

## DR NAUK MED. ANDRZEJ SIKORSKI – PRYMARIUSZ OPOLSKI

Dr n. med. Andrzej Sikorski urodził się 12 marca 1939 r. w Tarnowie i tam ukończył liceum ogólnokształcące oraz średnią szkołę muzyczną w klasie skrzypiec. Studia na Wydziale Lekarskim Akademii Medycznej w Krakowie ukończył w 1963 r. W czasie studiów pracował aktywnie w Zrzeszeniu Studentów Polskich i pełnił funkcję Kierownika Wydziału Kultury Rady Uczelnianej ZSP przy Akademii Medycznej w Krakowie. W 1959 r. założył, ciesząc się wówczas dużą popularnością w Krakowie, na festiwalach i w klubach studenckich całej Polski, kabaret studentów Akademii Medycznej „Cyrulik”. Staże podyplomowe odbył w szpitalach wojewódzkich w Opolu

W 1965 r. rozpoczął pracę i specjalizację na Oddziale Chirurgii Ogólnej w Szpitalu Wojewódzkim im. Karola Miarki w Opolu pod okiem wybitnego chirurga doc. Klemensa Kiryłowicza. W trakcie specjalizacji odbył liczne kursy, interesując się szczególnie chirurgią plastyczną i torakochirurgią. Pierwszy stopień specjalizacji uzyskał w 1968 r., a drugi w 1974 r. – zdając obydwa egzaminy z wynikiem bardzo dobrym.

Po przejściu w 1978 r. docenta Klemensa Kiryłowicza na emeryturę, objął po nim stanowisko Ordynatora Oddziału Chirurgii Ogólnej Szpitala Wojewódzkiego w Opolu.

Ciężka praca nie przeszkodziła Mu w działalności naukowej. Był autorem lub współautorem 23 publikacji. W 1982 r. obronił na Akademii Medycznej we Wrocławiu pracę doktorską pod tytułem „Ocena przetok tętniczo-żylnych wykonywanych różnymi sposobami u chorych dializowanych”.

W 1998 r., po wygranym konkursie, został Ordynatorem Oddziału Chirurgii Ogólnej i Naczyniowej obecnego Wojewódzkiego Centrum Medycznego w Opolu. Zgodę na użycie nazwy – Oddział Naczyniowy, uzyskał otrzymując certyfikat od ówczesnego Konsultanta Krajowego ds. Chirurgii Naczyniowej prof. Wojciecha Noszczyka. Nastąpił burzliwy rozwój oddziału, dysponującego i w pełni wykorzystującego świetną bazę diagnostyczną szpitala, możliwość współpracy interdyscyplinarnej z innymi oddziałami zachowawczymi i zabiegowymi.

Poziom prowadzonych przez doktora Sikorskiego oddziałów i ich wszechstronność spowodowały, że stały się one ostatecznym poziomem leczenia chirurgicznego dla pacjentów województwa opolskiego. Wprowadzano systematycznie nowe procedury, zarówno z zakre-



su chirurgii ogólnej, jak i chirurgii naczyniowej (pełny zakres operacji naczyń obwodowych, chirurgię endowaskularną).

Dr n. med. Andrzej Sikorski jest członkiem Towarzystwa Chirurgów Polskich od 40 lat. Przez 24 lata był wiceprzewodniczącym Opolskiego Oddziału Towarzystwa Chirurgów Polskich, przez dwie kadencje (w latach 2000–2004) – Przewodniczącym Oddziału i członkiem Zarządu Głównego Towarzystwa Chirurgów Polskich. Uczestnicząc w posiedzeniach Zarządu Głównego TCHP starał się zawsze reprezentować stanowisko chirurgii „terenowej”.

Dzięki Jego staraniom została wmurowana w Szpitalu Wojewódzkim w Opolu, tablica pamiątkowa upamiętniająca docenta Klemensa Kiryłowicza. Także z inicjatywy doktora Sikorskiego w 1994 r. został zrealizowany pomysł stworzenia medalu dla uhonorowania znamienitych osobowości chirurgicznych, nie tylko z terenu Opolszczyzny. Zarząd Opolskiego Oddziału Towarzystwa Chirurgów Polskich, od czasu ustanowienia medalu, przyznał do tej pory 23 wyróżnienia.

W 1983 r. dr Sikorski powołany został przez Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej na członka Okręgowej Komisji Kontroli Zawodowej w Opolu, którą to funkcję pełnił przez 6 lat, do czasu zmiany ustawy o orzecznictwie.

Od 1984 r. przez 23 lata (do 2007 r.) pełnił funkcję Specjalisty Wojewódzkiego ds. Chirurgii Ogólnej dla województwa opolskiego.

W 1989 r. ówczesny Rzecznik Praw Obywatelskich, prof. Ewa Łętowska powołała dr Sikorskiego do rozpatrywania skarg osób pozbawionych wolności. Rok póź-

niej, powierzono mu także funkcję specjalisty ds. więziennictwa z zakresu chirurgii.

Był jednym z najaktywniejszych na Opolszczyźnie, działających na rzecz reaktywowania samorządu lekarskiego kolegów. Nic więc dziwnego, że po wyodrębnieniu w roku 1990 z Dolnośląskiej Izby Lekarskiej Okręgowej Izby Lekarskiej w Opolu, został wybrany jej Wiceprzewodniczącym. Dzięki Jego staraniom Okręgowa Izba Lekarska zyskała najładniejszą chyba w Polsce, godną siebie, siedzibę przy ul. Grunwaldzkiej w Opolu.

W czasie pełnienia obowiązków ordynatora i Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie chirurgii, wszyscy chirurdzy Opolszczyzny przechodzili przez Jego Oddział, odbywając staże specjalizacyjne oraz zdając egzaminy na pierwszy stopień specjalizacji z chirurgii ogólnej. Towarzyszył tym Kolegom przy egzaminach na II stopień specjalizacji, czerpiąc olbrzymią satysfakcję z uzyskanych przez nich wyróżnień i ocen bardzo dobrych – bardzo często przyjmując przy tej okazji gratulacje od komisji egzaminacyjnych za znakomite przygotowanie do egzaminów chirurgów Opolszczyzny.

W ciągu 20 lat swej ordynatury wykształcił 37 chirurgów ogólnych oraz 4 chirurgów naczyniowych, zapewniając kadre dla oddziałów chirurgicznych całego województwa. Ponadto, wobec podjęcia budowy nowego szpitala w Opolu, przygotował dwa zespoły chirurgów i pielęgniarek tak, by po otwarciu nowej jednostki obydwa oddziały chirurgiczne miały pełne zabezpieczenia kadrowe. Równie ważną dziedziną działalności oddziału było szkolenie następnych pokoleń chirurgów. Po zmianie systemu specjalizacji w 1999 r. Oddział uzyskał akredytację z chirurgii ogólnej (10 miejsc).

W roku 2003 dr n. med. Andrzej Sikorski uzyskał specjalizację z chirurgii naczyniowej i natychmiast rozpoczął specjalizowanie asystentów Oddziału. Po uzyskaniu przez 3 z nich specjalizacji z chirurgii naczyniowej, Oddział Chirurgii Ogólnej i Naczyniowej WCM w Opolu otrzymał akredytację z chirurgii naczyniowej (3 miejsca). Przez te minione lata Oddział zyskał wysoką pozycję w chirurgii polskiej, jest znany i szanowany przez nadzór specjalistyczny i ośrodki kliniczne w Polsce.

Dr Sikorski jest posiadaczem licznych odznaczeń. W 1997 r. został odznaczony Srebrnym Krzyżem Zasługi za działalność w Wodnym Ochotniczym Pogotowiu Ratunkowym. W 1980 r. otrzymał Odznakę Zasłużonemu Opolszczyźnie, a w 1984 r. Odznakę Za Wzorową Pracę w Służbie Zdrowia. W 1995 r. nadano mu Odznakę Za Zasługi Dla Miasta Opolu. W 2004 r. otrzymał Odznakę Za Zasługi Dla Związku Kombatantów Rzeczypospolitej Polskiej i Byłych Więźniów Politycznych. Jest wreszcie posiadaczem Medalu Opolskiego Oddziału Towarzystwa Chirurgów Polskich dla zasłużonych ordynatorów chirurgii.

Do tego bogatego kompletu przybyła mu ostatnio przyznana przez Okręgową Radę Lekarską w Opolu

godność honorowa „Prymariusz Opolski”, przyznana za wybitne zasługi dla Samorządu Lekarskiego Opolszczyzny.

*Zbigniew KOWALIK*

## **DR N. MED. JACEK MIARKA**



Dr n. med. Jacek Miarka – specjalista chorób wewnętrznych, kardiolog i neurolog urodził się w 1951 roku. Ukończył Śląską Akademię Medyczną. Od roku 1989 związany z nyskim szpitalem, gdzie do dziś pełni funkcję Ordynatora Oddziału Wewnętrznego. Przez wiele lat prowadził w Nysie Internistyczną Poradnię Konsultacyjną, a później pierwszą w powiecie Poradnię Kardiologiczną.

Z Samorządem Lekarskim związany był od samego początku jego reaktywacji. Brał udział przy tworzeniu odrębnej Izby Lekarskiej na Opolszczyźnie, wchodząc w skład pierwszego Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej w Opolu. Brał czynny udział w tworzeniu zasad Kodeksu Etyki Lekarskiej, uczestnicząc w Nadzwyczajnym Krajowym Zjeździe Lekarzy w Bielsku-Białej w 1991 roku, gdzie dokument ten powstawał w ostatecznym kształcie. Był Delegatem na wszystkie krajowe zjazdy lekarzy w kadencjach I-V. W II kadencji pełnił funkcję Prezesa Okręgowego Sądu Lekarskiego, a obecnie od trzech kadencji pełni funkcję sędziego w Naczelnym Sądzie Lekarskim. Jego wiedza merytoryczna i prawnicza, a także wysokie poczucie sprawiedliwości są powodem, dla których jest często wyznaczany do prowadzenia najtrudniejszych spraw sądowych na szczeblu krajowym. W Opolskiej Izbie Lekarskiej od wielu lat przewodniczy Okręgowej Komisji Bioetycznej.

Dr Jacek Miarka zawsze wykazywał zainteresowanie warunkami pracy młodszych kolegów – lekarzy. Pomi-

mo piastowanego stanowiska ordynatora Oddziału, w latach 90-tych czynnie uczestniczył w tworzeniu struktur związku zawodowego lekarzy na terenie Opolszczyzny, wchodząc w skład Komitetu Założycielskiego Regionu Śląska Opolskiego OZZL. Głośno wypowiadał wtedy, niepopularne w kręgach decydentów, opinie dotyczące upokarzająco niskich poborów lekarzy i warunków ich pracy.

Nie do przecenienia jest również postawa etyczno-moralna dr Jacka Miarki na polu zawodowym. Pod jego kierownictwem w ciągu minionych lat specjalizację uzyskało kilkudziesięciu internistów, co stanowi ewenement w skali ponadregionalnej. Stale podnosi również swoje kwalifikacje, czynnie uczestnicząc w zjazdach i konferencjach naukowych w kraju i za granicą. W pracy stanowczy i wymagający, ale jednocześnie obdarzony ponadprzeciętną zawodową intuicją. Młodym adeptom sztuki medycznej, oprócz wiedzy merytorycznej, wpaja idee tolerancji i pracowitości. Uczy uczciwości, odpowiedzialności i samodzielności oraz poszanowania godności drugiego lekarza, ale jednocześnie szczerości i odwagi w reagowaniu na błędy kolegów. Jego wychowankowie nie znają pojęcia konkurencji zawodowej i niezdrowego współzawodnictwa.

Jest żonaty, ma dwóch synów. Interesuje się literaturą i sztuką. Czynnie uprawia sport: narciarstwo i tenis, ale lubi także zagrać w brydża, pożeglować czy nurkować. Często uczestniczy w różnych akcjach charytatywnych – w dyskretny sposób pomagając potrzebującym. Jest szczególnie wrażliwy na ludzką biedę i niesprawiedliwość.

*Stanisław KOWARZYK*

## UWAGA – LEKARZE PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ

W kwietniowym numerze BI zamieściliśmy informację, że w dniu 12 czerwca odbędzie się w siedzibie OIL szkolenie, prowadzone przez Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie nefrologii, dr med.. Grażynę Bogdanowicz, na temat tocznia trzewnego.

Ze względu na to, że ten termin był jedynym możliwym do ustalenia terminem, odpowiadającym wykładowcom, zaproszonym przez Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie pediatrii, tego dnia czyli **12 czerwca odbędzie się szkolenie na temat: „Prawidłowe zasady żywienia, zapobieganie otyłości i zaburzeniom metabolicznym”.**

**Szkolenie na temat tocznia trzewnego odbędzie się natomiast w dniu 25 września.** Chętnych do wzięcia udziału w tych szkoleniach prosimy o kontakt z biurem Izby – 77 454–59–39. Szkolenia rozpoczynać się będą o godzinie 10<sup>00</sup>.

## ZGONY OKOŁOPORODOWE ŻON KRÓLÓW POLSKI

W czasach „mrocznego średniowiecza” (za koniec tego okresu przyjmuje się rok 1492, tj. odkrycie Ameryki – formalnie wyspy Haiti – przez Krzysztofa Kolumba oraz wypędzenie przez królów hiszpańskich – Ferdynanda Aragońskiego i Izabelę Kastyljską – Maurów, tj. Arabów po 6 wiekach z Półwyspu Iberyjskiego do Północnej Afryki), Odrodzenia Europy, a nawet w czasach z Oświecenia, umieralność okołoporodowa kobiet była zatrważająco wysoka. Podczas porodów umierała bowiem co trzecia rodząca. Były to czasy przed wprowadzeniem zasad aseptyki i antyseptyki przez Listera i Semmelweissa.

Podczas porodów umierały również żony Królów Polskich. Ustalenie przyczyny tych zgonów okołoporodowych w świetle zapisów kronikarzy (m. in. Jana Długosza), „medyków” i innych świadków jest bardzo trudne i kontrowersyjne.

Wydaje się, że przyczynami zgonów podczas porodów Królowych Polskich były:

- nieprawidłowa budowa kręgosłupa i miednicy kostnej (może gruźlica),
- młody wiek Królowych,
- zakażenia okołoporodowe (dzisiejsza sepsa).

Natomiast w żadnych przekazach historiograficznych nie ma wzmianki, aby przyczyną ich zgonów podczas porodów były krwotoki okołoporodowe.

W niniejszej publikacji chciałbym przedstawić przyczyny zgonów okołoporodowych żon Królów Polski. Myślę, że moje rozważania zainteresują P.T. Czytelników, a zwłaszcza miłośników historii.

### I. Małgorzata – pierwsza żona króla Ludwika Węgierskiego (1326–1382)

Była córką cesarza Karola IV (słynny Most Karola w Pradze, uczestnik „Uczty u Wierzyńka” za czasów Króla Kazimierza Wielkiego). Zmarła w wieku 14 lat podczas porodu, ojciec dziecka – późniejszy król Polski i Węgier liczył wówczas 17 lat.

Drugą żoną króla Ludwika Węgierskiego była Elżbieta, córka króla Bośni Stefana (stąd Elżbieta Bośniaczka). Urodziła 3 córki: Katarzynę, Marię oraz Św. Jadwigę pierwszą żonę króla Władysława Jagiełły. W tym miejscu należy podkreślić, że w żyłach (tętnicach) Jadwigi płynęła krew Piastów, ponieważ jej babka (również Elżbieta) była Łokietkówną.

### II. Jadwiga Andegaweńska (1372–1399)

Pierwsza żona króla Władysława Jagiełły. W dniu 16 października 1384 r. została koronowana na Króla Pol-



Ryc. 1. Sarkofag Królowej Jadwigi w Katedrze Wawelskiej wykonany z białego marmuru, dzieło Profesora Antoniego Madeyskiego.

ski (nie Królową), zaś w dniu 18 lutego 1386 r. poślubiła Wielkiego Księcia Litewskiego o nazwisku Jagiella. Ojcem chrzestnym Jagielly był książę opolski Władysław Opolczyk, dlatego też Jagiella na chrzcie świętym otrzymał imię Władysław.

Po 12 latach małżeństwa Jadwiga (posądzana o niepłodność) ku wielkiej radości otoczenia zaszła w ciążę i ówczesny papież Bonifacy IX wyraził zgodę, aby być ojcem chrzestnym potomka nowej europejskiej dynastii Jagiellonów. Niestety Jadwiga urodziła przedwcześnie córeczkę, której w dniu 22 czerwca 1399 r. nadano imienia Elżbieta (na cześć matki) oraz Bonifacji (na cześć papieża). Elżbieta Bonifacja zmarła po 2 tygodniach, zaś załamana tym faktem Królowa Jadwiga (formalnie Król) zmarła 4 dni później w dniu 17 lipca 1399 r.

