



OPOLSKA
IZBA
LEKARSKA

Rok Założenia 1990

Październik 2019

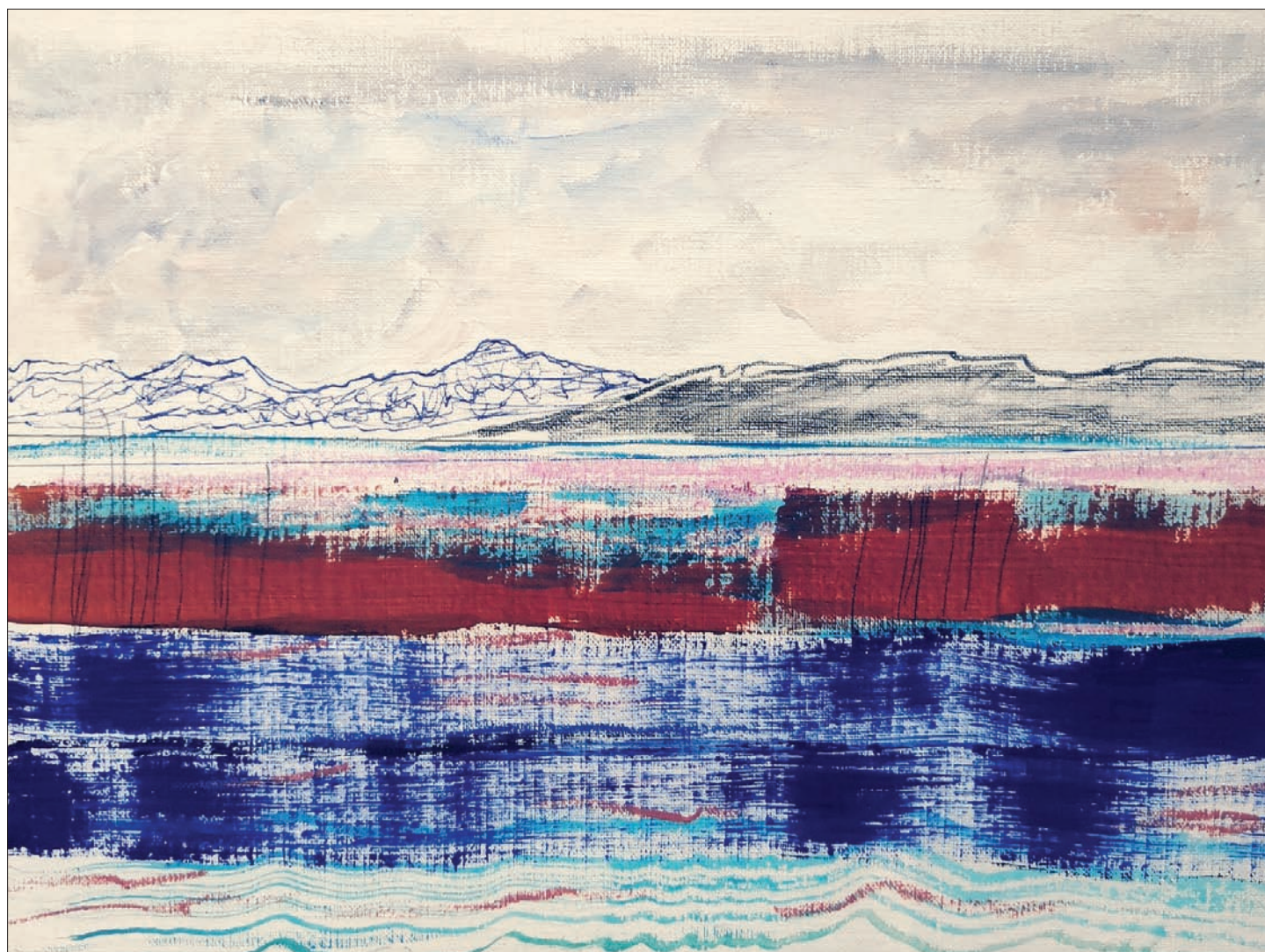
ISSN 1426-661X

BIULETYN INFORMACYJNY

Nr 275

OPOLSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

www.izbalekarska.opole.pl



Fale, akryl, pastele, AP 2018

TCHNIENIE

Porcelanę wynaleziono ponad tysiąc lat temu, w Chinach. Do Europy przywiózł ją podobno Marco Polo. Kiedy w 1295 roku powrócił wreszcie do *Respubliki Serenissimy* (a podróżował długo, bo aż 24 lata), w bagażu miał też wazę z białej gliny. Smagły chłopiec, może szpieg weneckiego kupca, nachylił się nad cackiem, gwizdnął i zawołał: *Porcellani!* Jakby zobaczył ładną dziewczynę.

Na własną wytwórnię porcelany Europa musiała poczekać jeszcze cztery wieki z okładem. Czekalaby jeszcze dłużej, gdyby nie marzyciel. Był to August II Mocny - z Bożej łaski król Polski, cesarski namiestnik, wielki książę litewski, ruski, pruski, mazowiecki, żmudzki, kijowski, wołyński, podlaski, inflancki, smoleński, siewierski i czernichowski, a zarazem dziedziczny książę saski i książę elektor *etc.*, *etc.* Jak powszechnie wiadomo, łamał on podkowy, zgniatał w garści srebrne kubki i polował na niedźwiedzie, ale zajmował go też teatr, lubił sztuki piękne i wprost przepadał za romansami. W 1687 roku, jako siedemnastoletni książę Saksonii, zadurzył się w ubogiej hrabiance, za karę wysłano go więc do Paryża. Podróżował w przebraniu grafa von Leisniga (w luźnym tłumaczeniu: *graf leniuszek*), odwiedzał pałace książąt, rezydencje lordów i baronów, gdzie nabierał ogłady towarzyskiej i szlifował maniery. O jego sakiewkę dbali Hofjuden, jak nazywano wtedy Żydów z drezdeńskiego dworu. Musieli uwić się z robotą, bo młodzieniec migiem wydawał kieszonkowe – trzy piąte szło na wino, peruki i stroje, reszta na kobiety.

Za dnia gonił za pierścieniem (*Chodziło o to, aby konno, z kopyą w ręku* – wyliczał Józef Ignacy Kraszewski – *rozpędziwszy się, końcem jej do zawieszzonego w górze pierścienia trafić i zdjąć go*), a wieczorami z teatralnej łoży, oklaskiwał mezzosoprany, taksował primabaleriny i podglądał komediantki. Na przemian kłaniał się omdlewającym margrabinom i puszczał figlarne oczka posażnym pannom. Pewnego dnia zaprosił go do siebie syn miłościwie panującego Króla Słońce. Wielki Delfin utworzył przed przybysem swoje pokoje i gabloty pełne zbiorów. August ważył w rękach talerze w kształcie liści, obracał w palcach smoki i sprawdzał pod światło każdy z trzystu osiemdziesięciu bibelotów z chińskiej porcelany.

I zachorował. Pobladł. Zmizerniał. Z dnia na dzień coraz bardziej zapadał się w sobie. Nie zajmowały go już bale, kuliści ani polowania z nagonką. Zwołano więc radę medyków; doktorzy puszcza-
li mu krew, a wyszkoleni *limonadiers du posterieur* (czyli, pardon, *wytwórcy lemoniady do tyłka*) robili lewatywy. Podobno sam Ludwik XIV – istny król lewatyw, który przeszedł ich ze dwa tysiące, odstąpił choremu swoje srebrne rurki. Ale niewiele to pomogło. Nic dziwnego, August zapadł przecież na *die Porzelankrankheit*, a tę przypadłość leczy się wyłącznie homeopatią.

Wylizal się. Choroba pozostawiła jednak ślady, nie tyle na ciele, co na duszy ozdrowieńca. Odtąd pod pozorami wigoru i beztroski ukrywał ból pękniętego kielicha, lament wyzębionej w szczyrby filiżanki i skowyt dzbanka z utraconym uchem.

Podobnie jak malarzy zamyka się w kręgu pejzażystów, portrecistów, impresjonistów, manierystów czy kolorystów, tak i techników dentystycznych barykaduje się na jednym podwórku. „Ślusarze” piłują metalowe szkielety pod mosty, „gipsiarze” odlewają modele szczęk, „trutnie” rzeźbią w wosku, „akrylowcy” rychtują gebisy. Ale najwyżej w hierarchii stoją specje od porcelany. To oni ocierają się o tajemnicę. To właśnie ci magicy z czułością dopieszczają maleńkie dzieła sztuki - Licówki. Mijają dni, miesiące, lata, a oni garbią się na zydelkach i zbrojni w czepce z lupą, coś tam sobie dłubią. Raz po raz wyciągają rękę, by po omacku, nie tracąc płatków z oczu, przeszukać kolekcję nożyków, pęset, młoteczków, sierpów, harpunów, pilników, haczyków gumek, szmatek, gąbek i szczoteczek rozrzuconych na stole. Bezblędnie łowią co trzeba. I przycinają, równają, drapią, piłują, smarują, gładzą, polerują, zdmuchują niewidzialne pyłki. Wreszcie sięgają po pędzelek: osiemdziesiąt włosków z ogona wydry kończy się jednym wystającym. Ten pojedynczy włoszek to tchnienie. Tchnienie zostawia ledwie widoczny ślad na porcelanowym płątku. Cień. Podpis mistrza. Magika, który jak niegdyś król August II Mocny, zapadł na nieuleczalną: *Porzelankrankheit*.

Agnieszka KANIA



Bukiet z miśnieńskiej porcelany. Manufaktura w Miśni powstała za czasów króla Augusta II Mocnego



Szanowni Czytelnicy!
Dostajecie do swych rąk
kolejny numer Biuletynu
Opolskiej Izby Lekarskiej.

Znajdziecie w nim – jak to się dzieje już od wielu miesięcy – niepojęte głosy dotyczące trwającego permanentnie kryzysu w ochronie zdrowia. Niestety zapowiedzi nowych form protestu środowisk lekarskich świadczą jedynie o stale rosnącym niezadowoleniu i frustracji lekarzy w obecnej sytuacji.

Na dodatek wkraczamy w miesiąc wyborczy. Media i nasze otoczenie zaroi się plakatami, sztrajfami, ulotkami i spotami wyborczymi, w których mnożyć się będą świetlane hasła i pięknie brzmiące obietnice. I – żeby nie było posądzeń o moją stronnicość – dotyczyć to będzie całej sceny politycznej. Od lewa do prawa.

Ostatnio przeczytałem świetnie napisaną przez znakomitego dziennikarza, piszącego m.in. dla „National Geographic” Douglasa Prestona i niezwykle pasjonującą relację z odkrycia i pierwszych prac wykopaliskowych w leżącym w pierwotnych lasach Hondurasu Ciudad Blanca (Białym Mieście) inaczej zwanym „Zaginionym Miastem Boga Małp” – siedliska kultury i ludu Copan. Autor w ostatnim rozdziale zastanawia się dlaczego i w jaki sposób doszło do jej upadku i przejścia w niebyt na wiele stuleci. Jego przemyślenia są niezwykle ciekawe i – jak pewnie sami przyznacie – ponadczasowe. Pozwólcie więc, że zacytuję tę część, która przenosi diagnozę upadku Copan w teraźniejszość.

„Społeczeństwo klasowe prosperuje wtedy, gdy każdy ma poczucie, że jest częścią systemu, pełni wartościową funkcję i pracuje dla dobra ogółu. Ludzie, nawet najbiedniejsi i najniższego stanu, muszą czuć, że należą do społeczności, i uważać się za wartościowych. Rządzący nie mogą robić wszystkiego, czego zapragną. Wprost przeciwnie – muszą podtrzymywać swój specjalny status, wypełniając obowiązki, dzięki którym społeczeństwo funkcjonuje. I nie jest to tylko ich zajęcie – to definiująca ich rola, właściwy im sposób zachowania. Bogaci i uprzywilejowani w zdrowym społeczeństwie znajdują się przeważnie w centrum uwagi, więc muszą reprezentować wartości społeczne.

Wzorzec upadku zaczyna się często od tego, że klasy pracujące spotyka kryzys, zaś elity nie potrafią – lub nie chcą – mu zaradzić. [...]”

W naszym społeczeństwie – choć jest ono znacznie bardziej złożone – od liderów rządów oczekuje się uchwalenia polityki gospodarczej, utrzymywania infrastruktury i sił obronnych, stanowienia prawa i dbania o jego przestrzeganie, pozyskiwania i wydatkowania pienię-

dzy oraz stworzenia bezpiecznych warunków życia ludziom biednym, niepełnosprawnym i starym. Od elity biznesowej i korporacyjnej oczekuje się dostarczania dóbr i usług, zapewniania ludziom godnej pracy i płacy, udziału w utrzymywaniu odpowiednich standardów życia społeczeństwa przez wspomaganie aktywności gospodarczej oraz postępowania z myślą o najlepiej rozumianych interesach kraju.

Jeśli zwykli ludzie zobaczą, że elita lekceważy ich problemy, myśli tylko o sobie, nie wywiązuje się z obowiązków i swoim zachowaniem narusza uznane normy – wówczas dochodzi do naruszenia umowy społecznej. Ludzie czują się porzuceni i ignorowani. Dystansują się od systemu, postrzegają go jako wrogi. W gniewie szukają kozłów ofiarnych (przeważnie w złych miejscach) i obalają uświęcone instytucje (zwykle niewłaściwe). Ustrój się załamuje. A pokrzywdzeni ludzie padają łatwym łupem demagogów, którzy żerują na ich frustracji, wskazują wrogów i dostarczają prostych rozwiązań, a czasem nawet obiecują możliwość zemsty.

Sytuacja może się pogarszać stopniowo, lecz kryzys przeważnie kończy się nagłą, nieoczekiwaną erupcją. Zapasć uderza z siłą rozpędzonego pociągu. [...]” W czasach nowoczesnych upadek zwiastuje pojawienie się charzmatycznego wodza. Zgodnie z tym wzorcem upadły między innymi osiemnastowieczna Francja, carska Rosja, weimarskie Niemcy i Iran szacha. Należy przy tym podkreślić, że główną przyczyną problemu wcale nie jest rozdział między bogatymi a biednymi. We wszystkich społeczeństwach, w tym szczęśliwych i prosperujących, są zarówno bogacze, jak i ludzie ubodzy. Problem powstaje wraz z pojawieniem się podziału na włączonych do systemu i z niego wykluczonych, żyjących godnie i lekceważonych, spójność społeczną i drapieżny indywidualizm, wspólnotę i libertarianizm spod znaku Hobbesa. Stabilne, zdrowe społeczeństwo może mieć warstwę bogaczy, klasę średnią i ubogich. Przestanie jednak istnieć, jeśli szerokie grono ludzi żyć będzie z poczuciem, że nie uważa się ich za wartościowych członków społeczeństwa. Rozpadnie się, jeśli elita odgrodzi się murem od reszty, ignorując ludzi w potrzebie i ich problemy. Runie, jeśli osoby u władzy stwierdzą, że nie ponoszą odpowiedzialności za dobrostan i cierpienie niższych warstw.”

Mieście w pamięci te słowa, gdy będziecie stali przed urnami wyborczymi.

Jerzy B. LACH

Douglas Preston „Zaginione Miasto Boga Małp”, Wydawnictwo Agora, 2018.

* skróty pochodzą od Redakcji Opolskiej.



Koleżanki, Koledzy!

Zbliżają się wybory, więc jest to czas, gdy politycy chętniej niż zazwyczaj nadstawiają ucha na problemy w ochronie zdrowia. Czas ten postanowiła wykorzystać Okręgowa Rada Lekarska w Warszawie i 9 września br. zainicjowała akcję „**Polska to chory kraj... ale wspólnie możemy go uleczyć**”. Jest to kampania społeczna, mająca na celu mobilizację setki tysięcy ludzi do poparcia głoszonego przez warszawskich lekarzy manifestu. Adresatami są obecni i przyszli parlamentarzyści. Sześciopunktowy manifest określa najważniejsze kwestie, które powinny być rozwiązane, by niewydolny polski system ochrony zdrowia zaczął w miarę poprawnie funkcjonować, a nie pikować w dół. Okręgowe Izby Lekarskie popierają tę akcję. Na naszej stronie ukazał się komunikat w tej sprawie. Można się z nim zapoznać i go podpisać na stronie www.polskatochorykraj.pl

Dzień po wystąpieniu Prezesa Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie Łukasza Jankowskiego (przypadek?) Minister Zdrowia ogłosił, że szpitale I i II stopnia otrzymają dodatkowe 344 mln zł zabezpieczenia w ramach sieci szpitali. Pieniądze ma otrzymać 373 placówek, czyli każda z nich dostanie prawie 1 mln zł. Opolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia przekaze opolskim szpitalom 12 mln zł. Dodatkowe pieniądze mają trafić do 16 szpitali powiatowych Opolsz-

SZPALTA PREZESA

czyzny tych, które dziś są mocno zadłużone. Gdy piszę te słowa do wyborów jest jeszcze miesiąc czasu... Co jeszcze usłyszymy?

Wracając do naszej Izby, chciałabym przekazać informację, że na sierpniowym posiedzeniu Okręgowej Rady Lekarskiej podjęto dwie ważne uchwały. Pierwsza dotyczy nowelizacji dotychczas obowiązującego Regulaminu przyznawania dofinansowania do uczestnictwa w zawodach sportowych, a druga uchwała dotyczy przyjęcia Regulaminu, określającego warunki finansowania uczestnictwa członków komisji problemowych w szkoleniach lub konferencjach, związanych tematycznie z działalnością w poszczególnych komisjach. Obie są zamieszczone na stronie Izby.

Ukazał się także I komunikat na temat organizowanej po raz drugi Interdyscyplinarnej Ogólnopolskiej Konferencji Naukowej pt.: „Prawno-karne i medyczne aspekty zaniechania szczepień dzieci”. Organizatorem jest Opolska Izba Lekarska wraz z Okręgową Radą Adwokacką w Opolu i Wydziałem Prawa i Administracji Uniwersytetu Opolskiego. Wydarzenie będzie miało miejsce 28 listopada br. (czwartek) w Studenckim Centrum Kultury UO. Prelegentami będą naukowcy i praktycy reprezentujący obie dziedziny nauki. Temat Konferencji jest na czasie. Zachęcam do uczestnictwa.

Jolanta SMERKOWSKA-MOKRZYCKA

CO SŁYCHAĆ W IZBIE

POSIEDZENIE OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ

W dn. 28 sierpnia odbyło się pierwsze po wakacjach posiedzenie Rady Okręgowej. Spotkanie – jak zawsze – prowadziła Prezes Jolanta Smerkowska-Mokrzycka. Rada obradowała nad następującymi problemami:

Przyznanie praw wykonywania zawodu

Do Rady wpłynęło 27 wniosków lekarzy i 7 wniosków lekarzy dentyków o przyznanie ograniczonego prawa wykonywania zawodu w związku z obowiązkiem odbycia stażu podyplomowego.

Lekarze medycyny:

- Astrał Agnieszka,
- Bandurowski Szymon,
- Baryluk Krzysztof,
- Bednarz Paweł,
- Bryś Sara,
- Fronia Natalia,
- Gadomska Aleksandra,

- Glibowska Magdalena,
- Gruszkowska Magdalena,
- Gurbierz Jakub,
- Iwanicki Michał,
- Kardyś Adam,
- Klimanek Wiktoria,
- Krapa Arkadiusz,
- Malek Teresa,
- Matejuk Mateusz,
- Nowakowska Natalia,
- Orłowska Sara,
- Piasny Anna,
- Raźniewska Dominika,
- Soboń Aneta,
- Sobuń Aleksandra,
- Szten Paula,
- Wąsowicz Oliwia,



- Wojtulek Aleksandra,
- Zaręba Aleksandra,
- Zemła Tomasz.

Lekarze dentyści:

- Bator Bartłomiej,
- Hadam Adriana,
- Konieczny Patrycja,
- Konieczny Damian,
- Pałczyńska Agnieszka,
- Staniszevska Aleksandra,
- Syrico Aleksandra.

O przyznanie prawa wykonywania zawodu po stażu podyplomowym złożyła wniosek lek. Maciosek Aneta.

O wpisanie na listę członków OIL w Opolu w związku z przeniesieniem z innej izby lekarskiej zwrócili się:

- lek. Fijałkowska Iwona – przeniesienie ze Śląskiej Izby Lekarskiej w Katowicach,
- lek. Przybyło Paweł – przeniesienie ze Śląskiej Izby Lekarskiej w Katowicach.

O wydanie duplikatu dokumentu „Prawo wykonywania zawodu lekarza dentystry” zwróciła się lek. dent. Grychowska Alina

O wydanie duplikatu dokumentu „Prawo wykonywania zawodu lekarza” zwrócił się lek. Janik Krzysztof.

Rada jednogłośnie podjęła wszystkie uchwały.

Rejestracja podmiotów prowadzących szkolenie podyplomowe lekarzy

Firma Vital Medic Education sp. z o.o. z Kluczborka zwróciła się do Rady Okręgowej o wpis do rejestru podmiotów prowadzących szkolenie i o przyznanie punktów edukacyjnych za udział w szkoleniu pt. „Dla zdrowia kręgosłupa – razem czy osobno?”, które odbędzie się w Kluczborku w dniach 26–28 września 2019 r. Rada jednogłośnie podjęła uchwałę w tej sprawie i przyznała 12 pkt. edukacyjnych.

Zmiany w rejestrze indywidualnych praktyk lekarskich

Dokonano skreślenia z rejestru 2 praktyk lekarskich z powodu zaprzestania działalności oraz 1 praktyki z powodu zgonu lekarza.

Przyznanie świadczeń z Funduszu Samopomocy i dofinansowania imprez sportowych

Do Rady wpłynęły następujące wnioski o przyznanie dofinansowania:

- kol. Nanowski Zbigniew za udział w Światowym Turnieju Tenisowym w Wilnie, który odbył się w sierpniu br., na którym zdobył brązowy medal;
- kol. Bartnik Przemysław za udział w XVII Igrzyskach Lekarskich w Tenisie Stołowym.

Zgodnie z regulaminem zostały przyznane dofinansowania – uchwały podjęto jednogłośnie.

Radzie przedstawiono projekt nowelizacji dotychczas obowiązującego Regulaminu Funduszu Samopomocy. ORL zaakceptowała pozytywnie nowelizację w/w Regulaminu, który w całości jest zamieszczony na stronie internetowej Izby.

Kol. Rodziewicz–Kabarowska – Przewodnicząca Komisji Etyki, zwróciła się o częściowe sfinansowanie uczestnictwa 6 członków Komisji w konferencji o zasięgu krajowym i poświęconej tematyce etyki lekarskiej, która odbędzie się w Ustroniu w październiku br.

Osoby chętne do wzięcia udziału w konferencji:

- kol. Rodziewicz-Kabarowska Marta,
- kol. Junosza-Szaniawska Ewa,
- kol. Junosza-Szaniawski Antoni,
- kol. Sicińska-Werner Teresa,
- kol. Suzanowicz Barbara,
- kol. Szczepanik Barbara.

