



OPOLSKA
IZBA
LEKARSKA

Rok Założenia 1990

BIULETYN INFORMACYJNY

Listopad 2018

ISSN 1426-661X

Nr 264

OPOLSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

www.izbalekarska.opole.pl



Fot.
Janusz
Lewandowski

MUNDUR DLA ŻABY

W noc poślubną Bejla była milcząca. Może już coś przeżywała? Ale co ta dziewczyna mogła wiedzieć o dziedziczności? Żyła w VI wieku, na gruzach Imperium Rzymskiego. Dopiero tysiąc trzysta lat później odkryto geny i ich tajemnicę.

W tamtą ciepłą noc polimeraza kopiująca piętnasty chromosom pomyliła się, potknęła i jak w czkawce powtórzyła te same cząsteczki. Ligaza wszyła je w warkocz, maszyneria naprawcza przeoczyła albo zlekceważyła błąd, wydawał się przecież tak mały, niepozorny i niewinny. Spermatogeneza plemnika ze zmutowanym genem przebiegła bez kłopotu. Zwinny, obdarzony długą witką i pragnieniem zwycięstwa, wyprzedził mazgajów, wygrał z ciepłymi kluchami, wygryzł ślamazary. I zapłodnił. Zygota podzieliła się na dwoje, czworo, ośmioro... Powstało nowe życie. Z wadliwym genem, fałszywym szyfrem enzymu, który ma uprzątnąć z organizmu zużyte tłuszcze. Bez niego komórki chorują. Pierwsze umierają neurony – wciśnięte pod ciężkie sadio nie złapią oddechu.

Dziewięć miesięcy po niemej nocy poślubnej Bejla urodziła Deborę. Każda komórka ciała niemowlaka dostała jeden gen prawidłowy i jeden uszkodzony. To wystarczyło, aby zachować zdrowie. Dziewczynkę ominęła zaraza dżumy, nie trafiła jej żadna zatruta strzała, wcześniej wyszła za mąż za Aszyka i została matką.

Połowa jej córek i synów odziedziczyła błędną spiralę. W następnym pokoleniu – co czwarty wnuk. A potomków miała wielu. Za czasów Karola Wielkiego żyli na Półwyspie Apenińskim. Włochom sprzedawali sukna, Francuzom pożyczali na procent, zaś małżonków wybierali spośród swoich. Ale kiedy Maurizio obraził rabina, a Claudio upatrzył sobie czarnobrewą Rebekę – musieli przenieść się do Nadrenii, skąd też ich wypędzono. W XIV wieku przywędrowali do Polski. Mówiono o nich: Żydzi Askenazyjscy, od biblijnej nazwy Niemiec.

I tak od owej milczącej nocy poślubnej, a więc od piętnastu wieków, przychodzą na świat pozornie zdrowe dzieci, które po kilku miesiącach głuchną, ślepną, ranią się podczas ataków padaczki, wreszcie umierają z głodu, bo nie potrafią przeżywać. Ich rodzice są dalekimi krewnymi, praprawnukami Debory. Noszą w sobie i przekazują dalej śmiertelny gen, słaby punkt w kompozycji chromosomu.

Ropuchy w szpitalu polowym

Rzekotka żabia jest biała w czarne paski i plamy. Albo odwrotnie. Skąd taki ekstrawagancki pomysł na płaza? Błęd-

ny kod genetyczny? Jakaś usterka, skażenie, przeoczenie? Po co żabie taki pasiak? Chce udawać kopytną zebkę? Ona – która mogłaby poderwać księcia z bajki? I to nie pierwszego lepszego: gołodupca, popychadło, niedorajdę, ale prawdziwego.

Jak księżę Harry, który lata bombowcem, podciera nosy dzieciakom z sierocińca i umawia się na randki w ciemno.

Naukowcy długo dociekali, co też ta Natura z rzekotką wyczynia. Ktoś powiedział, że uszyła jej moro, bo żaba służy w armii. Ktoś inny postawił na zakon, w oczach rzekotki dojrzał ponoć krzyż. – *Templariuszy nie wymyślił człowiek* – tłumaczył. – *Klasztory to płazi pomysł*. – Anglicy nazwa-

li ją żabą mleczną – od krowy, też łaciatej. Niemcy – ropuchą z dziupli. A polscy przyrodnicy podarowali jej przydomek „arlekin”.

Niedawno prawda wyszła na jaw i okazała się bardzo prozaiczna: umaszczenie rzekotki naśladuje ptasie odchody – pełną gamę kleksów, zawiąsów i rozgwiad. To dzięki plamom i paskom rzekotki całe dnie bezpiecznie przesypiają na kwiatkach orchidei, zażywają ciepłych kąpiei wśród bromelii albo dryfują na liściach wiktorii królewskiej. Od świtu do zmierzchu opalają się, jak wycieczkowicze na rejsie dreamlinerem. I nie boją się o swoje życie. Chociaż w tropikach trwa wojna. Prawdziwa. Im dalej od Amazonki, tym krwawsza. Palmy boksują się z wiechlinami, turzyce biorą w niewolę bauhinie, a fikusy, pod skórzanymi płaszczami liści, przemycają pociski. Nie ma dnia bez nalotu myśliw-

ców – pelikanów, wybuchają bambusy – pułapki, obłapiają paprocie palczaste. Flamingi, ibisy i kondory kołują nad piechurami.

Wobec tylu zagrożeń zwykle żaby muszą zejść do podziemia, kumać się w schronach, płaszczyć w kryjówkach torpedowanych przez granaty, awokado i mango. Zabitych i rannych ciągle przybywa. Żaby giganty budują więc szpitale polowe, gdzie kumaki nastawiają połamane nogi, ropuchy kleją koślawe palce, a wiosłonogi skaczą po wodę.

Tymczasem rzekotka żabia śpi spokojnie na górnym pokładzie. Nie dotkną jej terroryści, nie skuszą się na nią amatorzy żabich udek.

Bo kto zaryzykuje spotkanie z kupą?



Fragment książki *Którędy do buszu?*

Ilustracja: „WIOSŁONÓG DAWID” – Józef Chyży (druk)

Agnieszka KANIA



OD REDAKCJI

Chyba już zdążyliśmy wszyscy zapomnieć o urlopach w obliczu tej całej kotłowaniny dziejącej się wokół nas. Jesteśmy po pierwszej fali podpisywania „lojalek”, które nadal wzbudzają wiele kontrowersji. Sporo także niepokoju wzbudziły wśród naszych kolegów i kolegów dentystów przepisy unijne dotyczące amalgamatu. Dzieje się!! Oj, dzieje!!!

W bieżącym numerze Biuletynu znajdziecie m.in. materiały dotyczące tych problemów, o których powyżej. Jest też sporo informacji dotyczących skutków kolejnych decyzji podejmowanych od pewnego okresu czasu w ochronie zdrowia. Czytając to wszystko rodzi się więc nieodparcie pytanie – czy wyjdzie to nam wszystkim na zdrowie?

Gdy będziecie czytali te słowa będzie już po wyborach samorządowych. Ciekaw jestem, co się jeszcze wydarzy

w tym naszym skołatanim kraju w przededniu 100 rocznicy odzyskania niepodległości.

Jerzy B. LACH

Komisja ds. Lekarzy Seniorów OIL w Opolu zaprasza na Spotkanie Opatkowe, które odbędzie się 15 grudnia br.(sobota) o godz. 13.00, w Restauracji CZARDASZ w Opolu, ul. Katowicka 55 (obok Biedronki). Prosimy o zgłaszanie uczestnictwa do 12 grudnia w Biurze Izby – tel. 77/454-59-39.

Przewodniczący Komisji
Dr n. med. Tadeusz CHOWANIEC



Są już pierwsze informacje, dotyczące „lojalek”, które złożyli lekarze specjaliści chcący – w ramach ustawy „6% PKB” – mieć zagwarantowaną pensję zasadniczą w wysokości

6.750 zł miesięcznie. Jak podaje NFZ (dane z Centrali NFZ wg stanu na dzień 26 września, uzyskane przez „GL”), do oddziałów wojewódzkich wpłynęły informacje od 625 placówek. Liczba zgłoszonych do podwyżek etatów wyniosła 14.683, 69. Średnia podwyżka wynagrodzenia zasadniczego oraz związane z tym podwyższenie dodatku za wysługę lat w skali kraju dla lekarza specjalisty to 2.252,63 zł.

Szczepionkowa wojna, a w niej obywatelski projekt i Naczelna Rada Lekarska. Ponad 120 tys. podpisów może robić wrażenie, ale nie na tych, którzy własnym podpisem kwitują zdrowotne bezpieczeństwo kraju – tak pierwsze czytanie ustawy o zmianie ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi zapowiedział 2 października TVN24.

3 października br. w Sejmie odbyła się burzliwa debata nad proponowanymi w projekcie zapisami. Naczelna Rada Lekarska zwarła szeregi i robi wszystko, by zwyciężył zdrowy rozsądek. Poparła – i dalej to czyni – inicja-

tywę obywatelską „Szczepimy, bo myślimy” (Stanowisko Nr 38/18/P-VIII Prezydium NRL z dnia 28 września 2018 r. w sprawie projektu ustawy o zmianie ustawy „Prawo oświatowe” oraz niektórych innych ustaw przygotowanego w ramach inicjatywy obywatelskiej „Szczepimy, bo myślimy”), jako realizację postulatu samorządu lekarskiego wyrażoną w apelu nr 8/17P-VII PNRL z dnia 7 lipca 2017 r. Sojusznikiem w tej sprawie jest także Główny Inspektor Sanitarny – minister Jarosław Pinkas, który 20 września br. w czasie spotkania z Prezesem Naczelnej Rady Lekarskiej – prof. Andrzejem Matyją zaproponował współpracę pomiędzy obiema instytucjami. Obaj panowie za najpilniejsze wyzwanie uznali podjęcie działań, mających na celu zapobieganie dalszemu propagowaniu poglądów o rzekomej szkodliwości szczepień. Jak wiemy, 4 października br. posłowie zagłosowali o dalszym procedowaniu w Sejmie obywatelskiego projektu znoszącego obowiązek szczepień, przygotowanego przez Stowarzyszenie „STOP NOP”. Prace nad projektem prowadzi sejmowa Komisja Zdrowia oraz Komisja Polityki Społecznej i Rodziny. Jak potoczą się dalej sprawy, przekonamy się niebawem.

Jolanta SMERKOWSKA-MOKRZYCKA

SZPALTA PREZESA

POSIEDZENIE OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ

W dniu 26 września 2018 r. odbyło się kolejne posiedzenie Okręgowej Rady Lekarskiej, które prowadziła Prezes Jolanta Smerkowska-Mokrzycka. Rada obradowała nad następującymi problemami:

Przyznanie praw wykonywania zawodu

Dr Emilia Kuczera złożyła oświadczenie o zrzeczeniu się prawa wykonywania zawodu lekarza na terenie Polski z dniem 31 sierpnia 2018 r. Wniosek został rozpatrzony pozytywnie jednogłośnie. Równocześnie Rada podjęła decyzję o podjęciu próby wyegzekwowania przez Izbę zapłaty przez wnioskodawczynię zaległych składek członkowskich.

Rejestracja podmiotów prowadzących szkolenie podyplomowe lekarzy

Brak wniosków.

Zmiany w rejestrze indywidualnych praktyk lekarskich

Z rejestru wykreślono dwie indywidualne praktyki lekarzy: Aliny Wołyńiec i Małgorzaty Olbrot.

Przyznanie świadczeń z Funduszu Samopomocy i dofinansowania imprez sportowych

Do Rady wpłynęły dwa wnioski o przyznanie zapomogi. W jednym przypadku zapomogę przyznano jednogłośnie. W drugim wniosek będzie rozpatrzony po dostarczeniu niezbędnych dokumentów.

Wyznaczenie przedstawicieli OIL do komisji konkursowych

Dyrektor 116 Szpitala Wojskowego z Przychodnią SP ZOZ w Opolu skierował prośbę o wyznaczenie dwóch przedstawicieli OIL do Komisji Konkursowej na stanowisko Ordynatora Oddziału Rehabilitacji. Rada zaproponowała kol. kol. Jerzego Lacha i Aleksandra Wojtyłkę.

Dyrektor SP ZOZ Szpitala w Nysie z kolei skierował prośbę o wyznaczenie przedstawicieli OIL do Komisji Konkursowych na stanowisko:

- Ordynatora Oddziału Internistyczno-Kardiologicznego – Rada zaproponowała kol. kol. Stanisława Kowarzyka jako przewodniczącego oraz Adama Bąka i Marka Dryję jako członków komisji;
- Ordynatora Oddziału Internistycznego „B” – Rada zaproponowała kol. kol. Stanisława Kowarzyka jako przewodniczącego oraz Jacka Miarkę i Marka Dryję jako członków komisji;

- Ordynatora Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii Szpitala – Rada zaproponowała kol. kol. Marka Dryję jako przewodniczącego oraz Stanisława Kowarzyka i Adama Bąka jako członków.

Rada przy dwóch głosach wstrzymujących pozytywnie zaopiniowała kandydatury.

Dyrektor OCGPiN w Opolu skierował prośbę o wyznaczenie przedstawiciela OIL do Komisji Konkursowych na stanowisko Pielęgniarki Oddziałowej Oddziału Ginekologiczno-Położniczego Pododdział Ginekologii Onkologicznej oraz Pielęgniarki Oddziałowej Bloku Operacyjnego. Rada zaproponowała kol. Annę Zięmbę.

Dyrektor SP ZOZ MSWiA w Opolu skierował prośbę o wyznaczenie przedstawiciela OIL do Komisji Konkursowej na stanowisko Pielęgniarki Oddziałowej Oddziału Chirurgicznego Ogólnego. Rada zaproponowała kol. Małgorzatę Łuszczynską-Ostrowską.

Podjęcie uchwał w sprawie zmiany wysokości składki członkowskiej

Do Rady wpłynął jeden wniosek o zwolnienie z opłaty składki w związku z nieosiąganiem przychodów z powodu choroby od dnia 1 września br. oraz jeden wniosek o zwolnienie z opłaty składki na okres od 1 sierpnia 2018 r. do 1 września 2020 r. z powodu niemożności wykonywania zawodu w tym czasie. Rada jednogłośnie pozytywnie rozpatrzyła oba wnioski.

Sprawozdanie z konwentu Prezesów ORL

Prezes Smerkowska-Mokrzycka przekazała informacje o wymianie korespondencji Prezesa NIL z Ministerstwem Zdrowia w sprawie wątpliwości interpretacyjnych, związanych ze stosowaniem przepisów ustawy z dnia 5 lipca 2018 r. Dokładne informacje w tej sprawie znajdują się na stronie internetowej NIL.

Prezes przypomniała o Konferencji „Medycyna i Prawo”, która odbędzie się 30 listopada br. Informacje o konferencji i o sposobie zgłaszaniu uczestnictwa znajdują się na stronie internetowej Izby.

Sprawozdanie członków Rady z działalności pomiędzy posiedzeniami

Kol. Jakubiszyn zrelacjonował swoje spotkanie z przedstawicielami Urzędu Marszałkowskiego, dyrektorem Szpitala Neuropsychiatrycznego w Opolu Krzysztofem Nazimkiem, dwójką lekarzy tegoż szpitala i przedstawicielem Departamentu Zdrowia UW dotyczącego sy-



tuacji kadrowej i organizacyjnej w szpitalu. W związku z brakiem rozwiązania istniejących problemów rozmowy będą nadal kontynuowane.

Rada przedyskutowała informacje przekazane przez kolegów dotyczące nieprawidłowości funkcjonowania SOR-ów i Pogotowia Ratunkowego w naszym województwie. W związku z tym Rada (przy trzech głosach wstrzymujących się) powołała zespół w składzie:

- kol. Jerzy Jakubiszyn,
- kol. Aleksander Wojtyłko,
- kol. Adam Bąk,

który w ciągu dwóch tygodni przedstawi Radzie sprawozdanie w przedmiotowej sprawie.

W trakcie posiedzenia kol. kol. Marek Błaszczuk, Iwona Gajda i Adam Bąk poruszyli problem nierozwiązanego do dnia dzisiejszego sporu pomiędzy świadczeniodawcami POZ wchodzącymi w skład Związku Pracodawców Opieki Medycznej Opolszczyzny „Pro Homine” i należącym do Porozumienia Zielonogórskiego a Ministerstwem Zdrowia oraz NFZ. Sytuacja ta może spowodować niepodpisanie umów POZ, a tym samym brak opieki nad pacjentami już od 1 października br. i niewyobrażalny chaos w naszym systemie ochrony zdrowia. Podobna sytuacja miała miejsce przez dwa dni na przełomie 2014/2015 roku i dlatego Rada uważa, że należy zrobić wszystko, aby do takiej sytuacji nie dopuścić. Rada po propozycji kol. Aleksandra Wojtyłki jednogłośnie wystosowała do Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej apel o podjęcie natychmiastowych działań w tej sprawie (w załączeniu).

Kol. Wiesław Latała poinformował, że w dniach 20–22 września br. w Poznaniu odbył się II Kongres Unii Stomatologicznej. W trakcie jego trwania odbyło się Walne Zebranie Członków PTS, na którym między innymi zatwierdzono nowy statut, a także wręczono medale Członka Zasłużonego „Bene Meritus” za zasługi dla Towarzystwa. Wśród odznaczonych znaleźli się m.in. Koleżanki i Koledzy z naszego oddziału: lek. stom. Jolanta Smerkowska-Mokrzycka, dr n. med. Justyna Grzybowska-Substelna, dr n. med. Piotr Wiśniewski i lek. stom. Tomasz Latała. Wszystkim odznaczonym serdecznie gratulujemy.

POSIEDZENIE KOMISJI STOMATOLOGICZNEJ

W dniu 24 września br. odbyło się kolejne posiedzenie Komisji Stomatologicznej pod przewodnictwem dr Barbary Hamryszak. Na posiedzeniu poruszano następujące sprawy:

1. Opolski Oddział NFZ poinformował o rozstrzygnięciu konkursu na świadczenia usług stomatologicznych w Dentobusie – wygrała praktyka dentystyczna z Głogówka.
2. Opolski Oddział NFZ poinformował o budżecie na 2019 r., który pozostaje taki sam jak w 2018 r.

Prezes Smerkowska-Mokrzycka poinformowała, że w ramach III Spotkania Medycyny i Muzyki Opole 2018 odbył się 16 września br. koncert lekarskich zespołów muzycznych Projektu Doktor Band: Reanimators Classic i Reanimators New. Następne wydarzenia związane z tym Projektem to:

7 listopada br. – Konferencja Naukowa,

22 grudnia br. – Wigilia samotnych, bezdomnych i potrzebujących – wspólne koncertowanie.

Wobec wyczerpania programu obrad na tym posiedzenie zakończono.

Sekretarz ORL

Prezes ORL

Lek. Małgorzata ŁUSZCZYŃSKA-OSTROWSKA

Lek. dent. Jolanta SMERKOWSKA- MOKRZYCKA

* * *

Apel Okręgowej Rady Lekarskiej w Opolu z dnia 26 września 2018 r. do Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej

Okręgowa Rada Lekarska w Opolu apeluje do Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej o udzielenie wszelkiego możliwego wsparcia dla negocjujących z Ministrem Zdrowia i Narodowym Funduszem Zdrowia lekarzy, reprezentujących podstawową opiekę zdrowotną w celu wypracowania rozwiązania sporu istniejącego pomiędzy świadczeniodawcami, wchodzącymi w skład Federacji Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia Porozumienie Zielonogórskie a wymienionymi instytucjami.

Niepodpisanie umów, zapewniających możliwość działania placówek poz od 1 października 2018 r. oznacza przerwanie ciągłości opieki nad pacjentami i tym samym stwarza zagrożenie zdrowia i życia dla wielu z nich. Odpowiedzialność za doprowadzenie do tego stanu spada na odpowiedzialnych za publiczny system ochrony zdrowia czyli rządzących, przede wszystkim na Ministra Zdrowia.

Sekretarz ORL

Lek. Małgorzata ŁUSZCZYŃSKA-OSTROWSKA

Prezes ORL

Lek. dent. Jolanta SMERKOWSKA-MOKRZYCKA



3. Komisja przypomina o terminach wprowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej:

- dokumentacja od 31 grudnia 2018 r.

- e-recepty od 31 grudnia 2019 r.

- e-skierowania od 31 grudnia 2020 r.

W dniu 13 września 2018 r. w siedzibie NIL odbyło się spotkanie z przedstawicielami Stowarzyszenia Inżynierów i Magistrów Techniki Dentystycznej z Naczelną Radą Lekarską, którą reprezentowali wiceprezes NRL

Andrzej Cisło oraz Olga Adamska z Zespołu Radców Prawnych NIL. Spotkanie odbyło się na wniosek Stowarzyszenia, które postulowało o wyodrębnienie zawodu specjalisty ds. techniki dentystycznej z prawem do samodzielnego wykonywania protez osiadających oraz o powołanie konsultanta krajowego ds. techniki dentystycznej. W tym zakresie przedstawicielom Stowarzyszenia przedstawiono stanowisko NIL, iż nie istnieje żaden racjonalny powód, aby dokonywać zmiany systemowej w tym zakresie. NRL nie widzi również podstawy do powołania konsultanta krajowego w zakresie techniki dentystycznej – nie ma bowiem takiej dziedziny stomatologii. Natomiast nadzór i „opiekę” nad tą sferą medycyny realizują odpowiednio konsultanci w zakresie protetyki stomatologicznej i ortodoncji.

4. Od 1 stycznia 2020 r. podatnicy realizujący m.in. usługi opieki medycznej świadczone przez lekarzy i lekarzy dentystów będą mieli obowiązek użytkowania nowego typu kas rejestrujących, które powinny umożliwić emisję dokumentów fiskalnych

i niefiskalnych w dwóch formach – elektronicznej i papierowej.

5. Od 1 stycznia 2019 r. wchodzi w życie wymóg instalowania separatorów amalgamatu przez praktyki stomatologiczne. Naczelna Rada Lekarska zwróciła się z apelem do Ministra Zdrowia i Ministra Środowiska o sfinansowanie kosztów kupna i instalacji urządzeń oraz o rozłożenie wykonania tegoż obowiązku na przynajmniej trzy lata.
6. Komisja Stomatologiczna informuje, iż przybyło w naszym województwie 12 nowych stażystów.
7. Komisja Stomatologiczna Okręgowej Rady Lekarskiej w Katowicach zaprasza na V Andrzejki Stomatologiczne 23–25 listopada 2018 r. w Hotelu Stok w Wiśle – zapisy na stronie Śląskiej Izby Lekarskiej.