Nadal ciągle dyskutowana jest w historiografii przyczyna śmierci św. Jadwigi we wczesnym połogu. Wiadomo jest, że była bardzo wysoka (ponad 180 cm, co potwierdzały badania jej kości w XIX wieku, podczas gdy Władysław Jagiełło liczył tylko 168 cm).

Wg kronik Jana Długosza przyczyną śmierci Jadwigi była „zbyt wąska miednica”. Oczywiście te powtarzane w źródłach historycznych publikacje o przyczynach zgonu Św. Jadwigi po porodzie, współcześnie są nie do zaakceptowania. W rachubę mógłby wchodzić krwotok okołoporodowy, ale wówczas nastąpiłyby w trakcie porodu. W rachubę wchodzi raczej zakażenie popołożowe. Dowodem tego może być fakt, że komnaty Króla Jadwigi znajdowały się w tzw. „Kurzej Stopce” (do odwiedzenia przez P.T. Czytelników), skąd fekalia wyrzucano za zewnątrz z Wawelu.

### III. Barbara Zapolya – pierwsza żona Króla Zygmunta I Starego (1467–1549)

Była księżniczką Siedmiogrodu (obecnie Transylwania na terenie Rumunii), córką najpotężniejszego magnata węgierskiego Stefana. Ślub Barbary Zapolya z Królem Zygmuntem odbył się na Wawelu w dniu 8 lutego 1512 roku. Barbara liczyła wówczas 17 lat (zaś król Zygmunt 45 lat), była niepospolitej urody i uwielbiana przez męża. Urodziła mu dwie córki:

- Jadwigę (na cześć matki), która wyszła za mąż za Elektora Brandenburskiego,
- oraz w dniu 1 lipca 1515 r. Annę, która zmarła w 5 roku życia.

Wkrótce po porodzie Anny, Barbara Zapolya w wieku zaledwie 20 lat zmarła prawdopodobnie z powodu zakażenia połogowego (o czym świadczą zapiski sekretarza królowej – Krzyskiego), pozostawiając Króla Zygmunta w wielkim żalu i rozpacz.

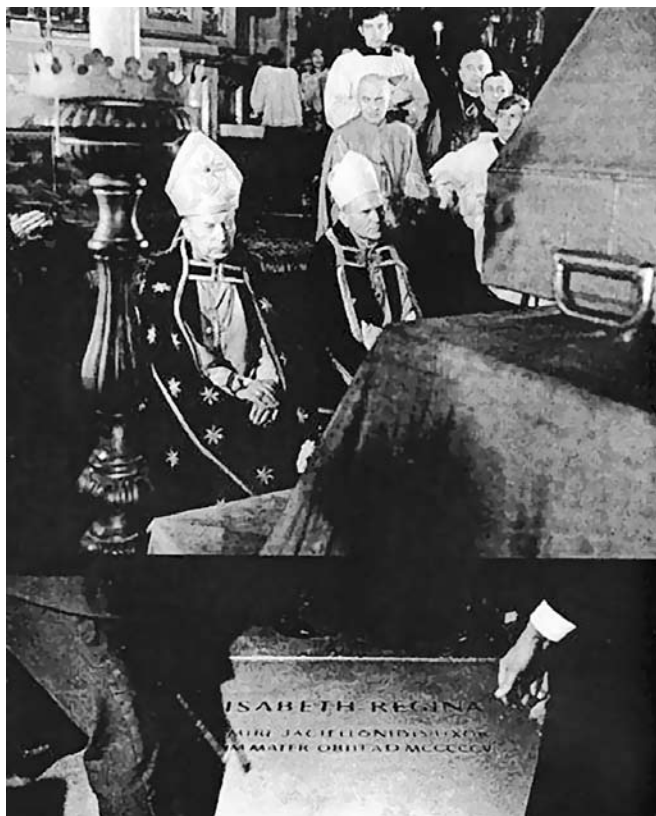
Druga żona Króla Zygmunta to Bona Sforza Aragońska, księżna Bari i Mediolanu, którą poślubił w dniu 18 kwietnia 1518 roku. Urodziła mu 4 córki:

- Izabelę,
- Zofię,
- Annę Jagiellonkę – żonę Króla Stefana Batorego,
- Katarzynę – żonę Króla Szwedzkiego Jana III Wazy,
- oraz jedynego syna Zygmunta Augusta (urodzonego w dniu 1 sierpnia /Augusta/1520 roku). Na swoim mężu Zygmuncie wymogła, aby syna Zygmunta Augusta w wieku 9 lat koronować na Króla Polski w dniu 20 lutego 1520 roku. Przez dalszych 18 lat miała więc Polska dwóch królów (ewenement w historii Europy) i dlatego też królowi ojcu nadano bardzo „brzydki” przydomek Starego.

### IV. Anna Austriaczka – pierwsza żona króla Zygmunta III Wazy (1566–1632)

Najstarsza córka z piętnaściora dzieci arcyksięcia austriackiego Karola Styryjskiego. Urodziła 5-cioro dzieci, z których trójka zmarła w okresie niemowlęcym (vide trumienki w kryptach królewskich na Wawelu) oraz pierwotnego syna – przyszłego Króla Polski Władysława IV.

Anna Austriaczka (jak zwykle Habsburżanki, vide żony Króla Zygmunta Augusta Elżbieta i Katarzyna cierpiące na padaczkę) była wątłej budowy, a do tego, jak opisują współcześni, garbata i kulawa. Przed ostatnim, piątym porodem wystąpiły u niej opisane przez sekretarzy królewskich olbrzymie obrzęki (objawy zatrucia ciążowego). W dniu 10 lutego 1598 roku, opiekujący się Anną Austriaczką, przybyły z Wenecji „medyk” Jan Chrzyciel Gemma wykonał „post mortem” (po śmierci) cięcie cesarskie wydobywając żywy płód płci męskiej, któremu nadano imię Krzysztof i który zmarł po 30 minutach (vide „Historia Położnictwa i Ginekologii



Ryc. 2. Fragment trumny Królowej Anny Austriaczki, pierwszej żony Króla Zygmunta III Wazy w Kryptach Wawelskich (zmarłej podczas porodu piątego dziecka)

w Polsce” profesora Edmunda Waszyńskiego – Wyd. Volumed Wrocław 2000).

Drugą żoną Zygmunta III Wazy była siostra Anny – Konstancja Austriaczka, z którą miał 7 dzieci (czwórka zmarła w okresie niemowlęcym), w tym pierworodnego syna Jana Kazimierza – kardynała Paryża, który po śmierci przyrodniego brata – Władysława IV powołany został na tron Polski. Po tragedii „Potopu szwedzkiego” Król Jan Kazimierz abdykował i powrócił do Paryża, gdzie pełnił wysokie godności kościelne. Zarówno Zygmunt III Waza, jego dwie żony Anna i Konstancja Austriaczka, jak również synowie – Władysław IV i Jan Kazimierz – pochowani są w podziemiach Katedry Wawelskiej.

Równocześnie w historii Polski były królowe, które wykazały się wielką płodnością. Tutaj należy przede wszystkim wymienić jedyną żonę króla Kazimierza Jagiellończyka – najmłodszego syna 75-letniego wówczas króla Władysława Jagiełły (1427–1492), Elżbietę Rakuszanek (Rakuzy to staropolska nazwa Austrii).

Mimo poważnych wad kręgosłupa (lordoza i skolioza, co wykazały badania anatomopatologiczne podczas powtórnego pogrzebu na Wawelu w roku 1973 z udziałem kardynałów Stefana Wyszyńskiego i Karola Wojtyły – prawdopodobnie skutkiem przebytej w dzieciństwie gruźlicy kości) urodziła 6 synów, w tym 4 królów:

- Władysława – króla Czech i Węgier,
- Jana Olbrachta – króla Polski,
- Aleksandra – króla Polski,



Ryc. 3. Powtórny pogrzeb Króla Kazimierza Jagiellończyka i jego żony Elżbiety Rakuszanek w roku 1973 w Katedrze na Wawelu z udziałem Kardynałów Stefana Wyszyńskiego i Karola Wojtyły.

- Zygmunta Starego – króla Polski,
- św. Kazimierza – patrona Litwy,
- Fryderyka – drugiego, po Zbigniewie Oleśnickim, kardynała polskiego,
- oraz 7 córek.

Największą płodnością w polskiej historiografii wykazała się Maria Józefina żona króla Augusta III Sasa (1696–1763) – córka cesarza niemieckiego Józefa I. Urodziła bowiem 14 dzieci, w tym 7 synów i 7 córek. (2 synowie i 4 córki zmarły w dzieciństwie). Wraz z ojcem i matką wszyscy pochowani są nie na Wawelu, lecz w Dreźnie (stolicy Saksonii).

Mimo wszystko największą płodnością w historii Europy wykazał się cesarz austriacki Ferdynand Habsburg. Oto jego kronikarski opis: „... wysunięta do przodu żuchwa, oklapnięta dolna warga, wylupiaсте oczy, wielki nos, wzrost 165 cm...”. Jego dewizą było „...niech inni wojny prowadzą, a ty Austrio żeń się...”. Dlatego też, cieszył się tylko z urodzeń córek.

Ten wg historiografów „potwór” (pochowany w kryptach Kościoła OO Kapucynów na wiedeńskim Ringu) spłodził 15 dzieci. Nic dziwnego, że jego żona – Anna Jagiellonka, córka Króla Czech i Węgier Władysława (najstarszego syna Króla Kazimierza Jagiellończyka), zmarła tuż po porodzie ostatniego, 15-tego dziecka w wieku zaledwie 44 lat.

Cesarz Ferdynand Habsburg polskiemu Królowi Zygmuntowi Augustowi podsunął za żony dwie swoje córki Elżbietę i Katarzynę cierpiące na padaczkę (co starannie zataił, vide serial „Królowa Bona” w reżyserii Anderskiej), co spowodowało m. in., że po 2 wiekach upadła świetnie zapowiadająca się w Europie dynastia Jagiellonów.

Elżbieta Habsburżanka pochowana została w Katedrze Wileńskiej obok przyszłej żony Zygmunta Augusta – Barbary Radziwiłłówny, zaś Katarzyna Habsburżanka po wygnaniu z Wawelu spoczęła w Klasztorze w Linzu (Austria).

*Dr hab. n. med. Janusz KUBICKI  
Prorektor PMWSZ w Opolu*

## PROCEDURY SANITARNE

### **Wymagania sanitarno-higieniczne dla zakładów opieki zdrowotnej oraz gabinetów indywidualnych i grupowych praktyk lekarskich w aspekcie kontroli prowadzonych przez Państwową Inspekcję Sanitarną**

Pierwsze akty prawne określające wymagania sanitarno i techniczne dla zakładów opieki zdrowotnej obowiązują od 1992 r., natomiast dla indywidualnych praktyk lekarskich od 2000 r. W ostatnich kilkunastu latach w polskim ustawodawstwie pojawiło się wiele nowych regulacji prawnych dotyczących wymagań sanitarno-higienicznych. Niektóre ustawy i rozporządzenia, np. ustawa o chorobach zakaźnych czy rozporządzenie w sprawie wymagań, jakim powinien odpowiadać zakład opieki zdrowotnej, zmieniały się kilkakrotnie. Wprowadzenie innych przepisów, m.in. ustawy o wyrobach medycznych, wynikało z konieczności dostosowania naszego ustawodawstwa do przepisów Unii Europejskiej. Artykuł mniejszy ma na celu przybliżenie tematu. Stanowić ma również pomoc w poruszaniu się w obowiązujących regulacjach prawnych i określenie, na ile wymagania stawiane personelowi medycznemu w trakcie kontroli sanitarno-higienicznych prowadzonych przez inspekcję sanitarną, wynikają z konkretnych przepisów.

Podstawę prawną określającą kompetencje i zakres działania Państwowej Inspekcji Sanitarnej (PIS) stanowi ustawa z 14 marca 1985 r. (tekst jednolity Dz. U. z 2006 r. Nr 122, poz. 851). Państwowa Inspekcja Sanitarna jest powołana do realizacji zadań, wśród których znajduje się sprawowanie nadzoru nad warunkami higieniczno-sanitarnymi, jakie powinien spełniać personel medyczny, sprzęt oraz pomieszczenia, w których udzielane są świadczenia zdrowotne. Wykonywanie zadań PIS polega na sprawowaniu zapobiegawczego i bieżącego nadzoru sanitarnego oraz prowadzeniu działalności zapobiegawczej i przeciwepidemicznej, między innymi w zakresie chorób zakaźnych. Bieżący nadzór sanitarny realizowany jest poprzez kontrole przestrzegania przepisów, określających wymagania higieniczne i zdrowotne.

Kolejnym aktem prawnym, istotnym z punktu widzenia kontroli prowadzonych w placówkach medycznych, jest ustawa o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi z 5 grudnia 2008 r. (Dz. U. z 2008 r. Nr 234, poz. 1570), na której podstawie kierownicy zakładów opieki zdrowotnej oraz inne osoby udzielające świadczeń zdrowotnych, obowiązani są

do podejmowania działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych, w szczególności:

- opracowania, wdrożenia i nadzoru nad procedurami zapobiegającymi zakażeniom i chorobom zakaźnym związanym z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, w tym dekontaminacji: skóry i błon śluzowych lub innych tkanek, wyrobów medycznych oraz powierzchni pomieszczeń i urządzeń;
- stosowania środków ochrony indywidualnej i zbiorowej w celu zapobieżenia przeniesieniu na inne osoby biologicznych czynników chorobotwórczych;
- prowadzenia kontroli wewnętrznej w zakresie realizacji działań, o których mowa powyżej.

Organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej z mocy ustawy powołane są do kontroli realizacji powyższych działań. Podstawę kontroli stanowi dokumentacja znajdująca się w kontrolowanym zakładzie.

Wymóg opracowania i wdrożenia w placówce procedur sanitarnych oraz wyposażenia w środki ochrony osobistej jest w praktyce egzekwowany podczas kontroli zewnętrznych prowadzonych przez różne instytucje, w tym PIS, zarówno w dużych zakładach opieki zdrowotnej, jak i małych gabinetach lekarskich. Procedury zapobiegające zakażeniom niezbędne są również w procesach akredytacyjnych czy certyfikujących placówki medyczne.

Każda placówka medyczna, rozpoczynając działalność, musi spełniać wymagania obowiązujących przepisów. Wymagania dla publicznych i niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej lecznictwa stacjonarnego (szpitale, oddziały dziennego pobytu, zakłady opiekuńcze) oraz otwartego (przychodnie, poradnie) określono w rozporządzeniu ministra zdrowia z 10 listopada 2006 r. (Dz. U. z 2006 r. Nr 213, poz. 1568) w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej, Rozporządzenie w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej, obowiązuje wszystkie zakłady, które rozpoczęły działalność po wejściu w życie zapisów rozporządzenia. W przypadku zakładów już działających określono termin (31.12.2012 r.) ich dostosowania do niektórych zapisów. Należy przez to rozumieć, iż do tego czasu niektóre z zapisów nie będą egzekwowane w stosunku do zakładów opieki zdrowotnej istniejących przed wejściem w życie rozporządzenia. Placówki nie spełniające wymagań powinny opracować i przedłożyć do akceptacji właściwemu terenowo powiatowemu inspektorowi sanitarnemu program dostosowawczy. Wymagania dla indywidualnych praktyk lekarskich regu-

luje rozporządzenie ministra zdrowia z 9 marca 2000 r. (Dz.U. z 2000 r. Nr 20, poz. 254) w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia, urządzenia i sprzęt medyczny służące do wykonywania indywidualnej praktyki lekarskiej, indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej i grupowej praktyki lekarskiej.

Obowiązujące w Polsce przepisy dotyczące wymagań sanitarnych i technicznych są zróżnicowane w zależności od formy organizacyjno-prawnej, w jakiej funkcjonuje placówka/zakład. Należy podkreślić, iż wymagania dla zakładów opieki zdrowotnej są zdecydowanie bardziej restrykcyjne, niż wymagania stawiane indywidualnym praktykom lekarskim.

W opinii ekspertów, obecne regulacje prawne wymagają ujednolicenia, poprzez zrównanie wymagań dla placówek udzielających tych samych świadczeń medycznych. Utrzymywanie tak poważnych różnic w zakresie wymagań sanitarnych dotyczących wymagań lokalowych, wyposażenia w sprzęt i aparaturę w zależności od formy organizacyjno-prawnej placówki, a nie zakresu świadczonych usług, powoduje niepotrzebny chaos prawny. W szczególnie trudnej sytuacji znajdują się powstające małe zakłady opieki zdrowotnej, szczególnie NZOZ stomatologiczne, które nie są w stanie sprostać wymaganiom niektórych zapisów.