W związku z tym, po dyskusji, uchwalono Regulamin, który określa warunki uczestnictwa w konferencjach tematycznych dla wszystkich członków komisji problemowych Izby – jest on w całości zamieszczony na stronie internetowej Izby. Uchwała Regulaminu została przyjęta przy 2 głosach wstrzymujących się.

Wyznaczenie przedstawicieli OIL do komisji konkursowych

Dyrektor SP ZOZ MSWiA zwrócił się o wyznaczenie przedstawiciela ORL do komisji konkursowej na stanowisko Pielęgniarki Oddziałowej Oddziału Intensywnej Opieki i Terapii. Prezydium zaproponowało kandydaturę kol. Małgorzaty Łuszczynskiej–Ostrowskiej. Rada pozytywnie podjęła uchwałę przy 1 głosie wstrzymującym się.

Rekomendacja w sprawie powołań na konsultantów wojewódzkich

Jednogłośnie pozytywnie zaopiniowano kandydatury na konsultantów wojewódzkich proponowanych przez Wojewodę:

- dr hab. n. med. Anita Lyssek-Boroń – kandydatka na Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie okulistyki (członek Śląskiej Izby Lekarskiej w Katowicach);
- dr Janusz Cholewiński – kandydat na Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie medycyny paliatywnej (członek Opolskiej Izby Lekarskiej).

Podjęcie uchwał w sprawie zmiany wysokości składki członkowskiej

Rada jednogłośnie zwolniła 5 lekarzy z obowiązku opłacania składki w związku z nieosiąganiem dochodów.

Sprawozdanie z konwentu Prezesów ORL

Prezes zrelacjonowała posiedzenie Konwentu Prezesów OIL, na którym poruszono następujące problemy:

- zaapelowano do OIL o wdrożenie intensywnych szkoleń w sprawie e-recept, zwłaszcza dla lekarzy i lekarzy dentystry w wieku senioralnym;
- omówiono ściągalność składek członkowskich w poszczególnych OIL;
- o wytypowaniu delegacji z poszczególnych izb lekarskich do udziału w obchodach 30-lecia reaktywacji izb lekarskich, które odbędą się w Warszawie 7 grudnia br.

Sprawozdanie członków Rady z działalności pomiędzy posiedzeniami

Prezes zrelacjonowała spotkanie z Dyrektorem OCO Markiem Staszewskim odnośnie wypowiedzenia stosunku pracy dwóm lekarzom Oddziału Chirurgii Onkolo-





gicznej. Po wnikliwej ocenie dokumentacji i argumentacji Dyrektora OCO, Rada uznała, że nie podejmie w tej sprawie dalszych działań.

Prezes odczytała pismo skierowane do Rady przez Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej, w którym informuje o postanowieniu Prokuratury Rejonowej w Gostyninie, dotyczącego zawieszenia w prawach wykonywania zawodu lekarza

Rada powołała komisję do oceny zdolności wykonywania zawodu lekarza przez lekarza

w następującym składzie:

Przewodniczący – Kowarzyk Stanisław – Zastępca Sekretarza Okręgowej Rady Lekarskiej,

Członkowie:

- Pendzialek-Grunwald Ewa – specjalista psychiatra;
- Sadowska Elżbieta – specjalista psychiatra;
- Świstun Izolda – specjalista psychiatra.
- Uchwała została przyjęta jednogłośnie.

W związku z chorobą kol. Rekruckiego kol. Jakubiszyn zreferował problem sporu pomiędzy lekarzami rezydentami a Dyrekcją USK Opolu dotyczący wypłaty wynagrodzeń za „schodzenie” z dyżurów. Rada podjęła uchwałę o pokryciu kosztów usług prawnych, wykraczających poza obowiązujący dotychczas abonament współpracującej z Opolską Izbą Lekarską Kancelarii Prawnej (patrz poniżej). Uchwała została podjęta przy 1 głosie wstrzymującym się.

Kol. Dryja poinformował, że w wyniku przeprowadzonego konkursu na stanowisko Dyrektora d/s Medycznych OCRM w Opolu wybrany został dr Kostyła Jarosław.

Kol. Martyniszyn zrelacjonował udział w obchodach 15-lecia Ogólnopolskiego Klubu Motocyklowego Lekarzy Doctor Riders. Zlot członków odbył się w Bełchatowie. Kolega nadmienił, że „starej gwardii” jest coraz mniej,

a młodych nie przybywa i serdecznie zapraszał miłośników motorów do wstąpienia do klubu.

Wobec wyczerpania porządku obrad na tym posiedzenie zakończono.

Sekretarz ORL

lek. Małgorzata ŁUSZCZYŃSKA-OSTROWSKA

Prezes ORL

lek. dentysta JOLANTA SMERKOWSKA-MOKRZYCKA

Uchwała nr 57/19/VIII

Okręgowej Rady Lekarskiej w Opolu z dnia 28 sierpnia 2019r.

w sprawie wsparcia finansowego dla lekarzy rezydentów USK w Opolu w związku z konfliktem z Dyrekcją USK, dotyczącym płacenia za dyżury

Na podstawie art. 25 pkt 4 w związku z art.5 pkt 14 i 19 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2019, poz. 965), uchwała się co następuje:

§ 1

Deklaruje się wsparcie finansowe w postaci refundowania kosztów udziału kancelarii prawnej w postępowaniu, związanym z niepłaceniem lekarzom rezydentom USK w Opolu za schodzenie po dyżurach, pełnionych w ramach programu specjalizacji.

Uchwały Okręgowej Rady Lekarskiej w Opolu, dotyczące wypłaty kolejnych transz, będą podejmowane każdorazowo po przedłożeniu przez kancelarię prawną faktury, opisującej wykonane usługi.

§ 2

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Sekretarz ORL, lek.

Małgorzata ŁUSZCZYŃSKA-OSTROWSKA

Prezes ORL, lek. dentysta

JOLANTA SMERKOWSKA-MOKRZYCKA

KOLEJNE WYDANIE TONÓW ZDROWIA

Z przyjemnością informujemy, że w dniu 25 października 2019 r. odbędzie się kolejna odsłona Opolskich Tonów Zdrowia, którego organizatorem jest Fundacja Tony Zdrowia przy współpracy z Opolską Izbą Lekarską, Naczelną Izbą Lekarską, Opolskimi Oddziałami Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego i Onkologicznego i Urzędem Miasta Opola.

W programie:

- Międzynarodowa Konferencja Naukowa pt.: *Kardioonkologia+* – gościem specjalnym będzie dr Mark Tucci z Chicago.
- Koncert – wystąpią opolskie lekarskie zespoły Reanimators Classic i Reanimators New, zaś gwiazdą wieczoru będzie występujący po raz kolejny zespół naszych przyjaciół lekarzy z Chicago czyli Second Opinion, wsparty przez naszych kolegów-lekarzy. Gwarantujemy dobrą zabawę.

IV Tony Zdrowia Opole 2019

Data: 25.10 2019r (piątek)

Miejsce: Restauracja Salomon, Opole, ul. Kwoczka 4

Program:

16.30 – konferencja

19.30 – koncert

Wstęp wolny. Serdecznie zapraszamy.

Rada Fundacji Tony Zdrowia

PLAN SZKOLEŃ PROWADZONYCH W RAMACH KOMISJI KSZTAŁCENIA OIL NA II PÓŁROCZE 2019



Termin	Kierownik naukowy	Temat	Miejsce szkolenia
cz I: 8–12.X.2019 r. wtorek–sobota cz .II: 17–19.X.2019 r. czwartek–sobota	Prof. dr hab. n. med. Teresa Kokot	Zdrowie publiczne – dla lekarzy/lekarzy dentystów specjalizujących się wg modułowych programów specjalizacji	Opolska Izba Lekarska w Opolu, ul. Grunwaldzka 23
11.X.2019 r. piątek godz. 10:00*	Dr Tomasz Olka	Root to crown	Opole, hotel De Silva ul. Powolnego10
14.X.2019 r. Poniedziałek I grupa – godz. 12:00* II grupa – godz. 15:00*	Karolina Tyborowska, Ireneusz Janczak – Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia MZ	e– recepty	Opolska Izba Lekarska w Opolu, ul. Grunwaldzka 23
6–8.XI.2019 r. środa–piątek	Prof. dr hab. n. med. Teresa Kokot	Prawo medyczne – dla lekarzy/lekarzy dentystów specjalizujących się wg modułowych programów specjalizacji	Opolska Izba Lekarska w Opolu, ul. Grunwaldzka 23
18–19.XI.2019 r. poniedziałek–wtorek	Firma Trans-Medyk Ratownictwo (przy współpracy z „Medycyną Praktyczną” z Krakowa)	Kurs ALS (zakończony certyfikatem) – szczegółowe informacje patrz poniżej	Opolska Izba Lekarska w Opolu, ul. Grunwaldzka 23

* Zapisy w sekretariacie Izby

Członkowie Opolskiej Izby Lekarskiej zgłaszają się drogą mailową na adres: opole.szkolenia@hipokrates.org.

Wniosek na szkolenie do pobrania na stronie internetowej naszej Izby – szkolenia podyplomowe

Terminy szkoleń, które są w trakcie ustalania pojawiają się najszybciej na stronie internetowej Izby.

UWAGA: Planowane są kursy ze szczepień ochronnych w terminie listopad / grudzień 2019 r.

ROOT TO CROWN

Szkolenie dla lekarzy dentystów dn. 11.X.2019 r.

PROGRAM:

- Miejsce endodoncji we współczesnej stomatologii.
- Czy implant może być alternatywą dla leczenia endodontycznego?
- Skuteczność leczenia.
- Co zrobić, aby osiągnąć sukces podjętej terapii?
- Leczenie jedno– czy wieloseansowe?
- Diagnostyka jako podstawa planowania leczenia.
- Znaczenie i ograniczenia diagnostyki radiologicznej.
- Izolacja pola zabiegowego.
- Prawidłowy dostęp i jego wpływ na dalsze etapy leczenia.
- Znaczenie mechanicznej preparacji kanałów korzeniowych.
- Stop NiTi.
- Narzędzia ręczne versus maszynowe.
- Glide Path.
- Preflaring – maszynowy czy manualny?
- Przykłady instrumentarium wykorzystywanego do preflaringu.
- Czy istnieje idealne narzędzie do opracowania kanałów korzeniowych?
- Przegląd systemów narzędzi maszynowych.
- Dekontaminacja chemiczna: płyny i techniki stosowane podczas chemicznego opracowania systemu kanałowego.
- Obturacja kanałów korzeniowych.
- Ostateczna odbudowa części koronowej jako integralny element leczenia endodontycznego.
- Prezentacja przypadków klinicznych.
- Dyskusja.

KURSY EPALS I ALS

Firma Trans-Medyk Ratownictwo przy współpracy z „Medycyną Praktyczną” z Krakowa ma zaszczyt zaprosić na szkolenie: EPALS i ALS. Szkolenie EPALS oraz ALS odbędzie się w dniach 16–17 listopada 2019 r. Liczba miejsc jest ograniczona.

Cena kursu EPALS – 1.500 PLN, cena kursu ALS – 1.500 PLN. Można skorzystać z refinansowania szkolenia dzięki Bazie Usług Rozwojowych i uzyskać do 80% zwrotu kosztów szkolenia – więcej szczegółów pod nr tel.: 511-985-630.

Około 6 tygodni przed kursem do osób, które zapisały się na szkolenie, zostaną wysłane szczegółowe informacje dotyczące warunków uczestnictwa w kursie oraz formularz zgłoszeniowy i przekaz z numerem konta. Warunkiem przeprowadzenia szkolenia jest zebranie grupy minimum 12 osób na każde szkolenie.

Na 4 tygodnie przed kursem, po potwierdzeniu uczestnictwa i uiszczeniu opłaty, uczestnikom zostaną wysłane materiały szkoleniowe.

Kursy będą się odbywać na terenie miasta Opola. Kursy prowadzone są przez kadrę dydaktyczną „Medycyny Praktycznej”. Za odbycie kursu przysługuje 18 pkt. edukacyjnych dla lekarzy i 18 pkt. edukacyjnych dla ratowników medycznych.

Osoby zainteresowane proszone są o zgłaszanie się do 15 października br. poprzez formularz zgłoszenia znajdujący się na stronie Opolskiej Izby Lekarskiej: www.opole.szkolenia@hipokrates.org

Małgorzata ŁUSZCZYŃSKA-OSTROWSKA

DR ROMAN SADOWSKI NA PODIUM



W dniach od 12 do 14 lipca 2019 r. pod egidą Polskiego Stowarzyszenia Tenisowego Lekarzy (PSTL) odbył się „Medbledon” – pierwszy w historii Polski turniej tenisowy lekarzy w tenisie na prawdziwej, naturalnej nawierzchni trawiastej. 78 lekarzy rywalizowało na czterech kortach w Michałowku koło Łowicza. Turniej wsparły Okręgowa Izba Lekarska w Łodzi, Naczelna Izba Lekarska w Warszawie, Firma Bracia Urbanek Andrzej i Jacek Urbanek Spółka Jawna, firma Steven, Galeria Browarna.

Właścicielem kortów jest Wojciech Pietrzak – internista z Łowicza, który regularnie grywa z sukcesami w turniejach PSTL. Przed Wimbledonem na trawie w Michałowku szlifowali swoją formę znani zawodnicy, m.in. Iga Świątek, Kamil Majchrzak, Magdalena Fręch, Daniel Michalski czy Stefania Rogozińska – Dzik.

Turniej obfitował w wiele atrakcji. W piątek odbył się uroczysty bankiet w barokowym Pałacu Radziwiłłów w Nieborowie. Jak to bywa na Wimbledonie, tak i w Michałowku – gry turniejowe w sobotę przerwały opady deszczu, przez co nie udało się rozegrać meczów deblowych i mikstowych. Natomiast w sobotę w sesji wieczornej na korcie z mączki ceglanej odbyły się 2 deblowe mecze pokazowe. W pierwszym meczu Warszawiacy Mikołaj Jędruszczak (wielokrotny Mistrz Polski w Tenisie w singlu i w deblu we wszystkich kategoriach wiekowych od skrzata do seniora) i Tomasz Moczek (wielokrotny Mistrz Polski w Tenisie w singlu i deblu w cyklu Seniorzy i Amatorzy PZT, lider rankingu SiA PZT open) wygrali z reprezentacją lekarzy – Kacprem Mularczykiem i Mi-

chałem Dyrdą. Trójka z tych Panów na drugi dzień rywalizowała w Mistrzostwach Polski Seniorów w Tenisie w Gliwicach. Drugi mecz to starcie lokalnych „herosów” – Kuby Dańczaka i Waldemara Żemło, którzy okazali się lepsi od lekarzy Marcina Krywiaka i Maćka Koczorowskiego. Uczestnicy meczów pokazowych oraz zwycięzcy i finaliści turnieju otrzymali pamiątkowe medale, które wręczał Wojciech Pietrzak oraz Ryszard Golański (wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej, przewodniczący Okręgowej Rady Lekarskiej w Łodzi, redaktor naczelny pisma OIL w Łodzi „Panaceum”, kierował „Gazetą Lekarską” w latach 2010–2018).

Jak to często bywa na trawie – nawierzchni bardzo specyficznej i wymagającej, w turnieju lekarskim w singlu nie obyło się bez niespodzianek. Zaskakująco przegrywali w swoich kategoriach wiekowych Mistrzowie Świata Lekarzy w Tenisie z lat poprzednich m.in: Bożena Kędzierska, Wojciech Pietrzak, Marcin Krywiak, Agnieszka Widziszowska czy Jan Paradowski. Turniej zakończył się w niedzielę wieczorem wspólnym oglądaniem finału Wimbledonu, w którym Djokovic pokonał Federera, broniąc piłki meczowe. OIL w Opolu reprezentował Roman Sadowski. Zajął 3 miejsce w singlu w kategorii +55.

Więcej informacji na temat lekarskich turniejów tenisowych można znaleźć na stronie www.pstl.org.

*Marcin POKRZYWNICKI
Sekretarz PSTL*

CÓRKI WŁADCÓW I KRÓLÓW POLSKICH



W ostatnich moich publikacjach wiele miejsca poświęciłem synom władców i królów polskich, którzy kiedy byli pierworodnymi zasiadali na tronach królewskich. Natomiast stosunkowo mało wiemy o córkach władców i królów Polski, a przecież i one zasiadały na tronach:

Danii – Ryksa córka Bolesława Krzywoustego, królowa Danii i Szwecji,

Węgier – Elżbieta córka Władysława Łokietka i Jadwigi Kalskiej, wyszła za mąż za Karola Roberta króla Czech i Węgier,

Czech – Świętochna córka Kazimierza Odnowiciela i Dobrogniewy, żona króla Wratisława,

Hiszpanii – Maria Amelia, córka Augusta III Sasa,

Francji – Maria Leszczyńska, córka króla Stanisława Leszczyńskiego, żona króla Ludwika XV i matka króla Ludwika XVI zgilotynowanego podczas Wielkiej Rewolucji Francuskiej w roku 1789.

Dlatego postanowiłem przybliżyć P.T. czytelnikom i pasjonatom historii niezwykle interesujące losy córek władców i królów polskich.

Mieszko I (932–992)

Z pierwszą żoną Dobrawą (Dąbrówką 965–977) miał syna, przyszłego króla Bolesława Chrobrego oraz córkę Świętosławę (Sygrydę) żonę Swena Widłobrodego, matkę Kanuta Wielkiego przyszłego króla Anglii, Danii i Norwegii.

Z drugą żoną Odą, córką margrabiego Dmytryka miał trzech synów: Mieszka, Świętopełka i Lamberta.

Bolesław Chrobry (967–1025)

Pierwsza żona nieznana z imienia, córka Rydygera margrabiego Miśni.

Druga żona Judyta, córka Gejzy księcia węgierskiego, urodziła pierworodnego syna Bezpryma.

Trzecia żona Emnilda, córka Dobromira księcia słowiańskiego, urodziła przyszłego władcę Polski Mieszka II oraz córkę Regelindę, która wyszła za mąż za niemieckiego księcia Hermana. Do dzisiaj w Katedrze w Neumburgu stoi jej posąg zwany „śmiejącą się Polką”.

Czwarta żona Bolesława Chrobrego Oda, córka Ekkeharda margrabiego Bośni, urodziła córkę Matyldę.

Mieszko II (990–1034)

Z jedyną żoną Rychezą, córką Ezzona palatyna reńskiego, miał dwie córki: Gertrudę – żonę Jarosława Wielkiego księcia kijowskiego i nieznana z imienia, poślubioną księciu węgierskiemu Belli oraz syna Kazimierza Odnowiciela.

Kazimierz Odnowiciel (1016–1058)

Miał jedną żonę – Dobrogniewę (1016–1087), córkę Włodzimierza Wielkiego, z którą miał czterech synów,

m.in. Bolesława Śmiałego i Władysława Hermana oraz córkę Świętochnę, poślubioną czeskiemu księciu Wratisławowi późniejszemu królowi Czech.

Bolesław Śmiały (1041–1081)

Miał jedną żonę Wyczesławę księżniczkę ruską, z którą miał jedyne go syna Mieszka.

Władysław Herman (1043–1102)

Pierwsza nieznana z imienia, córka Przeclawa z rodu Przemyślidów, urodziła syna Zbigniewa.

Druga żona Judyta, córka Wratisława księcia czeskiego, urodziła syna Bolesława Krzywoustego.

Trzecią żoną Władysława Hermana była Judyta Maria, córka cesarza Henryka III, urodziła trzy córki.

Bolesław Krzywousty (1086–1138)

Pierwsza żona Zbysława (1134–1114), córka Świętopełka Wielkiego księcia kijowskiego, urodziła pierworodnego syna Władysława nazwanego później Wygnańcem,

Drugą jego żoną była Salomea (1115–1129) hrabianka Bergu, która miała pięciu synów (stąd późniejsze rozbięcie dzielnicowe) oraz sześć córek: Ryksę, która wyszła za mąż za Magnusa króla duńskiego, potem za Swerkerę króla Szwecji (1116–1155) i wreszcie za Włodzimierza księcia nowogrodzkiego; Gertrudę (1126–1160); Dobrogniewę (1128–1160); Judytę, żonę króla Węgier Beli, potem za Ottona margrabiego brandenburskiego; Agnieszkę (1137–1182) i NN.

Władysław Wyganiec (1104–1159)

Miał jedną żonę Agnieszkę Justynę (1111–1160), córkę Leopolda hrabiego Austrii. Z nią miał czterech synów oraz córkę Ryksę (1130–1185) po ślubie z królem Kastylii Alfonsem XII cesarzową Hiszpanii.

Bolesław Kędzierzawy (1127–1172)

Jego żona Wierchosława (1136–1162), księżniczka Halicka urodziła trzech synów oraz córkę NN.

Mieszko Stary (1131–1202)

Pierwsza żona Elżbieta Gertruda (1128–1150), księżniczka węgierska, urodziła dwóch synów oraz trzy córki: Wierchosławę (1152–1223), Judytę (1154–1201) i Elżbietę (1152–1209).

Druga jego żona Eudoksja (1140–1181), córka Wielkiego Księcia Kijowskiego Izasława, urodziła trzech synów oraz dwie córki Salomeę i Anastazję.

Kazimierz Sprawiedliwy (1138–1194)

Miał jedną żonę Helenę, księżniczkę morawską. Doczekali się siedmiorga dzieci – sześciu synów, m.in. Kon-





rada Mazowieckiego, który sprowadził Krzyżaków do Polski oraz jedynej córki Adelajdy, która ufundowała kościół św. Jadwigi w Sandomierzu.

Leszek Biały (1188–1227)

Jego żoną była Grzymisława, księżniczka ruska. Mieli syna Bolesława Wstydlwego oraz córkę Salomeę (1211–1260), która wyszła za mąż za Kolomana, syna króla Węgier Andrzeja II.

Władysław Laskonogi (1168–1231)

Jego żona Łucja urodziła jedynego syna Ottona proboszcza Katedry w Magdeburgu.

Henryk Brodaty

Ożeniony z Jadwigą, księżniczką Meranu, kanonizowaną przez papieża Klemensa. Mieli czterech synów i trzy córki: Zofię (1190–1214), Agnieszkę (1190–1214), Gertrudę (1200–1267).

Bolesław Wstydlwy (1221–1279)

Żona Kinga Kunegunda (1239–1279), córka Belli IV króla Węgier, beatyfikowana przez papieża Aleksandra VIII, kanonizowana przez papieża Jana Pawła II. Było to tzw. „białe małżeństwo”.

Leszek Czarny (1240–1289)

Miał jedną żonę Rościławę (1265–1288), córkę Bana Kroacji, nie doczekali się potomstwa.

Przemysław II (1257–1296)

Z pierwszą żoną Ludgardą, córką Henryka II księcia Meklemburgii (1273–1282), miał dwie córki: Ryksę, żonę króla Szwecji Waldemara (1285–1293) i Małgorzatę, żonę Albrechta margrabiego brandenburskiego (1293–1306).