Sekretarz Komisji Stomatologicznej
Lek. dent. Agnieszka RĄCZY-CHOMIK
Przewodnicząca Komisji Stomatologicznej
Lek. dent. Barbara HAMRYSZAK

PLAN SZKOLEŃ NA II PÓŁROCZE 2018 r.

Termin	Kierownik naukowy	Temat	Miejsce szkolenia
5–8 listopada 2018 r.*	Dr n. med. Kazimierz Drosik – Konsultant Wojewódzki w dziedzinie onkologii klinicznej	<u>Onkologia</u> – dla lekarzy i lekarzy dentystów <u>specjalizujących się wg modułowych programów specjalizacji</u>	Opolskie Centrum Onkologii Opole ul. Katowicka 66a
30 listopada 2018 r.	Dr Michał Snoch	Stomatologia Estetyczna-Ceram X Duo	Opolska Izba Lekarska w Opolu, ul. Grunwaldzka 23

* Zgłoszenia na kursy proszę kierować na formularzach znajdujących się na stronie CMKP.

* * *

Kurs: ***Stomatologia Estetyczna – Ceram X Duo*** Prowadzący: **dr n. med. Michał Snoch**

Program szkolenia:

CZĘŚĆ TEORETYCZNA (1H):

- Planowanie rozwiązań przy odbudowach estetycznych
- Dobór koloru – analiza fotograficzna
- Ocena przezierności i intensywności barwy
- Wybór materiału w zależności od warunków klinicznych
- Mikrozachowawcza preparacja adhezyjna
- Modelowanie – techniki aplikacyjne
- Polerowanie.

CZĘŚĆ PRAKTYCZNA (2H):

- Akcesoria i techniki pozwalające uzyskać pożądany efekt
- Ceram X Duo – dlaczego jest to najbardziej odpowiedni kompozyt?
- Wybór właściwej procedury adhezyjnej
- Wykonanie indeksu silikonowego
- Odbudowa ściany podniebiennej
- Zamknięcie boku ścianą dystalną
- Modelowanie zrębu zębinowego
- Modelowanie powierzchni wargowej
- Konturowanie i polerowanie

Małgorzata ŁUSZCZYŃSKA-OSTROWSKA

BUDDA ZDJĄŁ CZAPKĘ

Policjanci ze Szczecina złapali niedawno przestępcę. W lipcową noc, z piątku na sobotę, wspiał się na drabinę i założył posągowi Lecha Kaczyńskiego koszulkę z napisem: *Konstytucja, Jędrzek!* Rzecznik prasowy Społecznego Komitetu Budowy Pomnika grzmi o hańbie i zniewadze, a prokurator okręgowy rozgląda się za jakimś paragrafem.

Tymczasem w Japonii można bezkarnie odziewać pomniki. I to nie byle kogo. Niejeden odlany z brązu Buddha siedzi sobie w wełnianej czapce. A ileż to figurek Jizō pokazuje się w śliniaczkach i różowych sukienkach. I nikomu to nie przeszkadza! Ubrania szyją nieszczęśliwe matki nienarodzonych i pociech, które nie dożyły trzech lat. Mówi się o nich *Mizuho*, czyli wodne dzieci.

Według legendy maluchy strącono do piekieł, bo za życia nie zdążyły zbierać dobrych uczynków. Dzieciaki wstają rano i zbierają kamienie. Budują z nich pagody nad brzegiem czarnej rzeki; liczą, że Wielki Sędzia Emma przywoła je wreszcie do siebie. Niestety, każdej nocy demony niszczą pagody i berbecie muszą zaczynać pracę od nowa.

Podobno Jizō, kamienni chłopcy o pyzatyh buziach, wiedzą, jak dojść do krainy cieni. Opiekują się malcami, rozśmieszają je, opowiadają bajki, śpiewają kołysanki. A zimą oddają berety i otulają falbaniastymi fartuszkami. Dlatego japońskie matki, także te przy nadziei, z wdzięczności ścibolą kolorowe śliniaki, haftują sukienki, dziergają czapki, a potem zakładają na posągi Jizō, Buddy i pielgrzymów.

Ryba w damskiej torebce

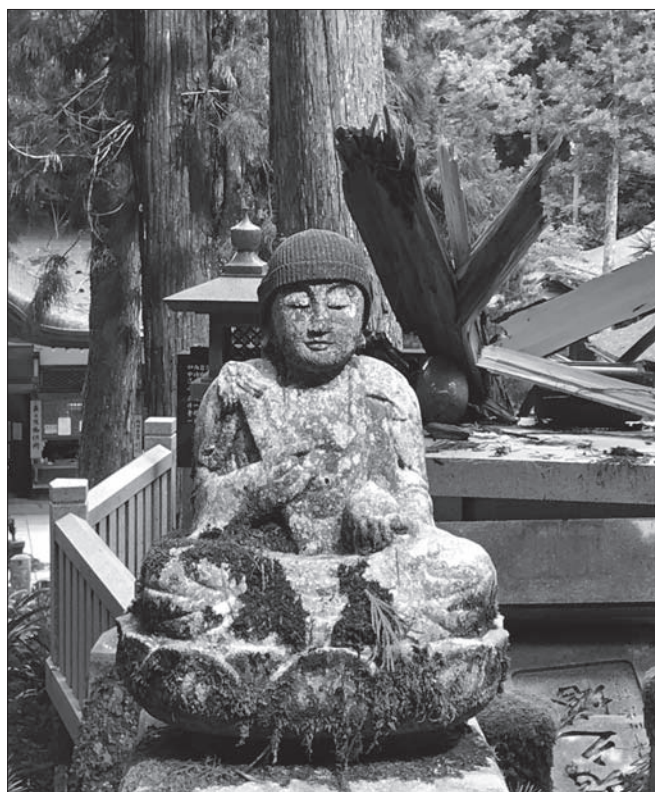
Trzeciego września 2018 roku zapuszczamy się do Kabukizy. Wciśnięty pomiędzy tokijskie wieżowce teatr przypomina pozłacany gołębnik. Kupujemy bilet od czwartej po południu – w nieskończoność, aż wybrzmi ostatni akt. Siedzimy na parterze, obok gejszy w jedwabnym kimonie typu *komon*, na którym kolorowe kropki zlewają się w smoki. Pani przyszła sama, nie licząc rękawów do ziemi, płaszczyka *haori*, pasa *obi*, skarpet *tabi*, kłapek *bokkuri*, nefrytowych szpilek do włosów *kanzashi*, sznurka *detajime*, pudełka na drobiazgi *inro*, a także haftowanego worka, skózanego kuferka, wachlarza i lornetki... Nie jestem pewna, czy zmieści się na jednym fotelu. Przyklejamy się z S. do siebie i robimy miejsce nieznanomej. Kłania się i zabiera do roboty. Coś tam zwija, skraca, roluje, spina, podwiązuje, ustawia jedno na drugim, popycha kolanem. I w końcu zasiada.

Wieczór otwiera bajka o pajacu. „Sanbaso” kiwa się, poruszany niewidzialnymi sznurkami, jak Pinokio. Następnie rozgrywa się tragedia księcia Shunkana skazanego na wygnanie z Kioto. Dramat napisał Haike Nyogo

no Shima, nazywany japońskim Szekspirem. Są więc intryga, miłość i ofiara z życia. W tradycyjnym teatrze kabuki występują wyłącznie mężczyźni, gdy odgrywają kobiece role, popiskują, drobiać kroczyki i sznurują buzie w ciup. Bez podpowiedzi trudno odgadnąć, która to urodziwa *maiko*, a która ohydna macocha czy inna szpetna starucha. Dlatego na podwyższeniu siedzą komentatorzy, jak chór u starożytnych Greków albo Głos z *Randki w ciemno*. I pomagają odczytać Shunkana – Hamleta.

W antrakcie oglądamy sztukę jedzenia. Widzowie, ci z prawdziwego zdarzenia, nie płaczą się po kularach, zostają na widowni. Gdy opada kurtyna rozwiązują wstążki, odwijają złotka, rozcinają celofany, prostują papierowe obrusy i pokazują sztuczkę: *stoliczku nakryj się*. Na ich kolanach lądują pałeczki i drewniane pudełka. Czego w nich nie ma! Ryżowe kulki, ciasteczka nadziewane fasolą, pierożki, kalmary i ośmiorniczki. Wszędzie pachnie surową rybą, wasabi, sosem sojowym i choćbyś nie przepadał za *sashimi*, kiszki marsza grają. Tym razem i my zadbaliliśmy o suchy prowiant, już nie musimy głodni spacerować po foyer jak pospoliccy turyści.

Teatralny wieczór kończy się opowieścią o anielicy. Roztargniona zgubiła pelerynę z piór, więc nie wróci do raj. Chyba że zatańczy. Ale jak! Żadnych podskoków, wywijasów, kołysania biodrami, żadnej giętkiej Piny czy stepującej Ginger Rogers. Bo w buddyjskim Elizjum tańiec znaczy tyle co finezja. Ona – czyli on w kobiecych



szatach, ledwie odrywa stopy od podłogi, a najbardziej szalonym gestem, na jaki sobie pozwala, jest wywiniecie rękawa.

Jebi żongluje dachami

Następnego dnia Japończycy oglądają inny spektakl. Wystawia się Jebi. Na żywo. Ma polot – 47 metrów na sekundę. Działa na oślep, ale z rozmachem. Do Osaki wpada, jak Andrea Bocelli, na jeden występ solo. Najpierw szatkuje most łączący lotnisko ze stałym lądem. Podtapia pasy startowe i więzi na sztucznej wyspie Kansai trzy tysiące pasażerów. Chce dobrze wypaść. Niczym prestidigitator, hokus-pokus-cyrkowiec, łowi zacumowany przy redzie tankowiec (długi jak Solaris, i to po rozbudowie!). I ciska nim o molo. Stalowy gigant gnie się niczym dywan na trzepaku. I zdechły, szmaciany rozkłada się tam, gdzie porzucił go magik.

Ale to dopiero rozgrzewka. Jebi, co w języku koreańskim znaczy Jaskółka, wyrwa semafor. Odkleja tory od nasypu. Zdziera fasadę wieżowca, wyluskuje zeń szafy i segregatory, wyrzuca z dziesiątego piętra na chodnik. Łamie lampy uliczne i układa tor przeszkód na jezdni. Roztrzaskuje wystawy sklepowe, a pociągi zmienia w sterzę złomu. I wściekły kołuje nad salonem Ferrari, gdzie pyszni się pięćdziesiąt bajecznych aut. Zgniata wszystkie, jak plastyczne butelki po mleku.

I jeszcze mu mało. Żongluje dachami. Sieka domy. Podrzuca w górę rozpędzone ciężarówki jak piłeczki ping-pongowe. Już ma zwiać na północ, gdy przypomina sobie o diabelskim młynie, górującym nad miastem. Puszczą go w ruch, niczym hula hop lub koło fortuny. Podpory trzeszczą, szczeble zgrzytają, wagoniki fikają salta i koziołki. Zlatują się filmowcy, fotoreporterzy i dziennikarki, bukmacherzy i zawodowi gracze. Obstawiają dziesięć do jednego. Że młyn się zawali. Że runie. Że się połamie na okolicznych biurowcach.

Tokio to nie Kraków

W kurorcie niedaleko Osaki zaklepaliliśmy sobie pokój z widokiem. Hotelik stoi na cyplu wrzynającym się w morze. Ale 4 września *shinkansen*, zamiast pędzić z szybkością 400 kilometrów na godzinę, zatrzymuje się na pierwszej stacji za Tokio. W ubiegłym roku wszystkie pociągi-pociski (jak mówią o nich flegmatyczni Anglicy) uzbierały raptem jedną minutę spóźnienia, a my stoimy już dobrych parę godzin! Z głośników sącą się komunikaty (po japońsku, chińsku, koreańsku, w kilku dialektach hindi, wreszcie i po angielsku): ruszemy, jeśli tajfun pozwoli. Trudno, przekimamy w wagonie – kombinujemy z S. moszcząc się w obrotowych fotelach. Jednak, gdy zapada zmrok obsługa grzecznie i stanowczo żegna pasażerów: *Wysiadka. Arigato gozajmas. Dziękujemy bardzo.*

Na peronie gęsto od podróżnych, ciasno od walizek i brakuje sieci. W wykwintnej restauracji niedaleko stacji

też. Jest za to kelner. Dociążonych plecakami nie wpuszcza. Telepiemy się kolejką podmiejską do stolicy, tam wałęsamy po ulicach, szukamy klubów nocnych, barów, pubów, dyskoteki. Byleby przeczekać. Lecz Tokio to nie Kraków. O tej porze nawet speluny są zamknięte. Kibicujemy ekipom sprzątającym: ktoś na czworaka wciska się do kosza na śmieci, ktoś inny – też filigranowy, przenosi sto krzeseł na raz. Chociaż neony migoczą, to noc nie czerpie ze sztucznego światła. Czernieje, gęstnieje, przyprósza miasto jak sadza. Łądujemy pod dworcem. Bezdomny dzieli się z nami kartonem, my z nim przekąskami i oparci o kamienne poduszki – murki, wypatrujemy. On patrolu policji, my pierwszego pociągu do Osaki.

A tam rozbite reklamy, poorany asfalt i domy przykryte workami, jak denaci. Na szczęście dachy złotego zamku *Kin-jō* nietknięte. Pewnie dlatego, że wywijają się jak płatki sękacza i wichura nie umie ich podejść. Telefon na cyplu milczy. Ktoś zdradza, że nasz hotelik podmyła fala. Osunął się na plażę niczym zdmuchnięty ręcznik. Czy był ktoś w środku? Może zabłąkany turysta, który też nie wiedział, że nadciąga zagłada? Że toczy się tajfun, i to najgroźniejszy od 1961 roku! Wrześniowy Jebi zabił kilkanaście osób, setki poranił, tysiące pozbawił domów, a kilku milionom odciął prąd.

Łaźnia na zimno

Wyruszamy na górę Koya, udekorowaną świątyniami buddyjskimi. Tam też szalała Jaskółka. Nie kursują autobusy, nie działa kolejka linowa. Na ostatniej czynnej stacji – Hashimoto – pozbywamy się ciężarów i wspinaemy 20 kilometrów dawnym szlakiem pielgrzymów. Skaczymy przez połamane drzewa, ślizgamy między wyrwanymi korzeniami, wpadamy w dziury, wyrwy i pułapki. Barwy zlewają się ze sobą, oczy zachodzą rdzą pni i zielenią liści, wreszcie mający jakiś nowy kolor. Przemoknięty las kończy się czerwoną bramą *tori*.

Pukamy do najbliższego klasztoru. Minuty dłużej się, rozrastają w kwadrans. Furta ani drgnie. Odchodzimy, oglądając się za siebie, gdy przywołuje nas czyjś miękki głos. W drzwiach stoi mnich, bardzo młody, o szlachetnych rysach twarzy. Podświetla nas latarką i taksuje wzrokiem od stóp do głów. Jego czyste skarpety *tabi*, wystająca spod kimona biała sukienka *naga-juban* i nawet higienicznie ogolona głowa kontrastują z naszymi pokrwawionymi stopami, pogryzionymi łydkami i zmierzwionymi włosami. Opuchnięte wargi S. układają się w pytanie: *czy możemy przenocować?* Mnich potakuje nieśmiało i prowadzi nas do łaźni. Z zimną wodą! I gdzie te gorące baniaki z serialu *Shogun*, w których kąpał się Richard Chamberlain?

Mnich psiarz

W 804 roku japoński cesarz Kammu kazał zaufanemu Kūkaowi udać się do Chin. *Patrz. Słuchaj. I zapamiętaj.* Wysłannik nie śpieszył się z powrotem. Radował

duszę poezją, doskonalił w sztuce kaligrafii i studiował *Świętą księgę herbaty*. Najlepszy gatunek liści ma *związać się jak skórzany but tatarskiego jeźdźcy, układać się jak podgardle potężnego wołu, rozpościerać jak mgła nad wąwozem, skrzyć jak jezioro muskane powiewem zefiru* – tłumaczył Lu Wu.

Dwa lata później spokojny, oddzielony od sądów innych ludzi i oderwany od swoich własnych o sobie, przyjmujący z pogodą cokolwiek się wydarzy, wracał do Japonii. *Moim największym pragnieniem jest unosząca się nad górami i łąkami mgła – o poranku i wieczorem* – mówił do siebie.

Wdział kaszając i wyruszył na spotkanie mgieł. Towarzyszyły mu psy o zakręconych ogonach (dziś powiedzielibyśmy rasowce – akity). Wdrapywał się coraz wyżej i wyżej, przedzierał przez krzaki, grzęzł w błocie i rzucał pchlarzom patyki. A one posłusznie aportowały. Kiedy z wywalonymi jęzorami przygnały na czubek góry Koya, na przemian czekały, wyły i goniły własne ogony. *Porządne psy nie podnoszą głosu* – skarcił je pan. I rozejrzał się ciekawie. Osiem wzniesień okalających szczyt odzwierciedlało kwiat lotosu. – Tu zbuduję klasztor – postanowił Kūkai. – Zaproszę kolegów. Będziemy dbać o siebie i braci mniejszych, nasze ciała i dusze zażyją harmonii, a dzięki prawdziwym słowom – *shingon* wykroczymy poza siebie. Doznamy oczyszczenia.

Zupa dla Kūkaia

Podobno Kūkai wcale nie umarł. 21 marca 835 roku podreptał do chaty w lesie Okunoin, bo chciał pomedytować. I już nie wrócił do klasztoru.

Dopiero po stu latach pewien nowicjusz odważył się zakłócić mu spokój. Zapukał – cisza. Nacisnął klamkę – poddała się. Popchnął furtę. Zaskrzypiały zawiasy, kurz uniósł się i osiadł. Mnich wziął oddech i wsadził głowę do środka. W mrocznym wnętrzu jarzyła się świeca. Mistrz siedział w pozycji kwiatu lotosu pogrążony w medytacji. Młodzian skrócił mu brodę, zgolił włosy, zmienił szaty i przyniósł zupę *miso*.

Wyznawcy *shingon* wierzą, że Kūkai do dzisiaj trwa w półśnie wyczekując przyjscia współczującego Buddy. Dlatego obok domu czuwania zbudowano kuchnię do szykowania mu przysmaków.

Japończycy, ci którzy wierzą w wędrówkę dusz, chcą być blisko, gdy Kūkai się ocknie. Dlatego w lesie przybywa pomników poświęconych umarłym. Jest ich już ze dwieście tysięcy! Rdzawe, chropowate, omszałe, przyprószone igliwem albo lśniące, gładkie, futurystyczne niczym pociągi-pociski do drugiego świata. Ozdobione rzeźbami, oddzielone kamiennymi płotami, tu i tam wbito w ziemię deski – *sottoba*, z wypisanym imieniem dla duszy – *tamashii*. Obeliski – zarówno te wiekowe, jak i te całkiem nowe śnią i czuwają jednocześnie. W rozmytym krajobrazie oko wychwytuje plamy koloru: czerwone czapki posągów Buddy i różowe fartuszki chłopców Jizō. Można cały tydzień kluczyć od barwy do barwy i nie zobaczyć wszystkich odcieni.

* * *

W Koya-san mieszka dziś cztery tysiące osób. Dzieścię setek to mnisi, pozostali sprzedają *jukaty*, drewniane klapki i breloczki z gejszami, doprawiają *ramen*, gotują makarony, zamiatają chodniki, karmią złote rybki i obsługują gości w klasztorach-pensjonatach *shukubo*.

Jebi wpada tam na jeden wieczór. Zrywa dachy, dziurawi ściany i płacze druty wysokiego napięcia. Huczy, grzmi, prycha, wygraża mnichom i wściekły prześlizguje się pod bramą *tori* prowadzącą na cmentarz Okunoin. Złoszczą go olbrzymie drzewa, które pamiętają jeszcze jak Kūkai zaszył się w leśniczówce. Łamie cedry olbrzymy i rozrzuca po nekropolii jak igły. Przewraca obeliski, przesuwają głazy i dmucha w oczy rzeźbom. Kamienni chłopcy Jizō tulą się do siebie. A posągowy Budda zdejmując czapkę.

I kłania się Wielkiemu Tajfunowi.

Agnieszka KANIA

Tekst był opublikowany w piśmie Uniwersytetu Opolskiego „Indeks”, nr 7–8 (189–190), październik 2018 r.

TENIS I MEDYCYNĄ

Z Natalią PELCZAR, współorganizatorką turnieju VitalMedicCup rozmawia Maciej PROKOPCZUK

Maciej Prokopczuk: W ubiegłym miesiącu odbył się w Opolu turniej VitalMedicCup 2, duże zawody tenisowe, których uczestnicy to głównie osoby ze świata medycyny. Wiem że jako osoba będąca w zarządzie PSTL odgrywasz dużą rolę w organizacji turnieju, więc może powiesz nam, skąd wziął się pomysł na właśnie taki rodzaj imprezy w Opolu?

Natalia Pelczar: Wszystko zapoczątkowały moje wyjazdy na podobne turnieje w innych miastach, właśnie podczas jednej z takich imprez miałam przyjemność poznać prezesa PSTL-u który zaproponował mi zorganizowanie

podobnego turnieju u nas w Opolu i od tego się zaczęło. Podjęłam się tego ryzyka i tak powstał Pierwszy Ogólnopolski Turniej Tenisa Lekarzy w Opolu. Był mniejszy, miał 70 uczestników, ale okazał się dużym sukcesem. VitalMedicCup to drugi cykl tego turnieju.

M.P.: Drugi cykl ale już pod inną nazwą, skąd ta decyzja?

N.P.: Po pierwszym turnieju powstała większa struktura organizacyjna: dołączyli do nas nowi partnerzy i sponsorzy, z których największym było Centrum Le-



czenia Kręgosłupa Vital Medic – stąd pomysł na zmianę nazwy.

M.P.: VitalMedicCup swoimi rozmiarami przerósł poprzedni turniej, co świadczy o tym, że tenis to popularny sport w środowisku medycznym, a jak Ty zaangażowałaś się w ten sport? Pamiętasz swoje pierwsze kroki?

N.P.: Tak, pamiętam (uśmiech). W mojej rodzinie zawsze, zawsze było dużo zainteresowania sportem, mój tata często grywał w tenisa, zawsze chodził na korty ze mną i moim bratem.

