



OPOLSKA
IZBA
LEKARSKA

Rok Założenia 1990

Kwiecień–Maj 2024

ISSN 1426-661X

BIULETYN INFORMACYJNY

Nr 328/329

OPOLSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

www.izbalekarska.opole.pl



Nowi Prymariusze Opolscy

zdj. Jerzy Lach

KONSERWATOR

Porzuciłam auto przy szosie i zanurzyłam się w lepkiej czerni. Obrastałam nocą jak bluszczem. Szłam powoli, szurałam podeszwami po ziemi, bo chodnik był dziurawy. Nośkiem buta namierzyłam krawężnik i trzymałam się go jak tramwaj szyn. Światło paliło się w oknie na piętrze, zawieszona w ciemności drżało niby odpustowa piłeczka na gumce. Ostrożnie zbliżyłam się do drzwi i nacisnęłam klamkę. Zespół Szkół Elektrycznych zamknęło na głucho. Wyciągnęłam rękę i po omacku szukałam reliefów. Po chwili moje palce napotykały pofałdowane kamienie. Muzea zabraniają dotykać, ale przecież nie byłam w muzeum. W oddali zaszczekał pies, szosą przejechało auto, które oświetliło szkołę i odrzwia. Rozróżniłam dwie postacie, ale noc mi je zabrała. Zaczęłam czytać rzeźbę tak, jak ślepiec czyta powieść spisana alfabetem Bra-



ille'a. Wślepiałam się palcami, jakbym badała chorego człowieka. Wyczułam łydki, kolana, ramiona. Odnalazłam twarz, podążyłam za nosem i łukami brwiowymi. Wymacałam staroegipski owal twarzy i lekko wydęte usta, smukłe dziewczęce ciało pod krótką sukienką, długą szyję i proste włosy, a nawet równo przyciętą grzywkę. Naraz palce wyczuły bliznę. Długą, o nierównych brzegach, jakby podczas gojenia wdarły się tu zarazki.

– Co pani tu robi?

W migotliwym świetle latarki wyrósł człowiek.

– Oglądam Myrtka.

– Po ciemku?– spytał facet, celując mi czołówką prosto w oczy. Ubrany był w drelichowe spodnie na szelkach i znośzoną bluzę. Stał na rozstawionych nogach jak trener kadry w narciarstwie alpejskim. Przy skórzanym pasie wisiały imbusy i kolekcja śrubokrętów. Patrzył na mnie z ukosa. – Zapalę kinkiet, sam go umocowałem – pochwalił się.

Pogrzebał w kieszeniach, wyjął pęk kluczy, podługowatym otworzył drzwi i zniknął w szkolnym korytarzu. Odruchowo przyliżałam włosy, otworzyłam torebkę i wyszperałam komórkę. Wtem oślepiła mnie żarówka światło jarzeniówki. Snop światła spłynął w dół i z ciemności wyłonił się relief w kolorach brudnego piasku pustyni. Zobaczyłam szczupłą, poznaną dotykiem dziewczynę. Obok niej stał chłopak w krótkich, sportowych spodenkach. W lewej ręce trzymał kijek, w prawej siatkę. Nie spuszczał wzroku z panny. Kiepski był z niego strażnik. Tuż nad jej głową dostrzegłam bliznę. Niechlujnie zapaćkana bruzda odcinała się od reliefu, ciągnęła od futryny przez całą szerokość płaskorzeźby i kończyła tandetnym kinkietem ze składu budowlanego, w którym handluje się ceglami z gazobetonu, pianką poliuretanową i odzieżą roboczą. Powoli odeszłam w mrok. Gdyby nie przypadkowe spotkanie z konserwatorem szkolnym, oglądanie skończyłoby się na dotyku. Odeszłabym z nadzieją, że rzeźby wcale nie okaleczono, że palce błędnie odpowiedziały mi szramę.

