcia terminu udzielenia wywiadu, dlatego efektywne przygotowanie się do niego nabiera istotnego znaczenia. Ustalamy także, jaki problem będzie przez dziennikarza opisywany, czy tematem przewodnim będzie np. zła organizacja szpitala, kolejne błędy diagnostyczne lekarzy, przeoczenie ewidentnych symptomów chorobowych u pacjenta, niewłaściwe leczenie operacyjne czy też np. zmowa milczenia wśród lekarzy dotycząca konkretnego przypadku. Dziennikarz powinien uprzedzić, do jakich celów wykorzysta wypowiedź lekarza. Temat artykułu, relacji telewizyjnej czy radiowej jest bowiem formułowany przez dziennikarza wcześniej, a wywiad udzielony przez medyka stanowi zazwyczaj jedynie jego część. To, w jaki sposób dziennikarz przedstawi dany problem, zależy w dużej mierze od linii programowej konkretnej gazety, czasopisma, stacji telewizyjnej bądź radiowej. Łatwo zauważyć różnicę, także semantyczną, pomiędzy tekstami publikowanymi np. w „Rzeczpospolitej” i „Fakcie”.

Autoryzacja i zgoda najwyższą formę zaufania

Przygotowania do udzielenia wywiadu mogą sięgać jeszcze dalej. Ale czy można zweryfikować, w jaki sposób słowa wypowiedziane przez lekarza zostały użyte? Czy istnieje metoda chroniąca osoby udzielające wypowiedzi prasie przed znieszczeniem ich komunikatu? Taką możliwość daje art. 14 Prawa prasowego mówiący o kontroli treści wypowiedzi. Przywołany artykuł dostarcza lekarzowi narzędzi w postaci prawnej ochrony jego słów, a w konsekwencji jego czci i dobrego imienia – mowa o zgodzie oraz autoryzacji.

Publikowanie przez dziennikarza wypowiedzi w prasie bądź rozpowszechnianie jej w radiu, telewizji czy internecie wymaga zgody lekarza. Dotyczy to zarówno zapisu przy użyciu dyktafonu/kamery, jak i tekstu pisanego. Istotne jest, że istnienia takiej zgody lekarza oraz jej zakresu nie domniemuje się. Zgoda musi być niewątpliwa, a ciężar udowodnienia ww. okoliczności spoczywa na dziennikarzu, który ma obowiązek wystąpić z inicjatywą jej uzyskania. W przypadku tekstów pisanych wypowiedziane słowa mogą być użyte wprost w postaci cytatu bądź w formie ich przytoczenia. Zgodnie z *ratio legis* przepisów Prawa prasowego zarówno w przypadku przytoczeń, jak i dosłownych cytatów, lekarzowi winien być dostarczony cały tekst artykułu w celu poznania kontekstu, w który dziennikarz wplata wypowiedź informatora. Zgoda na publikację wypowiedzi ogranicza się oczywiście do fragmentów związanych z wywiadem. Taka kontrola umożliwi ocenę, czy przygotowany artykuł nie narusza dobrego imienia lekarza bądź innych osób i odpowiedniej reakcji lekarza jeszcze przed jego opublikowaniem w postaci cofnięcia zgody na publikację bądź dokonanie stosownych, uzasadnionych zmian popartych wskazanym przez lekarza materiałem dowodowym. W takim wypadku po stronie dziennikarza powstaje obowiązek ponownej weryfikacji przygotowywanego tekstu.

Ta sama zasada dotyczy autoryzacji, która odnosi się do dosłownie cytowanej wypowiedzi. Autoryzacja nie tylko zabezpiecza przed przekręceniem wypowiedzi, lecz także daje szansę na poprawę, doprecyzowanie pierwotnej wypowiedzi udzielonej *ad hoc*. Pewne modyfikacje dotyczą indywidualnych wystąpień radiowych i telewizyjnych lekarzy, wobec których trudno przyjąć, że udzielili wywiadu bez autoryzacji. Z tej przyczyny, w przypadku wątpliwości co do zamiarów dziennikarza, lekarz powinien wyraźnie poprosić o autoryzację przed ostatecznym rozpowszechnieniem swojej wypowiedzi, w przeciwnym razie łatwo będzie wykazać, że lekarz takiej autoryzacji nie żądał. W przypadku autoryzacji w grę wchodzi dwa ograniczenia. Po pierwsze żądanie autoryzacji musi pochodzić od lekarza – dziennikarz nie ma prawnego obowiązku podej-

mowania działań w kierunku uzyskania autoryzacji, dlatego powinna być ona formułowana przez lekarza pisemnie w celach dowodowych (sms-em, e-mailem, faxem itp.). Po drugie – dziennikarz może odmówić osobie udzielającej informacji autoryzacji cytatu wówczas, gdy cytat był już uprzednio publikowany. Niemniej jednak bezkrytyczne, mechaniczne powielanie wypowiedzi zamieszczonej w innym materiale prasowym jest ewidentnym złamaniem reguł dotyczących rzetelności dziennikarskiej. Lekarzowi przysługuje wówczas inny rodzaj kontroli – kontrola *ex post*, o której w dalszej części artykułu. Dodatkowo osoba udzielająca informacji może z ważnych powodów społecznych lub osobistych zastrzec termin i zakres jej opublikowania. Przez ważne powody społeczne należy rozumieć okoliczności, które mogą spowodować niepożądane reakcje społeczne, doprowadzić do paniki, zbędnego niepokoju w przypadku ich zbyt wczesnego ujawnienia, np. informacja o epidemii groźnej choroby.

Opisanych wyżej uprawnień nie można utożsamiać z uzależnieniem udzielenia przez lekarza informacji od sposobu jej skomentowania przez dziennikarza lub też uzgodnienia tekstu. Takie prawo godziłoby bowiem w wolność prasy i ograniczałoby realizację celu doniesień prasowych, jakim jest w szczególności kontrola i krytyka społeczna.

Sprostowanie jako kontrola *ex post*

Najczęściej zarzuty lekarzy dotyczą przytaczania lub cytowania ich wypowiedzi z naruszeniem rzetelności dziennikarskiej oraz bez zachowania prawa do autoryzacji, przytaczania udzielonych telefonicznie odpowiedzi na pytania dziennikarzy bez wskazania pytań, które stanowiły uzasadnienie dla konkretnych sformułowań, czy też nadawania w mediach wypowiedzi w sposób wybiórczy i jedynie we fragmentach, przez co dochodzi do całkowitego wypaczenia ich sensu. Jeżeli ww. naruszeń prawa nie uda się wyeliminować poprzez kontrolę w postaci zgody i autoryzacji, lekarzowi przysługuje inne narzędzie prawne w postaci prawa żądania sprostowania.

Zgodnie z art. 31a Prawa prasowego, w brzmieniu obowiązującym od 2 listopada 2012 r., redaktor naczelny właściwego dziennika lub czasopisma jest obowiązany opublikować bezpłatnie rzeczowe i odnoszące się do faktów sprostowanie nieścisłej lub nieprawdziwej wiadomości zawartej w materiale prasowym. Sprostowanie powinno zostać nadane w placówce pocztowej lub złożone w siedzibie odpowiedniej redakcji na piśmie w terminie nie dłuższym niż 21 dni od dnia opublikowania materiału prasowego. Ponadto powinno zawierać imię i nazwisko lub nazwę wnioskodawcy, adres korespondencyjny oraz podpis. Sam tekst sprostowania nie może przekraczać dwukrotnej objętości fragmentu materiału prasowego, którego dotyczy ani zajmować więcej niż dwukrotność czasu antenowego, jaki zajmował dany fragment przekazu. Redaktor naczelny ma obowiązek opublikować sprostowanie, jeżeli lekarz wykaże, że dotyczy ono nieścisłej lub nieprawdziwej informacji podanej w materiale prasowym. Zatem skuteczność żądania sprostowania zależy od jego rzeczowości i kompletności. Redaktor naczelny musi bowiem nabrać przekonania, że podane argumenty oraz ewentualnie załączone dowody są dobitne i nie wzbudzają wątpliwości co do ich prawdziwości. Jeżeli żądanie sprostowania zostanie uznane za uzasadnione, podlega ono publikacji według następujących zasad:

- w elektronicznej formie dziennika lub czasopisma, w której zamieszczono materiał prasowy będący przedmiotem sprostowania – w terminie 3 dni roboczych od dnia otrzymania sprostowania;
- w dzienniku – w najbliższym przygotowywanym do druku



numerze lub numerze następnym, nie później jednak niż w terminie 7 dni od dnia otrzymania sprostowania;

- w czasopiśmie – w numerze najbliższym od dnia otrzymania sprostowania lub numerze następnym;
- w innym niż dziennik przekazuje za pomocą dźwięku lub obrazu i dźwięku – w najbliższym analogicznym przekazie.

Sprostowanie w drukach periodycznych powinno być opublikowane w tym samym dziale i taką samą czcionką co materiał prasowy, którego dotyczy, pod widocznym tytułem „Sprostowanie”. W przypadku przekazu radiowego lub telewizyjnego sprostowanie powinno być wyraźnie zapowiedziane oraz nastąpić w przekazie tego samego rodzaju i o tej samej porze. Realizacji zasady prawa obywateli do ich rzetelnego informowania, określonej w art. 1 Prawa prasowego, służy za-

”
W przypadku autoryzacji w grę wchodzi dwa ograniczenia. Po pierwsze żądanie autoryzacji musi pochodzić od lekarza – dziennikarz nie ma prawnego obowiązku podejmowania działań w kierunku uzyskania autoryzacji, dlatego powinna być ona formułowana przez lekarza pisemnie w celach dowodowych (sms-em, e-mailem, faxem itp.). Po drugie – dziennikarz może odmówić osobie udzielającej informacji autoryzacji cytatu wówczas, gdy cytat był już uprzednio publikowany. Niemniej jednak bezkrytyczne, mechaniczne powielanie wypowiedzi zamieszczonej w innym materiale prasowym jest ewidentnym złamaniem reguł dotyczących rzetelności dziennikarskiej.

sada, zgodnie z którą w tekście nadesłanego sprostowania nie wolno bez zgody wnioskodawcy dokonywać żadnych skrótów ani innych zmian, jak również zasada, zgodnie z którą tekst sprostowania nie może być komentowany w tym samym numerze, przekazie lub w elektronicznej formie dziennika lub czasopisma, tego samego dnia. Redaktor naczelny odmawia opublikowania sprostowania, jeżeli sprostowanie w szczególności:

- jest nierzeczowe lub nie odnosi się do faktów;
- zostało nadane lub złożone po terminie;
- nie zostało podpisane;
- nie odpowiada wymogom formalnym opisanym powyżej;
- zawiera treść karalną;
- podważa fakty stwierdzone prawomocnym wyrokiem dotyczącym wnioskodawcy.

Odmawiając opublikowania sprostowania, redaktor naczelny jest obowiązany niezwłocznie, nie później jednak niż w terminie 7 dni od dnia otrzymania sprostowania, przekazać wnioskodawcy pisemne zawiadomienie o odmowie i jej przyczynach, wskazując te fragmenty sprostowania, które nie nadają się do publikacji. Wnioskodawca ma wówczas prawo do poprawienia sprostowania.

W ostateczności lekarz może i powinien skierować sprawę na drogę postępowania sądowego, którego celem jest ochrona jego

dóbr osobistych oraz żądanie zaprzestania przez media ww. naruszeń na przyszłość, np. w postaci publicznych przeprosin. Termin przedawnienia ww. roszczeń wynosi rok od dnia opublikowania materiału prasowego. Dodatkowo osobie, która uchyla się od opublikowania sprostowania bądź publikuje go wbrew warunkom określonym w ustawie, grozi odpowiedzialność karna.

Trudna ochrona przeciwstawnych wartości

W relacjach prasa – zawody zaufania publicznego ścierają się nieustannie przeciwstawne wartości. Z jednej bowiem strony chcemy chronić prawo każdego do informacji oraz wolności wypowiedzi, a z drugiej żądamy ochrony dóbr osobistych takich jak cześć czy godność jednostki, które mogą zostać naruszone na skutek nadużycia wolności słowa przez przedstawicieli prasy, choć nie zawsze wypaczona przez dziennikarza wypowiedź narusza takie dobra. Lekarze wiedzą, że lepiej zapobiegać niż leczyć. Dlatego działania prewencyjne są nie do przecenienia, a mowa tu nie tylko o krokach prawnych, takich jak zgoda, autoryzacja czy sprostowanie, ale również o budowaniu relacji z dziennikarzami i przekazywaniu większej lub mniejszej dawki informacji w zależności od tego, jakim zaufaniem darzymy danego dziennikarza, czy mamy z nim do czynienia po raz pierwszy czy też nie oraz jakie poglądy reprezentuje redakcja, w której ma się ukazać wypowiedź.

W zakresie wizerunku lekarza i reprezentowanej przez niego placówki najwięcej szkody przynosi niewątpliwie uchylanie się od wypowiedzi, unikanie dziennikarzy bądź zaprzeczanie oczywistym faktom. Taką taktykę można było zaobserwować w wypowiedziach władz rosyjskich odnośnie do obecności obcych wojsk na terenie naszych wschodnich sąsiadów. Odbiór społeczny ww. wypowiedzi przyniósł wiele humorystycznych komentarzy, ale przede wszystkim szkód wizerunkowych ich autorom. Mądre skomentowanie zdarzenia bez odwoływania się do szczegółów może podnieść wiarygodność nie tylko danego lekarza, ale wszystkich przedstawicieli zawodu. Powoływanie się przez medyka na obowiązek przestrzegania tajemnicy lekarskiej należy traktować jako istotną, ale nie jedyną oręż w relacjach z mediami. Na dziennikarzu spoczywają bowiem obowiązki usankcjonowane prawnie, tj. w szczególności obowiązek prawdziwego przedstawiania opisywanych zjawisk, zachowanie szczególnej staranności i rzetelności przy zbieraniu i wykorzystywaniu materiałów prasowych, obowiązek sprawdzenia zgodności z prawdą uzyskanych wiadomości, obowiązek ochrony dóbr osobistych i interesów informatorów działających w dobrej wierze oraz innych osób, które okazują mu zaufanie, których naruszenie może skutkować odpowiedzialnością karną i cywilną dziennikarza. Odpowiedzialność karna przedstawicieli prasy jest instrumentem prawnym rzadko występującym w ustawodawstwach europejskich. W drastycznych przypadkach lekarz może sięgnąć i po ten środek ochrony naruszonych bezprawnie dóbr. Takim przypadkiem jest np. podstępne nagrywanie wypowiedzi nieświadomych niczego osób przy użyciu ukrytej kamery bądź dyktafonu, które następnie są rozpowszechniane w audycjach telewizyjnych (radiowych). Często osoby udzielające wypowiedzi są przedstawione w pejoratywnym świetle, w oderwaniu od konkretnego przypadku. Tego typu praktyki również podlegają odpowiedzialności karnej i są ścigane jako czyn karalny. W przypadkach ewidentnych nadużyć prawa przez dziennikarza, brak skorzystania przez lekarza ze środków prawnych wprowadza stan bezkarności dziennikarskiej i przekonanie o przyzwoleniu na takie działania ze strony środowiska lekarskiego. To zatem od postawy lekarzy zależy będzie, czy ich relacje z dziennikarzami będą oparte na zasadzie podporządkowania czy też równorzędności.

Fot. z archiwum autora



Skąd się biorą pomyłki diagnostyczne w ginekologii

Tekst Jarosław Pająk

Dr n. med.
Jarosław Pająk
Specjalista ginekolog
położnik i ginekolog
onkolog. Pracuje
w ramach kontraktu
w Szpitalu Wojewódzkim
we Wrocławiu. Zajmuje
operacjami w zakresie
ginekologii onkologicznej
i laparoskopią. Przepro-
wadził pierwsze w Polsce
operacje robotem da Vinci
w zakresie ginekologii.
Prowadzi indywidualną
praktykę lekarską.

Ginekologia to dziedzina dotycząca jednego narządu. Tak, z nutką lekceważenia, myśli wielu lekarzy. O kilku innych specjalnościach też tak można powiedzieć. Za ginekologią kryje się tymczasem wielka różnorodność. W tym jednym narządzie przebiega ciąża i odbywa się poród. W jajniku może rozwinąć się kilkudziesiąt różnych nowotworów. Leczenie zaburzeń statyki miednicy jest rozwijającą się dziedziną ginekologii rekonstrukcyjnej, laparoscopia i chirurgia robotowa stanowią wielki krok naprzód. To przykłady tej różnorodności. Przed lekarzem, który pragnie zostać sprawnym i wykształconym ginekologiem długa droga i ciężka praca.

Jacy są lekarze ginekolodzy. Najlepsi. Mają duże poczucie własnej wartości. Często wybujałe ego. Takie cechy wyrabia nie sama specjalność, ale eksponowany charakter pracy, który

przyciąga takie osobowości, a medycyna wymaga pokory. Niewyspani. Liczne nocne dyżury na porodówce lub co gorsza wyczerpujące, zmianowe tryby pracy powodują niedobór snu. Porody kobiet (i naczelnych) odbywają się głównie w nocy. Procesy sądowe dotyczą najczęściej zdarzeń, które zaszły pomiędzy 3 a 4 nad ranem. Poddani presji. Dziecko ma urodzić się zdrowe, na 10 punktów! Po operacji ma nie być powikłań! Naciski ze strony chorych, przybierające coraz częściej charakter żądań, wywołują u ginekologa stan permanentnego stresu. Rozchwiani. Uratowanie dziecka to wielki sukces, splendor. Porażka położnicza oznacza proces sądowy. Wzrasta liczba roszczeń wobec lekarzy ginekologów położników. Dawniej śmierć dziecka przy porodzie miała prawo się zdarzyć. Obecnie jest nie do zaakceptowania! Gdy z trudem udało się w Polsce

„Wzrasta liczba roszczeń wobec lekarzy ginekologów położników. Dawniej śmierć dziecka przy porodzie miała prawo się zdarzyć. Obecnie jest nie do zaakceptowania! Gdy z trudem udało się w Polsce obniżyć wskaźnik umieralności okołoporodowej do średnich wartości europejskich, okazało się, że liczba roszczeń zbliża się do amerykańskich”.





obniżyć wskaźnik umieralności okołoporodowej do średnich wartości europejskich, okazało się, że liczba roszczeń zbliża się do amerykańskich. Zabiegani. Nie znam ginekologa, który pracuje tylko w jednym miejscu. Krążą po poradniach, spółdzielniach lekarskich w pogoni za groszem, a potem przychodzą na nocny dyżur. Rozliczani. Oddział nie może się zadłużać, dyrektor szpitala ma mieć dobre wyniki ekonomiczne. Lekarz ma leczyć oszczędnie, bez powikłań, a zastosowane procedury muszą być „wysoko płatne”. Jak tacy lekarze mają nie popełniać błędów? *Errare humanum est* i basta. Proces kształcenia, dobry nauczyciel przewodnik, lider zespołu, uczenie się na cudzych błędach i mniej chętnie na własnych, to podstawy wyrabiania doświadczenia zawodowego, które pomagają unikać pomyłek. Nie da się rozpoznać choroby, której się nie zna! Trzeba ciągle się kształcić. Do tego, co zasługuje na pochwałę, na szczęście namawiać ginekologów nie trzeba. Następuje zmiana pokoleniowa i adaptujemy, z trudem, dobre wzorce od liderów z Europy, rugując *eminence based medicine*.

”
Wbrew obiegowym opiniom nie mamy praktycznie wpływu na przebieg wczesnej ciąży, dlatego że ok. 30 proc. ciąż w pierwszym trymestrze podlega mechanizmowi naturalnej „kontroli jakości” i ulega samoistnemu poronieniu, które jest właśnie niczym innym jak rozpoznaniem przez organizm ciężarnej patologicznego „jaja płodowego” i jego odrzuceniem. Niewykrycie negatywnych cech wczesnej ciąży (nie zawsze możliwe) i leczenie, czyli próby podtrzymania wadliwej ciąży, są powszechnym błędem popełnianym często w dobrej wierze, ale mogącym zakończyć się przedłużeniem egzystencji patologicznego jaja płodowego, które w warunkach braku ingerencji we wczesnym etapie ciąży zostałyby samoistnie poronione. Około 90 proc. poronionych jaj płodowych obarczonych jest najcięższymi aberracjami chromosomalnymi i mutacjami genetycznymi.

”
Pora na przedstawienie kilku przypadków z codziennej praktyki lekarskiej.

25-letnia kobieta, przeżyła pięć poronień we wczesnej ciąży. Po dwóch poronieniach wykonano badanie histeroskopowe i wykluczono wady macicy. W trzeciej ciąży zastosowano dopochwowe progestageny w celu „podtrzymania” ciąży. Ciąża zakończyła się kolejnym poronieniem. Wykonano badania w kierunku trombofilii, oznaczając przeciwciała przeciwjądrowe, przeciwkardiolipidowe i wykonano badanie w kierunku mutacji czynnika V Leiden. Ostatnie badanie potwierdziło obecność mutacji. W czwartej ciąży wdrożono leczenie preparatem clexane w dawce zalecanej rutynowo w takich przypadkach, tj. 40 mg s.c. Ciąża zakończyła się kolejnym poronieniem. W piątej ciąży chora otrzymała również clexane, progestageny oraz encorton i niskie dawki aspiryny, co stanowiło w ocenie leczącego maksymalną możliwą ingerencję terapeutyczną. Doszło do kolejnego poronienia. Zniechęcona chora zmieniła ośrodek, w którym się leczyła. W nowym miejscu w szóstej ciąży zastosowano jedynie wyższą niestandardową dawkę clexane (60 mg s.c.). Pozwoliło to na prawidłowy przebieg ciąży,

która zakończyła się porodem fizjologicznym i urodzeniem zdrowego dziecka. Przedstawiony przypadek wykazał potrzebę zastosowania wyższej, niestandardowej dawki leku.

Wbrew obiegowym opiniom nie mamy praktycznie wpływu na przebieg wczesnej ciąży, dlatego że ok. 30 proc. ciąż w pierwszym trymestrze podlega mechanizmowi naturalnej „kontroli jakości” i ulega samoistnemu poronieniu, które jest właśnie niczym innym jak rozpoznaniem przez organizm ciężarnej patologicznego „jaja płodowego” i jego odrzuceniem. Niewykrycie negatywnych cech wczesnej ciąży (nie zawsze możliwe) i leczenie, czyli próby podtrzymania wadliwej ciąży, są powszechnym błędem popełnianym często w dobrej wierze, ale mogącym zakończyć się przedłużeniem egzystencji patologicznego jaja płodowego, które w warunkach braku ingerencji we wczesnym etapie ciąży zostałyby samoistnie poronione. Około 90 proc. poronionych jaj płodowych obarczonych jest najcięższymi aberracjami chromosomalnymi i mutacjami genetycznymi. Ingerencja w I trymestrze ciąży, mająca na celu jej utrzymanie, musi być przemyślana i uzasadniona. Tak jest w przypadku trombofilii, czyli różnego rodzaju nadkrzepliwości. Niezależnie od przyczyny nadkrzepliwości końcowym patologicznym dla przebiegu ciąży skutkiem jest zakrzepica wewnątrzkrążeniowa, która prowadzi do obumarcia ciąży. To była przyczyna choroby i ją należało wyleczyć! Zastosowanie heparyn drobnocząsteczkowych stanowi skuteczną metodę leczenia. Niekiedy zastosowana dawka musi być wyższa niż standardowa. Czasem należy oderwać się od schematu.

31-letnia ciężarna w pierwszej ciąży zgłosiła się na kolejną rutynową wizytę kontrolną w 27 tygodniu. Dotychczas ciąża przebiegała bez jakichkolwiek powikłań. Masę płodu oszacowano ultrasonograficznie i mieściła się ona w dolnych granicach normy, ciężarna skarżyła się na lekkie bóle głowy, zmierzone ciśnienie tętnicze wyniosło 130/80, brak białkomoczu. Wyznaczono wizytę kontrolną za 14 dni, zlecono ponowne, ogólne badanie moczu oraz codzienny pomiar ciśnienia tętniczego. Ciężarna zgłosiła się w wyznaczonym terminie (29 tydzień), nie odnotowała wzrostu ciśnienia powyżej 140/90, w badaniu ogólnym moczu stwierdzono ślad białka. Samopoczucie chorej było dobre, a bóle głowy minęły. Oszacowana masa płodu wykazała wzrost w dolnych granicach normy. Ciężarna podała, że jej masa urodzeniowa wynosiła 2800 g, co uspokoiło lekarza, bo założył, że niska masa płodu ma uwarunkowanie dziedziczne. Wyznaczono kolejną wizytę za 2 tygodnie. Po kilku dniach, w 30 tygodniu ciąży, chora trafiła do szpitala rejonowego z silnymi bólami głowy, ciśnieniem 180/120 i nasilonym białkomoczem. Po zastosowaniu wlewu siarczanu magnezu, metyldopy doustnie i ustabilizowaniu ciśnienia na poziomie 140/100 chorą przekazano do ośrodka trzeciego stopnia referencyjności. Po kilkunastu godzinach intensywnego leczenia narastały objawy nadciśnienia i nasilał się białkomocz przy obecności silnego bólu głowy. Pojawiły się obrzęki i bóle wątroby. Stwierdzono patologiczny zapis kardiokardiograficzny i wykazano brak przepływu rozkurczowego w dopplerowskim badaniu przepływu pępowinowego. Ciążę ukończono zabiegiem cięcia cesarskiego, wydobywając płód o masie 900 g, którego stan oceniono na 4 punkty Apgar.