M.P.: Czyli można powiedzieć, że trenujesz od dziecka. Pamiętasz ile miałaś wtedy lat?

N.P. Takie pierwsze przeblyski... myślę że około sześciu, siedmiu lat. Pamiętam, jak obserwowałam tatę, kiedy grał w tenisa ze znajomymi a w wolnych chwilach, i kiedy na korcie zaczynał uczyć mnie lub mojego brata. Nigdy nie chodziłam do żadnej szkółki i traktowałam tenisa jako zabawę i odstresowanie.

M.P.: Odstresowanie, właśnie o to chciałem następnie zapytać. Czy teraz tenis, jako forma aktywności fizycznej, pomaga Ci w codziennym życiu?

N.P.: Oczywiście.

M.P.: Bardziej fizycznie czy mentalnie?

N.P.: I fizycznie, i mentalnie (uśmiech). Po meczu odczuwam zadowolenie. Podoba mi się też ta nutka rywalizacji w tenisie, są zasady, rozgrywamy seta, wiemy jak się ustawić, a po przeciwnej stronie jest drugi zawodnik.

M.P.: Zawodnik czy przeciwnik?

N.P.: Przeciwnik.

M.P.: Czyli musisz wygrać?

N.P.: Nie, niekoniecznie, nie zawsze. Nie chodzi mi tylko o wygrywanie, chociaż każdy ma w sobie coś takiego, że lubi wygrywać i dąży do tego. Ale sama rozgrywka, wykorzystanie umiejętności i napięcie każdego seta są dla mnie równie atrakcyjne w tenisie.

M.P.: A sama rozgrywka – stres, bardzo mało czasu na podejmowanie decyzji, planowanie strategii – przypomina mi nieco pracę lekarza. Czy uważasz że twój zawód pomaga ci w grze?

N.P.: To trudne pytanie, nie wiem czy moja praca ma wpływ na sport, ponieważ ja traktuję tenisa jako odskocznnię, taką formę wyciszczenia umysłu po ciężkim dniu pracy. Wtedy staram się odciąć od wszelkich innych spraw i skupić na uderzeniach.

M.P.: Jesteś anesteziologiem, na pełnym etacie pracujesz w szpitalu, poza tym jeszcze w przychodniach, jak w tym wszystkim znajdujesz jeszcze czas na czynne uprawianie sportu?

N.P.: Pomaga w tym dobra organizacja czasu – czasem planuję swój dzień wokół tenisa. Wychodząc do pracy zabieram ze sobą spakowaną już torbę tenisową i po pracy jadę bezpośrednio na kort.

M.P.: Można więc powiedzieć, że znalazłaś swoją pasję?

N.P.: Tak, na pewno.

M.P.: A jaką radę dałabyś osobie, która jeszcze nie znalazła tej pasji lub boi się spróbować czegoś nowego?

N.P.: Według mnie proces odnajdowania swojej pasji i bycia w niej konsekwentnym jest bardzo trudny. Jeżeli mogę komuś coś poradzić na przykładzie tenisa, wydaje mi się że na początek dobrym pomysłem jest przyglądanie się, jak grają inni – czy to w telewizji, czy osobiście na korcie, przyzwyczajanie się, poznanie zasad. Mi zajęło to bardzo dużo czasu, bo prawie 25 lat, zanim się naprawdę przełamałam i zaczęłam bardzo intensywnie grać. Kiedy po wieloletniej przerwie wróciłam do tenisa, grałam dwa trzy razy w tygodniu. Teraz staram się grać częściej.

M.P.: Czyli sporym wysiłkiem wypracowałaś tę rutynę?

N.P.: Szczerze mówiąc: tak. I to rzeczywiście jest już rutyna. Obecnie nawet nie zastanawiam się czy iść, czy nie iść na kort, po prostu pakuję torbę i jadę, jest to dla mnie codzienność.

M.P.: Dziękuję za rozmowę – i życzę nieustającego powodzenia na kortach.

N.P.: I ja dziękuję.

www.vitalmediccup.pl

NIEPRAWDOPODOBNA DZIETNOŚĆ POLSKICH KRÓLÓW I ICH ŻON

W poprzednich publikacjach wiele uwagi poświęciłem problemom płodności i bezpłodności królów polskich i zgonom okołoporodowym ich żon (św. Jadwiga Andegaweńska). Te problemy bardzo często powodowały upadek tak wspaniałych dynastii jak Piastów (Kazimierz Wielki) czy też Jagiellonów (Zygmunt August).

Równocześnie – zwłaszcza Jagiellonowie – szczylic się niesłychaną płodnością. Np. Kazimierz Jagiellończyk, najmłodszy syn Władysława Jagiełły miał trzynaścioro dzieci, w tym czworo synów koronowanych, dlatego też jego żona Elżbieta Rakuszananka (Rakuzi to staropolska nazwa Austrii) nazywana jest „matką królów”. Jeszcze więcej liczby dzieci bo czternastu doczekał się August III Sas.

Kazimierz Jagiellończyk (1427–1492)

Najmłodszy syn Władysława Jagiełły. Miał jedną żonę Elżbietę Habsburżankę (1426 – 1505) nazywaną Rakuszaną lub „matką królów”, ponieważ czworo ich było koronowanych. Ślub Kazimierza Jagiellończyka i Elżbiety Rakuszanki odbył się w roku 1454. Dochowali się trzynaścioro dzieci.

Oto jak przychodziło na świat ich potomstwo:

- 1456 – Władysław, król Czech i Węgier,
- 1457 – Jadwiga, żona księcia bawarskiego,
- 1458 – św. Kazimierz, patron Polski i Litwy,
- 1459 – Jan Olbracht, król Polski,
- 1461 – Aleksander Jagiellończyk, król Polski,
- 1464 – Zofia, margrabianka brandenburska,
- 1465 – Elżbieta, zmarła w pierwszym roku życia,
- 1467 – Zygmunt zwany Starym, król Polski,
- 1468 – Fryderyk, drugi polski kardynał po Zbigniewie Oleśnickim
- 1472 – Elżbieta, zmarła w siódmym roku życia,
- 1476 – Anna, księżna pomorska,
- 1478 – Barbara, księżna saska,
- 1487 – Elżbieta (trzecia o tym imieniu), księżna lenicka.

Tak więc trzynaścioro dzieci, jedenaście było odchowanych co jak na ówczesne czasy było rzadko spotykane. W wychowaniu synów pary królewskiej brał udział nasz wielki kronikarz Jan Długosz. Tutaj ciekawostka, w rodzinie Długosza większość chłopców umierała w dzieciństwie i ich ojciec wszystkim dawał imię Jan, w sumie było ich trzynastu.

Koligacje córek Kazimierza Jagiellończyka i Elżbiety Rakuszanki z dworami książęcymi i królewskimi pozwalają na stwierdzenie, że prawie wszystkie dwory monarsze Europy mogą zaliczyć do swoich przodków Kazimierza Jagiellończyka po kądzieli.

Zofia Jagiellonka

Była w kolejności drugą córką Kazimierza Jagiellończyka i Elżbiety Rakuszanki. Otrzymała imię Zofia na cześć swojej Babki Zofii Holszańskiej ostatniej żony Władysława Jagiełły.

Jej mężem został Fryderyk Hohenzollern margrabia brandenburski. Ślub piętnastoletniej Zofii z Fryderykiem odbył się w roku 1478 we Frankfurcie nad Menem.

Zofia urodziła osiemnastu dzieci bijąc pod tym względem wszystkie Piastówny i Jagiellonki. Sześciu dzieci zmarło w okresie niemowlęcym lub w dzieciństwie, pozostałe dożyły wieku dorosłego.

Najbardziej znanym dzieckiem Zofii i Fryderyka był Albrecht Hohenzollern urodzony w roku 1490. Po wstąpieniu do Zakonu Krzyżackiego, już w wieku 21, lat został Wielkim Mistrzem. Wkrótce przeszedł na luteranizm i dokonał sekularyzacji stając się świeckim władcą. Ze względów politycznych 10 kwietnia 1525 roku Albrecht złożył słynny „Hołd Pruski” – formalnie swojemu wujowi – królowi Zygmuntowi Staremu na Rynku Krakowskim stając się jego lennikiem. Otrzymał wówczas tytuł księcia i władzę na terenie nazwanym odtąd Prusami Książęcymi w odróżnieniu od Prus Królewskich.

Te liczne ciążę i porody nadwładziały zdrowie Zofii i doprowadziły do jej śmierci 5 października 1512 roku w wieku zaledwie 49 lat.

Barbara Jagiellonka

Młodsza siostra Zofii 21 lipca 1478 roku wyszła za mąż za Jerzego Brodatego (zresztą brodę na znak żałoby zapuścił dopiero po śmierci Barbary) z dynastii Wettinów, z której pochodzili późniejsi królowie polscy August II Sas Mocny i August III Sas. Barbara urodziła dziesięcioro dzieci, z których do wieku dorosłego dożyła tylko czwórka.

Anna Jagiellonka

Kolejna córka Kazimierza Jagiellończyka i Elżbiety Rakuszanki w dniu 2 lutego 1491 wyszła za mąż za księcia pomorskiego Bogusława X z rodu Gryfitów. Para książęca doczekała się ośmiorga dzieci trzech córek i pięciu synów.

Cymbarka

Rodzicami Cymbarki był książę mazowiecki Siemowit IV i siostra Władysława Jagiełły, Aleksandra litewska. Ta para doczekała się trzynaścioro dzieci: pięciu synów i ośmiu córek w tym właśnie Cymbarki, której nadano niespotykane dotąd imię (w języku staroangielskim znaczy królewski zamek).





Kazimierz Jagiellończyk

Mężem Cymbarki został Ernest Żelazny z dynastii Habsburgów. Tutaj ciekawy fakt, Ernest Żelazny był młodszym bratem Wilhelma Habsburga niedosłego męża naszej królowej Jadwigi Andegaweńskiej. Po tym afroncie Wilhelm Habsburg nigdy się nie ożenił.

Cymbarka poślubiła Ernesta Żelaznego w dniu 15 stycznia 1412 roku. Para doczekała się dziewięciorga dzieci. Cymbarkę można uznać za babkę Habsburgów, ponieważ jej pierworodny syn Fryderyk w roku 1452 założył upragnioną koronę cesarską dając potęgę Habsburgom panującym nie tylko w Europie, ale także w Hiszpanii.

Wg historyków Cymbarce można przypisać tzw. „wargę Habsburgów” cechującą się przerostem wargi dolnej i prognatyzmem żuchwy. Jest to zaburzenie genetyczne przekazywane z pokolenia na pokolenie. Obserwowaną ją m. in. u cesarza Franciszka Józefa.

Maria Kazimiera „Marysieńka” Sobieska (1641–1716)

Maria Kazimiera Sobieska była w ciąży dwadzieścia cztery razy z dwoma mężami. Pierwszy z nich Jan Sobiepan Zamojski był wyjątkowym hulaką i zaraził Marysieńkę syfilisem. Drugim mężem był król Jan III Sobieski.

Tylko czworo dzieci dożyło wieku dorosłego: Jakub, Teresa Kunegunda, Aleksander i Konstanty. Cała czwórka pochodziła ze związku z Janem Sobieskim. Najstarszy syn Jakub (1667–1737), podobnie jak sam król Jan Sobie-



August III Sas

ski, ukończyli Gimnazjum im. Bartłomieja Nowodworskiego (polski bohater w słynnej bitwie morskiej pod Lepanto) w Krakowie.

Jedyna córka Sobieskich Teresa Kunegunda, zresztą pupilka króla wyszła za mąż za elektora bawarskiego Maksymiliana Emanuela. Dochowali się oni dziewięciorga dzieci, dorosłego życia doczekało się ich tylko pięcioro, przy czym jedyna córka wstąpiła do Klasztoru Kларыsek, zaś trzech synów zostało biskupami.

August III Sas (1696–1763)

Z jedną żoną Marią Józefiną (córką cesarza niemieckiego Józefa I) miał czternaścioro dzieci, a więc był najbardziej płodnym królem polskim. Oto jego synowie:

- Fryderyk Krystian, elektor saski,
- Franciszek Ksawery,
- Karol Krystian, książę Kurlandii,
- Albert Kazimierz, książę cieszyński,
- Klemens Wacław, arcybiskup Trewiru.

Córki Augusta III Sasa z kolei to:

- Maria Amelia, królowa Hiszpanii,
- Maria Anna, żona elektora bawarskiego,
- Maria Józefa, królowa Francji,
- Maria Kunegunda.

Dwóch synów i trzy córki zmarły w dzieciństwie.

Wyjaśnienia Ministerstwa Zdrowia

PRAWO SPECJALISTY DO PODWYŻSZONEGO WYNAGRODZENIA

Minister zdrowia wydał specjalny komunikat w sprawie pytań, jakie pojawiły się w związku z niektórymi przepisami ustawy z 5 lipca 2018 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1532), potocznie nazywaną „ustawą 6% PKB” lub „ustawą podwyżkową”. Wątpliwości dotyczą głównie zobowiązania, jakie musi spełnić lekarz specjalista, który wnioskuje o przyznanie wynagrodzenia w podwyższonej wysokości do kwoty 6.750 zł (art. 4, ust. 3, pkt 2 ww. ustawy). A oto niektóre pytania zainteresowanych i ministerialne odpowiedzi.

– Jakie świadczenia dodatkowe może wykonywać lekarz specjalista, który jest zatrudniony przez pracodawcę, mającego umowę z NFZ na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w warunkach całodobowych lub całodziennych, by nie narazić się na zarzut pracy konkurencyjnej i utratę podwyższonego wynagrodzenia?

– Lekarz może dodatkowo wykonywać następujące świadczenia:

- a) w podmiotach leczniczych udzielających świadczeń opieki zdrowotnej komercyjnie – bez ograniczeń;
- b) z zakresów: ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS), podstawowej opieki zdrowotnej (POZ), rehabilitacji leczniczej i programów zdrowotnych, udzielanych w warunkach ambulatoryjnych – u innego świadczeniodawcy, który ma umowę z NFZ – bez ograniczeń;
- c) z zakresu rehabilitacji leczniczej i programów zdrowotnych, udzielanych w warunkach całodobowych lub całodziennych – w przypadku, gdy świadczeniodawca nie zawarł z NFZ umów choćby z jednego z zakresów, o których mowa w art. 15 ust. 2 pkt 3, 4, 6–12, 15 i 16 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;
- d) nieodpłatnie – w ramach wolontariatu;
- e) w hospicjach, zakładach opiekuńczo-leczniczych, zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych, zakładach rehabilitacji leczniczej i zakładach opieki długoterminowej;
- f) u tego samego świadczeniodawcy – bez ograniczeń;
- g) u świadczeniodawcy, który został wymieniony w opublikowanym przez dyrektora OW NFZ wykazie

podmiotów leczniczych, w których może wystąpić zagrożenie braku dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej lub ciągłości ich udzielania, jeżeli lekarz będzie udzielał świadczeń w ramach profili lub komórek organizacyjnych podmiotu leczniczego wymienionych w ww. wykazie (art. 8 ustawy).

– Czy dyżurowanie w stacji dializ w podmiocie leczniczym innym niż pracodawca, wobec którego lekarz złożył zobowiązanie, stanowi złamanie tego zobowiązania?

– Odpowiedź na to pytanie zależy od tego, jak dializy są kontraktowane przez NFZ. Generalnie dializy jako świadczenia oddzielnie kontraktowane i finansowane przez NFZ są świadczeniami ambulatoryjnymi i znajdują się w koszyku AOS. Zatem w tym zakresie nie obowiązuje zakaz konkurencji określony ustawą. Ale w leczeniu szpitalnym przy niektórych umowach z NFZ, np. w zakresie nefrologii, jest wymóg posiadania lub dostępu do stacji dializ i wtedy dializy wykonywane są w ramach umowy na leczenie szpitalne. W takim przypadku zakaz konkurencji obowiązuje.

– Czy chirurg/gastrolog, który w ramach pracy w oddziale macierzystej placówki wykonuje endoskopię, może ją wykonywać również poza szpitalem, czy jest to złamanie zakazu?

– Jeżeli lekarz zatrudniony u świadczeniodawcy, który zawarł umowę z NFZ na udzielanie świadczeń w warunkach całodobowych lub całodziennych, wykonuje endoskopię w warunkach AOS (tj. na rzecz pacjentów przyjętych w trybie ambulatoryjnym/rozliczanych w ramach umowy na AOS) albo u świadczeniodawcy udzielającego tych świadczeń komercyjnie, to zakazu konkurencji nie łamie.

– Czy świadczenia udzielane w szpitalnych oddziałach rehabilitacji są traktowane jako świadczenia szpitalne i objęte zakazem konkurencji, czy są traktowane jako rehabilitacja i są wyłączone z zakazu?

– Zakaz konkurencji nie dotyczy zatrudnienia w podmiocie leczniczym, który posiada umowę na udzielanie świadczeń z zakresu rehabilitacji leczniczej, udzielanej w warunkach całodobowych lub całodziennych (stacjonarnych), który nie zawarł umowy z NFZ na udzielanie świadczeń choćby z jednego z zakresów, o których mowa w art. 15 ust. 2 pkt 3, 4, 6–12, 15 i 16 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków

publicznych. Jeżeli zatem mamy do czynienia z oddziaływaniem rehabilitacji w szpitalu, który ma również kontrakt na świadczenia szpitalne, to zakaz konkurencji obowiązuje.

Poza tym lekarz może udzielać (bez ograniczeń) świadczeń opieki zdrowotnej w hospicjach, zakładach opiekuńczo-leczniczych, zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych, zakładach rehabilitacji leczniczej i zakładach opieki długoterminowej.

– Czy udzielenie konsultacji lekarskiej w podmiocie leczniczym innym niż pracodawca, u którego lekarz

złożył zobowiązanie do niepodejmowania pracy konkurencyjnej, stanowi złamanie tego zobowiązania?

– Zakaz konkurencji nie dotyczy sytuacji, gdy lekarz udzielający konsultacji na rzecz danego świadczeniodawcy nie jest wykazany w „Harmonogramie – zasoby”, stanowiącym załącznik do umowy z NFZ, zawartej przez tego świadczeniodawcę na zakres świadczeń, w ramach którego odbywa się taka konsultacja.

(opr. NS)

(przedruk z „Panaceum” nr 10/18)

BUNT SZPITALI POWIATOWYCH

Ogólnopolski Związek Pracodawców Szpitali Powiatowych wystąpił do prezesa NFZ z wnioskiem o wzrost wartości finansowania świadczeń medycznych w szpitalach powiatowych. W przypadku braku zgody, OZPSP wezwie szpitale zrzeszone w związku do wypowiedzenia umów z NFZ.

Sytuacja kadrowa i finansowa szpitali powiatowych jest bardzo trudna, a spodziewamy się, że będzie jeszcze gorzej. *Nakłada się na nas coraz więcej obowiązków, a niestety nie idą za tym dodatkowe środki. W nakręcającej się spirali roszczeń i wzrostu kosztów stoimy na z góry przegranej pozycji* – mówią przedstawiciele powiatów.

Pracodawcy stawiają ultimatum

Jak wskazują zarządzający szpitalami powiatowymi, wzrost kosztów stałych powoduje znaczne problemy z utrzymaniem płynności finansowej i generowanie ujemnych wyników finansowych od początku 2018 r. Wzrost kosztów wynika m.in. z przepisów ustawy regulującej wynagrodzenia pracowników medycznych oraz ustawy o płacy minimalnej, a także z porozumienia zawartego przez ministra Łukasza Szumowskiego z rezydentami. Sytuację dodatkowo skomplikowało podpisane porozumienie między resortem zdrowia a pielęgniarkami.

„Porozumienie pomiędzy ministrem zdrowia a pielęgniarkami spowodowało, iż pozostałe grupy reprezentujące zawody medyczne oraz niemedyczne domagają się równego traktowania pracowników i tym samym również oczekują wzrostów swoich wynagrodzeń, na które kierownicy podmiotów leczniczych nie posiadają środków finansowych przy obecnie niskim finansowaniu świadczeń medycznych. Kolejne wzrosty wynagrodzeń, których słusznie domagają się pozostałe grupy zawodowe, spowodują przy obecnym finansowaniu świadczeń medycznych całkowitą utratę płynności finansowej szpitali powiatowych i tym samym zagrożenie wstrzymania udzielania świadczeń

medycznych” – czytamy we wniosku OZPSP do prezesa NFZ.

W przypadku braku reakcji na swoje postulaty, OZPSP zapowiada wezwanie wszystkich szpitali zrzeszonych w związku do niepodpisywania warunków finansowych na II półrocze 2018 r. i wypowiedzenia umów z NFZ.

Krzywdzący ryczałt

Andrzej Gawron z PiS, przewodniczący Parlamentarnego Zespołu ds. Szpitali Powiatowych, który obradował 19 lipca br. również zwrócił uwagę na duże znaczenie dla lokalnych placówek niedawnego porozumienia pielęgniarek z Ministerstwem Zdrowia.

– *Odbieram dużo sygnałów od dyrektorów szpitali powiatowych i osób decyzyjnych, że ustalenia mogą zaburzyć finansowanie ich jednostek i to w dość istotnym stopniu. Jeden z dyrektorów przyznał, że od 6 lat nie miał zadłużenia, a teraz przewiduje, że placówka wygeneruje dług. Już nawet po pierwszym okresie ryczałtowania pojawiło się w jednostce kilkaset tysięcy zł straty* – stwierdził.

Jak podał na posiedzeniu zespołu Marek Wójcik, ekspert Związku Miast Polskich, ryczałt kwartalny w pierwszej połowie 2018 r. jest w skali kraju dla szpitali powiatowych zaledwie o 0,1% wyższy niż ryczałt z 2017 r. Jeśli chodzi o ryczałt na drugie półrocze, sytuacja jest podobna, a nie zapominajmy o wzroście kosztów funkcjonowania.

– *23% szpitali ma na to półrocze ryczałt niższy niż środki otrzymane w roku poprzednim, z tego 95% to są szpitale miejskie i powiatowe. Czyli to głównie szpitale powiatowe i miejskie mają mniejsze środki niż w roku ubiegłym* – wskazuje Marek Wójcik.

– *Na przykład ten sam produkt w niektórych szpitalach kupuje się 20% taniej. Dodatkowo fakt, że strumień pieniędzy został przekierowany do klinik, dużych jednostek, jest też jednym z czynników braków kadrowych w mniejszych szpitalach. Te placówki po prostu nam podkupują lekarzy* – wyjaśnia dr Józef Kurek,

dyrektor Szpitala Wielospecjalistycznego w Jaworznie, a jednocześnie prezes Związku Szpitali Powiatowych Województwa Śląskiego.

