



OPOLSKA  
IZBA  
LEKARSKA

Rok Założenia 1990

Lipiec–Sierpień 2013

ISSN 1426-661X

# BIULETYN INFORMACYJNY

Nr 203

OPOLSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

[www.izbalekarska.opole.pl](http://www.izbalekarska.opole.pl)

## „Wsiąść do pociągu byle jakiego...”



Fot. Adam Bagiński

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego



**Uwaga Lekarze i Lekarze Dentyści do 35 roku życia będący w trakcie stażu lub specjalizacji!**

Naczelna Izba Lekarska zaprasza

## **na bezpłatne szkolenia warsztatowe**

z zagadnień komunikacji interpersonalnej oraz systemu funkcjonowania ochrony zdrowia

Szkolenia prowadzone będą w grupach 10-osobowych, w cyklu 6-dniowym.

Planowany termin dla lekarzy i lekarzy dentyistów z terenu **OPOLA: 5–10 sierpnia 2013**

**miejsce szkolenia oraz rejestracja na stronie:** [www.mlodylekarz.org](http://www.mlodylekarz.org)

Zakres warsztatów dotyczących umiejętności komunikacji i współpracy z pacjentem:

- efektywna komunikacja z pacjentem,
- sposoby przekazywania trudnych informacji i wspierania pacjentów oraz ich rodzin w traumatycznych sytuacjach,
- sposoby zapobiegania konfliktom i rozwiązywania sytuacji konfliktowych,
- sposoby radzenia z manipulacją i agresją ze strony pacjentów lub osób trzecich,
- umiejętności negocjacji, asertywnej komunikacji i wykorzystania własnego potencjału,
- sposoby radzenia ze stresem i wypaleniem zawodowym.

Zakres warsztatów dotyczących funkcjonowania systemu ochrony zdrowia:

- formy wykonywania zawodów lekarza i lekarza dentyisty,
- odpowiedzialność zawodowa, cywilna i karna lekarza i lekarza dentyisty,
- zasady kontraktowania i rozliczania świadczeń z Narodowym Funduszem Zdrowia,
- zasady wystawiania recept na leki refundowane,
- organizacja pracy i zarządzania zespołem,
- marketing usług lekarskich,
- zadania i rola samorządu zawodowego lekarzy i lekarzy dentyistów.

Szkolenia uzupełnione będą 11 kursami na platformie e-learningowej.

Pozostałe informacje w Biurze Projektu: ul. Sobieskiego 110, Warszawa, tel. 22/558-80-47,  
[mlodylekarz@hipokrates.org](mailto:mlodylekarz@hipokrates.org), oraz na stronie [www.mlodylekarz.org](http://www.mlodylekarz.org)

Nareszcie lato i wakacje! Wszyscy byliśmy już zmęczeni wydłużającą się zimą i późniejszymi ulewami. Być może rozpoczynające się miesiące wakacyjne przyniosą nam wszystkim ciepłe (byle nie za bardzo!) dni, pozwalające na długie przebywanie na łonie natury. Oby tak się stało! Życzę Wam najpiękniejszych chwil na urloпах, wspaniałych przygód wakacyjnych, wielu miłych niespodzianek, a przede wszystkim WYPOCZYNKU!

Jeśli w tym czasie sięgniecie po najnowszy numer naszego izbowego Biuletynu, będzie mi bardzo miło. Jak

zawsze starałem się zamieścić w nim ciekawe materiały. Niestety w większości nie są to typowe wakacyjne rzeczy. Myślę jednak, że warto je przeczytać – do czego serdecznie namawiam.

W chwili, gdy piszę te słowa powoli kończą się zebrania wyborcze w poszczególnych rejonach, ale ich wyniki przekażę Wam dopiero we wrześniu. Na razie wypoczywajcie. Pozdrawiam i do następnego numeru.

*Jerzy B. LACH*

## SZPALTA PREZESA

Koleżanki i Koledzy,

W momencie, gdy piszę te słowa akcja wyborcza, dotycząca delegatów na Okręgowy Zjazd Lekarzy VII kadencji dobiega końca. Chcę Wam bardzo podziękować za pozytywną reakcję na apele moje i Przewodniczącego Okręgowej Komisji Wyborczej o aktywny udział w głosowaniu korespondencyjnym. Otóż we wszystkich rejonach, w których odbyło się głosowanie, udział osób głosujących korespondencyjnie wystarczył do zapewnienia odpowiedniego quorum, a tym samym zapewnił ważność tym wyborom. Oczywiście chciałoby się, aby ten udział był jeszcze większy, ale z satysfakcją można powiedzieć, że – w stosunku do sytuacji sprzed 4 lat – zwiększyła się liczba naszych Koleżanek i Kolegów, którzy wzięli udział w wyborach swoich przedstawicieli na Okręgowy Zjazd Lekarzy. Pełną listę wybranych delegatów przedstawimy w następnym Biuletynie.

Dwa tygodnie temu gościł w Opolu wiceminister zdrowia Sławomir Neuman. Na spotkaniu z nim obecne były wszystkie najważniejsze osoby, które działają

w ochronie zdrowia w naszym województwie. Był Wojewoda, Wicemarszałek Kolek, cała dyrekcja Oddziału Wojewódzkiego NFZ, dyrektorzy jednostek wojewódzkich i powiatowych, szefowie samorządów zawodów medycznych. Niestety „z dużej chmury mały deszcz”. Spodziewałem się nowych informacji, dotyczących planów Ministerstwa na przyszły rok. Minister jednak powiedział tylko to, co już było wiadomo. Są plany, by nadać większą autonomię oddziałom wojewódzkim NFZ. Są plany, by kontraktowanie świadczeń przez NFZ było poprzedzone utworzeniem „mapy” zapotrzebowania na nie, którą to mapę będzie tworzył zespół powołany przez Wojewodę. Ale już nie padła data, kiedy te plany staną się obowiązującym prawem, nie padło również wyjaśnienie czy z końcem 2013 roku ogłoszony zostanie nowy konkurs czy dotychczasowe umowy będą aneksowane. Tak więc dalej musimy żyć tylko nadzieją, a nie przekonaniem, że problemy ochrony zdrowia staną się w końcu rzeczywistym, a nie tylko deklarowanym, priorytetem rządu.

*Jerzy JAKUBISZYN*

## CO SŁYCHAĆ W IZBIE

# SPRAWOZDANIE Z POSIEDZENIA OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ W OPOLU W DNIU 22 MAJA 2013 R.

Program zebrania:

- 1) Przyznanie praw wykonywania zawodu.
- 2) Rejestracja podmiotów prowadzących szkolenie podyplomowe lekarzy.
- 3) Rejestracja indywidualnych praktyk lekarskich.
- 4) Przyznanie świadczeń z Funduszu Samopomocy i dofinansowanie udziału w imprezach sportowych.
- 5) Wyznaczenie przedstawicieli OIL do komisji konkursowych.
- 6) Podjęcie uchwał w sprawie zmiany wysokości składki członkowskiej.
- 7) Sprawozdanie członków Rady z działalności pomiędzy posiedzeniami.



8) Szkolenie z zakresu działalności komisji skrutacyjnych w wyborach w rejonach wyborczych w czerwcu 2013 r.

9) Sprawy różne i wolne wnioski.

Prezes Jakubiszyn powitał wszystkich zebranych i przekazał głos Sekretarzowi ORL kol. Lachowi.

**Ad 1.** Kol. Lach przedstawił wniosek Leszka Ratusznika, który zwrócił się o wydanie Prawa Wykonywania Zawodu wg nowego wzoru. W przeszłości posiadał Tymczasowe Prawo Wykonywania Zawodu obowiązujące do momentu wprowadzenia tzw. praw książeczkowych, ale ze względu na to, że praktykuje od lat w Chinach nie wymienił tego prawa na nowe. Dopiero teraz zwrócił się z taką prośbą. Rada jednogłośnie wyraziła na to zgodę.

**Ad 2.** W tej części posiedzenia prowadzenie przejął ponownie kol. Jakubiszyn, który stwierdził, że nie wpłynęły do Izby żadne wnioski rejestracyjne podmiotów realizujących szkolenia dla lekarzy i lekarzy dentystów.

**Ad 3.** Do Izby wpłynął natomiast jeden wniosek o wyrejestrowanie gabinetu prywatnego Małgorzaty Nosińskiej, który Rada jednogłośnie zaakceptowała.

**Ad 4.** Do Funduszu Samopomocy wpłynął jeden wniosek o pożyczkę szkoleniową związaną z doktoratem. Rada zaaprobowała ten wniosek przy 1 głosie wstrzymującym się.

Ponadto kol. Jakubiszyn przedstawił trzy wnioski o zapomogi. Wszystkie te wnioski zostały przez członków Rady przyjęte jednogłośnie. Świadczenia przyznano w maksymalnej wysokości.

Wpłynął również wniosek o dofinansowanie udziału w Mistrzostwach Polski Lekarzy w Wędkarstwie Spławikowym. Także i ten wniosek został jednogłośnie przyjęty.

**Ad 5.** Prezes poinformował, że na swoim ostatnim posiedzeniu Prezydium Rady – biorąc pod uwagę krótkie terminy, jakie podane zostały w pismach, kierowanych do Rady – wyznaczyło przedstawicieli Rady do komisji konkursowych:

- na stanowisko Z-cy Dyrektora Zespołu Matki i Dziecka w Opolu – Krzysztofa Wiśniewskiego
- na stanowisko Pielęgniarki Oddziałowej Oddz. Ginekologii Szpitala MSWiA w Opolu – Małgorzatę Łuszczyńską-Ostrowską.

**Ad 6.** Do Rady wpłynął jeden wniosek o zmniejszenie wymiaru składki członkowskiej do 10 zł w związku z osiągnięciem wieku emerytalnego, który Rada zaaprobowała jednogłośnie.

Ponadto wpłynęło pismo lekarski, która aktualnie praktykuje w Niemczech, będąc jednocześnie członkiem naszej i niemieckiej izby lekarskiej. W piśmie tym zwróciła się o czasowe zawieszenie opłacania składki ze względu na swój urlop macierzyński. Rada przyjęła ten wniosek jednogłośnie (Prezes zwrócił uwagę, że jest to jedyna osoba, spośród przebywających za granicą człon-

ków OIL, która oficjalnie zwróciła się z pismem o zawieszenie opłacania składek i która dotychczas regularnie te składki opłacała).

**Ad 7.** Prezes omówił pokrótce przebieg obrad ostatniej Naczelnej Rady Lekarskiej, na której spotkano się z lekarzami ze Słowackiej Izby Lekarskiej w celu podpisania listu intencyjnego dotyczącego wspólnej budowy ze środków unijnych ośrodka szkoleniowo-wypoczynkowego na terenie Słowacji.

Ponadto omawiano również problem potwierdzania autentyczności podpisów lekarzy rejestrujących się w systemie e-PUAP. Izba Gdańska wystąpiła do MSWiA z wnioskiem o zgodę na możliwość potwierdzania podpisu przez lekarza w Izbie. Kol. Jakubiszyn zastanawiał się, czy nasza izba także nie powinna wystąpić z podobnym wnioskiem, ale decyzję w tej sprawie postanowiono odroczyć.

Prezes wspomniał również o obradach Kapituły odznaczenia „Meritus pro Medicis”, która po raz pierwszy obradowała pod rządami nowego regulaminu (obniżenie progu z 90% na 75%) i przyznała odznaczenie kolejnym 9 osobom.

Kol. Jakubiszyn przedstawił także członkom Rady informację, że Rada Miasta wyraziła zgodę na wykupienie na własność działki, na której znajduje się siedziba naszej Izby. Ze względu na to, że budynek Był wpisany na listę obiektów zabytkowych ostateczna cena uwzględniać będzie 50% upustu, co stanowi kwotę 150 tys. zł za działkę. Decyzja musi się jeszcze uprawomocnić, ale już od teraz rozpoczną się przygotowania do przeprowadzenia remontu samego budynku (dla pozyskania nowych pomieszczeń) oraz budowy parkingu na terenie ogrodu izbowego. Prezes wspomniał również o tym, że dotychczasowy najemca pomieszczeń Klubu Lekarza zaprzestaje swej działalności z końcem czerwca, co bardzo ułatwi prace remontowo-budowlane.

Kol. Hamryszak poinformowała zebranych o ostatnim posiedzeniu Rady Społecznej OOW NFZ, na którym Rada wystąpiła z wnioskiem do Dyrektora Nowaka o aneksowanie dotychczasowych umów na świadczenia medyczne na najbliższe 2 lata. Mówiono też o wystąpieniu do sądu Szpitala Wojewódzkiego przeciwko OOW NFZ o zapłatę 2,4 mln zł za świadczenia wykonane poza kontraktem w ramach SOR-u.

Kol. Latała wspomniał o wspólnym posiedzeniu Komisji Stomatologicznej naszej Izby i Oddziału Opolskiego PTS, na którym gościła świeżo wybrana na stanowisko Prezydenta Elekta Europejskiej Regionalnej Organizacji Światowej Federacji Dentystycznej (ERO-FDI) Anna Lella (Wiceprezes NRL).

**Ad 8.** Kol. Kowarzyk, jako Przewodniczący Okręgowej Komisji Wyborczej, przedstawił aktualny stan zaawansowania kampanii wyborczej do samorządu następnej kadencji. Mówił o problemach ze stworzeniem składu osobowego trzech komisji skrutacyjnych dla le-

karzy – w Brzegu i Kluczborku oraz dla NZOZ w Opolu. Zaapelował o pomoc w namówieniu lekarzy do zgody na uczestnictwo w pracach tych komisji.

Następnie przedstawił podstawowe zadania, jakie stoją przed Przewodniczącymi Komisji Skrutacyjnych w czasie prowadzenia zebrania wyborczego.

Wobec wyczerpania programu obrad i braku wolnych wniosków, kol. Jakubiszyn zamknął posiedzenie Rady.

*Sekretarz ORL*  
*lek. Jerzy B. LACH*

*Prezes ORL*  
*dr n. med. Jerzy JAKUBISZYN*

## POSIEDZENIE KOMISJI STOMATOLOGICZNEJ

27 maja br. odbyło się posiedzenie Komisji Stomatologicznej, na którym przedstawiono następujące tematy.

Dr Hamryszak poinformowała, że dnia 10 maja 2013 r. w Naczelnej Izbie Lekarskiej odbyło się spotkanie, w którym uczestniczyli dr Anna Lella, dr Agnieszka Ruchala-Tyszler, dr Marek Szewczyński oraz przedstawiciele Polskiego Towarzystwa Techników Dentystycznych. Do wspólnych obrad doszło po niedawnej informacji prasowej o wykonywaniu protez zębowych na zamówienie „na odległość”, z pominięciem badania pacjenta. Spotkanie przebiegało w przyjaznej atmosferze, a w wielu obszarach okazało się, że obydwa środowiska mają podobne spostrzeżenia i podobne opinie. Zarząd Główny Polskiego Towarzystwa Techników Dentystycznych zdecydowanie potępił praktyki wykonania wyrobów medycznych z pominięciem powszechnie obowiązujących procedur. Jednocześnie okazało się m. in., że techników dentystrycznych obowiązuje nadal Dekret z 1946 r. „O wykonywaniu czynności techniczno-dentystycznych”. Jest on oczywiście niedopasowany do aktualnych warunków co sprawia, że powinny zostać opracowane nowe przepisy regulujące pracę tej grupy zawodowej. Ponadto dyskutowano na temat współpracy na styku laboratorium protezyczne – gabinet, omawiano również ustawę o zawodach medycznych i o wyrobach medycznych, certyfikację prac protetycznych, postępującą informatyzację obydwu zawodów oraz problemy szkolnictwa zawodowego.

Dr Hamryszak poinformowała, że w odpowiedzi na pismo dr Lelli ze strony MZ do NRL wpłynęło pismo podsekretarza stanu Igora Radziejewicz-Winnickiego, informujące, że w Ministerstwie trwają aktualnie prace nad nowelizacją rozporządzeń koszykowych. Projekty

w/w rozporządzeń zostaną przesłane do konsultacji społecznych – w tym i do NRL. Ministerstwo informuje również, że nie toczą się żadne prace zmierzające do określenia priorytetów w zakresie w opieki stomatologicznej. Dla przypomnienia, dr Lella zwracała uwagę, iż priorytetem powinna być opieka stomatologiczna nad dziećmi.

Do dr Baszkowskiego wpłynęła pisemna odpowiedź NFZ informująca, że wszystkie kwestie związane z wnioskowanymi zmianami w kryteriach oceniania ofert (postulowane było nieuwzględnianie w ocenie „punktów ujemnych”, nie zamieszczanie w ogłoszeniu postępowań „cen oczekiwanych”, określenie zasadności stosowania kar, weryfikacji wstecznych oraz możliwość wprowadzenia współczynników korygujących w pedodoncji), jak i wyceną punktową świadczeń stomatologicznych, możliwe będą do rozpatrzenia po opublikowaniu nowego rozporządzenia MZ w sprawie świadczeń gwarantowanych w zakresie leczenia stomatologicznego, które będą obowiązywać od 2014 r.

Na zakończenie dr Hamryszak przypomniała, że od 1 kwietnia br. wszelkie zmiany w Rejestrze Praktyk w Izbie mogą być dokonywane wyłącznie w formie elektronicznej, do czego wymagane jest posiadanie tzw. kwalifikowanego podpisu elektronicznego. Wniosek do jego otrzymania składa się poprzez portal ePUAP, po czym należy ten wniosek potwierdzić – ZUS, US. Dr Pędich poinformował, że Naczelna Izba Lekarska czyni starania w tym kierunku, aby proces potwierdzenia mógł odbywać się również w Izbie. Potwierdzenie to odbywa się bezpłatnie.

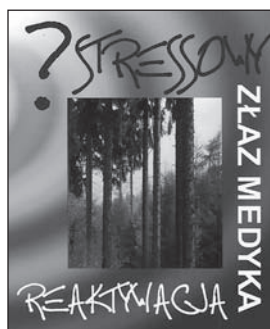
*Przewodnicząca*  
*B. HAMRYSZAK*

*Sekretarz*  
*J. DRZYŻGA*

## MIJAJĄ LATA, A TEN STRESS WCIĄŻ TRWA!

Kiedy przed prawie półwieczem, w głowach zapalonych turystów – studentów Akademii Medycznej we Wrocławiu zrodził się pomysł na zorganizowanie rajdu, nikt z nich zapewne nie przypuszczał, że stanie się on wkrótce „kultową” imprezą wrocławskich medyków.

Pomysłodawcy, z Janem Hołówką na czele, już od samego początku chcieli, by ich rajd odróżniał się od podobnych tego typu imprez, organizowanych w tamtych czasach przez inne wrocławskie uczelnie. Włodzisław



*Znaczek Reaktywowanego  
Stresowego Żłazu Medyka  
Anno 2013, autorstwa Adama  
Bagińskiego*



Radda wpadł więc na pomysł, by używając modnego wówczas angielskiego terminu nazwać go Stressowym Złazem Medyka (właśnie przez dwa „S”!!). Ponieważ wtedy organizowanie tego typu imprez – zarówno kulturalnych, jak i turystycznych – związane było z wieloma trudnościami, Grupa Inicjatywna schroniła się pod skrzydła Komisji Turystyki Rady Uczelnianej Zrzeszenia Studentów Polskich. Teraz sprawy potoczyły się szybciej i na początku maja 1966 r. w Góry Stołowe wyruszyła grupa 200 pierwszych złazowiczów.

Jak pisze o tym Krzysztof Wronecki w swoich krótkich wspomnieniach zamieszczonych w 1975 r. w broszurce X Jubileuszowego Złazu Medyka: *Wymyślono pięć tras, które spotykały się w Karłowie. Dwie pierwsze nosiły dźwięczne nazwy: „Jasiek” i „Maryśka”, a prowadzili je Jan Hołowka i Marysia Piątkowska. Trasa trzecia zwała się „Wielka Pieniawa”, prowadziłem ją ja. Trasę czwartą „Zimny Zdrój” prowadził Ryszard Bronowicz. Wreszcie trasę piątą, nazwaną „Zapałką”, prowadził Włodzisław Radda.*

Pogoda nie sprzyjała turystom, ale pomimo ulewnego deszczu wszyscy dzielnie pokonali tzw. „klatkę schodową” o 665 stopniach i zmęczeniu, ale szczęśliwi dotarli na szczyt Szczelińca Wielkiego. Następnego dnia, przeciskając się przez fantazyjnie uformowane przejścia Szczelińca, zeszli z góry podążając ku Skalnym Grzybom. Rajd zakończył się pod – pachnącym jeszcze świe-



*Jan Hołowka – jeden z „Ojców Założycieli” Złazu.*



*Na trasie – a jednak ciągnie nas w góry*



żą farbą i tynkiem – „Bliźniakiem” przy ul. Wojciecha z Brudzewa, gdzie zasadzono na „wieczną chwałę turystów” młody dąb.

W następnych latach Złaz urósł do rangi imprezy ogólnouczelnianej i bardzo szybko na Uczelni przyjęło się, że w „dobrym tonie” jest wyruszyć wiosną na jego trasy. Rajd rozrósł się wkrótce do takich rozmiarów, że w najlepszych latach trzeba było organizować nawet dwa pociągi zwożące zmęczonych złazowiczów do Wrocławia. Organizatorzy już od samego początku zakładali, że dobrze byłoby wyciągnąć znużonych ciągłą nauką medyków w góry i pokazać im uroki Ziemi Kłodzkiej czy Kotliny Jeleniogórskiej. Stąd utarł się zwyczaj „płodozmianu”, jak o tym mówi Włodzisław Radda, czyli naprzemiennego wędrowania po tych dwóch wielkich kotlinach, choć z czasem rajd zahaczał również o inne, mniejsze pasma górskie Sudetów.