## **Kontrola Państwowej Inspekcji Sanitarnej w placówkach opieki zdrowotnej**

### **1) Zawiadomienie o zamiarze wszczęcia kontroli**

W związku z wejściem w życie 7 marca 2009 r. zmiany ustawy o swobodzie działalności gospodarczej, zmienione zostały zasady zawiadamiania o zamiarze wszczęcia kontroli sanitarnej w stosunku do podmiotów prowadzących działalność gospodarczą. Przedsiębiorcą prowadzącym działalność gospodarczą, w rozumieniu ustawy o swobodzie działalności gospodarczej, jest niepubliczny zakład opieki zdrowotnej, indywidualna i grupowa praktyka lekarska i pielęgniarska. W praktyce oznacza to, iż organ kontrolny zobowiązany jest do zawiadomienia o planowanej kontroli oraz przeprowadzenia kontroli w określonym terminie, tj. nie wcześniej niż 7 i nie później niż 30 dni od dnia doręczenia zawiadomienia.

### **2) Kontrola sanitarna**

Osoba prowadząca kontrolę, przed przystąpieniem do czynności kontrolnych, powinna zgłosić swoją obecność właścicielowi zakładu lub jego pracownikowi, który jest obecny w gabinecie/zakładzie.

Kontrolę przeprowadza się w czasie pracy kontrolowanego obiektu i podczas wykonywania podstawowej

działalności. Czynności kontrolne powinny być przeprowadzone sprawnie, z zachowaniem zasady minimalnego zakłócania pracy kontrolowanej placówki.

Kontrolujący zobowiązany jest do okazania legitymacji służbowej i upoważnienia do podjęcia czynności kontrolnych, podpisanego przez właściwego PPIS/PWIS (upoważnienie zawiera imię i nazwisko osoby kontrolującej z numerem legitymacji służbowej oraz dane placówki kontrolowanej, określa cel kontroli i jej zakres).

Kontrola może być przeprowadzona w zakresie, który został określony w zawiadomieniu i upoważnieniu do wykonania czynności kontrolnych.

Kontroli organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej podlega realizacja działań, o których mowa w zapisach ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, w tym prawidłowe prowadzenie dokumentacji. Podczas kontroli egzekwowane są zapisy przepisów, na podstawie których wydane zostało postanowienie PIS stwierdzające spełnienie wymagań fachowych i sanitarnych. W przypadku publicznych i niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej jest to więc rozporządzenie odnoszące się do tego rodzaju placówek, natomiast w przypadku gabinetów indywidualnej praktyki lekarskiej drugie z wymienionych powyżej rozporządzeń.

Należy podkreślić, że zapisy ustawy o PIS zapewniają upoważnionym przedstawicielom inspekcji wstęp o każdej porze do zakładów pracy, obiektów użyteczności publicznej, możliwości żądania pisemnych lub ustnych informacji oraz wzywania osób, żądania udostępniania dokumentów i wszelkich danych, a także pobierania próbek do badań laboratoryjnych. Do obowiązków kontrolowanego należy udostępnienie wszystkich pomieszczeń służących do udzielania świadczeń zdrowotnych i pomieszczeń pomocniczych.

W trakcie kontroli sanitarnej kontrolujący ma prawo żądać do wglądu dokumenty potwierdzające prawidłowe funkcjonowanie placówki, a wśród nich:

- książkę kontroli sanitarnej, która powinna być zarejestrowana w momencie rozpoczęcia działalności we właściwej terenowo stacji sanitarno-epidemiologicznej (wzór książki kontroli sanitarnej określa rozporządzenie ministra zdrowia z 4 listopada 1985 r. w sprawie książki kontroli sanitarnej Dz.U. z 1985 r. Nr 56, poz. 289);
- wpis do rejestru organu rejestrującego (właściwy organ, np. wojewoda, izba lekarska itp.);
- postanowienie właściwego terenowo PPIS stwierdzającego spełnienie wymagań fachowych i sanitarnych (wydawane na podstawie projektu technicznego oraz kontroli przeprowadzonej w gabinecie stwierdzającej zgodność z zaopiniowanym projektem i obowiązującymi przepisami);
- program dostosowawczy (dotyczy publicznych i niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej);

- książeczki personelu do celów sanitarno-epidemiologicznych, zawierające aktualny wpis/orzeczenie lekarskie (rozporządzenie z 10 lipca 2006 r. w sprawie wykazu prac, przy wykonywaniu których istnieje możliwość przeniesienia zakażenia na inne osoby);
- aktualne umowy:
- na świadczenie usług w zakresie sterylizacji,
- na odbiór i utylizację odpadów medycznych,
- na pranie bielizny medycznej,
- na odbiór odpadów komunalnych,
- na sprzątanie pomieszczeń (jeśli usługę wykonuje firma zewnętrzna);

Uwaga! Kontrolujący ma prawo żądać przedłożenia do wglądu faktur potwierdzających wykonanie usług określonych w wyżej wymienionych umowach.

- ewidencję zgłoszeń chorób zakaźnych podlegających obowiązkowemu zgłaszaniu (ustawa o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi z 5 grudnia 2008 r. Dz.U. 2008 r. Nr 234, poz. 1570).
- procedury i instrukcje obowiązujące w placówce (w formie pisemnej) – przedmiotem kontroli może być sposób realizacji wyżej wymienionych procedur;
- rejestry procesów sterylizacji/dezynfekcji.

Należy podkreślić, że zmiany legislacyjne, jakie wprowadzono w ostatnich latach (ustawa o chorobach zakaźnych i zakażeniach z 2001 r. oraz nowa ustawa o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi z 2008 r.), rozszerzają odpowiedzialność kierowników zakładów opieki zdrowotnej i osób udzielających świadczeń zdrowotnych, kładąc coraz większy nacisk na zapobieganie zakażeniom, przy jednoczesnym wymogu udokumentowania tych działań. Analiza dokumentacji oraz stosowanych procedur dezynfekcyjnych, sterylizacyjnych, higienicznych, postępowania z odpadami, bielizną zabiegową stanowią podstawę oceny danej placówki.

### 3) Dokumentacja z kontroli oraz działania pokontrolne PIS

Od 2004 r. główny inspektor sanitarny, nadzorujący realizację ustawy o PIS, wprowadził jednolite procedury określające sposób prowadzenia kontroli. W praktyce oznacza to, iż w całym kraju obowiązują jednolite dokumenty:

- protokoły kontroli,
- załączniki (formularze oceniające obiekt i opisujące bardzo szczegółowo wyniki kontroli).

W protokole z kontroli wymienione zostają nieprawidłowości. Doraźne zalecenia wynikające z kontroli podlegają wpisowi do książki kontroli sanitarnej,

którą zobowiązany jest mieć każdy podlegający nadzorowi zakład/placówka.

W wypadku stwierdzenia w kontrolowanej placówce naruszenia wymagań higienicznych i zdrowotnych państwowy inspektor sanitarny nakazuje w drodze decyzji (KPA) usunięcie w ustalonym terminie stwierdzonych nieprawidłowości. Jeżeli naruszenie wymagań spowodowało bezpośrednie zagrożenie życia lub zdrowia ludzi, inspektor ma prawo nakazać unieruchomienie lub zamknięcie zakładu/obiektu.

W ostatnich kilku latach obserwuje się wzrost wiedzy legislacyjnej oraz chęć jej pogłębiania u osób zajmujących się zawodowo świadczeniem usług medycznych. Wzrasta również świadomość pacjentów znających coraz lepiej swoje prawa i dochodzących ich niejednokrotnie na drodze sądowej. Fachowe udzielanie świadczeń, nie stwarzające zagrożeń zakażeń dla leczonych, powinno być priorytetem dla każdego zakładu opieki zdrowotnej, poradni i gabinetu. Potwierdzeniem prawidłowego postępowania jest zawsze pełna dokumentacja, szczególnie jeżeli jej prowadzenie wynika z konkretnych przepisów.

Mgr Agnieszka LULECZKA

(przedruk z Biuletynu Wielkopolskiej Izby Lekarskiej 11/09)

## WYSTAWIANIE ZWOLNIEŃ LEKARSKICH SAMEMU SOBIE W OPINII ZAKŁADU UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH

Odpowiadając na pismo Pana Dyrektora z dnia 2 października br., znak: L. dz. WIL-1130/09, w sprawie „wykładni i podstawy prawnej rozstrzygającej problem (...) wystawiania sobie przez lekarzy zwolnień na drukach ZUS ZLA” Departament Orzecznictwa Lekarskiego uprzejmie przekazuje następujące wyjaśnienia.

Zasady wystawiania zaświadczeń lekarskich oraz orzekania o czasowej niezdolności do pracy zostały określone w ustawie z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa oraz w aktach wykonawczych do tej ustawy:

- rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z dnia 27 lipca 1999 r. w sprawie szczegółowych zasad i trybu wystawiania zaświadczeń lekarskich, wzoru zaświadczenia lekarskiego i zaświadczenia lekarskiego wydawanego w wyniku kontroli lekarza orzecznika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych,
- rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 lipca 2005 r. w sprawie orzekania o czasowej niezdolności do pracy.

Uprzejmie informuję, że nie możemy spełnić prośby Pana Dyrektora w zakresie dokonania wykładni wska-

zanych wyżej przepisów, bowiem Zakład Ubezpieczeń Społecznych jest wykonawcą obowiązującego prawa, a nie podmiotem powołanym do jego wykładni.

Przekazując powyższe jednocześnie uprzejmie informuję, że w odniesieniu do przedstawionego problemu Departament prezentuje następującą opinię. Przepisy zawarte w wyżej wymienionych aktach prawnych nie stanowią wyraźnie, iż lekarz nie może wystawić sobie zaświadczenia o czasowej niezdolności do pracy.

Zdaniem departamentu nie można jednak przyjąć, że skoro ustawodawca nie zakazał wprost wystawiania zaświadczeń lekarskich o czasowej niezdolności do pracy przez lekarza dla siebie, to jest to dozwolone. Pośrednio bowiem przepisy powołanego rozporządzenia z dnia 27 lipca 1999 r. wskazują, że powinien to być inny lekarz. Zgodnie z § 1 tego rozporządzenia – zaświadczenie lekarskie o czasowej niezdolności do pracy z powodu choroby wystawia się wyłącznie po przeprowadzeniu bezpośredniego badania stanu zdrowia ubezpieczonego. Z treści tego przepisu wynika więc, że orzekanie o czasowej niezdolności do pracy z powodu choroby może odnosić się wyłącznie do osób drugih.

W opinii Departamentu przeciwko możliwości wystawienia przez lekarza zaświadczenia o czasowej niezdolności do pracy z powodu choroby samemu sobie przemawia fakt, iż poza aspektem medycznym (tj. stwierdzeniem, że ze względu na stan zdrowia należy

powstrzymać się od wykonywania pracy) zaświadczenie to wywołuje także skutki finansowe wobec innych podmiotów. Konsekwencją wystawienia zaświadczenia o czasowej niezdolności do pracy jest zobowiązanie do wypłaty określonego świadczenia (wynagrodzenie za czas niezdolności do pracy wskutek choroby lub zasiłku chorobowego). Gdyby więc przyjąć, że lekarz sam może orzekać o swej czasowej niezdolności do pracy, rozstrzygałby jednocześnie o zobowiązaniach finansowych innych podmiotów wobec niego.

Podkreślenia wymaga również, że w tych przypadkach, gdy ustawodawca dopuszcza możliwość korzystania przez lekarza ze swojej wiedzy fachowej i związanych z tym uprawnień na własny użytek, co jednocześnie może wywołać skutki finansowe dla innych podmiotów, wyraźnie określa to w przepisach (np. w § 3 ust. 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 17 maja 2007 r. w sprawie recept lekarskich, przewiduje możliwość wystawienia przez lekarza recepty dla siebie).

Z poważaniem

Wicedyrektor Departamentu Orzecznictwa Lekarskiego

*Barbara STAWIŃSKA*  
*Warszawa, 4 listopada 2009 r.*

(przedruk z biuletynu „Skalpel” 1/10)

## CO PISZĄ INNI

### BIEDA NA PRZEDNÓWKU

Początek roku dla służby zdrowia w Polsce oznacza właściwie jedno – walkę o podpisanie kontraktów. Szczególne emocje towarzyszą kontraktowaniu usług leczenia szpitalnego. Co roku powtarza się taka sytuacja, że kwoty proponowane przez NFZ są oceniane przez dyrekcję szpitali jako zbyt niskie w stosunku do potrzeb. Taki poziom finansowania, jak zgodnie twierdzą dyrektorzy szpitali, nieuchronnie skazuje zarządzane przez nich placówki na zadłużenie bądź ograniczenie ilości świadczeń medycznych.

W roku 2010 sytuacja jest o tyle gorsza, że w budżecie NFZ dały się odczuć skutki spowolnienia gospodarczego poprzez spadek wpływów składkowych. Dodatkowo, pod koniec ubiegłego roku podjęto decyzję o zmianie algorytmu podziału środków pomiędzy województwa. Poprzedni algorytm, bazujący na poziomie płac w województwach, dyskryminował mieszkańców biedniejszych regionów Polski. Nowy algorytm powinien tę sytuację zmienić na lepsze, jednak paradoksalnie

ogromne problemy z podpisaniem kontraktów wystąpiły w województwach podlaskim i podkarpackim. O ile na Podlasiu pod koniec stycznia udało się zakontraktować usługi, o tyle Podkarpacie może się na razie cieszyć jedynie tymczasowym porozumieniem oraz obietnicą dodatkowych środków ze strony rządu. Ma to być kwota rzędu 40–50 mln złotych – znacznie mniej od szacowanych potrzeb – ale kwota znacząca.

W województwie podkarpackim przeciw zbyt niskim kontraktom protestowali solidarnie dyrektorzy szpitali i władze powiatowe. Jest to znakomity przykład współdziałania osób odpowiedzialnych za zapewnienie mieszkańcom opieki medycznej, ale także za sytuację finansową szpitali. Dyrektorzy szpitali, którym zaproponowano zaniżone kontrakty, stanęli przed ogromnym dylematem – podpisać, czy nie podpisać. Szpital nie może funkcjonować bez kontraktu z NFZ, z drugiej strony podpisanie zaniżonego kontraktu może oznaczać zadłużenie placówki i w pewnej perspektywie zagrożenie likwidacją placówki. Wątpliwe jest, aby w najbliższych latach rząd decydował się na kolejną akcję oddłużania służby zdro-

wia. Mając poparcie lokalnych władz, dyrektorzy szpitali mogą skuteczniej negocjować lepsze warunki.

Na problem kontraktów można spojrzeć z innej strony. Faktem jest, że od 2002 roku przychody składkowe NFZ rosły nieprzerwanie. W roku 2009 NFZ dysponował kwotą blisko dwukrotnie wyższą niż w roku 2002. Co roku budżet NFZ rósł o kilka miliardów złotych. Nawet jeśli uwzględnić inflację, budżet NFZ z roku 2009 był realnie o kilkanaście miliardów złotych wyższy niż w roku 2002. Nakłady na służbę zdrowia rosły znacznie szybciej niż PKB. Niestety, pomimo tak dużego wzrostu nakładów, nie poprawiła się ani dostępność świadczeń dla pacjentów, ani też ocena jakości usług. Szpitale są ciągle niedoinwestowane, często zadłużone, czas oczekiwania na zabiegi nie ulega skróceniu. Co więcej, Polacy są zmuszeni przeznaczać coraz większe kwoty na finansowanie prywatnych usług medycznych.

Gdzie więc leży prawda o sytuacji finansowej w polskiej służbie zdrowia? Prawdopodobnie po środku. Zwiększenie wpływów do NFZ dotychczas było głównie efektem wzrostu gospodarczego, ale także zwiększania wymiaru składki. Rząd nie chce obecnie podnosić wymiaru składki na ubezpieczenie zdrowotne, ponieważ nie byłoby to dobrze odebrane przez społeczeństwo. Składka zdrowotna w Polsce ma charakter opłaty paropodatkowej. Jednocześnie od wielu lat brakuje odważnych decyzji dotyczących osób ubezpieczonych w KRUS. Składka na ubezpieczenie zdrowotne tych osób, naliczana od ceny kwintala żyta, jest skandalicznie niska. Z drugiej strony koszty funkcjonowania służby zdrowia rosną niezwykle dynamicznie. Można śmiało założyć, że w wielu placówkach służby zdrowia istnieje jeszcze pole do oszczędności, a wzrost kosztów nie musi być tak szybki.

Powtarzające się co roku problemy z kontraktowaniem usług medycznych oraz z finansowaniem tzw. nadwykonań, jednoznacznie wskazują na potrzebę głębokich zmian w służbie zdrowia. Muszą to być zmiany o charakterze systemowym, dotyczącym zarówno sfery zasad finansowania świadczeń, jak i sfery funkcjonowania placówek.