W rezultacie pojawiają się nawet wnioski do dyrektorów wojewódzkich NFZ o zawieszenie oddziału, właśnie z powodu braku kadry medycznej. – *Szpitala walcząc o kadrę medyczną, proponują coraz wyższe stawki, co powoduje spiralę wzrostu wynagrodzeń, a kadry nie przybywa. Największy problem z tym mają szpitale powiatowe – wskazuje przewodniczący Parlamentarnego Zespołu ds. Szpitali Powiatowych.*

Licytacja o pielęgniarki

Dodatkowo, jak wiadomo, w regionach już w tej chwili zaczyna brakować kadry pielęgniarskiej, a sytuacja, zdaniem ekspertów, wkrótce ulegnie jeszcze pogorszeniu. Wskazują m.in. na porozumienie podpisane przez ministra zdrowia z organizacjami pielęgniarskimi, w którym poza kwestią podwyżek, są zobowiązania do zwiększenia liczby pielęgniarek w przeliczeniu na łóżko począwszy od 1 lipca 2019 r.

– *To działanie być może miałoby uzasadnienie i można by twierdzić, że jest racjonalne z punktu widzenia dobra pacjenta, jeżeli mielibyśmy te pielęgniarki skąd wziąć – uważa Grzegorz Kubalski, zastępca dyrektora Biura Związku Powiatów Polskich.*

Porozumienie przewiduje, że od 1 stycznia 2019 r. zostaną wprowadzone normy zatrudnienia pielęgniarek i położnych – minimalny wskaźnik zatrudnienia będzie wynosił 0,6 na łóżko (dla oddziałów o profilu zachowawczym) i 0,7 (dla oddziałów o profilu zabiegowym).

Z kolei od 1 lipca 2019 r. mają zostać podniesione wskaźniki w odniesieniu do oddziałów pediatrycznych do poziomu 0,8 na oddziałach zachowawczych, a na oddziałach zabiegowych 0,9 na łóżko. – *Jeżeli według danych izby pielęgniarskiej rocznie 1500 pielęgniarek odbiera prawo wykonywania zawodu, a kilkanaście tysięcy przechodzi na emeryturę, to logiczne jest, że tych pielęgniarek zabraknie. W związku z tym trudno tworzyć normy zatrudnienia, na które nie ma ani personelu, ani pieniędzy – ocenia z kolei dyrektor Józef Kurek.*

Zdaniem Grzegorza Kubalskiego podwyższenie standardów, jeśli chodzi o przelicznik liczby pielęgniarek na łóżko, doprowadzi do tego, że zacznie się podkupywanie pielęgniarek między szpitalami, aby spełnić narzucone wymogi. W tej licytacji szpitale powiatowe są na straconej pozycji.

– *Wynika to z tego, że struktura kosztów w szpitalach wojewódzkich czy klinicznych jest taka: 50% to koszty płacowe, 50% inne. W przypadku szpitali powiatowych przeciętnie 70% budżetu to koszty pracownicze. W związku z tym po prostu nie będzie skąd wziąć pieniędzy, aby zwiększyć wynagrodzenia i zatrzymać*

czy pozyskać nowe pielęgniarki – przekonuje zastępca dyrektora Biura Związku Powiatów Polskich.

Więcej zadań, mniej pieniędzy

Tymczasem już teraz żądania płacowe i podkupywanie pracowników powodują, że idą w górę koszty pracy, ale nie tylko białego personelu, lecz także administracyjnego.

– *Wiąże się to z szeregiem regulacji, które wchodzi automatycznie, a nie ma to żadnego odbicia w wyliczeniu procedur. Na przykład u nas w szpitalu w outsourcingu mamy sprzątanie, pranie, żywienie i każda podwyżka minimalnego wynagrodzenia przekłada się natychmiast na wzrost cen tych usług. To idzie w skali szpitala w setki tysięcy albo miliony złotych – podaje Józef Kurek.*

Kolejnym obowiązkiem, który został wielu jednostkom narzucony ustawą, za którą nie poszły środki pokrywające koszty, jest zorganizowanie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej. – *Wysokość stawki za nocną i świąteczną pomoc jest jednak różna w poszczególnych województwach. Na Śląsku jest z tym bardzo źle – informuje szef Związku Szpitali Powiatowych Województwa Śląskiego.*

Podczas, gdy niektóre szpitale dostają 7,20 zł miesięcznego ryczałtu w przeliczeniu na jednego mieszkańca obszaru, któremu muszą zapewnić dostęp do takiej opieki, w województwie śląskim zdarza się stawka nawet 90 gr. – *To wszystko składa się na to, że właściwie większość naszych szpitali powiatowych ma ujemny bilans finansowy. Zacznie się on przekładać na bardzo poważne problemy, które mogą zaistnieć już w okolicach jesieni albo na początku 2019 r. – ocenia Józef Kurek.*

W jego ocenie szpitale powiatowe zaczynają generować coraz większe problemy lokalnie, co spowoduje, że jeżeli przestaną funkcjonować albo też będą mieć kłopoty, przełoży się to natychmiast na problemy dużych jednostek, bo tam skieruje się strumień pacjentów, a nie wiadomo, czy będą one w stanie ich obsłużyć.

– *Szpitalom powiatowym grozi natomiast na początku zawieszenie działalności niektórych oddziałów, a potem być może niewypłacalność. Obecnie działamy już tylko na zasadzie gaszenia pożaru – konkluduje dr Kurek.*

Białe plamy w zabezpieczeniu?

Przedstawiciele Związku Powiatów Polskich z dużym niepokojem patrzą na to, co się dzieje. – *Zdajemy sobie sprawę z tego, że przy obecnym systemie finansowania jednostek samorządu terytorialnego, gdzie powiaty nie posiadają własnych dochodów podatkowych, nie będziemy mieli z czego pokrywać ujemnego wyniku finansowego placówek, a to, niestety, może*

► doprowadzić do tego, że poszczególne szpitale powiatowe utracą płynność finansową – stwierdza Grzegorz Kubalski.

W jego ocenie większe placówki, które są zlokalizowane w dużych ośrodkach miejskich, będą w stanie jakoś bilansować swoją działalność. – *Natomiast, jeżeli okaże się, że szpitale lokalne przestaną być wydolne finansowo, to, niestety, w powiatach zaczną się pojawiać białe plamy w zapewnieniu opieki zdrowotnej mieszkańców* – wskazuje przedstawiciel ZPP.

Natomiast Ogólnopolski Związek Pracodawców Szpitali Powiatowych stwierdza kategorycznie, że

„system opieki zdrowotnej nie może żyć bez szpitali powiatowych, które obejmują opieką ponad 60% populacji w kraju. System opieki zdrowotnej to nie tylko wielkie szpitale kliniczne, czy podległe urzędowi marszałkowskiemu szpitale wojewódzkie. Bez stabilnej sytuacji finansowej i kadrowej szpitali powiatowych utrzymanie bezpieczeństwa zdrowotnego Polaków będzie po prostu niemożliwe”.

Daniel KUROPAS

(przedruk z „Rynku Zdrowia” nr 9-10/18)

WOJNA AMALGAMATOWA

W środowisku stomatologów powróciła dyskusja na temat bezpieczeństwa stosowania wypełnień z amalgamatu srebra i rtęci. Wywołało ją rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2017/852 z 17 maja 2017 r. w sprawie rtęci, uchylające jednocześnie rozporządzenie (WE) nr 1102/2008. W myśl nowego unijnego prawa od 1 lipca 2018 r. amalgamatu nie wolno stosować w leczeniu zębów mlecznych, w leczeniu stomatologicznym dzieci w wieku poniżej 15 lat oraz u kobiet ciężarnych lub karmiących, z wyjątkiem sytuacji, w których lekarz dentysta uzna to za absolutnie niezbędne z uwagi na szczególne potrzeby medyczne pacjenta. Ponadto od dnia 1 stycznia 2019 r. amalgamat stomatologiczny może być stosowany wyłącznie w formie kapsułkowanej, a wszystkie gabinety stomatologiczne będą musiały być wyposażone w tzw. separatory amalgamatu, przeznaczone do zatrzymywania i zbierania jego cząstek. Zaostrzone zostały również zasady zbierania odpadów zawierających rtęć, które powinny być utylizowane w 100%.

Za prawem unijnym nie nadążyło ustawodawstwo polskie. Nadal brak nowelizacji rozporządzenia ministra zdrowia z 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego (Dz. U. z 2017 r. poz. 193), zawierającego załącznik z wykazem materiałów stomatologicznych stosowanych przy udzielaniu tych świadczeń, w którym widnieje amalgamat srebra, podobnie jak w zarządzeniu nr 23/2017/DSOZ prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z 24 marca 2017 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Jednak nie oznacza to, iż wspomniane ograniczenia w stosowaniu amalgamatu w Polsce nie obowiązują. Prawo unijne ma bowiem pierwszeństwo przed prawodawstwem krajowym i restrykcje w stosowaniu amalgamatu srebra oraz rtęci obowiązują już od 1 lipca br. we wszystkich krajach członkowskich Unii.

Wycofanie amalgamatu z praktyki dentystycznej wzbudziło konsternację wśród lekarzy dentystów pracujących w ramach umów z NFZ, którzy zostali pozbawieni jedne-

go z głównych materiałów, gwarantowanych przepisami polskiego prawa. Ministerstwo Zdrowia na wątpliwości lekarzy odpowiada, że we wspomnianym wykazie, wśród materiałów stomatologicznych, stosowanych przy udzielaniu świadczeń gwarantowanych dla wszystkich świadczeniobiorców, oprócz amalgamatu srebra, znajdują się też inne materiały. i wymienia m.in. cementy gipsowo-cementowe, cementy podkładowe na bazie wodorotlenku wapnia oraz cement fosforanowy.

Zakaz stosowania amalgamatu stał się zatem zarzewiem do dyskusji nad możliwością stosowania materiałów innych, niż gwarantowane w ramach tzw. „dopłat” uiszczanych przez pacjentów. Dopłaty te pokrywałyby różnicę między refundacją a ceną rynkową wypełnienia. Jednak takie rozwiązanie wzbudza sprzeciw lekarzy stomatologów praktykujących tylko prywatnie.

Problem możliwości wykonywania komercyjnych świadczeń zdrowotnych w czasie realizacji kontraktu z NFZ był już podnoszony w ramach Stanowiska nr 10/VII/2017 Komisji Stomatologicznej Naczelnej Rady Lekarskiej NRL z 10 listopada 2017 r. Komisja stała wówczas na stanowisku, że łączenie procedur medycznych finansowanych ze środków publicznych z procedurami płatnymi jest dopuszczalne. Jednocześnie Komisja apelowała do lekarzy dentystów posiadających umowę z NFZ o respektowanie zasady, że łączenie procedur nie może powodować ograniczania dostępności do świadczeń publicznych. Budzi to jednak wątpliwości, kto miałby nadzorować, czy zasada ta rzeczywiście jest przestrzegana?

Kolejne kontrowersje wzbudził akapit mówiący o tym, że utylizacją rtęci użytej w praktyce stomatologicznej powinien zajmować się „upoważniony do tego zakład lub przedsiębiorstwo specjalizujące się w gospodarowaniu odpadami”. W związku z tym Andrzej Cisło, obecny przewodniczący Komisji Stomatologicznej NRL, pismem zwrócił się do ministra zdrowia z następującymi pytaniami: „Czy na kanwie obowiązujących przepisów prawa, urzędy marszałkowskie mogą wydawać zezwole-

nia na utylizację odpadów amalgamatu stomatologicznego pozwalających zastosowanie metody spalania jako sposobu utylizacji tego rodzaju odpadu? Czy istnieje przepis lub wewnętrzna procedura obligująca urzędy marszałkowskie do publikowania na swoich stronach internetowych lub w dziennikach urzędowych wykazu firm, posiadających zezwolenia na: zbieranie odpadów, utylizację odpadów i utylizację lub recykling odpadów zawierających rtęć?”

Ponadto A. Cisło ponownie zaapelował o podjęcie działań w sprawie zmiany przepisów rozporządzenia ministra środowiska z 12 grudnia 2014 r. w sprawie wzorów dokumentów stosowanych na potrzeby ewidencji odpadów (Dz. U. z 2014 r., poz. 1973). Przypomnijmy, że chodzi o to, że najmniejszą ilością odpadów stomatologicznych zawierających rtęć, którą można podać w ramach ewidencji odpadów, jest... jeden kilogram, co wynika z zasady zaokrąglania podawanej wagi takich odpadów do takiej właśnie wartości. A to bardzo dużo w porównaniu z rzeczywistą wagą takich odpadów, powstających w gabinetach stomatologicznych.

Coraz to nowe przepisy komplikują – i tak bardzo już skomplikowane pod względem liczby różnorodnych obowiązków – prowadzenie lekarskich praktyk stomatologicznych. Nie wspominając już o tym, że obowiązkiem posiadania separatorów we wszystkich praktykach, również całkowicie prywatnych, w których amalgamaty srebra i rtęci od dawna już nie są używane, generuje kolejne koszty. Komisja Stomatologiczna przy NRL zapowiada, że wystąpi do ministra środowiska z prośbą o choćby częściową refundację kosztów związanych z instalacją urządzenia dla każdego gabinetu stomatologicznego. Czy jednak w budżecie Ministerstwa Środowiska znajdują się fundusze na ten cel dla lekarzy dentyistów? Pozostaje nam cierpliwie czekać i... leczyć.

*Patrycja PROC
dr n. med., specjalista
stomatologii dziecięcej*

Źródła: <https://eurlex.europa.eu/legalcontent/PL/TXT/PDF/?uri=CELEX:32017R0852&from=EN>; www.infodent24.pl

* * *

Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2017/852 z 17 maja 2017 r. w sprawie rtęci, uchylające rozporządzenie (WE) nr 1102/2008 – Artykuł 10 (pełne brzmienie)

Od dnia 1 stycznia 2019 r. amalgamat stomatologiczny stosuje się wyłącznie w formie kapsułkowanej w odmierzonej dawce. Zakazuje się stosowania przez lekarzy dentyistów rtęci w formie niekapsułkowanej.

Od dnia 1 lipca 2018 r. amalgamatu stomatologicznego nie można stosować w leczeniu zębów mlecznych, w leczeniu stomatologicznym dzieci w wieku poniżej 15 lat oraz kobiet ciężarnych lub karmiących, z wyjątkiem sytuacji, w których lekarz dentyista uzna to za absolutnie niezbędne z uwagi na szczególne potrzeby medyczne pacjenta.

Do dnia 1 lipca 2019 r. każde państwo członkowskie opracuje krajowy plan dotyczący środków, jakie zamierza wdrożyć w celu stopniowego ograniczania stosowania amalgamatu stomatologicznego. Państwa członkowskie publicznie udostępniają w Internecie swoje krajowe plany oraz przekazują je Komisji w ciągu miesiąca od ich przyjęcia.

Od dnia 1 stycznia 2019 r. podmioty prowadzące gabinety stomatologiczne, w których stosowany jest amalgamat stomatologiczny lub w których usuwane są wypełnienia z amalgamatu stomatologicznego, lub zęby zawierające takie wypełnienia, zapewniają wyposażenie swoich gabinetów w separatory amalgamatu do celów zatrzymywania i zbierania cząstek amalgamatu, w tym również cząstek znajdujących się w zużytej wodzie.

Podmioty te zapewniają, aby:

- separatory amalgamatu, wprowadzone do użytku od dnia 1 stycznia 2018 r., zatrzymywały co najmniej 95% cząstek amalgamatu;
- od dnia 1 stycznia 2021 r. wszystkie separatory amalgamatu, będące w użyciu, zatrzymywały cząstki amalgamatu na poziomie określonym w lit. a).

Separatory amalgamatu muszą być konserwowane zgodnie z instrukcjami producenta, aby zapewnić najwyższy wykonalny poziom zatrzymania amalgamatu.

Kapsułki i separatory amalgamatu, które są zgodne z normami europejskimi lub z innymi krajowymi, lub międzynarodowymi normami, zapewniającymi równoważny poziom jakości i zatrzymywania cząstek amalgamatu, uważa się za spełniające wymogi określone w ust. 1 i 4.

Lekarze dentyści zapewniają, aby ich odpadami amalgamatu, w tym również jego pozostałościami w postaci cząstek, usuniętych wypełnień zębowych lub części zębów zanieczyszczonych amalgamatem, zajmował się i dokonywał ich zbiórki upoważniony do tego zakład lub przedsiębiorstwo specjalizujące się w gospodarowaniu odpadami.

Lekarze dentyści w żadnym przypadku nie mogą uwalniać – bezpośrednio lub pośrednio – takich odpadów amalgamatu do środowiska”.

(przedruk z „Panaceum” nr 9/18)

LEKARZE EMERYCI RATUJĄ SYSTEM PRZED KADROWĄ KATASTROFĄ

Według danych Naczelnej Izby Lekarskiej (z maja br.) czynnych zawodowo jest w Polsce lekarzy 134.865 oraz 36.513 lekarzy dentystów. Z tej liczby 33.683 lekarzy i 7.311 lekarzy dentystów osiągnęło już wiek emerytalny. Gdyby rzeczywiście udali się na zasłużony odpoczynek, mielibyśmy do czynienia z prawdziwym dramatem w każdym ogniwie systemu – POZ, AOS i szpitalnictwie.

Jeśli do tych liczb dodać, że lekarzy aktywnych zawodowo, którzy w ciągu najbliższych kilku lat wkroczą w wiek emerytalny, jest obecnie blisko 15 tys., a wykonujących zawód lekarza dentysty niemal 3 tys., będziemy mieli pełny obraz tego, co nas czeka. Nietrudno sobie wyobrazić brak w systemie prawie 50 tys. lekarzy i ponad 10 tys. – lekarzy dentystów, których zaledwie część może zastąpić nowo wykształcona kadra.

Dlatego Naczelna Izba Lekarska coraz głośniejszymi alarmuje, że lekarze są coraz starsi i niebawem kulejący system może stać się jeszcze bardziej niewydolny. I nie pomoże nawet dosypywanie pieniędzy, aby go usprawnić.

Lekarze powyżej 60. roku życia

Według danych z listopada 2017 r. liczba aktywnych lekarzy, którzy mieli od 60 do 65 lat to 22.249. Tych, którzy osiągnęli wiek od 66 do 70 lat było 13.656, natomiast tych aktywnych zawodowo powyżej 70. roku życia było 19.199. Oczywiście te dane są dynamiczne i z oczywistych względów się zmieniają.

Według danych uzyskanych z Ministerstwa Zdrowia najwięcej ilościowo lekarzy powyżej 60. roku życia jest w województwie mazowieckim i śląskim. To wiąże się także z tym, że tamtejsze Okręgowe Izby Lekarskie zrzeszają największą liczbę członków (OIL w Warszawie – 21.824, OIL w Katowicach -12.920). W województwie mazowieckim prawie 17,5% to ci, którzy ukończyli 60. rok życia, w śląskim – 11,4%. Za tymi liderami plasują się województwa, których okręgowe izby również zrzeszają powyżej 10 tys. lekarzy – wielkopolskie (7,99%), dolnośląskie (7,99%) i małopolskie (9,52%).

W jakich specjalizacjach?

Sytuacja jest jeszcze trudniejsza, jeśli przyjrzymy się strukturze wieku lekarzy w poszczególnych specjalizacjach. – W chirurgii ogólnej, pediatrii oraz w położnictwie i ginekologii blisko 40% lekarek i 25% lekarzy nadal wykonujących zawód wkroczyło w wiek emerytalny. Niekorzystną strukturę wiekową obserwujemy też w dziedzinie chorób wewnętrznych oraz w anestezjologii i intensywnej terapii. W obydwu tych specjalnościach lekarki w wieku emerytalnym wykonujące zawód stanowią ok. 30% ogółu, a lekarze blisko 20% – informuje nas Mo-

nika Bala z biura rzecznika prasowego Naczelnej Izby Lekarskiej.

Zatem najwięcej lekarzy po przejściu na emeryturę wykonuje zawód w specjalnościach: choroby wewnętrzne, pediatria, chirurgia ogólna, położnictwo i ginekologia, medycyna rodzinna, anestezjologia i intensywna terapia. W specjalnościach dentystycznych są to przede wszystkim lekarze dentyści ze specjalizacją stomatologia zachowawcza z endodoncją.

Według cytowanych już wcześniej danych z listopada 2017 r. lekarzy powyżej 60. roku życia – specjalistów z zakresu chorób wewnętrznych i z pierwszym stopniem specjalizacji w tej dziedzinie – jest 9.144 i aż ponad półtora tysiąca ukończyło już 70 lat. W pediatrii po „sześćdziesiątce” jest 6.108 lekarzy (965 jest po 70. roku życia), w chirurgii ogólnej – 3.473, w zakresie położnictwa i ginekologii – 3.228, anestezjologii i intensywnej terapii – 2.042. Wśród lekarzy dentystów specjalistów i tych z pierwszym stopniem specjalizacji w stomatologii zachowawczej z endodoncją po 60. roku życia jest 3.759 osób.

Z kolei najmniej lekarzy po przejściu na emeryturę wykonuje zawód w specjalnościach: endokrynologia i diabetologia dziecięca, endokrynologia ginekologiczna i rozrodczość, medycyna morska oraz pediatria metaboliczna. To właściwie tylko jednostkowe przypadki. W specjalizacjach takich jak oświata zdrowotna, fizjologia kliniczna czy higiena są jeszcze osoby, które wykonują swój zawód, lecz szkolenie specjalizacyjne w tych dziedzinach już się nie odbywa z powodu wprowadzonych zmian w programach specjalizacji.

Dlaczego pracują na emeryturze?

Co jest powodem podejmowania pracy przez lekarzy po osiągnięciu wieku emerytalnego? W jakiej mierze jest to chęć pozostawania aktywnym zawodowo, a w jakiej konieczność spowodowana warunkami ekonomicznymi?

– Część lekarzy pozostaje w zawodzie po przekroczeniu wieku emerytalnego z przyczyn finansowych, u innych dominuje potrzeba dzielenia się wiedzą i doświadczeniem z młodszymi kolegami. Jeszcze inni wiedzą, że ich odejście na emeryturę wiązałoby się z poważnymi problemami organizacyjnymi w dotychczasowym miejscu pracy. Niektórzy też, przyzwyczajeni do pracy po kilkanaście godzin dziennie, boją się braku zajęcia albo samotności. Motywacji jest tyle, ilu lekarzy i lekarzy dentystów – mówi Jerzy Friediger, członek prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej.