Z drugiego małżeństwa miał córkę Ryksę Elżbietę, żonę Wacława II króla Czech i Węgier, a po jego śmierci Rudolfa III Habsburga.

Wacław II (1272–1305)

Z pierwszą żoną Guttą córką niemieckiego króla Rudolfa I Habsburga miał dziesięcioro dzieci: Przemysław Otokara, Wacława, Agnieszkę, Annę, Elżbietę, Gutkę, Jana, Małgorzatę, ponownie Gutkę.

Drugą żoną Wacława II była Ryksa Elżbieta, córka Przemysława II króla polskiego, z którą doczekali się córki Agnieszki.

Władysław Łokietek (1260–1333)

Z żoną Jadwigą Kaliską, córką Bolesława Pobożnego miał trzy córki: Kunegundę, żonę Bernarda księcia świdnickiego; Elżbietę, żonę Karola Roberta króla Węgier i Jadwigę.

Kazimierz Wielki (1310–1370)

Pierwsza żona Aldona Anna, córka Wielkiego Księcia Litewskiego Giedymina (1325–1339), urodziła dwie córki: Elżbietę (1326–1361) i Kunegundę (1334–1357).

Druga żona Adelajda Heska była bezpłodna (1341–1367).

Z trzecią żoną, Krystyną Rokiczanką żoną wójta (burmistrza) Pragi, nie mieli dzieci.

Z czwartą żoną, Jadwigą Żagańską córką księcia Henryka V Żelaznego, Kazimierz Wielki nie miał dzieci. Dopiero po jego śmierci Jadwiga żagańska wyszła za mąż za księcia legnickiego Ruprechta i urodziła trzy córki: Annę (1366–1426), Kunegundę (1367–1370) i Jadwigę (1368–1407).

Ludwik Węgierski (1326–1382)

Pierwsza jego żona, Małgorzata Luksemburska, córka cesarza niemieckiego Karola IV Luksemburskiego (1345–1349), zmarła w 14 roku życia podczas porodu.

Druga żona, Elżbieta Bośniaczka córka Stefana Bana Bośni (1353–1387), urodziła trzy córki: Katarzynę Andegaweńską (1370–1378); Marię Andegaweńską (1371–1395), żonę Zygmunta I Luksemburskiego króla Węgier i Jadwigę Andegaweńską (1373–1399), królową Polski, żonę Wielkiego Księcia Litewskiego Władysława Jagiełły.

Władysław Jagiełło (1364 – 1434)

Z pierwszą żoną Jadwigą Andegaweńską (ślub w roku 1386) miał jedną córkę Elżbietę Bonifację, która otrzymała imię Bonifacja na cześć ówczesnego papieża Bonifacego IX, który zgodził się zostać ojcem chrzestnym. Poród miał miejsce w dniu 22 czerwca 1399 r. Niestety urodzona przedwcześnie Elżbieta Bonifacja zmarła po dwóch tygodniach, zaś załamana tym faktem królowa Jadwiga zmarła tydzień później w dniu 17 lipca 1399 r.

Druga żona Władysława Jagiełły, Anna Cillejska urodziła córkę Jadwigę w roku 1408, która zmarła w roku 1431. Krążyły pogłoski, że została ona otruta przez czwartą żonę Jagiełły, Sońkę Holszańską bojącą się rywalizacji ze swoimi synami.

Kazimierz Jagiellończyk (1427 – 1492)

Kazimierz Jagiellończyk i jego jedyna żona Elżbieta Rakuszaneczka doczekali się trzynastorga dzieci (więcej – bo czternaścioro miał tylko August II Sas). Sześciorgo z nich było synami, w tym czterech koronowanymi:

- 1456 – Władysław, król Czech i Węgier,
- 1458 – święty Kazimierz, patron Litwy,
- 1459 – Jan Olbracht, król Polski,
- 1461 – Aleksander, król Polski,
- 1467 – Zygmunt Stary, król Polski,
- 1468 – Ferdynand, drugi po Zbigniewie Oleśnickim kardynał.

Najstarsza córka, Jadwiga (ur. 1457) w wieku 18 lat wyszła za mąż za księcia bawarskiego Jerzego Bogatego. Ślub

w roku 1475 odbył się w miejscowości Landhust w obecności dziesięciu tysięcy gości. Z tej okazji zorganizowano turnieje rycerskie oraz tańce. Do dzisiaj na pamiątkę tego wesela organizuje się wielkie festyny połączone z widowiskami historycznymi i turniejami rycerskimi. Niestety małżonek Jerzy okazał się pijakiem i rozpustnikiem, który po dziesięciu latach małżeństwa oddał Jadwigę i osadził w zamku w Bughausen, mimo że Jadwiga urodziła mu piątkę dzieci. Jadwiga zmarła w roku 1502 w Bughausen, zaś książe Jerzy rok później z powodu marskości wątroby.

Kolejna córka Kazimierza Jagiellończyka i Elżbiety Rakuszanek, Zofia (ur. 1464) na chrzcie otrzymała imię na cześć babki Soni Holszańskiej matki Kazimierza Jagiellończyka. Piętnastoletnia Zofia wyszła za mąż za Fryderyka Hohenzollerna. Ceremonia ślubna odbyła się we Frankfurcie nad Odrą w roku 1478. Zofia urodziła osiemnastoro dzieci, z których najbardziej znany był Albrecht (ur. 1490), urodzony jako jej dziewiąte dziecko. W roku 1511 w wieku dwudziestu lat Albrecht przy poparciu cesarza Maksymiliana I został Wielkim Mistrzem Zakonu Krzyżackiego. Był zafascynowany reformacją i naukami Marcina Lutra, co spowodowało, że przeszedł na luteranizm i dokonał sekularyzacji Zakonu. 10 kwietnia 1525 r. książę Albrecht na krakowskim rynku złożył hołd polskiemu królowi Zygmuntovi Staremu zostając jego lennikiem, co pięknie namalował Jan Matejko w obrazie „Hołd Pruski” znajdującym się w krakowskich Sukiennicach. Równocześnie z rąk polskiego króla otrzymał władzę na terenie Prus znanych odtąd Prusami Książęcymi w odróżnieniu od Prus Królewskich. Hołd pruski nie podobał się żonie Zygmunta Starego Bonie Sforza, która wraz z córkami przyglądała się tej ceremonii z okien kamienicy na Rynku. Liczne ciążę i porody odbiły się na zdrowiu Zofii, która zmarła w roku 1512 w wieku zaledwie czterdziestu ośmiu lat. Jej mąż Fryderyk nigdy się już nie ożenił, tym bardziej, że jego rodzony syn Kazimierz zmusił go do abdykacji i uwięził w twierdzy Plasenburg ogłaszając, że ojciec jest chory umysłowo. W twierdzy tej Fryderyk spędził dwanaście lat i wyszedł na wolność dopiero po śmierci Kazimierza.

Kolejną córką Kazimierza Jagiellończyka była Anna (ur. 1476), która wyszła za mąż za księcia pomorskiego Bogusława X w roku 1491. Ślub miał miejsce w Szczecinie. Współcześni z uwagi na zasługi nadali Bogusławowi przydomek Wielkiego. Anna urodziła ośmioro dzieci, zmarła w roku 1503 z powodu ciężkiego zapalenia płuc.

Trzecia córka, Barbara (ur. 1478) została żoną księcia saskiego Jerzego w roku 1496 w Lipsku. Jerzy pochodził z dynastii Wettinów, z której pochodzili późniejsi polscy królowie August II Mocny i August III Sas. Wzorowe małżeństwo Barbary i Jerzego trwało trzydzieści osiem lat i doczekało się dziesięciorga potomstwa. Po śmierci Barbary w roku 1534 Jerzy pogrążył się w wielkiej żało-

bie, zapuścił brodę, której nie zgolił aż do śmierci i dlatego potomni nadali mu przydomek Brodatego.

Kazimierz Jagiellończyk i Elżbieta Rakuszanek mieli jeszcze trzy córki noszące to samo imię Elżbieta. Pierwsza z nich urodziła się w roku 1465 i zmarła po roku, druga urodzona w roku 1472 zmarła w ósmym roku życia, wreszcie trzecia urodzona w roku 1478 była ulubionym dzieckiem Rakuszanek (nazywana była Elżbietką). Urodziła się, kiedy Rakuszanek miała już czterdzieści siedem lat. Elżbieta dziesięć lat po śmierci Rakuszanek poślubiła legnickiego księcia Fryderyka II.

Te liczne koligacje małżeńskie córek Kazimierza Jagiellończyka pozwalają twierdzić, że wszystkie panujące w Europie domy monarsze mają wśród swych przodków po kądzieli tego najwybitniejszego Jagiellona.

Jan Olbracht (1459 – 1501) był bezżenny.

Aleksander (1461 – 1505)

Wraz z żoną Heleną Rurykiewiczówną nie doczekali się potomstwa. Współcześni podejrzewali go o niepłodność.

Zygmunt I Stary (1467 – 1548)

Pierwsza żona Barbara Zapolya (1495 – 1515), księżniczka siedmiogrodzka córka najpotężniejszego magnata węgierskiego Stefana niepospolitej urody i bardzo kochana przez Zygmunta urodziła dwie córki Jadwigę (rok 1513), która wyszła za elektora brandenburskiego Joachima I oraz Annę, która zmarła w piątym roku życia. Wkrótce po porodzie Anny, Barbara Zapolya zmarła prawdopodobnie z powodu zakażenia połogowego pozostawiając Zygmunta w wielkim żali i rozpacz.

Druga żona Zygmunta słynna Bona Sforza Aragońska (1494 – 1537) była księżniczką Bari i Rossano. Ślub odbył się na Wawelu w dniu 18 kwietnia 1518 roku. Bona urodziła pierwszego syna Zygmunta Augusta w dniu 1 sierpnia 1520 roku (stąd jego imię) oraz cztery córki.

Najstarsza Izabela urodzona w roku 1519 była oczkiem w głowie królewskiej pary (była najpiękniejszą). Wyszła za mąż za węgierskiego magnata Jana Zapolya w roku 1539. Urodziła jedyne go syna Jana Zygmunta w roku 1540, który nie zrobił kariery politycznej. Jej mąż zmarł dwa tygodnie po porodzie Jana Zygmunta. Izabela Jagiellonka zmarła w roku 1559.

Zofia Jagiellonka urodzona w roku 1522, poślubiła w 1535 r. księcia brunszwickiego Henryka, przy czym Brunzwik był w owych czasach mało liczącym się księstwem. Para nie doczekała się dzieci, ponieważ Henryk liczył 67 lat, Zofia natomiast lat 33.

Anna Jagiellonka (1523 – 1596) poślubiła Stefana Batorego na Wawelu w dniu 1 maja 1576 r. Batory liczył wówczas 40 lat, zaś Anna (ur. 1523) lat 50. Anna nie tylko nie grzeszyła urodą, ale też cierpiała na poważne dolegliwości reumatyczne oraz zaawansowaną próchnicę zębów. Nic też dziwnego, że Batory unikał kontaktów z nią (wg współczesnych król spędził w łóżnicy tylko dwie lub trzy





noce). Stąd przypuszczenia o impotencji Batoiego. Większość panowania poświęcił wojnom z carem Iwanem IV Groźnym o Inflanty (vide piękny obraz Jana Matejki pt. „Batory pod Pskowem”). Anna Jagiellonka została pochowana w Kaplicy Zygmuntowskiej obok Zygmunta I Starego i Zygmunta II Augusta, natomiast Stefan Batory w oddzielnej krypcie nekropolii wawelskiej.

Katarzyna urodzona w roku 1523 została żoną króla szwedzkiego Jana III z nowopowstałej w roku 1523 dynastii Wazów. Wazowie przyjęli za swój herb rodowy „snopek”, który do dzisiaj obowiązuje w Szwecji (wynikało to z tego, że w ówczesnych czasach 91% ludności Szwecji stanowiło chłopstwo). Ślub Katarzyny Jagiellonki i Jana II odbył się w Katedrze Wileńskiej w roku 1562. Urodziła córkę Izabelę, która zmarła półtora roku później, zaś w roku 1566 syna Zygmunta późniejszego króla polskiego Zygmunta III Wazę oraz córkę Annę. Została koronowana na „Królową Szwedów, Gotów i Wandali” w roku 1568 po śmierci obłąkanego króla Eryka XIV. Jej mąż Jan III również miewał napady szału. Pochowana została w kaplicy Wazów w Uppsali z renesansowym pomnikiem ukazującym jej postać, nad którym umieszczono obraz Krakowa z panoramą Wawelu.

Zygmunt II August (1520 – 1572)

Z trzema żonami: Elżbietą Habsburżanką, Barbarą Radziwiłłówną i Katarzyną Habsburżanką nie doczekał się potomstwa. Na nim wygasła jedna z najpotężniejszych dynastia Jagiellonów, z którą ówczesna Europa musiała się liczyć przez blisko dwa stulecia.

Henryk Walezy (1551–1589)

W czasie pobytu w Polsce był bezzenny i bezdzietny. Po ucieczce do Francji ożeniony z Ludwiką Lotaryńską, z którą nie miał dzieci.

Stefan Batory (1533–1586)

Ożeniony z Anną Jagiellonką, córką Zygmunta I Starego nie doczekał się potomstwa.

Zygmunt III Waza (1566–1632)

Miał dwie żony, z którymi doczekał się dwanaściora dzieci.

Z pierwszą żoną, Anną Austriaczką (1572–1598), najstarszą córką z piętnaściora dzieci austriackiego księcia Karola Styryjskiego miał pięcioro synów, w tym następcę tronu polskiego Władysława IV. Anna Austriaczka zmarła podczas porodu ostatniego syna Krzysztofa, który zmarł kilka minut po porodzie.

Drugą żoną Zygmunta III Wazy była młodsza siostra Anny Konstancja Austriaczka (1588–1631), z którą miał siedmioro dzieci, z których większość umierała w okresie niemowlęcym. Urodziła natomiast przyszłego króla polskiego Jana Kazimierza. Zygmunt III Waza nigdy nie doczekał się córki.

Władysław IV Waza (1585–1648)

Miał dwie żony:

Cecylię Renatę (1611–1644), córkę cesarza austriackiego Ferdynanda II, z którą miał syna Zygmunta Kazimierza (zmarł w 8 roku życia).

Ludwikę Marię Gonzaga (1611–1667), księżniczkę Mantui, z którą nie miał dzieci.

Jan Kazimierz (1609–1672)

Miał jedną żonę, wdowę po jego przyrodnim bracie Władysławie – Ludwikę Marię Gonzagę. Urodziła syna Jana Zygmunta, który zmarł po 6 tygodniach oraz córkę Annę Marię Teresę, która zmarła po roku.

Michał Korybut Wiśniowiecki (1639–1673)

Miał jedną żonę Eleonorę, córkę cesarza austriackiego Ferdynanda III Habsburga (1653–1707). Nie mieli dzieci, podejrzewany był o niepłodność. Po śmierci Michała Korybuta Wiśniowieckiego Eleonora z drugim mężem Karolem Lotaryńskim miała sześcioro dzieci.

Jan III Sobieski (1641–1696)

Jego wielką miłością i jedyną żoną była słynna „Marysiénka” de domo Maria Kazimiera de la Grange Arqui-en (1641–1716). Doczekali się trzynaściora potomstwa w tym córki: Teresę Kunegundę żonę elektora bawarskiego Maksymiliana II; Teresę Teofilę; Adelajdę Ludwikę i Marię Teresę. Pięć córek nieznanym z imienia zmarło tuż po porodzie. Marysiénka podobno była 24 razy w ciąży.

Stanisław Leszczyński (1677–1766)

Miał jedną żonę Katarzynę Opalińską (1680–1747, z którą miał dwie córki: Annę, która zmarła w młodości i Marię królową Francji, żonę króla Ludwika XV (1703–1768), matkę króla Francji Ludwika XVI, zgilotynowanego podczas Wielkiej Rewolucji Francuskiej).

August II Sas (1670–1705) Mocny

Miał jedną żonę Krystynę Eberhardynę Hohenzollern (1671–1727), z którą miał jedyne syna późniejszego króla Polski Augusta III Sasa.

August III Sas (1696–1763)

Miał jedną żonę Marię Józefinę córkę cesarza niemieckiego Józefa I. Miał z nią czternaścioro dzieci, w tym córki: Marię Amelię królową Hiszpanii; Marię Annę żonę elektora bawarskiego; Marię Józefę królową Francji i Marię Kunegundę. Trzy córki zmarły w dzieciństwie.

Stanisław August Poniatowski (1732–1798)

Był bezzenny. Z nieślubnych związków miał:

- z carycą Katarzyną II Wielką – córkę Annę (1757–1758),
- z Magdaleną Agnieszką Lubomirską – córkę Konstancję (1768–1810).

ZDROWA PRACA!

Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy wraz z Porozumieniem Rezydentów OZZL, przy pełnym wsparciu Naczelnej Izby Lekarskiej, zaplanował na początek października akcję, której celem jest ograniczenie czasu pracy do maksymalnie 48 godzin tygodniowo. Przedsięwzięcie jest pokłosiem fatalnej sytuacji w publicznym systemie opieki zdrowotnej oraz ciągłego lekceważenia pracowników ochrony zdrowia i pacjentów. Podjęcie decyzji o rozpoczęciu akcji jest wynikiem doświadczenia, które każe sądzić, iż tylko (niestety) siłowe rozwiązania mogą zmusić rządzących do zajęcia się w pierwszej kolejności problemem zdrowia.

Nierealizowane obietnice

8 lutego ubiegłego roku przedstawiciele lekarzy podpisali porozumienie z Ministrem Zdrowia, które było kompromisem i miało być nowym, dobrym otwarciem w drodze do poprawy jakości publicznego systemu opieki zdrowotnej. Po raz kolejny jednak okazało się, że ochrona zdrowia nie jest priorytetem dla decydentów. Nie była zresztą nigdy, od początku istnienia „nowej Polski”.

W ugodzie ustalono przede wszystkim szybsze tempo wzrostu nakładów na publiczne zdrowie w Polsce. Postulat, który przyświecał nam w walce o poprawę sytuacji, mówił o nakładach wynoszących docelowo 6,8% PKB w 2021 r. Usłyszeliśmy, że „*takich pieniędzy nie ma i nie będzie*”, stąd wybraliśmy kompromisowe 6% w 2024 r. Nikt z podpisujących porozumienie nie sądził, że tak naprawdę wcale tych 6% w 2024 r. nie osiągniemy. Tym bardziej, żaden z sygnatariuszy dokumentu kończącego tzw. protest rezydentów nie wiedział, że już trochę ponad rok później partia rządząca znajdzie te brakujące do 6,8% PKB 40 miliardów złotych na obietnice wyborcze („nowa piątka PiS”). Według wyliczeń ekspertów, z powodu przyjętej przez ustawodawców metodologii (udział PKB w finansowaniu zdrowia odnosi się do PKB sprzed 2 lat), w 2024 r. nakłady na publiczną ochronę zdrowia będą wynosić 5,33% PKB.

To najważniejsze, ale nie jedyne odstępstwo od zapisów porozumienia z 8 lutego 2018 r. Nie wszyscy otrzymali wspomniane podwyżki (lekarze rezydenci i lekarze specjaliści). Nie zmniejszono biurokracji. Nie zdjęto obowiązku określania poziomu refundacji na receptach. Nie określono normy zatrudnienia dla sekretarek medycznych w koszyku świadczeń gwarantowanych.

Pomysł decydentów na ochronę zdrowia

To pokazuje, jaki sposób działania przyjęły kolejne ekipy rządowe w pozornym uzdrawianiu systemu opieki zdrowotnej. Kierują się manipulacjami, nie inspira-

cjami. Dzięki temu gaszą pożary, ale nie doprowadzają do reformy źle zorganizowanej publicznej ochrony zdrowia. Manipulacje (w tym te pieniężne, jak podwyżki) często są skuteczne i pozwalają osiągnąć sukces – wiadać to przy każdym proteście środowiska medycznego i nie tylko. Lecz ich skutki są krótkotrwałe i w ostatecznym rozrachunku zawsze prowadzą do porażki. W końcu pracownicy konsumują wyższe wynagrodzenia, nie są lojalni z powodu niezapewnienia im (poza finansami) atrakcyjnych warunków pracy i protestują ponownie lub odchodzą do sektora prywatnego. Tylko inspiracje, misja lub wyższa wartość są w stanie doprowadzić do odczuwalnej i długotrwałej poprawy.

Zwiększenie świadomości

Z powodu globalnie małego zainteresowania środowiska medycznego sprawami pozazawodowymi, które jednak wpływają bezpośrednio na wykonywanie zawodu lekarza, stwierdziliśmy, że warto spotkać się z koleżankami i kolegami w ich miejscu pracy i przekazać im niezbędną wiedzę. Przekonać niezdecydowanych.

Silny związek zawodowy to najczęściej dobre warunki pracy i płacy danej grupy zawodowej. W Polsce, w przeciwieństwie do wszystkich lepiej lub podobnie rozwiniętych krajów europejskich, uzwiązkowienie jest żenująco niskie i oscyluje wokół 10% (dla porównania kraje Beneluksu to około 50%, kraje skandynawskie – ok. 70%, Islandia – 92%).

Mając na uwadze powyższe wybieramy się z lek. Janem Czarneckim – przewodniczącym Porozumienia Rezydentów OZZL, w podróż po większych ośrodkach medycznych w kraju. Odbывamy spotkania z zainteresowanymi lekarzami.

Ja wybrałem formę jednego dużego spotkania w danym regionie, podczas którego poza tematem akcji „Zdrowa Praca” poruszę również wątek OZZL (organizacji wbrew pozorom nielewicowej i niesocjalistycznej), mojego działania (w tym sporu z byłym dyrektorem ds. lecznictwa szpitala, w którym pracuję), obecnej sytuacji w ochronie zdrowia oraz odpowiem na pytania uczestników.

Olsztyn, Bydgoszcz, Poznań, Gdańsk i ew. Zielona Góra – to miasta na mojej mapie. Chcę zrobić wszystko, aby nie mieć wyrzutów sumienia przed ewentualnym opuszczeniem kraju, w przypadku, gdy adekwatne zmiany w funkcjonowaniu systemu opieki zdrowotnej nie będą możliwe.

Liczę na Was, Koleżanki i Koledzy! **W październiku pracujemy maksymalnie 48 godzin w tygodniu!**

Bartosz FIAŁEK

Bartosz FIAŁEK jest przewodniczącym Regionu Kujawsko-Pomorskiego OZZL oraz Komisji Młodych Lekarzy przy BIL.

(przedruk z „Primum” nr 9/19)

GRA RYNKOWA O POZYSKANIE LEKARZY JEST CORAZ OSTRZEJSZA

Szpital powiatowy ma gigantyczne kłopoty z pozyskaniem kadry lekarskiej. Trwa rynekowa walka o specjalistów, których liczba będzie w nadchodzących latach maleć, bo 1/3 z pracujących dzisiaj lekarzy to już seniorzy w wieku emerytalnym. Tej sytuacji nie zmieni nawet radykalne dołożenie pieniędzy do systemu.