Wszystkie rajdowe trasy zbiegały się zawsze w jednej, wybranej miejscowości na uroczystym zakończeniu, po którym uczestnicy wsiadali do pociągów i wracali do Wrocławia. – *We Wrocławiu na samym początku wędrowaliśmy na Rynek pod pomnik Fredry, śpiewając po drodze: „Hej tam Wrocławianie, hej tam z góry, pokażcie nam swoje córki”* – wspomina Krzysztof Wronecki.

W latach późniejszych powracający ze Złazu maszerowali w blasku pochodni prosto do „Bliźniaka” i „Jubilatki” na Wojciecha z Brudzewa, śpiewając po drodze piosenki turystyczne. Od czasu Wypadków Marcowych 1968 r. przemarsze te odbywały się już zawsze w asyście milicyjnych „suk”. Zdarzył się jednak taki rok, w którym – wbrew wcześniejszym planom – samo zakończenie rajdu zostało zmienione. Ówczesny I Sekre-



*Jerzy Filar i towarzyszący mu Stanisław Szczuciński  
(z grupy „Mikroklimat”)*

tarz KW PZPR przestraszył się widocznie „demonstracji studenckiej” i pociąg ze złotowiczami zamiast na Dworzec Główny we Wrocławiu został skierowany na Wrocław Świebodzki. Tam – ku powszechnemu zdziwieniu wszystkich – czekały już na uczestników rajdu autobusy ściągnięte ze wszystkich wrocławskich zakładów po



*Wolna Grupa Bukowina*

to tylko, by rozwieść ich bezpośrednio do domów i akademików.

Do grona złazowiczów autorzy tego materiału dołączyli na początku lat 70., kiedy to rozpoczęli swoje zmagania z medycyną. Ponieważ brać turystyczna skupiona w Akademickim Klubie Turystycznym AM była zawsze barwna i wesoła, to szybko nas wchłonęła. Obaj aktywnie uczestniczyliśmy w organizacjach kolejnych Złazów, a jeden z nas (ten mniej siwy – patrz zdjęcie) był nawet kierownikiem trzech kolejnych rajdów (XI–XIII) w latach 1976–78.

W tamtych czasach swoje wielkie triumfy święciła, powstała w 1968 r., **Ogólnopolska Studencka Gielda Piosenki Turystycznej** w Szklarskiej Porębie. Pojawiały się na niej nowe (czasem też i odkurzone) przeboje turystyczne, które migiem zdobywały sobie popularność w środowisku turystycznym całej Polski. My również ściągaliśmy teksty tych piosenek i uczyliśmy się ich, nic więc dziwnego, że wkrótce AKT AM należał do najbardziej aktywnych i zarazem rozśpiewanych kół we wrocławskim środowisku studenckim.

Ale wszystko, co dobre niestety przemija! Tak więc i my zakończyliśmy edukację, a nasze drogi zawodowe się rozeszły. Od czasu do czasu dochodziły do nas słuchy, że bogate do tej pory „życie studenckie” w miarę upływu lat coraz bardziej blaknie i ubożeje. Ale my byliśmy już wtedy zajęci innymi sprawami.

Czas jednak płynie nieubłaganie i w pewnym wieku człowiek staje się coraz bardziej sentymentalny. Wspomina swoje beztroskie czasy studenckie, przyjaciół i wspólne przygody. I pewnie z tego powodu jednego z nas (tego bardziej siwego – patrz zdjęcie) jesienią ub. roku dopadła nostalgia. Przeglądając stare zdjęcia wpadł mu do głowy zupełnie szalony – jak mu się wtedy zdawało – pomysł. „A może by tak reaktywować Stressowy Złaz Medyka?” Początkowo sam nie wierzył w możliwość realizacji tego pomysłu, ale zgodnie ze starym porzekadłem „Kto nie próbuje, ten nie jedzie” postanowił przedstawić go innym. Wybór padł na drugiego z nas (tego mniej siwego – patrz zdjęcie), ponieważ ten drugi – o czym była już mowa powyżej – miał duże doświadczenie w organizowaniu tego typu imprez. Reakcja była natychmiastowa – *Robimy ten rajd!!*

W swojej zarozumiałości myśleliśmy obaj, że ten Reaktywowany Stressowy Złaz Medyka będzie jubileuszowym XV rajdem. Szybko jednak się okazało (dzięki informacjom Tomasza Tomkalskiego i Krzysztofa Mazura), że historia Złazów nie skończyła się w latach 70. Wszystkich rajdów było bowiem aż 25, a ostatni raz medycy przemierzali Rudawy Janowickie jeszcze w 1990 r.!!!



*Główni „sprawcy” całego tego „balaganu”: Ryszard Ściborski (po lewej) i Jerzy Lach (po prawej)*

Tak więc stało się na tym, że ten Złaz będzie Reaktywacją bez numeru. Podzieliliśmy więc między siebie pracę i ten mniej siwy z nas zajął się zorganizowaniem miejsc noclegowych, wyliczeniem kosztów całej imprezy i uruchomieniem konta na wpłaty oraz planowaniem tras rajdowych. Ten bardziej siwy zaś wziął na siebie stworzenie i wydanie „Śpiewnika Rajdowego” (wzbogaczonego dodatkowo w płytke z nagraniami!!), wyposażenie rajdowiczów w znaczki oraz pozyskanie z Opolskiej Izby Lekarskiej pieniędzy na wydanie obu tych rzeczy. Równocześnie obaj zajęliśmy się organizacją części artystycznej zakończenia Złazu. Założyliśmy od samego początku, że wspaniale byłoby zaprosić Wolną Grupę Bukowina oraz Jerzego Filara, których piosenki tak chętnie i często śpiewaliśmy w przeszłości na górskich szlakach. Ku naszemu zadowoleniu zaproszenia zostały przyjęte z radością.

I wreszcie, po długim oczekiwaniu wypełnionym niepokojem, czy znajdą się w ogóle chętni do powtórzenia tej turystycznej przygody sprzed, do leżącego w pięknej Dolinie Białej Łądeckiej Starego Gierałtowa zaczęli spływać pierwsi rajdowicze. Radosne okrzyki mieszały się ze łzami na widok dawno (często kilkadziesiąt lat!!) nie widzianych przyjaciół. Ten pełen emocji dzień zakończyło wieczorne spotkanie z piosenką przy gitarach.

Następnego dnia nasza złazowa baza wypełniła się gwarem kolejnych powitań, którym ponownie towarzyszyły wielkie emocje. Zrobiło się tłoczno, bo w sumie na ten Reaktywowany Stress przybyło ponad 100 osób!! Wieczorne spotkanie rozpoczęliśmy grillowaniem, a później – ze względu na chłód – przenieśliśmy się wszyscy do dużej sali. Tam wszyscy złazowicze zgotowali gorące przyjęcie przybyłym na rajd kierownikom poprzednich Stressów. A byli to: Włodzimierz Szczepankiewicz (III i V Złaz – 1968 i 1970), Jerzy Ozór (VI





*Zdjęcie rodzinne wszystkich uczestników Złazu*

Złaz – 1971), Zbigniew Kowalik (IX Złaz – 1974), Adam Szczeniowski (X Złaz – 1975), Ryszard Ściborski (XI, XII i XIII Złaz – 1976–78), Adam Kubak (XIV Złaz – 1979), Krzysztof Wiśniewski (XVIII Złaz – 1983), Tomasz Tomkański (XIX i XXI Złaz – 1984 i 1986). Po tym sympatycznym powitaniu, przy dźwiękach gitar Ryszarda Ściborskiego i Mariana Deski, wspieranych przez niezastąpionego Aleksandra Falińskiego na keyboardzie i akordeonie, a później również przy gitarze Zbigniewa Kowalika „popłynęły znane nutki, znane słowa”. A było co śpiewać, bo specjalnie przygotowany przez tego bardziej siwego z nas na Złaz śpiewnik zawierał aż 165 piosenek. Jak się szybko okazało złazowicze pamiętali większość z nich, nic więc dziwnego, że śpiewy zakończono grubo po północy.

Kolejnego dnia pogoda nas niespecjalnie rozpieszczała – co tu dużo mówić, lalo, jak z cebra! Mimo to najbardziej zapaleni spośród nas turyści wyruszyli na szlaki w kierunku Przełęczy Suchej i w Góry Złote. Wieczorem zaś do Gierałtowa zjechały największe „gwiazdy” piosenki turystycznej – Wolna Grupa Bukowina i Jerzy Filar, którzy przypomnieli swoje największe przeboje. Ponownie więc – tym razem już w oryginalnych wykonaniach – zabrzmiały obie „Bukowiny”, „Majster Bieda”, „Rzeka”, „Samba sikoreczka”, „Idę” i wiele, wiele innych. Warto wspomnieć, że wykonawców nieco zdziwiło to, że praktycznie nie było piosenki, przy refrenie której cała sala nie śpiewałaby wraz z nimi. Nic więc dziwnego, że po zakończeniu „oficjalnego” koncertu, już

w bardziej kameralnej atmosferze, rozpoczęło się swoiste turystyczne jam session. Z sali padały prośby o przypomnienie którejś z wielu śpiewanych w przeszłości przez naszych gości piosenek, a oni sami z ochotą je dla nas śpiewali. O wspaniałej atmosferze tego wieczoru najlepiej świadczy fakt, że rozeszliśmy się do pokoi dopiero około 3 nad ranem.

Ostatni dzień Reaktywowanego Stressowego Złazu Medyka, to wspólne śniadanie, po którym jeszcze raz przy dźwiękach gitar odśpiewaliśmy tradycyjne turystyczne piosenki pożegnalne. Potem już tylko „rodzinne” zdjęcie wszystkich uczestników i nadszedł czas pożegnań. Wszyscy uczestnicy życzyli sobie, abyśmy spotkali się ponownie. Może za rok, a może za dwa. Czy ich życzenia się spełnią? Zobaczmy! Na razie sprawcy całego zamieszania chcą ochłoniąć po stresie!

Jerzy LACH                      Ryszard ŚCIBORSKI  
jerzy.lach@poczta.onet.pl    sciborski@poczta.onet.pl

PS. Zwracamy się z gorącą prośbą do wszystkich, którzy posiadają w swoich archiwach znaczki, plakietki czy też wydawnictwa związane ze Stressowym Złazem Medyka i innymi rajdami organizowanymi przez AKT AM we Wrocławiu. Zróbcie ich zdjęcia lub zeskanujcie je i prześlijcie na nasze adresy mailowe. Prosimy również wszystkich robiących, w czasie ostatniego Złazu, zdjęcia o przesłanie ich do nas – najlepiej w formie płytek.

# KONTROWERSJE DOTYCZĄCE BITWY POD GRUNWALDEM (15 LIPCA 1410)

Za kilka dni 15 lipca będziemy obchodzić kolejną rocznicę bitwy pod Grunwaldem znanej każdemu – nawet najmłodszemu – Polakowi. Chciałbym zainteresować P.T. Czytelników naszego Biuletynu Informacyjnego pewnymi kontrowersjami, znanymi również historykom, zawiązanymi z tą bitwą. Bitwa pod Grunwaldem jest zaliczana do 21 bitew, które zadecydowały o historii Europy i świata. Również pamiętać musimy, że była to pierwsza bitwa nowoczesnej Europy, która zerwała z kanonami obowiązującymi w bitwach średniowiecznych. Jest na to wiele dowodów historycznych.

Wg tradycji Średniowiecza wszystkie bitwy miały rozpoczynać się zawsze o świcie i kończyć się wraz ze zmierzchem. I faktycznie ciężko uzbrojone wojska krzyżackie (uzbrojone były również konie) stawiało się w pełnym rynsztunku na polach grunwaldzkich 15 lipca 1410 roku rano. Większość wojsk krzyżackich było ciężkich, ale w ich skład wchodziło również 250 specjalnie zaproszonych rycerzy Zakonu z całej Europy (Niemcy, Francja, Szwajcaria, Luxemburg, Lichtenstein), jak również piastowscy książęta śląscy (Książę Oleśnicki, Konrad VII Biały) i zachodniopomorscy (Kazimierz V).

Tymczasem wojska polsko-litewsko-ruskie (wspomagane, m.in. Tatarami) ukryło się od rana w lasach Grunwaldu (Grunwald to Zielony Las) i Tannenbergu (taką nazwę ma ta bitwa często w historiografii niemieckiej) aż do późnych godzin południowych, bowiem król Władysław Jagiełło nakazał odprawić aż 3 msze za pomyślność bitwy.

Nic też dziwnego, że ociekający potem od prażącego lipcowego słońca ciężko uzbrojeni Krzyżacy w końcu w godzinach południowych wysłali herolda Komtura Tucholskiego Heinricha von Schweilboina wraz z posłami z dwoma nagimi mieczami dopingującymi Polaków do wyjścia na pole walki.

Kiedy około południa wreszcie rozpoczęła się bitwa, Krzyżacy po raz pierwszy w historii Polski użyli armat, które jednak nie wyrządziły większych szkód atakującym w pierwszej fazie bitwy wojskom litewskim. I oto wbrew obowiązującym tradycjom Średniowiecza, kiedy rycerz stawał do walki tylko z rycerzem, giermek z giermkim, ciura obozowy z ciurą, do walki z rycerzami Zakonu wystąpili Litwini i, jak oddał to w swoim monumentalnym obrazie „Bitwa pod Grunwaldem” mistrz Jan Matejko, Wielki Mistrz Krzyżacki Ulryk von Jungingen nie zginął z rąk rycerskich, lecz od spieszonych Litwinów, którzy zadali mu śmiertelne ciosy toporami i włócznią. Dopiero, kiedy losy bitwy zaczęły się ważyć (słynny upadek Chorągwi Królewskiej) do boju przystąpiły wojska rycerskie Korony.



Kolejnym dowodem, że Bitwa pod Grunwaldem odbywała się z wielkimi odstępstwami od kanonów Średniowiecza, jest fakt, że dotychczas na czele wojsk walczących stawał zawsze osobiście król lub władca (vide Roland, Henryk V w wojnie z Francją, Ryszard Lwie Serce, Aleksander Macedoński, Czyngis-Chan), tymczasem pod Grunwaldem bezpośrednie dowództwo na polu walki powierzono stryjecznemu bratu Jagiełły Wielkiemu Księciu Litewskiemu Witoldowi. Sam król Władysław Jagiełło ze swoim orszakiem obserwował pole walki z odległego porośniętego lasem wzgórza. I kiedy nagle oddział Krzyżaków zaatakował to wzgórze i jeden z nich Leopold von Kokentze wezwał Jagiełłę do śmiertelnej walki został zabity ciosem od tyłu w plecy (kodeks rycerski zabraniał takich zdradzieckich uderzeń) przez osobistego sekretarza króla Zbigniewa Oleśnickiego, który m. in. za tę zasługę został pierwszym w historii kardynałem kościoła katolickiego.

Po zwycięskiej bitwie pod Grunwaldem, król Władysław Jagiełło popełnił kardynalny błąd, ponieważ zamiast ścigać Krzyżaków zarządził trzydniowy odpoczynek z powodu „przemęczenia wojska”. Spożyto wówczas olbrzymie ilości mięs dzikiej zwierzyny specjalnie upolowanej w puszczach polskich przed kampanią „krzyżacką” i niestety również „okowity”.

Nic też dziwnego, że kiedy 6 dni później wojska polsko-litewskie dotarły pod Malbork Krzyżacy byli doskonale przygotowani do obrony i Władysław Jagiełło musiał odstąpić od oblężenia Malborka. Nie wykorzystanie sukcesu bitwy pod Grunwaldem spowodowało, że konflikt polsko-krzyżacki zakończył się dopiero pół wieku później – po wojnie 13-letniej – Pokojem Toruńskim w roku 1466 za panowania syna Władysława Jagiełły – Kazimierza Jagiellończyka.

Po bitwie pod Grunwaldem król Władysław Jagiełło powrócił do Krakowa po 16 miesiącach, dopiero, kiedy



otrzymał od ówczesnego papieża Jana XXIII (uznanego później za antypapieża) orzeczenie o słuszności prowadzonej wojny z Zakonem Krzyżackim, który nosił nazwę Najświętszej Marii Panny. Ostatni odcinek drogi od Niepołomic do Krakowa (około 20 km) Władysław Jagiełło pokonał pieszo. Czekala na niego m. in. druga żona Anna Cillejska, która pierwsza otrzymała od niego wiadomość o zwycięstwie pod Grunwaldem.

P.S. W Bitwie pod Grunwaldem wzięło udział około 41 tysięcy wojsk polsko-litewskich, wspomaganych m. in. przez 2000 Tatarów oraz około 38 tysięcy wojsk krzyżackich, w większości zaciężnych. Bitwa trwała tylko 6 godzin i zakończyła się przed zachodem słońca. Zginęło niewielu polskich rycerzy, natomiast większość komturów krzyżackich, którzy bardziej znali się na pracach administracyjnych niż sztuce walk rycerskich. Ciało Wielkiego Mistrza Krzyżackiego Ulryka von Jungingena wspaniałomyślnie z honorami Władysław Jagiełło odesłał do Malborka, gdzie zostało uroczystie pochowane w Kaplicy św. Anny. Zdobyte liczne chorągwie krzyżackie można do dzisiaj podziwiać na Zamku Wawelskim.

*Dr hab. n. med. Janusz KUBICKI*

\* \* \*

Redakcja  
Biuletynu Informacyjnego  
Opolskiej Izby lekarskiej

W ostatnim 201 numerze naszego Biuletynu Informacyjnego z miesiąca maja br. ukazał się mój artykuł o Św. Franciszku – „Biedaczynie z Asyżu” w kontekście wyboru jego imienia przez nowego 266 papieża. W tekście znalazł się kardynalny błąd, za który przepraszam wszystkich czytelników. Otóż w ołtarzu głównym Kościoła Franciszkanów w Opolu podziwiamy postać Św. Franciszka klęczącego w u stóp Wniebowziętej Najświętszej Marii Panny – a nie Św. Klary.

P.S. Bardzo serdecznie dziękuję mojemu wiernemu Czytelnikowi dr Ambrożemu Wiczorkowi, który zwrócił mi cenną uwagę, że regułę Zakonu Franciszkanów za twierdził papież Honoriusz III, a nie Innocenty III.

Uprzejmie proszę o zamieszczenie tego sprostowania po moim ostatnim artykule.

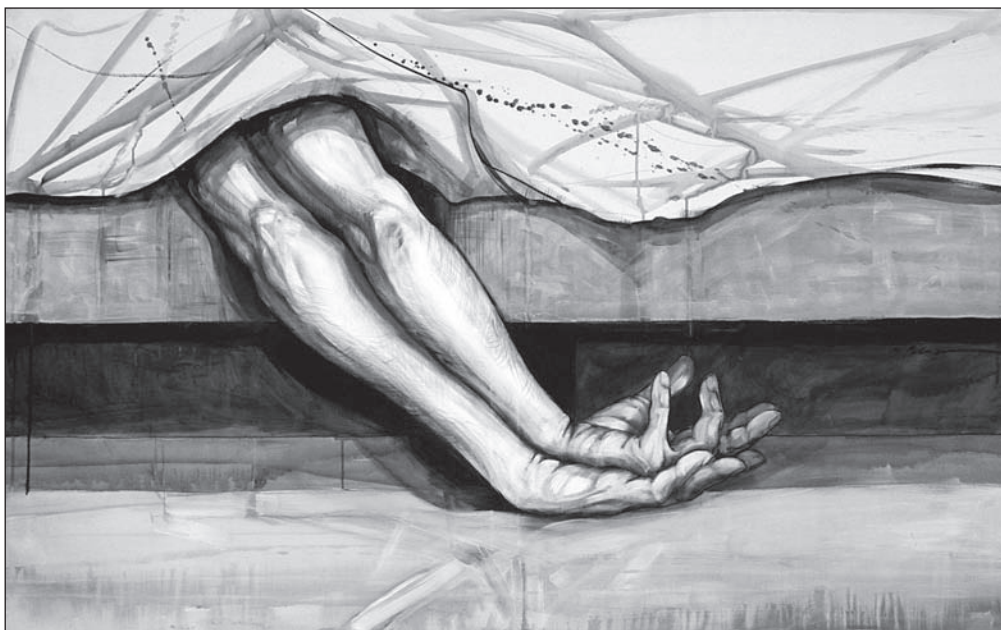
*Z poważaniem  
Dr hab. n. med. Janusz KUBICKI*

## CO SIĘ ZDARZYŁO O ŚWICIE?

Przecież mógł pójść śladem dawnych mistrzów, pokazać splecione ciała, gmatwaninę ramion i nóg. Mógł przypomnieć pozy, grymasy i gesty, opowiedzieć ofiarowanie i wzięcie w posiadanie, opisać półoddech i spazmy, zobrazować strugi potu, śliny i piany. Potrafiłby nawet przywrócić zaszeptania, zaklęcia i przysięgi, odtworzyć przekleństwa i ostre krawędzie, wiedziałby, gdzie umieścić urywaną mowę skomleń przed „małą śmiercią” i gdzie ułożyć ciszę narodzin. Lecz na obrazie *Świt* Bolesława Polnara można zobaczyć jedynie ręce bezwładnie opadające na podłogę.

Jak opowiedzieć pragnienie i spełnienie? Jak, nie używając słów, oddać zmysłowość i niepewność, jak przybliżyć obietnice i niespełnienia? Jak pokazać gwałtowne przekroczenia, chęć wolności i uwięzienia, śmiech i szloch, zgrozę i rozkosz, ból i radość? Czy w ogóle można namalować emocje?