– Aktywni zawodowo lekarze w wieku emerytalnym stanowią obecnie 25% wszystkich lekarzy wykonujących

zawód. Nadal pracujący lekarze dentyści w wieku emerytalnym stanowią 20% wszystkich stomatologów wykonujących zawód. W przypadku specjalistów proporcje te będą jeszcze bardziej niepokojące, a liczba lekarzy i lekarzy dentyistów ze specjalizacją w wieku emerytalnym i nadal wykonujących zawód może sięgać trzydziestokilku procent. Nietrudno sobie wyobrazić, że zbiorowa rezygnacja tych osób z pracy wiązałaby się z katastrofą kadrową w całej ochronie zdrowia i tym samym – ogromnymi problemami dla pacjentów – dodaje.

Jak zapewnić odpowiednią liczbę lekarzy?

Jak zapewnia resort zdrowia, podejmowanych jest wiele działań, które mają na celu zapewnienie odpowiedniej liczby lekarzy, w tym specjalistów w Polsce. – *Wielokierunkowe działania związane są z zapewnieniem potrzeb kadr medycznych, co przekłada się na odpowiedni rozdział szkoleniowych miejsc specjalizacyjnych w trybie rezydentury (Ministerstwo Zdrowia co roku zwiększa liczbę miejsc rezydenckich), jak również ze zwiększaniem liczby uczelni, a co za tym idzie – limitów przyjęć na studia na kierunku lekarskim* – tłumaczy Krzysztof Jakubiak, dyrektor Biura Prasy i Promocji w MZ.

Jak przekonuje przedstawiciel resortu, minister zdrowia podejmuje liczne działania mające na celu wykształcenie odpowiedniej liczby lekarzy posiadających jednocześnie kompetencje niezbędne do zagwarantowania właściwej opieki medycznej pacjentom.

– *To między innymi wzrost finansowania służby zdrowia, podniesienie atrakcyjności procesu szkolenia specjalizacyjnego, uznanie części dziedzin za priorytetowe, przyznawanie wyższego wynagrodzenia zasadniczego lekarzom, którzy podejmą specjalizację z dziedzin priorytetowych, przyznawanie miejsc rezydenckich, dodatkowe umowy lojalnościowe dla lekarzy, którzy zobowiążą się do pracy w Polsce po zakończeniu specjalizacji* – wylicza Jakubiak.

Jego zdaniem od 2010 r. obserwowany jest trend wzrostowy liczby lekarzy. Z przedstawionych przez resort danych wynika, że wykonujących zawód lekarza i lekarza dentyisty jest – w porównaniu ze stanem z ostatniego dnia grudnia 2010 r. na dzień ostatniego grudnia ubiegłego roku – o 14.708 więcej. Pozostaje tylko pytanie – skoro jest tak dobrze, to dlaczego jest tak źle?

Daniel KUOPAS

(przedruk z „Rynku Zdrowia” nr 9-10/18)

MARUDERZY I LIDERZY JEDNYM GŁOSEM: LEPIEJ ZACHĘCAĆ DO E-ZWOLNIEŃ NIŻ PRZYMUSZAĆ

Już raz przesunięto termin przejścia papierowych zwolnień do historii. Choć niektóre regiony całkiem nieźle radzą sobie z przechodzeniem na e-zwolnienia, to lekarze wciąż są sceptyczni co do sposobu wprowadzania zmian i wymogu obligatoryjności. Czy tym razem się uda?

Przypomnijmy, że w czerwcu br. prezydent podpisał ustawę wydłużającą okres, w którym możliwe jest wystawianie zaświadczeń o czasowej niezdolności do pracy także w formie papierowej, z 30 czerwca do 30 listopada 2018 r. To efekt sprzeciwu środowiska lekarskiego wobec tak szybkiego, pierwotnego terminu wdrożenia reformy. Nie wycofano się jednak z wymogu obligatoryjnego wystawiania zwolnień lekarskich tylko w formie elektronicznej, co nadal budzi wątpliwości lekarzy.

Gdzie najlepiej, a gdzie najgorzej?

Mimo wszystko coraz więcej lekarzy wypisuje zwolnienia elektronicznie. Jak poinformowała prezes ZUS Gertruda Uścińska, część oddziałów ZUS wysyła w tej formie nawet 50–60% zwolnień, ale są też i takie regiony, w których prawie w ogóle nie stosuje się wersji elektronicznej.

Jakie regiony radzą sobie najlepiej, a które najgorzej i dlaczego tym pierwszym udaje się szybciej przestawiać

na e-zwolnienia. Generalnie, jak informuje nas ZUS, już 37,9 tys. lekarzy wystawiło przynajmniej jedno e-ZLA, co stanowi 26% lekarzy upoważnionych do wystawiania zaświadczeń lekarskich (stan na połowę lipca 2018 r.). W formie elektronicznej wystawia się już około 35% wszystkich zwolnień.

Najwięcej e-zwolnień w lipcu wystawiono w Słupsku – ponad 60%, Koszalinie – ponad 53%, Jaśle – ponad 54%. Najmniej w Częstochowie – 20%, Ostrowie Wielkopolskim – 13,6%, Rzeszowie – 20%.

Słupski szpital liderem

Już w kwietniu br. województwo pomorskie było na pierwszym miejscu w kraju pod względem liczby wystawionych zwolnień w postaci elektronicznej. Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Słupsku ciągle zaś zajmuje pierwsze miejsce wśród publicznych szpitali w kraju pod względem liczby wystawionych e-ZLA. Niemal 100% lekarzy z tej placówki wypisuje już zwolnienia w postaci elektronicznej.

– *Dlaczego u nas jest tak dobrze? Dlatego, że świetnie nam się współpracowało z urzędnikami słupskiego ZUS-u, którzy najpierw prowadzili szkolenia ogólne dla lekarzy, a następnie szkolenia indywidualne na oddziałach. Potem także byli do dyspozycji lekarzy i odpowiadali na każde pytanie, rozwiewali na bieżąco wszelkie wątpliwo-*

ści – mówi „Rynkowi Zdrowia” Monika Zacharzewska, rzeczniczka WSS w Słupsku.

Jak wyjaśnia, ważna też była dobrze rozwinięta infrastruktura i zaangażowanie lekarzy, którzy wiedzieli, że wejście w życie e-ZLA jest prędzej czy później nieuniknione, więc trzeba po prostu wykorzystać oferowane możliwości.

Dlaczego Pomorze góruje?

Jak przedstawiciele regionu tłumaczą przewagę województwa pomorskiego nad innymi? – *Po pierwsze, wydaje mi się, że na tle innych województw nasze podmioty od dawna są raczej ponadprzeciętnie zinformatywowane i zaawansowane technologicznie* – wskazuje dr Andrzej Zapaśnik, członek Okręgowej Rady Lekarskiej w Gdańsku.

Wskazuje też na znaczenie struktury i wielkości podmiotów w regionie. – *Nawet dane NFZ pokazują, że przychodnie na Pomorzu mają średnio większą liczbę pacjentów na jedną placówkę niż w innych województwach, więc to są większe jednostki, zwłaszcza w Trójmieście. Jest stonkowo mniej indywidualnych praktyk lekarza rodzinnego niż w innych regionach* – wylicza dr Zapaśnik.

Taka struktura może sprzyjać temu, że jest łatwiej dostosować się do zmian. – *Małe placówki mają oczywiście swoje plusy, ale często nie mają takich możliwości dostosowawczych do szybkich zmian technologicznych. Często to są ludzie starsi, w wieku przedemerytalnym albo wręcz emerytalnym, którzy mają w ogóle jeszcze problemy z używaniem komputerów* – wskazuje Andrzej Zapaśnik.

Na pewno też są województwa, gdzie średnia wieku lekarzy jest dużo wyższa, co też może być przyczyną przewagi Pomorza.

Mniejsze jednostki na Podlasiu

Z drugiej strony np. w województwie podlaskim wystawia e-zwolnienia jedynie ok. 15% lekarzy, czyli znacznie poniżej średniej. Jak przyznaje dr Włodzimierz Bołtruczuk, przewodniczący podlaskiego oddziału Porozumienia Zielonogórskiego, miejscowe jednostki POZ oraz AOS faktycznie działają w formie wielu małych podmiotów, z powodu innych warunków niż w woj. pomorskim, m.in. braku tak dużego ośrodka miejskiego. – *W rozległym terenie, jak w większości na Podlasiu, małe placówki są jedynymi, które mogą działać* – zaznacza.

Dr Bołtruczuk nie zgadza się natomiast z tezą, że doświadczenie małe upowszechnienie e-zwolnień na Podlasiu ma związek ze słabym poziomem technologicznym placówek. W jego opinii, zadanie wyznaczone przez polityków i urzędników jest jak najbardziej do zrealizowania, natomiast to, że podlascy lekarze na razie w niewielkim stopniu korzystają z tego elektronicznego narzędzia, wynika po prostu z podstawowych i systemowych błędów we wdrażaniu zmian.

„Karygodne” wprowadzanie zmian

Jakie to błędy? Przede wszystkim przymusowy charakter wdrażania tego rozwiązania. – *ZUS „zachęca” przymuszaniem. Chodzi o to, żeby tego przymuszania jednak nie było. Lekarze nie lubią, jak się im coś każe. Siłowo nie powinno się tego problemu rozwiązywać, tylko poprzez zachęty* – wskazuje Andrzej Zapaśnik.

Zgadza się z tym dr Włodzimierz Bołtruczuk, który uważa wdrożenie e-zwolnień za potrzebne, ale sposób wprowadzania zmian za „karygodny”. Stowarzyszenia lekarzy rodzinnych skarżą się np. na nękanie ich notorycznymi wezwaniami do rozliczania się z pobranych druczków ZUS ZLA, uporczywym wzywaniem lekarzy na tzw. szkolenia z zakresu e-zwolnień oraz domaganiem się ich przeprowadzenia na terenie przychodni.

– *Aby ta zmiana była sensownie przeprowadzona, musi się wiązać z jakąś korzyścią dla lekarza. Jeśli powie mi się, że dzięki temu ZUS zaoszczędzi – jaka to korzyść dla niego? Korzyścią powinna być po prostu gratyfikacja dla używających tego narzędzia. Dlatego, że to w normalny sposób zachęca niezdecydowanych i zaczyna przekonywać tych, którzy na początku byli przeciwni. To jest dźwignia pozytywnego wpływu na zmianę* – przekonuje przewodniczący podlaskiego oddziału Porozumienia Zielonogórskiego.

Andrzej Zapaśnik mówi wprost o tym, że lekarze wypisują ZUS-owi zwolnienia lekarskie za darmo. – *Nie dostajemy złamanego grosza za to, z naszego punktu widzenia, obciążenie biurokratyczne. Wystarczyłoby parę groszy zachęty za przejście na system informatyczny i prawie wszyscy by tak zrobili. Jestem przekonany, że zachęty będą bardziej skuteczne niż przymus, który się nie uda* – stwierdza,

Papier też musi pozostać

Druga zasadnicza kwestia ważna dla lekarzy to fakultatywność wystawiania e-zwolnień. – *Uważamy, że nawet jeżeli umiemy sobie poradzić z tym wyzwaniem na co dzień, to musimy mieć zabezpieczenie w stanach awaryjnych, czyli możliwość wypełniania zwolnień w formie papierowej. Zdarzają się różne sytuacje, chociażby awarie sprzętu, Internetu czy przerwy w dostawach prądu – dlatego muszą być alternatywne sposoby wypełniania zwolnień, żeby to nie dezorganizowało pracy* – przekonuje dr Andrzej Zapaśnik.

Wskazuje na doświadczenie innych krajów, np. Niemiec, w których pozostało, oprócz elektronicznego, także papierowe wypisywanie zwolnień. – *Już sam fakt, że powiedzmy elektronicznie będzie wypełniane docelowo około 90% zwolnień, to dla ZUS-u duży zysk. Z kolei dążenie do maksymalizacji efektu czasami może przynieść gorsze rezultaty niż sama optymalizacja* – stwierdza Zapaśnik.

Jak podkreśla dr Włodzimierz Bołtruczuk, ważne jest, aby zmiana dotarła również do tych, którzy są sceptyczni. Z jakich powodów nie są przekonani? Bo nie są do tego

przyswyczałeni, pracują w takich miejscach, w których dostęp do infrastruktury jest dosyć ograniczony, wiek części lekarzy jest po prostu już emerytalny i niektórzy obawiają się, że sobie nie poradzą itd.

Dla tych, którzy sobie nie radzą

– *W systemie zawsze musi być też zabezpieczenie dla tych, którzy sobie nie radzą. Po prostu jest takie niebezpieczeństwo, że ci starsi lekarze, często pracujący w wieku emerytalnym, nawet po 70. roku życia (znam takie przychodnie, gdzie pracują sami emeryci), jak zostaną zmuszeni do pracy na komputerze, to po prostu odejdą na zasłużoną emeryturę. I w ogóle nie będzie komu tych pacjentów przyjmować. To są poważne problemy Polski peryferyjnej* – potwierdza dr Zapaśnik.

Czy w tej sytuacji pomoże przyjęty przez rząd projekt wprowadzenia umocowanego przez lekarza asy-

stenta medycznego, który mógłby wystawiać m.in. e-zwolnienia od 1 października 2018 r.? Być może tak, ale lekarze rodzinni wskazują na trudności związane z przeszkoleniem i finansowaniem zatrudnienia asystenta medycznego.

Podsumowując, postulaty środowiska lekarskiego sprowadzałyby się więc w rzeczywistości do zgody na dwa równoległe systemy? – *Tak, ale jeżeli system informatyczny jest sprawny, to zwolnienie można dużo szybciej wypełnić w systemie elektronicznym niż papierowym, zwłaszcza jeśli będą to jeszcze robiły rejestratorki czy asystenci. Każdy rozsądny człowiek przejdzie więc na system informatyczny, a system papierowy pozostałby na sytuacje awaryjne* – mówi dr Andrzej Zapaśnik.

Daniel KUROPAS

(przedruk z „Rynku Zdrowia” nr 9-10/18)

MUSZĘ, CZY CHCĘ, CZYLI O WYPALENIU ZAWODOWYM TROCHĘ INACZEJ

Pewnego razu spotkało się dwóch Panów, jeden miał na imię Budda, a drugi Bóg. Panowie toczyli ze sobą miłą filozoficzną pogawędkę, w wyniku której Budda zapytał Boga: powiedz proszę co uważasz za najcenniejszą rzecz, którą dałeś ludziom od siebie? Wolną wolę – odpowiedział bez zastanowienia Bóg. A co uważasz, że ludzie robią najgorszego przeciwko tobie, drążył Budda. Nie korzystają z wolnej woli – odpowiedział równie szybko Bóg.

Jedną z najcenniejszych dla mnie rzeczy, która wiś nad moim biurkiem, jest namalowana kartka z Kazimierza Dolnego z napisem „Przyszłość”. Dostałam ją od młodych lekarzy po szkoleniu zorganizowanym specjalnie dla nich przez NIL. W środku napisali: „Dziękujemy bardzo za uświadomienie nam, że wybór zawsze należy do nas...”. Jest cenna, ponieważ mam nadzieję, że dzięki temu przynajmniej kilkunastu lekarzy ma szansę uchronić się przed wypaleniem zawodowym. Jest też bliska mojemu sercu, bo za chwilę moja córka kończy medycynę i wpadnie w system, który delikatnie mówiąc, do najzdrowszych nie należy. Więc po prostu, po matczynemu się boję.

Wypalenie zawodowe dotyczy dużo częściej tych, którzy wybrali pracę z ludźmi, gdzie podstawową rolę, oprócz ogromnej wiedzy, odgrywają umiejętności społeczne, bliski kontakt interpersonalny oraz konieczność zaangażowania i wymiany emocjonalnej.

Paradoksalnie, dotyka tym wcześniej i mocniej, im bardziej byli zaangażowani i oddani swojej pracy. Lekarze są zatem w doborowym towarzystwie.

W efekcie tego zjawiska praca o wysokim statusie społecznym, stawiająca ambitne wyzwania staje się nieprzyjemna i przestaje dawać satysfakcję. Zapał zamienia się

w chroniczne zmęczenie i wyczerpanie, zaangażowanie w relacjach z drugim człowiekiem przechodzi w niechęć, cynizm i wrogość, a skuteczność – w poczucie własnej niekompetencji i obniżoną samoocenę. Jedną z uczestniczek szkolenia w NIL sama się przeraziła, gdy na pytanie „jak się czuje?” odparła z kamienną twarzą „zupełnie dobrze, tylko chciałabym zlikwidować wszystkich ludzi wokół mnie”.

Szczęście w nieszczęściu polega na tym, że proces wypalenia zawodowego jest długotrwały i jeśli przerazają cię jego konsekwencje, to jest zawsze czas, żeby coś z tym zrobić – jeśli chcesz. Właśnie na tym polega wolna wola. Masz wybór.

Chcąc utrzymać się w nurcie artykułów o wypaleniu zawodowym powinnam przytoczyć teraz szereg rad, co robić żeby się nie wypalić: oddzielić pracę od życia osobistego, znaleźć sobie odskocznik w postaci hobby, poświęcać pół godziny dziennie tylko sobie, zachowywać się asertywnie w stosunku do pacjentów i kolegów z zespołu, pracować w jednym miejscu zamiast w trzech, brać mniej dyżurów, być aktywnym fizycznie, mieć czas dla przyjaciół, dbać o racjonalne odżywianie. To wszystko prawda. Każda z tych rzeczy skutecznie przeciwdziała wypaleniu zawodowemu, a jeszcze lepiej wszystkie na raz. Tylko jak to zrobić?

Sama wiem, że wcale nie jest łatwo. Szczególnie wtedy, kiedy zaczynam myśleć, że coś „muszę”. Słowo „muszę” jest okropnie demotywujące i negatywne. Kojarzy się z powinnością i przymusem, a gdzie zaczyna się przymus, tam kończy się przyjemność.

Negatywny wydźwięk słowa „muszę” pokutuje w nas od dzieciństwa, gdy nauczyciele, rodzice i inni ludzie mó-

► wili nam: „*musisz to zrobić, bo inaczej...*”, „*musisz się tego nauczyć, bo jak nie to...*”, „*musisz iść do szkoły, bo...*”. Spodziewaliśmy się nieprzyjemnych konsekwencji i najczęściej kary. Dzisiaj, w rezultacie, każde „muszę” zniechęca nas do działania. Przymus to nic przyjemnego. Każde działanie po „muszę” zaczyna więc wywoływać stres i poczucie osaczenia.

Na przeciwnym biegunie emocjonalnym stoi słowo „chcę”. Już samo słowo „chcę” wywołuje uczucie motywacji, przyjemności, oczekiwania. To czego „chcemy” mówi o rzeczach, których faktycznie pragniemy, o których marzymy i do których dążymy oczekując na nagrodę i spełnienie.

Na szkoleniach niestety bardzo często słyszę od lekarzy słowo „muszę”. „*Muszę brać więcej dyżurów, bo muszę kupić dziecku mieszkanie*”, „*muszę przyjmować więcej pacjentów, bo tego wymaga ode mnie mój szef*”, „*muszę jeździć na konferencje, bo nikt inny w oddziale nie chce*” i moje ulubione – „*muszę odpocząć, tylko jakoś w ogóle nie mogę się do tego zabrać*” i tak dalej.

A przecież, moim zdaniem, niczego w życiu nie musimy. Mamy wolną wolę i wszystko co robimy, robimy ponieważ chcemy tak robić. Nawet jeśli ktoś każe ci lub prosi o przyjęcie jeszcze jednego pacjenta mimo, że jest po 15 i skończyłaś już pracę, nie musisz tego robić. Jeśli to zrobisz, to dlatego, że chcesz mieć dobre relacje z tą osobą albo chcesz mieć święty spokój, albo chcesz przyjmując tego pacjenta z innego, ważnego dla siebie powodu. Jeśli bierzesz za kogoś dodatkowy dyżur, to chcesz być na przykład w zgodzie ze swoją wartością, która nazywa się lojalność. Bo jeśli ty go nie weźmiesz, będzie go musiał wziąć jakiś zmęczony kolega lub koleżanka. A jak nie znajdzie się już zupełnie nikt, to pacjenci zostaną bez lekarza. Chęć jest zawsze, nawet jeśli nazywasz ją przymusem. Każde działanie, za które się bierzesz wynika z Twojej chęci. To wybór dokonany na podstawie ważnych dla ciebie powodów, aktualnych przekonań i wartości. Myślę, że życie w zgodzie z własnymi przekonaniami i wartościami jest raczej powodem do dumy oraz satysfakcji niż frustracji.

Można technicznym zabiegiem zmieniać swoje nastawienie emocjonalne do codziennych czynności i zwiększać prawdopodobieństwo wprowadzenia zmian. Wystarczy mechanicznie zamienić słowo „muszę” na „chcę”. Ten prosty zabieg lingwistyczny pozwala zwiększyć efektywność i satysfakcję. Jednak żeby sprawdzić, czy działa, trzeba to zrobić (wybór, jak zwykle, należy do ciebie). Jednak technika, nawet jeśli przejdzie w nawyk, nie wprowadzi głębokiej zmiany. Ta wymaga zatrzymania się na chwilę, zajrzenia do wnętrza siebie i zadania strategicznego pytania: „*Co jest dla mnie najważniejsze?*” „*Bez czego w moim życiu będę odczuwać wieczny brak? Za czym tęsknić?*”

Bardzo rzadko zadajemy sobie takie pytanie. Co wcale nie oznacza, że nie wiemy. Czasem odpowiedź przy-

chodzi jakby nieproszona i bez pytania. Warto tylko sobie posłuchać.

Moja koleżanka, zapracowany lekarz rodzinny na dwóch etatach (była kierownikiem publicznej poradni i dorabiała w NZOZie) nagle, podczas przyjacielskiego spotkania, na które trzeba ją było długo namawiać, wyrzuciła z siebie, parafrazując Karpowicza: „*mam dość życia między dwoma przedrostkami – zapieprzam, żeby przepieprzać i nawet nie mam czasu przepieprzać! Tęsknię za mężem i psem, bo jak kończę w domu uzupełniać karty pacjentów, to oni już śpią! Tęsknię za domem na wsi, nie byłam tam od roku! Jestem pusta w środku i nie wiem już kim jestem!*” I się rozplakała.