Dziewczynka przebywała na oddziale intensywnej terapii noworodka i opuściła oddział po około 40 dniach w stanie bardzo dobrym. Obecnie jest zdrową dziewczyną i dobrą uczennicą. U chorej połóg przebiegał bez powikłań. Opisany przypadek zakończył się *de facto* sukcesem, ale można mieć kilka uwag odnośnie postawionego rozpoznania. Gdyby badanie dopplerowskie wykonane było w trakcie wizyty, w 27 tygodniu ciąży, to wówczas z dużym prawdopodobieństwem można by było

stwierdzić początek zaburzeń przepływu pępowinowego, charakterystycznego dla nadciśnienia w ciąży. W 27 tygodniu ciąży, gdy pojawiły się początkowe ulotne zwiastuny stanu przedrzucawkowego, hospitalizacja na oddziale patologii ciąży mogła umożliwić wdrożenie wcześniejszego leczenia i roztoczenie lepszego nadzoru nad ciężarną i płodem. Stan przedrzucawkowy może rozpocząć się gwałtownie z opornością na leczenie i potrzebą ukończenia ciąży w krótkim czasie. Decydujące jest wybranie optymalnego, nieopóźnionego momentu ukończenia ciąży, nawet przy niskiej masie płodu. Konieczne jest zapewnienie intensywnej terapii noworodkowej w ośrodku o najwyższym stopniu referencyjności. Około 22-24 tygodnia ciąży płód nabiera zdolności do życia pozałożowego. Już wtedy istnieją szanse na jego uratowanie. Największym wyzwaniem dla położnika i zagrożeniem dla ciężarnej jest nadciśnienie tętnicze w ciąży, a szczególnie stan przedrzucawkowy i jego powikłania. Prawdopodobnie wskutek niewłaściwego zastępowania śródbłonna tętnic spiralnych ciężarnej macicy przez cytotrofoblast, zaburzone zostają złożone mechanizmy tolerancji przeszczepu allogenicznego, jakim jest płód. Wadliwy proces inwazji trofoblastu prowadzi do zaburzeń przepływu łożyskowego, który może zakończyć się zgonem płodu i również dramatyczną kryzą nadciśnieniową u ciężarnej z zaburzeniami ukrwienia mózgowego i wielonarządowego. Początek wadliwego formowania się łożyska następuje wcześniej, ale pierwsze objawy mogą się pojawić dopiero po 20. tygodniu ciąży. Nadciśnienie u kobiet z niskim ciśnieniem tętniczym przed ciążą może mieścić się w granicach poniżej 140/90! Nie zawsze udaje się to wykryć, prowadząc pomiary ciśnienia raz w miesiącu. Czasem nikły białkomocz albo wcześniej wykryta, niska w stosunku do czasu trwania ciąży masa płodu, wykazanie wzrostu średniego ciśnienia tętniczego, pojawienie się bólów głowy i wątroby, występujące szczególnie w przypadku pierwszej ciąży w życiu, nasuwa diagnozę. Mylić może zespół „białego fartucha”. Wczesna hospitalizacja na oddziale patologii ciąży przy objawach prodromalnych nadciśnienia, nawet jeśli diagnoza się nie potwierdzi, powinna być rozważona! Często oddziały te są pełne ciężarnych z fałszywym początkiem porodu, z obserwacją „zagrożającego porodu przedwczesnego”, a najcięższa patologia ciąży, jaką jest stan przedrzucawkowy, ginie w tłoku!

39-letnia kobieta zgłosiła się do szpitala z powodu stwierdzonej torbieli jajnika lewego z gęstą zawartością, która nie zniknęła po miesiączce i miała dyskretnie nasilone niepokojące cechy ultrasonograficzne w postaci dość grubej torebki z pojedynczymi naczyniami i jedną przegrodą. U pacjentki powtórzone na oddziale badanie ultrasonograficzne, które opisano podobnie, jak to zrobił lekarz kierujący, ale obraz tej zmiany zinterpretowano jako niepokojący i nie zakwalifikowano do leczenia operacyjnego. Wykonano natomiast badanie histeroskopowe, które wykazało prawidłowy obraz jamy macicy i endometrium, a pobrana biopsja w badaniu histopatologicznym nie wykazała zmian patologicznych. Chorą wypisano ze szpitala i ustnie zalecono dalszą obserwację, ale nie zostało to ujęte w zaleceniach w wypisie. Uspokojona chora dopiero po kilku miesiącach zgłosiła się do kontroli u lekarza prowadzącego, który stwierdził znaczne zwiększenie się zmiany i skierował ją do innego szpitala, gdzie w trybie pilnym przeprowadzono zabieg operacyjny drogą laparotomii, w trakcie którego badanie doraźne wykazało surowiczy nowotwór jajnika o granicznej złośliwości. Wykonano operację radykalną, która poza zajęciem jajnika wykazała obecność wszczepów inwazyjnych w sieci większej. Chora żyje do tej pory bez cech wznowy choroby. Odróżnienie zmiany niezłośliwej od zmian granicznej złośliwości i złośliwych narzęcza trudności. Torbiele proste przydatków nie wymagają

leczenia operacyjnego, o ile spełniają ściśle kryteria ultrasonograficzne, takie jak cienka i równa torebka, jednorodnie hipoechogenna zawartość, brak przegród i wtrętów, brak ukrwienia torebki lub skąpe ukrwienie wysokooporowe oraz brak wzrostu objętości guza w czasie. Zmiany proste można usunąć drogą laparoskopii, traktując zabieg jako biopsję potwierdzającą niezłośliwość zmiany, można też prowadzić ścisłą obserwację. W przedstawionym przypadku dokonano prawidłowego opisu zmiany (opisane cechy podejrzane), ale wyciągnięto z niego złe wnioski. Błędem był brak decyzji o podjęciu leczenia operacyjnego. Co więcej wykonano histeroskopię, czyli badanie macicy! Przeprowadzenie badania histeroskopowego, abstrahując już od tego, że wykonane zostało bez wskazań, mogło dodatkowo uspokoić chorą, sprawiając wrażenie przeprowadzenia jakiejś dodatkowej procedury weryfikującej charakter zmiany w jajniku. Jak się później okazało wykonanie histeroskopii miało uzasadnienie pseudoekonomiczne. Pragnienie wypracowania zysku dla oddziału! A to zdrowie chorego miało być najwyższym dobrem. Nigdy nie zapominajmy o naszych zasadach!

35-letnia kobieta rok po trzecim porodzie i cztery miesiące po zakończeniu laktacji zgłosiła się do ginekologa z powodu wysiłkowego nietrzymania moczu II stopnia, to znaczy, że gubiła mocz przy kaszlu, dźwiganiu, ale także przy lżejszych czynnościach, co praktycznie uniemożliwiała jej wykonywanie pracy fizycznej. Po przeprowadzeniu badania urodynamicznego, które potwierdziło wysiłkowy charakter nietrzymania moczu i brak objętości zalegającej po mikcji, u chorej założono taśmę podcewkową sposobem TOT („transobturatore tape” – beznapięciowa taśma przeprowadzona przez otwory zasłonowe z nacięć w skórze pachwin). Chora po miesiącu powróciła do pracy, a po roku zgłosiła się do kontroli, skarżąc się na niemożność oddania moczu szczególnie pod koniec dnia. Lekarz podjął próbę rozszerzenia cewki moczowej w trybie ambulatoryjnym, ale nie przyniosła ona oczekiwanego rezultatu. Chora powróciła do lekarzy operujących, którzy podczas badania pacjentki stwierdzili pojawienie się nieznacznej przepukliny pęcherzowo-pochwowej. Lekarze doszli do wniosku, że pojawienie się tej przepukliny, przy zbliżonej taśmą do spojenia łonowego cewce moczowej, spowodowało pojawienie się napięcia tej taśmy i radykalne zaostrzenie się kąta pęcherzowo-cewkowego, szczególnie pod koniec dnia pracy fizycznej. Wykonano klasyczną plastykę przednią pochwy, potwierdzając przy okazji prawidłowe założenie taśmy. Uzyskano eliminację epizodów zatrzymania moczu i satysfakcjonującą chorą kontrolę trzymania moczu i prawidłowy przebieg mikcji. Lekarz, do którego chora zgłosiła się z objawami zatrzymania moczu, nie spostrzegł przepukliny pęcherzowo-pochwowej albo jej niewielkie nasilenie ocenił jako nieistotne. U chorej po założeniu beznapięciowej taśmy TOT ten „drobiazg” był przyczyną zaburzeń w oddawaniu moczu. Zastosowana próba rozszerzenia cewki moczowej mogła doprowadzić do zerwania taśmy i wystąpienia ponownie wysiłkowego nietrzymania moczu, a wykonanie zwykłej plastyki przedniej ściany pochwy przywróciło właściwe mechanizmy trzymania moczu i mikcji. Przypadek ten potwierdza tezę, że jesteśmy w stanie rozpoznać tylko tę chorobę, którą znamy. Po drugie, aby rozpoznać nieprawidłowość, powinniśmy znać mechanizm, jaki do niej doprowadził. Po trzecie czasem niewielka zmiana, w tym przypadku niewielka przepuklina pęcherzowo-pochwowa, może mieć duży wpływ na objawy.

Kształćmy się ustawicznie, żeby rozumieć więcej. Analizujmy porażki. Wybierajmy dobrych nauczycieli, którzy wyjaśnią nam zawiłości procesu diagnostycznego. Bądźmy czujni. Nie rezygnujmy z zasad!



Fot. Patrycja Proc/OIL Łódź



VI ŁÓDZKIE SPOTKANIA STOMATOLOGICZNE

Tekst Alicja Marczyk-Felba, Urszula Kilijańska, Małgorzata Nakraszewicz

Źródło grafiki: http://www.flickr.com/photos/14848998042_edaa2a038c_k/Dr PS Sahana Kadamtala Howrah

Koleżanki i Koledzy!

W tym roku po raz kolejny trzy osoby z Komisji Stomatologicznej DRL uczestniczyły w ostatni weekend września w VI Łódzkich Spotkaniach Stomatologicznych, które od paru lat odbywają się w Słoku (koło Bełchatowa). Choć spotkania te nie mają tak długiej tradycji jak konferencje w Ryttrze czy Augustowie, to już na stałe wpisały się w kalendarz ważnych wydarzeń stomatologicznych na terenie Polski, a to z tego powodu, że mają swój niepowtarzalny charakter. Jest to niewątpliwie zasługa dwójga lekarzy dentyków Jacka Pypcia i Małgorzaty Lindorf, którzy są pomysłodawcami i realizatorami tego przedsięwzięcia. W efekcie oprócz członków Izby Łódzkiej do Słoka przyjeżdżają stomatolodzy z całego kraju.

Spotkania te to głównie intensywna nauka na wykładach, a wieczorna atrakcje wizualne i zawsze coś dla ducha. W tym roku gościem specjalnym był poeta i bard równocześnie Andrzej Poniedziałki, którego występ dał nam wiele radości i kilkakrotnie rozbawił do łez.

Oczywiście istotą spotkania było poszerzenie wiedzy zawodowej w myśl powiedzenia, że „mądry ciągle się uczy, a ten mniej mądry – wszystko wie”. Wiele interesujących wykładów wpisało się w pewien ciąg tematyczny, który nazwałabymy interdyscyplinarnym spojrzeniem na wykonywanie zawodu lekarza stomatologa. Jest to o tyle ważne, że w związku z szalonym postępem wiedzy coraz bardziej specjalizujemy się w wąskich dziedzinach. A jednak na pacjenta powinniśmy patrzeć całościowo i dlatego musimy cały czas śledzić postępy medycyny we wszystkich jej zakresach. Przykładowo, wykład dotyczący pacjentów kardiologicznych w gabinecie stomatologicznym przybliżył nam standardy leczenia tych pacjentów, zwłaszcza w aspekcie stosowania przez nich leków przeciwkrzepialnych i przeciwplatekcyjnych, co jak wiemy stanowi pewne utrudnienie dla nas przy wykonywaniu zabiegów chirurgicznych (w naszej Izbie tematyka ta również była prezentowana). W innych wykładach poruszono ważny problem bliskiej współpracy z lekarzem onkologiem i szczególnie bliskiej współpracy z lekarzem laryngologiem w wypadku zmian zapalnych i nowotworowych w zakresie jamy ustnej i gardła.

Wielu prelegentów skupiło się na tematyce leczenia stomatologicznego. Prof. Leopold Wagner omówił środki wybielające stosowane w stomatologii, zwracając uwagę na bezpieczeństwo ich używania oraz uwarunkowania prawne. Prof. Mariusz Lipski przedstawił zagadnienie związane z diagnostyką i leczeniem perforacji zębów. Dowiedziałyśmy się m.in., jak takim perforacjom zapobiegać. Prof. Agnieszka Mielczarek wystąpiła z ciekawym wykładem na temat diagnostyki i leczenia próchnicy zębów, ze szczególnym uwzględnieniem terapii wczesnych zmian próchnicowych. Lek. dent. Michał Paulo opowiedział o diagnostyce problemów związanych ze stawami skroniowo-żuchwowymi, bólami i uczuciem dyskomfortu w obrębie twarzy, szyi i obręczy barkowej oraz o szynoterapii.

Oprócz tematów stricte stomatologicznych na uwagę zasługuje cykl wykładów, które można określić jako pakiet prawno-organizacyjny. Dr nauk prawnych Małgorzata Serwach, jak zwykle w sposób bardzo

przystępny, przypomniała nam zasady prawidłowego prowadzenia dokumentacji medycznej, a w wypadku wadliwego prowadzenia tej dokumentacji – konsekwencje w zakresie odpowiedzialności cywilnej, a nawet i karnej. W swoim wykładzie przytoczyła pewne zabawne historie z wokandy sądowej, które wynikały z niefrasobliwych zapisów w karcie choroby pacjenta. Równie ciekawy wykład dotyczył ciężących na nas obowiązków wynikających z zasad ochrony danych osobowych, znajomości procedur przetwarzania tych danych i zabezpieczania ich przed dostępem osób trzecich. Jest to nowy zakres wiedzy, jaki musimy posiadać w związku z ciągle zmieniającym się otoczeniem prawnym dotyczącym wykonywania naszego zawodu zarówno w aspekcie medycznym, jak i wynikającym z faktu, że prowadząc praktykę lekarską, jesteśmy równocześnie przedsiębiorcami.

Szczególnym zainteresowaniem cieszył się wykład pt. „Preparacja czy leczenie – podejście biomimetyczne w leczeniu choroby próchnicowej”. Wykładowcą był dr Raimond N.B. Van Duinen, który poza własną praktyką w Hadze prowadzi też prace badawcze na wydziale uniwersytetu w Amsterdamie dotyczące bioaktywnych materiałów do wypełnień takich jak glosjonometry. Od 2005 r. współpracuje naukowo, prowadząc badania i wykłady na kilku europejskich uniwersytetach, m.in. w Londynie i Zagrzebiu. W 2013 r. zainicjował działania International Biomimetic Expertise – grupy międzynarodowych ekspertów w dziedzinie biomimetyki (www.biodentistry.eu)

Podstawowym prezentowanym zagadnieniem był mechanizm działania i wpływ glosjonomerów na tkanki własne zęba oraz związane z tym nowe możliwości zastosowania tych materiałów. W chwili obecnej ze względu na poprawę wytrzymałości mechanicznej oraz stosowanie utwardzania termicznego są również zalecane jako wypełnienia permanentne także w odcinku bocznym, jako alternatywa dla materiałów kompozytowych i amalgamatowych. Wyraźnym akcentem przekazu była możliwość leczenia zębów poprzez zastosowanie glosjonomerów, szczególnie u dzieci i młodzieży, a nie samo mechaniczne uzupełnianie brakujących tkanek. Szeroka gama obecnych na rynku materiałów do wypełnień daje możliwość lekarzowi dentyście wyboru materiału adekwatnego do sytuacji klinicznej.

Wykładowca przedstawił wieloletnie obserwacje stosowanego przez siebie leczenia i ewolucję materiałów glosjonomerowych od wypełnień tymczasowych, długoterminowych do materiałów pierwszego wyboru stosowanych zarówno w leczeniu choroby próchnicowej, jak i zabiegów profilaktycznych. Dr Raimond N.B. Van Duinen gościł 17 października na szkoleniu w Dolnośląskiej Izbie Lekarskiej.

Patrząc retrospektywnie na te trzy dni pobytu w Słoku uważamy, że zaprezentowane wykłady dały szansę uczestnikom spotkania „być na bieżąco” zarówno z aktualną wiedzą medyczną, jak i prawną. Ośrodek, w którym odbywają się Łódzkie Spotkania Stomatologiczne, usytuowany jest w pięknym sosnowym lesie nad wodą. To pozwoliło organizatorom połączyć edukację z czynnym wypoczynkiem, co jest zapewne zachętą do przyjazdu na kolejne spotkania.



NIEZWYKŁE SPOTKANIE KOBIET

Tekst Alicja Marczyk-Felba, Grażyna Ossowska

Fot. M.J.

I wieczór integracyjny „Być kobietą, być kobietą”. Podaruj sobie piękno poprowadziły ze swadą Alicja Marczyk-Felba i Grażyna Ossowska – organizatorki i pomysłodawczynie spotkania.

Byc kobietą to spotkanie towarzyskie, jednopłciowe, które odbyło się 2 października w siedzibie DIL we Wrocławiu. Zainteresowanie spotkaniem ogromne, frekwencja znakomita, ograniczona jedynie pojemnością sal Domu Lekarza. Nie rozmawialiśmy o medycynie, pacjentach, chorobach, lecz tylko o urodzie życia i medycynie estetycznej stosowanej. Zaczęłyśmy od teorii, jak to w środowisku lekarskim bywa, przeszłyśmy do zajęć praktycznych prowadzonych przez profesjonalistów z branży medyczno-kosmetycznej. Nie zapomnieliśmy także o strojach, ich urodzie i kolorystycznych kompozycjach. Spotkanie zyskało na atrakcyjności dzięki licznym niespodziankom zaoferowanym nam przez nieocenionych sponsorów. Można było wylosować atrakcyjne wyjazdy, przydatne kosmetyki, biżuterię, książki a nawet wygodny fotel.

Pouczający wykład na temat pielęgnacji skóry z wykorzystaniem nowoczesnych zabiegów dermatologicznych przedstawiła nasza ko-

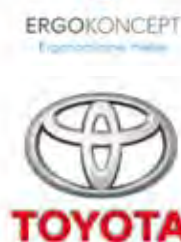
leżanka Ala Grodzińska, o laseroterapii opowiadała dr Mariola Oleszkiewicz. Wiele dowiedziałyśmy się także o skutecznym odmładzaniu, doborze kolorystycznym ubioru i makijażu, projektowaniu i godnym noszeniu wszelkiego rodzaju sukien i innych okryć. Ważnym i trudnym tematem było, jak zawsze, dobre, zdrowe i sprzyjające sportowej sylwetce odżywianie.

Atmosfera była rodzinna, radosna, także dzięki doskonałemu jedzeniu i wybornym winom zapewnionym przez sponsora p. Józefa Nawrota (firma Nelson Catering&Events) – szacunek w imieniu konsumentek. Wspaniały był też sposób podania, stoły pięknie nakryte, aż chciało się siedzieć, jeść, popijać i rozmawiać.

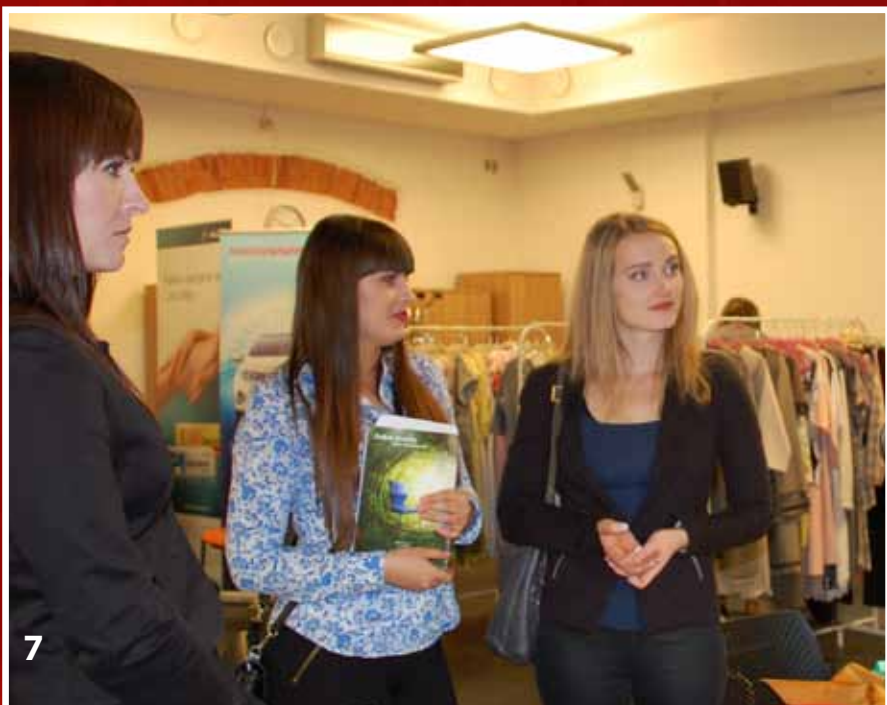
Spotkanie odbyło się dzięki hojności i życzliwości sponsorów, którym serdecznie dziękujemy!

SPONSORZY:

1. Vitruhan Textile Glass GmbH,
2. Nelson Catering&Events Józef Nawrot,
3. Ergokoncept,
4. Toyota Nowakowski,
5. TU Inter Polska S.A.
6. BoConcept,
7. Dwór Elizy sp. z o.o.,
8. Łyko,
9. Clarena z o.o. sp. komandytowa.



„Być kobietą, być kobietą”. Podaruj sobie piękno, 2.10.2015 r. – fotoreportaż





INAUGURACJA ŚRODOWISKOWA



Wykład inauguracyjny pt. „Z Kresów na Dolny Śląsk – 70. rocznica przeszczepu nauki polskiej” wygłosił prof. dr hab. Stanisław Nicieja – rektor Uniwersytetu Opolskiego.



„Gaudeamus igitur” w wykonaniu połączonych chórów wrocławskich uczelni pod dyktando Alana Urbanka



Z okazji obchodów 70-lecia polskiego środowiska akademickiego we Wrocławiu na ul. Świdnickiej przygotowana została wystawa – 22 plansze prezentujące wrocławskie uczelnie wczoraj i dziś. Otworzyła ją m.in. prof. Lena Kolarska-Bobińska – minister nauki i szkolnictwa wyższego



Energetyczny koncert Kamila Bednarka z okazji rozpoczęcia nowego roku akademickiego

Fot. Adam Zadrzywiski

ROK AKADEMICKI 2015/2016 ROZPOCZĘTY

Środowiskowa inauguracja roku akademickiego

1 października 2015 r. jedenaście wrocławskich uczelni po raz trzeci powitało wspólnie nowy rok akademicki. Najpierw w Auli Leopoldina, a potem na wrocławskim rynku władze szkół wyższych, pracownicy naukowcy i studenci świętowali inaugurację. Tym razem miała ona wyjątkowo uroczysty charakter, bo środowisko akademickie obchodzi w tym roku 70-lecie nauki polskiej we Wrocławiu. Z tej okazji na ul. Świdnickiej otwarto w dniu immatrykulacji studentów wystawę fotograficzną poświęconą trudnym początkom nauki w powojennym mieście oraz współczesnym osiągnięciom poszczególnych uczelni. O ich wspólnych inicjatywach badawczych, edukacyjnych i rozwojowych, realizowanych także na arenie międzynarodowej, mówił prof. Marek Ziętek. – Aktywnie współpracujemy z biznesem i samorządem. Oddziałujemy na rynek pracy oraz innowacyjną gospodarkę. Staramy się godnie kontynuować lwowskie tradycje – podkreślał przewodniczący Kolegium Rektorów Uczelni Wrocławia i Opola. Wyrazem jedności wrocławskich uczelni, o której mówił Jego Magnificencja, była uroczysta immatrykulacja przedstawicieli pierwszorzecznych studentów i tradycyjne „Gaudeamus igitur”. O godz. 17.00 wrocławski rynek zamienił się w prawdziwy parkiet taneczny. Do utworu „Up Town Funk” M. Ronsona i B. Marsa zatańczyło ponad 1000 osób. W sielski nastrój wprowadził zebranych zespół GoMusic, a niemal do czerwoności rozgrzał publiczność Kamil Bednarek, którego koncert zamykał uroczystość.

Jak informuje GUS, rok akademicki 2015/2016 rozpoczęło we Wrocławiu ponad 122 tys. osób. Kilkanaście tysięcy studiuje w pozostałych dolnośląskich miastach. Prawie 90 tys. żaków zdecydowało się na uczelnie publiczne, a blisko 50 tys. wybrało uczelnie niepubliczne. Na największych wrocławskich uczelniach, na pierwszym roku dziennych studiów licencjackich, inżynierskich i jednolitych magisterskich, zadebiutuje w tym roku więcej niż 20 tys. studentów.

Inauguracja uczelniana

Sześć dni później odbyła się inauguracja roku akademickiego na Uniwersytecie Medycznym we Wrocławiu. Uroczystość w Auli Leopoldina poprzedziło otwarcie Centrum Naukowej Informacji Medycznej u zbiegu ulic Marcinkowskiego, Chałubińskiego i Milkulicza-Radeckiego. – Do sześciokondygnacyjnego budynku CNIM przeniesiono zbiory z zabytkowego pałacyku przy ul. Parkowej oraz księgozbiór Wydziału Nauk o Zdrowiu z ul. Bartła. Biblioteka łączy książki tradycyjne ze zbiorami elektronicznymi. Półki w magazynie zajmują kilkanaście kilometrów. Nowa przestrzeń daje dużo więcej możliwości – umożliwi wolny dostęp do zbiorów, książki i czasopisma zajmują oddzielne piętra. Znalaziono też miejsce dla czytelni zbiorów specjalnych. Biblioteka UM może się też pochwalić bogatym zbiorem exlibrisów medycznych, jest ich około 4,5 tysiąca. Są starodruki, dokumenty pochodzące jeszcze z Uniwersytetu Jana Kazimierza ze Lwowa: akta studentów, katalogi dziekańskie. Jest też bogaty zbiór XIX-

”

Na wrocławskim Uniwersytecie Medycznym kształcą się ponad 5,5 tys. studentów. W tym roku akademickim studia stacjonarne i niestacjonarne rozpoczęło 1100 osób. Najwięcej, bo 220 osób, zainaugurowało naukę na Wydziale Lekarskim. Dużą popularnością cieszą się też kierunki prowadzone w języku angielskim – przyjęto na nie niemal 200 osób. Najliczniejszą grupę (ponad 60 osób) stanowią Niemcy, wielu jest też Szwedów i co ciekawe Polaków – informuje Monika Maziak, rzecznik prasowy UM we Wrocławiu.