Historia obrazowania erotyzmu sięga najdawniejszych czasów. *Ślady w prehistorii są bardzo wyraźne: pierwsze wizerunki człowieka malowane na ścianach ja-*



*skiń mają stojące członki [...]. Pochodzą [one] z górnego paeolitu. Należą do najstarszych obrazów (wyprzedzają nas o dwadzieścia tysięcy lat) – pisał kiedyś Georges Bataille. Jakie trudne ma zadanie artysta, który pragnie dziś oddać namiętność. Od tylu lat zgłębiano jej tajniki. Żądę uświęcono w antycznych Dionizaliach, wyniesiono ją na ołtarze, stała się boska, niebiańska, ostateczna.*

W średniowieczu ludzkość nie miała prawa zaznawać rozkoszy, uniesienia nie zbliżały do Stwórcy, toteż nakazywano, aby ich unikać, zarówno w życiu, jak

i w sztuce. Artyści znaleźli jednak sposób, aby pokazać erotyzm: wtrącili go do piekieł. I prześcigali się w obrazowaniu zakazanej miłości, wynaturzeń, grzechu. Malowali pokusy i tortury, nagość, ale taką umęczoną bądź występłą; wszędzie roiło się od diabłów, złych podszeptów i przemocy, a powykrzywiane twarze potępionych przywodziły na myśl i ból i ekstazę. Zmysłowość zbliżyła się do sadyzmu i nie odstępowała go przez cały niemal renesans. Dopiero manieryzm uwolnił malarstwo od okrucieństwa i otworzył drzwi osiemnastowiecznemu erotyzmowi libertyńskiemu.

Skojarzenie ze śmiercią powróciło na dobre w dwudziestym wieku, kiedy Hans Bellmer stworzył cykl obrazów dedykowanych Markizowi de Sade. A Leonor Fini przekonywała, że gdzie pojawia się miłość, tam zanoszą się na śmierć. Kiedy Francis Bacon malował gwałtowność i zwierzęcą prawie zuchwałość, która towarzyszy uniesieniom, a Félix Labisse tworzył kobiety obdarzo-

ne demonicznym wdziękiem. Przychodziły z zaświatów albo się tam wybierały, ciągnąc ze sobą straceńców. Pożądanie znów równało się z kresem, miłość ocierała się o rozpacz, a posiadanie kończyło się odrzuceniem.

W *Świcie* Bolesława Polnara można by się doszukać łagodności i przyzwolenia, ulec złudzeniu, że tych dwoje odpoczywa po upojnej nocy. Lecz skąd ślady krwi na pościeli? Czyż nie przypominają o strachu, przerażeniu? Do tego ta trupia szarość. *Kobieta ma dobre intencje i złą naturę* – mówił Aleksander Wat. Może mężczyzna z obrazu zamilczał, zamiast przysięgać, więc wzięła nóż i ugodziła? A kiedy upadł, przykryła go sobą i już się nie podniósł. Potem przebiła się tym samym ostrzem albo połknęła proszki nasenne. Bo jej skóra też jest trupiosina.

Agnieszka KANIA

PS. Wystawę „Widmo wolności” Bolesława Polnara można oglądać w Muzeum Śląska Opolskiego.

## PLAN SZKOLEŃ KOMISJI KSZTAŁCENIA OIL NA II PÓŁROCZE 2013 r.

	Termin	Kierownik naukowy	Temat	Miejsce szkolenia
1	06.09.2013 r. (piątek) godz. 10.00	Mgr Wojciech Krówczyński, dr Teresa Sławińska	Emocje, które leczą, (dla dentystów – zapisy w Izbie) <b>Szczegółowy program poniżej</b>	Opolska Izba Lekarska Opole, ul. Grunwaldzka 23
2	21.09.2013 r. (sobota) godz. 9.00–17.00	Kurs organizowany przez Centrum Onkologii – Instytut im. M. Skłodowskiej-Curie w Warszawie oraz Ministerstwo Zdrowia	Profilaktyka chorób nowotworowych układu moczowo-płciowego u mężczyzn (dla lekarzy POZ, medycyny pracy i urologów)	Hotel Festiwal Opole, ul. Oleska 86
3	04.10.2013 r. (piątek) godz. 10.00	Insp. Jerzy Nowosielski	Aktualne przepisy BHP dla dentystów (zapisy w Izbie)	Opolska Izba Lekarska Opole, ul. Grunwaldzka 23
4	04–08.11.2013 r. (poniedziałek–piątek) godz. 9.00–14.00	Dr Andrzej Sznajder – Konsultant Wojewódzki w dziedzinie radiologii i diagnostyki obrazowej	Radiologia i diagnostyka obrazowa (dla lekarzy w trakcie specjalizacji w dziedzinie chorób wewnętrznych)	Zakład Diagnostyki Obrazowej WCM Opole, al. Witosa 26
5	14–17.11.2013 r. (czwartek–niedziela) Część I 21–24.11.2013 r. (czwartek–niedziela) Część II	Dr Marek Lenart Konsultant Wojewódzki w dziedzinie zdrowia publicznego	Zdrowie publiczne (dla lekarzy wszystkich specjalności w trakcie specjalizacji)	Opolska Izba Lekarska Opole, ul. Grunwaldzka 23
6	Listopad 2013 r. (dokładny termin zostanie podany później)	Wojewódzka Stacja San-Epid w Opolu	Zagrożenia epidemiologiczne w pracy stomatologa (zapisy w Izbie)	Opolska Izba Lekarska Opole, ul. Grunwaldzka 23
7	06.12.2013 r. (piątek)	Mgr Elżbieta Karczyńska	Terapia manualna stawów skroniowo-żuchwowych	Opolska Izba Lekarska Opole, ul. Grunwaldzka 23

Kursy nr 2, 4, 5 – zapisy pod adresem e-mail **opole.szkolenia@hipokrates.org**.

Kurs nr 4 i 5 odbywają się w ramach obowiązkowego programu do specjalizacji – bez dodatkowych punktów edukacyjnych.

Prosimy o zgłaszanie chęci uczestnictwa w w/w szkoleniach telefonicznie – 77/454–59–39 do siedziby OIL w Opolu. Za uczestnictwo w szkoleniu przysługują punkty edukacyjne.

Małgorzata ŁUSZCZYŃSKA-OSTROWSKA



Marketing i Zarządzanie w praktyce – kurs doskonalący dla lekarzy dentystów zrzeszonych w Okręgowej Izbie Lekarskiej w Opolu.

## EMOCJE, KTÓRE LECZĄ, CZYLI SZTUKA POROZUMIEWANIA SIĘ Z PACJENTEM

„Jak to się dzieje, że zdolni uczniowie stają się zaledwie przeciętnymi pracownikami, albo że osoby o wysokim ilorazie inteligencji nieraz z trudem radzą sobie w życiu. Jeśli nawet pytanie to wydaje się banalne, to odpowiedź – którą dokumentują najnowsze badania naukowe – obala dotychczasowe poglądy na rolę intelektu w odniesieniu życiowego sukcesu. Zależy on bowiem w głównym stopniu od samoświadomości, tj. od kontrolowania własnych emocji, zapału i wytrwałości w dążeniu do celu, a także od zdolności do empatii i umiejętności zachowań społecznych. Czyli od współczynnika inteligencji emocjonalnej.”

*Daniel Goleman „Inteligencja emocjonalna”*

- **Termin szkolenia:** 6 września 2013 (piątek), rozpoczęcie szkolenia o godz. 10.00, zakończenie o godz. 14.00
- **Miejsce szkolenia:** siedziba OIL w Opolu przy ulicy Grunwaldzkiej 23.
- **Program szkolenia**
  - **Wykład I** - Ku lepszym relacjom z pacjentem (*prowadzący: mgr Wojciech Krówczyński*)

### Cel wykładu:

- Rozpoznanie możliwości wykorzystania posiadanych zasobów inteligencji emocjonalnej
- Poznanie sposobów rozwiązywania sytuacji konfliktowych w codzienności zawodowej

- **Wykład II** – Zrozumieć dziecko (*prowadzący: dr Teresa Sławińska*)

### Cel wykładu:

- Zrozumienie zachowania i emocji małego pacjenta w gabinecie
- Poznanie sposobów radzenia sobie z lękiem i strachem dziecka

### • Sylwetki prowadzących:

• **Dr Teresa Sławińska** – pracuje na Wydziale Zarządzania i Komunikacji Społecznej UJ oraz współpracuje z Uniwersytetem Ekonomicznym w Krakowie. Oprócz pracy dydaktyczno-naukowej w zakresie komunikacji interpersonalnej, komunikowania w zarządzaniu i psychologii stosunków międzyludzkich prowadzi szkolenia dla instytucji i stowarzyszeń w ramach licznych projektów unijnych, między innymi w zakresie komunikacji międzyludzkiej, asertywności i rozwoju osobistego. Od wielu lat prowadzi również szkolenia na temat skutecznej komunikacji z pacjentem dla lekarzy. Jest członkiem Polskiego Towarzystwa Komunikacji Społecznej. Specjalizuje się w deontologicznym, etycznym zarządzaniu.

• **Mgr Wojciech Krówczyński** – wykładowca i konsultant w zakresie zarządzania i marketingu praktyki stomatologicznej oraz bezpieczeństwa i higieny pracy. Posiada ponad dwudziestoletnie doświadczenie w pracy dla koncernów medycznych. Od 2004 roku prowadzi dla lekarzy dentystów program edukacyjny „DentAssist”, obecnie „DENTINFO”. ([www.dentinfo.pl](http://www.dentinfo.pl)). Jest twórcą autorских programów „Słowa, które leczą”, „Emocje, które leczą”, „Lęki, które można ujarzmić” i „Motywacja, która rozwija” poświęconych rozwojowi kompetencji psychospołecznych lekarza dentysty oraz umiejętnościom zarządzania praktyką stomatologiczną.

## CO PISZĄ INNI

### 5-10-15

W 2013 r. mija 5 lat od Białego Szczytu, 10 lat od utworzenia Narodowego Funduszu Zdrowia i 15 lat od zmiany sposobu finansowania opieki zdrowotnej z budżetowego na ubezpieczeniowy. Debata pod hasłem „5-10-15”, zorganizowana 11 kwietnia z inicjatywy wicemarszałka Senatu Stanisława Karczewskiego, miała odpowiedzieć na pytania: czy zmiany wprowadzone w ciągu ostatnich 15 lat w polskiej służbie zdrowia były korzystne, czy obecnie system wymaga radykalnych reform, czy też wystarczy jedynie jego niewielka korekta?

Wicemarszałek Senatu Stanisław Karczewski, otwierając dyskusję, przypomniał spotkanie, które odbyło się

w Senacie w maju 2012 r. Podjęto wtedy temat najważniejszych problemów i systemowych zagrożeń służby zdrowia w Polsce, m.in. w kontekście rekomendacji Białego Szczytu z 2008 r. Wicemarszałek zaznaczył, że 80% Polaków źle postrzega służbę zdrowia, dlatego konieczna jest polityczna debata na ten temat. Oceniając ostatnie 15 lat funkcjonowania polskiej służby zdrowia i podjęte w tym czasie reformy, wyraził pogląd, że mimo społecznych oczekiwań błędem było przeprowadzenie kilku reform jednocześnie, a następnie zmniejszenie z 11 do 7% wysokości składki na ubezpieczenie zdrowotne i scen-

tralizowanie zarządzania kasami chorych przez utworzenie Narodowego Funduszu Zdrowia.

Reprezentujący resort zdrowia wiceminister Igor Radziejewicz-Winnicki przedstawił zaś opinię, że zmiany dokonane w ostatnich 15 lat okazały się potrzebne, konieczne było bowiem przejście od budżetowego do ubezpieczeniowego systemu finansowania służby zdrowia w Polsce. Dzisiaj, gdy system się ustabilizował, wymaga zmian ewolucyjnych, służących przede wszystkim zwiększeniu spójności i efektywności jego funkcjonowania oraz poprawie jakości udzielanych świadczeń. Zdaniem wiceministra należy budować system nadzoru jakości i koordynacji udzielanych świadczeń. Udzielanie świadczeń powinno odbywać się przede wszystkim zgodnie ze społecznymi potrzebami. Stwierdził, że liberalne teorie w odniesieniu do systemu opieki zdrowotnej nie sprawdziły się nigdzie na świecie. Dlatego resort zdrowia stawia m.in. na propagowanie zdrowego trybu życia i rozwój koncepcji zdrowia publicznego. Temu służyć ma przygotowywana ustawa o zdrowiu publicznym. Odpowiadając na pytanie, czy potrzebujemy kolejnej rewolucji w służbie zdrowia, podkreślił, że nic nie jest na tyle doskonałe, by nie można było tego poprawić. Tak samo żaden z systemów opieki medycznej na świecie nie jest, jego zdaniem, w pełni wydolny. Według wiceministra podnoszenie wysokości składki na ubezpieczenie nie jest panaceum na wszystko i nie poprawi radykalnie stanu zdrowia Polaków. Dzisiaj wydajemy na ochronę zdrowia ogromne kwoty, niekoniecznie w sposób skoordynowany i zintegrowany, i to także powinno się zmienić – powiedział. Przypomniął, że w marcu 2013 r. minister zdrowia przedstawił strategię zmian w systemie ochrony zdrowia i kierunki reformy Narodowego Funduszu Zdrowia – likwidację jego centrali i zastąpienie jej przez nowy Urząd Ubezpieczeń Zdrowotnych, który zajmie się m.in. wyceną świadczeń i kontrolą ich jakości. Propozycje resortu zdrowia mają być poddane szerokim konsultacjom społecznym.

W dalszej części spotkania zgodził się z prof. Bolesławem Samolińskim (który mówił wcześniej o znaczeniu polityki prozdrowotnej i profilaktyki), stwierdzając, że „jest człowiekiem zdrowia publicznego”

i resort stworzył nową wizję ustawy o zdrowiu publicznym. Niestety do tej pory nikt chyba nie zna projektu wspomnianej przez ministra ustawy, chociaż już wiele miesięcy wcześniej mówił, w czasie konferencji w Kancelarii Prezydenta RP, o trwających w resorcie pracach nad tym projektem.

Reprezentujący centralę NFZ wiceprezes ds. medycznych Marcin Pakulski przekonywał, że w ciągu ostatnich 15 lat wydatki na służbę zdrowia wzrosły nieomal dwukrotnie, ale jednocześnie coraz silniejsze jest przekonanie Polaków, że dzieje się tylko gorzej. Z danych Głównego Urzędu Statystycznego wynika, że znacznie wzrosła liczba udzielanych porad medycznych, tymczasem coraz

powszechniejsze są opinie o gorszej dostępności świadczeń. Wiceprezes zapewnił, że Narodowy Fundusz Zdrowia, jako publiczny płatnik, stara się przede wszystkim znaleźć optymalny sposób finansowania. Zdaniem wiceprezesa opinie o tym, że jeżeli przybędzie pieniędzy, lekarzy czy placówek służby zdrowia, to będzie lepiej, nie są do końca prawdziwe (sic!).

Bolesław Piecha, przewodniczący Sejmowej Komisji Zdrowia, były minister zdrowia, a od 23 kwietnia senator RP, uważa, że w polskiej służbie zdrowia pojawił się, jak w komputerze, „error” i potrzebny jest „reset”. Według niego brakuje powiązania między podstawową opieką zdrowotną, specjalistą, szpitalami a systemem ratownictwa medycznego.

O tym także mówiła wiceprezydent Radomia Anna Kwiecień, która podała przykłady odstępstw od pierwotnych, przyjętych przy tworzeniu modelu lekarza rodzinnego, założeń. Dzisiaj te odstępstwa skutkują m.in. problemami w nocnej i świątecznej opiece lekarskiej, którą mieli sprawować lekarze rodzinni. Kolejnym podanym przez nią przykładem jest sytuacja panująca na szpitalnych oddziałach ratunkowych, które – zwłaszcza po południu – zastępują podstawową i specjalistyczną opiekę medyczną i przynoszą szpitalom dodatkowe straty.

Bolesław Piecha, podsumowując ostatnie 15 lat, wyraził również opinię, że nie spełniło się przekonanie o silnych mechanizmach rynkowych. W ochronie zdrowia jego zdaniem nie działają, ponieważ „*pacjent ma potrzebę zdrowotną, a nie zachciankę*”. Obecną sytuację określił przede wszystkim, jako ucieczkę rządzących przed odpowiedzialnością i przetrzucanie jej, na kogo się da, np. na samorządy, a także komercjalizowanie wszystkiego, bez uwzględnienia rzeczywistych potrzeb.

Na konieczność powrotu do dialogu społecznego i określenia paradygmatu służby zdrowia zwrócił uwagę były dwukrotny minister zdrowia w rządzie SLD Marek Balicki. – *Jeśli władza ma poczucie, że robi dużo, a jednocześnie rośnie niezadowolenie społeczne, do tego dochodzą alarmistyczne dane na temat stanu zdrowia Polaków i zwiększających się w tej sferze nierówności, jest to wyzwanie dla władzy publicznej, aby dokonała profesjonalnej oceny w formie rządowego raportu i przedstawiła go opinii publicznej i środowiskom medycznym, podała debacie publicznej i, na tej podstawie, wyciągnęła wnioski* – mówił. Jego zdaniem opieka zdrowotna przestała być w Polsce działalnością użyteczności publicznej, pro publico bono, zaczęła natomiast być działalnością gospodarczą. Nastąpiło także znaczące ograniczenie roli państwa. Stwierdził, że aby ocenić poziom finansowania służby zdrowia w Polsce, należy brać pod uwagę jego relację do produktu krajowego brutto, a nie realną wysokość ponoszonych nakładów. Średni europejski poziom to 7%. W Polsce – niecałe 5%.

Gośćmi senackiej debaty byli parlamentarzyści, przedstawiciele środowisk lekarskich (w tym prezesi:



NRL Maciej Hamankiewicz i ORL w Warszawie Mieczysław Szatanek), związków zawodowych i pracodawców oraz eksperci. Nie zostawili suchej nitki na tym, co w „ochronie zdrowia” lub jak kto woli „służbie zdrowia” działo się przez ostatnie 15 lat. Także ustalenia Białego Szczytu, których w pewnym sensie gwarantem był premier Donald Tusk, pozostały „białą plamą”. O tym m.in. mówił prezes NRL. Podkreślił także, zaglądając do przygotowanych notatek, że żadne z ustaleń z 1998 r. nie zostało zrealizowane.

Andrzej Włodarczyk, były wiceminister zdrowia w gabinecie Ewy Kopacz, obecnej marszałek Sejmu, powiedział, że reprezentuje głos zdrowego rozsądku. Oceniał, że po 15 latach od zmiany systemu finansowania z budżetowego na ubezpieczeniowo-budżetowy należy się zastanowić nad zwiększeniem finansowania części budżetowej i przeznaczyć ją przede wszystkim dla „sieci” szpitali szkolących, tj. instytutów badawczych i szpitali klinicznych uczelni medycznych. 10 lat po zlikwidowaniu kas chorych i stworzeniu monopolisty – NFZ, czego nie przewidział chyba ówczesny minister Mariusz Łapiński, którego celem było zlikwidowanie 17 polityk zdrowotnych (tyle było kas chorych), mamy płatnika, którego można nazwać potworem. Zdaniem Włodarczyka dzisiaj płatnik zainteresowany jest wyłącznie ograniczaniem dostępności świadczeń medycznych dla chorych, a wyceny świadczeń są wzięte „z sufitu”, co powoduje przerzucanie kosztów leczenia na szpitale.

Po 5 latach od Białego Szczytu można ocenić, że żaden z czterech jego „koszyków” nie został zrealizowany. Nie ma dobrowolnych dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych, bo towarzystwa ubezpieczeniowe nie mają „towaru” do zaoferowania, w sytuacji, gdy większość procedur znajduje się w koszyku świadczeń gwarantowanych przez publicznego płatnika. To powoduje, że nie ma

chętnych do wykupywania ubezpieczenia dodatkowego. Nie powstał także prawdziwy koszyk świadczeń gwarantowanych. Dla doraźnych celów politycznych zrezygnowano z jego mozolnego i czasochłonnego tworzenia. Zdecydowano się na wpisanie wszystkich świadczeń, objętych powstającym równocześnie systemem JGP, jako gwarantowanych – mimo oczywistej dysproporcji między możliwościami finansowymi płatnika, a ilością należnych pacjentom świadczeń – podkreślił. Krytycznie ocenił kompetencje obecnego kierownictwa resortu.

Posłanka prof. Józefa Hryniewicz stwierdziła, że – według niej – rząd nie wie, jakie cele chce zrealizować, i podkreśliła, że ma zastrzeżenia do zbyt dużego udziału niepublicznego sektora służby zdrowia w finansowaniu ze środków publicznych. Iwona Borchulska, przewodnicząca Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych, powiedziała, że ta grupa zawodowa jest niedoceniana, również finansowo. Podkreśliła, że rządzącym udało się skutecznie skłócić środowisko medyczne.

Przedstawicielka NSZZ „Solidarność” Maria Ochman bardzo negatywnie oceniła współpracę resortu zdrowia ze stroną społeczną, dzieląc większość opinii przedstawionych przez wcześniejszych uczestników dyskusji.

Podsumowując dyskusję, wicemarszałek Stanisław Karczewski podkreślił, że jego zdaniem zarzut wiceministra Igora Radziejewicza-Winnickiego, iż w tej dyskusji było za dużo wypowiedzi politycznych, a nie merytorycznych, jest nietrafiony, ponieważ dziś w Polsce nie da się, mówiąc o zdrowiu, odejść od uwarunkowań politycznych. [\*]

Ewa GWIAZDOWICZ-WŁODARCZYK

\* skrót pochodzi o Redakcji Opolskiego Biuletynu –  
przypr. red.