Jak podkreśla prof. Andrzej Matyja, prezes Naczelnej Izby Lekarskiej, jesteśmy na szarym końcu Europy w liczbie lekarzy na tysiąc mieszkańców, a w całym kraju brakuje ich co najmniej 20 tys. Z deficytem kadr wiąże się nadmierne obciążenie pracą tych, którzy swój, teoretycznie czas wolny, czyli poza etatem, poświęcają na dodatkowe dyżury czy podejmowanie obowiązków w innych miejscach pracy.

POZ konkurencją dla szpitali powiatowych

Dr Józef Kurek, dyrektor Szpitala Wielospecjalistycznego w Jaworznie, wskazuje, że szpitale powiatowe mają coraz większe kłopoty kadrowe już nie tylko z powodu odchodzenia lekarzy do większych ośrodków czy szpitali klinicznych, ale przede wszystkim dlatego, że „podkradają” je placówki podstawowej opieki zdrowotnej. – *POZ jest zdecydowanie lepiej dofinansowany od szpitali i w związku z tym stał się atrakcyjnym miejscem pracy dla wielu lekarzy. Istotne są też warunki zatrudnienia – w POZ pracuje się 5 dni w tygodniu za niekiedy dwu-, a nawet trzykrotnie większe pieniądze niż te proponowane lekarzom w szpitalach* – wyjaśnia. Dodaje: – *W POZ nie ma przede wszystkim pracy w godzinach nocnych, w soboty i święta, obciążenia dyżurami. A jeśli lekarz chce sobie dorobić, to bierze dyżury w szpitalu wtedy, gdy mu to pasuje* – mówi dyrektor jaworznickiego szpitala.

– *W podstawowej opiece zaopatruje się pojedynczego pacjenta, a nie kilkunastu naraz, jak ma to miejsce często na oddziale. W POZ pacjent po pacjencie wchodzi do lekarskiego gabinetu, co daje lekarzowi nieporównywalny komfort pracy w porównaniu z rzeczywistością szpitalną* – wylicza dyrektor Kurek.

Konkurencją dla małych placówek powiatowych w zabieganiu o kadry są też, jak zawsze, duże szpitale. Często tam oferowane są lekarzom lepsze pieniądze, ale przede wszystkim magnesem jest wartość dodana, jaką daje prestiż pracy w dużym ośrodku. Lekarze mogą tam realizować swoje ambicje naukowe, w przyszłości przynoszące im też profity w prywatnym gabinecie.

Wykształcić specjalistę i go stracić

– *Często obserwujemy, że gdy wysyłamy lekarzy do realizowania wąskich specjalizacji w dużych placówkach, to już do nas nie wracają. Pod koniec specjalizacji są podkupywani. Tracimy na tym podwójnie. Po pierwsze tracimy*

lekarza, a po drugie – płacimy mu przez dwa lata pensję, a później on zatrudnia się tam, gdzie go wysłaliśmy, aby się uczył – mówi dr Kurek, podkreślając, że ten problem dotyczy praktycznie wszystkich szpitali powiatowych.

Przyznaje, że w ostatnich latach z powodu podkupienia przez większe szpitale odeszło kilkunastu lekarzy z kierowanej przez niego placówki. Podkreśla, że na takie ruchy kadr nie ma żadnej recepty. O tym decyduje rynek, a na nim generalnie brakuje lekarzy.

Praktycznie nie ma w kraju szpitala powiatowego, który nie poszukiwałby lekarzy. Od miesięcy z kłopotami kadrowymi boryka Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej im. dr Kazimierza Hołogi w Nowym Tomyszu. – *Od stycznia mamy dramatyczną sytuację na internie. Cały czas walczę o utrzymanie tego oddziału. Funkcjonowanie trzech innych – SOR-u, „wieczorynki” oraz pediatrii – spięte jest na przysłowiowym „wdechu”. Jeśli któryś z lekarzy zachoruje albo z innego powodu wypadnie z grafiku, będzie dramat* – mówi Tomasz Przybylski, dyrektor Szpitala Powiatowego im. dr Kazimierza Hołogi w Nowym Tomyszu.

Przed wszystkim przemęczenie

Jak tłumaczy, na kłopoty kadrowe placówki składa się kilka powodów. Pierwszy to „przemęczenie materiału”: – *Lekarze są po prostu przepracowani. Obciążenie pracą w oddziale szpitala powiatowego, przy próbie zbilansowania finansów, kończy się tym, że liczba lekarzy w stosunku do obłożenia jest niewystarczająca* – zaznacza dyr. Przybylski.

Jego zdaniem zobligowanie szpitali sieciowych do wejścia w kontrakty na nocną i świąteczną opiekę medyczną spowodowały, że duże aglomeracje przejęły tych lekarzy, którzy jeszcze niedawno dojeżdżali do powiatowych placówek z większych miast. Konstatuje: – *Trudno dziwić się, że do nas z Poznania nikt już nie chce przyjechać, bo tę samą pracę ma u siebie na miejscu.*

– *Braki na SOR to powszechny problem, brakuje lekarzy z tą specjalizacją, podobnie jak pediatrów, których przede wszystkim podbiera nam POZ. Niestety, lekarzy nie będzie więcej, a Ministerstwo Zdrowia co rusz zaskakuje nowymi wymogami, które na pewno nam nie pomagają. Lekarze przede wszystkim narzekają na pracę papierkową, bo mają przed sobą coraz więcej biurokracji i coraz mniej czasu dla pacjenta* – podkreśla dyrektor Przybylski.

Znowu „winien” POZ?

Kolejnym, przykładowo wybranym szpitalem powiatowym, który od dawna boryka się z problemami kadrowymi, jest Powiatowy Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Rydułtowach i Wodzisławiu Śląskim. Tam nie ma miesiąca, aby lekarze nie składali wypowiedzeń.

Kiedy kilku lekarzy zrezygnowało z zaplanowanych dyżurów, spowodowało to problemy z organizacją obsady na oddziałach. Z powodu pobytu na zwolnieniu lekarskim dwóch internistów, trzeba było przeorganizować pracę izby przyjęć. Gdy ktoś wypada z grafiku dyżurów, inni muszą wziąć jego obowiązki na swoje barki. Zdarzają się sytuacje, że niektórzy lekarze dyżurują nawet 8 razy w miesiącu, oczywiście poza swoimi, wcześniej ustalonymi godzinami pracy.

W opinii Wojciecha Olszówki, z-cy dyrektora ds. restrukturyzacji i rozwoju szpitala PPZOZ Rydułtowy – Wodzisław Śląski, nie jest jednak zasadniczym problemem odchodzenie lekarzy do większych ośrodków i szpitali klinicznych, bo te mają swoich w wystarczającej ilości. – *Najczęściej lekarze odchodzą do POZ. Na przestrzeni ostatnich dwóch było to sześć osób. To pokaźna liczba, biorąc pod uwagę wielkość naszego szpitala* – mówi dyrektor Olszówka.

Widziane z perspektywy POZ

Wszystko to inaczej wygląda z perspektywy POZ. Jak mówi dr Jacek Krajewski, prezes Federacji Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia Porozumienie Zielonogórskie, najwięcej świadczeń jest wykonywanych w podstawowej opiece zdrowotnej, w której działa ponad 6 tys. przychodni i około 10 tys. miejsc udzielania świadczeń. – *Zrozumiałe jest, że tam, gdzie udziela się najwięcej świadczeń, tam potrzeba najwięcej lekarzy. Nie demonizowałbym problemu „podkupywania” szpitalom lekarzy przez POZ. Takie sytuacje dzieją się bardzo rzadko* – uważa dr Krajewski, podkreślając jednocześnie, że przyciągnąć lekarzy do POZ, gdzie też są bardzo potrzebni, może tylko wyższa płaca niż w szpitalu.

– *Jednak opowieści o wielkich, niemal mitycznych środkach, które mamy do dyspozycji w POZ, są nieprawdziwe.*

RODO PO ROKU

Minął ponad rok, odkąd obowiązują przepisy RODO. Rozporządzenie w tej sprawie weszło w życie w maju 2018 roku i miało wywrócić „do góry nogami” temat ochrony danych. O tym, czy wywróciło, będzie mowa dalej.

Wejście w życie RODO wywołało w środowisku lekarskim wiele zamieszania, kontrowersji i sprzecznych opinii. Temat ten zawładną całą sferą publiczną. Wszyscy mamy wrażenie, że przez ostatnie kilkanaście miesięcy nie było dnia, w którym w mediach czy prasie branżowej nie pojawiłyby się informacje o RODO. Na każdym kroku bombardowano nas kolejną dawką nowości, mniej lub bardziej trafionych pomysłów z zakresu ochrony danych osobowych, nierzadko bliskich absurdu, mających czysto reklamowo-propagandowy charakter, bez uzasadnionych podstaw prawnych i merytorycznych. Prywatnie mam wrażenie, że największym zyskiem z RO-

Żeby zapewnić świadczenia, uniknąć narzekań pacjentów na kolejki, odsyłania – musimy zapewnić odpowiednią kadre. Na to mamy określoną pulę pieniędzy. To, że dzisiaj może być ona nieco wyższa, niż często może zaproponować dyrektor szpitala, to efekt konkurencji i konieczność spełnienia wymagań, jakie stawia przed nami płatnik i pacjent – ocenia sytuację prezes Krajewski.

Przyznaje natomiast, że POZ rzeczywiście konkuruje ze szpitalami o lekarzy. Jednak, jak podkreśla, tylko o tych, którzy chcieliby opuścić szpital i nie widzą siebie w roli klinicystów i szpitalników. Przechodzą do POZ, gdzie najczęściej robią specjalizację i zostają tam na stałe. Wtedy zbierają swoich pacjentów jako listę aktywną. Jednak, aby tak się stało, muszą być lepiej gratyfikowani przez POZ niż przez szpital.

Mamy niewłaściwe proporcje

– *Opieka otwarta jest tańsza dla państwa. Będzie skuteczna, gdy będziemy mieli więcej czasu dla pacjentów i więcej lekarzy. Dzisiaj ponad połowa pieniędzy w planie finansowym NFZ trafia do szpitali, co jest ewenementem w skali europejskiej. Aby odwrócić ten trend, płatnik decyduje się wzmacniać potencjał POZ i umożliwić lekarzom wybór* – mówi dr Krajewski.

Jak przekonuje prezes Porozumienia Zielonogórskiego, wzmocnienie opieki otwartej będzie możliwe jednak tylko wtedy, gdy będzie więcej lekarzy w opiece ambulatoryjnej. – *Tylko wtedy będą mieli dla pacjenta więcej czasu i będą w stanie zapewnić im lepszej jakości świadczenia. Wtedy będzie też mniejsze ryzyko, że pacjent trafi do oddziału szpitalnego, co oznacza, że leczenie szpitalne nie będzie pochłaniało tak dużej jak obecnie ilości środków NFZ* – podsumowuje Jacek Krajewski.

Jacek JANIK

(przedruk z „Rynku Zdrowia” nr 7-8/19)

DO jest zysk finansowy pseudoprawników i innej maści RODOwitych dziwaków.

A po roku nadszedł spokój?

Niestety nie nadszedł. Rok obowiązywania rozporządzenia RODO dość wyraźnie pokazał, że ochrona danych to proces ciągły. Ktoś, kto wstawił dane adresowe swojego podmiotu leczniczego do gotowego wzoru Polityki Bezpieczeństwa Informacji i uważa temat za zamknięty, mocno się myli. Przez ten rok dużo się działo w przepisach RODO i aktach pochodnych. Pojawiły się nowe wytyczne. Pierwsze kontrole pokazały na przykład, że trochę po macoszemu traktowany obowiązek informacyjny może być ważnym elementem kontroli. Ochroną danych trzeba zajmować się na bieżąco. Wnikliwa analiza dokumentacji sporządzonej przed wejściem w życie RODO to po upływie roku absolutna konieczność.





Wszyscy podsumowują

I ja postaram się podsumować najważniejsze wnioski płynące z RODO – w kilku punktach i w kontekście lekarzy zrzeszonych w DIL. Poniższa lista to przede wszystkim suma moich zawodowych doświadczeń i obserwacji poczynionych podczas dyżurów w Izbie w charakterze inspektora ochrony danych oraz podczas szkoleń. Oczywiście przedstawiony katalog nie wyczerpuje tematu, ale zwraca uwagę na konkretne problemy:

- dość nieprawdopodobne, ale z mojej praktyki wynika, że nadal są podmioty, które nie posiadają ŻADNEJ dokumentacji ochrony danych osobowych (sic!);
- bardzo często popełniany jest ten błąd: „*Ja jestem małym podmiotem, co ja tam mam w tej dokumentacji, kilka kartotek i tyle – mnie to nie dotyczy.*” Nieprawda. Dotyczy. Wszystkich;
- wiele podmiotów sporządziło dokumentację „na kolanie”, wstawiło dane adresowe w szablony, które nie odpowiadają rzeczywistości;
- w niektórych sektorach pojawiły się pierwsze konkretne wytyczne, np. dotyczące monitoringu wizyjnego. Wiem z doświadczenia, że takowy w wielu przychodniach i podmiotach leczniczych występuje. Warto zajrzeć do przepisów szczegółowych, zaktualizować dokumentację i to nie tylko pod kątem monitoringu – przepisy po prostu się zmieniają, pojawiają się nowe interpretacje, uszczegółowienia;
- upoważnienia nadane pracownikom w zeszłym roku nie zostały zweryfikowane, wiele firm posiada stan upoważnień na dzień 25.05.2018 r. (dzień wejścia w życie RODO), a przecież migracja pracowników istnieje, jedni odeszli, inni się pojawili. Nowo zatrudnionym pracownikom należy nadać upoważnienia, a byłym je odebrać;
- większość podmiotów nie stworzyło rejestru umów podmiotu. Choć dokument taki nie jest nigdzie wymagany, znakomicie pomaga zorganizować dokumentację. Firmy czasami nie do końca wiedzą, z kim mają podpisane umowy i do kiedy, lub też współpracują od lat z podmiotami, a umowy na piśmie brakuje. Doskonałym przykładem jest wieloletnia dobra współpraca z biurami rachunkowymi – tam też powinniśmy mieć umowę powierzenia przetwarzania, a często nie mamy nawet umowy o współpracy. Pamiętajmy, że oprócz klasycznych umów (o pracę, z biurem rachunkowym, z laboratorium czy z informatykiem) mamy też umowy licencyjne na oprogramowanie, czy umowy elektroniczne na usługi IT (np. backup w chmurze, hosting). Takie umowy powinny mieć również odzwierciedlenie w dokumentacji ochrony danych;
- sporym błędem jest ignorowanie szeroko pojętej sfery informatycznej PWDZ (podmioty wykonujące działalność leczniczą). Nagminne są sytuacje, że informatyką w takim podmiocie, szczególnie małym, zajmuje się syn sąsiada („*bo mi kiedyś Internet ustawił*”), kuzyn („*bo niby umie*”), szwagier („*bo pracuje przy komputerach*”). I często jakość pracy takich osób jest zupełnie nieweryfikowana. O dramatycznie błędnych decyzjach dowiadujemy się już po awarii, wycieku danych

itp. Niestety, takie czasy odeszły już do lamusa. Warto zwrócić się do konkretnego informatyka, prosty audyt naprawdę nie kosztuje fortuny, a będą Państwo mieli uczciwy i, co ważne, zewnętrzny pogląd na sytuację. Na stronie internetowej UODO (uodo.gov.pl) znajdziemy informację „*10 wskazówek dla administratorów – jak stosować RODO – doświadczenia z pierwszego półroczu*”, a tam w jednym z podpunktów: „*Zainwestuj w fachowego IOD*”. Taki fachowy IOD na pewno zaleci zewnętrzny audyt informatyczny;

- traktowanie informatyki (a co za tym idzie – ochrony danych) jako zbędny koszt. Informatyka to nie koszt, ale inwestycja, inwestycja w nasz spokój.

Nie jest tak źle!

W wielu placówkach bywam również jako pacjent, i oczywiście z racji wykonywanego zawodu, przyglądam się dyskretnie realizacji ochrony danych: widzę skuteczne rozwiązania, wywieszone obowiązki informacyjne i inne tabliczki. Wiem, że wiele podmiotów ma całkiem dobrze przygotowaną dokumentację, większość PWDZ wyznaczyło IOD lub osoby odpowiedzialne za RODO.

Zwróćcie Państwo szczególną uwagę na obowiązek informacyjny, jaki jesteście zobligowani wypełnić względem pacjentów. Wystarczy prosty tekst, którego wzór znajdziecie Państwo na stronie: www.dilnet.wroc.pl (RODO – wzory dokumentów). Jest to informacja między innymi o tym, kto jest administratorem danych, jak przetwarzamy dane i dlaczego, i jakie prawa ma pacjent w związku z tymi danymi. Prosta karta formatu A4 wywieszona w poczekalni załatwia sprawę. Dlaczego to takie ważne? Zapewne słyszeliście Państwo o pierwszej karze nałożonej przez UODO – 1 mln zł. Za co ta kara? Właśnie za niewypełnienie takiego obowiązku informacyjnego. Co prawda chodziło tam o 6 mln rekordów danych pozyskanych z Internetu w celach komercyjnych i nie stanowi to doskonałej analogii do podmiotów leczniczych, jednak ta kara wyraźnie pokazuje kierunek działań UODO.

Czy RODO wywróciło świat do góry nogami? Jeszcze rok temu RODO przedstawiano nam jako rewolucję, która wszystko zmieni. Ale tak nie jest. RODO okazało się łagodniejsze niż myśleliśmy. Niczego nie zabrania, wytycza tylko kierunki i nakreśla ogólne zagadnienia. Sposób realizacji obowiązków wynikających z RODO leży po naszej stronie. Mamy zastosować „*środki odpowiednie do zagrożeń*”. To bardzo ogólne, lecz ważne stwierdzenie w terminologii RODO.

Podczas dyżurów jako IOD często słyszę pytanie dotyczące udostępniania dokumentacji medycznej. Z ust lekarzy pada przeważnie stwierdzenie: „*Nie mogę tego zrobić, bo RODO*”. Otóż w sposobie udostępnienia dokumentacji RODO nie bierze wielkiego udziału, wszystko odbywa się zgodnie z innymi, niż RODO, przepisami ogólnymi. Tak było też przed RODO. Nic się nie zmieniło. Udostępniamy dane na takich samych zasadach, jak do tej pory.

Podobnie rzecz się ma ze zbieraniem danych osobowych. Pamiętajmy o jednej kluczowej zasadzie RODO – jeśli inne przepisy nakazują nam przetwarzanie danych w taki, a nie inny sposób, to RODO się w to nie miesza. To nie RODO ustala sposób prowadzenia dokumentacji me-

dycznej, tylko inne ustawy, które obowiązywały już wcześniej. Dlatego nie musimy mieć na przykład zgody pacjenta na przetwarzanie jego danych, bo robimy to na podstawie ustawy (np. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta).

Ustawianiem danych rządzi ta sama zasada. Wyobrażacie sobie Państwo sytuację, w której pacjent żąda od lekarza usunięcia jego kartoteki? Żądać zawsze może, ale ustawy branżowe nakazują wyraźnie, by przechowywać dokumentację przez określony czas. Nic nie usuwamy. RODO nic nie zmieniło – również w tym zakresie.

Praktyczny punkt widzenia

A co, jeśli ktoś zechciałby poprawić skuteczność ochrony danych, zrobić to efektywniej, sprawniej? Jako inspektor ochrony danych i informatyk rozwiązanie docelowe widzę w dobrym oprogramowaniu dedykowanym praktyce, przychodni czy innemu podmiotowi leczniczemu, a co za tym idzie, zarządzaniu dokumentacją medyczną. Do tematu podszedłbym szeroko, uwzględniając też obok ochrony danych zagadnienie elektronicznej dokumentacji medycznej i nadchodzącej między innymi e-recepty, zgodność z przyszłościowym systemem wymiany danych HL7, itp.

Dobre oprogramowanie pozwoli jednocześnie co najmniej na:

- zgodne z przepisami prowadzenie elektronicznej dokumentacji medycznej, spełniające wszystkie wymagania oraz zagadnienia planowane w przyszłości (e-recepta, e-skierowanie itp.);
- zarządzanie upoważnieniami do tej dokumentacji i prowadzenie rejestru udostępnień;
- bardzo zręczne zarządzanie uprawnieniami personelu w zakresie danych, zależne od stanowiska i kompetencji danej osoby;
- rejestrację i kontrolę umowy podmiotu oraz upoważnienia dla personelu.
- Proces rozpocząłbym od:
- wyznaczenia osoby odpowiedzialnej (lub zatrudnienie fachowca);
- wykonania audytu RODO, a przy okazji audytu IT, ponieważ są to tematy zazębiające się;
- uzupełnienia brakującej dokumentacji ochrony danych lub jej aktualizacji; dostosowania organizacji pracy podmiotu do RODO (zachowanie personelu i czynnik ludzki);
- dostosowania systemów IT po audycie (w tym dobór oprogramowania i sprzętu);
- szkolenia!

Zastosowanie kompleksowych rozwiązań softwarowych spowoduje, że łatwiej będzie wdrożyć pewne rozwiązania. Na przykład udostępnić dokumentację osobom innym niż upoważnione, ponieważ zadba o to program, a udostępnienie takie automatycznie znajdzie się w rejestrze udostępnień. Całość dokumentacji będzie spójna i kompletna. Jeśli chcielibyśmy zrobić to „na piechotę” w wersji papierowej, narażeni jesteśmy na błędy i pomyłki – wszak czynnik ludzki jest zawsze najsłabszym ogniwem takiej infrastruktury. Czasochłonność pracy z dokumentacją papierową też jest argumentem przemawiającym na korzyść informatyzacji.

Producenci programów do elektronicznej dokumentacji medycznej doskonale zdają sobie sprawę, że jeśli ich

program nie spełnia kryteriów poprawności i zgodności z EDM i RODO, to szybko zniknie z rynku. Moja znajomość tych programów, a także praktyka zawodowa pozwalają wyciągnąć wniosek, że kilku wiodących producentów takiego oprogramowania produkuje naprawdę dobre rozwiązania. Decydując się na nie mamy wręcz gwarancję zgodności z EDM i z RODO. Duże firmy informatyczne zatrudniają całe działy prawne dbające o taką zgodność. [...]*

Znam wiele przykładów podmiotów, w których kompleksowe wdrożenie EDM i RODO nie tylko nie spowodowało, ale wręcz rozwiązało wiele problemów, a przede wszystkim największy z nich, czyli spokój właściciela. Życzę tego również Państwu! Nie takie RODO straszne, jak je malują!

RODO – NAJCZĘŚCIEJ ZADAWANE PYTANIA

1. Jakie są największe błędy w stosowaniu RODO?

- zupełny brak dokumentacji,
- dokumentacja oparta na szablonach i niedostosowana do specyfiki podmiotu,
- brak stałej pieczy nad dokumentacją i nieaktualne dane,
- brak lub nieważne upoważnienia i umowy powierzenia przetwarzania,
- niepotrzebne zbieranie zgód pacjentów na przetwarzanie danych.
- brak obowiązku informacyjnego.