“

-wiecznych niemieckich książek medycznych. Niewielu wie, że w posiadaniu uczelni znajdują się także liczne obrazy: akwarele i pastele, a wśród nich na przykład dzieła Eugeniusza Gepperta. W nowym miejscu będą one prezentowane w minigalerii. W budynku wprowadzono wiele usprawnień technicznych. Jest inteligentny regał, wrzutnia, selfcheck – to wszystko ma usprawniać obsługę czytelników i zmniejszyć kolejki. W planach jest uruchomienie księgarni i bardzo wyczekiwanego w tym rejonie kampusu baru – informuje rzecznik prasowy uniwersytetu. Do nowego obiektu, sfinansowanego ze środków UM i Ministerstwa Zdrowia, przeniosą się wkrótce kluczowe osoby i działy uczelni, tj. kanclerz, kwesor, Zespół ds. zamówień publicznych oraz Dział Projektów Europejskich. Budowa CNIM i jego wyposażenie kosztowały ok. 56 mln zł.

Drugim, równie ważnym momentem inauguracji, było wręczenie doktoratu honoris causa prof. Sonji Ständer – światowej sławy ekspertowi w dziedzinie dermatologii i neurodermatologii, specjalizującej się w problematyce świądu. W tym roku, podobnie jak w latach ubiegłych, kilkudziesięciu zasłużonych pracowników UM we Wrocławiu odebrało odznaczenia państwowe, resortowe, odznaki uczelniane i nagrody ministra zdrowia. Nadano też stopnie naukowe doktora habilitowanego nauk medycznych z zakresu medycyny i doktora habilitowanego nauk farmaceutycznych.

Zwieńczeniem inauguracji była uroczysta immatrykulacja studentów. Po złożeniu ślubowania reprezentanci pierwszego roku z rąk prorektora ds. dydaktyki prof. dr. hab. Michała Jelenia odebrali indeksy. Część oficjalną zakończył wykład prof. dr. hab. Andrzeja Küblera pt. „Godność w obliczu śmierci – wyzwanie dla medycyny XXI wieku”.

M.J.

INAUGURACJA UCZELNIANA



Ślubowanie studentów I roku studiów



Tym razem godność doktora honoris causa nadano prof. Sonji Ständer, która kieruje Interdyscyplinarnym Centrum Kompetencyjnym Przewlekłego Świądu w Szpitalu Uniwersyteckim w Münster.



Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu rozpoczął rok akademicki od otwarcia Centrum Naukowej Informacji Medycznej. Dyrektor placówki Renata Sławińska zaprosiła gości do pomieszczeń na co dzień niedostępnych, m.in. nowoczesnego magazynu.

Opis zdjęć ze stron 25-26:

1. I wieczór integracyjny poświęcony kobietom odbył się w sali konferencyjnej DIL.
2. i 3. i 5. W spotkaniu wzięło udział blisko 100 pań.
4. Podczas I wieczoru integracyjnego „Być kobietą, być kobietą” na uczestniczki spotkania czekało wiele niespodzianek. Nagrody ufundowane przez sponsorów panie wygrywały w drodze losowania.
6. Voucher na weekendowy pobyt w hotelu „Dwór Elizy” wygrała Anna Metzger-Mazurkiewicz (po prawej).
7. i 8. Kosmetyki, odzież, biżuteria, meble, czyli wszystko to, co kochają kobiety, znalazło się na stoiskach wystawców.
9. Wśród uczestniczek spotkania nie zabrakło pań z Komisji Stomatologicznej DRL.



Fot. Ireneusz Kasprzak



Bieg Uniwersytetu Medycznego zrobił wielkie BUM i o tym chcemy mówić!

3 października 2015 r. we Wrocławiu miało miejsce wspaniałe wydarzenie biegowe, na które czekaliśmy od dawna i które zamieniło się w prawdziwe święto zdrowia oraz aktywnego spędzania czasu.

BUMWRO 2015: B – biegam, U – uwielbiam to, M – mogę wszystko we Wrocławiu!

Takie słowa przyszły mi do głowy, kiedy po dotarciu do miasteczka biegowego zobaczyłam twarze organizatorów. Uśmiechnięte, radosne, pełne energii. I ta dobra energia przełożyła się na całe wydarzenie. Nic tutaj nie działo się przypadkowo. Miasteczko biegowe sprawiało wrażenie, jakby stało tutaj od zawsze, a każdy jego element był skrupulatnie przemyślany i odpowiednio zaaranżowany. Na jego urok składały się liczne punkty, w tym m.in.: Strefa Zabawy Małego Kibica (zorganizowana przez partnera BUMWRO 2015 – Trampolinę Zabawy); namiot partnera biegu „Rakoobrony”, gdzie każdy gość wydarzenia, zarówno biegacz, jak i kibice, mógł zbadać podejrzone znamiona pod okiem dermatologa za pomocą dermatoskopu; Food Truck z pizzą w kształcie łódek, prosto z opalonego drewna pieca zachęcający do wspólnego świętowania i rodzinnego biesiadowania; restauracja „Zupa” z największym wyborem zup, poczynając od polskich klasyków po egzotyczne smaki, dodatkowo podgrzewająca atmosferę biegu; namiot Kilometry dla Hemofilii, gdzie każdy mógł dołożyć swoją cegiełkę i pomóc chorym poprzez kręcenie kilometrów; stanowisko Młodej Farmacji – Wrocław, umożliwiające bezpłatny pomiar ciśnienia krwi i sprawdzenia swoich sił w mikroskopowaniu.

BUMWRO 2015 na fanpage’u

Ogromnym atutem BUM był sposób komunikowania się jego organizatorów z uczestnikami i fanami wydarzenia. Na Facebooku utworzona została zakładka promująca wydarzenie a także fanpage biegu, gdzie organizator sukcesywnie umieszczał wszelkie niezbędne informacje. To tutaj zapoznaliśmy się z ideą biegu, poznawaliśmy sylwetki kolejnych ambasadorów biegu, dowiadywaliśmy się o sponsorach, o atęście trasy itd. Najistotniejsze z informacji trafiały do zakładki „wydarzenie”. Dzięki takiej formie komunikacji mogliśmy poczuć się już przed biegiem jak jedna wielka drużyna.

Instrukcja obsługi może być przystępna

Za pośrednictwem portalu społecznościowego organizator poinformował biegaczy o otrzymaniu atestu trasy biegu i jeszcze tego samego dnia na stronach wydarzenia ukazała się jej mapa oraz animacja trasy biegu. Kto miał ochotę, mógł po tych śladach pospacerować, pobiegać, pojeździć na rowerze, spokojnie się z nią zapoznać i zaprzyjaźnić. Ogromnym plusem biegu było bezpłatne udostępnienie parkingu przy miasteczku biegowym oraz przesłanie smsów uczestnikom biegu na dzień przed startem, zawierających informacje o przyznanym numerze startowym oraz godzinach otwarcia biura zawodów, które działało wyśmienicie.

Pakiet startowy był wyjątkowy

Pakiet startowy zaskoczył niejednego biegacza. Zwykle pod stosem kolorowych ulotek znajdujemy drobny gadżet biegowy. W pakiecie startowym BUMWRO 2015 było inaczej. Składał się on bowiem z trzech pełnowymiarowych produktów (żelu i dwóch sprayów) Perskindol Active dla sportowców i ludzi ak-

tywnych. To naprawdę niemała gratka dla każdego biegacza! Pakiet wzbogaciły bezglutenowe chrupki kukurydziane i próbki kosmetyków firmy Tołpa. Dodatkowo Fundacja „Rakoobrona” dołączyła do pakietu startowego broszurę informującą o tym, jak rozpoznawać nowotwory głowy i szyi.

Atmosferę tworzą ludzie

Pasja, jaką włożyli organizatorzy biegu w realizację tego wydarzenia, przełożyła się na atmosferę biegu. W miasteczku biegowym czuliśmy się jak na spotkaniu z przyjaciółmi. Dużo uśmiechu, rozmów, dobrej energii, żartów i wspólnych fotografii. Dyrektor biegu dr hab. n. med. Tomasz Zatoński wraz z żoną dr hab. n. med. Katarzyną Zatońską dołożyli wszelkich starań, aby bieg ten był wyjątkowy.

Rozgrzewkę przed BUMWRO 2015 poprowadził wicemistrz olimpijski z Pekinu 2008, młodzieżowy mistrz świata, wicemistrz Europy i ponad trzydziestokrotny mistrz Polski w wioślarstwie – Paweł Rańda, ambasador BUM.

Komentatorem biegu był najlepszy polski spiker biegowy Roman Toboła (komentator prowadzący największe imprezy biegowe w całej Polsce, w tym także ostatni 33. Wrocław Maraton).

Promotorzy zdrowego stylu życia

Pierwszą edycję biegu na dystansie 10 km ukończyło 599 uczestników. BUM miał na celu propagowanie zdrowego stylu życia. O tym, że cel ten został osiągnięty, świadczy zarówno liczba zawodników, jak i zaangażowanie kibiców, których nie zabrakło na trasie biegu.

Mimo iż bieg zorganizowany został z myślą o zaangażowaniu środowiska medycznego w promocję zdrowego stylu życia, dbania o własną kondycję oraz profilaktykę, stał się ważnym wydarzeniem biegowym dla pozostałej części biegaczy. Tego dnia pobiegliśmy wspólnie w jednym celu. I każdy z nas na swój sposób stał się promotorem zdrowia! Stał się częścią jednej drużyny!

Będzie kontynuacja – 1.10.2016 r.

Jeśli zabrakło Was w tym roku na starcie biegu, koniecznie zapiszcie ten termin w przyszłorocznym kalendarzu! Zróbmy razem hałas i niech wiadomość o wrocławskim BUM się niesie!

Pomysłodawcami i organizatorami biegu są: dr hab. n. med. Tomasz Zatoński – lekarz laryngolog i pracownik naukowy UM we Wrocławiu, dr hab. n. med. Katarzyna Zatońska – kierownik Katedry Medycyny Społecznej UM we Wrocławiu oraz Danuta Pilarz-Małkiewicz – prezes Fundacji „Wroactiv”, organizator imprez biegowych we Wrocławiu. Na ogromne uznanie zasługuje również cały sztab osób zaangażowanych w organizację biegu, osoby obsługujące biuro zawodów, wolontariusze, pozostali sympatycy biegu, którzy po cichu dołożyli swoją ogromną cegiełkę w realizację tego pięknego wydarzenia sportowego. Nie umknęli oni uwadze biegaczy.

Edyta Indulska-Saldacz
autorka bloga **A-ni-MATORKA Biegania**

Opisy zdjęć:

1. Rozgrzewka przy Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym we Wrocławiu
2. Z numerem jeden wystartował w biegu prof. Marek Ziętek – rektor UM we Wrocławiu (I po lewej), z numerem dwa stawiała się na starcie ambasadorka BUM prof. Alicja Chywicka.
3. Puchary i nagrody (sportowe zegarki i pulsometry) ufundowane przez Radę DIL wręczał najszybszym lekarzom i lekarkom dr n. med. Paweł Wróblewski – p.o. prezes DRL.
4. Dr hab. n. med. Tomasz Zatoński



Fot. z archiwum autorki

Członkowie Koła Seniorów DIL w Jeleniej Górze na wycieczce w Sychrowie

26 września 2015 r. o godz. 8.00 wyjechaliśmy z Jeleniej Góry w kierunku Czech. Frekwencja i punktualność wzorowe.

Pierwszym etapem wycieczki były piękne dolomitowe jaskinie w Bozkowie. Jak to w jaskiniach – po trochu ciemno, mokro, latające nietoperze, ale i wspaniałe formy skalne wyrzeźbione przez naturę. Następnie przejechaliśmy przełomem rzeki Izery do Sychrova. Naszym celem było zwiedzenie zamku, który zachwylił wszystkich. Po trudach zwiedzania zasłużyliśmy na wspólny obiad w przyzasmkowym barze. Pełni nowych sił pojechaliśmy dalej. Kolejne punkty postojów to: Hrubá Skála, Prachowskie Skąły i na końcu znany z „Dobranoczek” o Rumcajsie – Jičín.

Powrót do Jeleniej Góry około godz. 21.00. Wprawdzie byliśmy trochę zmęczeni, ale za to pełni wrażeń oraz zadowoleni z całego dnia spędzonego w miłym towarzystwie koleżanek i kolegów. Pogoda dopisała. Było to piękne pożegnanie lata 2015.

Zdzisława Piotrowska-Gede
przewodnicząca Koła Seniorów DIL w Jeleniej Górze



Fot. z archiwum autorki

Zabawa z chustą Klanzy dostarczyła radości nie tylko dzieciom, ale i dorosłym...

LEKARSKI PIKNIK RODZINNY

10 października br. w malowniczej miejscowości Krzyżowa odbył się piknik rodzinny – impreza integracyjna członków Koła Terenowego DIL w Świdnicy. Mimo chłodnej aury (na szczęście świeciło słońce) atmosfera spotkania była ciepła i przyjazna, a obfitość stołu oraz profesjonalnie zorganizowane atrakcje ruchowe dla dzieci i dorosłych dostarczyły samych pozytywnych emocji.

Krystyna Michalak
przewodnicząca Koła Terenowego DIL w Świdnicy



1



2



3

Fot. Grzegorz Krykwiński/casusMEDICAL

Kongres Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego za nami

W dniach 1-3 października odbył się we Wrocławiu doroczny Międzynarodowy Kongres Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego. Jego 19. edycja jak zwykle zgromadziła wielu znakomitych wykładowców, rzesze kardiologów, lekarzy innych specjalności oraz pielęgniarek, ratowników i techników z całej Polski. Uczestnicy mieli okazję wysłuchać wielu wykładów, wziąć udział w warsztatach, zaprezentować swoje osiągnięcia naukowe, a także poznać nowości prezentowane przez firmy z branży medycznej.

Od kilku lat kongres PTK naprzemiennie goszczą dwa miasta – Wrocław i Poznań. Zapewne dlatego, że tylko te dwie metropolie mogą w jednym miejscu pomieścić do 5000 uczestników, przygotować co najmniej 10 sal wykładowych, po prostu zagwarantować właściwe warunki dla przeprowadzenia tak dużego spotkania. W kulisach mówiło się, że wkrótce do walki o organizację kolejnych kongresów włączą się inne miasta, ale póki co wrocławska Hala Stulecia co dwa lata gości najlepszych polskich kardiologów.

W tym roku do naszego miasta przyjechało grubo ponad 3000 uczestników, na 10 salach odbyło się łącznie 116 sesji, na których wygłoszono ponad 380 wykładów. Wykładowców było ponad 320, komitet naukowy przyjął do prezentacji w formie ustnej i plakatowej 229 prac oryginalnych. Uroczystość otwarcia kongresu zaszczylił swoją obecnością minister zdrowia prof. Marian Zembala, któremu i Wrocław (tu studiował i pracował do 1980 roku) i kardiologia są bardzo bliskie. Minister czuł się na kongresie i w naszym mieście bardzo dobrze, widać było, że żał mu opuszczać to miejsce, ale liczne obowiązki wzywały.

Polskie Towarzystwo Kardiologiczne podzielone jest na kilkanaście mniejszych tematycznych sekcji – na przykład: Sekcja Rytmu Serca, Sekcja Rehabilitacji Kardiologicznej, Sekcja Elektrokardiologii i inne. W pierwszym dniu kongresu poszczególne sekcje mają swoje sesje i trzeba przyznać, że jest to jedna z najciekawszych części kongresu, a wybór sesji do wysłuchania jest szalenie trudny. Ja osobiście wybrałem się na sesję o bloku prawej odnogi pęczka Hisa, który, jak się okazuje, nie jest rozpoznaniem tak łagodnym, jakby się mogło wydawać. W kolejnych godzinach spotkania wybór sesji, na którą należy się wybrać, nie był wcale łatwiejszy, taka była ilość interesująco zapowiadających się wykładów i wystąpień. Kardiologia jest dyscypliną rozwijającą się w bardzo szybkim tempie, mowa więc była o wielu nowościach w diagnostyce, terapii, profilaktyce chorób układu krążenia. Szerzej o terażniejszości i przyszłości kardiologii, która wyłaniała się z kongresu, napiszemy w kolejnym numerze „Medium”, jednak to, co rzucano się w oczy (i co moim skromnym zdaniem niekoniecznie jest dobrym zjawiskiem), to pogłębiające się wyodrębnianie poszczególnych podspecjalizacji kardiologicznych. Coraz trudniej spotkać specjalistę, który równie dobrze znałby się na angiografii, echokardiografii, elektrokardiografii itd. Te poszczególne zagadnienia stają się tak wysoce skomplikowane, że coraz trudniej „znać się na wszystkim”.

Lata nieparzyste to w Polskim Towarzystwie Kardiologicznym lata wyborcze. We Wrocławiu dokonano wyboru władz towarzystwa na kadencję 2015-2017. Statut stanowi, że w danym roku w bezpośrednim, tajnym głosowaniu wybierany jest prezes elekt, który automatycznie wchodzi do Zarządu

Głównego, ale władzę w Towarzystwie obejmuje w kolejnej kadencji. Prezesem elektem wybrany został prof. Piotr Ponikowski z Wrocławia, który notabene był jedynym kandydatem. Formalnie „rządy” w stowarzyszeniu objął prof. Piotr Hoffman, natomiast dotychczasowy prezes, prof. Zbigniew Kalarus, ze statusem ustępującego prezesa także wszedł do Zarządu Głównego. Bardziej interesujące były wybory pozostałych członków zarządu towarzystwa, a także komisji: rewizyjnej, nagród i wyborczej. W tych trzech głosowaniach było więcej kandydatów niż miejsc, wyborcy musieli więc skreślać nazwiska tych, których nie widzieli w składzie władz towarzystwa. Wyniki wyborów zainteresowani mogą znaleźć na stronie internetowej PTK, tu warto podkreślić wysoką frekwencję wyborczą. Sala, na której odbywały się wybory, była prawie całkowicie wypełniona, co nie było regułą w poprzednich latach. Inna sprawa, że i tak wyboru dokonywała mniejszość członków towarzystwa, wszak nie wszyscy pojawili się we Wrocławiu, nie wszyscy też uczestnicy kongresu przybyli na wybory. Na kongresie zmieniły się też władze w poszczególnych sekcjach.

Kongres PTK to nie tylko czas na intensywne uczenie się, ale także okazja do kuluarowych spotkań, którego znakomitym miejscem była wystawa firm sponsorujących kongres. We Wrocławiu po raz kolejny dało się zauważyć tendencję, by firmowe stoiska były skromniejsze, oferowały więcej wiedzy niż prezentów, gadżetów, konkursów itp. To dobra tendencja, lepiej, by firmy przeznaczały środki finansowe na badania naukowe niż na bachanalia. Tradycją kongresów PTK jest też okazja do dobrej zabawy na tak zwanym Get Together Party. W tym roku party uświetniła swoim występem Golec Orkiestra, która porwała swoim występem kardiologów z całej Polski. Piękna pogoda sprzyjała, by w przerwach wybrać się na spacer do przepięknego Parku Szczytnickiego otaczającego Halę Stulecia. I tak na alejkach i ławkach widziano eleganckie towarzystwo z charakterystycznymi teczkami zjazdowymi w rękach.

Myślę, że goście wyjechali z Wrocławia zadowoleni, naładowani pozytywną kardiologiczną energią. Za rok spotykamy się w Poznaniu.

Bartosz Szafran

Opisy zdjęć:

1. Medycznym tematem przewodnim XIX Międzynarodowego Kongresu PTK było migotanie przedsionków. To wielkie wydarzenie edukacyjne uświetnił swoją obecnością prof. Marian Zembala – minister zdrowia, dyrektor Śląskiego Centrum Chorób Serca w Zabrzu.
2. W trzydniowym kongresie w Hali Stulecia we Wrocławiu wzięło udział kilka tysięcy osób.
3. Oprawę wizualną kongresu, wyrażoną w haśle „Kardiologia jest sztuką”, stanowiły prace studentów Akademii Sztuk Pięknych we Wrocławiu.



Fot. Andrzej Grygiel

Laureaci najwyższego wyróżnienia Śląskiej Izby Lekarskiej. Statuetki i dyplomy wręczał dr n. med. Jacek Kozakiewicz – prezes ORL w Katowicach (l po prawej).

„WAWRZYN LEKARSKI” DLA ZESPOŁU, KTÓRYM KIEROWAŁ PROF. A. MACIEJEWSKI

W tym roku „Wawrzyn Lekarski” – najwyższe wyróżnienie Śląskiej Izby Lekarskiej zostało przyznane nie pojedynczej osobie, ale prof. dr. hab. n. med. Adamowi Maciejewskiemu wraz z zespołem chirurgów i anestezjologów. Uroczyste wręczenie statuetki i dyplomów odbyło się 21 października w Domu Lekarza w Katowicach.

W trakcie spotkania, w którym wzięli udział kierownicy specjalizacji wraz z nowymi lekarzami specjalistami, okolicznościowy wykład wygłosił laureat prof. Maciejewski – specjalista chirurgii ogólnej i onkologicznej.

Wyróżnienie wręczone zostało wszystkim lekarzom, członkom zespołu operacyjnego, który pod przewodnictwem prof. Maciejewskiego podjął się wdrożenia pionierskiego projektu przeszczepu twarzy, dla ratowania ludzkiego życia oraz realizacji programu planowych, rozległych zabiegów chirurgii rekonstrukcyjnej z wykorzystaniem tzw. technik mikronaczyniowych. W odróżnieniu od wcześniej przyznanych „Wawrzynów” wręczanych za całokształt działalności, czy wyjątkowy dorobek zawodowy zgromadzony w czasie wielu lat pracy laureatów, ten jest wyrazem uznania dla konkretnego dokonania docenionego przez znawców sztuki medycznej, zarówno w Polsce, jak i poza jej granicami.

Wśród wyróżnionych znaleźli się członkowie dwóch współpracujących przy zabiegach zespołów: chirurgicznego, którym kieruje prof. Adam Maciejewski, do którego należą specjaliści chirurgii ogólnej, onkologicznej plastycznej, stomatologicznej i szczękowej oraz laryngologii: Mirosław Dobrut, Maciej Grajek, Łukasz Krakowczyk, Stanisław Półtorak, Ryszard Szumniak, Cezary Szymczyk, Rafał Ulczok, Janusz Wierzoń i Krzysztof Oleś. W skład drugiego z wyróżnionych zespołów, którym kieruje dr n. med. Krzysztof Olejnik, wchodzi specjaliści anestezjologii i intensywnej terapii. P.T.: Elżbieta Basek, Bogdan Drzyzga, Anna Kozakiewicz, Aleksandra Pietrzak-Lasota, Gabriela Poręba, Anna Sokolnicka-Natkaniec oraz Elżbieta Wojarska-Tręda.

„Wawrzyn Lekarski” wyróżnienie Śląskiej Izby Lekarskiej został ustanowiony 2007 roku na mocy uchwały Okręgowej Rady Lekarskiej w Katowicach. Ideą, która przyświecała jego twórcom, było uhonorowanie osób, których działalność w różnych dziedzinach, nie tylko medycznych, kwalifikuje się do kategorii osiągnięć wybitnych. Z czasem wyróżnienie nabrało tak wysokiej rangi, że obecnie jest najbardziej prestiżową nagrodą, jaką za pośrednictwem Kapituły Odznaczeń, Medali i Wyróżnień lekarze i lekarze dentyści – członkowie ŚIL, mogą uhonorować osoby wyjątkowe za ich niezwykle dokonania.

Anna Zadora-Świderek



Współpraca na linii pediatra – lekarz POZ konieczna

Po XXXIII Zjeździe Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego

W połowie września br., pod hasłem „Zdrowie, dziecko, rodzina w XXI w.,” odbył się XXXIII Zjazd Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego, zorganizowany przez Oddział Dolnośląski PTP. Dla lekarzy tej specjalności to najważniejsze wydarzenie naukowe, podczas którego poruszane są najistotniejsze problemy współczesnej pediatrii. Tak było i tym razem. Do dyskusji zaproszono wszystkich tych, którym dobro chorego dziecka leży na sercu.



Fot. z archiwum A.Ch.

Prof. dr hab. Alija Chybicka – kierownik Katedry i Kliniki Transplantacji Szpiku, Onkologii i Hematologii Dziecięcej UM we Wrocławiu, ustępująca przewodnicząca PTP, przewodnicząca Komitetu Organizacyjnego XXXIII Zjazdu PTP

Co było tematem przewodnim tegorocznego zjazdu PTP we Wrocławiu?