(przedruk z „Pulsu” nr 5/13)

## IGNORANTIA IURIS NOCET

*Omówienie referatu wygłoszonego na XXX OZL w Słoku k. Bełchatowa przez dr n. praw. Macieja Dercza, radcę prawnego, dyrektora Instytutu Organizacji i Ochrony Zdrowia Uczelni Łazarskiego w Warszawie*

Celem referatu Macieja Dercza pt. „Wpływ zmian w obowiązującym prawie na wykonywanie zawodu lekarza i lekarza dentystry”, było zwrócenie uwagi na te zmiany w szeroko pojętym prawie medycznym, które obowiązują od niedawna, bądź mają być wprowadzone w najbliższej przyszłości. Referat był swego rodzaju

komentarzem do rozwiązań legislacyjnych, które mogą mieć znaczący wpływ na wykonywanie zawodu lekarza i lekarza dentystry, niezależnie od formy i miejsca świadczenia pracy. Nie sposób omówić wszystkich jego wątków, postaramy się zatem przedstawić najistotniejsze, zwłaszcza te, w których wykładowca wskazał na

uwarunkowania i zagrożenia płynące z treści nowych przepisów. W Polsce obowiązuje bowiem stara, łacińska maksyma: *ignorantia iuris nocet* (nieznajomość prawa szkodzi), co w praktyce oznacza, że nieznajomość prawa – w przypadku jego nieprzestrzegania – nie jest usprawiedliwieniem (*ignorantia legis non exculpat*).

### Płatnik systemu przejmuje „stery”

Na wstępie mec. M. Dercz przytoczył opinię, z którą całkowicie się zgadza, wyrażoną ostatnio przez Rzecznika Praw Obywatelskich – prof. Irenę Lipowicz, że ochrona zdrowia należy do najgorzej opisanej pod względem legislacyjnym sfery życia publicznego, tak jeśli chodzi o prawo stanowione przez parlament, jak i akty prawne niższej rangi, przygotowane przez resort zdrowia. Nie mówiąc już o zarządzeniach, wydawanych przez Naro-

dowy Fundusz Zdrowia, które są aktami normatywnymi, sformułowanymi w języku prawnym, ale nie stanowiącymi źródła powszechnego prawa. Tymczasem NFZ zawłaszczył sobie funkcje władzy publicznej w zakresie kształtowania polityki zdrowotnej państwa, chociaż takich ustawowych prerogatyw nie posiada, gdyż jest wyłącznie państwowym funduszem celowym, realizującym przepisy ustawy o finansowaniu świadczeń zdrowotnych ze środków publicznych. Jednak w sytuacji, gdy w prawodawstwie dotyczącym systemu ochrony zdrowia są luki, niejasności i ewidentne absurdy, nie może dziwić fakt, że instytucja decydująca o jego finansowaniu, czyli płatnik systemu, próbuje przejąć „stery”.

Wykładowca pominął przepisy prawa, dotyczące wystawiania recept refundowanych, omówione w poprzedzającym jego prelekcję wykładzie mec. Pawła Lenartowicza, prawnika łódzkiej OIL (zaprezentujemy go w kolejnym numerze „Panaceum”). Skupił się natomiast na istotnych zmianach wprowadzonych do systemu ochrony zdrowia ustawą o działalności leczniczej, w tym dotyczących zarówno przekształceń własnościowych zakładów opieki zdrowotnej, a także regulujących zwłaszcza działalność zawodową lekarzy i lekarzy dentyków.

Komentował również ministerialne „przymiarki” do nowelizacji ustawy o finansowaniu świadczeń ze środków publicznych, w kontekście projektowanej – jak to celowo określił – pozorowanej decentralizacji NFZ. Ponadto omówił problemy, jakie wiążą się z transpozycją przez Polskę dyrektywy Parlamentu Europejskiego i Rady z 2011 r. w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej.

### Umowy o pracę z lekarzami w zaniku

Jeśli chodzi o ustawę o działalności leczniczej, której przepisy weszły w życie 1 lipca 2011 r. i doczekały się już nowelizacji, mec. M. Dercz zwrócił szczególną uwagę na jej art. 5, który jednoznacznie stanowi, iż lekarze „*mogą wykonywać swój zawód w ramach działalności leczniczej na zasadach określonych w ustawie oraz w przepisach odrębnych, po wpisaniu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą*”. Działalność ta może być wykonywana w formie jednoosobowej działalności gospodarczej jako indywidualna praktyka lekarska lub indywidualna specjalistyczna praktyka lekarska (także wyłącznie w miejscu wezwania lub wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego na podstawie umowy z tym podmiotem), ponadto w formie spółki cywilnej, jawnej lub partnerskiej, jako grupowa praktyka lekarska.

Każda taka praktyka musiała zostać obligatoryjnie wpisana do wspomnianego rejestru do 31 grudnia 2012 r. (a teraz musi – z chwilą jej uruchomienia). To – zdaniem referenta – oznacza, iż lekarze po tym terminie mogą wykonywać swój zawód, polegający na udziela-

niu świadczeń zdrowotnych, wyłącznie w formie działalności gospodarczej (indywidualnie) lub spółki (grupowo), czyli po wcześniejszym zarejestrowaniu przez lekarza działalności leczniczej w rejestrze podmiotów taką działalność wykonujących. Ten wymóg nie dotyczy wykonywania zawodu lekarza na podstawie art. 2, ust. 3 ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentystry, polegającego na „*prowadzeniu przez niego prac badawczych w dziedzinie nauk medycznych lub promocji zdrowia, nauczaniu zawodu lekarza, kierowaniu podmiotem leczniczym (...) lub zatrudnieniu w podmiotach zobowiązanych do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych (...) lub urzędach te podmioty obsługujących, w ramach którego to zatrudnienia wykonuje się czynności związane z przygotowaniem, organizowaniem lub nadzorem nad udzielaniem świadczeń opieki zdrowotnej*”.

W całości inny sposób zostały przez ustawodawcę potraktowane pielęgniarki i położne, które – mimo wejścia w życie ustawy o działalności leczniczej – nadal mają w art. 19, ust. 1 ustawy o swoim zawodzie wprost zapisane, w jakich formach ta grupa zawodowa może świadczyć pracę. Pielęgniarki i położne wolno to robić w zakresie: umowy o pracę, stosunku służbowego, umowy cywilnoprawnej, wolontariatu, a także praktyki zawodowej. A skoro z ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentystry podobne zapisy zniknęły, to – zgodnie z interpretacją mec. M. Dercza – było to celowe działanie. Obecnie kodeksowe umowy o pracę z lekarzami, nadal obowiązujące w podmiotach leczniczych, w tym zwłaszcza o charakterze publicznym, są tylko... zwyczajową formą ich zatrudnienia. Swego rodzaju „dobrem nabytym”, które – zgodnie z intencją przepisów ustawy o działalności leczniczej – z czasem stopniowo będą zanikać, ustępując formom wykonywania zawodu, regulowanym przepisami ustawy o swobodzie działalności gospodarczej.

### Regulamin organizacyjny musi być

Lekarze prowadzący praktyki, niezależnie czy o charakterze ogólnym, czy specjalistycznym, indywidualne lub grupowe, muszą mieć – co zrozumiałe – odpowiednią wiedzę medyczną. Jednak w systemie gospodarki wolnorynkowej, a zwłaszcza w obecnej sytuacji, gdy prowadzenie praktyki jest równoznaczne z prowadzeniem działalności gospodarczej regulowanej, muszą wykazać się również znajomością przepisów z zakresu zarządzania, ekonomii oraz prawa podatkowego (choćby po to, żeby dokonać wyboru między różnymi sposobami opodatkowania). Muszą ponadto orientować się w prawie dotyczącym ewidencjonowania obrotów za pomocą kasy fiskalnej, ubezpieczeń odpowiedzialności cywilnej (i nie tylko) swojego zawodu, a także służącym ochronie środowiska, w tym w zakresie gospodarowania odpadami medycznymi itp., itd.



Mec. M. Dercz przy okazji przypomniał, że nowością wynikającą z zapisów ustawy o działalności leczniczej, jest konieczność ustanowienia przez praktyki zawodowe regulaminu organizacyjnego, którego dotychczas wobec tych podmiotów nie wymagano. Kontrowersyjną decyzją ustawodawcy jest obowiązek posiadania takiego regulaminu przez wszystkie rodzaje praktyk zawodowych, także działające wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego, które swoją działalność wykonują w pomieszczeniach tego podmiotu (np. szpitalu), leczą jego pacjentów i korzystają z jego pomieszczeń, sprzętu oraz urządzeń medycznych. Organ rejestrujący praktykę zawodową (dla lekarzy – izba lekarska) nie został upoważniony, aby na etapie rejestracji wymagać przedłożenia regulaminu organizacyjnego, zatem wielu lekarzy nadal nie wie o istnieniu tego obowiązku albo go lekceważy.

Art. 24 ustawy o działalności leczniczej wskazuje elementy, jakie powinien zawierać regulamin organizacyjny. Musi mianowicie określać: nazwę danej praktyki zawodowej, jej cele i zadania, rodzaj działalności leczniczej, zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych i miejsce ich świadczenia, wysokość opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej, czyli sporządzenie wyciągu, odpisu lub kopii tej dokumentacji (wymagają tego przepisy ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta), organizację procesu udzielania świadczeń, a w przypadku pobierania opłat za świadczenia inne niż finansowane ze środków publicznych, także ich wysokość.

### **Systemem rządzi niepodzielnie pieniądze**

Wykładowca zwrócił w tym miejscu uwagę słuchaczy, że obywatel korzystający z opieki zdrowotnej w Polsce nazywany jest pacjentem tylko w ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. W pozostałych aktach prawnych dotyczących systemu ochrony zdrowia, jego finansowania i organizacji, staje się świadczeniobiorcą, a szpital lub inna jednostka służby zdrowia, w tym również lekarz prywatnie praktykujący – świadczeniodawcą. Jest to podyktowane coraz bardziej skomercjalizowanym charakterem tego systemu, którym rządzi niepodzielnie pieniądze – skonkludował Maciej Dercz, dodając, że to właśnie on legł u podstaw podjęcia przez rząd decyzji o masowej komercjalizacji tonących w długach publicznych podmiotów leczniczych i próby przekształcenia ich w spółki prawa handlowego.

Ustawa o działalności leczniczej nie przewiduje obowiązkowych przekształceń publicznych szpitali, ale w rzeczywistości je wymusza. Mają one docelowo – zgodnie z założeniami Ministerstwa Zdrowia – objąć wszystkie bez wyjątku SP ZOZ-y chyba, że organy tzw. prowadzące (kiedyś założycielskie) pokryją z własnych budżetów ich ujemny wynik finansowy. Władza stosuje przy tym metodę kija i marchewki, bo jak samorzą-

dy przekształca „swoje” szpitale w spółki, to dostaną wsparcie finansowe w postaci pokrycia części długów. Szpitale, tzw. marszałkowie, są w stosunkowo niezłej kondycji, a ich organy prowadzące – samorządy wojewódzkie bogatsze, co pozwoli przetrwać większości z nich, przynajmniej jeszcze przez pewien czas, w dotychczasowej formie. Powiatowe lecznice stoją, niestety, na straconej pozycji, bo ich sytuacja finansowa jest najgorsza w strukturze szpitali samorządowych, a skromne budżety starostw nie są w stanie udźwignąć ich długów. Mec. M. Dercz nie ukrywał, że tu komercjalizacja postępuje w bardzo szybkim tempie, co niekiedy – niestety – dzieje się... na granicy prawa.

Nie da się też ukryć, że skomercjalizowane placówki, działające jako spółki prawa handlowego, muszą pracować z zyskiem, inaczej czeka je bankructwo, co powoduje „parcie” na wykonywanie tylko opłacalnych procedur. Jeśli wszystkie szpitale staną się spółkami, nie będzie komu leczyć tzw. trudnych pacjentów, a przecież pewne minimum bezpieczeństwa zdrowotnego, również w zakresie hospitalizacji, władza publiczna powinna zapewnić obywatelom. Dlatego wykładowca z szacunkiem wspomina rządowe propozycje sprzed lat (kiedy wiceministrem w resorcie zdrowia była obecna na sali dr n. med. Ewa Kralkowska), polegające z jednej strony na stworzeniu tzw. sieci szpitali, a z drugiej – możliwości przekształcania niektórych szpitali w spółki użyteczności publicznej. Takie spółki nie byłyby nastawione na zysk, miałyby na celu przede wszystkim zapewnienie właściwego leczenia pacjentom.

### **Polskie zdrowie – 5, 10, 15**

Kontynuując temat przekształceń, referent odniósł się do przebiegu debaty dotyczącej aktualnej sytuacji w służbie zdrowia, jaka odbyła się w Senacie RP dwa dni wcześniej (11 kwietnia br.). Tytuł panelu dyskusyjnego „Zdrowie Polaków 5, 10, 15” nawiązywał do wydarzeń niezwykle ważnych dla obecnego kształtu polskiej ochrony zdrowia. W 2013 r. mija však pięć lat od „białego szczytu”, dziesięć lat od utworzenia Narodowego Funduszu Zdrowia i piętnaście lat od zmiany sposobu finansowania opieki zdrowotnej z budżetowego na ubezpieczeniowy. Organizatorzy spotkania za jeden z celów postawili sobie znalezienie odpowiedzi na pytania: w jakim stopniu wprowadzane w ciągu tych lat zmiany w polskiej służbie zdrowia były korzystne, a w jakim chybione, a także czy obecnie funkcjonujący system potrzebuje jedynie usprawnienia i wprowadzenia ewolucyjnych zmian, czy też jest na tyle niewydolny, że wymaga gruntownej reformy.

Maciej Dercz, obecny na tej debacie, przywołał wypowiedź byłego ministra zdrowia w rządach SLD – Marka Balickiego, który wskazał na istniejące rozbieżności w ocenie rozwiązań wprowadzanych w systemie ochrony zdrowia w Polsce. Władza uważa, że obrany kierunek

zmian jest właściwy, tymczasem w społeczeństwie panuje powszechne poczucie zwiększających się w tej sferze nierówności, a do tego dochodzą alarmistyczne dane na temat stanu zdrowia Polaków. Istnieje zatem pilna potrzeba dokonania profesjonalnej oceny funkcjonowania systemu w formie rządowego raportu i przedstawienia go opinii publicznej, w tym zwłaszcza środowiskom medycznym. Jego zdaniem, opieka zdrowotna przestała być w Polsce działalnością użyteczności publicznej *pro publico bono*, zaczęła natomiast być działalnością gospodarczą, która polega na zarabianiu pieniędzy, a to wcale nie jest korzystnym rozwiązaniem. Jak wskazuje bowiem doświadczenie innych krajów, np. Stanów Zjednoczonych, system napędzany zyskiem jest zdecydowanie bardziej kosztochłonny, a mniej skuteczny.

W ochronie zdrowia podejmuje się bardzo wiele działań pozorowanych reformowanie, a negatywne tego skutki stają się coraz bardziej oczywiste – stwierdził wykładowca dodając, że mimo tylu lat trwania tej tak zwanej reformy, żaden dotychczasowy rząd nie przyjął dokumentu ze szczegółowym rozpisaniem ról, jakie w tym systemie mieliby docelowo odgrywać poszczególni aktorzy tej sceny. Problemem jest brak precyzyjnego rozdzielenia zadań w tej dziedzinie między administrację rządową a samorządową, a obowiązki samorządów terytorialnych poszczególnych szczebli są sformułowane w sposób bardzo ogólnikowy i niejasny, co tworzy kompetencyjny bałagan. W efekcie placówki zdrowia podlegające różnym organom samorządowej władzy, zwłaszcza szpitale, zamiast współpracować, konkurują ze sobą, ze szkodą dla obywateli.

## Decentralizacja NFZ

Maciej Dercz odniósł się także krótko do przedstawionych kilka dni wcześniej przez ministra zdrowia Bartosza Arłukowicza założeń reformy Narodowego Funduszu Zdrowia, polegającej na jego decentralizacji. Przypomniał, że aktualnie jego centrala łączy w sobie wiele funkcji, pełniąc w sprawach dotyczących świadczeń zdrowotnych należnych z ubezpieczenia zdrowotnego nie tylko rolę płatnika, ale również wyceniającego procedury medyczne oraz kontrolującego ich wykonanie. Zajmuje się też m.in. podziałem środków pochodzących ze składek między poszczególne województwa, a celem jej działania jest ponadto ujednolicenie procedur kontraktowania świadczeń w całym kraju.

Po zmianach, szesnaście oddziałów wojewódzkich Funduszu ma znów zyskać (podobnie, jak to było za czasów Regionalnych Kas Chorych) osobowość prawną, niezależność finansową i samorządność w podejmowaniu decyzji. Dotyczyć to ma zarówno przygotowania planów zakupu świadczeń, jak i określania szczegółowych zasad ich kontraktowania. Zadania centrali NFZ ma natomiast przejąć nowo powołany Urząd Ubezpieczeń Zdrowotnych, który jednocześnie będzie pełnił obowiązki przy-

pisane obecnie Agencji Oceny Technologii Medycznych oraz Centrum Monitorowania Jakości.

Najpoważniejszym problemem decentralizacji Funduszu, będzie – zdaniem wykładowcy – wkomponowanie w ten nowy system udziału wojewodów, których zadaniem ma być prognozowanie popytu i podaży w zakresie różnego rodzaju świadczeń z dziedziny medycyny na swoim terenie, czyli budowanie tzw. map potrzeb zdrowotnych. Na jakiej podstawie, przy użyciu jakich instrumentów i przez jakie struktury? – tego przedstawione założenia nie uwzględniają. Tymczasem wiadomo, że struktury administracji państwowej na szczeblu wojewódzkim pełnią obecnie wyłącznie rolę reprezentantów rządu i premiera, a co za tym idzie, nie są ustawowo upoważnione ani merytorycznie przygotowane do budowania wieloletnich programów dotyczących sfery zdrowia, a także kreowania samodzielnej polityki zdrowotnej. Od prowadzenia polityk regionalnych na szczeblu województwa w każdej dziedzinie, także w zdrowiu, są bowiem samorządy terytorialne, czyli wybieralne organy władzy publicznej.

Mec. M. Dercz uświadomił słuchaczom, że w związku z proponowaną reformą NFZ, lekarzy i lekarzy dentystów znów czekają różne niespodziewane zmiany przepisów, mogące mieć wpływ na wykonywanie przez nich zawodu. A chociaż nie będzie się to działo natychmiast (decentralizacja Funduszu ma nastąpić za rok, dwa – jeśli do niej dojdzie), to powinni być przygotowani, że... nie będzie lepiej, bo lepiej już było.

Nie sposób ukryć, że niektóre interpretacje przepisów prawa, prezentowane przez mec. Macieja Dercza wzbudziły kontrowersje i wątpliwości u słuchaczy, prowokując wiele pytań i wzbudzając dyskusję. Dotyczyła ona głównie tematu związanego z możliwością podejmowania pracy przez lekarzy na podstawie kodeksowych umów o pracę, bo przecież kodeks pracy nie wyklucza ich z grona pracowników podległych ochronie jego przepisów. Podobnie jak kodeks cywilny wszystkim obywatelom w jednakowym stopniu umożliwia zawieranie cywilnych umów zlecenia czy o dzieło.

Trudno jednak nie zgodzić się z twierdzeniem wykładowcy, że w Polsce – mimo tylu lat reformowania ochrony zdrowia – nadal spójnego jej systemu tak naprawdę nie ma. Jest tylko zbiór różnej rangi, mniej lub bardziej przystających do siebie, funkcjonujących w tej sferze przepisów, wprowadzanych w życie do osiągnięcia doraźnych celów władzy.

Nina SMOLEŃ

*Wybrane zagadnienia, przedstawione w referacie, zostały opracowane na podstawie nagrania magnetofonowego.*

(przedruk z „Panaceum” 5/13)



# POLITYKA GASZENIA POŻARÓW

Polski system ochrony zdrowia wygląda jak szwajcarski ser (nie mylić ze szwajcarską precyzją), co potwierdzają niemal wszystkie agendy zajmujące się audytami. Wykazały to: Najwyższa Izba Kontroli, Organizacja Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (OECD), wewnętrzne kontrole NFZ oraz badania wykonywane przez ośrodki uniwersyteckie. W Wlk. Brytanii już w latach 80. XX w. przygotowano raport identyfikujący potrzeby zdrowotne obywateli, na mocy którego gruntownie zreformowano sieć szpitali oraz przychodni. W Polsce nigdy nie powstał taki dokument.

- *W naszym kraju nikt nigdy nie planował takich działań. Nie istnieje żaden dokument mający moc sprawczą (przynajmniej ja go nie widziałem) stwierdzający, że np. w jakimś regionie potrzeba więcej kardiologów – mówi dr Marcin Kautsch, ekspert ds. zarządzania ochroną zdrowia z Wydziału Nauk o Zdrowiu Collegium Medicum UJ.*

Z roku na rok zmniejsza się dostęp do specjalistycznej opieki medycznej, co spowodowało, że pacjenci masowo zaczęli korzystać z karettek pogotowia. Z najnowszego raportu NIK wynika, że aż 1/3 wezwań nie ma uzasadnienia. Nie należy jednak się temu dziwić, skoro na wizytę u specjalisty w niektórych regionach kraju trzeba czekać kilkanaście miesięcy, a na wykonanie zabiegu ortopedycznego nawet 8 lat.

## Nierównomierność dostępu

Paradoks polega na tym, że geograficznie dostęp do badań specjalistycznych nie rozkłada się równomiernie. Wynika to z niewłaściwej polityki NFZ oraz wyborów samych lekarzy, którzy kierują się – co nie dziwi – względami merkantylnymi. W efekcie najlepiej „zaopatrzone” w specjalistów są bardziej zamożne regiony kraju. Gorzej jest w tzw. Polsce B. – *Taka sytuacja ma podstawy historyczne. Przyczynił się do tego również brak konsekwencji we wprowadzaniu założeń Narodowego Planu Zdrowia, który miał być podstawą kreowania polityki zdrowotnej kraju, w tym regionalnej dostępności specjalistycznych świadczeń medycznych. We wspomnianym planie znalazły się bowiem informacje o potrzebach zdrowotnych, jednak nikt nigdy poważnie ich nie przeanalizował* – mówi Leszek Sikorski, były minister zdrowia. Z raportu „Improving the Health-Care System in Poland”, który opublikowała OECD, wynika, że niewydolność służby zdrowia spowodowana jest niedoborem personelu medycznego, przestarzałą infrastrukturą, brakiem specjalistycznego sprzętu oraz niedofinansowaniem placówek zdrowotnych i tym, że resort zdrowia, zamiast kreować politykę, gasi pożary.