W sferze finansowania nie da się uciec od idei współpłacenia pacjentów za usługi medyczne. Ze względów politycznych kolejne ekipy rządowe unikają tego tematu. Jest to swoista hipokryzja, ponieważ współpłacenie w publicznej służbie zdrowia jest faktem. Składka na ubezpieczenie zdrowotne wynosi 9%, a tylko 7,75% jest odliczane od podatku. Pozostałe 2,25% to de facto współpłacenie ubezpieczonych. Niemniej jednak, ponieważ składka jest dystrybuowana przez ZUS (KRUS) do NFZ, a dopiero stamtąd do placówek służby zdrowia, finansowanie usług staje się bezosobowe. Gdyby wprowadzić, podobnie jak to ma miejsce na Słowacji, choćby drobne opłaty za usługi medyczne, do systemu wpłynęłyby dodatkowe środki, a pacjent nie miałby poczucia, że służba zdrowia jest „za darmo”. Innym sposo-

bem na poprawę sytuacji finansowej publicznych placówek służby zdrowia jest zaoferowanie pacjentom, obok usług refundowanych, także usług odpłatnych. W wielu placówkach wzrosłaby efektywność użytkowanego majątku, a uzyskane wpływy pomogłyby finansować bieżące koszty oraz niezbędne inwestycje.

Wspomniane powyżej propozycje nie są niczym nowym. Przewijają się w dyskusji o stanie polskiej służby zdrowia od wielu lat. Niestety zazwyczaj brakuje woli politycznej oraz konsensusu zainteresowanych stron, aby zmiany wprowadzać. Ponadto każda kolejna ekipa rządowa ma swoją koncepcję reform, których w większości i tak nie realizuje. Służba zdrowia potrzebuje długofalowej strategii, która byłaby zaakceptowana przez wszystkie liczące się siły polityczne i realizowana niezależnie od zmieniającego się układu sił w parlamencie. Byłoby pięknie, ale w polskich warunkach to raczej utopia. Najgorsze jest to, że na bierności rządzących tracą pacjenci, w szczególności ci, których nie stać na usługi placówek prywatnych.

W najbliższych latach prawdopodobnie nie uda się uniknąć dalszego zwiększania środków przeznaczanych na służbę zdrowia, w celu zapewnienia odpowiedniego standardu usług. Niezbędne jest jednocześnie kontynuowanie reform systemu po to, aby dodatkowe pieniądze przyczyniły się do wzrostu dostępności świadczeń i ich jakości. Bez odpowiednich reform, żadne pieniądze nie zapewnią znaczącej poprawy sytuacji. Jeśli system służby zdrowia zostanie pozostawiony sam sobie, będzie ewoluował w bardzo niebezpiecznym kierunku. Z jednej strony możemy oczekiwać rosnącej sfery usług prywatnych na odpowiednim poziomie, ale dostępnych wyłącznie dla zamożniejszych Polaków oraz podupadającej z czasem sfery publicznej. Takie zmiany nie wyjdą na zdrowie ani pacjentom, ani pracownikom służby zdrowia.

*Andrzej SAWICKI*

*Ekonomista – Stowarzyszenie Promocji Przedsiębiorczości*

(przedruk z biuletynu Okręgowej Izby Lekarskiej w Rzeszowie nr 1/10)

## LECZYMY „ZASOBY LUDZKIE”?

Do napisania tych przemyśleń skłonił mnie list Episkopatu Polski odczytany w Uroczystość Świętej Rodziny. Biskupi polscy przypominają w nim o godności człowieka w odniesieniu do Chrystusa, który narodził się dla nas w Betlejem i dla nas też umarł na krzyżu. Dla ludzi wierzących ten fakt ma nie tylko wymiar historyczny, ale także jest głęboką motywacją do refleksji nad własnym człowieczeństwem i relacjami z drugim człowiekiem.

W naszym zawodzie spotykamy się z pacjentem, który oczekuje od nas, nie tylko fachowej pomocy, ale także współczucia. Do lekarza nie przychodzi „jednostka chorobowa” lub „przypadek”, chociaż czasem w medycznym żargonie używamy takich określeń. Dobrze, jeżeli zdajemy sobie sprawę, iż jest to techniczny skrót myślowy, za którym kryje się konkretny człowiek ze swoim nieszczęściem. Gorzej, gdy osoba ludzka staje się czymś bezosobowym, „numerem statystycznym”, „zasobem ludzkim”, „przypadkiem” lub czymś podobnym. Właściwe relacje międzyludzkie to pochodna osobistej kultury, a także systemu wartości, które prezentuje dana osoba. Różnych mamy pacjentów. Nie zawsze są to osoby o wysokiej kulturze oraz pociągającej powierzchowności. Jak uczy doświadczenie, często spotykamy się z chamsstwem, brudem fizycznym i moralnym. Trudno zapanować nad emocjami, szczególnie gdy się jest zmęczonym. Z tej przyczyny wymagane są szczególne predyspozycje fizyczne, psychiczne i moralne osób uprawiających nasz zawód. Te relacje nie dotyczą wyłącznie chorych, ale również odpowiedniego stosunku do kolegi lekarza oraz innych pracowników służby zdrowia. Każdy na swoim odcinku tworzy ważny element tego systemu. Na nic zdadzą się najbardziej szczegółowe kodeksy zawodowe, gdy wyznawany system wartości nijak się ma do zawartych tam postanowień.

Wszystko zaczyna się od momentu, gdy zostaje podjęta decyzja o wyborze zawodu. Mamy takie profesje, które obok szczególnych predyspozycji fizycznych i intelektualnych, wymagają głębokiej wrażliwości na drugiego człowieka. Mówimy wówczas o powołaniu. Odpowiedni tryb pracy z kandydatami na uczelniach medycznych, stworzenie systemu ich weryfikacji, który uwzględniłby także postawę etyczną, wydaje się być bardzo ważny. Nie wystarczą wyłącznie testy oraz oceny. One ukazują jedynie część predyspozycji kandydata.

Kiedyś mówiono, że medycyna jest swoiście pojętą „sztuką”. Do dzisiaj funkcjonują określenia: „zasady sztuki medycznej”, „błąd w sztuce” itp. Jestem już wiele lat lekarzem i od czasów studenckich pamiętam mistrzów, którzy mnie uczyli. Byłem świadkiem ogromnego postępu, jaki dokonał się z diagnostyce i leczeniu wielu chorób, uchodzących wówczas za śmiertelne. Pamiętam swoje pierwsze kroki, kiedy starałem się najlepiej pojąć wiedzę i umiejętności od moich nauczycieli, a byli wśród nich wspaniali lekarze i humaniści. Nie wszyscy byli chrześcijanami, ale podziwiałem ich za postawę moralną i stosunek do chorych. Pamiętam także moją bezsilność i porażki w zmaganiu się o zdrowie i życie pacjentów. Teraz, kiedy z perspektywy lat obserwuję zmiany i pojawiające się możliwości, obok podziwu rodzą się dość gorzkie refleksje. Nabór na studia medyczne jest zupełnie przypadkowy, co skutkuje tym, że uczelnię kończą osoby, które zupełnie nie nadają się do pracy z ludźmi chorymi.

Cały system coraz bardziej odczłowieczony, zaczyna mieć wymiar czysto ekonomiczny i bezosobowy. Nasze nieszczęścia muszą zmieścić się w ustalonych „limitach”, zasobach ekonomicznych Narodowego Funduszu Zdrowia i „przepustowości” coraz bardziej zbiurokratyzowanego systemu. Rośnie w zastraszającym tempie liczba dokumentów i formularzy, które towarzyszą pacjentowi do tego stopnia, że brakuje czasu, żeby się nim zająć; a tak naprawdę, to najlepiej pracowałoby się, gdyby owi pacjenci swoją obecnością nie „przeszkadzali w pracy”. W gąszczu praw ekonomii, człowiek coraz trudniej znajduje miejsce na miłosierdzie. Każdy, kto zwraca się o pomoc, staje się elementem obciążającym system ekonomiczny, a ten kto mu jej udzieli, kierując się racjami zwykłej ludzkiej wrażliwości, może doświadczyć bolesnych retorsji finansowych. Pamięamy wypadek, jaki spotkał jednego z kierowników kliniki, którego potrzebujący chorzy „nie zmieścili się w limicie”, a on zapłacił za to obcięciem pensji. Idąc dalej tą myślą: „zagrożeniem” stabilności ekonomicznej stają się ciężko chorzy, „zbyt długo” umierający, poczęte dzieci, a szczególnie te, u których istnieje potencjalny defekt wrodzony.

Niestety, oznaki bezosobowego traktowania człowieka, a także stosowanie wyłącznie utylitarnej miary jego wartości dotyka służbę zdrowia. Starsi lekarze i pielęgniarki jeszcze pamiętają czasy, kiedy obowiązywała zasada „salus aegroti suprema lex”, czyli „zdrowie chorego najwyższym prawem”. Dzisiaj brzmi to jak gorzka ironia, gdyż prawo zdehumanizowanej ekonomii sparaliżowało poczucie miłosierdzia. Dlatego tak trudną sytuację mają młodzi lekarze, bo często brak im pozytywnych wzorców. Jakże trudno przebić się w naszym systemie z wolontariatem w służbie zdrowia, a przecież jest on najlepszym sprawdzianem i szkołą dla rozwijania medycznego powołania.

Nie miejmy złudzeń, że nas owa „choroba” nie dotyka. „Pracują” nad nami menadżerowie, ekonomiści i cała grupa specjalnie szkolonych „specjalistów” od zarządzania „zasobami ludzkimi”, która ma na celu wyłącznie wynik ekonomiczny. Naszym zadaniem będzie jedynie szybka zamiana „systemu wartości”, na „wartość ekonomiczną” (nie oglądając się na sumienie – bo przecież nikt go nie widział). Bez twardego trzymania się zasad moralnych, które najdokładniej opisane są w Dekalogu, bardzo szybko może okazać się, że żyjemy w wirtualnym świecie, w którym nie ma miejsca dla człowieka.

Jest jeszcze jedna ważna sprawa, na którą warto zwrócić uwagę. Jest nią słownictwo i definicje, które w niewielkim stopniu „poprawione” stają się przepustką do całkiem poważnych zmian. Takie zabiegi słowne powszechnie stosowane są w wojsku. Aby nie budzić oporów moralnych u żołnierzy mówi się o: „nieprzyjacielu”, „niszczeniu siły żywej”, „eliminacji” itp., unikając określenia, że mamy do czynienia z ludźmi. Podobne zwyczaje zaczynają przenikać również do medycyny. Przykła-

dem może być pojęcie zdrowia, które ma wiele różnych odmian. Ale o tym – innym razem...

Jerzy KĄKOL

*Jerzy Kąkol – dr nauk medycznych (37 lat pracy), specjalista hematolog, specjalista chorób wewnętrznych, zastępca rzecznika odpowiedzialności zawodowej ubiegłej i obecnej kadencji, prezes Oddziału Kujawsko-Pomorskiego Katolickiego Stowarzyszenia Lekarzy Polskich, pierwszy senior i członek zarządu Domu Bydgoskiego Archikonfraterni Literackiej pw. Niepokalanego Poczęcia N. Maryi Panny.*

(przedruk z biuletynu „Primum non Nocere” 2/10)

## NIEWIDOCZNE CHWASTY MEDYCyny

Miałem siedem lat, gdy już marzyłem, by zostać lekarzem, i to koniecznie okrętowym. Kilka lat później bohaterami moich ulubionych książek stali się lekarze, bez reszty oddani innym. Historia staro-egipskiego medyka – „*El hakim*”, „*Łowcy mikrobów*” czy „*Księga z San Michele*” upewniły mnie, że najpiękniejszą sztuką, zawodem i powołaniem jest praca lekarza. Jeszcze później moimi ideałami stawali się tacy lekarze, jak Wojciech Oczko, Józef Struś, Avicenna, Paracelsus, Tytus Chałubiński, Ludwik Pasteur, Rudolf Virchow, Ludwik Rydygier, Władysław Biegański, Janusz Korczak czy Albert Schweitzer. Nie ukrywam, że dla mnie wielu z nich miało twarz mojego ojca, skromnego lekarza dentystry, który zawsze mi powtarzał, że wartość człowieka ocenia się po tym, czego dokonał dla innych ludzi. Potem, już jako studenta medycyny, fascynowali mnie moi mistrzowie, profesorowie Marcin Kacprzak, Ludwik Paszkiewicz, Jan Nielubowicz, Adam Gruca, Tadeusz Koszarski, Edward Rużyło, Stefan Wesołowski.

W czasie mojej praktyki w szpitalach spotykałem lekarzy, których w większości można było zaliczyć do grona laureatów najwyższego odznaczenia Polskiego Towarzystwa Lekarskiego – Medalu *Gloria Medicinæ*, bo rzeczywiście byli oni Chwałą Medycyny. Popelniane sporadycznie błędy w sztuce leczenia zdarzają się, chociaż nikt ich nie chce. Nikt przecież nie chce popełniać błędu, jeżeli ma do czynienia ze zdrowiem i życiem ludzkim, tak jak żaden pilot nie chce doprowadzić do katastrofy swojego samolotu. Jednak takie katastrofy nieraz się zdarzają i giną zarówno pasażerowie, jak piloci.

Nie chcę jednak pisać o błędach medycyny. Tym interesują się głównie te gazety, które uważają, że pisanie o dobru jest nudne, a wspaniała, pełna oddania chorem i charyzmy praca lekarza nikogo nie interesuje. Sądzą, że ludzie są ciekawi tylko cudzych błędów, patologii i potknięć. Tymi, przecież nigdy niezamierzonymi potknięciami w leczeniu chorych, zajmuje się też pewien

człowiek, który z ich wylapywania uczynił sens swojego życia. Pragnę wspomnieć o przypadkach, które nie stanowią przekroczenia Kodeksu Etyki Lekarskiej, chociaż... Są to w moim mniemaniu swojego rodzaju chwasty medycyny, które wyrastają na dwóch polach: na płaszczyźnie relacji lekarz – pacjent i lekarz – lekarz.

Oto przykłady chwastów z pierwszego pola. Pewien znany aktor, pełen życia i mimo ciężkiej choroby w znakomitym stanie psychicznym, snujący co dzień plany artystyczne na przyszłość, został przewieziony z podejrzeniem raka płuc do warszawskiego szpitala na bronchoskopię. Gdy wspomniał, że czuje się nie najlepiej, reakcja lekarki go całkowicie załamała: „*Co pan sobie wyobraża, z takim rozsiewem nowotworu chce pan się dobrze czuć?...*”. Po tych słowach przestał walczyć o życie i w kilka dni później zmarł.

Załamana chwilową utratą wzroku w jednym oku młoda kobieta zapytała okulistę, czy będzie widziała na to oko. W odpowiedzi usłyszała: „*Co pani myśli, że ja jestem Pan Bóg?... Pójdzie pani do rejonu, to za parę dni się pani dowie*”.

Inna zestresowana pacjentka spytała lekarza – endokrynologa, czy ten guzek w tarczycy nie jest przypadkiem złośliwy, bo od tygodnia ze zdenerwowania nie sypia. W odpowiedzi usłyszała: „*Myśli pani, że ja jestem duchem świętym? Proszę przyjść za tydzień. Będzie wynik biopsji, to się pani dowie, czy to jest rak, czy nie*”.

Pewna studentka medycyny po powrocie do Warszawy zwróciła się w nocy do dyżurującego w szpitalu chirurga z prośbą o nacięcie ropnia dłoni, bo na wsi, gdzie spędzała urlop, nie było lekarza, a ręka ją bardzo boli. Pan doktor odpowiedział: „*Co mi pani d... truje w środku nocy. Proszę przyjść rano i nie zapomnieć przynieść zaświadczenia, że jest pani ubezpieczona...*”

Takie przypadki braku klasy, kultury, ludzkich uczuć, których kilka przykładów podałem, nie są klasycznymi błędami w sztuce leczenia. To tylko sztuka mistrzowskiego niszczenia psychiki zestresowanych, chorych ludzi. Tacy „mistrzowie” Eskulapa to są po prostu niepiękne chwasty medycyny. Gruboskórność, obojętność, brak empatii, nieliczenie się zupełnie ze stanem psychicznym chorego człowieka, z jego myślami o grożącej mu chorobie, z obawami o los najbliższych, z lękiem przed śmiercią... No cóż... Uszkodzono nieodwracalnie czyjaś psychikę, skaleczono czyjś spokój, ale za to opatrunek założony został prawidłowo, EKG odczytano poprawnie, historię choroby wypełniono jak należy, przepuklinę zoperowano zgodnie z zasadami chirurgii...

Być z zawodu lekarzem to powołanie i pełnienie sztuki leczenia, i służenie drugiemu człowiekowi z najlepszą wiedzą i etyką, przez 24 godziny na dobę, przez 7 dni tygodnia, wszystkie miesiące i lata, od chwili złożenia Przysięgi Hipokratesa po kres życia. Nikt nie ma obowiązku zostania lekarzem. To zawód tylko dla ludzi wybranych. Cierpliwych, wrażliwych, którzy ko-

chają swoją pracę i w chorym człowieku widzą swojego bliźniego.