2. Niezbędnik RODO to?

- dokument – Polityka Bezpieczeństwa Informacji,
- upoważnienia dla pracowników,
- umowy powierzenia przetwarzania dla firm, z którymi współpracujemy,
- spełnienie obowiązku informacyjnego (wywieszka),
- zabezpieczenie danych osobowych (organizacja stanowiska w rejestracji, wywoływanie pacjentów, polityka czyścigo biurka).

3. Co zrobić, by wdrożyć RODO?

- wyznaczyć osoby odpowiedzialne za RODO lub zatrudnić specjalistę,
- wykonać audyt RODO + IT,
- uzupełnić/aktualizować dokumentację,
- dostosować organizację pracy podmiotu do RODO,
- wykonać weryfikację/upgrade systemów IT.

4. Jakie są minimalne wymagania IT w zakresie RODO?

- aktualne oprogramowanie systemowe (np. Windows 10),
- aktualne oprogramowanie antywirusowe,
- firewall (zapora ogniowa),
- logowanie do komputera za pomocą hasła,
- codzienna (a nawet częściej) kopia zapasowa danych,
- szyfrowane e-maile,
- złożoność haseł i regularna ich zmiana.

* skrót pochodzi od Redakcji Opolskiej

Maciej KOZIEJKO

O autorze: inżynier informatyk, inspektor ochrony danych, programista, od 1999 r. związany z informatyką w medycynie. Autor informatyzacji licznych placówek medycznych oraz innych firm i instytucji, od 2018 r. IOD w Dolnośląskiej Izbie Lekarskiej.

(przedruk z „Medium” nr 7-8/19)

CZEMU SŁUŻY DIALOG?

Jak powinni się komunikować partnerzy funkcjonujący w systemie ochrony zdrowia, aby programy polityki zdrowotnej były skuteczne? – to podstawowe pytanie, na jakie próbowali odpowiedzieć uczestnicy drugiej edycji Kongresu Komunikacji w Ochronie Zdrowia, jaki odbył się w Łodzi 11–12 czerwca 2019 r. (wtorek–środa). Organizatorem konferencji była Fundacja „Misja Medyczna”, a miejscem – gościnne progi łódzkiej Okręgowej Izby Lekarskiej.

Ponad dwudziestu wykładowców z całej Polski, ekspertów w swoich dziedzinach, dyskutowało między sobą, a także z uczestnikami wydarzenia, w czasie kilkunastu paneli tematycznych. Sześć podstawowych zagadnień, jakie były poruszane to: sposoby komunikowania się w obszarze badań profilaktycznych oraz w sytuacjach kryzysowych; problem odpowiedzialności pacjentów za swoje zdrowie i udział w procesie leczenia; zadania i nowoczesne narzędzia, jakimi się posługują profesjonaliści od komunikacji wewnętrznej oraz zewnętrznej w firmach działających w systemie; budowanie wizerunku zawodów medycznych (głównie lekarzy); metody i technologie służące optymalizacji procesów diagnostycznych i terapeutycznych.

Konferencja rozpoczęła się wcześniej rano we wtorek, a na tzw. pierwszy ogień poszły badania profilaktyczne. Na pytanie: *Dlaczego dzieje się tak, że są pieniądze na profilaktykę, są organizatorzy badań, a nie ma kompletu chętnych pacjentów i co zrobić, żeby tę sytuację zmienić?* – starali się odpowiedzieć czterej paneliści, a po pewnym czasie do dyskusji włączyła się również publiczność. Panel prowadził Krzysztof Suszek, ekspert do spraw public relations i komunikacji marketingowej, organizator Kongresu i przewodniczący Fundacji „MM”, a za stołem zasiedli: Paweł Czekalski – praktykujący lekarz chirurg, prezes Okręgowej Rady Lekarskiej w Łodzi, Jakub Gołąb – ekspert w zakresie public relations zdrowia publicznego i dziennikarz, dyrektor Departamentu Dialogu Społecznego i Komunikacji w Biurze Rzecznika Praw Pacjenta oraz Paweł Paczkowski – ekonomista, prezes Zarządu NU-MED – Centrum Diagnostyki i Terapii Onkologicznej w Tomaszowie Mazowieckim, wcześniej przez cztery lata pełniący stanowisko dyrektora oddziału NFZ w Łodzi.

Padały różne propozycje rozwiązania tego problemu. Mówiono, że należy: inaczej organizować badania profilaktyczne, głównie aktywizując w tym zakresie lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej; z celowaną promocją badań przesiewowych występować do określonych grup pacjentów i szerzej propagować ich skuteczność; szerzenie wiedzy o profilaktyce rozpocząć już od pogadanek w przedszkolu, a kontynuować nawet wśród seniorów; więcej miejsca poświęcać tej tematyce, np. w telewizji publicznej; sprawy profilaktyki oddać w ręce edukatorów zdrowotnych czy specjalnych koordynatorów zatrudnionych w samorządach terytorialnych itp., itd.

Z tematu dotyczącego sensu stricte profilaktyki, dyskusja już w czasie tego panelu zeszała (i była to przysłowiowa dyskusja-rzeka) na zagadnienia związane z trudnymi relacjami lekarz–pacjent. Zresztą kwestia dotarcia do pacjenta z informacjami, nawiązania z nim dialogu i budowania zaufania, a także kto i jak powinien wspierać lekarza w tej kwestii – towarzyszyła w zasadzie wszystkim punktom wtorkowego programu oraz całego Kongresu. Do sprawy odniósł się także nieco później jego organizator, przedstawiając raport będący odpowiedzią na pytanie: *Czy w czasie studiów na wydziale lekarskim są prowadzone zajęcia z komunikacji?* Wyniki były zaskakujące, gdyż okazało się, że w uczelniach medycznych znajdują się w programie, a w niektórych nawet w wymiarze stu godzin. Dlaczego zatem lekarze narzekają, że na studiach nie są przygotowywani do rozmów z pacjentami, szczególnie tych trudnych, o niepomyślnych rokowaniach czy śmierci i pobieraniu narządów. Może po prostu studenci, skupiając się na zdobywaniu wiedzy o procesie leczenia, te dodatkowe zajęcia bagatelizują?

Program drugiego dnia konferencji był przeznaczony głównie dla profesjonalistów, czyli osób zajmujących się zarządzaniem komunikacją wewnętrzną i zewnętrzną instytucji działających w ochronie zdrowia, w tym relacjami z mediami i public relations. Żywa, merytoryczna dyskusja toczyła się w czasie pierwszego panelu na temat obecności lekarzy oraz placówek medycznych w mediach społecznościowych i Internecie. W dyskusji udział wziął m.in. Amadeusz Małolepszy, radca prawny OIL w Łodzi, który podkreślił, że bardzo ważna jest ostrożność w dobieraniu treści publikowanych przez lekarzy na różnych portalach czy blogach, zarówno jeśli chodzi o kwestie prawne i zakaz reklamy, jak i etyczne-wizerunkowe, dotyczące treści kontrowersyjnych, bo – jak mówił – „to, co jest w sieci, nigdy nie ginie”.

W drugim panelu, będącym naturalną kontynuacją pierwszej rozmowy, którego moderatorem była Joanna Wołkowicz, kierownik Działu Promocji w Górnośląskim Centrum Medycznym Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach, mówiono głównie o roli Facebooka w bezpośredniej komunikacji placówek medycznych z pacjentami. Z tego medium czerpią oni informacje o ich działalności, a często znajdują też wsparcie ze strony innych chorych, co jest ważne zwłaszcza w przypadkach onkologicznych. Facebook wspiera też lekarzy danej placówki w kontaktach z pacjentami, gdyż mogą się tam „wygadać”, poskarżyć, uzyskać sprawdzoną wiedzę o swojej chorobie. Wówczas lekarz w gabinecie może się skoncentrować wyłącznie na działaniach stricte medycznych.

Zwrócono też m.in. uwagę na rolę social mediów w konstruowaniu kampanii społecznych i edukacyjnych, które umożliwiają, np. dotarcie do niezwykle wąskich grup pacjentów z rzadkimi dolegliwościami. Z in-

nym, ale bardzo ciekawym tematem wystąpiła w tym panelu rzecznik prasowa OIL w Łodzi – Joanna Barczykowska-Tchorzewska, która opowiadała o dwutorowej komunikacji w ramach działań Izby.

– *Myśląc o wszystkich lekarzach, musimy prowadzić komunikację na trzysta sześćdziesiąt stopni, gdyż młodzi lekarze są biegli w social mediach, ale do starszych możemy dotrzeć tylko poprzez „Panaceum”, a także izbową witrynę www* – mówiła J. Barczykowska: – *Widzimy, że jest potrzeba wymian myśli i bycia w stałym kontakcie, stąd pracujemy nad ogromnym projektem, który nazwałabym Internetową Izbą Lekarską. Będzie to rozbudowany portal, na którym, oprócz informacji o życiu naszej instytucji, będą również profile osobiste lekarzy, a także część administracyjna, w której będzie można wiele spraw formalnych związanych z przynależnością do Izby załatwić za pomocą Internetu.*

Podczas Kongresu mieliśmy też zaszczyt posłuchać specjalnego gościa – Arcybiskupa Metropolity Łódzkiego – Grzegorza Rysia, którego wystąpienie wywołało wiele wzruszeń. W swoim referacie pt. „Czemu służy dialog?” nawiązał do filozofii ks. Józefa Tischnera i w charakterystyczny dla siebie sposób mówił – syjąc anegdotami oraz przykładami z Pisma Świętego – o tym m.in.: że dialog nie musi służyć pozyskiwaniu informacji, a raczej ma

uruchomić proces myślenia i pomóc nawiązać relacje. – *W dialogu chodzi o to, by nie stracić człowieka* – podsumował arcybiskup.

Na koniec warto wspomnieć o wystąpieniu dr. hab. Dariusza Tworzydły, eksperta od badań społecznych i public relations z Katedry Komunikacji Społecznej i public relations z Wydziału Dziennikarstwa Uniwersytetu Warszawskiego. Swoją prezentację pt. „Jak tworzyć skuteczne programy antykrzysowe?” rozpoczął od zdania: „*W służbie zdrowia kryzys trwa permanentnie*”. Dalej zaś mówił o tym, jakiego języka używać w sytuacjach kryzysowych i jak komunikować dziennikarzom trudną prawdę, a także – czym wywołał gorącą dyskusję – że... nie ma wrogich mediów, są tylko niedoinformowane.

Po prezentacji odbyły się ekspresowe warsztaty, w czasie których uczestnicy mieli za zadanie napisać oświadczenie dla prasy w sprawie zwolnienia ordynatora jednego z oddziałów w szpitalu, w trybie natychmiastowym. *Na wykonanie ćwiczenia było siedem minut, bo* – jak stwierdził prof. D. Tworzydło: – *Za dziesięć minut będzie tu telewizja.*

Nina SMOLEŃ

Agnieszka TOMCZYK

(przedruk z „Panaceum” nr 7-8/19)

ZAGROŻENIE CHOROBYMI CYWILIZACYJNYMI

W Polsce żyje 15 mln osób w wieku produkcyjnym, pracuje niemal 7 tys. lekarzy medycyny pracy, którzy wykonują blisko 5 mln badań rocznie. Jednak osoby pracujące nie są objęte profilaktyką chorób cywilizacyjnych. W raporcie z marca br. „*Medycyna pracy i medycyna laboratoryjna w zapobieganiu chorobom cywilizacyjnymi*” eksperci podkreślają, że bez regularnych badań przesiewowych ta profilaktyka wciąż pozostanie na niskim poziomie.

Autorzy raportu, we współpracy z ekspertami z dziedziny medycyny laboratoryjnej, wyodrębnili rekomendowany panel badań laboratoryjnych dla chorób cywilizacyjnych, którego wdrożenie istotnie poprawiłoby wykrywalność chorób cywilizacyjnych oraz stanów im zagrażających. Badania te obejmują: w odniesieniu do chorób układu krążenia – profil lipidowy w ocenie ryzyka sercowo-naczyniowego; w odniesieniu do cukrzycy i stanu przedcukrzycowego: glukoza, HbA1c; w odniesieniu do przewlekłej choroby nerek: kreatynina, eGFR, albuminuria (wskaźnik albumina/kreatynina [ACR]), badanie ogólne moczu z oceną elementów upestacowanych; w odniesieniu do przewlekłych chorób wątroby: ALT, AST, HBsAg, anty-HCV Ab; w odniesieniu do niedokrwistości, chorób rozrostowych układu krwiotwórczego: morfologia 5-diff. To jest raptem 15 badań, które powinno się oznaczać co 2 lata.

Większość ww. badań wchodzi w zakres koszyka świadczeń gwarantowanych w ramach POZ. Tymcza-

sem model rozliczania badań laboratoryjnych ze stawki kapitałowej, nie motywuje lekarzy do kierowania pacjentów na badania analityczne.

Obowiązek poddania się badaniom profilaktycznym pracownika wynika wprost z przepisów prawa. Ograniczeniem – z perspektywy profilaktyki chorób cywilizacyjnych – jest ściśle ukierunkowanie badań na cel w postaci wydania orzeczenia lekarskiego lub o istnieniu przeciwwskazań zdrowotnych do podjęcia pracy. Z uwagi na istotny cel społeczny, jakim jest walka z chorobami cywilizacyjnymi, w ocenie autorów raportu zasadne byłoby wprowadzenie obligatoryjności badań. Byłby to obowiązek skierowania pracownika przez lekarza SMP na badania profilaktyczne chorób cywilizacyjnych. O poddaniu się badaniom decydowałby sam pacjent. Wówczas kompetencje SMP zostałyby rozszerzone o czynne poradnictwo z zakresu chorób cywilizacyjnych.

Obecnie to pracodawcy ponoszą koszty profilaktyki wykonywanej w ramach SMP. Są bowiem ustawowo zobowiązani do finansowania badań wstępnych, okresowych i kontrolnych, a także kosztów profilaktycznej opieki zdrowotnej niezbędnej ze względu na warunki pracy (rocznie ok. 0,5 mld zł). Część finansowania diagnostyki profilaktycznej, wykonywanej przez SMP, mogłaby pochodzić z lepszego wykorzystania badań profilaktycznych, prowadzonych przez wojewódzkie ośrodki medycyny pracy, finansowanych przez samorządy wo-





jewództw. Jednak podstawowym źródłem finansowania powinien być Narodowy Fundusz Zdrowia.

Konieczna współpraca POZ i SM. Dotkliwym mankamentem we wzajemnym funkcjonowaniu POZ oraz SMP jest brak realnej współpracy w zakresie opieki nad pacjentem. Jednak dostępna już Platforma P1 w perspektywie kilku lat powinna ułatwić podmiotom SMP oraz POZ wzajemną wymianę dokumentacji medycznej pacjenta. Fundamentem tej współpracy byłby podział odpowiedzialności za prowadzenie diagnostyki profilaktycznej chorób cywilizacyjnych. SMP przejęłaby odpowiedzialność za prowadzenie badań laboratoryjnych w kierunku profilaktyki chorób cywilizacyjnych wobec osób podlegających jej właściwości, zaś na POZ spoczywałby nadal obowiązek przeprowadzania laboratoryjnych badań przesiewowych u osób spoza obszaru działalności SMP (czyli przede wszystkim u dzieci i młodzieży, emerytów oraz rencistów). Po co niweczyć dorobek przychodni SMP? Przez ponad 40 lat byłem kierownikiem Przychodni Międzyzakładowej, która w szczytowym okresie swojej działalności sprawowała opiekę profilaktyczno-leczniczą nad blisko sześćdziesięciotysięczną grupą pracowników, głównie energetyki. Dziś, kiedy czytam propozycje zawarte w raporcie, to po raz kolejny dziwię się po co zniszczono dorobek wieloletniej pracy tylu przychodni i tak wysoko wykwalifikowa-

nej kadry medycznej. Już wtedy prowadziliśmy nie tylko szeroką działalność profilaktyczną, wykonując pełen zakres badań z badaniami laboratoryjnymi. Powszechnie oznaczano poziom glukozy, nie było kolejki do specjalistów, prowadzono czynne poradnictwo, wizytacje stanowisk pracy, analizowano stan zdrowia pracowników, o czym informowano na naradach BHP. W sposób istotny odciążaliśmy leczniczo i finansowo placówki POZ. Dalszej działalności przychodni przy- i międzyzakładowych z dużym zaangażowaniem broniły zakładowe organizacje związkowe, przy braku zainteresowania związków zawodowych wyższego szczebla. Tylko Wojewódzkim Przychodniom Medycyny Pracy pozwolono przekształcić się w Centra Profilaktyczno-Lecznicze, które prowadziły nadal poprzednią działalność. Tak jak zniszczono szkolnictwo zawodowe, prowadzone przez zakłady pracy, tak samo zniszczono zakładowe placówki medycyny pracy. Nadal w Polsce preferowana jest działalność w rodzaju chińskiej rewolucji kulturalnej – zniszczyć wszystko do fundamentów, a później odbudowywać coś ze zgliszcz.

Autorzy raportu mówią jasno, że medycyna pracy nie wróci do korzeni, a to, co kiedyś w dużej mierze było realizowane, pomijają milczeniem.

Jerzy JAKUBOWICZ

(przedruk z „Medicusa” nr 6-7/19)

KANNABINOIDY – WIĘCEJ PYTAŃ NIŻ ODPOWIEDZI

Wprawdzie jeden lek kannabinoidowy cudu nie czyni, ale rozpala wyobraźnię, wzbudza nadzieję, oczywiście i obawy. Stara się je tonować dr n. med. Martyna Hordowicz z przychodni Cannabis z Warszawy. – *W przypadku ziele konopi żaden lekarz w Polsce nie zaleciłby pacjentowi palenia jako formy zażywania jakiegokolwiek leku, nie tylko medycznej marihuany. Są inne sposoby na przyjęcie kannabinoidów drogą inhalacji. W medycynie stosuje się waporyzację, która działa podobnie jak papieros elektroniczny, gdzie substancje aktywne, po odparowaniu, są wchłonięte z parą wodną do płuc. Redukuje to ekspozycję na szkodliwe substancje uboczne powstające w procesie spalania.*

W Polsce jedyny zarejestrowany jak dotąd lek zawierający kannabinoidy jest podawany na śluzówkę jamy ustnej. Trudno więc powiedzieć, że mamy pełną możliwość leczenia medyczną marihuaną.

Drugim produktem zawierającym kannabinoidy jest susz konopi, charakteryzujący się jednak wysokim stężeniem THC. Został zarejestrowany w charakterze surowca farmaceutycznego, zatem w rozumieniu prawnym – nie jest gotowym produktem leczniczym. W innych krajach są w sprzedaży tabletki i kapsułki, jednak te postacie nie są jeszcze u nas dostępne.

Rośnie zainteresowanie innymi wskazaniami dla medycznej marihuany oraz leków z kannabinoidami, niż tylko przy spastyczności w stwardnieniu rozsianym – co

stanowi wskazanie rejestracyjne dla pierwszego takiego leku na rynku polskim.

Wskazanie jedno, potencjał duży

Kannabinoidy na świecie stosowane są głównie w leczeniu wspomagającym, w tym przy dolegliwościach bólowych. Jednak obecnie w Polsce niewielu specjalistów ma jakiegokolwiek doświadczenia kliniczne związane z nimi. Z prowadzonych w Polsce obserwacji wynika, że potencjalne wskazania do zastosowania kannabinoidów to przede wszystkim leczenie objawowe bólu, szczególnie z komponentą neuropatyczną, padaczką lekooporną, łagodzenie działań niepożądanych związanych z leczeniem onkologicznym lub z rozrostem nowotworu, objawy przewlekłych chorób zapalnych jelit, spastyczność, fibromialgia, zmniejszanie objawów niektórych chorób neurodegeneracyjnych (m.in. drżenia w chorobie Parkinsona czy nadmiernego pobudzenia towarzyszącego chorobie Alzheimera) oraz bóle stawów w chorobach reumatycznych.

Potwierdzają to prowadzone na świecie badania, których wyniki świadczą, że produkty z konopi i kannabinoidy na receptę mogą być przydatne w łagodzeniu wielu pojedynczych i współistniejących objawów: nudności, wymiotów, wyniszczenia, lęku, a także w opiece paliatywnej, co może wiązać się ze zmniejszeniem liczby stosowanych leków, np. analgetyków czy antydepresantów.

Jednak prowadzenie badań klinicznych z użyciem kannabinoidów napotyka wiele ograniczeń. Poszczególne prace badawcze nad kannabinoidami ciężko ze sobą porównywać – dotyczą bowiem różnych leków i sposobów podania.

– *Wynika to z prohibicji, która obowiązywała na marihuanę. W związku z tym na rzetelne badania kliniczne nie można było zdobyć grantów – tłumaczy dr Mohammad Rahim z Canadian Cannabis Clinics, jednej z klinik kannabinoidowych w Kanadzie, gdzie leczonych jest 450 tys. pacjentów. – Obecnie, gdy rośnie świadomość i spada poziom stygmatyzacji tego tematu, usuwane są kolejne bariery. Zaczynamy dyskutować merytorycznie. Należy więc sądzić, że niebawem pojawi się więcej badań, lepszej jakości – dodaje.*

Pacjent wie więcej?

Holenderscy lekarze nie mają zapisanych oficjalnie wskazań dla tego typu leków. Co prawda na stronie Biura Medycznej Marihuany (Office of Medicinal Cannabis, OMC), będącej częścią holenderskiego Ministerstwa Zdrowia, można dowiedzieć się o potencjalnych wskazaniach, ale to za mało.

– *W Holandii głównym problemem jest ogólny brak wiedzy lekarzy na temat medycznych zastosowań kannabinoidów oraz o ich właściwym wykorzystaniu – mówi dr psych. Mikael A. Kowal z Holandii, zajmujący się koordynacją badań klinicznych. – Zazwyczaj to pacjenci sami wychodzą z inicjatywą, aby móc stosować marihuanę. Natomiast holenderskie prawo nie wymaga podania konkretnego produktu, drogi podawania ani dawkowania na receptę na marihuanę. Dla przykładu w Niemczech wszystkie te elementy muszą znaleźć się na receptę, aby mogła ona być zrealizowana. W Holandii często pacjent ma zapisaną na receptę tylko nazwę i dawkę, np. 5 g. Na tej podstawie może kupić każdą z pięciu odmian marihuany pod tą samą nazwą, ale tylko jeśli w ogóle wie, że są dostępne oraz rozumie różnice w ich składzie, także w zastosowaniu. Gdy nie poprosi o konkretną odmianę, najprawdopodobniej otrzyma w aptece podstawową marihuanę o tej nazwie.*

W Niemczech także nie funkcjonują wyraźne ograniczenia w postaci wskazań do stosowania medycznej marihuany.