Dobrym przykładem jest psychiatria. Gdy stwierdzono, że brakuje lekarzy tej specjalności, nagle zaczęto wyżej wyceniać psychiatrię. W ten sposób zachęcano lekarzy do wyboru specjalizacji, a specjalistów do osiedlania się poza aglomeracjami miejskimi, wybieranymi wcześniej najczęściej. Zapomniano jednak o innych specjalizacjach. O tym, jak dramatyczna jest sytuacja opieki specjalistycznej, świadczy przykład Dolnego

Śląska, gdzie NFZ w kwietniu rozwiązał umowy ze wszystkimi lekarzami specjalistami. Rozwiązanie umów z 2 tys. placówek było podyktowane kontrolą 140 z 2600 podmiotów oraz wykrytymi, rzekomymi, nieprawidłowościami. W efekcie, po rozpisaniu nowych konkursów, trzeba było dopisywać pacjentów do jednostek, które na nowo uzyskały kontrakt. A to wydłużyło kolejki ponad zwykłą miarę.

## W ognie Unii Europejskiej

Z danych resortu zdrowia wynika, że w przeliczeniu na 10 tys. mieszkańców mamy najmniejszą liczbę lekarzy spośród wszystkich krajów Unii Europejskiej. Samorząd lekarski podkreśla zarazem, że powstaje luka pokoleniowa i wkrótce Polaków nie będzie miał kto leczyć. Na liście podstawowych błędów Ministerstwa Zdrowia (obok zmian systemowych) są zaniechania w kształceniu specjalistów. Potwierdza to przyznanie w pierwszym kwartale bieżącego roku szpitalnych rezydentur (miejsc umożliwiających zdobywanie specjalizacji) – na 2600 potrzebnych miejsc, zgłoszonych przez wszystkie województwa, ministerstwo przewidziało zaledwie 444. Resort tłumaczy się brakiem pieniędzy. Nie należy się zatem dziwić, że w niektórych dziedzinach medycyny osiągnęliśmy poziom krajów Trzeciego Świata. Przykładem zapaści specjalizacyjnej (cywilizacyjnej) jest patomorfologia. W tej gałęzi medycyny pracuje zaledwie 450 lekarzy i większość wkrótce wejdzie w wiek emerytalny.

Dramatycznie brakuje geriatrów: w całej Polsce mamy ich 250, z czego czynnych zawodowo około 150. Oznacza to, że specjalista przypada na 300 tys. mieszkańców! W Belgii i Słowacji na tę samą liczbę potencjalnych pacjentów przypada 2,5 lekarza, w Czechach 1,5, w Szwecji 7,8, a w Austrii 7,4. – *O tym, że geriatrów będzie brakować, wiadomo conajmniej od 12 lat. Niestety, resort zdrowia jakby nie zauważył tego problemu, a to poważne zaniechanie, bo o starzeniu się społeczeństwa demografowie mówili od dawna* – komentuje Leszek Sikorski. – *Polska w ogóle nie ma czegoś takiego, jak planowanie potrzeb zdrowotnych. I teraz ponosi my tego konsekwencje. Przy tej okazji należy podkreślić, że nasz kraj – w porównaniu z innymi państwami należącymi do OECD – charakteryzuje się niskim wskaźni-*

kiem ogólnej liczby lekarzy i pielęgniarek w przeliczeniu na 1 tys. mieszkańców. Dla porównania: na 1 tys. Polaków przypada dwóch lekarzy i sześć pielęgniarek, podczas gdy w najlepiej rozwiniętych krajach wskaźniki te są dwukrotnie wyższe (w Danii, Belgii, Holandii). Wpływ na obecną sytuację miała nasza akcesja do Unii Europejskiej. Otwarcie rynków pracy w krajach UE, co stopniowo następowało po 2004 r., spowodowało odpływ personelu zatrudnionego w polskiej służbie zdrowia do pracy w Anglii, Francji, Niemczech, wspomnianej Belgii, Holandii czy Szwecji i Norwegii. Zgodnie z danymi przedstawionymi przez OECD, tylko w 2011 r. 8,2 tys. lekarzy, 13,5 tys. pielęgniarek i 850 dentystów otrzymało zaświadczenia potwierdzające kwalifikacje do podjęcia pracy w krajach Unii Europejskiej. Bezpośrednim skutkiem niedoboru lekarzy jest długi czas oczekiwania na wykonanie specjalistycznych usług medycznych.

Z informacji przedstawionych przez OECD wynika, że w Polsce najdłużej czeka się na wizytę u kardiologa, okulisty, onkologa i ortopedy. W przypadku niektórych schorzeń długi czas oczekiwania na wizytę u specjalisty przyczynia się do trwałego pogorszenia stanu zdrowia. Z kolei problem niedoboru sprzętu diagnostycznego jest szczególnie widoczny w leczeniu nowotworów. Dostępność urządzeń do obrazowania metodą rezonansu magnetycznego jest trzykrotnie mniejsza od średniej w krajach OECD. Długie kolejki do lekarzy są jednym z czynników, które sprawiają, że prawie 15% mieszkańców Polski będących w wieku powyżej 16 lat nie zaspokaja swoich potrzeb związanych z opieką medyczną.

## NFZ dzieli i rządzi

Jak podkreślają specjaliści, formalnie trudności z dostępem do specjalistycznych usług medycznych świadczonych przez lekarzy dotyczą w równym stopniu wszystkich grup dochodowych. W praktyce jednak wykształcone przez lata mechanizmy omijania kolejek powodują dyskryminację ludzi najuboższych oraz mieszkających w mniej rozwiniętych regionach. Eksperti OECD oraz Najwyższej Izby Kontroli zwrócili na to szczególną uwagę. Jak bowiem wynika z danych, między poszczególnymi oddziałami wojewódzkimi NFZ występowały znaczne różnice w dostępie do niektórych świadczeń, mierzone liczbą jednostek rozliczeniowych przypadających na 10 tys. osób zamieszkałych na terenie działania danego oddziału oraz czasem oczekiwania pacjentów na udzielenie świadczeń. – *Taki rozkład jest implikowany m.in. nierównomiernym rozłożeniem uczelni medycznych. Tam, gdzie znajdują się ośrodki akademickie, problemów ze specjalistami nie ma. Ale już w województwach warmińsko-mazurskim czy lubuskim niedobory są tak poważne, że zagrażają sytuacji zdrowotnej mieszkańców wymienionych regionów* – mówi dr Jerzy Gryglewicz, wykładowca programu MBA w ochronie zdrowia Uczelni Łazarskiego w Warszawie.

Jednym z przykładów nierównomierności dostępu jest liczba jednostek rozliczeniowych przypadająca na 10 tys. ubezpieczonych w zakresie świadczeń ogólnostomatologicznych dla dzieci i młodzieży do 18. roku życia. W 2011 r. liczby te wyniosły od 2.088,89 w Warmińsko-Mazurskim OW NFZ do 77.819,33 pkt w Małopolskim OW NFZ. Podobna sytuacja była w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej w zakresach – endokrynologia (Dolnośląski OW NFZ – 1.804,19 pkt, Świętokrzyski OW NFZ – 4.179,32 pkt, przy średniej 3.551,80 pkt), kardiologia (Warmińsko-Mazurski OW NFZ – 4081,88 pkt, Pomorski OW NFZ – 8.256,35 pkt, średnio 6.254,67 pkt), a także w rehabilitacji leczniczej i fizjoterapii ambulatoryjnej (Zachodniopomorski OW NFZ – 130.357,74 pkt, Podkarpacki OW NFZ – 268.969,54 pkt). W ocenie ekspertów przyczyną tak wielkich dysproporcji i nierównomiernego rozmieszczenia świadczeniodawców jest niedostateczna koordynacja kontraktowania świadczeń przez centralę NFZ. Jakie są efekty braku koordynacji, najlepiej obrazuje tzw. mediana czasu oczekiwania na świadczenia na wybranych (analizowanych) oddziałach specjalistycznych. Z danych NIK wynika, że w końcu minionego roku w przypadku oddziałów chirurgii urazowo-ortopedycznej wynosiła od 0 dni (Lubelski i Świętokrzyski Oddział NFZ) do 181 (Wielkopolski OW NFZ), przy średniej 69 dni. Na oddziałach reumatologicznych zaś od 7 (Podlaski OW NFZ) do 377 dni (Śląski OW NFZ), przy średniej 82 dni. Jeśli chodzi o oddziały rehabilitacji leczniczej, mediana czasu oczekiwania dla całego NFZ sięgnęła 171 dni, a w Dolnośląskim OW NFZ wskaźnik ten wyniósł aż 443 dni.

## Niespójność polityki NFZ

O nierównomiernym dostępie, wynikającym z braku odpowiednich wytycznych centrali NFZ oraz polityki zdrowotnej Ministerstwa Zdrowia, świadczy liczba jednostek zakontraktowanych na 10 tys. mieszkańców w wybranych specjalnościach w 2011 r. (dane NIK). Jak wielkie są to różnice, widać wyraźnie na przykładzie endokrynologii oraz kardiologii. W pierwszej dziedzinie najmniej zakontraktowanych placówek było na Dolnym Śląsku – 1815, podczas gdy średnia nieco przekracza 3 tys. (Lubelski Oddział NFZ – 3367, Śląski – 3863, Opolski – 3463, Wielkopolski – 3398). Nierównomierny rozkład placówek, ergo: różnica w dostępności, widoczny jest także w poradniach kardiologicznych. Podczas gdy liczba zakontraktowanych jednostek na 10 tys. mieszkańców w Pomorskim Oddziale NFZ wynosi 8314, a w Śląskim – 7640, to już w Dolnośląskim (znowu pokrzywdzonym) tylko 4615. O dziwo – w obu specjalnościach wcale nie przoduje Mazowieckie, które powszechnie uchodzi za najbogatszy region Polski. W endokrynologii ma 4141 zakontraktowanych placówek, a w kardiologii 6634 (oczywiście w obu przypadkach należałoby dodać NZOZ-y, które nie mają kontraktów z NFZ).



Nie lepiej wygląda sytuacja w reumatologii. Z badań Uczelni Łazarskiego wynika, że w 2010 r. (dane Naczelnej Izby Lekarskiej) zawód wykonywało 1510 reumatologów, w tym około 70% to kobiety. Jedna trzecia wszystkich lekarzy ukończyła już 60. rok życia. Stosunkowo wielu reumatologów udziela świadczeń w ramach praktyk lekarskich (955), lecz niewielu zawiera umowy z NFZ. System nie daje szans na zastąpienie obecnych kadr po zakończeniu ich aktywności zawodowej. Przy znacznym zaawansowaniu wiekowym i sfeminizowaniu tej grupy zawodowej problem braku specjalistów może się pojawić stosunkowo szybko. Zaobserwowano również nierównomierne geograficznie wykonywanie zawodu przez reumatologów. Prawie połowa z nich skupiona jest w czterech województwach: mazowieckim, śląskim, małopolskim i dolnośląskim. W znaczący sposób ogranicza to dostępność świadczeń pozostałym mieszkańcom naszego kraju. Istotnym problemem jest nierówne rozmieszczenie reumatologów na terenie kraju.

Na podstawie danych Naczelnej Izby Lekarskiej dotyczących liczby reumatologów w poszczególnych województwach, oraz danych z Głównego Urzędu Statystycznego, dotyczących liczby mieszkańców w poszczególnych województwach, opracowano wskaźnik liczby mieszkańców przypadających na reumatologa. Najwięcej (ponad 43 tys.) osób ma pod opieką każdy z tych specjalistów w województwie opolskim, najmniej (17 tys.) w święto-

krzyskim. Duża liczba mieszkańców (powyżej 30 tys.) przypadająca na reumatologa w województwach opolskim, wielkopolskim, łódzkim, warmińsko-mazurskim i lubuskim może znacząco utrudniać dostęp do specjalistów w tej dziedzinie.

Na koniec warto jednak przypomnieć decydentom kreującym politykę zdrowotną w Polsce, że nie o geografii tu chodzi, lecz o pieniądze. Pieniądze, które można zaoszczędzić, ułatwiają pacjentom równomierny dostęp do specjalistycznej opieki medycznej. Jak bowiem pokazują analizy (badania Uczelni Łazarskiego, porównanie lat 2009 i 2008), choroby stanowiące podstawę orzeczenia niezdolności do pracy u osób po raz pierwszy składających wnioski o orzeczenie niepełnosprawności do celów rentowych, to przede wszystkim choroby układu krążenia – 22,2% (w 2008 r. – 22,6%), nowotwory – 20,9% (20,5%), choroby psychiczne – 13,7% (13,9%), choroby układu kostno-stawowego, mięśniowego – 11,6% (12,1%), nerwowego – 8,5% (8,2%) oraz urazy kości, stawów i tkanek miękkich – 8,5% (8,3%). Wymienione choroby są przyczyną wydania 85,4% orzeczeń pierwszorazowych do celów rentowych ustalających niezdolność do pracy. A to wymierne koszty nie tylko dla budżetu ZUS, lecz także dla budżetu całego państwa.

*Jacek SZCZĘŚNY*

(przedruk z „Menedżera Zdrowia” nr 1/13)

## DOPALACZE – NARASTAJĄCY PROBLEM MEDYCZNY

# UWAGA NA SNOW POWDER TROPICAL I DIABLO

Polacy zajmują niechlubne miejsce w czołówce Europejczyków stosujących tzw. dopalacze, czyli nowego typu środki psychoaktywne. Jesteśmy tuż za Irlandczykami. Niebieski Ogień i inne specyfiki, o równie niewinnych nazwach, zawierające susz do palenia stały się konkurencją dla marihuany, której wzrost konsumpcji w Polsce także odnotowano ostatnio. To dane zawarte w sprawozdaniu za rok 2012 opublikowanym przez Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA).

W minionym roku, według oficjalnych danych, w Polsce doszło do co najmniej 185 zatrueń dopalaczami, w samym grudniu 2012 było ich ponad czterdzieści. Zapewne te liczby w rzeczywistości są znacząco większe. Wraz ze nowelizowaną ustawą o zapobieganiu i zwalczaniu narkomanii w 2010 r. wydano wojnę narkobiznesowi dopalaczowemu, ale dała ona efekty krótkotrwałe. Mimo wprowadzenia wysokich kar za produkcję i handel dopalaczami, wynoszących od 20 tysięcy do miliona złotych, problem nie maleje. Zamknięcie wówczas przez Państwową Inspekcję Sanitarną sklepów również niewiele pomogło, gdyż pojawiają-

ce się stale nowe substancje psychoaktywne oferowane są w... internecie.

Kupno dopalacza dzisiaj zajmuje niewiele czasu. Wystarczy zalogować się, by nabyć specyfik w sklepie internetowym. Po wpłaceniu niewielkiej kwoty można już czekać na dostarczenie przesyłki z suszem albo tabletkami. Ceny są przystępne nawet dla młodego człowieka – około 20 złotych, a wysyłka często darmowa przy dużych zamówieniach, co może stanowić zachętę do rozprowadzania dopalaczy w swoim środowisku!

Liczba sklepów internetowych oferujących dopalacze rośnie szybko, w ubiegłym roku wykryto ich w Europie ponad 600, dla porównania – w roku 2010 było ich około 200. Według najnowszych danych (m.in. „Rzeczpospolitej”) trafia do nas coraz więcej „towaru” z Chin. Specyfiki pochodzą też z Czech, Holandii i Wielkiej Brytanii.

Współczesna narkomania zmienia się, nadąża za modami, zapotrzebowaniem rynku, staje się nowoczesna i ma charakter globalny, choćby poprzez narzędzia internetowe. Wykazuje też łatwość przystosowywania się. Na przykład sprzedający dopalacze reklamują je jako „aromatyzowane chemikalia” albo „saszetki zapachowe”

wysokiej jakości do np. użytku laboratoryjnego! Sklepy z Chin oferują też sprzedaż np. koszulek jako głównego towaru, ale dodają do nich bonusowo dopalacz w postaci „saszetki zapachowej”. Z Chin pochodzą dopalacze o nazwie „Speed”, w zależności od zawartych w nich substancji są odpowiednio numerowane („Speed 1” itd.). Współczesna narkomania ma duże możliwości logistyczno-finansowe. Charakteryzuje ją także olbrzymia innowacyjność. Wprowadza na rynek nowe substancje i w nowych postaciach (susze, tabletki). W samym tylko roku 2012 wykrytych zostało 50 nowych substancji psychoaktywnych. Każdego tygodnia na rynku pojawia się zatem co najmniej jeden nowy narkotyk. Dwa lata wcześniej było o połowę mniej. Nowy narkotyk (dopalacz) to nowa substancja chemiczna – niezbadana, o niewiadomym oddziaływaniu na organizm. Stąd też dopalacze mogą mieć nieznane, nieprzewidywalne oddziaływanie na organizm. Ponadto w saszetkach czy tabletkach dopalaczowych zwykle jest od 5 do 7 komponentów, a ich skojarzone działanie trudne jest do przewidzenia. Implikuje to także złożoność i medyczne trudności interwencyjne w przypadku pacjentów z zatruciami po zażyciu takich mieszanek środków psychoaktywnych.

Nazwy dopalaczy także sugerują, że mamy do czynienia z bezpiecznymi dla organizmu produktami, dla przykładu: „Spice”, „Diamond”, „Gold”, „Silver”, „Twisted”, „Oryginal”, „Tropical”, „Smoke”, „Diablo”, „Snow Powder” (zawiera mefedron, metylometkatynon, niebezpieczny zwłaszcza w połączeniu z alkoholem). W rzeczywistości jednak zawierają substancje kolejno, w miarę ich poznawania, obejmowane kontrolą i zarazem niebezpieczne.

Do takich nowych środków odurzających należą: N-benzylpiperazyna (stymulant OUN, podobny do amfetaminy), BZP, substancje psychotropowe grupy II P, JWH-018 (syntetyczne kanabinoidy, bardziej groźne niż marihuana i haszysz). Kanabinoidy (JWH-122, JWH-210) są zwykle obecne w tzw. mieszankach ziołowych. Kontrolą objęto także specyfiki pochodzące z 16 roślin egzotycznych: *Argyrea nervosa* (powojowate z południowej Azji o działaniu podobnym do LSD, ale nieco słabszym), *Banisteriopsis caapi*, *Calea zacatechichi* (stosowana przez meksykańskich Indian), *Catha edulis*, *Echinopsis pachanoi*, *Kava kava*, *Leonotis leonurus*, *Mimosa tenuiflora*, *Mitragyna speciosa* (drzewo liściaste kratom, działa jak łagodniejsza forma opium), *Nymphaea caerulea*, *Psychotria viridis*, *Rivea corymbosa*, *Salvia divinorum* (meksykańska szalwia wieszczka, zawiera alkaloid salvinorin A), *Tabernanthe iboga*, *Trichocereus peruviansis*, *Peganum harmala*. Badania wskazują ponadto, że w mieszankach ziołowych za efekt narkotyczny odpowiadają także obecne w nich syntetyczne kanabinoidy.

Pod koniec 2012 r., po serii zatruc nastolatków takimi środkami (saszetki zapachowe) w Olsztynie, tamtejszy sanepid skonfiskował saszetki w sklepie zajmującym

się ich sprzedaż. Także całkiem niedawno w Brodnicy odnotowano śmierć 20-latkę, który wykazywał objawy psychozy i posiadał przy sobie „susz roślinny”. Na początku roku 2013 Główny Inspektorat Sanitarny podjął decyzję o zamknięciu 21 sklepów, podejrzewając, że handlują dopalaczami. Z kolei w Gdańsku i Tczewie wojewoda pomorski polecił zamknąć cztery sklepy handlujące takimi substancjami. Nadal jednak dopalacze dostępne są w internecie. W ubiegłym roku najwięcej zatruc dopalaczami w Polsce odnotowano w województwach łódzkim i śląskim (dane GIS, za „Rzeczpospolitą”).

Upowszechnienie się dopalaczy i łatwy dostęp do nich przed rokiem 2010, a następnie gwałtowne odcięcie do nich szerokiego dostępu, mogło prawdopodobnie otworzyć drogę do zastąpienia ich przetworami konopi. W Polsce niesłabnącą bowiem popularnością cieszą się konopie indyjskie. W przypadku konopi Polska należy do krajów o jednym z najmniejszych wskaźników spożycia, jednak trendy są niepokojące. Bowiem wykazano (raport ESPAD, luty 2012), że co piąty polski nastolatek palił marihuanę. To o 10% więcej niż rok wcześniej. Jest to najwyższy wynik w dotychczasowych badaniach.

Największy niepokój budzi jednak fakt, że co 10 Polak do 24 roku życia zażywał dopalacze, bowiem średnia europejska jest dwukrotnie niższa. A przypomnijmy, że nadal susze i tabletki zwane dopalaczami to specyfiki będące najczęściej mieszanką różnych substancji o działaniu dotychczas niedostatecznie poznanym.

Najważniejszym obecnie, oprócz działań prawnych, wydaje się być położenie nacisku na szeroko zakrojoną edukację uświadamiającą głównie młodzieży, ale i pracownikom służby zdrowia, zagrożenia związane ze stosowaniem coraz to nowszych środków psychoaktywnych – dopalaczy.