Miejską Szkołę Rzemieślniczą i Handlową jeszcze przed II Wojną Światową zaprojektował radca budowlany Johann Traugott Schmidt. Autorem reliefów jest Thomas Myrtek. W czterech ramach wyrzeźbił smukłe uczennice i uczniów. Naturalnej wielkości dziewczęta i chłopcy stoją na niewielkich cokółkach i patrzą z góry na przechodniów. Reliefy są niczym freski ze starych kościołów, które opisują ewangelie. Kamienne księgi Myrtka opowiadają szkołę; mówią o przyjaźni i rywalizacji, o zazdrości i sympatii, o zaufaniu i bliskości, o tym czego się można nauczyć na lekcjach i o tym, co się zdarza w przerwach. Kto przekracza próg szkoły, mija te wykute w z piaskowca historie.

Ani wojna, ani powojnie nie zniszczyły reliefów. Niszczy je dziko rosnący winobluszcz, który się wżera w szczeliny i rozsada piaskowiec. I niszczy je człowiek. Bierze do ręki dłuto, żłobi głębokie bruzdy, wciska kable i szpachluje białą zaprawą. A kiedy zapada zmrok, odpala kinkiet kupiony w składzie materiałów budowlanych. I znika w labiryncie szkolnych korytarzy.



OD REDAKCJI



Drodzy Czytelnicy!

Przed wami kolejny numer naszego Biuletynu. W ciągu minionych kilkunastu miesięcy zmieniliśmy sposób wydawania Biuletynu i przeszliśmy na formę dwumiesięcznika. Niesie to ze sobą szereg konsekwencji – przede wszystkim Biuletyn przestał informować na bieżąco o izbowych wydarzeniach. By więc wiedzieć „co w trawie piszczy” musicie niestety szukać informacji na stronie internetowej naszej Izby. Biuletyn natomiast pozostał miejscem, w którym znajdziecie informacje, komentarze i opinie o wydarzeniach nie będących newsami.

Mimo moich wieloletnich starań, nie zdołałem namówić kogokolwiek – poza prof. Kubickim i niezawodną Agnieszka Kanią - do współpracy. W związku z tym staram się pozyskiwać ciekawe (mam taką nadzieję) materiały z biuletynów innych izb lekarskich. Jestem wdzięczny za życzliwość moich Koleżanek i Kolegów z całej Polski dla moich prośb o zgodę na przedruki. W czasie trwania Ogólnopolskiego Zjazdu Lekarzy w maju br. po wieloletniej przerwie spotkają się wszyscy redaktorzy biuletynów izbowych w Łodzi. Będzie więc okazja do podziękowania za tę współpracę.

A tymczasem jeszcze raz zwracam się do Was. W waszych środowiska dzieją się ciekawe rzeczy, odbywają się spotkania koleżeńskie, imprezy okolicznościowe. Macie dobre pomysły na integrację swego środowiska, robicie coś ciekawego. Napiszcie o tym do Biuletynu! Niech pozostanie jakiś ślad po Waszych działaniach, trudzie włożonym w organizację tych wydarzeń. Odchodzą na „wieczny dyżur” nasi Mistrzowie i Nauczyciele i nasze wspaniałe Koleżanki i Koledzy. Napiszcie o nich! Niech pozostanie zapis w pamięci w postaci tych kilku ciepłych słów i zdjęcia. Jesteśmy zakładnikami coraz szybciej upływającego czasu, zasypywani milionami bitów informacji, które w gruncie rzeczy są informacyjnym śmieciem. Tymczasem na takie proste odruchy pamięci brakuje miejsca. Dziś wszyscy mówią i piszą o różnych jubileuszach, ale pod cyframi tak naprawdę nie ma żadnej treści: historii, nazwisk, wydarzeń. Starajmy się je zachować dla naszych następców w zawodzie. Cóż bowiem wchodzący dziś w życie zawodowe adepci medycyny będą wiedzieć o historii naszych szpitali czy poradni? Czy będą kojarzyć nazwiska tych, którzy w przeszłości tworzyli oddziały, przychodnie, szpitale. Dla wielu młodych są to już niestety nic nie znaczące daty i nazwiska. Każdy z nas chce pozostawić po sobie jakiś ślad na ziemi. Czy jedynym ma być błędzące gdzieś w chmurze komputerowe zdjęcie, czy tekst?