– *Dla lekarzy bywa to trudne, ponieważ są przyzwyczajeni do konkretnych wskazań i zaleceń co do stosowania – uważa dr Marisa Hubner z kliniki Emanule Medicine w Berlinie. – Korzystają więc ze stron internetowych, gdzie wskazania są opisywane. Nasze postępowanie opiera się na próbach i błędach. Staramy się dobierać odpowiednie szczepy roślin lub kompozycje różnych kannabinoidów – THC, mającego działanie odurzające, oraz nieposiadającego właściwości psychoaktywnych CBD. Pomagają nam również doświadczenia opisywane przez pacjentów, którzy często wiedzą więcej niż lekarz. Na tej podstawie wybiera się formulację i dawkę. Dla bezpieczeństwa zaczynamy od niskich dawek i ostrożnie je zwiększamy, stosując tzw. zasadę miareczkowania. W ten sposób można*

uzyskać bardzo dobre wyniki leczenia i przyczynić się do mniejszej liczby objawów niepożądanych.

Odpowiedzialność i zaufanie

Z powodu braku regulacji prawnych specjaliści z innych krajów wskazują na potrzebę budowania dobrych relacji lekarza z pacjentem w terapii medyczną marihuaną.

Na pytanie „Medical Tribune” na czym ma polegać sojusz terapeutyczny między lekarzem a pacjentem i co można zasugerować w przyszłości polskim lekarzom przy stosowaniu tych leków, specjaliści z poszczególnych krajów odpowiadają:

Dr Mohammad Rahid z Cannabis Clinic: – *Pacjent musi się zgodzić na badanie moczu w kierunku zawartości substancji psychoaktywnej. W ten sposób dowiemy się, czy preparat zażywa, czy też sprzedaje go na ulicy, a może stosuje inną niż przepisana substancję.*

Odmienne stanowisko prezentują lekarze w Izraelu, gdzie w trakcie terapii marihuaną pacjenci nie są nadzorowani. Do niedawna były nawet do kupienia ciasteczka zawierające marihuanę. Jednak obecnie są wycofywane ze sprzedaży – myłono bowiem postać leczniczą z podaniem rekreacyjnym. Nie da się przewidzieć, jaką mamy dawkę w jednym kęsie.

Dr Ilya Reznik z Międzynarodowego Towarzystwa Leczenia Marihuaną z Izraela: – *Nasz sojusz terapeutyczny polega na prowadzeniu skriningu wśród pacjentów. Badamy ich przesiewowo i kwalifikujemy do leczenia. Nie stosujemy badania moczu na zawartość substancji psychoaktywnych, nie szpiegujemy chorych. Nasze towarzystwo uważa, że relacja powinna opierać się na zaufaniu. Pacjent jest informowany, że jeśli chce używać innych substancji, robi to na własną odpowiedzialność. Lekarz jest po to, by wskazywać mu właściwą drogę postępowania.*

Jakie działania prawne są potrzebne, by medycyna cannabis była w Polsce w pełni obecna?

Mec. Jędrzej Sadowski z Instytutu Nauk Prawnych PAN mówi, że nie mamy też żadnych ograniczeń co do wskazań, formy podania. W zasadzie lekarz z pacjentem powinni dobrać właściwą formulację, dawkowanie i postać. W rzeczywistości dysponujemy jednym produktem leczniczym z jednym wskazaniem rejestracyjnym, brakuje możliwości uprawy materiału roślinnego na cele farmaceutyczne, wskutek czego musimy opierać się na źródłach zagranicznych. Na razie nie widzę na horyzoncie oznak zmiany tego stanu prawnego. Z perspektywy kultury prawnej jesteśmy jeszcze bardzo zacofani.

Brakuje również kluczowej dla lekarzy i farmaceutów edukacji, by wypracować odpowiednie standardy pozwalające na najbardziej skuteczne i bezpieczne wykorzystanie nowych możliwości medycznych marihuany.

Ryszard STERCZYŃSKI

Niektóre wypowiedzi pochodzą z międzynarodowej konferencji naukowo-szkoleniowej dla lekarzy „Etyczne, psychologiczne i praktyczne aspekty medycznych zastosowań marihuany”.

(przedruk z „Medical Tribune” nr 4/19)

GRABIE W TRAWIE

„Panie Doktorze! Mam 60 lat! Wszystkie moje koleżanki już biorą leki! Czy ja też mogę coś dostać?”. Proście, a będzie Wam dane – chciałoby się odpowiedzieć, jednocześnie wskrzeszając historię talidomidu. Działania niepożądane leków czają się w ukryciu, „niby grabie leżące w trawie”.* Trochę straszno, bo na pewno kiedyś kogoś palną.

Mimo to mamy rekord... 24 medykamenty na dzień w menu dla jednego pacjenta. Od przybytku podobno głowa nie boli, ale w tym przypadku mogłaby zacząć (a na ból głowy z kolei można by dopisać lek numer 25). Pacjent ten jest poważnie chory, a jakże, jego rozpoznania układają się już nie linijkami lecz stronami. Każdy konsultant dopisał więc do litanii leków, co mu standardy EBM nakazują (bo, chcąc nie chcąc, staliśmy się niewolnikami standardów). W konsekwencji mieszkanie pacjenta przypomina średniej wielkości aptekę. Wnuki są zadowolone – budują piękne wieże z pudełek po lekach dziadka. Dziadek natomiast czerpie z półek garście pastylek, drażetek i kapsułek do śniadania, obiadu i kolacji. Niewątpliwą zaletą jest sprawa estetyki – posiłki ma bardziej kolorowe.

Jednak, jeśli się dobrze przyjrzeć – całe to dobrodziejstwo lekowe wchodzi ze sobą w nieprzewidywalne interakcje, trafia na uwarunkowania genetyczne, różne szlaki metaboliczne, wypiera się wzajemnie z reakcji biochemicznych, wchłania się zależnie od diety, wieku, miesza z suplementami, różnie się wydalą ze względu na funkcje nerek i wątroby, a ostatecznie trafia czasem na dobre go drinka na dobranoc.

Co z tego wyniknie, strach pomyśleć. Prawdę zna jedynie Stwórca, który delikatnie, acz stanowczo przypominałby, że istnieje coś takiego jak NNT (*number needed to treat*), NNH (*number needed to harm*), a także pojęcie dawki skumulowanej.

Inny znany mi rekordzista przyjmował trzy statyny razem, wszak „Boh trojcu lubi”, jedną od internisty, drugą

od kardiologa NFZ i trzecią od kardiologa „prywatnego”. Oczywiście jeden lekarz o drugim nic nie wiedział, bo pacjent sprawę zataił (uległ pokusie sprawdzenia, co po wie inny medyk?). W efekcie – to cud, że przeżył. Zgłoszę sprawę do Watykanu (tu dygresja – apeluję, by każdy pacjent obowiązkowo przedstawiał pełną listę przyjmowanych leków każdemu lekarzowi, by ten miał świadomość prowadzonej już terapii).

Są i tacy pacjenci, którzy prezentują postawę przeciwną, intuicyjnie czują pewną obawę przed przyjmowaniem leków garściami. Jeden z nich swoją szczerą wątpliwość wyraził lapidarnie: „Doktorze, jak ja to wszystko zeżrę, czy mi to nie zaszkodzi?”. Uwagę uznaję za wartą przemyślenia.

Moja mama, lekarz z 50-letnim stażem, opisała mi inną panią, która z kolei intuicyjnie unikała dawki skumulowanej. Pewnego dnia ordynator żegnał się serdecznie z seniorką, mówiąc tyleż donośnie, co radośnie „Wyleczyliśmy Panią! Jutro do domu!”. Staruszka z wdzięcznością spojrzała na lekarzy i chcąc wstać, oparła się o swoją szpitalną szafkę, której drzwiczki sprężyście odskoczyły. Strumień kolorowych pigułek, zbieranych cierpliwie przez trzy tygodnie hospitalizacji, wysypał się na podłogę, płynąc prosto pod nogi lekarzy. Pacjentka ta, jak się okazało, była zwolenniczką kumulowania dawki w szafce, a nie w tkankach. Hippokratesie! Znów miałeś rację – „*Natura sanat, medicus curat*”.

Stajemy więc przed dylematem – politerapia to jeszcze czy już polipragmazja? Niedoceniana (niestety!) specjalizacja z farmakologii klinicznej mogłaby nam wiele pomóc. Powstanie takiej poradni dla pacjentów o szczególnie złożonej terapii wydaje się warte przemyślenia.

* Terry Pratchett

Rafał SOŁTYSEK
satokh@interia.pl
(przedruk z „Pro Medico” nr 6/19)

CHRAPANIE GROŹNIEJSZE DLA KOBIET

Obturacyjny bezdech senny i chrapanie szybciej prowadzą do upośledzenia czynności serca u kobiet niż u mężczyzn.

Obturacyjny bezdech senny jest typowym, ale niebezpiecznym zaburzeniem snu. Polega na powtarzających się wielokrotnie w czasie snu epizodach zatrzymania oddechu (bezdechach) lub ich znacznym spłyceciu (hipowentylacja). Powoduje to nie tylko niewyspanie i problemy z koncentracją, lecz także prowadzi do nadciśnienia tętniczego i stanowi ryzyko dla lewej komory serca (rzadziej dla prawej). „Chociaż istnieje wiele objawów, po których można rozpoznać OBS, np. oddychanie przez usta w czasie snu, budzenie się z uczuciem sucho-

ści w jamie ustnej, poranny ból głowy i drażliwość, to głośne chrapanie wydaje się najpowszechniejszą oznaką tego zaburzenia” – tłumaczą autorzy badania z Munich University Hospital w Niemczech. Jak dodają, powikłania OBS mogą obejmować zmęczenie w ciągu dnia, senność, a także problemy sercowo-naczyniowe.

Naukowcy, których wnioski zaprezentowano podczas konferencji Radiological Society of North America w Chicago, badali czynność serca u 4.877 Brytyjczyków. Wykonano im MRI serca, a następnie przydzielono do jednej z trzech grup badawczych: osoby z OBS (118 pacjentów), regularnie chrapiące (1.886) i bez tych dolegliwości (2.479). 396 uczestników nie spełniło kryteriów

badawczych. „Nasza analiza wykazała, że w grupie osób z OBS i osób chrapiących u obu płci nastąpił znaczący wzrost masy lewej komory serca, co oznacza, że jej ściany uległy pogrubieniu, a co za tym idzie – sercu zaczęło się pracować ciężiej. Odkryliśmy również, że u mężczyzn nastąpił wzrost frakcji wyrzutowej w obu komorach” – mówi główny autor badania dr Adrian Curta. Jak tłumaczy specjalista, frakcja wyrzutowa to procent całkowitej objętości komory, który jest wypompowywany z każdym uderzeniem serca.

Kiedy naukowcy porównali grupę chrapiącą do kontrolnej, stwierdzili istotniejszą różnicę w masie lewej komory u chrapiących kobiet niż u chrapiących mężczyzn. Zmiany takie wskazują ich zdaniem na niezdiagnozowane OBS i sugerują, że do zaburzeń pracy serca szybciej dochodzi u chrapiących pań. „Stwierdziliśmy, że parametry serca pogarszają się u kobiet z OBS szybciej. Chrapiące panie są więc bardziej narażone na poważne choroby tego organu. Zauważyliśmy jednocześnie, że częstość występowania zdiagnozowanego OBS wśród naszych uczestników była bardzo niska, co w połączeniu ze zmianami w funkcjonowaniu serca w grupie chrapiącej pozwala sądzić, że

problem OBS może być rażąco niedoszacowany” – mówi dr Curta. Naukowiec dodaje, że przejście od chrapania do OBS jest procesem ewoluującym, który wiąże się ze stopniowym przerostem lewej komory serca. A ten jest z kolei znanym czynnikiem predykcyjnym częstszych zdarzeń sercowych oraz śmiertelności.

Dr Curta podkreśla, jak duże znaczenie ma diagnoza i wdrożenie leczenia u osób z OBS. „Zachęcam ludzi, którzy chrapią, aby poprosili swoich partnerów o domowe obserwacje, które pomogą zorientować się, jak głęboki jest to problem. Z wynikami obserwacji należy zaś udać się do lekarza. Jeśli nie mamy kogo poprosić o pomoc, warto udać się do laboratorium snu, gdzie oddychanie jest stale monitorowane i nawet niewielkie zmiany mogą być rejestrowane” – uważa specjalista. Dr Curta dodaje, że leczenie OBS zależy od przyczyny. „Np. u pacjentów z nadwagą oraz otyłych może pomóc utrata masy ciała. Poza tym istnieją techniki chirurgiczne i specjalne urządzenia CPAP, które w czasie snu utrzymują górne drogi oddechowe w pozycji otwartej, dzięki ciągłemu nadciśnieniu wytwarzanemu przez pompę” – tłumaczy.

(PAP)

(przedruk z „Częstochowskiej Gazety Lekarskiej” nr 4/18)

Uważność i medycyna...

EMOCJE TO ENERGIA W CIELE

Emocje to bardzo emocjonujący temat. Przeżywamy je na wiele sposobów. Najczęściej wyolbrzymiamy, gdy opowiadamy o czymś, co nas poruszyło, lub wypieramy, gdy nie chcemy się do nich przyznawać. Pierwsze potrafią nas zalać, gdy mamy do nich zbyt mały dystans, a drugie oddziałują na nas z ukrycia. Rzadziej traktujemy je jako informacje o naszych potrzebach, częściej jako instrukcje do szybkiego, impulsywnego działania. Nie ma emocji obojętnych dla zdrowia. Radość i wdzięczność – wypełniają nasz mózg oksytocyną – hormonem szczęścia. Smutek, gniew, strach – potęgują poziom kortyzolu, adrenaliny czy testosteronu. Czyli czujemy się albo lepiej, albo gorzej psychicznie w zależności od tego, co czujemy w ciele. Praktyka uważności uczy nas czuć nie tylko duże emocje, ale także te które towarzyszą nam subtelniej.

Po co obserwować emocje?

Energia emocji przepływa przez nas falami. Unosi się i opada. Zauważanie tego jest ważne, ponieważ łatwiej nam się zatrzymać, gdy emocje nie sięgają zenitu, czyli gdy jeszcze mamy wpływ na to, by nie dopuścić do ich nakręcania. Letnią emocję powściągniemy, gorąca osiąga punkt kulminacyjny i wybucha. A kiedy ostygnie, znowu jej nie czujemy. Uważność pozwala nam dostrzec, że im silniejsza emocja, tym silniejsze myśli, w które wierzymy, wokół niej krążą. Czysta emocja trwa krótko – około 1,5 minuty wg badań Tary Brach, jednak dokarmiana myślami (często destrukcyjnymi), utyka w nas na dłu-

żej. Zamiast zaobserwować: *To był niemiły pacjent, przykro mi było słyszeć te słowa. Ale teraz czas zająć się kolejną osobą.* Wikłamy się w opowieść typu: *Jaki niemiły pacjent, ostatnio coraz więcej takich przychodzi, nie ma już kultury na tym świecie, panoszy się chamstwo, brakuje zwykłej ludzkiej uprzejmości. Po co mam się starać, jeśli nikt nie docenia...* – generalizowanie, ocenianie, czarnowidztwo nakręcają poczucie przykrości, a nawet zamieniają ją w złość, która zamiast szybko minąć (tak jak trudna sytuacja, która już się skończyła), osacza nas na dłużej. Wtedy wstrzymujemy oddech, utrzymujemy napięcie w ciele, nasilamy opór i kumulujemy stres. Nierozładowane emocje mogą prowadzić do wielu chorób.

Jak radzić sobie z trudnymi emocjami?

Rozwiązaniem nie jest unikanie ich, bo to po prostu niemożliwe, a przyjęcie ich obecności w ciele jako faktu. Kierując na trudne uczucia otwartą uwagę, pozwalając im być, dajemy im szansę na dotarcie do nas z informacją, którą niosą. Interesując się nimi, nie wchodzimy w automatyczny tryb walki czy ucieczki, czyli automatycznej reakcji stresowej. Stając twarzą z twarzą z tym, co odbieramy jako trudne, a czasem nawet przerażające, robimy to, co mózg chce, żebyśmy robili – obdarzamy sprawę priorytetową uwagę. Jednak to już inna uwaga, bo świadoma i życzliwa. Zauważam uruchomiony alarm, zamiast myśleć o nim bez końca. Możemy skorzystać z uważnego modelu RAIN, psychologicznego parasola ochronnego,



▷ który ma chronić nasz układ nerwowy przed przeciążeniem, wyczerpaniem i impulsywną reakcją niewspółmierną do okoliczności.

R – rozpoznajemy, jaka emocja jest obecna teraz w ciele (np. gniew, żal, zmęczenie, rozczarowanie) i gdzie ją najwyraźniej wyczuwamy (ciężar na barkach, skurczony żołądek, zmarszczone brwi, ściśnięta klatka piersiowa), nazywamy ją, by mieć jasność, np.: „czuję złość”

A – akceptujemy to, co jest, skoro już jest obecne, nie chcemy się pozbyć trudnej emocji ani jej wyolbrzymić, zauważamy odruch awersji (niechęć wobec trudnej emocji) i świadomie pozostajemy w zgodzie z rzeczywistością chwili obecnej: „tak, to właśnie czuję”.

I – interesujemy się tym, co się dzieje w ciele, gdy czujemy to, co czujemy i jak to czujemy – czy energia wzrasta czy opada, przemieszcza się czy jest statyczna, jest ciepła czy zimna, co się dzieje, gdy w jej stronę wysyłać kojący oddech, co wystąpienie tej emocji mówi o moich potrzebach: „czuję zmęczenie – potrzebuję odpocząć”; „czuję złość – potrzebuję szacunku i poważnego traktowania moich słów”.

N – nie utożsamiamy się z emocją – nawet jeśli odczuwam złość, to nie znaczy, że jestem złym człowiekiem, gdy pojawił się lęk – to nie znaczy, że jestem stale strachliwy – po prostu „teraz doświadczam takiego stanu umysłu”.

Emocje to olbrzymia dawka wiedzy o nas samych. Nigdy nie pojawiają się bez powodu. Warto je odczytywać świadomie i traktować jako część ludzkiej natury, błyskawiczny system informacji, w który wyposażyla nas ewolucja. Człowiek jest przeznaczony do odczuwania emocji, ale nie jest tym, co czuje. Jest czymś znacznie większym niż chwilowy poryw energii i może świadomie dokonywać wyborów, jak się zachować. Emocje mają umożliwić elastyczne dostosowanie zachowania do okoliczności. Przed nami wakacje – czy będziemy umieli świadomie zadbać o to, by emocje wspierały nasz odpoczynek, re-

generację i powrót do równowagi, czy przeciwnie – spowodują zakłócenia? W następnym artykule napiszę, jak na dłużej zatrzymać dobry letni nastrój dzięki uważnemu generowaniu przyjemnych emocji.

Jak odczytywać emocje?

Wśród pięciu podstawowych emocji wg Paula Ekmana są: złość, strach, smutek, wstęś i radość. Zaczniemy od tego, co w tym zestawie najprzyjemniejsze – od radości. Pojawia się, gdy nasze potrzeby są zaspokojone i nie musimy o nic zabiegać, a jesteśmy w dobrostanie. Inaczej jest ze złością – to jasny komunikat od organizmu, że ktoś/coś przekroczył nasze granice. I już czas o siebie zadbać, a nawet zaważyć, bo pojawiła się spora dawka energii do wykorzystania (niekoniecznie na krzyk, przekleństwa czy popychanie). Smutek natomiast jest odcięciem od energii, pozbawieniem siły – przesłaniem, że to, co właśnie utraciliśmy (osoba, marzenie) było dla nas na tyle ważne, że trzeba to opłakać, a jednocześnie w cierpieniu nie zrobić sobie krzywdy. Strach to mocny przekaz, żeby zadbać o bezpieczeństwo, bo mózg wykrywa zagrożenie. Warto też się przyjrzeć ostatniej z podstawowych i mniej przyjemnych emocji – wstęśowi. Jego pojawienie się, to jawny znak, że nie służy nam kontakt z kimś lub czynność, którą wykonujemy, że ciało próbuje nas odsunąć od tego, co toksyczne, na zdrową odległość.

Dorota WOJTCZAK

O autorze: jest certyfikowanym przez Institute for Mindfulness-Based Approaches trenerem programu redukcji stresu przez uważność (MBSR – Mindfulness Based Stress Reduction), obecnie w trakcie certyfikacji MBCT (Terapii poznawczej leczenia depresji opartej na uważności przy Wydziale Psychiatrii Uniwersytetu w Oksfordzie), psychologiem biznesu, ekspertem w zakresie rozwoju kompetencji osobistych i społecznych w służbie zdrowia i edukacji, członkiem Polskiego Towarzystwa Terapeutycznego, autorką bloga My Way uważność i empatia.

(przedruk z „Primum” nr 7-8/19)

Wszyscy święci patroni lekarzy

W DZIEŃ ŚW. ŁUKASZA (18 X)

Louis Armstrong w standardzie „*Pochód wszystkich świętych*” śpiewa, że szli na ziemię święci, bo czuli się w niebie niepotrzebni, a na ziemi jest przecież miło. Inaczej miewają się w niebie święci z piosenki zespołu Budka Suflera, ponieważ „*balują w niebie, złoty sypie się kurz*”. Jednak, biorąc pod uwagę niezliczoną liczbę ludzi proszących świętych o pomoc, wygląda na to, że nie mają oni czasu na balowanie, bo są bardzo zapracowani, a najbardziej ci, którzy związani są z medycyną.

Na ich czele kroczy najważniejszy w hierarchii niebiańskich lekarzy – ewangelista św. Łukasz.

Prawdopodobnie pochodził z greckiej pogańskiej rodziny zamieszkałej w Antiochii, na pograniczu Syrii z Turcją. Otrzymał staranne wykształcenie humanistyczne

i medyczne. W 40. roku życia przyjął chrzest, dołączył do św. Pawła i zaangażował się w głoszenie Ewangelii. Działal w Azji Mniejszej, Macedonii, Koryncie, Jerozolimie, Cezarei Filipowej, Rzymie. Spotykał się ze św. Piotrem, Jakubem, Filipem, Markiem i przede wszystkim z Matką Bożą. Napisał jedną z Ewangelii i Dzieje Apostolskie. Pracował jako lekarz. Św. Paweł, którego był towarzyszem, przedstawia go w Liście do Kolosa słowami: „*Pozdrawia was Łukasz, umiłowany lekarz*”.

Na kartach jego Ewangelii można znaleźć wiele terminów medycznych, które spotykamy u Hipokratesa czy Galena. Św. Łukasz najczęściej z pozostałych ewangelistów opisuje szczegółowo uzdrowienia dokonane przez Jezusa: chorej na gorączkę teściowej Szymona Piotra, ▷

trędowatego z uszłą ręką, opętanych, kobiety cierpiącej na krwotok, epileptyka, niewidomego pod Jerychem. Dzięki lekarskiej wiedzy św. Łukasza posiadamy cenne próby diagnozowania wielu schorzeń albo reakcji fizjologicznych, np. krwawego potu Jezusa podczas walki wewnętrznej w Ogrodzie Oliwnym.