Są też inne chwasty w stosunkach pomiędzy lekarzami. Zabranie komuś pomysłu na pracę naukową, przejęcie prywatnych pacjentów, podkopywanie dobrego imienia innego lekarza czy niegodne traktowanie kolegi w Asklepiosie.

Pewien lekarz, przed paroma laty cierpiąc na uporczywe zawroty głowy, poddał się w krótkim czasie dwóm badaniom lekarskim w dwóch różnych, prywatnych przychodniach lekarskich. W pierwszej – mimo że przedstawił cały szereg ostatnio wykonywanych badań dodatkowych, audiometrii, fizjologii błędników itd. kazano mu wszystkie te badania wykonać jeszcze raz, bo, jak mu powiedziano, „*ufamy tylko tym wynikom badań, które u nas się wykonuje*”. Za te wszystkie badania, wykonane niepotrzebnie ponownie, podobnie jak za wizytę lekarską, musiał słono zapłacić. W czasie drugiej wizyty pewien stary profesor, wybitny specjalista, poświęcił mu blisko godzinę. Gdy pacjent chciał zapłacić – usłyszał od profesora: „*Przez całe swoje życie nigdy nie wziąłem od kolegi lekarza honorarium. Proszę schować ten portfel*”.

„*Od kolegi lekarza...*”. Niestety, nie zawsze się szanuje kolegę lekarza. W czasie mojej wieloletniej pracy w szpitalach, podczas odwiedzania wielu placówek medycznych, uczestnictwa w niezliczonych obchodach lekarskich, nieraz docierały do mnie słowa, które nie powinny padać, nie powinny oczerniać innego lekarza. Pamiętam pytanie skierowane do chorego: „*Kto pana tak fatalnie leczył?*”, i takie: „*Szkoda, że pan do nas wcześniej nie trafił. Dotychczasowe leczenie tylko pogorszyło pańskie zdrowie*”; albo też pytanie rzucone ostro, jak komenda w koszarach: „*co za bałwan przepisał panu ten lek?*”.

No cóż... Na temat dobrych manier ani serca, które należy okazywać chorym, nie ma nic w Kodeksie ani w receptariuszu. Te wartości wynosi się przede wszystkim z domu, utrwała w dobrej szkole, a kształtuje przez całe życie. O wartości lekarza decyduje nie tylko wiedza i nabyta praktyka medyczna, ale moralność i uczucia wyższe, określane mianem „*summum bonum*”. Jest to najwyższy szacunek dla zdrowia i życia ludzkiego, uczciwość, poświęcenie, życzliwość, wrażliwość, cierpliwość, chęć służenia i oddania drugiemu człowiekowi, szacunek dla ludzkiego cierpienia, dbanie o najwyższą jakość usług czy widzenie w drugim człowieku bliźniego, a nie przypadku chorobowego. Wśród tych wartości, których dyrygentem jest ludzkie sumienie, znajduje się także szacunek dla kolegi lekarza. Maksyma łacińska mówi: „*conscientia mille testes*” – *sumienie to tysiąc świadków*. Bolesław Górnicki pisał „... mieć sumienie to znaczy mieć poczucie swoistej kompetencji moralnej, która upoważnia do podjęcia decyzji o podstawowym znaczeniu dla życia lub zdrowia człowieka... a... na kształt sumienia składa się

*tradycja moralna, narodowa, środowiskowa, rodzinna i religijna, wiara w moralny lub boski absolut, autorytet dobra, poczucie własnej godności, a także psychologiczne poczucie powinności oraz rygorystyczny stosunek do moralnych zasad...*”.

Poczucie własnej godności. Miejmy ją sami i nie odbierajmy tej godności kolegom – lekarzom. Nawet wtedy, gdy wydaje się nam, iż wiemy więcej w danej dziedzinie medycyny od naszych starych nauczycieli, mamy lepsze samochody niż nasi ordynatorzy i więcej zarabiamy niż nasi poprzednicy.

Miejmy też szacunek dla innych lekarzy. Oby nie zdarzały się takie odpowiedzi w stosunku do starszych lekarzy, na jaką mi się uskarżał pewien sędziwy ordynator. Gdy poprosił telefonicznie o przewiezienie chorej na jego oddział, gdzie chora poprzednio była leczona, usłyszał od młodego lekarza z karetki pogotowia: „*Przewiozę tam, gdzie będzie mi najbliżej, a żadnym pańskim kolegą nie jestem*”.

To prawda. Taki lekarz nie jest kolegą. Na szczęście! Warto się jednak zastanowić, czy nie należy okazywać szacunku innym kolegom po fachu, aby samemu otrzymywać od nich wyrazy szacunku. Może się to okazać niezwykle cenne, gdy lat przybędzie i obecnie młody, pewny siebie lekarz stanie się „stypendystą ZUS”, a jego emerytura będzie wynosiła połowę ówczesnej średniej krajowej. Wtedy doceni ten szacunek i przekona się, że jest on cenniejszy niż złoto.

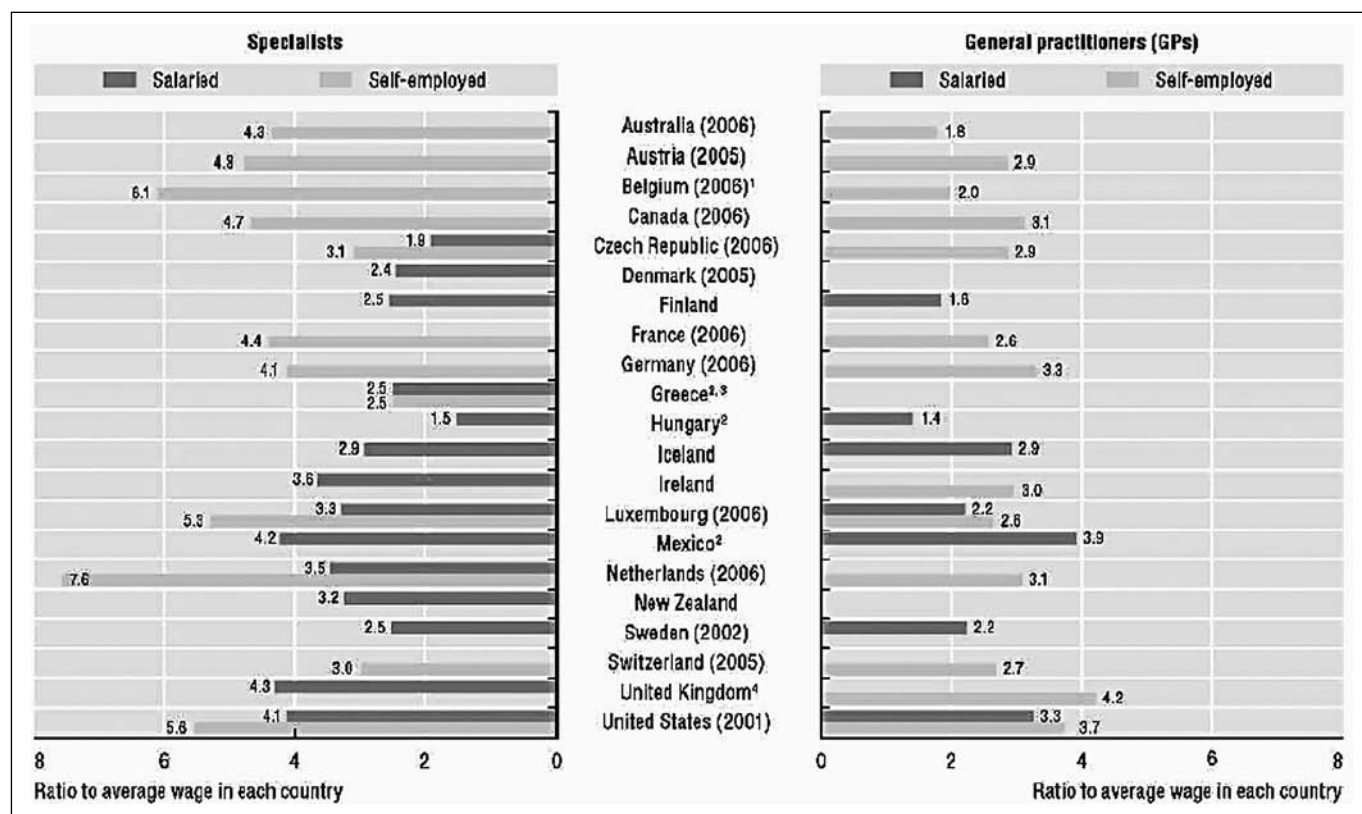
Chabry i kąkole wyglądają na polach pięknie, ale mimo wszystko to są chwasty. Lepiej je ścinać i... ewentualnie wstawić do wazonu.

Jerzy WOY-WOJCIECHOWSKI

(przedruk z biuletynu „Puls” nr 2/10)

## ILE POWINNI ZARABIAĆ LEKARZE?

Określenie wysokości zarobków lekarzy, zarówno w Polsce, jaki i w innych krajach, wywołuje dużo emocji. Z jednej strony lekarze są wysokiej klasy specjalistami, których zawód łączy się z dużą odpowiedzialnością, z drugiej zaś wynagrodzenia lekarzy stanowią część rosnących kosztów ochrony zdrowia, które rządy wielu państw starają się redukować. Wysokość zarobków lekarzy w wartościach bezwzględnych w poszczególnych krajach różni się bardzo istotnie i zależna jest częściowo od stopnia zamożności danego kraju. Dlatego uzasadnione wydaje się porównywanie wysokości zarobków w stosunku do średniego wynagrodzenia w danym kraju lub produktu krajowego brutto przypadającego na jednego mieszkańca. Najnowsze dane dotyczące wynagrodzeń lekarzy przynosi raport Organizacji Współpra-



cy Gospodarczej i Rozwoju (OECD) „*Health at a Glance 2009: OECD Indicators*” opublikowany 8 grudnia 2009 r.: (<http://www.oecdlibrary.org>).

W rozdziale „3.5 Remuneration of doctors (general practitioners and specialists)” zawarte są informacje dotyczące wynagrodzeń lekarzy w stosunku do średniego wynagrodzenia w poszczególnych krajach. Dane te przedstawia załączony wykres (*patrz poniżej – przyp. Redakcji*). Podane dane dotyczą średniego rocznego dochodu brutto, z uwzględnieniem wszelkich premii i dodatków, np. za pracę w godzinach nocnych lub pracę na dyżurze.

Dane z poszczególnych krajów uzyskane zostały za pomocą różnej metodologii, co wpływa na ich niejednorodność (wg autorów raportu podane zarobki w części państw są niższe niż w rzeczywistości). Współczynnik proporcji uzyskano poprzez porównanie wynagrodzenia lekarzy ze średnim rocznym dochodem brutto pracowników zatrudnionych w pełnym wymiarze etatu.

Z wykresu można wysnuć kilka istotnych wniosków. Po pierwsze wynagrodzenie lekarzy w poszczególnych krajach jest zróżnicowane, jednak zazwyczaj istotnie przekracza dwukrotność średniego wynagrodzenia. Po drugie wynagrodzenie lekarzy samozatrudnionych jest istotnie wyższe niż lekarzy etatowych. Po trzecie wynagrodzenie w niektórych specjalizacjach może nawet kilkakrotnie przekraczać wynagrodzenie lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej.

W zamieszczonych materiałach brak danych dotyczących lekarzy w Polsce. Punktem odniesienia dla oceny naszych zarobków, zgodnie z zasadami przyjętymi

w raporcie, może być podawana przez Główny Urząd Statystyczny kwota przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw, łącznie z wypłatami z zysku, pomnożona przez 12 miesięcy – czyli 41.479,32 zł (3.456,61 x 12). Względna wysokość zarobków możemy ocenić, porównując nasz roczny dochód brutto z podstawowego miejsca pracy z obliczoną powyżej kwotą. Na marginesie warto wspomnieć, że wynagrodzenia najważniejszych osób w państwie nie są szczególnie wysokie: roczne wynagrodzenie premiera Polski to około 202 tys. zł brutto (16,7 tys. zł miesięcznie), prezydenta – około 240 tys. zł brutto (20 tys. zł miesięcznie), a ministra – około 168 tys. zł brutto (14 tys. zł miesięcznie).

Porównanie naszych zarobków ze średnią ogólnopolską dla wielu osób może okazać się zaskakujące. W przeciwieństwie do okresu sprzed 2006 r. wynagrodzenia wielu z nas nie plasują się już na samym końcu listy krajów OECD. Skąd więc bierze się dość powszechne w naszym środowisku poczucie finansowej frustracji? Wydaje się, że wynika ono po pierwsze z tendencji do bezpośredniego porównywania wysokości naszych wynagrodzeń z zarobkami lekarzy w innych państwach (np. w Wielkiej Brytanii czy USA) bez uwzględnienia specyficznych dla danego kraju uwarunkowań (np. kosztów obsługi prawnej procesów sądowych o odszkodowania za błędy w leczeniu, sięgających nawet 20–30% rocznego dochodu). Po drugie związane jest ono z nadmiernym obciążeniem pracą: satysfakcjonujące wynagrodzenia lekarzy w Polsce mogą być osiągnięte jedynie kosztem niewspółmiernie wysokiego

wysiłku. Dotyczy to zarówno dyżurów lekarskich (rekordziści potrafią pracować, łącznie z dyżurami, przez 400 z 720 godzin składających się na miesiąc), jak również powszechnej wśród polskich lekarzy wieloletowości, czyli zjawisk marginalnych w innych krajach.

Postępująca przez ostatnie kilkadziesiąt lat pauperyzacja środowiska lekarskiego wepchnęła nas w mechanizm błędnego koła: przyzwyczajeni do dorabiania, kompensujemy niskie wynagrodzenie zasadnicze wydłużonym czasem pracy. Z kolei niskiego wynagrodzenia zasadniczego nikt nam nie chce podnieść, aby nie zwiększać „niepotrzebnie” naszych całkowitych zarobków. Koło się zamyka. Sytuację dodatkowo konserwuje głęboki niedobór lekarzy w Polsce, ułatwiający dorabianie.

Poprawę sytuacji mogłoby przynieść stopniowe, systematyczne i powszechne ograniczanie naszych dodatkowych źródeł zatrudnienia oraz równoczesne dalsze wywieranie nacisku na wzrost wynagrodzeń w podstawowym miejscu pracy. Pozornie brzmi to dość abstrakcyjnie (aby więcej zarabiać należy zrezygnować z dodatkowej pracy), jednak postępowanie takie jest racjonalne i skuteczne. Przykładem może być przeprowadzona przez OZZL w 2008 r. akcja „Nokaut przez opt-out”. Polegała ona na powszechnym uzależnieniu zgody na pracę powyżej limitu 48 godzin w tygodniu od podwyższenia wynagrodzenia zasadniczego. Akcja ta w większości szpitali zakończyła się sukcesem i przyniosła istotny wzrost wynagrodzeń lekarzy. Podobne rozwiązania możemy wykorzystać przy podejmowaniu indywidualnych decyzji dotyczących zatrudnienia. Nie bójmy się zmieniać miejsca pracy, pracować tam, gdzie zaproponują nam lepsze warunki finansowe. Ograniczmy wieloletowość i prace na dyżurach. Pamiętajmy, że godziwe wynagrodzenie za pracę w ciągu 400 godzin w miesiącu nie jest lepsze, niż takie samo godziwe wynagrodzenie za pracę w ciągu 160 godzin w miesiącu.

Aktualna sytuacja na rynku pracy dla lekarzy w Polsce sprzyja takim decyzjom ze względu na duży niedobór lekarzy, wynikający z wcześniejszej pauperyzacji środowiska i wstąpienia Polski do Unii Europejskiej w 2004 r. Pamiętajmy jednak, że za kilka lat ulegnie ona zmianie: po stopniowym zwiększeniu się liczby lekarzy w Polsce zostanie zapewne wprowadzony administracyjny zakaz wieloletowości (pomysły tego typu już teraz okresowo pojawiają się w Ministerstwie Zdrowia). Pogorszy to naszą sytuację finansową, bez możliwości wykorzystania obecnych mechanizmów rynku medycznego.

Docelowa wysokość minimalnego wynagrodzenia lekarzy została określona w uchwale VIII Krajowego Zjazdu Lekarzy z 7.01.2006 r. na poziomie dwukrotnego, średniego krajowego wynagrodzenia dla lekarza bez specjalizacji i trzykrotnego dla lekarza specjalisty. Do-

tyczy ona wynagrodzenia w podstawowym czasie pracy, który docelowo nie powinien być przez nas istotnie przekraczany. Uzyskanie wynagrodzeń na tym właśnie poziomie jest realne, pod warunkiem przewartościowania naszych priorytetów dotyczących podziału czasu pomiędzy pracą a życie rodzinne, rozwój wewnętrzny i aktualizowanie wiedzy.