Jerzy B. LACH

Komisja ds. Lekarzy Emerytów i Rencistów przy OIL
zaprasza Lekarzy Seniorów na **jednodniową autokarową wycieczkę**
do **Łosiowa, Małujowic i Brzegu w dniu 18.05.2024 (sobota)**.
Spotykamy się o godz. 9.00 pod Izbą Lekarską **ul. Grunwaldzka 23**.

Osoby zainteresowane wyjazdem prosimy o **potwierdzenie udziału**
w biurze Izby, tel. 774545939, w terminie do **30.04.2024**.
W programie wycieczki przewidziany jest wspólny obiad.

Przewodniczący Komisji
Bogusław KUDYBA



SZPALTA PREZESA

Koleżanki! Koledzy!

Piszę te słowa jeszcze przed XLIII Okręgowym Zjazdem Lekarzy Opolskiej Izby Lekarskiej, mając nadzieję na liczne przybycie Delegatów. Takie zjazdowe spotkania są niezwykle ważne, bo dają przegłąd

rocznej pracy Prezesa, wszystkich organów i komisji problemowych. Łatwo wtedy o dyskusję i nowe pomysły na kolejny rok funkcjonowania opolskiego samorządu.

Z istotnych spraw, które dotyczą Izby ważne są dwie zmiany. Pierwsza dotyczy zmiany na stanowisku Skarbnika Izby. Dotychczasowy Skarbnik, nasz wielce szanow-

ny Kolega, dr n. med. Zbigniew Kowalik złożył rezygnację z pełnionej funkcji, bo - jak to w życiu bywa - musiał zdecydować o zmianie priorytetów i na plan pierwszy wysunęła się troska o zdrowie. W tym miejscu chciałabym Mu serdecznie podziękować za współpracę, za troskę, jaką wykazał w stosunku do finansów Izby i za nakład pracy w ich rozwiązanie.

W wyborach uzupełniających, które odbyły się przy okazji styczniowej Rady na to miejsce powołany został, zgodnie z protokołem Obwodowej Komisji Wyborczej, Kolega Jerzy Jakubiszyn. Wybór Kolegi Jakubiszyna spowodował wakat w składzie członków Prezydium ORL i tu wybranym został Kolega Marek Błaszczuk, który dooptował do starego składu Prezydium ORL. Od marca br. została też decyzją Rady podwyższona kwota „becikowego” do 1000,00zł.

Jako Izba staramy się bardzo dbać o kondycję finansową Izby, by można było jak najwięcej przekazywać zwrótnie pieniędzy dla naszych członków - czy to w for-

mie zapomóg, nagród za specjalizacje i doktoraty, czy też organizując szkolenia lub inne aktywności. W planie jest stworzenie indywidualnych kont dla członków naszej Izby, co z pewnością pozwoliłoby na bieżąco śledzić stan naszych kont.

Zakończył się także etap odnawiania ubezpieczeń odpowiedzialności cywilnej na okres od 1 marca 2024 r. do 28 lutego 2025 r. Był on po raz pierwszy wyłącznie w formie zdalnej, za pośrednictwem dostępnego na stronie Izby linku. Wiem, że nie wszystkim to zadowoliło, ale odwrotu od tego nie ma. Sygnały płynące z Naczelnej Izby Lekarskiej jasno wskazują, że idziemy wszyscy w kierunku e-izby. Kolejne etapy będą przed nami i mimo, że ja także zaliczam się do „papierowej” grupy osób, to muszę pogodzić się z wizją elektronicznego zarządzania światem i naszą Izbą. Podobno odwrotu od tego nie ma. Mam tylko nadzieję, że będzie się to działo ewolucyjnie, a nie rewolucyjnie.