Jak zawsze zdrowie dziecka. Zjazd ma charakter ogólnopolski, organizowany jest raz na dwa lata. Z tego powodu poruszamy wszystkie możliwe tematy, dyskutujemy o profilaktyce, diagnostyce, leczeniu. Mówimy o wszystkich dziedzinach pediatrii, chcemy w ten sposób poszerzać wiedzę lekarzy – tych młodszych i tych starszych, niezależnie od tego, gdzie pracują. W Zjeździe PTP biorą udział lekarze różnych specjalności. Liczną grupę stanowią lekarze rodzinni. Każdy temat realizowany jest zgodnie z pewnym schematem. Mówimy o profilaktyce w nefrologii, onkologii, endokrynologii itd. Następnie o nowoczesnej diagnostyce – począwszy od diagnostyki kilkunastotygodniowego dziecka w łonie matki po guzy nowotworowe. Kolejny ważny punkt zjazdu stanowią standardy leczenia i innowacje, które są kołem zamachowym postępu w każdej dziedzinie, a w pediatrii szczególnie. Wiele osób nie zdaje sobie sprawy z zależności, jaka istnieje pomiędzy kondycją zdrowotną dorosłego człowieka a jego warunkami rozwoju w dzieciństwie.

Mówiąc o innowacjach, mam na myśli takie techniki, które są w zasadzie do urealnienia w przyszłości. Wspominałam o technikach terapeutycznych i diagnostycznych, z których część jest w Polsce stosowana, a część stanowi pieśń przyszłości. Nowe techniki to m.in. nóż cybernetyczny czy nanocząstki, które na świecie też nie są powszechnie stosowane. Bardzo pozytywny jest fakt, że Polska dostała od Europejskiego Banku Gospodarczego pożyczkę w wysokości miliarda euro, z czego 420 mln euro trafi do NCN i do NCBiR, czyli bezpośrednio na badania innowacyjne. Nie wiem natomiast, z czego będziemy to spłacać. Z tej kwoty około połowy przeznaczają się na badania innowacyjne, a pozostałą część na remonty i modernizację laboratoriów. To istotne, ponieważ wiele laboratoriów, które mają tworzyć innowacje, są bardzo przesta-

rzałe i źle wyposażone. Ta pożyczka pozwoli ostro ruszyć do przodu polskim innowacjom. Polacy mają świetnych uczonych, a ci muszą mieć nowoczesne warunki.

Nowości, proszę nam o nich opowiedzieć...

Nowością była terapia celowana. Do konkretnego pacjenta trzeba dobrać odpowiednią terapię. Nie ma schematów leczenia każdego przypadku w całej pediatrii. Jednak obecnie w onkologii świat i Europa leczą standardami, które ewentualnie są lekko modyfikowane w stosunku do małego pacjenta. Obecnie jeśli dziecko ma nowotwór oporny na chemioterapię i tak ją dostaje, ponieważ nie wiemy, że tak w istocie jest. Terapia przyszłości przyniesie zmiany. Pojawiają się nowe techniki diagnostyczne, które pozwolą na uzyskanie informacji, na jaką terapię pacjent jest oporny, a wtedy od razu będzie można zastosować inny rodzaj leczenia. Tego jeszcze ciągle nam brakuje. W innych dziedzinach medycyny postęp jest większy i terapia mniej skomplikowana.

Podczas zjazdu wielokrotnie mówiliśmy o tym, że musimy bardziej edukować rodziców w sprawach szczepień, otyłości i aktywnego trybu życia. Przez sejm przeszła właśnie ustawa o zdrowiu publicznym, gdzie zawarte są wszelkie przepisy dotyczące zdrowia publicznego dorosłych i dzieci. W ślad za tym muszą iść rozporządzenia ministra zdrowia i NFZ. Potrzebne są na to pieniądze, a warto je wyłożyć właśnie na profilaktykę, bo leczenie będzie później tańsze, nie mówiąc już o dobru dziecka, które jest poddane prawidłowej profilaktyce i będzie dzieckiem zdrowym. Ta kwestia była zawsze dla mnie bardzo ważna, ale dotychczas u nas zaniedbana.

W programie zjazdu znalazł się punkt dotyczący genetyki i nowych kierunków badań...

Genetyka jest podstawą diagnostyki i leczenia prawie wszystkich chorób. W onkologii mówi się powszechnie o genetyce, ale nikt nie myślał, że ważna jest genetyka wirusa, bakterii, która ma gen oporności na antybiotyki i powoduje cięższe zakażenie. Wiele schorzeń ma źródło w genach. Podczas moich studiów nie było o tym mowy. Przyszłość stanowi terapia genowa, która ciągle jest jeszcze w trakcie badań klinicznych. Czekamy na takie jej zaawansowanie, które nie będzie powodować np. mutacji zachorowań na białaczkę. Obecnie jest tak np. w hemofilii, gdzie można wszczepić gen hemofilowy, ale trzeba to powtarzać, co jest ryzykowne dla życia dziecka. Wiele laboratoriów na świecie dopracowuje te techniki, a my to śledzimy w Polsce. Jestem przekonana, że skończy się to sukcesem.

Czym tegoroczny zjazd różnił się od poprzednich edycji?

Miałam zaszczyt kierować PTP od 2007 roku. W tym czasie odbyły się cztery zjazdy i nastąpił ogromny postęp. Wyleczalność i diagnostyka większości chorób zdecydowanie się poprawia, wręcz z roku na rok. Są

schorzenia, których leczenie idzie wolniej, nie tak spektakularnie, są i takie, gdzie jest kompletna stagnacja, bo już niewiele da się zrobić. Przede wszystkim poprawiła się rozpoznawalność na pierwszej linii wielu chorób. To co jeszcze mi się marzy, a co nie dokonało się w Polsce, to diagnostyka chorób rzadkich. Niestety, dzieci po urodzeniu nie mają niejednokrotnie objawów choroby, a jeśli mają, to często nie nadają się do przeszczepu. Chodzi o to, by wyprzedzić bieg wypadków. Bardzo ważny jest człowiek, który diagnozuje pacjenta. Wszystkie innowacyjne metody mogą zadziałać tylko przy wczesnym postawieniu diagnozy i właściwym leczeniu.



Fot. z archiwum D.Z.

Prof. dr hab. Danuta Zwołńska – kierownik Kliniki Nefrologii Pediatrycznej UM we Wrocławiu, przewodnicząca DO PTP, wiceprzewodnicząca Zarządu Głównego PTP oraz konsultant krajowy w dziedzinie nefrologii dziecięcej

Zależało nam nie tylko na zaprezentowaniu najnowszych zdobyczy medycyny wieku rozwojowego, ale również, a może przede wszystkim, na ich wykorzystaniu w codziennej praktyce klinicznej. Szczególną uwagę chcieliśmy zwrócić na wczesną diagnostykę i działania profilaktyczne. Pediatria jest dziedziną, która obejmuje wiele gałęzi specjalistycznych. Dlatego też program naukowy obejmował 25 zróżnicowanych tematycznie sesji plenarnych oraz 11 sesji satelitarnych, zorganizowanych przez firmy farmaceutyczne. Gwarancją ich jakości był udział znakomitych naukowców i klinicystów z całej Polski, ekspertów poszczególnych dziedzin pediatrii. Uczestnicy zjazdu mieli okazję zaprezentowania wyników własnych badań podczas ustnych wystąpień na każdej z sesji (38 doniesień) oraz na multimedialnych sesjach plakatowych.

Cieszy fakt, że poziom zaprezentowanych prac był tak wysoki, że komisja konkursowa miała ogromne problemy z wyborem najlepszych, przyznano więc trzy nagrody równorzędne i 10 wyróżnień. W zjeździe wzięło udział ponad 1500 uczestników i ponad stu wykładowców. Zaszczycili nas również goście zagraniczni, wybitni naukowcy i pediatrzy. Nasze zaproszenie przyjęli m.in. prezydent Amerykańskiej Akademii Pediatrii oraz sekretarz generalny Europejskiej Akademii Pediatrii, a także wybitny genetyk ze Stanów Zjednoczonych prof. K. Kiryluk – od dawna współpracujący z polskimi naukowcami, zajmujący się m.in. genetycznym podłożem chorób nerek. Jak już wspominałam, na każdej sesji, tematycznie związanej z inną gałęzią pediatrii, przedstawiano najnowsze osiągnięcia, w tym genetyki i biologii molekularnej z możliwością ich praktycznego za-

stosowania. Wiedza ta przekazana nie tylko na sesji genetycznej pokazuje, jak bardzo duży postęp dokonał się w ostatnich latach i w jaki sposób osiągnięcia biologii molekularnej wpływają na postęp w diagnostyce i terapii wielu opornych na standardowe leczenie chorób. Należy mieć nadzieję, że to co w krajach zachodnich jest już codziennością, dotrze do Polski. Mnie, jako organizatora, cieszy fakt znakomitej frekwencji, każda z 4 sal, w których równolegle toczyły się obrady, była pełna, po każdej sesji burzliwym dyskusjom nie było końca.

Jakie konkretne korzyści przyniósł uczestnikom udział w zjeździe PTP?

Nie tylko pediatrzy, ale także lekarze pierwszego kontaktu, poza zdobyciem nowej wiedzy, mogli skorzystać z wielu praktycznych wskazówek dotyczących diagnostyki i leczenia swoich pacjentów. Na podkreślenie zasługuje fakt prezentacji nowych, jeszcze nieopublikowanych polskich rekomendacji. Przykładowo są to wytyczne dotyczące postępowania z dzieckiem z zakażeniem układu moczowego czy z nadciśnieniem tętniczym, opracowane przez zespół ekspertów powołanych przez Polskie Towarzystwo Nefrologii Dziecięcej. Słuchacze mogli także wysłuchać znakomitych wykładów z dziedziny psychiatrii. Jestem przekonana, że ta wiedza będzie pomocna lekarzom rodzinnym i pediatrom we wczesnej identyfikacji dzieci potrzebujących pomocy psychiatrycznej. By zacieśnić więzy z lekarzami pierwszego kontaktu, zaprosiliśmy również tę grupę lekarzy do czynnego udziału w sesji poświęconej medycynie rodzinnej. To bardzo ważne, by poznać oczekiwania obu stron, wymieniać doświadczenia i harmonijnie współpracować z lekarzami,

którzy pracują na pierwszej linii frontu. To przede wszystkim na tej grupie zawodowej spoczywa obowiązek oceny stanu zdrowotnego dzieci, wdrażanie działań profilaktycznych, wczesne rozpoznanie choroby i skierowanie do specjalisty. Osobiście bardzo się cieszę z tej współpracy i wierzę, że dalszy jej rozwój przyniesie wymierne korzyści naszym małym pacjentom.

Na czym ma polegać współpraca na linii pediatra – lekarz rodzinny?

To przede wszystkim wymiana doświadczeń i ciągłe szkolenie w tych obszarach naszej wspólnej działalności, gdzie widzimy niedociągnięcia. Bazując na własnych obserwacjach opóźnionego kierowania pacjenta do szpitala, zapraszamy na edukacyjne spotkania lekarzy pierwszego kontaktu i na konkretnych przypadkach omawiamy sposoby postępowania, by zapobiec w przyszłości podobnym zjawiskom. Oczywiście są to sporadyczne sytuacje, ale nie powinny się zdarzać i wszyscy musimy sobie uświadomić, że czujności w naszym zawodzie nigdy nie za dużo. Jako przewodnicząca Dolnośląskiego Oddziału PTP co trzy miesiące organizuję w naszym regionie konferencje szkoleniowe dla pediatrów, na które regularnie zapraszani są lekarze medycyny rodzinnej i lekarze POZ.

A wracając do wrześniowego spotkania i krótko je podsumowując: spora dawka nowoczesnej wiedzy z różnych dziedzin medycyny wieku rozwojowego i możliwości jej zastosowania w codziennej praktyce, poznanie nowych wytycznych dotyczących postępowania w wybranych patologiach u dzieci, możliwość nabycia praktycznych umiejętności na warsztatach kardiologicznych oraz wymiana doświadczeń między lekarzami

z różnych dziedzin pediatrii. Mieliśmy też czas na chwilę wytchnienia, koncert i spotkanie towarzyskie. Cieszy mnie fakt, że frekwencja była wysmienita, że lekarze chcą się doszkalać, mimo pięknej pogody podczas naszego spotkania i bliskości kilku atrakcji Wrocławia. Już sam ten fakt, obok wielu ciepłych słów, jest dla nas jako organizatorów największą nagrodą.

Podczas zjazdu wybrano nowy zarząd PTP. Czy dotychczasowy kierunek działań PTP będzie kontynuowany czy też należy spodziewać się zmian?

Nowym przewodniczącym został prof. dr hab. Jarosław Peregud-Pogorzelski ze Szczecina, który jest onkologiem i hematologiem, ma duże doświadczenie organizacyjne, co gwarantuje prawidłową współpracę z decydentami, którzy mają wpływ na opiekę zdrowotną dzieci w Polsce.

Jakie są bolączki współczesnej pediatrii?

Ujmując rzecz krótko, to niedoszacowanie procedur, co zadłuża szpitale, ruch antyszczepionkowy, płatne szczepienia nieobowiązkowe, które są bardzo ważne z profilaktycznego punktu widzenia. Należy dążyć, by podobnie jak w większości krajów europejskich, były one objęte refundacją i wykruszająca się kadra pediatryczna. Wprawdzie Ministerstwo Zdrowia znacząco i dostatecznie zwiększyło pulę miejsc rezydenckich dla lekarzy specjalizujących się w pediatrii, ale przy obecnej starzejącej się kadrze i braku dużego zainteresowania tą dziedziną, nie można liczyć na szybki efekt.

Rozmawiała

Magdalena Orlicz-Benedycka.

SEPSA JEST POWSZECHNA I INTERDYSCYPLINARNA

W dniach 24-26 września w Centrum Kongresowym Hali Stulecia miało miejsce niezwykle spotkanie lekarzy, pielęgniarek i członków zespołów szpitalnych, które było polskim wkładem w tegoroczne obchody Światowego Dnia Sepsy.

Z inicjatywy prof. dr. hab. Andrzeja Küblera – kierownika Katedry i Kliniki AiiT polscy specjaliści anestezjologii i intensywnej terapii (i nie tylko) mogli podyskutować o tym, jak stawić czoła sepsie, która zbiera coraz większe śmiertelne żniwa. Kongres miał na wskroś interdyscyplinarny charakter, a jego przesłaniem było zbliżenie różnych środowisk medycznych w celu omówienia zagrożenia związanego z sepsą i opracowania strategii radzenia sobie z tym globalnym wyzwaniem zdrowotnym.

Uczestnicy kongresu dyskutowali m.in. na temat: leczenia ciężkich zakażeń w OIT, leczenia płynami, antybiotykoterapii ciężko chorych, sepsy w populacji pediatrycznej czy w medycynie ratunkowej. Mówili o różnych wymiarach tego zjawiska, o postępach w leczeniu, biologii sepsy, o prawnych i etycznych wyzwaniach. Była też sesja pielęgniarska i warsztaty wentylacji nieinwazyjnej.

Sepsa nie wybiera ofiar, atakuje wszystkich, a szczególnie najmłodszych i najstarszych. Pojawia się w każdej dyscyplinie medycznej, zabiegowej i zachowawczej. W świadomości społecznej ciągle funkcjonuje jej skrzywiony, tradycyjny obraz, który wymaga korekty i aktualizacji.

Z danych Global Sepsis Alliance – organizacji powstałej w 2012 r. wynika, że sepsa stanowi jedną z głównych przyczyn zgonów na świecie, a jej powtarzalność w ostatnich latach wyraźnie wzrasta. Ciężkie przypadki leczone są na oddziałach intensywnej terapii, ale zagrożenie ma charakter interdyscyplinarny i dotyczy wszystkich dziedzin medycyny,

zarówno tych podstawowych, jak i klinicznych, zabiegowych, zachowawczych, lekarskich, pielęgniarskich, diagnostycznych czy epidemiologicznych. Podczas kongresu wypracowywano strategię walki z sepsą. – Sepsa jest powszechna i interdyscyplinarna, bywa przyczyną zgonów w bardzo różnych chorobach, choć nie jest przez lekarzy z nimi wiązana. Ktoś może mieć chorobę nowotworową, ale w końcowym etapie umrzeć z powodu sepsy. Liczba przypadków z ciężkimi jej postaciami narasta, rozpoznanie jest często opóźnione a leczenie nieskuteczne. Zespół sepsy wciąż nie ma numeru międzynarodowego choroby. To zjawisko stanowi na pewno największe wyzwanie dla cywilizowanego świata – podkreślił w rozmowie prof. A. Kübler.

Magdalena Orlicz-Benedycka

Gościem I Polskiego Kongresu „Pokonać sepsę” był prof. Konrad Reinhart – szef Global Sepsis Alliance (przy mównicy).



Fot. a archiwum CasusMEDICAL



PRAWO NA CO DZIEŃ

Mec. Beata Kozyra-Łukasik – radca prawny DIL

Źródło grafiki: http://www.freeimages.com/photos/15945413591_c49a9d586d_b/perspec_photo88

Elektroniczne zwolnienia lekarskie

1 stycznia 2016 r. wchodzi w życie Ustawa z 15 maja 2015 r. o zmianie ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa oraz niektórych innych ustaw, opublikowana w Dz. U. z 2015 r., poz. 1066.

Zasady wystawiania

Od 1 stycznia 2016 r. zaświadczenie lekarskie o czasowej niezdolności do pracy z powodu choroby, pobytu w szpitalu albo innym przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne albo o konieczności osobistego sprawowania opieki nad chorym członkiem rodziny będzie mogło być wystawiane przez lekarza lub lekarza dentystę w formie dokumentu elektronicznego, uwierzytelnionego z wykorzystaniem płatnego kwalifikowanego certyfikatu lub bezpłatnego profilu zaufanego ePUAP.

Zaświadczenie lekarskie zostanie wydane zgodnie z wzorem ustalonym przez ZUS, za pośrednictwem systemu teleinformatycznego udostępnionego bezpłatnie przez ZUS. **Lekarz przekazuje zaświadczenie lekarskie na elektroniczną skrzynkę podawczą ZUS.**

Zaświadczenie lekarskie zawiera: identyfikator i datę wystawiania; dane ubezpieczonego: pierwsze imię, nazwisko, numer PESEL albo serię i numer paszportu i datę urodzenia, jeżeli nie nadano numeru PESEL, oraz adres miejsca pobytu ubezpieczonego w czasie trwania niezdolności do pracy; dane płatnika składek: NIP, lub numer PESEL albo serię i numer paszportu, jeżeli nie ma obowiązku posługiwania się NIP i nie nadano numeru PESEL, oraz rodzaj identyfikatora płatnika składek; imię, nazwisko i numer prawa wykonywania zawodu lekarza, lekarza dentysty oraz adres miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych; okres orzeczonej czasowej niezdolności do pracy, w tym okres pobytu w szpitalu; informacje o okolicznościach mających wpływ na prawo do zasiłku chorobowego lub jego wysokość, podane z zastosowaniem kodów literowych; wskazania lekarskie – odpowiednio: chory powinien leżeć albo chory może chodzić; okres zwolnienia od wykonywania pracy z powodu konieczności sprawowania osobistej opieki nad chorym członkiem rodziny, datę urodzenia tego członka rodziny i stopień jego pokrewieństwa lub powinowactwa z ubezpieczonym; numer statystyczny choroby ubezpieczonego ustalony według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji

Chorób i Problemów Zdrowotnych; oznaczenie instytucji, w której ubezpieczony został zgłoszony do ubezpieczenia.

W celu wystawiania zaświadczeń lekarskich lekarz lub lekarz dentysta tworzy profil informacyjny za pomocą systemu teleinformatycznego udostępnionego bezpłatnie przez ZUS. ZUS w celu wystawienia zaświadczenia lekarskiego udostępnia lekarzowi bezpłatnie na jego profilu informacyjnym dane zgromadzone w prowadzonych na podstawie ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych:

- Centralnym Rejestrze Ubezpieczonych – pierwsze imię, nazwisko, datę urodzenia i adres zamieszkania ubezpieczonego;
- Centralnym Rejestrze Płatników Składek – nazwę skróconą oraz NIP lub numer PESEL albo serię i numer paszportu płatnika składek, jeżeli nie ma obowiązku posługiwania się NIP i nie nadano numeru PESEL;
- Centralnym Rejestrze Członków Rodziny Ubezpieczonych Uprawnionych do Ubezpieczenia Zdrowotnego – datę urodzenia chorego członka rodziny i stopień jego pokrewieństwa lub powinowactwa z ubezpieczonym,
 - informacje o wcześniejszych zaświadczeniach lekarskich wystawionych ubezpieczonemu, zgromadzone w rejestrze zaświadczeń lekarskich, oraz o zaświadczeniach wydanych przez lekarza orzecznika ZUS;
 - informacje, czy płatnik składek posiada profil informacyjny.

Powyższe dane i informacje ZUS udostępnia po podaniu przez lekarza numeru PESEL ubezpieczonego albo serii i numeru paszportu, lub po podaniu numeru PESEL członka rodziny albo serii i numeru paszportu, jeżeli członkowi rodziny nie nadano numeru PESEL.

Lekarz wystawiający zaświadczenie lekarskie potwierdza u ubezpieczonego prawidłowość i aktualność danych i informacji udostępnionych na profilu informacyjnym. W przypadku gdy na profilu informacyjnym lekarza dane lub informacje nie zostaną udostępnione albo zostaną udostępnione niekompletne lub nieaktualne, brakujące lub aktualne dane lub informacje lekarz uzyskuje od ubezpieczonego.

Wydruk elektronicznego dokumentu

Na żądanie ubezpieczonego oraz w przypadku gdy z informacji udostępnionych na profilu informacyjnym wynika, że płatnik składek nie posiada profilu informacyjnego, lekarz przekazuje ubezpieczonemu wydruk wystawionego zaświadczenia lekarskiego z systemu teleinformatycznego, zawierający stosowne dane i informacje, z wyjątkiem numeru statystycznego choroby, opatrzony jego podpisem i pieczętą.

W przypadku gdy wystawienie zaświadczenia lekarskiego w formie dokumentu elektronicznego nie jest możliwe, w szczególności w przypadku braku możliwości dostępu do internetu lub braku możliwości uwierzytelnienia zaświadczenia lekarskiego z wykorzystaniem kwalifikowanego certyfikatu lub profilu zaufanego ePUAP, lekarz w dniu badania przekazuje ubezpieczonemu zaświadczenie lekarskie wystawione na formularzu zaświadczenia lekarskiego wydrukowanym z systemu teleinformatycznego, zawierające stosowne dane i informacje z wyjątkiem numeru statystycznego choroby, opatrzone jego podpisem i pieczętą. W powyższych przypadkach ubezpieczony jest obowiązany przekazać lekarzowi dane i informacje w zakresie niezbędnym do wystawienia zaświadczenia lekarskiego.

Lekarz w terminie 3 dni roboczych od dnia wystawienia zaświadczenia lekarskiego przekazuje na elektroniczną skrzynkę podawczą ZUS zaświadczenie lekarskie wystawione w formie dokumentu elektronicznego, zawierające dane i informacje zawarte w wystawionym zaświadczeniu lekarskim oraz numer statystyczny choroby. Jeżeli przekazanie zaświadczenia lekarskiego w tym terminie nie jest możliwe, w szczególności w przypadku braku możliwości dostępu do internetu lub braku możliwości uwierzytelnienia zaświadczenia lekarskiego, lekarz przekazuje zaświadczenie lekarskie nie później niż w terminie 3 dni roboczych od ustania przyczyn uniemożliwiających przekazanie zaświadczenia lekarskiego.

ZUS udostępnia bezpłatnie zaświadczenie lekarskie płatnikowi składek na profilu informacyjnym płatnika składek, bez in-

formacji o numerze statystycznym choroby, nie później niż w dniu następującym po dniu otrzymania zaświadczenia lekarskiego.

Profil informacyjny płatnika składek jest tworzony przez płatnika składek za pomocą systemu teleinformatycznego udostępnionego bezpłatnie przez ZUS. Profil informacyjny płatnika składek są obowiązani utworzyć płatnicy składek obowiązani na podstawie przepisów ustawy z 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych, do przekazywania dokumentów niezbędnych do prowadzenia kont płatników składek i kont ubezpieczonych oraz korekty tych dokumentów przez transmisję danych w formie dokumentu elektronicznego.

Korekta błędów

W przypadku gdy w zaświadczeniu lekarskim został popełniony błąd, lekarz, który wystawił zaświadczenie lekarskie w terminie 3 dni roboczych od dnia stwierdzenia błędu lub otrzymania informacji o stwierdzeniu błędu, w szczególności od płatnika składek, ubezpieczonego lub ZUS, przekazuje na elektroniczną skrzynkę podawczą ZUS, odpowiednio: informację o stwierdzeniu nieważności zaświadczenia lekarskiego, w którym został popełniony błąd albo informację, o której mowa wyżej oraz nowe zaświadczenie lekarskie, zawierające identyfikator i datę jego wystawienia oraz dane i informacje zawarte w zaświadczeniu lekarskim, w którym został popełniony błąd, po sprostowaniu tego błędu – uwierzytelnione z wykorzystaniem kwalifikowanego certyfikatu lub profilu zaufanego ePUAP.

Jeżeli przekazanie informacji o stwierdzeniu nieważności zaświadczenia lekarskiego, w którym został popełniony błąd, lub nowego zaświadczenia lekarskiego w terminie 3 dni roboczych, nie jest możliwe, w szczególności w przypadku braku możliwości dostępu do internetu lub braku możliwości uwierzytelnienia informacji lub zaświadczenia lekarskiego z wykorzystaniem kwalifikowanego certyfikatu lub profilu zaufanego ePUAP, lekarz przekazuje informację lub zaświadczenie lekarskie nie później niż w terminie 3 dni roboczych od ustania przyczyn uniemożliwiających przekazanie informacji lub zaświadczenia lekarskiego.