Maciej JĘDRZEJOWSKI  
*Przewodniczący Zespołu ds. Wynagrodzeń  
Warszawskiej Izby Lekarskiej*

(przedruk z biuletynu „Puls” nr 4/10)

## TELOMER I TELOMERAZA CZ. II

Kolejną chorobą związaną z genami kodującymi oba komponenty telomerazy jest niedokrwistość anaplastyczna, która spowodowana jest szybszym skracaniem telomerów w komórkach macierzystych szpiku prowadzącym do jego niewydolności i przedwczesnego zgonu. Mutacje w genach kodujących białka tworzące kompleksy TBP wpływają na szybsze skracanie się telomerów, a tym samym na przedwczesne starzenie się, objawiające się różnego rodzaju zespołami w zależności od zmutowanego genu: ataksja telangiektazja (ATM), zespół Wernera (WKN), zespół Blooma (BLM), zespół złamania Nijmegen (NBS1), choroba podobna do ataksji telangiektazji (MRE11) i inne. Dzięki coraz lepszemu poznaniu struktury telomeru i jego funkcjonowania możliwe staje się projektowanie mysich modeli, na których testuje się nowe potencjalne schematy terapii genowej, w przyszłości mogące znaleźć zastosowanie w leczeniu ludzi ze schorzeniami wywołanymi defektami struktury telomerów. Trwają badania nad przeciwdziałaniem skracaniu telomerów poprzez wprowadzenie aktywnej telomerazy do fibroblastów pochodzących od chorych z zespołem Wernera. W wyniku tych manipulacji dochodzi do wydłużenia życia tych komórek. Podobne badania prowadzi się z innymi chorobami, których przyczyna leży w szybszym skracaniu się telomerów. Zainteresowanie strukturą i funkcjonowaniem telomerów wynika nie tylko z dążenia do wynalezienia eliksiru młodości, ale nawet w większej mierze dotyczy onkogenezy i jej zahamowania, w której duży udział ma m. in. telomeraza i telomery.

### Telomer i telomeraza w ontogenezie. Reperacja czy prokreacja

Celem życia organizmów jest przekazanie materiału genetycznego i utrzymanie ciągłości gatunku. Dla utrzymania życia organizmu w jego ciele muszą zachodzić ściśle skoordynowane procesy naprawy, syntezy i kon-

trobowanej śmierci komórki, tzw. apoptozy. Według teorii Kirkwood'a (*Disposable Soma Theory*), ciało (*Soma*) jest tylko przenośnikiem materiału genetycznego. Im więcej energii jest przeznaczane na reperację ciała, tym mniej jej zostaje na reprodukcję i na odwrót. Bilans pomiędzy tymi dwoma procesami ma wpływ na szybkość starzenia i zależy od środowiska, w jakim dany organizm żyje. Organizmy mające wielu naturalnych wrogów (np. gryzonie) przeznaczają większą ilość energii na wczesną reprodukcję niż na naprawę ciała, które, co wysoce prawdopodobne, może paść łupem drapieżcy. Dla rodzaju ludzkiego, który wraz z postępem cywilizacji tak naprawdę nie ma naturalnych wrogów, a długość życia się wydłuża, korzystniejsze wydaje się być wydatkowanie większej części energii na procesy reparacyjne ciała (*Soma*) niż reprodukcyjne. Jednakże zwiększająca się długość życia ludzi zwiększa ryzyko powstawania nowotworów, co jest wynikiem wydłużenia okresu działania czynników onkogennych na komórki organizmu. Powstawanie nowotworów jest więc ceną, jaką płacimy za wydłużanie życia.

### Telomer jako supresor nowotworowy

Czynnikiem ograniczającym liczbę podziałów jest zegar molekularny napędzany przez skracające się telomery. Skracające się telomery działają jak supresor procesu nowotworzenia, ponieważ ograniczona liczba podziałów zapobiega nagromadzeniu się krytycznej liczby (4–6) mutacji prowadzących do rozwoju nowotworu. Każda mutacja pojawia się w jednej komórce, z której powstający klon komórkowy (20–30 podziałów, ok. 1 mln komórek) ma większe szanse na nabycie kolejnej krytycznej mutacji. Ograniczanie liczby podziałów do około 60–70 jest więc mechanizmem supresji nowotworzenia, prowadzącym komórkę do wspomnianego już wcześniej spoczynku (faza M1). Podziały komórek prowadzą do systematycznego skracania się telomerów i zaburzenia ich przestrzennej struktury – „*uncapping*”, co aktywuje szlaki wykrywające uszkodzenia struktury DNA i prowadzi do zatrzymania podziałów komórek („uśpienie”). Komórki w fazie „uśpienia” pozostają jednak aktywne metabolicznie. Jeżeli zaś komórka nabędzie, bądź dziedziczy, zmiany w kluczowych białkach (p53/pRb) dla wykrywania krótkich telomerów, komórki będą się dalej dzielić, a telomery będą się dalej skracać, aż komórka osiągnie fazę M2. W fazie M2 krótkie telomery uruchamiają szlaki reperacyjne DNA (HR – z ang. *homologous recombination*, NHEJ), co powoduje łączenie się końców różnych chromosomów ze sobą i prowadzi do patologicznych mitoz, a w rezultacie do tzw. katastrofy mitotycznej (utrata żywotności komórki z powodu licznych aberracji chromosomowych). Komórka w fazie M2 jest kierowana na drogę apoptozy lub innego mechanizmu powodującego jej śmierć. Nie

wszystkie komórki, które osiągną fazę M2 ulegają śmierci. Niektóre z nich 1/107 dzięki zaburzeniom związanym z katastrofą mitotyczną, czy dziedzicznymi skłonnościami (mutacje w supresorach i/lub onkogenach) aktywują aktywność telomerazy lub ALT, przez co osiągają nieograniczoną możliwość rozrostu i stają się nieśmiertelne (Rysunek).

Należy nadmienić, iż oprócz reaktywacji telomerazy, do onkogenezy mogą się przyczyniać patologiczne zmiany w białkach (TRF1, TRF2 czy TANK1 i TANK2) współtworzących wspomnianą wyżej strukturę telomeru.

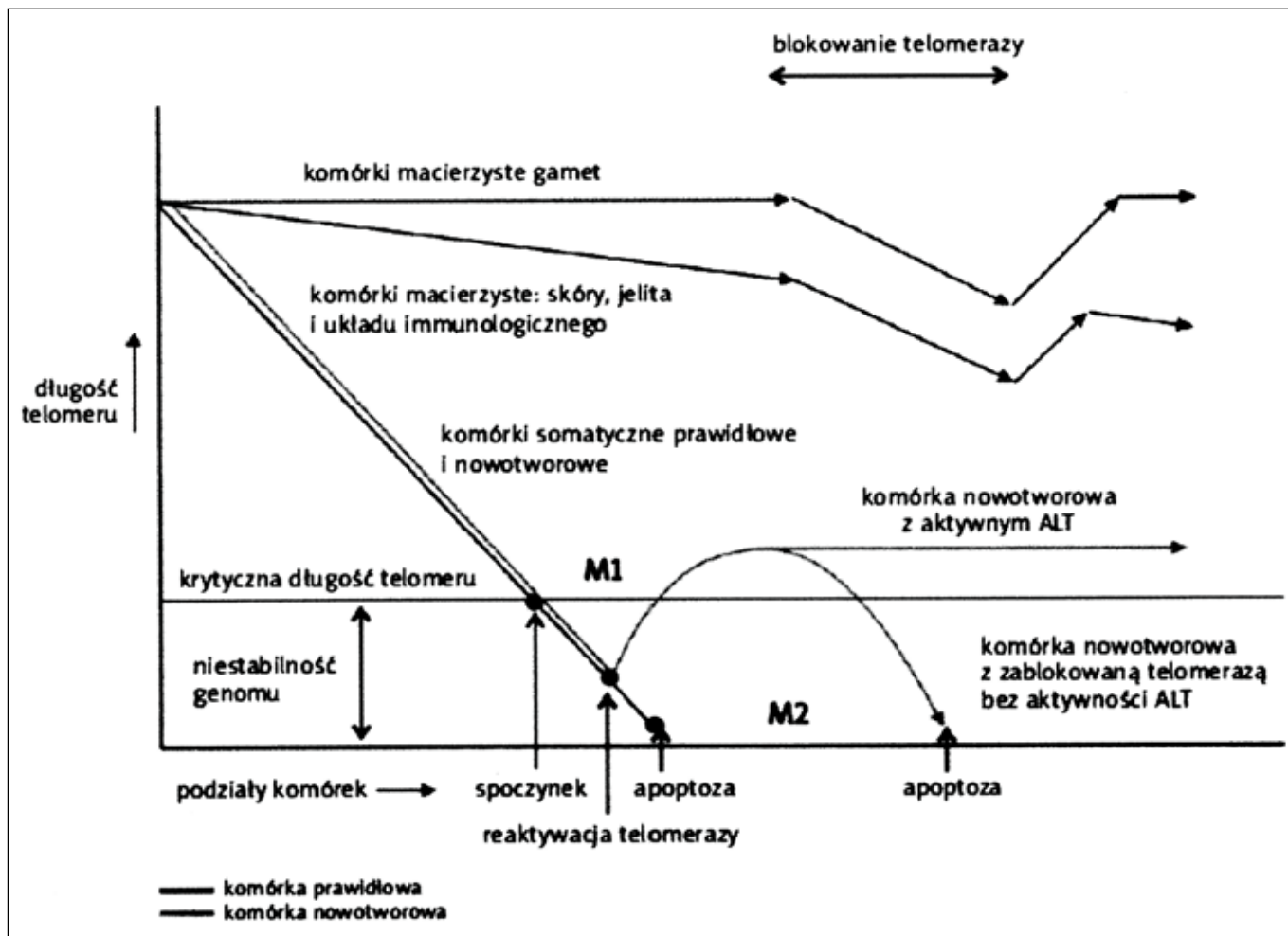
### Poziom aktywności telomerazy jako marker diagnostyczny kancerogenezy

Telomeraza ulega aktywacji w komórkach 85–90% nowotworów. Natomiast nie wykrywa się aktywności telomerazy w komórkach somatycznych, z wyjątkiem komórek macierzystych gamet, skóry, jelita, czy komórek układu immunologicznego. Długość telomeru w komórkach nowotworowych jest zdecydowanie mniejsza, niż w komórkach prawidłowych, dlatego też komórki nowotworowe potrzebują stałej aktywności telomerazy do procesów podziału, w przeciwieństwie do komórek somatycznych, które przez pewien czas mogą przetrwać bez aktywności tego enzymu.

Obecnie jest wiele różnych metod dostępnych do wykrywania obecności i aktywności telomerazy, począwszy od pierwszej metody opartej o metodę PCR, tzw. TRAP (ang. *Telomeric Repeat Amplification Protocol*). Są one stosunkowo mało skomplikowane, czego rezultatem są próby ich adaptacji jako dodatkowego narzędzia diagnostycznego, umożliwiającego wykrycie, czy monitorowanie procesu nowotworowego metodą nieinwazyjną, np. nowotwory układu moczowego (diagnostyka z moczu), czy mało inwazyjną – za pomocą resztek materiału biologicznego uzyskanego za pomocą, biopsji aspiracyjnej cienkoigłowej (BAC).

### Telomeraza jako cel terapii

Komórki nowotworowe mają krótkie telomery, w porównaniu do komórek prawidłowych, i są całkowicie zależne od aktywności telomerazy (wyj. komórki wykorzystujące niezależny od telomerazy ALT, ang. *alternative lengthening of telomeres*) (Rysunek). Stwarza to możliwość blokowania procesu nowotworowego poprzez blokowanie aktywności telomerazy, praktycznie bez skutków ubocznych dla komórek normalnych. Komórki prawidłowe, zależne od aktywności telomerazy (patrz wyżej), niejako „przetrzymują” okres działania inhibitora telomerazy, a po jego odstawieniu naturalna aktywność tego enzymu odbuduje fizjologiczną długość telomeru („okienko terapeutyczne”) (Rysunek). Zaś ko-



Rys. 1

mórki nowotworowe, mające krótkie telomery, przestaną się dzielić i będą kierowane na drogę, np. apoptozy, z wyjątkiem komórek mających aktywny mechanizm ALT (Rysunek). Główne kierunki badań nad blokowaniem telomerazy:

- Immunoterapia – szczepionki przeciwko telomerazie,
- Terapia genowa – geny samobójcze lub geny wirusów onkolitycznych, będących pod kontrolą promotora genu hTERT, ekspresja nieaktywnej katalitycznej podjednostki telomerazy hTERT,
- Antysensowne oligonuklotydy (ang. *antisense oligonucleotide* – ASO), to chemicznie zmodyfikowane, DNA-podobne, jednoniciowe cząsteczki o długości około 17–22 nukleotydów, specyficznie blokujące ekspresję danego genu, np. GRN163L,
- Rybozomy (typu z ang. *hammerhead*), to krótkie (około 40 nukleotydów) sekwencje RNA, mające zdolność do specyficznego przecinania innego danego RNA,
- Inhibitory odwrotnej transkryptazy, małe cząsteczki syntetyzowane chemicznie, np. AZT,
- Stabilizacja „kwadrupleksów” (przestrzenna konformacja formowana przez jednoniciowy telomero-  
wy DNA bogaty w guaninę), np. BRACO-19.

Blokowanie aktywności telomerazy prawdopodobnie przyniesie w niedalekiej przyszłości kilka skutecznych leków dla pacjentów cierpiących z powodu różnych chorób nowotworowych, jak również da możliwość ich chemoprewencji. Pomimo tak zachęcających wyników dotyczących różnych sposobów blokowania aktywności telomerazy bardziej prawdopodobne wydaje się używanie wyżej opisanych sposobów w kombinacji z: klasycznymi chemioterapeutykami, wysoko specyficznymi inhibitorami (np. Herceptyna czy Glivec), czy blokowaniem innych składników kompleksu telomer-telomeraza. Takie połączenie może powodować zmniejszenie wymaganej dawki skutecznej obecnie stosowanych leków, a tym samym zmniejszenie skutków niepożądanych, co radykalnie podniesie jakość życia pacjentów i pozwoli myśleć o chorobie nowotworowej jak o chorobie przewlekłej, podobnie jak w przypadku np. cukrzycy.

### Nadzieje związane z telomerazą – bioinżynieria

Poznanie budowy i funkcji telomeru i telomerazy stworzyło możliwości do hodowli złożonych tkanek dla celów terapeutycznych. Dzięki zaindukowaniu aktywności telomerazy w ludzkich komórkach nabłonka oskrzelowego, a następnie posianiu ich na żel zawierający ludzkie

fibroblasty płuc, udało się wyhodować trójwymiarową tkankę nabłonkową składającą się z trzech typów komórek: rzęskowych, wydzielających śluz i podstawnych, co niesie ze sobą duże nadzieje i możliwości w hodowli bardziej złożonych narządów (np. wątroby) dla transplantologii. Jak z powyższych rozważań wynika, poznanie struktury telomeru i sposobu działania telomerazy w XX wieku, już w początku wieku XXI skutkuje nowymi formami leczenia przeciwnowotworowego, hodowlą tkanek dla transplantologii i zapobieganiem zespołom przedwczesnego starzenia. Badania nad telomerem i telomerazą rozwijają się bardzo dynamicznie i wiąże się z nimi duże nadzieje kliniczne, czego dowodem jest przyznanie Nagrody Nobla badaczom tego tematu.

*Dr n. med. Aldona KOWALSKA  
mgr Artur KOWALIK  
Świętokrzyskie Centrum Onkologii*

(przedruk z biuletynu „Eskulap Świętokrzyski” nr 10/09)

## DIETA ABS CZ. III

### Kolacje Diety ABS

**Klopsy stuprocentowego faceta** (liczba grup, z których produkty wykorzystano: 3)

- 445 g chudej mielonej wołowiny
- 45 g bułki tartej
- 1 pokrojona w kostkę duża cebula
- 1 drobno posiekany ząbek czosnku
- 1 łyżka zmielonego siemienia lnianego lub białka serwatkowego
- 480 ml zagęszczonego sosu pomidorowego
- 4 pełnoziarniste bułki
- 60 g startego sera mozzarella o obniżonej zawartości tłuszczu

Wymieszaj wołowinę z bułką tartą, cebulą, czosnkiem i siemieniem lnianym albo serwatką. Uformuj pulpety wielkości piłeczki golfowej. Smaż pulpety na patelni teflonowej, dopóki nie będą brązowe ze wszystkich stron. Odcedź tłuszcz z patelni i zalej pulpety sosem pomidorowym. Wydrąż widelcem płytkie zagłębienia w bułkach. Do każdego zagłębienia wlej ciepły jeszcze sos z klopsami, posyp startym serem mozzarella i przykryj pozostałymi połówkami bułek.