Marek JURGOWIAK

Katedra Biochemii Klinicznej CM UMK

### Niektóre nowe środki psychoaktywne objęte kontrolą:

- TFMPP (trifluorometylofenylopiperazyna) nieselektywny agonista receptorów serotoninowych 5HT – zastępuje MDMA i amfetaminę,
- mCPPP (chlorofenylopiperazyna),
- 4-MTA (metylotioamfetamina) inhibitor MAO (niebezpieczna, silna hipertermia),
- 4-FMP (4-fluoroamfetamina),
- PMA (4-metoksyamfetamina), działanie empatogenne i psychodeliczne,
- PIROVALERON, DMPU 10% + coffeina (tabl.),
- IT-5 (Chiny) – 5-(2)aminopropyl-indol (indolotryptamina), w dawce 20 mg działa nawet 20 godzin, w roku 2012 w Szwecji odnotowano 14 zgonów po jego zażyciu.

(przedruk z „Primum Non Nocere” nr 6-7/13)



# III OGÓLNOPOLSKI KONKURS FOTOGRAFICZNY DLA LEKARZY „OKIEM ESKULAPA”



*Laureaci wraz z organizatorami konkursu*

Ogólnopolski Konkurs Fotograficzny „Okiem Eskulapa” zorganizowany już po raz trzeci przez Śląską Izbę Lekarską został rozstrzygnięty. W kwietniu profesjonalne jury w składzie: przewodnicząca prof. Ewa Zawadzka – artysta plastyk oraz Katarzyna Łata – Wrona – prezes ZPAF w Katowicach i Jerzy Łakomski – artysta fotograf ogłosiło swój werdykt. Na konkurs prace nadesłało 85 autorów, lekarzy i lekarzy dentystów z całej Polski. Uroczyste wręczenie nagród oraz pokonkursowa wystawa odbyły się 18 maja br. w katowickim „Domu Lekarza”, siedzibie Śląskiej Izby Lekarskiej. Laureaci z rąk Jacka Kozakiewicza – prezesa ORL w Katowicach, Jacka Tętnowskiego – przewodniczącego Komisji ds. Kultury, Sportu i Rekreacji NRL oraz Grzegorza Górala – przewodniczącego Komisji ds. Kultury ORL w Katowicach odebrali okolicznościowe dyplomy i nagrody rzeczowe ufundowane przez organizatorów.

W trakcie uroczystości prezes Jacek Kozakiewicz powiedział – *Serdecznie gratuluję wszystkim uczestnikom Konkursu. Z wielką satysfakcją obejrzałem prace koleżanek i kolegów lekarzy, których profesjonalizm wywarł na mnie wielkie wrażenie. Niezwykle cieszę się, że mimo licznych obowiązków związanych z wykonywaniem zawodu lekarza, tak wielu z nas potrafi znaleźć czas na oddawanie się swojej pasji.*

Natomiast prof. Ewa Zawadzka, przewodnicząca jury, powiedziała – *Na konkurs napłynęło ponad 300 prac. Biorąc pierwszy raz udział jako juror konkursu fotograficznego dla lekarzy byłam ogromnie zaskoczona wysokim poziomem nadesłanych zdjęć. Prace obejmowały trzy kategorie : „Lekarz, pacjent – współodczuwa-*

*nie”, „Zwierzęta wokół nas”, „Detal w architekturze”. W każdej z tych kategorii było zdecydowanie dużo dobrych zdjęć o interesującej kompozycji i emocjonalnym, ciepłym spojrzeniu na świat. Dlatego decyzje o wyborze trzech nagrodzonych prac w każdej z kategorii były trudne. Najmocniej obsadzoną kategorią była „Zwierzęta wokół nas”. Pierwszą nagrodę w tej kategorii przyznano jednogłośnie. Oświetlony nos psa wciśnięty w betonowy płot wzruszył wszystkich jurorów. Była to już trzecia edycja tego konkursu świadcząca o rosnącym zainteresowaniu. Zdjęcia były profesjonalne o bardzo dobrej jakości i dopracowaniu technicznym.*

## **Zwycięzcy Konkursu:**

- **w kategorii I: „Lekarz, pacjent – współodczuwanie”**
  1. miejsce: Krystyna Skupień, Rybnik – „Rozmyślania szpitalnej pacjentki”
  2. miejsce: Stanisław Mysiak, Katowice – „Dotyk”
  3. miejsce: Łukasz Kulak, Libiąż – „Neonatus”
- **w kategorii II: „Zwierzęta wokół nas”**
  1. miejsce: Jacek Stypuła, Kielce – „XXX”
  2. miejsce: Justyna Kotas-Strzoda, Katowice – „Czapla”
  3. miejsce: Agata Filipczyk-Kwieduk, Kołobrzeg – „Kiedyś stąd wyjdę”
- **w kategorii III „Detal w architekturze”**
  1. miejsce: Przemysław Szczepanek, Brzesko – „Dachy”
  2. miejsce: Stanisław Mysiak, Katowice – „Odpływ”
  3. miejsce: Justyna Kotas Strzoda, Katowice – „Czarny i biały”



- Wyróżnienia:
  - Maciej Służalek, Sosnowiec – „W sieci”
  - Krzysztof Suchnicki, Wrocław – „Pierwszy śnieg”
  - Leszek Sonecki, Sosnowiec – „Strażnicy Świątyni Skalnej Dambulla Sri Lanka”
  - Wyróżnienie ZPAF Oddział Śląski – Janusz Wojnicki, Niemcy – „Resurrectio”

*Wystawa pokonkursowa*

## MEDYCYNĄ PO DYPLOMIE

# MAGNEZ – NIEZBĘDNY DLA ORGANIZMU

## Wprowadzenie

Magnez jest dwunastym pierwiastkiem układu okresowego, oznaczonym skrótowo Mg, umiejscowionym w II grupie głównej. Dawniej metal ten stosowany był w budownictwie i lotnictwie jako materiał ogniotrwały i izolacyjny, w przemyśle spożywczym do rafinowania cukrów, a w kosmetycznym jako zagęszczacz szminek, fluidów czy zasypek. W postaci sproszkowanej używany był jako proszek fotograficzny i pełnił rolę dzisiejszej lampy błyskowej [1]. Z kolei chlorek magnezu służył do przygotowywania sztucznych wód mineralnych [2].

## Rola biologiczna i metabolizm magnezu

W organizmie człowieka znajduje się ok. 22–26 g magnezu [3]. Prawie 60% tej puli przypada na układ kostny, 29% na układ mięśniowy, 10% na inne tkanki miękkie (mózg, serce, wątroba), a jedynie 1% znajduje się we krwi [4], ponieważ pierwiastek ten występuje głównie w przestrzeni wewnątrzkomórkowej [5]. W komórkach pod względem ilościowym jest drugim kationem po potasie [3], a jego zawartość utrzymywana jest na względnie stałym poziomie najprawdopodobniej dzięki białku TRPM7 [6]. Wyższe stężenia magnezu obserwuje się wewnątrz komórek szybko dzielących się [7], przy czym najwyższe stężenia stwierdza się w okolicy jądra komórkowego, a niższe w obwodowych częściach cytoplazmy [5]. 65% tego metalu w komórkach występuje w postaci zjonizowanej, 20% stanowią związki z biał-

kami, w tym 2/3 z albuminami, a 15% z anionami fosforanowymi i cytrynianowymi [5], jedynie 0,5–5% stanowi wolny magnez.

Prawidłowe stężenia magnezu w osoczu mieszczą się w granicach 0,7–1,1 mmol/l [3]. Dzielne zapotrzebowanie według polskich norm wynosi 4,5 mg/kg/dobę [3], u dorosłego średnio 280–370 mg [1]. Jest ono większe u mężczyzn, a u kobiet wzrasta w ciąży i w czasie laktacji.

Najcenniejsze źródła magnezu to zawierające dużo chlorofilu (w którym centralne miejsce zajmuje magnez) ciemnozielone warzywa liściaste, np. szpinak, rośliny strączkowe, owoce i nasiona – awokado, banany, orzechy, migdały, kakao, pestki dyni i słonecznika, siemię lniane, ziarno sezamowe i sojowe, a także ziemniaki, kielki zbóż, mleko, mięso, ryby, drożdże piwne, piwo [1] oraz twarda woda [8], również morska, zawierająca w 1 litrze powyżej 30 mg tego metalu [3].

Magnez wchłania się tylko częściowo, głównie w jelicie cienkim i w niewielkim stopniu w okrężnicy, drogą dyfuzji prostej, ale również przy udziale jelitowego przenośnika TRPM6 [5,6]. Wielkość absorpcji zależy od czasu trwania jego pasaży [1], a także zawartości magnezu w pokarmach – przy dostatecznej podaży wynosi ok. 25%, zaś przy zmniejszonej aż 80% [3]. Korzystnie na jego przyswajanie działa duża ilość białka i nienasyconych kwasów tłuszczowych w diecie, środowisko kwaśne oraz witaminy D, B<sub>1</sub> (tiamina) i B<sub>6</sub> (pirydoksyna) – ta nie tylko zwiększa wchłanianie magnezu o 20–40%,



ale także ułatwia jego transport do komórek i zmniejsza wydalanie z moczem [1]; stąd lecznicze preparaty stosowane w hipomagnezмии często zawierają także tę witaminę. Absorbację tego metalu zaburza przyspieszony pasaż jelitowy, a także cynk, wapń, szczawiany, fosforany, alkohol, fitiny, błonnik [4], środowisko zasadowe oraz niektóre leki, w tym antybiotyki (na przykład gentamycyna), leki moczopędne pętlowe (m.in. furosemid) i tiazydowe, mineralokortykosteroidy i cytostatyki, które mogą obniżać jego wchłanianie lub zwiększać wydalanie z moczem.

Pierwiastek ten wydalaný jest głównie z kałem (ok. 50–70%), ze śliną (kilka procent), ale również przez nerki, gdzie najpierw w kłębuszkach Bowmana filtruje się 80% magnezu, a następnie z moczu pierwotnego reabsorbowane jest 95% na całej długości nefronu, choć najintensywniej w części bliższej [1]. Reabsorpcja zwiększa się pod wpływem parathormonu i w przypadku niedoboru tego pierwiastka, ale zmniejsza w przypadku działania hormonów tarczycy, aldosteronu, hormonu wzrostu, przy zwiększeniu objętości płynu pozakomórkowego, hipernatremii, hiperkalcemii, po alkoholu albo w przypadku leczenia glikozydami nasercowymi, a także diuretykami, szczególnie pętlowymi [1,9]. Z kolei oszczędzaniu magnezu w ustroju sprzyja insulina.

Aktywność biologiczna i efekty działania magnezu zależą w znacznym stopniu od frakcji zjonizowanej; katalizuje ponad 300 reakcji enzymatycznych, głównie przemian, w których tworzą się oraz są wykorzystywane wiązania makroergiczne. Aktywuje on wiele enzymów z grupy fosfataz, wywierając pozytywny wpływ na kościotworzenie i zwiększając odporność na złamania, stymuluje także działalność osteoblastów [7] i mineralizację układu kostnego [1].

W połączeniu chelatowym z magnezem występuje cząsteczka ATP niezbędna do dostarczania energii wszystkim pracującym komórkom z kolei jego kompleksy z fosfolipidami odgrywają ważną rolę w stabilizacji błon komórkowych, zmniejszając ich płynność i przepuszczalność [10], a także utrudniając wnikanie wirusów nowotworowych, zwłaszcza typu RNA. Obecność kationów magnezu jest niezbędna dla biorących udział w syntezie białek rybosomów, w celu stabilizacji powstającego łańcucha polipeptydowego. Bez tego pierwiastka nie jest również możliwe właściwe upakowanie chromatyny. Metal ten konkuruje z wapniem o miejsca wiązania w białkach [11]; stanowi także skuteczną barierę przed reaktywnymi formami tlenu, powstającymi podczas reakcji chemicznych, ponadto wspomaga przemianę materii, działa tonizująco i opóźnia procesy starzenia [12].

Magnez wpływa głównie na struktury zużywające do swojej pracy znaczne ilości energii, przede wszystkim na układ nerwowy, sercowo-naczyniowy, mięśnie szkieletowe, a także wątrobę.

W układzie nerwowym zmniejsza pobudliwość neuronów oraz zapewnia prawidłowe funkcjonowanie narządów zmysłów (zwłaszcza słuchu) poprzez wpływ na mechanizmy błonowe. Dzięki warunkowaniu prawidłowego stężenia potasu we krwi, a także działaniu antagonistyzmu w stosunku do wapnia w mięśniach działa przeciwdrgawkowo [1], a w sercu zmniejsza przewodzenie i pobudliwość w układzie bodźcoprzewodzącym serca oraz wywołuje efekt przeciwnurkowy. Magnez jest niezbędny do transportu gazów oddechowych we krwi.

W przewodzie pokarmowym zapewnia prawidłowe wchłanianie substancji w nabłonku jelitowym, na przykład wapnia [13], działanie to zakłócają jednak takie metale jak ołów, kadm czy glin.

W nerkach bierze udział w procesie wytwarzania kwasności miareczkowej [4], jak również w mechanizmach zachowania w ustroju fosforu, potasu oraz aminokwasów.

Odgrywa także ważną rolę w prawidłowych funkcjach układu rozrodczego, wpływając na wydłużenie aktywności, zwiększenie ruchliwości [14] oraz ułatwienie penetracji plemników do komórki jajowej, ponadto wydłuża okres ciąży, zmniejsza częstość poronień i warunkuje prawidłowy rozwój płodu poprzez udział w syntezie białek niezbędnych dla wzrastającego organizmu.

W układzie immunologicznym działa przeciwzapalnie [1], a także zmniejsza zdolność komórek Langhansa do prezentacji antygenów, co skutkuje spadkiem intensywności odczynów zapalnych [15].

**Tabela 1.** Gospodarka magnezem [16]

	Stężenie	
	mmol/l	mg%
norma w osoczu krwi	0,8–1,2	1,8–3
hipomagnezemia	poniżej 0,65–0,8	poniżej 1,56–1,8
ciężka hipomagnezemia	poniżej 0,3	poniżej 0,72
hipermagnezemia	powyżej 1,2	powyżej 3

Magnez uczestniczy w procesie krzepnięcia krwi, stabilizując fibrynogen i płytki krwi [1]. Regeneruje skórę, dostarczając energii komórkom. Jest skutecznym antyseptykiem, usuwa również nieprzyjemny zapach potu [15].

## Zaburzenia gospodarki magnezem

Mimo, iż nieprawidłowa zawartość magnezu występuje dość często, zwłaszcza w rozwiniętych krajach uprzemysłowionych, w których dominuje siedzący tryb życia i narażenie na przewlekły stres, a żywność poddawana jest procesom przetwarzania, to jedynie 10% pacjentów z niedoborem magnezu i 13% ze zwiększonym

jego stężeniem jest prawidłowo diagnozowanych bez wykonywania testów laboratoryjnych.

Ponadto, z powodu jego niemal całkowicie wewnątrzkomórkowego rozmieszczenia, możliwy jest niedobór magnezu i jego niska zawartość w komórkach przy prawidłowym stężeniu osoczym – dlatego stosunkowo dobrym badaniem różnicującym jest oznaczenie dobowej magnezurii (utrata magnezu z moczem), wynoszącej prawidłowo 100 ( $\pm$ 50)mg/dobę [1].

W przypadkach znacznej hipomagnezemia – poniżej 0,3 mmol/l konieczna jest hospitalizacja [1].

#### **Niedobór magnezu (hipomagnezemia)**

- Niedobory magnezu wykazują pacjenci:
- z rozległymi oparzeniami,
- stanami gorączkowymi,
- żywieni przewlekle pozajelitowo,
- z długotrwałą i uporczywą biegunką lub wymiotami [17],
- zespołami złego wchłaniania (np. chorobą Crohna),
- bulimią bądź anoreksją,
- schorzeniami nerek upośledzającymi reabsorpcję,
- cukrzycą (ze względu na hipermagnezurię),
- nadczynnością tarczycy i przytarczyc,
- moczówką prostą,
- pierwotnym aldosteronizmem,
- hipokalcemią,
- hipofosfatemią,

jak również:

- młodzież w czasie intensywnego wzrostu,
- kobiety w ciąży i karmiące,
- ludzie w wieku podeszłym [3,17],

oraz osoby:

- po nadmiernym wysiłku fizycznym, intensywnym wysiłku sportowym, w sytuacjach stresowych,
- niedożywione,
- nadużywające środków przeczyszczających,
- stosujące przewlekle leki moczopędne (p. niżej) [17].

Niedobory magnezu towarzyszą dosyć powszechnie mieszkańcom terenów uprzemysłowionych (z powodu pogłębiającego się deficytu tego pierwiastka w wyniku degradacji środowiska naturalnego [8]) i zanieczyszczeń (zwłaszcza związkami fluoru, ołowiu i kadmu).

Zawartość magnezu w organizmie obniżają także niewłaściwe nawyki żywieniowe:

- spożywanie działających moczopędnie i lipolitycznych powszechnych używek, takich jak kawa i herbata [5,9],
- picie alkoholu powodującego hipomagnezemię w związku ze zmniejszoną podażą oraz zwiększoną diurezą [18],
- spożywanie pokarmów zawierających dużo wapnia i/lub soli kuchennej, napojów gazowanych, słodyczy, niedojrzałych warzyw i owoców,

- spożywanie żywności długo magazynowanej [17] lub przetworzonej, w której zawartość magnezu zmniejsza się nawet o 85% [3], przede wszystkim w następstwie powstawania – w procesie rafinowania, denaturowania, gotowania, konserwacji lub oczyszczania potraw trudno rozpuszczalnych lub słabo wchłanianych w przewodzie pokarmowym soli [1].

Również stres obniża w konsekwencji poziom tego metalu w osoczu. Dotyczy to zwłaszcza stresu przewlekłego, kiedy to spada poziom oszczędzającej magnez insuliny, a podnosi się stężenie stymulującej lipolizę adrenaliny [4], w wyniku czego zwiększa się uwalnianie kwasów tłuszczowych, chelatowanych następnie przez magnez.

Przyczyną hipomagnezemia może być też przyjmowanie niektórych leków:

- diuretyków pętlowych [17],
- przeciwwirusowych (foskarnet),
- przeciwnowotworowych i immunosupresyjnych (cisplastyna, cyklosporyna),
- antybiotyków (makrolidowych, aminoglikozydowych, amfoterycyny),
- rozszerzających oskrzela (np. salbutamolu [5],
- hormonalnych, ponadto pamidronatu, teofiliny, czy też dużej ilości wapnia przy leczeniu osteoporozy [3].

W stanach hipomagnezemia zwiększa się przepuszczalność błony mitochondrialnej, mitochondria pęcznieją, oddychanie komórkowe zachodzi coraz intensywniej, ale nie podążają za nim reakcje fosforylacji oksydatywnej, ponieważ zaburzony jest transport protonów i elektronów łańcucha oddechowego. Hipomagnezemia zwiększa ilość frakcji VLDL i LDL, a zmniejsza frakcji HDL oraz apolipoproteiny A-1 [19] we krwi.

Niedobór magnezu czasem może przebiegać bezobjawowo [1,3], zazwyczaj jednak wywołuje dolegliwości ze strony wielu układów. W przypadku niewielkiej hipomagnezemia obserwowane jest wzmożone napięcie mięśniowe, drżenia i skurcze mięśni, w tym drgania powiek, problemy ze wzrokiem i koncentracją, drętwienia kończyn, mrowienia, bóle mięśniowo-stawowe, pseudo-bezsenność (sen przerywany, powierzchowny, zazwyczaj bez fazy głębokiej i REM – snu paradoksalnego [1]), powodująca przewlekle zmęczenie, ponadto bóle i zawroty głowy [3], również migrenowe [20].

W stanach ciężkiego niedoboru występuje osłabienie, nudności, wymioty, napady tężyzki, zaburzenia psychiczne (nadmierna pobudliwość, drażliwość, stany lękowe i depresyjne, zaburzenia orientacji, majaczenie, omamy [1]) oraz kardiologiczne, wśród których najczęstszym objawem jest samoistne wypadnięcie zastawki dwudzielnej [21]. Nieraz rozwijają się też arytmie [1], szczególnie u pacjentów po zawałach [22], wzrasta ryzyko udaru mózgu [8] oraz nadciśnienia [23,24] w wyniku zwiększe-



nia stężenia aldosteronu oraz produkcji prostaglandyn, w tym tromboksanu, działających naczyniozwiążająco, a także zmian we frakcjach lipidowych osocza.

Objawami niedoborowymi mogą być również zaburzenia miesiączkowania, wypadanie włosów, łamliwość i bielactwo paznokci.

W przypadkach hipomagnezмии może wystąpić oporność komórek na insulinę [5], skutkująca nieraz hiperinsulinemią z jednoczesnymi objawami hipoglikemii (uczuciem głodu, nadmierną potliwością, drgawkami, omdleniami). U 39% osób z niedoborami magnezu występują choroby alergiczne [15].

Braki w podaży magnezu mogą przyczyniać się też do wzrostu częstości zachorowań na nowotwory złośliwe, np. białaczki na terenach, w których środowisko przyrodnicze było ubogie w magnez [4].

W 25% przypadków hipomagnezмии towarzyszy hipokalcemia [5,25], co związane jest albo z niedoczynnością przytarczyc (spada stężenie parathormonu, ponieważ mechanizmy błonowe jego uwalniania wymagają obecności magnezu), albo z niedoborem witaminy D (analogicznie do sytuacji z parathormonem występuje wówczas zaburzenie wydzielania kalcyferolu). Stany te dają się wyleczyć jedynie po podaniu magnezu i nie można ich skorygować stosowaniem tylko wapnia i witaminy D [5]. Niedoborom magnezu często towarzyszy także hipokaliemia [3], której przyczyną upatruje się w ucieczce potasu z komórek na skutek zaburzenia stabilizacji błon. W takich sytuacjach hipokaliemię można wyrównać jedynie po uzupełnieniu poziomu magnezu [11].