Był także św. Łukasz uzdolnionym malarzem. Dlatego prócz pieczy nad lekarzami sprawuje patronat nad malarzami, a szerzej artystami różnych dziedzin sztuki oraz ludźmi nauki. Legenda głosi, że jest autorem ikony Matki Boskiej Częstochowskiej.

Obok św. Łukasza wysoko w hierarchii opiekunów lekarzy i aptekarzy znajdują się święci Kosma i Damian. Byli bliźniakami pochodzącymi z Arabii. Ojciec ich był Grekiem, poganinem. Matka chrześcijanką, późniejszą św. Teodozją. Działali w III wieku, w Cylicji na terenie Syrii. Obaj byli zdolnymi lekarzami i leczyli bezinteresownie jako tzw. *anargyroi*, czyli wrogowie pieniądza.

Wiąże się z nimi wiele legend. Jedną z nich opowiada, jak uleczyli cierpiącego pielgrzyma diakona Wincenego, który przybył do ich kliniki z chorą nogą, w której utkwiał grot strzały, w wyniku czego wdało się zakażenie, a potem gangrena. Święci lekarze natychmiast się zorientowali, że na nic zda się tradycyjne leczenie. Polecili mu pójść do kościoła i prosić o mocny sen. W tym czasie do Kosmy i Damiana przybył Anioł, który nakazał im udać się do kościoła i dokonać pod osłoną cudownego snu operacji przeszczepienia kończyny pobranej od zmarłego czarnoskórego Maura.

Historię tę ilustruje m.in. obraz pędzla hiszpańskiego malarza Fernanda del Rincona „*Cud świętych Kosmy i Damiana*”. Poza centralną sceną cudownego przeszczepu znajduje się postać, z której ust wypływa wąż oznaczający chorobę opuszczającą ciało chorego. Ta postać symbolizuje lekarską profesję Kosmy i Damiana. Obydwaj zginęli męczeńską śmiercią z rąk siepaczy cesarza rzymskiego Dioklecjana ok. 300 roku. Są dziś patronami chirurgów, anestezjologów, aptekarzy, dentystów i całych szkół medycznych. Święci: Łukasz, Kosma i Damian proszeni są o pomoc niezależnie od czasu i wydarzeń. I dawniej, i dzisiaj ważni w hierarchii niebiańskich lekarzy są też święci, którzy pomagają przy narodzinach i opiece nad dziećmi, co było zawsze społecznie sprawą wielkiej wagi.

W czasach pogańskich na ziemiach słowiańskich niepłodnym kobietom pomagała bogini Dziedzilla, zaś porodom, by były szczęśliwe, towarzyszyła Złota Baba. Pieczę nad rodzącymi i noworodkami sprawowała także Lojma, a patronem płodu w łonie matki był Poroniec. Brzemienność traktowano jako dzieło bogów i owoc mistycznego obdarowania, a więc przypadki powikłań i śmierć noworodków traktowano jako gniew bóstw i karę za grzechy. W czasach późniejszych bogów pogańskich zastąpiło szereg świętych chrześcijańskich.

Przed wszystkim był to św. Idzi (**Egidiusz**), patron dotkniętych bezpłodnością kobiet. Według legendy św.

Idzi był pustelnikiem osiadłym nad Rodanem, którego od śmierci głodowej uratowała karmiąca swe młode łania. Dlatego też został opiekunem brzemienności i matek karmiących. Z jego pomocą przyszedł na świat polski władca – Bolesław Krzywousty. Gall Anonim w swojej „Kronice polskiej” z XII w. tak zaczyna opowieść o rodzinach Krzywoustego:

„Bolesław ksiązę wsławiony
Z losu Boga narodzony
Modły św. Idziego
Przyczyną narodzin jego”.

Św. Idzi nie był jedynym patronem kobiet w ciąży. Wspierali je także św. Dominik i św. Agata, opiekująca się młodymi matkami, chroniąca je od chorób. Zastęp świętych spieszących w sukurs kobietom uzupełnia św. Eulalia z Barcelony strzegąca przed poronieniami oraz św. Leonard i św. Filomena. Szczęśliwy poród zapewniały też św. Anna – matka Marii, i św. Elżbieta, matka św. Jana Chrzciciela.

W Krakowie możemy doświadczyć mistycznej pomocy świętych przy szczęśliwych narodzinach bezpośrednio. Oto w kościele oo. Jezuitów przy ul. Kopernika zachował się obyczaj święcenia wody relikwiami św. Ignacego. Pomaga ona brzemennym kobietom, tak jak św. Ignacy towarzyszył modlitwą dramatycznemu porodowi księżnej Małgorzaty Parmeńskiej. Dzięki temu urodziła ona szczęśliwie dwojaczki, dwu chłopców. Wieść o tym wsparciu św. Ignacego rozniosła się po świecie i utrzymuje się do dziś.

Kobiety i rodziny wspierają także święci i błogosławieni pochodzący z naszych ziem, jak chociażby św. Jan Kanty czy św. Szymon z Lipnicy.

W panteonie świętych są i tacy, którzy utracili swoje zadania w spełnianiu próśb, bo zanikły lub przycichły choroby, w których zwalczaniu pomagali. Z czasem medycyna opanowała drogą szczepień profilaktycznych niektóre zarazy i epidemie będące zagrożeniem dla biologicznego bytu narodów. Ale mogą oni wyłonić się z niepamięci, bo co jakiś czas pojawiają się ogniska chorób wydawałoby się wygasłych albo wręcz nowych. Takim patronem pozostaje np. św. Roch, pomocny zwłaszcza w leczeniu dżumy i innych chorób zakaźnych. Pochodził z Montpellier, miasta, gdzie w 1221 roku założono pierwszy we Francji uniwersytecki Wydział Medyczny. Przyszedł na świat w zamożnej rodzinie jako jedynak, z charakterystycznym znamieniem krzyża na piersi. Po śmierci rodziców sprzedał majątek i rozdał pieniądze biednym. Chodząc po świecie, wspomagając potrzebujących, zaraził się dżumą. By nie narażać innych, wiedząc, że odosobnienie jest bardzo ważne w powstrzymaniu zarazy, ukrył się w lesie. Jedzenie przynosił mu tam pies, który lizał mu rany, przyczyniając się do ustąpienia choroby. Śladem je-



▷ go kultu w Krakowie jest stojąca w niszy dawnego szpitala, a obecnie Muzeum Teatralnego figurka św. Rocha.

Obrońcą od zarazy był także św. Sebastian. W modlitwach proszono go, by jak kiedyś przyjmował na siebie strzały rzymskich oprawców, teraz przyjął na siebie strzały moru. W okolicach dzisiejszej ulicy św. Sebastiana w Krakowie, odosobniony przed laty od miasta, na pagórku wśród bagnistych łąk stał szpital dla chorych zakaźnie. Pozostała po nim nie tylko nazwa ulicy i tzw.

latarnia umarłych, stojąca na Plantach u wylotu ulicy. Przypomnijmy, że tego rodzaju latarnie stawiano niegdyś, ostrzegając przed niedalekim szpitalem zarażonych.

Julian Tuwim pisał, że „o zieleni można nieskończenie”. To samo można powiedzieć o mistycznej pomocy niebiańskich lekarzy.

Barbara KACZKOWSKA

(Galiczyjska Gazeta Lekarska nr 5/18)

MEDYCyna PO DYPLomie

ODDZIAŁYWANIE TELEFONII KOMÓRKOWEJ NA CZŁOWIEKA

Telefon komórkowy stał się codziennym sprzętem używanym przez każdego z nas. Dwa lata temu, w 2016 r., liczba telefonów komórkowych przekroczyła 7 mld. Można więc założyć, że od tego czasu na głowę jednego mieszkańca naszego globu, uwzględniając niemowlęta i osoby, które ze względu na wiek i choroby z niego nie korzystają, przypada jeden z przecinkiem telefon komórkowy.

Każde tak masowe zjawisko budzi zainteresowanie, co zrozumiałe, użytkowników, lekarzy no i mediów. Każde masowe zjawisko krąży w różnych gremiach zarówno publicznych, jak i prywatnych, jako fakty, mity, a także pomieszanie mitów z faktami. Społeczny cel wygłaszania mitów to m.in. poprzez brak możliwości faktograficznego ich potwierdzenia, podniesienie poziomu adrenaliny u odbiorców. Ogłaszanie faktów nie boi się ich potwierdzenia.

Znane są mity historyczne – „przejazd pociągu spowoduje małe trzęsienia ziemi i zawalenie się domów” (Anglia XIX wiek), „pola generowane przez linie przesyłające prąd powodują raka mózgu” (lata 50–60. XX wieku) i współczesne, w tym o szkodliwości wody gazowanej/niegazowanej (dowolne podstawić) czy społecznie dramatycznych skutkach stosowania szczepionek.

Wobec masowego istnienia telefonii komórkowej, dwoma głównymi problemami technicznymi są oddziaływanie na ludzi pól elektromagnetycznych generowanych przez telefon komórkowy i stacje bazowe. Na początku rozwoju telefonii komórkowej jej działaniu przypisywano wiele szkód czynionych w organizmie ludzkim, począwszy od zwiększonego występowania nowotworów mózgu, a skończywszy na upośledzeniu płodności mężczyzn noszących telefon komórkowy w kieszeniach spodni. Powstały mity, które wpływały, zwykle niesłusznie, na podniesienie poziomu adrenaliny u odbiorców, zwłaszcza mediów. Nie od dziś wiadomo, że „współczesne media najchętniej potrzebują krwi tętniczej, ponieważ

krw żylna jest ciemna i płynie zbyt wolno”. Ta konkluzja odnosi się oczywiście nie tylko do problemów opisywanych w tym artykule, ale i do innych, i współcześnie jej konsekwencje spotykamy często. Rzetelne badania nad wpływem promieniowania elektromagnetycznego generowanego przez telefonię komórkową na organizmy żywe, prowadzone są na kilku poziomach.

Pierwszym z nich jest badanie reakcji na pole hodowli komórkowych. Z punktu widzenia technicznego jest to jedna z najłatwiejszych metod, ponieważ po zbudowaniu aparatury generującej pole można wykonać badania zależne od rodzaju komórek – prawidłowe, nowotworowe, macierzyste, ale także od wartości natężenia pola elektromagnetycznego i relatywnie modyfikowalnych innych czynników. Te liczne badania można podzielić na te, których wyniki mają wydźwięk alarmistyczny i są chętnie cytowane przez media oraz dające wnioski uspokajające, rzadko cytowane przez środki masowego przekazu.

Drugą grupą badań są eksperymenty na zwierzętach doświadczalnych. Te badania również nie są zbyt skomplikowane, aczkolwiek wyniki uzyskane w tych badaniach często mają mniejszą wagę ze względu na obowiązujące aktualnie restrykcje komisji etycznych dedykowanych dla badań na zwierzętach. Komisje te, co zrozumiałe, dają zwykle zgodę na badanie niewielkich kohort zwierząt.

Trzy metodologie

W badaniach oddziaływania pól komórkowych na człowieka można wyróżnić trzy metodologie. Pierwszą są badania somatycznego stanu zdrowia, drugą subiektywnych odczuć pacjenta opisywaną przez biały personel (lekarzy, psychologów), a trzecią, najczęstszą, badania ankietowe. Wartość (waluacja) badań medycznych i biologicznych w sporej części jest pochodną liczby przebadanych przypadków, randomizacji grupy badanej i kontrolnej, a także tego, czy badania zostały wykonane



ne metodą podwójnej ślepej próby. Czasem, wykorzystując opisane powyżej badania, wykonuje się metaanalizy mające na celu przybliżenie prawdy poprzez ocenę większej liczby danych.

W Bazie PUBMED liczba prac poświęconych określeniu oddziaływania na człowieka telefonii komórkowej jest ogromna. Z tych prac wynika, m.in., że u dzieci narażonych na działanie pól komórkowych stwierdzono zaburzenia koncentracji, a u nastolatków nasilenie bólów głowy i drażliwości w godzinach wieczornych. W innym badaniu uczniów szkół ponadpodstawowych w teście ortostatycznym nie wykazano odchylen w aktywności układu autonomicznego, poza zwolnieniem akcji serca w pozycji horyzontalnej. Zaskakujące były badania studentów w zależności od kierunku studiów. W badaniu studentów medycyny okazało się, że aż 44% z nich subiektywnie odczuwa negatywne skutki działania pola, natomiast w badaniach studentów studiów niemedycznych liczba ta wyniosła 7–15%. W innym, randomizowanym badaniu 700 studentów, wśród 20 deklarujących reakcję na pola komórkowe tylko 5 potrafiło odróżnić rzeczywistą ekspozycję od pozorowanej. W badaniach fińskich stwierdzono zależność częstości występowania objawów subiektywnych – bólów głowy i zaburzeń pamięci – w zależności od odległości od stacji bazowej, lecz nie od natężenia pola. W randomizowanym badaniu metodą podwójnie ślepej próby po dwóch tygodniach ekspozycji na pola bazowe nie stwierdzono u badanych subiektywnego i obiektywnego wpływu na sen. Podobnie subiektywnych skutków ekspozycji nie stwierdzono w badaniach badaczy japońskich. W pracach, które prowadzono celem powiązania oddziaływania pól elektromagnetycznych z ryzykiem występowania chłoniaka, nie potwierdzono dla tej relacji związku przyczynowo-skutkowego. W badaniach ochotników nie potwierdzono możliwości odczuwania istnienia pola generowanego przez komórki.

W opublikowanych metaanalizach nie wykazano negatywnych skutków działania pól komórkowych i to

tych generowanych przez stacje bazowe, jak i bezpośrednio przez telefony komórkowe. Na podstawie przytoczonych w tym artykule badań, ale i innych, dla których tu brakuje miejsca, we wspomnianej ogromnej liczbie znajdujących się w PUBMEDZIE publikacji nie wykazano jednoznacznie negatywnego wpływu na populację ludzką. Mimo to, biorąc pod uwagę niejednoznaczność wyników opublikowanych prac, odpowiednie agencje międzynarodowe, właściwe organy w poszczególnych państwach i w niektórych miastach, zdecydowały się na obniżenie dopuszczalnych norm natężenia pola elektromagnetycznego generowanych przez stacje bazowe i komórki.

To ostrożne, ale właściwe z medycznego punktu widzenia postępowanie w naszej ocenie jest słuszne, zwłaszcza w oczekiwaniu na rewolucję transmisji 5G, czyli piątej generacji, której celem jest znamienne wyższe zwiększenie szybkości przesyłania sygnałów.

Nowoczesna telefonia komórkowa to nie tylko działanie pola elektromagnetycznego, ale też w rzeczywistości codzienny podręczny komputer, zwłaszcza przy użyciu smartfonów. W ostatnim czasie w dobrze udokumentowanych badaniach wykazano przydatność aplikacji smartfonowych w leczeniu uzależnień, jak nikotynizm, alkoholizm i używanie narkotyków. Co więcej, wykazano także przydatność odpowiednich aplikacji w leczeniu będącej w obszarze chorób psychicznych choroby dwubiegunowej i depresji.

Podsumowując: nie można jednoznacznie stwierdzić, że działanie telefonii komórkowej jest negatywne dla zdrowia człowieka, aczkolwiek niestety w niektórych przypadkach sama telefonia komórkowa powoduje patologiczne i niekorzystne psychicznie od niej uzależnienie.

*Prof. dr hab. n.med. Aleksander SIEROŃ dr h.c. multi
Prof. dr hab. n. med. Karolina SIEROŃ*

(przedruk z „Pro Medico” nr 2/19)

SUPLEMENTY DIETY W LECZENIU NADCIŚNIENIA

Pewne produkty ziołowe lub przyprawy mogą mieć potencjalną wartość wspomagającą w profilaktyce lub terapii nadciśnienia.

Nadciśnienie tętnicze jest najbardziej rozpowszechnionym czynnikiem ryzyka chorób układu krążenia. Związek nadciśnienia tętniczego z powikłaniami sercowo-naczyniowymi w postaci udaru mózgu czy zawału serca jest niewątpliwy i prezentuje się jako zależność liniowa już od wartości ciśnienia mieszczących się jeszcze w zakresie prawidłowych i wysokich prawidłowych.

Etiologia i patogeneza nadciśnienia tętniczego jest złożona, stanowiąc wypadkową udziału różnych czynników, w tym genetycznych i środowiskowych takich jak

nieodpowiednia dieta, nadwaga, otyłość, nadmierne spożycie sodu, brak aktywności fizycznej, nadmierne spożycie alkoholu itp. Wśród metod prewencji nadciśnienia oraz postępowania nefarmakologicznego u osób z już rozpoznany nadciśnieniem – kluczowe są odpowiednia aktywność fizyczna oraz dieta. Ta ostatnia budzi sporo kontrowersji, powszechne jest bowiem poszukiwanie danych na temat żywności lub dodatków do niej, które mogą wywierać korzystny wpływ na wartości ciśnienia.

Artykuł w „Journal of Hypertension” przedstawia ciekawą analizę badań na temat wpływu ziół i przypraw na ciśnienie tętnicze. Autorzy podjęli trud przeglądu literatury i wyszukania badań interwencyjnych ze stoso-



waniem ziół i przypraw, spełniających kryteria badania naukowego. Spośród 5.575 artykułów poruszających to zagadnienie wybrano tylko 9 prac, których jakość uznano za akceptowalną. Wszystkie miały charakter badania randomizowanego, część z nich zaprojektowano jako badania podwójnie ślepe.

Wśród analizowanych preparatów były: czarnuszka, żeń-szeń, cynamon, kurkuma, czerwony pieprz oraz mimoza dzwonkowata (*Dichrostachys cinerea*). Zarówno czas stosowania tych preparatów, jak i sposób oceny efektu (metoda pomiaru ciśnienia tętniczego) różniły się istotnie w poszczególnych badaniach.

Także badane populacje były różne – część badań dotyczyła interwencji w grupie pacjentów z nadciśnieniem, część w grupie tzw. stanu przednadciśnieniowego (wg obecnej klasyfikacji to osoby z ciśnieniem prawidłowym i wysokim prawidłowym), a część osób wyjściowo normotensyjnych. Spośród analizowanych badań, w trzech wykazano istotną redukcję ciśnienia tętniczego pod wpływem interwencji – dotyczyły one stosowania ziela mimozy dzwonkowej, żeń-szenia koreańskiego oraz kurkumy. Nie wykazano wpływu czerwonego pieprzu ani cynamonu na ciśnienie tętnicze krwi. Czynniki związane z efektem redukcji ciśnienia były: dłuższy czas trwania interwencji, wyższe dawki ziół lub przypraw oraz wyższe wyjściowe wartości ciśnienia. Mimo znacznych ograniczeń metodologicznych, wyniki badania mogą sugerować, że pewne produkty ziołowe lub przyprawy mogą mieć potencjalną wartość wspomagającą w profilaktyce lub terapii nadciśnienia, choć temat ten zdecydowanie wymaga dalszych badań.

Komentarz

Rola produktów roślinnych w leczeniu jest niekwestionowana. Wiele znanych leków ma prekursorów w środkach pochodzenia roślinnego stosowanych od tysięcy lat, znacznie wcześniej niż nastąpiła ich synteza chemiczna i wyjaśnienie mechanizmów działania. Typowym przykładem jest kwas acetylosalicylowy, którego prekursorami były wyciągi z kory wierzby zawierające salicynę, rezerpina – jeden z pierwszych leków przeciwnadciśnieniowych – alkaloid wyizolowany z korzenia rauwolfii wężowej, czy w końcu naparstnica – źródło glikozydu nasercowego – digoksyny.

Terapie naturalne produktami pochodzenia roślinnego są atrakcyjne i niezależnie od konwencjonalnej terapii nadciśnienia czy innych chorób kardiologicznych, bywają rekomendowane jako postępowanie wspomagające.

Brak jednak dużych badań klinicznych, które obiektywnie oceniałyby skuteczność preparatów ziołowych, co ogranicza formułowanie jakichkolwiek zaleceń lekarskich do ich stosowania w prewencji lub leczeniu. Co więcej, postrzegane jako bezpieczne i niegroźne, preparaty ziołowe, a zwłaszcza mieszanki o nie do końca sprecyzowanym składzie, mogą – wbrew intencjom stosujących je osób – wywierać niekorzystne skutki zdrowotne, wchodząc w interakcje ze stosowanymi lekami lub powodować niespodziewane objawy, jak na przykład dobrze udokumentowane nasilenie powikłań krwotocznych przy stosowaniu popularnych wyciągów z miłorzębu japońskiego. Szczególnie niebezpieczne z punktu widzenia zdrowotnego jest zastępowanie klasycznej terapii przeciwnadciśnieniowej stosowaniem ziół zamiast leków.

Ważną kwestią są także regulacje dotyczące wprowadzenia ziół, mieszanek ziołowych i suplementów diety na rynek. O ile bowiem wprowadzenie do obrotu leku wymaga szeregu dokumentów, o tyle sprzedaż suplementów diety i produktów naturalnych ma znacznie uproszczoną procedurę i praktycznie pozostaje poza skuteczną kontrolą. Mimo wielu zalet suplementów diety pochodzenia roślinnego, nie udokumentowano jednoznacznie ich skuteczności, a dla części pojawiają się wątpliwości odnośnie do ich bezpieczeństwa. Problem ten wynika częściowo z różnorodności zjawisk obserwowanych przy stosowaniu leków pochodzenia roślinnego (interakcje z klasyczną farmakoterapią, nefrotoksyczność, reakcje alergiczne) i z faktu, że w skład surowców wchodzi wiele związków o nadal nieznanym budowie.

Wobec tego należy zachować ostrożność w rekomendowaniu produktów pochodzenia roślinnego w leczeniu nadciśnienia. Inną kwestią jest stosowanie przypraw. Ważnym aspektem postępowania nefarmakologicznego w nadciśnieniu jest ograniczenie spożycia soli kuchennej. Przyprawy roślinne mogą zastąpić swoimi walorami smakowymi sól, stosowaną jako przyprawę. Temat stosowania leków pochodzenia roślinnego i przypraw jest niezwykle ciekawy, ale jest to dziedzina z punktu widzenia naukowego nieodkryta i wymagająca dalszych badań.

Dr hab. med. Agnieszka OLSZANECKA

- [1] Driscoll S.K. i wsp. J Hypertens 2019;37:671-9
- [2] Liperoti R I i wsp. J Am Coll Cardiol. 2017 Mar 7;69(9):1188-1199. doi: 10.1016/j.jacc.2016.11.078.

(przedruk z „Medical Tribune” nr 4/19)

NIE IDŹCIE TĄ DROGĄ...