**Liczba porcji:** 4

**Jedna porcja zawiera:** 391 kcal, 35 g białka, 45 g węglowodanów, 10 g tłuszczów (4 g NKT), 1340 mg sodu, 6 g błonnika

**Kurczak po brazylijsku** (liczba grup, z których produkty wykorzystano: 2)

- 1 cytryna
- 1 limonka
- 1 łyżka zmielonego siemienia lnianego
- 240 ml zagęszczonego sosu pomidorowego
- 180 ml skoncentrowanego (lub zagęszczanego) soku pomarańczowego
- 2 drobno posiekane ząbki czosnku
- 1 łyżeczka suszonej przyprawy włoskiej
- 4 piersi z kurczaka bez skóry
- 1 łyżeczka pikantnego sosu paprykowego salsa
- 180 ml sosu salsa z kawałkami

Zetrzyj skórkę cytryny i limonki do zamykanej torebki foliowej. Wyciśnij sok z obu owoców do tej torebki, a resztę wyrzuć do kosza. Wymieszaj ze sobą wszystkie pozostałe składniki, prócz kurczaka i pikantnego sosu paprykowego salsa. Dodaj do kurczaka zawartość torebki i wstaw do lodówki na kilka godzin. Usmaż kurczaka na grillu, obracając i polewając marynatą kilka razy, przez 10-15 minut albo do momentu, gdy przestanie być różowy w środku. Polej go sosem salsa i wsuwaj poki gorący.

**Liczba porcji:** 4

**Jedna porcja zawiera:** 184 kcal, 25 g białka, 11 g węglowodanów, 5 g tłuszczów (1 g NKT), 740 mg sodu, 2 g błonnika

**Stek z chili** (liczba grup, z których produkty wykorzystano: 4)

- 1 łyżka oliwy z oliwek
- 2 pokrojone w krążki marchwie
- 1 posiekany duży pęczek brokuł
- 2 zielone pokrojone w plasterki papryczki chili
- 2 czerwone pokrojone w plasterki papryczki chili
- 340 g polędwicy wołowej pokrojonej w cienkie plastry
- 4 łyżki sosu czosnkowego z chili
- 300 g brązowego ugotowanego ryżu

Rozgrzej oliwę na patelni teflonowej na dużym ogniu. Dodaj marchew i brokuły. Smaż, dopóki nie zmiękną. Dodaj papryczki chili i wołowinę. Smaż, dopóki mięso nie będzie gotowe. Dodaj sos i zjedz z ryżem.

**Liczba porcji:** 4

**Jedna porcja zawiera:** 520 kcal, 33 g białka, 65 g węglowodanów, 14 g tłuszczów (4 g NKT), 232 mg sodu, 5 g błonnika

**Wołowina po filadelfijsku** (liczba grup, z których produkty wykorzystano: 3)

- 1 średnia pokrojona w krążki cebula
- 1 mała pokrojona w paski czerwona papryka
- 1 mała pokrojona w paski zielona papryka
- 150 ml łagodnego albo ostrego sosu salsa
- 4 wielozbożowe bułki
- 340 g pieczonej wołowiny pokrojonej w cienkie plastry

- 60 g startego sera cheddar o obniżonej zawartości tłuszczu

Smaż cebulę i papryki na patelni teflonowej na średnim ogniu, dopóki nie będą miękkie. Dodaj sos salsa i podgrzej. Przygotuj kanapki z bułek, pieczonej wołowiny, cebuli, papryk i sera, a następnie włóż do mikrofalówki na 1-2 minut, dopóki ser nie zacznie się roztopiać.

#### **Liczba porcji: 4**

**Jedna porcja zawiera:** 379 kcal, 35 g białka, 35 g węglowodanów, 12 g tłuszczów (5 g NKT), 442 mg sodu, 5 g błonnika

**Chili z indykiem** (liczba grup, z których produkty wykorzystano: 4)

- 455 g mielonego indyka
- 400 g krojonych pomidorów z puszki
- 400 g czarnej fasoli z puszki opłukanej i odcedzonej
- 400 g odcedzonej kukurydzy z puszki
- 45 g suszonego mieszanego chili
- kilka kropli tabasco
- 1 łyżka mielonego siemienia lnianego
- 4 łyżki wody
- 115 g brązowego ugotowanego ryżu

Podsmaż indyka na dużej patelni teflonowej na średnim ogniu. Dodaj pozostałe składniki prócz ryżu i smaż na małym ogniu przez 10 minut. Jedz z ryżem.

#### **Liczba porcji: 4**

**Jedna porcja zawiera:** 480 kcal, 41 g białka, 69 g węglowodanów, 6 g tłuszczów (1 g NKT), 478 mg sodu, 6 g błonnika

**Kurczak a la King Kong** (liczba grup, z których produkty wykorzystano: 3)

- 2 łyżki oliwy z oliwek
- 1/2 drobno posiekanej cebuli
- 1 łyżeczka mąki
- 2 łyżki wody
- 455 g piersi kurczaka
- 4 łyżeczki chili w proszku
- 240 ml sosu do makaronu
- 250 g ugotowanego pełnoziarnistego makaronu spaghetti

Rozgrzej oliwę na patelni teflonowej na średnim ogniu. Dodaj cebulę i smaż przez minutę, aż zbrązowieje. Wymieszaj mąkę z wodą w małej misce. Do cebuli dodaj kurczaka, chili w proszku, sos i mąkę rozrobioną z wodą. Wymieszaj. Gotuj na wolnym ogniu bez przykrycia przez 10 minut. Jedz z makaronem spaghetti.

#### **Liczba porcji: 4**

**Jedna porcja zawiera:** 286 kcal, 30 g białka, 22 g węglowodanów, 11 g tłuszczów (2 g NKT), 208 mg sodu, 3,5 g błonnika

**Łosoś z warzywami** (liczba grup, z których produkty wykorzystano: 5)

- 2 łyżki oliwy z oliwek
- 1 łyżka soku cytrynowego
- 1/4 łyżeczki soli
- 1/4 łyżeczki mielonego czarnego pieprzu
- 1 łyżka zmielonego siemienia lnianego
- 1 drobno posiekany ząbek czosnku
- 4 filety z łososia (każdy po 180-200 g)
- zielenina do wyboru
- 115 g ugotowanego brązowego ryżu

Wymieszaj oliwę z sokiem cytrynowym, solą, pieprzem, siemieniem lnianym i czosnkiem w naczyniu do pieczenia. Dodaj rybę, dokładnie obtocz, przykryj i wstaw do lodówki na 15 minut. Nagrzej piekarnik do temperatury 230°C. Rozłóż folię aluminiową na papierze do pieczenia i natłuść. Wyjmij rybę z marynaty i ułóż na papierze do gotowania skórą do dołu. Piecz 9-12 minut. Jedz z zieleniną i ryżem.

#### **Liczba porcji: 4**

**Jedna porcja zawiera:** 504 kcal, 36 g białka, 25 g węglowodanów, 29 g tłuszczów (5 g NKT), 470 mg sodu, 3 g błonnika

**Indyk w stylu BBQ** (liczba grup, z których produkty wykorzystano: 5)

- 145 g wędzonej kielbasy z indyka pokrojonej w kostkę
- 1 mała posiekana cebula
- 90 g pieczarek pokrojonych w plasterki
- 1 drobno posiekany ząbek czosnku
- 415 g gotowanej fasoli z puszki
- 225 g fasolki szparagowej albo odcedzonej fasoli cannelloni z puszki
- 400 g krojonych pomidorów z puszki
- 20 g bułki tartej z przyprawami
- 3/4 łyżki mielonego siemienia lnianego
- 3/4 łyżki oliwy z oliwek

Nagrzej piekarnik do temperatury 180°C. Włóż kielbasę do dwulitrowego naczynia do pieczenia i upiecz na brązowo (około 5 minut). Odcedź z tłuszczu i odstaw na talerzu z boku. Smaż cebulę, pieczarki i czosnek na patelni teflonowej na średnim ogniu przez 5-7 minut. Przełóż do naczynia żaroodpornego, a następnie dodaj fasolę i pomidory. Przypraw do smaku solą i pieprzem. Piecz przez 20 minut albo do momentu, aż sos zacznie bulgotać przy brzegach. Wymieszaj bułkę tartą z siemieniem lnianym i oliwą w małej misce. Polewaj kielbasę z warzywami. Smaż na grillu na wysokości 10-13 cm od źródła ciepła do momentu, aż kielbasa zezłoci się z góry (około 3 minut).

#### **Liczba porcji: 4**

**Jedna porcja zawiera:** 243 kcal, 20 g białka, 31 g węglowodanów, 6 g tłuszczów (1 g NKT), 1329 mg sodu, 8 g błonnika

**Spaghetti z wołowiną** (liczba grup, z których produkty wykorzystano: 3)

- 340 g bardzo chudej mielonej wołowiny
- 1,5 posiekanej cebuli
- 1 posiekana zielona papryka
- 2 drobno posiekane ząbki czosnku
- 100 g pieczarek pokrojonych w plasterki
- 400 g krojonych pomidorów z puszki
- 600 ml sosu do makaronu
- 2 łyżki przyprawy włoskiej
- 455 g pełnoziarnistego makaronu spaghetti

Smaż mięso na dużej patelni na średnim ogniu, dopóki nie będzie brązowe. Dodaj cebulę, zieloną paprykę i czosnek. Smaż, dopóki nie zmiękną. Dodaj pieczarki, pomidory (z sokiem), sos i przyprawy. Wymieszaj dokładnie. Gotuj na wolnym ogniu. Ugotuj makaron spaghetti zgodnie ze wskazówkami zamieszczonymi na opakowaniu. Do 115 g spaghetti dodaj 120 ml sosu. Zjedz.

**Liczba porcji:** 4

**Jedna porcja zawiera:** 366 kcal, 30 g białka, 48 g węglowodanów, 8 g tłuszczów (2 g NKT), 801 mg sodu, 7 g błonnika

**Tortilla de Godzilla** (liczba grup, z których produkty wykorzystano: 4)

- 225 g chudej mielonej wołowiny albo mielonego indyka
- 115 g posiekanej cebuli
- 2 drobno posiekane ząbki czosnku
- 90 g opłukanej i potłuczonej fasoli nerkowej z puszki
- 2 zielone papryczki chili oczyszczone z pestek i pokrojone w kostkę
- 2 łyżeczki chili w proszku
- 4 duże tortille
- 1 poszatkowana główka sałaty
- 200 g posiekanych pomidorów
- 30 g startego niskotłuszczowego sera cheddar

Włóż wołowinę albo indyka, cebulę i czosnek na dużą patelnię teflonową. Smaż na średnim ogniu, dopóki mięso nie zbrązowieje. Odcedź z tłuszczu. Dodaj fasolę, papryczkę chili i chili w proszku. Podgrzej. Zdejmij z ognia. Podgrzewaj tortillę w mikrofalówce przez 20 sekund, a następnie nadziewaj każdą tortillę przygotowanym wcześniej mięsnym nadzieniem. Na wierzch połóż sałatę, pomidory i ser, a następnie ciasno zwiń tortillę w naleśniki.

**Liczba porcji:** 4

**Jedna porcja zawiera:** 234 kcal, 20 g białka, 20 g węglowodanów, 9 g tłuszczów (5 g NKT), 272 mg sodu, 3 g błonnika

## Przekąski Diety ABS

WIĘKSZOŚĆ DIET TRAKTUJE PODJADANIE MIĘDZY POSIŁKAMI ZA BŁĄD. Zachęcam jednak,

aby przekąski traktować jako coś wręcz przeciwnego – klucz do dietetycznego sukcesu. Sekret zdrowego podjadania tkwi w tym, by robić to we właściwym czasie: około 2 godziny przed kolejnym dużym posiłkiem. W ten sposób zaspokoisz głód w wystarczającym stopniu, aby nie poczuć ssania w żołądku, zanim siądziesz do porządnego obiadu lub kolacji. Wybierz sobie cokolwiek z podanej niżej tabeli, pamiętając o tym, by w przekąsce znalazła się chociaż odrobina białka.

### Nabiał

- 250 ml niskotłuszczowego jogurtu
- 1 kubek mleka (maksymalnie 1,5% tłuszczu)
- 3/4 kubka lodów o niskiej zawartości tłuszczu
- 1,5 plasterka chudego sera żółtego

### Owoce i warzywa

- 30 g rodzynek
- dowolnie wiele surowych warzyw (seler naciowy, brokuły, marchewki)
- 1,5 kubka owoców leśnych
- 1 duża pomarańcza
- 1 butelka (330 ml) przecierowego soku warzywnego

### Białko

- 30 g migdałów
- 3 plasterki piersi z kurczaka
- 3 plasterki pieczeni wołowej
- 2 łyżki odtłuszczonego masła orzechowego

### Węglowodany złożone

- 1-2 kromki chleba pełnoziarnistego
- 1 miseczka płatków owsianych lub płatków śniadaniowych bogatych w błonnik

## Koktajle Diety ABS

**Nadzwyczajny koktajl energetyczny** (liczba grup, z których produkty wykorzystano: 5)

- 240 ml odtłuszczonego mleka
- 2 łyżki niskotłuszczowego jogurtu waniliowego
- 50 g błyskawicznej gorącej owsianki ugotowanej na wodzie
- 2 łyżeczki masła orzechowego
- 2 łyżeczki czekoladowej sproszkowanej serwatki
- 6 pokruszonych kostek lodu

**Liczba porcji:** 2

**Wartość odżywcza porcji:** 250 kcal, 12 g białka, 34 g węglowodanów, 7 g tłuszczów (1 g tłuszczów nasyconych kwasów tłuszczowych, NKT), 158 mg sodu, 2,5 g błonnika.

**Koktajl poziomkowy** (liczba grup, z których produkty wykorzystano: 5)

- 120 ml niskotłuszczowego jogurtu waniliowego
- 240 ml chudego mleka
- 2 łyżeczki masła orzechowego
- 170 g mrożonych posiomek

- 2 łyżeczki białka serwatkowego
- 6 pokruszonych kostek lodu

**Liczba porcji: 2**

**Wartość odżywcza porcji:** 202 kcal, 11 g białka, 27 g węglowodanów, 6 g tłuszczów (2 g NKT), 177 mg sodu, 1,5 g błonnika

**Zbożowy zabójca** (liczba grup, z których produkty wykorzystano: 4)

- 40 g płatków zbożowych
- 240 ml chudego mleka
- 60 g jagód
- 1 łyżka miodu
- 2 łyżeczki białka serwatkowego
- 6 pokruszonych kostek lodu

**Liczba porcji: 2**

**Jedna porcja zawiera:** 148 kcal, 9 g białka, 28 g węglowodanów, 1 g tłuszczów (zero g NKT), 276 mg sodu, 6 g błonnika

**Koktajl bananowy** (liczba grup, z których produkty wykorzystano : 3)

- 1 banan
- 120 ml niskotłuszczowego jogurtu waniliowego
- 2 łyżki mrożonego koncentratu soku pomarańczowego
- 240 ml chudego mleka
- 2 łyżeczki białka serwatkowego
- 6 pokruszonych kostek lodu

**Liczba porcji: 2**

**Jedna porcja zawiera:** 181 kcal, 9 g białka, 36 g węglowodanów, 1 g tłuszczów (0,5 g NKT), 139 mg sodu, 1 g błonnika

**Koktajl leśny** (liczba grup, z których produkty wykorzystano: 4)

- 50 g błyskawicznych płatków owsianych ugotowanych na wodzie albo na chudym mleku
- 180 ml chudego mleka
- 100 g mieszanki mrożonych jagód, poziomek i malin
- 2 łyżeczki białka serwatkowego
- 3 pokruszone kostki lodu

**Liczba porcji: 2**

**Jedna porcja zawiera:** 154 kcal, 8 g białka, 27 g węglowodanów, 2 g tłuszczów (0,5 g NKT), 83 mg sodu, 3 g błonnika

**Koktajl orzechowy** (liczba grup, z których produkty wykorzystano: 5)

- 180 ml niskotłuszczowego jogurtu waniliowego
- 180 ml chudego mleka
- 2 łyżeczki masła orzechowego
- 1 średniej wielkości banan
- 90 g mrożonych poziomek

- 2 łyżeczki białka serwatkowego
- 4 pokruszone kostki lodu

**Liczba porcji: 2**

**Jedna porcja zawiera:** 267 kcal, 12 g białka, 42 g węglowodanów, 6 g tłuszczów (2 g NKT), 179 mg sodu, 2 g błonnika

**Koktajl letni** (liczba grup, z których produkty wykorzystano: 4)

- 115 g mrożonych poziomek
- 1 banan
- 1 ćwiartka melona
- 120 ml niskotłuszczowego jogurtu waniliowego
- 180 ml chudego mleka
- 2 łyżeczki waniliowej sproszkowanej serwatki
- 3 pokruszone kostki lodu

**Liczba porcji: 2**

**Jedna porcja zawiera:** 200 kcal, 9 g białka, 41 g węglowodanów, 1 g tłuszczów (0,5 g NKT), 147 mg sodu, 2 g błonnika

David ZINCZENKO

(tekst pochodzi z magazynu „Men's Health”)

CO JEMY I PIJEMY NAJCZĘŚCIEJ?