#### **Nadmiar magnezu (hipermagnezemia)**

Do przedawkowania magnezu dochodzi bardzo rzadko, najczęściej z powodu nadmiernej podaży w diecie (np. u niemowląt karmionych syntetycznymi pokarmami mlecznymi o dużej zawartości jonów magnezu), retencji tego pierwiastka w niewydolności nerek, przy leczeniu chorób psychicznych preparatami zawierającymi lit [26], a także w okresach nasilenia chorób nowotworowych.

Objawy nadmiaru magnezu zaczynają pojawiać się przy stężeniu 1,5 mmol/l, a powyżej 2 mmol/l stają się istotne klinicznie. Najczęściej występuje biegunka, ale mogą pojawić się też nudności, wymioty, niedociśnienie, zaburzenia rytmu serca, zmiany w EKG (wydłużenie odcinka PR i odstępu QT, bradykardia) i niedociśnienie tętnicze, początkowo ortostatyczne [11].

Stężenie powyżej 5 mmol/l powoduje, iż objawy ze strony układu nerwowo-mięśniowego są już wyraźne (osłabienie mięśniowe, blokada nerwowo-mięśniowa, osłabienie lub zniesienie odruchów proprioceptywnych, porażenie mięśni oddechowych), pojawiają się objawy ze strony ośrodkowego układu nerwowego (bezsenna, znużenie, dezorientacja, a nawet śpiączka).

Powyżej 7 mmol/l występują groźne dla życia zaburzenia czynności serca – w skrajnych przypadkach nawet jego zatrzymanie w rozkurczu.

## **Magnez w leczeniu i suplementacji**

Magnez i jego związki znajdowały zastosowanie w medycynie już ponad dwa tysiące lat temu.

Tlenek magnezu (magnezja palona – nazwa pochodzi od położonego w Azji Mniejszej greckiego miasta Magnesja) ze względu na swoje właściwości zobojętniające zalecany był przy zgadze i nadkwaśności; podawano go także przy zatruciach kwasem arsenawym (wchodził w skład tak zwanego antidotum arsenici), jak również służył do mycia zębów [12].

Jego zawiesinę stosowano bezpośrednio na skórę w celu złagodzenia bólu i obrzęku po oparzeniach, a także przeciwświądowo.

Popularnym środkiem leczniczym był też siarczan magnezu, działający przede wszystkim na zakończenia nerwowe poprzez obniżanie ich pobudliwości, dzięki czemu przerywał ataki rzucawki u kobiet ciężarnych, a także usprawniał działanie leków redukujących skurcze mięśniowe w ostrych atakach tężca [27]. Powodował również efekty przeczyszczające, a jego roztwór używano do płukania żołądka po zatruciu barbituranami, morfiną czy barem. Z kolei chlorek magnezu zapobiegał zastojowi żółci.

**Obecnie suplementację magnezem stosuje się w przypadku niedoboru tego pierwiastka, co jest wskazaniem bezwzględny do jego podawania, aczkolwiek bardzo często podejmowane są próby jego wykorzystywania w leczeniu bardzo różnych schorzeń i dla łagodzenia nie mniej różnorodnych objawów, przy czym nie zawsze próby te są uzasadnione, a działanie magnezu – udowodnione.**

Magnez podawany jest drogą doustną, dożylną lub domięśniową. Iniekcje wykonuje się w warunkach szpitalnych, z jednoczesną kontrolą stężenia magnezu, potasu i innych jonów we krwi, a także EKG, ciśnienia krwi oraz funkcji nerek [3]. (W przypadkach ciężkiej hipomagnezмии stosuje się pozajelitowe wlewy z siarczanem magnezu [1,17]).

Na rynku farmaceutycznym dostępnych jest wiele zawierających ten pierwiastek preparatów w postaci doustnej – suplementów diety [3,1], zwłaszcza tabletek (w tym rozpuszczalnych), drażetek i syropów [3].

Stosuje się głównie tlenek magnezu, ale również wiele innych soli nieorganicznych (chlorek, siarczan, azotan, węglan) i organicznych (cytrynian, askorbinian, asparginian, glukonian, mleczan). Sole rozpuszczalne i organiczne [28] są lepiej tolerowane niż nierozpuszczalne. Magnez jest składnikiem kompleksów multiwitaminowych.

#### **Kardiologia**

Dożylnie iniekcje magnezu zlecane są w warunkach szpitalnych w celu zapobiegania migotaniu przedsionków i arytmii.

Preparaty zawierające magnez są powszechnie ordynowane w profilaktyce choroby niedokrwiennej

serca, zaburzeniach rytmu serca [17] i niewydolności sercowo-naczyniowej [29,24] z towarzyszącymi komorowymi zaburzeniami rytmu. Często zażywane są suplementy diety złożone, np. zawierające poza magnezem witaminę B<sub>6</sub>, potas i glük, co ma powodować skojarzony efekt kardiotonizujący. W przypadkach częstoskurczu, spowodowanego niedoborem potasu na tle niedoboru magnezu, spotykanego na przykład w trakcie terapii lekami moczopędnymi, kortykosteroidami, a także preparatami naparstnicy, stosuje się profilaktycznie i leczniczo preparaty złożone zawierające oba pierwiastki, a także mające w składzie magnez, potas i wapń.

Preparaty magnezu zaleca się również w profilaktyce nadciśnienia [23,24] i miażdżycy z hiperlipidemią [17] ze względu na postulowane działanie normolipemizujące magnezu (podwyższenie frakcji HDL cholesterolu z jednoczesnym obniżeniem cholesterolu całkowitego i frakcji LDL) [30].

Magnez w skojarzeniu z witaminą C (kwasem askorbinowym) ma poprawiać elastyczność naczyń krwionośnych, zapobiegając miażdżycy.

### **Ginekologia**

Magnez łagodzi bóle głowy oraz inne objawy u kobiet cierpiących na zespół napięcia przedmiesiączkowego (bezsennaść, obrzęki i tkliwość piersi). Znalazł także zastosowanie w leczeniu nadciśnienia ciężarnych.

Suplementacja tym pierwiastkiem w okresie przekwitania stabilizuje wahania poziomu żeńskich hormonów płciowych we krwi, dzięki czemu zmniejsza dolegliwości klimakteryczne, natomiast po menopauzie obniża ryzyko osteoporozy z powodu spadku poziomu estrogenów.

### **Pediatrica**

U dzieci magnez podaje się pomocniczo w celu zapewnienia prawidłowego przebiegu procesów metabolicznych, kostnienia i wzrostu oraz postulowanego łagodnego działania kojącego na układ nerwowy.

### **Diabetologia**

Odpowiednia podaż magnezu ma zmniejszać ryzyko rozwoju cukrzycy typu 2 [31], a także niekiedy pozwala zmniejszyć dawkę stosowanej insuliny [5] poprzez zwiększenie insulino-wrażliwości komórek.

### **Pulmonologia**

Istnieją doniesienia o skuteczności stosowania magnezu w postaci wziewnej i dożylniej w napadach astmy oskrzelowej u dzieci i u osób dorosłych, nie udowodniono jednak, aby jego doustne przyjmowanie chroniło przed zaostrzeniami choroby [15].

### **Reumatologia**

Hipomagnezemia jest częstym objawem towarzyszącym hipokalcemii, co może indukować wskazania do stosowania preparatów magnezu w schorzeniach reumatoortopedycznych przebiegających z hipokalcemią, takich jak osteoporoza występująca po stosowaniu kortykosteroidów, długotrwałym unieruchomieniu [13],

starcza i postmenopauzalna, a także przypadki wapnienia chrząstek stawowych, kiedy to w płynie stawowym obserwuje się spadek stężenia tego pierwiastka. W profilaktyce osteoporozy najcenniejsze jest połączenie z wapniem i witaminą D [7], bowiem zwiększenie o 1% poziomu magnezu ma powodować ponad dwukrotny wzrost gęstości kości [3].

### **Neurologia**

Magnez ma być skuteczny w leczeniu migrenowych bólów głowy. Postuluje się, że magnez skraca długość trwania napadów migreny, co może wpływać na obniżenie dawki leków przeciwmigrenowych. [20].

Magnez stosowany jest także w celu obniżenia napięcia mięśni oraz jako środek mający skracać okresy bezsenności związanej z tzw. zespołem niespokojnych nóg.

### **Psychiatria**

Magnez wraz z miedzią moduluje aktywność receptorów NMDA, może odgrywać więc rolę w patogenezie zaburzeń nastroju, na które ma wpływ transmisja glutaminergiczna, stąd stosowany bywa w leczeniu stanów depresyjnych [32]. Suplementacja magnezem ma też wywierać korzystny wpływ w zapobieganiu i łagodzeniu objawów stresu przewlekłego.

### **Dermatologia**

Doustne przyjmowanie magnezu (bądź kąpiele w soli z Morza Martwego zawierającej sole magnezu w dużych stężeniach) mogą poprawiać stan chorych na atopowe zapalenie skóry, polepszając wygląd i koloryt skóry oraz zmniejszając jej szorstkość i chropowatość. Opisany jest także normalizujący wpływ na parametry morfologiczne i biochemiczne u pacjentów z alergią (zmniejszenie liczby eozynofili oraz stężenia immunoglobuliny E i interleukiny 4) [15].

### **PIŚMIENNICTWO:**

1. Łuszczyna W. Magnez – suplementacja modna czy niezbędna? Lek w Polsce 2005;6(204):60-71.
2. Różański H. Magnesium sulfuricum – siarczan magnezu w dawnej medycynie. <http://www.rozanski.li/?p=406> 28.12.2012
3. Woźniak-Sutko A. Znaczenie jonu magnezowego i potasowego w organizmie oraz skutki ich niedoboru. Lek w Polsce 2009;19(226):29-39.
4. Napiórkowska B. Magnez – właściwości, działanie i zastosowanie w lecznictwie, <http://www.aptekatorego.pl/magnez.pdf> 28.12.2012
5. Swaminathan R. Magnesium metabolism and its disorders. Clin Biochem Rev 2003;24:47-66.
6. Wisida K., Chude J., Wiecek A. Homeostaza magnezu – nowe aspekty patofizjologiczne w chorobach nerek. Nefrologia i Dializoterapia Polska 2008;12:32-37.
7. Rude RK. Magnesium deficiency: A cause of heterogeneous disease in humans. J Bone Miner Res 1998;13(4):749-58.
8. Grabowski M. Znaczenie potasu, magnezu i wapnia w schorzeniach sercowo-naczyniowych. Gabinet Prywatny 2005;10(143):17-25.



9. Knypl K. Znaczenie magnezu oraz wapnia w schorzeniach układu krążenia. *Przew Lek* 2004;11/12(71/72):44-48.
10. Blach J., Nowacki W., Mazur A. Wpływ magnezu na reakcje alergiczne skóry. *Postępy Hig Med Dośw (online)* 2007;61:548-554.
11. Ryan MF. The role of magnesium. In clinical biochemistry: an overview. *Ann Clin Biochem* 1991;28:19-26.
12. Office of Dietary Supplements. <http://www.umm.edu/alt-med/articles/magnesium-000313.htm#ixzz2DeQJOhGt> 28.12.1012
13. Zajdel S. Witamina C jako składnik leków złożonych. *Lek w Polsce* 2006;10(220):28-36.
14. Yalsa J., Skandhan KP., Avni KP., Amith S. Calcium and magnesium in male reproductive system and in its secretion. Part II within-subject variability in human seminal plasma and spermatozoa. *Urologia* 2005;75(1):94-6
15. Mazur A., Maier JA., Rock E., Gueux E., Nowacki W., Rayssiguier Y. Magnesium and the inflammatory response: potential physiopathological implications. *Arch Biochem Biophys.* 2007;458(1):48-56
16. Woschnagg H., Exel W. Jak interpretować wyniki badań laboratoryjnych? SK Warszawa 2003
17. Łuszczyna W. Magnez – suplementacja modna czy niezbędna? cz.2. Preparaty złożone zawierające magnez. *Lek w Polsce* 2005;7(205):28-35
18. Elisaf M., Bairaktari E., Kalaitzidis R., Siamopoulos K. Hypomagnesemia in alcoholic patients. *Alcohol Clin Exp Res* 1998;22:244-246.
19. Nouze T. et al.: Magnesium status serum HDL cholesterol and aolipoprotein A-1 levels. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 1995;20:316-318.
20. Sun-Edelstein C., Mauskop A. Role of magnesium in the pathogenesis and treatment of migraine. *Expert Rev Neurother.* 2009;9(3):369-79.
21. Zeana CD. Recent data on mitra) valve profapse and magnesium deficit. *Magnes Res.* 1988;1(3-4):203-11
22. Fawcett WJ., Haxby EJ., Male DA. Magnesium. *Physiology and Pharmacology.* Br J Anaesth 1999;83:302-320.
23. Appel LJ. Nonpharmacologic therapies that reduce blood pressure: A fresh perspective. *Clin Cardiol* 1999; 22: 1-5.
24. Simopoulos AP. The nutritional aspects of hypertension. *Compr Ther* 1999;25:95-100.
25. Elisaf M., Milionis H., Siamopoulos K. Hypomagnesemic hypokalemia and hypocalcemia: Clinical and laboratory characteristics. *Mineral Electrolyte Metab* 1997;23:105-12
26. Gawlik O., Rabe-Jabłońska J. Mechanizm działania jonów litu w ośrodkowym układzie nerwowym. *Psychiatria i Psychologia Kliniczna* 2008;8/4 211-217.
27. Thwaites CL. Magnesium sulphate for treatment of severe tetanus: a randomised controlled trial. *The Lancet* 2006;368 1436-1443.
28. Walker AF., Marakis G., Christie S., Byng M. Mg citrate found more bioavailable than other Mg preparations in a randomized, double-blind study. *Magnes Res* 2003;16(3):183-191.
29. Appel LJ., Moore TJ., Obarzanek E., Vollmer WM., Svetkey LP., Sacks FM., Bray GA., Vogt TM., Cutler JA., Windhauser MM., Lin PH., Karanja N. A clinical trial of the effects of dietary patterns on blood pressure. *N Engl J Med* 1997;336:1117-24
30. Fox C., Ramsoomair D., Carter C. Magnesium: its proven and potential clinical significance. *South Med J* 2001;94:1195-1201.
31. Tosiello L. Hypomagnesemia and diabetes mellitus. A review of clinical implications. *Arch Intern Med* 1996;156:1143-1148.
32. Siwen M., Wróbel A., Dudek D., Zięba A. Udział magnezu i miedzi w patogenezie i terapii zaburzeń afektu. *Psychiatria i psychoterapia* 2005;5:911-936

Oliwia BACHANEK

*Studenckie Koło Naukowe przy Katedrze i Zakładzie Fizjologii Człowieka Uniwersytetu Medycznego w Lublinie*

Weronika STASIUK i Róża CZABAK-GARBACZ

*Katedra i Zakład Fizjologii Człowieka Uniwersytetu Medycznego w Lublinie, kierownik Katedry i Zakładu Fizjologii Człowieka Uniwersytetu Medycznego w Lublinie: prof. dr hab. n. med. Krystyna Lupa-Zatwarnicka*

Adres Autorki:

dr n. med. Róża Czabak-Garbacz

czabak@am.lublin.pl

(przedruk z „Lek w Polsce” vol. 23 nr 113 (261))



#### BIULETYN INFORMACYJNY OPOLSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

WYDAWCA: Opolska Izba Lekarska, 45-054 Opole, ul. Grunwaldzka 23, tel. 0 77 454 59 39, [www.izbalekarska.opole.pl](http://www.izbalekarska.opole.pl); 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 6; NAKŁAD: 2.500 egz. ISSN 1426-661X



#### IV Forum Marketingu, Komunikacji i Public Relations w Ochronie Zdrowia

Zapraszamy do udziału w IV edycji Forum Marketingu, Komunikacji i Public Relations w Ochronie Zdrowia (19–20 września 2013 r., Warszawa) – spotkaniu ekspertów i specjalistów odpowiedzialnych za realizację zadań z dziedziny marketingu i public relations w placówkach ochrony zdrowia, menedżerów oraz lekarzy prowadzących indywidualne praktyki.

W programie:

- komunikacja, pr i marketing medyczny trendy – nowości – kultura organizacyjna
- relacje z pacjentem nowe standardy komunikacji
- narzędzia pr i marketingu medycznego praktyczne przykłady
- komunikacja wewnętrzna
- potencjał wizerunku, potencjał personelu
- ważne elementy pr i marketingu medycznego

**Termin:** 19–20 września 2013 r.

**Miejsce:** WARSZAWA, BUDYNEK FOCUS, Centrum Konferencyjne ERNST&YOUNG, al. Armii Ludowej 26

**Organizatorzy:** Akademia „Menedżera Zdrowia”, czasopismo Menedżer Zdrowia, wydawnictwo Termedia

**Partner:** Ogólnopolski System Ochrony Zdrowia

**Biuro organizacyjne:** Termedia sp. z o.o. ul. Kleberga 2, 61-615 Poznań, tel./faks +48 61 656 22 00, [szkolenia@termedia.pl](mailto:szkolenia@termedia.pl), [www.termedia.pl](http://www.termedia.pl)

\*\*\*



#### VI Kongres Polskiego Towarzystwa Medycyny Perinatalnej

We wrześniu 2013 r. w Poznaniu odbędzie się VI Kongres Polskiego Towarzystwa Medycyny Perinatalnej. Spotkanie to będzie poświęcone omówieniu najbardziej aktualnych problemów współczesnej medycyny perinatalnej zarówno w aspekcie stanu obecnego, jak i postępów w diagnostyce i terapii. Tradycyjnie w trakcie Kongresu przewidujemy możliwość spotkań specjalistów różnych dziedzin medycyny, których dyskusja przyczyni się do opracowania standardów postępowania w określonych sytuacjach klinicznych. W Kongresie wezmą udział wybitni wykładowcy z Polski, Europy i Stanów Zjednoczonych. Będzie więc możliwość nawiązania kontaktów naukowych oraz przedyskutowania aktualnych wyzwań klinicznych i naukowych w medycynie perinatalnej. **Uczestnicy kongresu otrzymają punkty edukacyjne.**

**Termin:** 26–28 września 2013 r.

**Miejsce:** Poznań, Centrum Kongresowo-Dydaktyczne Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu, ul. Przybyszewskiego 37A

**Organizatorzy:** Polskie Towarzystwo Medycyny Perinatalnej, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

**Przewodniczący Komitetu Organizacyjnego:** prof. dr hab. Marta Szymankiewicz, prezes Polskiego Towarzystwa Medycyny Perinatalnej

**Przewodniczący Komitetu Naukowego:** prof. dr hab. Grzegorz H. Bręborowicz, prof. dr hab. Janusz Gadzinowski

**Organizator wykonawczy:** Termedia sp. z o.o. ul. Kleberga 2, 61-615 Poznań, tel./faks +48 61 656 22 00, [szkolenia@termedia.pl](mailto:szkolenia@termedia.pl), [www.termedia.pl](http://www.termedia.pl)

\*\*\*

#### IV Ogólnopolska Konferencja: Pediatria Medford 2013

**Miejsce:** Wisła, Hotel Gołębiowski, 3–5 października 2013r.

Program, informacje szczegółowe i zgłoszenie:

<http://www.pediatrica2013.medforum.pl/>

**Organizator:** Medforum Sp. z o.o., ul. Rolna 43 b, 40-555 Katowice, tel. +48 32 700 71 71 fax. +48 32 700 71 81, [medforum.com.pl](http://medforum.com.pl) – edukacja i media medyczne.

\*\*\*



#### III Ogólnopolska Konferencja Naukowo-Szkoleniowa: Jesienne Forum Urologiczno-Onkologiczne

**Miejsce:** Wisła, Hotel Gołębiowski, 28–30 listopada 2013r.

Program, informacje szczegółowe i zgłoszenie: <http://www.urologiaonkologia2013.medforum.pl/>

**Organizator:** Medforum Sp. z o.o., ul. Rolna 43 b, 40-555 Katowice, tel. +48 32 700 71 71 fax. +48 32 700 71 81, [medforum.com.pl](http://medforum.com.pl) – edukacja i media medyczne.

\*\*\*

#### VII Międzynarodowa Konferencja: Psychiatria Medford 2013

**Miejsce:** Wisła, Hotel Gołębiowski, 12–14 grudnia 2013r.

Program, informacje

szczególne i zgłoszenie: <http://www.psychiatria2013.medforum.pl/>

**Organizator:** Medforum Sp. z o.o., ul. Rolna 43 b, 40-555 Katowice, tel. +48 32 700 71 71 fax. +48 32 700 71 81, [medforum.com.pl](http://medforum.com.pl) – edukacja i media medyczne.

\*\*\*



#### VIII Zjazd Polskiego Towarzystwa Badania Bólu

W imieniu Komitetu Organizacyjnego serdecznie zapraszamy do uczestnictwa w VIII Zjeździe Polskiego Towarzystwa Badania Bólu. Zjazd odbędzie się w dniach 25–28 września 2013 r. w Hotelu Mercure „Kasprowy” w Zakopanem, ul. Szymaszkowa.

Szczegółowe informacje oraz formularz rejestracyjny dostępne są na stronie [www.zjazdptbb.pl](http://www.zjazdptbb.pl) Kontakt z organizatorami: e-mail: [bizon@fundacjaobolu.pl](mailto:bizon@fundacjaobolu.pl), tel.: 789-088-497.

\*\*\*

#### 2 Mistrzostwa Polski Lekarzy w Lekkiej Atletyce

W dniach 24–25 sierpnia br. na Stadionie Miejskim w Toruniu, ul. gen. J. Bema 23/29 odbędą się 2 Mistrzostwa Polski Lekarzy w Lekkiej Atletyce. Zawody organizowane będą równolegle z 23 Mi-

strzostwami Polski Weteranów w Lekkiej Atletyce. Osoba uczestnicząca w zawodach może być klasyfikowana podwójnie (kobieta, która ukończyła 30, a mężczyzna 35 rok życia) – zarówno w mistrzostwach weteranów, jak i lekarzy. Klasyfikacja lekarzy odbywać się będzie w kategorii „open”.