...CZYLI O TYM, IŻ LEKARZOWI NIE WOLNO POSŁUGIWAĆ SIĘ METODAMI NIEZWERYFIKOWANYMI NAUKOWO

Choć zapewne zawsze tak było, że różnej maści uzdrowiciele i znachorzy próbowali „wyręczać lekarzy” w misji leczenia pacjentów, to obecnie, za sprawą internetu, można mówić wręcz o inwazji „barbarzyńców” na domenę lekarską. Namnożyło się takich przypadków zapewne za sprawą masowości przekazu informacji i możliwości bycia nadawcą komunikatu przez każdego – chociażby za pomocą kanałów YouTube czy mediów społecznościowych. Niestety trzeba tu zauważyć, że część (na szczęście niewielka) lekarzy ulega tego typu modom i sama stosuje metody niezwyfikowane naukowo. A przypomnijmy, że zgodnie z art. 57 ust. 1 i 2 Kodeksu etyki lekarskiej: *„Lekarzowi nie wolno posługiwać się metodami uznanymi przez naukę za szkodliwe, bezwartościowe lub niezwyfikowanymi naukowo. Nie wolno mu także współdziałać z osobami zajmującymi się leczeniem, a nie posiadającymi do tego uprawnień. Wybierając formę diagnostyki lub terapii, lekarz ma obowiązek kierować się przede wszystkim kryterium skuteczności i bezpieczeństwa chorego oraz nie narażać go na nieuzasadnione koszty”*. Tytuł KEL – a praktyka?

W tym kontekście na uwagę zasługuje sprawa zakończona postanowieniem Sądu Najwyższego z dnia 8 lutego 2018 r., sygn. akt SDI 114/17. Stan faktyczny przedstawiał się następująco: jeden z okręgowych sądów lekarskich i uznał lek. M.K. za winną tego, że „w okresie od 2006 r. do lutego 2014 r. w X. stosowała w leczeniu pacjentów terapię z użyciem preparatu N. podawanym dożylnie, jako metody nie zweryfikowanej naukowo”, tj. przewinienia zawodowego określonego w art. 57 ust. 1 KEL i za to wymierzył jej karę nagany. Wyjaśnijmy, iż chodziło o zabieg chelatonowania, który jest metodą potwierdzoną naukowo, ale tylko w przypadku leczenia zatruc metalami ciężkimi. W tym przypadku leczono pacjentów z chorobą wieńcową, co miało polegać na usuwaniu płytek miażdżycowych poprzez dożylnie podawanie różnych substancji chelatujących (np. kwasu etylenodiaminotetraoctowego, tzw. EDTA). Naczelny Sąd Lekarski, po rozpoznaniu odwołań obwinionej i jej obrońcy, utrzymał w mocy pierwszoinstancyjne orzeczenie. Kasację do SN złożył obrońca, zarzucając z jednej strony pewne uchybienia formalne, a z drugiej podważył ustalenia faktyczne, że stosowana przez obwinioną metoda nie była zweryfikowana naukowo. Ustalenie to poczynione zostało na podstawie trzech opinii biegłych: dr n. med. I.K., prof. dr n. med. K.B. i prof. dr hab. n. med. Z.F. Treść wszystkich trzech opinii w zakresie mającym znaczenie dla rozstrzygnięcia sprawy, a więc stwierdzającym, że metoda stosowana przez obwinioną nie była naukowo zweryfikowana, była jasna i pełna. Wiadomości specjalne biegłych

i ich bezstronność nie budziły zastrzeżeń, a między opiniami nie zachodziły sprzeczności. Tym samym nie wystąpiła potrzeba ani uzupełnienia opinii, ani tym bardziej zasięgnięcia opinii innych biegłych. Odnosząc się do jednego z zarzutów kasacyjnych, w ocenie SN włączenie dokumentu w postaci uchwały Naczelnej Rady Lekarskiej z 6 listopada 2009 r. w poczet dowodów nie stanowiło naruszenia prawa; przeciwnie – co wyraźnie podkreślono – było postąpieniem właściwym, jako że ów naczelny organ samorządu lekarzy, realizując ustawowe zadania, zajął stanowisko, że zabieg chelatonowania jest metodą potwierdzoną naukowo tylko w przypadku leczenia zatruc metalami ciężkimi. W świetle takiej treści dokumentu вина obwinionej lekarki rysowała się jako oczywista. Odnosząc się do pozostałych zarzutów kasacyjnych, SN ocenił, że dopuszczenie już na pierwszym terminie ponownie prowadzonej rozprawy głównej dowodu z opinii biegłego toksykologa prof. dr hab. n. med. K.B. było godne pochwały, a reguła *in dubio pro reo* z art. 61 ust. 2 u.i.l. (a więc, że wszelkie wątpliwości należy interpretować na korzyść obwinionego lekarza) nie została obrażona, bowiem – jak przypomniano – nie ma ona zastosowania, gdy wątpliwości w zakresie przyjętych ustaleń (*in concreto* chodziło o ustalenie, że metoda chelatonowa stosowana przez obwinioną nie była zweryfikowana naukowo) podnosi strona, a nie stały się one udziałem sądu, który zgromadzone dowody ocenił w zgodzie z dyspozycją art. 7 k.p.k. Inne zagadnienia poruszone w opiniach i pismach procesowych obrony, dotyczące ewentualnej szkodliwości czy nieskuteczności stosowanej przez obwinioną terapii z użyciem preparatu N. podawanym pacjentom dożylnie – jak zaznaczył delikatnie SN – choć niewątpliwie interesujące z punktu widzenia medycznego, pozostawały słusznie poza kręgiem zainteresowania sądów pierwszej i drugiej instancji, bowiem obwinionej zarzucano i przypisano tylko to, że stosowana przez nią metoda nie była naukowo zweryfikowana. Dlatego Sąd Najwyższy oddalił kasację, a kosztami postępowania kasacyjnego obciążył obwinioną.

O ile fascynujące poznawczo (zwłaszcza psychologów i socjologów) może być poznanie odpowiedzi na pytanie, dlaczego takie sukcesy odnoszą różnego rodzaju magicy, o tyle podobnie interesujące wydaje się pytanie, dlaczego lekarze wykształceni w tradycji uniwersyteckiej ulegają takim mirażom metod niezwyfikowanych naukowo. Mamy nadzieję, że nie chodzi tylko o kasę.

Jerzy SOWIŃSKI
Jędrzej SKRZYPCZAK

(przedruk z Biuletynu Wielkopolskiej Izby Lekarskiej nr 7-8/19)

Szanowni Państwo,

Ośrodek Doskonalenia Zawodowego (ODZ) Naczelnej Izby Lekarskiej (NIL) informuje o szkoleniach i warsztatach dla lekarzy i lekarzy dentystów organizowanych w ramach projektów finansowanych ze środków UE oraz o szkoleniach własnych Naczelnej Izby Lekarskiej.

Szkolenia Ośrodka Doskonalenia Zawodowego

„Dokumentacja medyczna, e-dokumentacja”, „Informacja i zgoda pacjenta”, „Agresywny pacjent – aspekty prawne”, „Lekarz przed sądem”, „Ochrona radiologiczna pacjenta dla lekarzy dentystów wykonujących procedury radiologiczne”, to tylko niektóre z szerokiej oferty szkoleń dla lekarzy i lekarzy dentystów. Wszystkie szkolenia są bezpłatne, akredytowane, uczestnicy szkoleń otrzymują punkty edukacyjne. Organizowane są w siedzibie NIL przy ul. Sobieskiego 110 w Warszawie.

Pełna lista szkoleń i zapisy są na stronie internetowej ODZ NIL: www.nil.org.pl <<https://link.freshmail.mx/c/0t5ibbkx-8c/5domdtelpw>>

Projekty unijne

Naczelna Izba Lekarska uruchomiła nabór na bezpłatne kursy doskonalące z zakresu wczesniej diagnostyki i leczenia chorób układu krążenia, chorób nowotworowych, chorób i zaburzeń psychicznych, chorób układu kostno-stawowo-mięśniowego, chorób układu oddechowego oraz podniesienie jakości komunikacji w relacji lekarzy rodzinnych z lekarzami specjalistami realizowanych w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój (POWER) współfinansowanych z Europejskiego Funduszu Społec-

znego. Udział w projekcie jest bezpłatny. Serdecznie zapraszamy do udziału w szkoleniach.

Więcej informacji: <https://wytyczne.org/ruszy-la-rekrutacja-na-szkolenia-z-zakresu-postepowania-diagnostycznego-terapii-oraz-profilaktyki-v-modulow-do-wyboru/> <<https://link.freshmail.mx/c/yw0fm7282l/5domdtelpw>>

Z poważaniem,

Mirosława Misiewicz
Ośrodek Doskonalenia Zawodowego
Naczelna Izba Lekarska

* * *

Śląski Park Technologii Medycznych Kardio-Med Silesia Sp. z o.o. organizuje w ramach przyznanego przez Ministerstwo Zdrowia grantu w prestiżowym konkursie pn. „Kształcenie podyplomowe lekarzy – rozwój kształcenia praktycznego z wykorzystaniem technik symulacji medycznej”, współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego „**Kursy umiejętności dla lekarzy i lekarzy rezydentów opartych na Evidence Based Medicine**”.

Projekt został objęty Patronatem Honorowym Ministra Zdrowia oraz Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego. W projekcie przewidziano realizację łącznie 109 szkoleń dla 758 lekarzy do 30 czerwca 2023 r. Wydarzenie ma charakter cykliczny, terminy poszczególnych szkoleń są zamieszczane na stronie internetowej projektu pod adresem: <http://kmptm.p/power5-4-kursy/>.

Program przewiduje realizację kursów o następującej tematyce, za które uczestnicy mogą uzyskać punkty edukacyjne:

- Ablacja 3D w leczeniu zaburzeń rytmu serca;
- Implantacja stymulatorów bezelektrodowych;



- Inwazyjne leczenie migotania przedsionków z kursem nakłucia transseptalnego;
- Postępowanie z chorym trudnym, powikłanym w pracowni endowaskularnej (radiologii, chirurgii, kardiologii, neuroradiologii);
- Kurs z zakresu leczenia operacyjnego wad zastawki aortalnej i aorty wstępującej na modelu zwierzęcym i izolowanych tkankach zwierzęcych.

Szkolenia składają się z części teoretycznej oraz praktycznej realizowanej na bloku operacyjnym z wykorzystaniem modelu zwierzęcego. Uczestnicy mają niepowtarzalną okazję do udziału w wysoko specjalistycznych procedurach medycznych wykraczających poza obszar specjalizacji. Udział w programie jest nieodpłatny.

* * *

W dniach 29.XI–1.XII.2019 r. w hotel STOK, ul. Jawornik 52A, 43-460 Wisła odbędzie się szósta już edycja konferencji „Andrzejki Stomatologiczne – Wyzwania Współczesnej Stomatologii”, zorganizowana przez Komisję Stomatologiczną Okręgowej Rady Lekarskiej w Katowicach. Harmonogram sesji szkoleniowych jest napięty – w ciągu dwóch dni odbędzie się aż 15 prelekcji poświęconych zagadnieniom z dziedziny szeroko pojętej stomatologii. Przeciwwagą dla części naukowo-dydaktycznej będzie część kulturalno-rozrywkowa – jak na Andrzejki przystało. W konferencji weźmie udział około 300 lekarzy dentystów oraz kilkunastu wystawców.

Z serdecznymi pozdrowieniami

Anna Michalczyk

Specjalista ds. informacyjno-prasowych
tel.: (32) 60 44 261

Śląska Izba Lekarska

* * *



**Galeria Sztuki
Współczesnej**

Zapraszamy na jesienne wystawy
zaplanowane w Galerii Sztuki
Współczesnej w Opolu.

Salon Jesienny 2019

6.09 – 06.10

Salon Jesienny jest corocznym, konkursowym przeglądem osiągnięć opolskiego środowiska artystycznego, organizowanym przez Związek Polskich Artystów Plastyków. Korzenie tej wyjątkowej wystawy, która od wielu lat ma miejsce w Galerii Sztuki Współczesnej w Opolu, sięgają przełomu lat 50 i 60. Od tego czasu impreza zdążyła na stałe wpisać się w artystyczny kalendarz Opola. Salon Jesienny ma charakter interdyscyplinarny. W tym roku na wystawie eksponowane będą dzieła, które powstały w ostatnich miesiącach z zakresu malarstwa, grafiki, ceramiki, rzeźby, fotografii, multimediiów.

Prace oceniane będą przez niezależną komisję spoza Opola w skład której wchodzić będą profesorowie uczelni artystycznych. Podczas wernisażu zostanie ogłoszony werdykt jury dla najlepszych projektów m.in.: Grand Prix przyznane przez Marszałka Województwa Opolskiego, nagroda Prezydenta Miasta Opola, nagroda ZPAP. Niezależną nagrodę przyznaje Galeria Sztuki Współczesnej w Opolu.

Dnia 15 września /niedziela/ o godzinie 16.00 – oprowadzenie kuratorskie. Wstęp wolny.



▷ **Wystawa twórczości Mirosława Filonika**
– Trzy kolory
18.10 – 17.11.2019

Mirosław Filonik (ur. 1958) jest twórcą instalacji, rzeźb i obiektów. W latach 1986-1989, wspólnie z Mirosławem Bałką i Markiem Kijewskim, działał w grupie „Neue Bieriemienność”. Od 1989 roku używa w swoich pracach świetlówek, układając je w proste geometryczne formy. Filonik odnosi się w swych instalacjach świetlnych do wschodniej duchowości.

W opolskiej GSW Mirosław Filonik zrealizuje wieloelementową instalację świetlną ściśle wiążąc jej formę z konkretną przestrzenią architektoniczną. Jednocześnie jednak podstawowe formy geometryczne, które artysta powtarza przy pomocy światła tworząc rytmiczne układy przestrzenne o rozbudowanej, modularnej strukturze są rodzajem świetlnych znaków odsyłających również poza „dostrzegalny” wymiar miejsca. Powściągliwa wizualnie, daleka od jakiegokolwiek narracyjności instalacja będzie miała rozwinięcie w warstwie dźwiękowej.

World Press Photo 2019
22.11. – 15.12

Już po raz 19 w Galerii Sztuki Współczesnej w Opolu można oglądać najlepsze fotografie prasowe prezentowane w ramach wystawy World Press Photo. Składają się na nią prace nagrodzone i wyróżnione w największym i najbardziej prestiżowym konkursie fotografii pra-

sowej organizowanym przez Fundację World Press Photo z Amsterdamu. Do konkursu World Press Photo 2019 zgłosiło się 4738 fotografów ze 129 krajów, którzy łącznie zaprezentowali 78 801 zdjęć. Zdjęciem Roku uznana została fotografia „dziewczynki płaczącej na granicy” autorstwa Johna Moore’a z Getty Images. Jury wybrało najlepsze zdjęcia w stałych kategoriach: sprawy współczesne, środowisko, życie codzienne, wiadomości, projekty długoterminowe, przyroda, ludzie, sport, wydarzenia.

Ekspozycja prezentowana jest w około 45 krajach świata. W Polsce można ją obejrzeć w kilku miejscach, a jednym z nich jest Opole.

Pytania prosimy kierować do: Dział Promocji GSW, info@galeriaopole.pl, tel. 774021235

* * *

Prudnickie Centrum
Medyczne S.A. w Prudniku
zatrudni lekarzy:

- internistę (w tym Ordynatora Oddziału),
 - pediatrę,
 - ginekologa,
 - radiologa,
- na etat lub dyżury.

A także:

- lekarza do Poradni Preluksacyjnej,
- lekarza onkologa do Poradni Onkologicznej.

Forma umowy i warunki do uzgodnienia. Telefon kontaktowy: 693-614-688, e-mail: pcm@pcm.prudnik.pl

30-lecie

Wydział Lekarski Akademii Medycznej we Wrocławiu ROCZNIK 1990

KOLEŻANKI I KOLEDZY!

Serdecznie zapraszamy na spotkanie koleżeńskie z okazji 30-lecia ukończenia Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej we Wrocławiu, które odbędzie się w dniach 5-7 czerwca 2020 r. Miejscem spotkania będzie ośrodek Vital & SPA Resort Szarotka w Zieleńcu.

Program Zjazdu:

- **Piątek 5 czerwca 2020**

- Od godz.14.00 – zakwaterowanie w Ośrodku
- Godz.18.00-24.00 – grill przy biesiadnej muzyce

- **Sobota 6 czerwca 2020**

- Godz.8.00-10.00 – śniadanie
- Godz.10.15 – msza św. – Kościół św. Anny w Zieleńcu
- Czas wolny, spacer po Zieleńcu
- Godz.13.30 – pamiątkowe zdjęcie grupowe przed Ośrodkiem
- Godz.14.00 – obiad
- Czas wolny
- Godz.19.00-2.00 – bankiet

- **Niedziela 7 czerwca 2020**

- Godz.9.00-10.00 – śniadanie i pożegnania

Opłata za uczestnictwo w Zjeździe wynosi od absolwenta/osoby towarzyszącej:

- **piątek-niedziela z noclegami – 500 PLN**
- **sobota-niedziela z noclegiem – 350 PLN**

Wpłat prosimy dokonywać na konto 63 1140 2004 0000 3402 7877 0728 (odbiorca Ewa Willak-Janc) do dnia 31.12.2019 r. z dopiskiem „Zjazd 1990”. Panie prosimy o podanie nazwiska obecnego oraz z okresu studiów.

Do dyspozycji gości pokoje 2–3-osobowe – proszę o e-mailowe zgłaszanie nazwisk Kolegów i Koleżanek, z którymi chcą być Państwo zakwaterowani.

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

Bliższych informacji udziela: Patrycja Malec, tel. 501-217-204, e-mail: patka.malec@wp.pl

Serdecznie zapraszamy do udziału w Zjeździe. Do zobaczenia w Zieleńcu!!!

Za Komitet Organizacyjny

Wojciech Apoznański, Ewa Willak-Janc, Teresa Żak (Biercewicz)

OPOLSKA IZBA LEKARSKA

Biuro: tel. 77/454-59-39, fax 77/454 67 09, opole@hipokrates.org

czynne: poniedziałek, wtorek, czwartek **7.30–15.30**;
środa **7.30–16.00**; piątek **7.30–15.00**

Rejestr Lekarzy: opole.rejestr@hipokrates.org

Praktyki Prywatne: opole.praktyki@hipokrates.org

Radca prawny – tel. kontaktowy: 601 708 952, przyjmuje:
poniedziałek 9.00–10.30, środa 14.30–17.00, czwartek 14.00–16.00,
piątek – po uprzednim ustaleniu telefonicznym.

Składki: opole.skladki@hipokrates.org

Administracja Biura Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej:
tel. 77/453-75-72; opole.rzecznik@hipokrates.org

Administracja Biura Okręgowego Sądu Lekarskiego:
tel. 77/454-85-75; opole.sad@hipokrates.org

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;
nr konta: 54-1020-3668-0000-5102-0009-8277

REDAKCJA: Jerzy Lach

OPRACOWANIE GRAFICZNE: Wydawnictwo i Drukarnia Świętego Krzyża

ŁAMANIE i DRUK: Wydawnictwo i Drukarnia Świętego Krzyża w Opolu, ul. Katedralna 8A
NAKŁAD: 2800 egz. ISSN 1426-661X



II Interdyscyplinarna Ogólnopolska Konferencja Naukowa

pt.: „Prawnkarne i medyczne aspekty zaniechania szczepień dzieci”

Opole, dnia 28 listopada 2019 r.

Wydział Prawa i Administracji Uniwersytetu Opolskiego, Okręgowa Rada Adwokacka w Opolu i Opolska Izba Lekarska serdecznie zapraszają do wzięcia udziału w

II Interdyscyplinarnej Ogólnopolskiej Konferencji Naukowej

pt.: „Prawnkarne i medyczne aspekty zaniechania szczepień dzieci”,

która odbędzie się w Studenckim Centrum Kultury Uniwersytetu Opolskiego (Opole, ul Katowicka 95) w dniu:

28 listopada 2019 r. w godz. 10:00-16:00.

Konferencja organizowana jest na Wydziale Prawa i Administracji Uniwersytetu Opolskiego – przez Katedrę Prawa Karnego Materialnego wspólnie z Okręgową Radą Adwokacką w Opolu oraz Opolską Izbą Lekarską. Prelegentami na Konferencji będą naukowcy i praktycy reprezentujący obie dziedziny nauki m.in., r. pr. Aleksander Czura, dr hab. Teresa Gardocka prof. Uniwersytetu SWPS, prof. zw. dr hab. Ewa M. Guzik-Makaruk, dr hab. Dariusz Jagiełło prof. Uniwersytetu SWPS, dr n. med. Paweł Kabata, dr hab. Michał Królikowski prof. nadzw. UW, dr n. med. Jacek Miarka, ks. prof. Piotr Morciniec, dr n. med. Urszula Posmyk, dr n. med. mgr prawa Marta Rorat, dr hab. Leszek Szenborn prof. nadzw. UM, dr Ewelina Wojewoda, lek. Grzegorz Wrona.

W tym miejscu nadmienić pragnę, że oczekujemy również na ostateczne potwierdzenie jeszcze kilku prelegentów, których nazwiska podamy po ostatecznym potwierdzeniu przez nich uczestnictwa w konferencji. Jednocześnie informujemy, że planowane jest wydanie recenzowanej publikacji naukowej, w której opublikowane zostaną artykuły naukowe przygotowane przez prelegentów.

Zgłoszenia udziału w konferencji prosimy nadsyłać pocztą elektroniczną do dnia **15 listopada 2019 r.** na adres e – mail: prawoimedycyna28112019@wp.pl (decyduje data zgłoszenia z uwagi na ograniczoną liczbę miejsc, opłata wstępna dla osób spoza UO, ORA Opole i OIL Opole wynosi 100 zł, płatna na wskazany rachunek bankowy po zgłoszeniu swojego udziału).

Jednocześnie informujemy, iż przedmiotowa Konferencja zostanie wpisana w terminarz szkoleń zawodowych dla adwokatów Izby Adwokackiej w Opolu oraz lekarzy Opolskiej Izby Lekarskiej. Nadto każdy z jej uczestników otrzyma certyfikat udziału w Konferencji.

Wstępny program konferencji:

- 9:15 - 10:00 rejestracja uczestników
- 10:00 - 10:20 uroczyste otwarcie Konferencji: przywitanie gości
- 10:30 - 13:00 sesja referatowa
- 13:00 – 13:30 dyskusja
- 13:30-14:00 przerwa kawowa
- 14:00-15:40 sesja referatowa
- 15:40-16:00 dyskusja, podsumowanie i zamknięcie konferencji



UNIwersytet
OPolski

Komitet Organizacyjny:

dr Dariusz Mucha, adwokat
Wydział Prawa i Administracji
Uniwersytetu Opolskiego, adiunkt

adw. Marian Jagielski
Dziekan Okręgowej Rady Adwokackiej
w Opolu

lek. dent. Jolanta Smerkowska – Mokrzycka
Prezes Okręgowej Rady Lekarskiej w Opolu

Maraton 30-lecia

Komisja ds. Kultury, Sportu i Rekreacji

Wielkopolskiej Izby Lekarskiej

zaprasza na

XVIII Mistrzostwa Polski Lekarzy w Maratonie,
które odbędą się w Poznaniu 20 października 2019 roku
dla uczczenia 30-lecia odrodzonych izb lekarskich.

Zapisy na stronie: marathon.poznan.pl

Koordynator: Wojciech Łącki, kom.602-244-817, e-mail: wojciechlacki@poczta.onet.pl