Informację o stwierdzeniu nieważności zaświadczenia lekarskiego, w którym został popełniony błąd, lekarz przekazuje także, w formie pisemnej, ubezpieczonemu, informując go równocześnie o obowiązku doręczenia tej informacji płatnikowi składek, w przypadku gdy z danych udostępnionych na profilu informacyjnym lekarza wynika, że płatnik składek nie posiada profilu informacyjnego. W przypadku gdy z informacji udostępnionych na profilu informacyjnym lekarza wynika, że płatnik składek nie posiada profilu informacyjnego, **wydruck nowego zaświadczenia lekarskiego lekarz przekazuje także ubezpieczonemu, informując go równocześnie o obowiązku doręczenia nowego zaświadczenia lekarskiego płatnikowi składek.**

Jeżeli w zaświadczeniu lekarskim na formularzu wydrukowanym z systemu teleinformatycznego błąd został stwierdzony w dniu badania w obecności ubezpieczonego, lekarz informuje ubezpieczonego o stwierdzeniu nieważności zaświadczenia lekarskiego, w którym został popełniony błąd oraz przekazuje ubezpieczonemu nowe zaświadczenie lekarskie. Lekarz przesyła informację o stwierdzeniu nieważności formularza zaświadczenia lekarskiego w systemie teleinformatycznym ZUS.

Dotychczasowa forma

Lekarze i lekarze dentyści upoważnieni do wystawiania zaświadczeń lekarskich o czasowej niezdolności do pracy z powodu choroby, pobytu w szpitalu albo innym przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne albo konieczności osobistego sprawowania opieki nad chorym członkiem rodziny, mogą wystawiać zaświadczenia lekarskie na dotychczasowych zasadach nie dłużej niż do 31 grudnia 2017 r.

W takim przypadku lekarz i lekarz dentysta wystawiający zaświadczenia lekarskie informują ubezpieczonego o konieczności doręczenia zaświadczenia lekarskiego odpowiednio płatnikowi zasiłku lub płatnikowi składek w terminie 7 dni od dnia jego otrzymania.

Zaświadczenia lekarskie wystawione na dotychczasowych zasadach są równoważne z zaświadczeniami wydanymi w formie dokumentu elektronicznego.

Uchwały Prezydium Dolnośląskiej Rady Lekarskiej z dnia 24 września 2015 r.

NR 135/2015

w sprawie dofinansowania szkolenia onkologicznego

§ 1

Prezydium DRL we Wrocławiu przeznacza kwotę w wysokości 6 tys. zł na dofinansowanie szkolenia onkologicznego „Wczesne rozpoznanie nowotworów” dla lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, organizowanego przez Dolnośląski Związek Lekarzy Rodzinnych – Pracodawców oraz Pracodawców Zdrowia.

NR 136/2015

w sprawie udziału lekarza w konsylium lekarskim

§ 1

Prezydium Dolnośląskiej Rady Lekarskiej we Wrocławiu wyraża zgodę na udział prof. Martina Filipca, wieloletniego kierownika Kliniki Okulistycznej Uniwersytetu Praskiego, w 8 października 2015 r. w konsylium lekarskim, prowadzenie szkolenia oraz wykonywanie zabiegów mikrosczewkowej chirurgii refrakcyjnej w Centrum Okulistycznym Optegra we Wrocławiu, na zaproszenie Optegra Polska Sp. z o. o. dr n. med. Jolanty Oficjalskiej-Młyńczak.

Pozostałe uchwały znajdują się na stronie internetowej: bip.dilnet.wroc.pl



ORZECZENIE TRYBUNAŁU W SPRAWIE KLAUZULI SUMIENIA

7 października 2015 roku Naczelna Rada Lekarska wygrała zainicjowaną przez siebie sprawę przed Trybunałem Konstytucyjnym w dwóch zakresach związanych z odmową przez lekarza udzielania świadczenia zdrowotnego z powołaniem się na klauzulę sumienia (art. 39 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry).

Po blisko dwunastu godzinach rozprawy TK zgodził się z NRL, że obowiązek wskazania przez lekarza powołującego się na klauzulę sumienia realnych możliwości uzyskania tego świadczenia u innego lekarza lub w podmiocie leczniczym jest niezgodny z Konstytucją RP, dlatego że w sposób nieproporcjonalny narusza wolność sumienia lekarza. Trybunał dodał, że naruszeniem wolności sumienia lekarza jest nałożenie na niego obowiązku udzielenia realnej pomocy w uzyskaniu tego świadczenia u innego lekarza. Ponadto Trybunał uznał, że lekarz nie ma dostatecznych podstaw do pozyskiwania informacji, którzy inni lekarze będą gotowi wykonać dane świadczenie, co więcej Trybunał uzasadnił, że pozyskanie takich danych mogłoby nawet odbywać się z naruszeniem prawa.

Trybunał podzielił zdanie NRL, że niezgodne z Konstytucją jest ograniczenie możliwości powołania się przez lekarza na klauzulę sumienia „w innych przypadkach niecierpiących zwłoki” uznając, że zapis ten jest niezgodny z zasadą prawidłowej legislacji. Istotne jest również to, że Trybunał wyraźnie wskazał, że przy analizie zaskarżonego przez Naczelną Radę Lekarską przepisu nie potrafi zidentyfikować innego konkurencyjnego dobra, z racji którego ustawodawca ograniczył lekarzom wolność sumienia.

W uzasadnieniu Trybunał Konstytucyjny zaznaczył, że postępowanie zgodnie z sumieniem jest obowiązkiem lekarza. Trybunał Konstytucyjny przywołał w uzasadnieniu zapisy Kodeksu etyki lekarskiej, które nakazują lekarzowi działać zgodnie ze swoim sumieniem, wzmacniając to dodatkowo ważnym stwierdzeniem, że zapisy Kodeksu etyki lekarskiej są, na mocy art. 4 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry, elementem porządku prawnego, który lekarze powinni stosować.

Trybunał nie podzielił natomiast zdania NRL, że niezgodny z Konstytucją jest nałożony na lekarza wykonującego zawód na podstawie stosunku pracy lub w ramach służby obowiązek uprzedniego powiadomienia na piśmie przełożonego o odmowie wykonania świadczenia zdrowotnego niezgodnego z sumieniem. Trybunał stwierdził, że lekarz ma obowiązek powiadamiania pracodawcy o woli powstrzymania się od określonych świadczeń w sposób jawny. Za zgodny z Konstytucją Trybunał uznał także obowiązek odnotowania i uzasadnienia korzystania z klauzuli sumienia w dokumentacji medycznej.

W ustnych motywach uzasadnienia wyroku TK wskazał ponadto, że ani Ministerstwo Zdrowia, ani Narodowy Fundusz Zdrowia nie powinny narzucać podmiotowi leczniczemu obowiązku wykonywania świadczeń „drażliwych”, jeżeli nie dysponuje on kadrą gotową do ich wykonywania.

Orzeczenie Trybunału wejdzie w życie z dniem opublikowania w Dzienniku Ustaw.

Katarzyna Strzałkowska, rzecznik prasowy NIL



ZJAZD ABSOLWENTÓW WYDZIAŁU LEKARSKIEGO AKADEMII MEDYCZNEJ WE WROCŁAWIU ROCZNIK 1971

Droгие Koleżanki, drodzy Koledzy!
Zapraszamy na kolejne spotkanie koleżeńskie, tym razem z okazji 45-lecia ukończenia Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej we Wrocławiu, które odbędzie się w dniach 10-12 czerwca 2016 r. Miejscem spotkania będzie pensjonat „Beata” w Polanicy-Zdroju (ul. Rybna 9).

Program zjazdu

10 czerwca 2016 r. (piątek)

od godz. 12.00 Zakwaterowanie w pensjonacie „Beata”
godz. 19.00 Grill przy biesiadnej muzyce

11 czerwca 2016 r. (sobota)

godz. 8.00-10.00 Śniadanie, czas wolny, spacer po Polanicy-Zdroju
godz. 14.30 Pamiątkowe zdjęcie grupowe przed pensjonatem

godz. 15.00 Obiad, czas wolny, zwiedzanie Polanicy-Zdrój

godz. 19.30 Wspólne zdjęcia pamiątkowe
godz. 20.00 Bankiet

12 czerwca 2016 r. (niedziela)

godz. 9.00-10.00 Śniadanie i pożegnania

Oplata za uczestnictwo w zjeździe wynosi od absolwenta/osoby towarzyszącej:

piątek-niedziela z noclegami – 400 zł,
sobota-niedziela z noclegiem – 300 zł,
piątek-niedziela bez noclegów – 250 zł.

Wpłat prosimy dokonywać na konto Dolnośląskiej Izby Lekarskiej we Wrocławiu:

17 1540 1030 2001 7753 6075 0001

do 31.12.2015 r. z dopiskiem „Zjazd 1971 L” lub bezpośrednio w DIL we Wrocławiu przy ul. Kazimierza Wielkiego 45 u p. Patrycji Malec (poddasze). Panie prosimy o podanie nazwiska obecnego oraz panińskiego.

Za Komitet Organizacyjny
Wanda Man-Widerska,
Krzysztof Bąk

ZJAZD ABSOLWENTÓW WYDZIAŁU LEKARSKIEGO AKADEMII MEDYCZNEJ WE WROCŁAWIU ROCZNIK 1981

Droгие Koleżanki, drodzy Koledzy!
Zapraszamy na spotkanie koleżeńskie z okazji 35-lecia ukończenia Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej we Wrocławiu, które odbędzie się w dniach 3-5 czerwca 2016 r. w Hotelu Kudowa**** (ul. Buczka 16, 57-350 Kudowa-Zdrój).

Program zjazdu

3 czerwca 2016 r. (piątek)

od godz. 14.00 Zakwaterowanie w hotelu
godz. 19.00 Grill przy biesiadnej muzyce

4 czerwca 2016 r. (sobota)

godz. 8.00-10.00 Śniadanie
godz. 11.30 Msza św. – kościół pw. Świętej Katarzyny Aleksandryjskiej, ul. Kościelna 29, Kudowa-Zdrój

godz. 15.00 Obiad, czas wolny
godz. 19.30 Wspólne zdjęcia pamiątkowe
godz. 20.00 Bankiet

5 czerwca 2016 r. (niedziela)

godz. 9.00-10.00 Śniadanie i pożegnania

Oplata za uczestnictwo w zjeździe wynosi od absolwenta/osoby towarzyszącej:

piątek-niedziela z noclegami – 450 zł,
sobota-niedziela z noclegiem – 350 zł,
piątek-sobota z noclegiem – 250 zł.

Wpłat prosimy dokonywać na konto Dolnośląskiej Izby Lekarskiej we Wrocławiu:

17 1540 1030 2001 7753 6075 0001

do 31.12.2015 r. z dopiskiem „Zjazd 1981 L” lub bezpośrednio w DIL we Wrocławiu przy ul. Kazimierza Wielkiego 45 u p. Patrycji Malec (poddasze). Panie prosimy o podanie nazwiska obecnego oraz panińskiego.

UWAGA!!! W hotelu zapewnione jest bezpłatne korzystanie ze strefy SPA (basen kryty z atrakcjami, jacuzzi, świat saun), jak również dostęp do bezprzewodowego internetu oraz duży, bezpłatny, monitorowany parking. Ponadto uczestnicy zjazdu mają zapewnione 15 proc. zniżki na zabiegi w SPA (warto rezerwować telefonicznie).

Za Komitet Organizacyjny
Mariola Sędzimirka (kom. 607 337 630),
Leszek Ujma (kom. 601 894 942)

ZJAZD ABSOLWENTÓW WYDZIAŁU LEKARSKIEGO AKADEMII MEDYCZNEJ WE WROCŁAWIU ROCZNIK 1991

Droгие Koleżanki, drodzy Koledzy!
Zapraszamy na spotkanie koleżeńskie z okazji 25-lecia ukończenia Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej we Wrocławiu, które odbędzie się w dniach 20-22 maja 2016 r. Miejscem spotkania będzie ośrodek Vital&SPA Resort Szarotka w Zieleńcu.

Program zjazdu

20 maja 2016 r. (piątek)

od godz. 14.00 Zakwaterowanie w ośrodku
godz. 19.00 Grill przy biesiadnej muzyce

21 maja 2016 r. (sobota)

godz. 8.00-10.00 Śniadanie, czas wolny, spacer po Zieleńcu

godz. 14.30 Pamiątkowe zdjęcie grupowe przed ośrodkiem

godz. 15.00 Obiad, czas wolny
godz. 19.30 Wspólne zdjęcia pamiątkowe
godz. 20.00 Bankiet

22 maja 2016 r. (niedziela)

godz. 9.00-10.00 Śniadanie i pożegnania

Oplata za uczestnictwo w zjeździe wynosi od absolwenta/osoby towarzyszącej:

piątek-niedziela z noclegami – 450 zł,
sobota-niedziela z noclegiem – 350 zł,
piątek-sobota z noclegiem – 250 zł.

Wpłat prosimy dokonywać na konto Dolnośląskiej Izby Lekarskiej we Wrocławiu:

17 1540 1030 2001 7753 6075 0001

do 31.12.2015 r. z dopiskiem „Zjazd 1991 L” lub bezpośrednio w DIL we Wrocławiu przy ul. Kazimierza Wielkiego 45 u p. Patrycji Malec (poddasze). Panie prosimy o podanie nazwiska obecnego oraz panińskiego.

UWAGA!!! W ośrodku zapewnione jest bezpłatne korzystanie z kompleksu basenowego, jacuzzi, saun, urządzeń fitness, jak również dostęp do bezprzewodowego internetu oraz bezpłatny parking. Dla uczestników istnieje możliwość zakupu pakietów SPA w promocyjnych cenach.

Za Komitet Organizacyjny
Piotr Dzięgiel, Jarosław Janc,
Jacek Szepietowski

**Bliższych informacji udziela: Patrycja Malec, Dolnośląska Izba Lekarska we Wrocławiu,
tel. 71 798 80 68, e-mail: patrycja.malec@dilnet.wroc.pl lub patka.malec@wp.pl**

UWAGA LEKARZE PROWADZĄCY PRAKTYKI LEKARSKIE!

Lekarze prowadzący praktykę lekarską wpisaną do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą są zobowiązani do przedstawienia organowi rejestrowemu, czyli właściwej okręgowej radzie lekarskiej, dokumentu ubezpieczenia potwierdzającego zawarcie umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej, o którym mowa w art. 25 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 15.04.2011 r. o działalności leczniczej.

Polisę można przesłać pocztą lub złożyć osobiście w siedzibie Dolnośląskiej Izby Lekarskiej we Wrocławiu przy ul. Kazimierza Wielkiego 45, I piętro, pokój 1.05.

Dokument ten można również przesłać w formie skanu bądź zdjęcia na adres e-mail: praktyki@dilnet.wroc.pl. W temacie proszę wpisać swoje imię i nazwisko oraz dopisać „aktualizacja polisy OC”.

Obowiązek ubezpieczenia powstaje najpóźniej w dniu poprzedzającym dzień rozpoczęcia wykonywania działalności leczniczej.

W terminie 7 dni od zawarcia umowy lekarz przekazuje właściwej radzie lekarskiej dokument potwierdzający zawarcie umowy ubezpieczenia wystawione przez ubezpieczyciela.

Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Finansów z dnia 22 grudnia 2011 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą minimalna suma gwarancyjna ubezpieczenia OC, w okresie ubezpieczenia nie dłuższym niż 12 miesięcy, wynosi:

- 75.000 euro w odniesieniu do jednego zdarzenia, których skutki są objęte umową ubezpieczenia OC;
- 350.000 euro w odniesieniu do wszystkich zdarzeń, których skutki są objęte umową ubezpieczenia OC.

Rejestr Praktyk Lekarskich

Dolnośląska Izba Lekarska we Wrocławiu przypomina, że lekarz/lekarz dentysta powinien zgłosić do DIL wszystkie miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach kontraktów na rzecz podmiotów leczniczych.

Komisja Kształcenia oraz Komisja Stomatologiczna Dolnośląskiej Rady Lekarskiej we Wrocławiu zapraszają na kurs medyczny, który odbędzie się 10 grudnia 2015 r. (czwartek) w godz. 10.00-13.30 w sali konferencyjnej Dolnośląskiej Izby Lekarskiej przy al. Matejki 6 we Wrocławiu.

Temat:

„WYKORZYSTANIE NARZĘDZI ELEKTRONICZNYCH W ZAKRESIE UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH”

Uczestnikowi kursu przysługują 3 punkty edukacyjne.

Kurs ma charakter ogólnodostępny dla bliżej nieokreślonej liczby uczestników, ograniczonej jedynie względami techniczno-organizacyjnymi.

Udział w kursie jest dobrowolny.

Okolo godz. 11.30 przerwa

Kierownik naukowy kursu – dr hab. Andrzej Wojnar

Wykładowca – mgr inż. Wojciech Krówczyński

Zagadnienia

Zgodnie z bieżącymi tendencjami rynkowymi i przewidywanymi zmianami legislacyjnymi omówione zostaną praktyczne aspekty wyboru systemów do rejestracji wizyt pacjentów, tworzenia i dostępu do dokumentacji medycznej oraz konsultacji pacjenta z personelem. Przedstawione zostaną również kryteria wyboru optymalnego oprogramowania, zasady współpracy z dostawcą oraz poszczególne funkcjonalności na przykładzie oprogramowania wybranych producentów.

1. *Nowe tendencje rynkowe w zakresie elektronizacji placówek leczniczych*
2. *Przydatność poszczególnych elektronicznych narzędzi oraz modele ich wykorzystania*
3. *Zasady doboru oprogramowania do specyfiki działalności placówki leczniczej*
4. *Funkcjonalność oprogramowania na przykładzie rozwiązań wybranych producentów*

**Osoby zainteresowane wzięciem udziału w kursie proszone są o wstępne zgłoszenie zamiaru uczestnictwa, które nie ma charakteru wiążącego. Zgłoszenie pisemne należy kierować do Komisji Kształcenia DRL:
e-mail: komisjaksztalcenia@dilnet.wroc.pl lub telefonicznie pod numerami: 71 798 80 68, 71 798 80 81.**

**I Katedra i Klinika Ginekologii i Położnictwa
Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu
wraz z Komisją Kształcenia Dolnośląskiej Rady Lekarskiej
zapraszają na Konferencję Naukowo-Szkoleniową**

pt. „OSTRE ZESPOŁY BÓLOWE MIEDNICY MAŁEJ U MŁODYCH KOBIET”

**która odbędzie się 20 listopada 2015 r. (piątek)
w godz. 8.30-15.00 w sali konferencyjnej STARA GIEŁDA
przy pl. Solnym 16 we Wrocławiu.**

Kierownik naukowy konferencji – dr hab. Lidia Hirnle, prof. nadzw.

Uczestnikowi konferencji przysługują 4 punkty edukacyjne.

Konferencja ma charakter ogólnodostępny dla bliżej nieokreślonej liczby uczestników, ograniczonej jedynie względami techniczno-organizacyjnymi.

Udział w konferencji jest dobrowolny.

Program konferencji

- | | |
|-------------------|---|
| godz. 8.30-9.00 | Rejestracja uczestników |
| godz. 9.00-9.30 | Otwarcie konferencji i posiedzenia Dolnośląskiego Oddziału Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego
dr hab. Lidia Hirnle, prof. nadzw. |
| godz. 9.30-10.00 | <i>Zespoły bólowe jako symptom nowotworu u młodych kobiet</i>
prof. dr hab. Mariusz Bidziński (Warszawa) |
| godz. 10.00-10.30 | <i>Operacyjne leczenie endometriozy odbytniczo-pochwowej</i>
prof. dr hab. Andrzej Malinowski (Łódź) |
| godz. 10.30-11.00 | <i>Videosesja: bóle podbrzusza w diagnostyce chirurgicznej</i>
dr med. Franz U Zittel (Niemcy) |
| godz. 11.00-11.30 | <i>Videosesja: bóle podbrzusza w terapii chirurgicznej</i>
dr med. Bogumil Herman (Niemcy) |
| godz. 11.30-11.50 | Prezentacja firm farmaceutycznych: Bayer i Sanofi |
| godz. 11.50-12.00 | Dyskusja |
| godz. 12.00-12.30 | Przerwa kawowa |
| godz. 12.30-13.00 | <i>Zespół bólowy u kobiet z przetoką pęcherzowo-pochwową</i>
prof. dr hab. Krzysztof Szyłto (Łódź) |
| godz. 13.00-13.30 | <i>Ostre stany bólowe miednicy małej u dziewcząt i nastolatek – perspektywa chirurga dziecięcego</i>
prof. dr hab. Maciej Bagłaj (Wrocław) |
| godz. 13.30-14.00 | <i>Anatomia bólu w endometriozie</i>
dr n. med. Mikołaj Karmowski |
| godz. 14.00-14.30 | <i>Endometrioza u młodocianych – diagnostyka i terapia</i>
dr hab. Lidia Hirnle, prof. nadzw. |
| godz. 14.30-15.00 | Dyskusja i zakończenie konferencji |

**Osoby zainteresowane wzięciem udziału w konferencji proszone są o wstępne zgłoszenie zamiaru uczestnictwa, które nie ma charakteru wiążącego. Zgłoszenie pisemne należy kierować do Komisji Kształcenia DRL:
e-mail: komisjaksztalcenia@dilnet.wroc.pl lub telefonicznie pod numerami: 71 798 80 68, 71 798 80 81.**

**Komisja Kształcenia Dolnośląskiej Rady Lekarskiej
oraz Oddział Kardiologiczny Dolnośląskiego Szpitala
Specjalistycznego im. T. Marciniaka – Centrum Medycyny
Ratunkowej we Wrocławiu zapraszają na konferencję**

pt. „POSTĘPOWANIE W WYBRANYCH PRZYPADKACH KARDIOLOGICZNYCH W PRAKTYCE LEKARZA POZ W ŚWIELE AKTUALNYCH WYTYCZNYCH”

**która odbędzie się 26 listopada 2015 r. (czwartek)
w godz. 9.00-14.30 w sali konferencyjnej Dolnośląskiej
Izby Lekarskiej przy al. Matejki 6 we Wrocławiu.**

**Kierownik naukowy konferencji – prof. dr hab. Krystyna
Łoboz-Grudzień**

**Uczestnikowi konferencji
przysługuje 5 punktów edukacyjnych.**

Konferencja ma charakter ogólnodostępny dla bliżej nieokreślonej liczby uczestników, ograniczonej jedynie względami techniczno-organizacyjnymi. Udział w konferencji jest dobrowolny.

Program konferencji

- | | |
|-------------------|---|
| godz. 9.00-9.45 | <i>NOAC – doustne antykoagulanty niebędące antagonistami witaminy K w praktyce klinicznej</i>
dr n. med. Andrzej Wojszwiłło, lek. Maria Łoboz-Rudnicka |
| godz. 9.45-10.15 | <i>Terapia skojarzona w leczeniu nadciśnienia tętniczego</i>
lek. Zbigniew Bociąga |
| godz. 10.15-11.00 | <i>Postępowanie w dyslipidemiach</i>
dr n. med. Joanna Jaroch, lek. Wojciech Rychard |
| godz. 11.00-11.45 | <i>Postępowanie w kardiomiopatii przerostowej</i>
dr n. med. Barbara Brzezińska, lek. Marta Motak |
| godz. 11.45-12.15 | Przerwa |
| godz. 12.15-12.45 | <i>Niewydolność serca z zachowaną frakcją wyrzutową</i>
prof. dr hab. Krystyna Łoboz-Grudzień |
| godz. 12.45-13.15 | <i>Wytyczne dotyczące rewaskularyzacji mięśnia serca – potrójna terapia przeciwzakrzepowa</i>
lek. Radosław Wontor |
| godz. 13.15-14.00 | <i>Opieka nad chorym z urzędnieniem wszczepialnym do elektrostymulacji</i>
lek. Marek Śledziona, lek. Mateusz Kuśmierz |
| godz. 14.00-14.30 | Dyskusja i zakończenie konferencji |

**Osoby zainteresowane wzięciem udziału w konferencji proszone są o wstępne zgłoszenie zamiaru uczestnictwa, które nie ma charakteru wiążącego. Zgłoszenie pisemne należy kierować do Komisji Kształcenia DRL:
e-mail: komisjaksztalcenia@dilnet.wroc.pl lub telefonicznie pod numerami: 71 798 80 68, 71 798 80 81.**



Komisja Kształcenia Dolnośląskiej Rady Lekarskiej oraz I Katedra i Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu zapraszają na konferencję

pt. „BÓL W PRAKTYCE LEKARSKIEJ”

która odbędzie się **4 grudnia 2015 r. (piątek) w godz. 9.00-15.30** w sali konferencyjnej Dolnośląskiej Izby Lekarskiej przy **ul. Kazimierza Wielkiego 45** we Wrocławiu.

Kierownik naukowy konferencji
– dr n. med. Magdalena Krzyżak-Jankowicz

Uczestnikowi konferencji przysługuje 5 punktów edukacyjnych.

Konferencja ma charakter ogólnodostępny dla bliżej nieokreślonej liczby uczestników, ograniczonej jedynie względami techniczno-organizacyjnymi.

Udział w konferencji jest dobrowolny.