Jolanta SMERKOWSKA-MOKRZYCKA

CO SŁYCHAĆ W IZBIE?

XLIII OKRĘGOWY ZJAZD LEKARZY OPOLSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

W dn. 16 marca 2024 r. w sali konferencyjnej Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Opolu, przy al. W. Witosa 26 odbył się kolejny Okręgowy Zjazd Lekarzy. Poniżej (ze względu na cykl wydawniczy Biuletynu)

przedstawiam tylko komplet materiałów zjazdowych. W następnym numerze znajdziecie zapis przebiegu obrad całego Zjazdu.

Jerzy B. LACH

Sprawozdanie z działalności Okręgowej Rady Lekarskiej w Opolu w okresie między XLII a XLIII (luty 2023 – styczeń 2024) Okręgowym Zjazdem Lekarzy

W okresie sprawozdawczym Rada spotkała się 11 razy, jej Prezydium 13 (12 posiedzeń stacjonarnych i 1 internetowe).

Na bieżącą działalność administracyjną, związaną z wydawaniem prawa wykonywania zawodu i prowadzeniem rejestru Opolskiej Izby Lekarskiej, prowadzeniem rejestru podmiotów, uprawnionych do realizacji kształcenia podyplomowego lekarzy i lekarzy dentystów oraz prowadzeniem rejestrów praktyk lekarskich, złożyły się:

- wydanie ograniczonego prawa wykonywania zawodu lekarza (dla odbycia stażu podyplomowego) – 94,
- wydanie ograniczonego prawa wykonywania zawodu lekarza dentysty (dla odbycia stażu podyplomowego) – 7,
- wydanie prawa wykonywania zawodu warunkowego (cudzoziemcy) - 32,

- wydanie prawa wykonywania zawodu na określony zakres czynności (cudzoziemcy) - 17,
- wydanie prawa wykonywania zawodu lekarza (po odbyciu stażu podyplomowego) – 40,
- wydanie prawa wykonywania zawodu lekarza dentysty (po odbyciu stażu podyplomowego) – 8,
- wydanie prawa wykonywania zawodu lekarza zgodnie z uzyskanym obywatelstwem – 1,
- wydanie prawa wykonywania zawodu lekarza UE (uznanie kwalifikacji) – 2,
- ponowne wydanie prawa wykonywania zawodu lekarza cudzoziemca na czas określony – 1,
- wpisanie na listę członków OIL lekarzy, przenoszących się z innych izb – 26,
- wpisanie na listę członków OIL lekarzy dentystów, przenoszących się z innych izb – 8,

- skreślenie z listy członków OIL lekarzy, przenoszących się do innych izb – 20,
- skreślenie z listy członków OIL lekarzy dentyistów, przenoszących się do innych izb – 5,
- skreślenie z listy członków OIL lekarzy z powodu zgonu – 31,
- skreślenie z listy członków OIL lekarzy dentyistów z powodu zgonu – 9,
- zrzeczenie się prawa wykonywania zawodu lekarza – 2,
- wydanie duplikatu prawa wykonywania zawodu lekarza – 1,
- wydanie duplikatu prawa wykonywania zawodu lekarza dentyisty – 1,
- wydanie zaświadczenia potwierdzającego posiadanie formalnych kwalifikacji lekarza – 1,
- wydanie zaświadczenia potwierdzającego posiadanie formalnych kwalifikacji lek. Dentyisty – 1,
- wydanie zaświadczenia o postawie etycznej lekarza – 7,
- wydanie zaświadczenia o postawie etycznej lekarza dentyisty – 1,
- zaprzestanie wykonywania zawodu lekarza – 2,
- zaprzestanie wykonywania zawodu lekarza dentyisty – 1,
- zawieszenie prawa wykonywania zawodu lekarza – 1,
- ograniczenie zakresu czynności w wykonywaniu zawodu lekarza – 1,
- uzupełnienia wpisów do rejestru o nowe zdarzenia edukacyjne (dot. podmiotów wpisanych do rejestru OIL) – 41,
- potwierdzenie spełnienia warunków do prowadzenia kształcenia (dot. podmiotów, wpisanych do rejestrów innych izb, zgłaszających szkolenie na terenie Opolskiej Izby Lekarskiej – 3,
- rejestracja indywidualnej praktyki lekarskiej – 8 (w tym 1 członek innej izby),
- rejestracja indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej – 14 (w tym 1 członek innej izby),
- rejestracja indywidualnej praktyki lekarskiej wykonywanej wyłącznie w zakładzie leczniczym – 84 (w tym 38 członków innych izb),
- rejestracja indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej wykonywanej wyłącznie w zakładzie leczniczym – 35 (w tym 19 członków innych izb),
- rejestracja indywidualnej praktyki lekarskiej wykonywanej wyłącznie w miejscu wezwania – 4,
- rejestracja indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej wykonywanej wyłącznie w miejscu wezwania – 4,
- wyrejestrowania praktyki – 38.