Medale mistrzostw w poszczególnych konkurencjach otrzymają najlepsi po przeliczeniu wyników na punkty z uwzględnieniem kategorii wiekowych stosowanych w sporcie weteranów. Rywalizacja w MPL odbywać się będzie w następujących konkurencjach: 100, 200, 400, 1500, 5000, skok w dal, skok wzwyż, trójskok, pchnięcie kulą, rzut dyskiem, rzut oszczepem. Możliwe poszerzenie zakresu konkurencji w sytuacji dodatkowego zainteresowania udziałem w konkurencjach nie ujętych w wykazie.

Osoby chętne do udziału w mistrzostwach proszone są o kontakt z organizatorem mistrzostw: telefonicznie 504-101-375 lub e-mail [julek@onet.pl](mailto:julek@onet.pl) Komunikat organizacyjny i karta zgłoszenia do mistrzostw dostępne na stronie [www.pzwla.eu](http://www.pzwla.eu)

Przewodniczący

Komitetu Organizacyjnego 23 MPW i 2 MPL

Lek. med. Julian PEŁKA

K-P OIL Toruń

\*\*\*

#### IMIĘDZYNARODOWY SALON FOTOGRAFII ARTYSTYCZNEJ LEKARZY PHOTOART-MEDICA 2013 – Częstochowa

Zapraszamy do udziału w konkursie lekarzy i studentów medycyny z kraju i zagranicy.

**Organizator:** OKRĘGOWA IZBA LEKARSKA w CZĘSTOCHOWIE, Ul. Zajczka 5, 42-200 Częstochowa

**Komisarz wystawy:** dr n. med. Krzysztof Muskalski – artysta fotografik

**Patronat:** Stowarzyszenie Twórców Fotoklubu Rzeczypospolitej Polskiej

**Patronat medialny:** National Geographic Polska

**Przewodniczący Jury:** Mieczysław Cybulski AFRP, AFIAP, zdfp, hon. GFA, WTF, LTF, TFIo – Prezes Stowarzyszenia Twórców Fotoklubu RP

**Miejsce wystawy:** Muzeum Częstochowskie – Ratusz- Sala Reprezentacyjna

**Tematyka dla lekarzy:**

- **TEMAT WOLNY** (kolor lub czarno-biały)
- **ŚWIATŁEM MAŁOWANE** (kolor lub czarno-biały)

**Tematyka dla studentów medycyny:**

- **ŚWIATŁEM MAŁOWANE** (kolor lub czarno-biały)

**Nagrody:**

- W kategorii dla lekarzy („Temat Wolny” + „Małowane Światłem” łącznie) – PhotoArtMedica 2013 GRAND PRIX – nagroda rzeczowa (aparat fotograficzny)

- W każdej z 2 kategorii dla lekarzy i 1 kategorii dla studentów:

I nagroda – Złoty Medal Fotoklubu RP i nagroda rzeczowa

II nagroda – Srebrny Medal Fotoklubu RP i nagroda rzeczowa

III nagroda – Brązowy Medal Fotoklubu RP i nagroda rzeczowa

Każdy z Uczestników konkursu otrzyma po jego zakończeniu katalog I Międzynarodowego Salonu Fotografii Artystycznej Lekarzy PhotoArtMedica 2013. **Termin nadsyłania prac: 26 sierpnia 2013 r.**



## Ogólnopolska Wystawa Fotograficzna Lekarzy pod hasłem „Świat okiem lekarza”

W Klubie Lekarzy w Łodzi przy ul. Czerwonej 3 odbędzie się w październiku, tradycyjnie jak co roku, powakacyjna Ogólnopolska Wystawa Fotograficzna Lekarzy tym razem pod hasłem „Świat okiem lekarza” – realizację tego tematu pozostawiamy inwencji i wyobraźni lekarzy i lekarzy dentystów, chcących wziąć udział w tegorocznej Wystawie. Nowością tegorocznej edycji Wystawy będzie przeprowadzenie konkursu, w którym prace oceni jury złożone z profesjonalistów.

Wernisaż wystawy planujemy na 20 października 2013 r. (niedziela) o godz. 17. Wystawa potrwa do 25 października br. Zapraszamy do udziału w prezentacji zdjęć Koleżanki i Kolegów nie tylko z łódzkiej OIL, ale ze wszystkich okręgowych izb w Polsce. Prace prosimy nadsyłać na nasz adres nie później niż do 4 października br. Fotografujemy winny być nie mniejsze niż w formacie A5, wykonane w technikach dowolnych, opatrzone następującymi informacjami: imię i nazwisko, specjalizacja i miejscowość zamieszkania Autora, a także ewentualnie tytułem.

Kontakt: Iwona Szelera, Sekretariat Okręgowej Izby Lekarskiej, 93-005 Łódź, ul. Czerwona 3, tel. 42/683-17-01.

\*\*\*

## WSZYSTKICH ABSOLWENTÓW WYDZIAŁU LEKARSKIEGO W POZNANIU – ROCZNIK 1978 – ZAPRASZAMY 28 WRZEŚNIA 2013 R. NA ZJAZD Z OKAZJI JUBILEUSZU 35-LECIA ZAKOŃCZENIA STUDIÓW

Program Zjazdu

• godz. 12.00 msza św. w kościele oo. Dominikanów, al. Niepodległości, Poznań • godz. 13.30 spotkanie w sali wykładowej im. Różyckiego (Sala Czarna), Collegium Anatomicum, ul. Święckiego 6, Poznań • godz. 20.00 bankiet Hotel IBB Andersia, Plac Andersa 3, Poznań

**Informacja o opłatach:** Opłata Zjazdowa: 470zł (nie obejmuje noclegu)

**Zarejestrować się można:**

- zgłaszając udział na [www.termidia.pl](http://www.termidia.pl),
- wysyłając e-mail na adres: [szkolenia@termidia.pl](mailto:szkolenia@termidia.pl)
- wysyłając faks na nr: +48 61 656 22 00.

(podając nazwę: Zjazd absolwentów 78, imię i nazwisko uczestnika, adres korespondencyjny, adres mailowy, specjalizację, telefon, NPWZ oraz pełne dane do faktury).

**Prosimy o wpłatę na konto:** Termedia sp. z o.o. ul. Kleeberga 8, 61-615 Poznań, Bank Zachodni WBK SA IV Oddział Poznań 30 1090 1359 0000 0001 0559 9169 (z dopiskiem Zjazd absolwentów 78 + imię i nazwisko uczestnika)

**Informacji udziela:** Anna Borowiak, e-mail: [a.borowiak@termidia.pl](mailto:a.borowiak@termidia.pl), tel.: 507 117 101

**Biuro organizacyjne:** Termedia sp. z o.o. ul. Kleeberga 2, 61-615 Poznań, tel./faks + 48 61 656 22 00, e-mail: [szkolenia@termidia.pl](mailto:szkolenia@termidia.pl), [www.termidia.pl](http://www.termidia.pl)

\*\*\*

**Samodzielny Wojewódzki Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Branicach zatrudni** lekarza specjalistę psychiatrii na stanowisko Z-cy Ordynatora Oddziału Psychiatrii Ogólnej dla Dorosłych. Oferujemy bardzo dobre warunki placowe. Kontakt pod numerem telefonu: 77/40-34-307 lub e-mail: [sws.kadry@op.pl](mailto:sws.kadry@op.pl).

\*\*\*

**SP Zespół Szpitali Pulmonologiczno-Reumatologicznych z/s w Kup (46-082 Kup, ul. K. Miarki 6) zatrudni** lekarzy internistów (w Oddziale Chorób Wewnętrznych), geriatrów (w Oddziale Geriatrii), ortopedów i lekarzy specjalistów rehabilitacji medycznej (w Oddziale Rehabilitacji). Szczegółowe informacje: Kierownik Działu Personalno-Placowego Sylwia Skuterka, tel. 77/40-32-859.

\*\*\*

**Dyrekcja Brzeskiego Centrum Medycznego SP ZOZ, 49-301 Brzeg, ul. Mossora 1 zatrudni:**

- lekarza specjalistę w dziedzinie chirurgii ogólnej do pracy w oddziale chirurgicznym,
- lekarza specjalistę w dziedzinie zgodnej z ustawą o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. nr 191 z 2006 r. poz. 1410 z późn. zm.) na stanowisko kierownika SOR,
- lekarza specjalistę w dziedzinie choroby wewnętrzne do pracy w oddziale wewnętrznym

\*\*\*

**Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Przychodnia Rodzinna „Mariacka” w Nysie (ul. Mariacka 6/8, 48-300 Nysa) zatrudni** lekarza internistę lub specjalistę medycyny rodzinnej do pracy w POZ. Zainteresowanych prosimy o kontakt telefoniczny 502-142-707 (kierownik Przychodni Marian Pasieka) lub e-mail: [biuro@mariacka.pl](mailto:biuro@mariacka.pl). Wynagrodzenie i warunki zatrudnienia – do negocjacji. Więcej informacji o Przychodni na stronie [www.mariacka.pl](http://www.mariacka.pl)

\*\*\*

**Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Kędzierzynie – Koźlu zatrudni** od zaraz Asystentów Oddziału Chorób Wewnętrznych. Forma zatrudnienia do uzgodnienia. Oferty należy składać na adres: SP ZOZ Kędzierzyn-Koźle, ul. 24 Kwietnia 5, 47-200 Kędzierzyn-Koźle. Dodatkowe informacje pod nr 77/40-62-555.

\*\*\*

**Gabinety Lekarskie do wynajęcia!!!** Posiadam do wynajęcia 5 nowo powstałych gabinetów lekarskich przy ul. Kościuszki 35 w Opolu. Zarówno poczekalnia wraz z recepcją, jak i gabinety są w pełni klimatyzowane. Placówka posiada wyodrębnione pomieszczenie socjalne i inne niezbędne pomieszczenia techniczne. Zapraszam do współpracy wszystkich specjalistów (poza stomatologią). Strona internetowa [www.gabinety.opole.pl](http://www.gabinety.opole.pl) (w budowie). **Telefon kontaktowy: 698-666-071.**

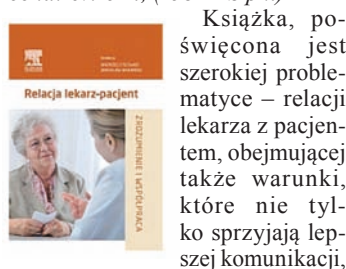
# NOWOŚCI WYDAWNICZE

**Elsevier Urban & Partner**  
Sp. z o.o. 50-011 Wrocław,  
ul. Kościuszki 29

**Zamówienia:** [www.elsevier.pl](http://www.elsevier.pl)  
tel. 42/680 44 09, fax: 42/680 44 86  
e-mail: [zamowienia@elsevier.com](mailto:zamowienia@elsevier.com)

## Relacja lekarz–pacjent. Zrozumienie i współpraca

J. Barański, A. Steciwko; wyd. I; ISBN: 978-83-7609-866-1, format: 150x210, opr. twarda, 182 strony, cena: 67.15 zł, (158 ELS pkt)



Książka, poświęcona jest szerokiej problematyce – relacji lekarza z pacjentem, obejmującej także warunki, które nie tylko sprzyjają lepszej komunikacji, lecz także stanowią przesłanki wzajemnego zrozumienia między lekarzem a pacjentem oraz ich współpracy prowadzącej do uzgodnienia wspólnej decyzji terapeutycznej. Jest zatem próbą opisu medycyny humanistycznej – otwartej na troski i niepokoję chorego, rozumiejącej i gotowej do współpracy. Lekarz aktywny, współdziałający

z pacjentem, wspomaga go w przezwyciężaniu choroby i jej skutków, ponieważ jedynie lekarz rozumiejący chorego potrafi odpowiedzialnie się o niego zatroszczyć i tylko troskliwy lekarz zdolny jest współdziałać z nim w procesie leczenia. Opis tej relacji wymaga ujęcia interdyscyplinarnego – sięgania do różnych dziedzin wiedzy humanistycznej, pomocnych w określeniu tych niezbędnych kompetencji lekarskich, które służą zbudowaniu właściwej relacji z pacjentem.

Ze Wstępu

\*\*\*

**Leczenie zaburzeń odżywiania. Pomost między nauką a praktyką**  
M. Maine, B. Hartman McGilley, D.W. Bunnell; wyd. I polskie, red. A. Rajewski; ISBN: 978-83-7609-894-4, format: 168x238, opr. twarda, 536 stron, cena: 168.38 zł, (396 ELS pkt)

Jedną z podstawowych funkcji ciała jest odżywianie się. Pod wpływem najrozmaitszych czynników jeszcze nie do końca poznanych, u niektórych osób stosunek do własnego ciała i odżywiania się ulega wypaczeniom, które we współczesnej psychiatrii nazywa się zaburzeniami. Podręcznik gru-

py specjalistów amerykańskich badaczy i klinicystów trafia w sedno problemu nowoczesnego człowieka.

Książka, napisana jest komunikatywnym językiem, jest adresowana nie tylko do specjalistów zajmujących się leczeniem zaburzeń odżywiania się, ale i do innych osób, zmagających się z masą i kształtem czyjegoś bądź własnego ciała. Bogata kazuistyka przekonująco i przejmująco ilustruje poruszane tematy.

Prof. dr hab. n. med.  
Sławomir Sidorowicz

\*\*\*

**Okulistyka kliniczna, wyd. IV**  
J.J. Kański, B. Bowling; wyd. IV polskie, red. J. Szaflik, J. Izdebska; ISBN: 978-83-7609-870-8, format: 225x304, opr. twarda, 894 strony, cena: 317.90 zł (748 ELS pkt)

Okulistyka kliniczna to podręcznik, który już od pierwszego wydania stanowił godne zaufania źródło wiedzy dla licznej rzeszy specjalistów na całym świecie. Książka

zyskała olbrzymie uznanie wśród praktyków i jest wiodącym podręcznikiem w dziedzinie okulistyki. Tysiące specjalistów chorób oczu korzysta z niej podczas nabywania podstaw wiedzy okulistycznej i przygotowywania się do egzaminów specjalizacyjnych.

Jest to czwarte wydanie polskie tego podręcznika i zarazem pierwsze, w którym do Jacka Kańskiego dołączył współautor Brad Bowling. Ma on duże doświadczenie w nauczaniu i szkoleniu okulistów, wniósł również świeżą perspektywę do treści publikacji.

Przejrzysty dobrze rozplanowany układ tekstu wraz z doskonałą jakością kolorowymi zdjęciami

Ponad 1000 nowych ilustracji  
Nowe informacje i sposoby postępowania, m.in. w chorobach plamki, chorobach naczyńiowych siatkówki i jaskrze

Dostęp do serwisu [www.expert-consult.com](http://www.expert-consult.com)



\* \* \*

## Obrazowanie w udarze mózgu

A.A. Rabinstein, S.J. Resnick; wyd. I polskie, red. W. Nyka, A. Urbanik; ISBN: 978-83-7609-724-4, format: 196x269, opr. twar-  
da, 396 stron, cena: 151.29 zł (356  
ELS pkt)



Praktyczny podręcznik dotyczący znaczenia neuroobrazowania dla współczesnej diagnostyki i leczenia chorób naczyniowych mózgu.

• ponad 500 wysokiej jakości obrazów radiologicznych

• zwięzłe opisy przypadków  
• znakomity materiał dydaktyczny i konsultacyjny

• doskonałe źródło wiedzy dla radiologów i lekarzy klinicystów

\* \* \*

## Gastroenterologia praktyczna Tom 1



P. Layer, U. Rosien; wyd. I polskie, red. L. Paradowski; ISBN: 978-83-7609-875-3, format: 168x238, opr. twar-  
da, 300 stron, cena: 101.15 zł (238 ELS pkt)

Ocena objawów i wyników badań wskazujących na zaburzenia przewodu pokarmowego, wątroby i trzustki należy do codziennych zadań lekarzy gastroenterologów, stanowiąc zarazem ważny element praktyki ogólnointernistycznej. Pomocą w rozwiązywaniu problemów gastroenterologii i hepatologii są obszerne prace podstawowe, które szczegółowo opisują i omawiają poszczególne choroby z ich mechanizmami patologicznymi i patofizjologicznymi. Z drugiej strony, na rynku dostępne są skrócone kompendia i poradniki, których treści są z reguły celowo ograniczone do najczęstszych chorób i problematycznych zagad-

nień. Przy redagowaniu niniejszego podręcznika postawiliśmy sobie za cel połączenie tych odmiennych podejść, aby omówić zagadnienia gastroenterologii i hepatologii w sposób obszerny i szczegółowy, a zarazem przejrzysty i praktyczny. Na początku przedstawiono najważniejsze objawy wiodące i podstawowe wyniki badań wraz z rozpoznaniem różnicowymi. Na tej podstawie opracowano racjonalną strategię diagnostyczną. Schematy blokowe ułatwiają szybką orientację mniej doświadczonym czytelnikom. Służy temu również skróty opis dostępnych narzędzi diagnostycznych i podstawowych zasad terapeutycznych. Główny nacisk położono na aspekty praktyczne (wskazania, przeciwwskazania, udzielanie wyjaśnień, czynności wstępne i końcowe itd.). Istotą książki jest systematyczne przedstawienie obrazów chorób przewodu pokarmowego i wątroby oraz głównych typów zakażeń żołądkowo-jelitowych.

Z przedmowy

\* \* \*

## Rehabilitacja medyczna. Tom 2, wyd. II

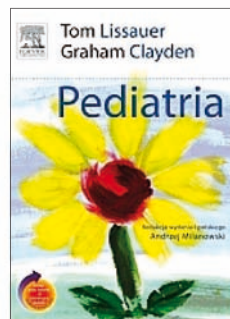
A. Kwolek; ISBN: 978-83-7609-317-8, format: 170x245, opr. twar-  
da, 650 stron, cena: 109.65 zł (258  
ELS pkt)



Drugie wydanie podręcznika, który uzyskał ogromne uznanie czytelników, zostało poprawione i uzupełnione o najnowsze informacje z zakresu rehabilitacji medycznej. Jego autorami są autorzy w dziedzinie rehabilitacji w Polsce oraz specjaliści mający duże doświadczenie i wiedzę dotyczącą poszczególnych działów rehabilitacji. Książka przeznaczona jest głównie dla lekarzy specjalizujących się w rehabilitacji medycznej, balneologii, a także w innych dziedzinach medycyny. Będzie ona również bardzo pomocna w szkoleniu przeddyplomowym i podyplomowym fizjoterapeutów zajmujących się rehabilitacją. Podręcznik składa się z dwóch tomów. Tom 1 obejmuje niezbędną wiedzę na temat rehabilitacji, podstaw anatomicznych i fizjologicznych rehabi-

litacji medycznej, oceny klinicznej i funkcjonalnej układów i narządów oraz metod terapeutycznych w rehabilitacji. Tom 2 poświęcony jest zagadnieniom rehabilitacji klinicznej.

\* \* \*



## Pediatria

T. Lissauer, G. Clayden; wyd. I polskie, red. A. Milanowski; ISBN: 978-83-7609-098-6, format: 192 x 261, opr. broszurowa, 600  
stron, cena: 98.61 zł (232 ELS pkt)

Podręcznik wzbogacony o niezwykle liczne kolorowe ilustracje. Trudne i skomplikowane zagadnienia przedstawione są w sposób zrozumiały, przystępny, a przede wszystkim interesujący. Książka została zaprojektowana tak, aby czytelnik chętnie do niej sięgał. Forma podania sprawia, że chętnie czyta się ją zarówno fragmentami, jak też od początku do końca. Książkę polecamy szczególnie studentom medycyny, ale także lekarzom w trakcie specjalizacji z pediatrii i medycyny rodzinnej.

Każdy rozdział zawiera kolorowe tabele, wyróżnienia i ryciny będące integralnymi składnikami tekstu.

Szczegółowo omówiono badania dziecka, a także zamieszczono ilustrowany kalendarz rozwo-

ju fizycznego i psychicznego oraz charakterystykę zaburzeń rozwojowych.

Wzbogacona o tematy dotyczące odżywiania, immunizacji i alergii, otyłości, opieki na dziećmi czy zagadnienia etyczne.

\* \* \*



## Zaburzenia miesiączkowania

P.B. Marshburn, B.S. Hurs; wyd. I polskie, red. Romuald Dębski; ISBN: 978-83-7609-916-3, format: 171x244, twar-  
da, 208 stron, cena: 98.61 zł (232 ELS pkt)

W serii Ginekologia w Praktyce Klinicznej ukazują się przewodniki kliniczne, które mają na celu pomóc ginekologom w zapewnieniu skutecznej opieki medycznej wszystkim pacjentkom. W każdym z tomów serii zostało szczegółowo omówione oparte na faktach postępowanie w określonych problemach z dziedziny ginekologii. Zawarte w tekście Podsumowania danych naukowych są źródłem wiedzy na temat prowadzonych badań i najistotniejszych publikacji. Dzięki zamieszczeniu na końcu każdego rozdziału obszernemu Piśmiennictwu możliwe jest również pogłębienie wiedzy dotyczącej określonego zagadnienia klinicznego.


www.elsevier.pl

**DORLAND**  
**MEDYCZNY SŁOWNIK**

angielsko-polski  
polsko-angielski

**angielsko-polski**  
**polsko-angielski**

słownik (wersja drukowana) **99 zł** (334 zł)

ebook tylko **79 zł** (338,15 zł)

ważne do 15 lipca 2013

promocja dotyczy klientów indywidualnych



Elsevier Urban & Partner sp. z o.o.  
ul. Kosciuszki 29  
50-011 Wrocław

KG Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością  
Wrocławskie Wydawnictwo  
ul. Wroclawska 10  
50-001 Wrocław, tel. 71 334 10 45  
katalog@wroclaw.elsevier.pl