Nie pytała, ale usłyszała. Dzisiaj pracuje tylko w NZOZie, jako zwykły, ale dla pacjentów niezwykle lekarz. Od marca do późnej jesieni przeprowadza się z mężem i psem na wieś, mimo, że dojazd do pracy zajmuje jej półtorej godziny. I nadal ma co „przepieprzać” jeśli ma na to ochotę.

Mam też znajomego, który jedną trzecią życia zawodowego był chirurgiem dziecięcym. I tę jedną trzecią życia bez przerwy narzekał na pracę. Tylko dzieci oszczędzał i dla nich zachowywał resztki uśmiechu. Reszta lekarzy i pielęgniarek omijała go szerokim łukiem, nie wyłączając szefa oddziału. Między dyżurami zrobił doktorat, ale to też nie przyniosło satysfakcji. Coraz bardziej sfrustrowany i rozdrażniony, tym bardziej, że zawsze chciał być lekarzem, zaczął sobie zadawać pytanie: o co mu chodzi? Czego potrzebuje, żeby nadal robić to, co kiedyś sprawiało mu frajdę? Znalezienie odpowiedzi zajęło mu rok. To, czego nie był w stanie znieść, to konieczność dopasowania się do reszty zespołu, wymagań szefa, organizacji pracy. Miał potrzebę bycia sterem, okrętem, żeglarzem. Zmienił specjalizację. Jest wziętym psychiatrą z własnym gabinetem, który funkcjonuje tak, jak chce i gdzie wszystko zależy od jego decyzji.

Ostatnio przeczytałam z dużą zachłannością drugą część „Małych Bogów – czyli jak umierają Polacy” Pawła Reszki. Tym razem na książkę składają się notatki z dyżurów autora w karetce pogotowia, opowieści o tym, co widział w szpitalnych oddziałach ratunkowych oraz zapiski z rozmów z ratownikami medycznymi i lekarzami – od początkujących rezydentów po ordynatorów. Jest mowa o wypaleniu zawodowym, ale i o wyborach w zgodzie ze sobą, które temu zapobiegają. Pozwolę sobie przytoczyć jedną z rozmów, z lekarzką, którą autor opisuje tak: „z wyglądu bardzo delikatna, zadbana, ubrana z gustem, hipnotyzująca rozmową, bardziej pasowała do wielkiej kliniki, wykrochmalonego fartucha, stetoskopu, sznura zachwyconych studentów niż karetki i SOR-u”.

„– Dlaczego pani się zdecydowała na te karetki i SOR?”

– *Gdzie indziej bym się po prostu udusiła. Ja nie cierpię statyki w życiu. Jak wszystko jest przewidywalne, to mnie*

zabija. Próbowałam spokoju. Chyba bardziej dla moich rodziców. Oni w ogóle byli bardzo niechętni mojemu pójściu na medycynę. Skoro się uparłam, usłyszałam: „Trudno, ale lekarz powinien mieć gabinet, a nie wycierać się po karetkach”. Próbowałam pracy w szpitalu na normalnym oddziale. Piątego dnia pracy po południu wróciłam do domu. Rąbnęłam drzwiami.

– Znowu? – pyta mąż.

– Znowu, i to już ostatni raz.

– Dlaczego?

– Bo złożyłam wypowiedzenie.

I to było pięć dni, które mi wystarczyło i pozwoliło wrócić do pierwotnych planów, czyli do medycyny ratunkowej”.

Kiedy prowadzę szkolenia dla lekarzy o wypaleniu zawodowym i piszę ten artykuł, mam w pamięci ważne dla mnie słowa Alvina Tofflera przytaczane w książce Jacka Żakowskiego „Trwoga i nadzieja”, a odnoszące się do dzisiejszych czasów: „Żeby wytrwać wewnątrz systemu, który zmienia się coraz szybciej, i żeby się całkiem wędzie nie zatracić i wypalić, trzeba mieć niezwykle silną kotwicę fundamentalnych wartości, jasną świadomość, co

dla nas jest naprawdę istotne, czego tak naprawdę oczekujemy od życia, od siebie, od innych”.

Z dużą dozą prawdopodobieństwa mogę przypuszczać, znam to ze szkoleń, że część z czytających zaczyna teraz myśleć: „No tak, jak się ma już specjalizację, jak się ma doktorat, zaplecze w postaci męża, albo było kierownikiem poradni, to można wszystko zmieniać. Ja nie mogę, bo muszę...”

No cóż, jeśli tak jest, to proponuję wrócić do góry artykułu, do różnicy między „muszę”, a „chcę” – to tylko 27 zdań z całego tekstu. A potem choć od czasu do czasu, między decyzjami o kolejnych dyżurach, odpowiedzieć sobie na pytanie: dlaczego czegoś chcę, dlaczego coś robię, na ile to jest ważne?

Jesteś dla siebie ostatecznym autorytetem w kwestii własnych priorytetów. Jesteś wolnym człowiekiem. Nie pozwól stale kraść sobie czasu na życie, (choć dawaj go komu chcesz).

Elżbieta KOWALSKA

Psycholog

(przedruk z „Meritum” nr 3/18)

PŁOTY

Jak Polska długa i szeroka, cała podzielona jest płotami – są drewniane, z siatki i betonowe, zależnie od inwencji i zamożności naszych rodaków, która nie ma sobie równych. Śpiewaną u schyłku poprzedniego systemu ustrojowego piosenkę Jacka Kaczmarskiego: „A mury runą, runą, runą”, można by dziś zakończyć metaforą: „i odkryją nowy świat”. Nie znajduje to jednak odbicia w naszej rzeczywistości – ogrodzeń przybywa, a im bogatszy obywatel, tym wymyślniejszy jego płot. Na pocieszenie pozostaje pierwiastek ekologiczny; wszak coraz częściej ogrodzenia pokrywa zielony bluszcz.

„Sami swoi” i Pawlak, zapraszający Kargula „do płota” ze słowami: „podchodź, jako i ja podchodzę”, pozostaje nadal prawdopodobnym symbolem stanu gotowości naszych rodaków do prowadzenia dialogu. Niestety, porozumiewanie się przez płot od lat charakteryzuje rozmowy między władzami izb lekarskich i władzami państwowymi, co w efekcie nie przynosi spodziewanego rezultatu. Domniemywać należy, że wyścig w grodzeniu każdego kawałka „ziemi”, przeobrażający się w wielu momentach w „konkurs piękności”, kto ładniejszy, bogatszy, silniejszy itd., oddaje stan naszej gotowości do obywatelskiego dialogu, a uzewnętrznieniem tejże są wołające zewsząd banery wyborcze.

W okresach przedwyborczych, a więc wtedy, kiedy decydujemy o wyborze naszych reprezentantów do samorządu terytorialnego (skala lokalna), Sejmu (skala państwowa) i Parlamentu Europejskiego (skala europejska), dyskusja obywatelska winna się zapewne aktywizować, ale też charakteryzować tolerancją, kulturą i merytorycz-

nością. Tymczasem strony, ścierające się obecnie w walce o pozycję w samorządach gminnych, miejskich, powiatowych i wojewódzkich, coraz dalej brną w obrzucaniu się inwektywami, opowiadaniu „bajek” o dokonaniach z przeszłości i czynieniu absurdalnych wręcz obietnic na przyszłość.

Nie da się ukryć, że sprawy ochrony zdrowia obywateli są niezwykle ważne i mogą mieć również duże znaczenie dla wyników wyborów, dlatego w ostatnim czasie wzrosła – jak się wydaje – aktywność Ministerstwa Zdrowia. Minister prof. Łukasz Szumowski, starając się burzyć występujące w ochronie zdrowia płoty, zapewnia, że do najbardziej palących wyzwań w tej dziedzinie, które już obecnie podlegają „dobrej zmianie”, ale nadal pozostaną w centrum uwagi aktualnie rządzących, należą: likwidacja kolejek do specjalistów oraz podniesienie pensji pracownikom placówek zdrowotnych. Mówienie na fali przedwyborczych obietnic, że w tych obszarach „będzie lepiej”, budzi niepokój lekarzy, którzy w ochronie zdrowia w Polsce funkcjonują prawie tyle lat, ile sobie liczy obecny minister. Sprawia bowiem wrażenie, iż – niestety – mentalnie nie docenia on problemów, z jakimi przyszło mu się zmierzyć, w tym zwłaszcza jeśli chodzi o problem wynagrodzeń w ochronie zdrowia, który jest bardziej skomplikowany, niż to się z pozoru wydaje.

Prowadzona w przedmiocie płac, przez kolejne ekipy rządzące, gra grupami zawodowymi, biorącymi udział w procesie świadczeń zdrowotnych, a zwłaszcza reprezentującymi ich związkami, doprowadziła w konsekwencji do powstania kominów placowych, podziałów personalnych

▶ i ogromnych niedoborów kadrowych. Wzrost nakładów na ochronę zdrowia nie zniweluje jednak idiotyzmów, polegających na nielogicznej wycenie pracy neurochirurga, torakochirurga, ortopedy i innych chirurgów, o anezjologu i instrumentariuszu nie mówiąc, stojących przy tym samym stole operacyjnym. W uczestniczącym w zabiegu zespole, różnice w zarobkach, osiąganych przez poszczególnych jego członków dochodzą niekiedy do dziesięciokrotności średniego wynagrodzenia.

Nie budzi chyba wątpliwości, że dwieście pięćdziesiąt tysięcy osób wykonujących zawód pielęgniarstwa w Polsce, czy kolejne tysiące ratowników, laborantów, fizjoterapeutów, sekretarek i innych zawodów medycznych, wspomagających lekarzy, mają pełne prawo do tego, by wykonując w sposób należyty swoje zawodowe obowiązki, otrzymywać godną płacę (czytaj: sprawiedliwą). Każdy obywatel w państwie, sprzedając swoją pracę, będzie się

bowiem czuł dobrze tylko wtedy, jeśli jego płaca swoją wysokością będzie odpowiadała poczuciu sprawiedliwości. Każde inne rozwiązanie budzi sprzeciw, a przypominajmy, że historycznie niesprawiedliwe wynagrodzenia za pracę najemną, różnie tłumaczone przez rządzących państwem decydentów, potrafiło nawet doprowadzić do zmian ustrojowych.

Nie budujmy zatem rozlicznych płotów – ani tych ubogich zardzewiałą siatką, ani „wypasionych” klinkierową cegłą, bo niewątpliwie ich zburzenie nie będzie łatwym przedsięwzięciem. W pierwszej kolejności skupmy się przy tym na „rozbrajaniu” płotów mentalnych i ideologicznych, zaczynając chociażby od rozebrania tego, który dzieli poglądy na szczepienia ochronne.

Fabian OBZEJTA

(przedruk z „Panaceum” nr 10/18)

PRAWO NA CO DZIEŃ

NOWE WYTYCZNE GŁÓWNEGO INSPEKTORA SANITARNEGO

W każdym gabinecie stomatologicznym kontrola przedstawicieli sanepidu wzbudza wiele emocji. Z ust do ust przekazywane są informacje, „co tym razem okazało się złe i co trzeba jeszcze zrobić”. Bezpośrednie potyczki pojedynczych lekarzy dentystów z urzędnikami przeniosły się ostatnio na nową płaszczyznę – korespondencji między Naczelną Izbą Lekarską a Głównym Inspektorem Sanitarnym. Wymiana pism wywiązała się jeszcze za czasów, gdy prezesem Naczelnej Rady Lekarskiej był dr n. med. Maciej Hamankiewicz, na skutek skierowanej do niego prośby o interwencję w sprawie nakazu wydanego przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Brzegu. Nakaz dotyczył zwiększenia częstości wykonywania testów biologicznych procesu sterylizacji w autoklawie z „raz na trzy miesiące” do „raz na tydzień”.

Przypomnijmy, że najczęściej stosowanym testem biologicznym w gabinetach lekarskich jest Sporal A, biologiczny wskaźnik kontroli procesu sterylizacji parą wodną w autoklawie. Ma on formę małego paska bibuły nasyczonego zawieszoną sporu szczepu *Geobacillus stearothermophilus* o zdolności do przejścia w formy wegetatywne. Po umieszczeniu paska w autoklawie przeprowadza się cykl sterylizacji, a następnie test dostarcza się do najbliższej stacji sanitarno-epidemiologicznej, gdzie prowadzona jest hodowla. Test jest inkubowany w temperaturze 56°C przez 7 dni; w przypadku, gdy sterylizacja jest skuteczna, bulion pozostaje klarowny.

W odpowiedzi na pismo prezesa NRL, Główny Inspektor Sanitarny (GIS) – Marek Posobkiewicz, przychylił się do opinii powiatowego inspektora z Brzegu, powołując się na wydane w 2017 r. „Ogólne wytyczne dla wszystkich podmiotów wykonujących procesy dekontaminacji [...]”. W tym miejscu warto wyjaśnić, że zgodnie z tymi wytycznymi, częstość wykonywania testów biologicznych, w przypadku sterylizacji w procesach z automatyczną rejestracją parametrów, zalecana jest „raz na tydzień”. Natomiast stare wytyczne GIS z 2011 r. zalecały wykonywanie takich testów „raz na kwartał” (dodajmy, że w Łódzkiem do 2017 r. sanepid wymagał wykonania takiego testu raz na miesiąc). Z kolei zalecana częstość wykonywania testów w przypadku sterylizacji w procesach bez automatycznej rejestracji parametrów pozostaje bez zmian, mianowicie – test należy umieścić „do każdego wsadu”.

Kontynuując sprawę, w lipcu 2018 r., GIS rozesłał pisma zawierające nowe wytyczne, do wszystkich Państwowych Wojewódzkich Inspektorów Sanitarnych. Konieczność zwiększenia częstości wykonywanych testów, umotywowaną załączoną pisemną opinią dr n. med. Grzegorza Juszczyka, dyrektora Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny.

W odpowiedzi na działania GIS, w sierpniu 2018 r., lek. dent. Andrzej Cisło, nowy wiceprezes NRL i przewodniczący Komisji Stomatologicznej NIL, wystosował do niego oficjalne pismo, w którym założeń zawarte

w „Ogólnych Wytycznych” z 2017 r., nazwał „*miejscami zbyt daleko idące i nie zawierające uzasadnienia*”. Podkreślił w nim, że:

- nie ma danych epidemiologicznych, wskazujących na konieczność aż tak drastycznego zwiększania kontroli procesu sterylizacji w autoklawach w gabinetach dentystycznych;
- decyzja inspektora nie została skonsultowana z innymi środowiskami w kraju, zajmującymi się problemami dekontaminacji w placówkach służby zdrowia;
- wykonanie testu wiąże się z oczekiwaniem na wzrost drobnoustrojów przez siedem dni, w związku z tym cotygodniowy wymóg wykonania takiego testu jest co najmniej kontrowersyjny i mocno dezorganizujący funkcjonowanie placówki;
- autoklaw jako wyrób medyczny posiada odpowiednie certyfikaty bezpieczeństwa i nie jest chyba rolą lekarza kontrolowanie jakości pracy urządzenia;
- wszystkie wyniki badań są ujęte w raporcie wewnętrznym placówki, a ewentualny wynik negatywny jest odnotowany w dokumentacji laboratorium.

Zwrócił ponadto uwagę na sprzeczność wytycznych Głównego Inspektora Sanitarnego, dotyczących przechowywania dokumentacji procesów dekontaminacji,

z ogólnymi zasadami określonymi w rozporządzeniu ministra zdrowia z listopada 2015 r. Zaznaczył również, że wprowadzone przez niego zmiany nie zostały jak dotąd uwzględnione w nowelizacji ustawy z 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń chorób zakaźnych u ludzi.

Trudno odpowiedzieć, gdzie jest granica, która pozwalałaby na całkowite wyeliminowanie ryzyka zakażenia. Niewątpliwie „troska” urzędników o zdrowie pacjenta zawsze będzie padała na podatny grunt. Jednak dla lekarzy dentystów nowe pomysły wiążą się nie tylko z dezorganizacją pracy, ale i dotkliwymi kosztami.

dr n. med. Patrycja PROC
specjalista stomatologii dziecięcej

PS. „Ogólne wytyczne dla wszystkich podmiotów wykonujących procesy dekontaminacji, w tym sterylizacji wyrobów medycznych i innych przedmiotów wielorazowego użytku, wykorzystywanych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych oraz innych czynności, podczas których może dojść do przeniesienia choroby zakaźnej lub zakażenia”, są dostępne pod adresem: <https://bit.ly/2pxvd0J>

Źródło: <https://bit.ly/2O9BptD>

(przedruk z „Panaceum” nr 10/18)

UMOWY NIEPOTRZEBNE

Lekarze wykonujący praktykę lekarską wyłącznie w zakładzie leczniczym na podstawie umowy z podmiotem leczniczym prowadzącym ten zakład nie muszą zawierać umów powierzenia przetwarzania danych osobowych. W związku z powtarzającymi się ostatnio przypadkami zobowiązania lekarzy zatrudnionych na kontrakcie do podpisywania umów powierzenia przetwarzania danych osobowych, informuję, że nie ma potrzeby podpisywania wyżej wymienionych umów.

Pomimo przetwarzania danych pacjentów w celach zdrowotnych, podmiot wykonujący działalność leczniczą nie może być zakwalifikowany jako administrator danych tych pacjentów, jeżeli nie jest prawnie obowiązany do prowadzenia przechowania i udostępniania dokumentacji medycznej, a także zapewnienia ochrony danych zawartych w tej dokumentacji, w sposób określony w art. 24 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta we własnym imieniu i na własny rachunek, lecz działa na rzecz innego podmiotu wykonującego działalność leczniczą. W szczególności administratorem

danych osobowych pacjentów nie jest osoba wykonująca zawód medyczny, prowadząca jednoosobową działalność gospodarczą, pozostająca w stosunku prawnym z innym podmiotem wykonującym działalność leczniczą, w zakresie w jakim wykonuje swoje zadania w ramach działalności leczniczej prowadzonej przez ten podmiot wykonujący działalność leczniczą w miejscu pobytu pacjenta, w tym lekarz prowadzący indywidualną bądź indywidualną specjalistyczną praktykę lekarską wyłącznie w zakładzie leczniczym na podstawie umowy z podmiotem leczniczym prowadzącym ten zakład. Z lekarzem zatrudnionym na podstawie kontraktu nie trzeba zawierać umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych. Powyższa zasada znalazła odzwierciedlenie w projekcie kodeksu branżowego dla podmiotów medycznych w zakresie ochrony danych osobowych (pkt 4.6.3 wersja z dnia 28.05.2018, www.rodowzdrowiu.pl).

mec. Dorota GODLEWSKA

(przedruk z „Medyka Beskidzkiego” nr 3/18)

TRANSPLANTOLOG O ŚMIERCI MÓZGU

Czy transplantolog może wypowiadać się na temat śmierci mózgu? To przecież domena neurologów, neurochirurgów, anestezjologów, a więc lekarzy praktyków, a koncepcja śmierci człowieka jest integralną częścią filozofii. To filozofia, „*umiłowanie mądrości*”, umiejscawia nas w realnym świecie. Filozofowie powinni mówić o koncepcji śmierci, anestezjolodzy i neurochirurdzy wypowiadać się o śmierci mózgu, ale myślę, że każdy lekarz, co więcej – każdy człowiek, może mówić o pewnych dylematach i wątpliwościach, a lekarz praktyk tym bardziej. Moje refleksje będą refleksjami bardzo osobistymi i jako takie proszę je traktować. Dwa dni temu miałem urodziny i pomyślałem sobie, że chciałbym, żeby spełniło się kilka moich życzeń, życzeń dotyczących transplantologii. Życzenia przekazujemy złotym rybkom, moje życzenia wyłożyłem więc mojej złotej rybce – nie była zachwycona, kiedy je usłyszała. Widocznie uważała je za dosyć trudne do spełnienia. Czego chciałbym w związku z tą dziedziną wiedzy i medycyny, której poświęciłem ostatnie 24 lata mojego życia, i którą pewnie będę się zajmował do jego końca?

Chciałbym, żeby politycy nie wykorzystywali transplantologii do swoich partykularnych celów politycznych, nawet jeżeli znajdują do tego formalne podstawy prawne. Wiele osób pamięta dramatyczną zapaść polskiej transplantologii i gwałtowny spadek liczby pobrań narządów, której nie jedynym, ale istotnym sprawcą był ówczesny minister sprawiedliwości i słynna konferencja prasowa. Wystarczyło kilka słów – być może efektownych, w świetle jupiterów, ale jakże krzywdzących – aby pośrednio przyczynić się do śmierci tych pacjentów, którzy zmarli, oczekując na przeszczep.

Chciałbym, aby nie łączyć koncepcji śmierci człowieka w efekcie śmierci mózgu i samej śmierci mózgu z transplantologią. Koncepcje śmierci człowieka łącznie ze śmiercią mózgu pojawiały się już w XII wieku. Majmonides, urodzony w Kordobie rabinacki uczony, uważał, że śmierć mózgu może być równoznaczna ze śmiercią człowieka. Podobne prace pojawiały się w XIX w. Francuski fizjolog Bichat w 1800 r. zwrócił uwagę na zmiany zachodzące podczas śmierci, podkreślając, że świadomość i oddychanie ustają dokładnie w chwili śmierci mózgu, podczas gdy organiczne czynności życiowe trwają jeszcze przez jakiś czas. Oznacza to, że na możliwość śmierci człowieka w efekcie śmierci mózgu zwracano uwagę na długo przed słynną konferencją w Sydney i Deklaracją Harwardzką, o której mówi się, że powstała tylko i wyłącznie na zapotrzebowanie transplantologów.

Na przełomie XIX i XX w. brytyjski lekarz wojskowy pułkownik sir Victor Horsley opublikował pracę przedstawiającą pacjenta, który wykazywał wszystkie cechy śmierci mózgu w efekcie narastającego i niewyleczalnego obrzęku mózgu. Podobne wzmianki pojawiały się w publikacjach medycznych coraz częściej. Przełom w leczeniu chorych, u których dochodziło do samoistnego zatrzymania oddychania, pojawił się w latach 50., kiedy pracujący w kopenhaskim szpitalu Björn Ibsen wynalazł aparat oddychający – sztuczne płuco. W medycynie często wynalazki i odkrycia, definicje i koncepcje pojawiają się jako odpowiedź na powstające problemy. Sztuczne płuco pojawiło się w odpowiedzi na masową epidemię polio. Tysiące dzieci doznawało porażenia opuszkowego i nie mogło samodzielnie oddychać. To niewątpliwie przyspieszyło prace nad sztucznym płucem i takie było początkowe zastosowanie tego aparatu. Dopiero później okazało się, że podtrzymywanie oddechu przy pomocy sztucznego płuca – respiratora może być stosowane również w sytuacjach, kiedy brak oddychania nie wynika z porażenia opuszkowego, ale ze śmierci mózgu.