Program konferencji

- | | |
|-------------------|--|
| godz. 9.00-9.05 | Otwarcie konferencji
dr n. med. Magdalena Krzyżak-Jankowicz |
| godz. 9.05-9.20 | <i>Ból u dzieci – wprowadzenie</i> – dr n. med. Marzena Zielińska |
| godz. 9.20-9.35 | <i>Rozpoznawanie i ocena bólu u dzieci</i> – dr n. med. Marzena Zielińska |
| godz. 9.35-10.05 | <i>Farmakoterapia bólu u dzieci</i> – dr n. med. Marzena Zielińska |
| godz. 10.05-10.15 | Dyskusja |
| godz. 10.15-10.35 | <i>Miejsce specjalisty medycyny paliatywnej w opiece nad chorymi na nowotwory</i> – dr hab. Wojciech Leppert |
| godz. 10.35-10.55 | <i>Kliniczna ocena chorych z dolegliwościami bólowymi</i>
dr hab. Wojciech Leppert |
| godz. 10.55-11.20 | <i>Dramat bólu przewlekłego – czyli dlaczego ciągle boli?</i>
dr n. med. Magdalena Krzyżak-Jankowicz |
| godz. 11.20-11.30 | Dyskusja |
| godz. 11.30-11.40 | Przerwa |
| godz. 11.40-12.30 | <i>Leczenie bólu neuropatycznego</i> – prof. dr hab. Jerzy Wordliczek |
| godz. 12.30-12.40 | Dyskusja |
| godz. 12.40-13.10 | Przerwa |
| godz. 13.10-13.45 | <i>Nieopiodowe leki przeciwbólowe – różnice i podobieństwa oraz najczęstsze pułapki terapii</i> – dr n. med. Magdalena Krzyżak-Jankowicz |
| godz. 13.45-14.30 | <i>Leki opioidowe</i> – dr hab. Wojciech Leppert |
| godz. 14.30-15.00 | <i>Postępowanie w bólu przebijającym – analiza przypadków klinicznych</i>
dr n. med. Magdalena Krzyżak-Jankowicz, lek. Robert Jankowicz |
| godz. 15.00-15.20 | <i>Mity i fakty związane z leczeniem opioidami</i>
dr n. med. Magdalena Krzyżak-Jankowicz |
| godz. 15.20-15.30 | Dyskusja i zakończenie konferencji |

Osoby zainteresowane wzięciem udziału w konferencji proszone są o wstępne zgłoszenie zamiaru uczestnictwa, które nie ma charakteru wiążącego. Zgłoszenie pisemne należy kierować do Komisji Kształcenia DRL: e-mail: komisjaksztalcenia@dilnet.wroc.pl lub telefonicznie pod numerami: 71 798 80 68, 71 798 80 81.

Komisja Kształcenia Dolnośląskiej Rady Lekarskiej wraz z Katedrą i Zakładem Podstaw Nauk Medycznych Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu zapraszają na konferencję

pt. „CO MOŻE BUDZIĆ NIEPOKÓJ ENDOKRYNOLOGICZNY?”

która odbędzie się **11 grudnia 2015 r. (piątek) w godz. 9.00-14.30** w sali konferencyjnej Dolnośląskiej Izby Lekarskiej przy **al. Matejki 6** we Wrocławiu.

Kierownik naukowy konferencji – dr hab. Ewa Barg, konsultant wojewódzki w dziedzinie endokrynologii i diabetologii dziecięcej

Uczestnikowi konferencji przysługuje 5 punktów edukacyjnych.

Konferencja ma charakter ogólnodostępny dla bliżej nieokreślonej liczby uczestników, ograniczonej jedynie względami techniczno-organizacyjnymi. Udział w konferencji jest dobrowolny.

Program konferencji

- | | |
|-------------------|--|
| godz. 8.45-9.00 | Rejestracja uczestników |
| godz. 9.00-9.45 | <i>Czy nieprawidłowe TSH zawsze oznacza chorobę tarczycy?</i> – dr hab. Ewa Barg |
| godz. 9.45-10.30 | <i>Niedobór wzrostu – kiedy leczyć, kiedy obserwować?</i> – dr n. med. Beata Wikiera |
| godz. 10.30-11.15 | <i>Poliuria – czy zawsze jest objawem choroby?</i>
prof. dr hab. Danuta Zwolińska |
| godz. 11.15-11.45 | Przerwa |
| godz. 11.45-12.30 | <i>Krwawienie z dróg rodnych i co dalej?</i>
dr hab. Lidia Hirnle, prof. nadzw. |
| godz. 12.30-13.15 | <i>Zaburzenia w morfologii krwi – inne spojrzenie</i>
dr hab. Bernarda Kazanowska, prof. nadzw. |
| godz. 13.15-14.00 | <i>Bóle brzucha w ocenie chirurga</i>
prof. dr hab. Maciej Baglaj |
| godz. 14.00-14.30 | Dyskusja i zakończenie konferencji |

Osoby zainteresowane wzięciem udziału w konferencji proszone są o wstępne zgłoszenie zamiaru uczestnictwa, które nie ma charakteru wiążącego. Zgłoszenie pisemne należy kierować do Komisji Kształcenia DRL: e-mail: komisjaksztalcenia@dilnet.wroc.pl lub telefonicznie pod numerami: 71 798 80 68, 71 798 80 81.

Oddział Dolnośląski Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego oraz Komisja Stomatologiczna i Komisja Kształcenia Dolnośląskiej Rady Lekarskiej we Wrocławiu zapraszają na konferencję, która odbędzie się **21 listopada 2015 r. (sobota) w godz. 9.00-17.15 w sali konferencyjnej Dolnośląskiej Izby Lekarskiej przy **ul. Kazimierza Wielkiego 45** we Wrocławiu.**

III DOLNOŚLĄSKIE JESIENNE DNI STOMATOLOGICZNE „ORTODONTYCZNE I PERIODONTOLOGICZNE PROBLEMY W CODZIENNEJ PRAKTYCE LEKARZA DENTYSTY”

Polsko-Niemiecka Konferencja Stomatologiczna pod patronatem JM prof. dr. hab. Marka Ziętka – rektora Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

Kierownik i moderator konferencji – prof. dr hab. Marzena Dominiak

Uczestnikowi konferencji przysługuje 7 punktów edukacyjnych. Konferencja ma charakter ogólnodostępny dla bliżej nieokreślonej liczby uczestników, ograniczonej jedynie względami techniczno-organizacyjnymi. Udział w konferencji jest dobrowolny.

Program konferencji

- | | | | |
|-------------------|---|-------------------|---|
| godz. 9.00-9.15 | Otwarcie konferencji | godz. 13.15-14.00 | <i>Wpływ czynników morfologicznych na rozwój recesji dziąsła w III klasie zgryzu</i> – dr n. med. Justyna Warmuz |
| godz. 9.15-10.00 | <i>Powstawanie i leczenie recesji (wykład w języku angielskim!)</i> – dr med. Elyan Al-Machot | godz. 14.00-15.00 | <i>Aspekty periodontologiczne w leczeniu ortodontycznym</i>
dr n. med. Wojciech Bednarz |
| godz. 10.00-10.45 | <i>Dystraktory w leczeniu ortodontycznym</i>
prof. dr hab. Tomasz Gedrange | godz. 15.00-15.30 | Przerwa |
| godz. 10.45-11.30 | <i>Szyny aquasprint w leczeniu dysfunkcji stawów skroniowo-żuchwowych</i> – prof. dr Aladin Sabbagh | godz. 15.30-16.00 | <i>Współczesne metody leczenia recesji przyzębia</i>
lek. dent. Jacek Żurek |
| godz. 11.30-12.00 | Przerwa | godz. 16.00-16.30 | <i>Autotransplantacja zębów</i> – lek. dent. Paweł Plakwicz |
| godz. 12.00-12.30 | <i>Razem dbajmy o zdrowie naszych pacjentów</i>
lek. dent. Paweł Zaborowski | godz. 16.30-17.00 | <i>Autotransplantacja – metoda leczenia urazów zębów, współpraca chirurga i ortodonta (opis przypadków)</i>
lek. dent. Piotr Puszkiewicz |
| godz. 12.30-13.15 | <i>Nowe perspektywy w diagnostyce recesji przyzębia</i>
prof. dr hab. Marzena Dominiak | godz. 17.00-17.15 | Dyskusja i zakończenie konferencji |

Osoby zainteresowane wzięciem udziału w konferencji proszone są o wstępne zgłoszenie zamiaru uczestnictwa, które nie ma charakteru wiążącego. Zgłoszenie pisemne należy kierować do Komisji Kształcenia DRL: e-mail: komisjaksztalcenia@dilnet.wroc.pl lub telefonicznie pod numerami: 71 798 80 68, 71 798 80 81.

Alicja Marczyk-Felba – przewodnicząca Komisji Stomatologicznej DRL

SILVA RERUM MEDICARUM VETERUM

– h. – Chiny, którym Europa chce imponować swą cywilizacją, w wielu razach wyprzedziły swą nauczycielkę. Modna obecnie organoterapia i różne „opo” preparaty są tam w szerokim użyciu. Według francuskiego lekarza Boufford, znającego dobrze medycynę chińską, – za najlepszy środek przeciw cierpieniom płuc uważany jest sok z macerowanych płuc świńskich. Przy dyzenterii i przewlekłych cierpieniach kiszek podają się kiszki świńskie, przy migrenach – mózg świński. Sperma, jako potężne tonikum, wchodzi w skład różnych pigułek przeciw niedokrwistości, niemocy i t. d. Towaru dostarczają młodzi ludzie wchodzący z aptekarzami w pewne zobowiązania. Świeżo dostarczony towar obrabia się w postaci pigułek i t. d.



„Kronika Lekarska” 1900, XXI, 631

– Związek studentów niemieckich zwrócił się do senatu Uniwersytetu Berlińskiego z żądaniem, aby cudzoziemcy zapisywali się na wykłady dopiero w 6 tygodni po rozpoczętym semestrze, ponieważ cudzoziemcy, szczególnie na wydziale lekarskim, zajmują najlepsze miejsca w andytoriach jeszcze przed przybyciem studentów niemieckich. Senat uniwersytecki uchylił to dziwne żądanie, które równało się zamknięciu wrót uczelni przed cudzoziemcami.

„Medycyna i Kronika Lekarska”
1909, XLIV, 771

excerpta selegit
Andrzej Kierzek

Zapiski emeryta

Podświadomość

– Dziadku, ale masz wolny komputer! Nie da się na nim grać w moją ulubioną grę! – skarcił mnie wnuczek. – Na lekcji informatyki nauczyłem się, że w takim przypadku trzeba sprawdzić działanie programu operacyjnego. No proszę, spójrz dziadku – w momencie włączenia komputera otwiera się ponad 40 programów! To trzeba wszystko uporządkować – powiedział 12-letni brzdąc.

Często jestem zły, nie wiem na co. Coś mnie trapi wewnątrz. Co to jest? Co we mnie tkwi? Aha – spóźniłem się na spotkanie, powiedziałem o kilka zdań za dużo, zapomniałem zlecić ważne badanie, nie potrafię wyleczyć pacjenta z ciężkiej choroby. To wszystko wpadło do pamięci mojego osobistego komputera, do mojej podświadomości. Uświadamiając sobie to wszystko, wyjąłem te problemy ze swojej podświadomości, wyczyściłem ją, zamknąłem te niepotrzebne programy.

Jest lepiej. Gramy dalej.

dr Józef emeryt

POMRUK SALONÓW

Na początku września otwarło swe podwoje Narodowe Forum Muzyki. Wielkiej gali otwarcia, z udziałem minister kultury prof. Małgorzaty Omilanowskiej i prezydenta naszego miasta Rafała Dutkiewicza, towarzyszyła uczta muzyczna. Ernst Theodor Hoffmann, twórca europejskiego romantyzmu – epoki, która „wymyśliła” filharmonię – napisał niegdyś: „Muzyka otwiera przed człowiekiem nieznaną królestwo, świat, który nie ma nic wspólnego z zewnętrznym, otaczającym go światem zmysłów. W świecie zewnętrznym pozostawia on wszystkie określone przez pojęcie uczucia, by otworzyć się na to niewypowiedane. Aby otworzyć się na to co niewypowiedane, potrzeba miejsca takiego jak nowo otwarte Narodowe Forum Muzyki. Jest to obiekt stworzony z myślą o jak najpełniejszym doświadczaniu dźwiękowego piękna, we wszystkich jego barwach, fakturach i odcieniach. Sala koncertowa licząca 1800 miejsc jest ponoć największą w Polsce i ma wspaniałą akustykę. Program otwarcia był prawdziwą podróżą przez epoki. Na mnie największe wrażenie zrobiła „Orawa” Wojciecha Kilara. Jest to jeden z najbardziej porywających „przebojów” polskiej muzyki XX wieku. Sam kompozytor powiedział o swym dziele: „Orawa jest jedynym utworem, w którym nie zmienilibym żadnej nuty. Spełnia się w niej to, do czego dążę, aby być jak najlepszym Kilarem”.

Dwa dni po gali otwarcia NFM rozpoczął się 50. już festiwal „Wratislavia Cantans”. Koncert otwarcia był powtórzeniem koncertu inauguracyjnego sprzed 50 lat, a dnia następnego Israel Philharmonic Orchestra pod dyktando Zubina Mehty zebrała owacje na stojąco. Zagraли wspaniałe IX Symfonię Gustava Mahlera. O tej ostatniej symfonii, napisanej rok przed śmiercią kompozytora, mówi się, że opowiada

o przemijaniu. Mahler ujął to w pogodne ramy. Muzyka cechuje się spokojem i radością, a Zubin Mehta bezpośrednio po operacji kolana poprowadził genialnie całość na siedząco. Oby takich koncertów było jak najwięcej.

W zupełnie innej atmosferze, pełnej dynamizmu, w iście amerykańskim stylu, odbyło się otwarcie nowej Kliniki Transplantacji Szpiku, Hematologii i Onkologii Dziecięcej Przyłodka Nadziei. Jej szefowa prof. Alicja Chybicka będzie miała chyba najnowocześniejszą klinikę w Europie. Jest to przede wszystkim jej osobista zasługa. Obserwuję jej poczynania od początku kariery zawodowej, czyli od lat czterdziestu. W swoich działaniach jest niezwykle konsekwentna i niekonwencjonalna, ale też bardzo skuteczna. Zawsze pamięta o swojej mistrzyni prof. Jaworskiej, która była wspaniałym człowiekiem. Nasza koleżanka jest także twarzą wyborczą PO na Dolnym Śląsku i w chwili, gdy pochylicie się nad tym felietonem, będzie już naszą posłanką. Życzę powodzenia na niwie lekarskiej a także politycznej.

Październik to miesiąc uroczystych inauguracyjnych rok akademickiego. Środowiskową inaugurację prowadził nasz rektor prof. Marek Ziętek, który jest aktualnie przewodniczącym Kolegium Rektorów. Wykład inauguracyjny pt. „Z Kresów na Dolny Śląsk – 70. rocznica przeszczeru nauki polskiej” wygłosił rektor Uniwersytetu Opolskiego prof. Stanisław Nicieja. Myślę, że w przypadku medycyny ten „przeszczer” udał się całkiem nieźle. Nasza uczelnia rozpoczęła rok akademicki na początku października. Wykład inauguracyjny zatytułowany „Godność w obliczu śmierci – wyzwanie dla medycyny XXI wieku” wygłosił prof. Andrzej Kübler. Ten znakomity lekarz i naukowiec doprowadził naszą intensywną terapię do niezwykle wysokiego poziomu i jest w tej dziedzinie nie-

kwestionowanym autorytetem w Europie. Tuż przed inauguracją odbyło się otwarcie nowej biblioteki, co stanowi duże osiągnięcie władz uczelni. Oby skutkowało to burzliwym rozwojem naukowym naszych kolegów.

70-lecie działalności obchodziła też Opera Wrocławska. W czasie uroczystej gali wysłuchaliśmy najpiękniejszych arii operowych, byliśmy świadkami wręczenia odznaczeń zasłużonym pracownikom. Prof. Ewa Michnik kontynuuje swoją codzienną działalność, jest w tym konsekwentna i niestrudzona. Kolejną premierę stanowi sztuka teatralna „Kwartet” Ronald Harwooda. Opowiada ona o starych śpiewakach operowych spędzających jesień życia w eleganckim pensjonacie. Z okazji urodzin Verdigo postanawiają zaśpiewać kwartet z opery Rigoletto. Zbigniew Lesień świetnie poprowadził swoich nietypowych autorów i zbudował bardzo dobry spektakl. Traktuje on o starości i tęsknocie za tym co utracone. Okazuje się, że nasi śpiewacy operowi są też doskonałymi aktorami. Świetna zabawa.

Tej wystawy nie możecie przegapić! „Arcydzieła malarstwa polskiego z przełomu XIX i XX wieku” to ekspozycja skupiająca 70 obrazów z prywatnych zbiorów, których właściciele zachowują anonimowość. Jest to modelowa kolekcja malarstwa polskiego z ostatnich lat. Lepsza od znanej kolekcji Wojciecha Fibaka. Możemy obejrzeć prace takich artystów jak: Leon Wyczółkowski, Józef Chełmoński, Aleksander Gierzyński, Julian Fałat, Stanisław Wyspiański, Zofia Stryjeńska, Jacek Malczewski czy Olga Boznańska. Właściwie każdy z prezentowanych obrazów chciałoby się mieć w swoim domu, czego i Wam, i sobie życzę.

Wasz Bywalec



Fot. z archiwum Rodziny



Lek. Elżbieta Maria Gołąbek

21.03.1957-17.07.2015 r.

*specjalista chirurgii ogólnej
i chirurgii onkologicznej*

Elżbieta Gołąbek urodziła się w Jaćmierzu. W latach 1977-1983 studiowała na Wydziale Lekarskim Akademii Medycznej we Wrocławiu. Po studiach, które ukończyła z wyróżnieniem, rozpoczęła pracę w Szpitalu im. S. Batorego w Wałbrzychu. Zaczynała od lekarza stażysty, sukcesywnie uzyskiwała kolejne stopnie specjalizacji z chirurgii ogólnej (II stopień w 1991 r.) i pokonywała kolejne szczeble kariery zawodowej. Ze stażysty awansowała na asystenta a następnie ordynatora oddziału chirurgii ogólnej. Jej zainteresowania i pasja, zogniskowane wokół chorób nowotworowych, znalazły odzwierciedlenie w uzyskaniu specjalizacji z chirurgii onkologicznej (1998 r.). Była pierwszym chirurgiem onkologiem w Wałbrzychu. W 2002 r. ukończyła ponadto studia menadżerskie. Oglądam wszystkie Jej dyplomy, na każdym z nich widnieje adnotacja – egzamin zdany z wyróżnieniem.

Przymiotami Elżbiety była zawsze rzetelność, pracowitość i uczciwość. Jej zalety poznałam jeszcze w czasie studiów, gdy mieszkaliśmy na jednym piętrze w „Jubilatce”. Już wtedy wspomagała innych radą, służyła pomocą w nauce a głodnych, jak to w tamtych czasach bywało, raczyła studencką strawą (Ela bardzo dobrze gotowała). Wybraliśmy Ją na przewodniczącą akademika w trudnym dla nas wszystkich okresie: stan wojenny, godziny policyjne, inwigilacja środowiska studenckiego. Dzięki Eli i niezapomnianym portierkom p. Łodzi i Czesi bez szwanku przeżyliśmy ten trudny politycznie czas. Potem spotkałyśmy się w pracy w Pogotowiu Ratunkowym w Wałbrzychu. Elżbieta należała też do naszej grupy, która pod kierownictwem Kazia Bojarskiego organizowała tzw. „wałbrzyskie plenery lekarskie”. Często próby chóru odbywały się właśnie w Jej mieszkaniu. Los odwrócił się od Niej, gdy zachorowała na chorobę nowotworową. Nie poddała się jednak i po operacji, chemioterapii oraz bardzo intensywnej rehabilitacji wróciła do sprawności manualnej i „operatywy”. Było to dla Niej szczególnie ważne, ponieważ chirurgia stanowiła pasję Jej życia, na sali operacyjnej była w swoim żywiole. Nadal dużo pracowała społecznie, zasiadała w zarządzie Wałbrzyskiego Oddziału PTL, współorganizowała szkolenia, spotkania integracyjne, wigilijne lekarzy i bale karnawałowe. Dzięki Jej staraniom odremontowano Oddział Chirurgii w Szpitalu im. S. Batorego. Wspomagała placówkę finansowo, gdy ta nie była w stanie zapewnić pacjentom żywności. Była bardzo religijna i chętnie wspierała społeczne inicjatywy, zwłaszcza te związane z bazyliką wałbrzyską – Sanktuarium Relikwii Drzewa Krzyża Świętego. Wygrała plebiscyt na najpopularniejszego człowieka regionu roku 2000 (Nagroda Wyrwidębu 2000).

Niestety w 2003 roku, wskutek restrukturyzacji wałbrzyskich szpitali, Ela straciła stanowisko ordynatora i pracę w szpitalu, z którym związana była przez ponad 20 lat. Jako ceniony fachowiec znalazła zatrudnienie w Szpitalu „Mikulicz” w Świebodzicach, Szpitalu „Latawiec” w Świdnicy oraz w Szpitalu Ginekologiczno-Położniczym im. E. Biernackiego w Wałbrzychu.

Następną wielką życiową traumą było Jej aresztowanie w związku z tzw. „wałbrzyską ośmiornicą”. Elżbieta jest przykładem na to, jak przez pomówienia, dla sensacji prasowych i tzw. wyników aparatu sprawiedliwości można zniszczyć życie niewinnego człowieka. W trakcie aresztu, który miał być tzw. „wydobywczym”, doznała wielu upokorzeń, pozbawiono Ją kontaktów z najbliższymi oraz uniemożliwiono kontynuację farmakologicznego leczenia choroby nowotworowej. Po odzyskaniu wolności dzięki kolegom, którzy darzyli Ją ogromnym zaufaniem, wróciła do pracy zawodowej. To właśnie w świdnickim Szpitalu „Latawiec” pracowała do śmierci na Oddziale Chirurgii prowadzonym przez dr. n. med. Adama Biernackiego oraz jako zastępca ordynatora Oddziału Onkologicznego kierowanego przez dr. n. med. Ewę Kilar. Elżbieta rzuciła się w nurt pracy. Miała wiele empatii i determinacji w leczeniu chorych, pomagała wszystkim, a zwłaszcza tym najbardziej niezdolnym, najbardziej chorym. Niestety powróciła choroba nowotworowa, Elżbieta podjęła na nowo nierówną walkę z rakiem. W piątki „brała chemię” po to, aby w poniedziałki móc operować, leczyć i dodawać otuchy tym, których też doświadczył los. Jednocześnie walczyła w sądach o uniewinnienie – było to dla Niej niezwykle ważne – miała poczucie ogromnej krzywdy, to przecież pomówienia zniszczyły Jej zdrowie i życie prywatne.

Jako lekarz specjalista, praktyk doskonale wiedziała, że jej życie dobiega końca. Wzięła tydzień urlopu, załatwiła wszystkie formalności, przygotowała sobie grób, wybrała urnę i zamówiła pomnik, przekazała przyjaciółom swoją ostatnią wolę. Rankiem, 17 lipca 2015 roku, zadzwonił adwokat Elżbiety z informacją, że prawomocnym wyrokiem sądu, po kilku latach, ponad 70. rozprawach sądowych lekarz Elżbieta Gołąbek została uniewinniona ze wszystkich zarzutów. W tym samym dniu wieczorem odeszła na zawsze.

W ostatniej drodze towarzyszyły Jej tłumy pacjentów, znajomych, przyjaciół. Na grobie pali się ciągle mnóstwo zniczy. Tak ludzie, którzy Ją cenili, oddają hołd tej naszej współczesnej „Siłaczce”.

*Śmierć jest jedynie
przebudzeniem ze snu*

Platon



**Zmarłych wspomina
lek. Dorota Radziszewska.**

Dr n. med. Henryk Maciąg

25.03.1960-26.05.2014 r.

ordynator Oddziału Chirurgii Onkologicznej
Szpitala im. dra A. Sokołowskiego w Wałbrzychu



Fot. z archiwum Rodziny

Henryk Maciąg urodził się w Annopolu. Choć dzieciństwo i młodość spędził w Wałbrzychu – moim mieście – poznaliśmy się dopiero na studiach na Wydziale Lekarskim ówczesnej Akademii Medycznej we Wrocławiu. Zawsze życzliwy, koleżeński, z łatwością zaskarbiał sobie ludzką sympatię. Był uczestnikiem niemal wszystkich naszych Zjazdów Medyka, studenckich wypadów w góry.

W 1984 roku namówiłam Go na wyjazd z naszą „paczką” do Liberca. Tam na pożyczonych od Piotra „Wieszaka” prostych, drewnianych „dechach” zaczął swoją przygodę z nartami. Od tej pory nie tylko medycyna, ale też sport stał się Jego wielką pasją. Narty, pływanie, jazda na rowerze wpisywały się w kalendarz zajęć obowiązkowych. Po studiach wraz z żoną Dorotą, lekarzem dentystą wrócił do Wałbrzycha. Swoje życie zawodowe związał ze Szpitalem Górniczym, przemianowanym później na Specjalistyczny Szpital im. dra A. Sokołowskiego. Tu ponownie się spotkaliśmy. Henio pracował na Oddziale Chirurgii Ogólnej, dyżurował w tzw. R wyjazdowym, uczestnicząc w wielu akcjach ratowniczych w wałbrzyskich kopalniach. W 1994 roku uzyskał specjalizację z chirurgii ogólnej. Zainteresował się chirurgią onkologiczną – odbył wiele staży w Centrum Onkologii Instytucie im. M. Skłodowskiej-Curie w Warszawie. Egzamin z chirurgii onkologicznej złożył w 2000 r. Ogromna liczba zachorowań na raka piersi wśród kobiet z naszego terenu skłoniła Henia do pogłębienia wiedzy z tego zakresu. Uczestniczył w wielu kursach i warsztatach poświęconych chirurgii onkoplastycznej i rekonstrukcyjnej raka piersi. Ponieważ znał bardzo dobrze język niemiecki uczestniczył także w szkoleniach w Niemczech. W czasie jednego z takich szkoleń, w Klinice Helios w Bad Saarow, poznał dr. Marka Budnera, z którym nawiązał bardzo owocną współpracę. Dzięki niej w Wałbrzychu ruszyły pierwsze w Polsce praktyczne warsztaty nowoczesnego leczenia raka sutka i zabiegów rekonstrukcyjnych. Ich nowatorstwo polegało na tym, że odbywały się na sali operacyjnej.