*„Naprzód spojrzysz, z kim jesz i pijesz,  
a dopiero potem, co jesz i pijesz”*

EPIKUR (WG SENEKI)

Z przeprowadzonych pod koniec XX wieku badań przez Amerykańskie Centrum Kontroli Chorób wynika, że z pośród czynników oddziałujących na nasze zdrowie największy wpływ (54%) ma styl życia, status psychologiczny, stosunki z otoczeniem i sposób żywienia. Drugie miejsce (21%) zajmują warunki środowiskowe, w tym jakość produktów rolnych. Skoro tak istotny jest sposób żywienia i jakość produktów rolnych, warto przyjrzeć się temu zagadnieniu jak to aktualnie wygląda.

W obecnym czasie, większość ludzi żyje intensywnie, starając się sprostać mnogości zadań i swoje potrzeby pokarmowe zaspokaja możliwie najmniejszym nakładem czasu. Bardzo liczna jest też grupa konsumentów, którzy z braku pieniędzy nabywają najtańsze produkty spożywcze. W odpowiedzi na takie postawy konsumentów rozwijają się intensywnie nowoczesne techniki w produkcji rolniczej oraz w przetwórstwie, czyniąc żywność bardziej dostępną i trwałą. Niestety często zawiera ona wiele substancji chemicznych wykorzystywanych w rolnictwie oraz różnych dodatków w procesie przetwarzania, między innymi: konserwantów, przeciwutleniaczy, stabilizatorów, aromatów itd. Uprzemysłowienie produkcji żywności i ciągła jej intensyfikacja spowodowały zanieczyszczenie nie

tylko spożywanych pokarmów, ale także środowiska naturalnego. W związku z tym uzyskiwane w zanieczyszczonym środowisku produkty spożywcze, zarówno roślinne, jak i zwierzęce, zawierają wiele szkodliwych substancji chemicznych. Mogą one w organizmie człowieka zmieniać jego środowisko biochemiczne, a przede wszystkim sprzyjać rozwojowi lub potęgować różne stany chorobowe. Przytaczane są przykłady o występowaniu w produktach żywnościowych np. jonów metali ciężkich; aluminium, arsenu, cynku, ołowiu, rtęci, które w wysokich stężeniach mogą być czynnikiem chorobotwórczym. Głównym miejscem odkładania się większości metali ciężkich jest tkanka kostna, ale na ich szkodliwe działanie narażone są również: wątroba, nerki, płuca, serce, układ nerwowy, komórki nabłonkowe, gruczoły dokrewne, białka surowicy i komórki krwi. Podobnie zagrożenie dla zdrowia stanowią także znajdujące się w żywności pozostałości chemicznych środków ochrony roślin. Na specjalną uwagę zasługują chlorowane węglowodory, które wciąż są w środowisku, mimo że preparaty zawierające te związki wycofano ze stosowania w rolnictwie w latach siedemdziesiątych ubiegłego wieku. Szkodliwe działanie pozostałości pestycydów w żywności uwidacznia się wzrostem liczby osób z defektami immunologicznymi oraz schorzeniami alergicznymi. Na uwagę zasługują także zawarte w nadmiernej ilości w produktach roślinnych azotany i azotyny. Ich spożycie przez małe dzieci stwarza zagrożenie dla nich methemoglobina, są one także prekursorami rakotwórczych nitrozoamin.

Szkodliwe dla człowieka są metabolity niektórych grzybów nazywane mikotoksynami, które mogą występować w płodach m.in. ziarnie zbóż, kukurydzy, nasionach roślin strączkowych, owocach, orzechach itp. oraz psujących się (potoczne określenie pleśniejących) produktach: sokach, dżemach itp. Na podstawie licznych badań stwierdzono, że mikotoksyny odznaczają się działaniem cytotoksycznym, mutagennym, neurotoksycznym, teratogennym i rakotwórczym.

Do żywności dodawane są również różnego rodzaju substancje lub konserwanty, które spełniają różnorodne funkcje, np. nadają produktowi ładniejszy kolor lub zachęcający zapach, zapobiegają zjełczeniu, nadają puszystość, homogeniczność. Niebezpieczny dla zdrowia może być, np. dodawany do wielu produktów kwas benzoowy. Duże kontrowersje wzbudza napromieniowanie żywności i w krajach wysokorozwiniętych istnieje wymóg oznaczania produktów napromieniowanych specjalnym logo, aby konsument mógł sam zdecydować czy skłonny jest je spożywać. Nie bez znaczenia jest także sposób przygotowywania żywności.

W wyniku doskonalenia metod badawczych i rozwoju różnych dyscyplin naukowych wiele osób w postępującej chemizacji dopatruje się zagrożenia dla człowieka, kojarząc ożywiony „pochód” chemii przez nasze

poła i stoły, z szerzeniem się różnych schorzeń. Z literatury wynika, że wiele z nich, m.in. alergia, otyłość, cukrzyca, nadciśnienie tętnicze, hiperlipidemia i miażdżyca ma związek z jakością i ilością spożywanych pokarmów. Żywnościowo zależne choroby metaboliczne stały się największym zagrożeniem zdrowia od II połowy XX wieku. W wielu opracowaniach zwraca się uwagę, iż najważniejszym sposobem w zapobieganiu chorobom cywilizacyjnym jest racjonalizacja żywienia. Dlatego coraz więcej konsumentów pragnących chronić zdrowie pragnie zmieniać styl życia oraz poszukuje żywności, wolnej od zanieczyszczeń i o wysokiej wartości odżywczej. Za taką uważa się żywność wyprodukowaną metodami ekologicznymi, przypisując jej szczególną jakość. W licznych opracowaniach zwraca się uwagę na jej: jakość zewnętrzną - sensoryczną, wartość technologiczną - przetwórczą użytkową, skład odżywczy, jakość zdrowotną. Podkreśla się jej potencjał biologicznego oddziaływania w organizmie konsumenta, gdyż skład produktów ekologicznych jest harmonijnie zbilansowany. Bowiem składniki w niej zawarte znajdują się we właściwych naturalnych proporcjach - najbardziej korzystnych dla zdrowia człowieka. Produkty te nie są poprawiane, ani wzbogacane w czasie produkcji. Dlatego głównymi atrybutami żywności ekologicznej, które wyróżniają ją od konwencjonalnej są: zdrowotność, odżywczość, pełnowartościowość, pierwotność, świeżość, naturalny wygląd zewnętrzny, smak, kolor, przyjazność środowisku oraz naturalny krótki okres przechowywania.

Produkty ekologiczne cechuje niższa zawartość azotanów natomiast większa wartościowych składników: witamin, cukrów, skrobi, białka oraz wyższa wartość odżywcza. Mają one również lepsze właściwości przechowalnicze niż produkty rolnictwa konwencjonalnego.

W przetwórstwie żywności ekologicznej obowiązują zasady mające utrzymać jej szczególne wartości odżywcze, dlatego procesy przetwarzania (tak samo jak i wytwarzania) obwarowane są uregulowaniami prawnymi Wspólnoty; rozporządzenie podstawowe **ROZPORZĄDZENIE RADY (WE) nr 834/2007 z 28 czerwca 2007 r. w sprawie produkcji ekologicznej i znakowania produktów ekologicznych i uchylające rozporządzenie (EWG) nr 2092/91** oraz rozporządzenie wykonawcze **ROZPORZĄDZENIE KOMISJI (WE) nr 889/2008 z 5 września 2008 r. ustanawiające szczegółowe zasady wdrażania rozporządzenia Rady (WE) nr 834/2007 w sprawie produkcji ekologicznej i znakowania produktów ekologicznych w odniesieniu do produkcji ekologicznej, znakowania i kontroli, oraz krajowymi m.in. Ustawa z dnia 25 czerwca 2009 r. o rolnictwie ekologicznym (Dz. U. Nr. 116, poz. 975). Płody i produkty ekologiczne wytworzone zgodnie z powyższymi uregulowaniami prawnymi są odpowiednio ozna-**

kowane i posiadają etykietę, która dokładnie informuje o ekologicznym sposobie produkcji. Na takiej etykiecie muszą znajdować dane:

Nazwa produktu	Nazwa i adres producenta
Data produkcji	Data przydatności do spożycia
Nazwa jednostki Certyfikującej i numer identyfikacyjny Upoważnionej Jednostki Certyfikującej! (może być logo Jednostki certyfikującej; logo producenta)	

Wszystkie aktualne informacje o jednostkach certyfikujących oraz numerach upoważnienia nadanego im przez Ministra Rolnictwa i Rozwoju Wsi znajdują się na stronie internetowej: [www.ijhar-s.gov.pl/rolnictwo.ekologiczne](http://www.ijhar-s.gov.pl/rolnictwo.ekologiczne). Informacja o Jednostce Certyfikującej jest bardzo ważna, gdyż to ona przeprowadza kontrolę wszystkich etapów produkcji żywności „od pola do stołu” i na tej podstawie wydaje producentom Certyfikat zgodności **ważny jeden rok**. W załączniku tego Certyfikatu znajduje się wykaz produktów uzyskanych metodami ekologicznymi. Jeżeli na produkcie umieszczone jest Logo wspólnotowe, to musi być zgodne z art. 25 ust. 3



**ROZPORZĄDZENIA RADY (WE) nr 834/2007 z 28 czerwca 2007 r. i ze wzorem zawartym w załączniku XI ROZPORZĄDZENIE KOMISJI (WE) nr 889/2008 z 5 września 2008 r.**

Dla wyróżnienia polskiego produktu ekologicznego może znajdować się zapis: PL - rolnictwo ekologiczne - system kontroli WE.

Obowiązkowy system certyfikacji produkcji, przetwórstwa i obrotu stoi na straży jakości produktów ekologicznych i umożliwia konsumentom dokonywanie zakupów zgodnie z ich oczekiwaniami. Uregulowania

prawne mają na celu wyeliminowanie nieuczciwej konkurencji i stosowania „chwytów” marketingowych. Znakowanie produktów oraz wystawianie napisów: „produkt naturalny”, „zdrowy”, „bezpieczny”, „z terenów czystych ekologicznie”, itp. może być prawdziwe, ale **jeżeli nie ma etykiety świadczącej o certyfikacji nie jest to produkt rolnictwa ekologicznego**. [...]\*

Dr inż. Janina BŁAŻEJ  
Uniwersytet Rzeszowski  
Katedra Agroekologii

*Literatura, którą wykorzystano przy opracowaniu niniejszego artykułu dostępna u autora.*

*\* skrót pochodzi od Redakcji Biuletynu.*

(przedruk z Biuletynu Okręgowej Izby Lekarskiej w Rzeszowie nr 5/09)

## Z KWIATAMI PRZYJEMNIEJ I ZDROWIEJ

Zieleń jest częścią naszego życia. Polacy są społeczeństwem o silnych korzeniach wiejskich, co wiąże się z istnieniem w naszym polu psychologicznym żywej naturalnej flory. Posiadanie roślin, możliwość ich pielęgnacji daje nam radość każdego dnia i zdrowie psychiczne. Ozdobne rośliny doniczkowe możemy sadzić pojedynczo lub komponować w grupy, wykorzystując do tego różne ciekawe naczynia, pokrój roślin, kolor liści i piękno kwiatów.

Ponadto rośliny doniczkowe wydzielają różne związki chemiczne mające pozytywny wpływ na nasze zdrowie, poprawiają samopoczucie, dodają siły, a czasem mają działanie zdrowotne - wpływają na jakość powietrza. Rośliny oddychając pobierają dwutlenek węgla, a wydzielają tlen, zwiększają wilgotność powietrza i oczyszczają go ze szkodliwych substancji.

Szczelne okna i drzwi, to duża oszczędność ciepła i niższe rachunki za ogrzewanie, ale to także zaporą dla świeżego powietrza. W okresie grzewczym na jego złą jakość wpływ ma również centralne ogrzewanie i spadek wilgotności powietrza. Wynikiem tego jest podrażnienie błon śluzowych oczu, gardła i nosa oraz zmęczenie i bóle głowy. Zdrowe powietrze powinno posiadać wilgotność w granicach 35-65%. Ponadto w mieszkaniu posiadamy coraz więcej urządzeń elektronicznych (monitory, telewizory, drukarki), kuchenki gazowe, wykładziny, zasłony, detergenty, lakiery, farby, kleje, bejce na meblach i w końcu dym papierosowy, które wydzielają amoniak, formaldehyd, ksylen, trójchloroetylen i inne substancje toksyczne.

Rośliny doniczkowe, poprzez aparaty szparkowe, wchłaniają szkodliwe substancje i rozkładają je na związki proste, przyswajalne przez roślinę. Rośliną wszech-

stronnie przydatną dla domu jest skrzydłokwiat, który usuwa z powietrza aceton, alkohol etylowy, benzen, amoniak, tróchloroetylen i formaldehyd. Jak widać jest to roślina bardzo przyjazna dla człowieka, a przy tym piękna - posiada duże błyszczące liście i białe, podobne nieco do anturium, kwiaty.

Powietrze z formaldehydem najbardziej oczyszcza paproć – *Nephrolepis* wysoki, wydzielająca również do otoczenia jony ujemne, przez co pozytywnie wpływa na samopoczucie. Do grupy roślin może nieco wolniej, ale również usuwających formaldehyd należą: dracena, fikus sprężysty, bluszcz pospolity, fikus benjamina, szeflera, diffenbachia, zielistka, filodendron, scindapsus, araukaria, begonia stale kwitnąca, maranta, cissus rombolistny, zygokaktus, filodendron pnący, anturium, cyklamen, krotton, sansewieria gwinejska, poinsecja i aloes.

Wśród kwiatów doniczkowych są też takie, które zwracają uwagę zapachem, jak geranium. Ta popularna „angina” posiada ok. 200 różnych taksonów. Ma właściwości przeciwbakteryjne. Olejek eteryczny tej pelargonii zawiera geraniol, cytronelol, pinen, felandren, flawanoidy, garbniki i kwasy organiczne. Surowy lub suchy liść dodany do herbaty poprawia jej smak i aromat. Wchodzi również w skład mieszanek zapachowych potpourri.

Może dobierając kwiaty do naszego mieszkania warto by poznać ich działanie:

- ***Ficus benjamina*** - działa pobudzająco, pochłania szkodliwe substancje, polecany w sąsiedztwie komputera,
- ***Diffenbachia*** - ułatwia koncentrację, doskonały filtr powietrza,

- ***Nephrolepis*** - jonizuje ujemnie powietrze, pochłania formaldehyd,
- ***Araukaria*** - pobudza do działania, pochłania dym papierosowy,
- ***Zielistka*** - tryska energią, pochłania nieprzyjemne zapachy,
- ***Fiołek alpejski, gwiazda betlejemska*** - uaktywniają układ krwionośny,
- ***Bluszcz pospolity, maranta*** - dają impulsy do działania,
- ***Monstera*** - działa uspokajająco,
- ***Filodendrony*** - oddziałują silną energią,
- ***Sansewieria gwinejska*** - potęguje emocje,
- ***Jukka*** - ożywia ludzi spokojnych,
- ***Skrzydłokwiat*** - roślina przyjazna dla każdego.

Jak widać asortyment roślin doniczkowych jest bardzo szeroki i ciągle się poszerza. Jest w czym wybierać, a ponieważ rośliny bardzo pozytywnie działają na naszą psychikę, warto się nimi otaczać. Obcowanie z roślinami łagodzi stres, w ich obecności stajemy się pogodniejsi. Opieka nad roślinami - przycinanie, podlewanie, przesadzanie - daje poczucie przydatności, a pielęgnacja kwiatów przez dzieci rozwija ich wyobraźnię, zwiększa ciekawość świata, uczy dbałości o innych, ogranicza stres i agresję. Parafrazując Arystotelesa możemy powiedzieć, że zieleń łagodzi obyczaje. Dbając o kwiaty, dbamy o własne zdrowie.

Anna RYDZIK

(przedruk z biuletynu Okręgowej Izby Lekarskiej w Rzeszowie nr 1/10)

## FOTOZAGADKA



**Jaki to Szpital,  
jaki to Oddział i czy to jest  
tato, czy wujek?**

Nadesłał: A. Wojtyłko

### BIULETYN INFORMACYJNY OPOLSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

WYDAWCA: Opolska Izba Lekarska, 45-054 Opole, ul. Grunwaldzka 23, tel. 0 77 454 59 39, [www.izbalekarska.opole.pl](http://www.izbalekarska.opole.pl)

REDAKCJA: Jerzy Lach; ZDJĘCIA: I str. okładki – fot. Tomek Wojtyłko, OPRACOWANIE: Wydawnictwo i Drukarnia Świętego Krzyża

ŁAMANIE I Druk: Wydawnictwo i Drukarnia Świętego Krzyża w Opolu, ul. Katedralna 6 NAKŁAD: 2.500 egz. ISSN 1426-661X