Koncepcja śmierci mózgu miała umożliwić rozróżnienie pomiędzy sytuacją, w której podtrzymywanie działania respiratora ma sens z punktu widzenia medycznego, a stanem, kiedy dalsze stosowanie respiratora tego sensu już nie ma. W 1956 r. Lofstedt i von Reis opisali 6 pacjentów z bezdechem, czyli wentylowanych mechanicznie, z cechami odpowiadającymi śmierci mózgu. W 1960 r., a więc jeszcze przed Deklaracją Harwardzką i konferencją w Sydney, Lundberg opublikował pracę, w której opisał zmiany mózgowego ciśnienia perfuzyjnego i wyraźnie przedstawił zjawisko, w którym ciśnienie śródczaszkowe przekracza ciśnienie perfuzyjne krwi, a to powoduje gwałtowny albo narastający w ciągu kilkunastu minut spadek perfuzji krwi i następową śmierć mózgu.

Chciałbym, aby dyskurs na temat śmierci mózgu, a więc zjawiska biologicznego, prowadzili specjaliści. Nie myślę tu o dyskusji natury etycznej. Nie myślę o debacie na temat koncepcji śmierci, ale na temat samego zjawiska biologicznego, jakim jest śmierć mózgu. To lekarze specjaliści – doświadczeni anestezjolodzy, neurochirurdzy, neurobiolodzy, neurologi – posiadają odpowiednie kompetencje, żeby tę dyskusję prowadzić. Inaczej wprowadzimy zamęt w umysłach tych, którzy z natury rzeczy do takiej dyskusji nie są przygotowani. Nie możemy przecież oczekiwać od społeczeństwa, żeby wiedziało, jak interpretować obrazy arteriografii mózgowej. To my, lekarze, naukowcy, neurobiolodzy, taką wiedzę posiadamy i powinniśmy ją w dyskusji wykorzystywać.

Chciałbym żebyśmy zaakceptowali, że śmierć mózgu jest faktem biologicznym. Śmierć mózgu nie jest kwestią wiary, filozofii ani antropologii. Jest sprawą biologii, tak samo jak śmierć serca w efekcie zawału czy śmierć wątroby spowodowana martwiczym zapaleniem tego narządu. To jest fakt biologiczny, któremu zaprzeczyć nie można. To, czy jest równoznaczna ze śmiercią człowieka, jest zupełnie inną sprawą i pozostaje w zakresie dyskusji ontologicznej. Przytoczę tutaj drastyczny przykład samobójcy, który dokonał tego aktu, strzelając w usta z broni kulowej. Pocisk rozerwał podniebienie, wniknął do czaszki i całkowicie zniszczył mózg. Pomimo tego serce biło jeszcze przez 9 godzin po postrzale. Czy naprawdę zdrowy rozsądek nakazuje nam wierzyć, że ten człowiek żył w tym czasie?

Chciałbym, aby w tych dyskusjach unikać populizmu i taniej popularności. Zapewne pamiętamy przypadek siedemnastoletniego Mateusza z Wrocławia, który doznał rozległego urazu mózgu. Arteriografia potwierdziła brak przepływu krwi przez mózg, natomiast rodzina nie wyraziła zgody na pobranie narządów. Ponieważ – zgodnie z prawem – w przypadku małoletniego zgoda rodziców była wymagana, na żadnym z dalszych etapów postępowania nie rozważano możliwości pobrania narządu. Wobec oczywistych objawów śmierci mózgu rozpoznano zgon i zgodnie z przepisami i zdrowym rozsądkiem, ale również etyką, chciano zakończyć leczenie i odłączyć respirator. Chciałbym wierzyć, że nie dla taniego populizmu, w dyskusję włączyły się autorytety lekarskie, a młodzież, która jest naturalnie podatna na perswazję z różnych stron, zajęła stanowisko bardzo emocjonalne, szermując hasłami „handel organami zamiast ratowania życia” czy „morderstwo w majestacie prawa”.

Chciałbym, aby przyjmować nauczanie Kościoła Katolickiego dotyczące aspektów śmierci człowieka z taką samą pokorą i zaufaniem, jak wtedy, kiedy mówi o jego poczęciu. Niestety, jakże często traktujemy wykładnie etyczne jak wielkanocną babkę z rodzynekami, z której wybieramy tylko części odpowiadające naszemu indywidualnemu pojmowaniu świata. Już Jan XXIII powiedział: „...magisterium kościoła od samego początku z niezmiennym zainteresowaniem śledzi uważnie rozwój chirurgii i praktyki przeszczepu organów. Zważywszy, że jest to na pewno zagadnienie o podstawowym znaczeniu, w pierwszym rzędzie należy zapoznać się z rzetelnie wyważonym stanowiskiem nauki...”. Mówił o tym 11 lat przed Deklaracją Harwardzką i przed konferencją w Sydney również poprzednik Jana XXIII – Pius XII, stwierdzając, że to do lekarzy należy podanie jasnej, precyzyjnej definicji śmierci oraz określenie momentu śmierci pacjenta, który popada w stan nieświadomości. Jan Paweł II w roku 2000 powiedział, że „...przyjęte w ostatnim czasie kryterium, na podstawie którego stwierdza się śmierć, mianowicie całkowite, nieodwracalne ustanie aktywności mózgowej, jeżeli jest rygorystycznie stosowane,

nie pozostaje w sprzeczności z istotnymi założeniami rzetelnej antropologii. A zatem pracownik służby zdrowia, którego zawodową powinnością jest stwierdzanie śmierci, może posługiwać się tymi kryteriami w każdym indywidualnym przypadku, jako podstawą pozwalającą używać pewność osądu etycznego. Ta pewność moralna jest uważana za niezbędną, ale i wystarczającą podstawę dla etycznie poprawnego działania”. Bardzo podobne stanowisko wyraziła Konferencja Episkopatu Polski, która zachęciła wiernych, by deklarowali wolę przekazania po śmierci swoich narządów do przeszczepienia.

Chciałbym, aby media zachowały rozwagę i powagę w dyskusji, bowiem społeczeństwo jest bardzo podatne na manipulację, a czwarta władza w tych manipulacjach potrafi być mistrzem. Konferencja Episkopatu pisała „...w szczególny sposób apelujemy do ludzi mediów, aby w poczuciu odpowiedzialności współtworzyli właściwy klimat, sprzyjający lepszemu zrozumieniu tych trudnych spraw i kształtowaniu postaw otwartych na pomoc człowiekowi cierpiącemu i potrzebującemu”.

Na jednej z okładek „Ozonu”, czasopisma już w tej chwili niewydawanego, ale lokującego się w owym czasie na prawej stronie sceny politycznej, umieszczono zdjęcie pięknej dziewczyny z tytułem „*Żyje, chociaż przeznaczyl ją na części zamienne*”. Straszny tytuł: kto przeznaczył na części zamienne żywego człowieka? Dlaczego? Kto miał sumienie coś takiego zrobić? Później wielokrotnie wykorzystywano przypadek tej pacjentki dla udowodnienia tezy, że ze śmierci mózgu można pacjenta wyleczyć.

W rzeczywistości – i wykazała to dogłębna analiza dokumentacji medycznej – chora nigdy nie miała nie tylko rozpoznanej śmierci mózgu, ale nawet wysuniętego podejrzenia śmierci mózgu. Pacjentka została prawidłowo i w pełni zrehabilitowana, a wykorzystywanie tego zdarzenia do udowodnienia, że śmierć mózgu nie istnieje lub że można pacjenta ze śmierci mózgu wyprowadzić, wynika albo z niewiedzy, a więc ignorancji, albo z celowego działania wbrew faktom, czyli arogancji. Zarówno jedno, jak i drugie w medycynie jest niedopuszczalne.

I wreszcie jeszcze bardziej osobista refleksja. **Chciałbym, żebyśmy pamiętali, że transplantacje to jest pewien akt.** Co do tego nie mamy wątpliwości, ale czy rzeczywiście oddanie swojego narządu po śmierci jest aktem wielkiej miłości, wielkiego wyrzeczenia? Jeżeli przyjrzymy się istocie aktu miłości, to niewątpliwie powinien on posiadać przynajmniej cztery cechy: być wolny i nieprzymuszony, nie oczekiwać korzyści w zamian (co tak pięknie wybrzmiewa w Liście świętego Pawła do Koryntian), jego celem nie powinien być darczyńca tylko obdarowany. I wreszcie, w moim przekonaniu, powinien się wiązać z pewną rezygnacją, wyrzeczeniem.

Czy akt decyzji o oddaniu swojego narządu po śmierci jest aktem miłości? Niewątpliwie takim aktem jest oddanie nerki albo fragmentu wątroby za życia, nawet jeżeli robimy to w stosunku do najbliższej osoby. W przypadku

► dawcy żywego oddanie narządu parzystego albo fragmentu wątroby niewątpliwie wypełnia definicję aktu miłości – wiąże się z wyrzeczeniem, bólem, a nawet ryzykiem dla zdrowia, w skrajnych przypadkach życia. I zawsze wtedy przypomina mi się ta przypowieść o biednej wdowie, która w cichości, tak, żeby nikt nie widział, wrzuciła trzy grosze, bo tylko tyle miała. W istocie wdowa dała więcej niż wszyscy, „...bo złożyła z niedostatku swojego...”.

Ale czy dokonujemy takiego samego aktu miłości, kiedy decydujemy o oddaniu swojego narządu po śmierci? Czy ta decyzja, podjęta jeszcze za życia, a realizowana już po naszej śmierci wypełnia wszystkie cechy aktu miłości? Czy jesteśmy właścicielami naszego ciała, czy mamy prawo dysponować naszym ciałem w całkowicie dowolny sposób, a więc powiedzieć: nie, nie zamierzam oddać nikomu niczego? Przecież po naszej śmierci nie będziemy potrzebować naszych narządów, a zmartwychwstanie będzie miało charakter metafizyczny, mistyczny.

Czy oddanie naszych narządów po naszej śmierci jest istotną rezygnacją, bo oddajemy istotną część autonomii? Chcemy wierzyć, że autonomia jest bardzo ważnym, być może najważniejszym przywilejem człowieka. Ale przecież tak wcale nie jest. Jakże często oddajemy naszą autonomię dla celów mniej ważnych niż bezpośrednio ratowanie życia i zdrowia innego człowieka. Oddajemy – lub zabierają nam tę autonomię, kiedy jesteśmy powoływani do wojska i wysyłani na front. Oddajemy naszą autonomię, kiedy zamykają nas w kwarantannie z powodu epidemii choroby zakaźnej. Pozwalamy na to, żeby ratować pozostałą część społeczeństwa. Wydaje się więc, że ofiarowanie tego małego fragmentu naszej autonomii, jakim jest pobranie narządów po naszej śmierci, żeby ratować zdrowie i życie innego człowieka, jest w pełni uzasadnione.

Czy naruszenie sacrum śmierci może być argumentem przeciwko oddaniu narządu? Rzeczywiście, pobranie narządów wiąże się z otwarciem ciała po jego śmierci. Ale czy jest to istotne naruszenie sacrum śmierci? Czy sacrum śmierci, czy świętość ciała ludzkiego ma charakter całkowicie bezwzględny? Wbrew intuicji i przekonaniom – jest to wartość zmienna kulturowo i czasowo. Kiedyś uważano, że autopsja narusza świętość ciała ludzkiego, a do połowy XVII wieku za wykonanie sekcji zwłok groziła kara śmierci. Dlaczego więc współcześnie akceptujemy badanie pośmiertne, pomimo że sekcja w niewątpliwym sposób narusza ciało zmarłego? Ponieważ poświęcamy jedno dobro, jakim jest nienaruszalność ciała zmarłego, dla innego, wyższego dobra, którym w przypadku sekcji jest pozyskanie wiedzy mogącej w przyszłości uratować innego człowieka. Jeżeli więc dopuszczamy możliwość sekcjonowania zmarłego człowieka, to dlaczego nie dopuścić możliwości pobrania narządów od zmarłego?

Widzimy więc, że oddanie narządu po śmierci nie jest aż tak wielkim aktem miłości, jak chcielibyśmy uważać,

bowiem decydując się na to, darujemy coś, co tak naprawdę w życiu pozagrobowym nie będzie nam już potrzebne. Nazywając to aktem i darem miłości, postępujemy jak ci faryzeusze, „groby pobielane”, którzy deklarują swoją dobroduszość i szczodrość, „...dorzucając z tego, na czym im tak naprawdę zbywa...”. Co więcej, to stanowisko możemy odszukać w tekście Katechizmu Kościoła katolickiego: „Oddawanie narządów po śmierci jest czynem szlachetnym, godnym pochwały, należy do niego zachęcać, ponieważ jest przejawem wielkodusznej solidarności”. Nie miłości, ale właśnie solidarności. Jeżeli ci, którzy wierzą i praktykują, zwracają się do siebie w czasie mszy – bracie i siostrze, to niech traktują tych, którzy czekają na narząd, jak brata i siostrę. Niech on będzie naszym bratem i siostrą i oddajmy mu to, na czym nam zbywa. Aktu miłości wymagać nie można, ale aktu solidarności można oczekiwać, bo jest naszym obowiązkiem moralnym. Solidarność jest naszym obowiązkiem i tę solidarność wyrażamy w czasie naszego życia w różny sposób, również deklarując oddanie swoich narządów po śmierci. Prostą konsekwencją logiczną jest stwierdzenie, że umożliwienie pobrania narządów jest obowiązkiem lekarza, a zaniechanie takiego działania jest zaniechaniem leczenia i zaniechaniem ratowania życia.

Chciałbym powiedzieć, że transplantacja jest cudem medycznym, a ludzie z przeszczepionym narządem nie należą do ludzi drugiej kategorii. Powiedziałem tak nie bez celu. W czasie jednego ze spotkań usłyszałem zdanie, które mnie zmroziło: „Transplantacje są nieetyczne, bo dzięki transplantacjom produkujemy ludzi drugiej kategorii”. Wiem, że dla tych, którzy dzielą ludzi na kategorie, jest specjalny krąg w piekle i specjalny kocioł z napisem „piętnasta kategoria”. Czy rzeczywiście transplantologia produkuje pacjentów drugiej kategorii? Przeszczepienie narządów jest obecnie jednym z najskuteczniejszych – a czasami jedynym sposobem – leczenia schyłkowej niewydolności narządów. Chorzy po przeszczepieniu nerki, serca czy wątroby wracają do aktywności zawodowej. W licznych zawodach sportowych chorych po transplantacjach pacjenci osiągają wyniki niedostępne dla wielu zdrowych ludzi. Kobiety mogą rodzić zdrowe dzieci i tworzyć normalne, szczęśliwe rodziny. To wszystko jest dzisiaj możliwe – dzięki osiągnięciom medycyny, ale również – a może przede wszystkim – dzięki altruizmowi, solidarności i miłości tych, którzy kiedyś, teraz i w przyszłości powiedzą – TAK.

Zbigniew WŁODARCZYK

Wykład wygłoszony podczas Bydgoskich Spotkań Etycznych 2017

BIBLIOGRAFIA:

- [1] Marie-François Xavier Bichat (1771–1802) and his contributions to the foundations of pathological anatomy and modern medicine. Shoja MM1, Tubbs RS, Loukas M, Shokouhi G, Ardalani MR. Ann Anat. 2008 Nov 20;190(5):413–20.

- [2] Sir Victor Horsley (1857–1916): pioneer of neurological surgery. Tan TC1, Black PM. Neurosurgery. 2002 Mar; 50(3):607–11; discussion 611–2.
- [3] The birth of intensive care medicine: Björn Ibsen's records. Reisner-Sénérat L. Intensive Care Med. 2011 Jul; 37(7):1084–6 Deep hypothermia in intracranial surgery. Lundberg N, Nielsen Kc, Nilsson E. J Neurosurg. 1956 May; 13(3):235–47
- [4] Historia i idee neurocentrycznych koncepcji śmierci człowieka, Robert Roczeń, Otwarte Referarium Filozoficzne 3, 5–19 (2010) <http://swiatopoglady.pl>
- [5] <http://www.diecezja.opole.pl/index.php/wiadomosci/listy-pasterskie/episkopatu-polski/269-slowo-biskupow-polskich-w-sprawie-przeszczepiania-narzadow>
- [6] L'Osservatore Romano, wydanie polskie, nr 11 12(228) 2000.

* * *

Profesor Zbigniew WŁODARCZYK – chirurg, transplantolog – kieruje Kliniką Transplantologii i Chirurgii Ogólnej Szpitala Uniwersyteckiego nr 1. Twórca pierwszego w województwie kujawsko-pomorskim ośrodka transplantacji nerek. Członek Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Transplantologicznego (w latach 2011–15 prezes) oraz Division of Transplantation European Board of Surgery. Konsultant wojewódzki w dziedzinie transplantologii klinicznej.

(przedruk z „Primum” nr 2/18)

MEDYCYNĄ PO DYPLomie

INTERAKCJE LEKÓW STOSOWANYCH W CUKRZYCY TYPU 2

POCHODNE SULFONYLOMOCZNIKA, METFORMINA I AKARBOZA CZĘŚĆ PIERWSZA

Farmakoterapia cukrzycy niejednokrotnie opiera się na jednoczasowym kojarzeniu dwóch lub więcej leków w celu potencjalizacji ich działania. Istotne jest też i to, że pacjenci cukrzycowi bardzo często są równocześnie leczeni z powodu chorób współistniejących, jak np.: nadciśnienie tętnicze i dyslipidemia. W takich przypadkach musimy zawsze przeprowadzić ocenę ryzyka interakcji pomiędzy równocześnie stosowanymi lekami. Klasycznym przykładem jest nasilenie działania pochodnych sulfonylomocznika oraz metforminy u pacjentów przyjmujących leki z grupy inhibitorów konwertazy angiotensyny (ACEI), sartanów oraz diuretyków pętlowych. Leki modyfikujące układ RAA w połączeniu z diuretykami pętlowymi mogą zmniejszać wydalanie nerkowe pochodnych sulfonylomocznika oraz metforminy i w tym mechanizmie nasilać ich działanie. Sytuacja jeszcze bardziej komplikuje się – i to zarówno od strony farmakodynamicznej, jak i farmakokinetycznej – jeżeli dodatkowo będą stosowane niesteroidowe leki przeciwzapalne (NLPZ). Nie podlega więc dyskusji fakt, że polifarmakoterapia w każdym przypadku musi być dobierana indywidualnie i to w taki sposób, aby korzyści z niej płynące przekraczały ryzyko związane z wystąpieniem działań niepożądanych. W tym aspekcie spróbujemy przyrzeć się lekom przeciwcukrzycowym szczegółowo. Nastąpi to w dwóch częściach w dwóch kolejnych numerach pisma.

Pochodne sulfonylomocznika, gliklazyd, glipizyd, glimepiryd

Do najbardziej istotnych w praktyce interakcji pochodnych sulfonylomocznika należą interakcje z lekami nasilającymi efekt hipoglikemizujący. U pacjentów leczonych pochodnymi sulfonylomocznika przeciwwska-

zane jest równoległe stosowanie mikonazolu w postaci preparatów działających miejscowo na błony śluzowe jamy ustnej. Spośród NLPZ nie zaleca się równoległego stosowania fenylbutazonu. Skojarzone leczenie z innymi lekami, które mogą nasilać efekt hipoglikemizujący, powinno odbywać się pod kontrolą. Dotyczy to w szczególności równoczesnego stosowania innych leków przeciwcukrzycowych (insulina, akarboza, biguanidy), leków β -adrenolitycznych, flukonazolu, inhibitorów ACE, antagonistów receptorów H₂, inhibitorów MAO, sulfonamidów i NLPZ.

Należy unikać spożywania alkoholu podczas przyjmowania pochodnych sulfonylomocznika. Efekt pochodnych sulfonylomocznika może być osłabiany poprzez jednoczasowe przyjmowanie leków, które mogą indukować hiperglikemię, a w szczególności: danazol, pochodne fenotiazyny, glikokortykosteroidy, furosemid, torasemid, doustne środki antykoncepcyjne, diazoksyd, glukagon, hormon wzrostu, izoniazyd, pochodne kwasu nikotynowego, hormony tarczycy, analgetyki opioidowe (w szczególności morfina) oraz sympatykomimetyki. W przypadku jednoczesnego stosowania tych leków należy regularnie kontrolować glikemię i w razie potrzeby modyfikować dawkowanie pochodnych sulfonylomocznika. Barbiturany przedłużają ich działanie. Leki indukujące enzymy wątrobowe (np. ryfabutyna, ryfampicyna) nasilają metabolizm pochodnych sulfonylomocznika i osłabiają ich działanie. Leki o działaniu zmniejszającym glikemię (np. insulina, steroidy anaboliczne, bromokryptyna, pirydoksyna, tetracykliny, teofilina) nasilają działanie sulfonylomoczników. Pochodne sulfonylomocznika mogą nasilać działanie leków przeciwzakrzepowych (np. warfaryny, acenokumarolu). Mogą także nasilać efekt

działania leków przeciwpłytkowych. Worykonazol może zwiększać stężenie pochodnych sulfonilomocznika w osoczu; zaleca się dokładne monitorowanie stężenia glukozy we krwi podczas równoległego stosowania tych leków. Diuretyki tiazydowe i inne leki moczopędne, kortykosteroidy, pochodne fenotiazyny, hormony tarczycy, estrogeny, progestageny, doustne środki antykoncepcyjne, fenytoina, kwas nikotynowy, leki sympatykomimetyczne, antagoniści wapnia i izoniazyd wykazują tendencję do powodowania hiperglikemii; po zaprzestaniu ich podawania należy obserwować chorego ze względu na możliwość wystąpienia hipoglikemii. Podczas leczenia nie należy spożywać napojów alkoholowych z uwagi na potencjalną możliwość nasilenia działania hipoglikemizującego.

Leki β -adrenolityczne mogą maskować hipoglikemię powodowaną przez sulfonilomoczniki.