W 2009 roku otworzono w naszym szpitalu Oddział Chirurgii Onkologicznej. Henryk został jego ordynatorem i mógł wykorzystać w pełni swoją wiedzę medyczną oraz zdolności organizatorskie, aby oddział ten pracował wg najnowszych standardów europejskich. Opracował i wdrożył system nowoczesnej diagnostyki, prowadzenia dokumentacji, leczenia onkologicznego (pierwszy w Polsce ośrodek typu Breast Unit), wykorzystując doświadczenia niemieckie, głównie z ośrodka dr. Marka Budnera. W 2011 roku obronił pracę doktorską pt. „Wpływ techniki operacyjnej na zaburzenia głosu”.

Henryk swoją uczciwością i rzetelnością zyskał zaufanie naszego środowiska. Zawsze uczestniczył czynnie w naszych różnych inicjatywach, brał udział w tworzeniu pierwszego związku zawodowego lekarzy, koła izb lekarskich w Wałbrzychu. Był delegatem na Zjazd DIL kilku kadencji i członkiem Okręgowego Sądu Lekarskiego IV i V kadencji, chętnie brał udział w spotkaniach koleżeńskich. Niezwykle życzliwy, rzetelny, cieszył się zaufaniem lekarzy i personelu naszego szpitala, zasiadał w zarządzie Koła Terenowego DIL w Wałbrzychu i to była bardzo owocna współpraca. Razem udało nam się rozwiązać wiele problemów naszego środowiska. Henryk miał wiele empatii dla ludzi, wyczuwali to pacjenci, dla Niego chory nie był „procedurą”, nigdy nie odmawiał pomocy, nawet w tzw. beznadziejnych przypadkach. Od 2007 roku organizował wspomniane już warsztaty chirurgii onkoplastycznej, którym towarzyszyła listopadowa wałbrzyska akcja walki z rakiem sutka. Były to otwarte szkolenia dla kobiet, które miały możliwość wysłuchania ekspertów i porozmawiania z nimi. O tym, jak bardzo były potrzebne i atrakcyjne, świadczyła frekwencja – często uczestniczyło w nich kilkaset osób.

Henryk należał do osób bardzo sumiennych. Pomimo ogromu obowiązków zawodowych zawsze potrafił znaleźć czas dla rodziny i na rekreację, wspólnie z żoną systematycznie jeździli na rowerach, nartach, pływali. W naszym środowisku uchodził za okaz zdrowia, jednak czasami na dyżurze utyskiwaliśmy razem na zmęczenie. Próbowaliśmy nawet zmobilizować się wzajemnie do badań kontrolnych, ale jak to w naszym środowisku bywa, „szewc bez butów chodzi”. Przepracowanie, stres, zmęczenie wzięty górze. W tydzień po ślubie swojej ukochanej córki, 26 maja 2014 r., Henryk nagle zmarł. Był to szok dla naszego środowiska i pacjentów. Spoczął, odprowadzony przez tłumy pacjentów, koleżanek i kolegów na cmentarzu przy ul. Pułaskiego w alejce obok swoich równie przedwcześnie zmarłych kolegów ze szpitala – Leszka Dąbka oraz Jasia Kachnikiewicza. Cytując słowa Briana Tracy: „Nigdy nie ma wystarczającej ilości czasu, by zrobić wszystko, ale zawsze jest wystarczająca ilość, by zrobić to, co najważniejsze” – Henryk zrobił w swoim życiu to, co było najważniejsze w Jego pracy, dla rodziny i przyjaciół, ale Jego najskrytsze marzenie spełniło się dopiero po śmierci.

*Bóg widzi śmierć inaczej niż my.
My widzimy ją jako ciemny
mur, Bóg – jako bramę.*

Walter Flex



„Koniec by nigdy nie kończyć
czas by utracić bliskich
lzy by chodziły parami
śmierć aby wszystko się stało
pomiędzy światem a nami”.

ks. Jan Twardowski

Z głębokim smutkiem przyjęliśmy wiadomość o śmierci
śp.

prof. dr. hab. Bogumiła Płonki

wieloletniego kierownika
Katedry Protetyki Stomatologicznej
Uniwersytetu Medycznego
im. Piastów Śląskich we Wrocławiu,
zasłużonego pracownika naukowego,
wychowawcy wielu pokoleń lekarzy, Człowieka wielu dokonań,
członka założyciela Europejskiego Towarzystwa Protetyki
i członka wielu towarzystw naukowych.

Wyrazy szczerego współczucia Rodzinie i Bliskim
składają

lek. dent. Alicja Marczyk-Felba – przewodnicząca Komisji
Stomatologicznej DRL
oraz dolnośląscy stomatolodzy

Z głębokim żalem przyjęliśmy do wiadomości,
że 17 października 2015 roku odszedł od nas

śp.

prof. dr. hab. Bogumił Płonka

wieloletni kierownik Katedry Protetyki Stomatologicznej
Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu,
wybitny specjalista z dziedziny protetyki stomatologicznej,
wychowawca wielu pokoleń lekarzy stomatologów.
Członek Honorowy Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego,
Sekcji Protetyki, Polskiego Towarzystwa
Dysfunkcji Narządu Żucia,
Polsko-Niemieckiego Towarzystwa Protetyki Stomatologicznej
i Materiałoznawstwa, członek założyciel Europejskiego
Towarzystwa Protetyki oraz członek Akademii Pierre Fauchard.

Wyrazy szczerego współczucia Rodzinie
składają pracownicy

Katedry Protetyki Stomatologicznej UM we Wrocławiu

Wyrazy głębokiego współczucia Rodzinie Zmarłego

prof. dr. hab. Bogumiła Płonki

składa

Zarząd Oddziału Dolnośląskiego
Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego

Z głębokim żalem przyjęliśmy wiadomość o śmierci

prof. dr. hab. Tadeusza Brossa

Rodzinie i Bliskim
składamy wyrazy głębokiego współczucia
Zarząd Oddziału Dolnośląskiego
Towarzystwa Chirurgów Polskich

Z głębokim smutkiem przyjęliśmy wiadomość o śmierci

prof. Tadeusza Brossa

nauczyciela akademickiego o uznanym dorobku naukowym
i dydaktycznym, wychowawcy i przyjaciela studenckiej młodzieży,
oddanego swej pracy i uczelni, życzliwego ludziom,
prawego i szlachetnego Człowieka.

W latach 1987-1997 pełnił funkcję kierownika Kliniki Chirurgii
Serca, wielokrotnie odznaczany m.in. Złotym Krzyżem Zasługi,
Krzyżem Kawalerskim Orderu Odrodzenia Polski,
Srebrną Odznaką Honorową Akademii Medycznej
oraz Odznaką Honorową „Za wzorową pracę w służbie zdrowia”.

Rodzinie i Bliskim składamy wyrazy szczerego współczucia
Dolnośląska Rada Lekarska

Z głębokim żalem przyjęliśmy wiadomość o śmierci

prof. dr. hab. Bogumiła Płonki

Wyrazy współczucia Rodzinie
składają

kierownik i pracownicy Katedry i Zakładu Chirurgii
Stomatologicznej Uniwersytetu Medycznego
im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

Pogrążeni w głębokim żalu zawiadamiamy, że
13 października 2015 r. po ciężkiej chorobie odeszła od nas

kol. Halina Porębska

wiceprezes Okręgowej Rady Lekarskiej w Gdańsku,
przewodnicząca Komisji Stomatologicznej ORL w Gdańsku,
przewodnicząca Komisji Legislacyjnej ORL w Gdańsku,
członek Naczelnej Rady Lekarskiej, członek Komisji
Legislacyjnej NRL, członek Komisji Stomatologicznej NRL

Prezes, Okręgowa Rada Lekarska w Gdańsku
i pracownicy biura OIL w Gdańsku

Dr. Wojciechowi Herfurtowi wyrazy szczerego współczucia
z powodu śmierci

Ojca

składają koleżanki i koledzy
z Katolickiego Stowarzyszenia Lekarzy Polskich
Niech dobry Pan Bóg przebaczy Mu w swym miłosierdziu ludzkie
ułomności i przyjmie do swego Królestwa
wiecznej radości i pokoju.

Z głębokim smutkiem przyjęliśmy wiadomość o odejściu z grona
Naczelnej Rady Lekarskiej naszej Koleżanki

lek. dent. Haliny Porębskiej

Rodzinie i Bliskim składamy wyrazy szczerego współczucia
p.o. prezes DRL wraz z Dolnośląską Radą Lekarską



Z głębokim smutkiem przyjęliśmy wiadomość o śmierci
ukochanego **Męża i Ojca**

lek. Wiaczesława Cybakowa

Żonie lek. Iwonie Cybakow, Córce i Rodzinie
składamy wyrazy szczerego współczucia
Dyrekcja i pracownicy Pogotowia Ratunkowego we Wrocławiu

Koledze **dr. Marcinowi Dżidowskiemu**
wyrazy szczerego i głębokiego współczucia
z powodu śmierci

Taty

składają lekarze z Kliniki Kardiologii USK we Wrocławiu

Doktorowi Piotrowi Kasprzakowi

wyrazy głębokiego współczucia i słowa wsparcia w trudnych
chwilach po stracie

Mamy

składają współpracownicy Zakładu Chorób Piersi
DCO we Wrocławiu

Wyrazy szczerego współczucia dla naszego
Kolegi **doktora Rafała Jakobsona** z powodu śmierci

Ojca

składają koleżanki i koledzy z Kola Lekarzy przy SZPL „Provita”

Dr. Tomaszowi Drozdowskiemu wyrazy szczerego współczucia
z powodu śmierci

Żony

składają
lekarze z Delegatury DIL w Jeleniej Górze

„Nikt nie umiera na ziemi,
dopóki żyje w sercach tych, którzy zostają”.

Odejście wielkich ludzi zawsze napawa smutkiem.

Z głębokim bólem i żalem, w poczuciu nieocenionej straty
żegnamy wspaniałego i prawego Człowieka, naszego wieloletniego
i zasłużonego pracownika, drogiego Kolegę,
wybitnego i oddanego lekarza poradni rehabilitacji,
nauczyciela wielu pokoleń rehabilitantów, zawsze oddanego
potrzebującym pomocy i wsparcia

lek. Wiaczesława Cybakowa

Wyrazy głębokiego współczucia Rodzinie
składają pogrążeni w smutku
Dyrekcja i pracownicy Centrum Medycznego „Dobrzyńska”

Z głębokim smutkiem zawiadamiamy,
że 6 października 2015 roku zmarł w wieku 98 lat

Edward Gałązka

długoletni lekarz Uzdrowiska Łądek-Długopole
Zona, Syn i Wnuk

Pogrzeb odbył się 10 października na cmentarzu Grabiszyńskim.

Z głębokim smutkiem zawiadamiamy,
że 17 września 2015 r. zmarł

lek. dent. Zdzisław Dżidowski

Wyrazy szczerego współczucia Rodzinie składają
koleżanki i koledzy z Powiatowego Kola
Lekarzy Dentystów w Głogowie

Z żalem żegnamy jedną z nesterek dolnośląskiej okulistyki

dr Julię Pacyńską

zmarłą 17 września 2015 r.

Wyrazy szczerego współczucia Rodzinie i Bliskim
składają koleżanki i koledzy okuliści z Kliniki Okulistyki UM
we Wrocławiu oraz członkowie Dolnośląskiego Oddziału
Polskiego Towarzystwa Okulistycznego

Z głębokim żalem i smutkiem przyjęliśmy wiadomość o odejściu

dr Koryny Kasprzak

niezwykłego lekarza i przyjaciela

Wyrazy szczerego współczucia Rodzinie i Bliskim
składają koleżanki i koledzy z Centrum Medycznego Medycyna
Pracy Wrocław i przychodni „HUTMEN”

Z głębokim smutkiem żegnamy naszą Koleżankę

lek. Janinę Rybusińską-Lebudę

długoletniego pracownika, członka Rady Nadzorczej

Wyrazy głębokiego współczucia pogrążonej w żalu Rodzinie
składają Rada Nadzorcza, Zarząd oraz koleżanki i koledzy
ze Spółdzielni Pracy Lekarzy Specjalistów i Stomatologów
„VITA” we Wrocławiu

Z głębokim żalem zawiadamiamy, że 27 września 2015 roku
zmarła nasza ukochana **Mama i Babcia**

Janina Rybusińska-Lebuda

lekarz internista

Córka Bogna Dobrzyńska z Rodziną

20 września 2015r., po długich cierpieniach, odeszła nasza droga
Koleżanka

lek. Koryna Kasprzak

specjalista neurolog

Koro, będzie nam bardzo brakowało Twojej mądrości,
wiedzy i radości życia.

Wyrazy współczucia Synowi i Rodzinie składają
koleżanki i koledzy – absolwenci wrocławskiej
Akademii Medycznej, rocznik 1964

Wyrazy głębokiego współczucia **dr. n. med. Piotrowi Kasprzakowi**
z powodu śmierci **Mamy**

lek. Koryny Kasprzak

składają lekarze z Kola Terenowego DIL przy Dolnośląskim
Centrum Onkologii we Wrocławiu



Wyrazy szczerego współczucia **lek. Marzenie Użyckiej**
z powodu śmierci

Ojca

składają lekarze z Delegatury DIL w Jeleniej Górze

Wyrazy szczerego współczucia Rodzinie
z powodu śmierci, 28 sierpnia 2015 r.,

doktora Jerzego Smolskiego

składa

Adzik Szarf z Rodziną i koledzy z rocznika 1964/70
Akademii Medycznej we Wrocławiu

Dr Ani Pileckiej wyrazy głębokiego współczucia
z powodu śmierci

Mamy

składa

zespół Oddziału Onkologii 4. Wojskowego Szpitala Klinicznego

Lek. Marii Rudy oraz Jej bliskim wyrazy szczerego
współczucia oraz słowa wsparcia
po stracie **Męża**

Adama

składają

Dorota Radziszewska i przyjaciele z Wałbrzycha

Z głębokim smutkiem zawiadamiamy, że
14 września 2015 roku zmarła

dr Ewa Wojtowicz-Raclawska

Córkom Uni i Dorocie
wyrazy szczerego współczucia
składa

przewodnicząca Komisji Historycznej i Kultury DRL
oraz jej członkowie

Naszemu Koledze **Pawłowi Łyszczakowi**
wyrazy głębokiego współczucia z powodu śmierci

Ojca

składają

koleżanki i koledzy z Kliniki Chorób Wewnętrznych
4. WSK we Wrocławiu

Wyrazy szczerego współczucia Rodzinie z powodu śmierci,
26 października 2015 roku,

lek. dent. Edwarda Kalinowskiego

składa

Koło Lekarzy Stomatologów DIL w Dzierżonowie

Ze smutkiem przyjęliśmy wiadomość o śmierci

lek. dent. Lidii Wielgosz

Mężowi i Rodzinie wyrazy głębokiego współczucia
składają
lekarze i lekarze dentyści z Delegatury DIL w Wałbrzychu

„... życie Twoich wiernych, o Panie, zmienia się, ale się nie kończy...”.

Z ogromnym smutkiem i bólem zawiadamiamy, że 28 sierpnia 2015 r.
odszedł nagle do Wieczności
śp.

Jerzy Smolski

specjalista chirurg

Cząstkę siebie, wykonując zawód z zamięłowaniem,
poświęceniem i odpowiedzialnością, pozostawił na Oddziale
Chirurgii Dziecięcej Szpitala im. T. Marciniaka, Oddziale
Chirurgii Ogólnej Szpitala im. L. Rydygiera, w Ambulatorium
Chirurgicznym Miejskiego Pogotowia Ratunkowego,
Oddziale Chirurgii Ogólnej przy Torakochirurgii DCCP,
w Ośrodku Medycznym „ZIEMO-VITA”.

Przyjaciółom, Współpracownikom, Znajomym
za pamięć i wyrazy współczucia dziękuje
Rodzina

„Wszystko ma swój czas i przychodzi kres na kres”. J. Cygan

Z ogromnym żalem zawiadamiamy, że
15 października 2015 roku odszedł od nas

lek. Adam Rudy

specjalista chorób wewnętrznych, medycyny społecznej,
organizacji ochrony zdrowia, wieloletni zastępca lekarza
wojewódzkiego UW w Wałbrzychu, były główny lekarz
orzecznik wałbrzyskiego ZUS, ale przede wszystkim wspaniały
lekarz praktyk, nauczyciel zawodu, przyjaciel.

Rodzinie Zmarłego
składamy wyrazy szczerego współczucia
koleżanki i koledzy z Delegatury DIL w Wałbrzychu

Z głębokim smutkiem przyjęliśmy wiadomość o śmierci naszej
Koleżanki

lek. Krystyny

Koralewskiej-Kulczyńskiej

Wyrazy szczerego współczucia Rodzinie i Bliskim
składają
koleżanki i koledzy z przychodni przy ul. Sienkiewicza
we Wrocławiu

PODZIĘKOWANIA

Pani Doktor Anicie Gabryś-Lewszej serdeczne podziękowania za troskliwą, pełną ciepła i profesjonalną opiekę nad naszą Żoną i Matką składają **Jan i Andrzej Banaszak**.



Źródło grafiki: www.freeimages.com/thea012

W okresie od 25 października 2014 r. do 27 października 2015 r. odeszło od nas wielu wybitnych, cenionych lekarzy, którzy poprzez swoje działania wpływali nie tylko na rozwój dolnośląskiej medycyny, ale i nasze życie. Wspomnijmy Ich w miesiącu zadumy.

- Adamaszek Wiesław
- Adamczyk Leszek
- Adamus Jan
- Adler Jerzy
- Araszekiewicz Henryk
- Balicka Helena
- Barczyk Izabella
- Białas Aldona
- Bliziński Tomasz
- Bross Tadeusz
- Chęcińska Zofia
- Ciastoń-Małolepsza Weronika
- Cichocki Waław
- Cierpińska-Wojnar Lidia
- Dąbrowa Andrzej
- Dąbrowski Wiesław
- Dogbe Solomon
- Dolińska-Niezgoda Tatiana
- Dudek Jadwiga
- Duma-Michalak Elżbieta
- Duwadziński Jerzy
- Dwidowski Zdzisław
- Dziewięcki Grzegorz
- Gaj Jerzy
- Gałazka Edward
- Gamus-Jakobson Irena
- Gancarz Lesław
- Głowacki Bartosz
- Gołębek Elżbieta
- Granat Maria
- Gruszczńska Magdalena
- Harłodzińska-Szmyrka Antonina
- Ilczyszyn Janina
- Jakubski Jan
- Jancewicz Edward
- Janicka Elwira
- Janowski Adam
- Jasiak Danuta
- Jaźwiński Andrzej
- Jeleniewska-Otręba Barbara
- Jethon Zbigniew
- Kalinowski Edward
- Kaniewski Lech
- Karski Stanisław
- Kasprzak Koryna
- Kassolik Łukasz
- Kawecka Alicja
- Kazuro Andrzej
- Kocańda-Ulanecka Krystyna
- Kochman Franciszek
- Koralewska-Kulczyńska Krystyna
- Korzybski Janusz
- Kozłowski Andrzej
- Kukiz Tadeusz
- Kusiak Lubomira
- Kwolek Edward
- Lassota Danuta
- Lechniak-Ornat Danuta
- Listopad Jadwiga
- Łańcut-Piekarska Danuta
- Łukaszewicz Benon
- Madejska Maria
- Majewska Anna
- Malicki Henryk
- Malka Wiesław
- Mich Jan
- Mielcarek Paweł
- Miler Lucyna
- Mochnacka Zofia
- Motyl Wiesława
- Niebyłowiec Roman
- Niecikowska-Kielczewska Teresa
- Nowak Ludmiła
- Nowak Marian
- Odonicz-Czarnecka Halina
- Olesiński Zygmunt
- Orlik Edward
- Orski Marek
- Orzeszyna Lucyna
- Ostrowski Jacek
- Pacyńska Julia
- Panowicz Danuta
- Paulo Lesław
- Pawłowski Jerzy
- Pecyna Tadeusz
- Pilecka Olga
- Płonka Bogumił
- Poraj-Rózańska Kamila
- Przybylska-Gorzula Halina
- Przybylski Jerzy
- Psarska Teresa
- Raubo Alfred
- Rendecka Natalia
- Rowiński Andrzej
- Rozwadowski Bronisław
- Rudy Adam
- Rusin Janusz
- Rybusińska-Lebuda Janina
- Samokar Marcin
- Sidorowicz Władysław
- Smolski Jerzy
- Soroczyńska Izabela
- Sosnowski Karol
- Sowińska Krystyna
- Styś Leszek
- Sward Maria
- Szczerbiński Jerzy
- Szlachowska-Niedbach Janina
- Szymański Jan
- Szypuła Mariusz
- Ślowski Ireneusz
- Targoński Aleksander
- Urban Józef Maciej
- Urniaż Halina
- Wąsowicz Hanna
- Węglińska Barbara
- Wiekiera Leszek
- Wielgosz Lidia
- Wigdorowicz-Makowerowa Noemi
- Wojciechowska Eleonora
- Wojtowicz-Raławski Ewa
- Wolańczyk-Niewiadomska Ewa
- Zakrzewska Nikodema
- Zarzycka Maria
- Zieliński Zbigniew

Bije zegar godziny, my wtedy mawiamy: „Jak ten czas szybko mija!” – a to my mijamy.

Stanisław Jachowicz

CZEŚĆ ICH PAMIĘCI!



Reklama

NOWA SIEDZIBA



WROCŁAW ul. NORWESKA 25C



DentaFlex

UNITY STOMATOLOGICZNE

Szwedzka Jakość



elmedes
www.elmedes.pl

www.DentaFlex.pl
601 41 51 51
elmedes@elmedes.pl



mgr inż. Marcin Białek
Wrocław, ul. Stanów Zjednoczonych 35
marcinb@elmedeq.pl 601 058 819

Profesjonalne narzędzia dla
stomatologów i protetyków



www.SAESHIN.pl



SPRZEDAŻ i SERWIS
AUTOKLAWY
MYJNIE-DEZYNFEKTORY

KOMUNIKAT KOMISJI SPORTU DRL

Szanowne Koleżanki, Szanowni Koledzy!

Proszę o zgłaszanie drogą elektroniczną kandydatur do tytułu „Najlepszy lekarz sportowiec 2015 r.”; e-mail: renata.czajka@dilnet.wroc.pl

Piotr Wojtasiak
przewodniczący Komisji Sportu DRL

Konferencja pt.

„Krok za krokiem do uczestnictwa”

W imieniu Komitetu Organizacyjnego mamy przyjemność zaprosić Państwa do uczestnictwa w konferencji poświęconej mózgowemu porażeniu dziecięcemu i innym neurorozwojowym niepełnosprawnościom, która odbędzie się **w Zamościu w dniach 11-12 grudnia 2015 r.**

O zakwalifikowaniu do udziału w konferencji decyduje spełnienie wymagań zawartych w zasadach rekrutacji oraz kolejność zgłoszeń (**www.spdn.pl oraz www.szkolniaicf.pl**).

Jednocześnie zapraszamy zainteresowanych uczestników konferencji na koncert Orkiestry Symfonicznej im. Karola Namysłowskiego i kanadyjskiej solistki Suzanne Shulman (flet) 11 grudnia 2015 roku.

lek. Maria Król – przewodnicząca „Krok za krokiem”

IX ŚWIĘTOKRZYSKIE WARSZTATY EKG, HOLTERA, 24-GODZINNEGO MONITOROWANIA CIŚNIENIA TĘTNICZEGO JUŻ 27.11.2015 ROKU W „AMELIÓWCE” KOŁO KIELC!

W imieniu dr. n. med. Krzysztofa Bidasa – przewodniczącego Komisji ds. Kształcenia i Nauki Świętokrzyskiej Izby Lekarskiej, dr n. med. Edyty Radomskiej – przewodniczącej Oddziału Kieleckiego Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego oraz Renaty Segiecińskiej – przewodniczącej Wojewódzkiego Zespołu ds. Orzekania o Stopniu Niepełnosprawności w Kielcach zapraszamy Państwa w Góry Świętokrzyskie na spotkanie andrzejkowe z EKG i ABPM oraz zasadami orzecznictwa w ramach IX Świętokrzyskich Warsztatów EKG, Holtera EKG i 24-godzinnego Monitorowania Ciśnienia Tętniczego Krwi już 27.11.2015 roku w „Ameliówce” koło Kielc.

Udział w szkoleniu jest bezpłatny. Zakwaterowanie i wyżywienie można rezerwować za pośrednictwem hotelu „Ameliówka” (www.ameliowka.pl)

Koszt pobytu:

nocleg ze śniadaniem w pokoju dwuosobowym – 70 zł,
obiad – 40 zł,
spotkanie koleżeńskie (27.11.2015 r.) – 50 zł,
wieczór andrzejkowy (28.11.2015 r.) – 80 zł.

Szczegółowe informacje dostępne są na stronie Świętokrzyskiej Izby Lekarskiej w Kielcach: www.sil.apsnet.pl.

Za udział w szkoleniu przysługuje 20 punktów edukacyjnych.

lek. Maciej Szewczyk

GŁOGOWSKI SZPITAL POWIATOWY SP. Z O.O. W GŁOGOWIE

pilnie zatrudni LEKARZY SPECJALISTÓW W DZIEDZINIE:

medycyny ratunkowej do pracy w SOR w Głogowie,
pediatrii, neurologii, do pracy w POZ w Głogowie.

Zapewniamy:

atrakcyjne warunki płacowe, dowolna forma
zatrudnienia, duże możliwości rozwoju zawodowego.

KONTAKT:

Głogowski Szpital Powiatowy Sp. z o.o. w Głogowie
ul. T. Kościuszki 15, 67-200 Głogów
tel. 76 837 32 42, kom. 609 457 199, 693 294 609
fax 76 837 33 77

Dolnośląskie Centrum Transplantacji Komórkowych we Wrocławiu zatrudni na dobrych warunkach

lekarzy chętnych do pracy z równoczesnym podjęciem
specjalizacji z hematologii, immunologii lub transplantologii
klinicznej lub specjalistów w tych dziedzinach.