Metformina

Takie leki kationowe jak: amiloryd, digoksyna, morfina, ranitydyna, trimetoprim, wankomycyna mogą współzawodniczyć z metforminą o ten sam system transportu w kanalikach nerkowych, upośledzając wzajemnie swoje wydalanie, co może zmieniać końcowy efekt ich działania farmakologicznego. Cymetydyna zwiększa stężenie metforminy we krwi. Diuretyki, glikokortykosteroidy (stosowane zarówno ogólnie, jak i miejscowo), a także hormony tarczycy, estrogeny, doustne środki antykoncepcyjne, sympatykomimetyki, antagoniści wapnia i izoniazyd mogą wykazywać działanie przeciwstawne do metforminy. Poprzez wywołanie hiperglikemii mogą zmieniać reakcję pacjenta na lek. Nifedypina, nitrendypina, amlodypina, lerkanidypina zwiększają wchłanianie metformi-

ny z przewodu pokarmowego. Jednoczesowe stosowanie z pochodnymi sulfonilomocznika nasila ich działanie hipoglikemizujące. Inhibitory ACE oraz antagoniści receptora AT1 mogą zmniejszać stężenie glukozy we krwi; w razie konieczności należy dostosować dawkę metforminy w przypadku równoległego leczenia tymi preparatami i po ich odstawieniu. Podczas leczenia metforminą należy unikać spożywania alkoholu z uwagi na wzrost ryzyka wystąpienia kwasicy mleczanowej.

Akarboza

Spożywanie sacharozy i produktów zawierających sacharozę w trakcie stosowania akarbozy może powodować objawy dyskomfortu ze strony przewodu pokarmowego, a nawet biegunki, będące rezultatem zwiększonej fermentacji węglowodanów w jelicie grubym. Leki podwyższające pH soku żołądkowego, a także antacida oraz enzymy trawienne mogą osłabiać działanie akarbozy. Neomycyna podawana doustnie może nasilać działanie hipoglikemizujące leku oraz objawy niepożądane ze strony przewodu pokarmowego. Akarboza wpływa na biodostępność digoksyny. Stąd też konieczne jest kliniczne monitorowanie prowadzonego leczenia. W przypadku leczenia skojarzonego z insuliną, metforminą lub pochodnymi sulfonilomocznika należy dostosować dawkowanie leków.

*Dr Jarosław WOROŃ, prof. dr hab. Ryszard KORBUT
Katedra Farmakologii Wydziału Lekarskiego CM UJ Kraków,
Zakład Farmakologii Klinicznej
Uniwersytecki Ośrodek Monitorowania i Badania
Niepożądanych Działań Leków*

(przedruk z „Galicyskiej Gazety Lekarskiej” nr 3/18)

OPOLSKA IZBA LEKARSKA

Biuro: tel. 77/454-59-39, fax 77/454 67 09, opole@hipokrates.org
czynne: poniedziałek, wtorek, czwartek **7.30–15.30**; środa **7.30–16.00**;
piątek **7.30–15.00**

Rejestr Lekarzy: opole.rejestr@hipokrates.org

Praktyki Prywatne: opole.praktyki@hipokrates.org

Składki: opole.skladki@hipokrates.org

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

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



Dzielimy się wiedzą – ortopedia zachodnia i wschodnia razem

Szanowni Państwo!

Zapraszamy do Poznania na drugą konferencję **ORTHOPAEDICS & TRAUMATOLOGY EASTERN CONVENTION** organizowaną przez EFORT i PTOiTr. Jej celem jest przedstawienie aktualnego stanu wiedzy na temat najważniejszych zagadnień ortopedycznych, takich jak endoprotezoplastyka biodra i kolana, artroskopia, ortopedia dziecięca, traumatologia, chirurgia kończyny górnej i inne. Wykładowcami będą uznani ortopedzi europejscy wytypowani przez EFORT i wykładowcy z Europy Wschodniej wytypowani przez towarzystwa narodowe. Zapraszamy do wysłuchania wykładów i do dyskusji. Planujemy również warsztaty organizowane przez firmy oraz warsztaty kadawerowe. Grono wykładowców uświetnią uznani ortopedzi europejscy, wytypowani przez EFORT i wykładowcy z Europy Wschodniej, wytypowani przez towarzystwa narodowe. Zaplanowano następującą sesję:

- TKR – Całkowita wymiana stawu kolanowego
- Urazy
- Nowotwory układu mięśniowo-szkieletowego
- Stopy
- Przegląd najciekawszych tematów z EFORT
- Innowacyjne produkty i technologie
- Kręgosłup
- Bark i łokieć
- Ręka
- Urazy sportowe

Jesteśmy przekonani, że nie zabraknie też czasu na spotkania towarzyskie i wspólną kolację.

prof. Klaus-Peter Günther
prof. Per Kjaersgaard-Andersen
prof. Jacek Kruczyński
prof. Leszek Romanowski

* * *

Opolskie Koło Regionalne Polskiego Towarzystwa Ortodontycznego zaprasza na dziewiątą konferencję naukową, która odbędzie się w dniach 11–12 stycznia 2019 r. w Hotelu „Mercury” przy ul. Krakowskiej 57/59 w Opolu.

Tematem pierwszego dnia będą „Wady rozwojowe w codziennej praktyce lekarza ortodonty”. Zaproszenia do wygłoszenia wykładu przyjęli m.in. dr n. med. Maria Iwanecka-Zduńczyk, dr hab. n. med. Małgorzata Zadurska oraz dr n. med. Małgorzata Kuc-Michalska.

Drugi dzień poświęcony będzie współpracy lekarzy ortodontów z lekarzami chirurgami stomatologicznymi. Zaproszenie do wygłoszenia wykładu w tym dniu przyjęła prof. Marzena Dominiak. Szczegóły dostępne będą na oficjalnej stronie Polskiego Towarzystwa Ortodontycznego.

Przewodnicząca OKR PTO
Jolanta Jarka

* * *

Pilnie poszukiwany lekarz stomatolog! Miejsce pracy – **Opole**. W związku z dynamicznym rozwojem **prywatny Gabinet Stomatologiczny „Adenta”** poszukuje do współpracy lekarza stomatologa. Oferujemy pracę w przyjemnej atmosferze, zgranym i profesjonalnym zespole lekarzy i higienistek. Dodatkowym plusem w naszym gabinecie jest nowoczesny sprzęt, ułatwiający pracę lekarzowi. Chętnie porozmawiamy z doświadczonymi lekarzami, jak i młodymi, otwartymi na rozwój osobisty i doskonalenie swoich umiejętności.

Zgłoszenia i zapytania prosimy wysyłać na adres: adenta.stom@gmail.com,
tel. +48 695 350 239

* * *

Specjalistyczny Szpital w Branicach zatrudni: lekarza specjalistę rehabilitacji medycznej, lekarza specjalistę psychiatrii, lekarzy w trakcie specjalizacji bądź chętnych do specjalizacji w zakresie psychiatrii lub w rehabilitacji medycznej.

Oferujemy bardzo dobre warunki płacowe **oraz mieszkanie służbowe**. Kontakt pod numerem telefonu: 77/403-43-07, lub e-mail: sws.kadry@op.pl.

* * *

Dyrektor Oddziału Regionalnego Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego w Opolu zaprasza do współpracy w charakterze lekarza rzeczoznawcy w obrębie działalności placówek terenowych KRUS w Brzegu, Kluczborku i Głubczycach.

Lekarzem rzeczoznawcą może być lekarz, który spełnia następujące warunki:

- jest specjalistą, w szczególności w zakresie następujących specjalizacji: chorób wewnętrznych, medycyny przemysłowej, medycyny ogólnej, medycyny rodzinnej, reumatologii, chirurgii ogólnej, chirurgii ortopedyczno-urazowej, rehabilitacji, neurologii, psychiatrii;
- posiada prawo wykonywania zawodu lekarza na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
- posiada co najmniej 5-letni staż pracy w zawodzie lekarza;
- nie był karany, w tym również za przewinienia zawodowe;
- odbył szkolenie w zakresie ustalonym przez Prezesa Kasy.

* * *

Dyrektor **Centrum Ginekologii, Położnictwa i Neonatologii w Opolu**, ul. Reymonta 8, **zatrudni** na stanowisku starszego asystenta **lekarzy specjalistów w zakresie:**

neonatologii lub pediatrii w Oddziale Neonatologicznym,
ginekologii i położnictwa w Oddziale Ginekologiczno-Położniczym.

Od kandydatów oczekujemy:

- specjalizacji z zakresu neonatologii lub pediatrii,
- specjalizacji z zakresu położnictwa i ginekologii,
- aktualnego prawa wykonywania zawodu,
- zaangażowania i odpowiedzialności w codziennej pracy zawodowej,
- wysokich wartości etyczno-moralnych i społecznych.

Oferujemy:

- komfortowe warunki pracy w placówce posiadającej trzeci stopień referencyjności,
- możliwości stałego rozwoju kompetencji zawodowych,
- pakiet socjalny,
- możliwość uczestniczenia w szkoleniach zewnętrznych i wewnętrznych,
- zatrudnienie w oparciu o umowę o pracę lub umowę cywilnoprawną.

Pytania i oferty (CV, list motywacyjny, zgoda na przetwarzanie danych osobowych) proszę kierować na adres: Centrum Ginekologii, Położnictwa i Neonatologii w Opolu, ul. Reymonta 8, 45-066 Opole, tel. (77) 454-54-29 lub na adres e-mail: jcisek@ginekologia.opole.pl

* * *

Kardiolog z zacięciem naukowym, posiadający też specjalizację z interny, medycyny rodzinnej i diagnostyki laboratoryjnej oraz doświadczenie w pracy w szpitalach w Polsce, Niemczech i Wielkiej Brytanii **podejmie ciekawą pracę** z nowymi zawodowymi wyzwaniami. Kontakt: openspecialist@gmail.com

* * *

Sprzedam fotel ginekologiczny firmy BTL-1500, używany, w bardzo dobrym stanie, w kolorze niebieskim; 1-silnikowy, z regulacją elektryczną wysokości za pomocą pilota. Uchwyty na stopy (strzemiona), podpórki pod ręce. Pojemnik ze stali nierdzewnej, uchwyt na papier higieniczny na siedzisko. Orientacyjne wymiary: dł.140cm, szer. 80cm, wys.130cm.

Głuchołazy – odbiór we własnym zakresie. Cena 4.600 zł – wystawiam fakturę. Kont. tel. 600-264-946.



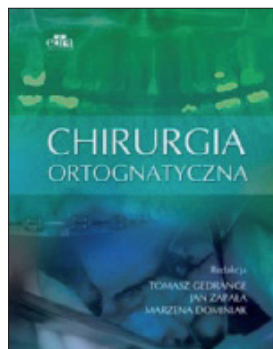
Do sprzedania dom usługowy-mieszkalny w idealnej lokalizacji biznesowej gotowy do własnej aranżacji. Możliwość skorzystania z gotowego indywidualnego projektu przygotowanego do wdrożenia jako **przychodnia lekarska / rehabilitacja + sala operacyjno-zabiegowa**.

Na działce **800 m²** posadowiony jest dwu kondygnacyjny budynek o powierzchni **500 m²** w stanie surowym otwartym zadaszony, orywnowany obiekt może być przeznaczony na cele. Projekt zatwierdzony jest przez **SANEPID i Straż Pożarną**.

Na działce znajdują się wszystkie media: woda miejska, kanalizacja, gaz, energia elektryczna w budynku. Do obiektu zaplanowano 12 miejsc parkingowych na terenie działki. Nieruchomość położona w dobrej lokalizacji, przy głównej drodze 94 Gliwice – Wrocław, w odległości 25 m przystanek autobusowy. Bezpośrednie informacje na rystransport@wp.pl lub + 48 601481810.

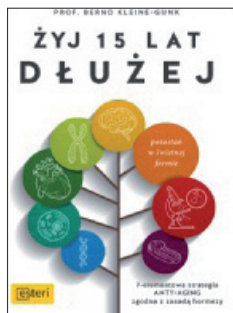


EDRA URBAN & PARTNER Sp. z o.o. • 50-011 Wrocław, ul. Kościuszki 29
Zamówienia: ksiegarnia@edraurban.pl • tel.: 42/680 44 09, fax: 42/680 44 86



Chirurgia ortognatyczna, red. T. Gedrange, J. Zapala, M. Dominiak rok wydania: 2018; ISBN: 978-83-65625-72-4, format: 200 x 260, opr. twarda, 364 strony, cena: 143.10 zł (318 EUP pkt)

Chirurgia ortognatyczna to podręcznik skierowany do lekarzy na poziomie kształcenia przed- i podyplomowego, zarówno w zakresie stomatologii ogólnej, ortodoncji, jak i chirurgii szczękowo-twarzowej. Czytelnik znajdzie w nim podstawowe informacje na temat rozwoju twarzy i twarzoczaszki, wad zgryzu, diagnostyki, metod leczenia i postępowania pozabiegowego. Zagadnienia omawiane są na poziomie wiedzy podstawowej i wysokospecjalistycznej, dotyczącej na przykład estetyki twarzy oraz zaawansowanego leczenia interdyscyplinarnego. Szczególną wartością w tej pozycji jest rozdział poświęcony opisom przypadków klinicznych, w których omówiono krok po kroku sposoby postępowania, od diagnostyki poprzez terapię, aż do osiągnięcia ostatecznego efektu klinicznego. Niezwykle istotne są również opisane możliwe powikłania podczas leczenia chirurgicznego i ortodontycznego.



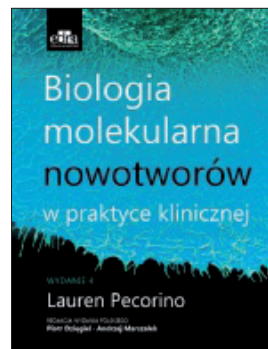
Żyć 15 lat dłużej, prof. Bernd Kleine-Gunk; tłumaczenie: Barbara Wencka rok wydania: 2018, ISBN: 978-83-65835-75-8, format: 170 x 235, opr. miękka, 193 strony, cena: 42.14 zł (118 EUP pkt)

Co można zrobić już dzisiaj, aby jeszcze przez wiele lat pozostać w zdrowiu i w dobrej kondycji?

- poznaj 7 podstawowych mechanizmów starzenia i dowiedz się, jak dużo możesz zrobić, aby dłużej i zdrowiej żyć;
- poczuj się dobrze we własnej skórze – można starzeć się z klasą!
- odkryj zaskakujące aspekty hormony, według której czynniki uznawane w dużych dawkach za szkodliwe, w dawkach małych wywierają stymulujące działanie na organizm;
- dowiedz się, nad jakimi niewiarygodnymi pomysłami pracują obecnie specjaliści anti-aging.

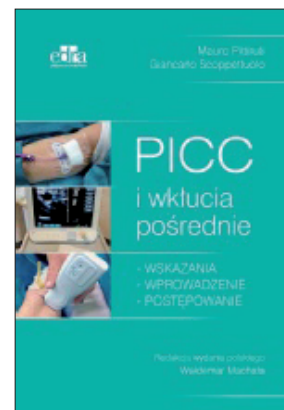
Dzięki współczesnej wiedzy lekarze mogą pomóc swoim pacjentom w znacznym przedłużeniu życia. Równie wiele jednak możemy zrobić sami. Badania wskazują, że wystarczy kilka prostych zmian w stylu życia, aby na długie lata pozostać zdrowym i sprawnym. Nawet jeśli na początku może się wydawać, że zmiany te

będą wymagały dużo dyscypliny, to szybko dojdziemy do wniosku, że warto spróbować – to się naprawdę opłaca!



Biologia molekularna nowotworów w praktyce klinicznej, L. Pecorino; wyd. 4, red. P. Dzięgiel, A. Marszałek rok wydania: 2018; ISBN: 978-83-65835-63-5, format: 190 x 245, opr. miękka, 380 stron, cena: 134.10 zł (298 EUP pkt)

Wykorzystując cechy charakterystyczne nowotworu jako punkt wyjścia, w podręczniku przeanalizowano mechanizmy komórkowe i molekularne leżące u podstaw transformacji komórek w komórki rakowe. Każdy rozdział, oprócz omówienia podstaw teoretycznych, zawiera informacje, w jaki sposób można bezpośrednio wykorzystać tę wiedzę do opracowywania nowych sposobów leczenia, w tym terapii celowanych. Podręcznik *Biologia molekularna nowotworów w praktyce klinicznej* przeznaczony jest dla studentów medycyny, biologii i kierunków pokrewnych oraz lekarzy i pracowników przemysłu farmaceutycznego zainteresowanych sposobami przełożenia wiedzy teoretycznej na nowe możliwości walki z chorobą.

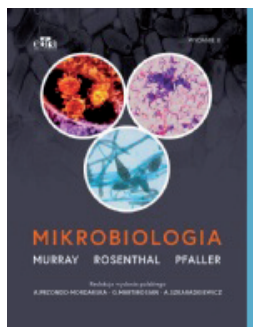


PICC i wkłucia pośrednie, G. Scoppettuolo, M. Pittiruti, red. W. Machała rok wydania: 2018; ISBN: 978-83-66067-03-5, format: 160 x 245, opr. miękka, 240 stron, cena: 71.11 zł (158 EUP pkt)

Kaniule centralne wprowadzone z dostępu obwodowego (PICC) i kaniule pośrednie są w moim przekonaniu przyszłością w długotrwałych dostęпах naczyniowych i to nie tylko w odniesieniu do leczenia domowego czy hospicyjnego. Także w leczeniu chorych hospitalizowanych, u których zachodzi konieczność parenteralnego podawania płynów i leków.

Wprowadzenie kaniuli pośredniej albo PICC (przy spełnieniu wskazań) zmniejsza ryzyko występowania zakażeń czy zakrzepicy, przy zwiększeniu komfortu chorego. Jest tak szczególnie wtedy, kiedy kaniula zostanie wprowadzona we właściwym miejscu (w zielonej strefie Dowsona), pod kontrolą USG i umocowana systemem bezszwowym.

Prof. nadzw. dr hab. n. med.
Waldemar Machała



Mikrobiologia

P. R. Murray, K.S. Rosenthal, M.A. Pfaller, red. A.Przondo-Mordarska, G.Martirosian, A. Szkaradkiewicz rok wydania: 2018; ISBN: 978-83-65835-99-4, format: 210 x 285, opr. miękka, 886 stron, cena: 179.10 zł (398 EUP pkt)

Z pewnością istnieje wiele teorii na temat zakresu wiedzy potrzebnej studentowi i metod nauczania, co prawdopodobnie uzasadnia obfitość podręczników mikrobiologii, która w ostatnich

latach zagościła na księgarskich półkach. Nie twierdzymy, że reprezentujemy jedyne skuteczne podejście do nauczania mikrobiologii medycznej (naprawdę nie istnieje jeden idealny sposób przekazywania wiedzy medycznej), jednak we wszystkich kolejnych wydaniach niniejszej książki opieraliśmy się na swoim doświadczeniu, zdobytym podczas wieloletniego nauczania studentów medycyny, rezydentów i lekarzy specjalistów chorób zakaźnych, a także przy pracy nad poprzednimi edycjami. Stawialiśmy sobie za cel przedstawienie podstawowych zagadnień mikrobiologicznych w sposób przejrzysty i zwięzły, zrozumiały dla różnego rodzaju odbiorców. Tekst ma przystępną formę; mamy też nadzieję, że wyja-

śnienia nawet trudnych pojęć okażą się nieskomplikowane.

W niniejszym wydaniu postanowiliśmy jeszcze bardziej wyjść naprzeciw potrzebom uczących się:

Na początku poszczególnych rozdziałów poświęconych drobnoustrojom znalazły się podsumowania rozdziałów.

Wiele rycin zyskało nową formę, która zwiększa ich przejrzystość. Liczne szczególne podsumowano w postaci tabel, zastępujących drobiazgowo opisy. Dodano też kolorowe ilustracje, z pewnością istotne dla wzrokowców.

Przypadki kliniczne pozwalają odnieść podstawy teoretyczne do rzeczywistych zastosowań.

Najważniejsze informacje uwypuklono w ramkach, po-

mocnych studentom, zwłaszcza przy powtórkach.

Pytania sprawdzające umieszczone w poszczególnych rozdziałach, obejmujące także przypadki kliniczne, odnoszą się do aspektów o największym znaczeniu. Każda z części (dotyczących bakterii, wirusów, grzybów, pasożytów) rozpoczyna się rozdziałem opisującym choroby wywołane przez omawiane drobnoustroje, w którym podano również materiał do powtórek.

Na końcu podręcznika znajdują się odpowiedzi na pytania zamieszczone w poszczególnych rozdziałach, dzięki którym studenci będą mogli ocenić stopień opanowania materiału oraz przygotować się do egzaminów zaliczeniowych i końcowych.

Przychodzi wena do lekarza

Ogólnopolski Konkurs Literacki
im. Profesora Andrzeja Szczeklika
Edycja VIII

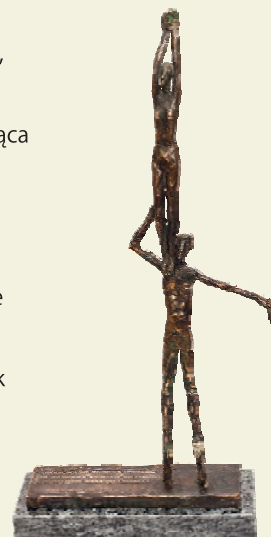
Jury: Anna Dymna, Waldemar Hładki, Ewa Lipska, Bronisław Maj, Maria Szczeklika, Jarosław Wanecki

W konkursie może wziąć udział każda osoba mająca tytuł lekarza lub lekarza dentystry.

Termin nadsyłania prac konkursowych
29 marca 2019 roku.

Szczegółowe informacje o konkursie są dostępne na stronie internetowej: www.mp.pl/wena

Informacji udziela: Anna Wierzchowska-Woźniak
tel. 12 293 42 68, e-mail: wena@mp.pl



PARTNERZY



PATRON MEDIALNY



ORGANIZATORZY



medycyna praktyczna



BIULETYN INFORMACYJNY OPOLSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

WYDAWCA: Opolska Izba Lekarska, 45-054 Opole, ul. Grunwaldzka 23, tel. 0 77 454 59 39, www.izbalekarska.opole.pl; nr konta: 54-1020-3668-0000-5102-0009-8277

REDAKCJA: Jerzy Lach. OPRACOWANIE GRAFICZNE: Wydawnictwo i Drukarnia Świętego Krzyża

ŁAMANIE i DRUK: Wydawnictwo i Drukarnia Świętego Krzyża w Opolu, ul. Katedralna 8A

NAKŁAD: 2800 egz. ISSN 1426-661X