Możliwe jest uczestniczenie w pracach badawczych
wykorzystanych dla uzyskania tytułu
dr. lub dr. hab. nauk medycznych.

**CV proszę przysyłać na adres e-mail: kadry@dctk.wroc.pl,
tel. 71 78 313 70.**

Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział we Wrocławiu
poszukuje pracowników na stanowisko
lekarza-członka komisji lekarskich (możliwość zatrudnienia
w wymiarze pełnego lub 0,5 etatu lub 0,75 etatu).

Wymagania formalne określone dla stanowiska:

- niezbędne wykształcenie wyższe medyczne z tytułem specjalisty;
- pożądany tytuł specjalisty w zakresie neurologii, chorób wewnętrznych, chirurgii, psychiatrii, medycyny pracy, medycyny społecznej;
- minimum 5 lat pracy związanej z bezpośrednim kontaktem z pacjentem;
- pożądane 5 lat doświadczenia zawodowego w orzecznictwie lekarskim dla celów ustalania uprawnień do świadczeń z ubezpieczeń społecznych.

Wymagane dokumenty:

- CV, list motywacyjny,
- kserokopie dokumentów potwierdzających wykształcenie i doświadczenie zawodowe,
- podpisana klauzula o następującej treści: „Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb procesu rekrutacji (zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych z dnia 29.08.1997 Dz.U. z 2002 r. Nr 101, pozycja 926 z późn.zm.)”.

Miejsce składania dokumentów:

Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział we Wrocławiu
ul. Pretficza 11, 50-930 Wrocław
Stanowisko informacji ogólnej wejście A, od ul. Energetycznej
telefon kontaktowy: 71 3606 919
Więcej informacji na temat naboru znajduje się
na stronie internetowej: www.zus.pl
w zakładce Praca w ZUS. Dokumenty należy składać **do 31.12.2015 r.**

REGIONALNE CENTRUM KRWIODAWSTWA I KRWIOLECZNICTWA IM. PROF. DR. HAB. TADEUSZA DOROBISZA WE WROCŁAWIU

zatrudni lekarzy do kwalifikacji dawców krwi:

- w Terenowym Oddziale w Głogowie, Legnicy i Lubinie
- oraz podczas akcji wyjazdowych organizowanych na terenie działalności RCKiK we Wrocławiu.

Szczegóły na stronie internetowej:

www.rckik.wroclaw.pl w zakładce O nas – Praca.

W razie dodatkowych pytań zainteresowane osoby prosimy
o kontakt telefoniczny z Działem Zarządzania Zasobami Ludzkimi:
tel. 71 371 58 18, kom. 608 351 649.

Wynajmę przychodnię w Kamiennej Górze

– w centrum miasta (województwo dolnośląskie).

Powierzchnia ok. 125 m², 4 gabinety, recepcja, poczekalnia,
sanitariaty, pokój socjalny.

Podjazd dla niepełnosprawnych, parking.

Kontakt telefoniczny: 509 685 183.

NOWI DOKTORZY

Uchwałą Rady Wydziału Lekarskiego
Kształcenia Podyplomowego UM we
Wrocławiu 23 września 2015 r. stopień
naukowy doktora w dziedzinie nauk
medycznych w dyscyplinie medycyna
uzyskali:

1. mgr pielęgniarstwa Elżbieta
Garwacka-Czachor,
2. lek. Anna Gostkowska-Malec,
3. lek. Małgorzata Pieniżek,
4. lek. Rafał Pilch,
5. lek. Dorota Sęga-Pondel,
6. lek. Piotr Sołtysiak,
7. mgr psychologii Dorota Szczęśniak.

STRESSOWY ZŁAZ MEDYKA – KOMUNIKAT 2

Kolejny Reaktywowany Stresowy Złaz Medyka odbędzie się
w dniach 27-29 maja 2016 r. Zarezerwowaliśmy dla wszystkich
chętnych noclegi w ośrodku Vital&SPA Resort „Szarotka” w Zie-
leńcu (www.szarotka.eu) położonym w Kotlinie Kłodzkiej, na
wysokości ok. 950 m n.p.m. w paśmie Gór Orlickich, gdzie panuje
unikatowy mikroklimat zbliżony do alpejskiego.

Wstępnie przewidujemy trzy trasy: ambitną, mniej ambitną
i wybitnie emerycką. Tak naprawdę zależeć to będzie od pogo-
dy, woli walki i siły ducha uczestników, bo trzeba pamiętać, że za
„dawnych czasów” czyste wędrowanie zajęłoby odpowiednio 8, 4
lub 2 godziny. Wszystkie trasy mają w planie piwko w Czechach!!!
Program Złazu obejmuje:

- **27 maja (piątek)** – zakwaterowanie i „nocne Polaków rozmowy” z grillowaniem przy ognisku, gitarach, śpiewie i...;
- **28 maja (sobota)** – po śniadaniu wymarsz na trasy, następnie powrót do Zielenicy i wieczorem koncert. Będzie się on składał z dwóch części: najpierw „Karawana Marzeń” – czyli poezja śpiewana autorstwa znanego wszystkim Kazia Pichlaka w wykonaniu karkonoskiego zespołu folkowego „Szyszak” z Zachełmia,

a potem nasi starzy znajomi „Wolna Grupa Bukowina” (granie i śpiewanie do oporu);

- **29 maja (niedziela)** – śniadanie, tradycyjne zdjęcia i wyjazd.
Oplata wpisowa wynosi 450 zł i obejmuje: znaczek, śpiewnik z niespodzianką, 2 noclegi, śniadania w sobotę i niedzielę, piątkowe grillowanie z piwem, obiadokolację w sobotę oraz koncert.

Istnieje możliwość przyjazdu w Boże Ciało, tj. w czwartek 26 maja z dodatkową trasą w piątek. Dodatkowa opłata za nocleg z czwartku na piątek – indywidualnie. **Dla tych, którzy mogą wziąć udział w Złazie dopiero od soboty, opłata wynosi 350 zł i obejmuje obiadokolację i koncert w sobotę oraz nocleg i śniadanie w niedzielę.**

Wpłat należy dokonywać na konto Dolnośląskiej Izby Lekarskiej we Wrocławiu: 17-1540-1030-2001-7753-6075-0001 do 31 marca 2016 r. z dopiskiem „Złaz Medyka”.

W razie wątpliwości prosimy o kontakt. Czekamy na Wasze zgłoszenia!

Jerzy B. Lach – jerzy.lach@poczta.onet.pl
Ryszard Ściborski – sciborski@poczta.onet.pl

BIURO DIL

pon. śr. pt. 8.00-15.30, wt. 8.00-16.30
czwartki w godz. 8.00-17.00

50-077 Wrocław, ul. Kazimierza Wielkiego 45

Dyrektor

mgr Maria Danuta Jarosz, tel. 71 798 80 90

Sekretariat

mgr Katarzyna Nazaruk – kierownik sekretariatu
tel. 71 798 80 52

inż. Magdalena Tatuch – specjalista
tel. 71 798 80 50, fax 71 798 80 51

mgr Agnieszka Szymków – starszy referent
tel. 71 798 80 54

Księgowość

mgr Agnieszka Florecka – główna księgowa,
tel. 71 798 80 87

mgr Halina Rybacka – starsza księgowa, tel. 71 798 80 70

mgr Joanna Mańturk – starsza księgowa, tel. 71 798 80 73

mgr Agnieszka Szymkowa – księgowa, tel. 71 798 80 72

Kadry, Komisja: Stomatologiczna, Finansowa i Rewizyjna

mgr Agnieszka Jamroziałk – starszy specjalista
tel. 71 798 80 88

Rejestr Lekarzy

i Prywatnych Praktyk Lekarskich

Krystyna Popiel – p.o. kierownik rejestru
tel. 71 798 80 55,

mgr Weronika Pawełkiewicz – starszy referent,
tel. 71 798 80 57,

mgr Magdalena Jasiień – referent, tel. 71 798 80 82,

Joanna Żak – specjalista, tel. 71 798 80 60,

mgr Kamila Kaczyńska – referent, tel. 71 798 80 61

Pośrednictwo pracy

mgr Małgorzata Krupa-Mączka – starszy specjalista,
tel. 71 798 80 81

Konkursy

Patrycja Malec – starszy specjalista, tel. 71 798 80 68

Lekarska Kasa Pomocy Koleżeńskej

Barbara Nuckowska – starsza księgowa

Konto Kasy Pomocy Koleżeńskej

BGZ O/Wrocław 64 2030 0045 1110 0000 0035 5040

Kasa

Elżbieta Chmiel – starszy kasjer

poniedziałek, środa, piątek 8.00-14.30

wtorek 8.00-15.30, czwartek 8.00-16.00

Komisja Kształcenia Lekarzy

i Lekarzy Dentystów

e-mail: komisja.kszaltalenia@dilnet.wroc.pl

mgr Małgorzata Krupa-Mączka – starszy specjalista,
tel. 71 798 80 81

Patrycja Malec – starszy specjalista, tel. 71 798 80 68

Komisja Bioetyczna

mgr Aneta Walulik – specjalista, tel. 71 798 80 74

Zespół Radców Prawnych

koordynator zespołu:

mec. Beata Kozyra-Lukasiak

poniedziałek-środa 13.00-15.00

mec. Monika Huber-Lisowska, tel. 71 798 80 62

środa, piątek 9.30-13.00; wtorek, czwartek 10.30-14.00

Biuro Rzecznika

Odpowiedzialności Zawodowej

mgr Ewa Bielońska – kierownik, tel. 71 798 80 77,

mgr Aleksandra Kolenda – specjalista, tel. 71 798 80 78,

Marzena Majcherkiewicz – specjalista, tel. 71 798 80 76,

Grażyna Rudnicka – referent, tel. 71 798 80 75

Biuro Okręgowego Sądu Lekarskiego

mgr Aleksandra Stebel – starszy specjalista,
tel. 71 798 80 79.

mgr Iwona Podoba – starszy referent

Informacja o ubezpieczeniach

Renata Czajka – specjalista, tel. 71 798 80 66,

Jolanta Kowalska-Jóźwik – referent, tel. 71 798 80 58

Składki na rzecz Izby

Agata Gajewska – starszy specjalista, tel. 71 798 80 65

Informatyk

inż. Wiktor Wołodkiewicz, tel. 71 798 80 85

Filie biura w delegaturach

Wrocław

wiceprezes DRL ds. Delegatury Wrocławskiej

Małgorzata Nakraszewicz

czwartek, 14.00-15.00

Jelenia Góra

wiceprezes DRL ds. Delegatury Jeleniogórskiej

Barbara Polek

wtorek 10.00-11.30

Wojewódzki Szpital w Jeleniej Górze

ul. Ogińskiego 6, I piętro, pokój 233

tel./fax 75 753 55 54

Eugenia Serba – starszy referent

poniedziałek, wtorek, piątek 10.00-13.00

środa, czwartek 11.00-15.00

e-mail: dil_jeleniagora@dilnet.wroc.pl

Wałbrzych

wiceprezes DRL ds. Delegatury Wałbrzyżskiej

Dorota Radziszewska

wtorek 15.00-16.00

ul. Moniuszki 1/1, 58-300 Wałbrzych

tel. 74 665 61 62

Beata Czołowska – specjalista

poniedziałek-czwartek 9.00-17.00

piątek 9.00-13.00

e-mail: dil_walbrzych@dilnet.wroc.pl

Legnica

wiceprezes DRL ds. Delegatury Legnickiej

Ryszard Kępa

wtorek 15.00-16.00

pl. Słowiański 1, 59-220 Legnica,

tel. 76 862 85 76

e-mail: dil_legnica@dilnet.wroc.pl

Krystyna Krupa – specjalista

pon.-piątek, 8.00-15.00, wtorek 8.00-16.00

Stowarzyszenie Lekarzy Dolnośląskich

i Wychowanków Medycyny Wrocławskiej

Danuta Bujwid – specjalista, tel. 71 344 68 28

OGŁOSZENIA DROBNE

ZATRUDNIĘ

◆ Zatrudnię lekarza stomatologa – Wrocław, Łagiewniki, Nowa Ruda (wymagana własna działalność), pacjenci tylko prywatni, e-mail: biuro@yesdent.pl, tel. 604 44 97 43.

◆ Centrum Stomatologiczne we Wrocławiu zatrudni lekarza stomatologa. Praca zmianowa. Wymagana własna działalność gospodarcza. CV proszę przesłać na adres: stomatologia.praca@wp.pl, tel. 691 361 364.

◆ Klinika Stomatologii Estetycznej Supradent w Jeleniej Górze zatrudni lekarza stomatologa, e-mail: praca@supradent.com.pl, kom. 667 751 989.

◆ Centrum stomatologiczne we Wrocławiu zatrudni lekarza stomatologa ze specjalizacją 1 lub 2 stopnia w ramach NFZ oraz specjalistę protetyka w ramach NFZ. Praca od stycznia 2016 r., tel. 71 390 70 48, 725 296 209, e-mail: bajkudent@wp.pl

◆ Centrum Stomatologiczne „UŚMIECH” w Lubinie (woj. dolnośląskie) zatrudni lekarza stomatologa w pełnym wymiarze czasu pracy. Praca od zaraz na NFZ i prywatnie, tel. 502 661 523.

◆ Dyrektor ZOZ w Kłodzku oraz ordynator Oddziału Dziecięcego w Kłodzku zaprasza lekarza pediatrę do pracy na Oddziale Dziecięcym wraz z pełnieniem dyżurów. Równocześnie informujemy, że posiadamy 3 miejsca pediatryczne rezydentki, tel. kontaktowy do ordynatora: 601 894 942.

◆ Pogotowie Ratunkowe we Wrocławiu, ul. Ziębicza 34/38, poszukuje lekarzy systemu do udzielania świadczeń zdrowotnych w specjalistycznych zespołach ratownictwa medycznego. Forma zatrudnienia: umowa cywilnoprawna z praktyką lekarską. Za interesowanych lekarzy prosimy o kontaktowanie się z Działem Kadr, tel. 71 77 31 521, 71 77 31 525, e-mail: kadry@pogotowie-ratunkowe.pl

◆ „Stomatologia dla Uśmiechu” poszukuje do współpracy lekarza stomatologa. Mile widziane doświadczenie. CV prosimy wysłać na adres: jodlowa38@gmail.com

◆ Poszukuję do współpracy stomatologa endodonty z min. 5-letnim stażem pracy, e-mail: info@stomatolog.wroc.pl

◆ Psychoterapeuta z dużym doświadczeniem w terapii Gestalt i systemowej (www.psychologia.wroc.pl) nawiąże współpracę od 12/2015 z placówkami medycznymi/terapeutycznymi. Propozycje proszę kierować na: taisa@onet.eu

◆ PZLA w Strzelinie, ul. Mickiewicza 20, pilnie zatrudni lekarza specjalistę ortopedę na umowę zlecenie lub kontrakt. Warunki pracy i płacy do uzgodnienia, tel. 71 39 22 240 lub 071 39 22 985.

◆ Leśnickie Centrum Stomatologiczne we Wrocławiu (osiedle Leśnica) nawiąże współpracę z Panią lekarzem dentystą, którą pasjonuje praca w zawodzie i chciałaby dołączyć do naszego zespołu. Zapewniamy pracę na nowoczesnym sprzęcie i w miłej atmosferze. Oferujemy bardzo dobre warunki finansowe. Pracujemy w systemie prywatnym. Wymagana własna działalność gospodarcza. Kontakt: e-mail: twoj_stomatolog@op.pl; tel. 502 504 230 (godz. 17.00-21.00).

◆ Zatrudnię lekarza rodzinnego (również w trakcie specjalizacji) lub internistę oraz pediatrę w pełnym lub niepełnym wymiarze godzin do poradni POZ w Strzegomiu. Forma zatrudnienia oraz wynagrodzenie do uzgodnienia. tel. 603 33 70 20, email: sekretariat@nzozzdrowie.com.pl

◆ Zatrudnię ortodontę w poradni ortodontycznej. Zgłoszenia na tel. 663 732 554 (po godz. 19.00).

◆ Przychodnia Rodzinna Medicare w Sycowie zatrudni lekarza rodzinnego, internistę, pediatrę na pełen lub część etatu, tel. 531 560 622.

◆ Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Malczycach zatrudni lekarza do pracy w POZ, tel. 605 424 116 lub 713 179 118.

◆ Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Malczycach zatrudni lekarza do pracy w POZ, kontakt telefoniczny 605 424 116 lub 713 179 118.

◆ Zatrudnię stomatologa z minimum 4-letnim doświadczeniem w Oleśnicy (NFZ oraz pacjenci prywatni), tel. 600 426 172.

◆ Przychodnia stomatologiczna w okolicach Wrocławia poszukuje stomatologa 2-3 razy w tygodniu, pacjenci NFZ i prywatni, tel. 604 898 229.

◆ Centrum Diagnostyczno-Rehabilitacyjne Oddziału Fundacji „Promyk Słońca” we Wrocławiu zatrudni psychiatrę dzieci i młodzieży do pracy w Poradni Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży. Aplikacje prosimy wysłać na adres: rekrutacja@promykslonca.pl

◆ Nowocześnie wyposażony gabinet stomatologiczny (CBCT/OPG/RVG/CEREC/mikroskop) w Lubaniu (dolnośląskie) zatrudni młodego lekarza stomatologa – pracą pod mikroskopem, możliwości rozwoju zawodowego. CV proszę przesyłać na adres: stomatologia.jastrzescy@gmail.com, tel. 888 999 984.

◆ Centrum medyczne w Oleśnicy zatrudni lekarza rodzinnego, internistę i pediatrę, tel. 71 398 33 23, 601 750 318 lub 601 984 310.

◆ Milickie Centrum Medyczne sp. z o.o. zatrudni: lekarza okulistę, lekarza anestezjologa, lekarza internistę, lekarza rehabilitanta, tel. 797 307 713, e-mail: sekretariat@mcm-milicz.pl

◆ Poszukuję do współpracy lekarza ortodontę – Legnica, pacjenci prywatni, tel. 502 258 476.

◆ Centrum Stomatologiczne we Wrocławiu (Krzyki) zatrudni lekarza stomatologa od 01.01.2016 r. Praca z pacjentami prywatnymi raz lub 2 razy w tygodniu (wtorki lub czwartki). Wymagana własna działalność gospodarcza. CV proszę przesyłać na adres: bajkudent@wp.pl, tel. 713 907 048, 725 296 209.

◆ Prywatny gabinet stomatologiczny we Wrocławiu (Krzyki/Klecinca) poszukuje do współpracy lekarza stomatologa, wymagana własna działalność gospodarcza. Warunki pracy i płacy do uzgodnienia. Więcej informacji pod nr tel. 503 383 403, e-mail: info@dentystka.wroc.pl

SZUKAM PRACY

◆ Asystentka stomatologiczna z doświadczeniem i uprawnieniami szuka pracy, tel. 604 821 446.

◆ Lekarz stomatolog ze specjalizacją w zakresie stomatologii ogólnej podejmie pracę w zawodzie z możliwością doskonalenia zawodowego, podnoszenia kwalifikacji. Najchętniej w zakresie świadczeń pogotowia stomatologicznego i kontraktu z NFZ plus pacjenci prywatni. Oferty na adres dan6kis@gmail.com, tel. 605 244 479 lub 68 321 12 00.

INNE

◆ Do wynajęcia wyposażone gabinety lekarskie, stomatologiczny i kosmetyczny, informacje: tel. 71 357 77 31, 71 351 64 03, kom. 513 711 726.

◆ Do wynajęcia gabinetu lekarskiego, tel. 604 141 423, www.med-az.pl

◆ Wynajmę lokal w Oławie o pow. 80m², 2 gabinety lekarskie (21 m², 23 m²) poczekalnia, toalety – spełnia wszystkie wymogi NFZ. Zabudowa nowa wolnostojąca 500 m od szpitala, wylot na Wrocław, 7 miejsc parkingowych. Na piętrze 2 kawalerki, tel. 601 710 525.

◆ Przychodnia lekarska z dobrze prosperującym POZ do sprzedaży: www.wierzbowa.biz

◆ Wynajmę lokal na gabinet lekarski, pow. 18 m², wys. 3 m, klimatyzacja. Okolice placu Grunwaldzkiego, Wrocław, tel. 502 779 297.

◆ Sprzedam lub wydzierżawię klinikę stomatologiczną we Wrocławiu. 4 gabinety stomatologiczne w pełni wyposażone, pracownia RTG, pracownia protetyczna. Powierzchnia 200 m². Wysoki standard. Umowa z NFZ. Może być z częścią mieszkalną 200 m², działka 992 m², tel. 601 701 550.

◆ Ginekolog sprzeda tanio elektrokogulator oraz mało używany aparat CRYO (N20), tel. 71 337 12 47.

◆ Wynajmę lub sprzedam gabinet stomatologiczny, Wrocław, tel. 784 157 115.

◆ Wynajmę gabinet lekarski w centrum Legnicy, tel. 502 258 476.

◆ Do wynajęcia wyposażony gabinet stomatologiczny we Wrocławiu (ul. Łubinowa, budynek „Spectrum”). Sprzęt Planmeca/Getinge, tel. 508 368 997, e-mail: emilia@gmail.com

Piw 
PRZEDSIĘBIORSTWO
INNOWACYJNO-WDROŻENIOWE

mamy zdrowie na oku...

NOWY I UŻYWANY SPRZĘT MEDYCZNY

Aparaty USG
ceny od 10000 zł




Wysokiej jakości, profesjonalny sprzęt do gabinetów medycznych:

- ♣ stetoskopy
- ♣ ciśnieniomierze
- ♣ otoskopy, wideotoskopy
- ♣ aparaty do pomiaru gęstości kości (densytometri)





Przedsiębiorstwo Innowacyjno – Wdrożeniowe ul. Kłodzka 21A, 50-536 Wrocław
tel. 71 7271435, 7271425; e-mail: info@piwgoral.com; www.piwgoral.pl

Terminy dyżurów

p.o. prezes DRL Paweł Wróblewski
przyjmuje po uprzednim uzgodnieniu z sekretariatem,
tel. 71 798 80 52.

wiceprezes DRL ds. stomatologii Alicja Marczyk-Felba,
czwartek, 12.30-13.30

sekretarz DRL Urszula Kanaffa-Kilijańska,
poniedziałek, 15.00-16.00

skarbnik Małgorzata Niemiec,
wtorek i czwartek, 15.15-16.00

Delegatura Wrocław:
wiceprezes Małgorzata Nakraszewicz,
czwartek, 14.00-15.00

Delegatura Jelenia Góra:
wiceprezes Barbara Polek,
wtorek, 10.00-11.00

Delegatura Legnica:
wiceprezes Ryszard Kępa,
wtorek, 15.00-16.00

Delegatura Wałbrzych:
wiceprezes Dorota Radziszewska,
wtorek, 15.00-16.00

Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej
Piotr Piszko,
czwartek, 14.00-17.00

przewodniczący Okręgowego Sądu Lekarskiego
Włodzimierz Wiśniewski, piątek, 11.00-13.00

Sanadent Centrum Stomatologii Estetycznej nawiąże współpracę z lekarzem stomatologiem posiadającym doświadczenie w endodoncji. Szczegóły na: www.sanadent.net.pl

Prywatne Centrum Stomatologiczne w Legnicy podejmie współpracę z lekarzami stomatologami (minimum 2 lata doświadczenia).

Zapewniamy:

- pracę na 4 ręce,
- duże możliwości rozwoju zawodowego,
- atrakcyjne warunki płacowe.

Kontakt:
tel. recepcja: 512 675 751,
e-mail:
centrum.stomatologiczne.
recepcja@onet.pl

DILMED
DORADZTWO MARKETINGU



- ✓ **OPTIMALIZACJA KOSZTÓW** praktyk i przychodni
- ✓ **STRATEGIA** pozyskiwania pacjentów
- ✓ **KOMPLEKSOWE DORADZTWO** w prowadzeniu praktyki

☎ 604 143 789
@ biuro@dilmed.pl

Zapraszamy lekarzy do współpracy w nowoczesnej przychodni w centrum Wałbrzycha.



Tel. 533 972 303

EKONOMED
Księgowi – medycznie najlepsi

Specjalizujemy się w kompleksowej obsłudze księgowej oraz kadrowo-płacowej podmiotów medycznych

Gwarantujemy • wiarygodność
• bezpieczeństwo • profesjonalizm,
• spersonalizowane podejście

Zapraszamy do kontaktu!

EKONOMED
Księgowa Obsługa Podmiotów Medycznych
ul. Ogrodowa 12A, 55-093 Kielców

☎ +48 607 671 761
@ ekonomed@ekonomed.pl
www.ekonomed.pl



NOWY LEXUS RX

PODWÓJNA MOC HYBRYDY

tylko w przedsprzedaży od
234 900 PLN



Zapraszamy do salonu:
Lexus Wrocław
ul. Legnicka 164
tel. 71 359 85 85
lexus-wroclaw.pl

LEASING SMARTPLAN

od **2640** netto zł/mc 10%*

od **1500** netto zł/mc 30%*

 **LEXUS**
creating amazing

* Wysokość wpłaty wstępnej

Podana cena dotyczy modelu RX 200t, wersja Elite z pakietem Business. Cennik przedsprzedażowy dotyczy wybranych rodzajów napędu oraz wersji i obowiązuje od 1.09 - 31.12.2015 r. lub do wyczerpania zapasów. Szczegóły u Autoryzowanych Dilerów Lexusa. Lexus RX - zużycie paliwa i emisja CO₂ w cyklu mieszanym odpowiednio: 5,3 do 7,9 l / 100km oraz 122 do 181 g/km, w zależności od wersji. Informacje o działaniach dotyczących odzysku i recyklingu samochodów wyciągniętych z eksploatacji: www.lexus-polska.pl.