W ramach działalności samopomocowej Okręgowa Rada Lekarska w okresie sprawozdawczym udzieliła:

- 8 zapomóg na łączną kwotę 36.976 zł,
- 3 odpraw pośmiertnych na łączną kwotę 13.866 zł.

Udzieliła wsparcia finansowego w związku z narodzinami dziecka („becikowe”) dla 30 osób (lekarze i lekarze dentyści – członkowie OIL) na łączną kwotę 18.800 zł (11 osób x 500,00 zł; 19 osób x 700,00 zł) – zmiana wysokości wsparcia od 01.05.2023 r. - oraz przyznała pomoc społeczną dla 9 osób, które w roku 2023 ukończyły 90 lat życia na kwotę 9.000 zł.

Ponadto Rada przyznała 26 nagród za uzyskanie specjalizacji na łączną kwotę 24.050 zł, 2 osoby otrzymały nagrody za uzyskanie tytułu doktora nauk medycznych na łączną kwotę 7.396 zł oraz dofinansowała udział 3 członkom naszej Izby w zawodach sportowych na łączną kwotę 1.500 zł i przyznała 3 nagrody za zdobycie złotych medali w imprezie sportowej na łączną kwotę 1.500 zł.

Okręgowa Rada Lekarska zwolniła z obowiązku płacenia składki członkowskiej w związku z nieosiąganiem przychodu – 22 lekarzy i 1 lekarza dentyistę, natomiast przywróciła obowiązek płacenia składki członkowskiej w związku z osiągnięciem przychodu – 16 lekarzom i 6 lekarzom dentyistom.

Okręgowa Rada Lekarska wyznaczyła swoich przedstawicieli do:

- 3 komisji, powołanej dla wyboru zastępcy dyrektora ds. lecznictwa,
- 1 komisji, powołanej dla wyboru zastępcy kierownika podmiotu leczniczego,
- 6 komisji, powołanych do wyboru ordynatora,
- 5 komisji, powołanych do wyboru pielęgniarki naczelnej,
- 13 komisji, powołanych do wyboru pielęgniarki oddziałowej.

Okręgowa Rada Lekarska ponadto w okresie sprawozdawczym podjęła uchwały w sprawie:

- zwiększenia wynagrodzenia dla osoby obsługującej Koleżeńską Kasę Zapomogowo-Pożyczkową Opolskiej Izby Lekarskiej,
- zmiany uchwały w sprawie przyjęcia regulaminu wynagradzania pracowników zatrudnionych w Opolskiej Izbie Lekarskiej,
- odmowy wpisu do rejestru praktyk lekarskich lek. dent. – obywatelce Ukrainy,
- zaopiniowania kandydatur na stanowiska konsultantów wojewódzkich,
- obniżenia składki członkowskiej,
- desygnowania przedstawiciela OIL do składu Komisji Bioetycznej Uniwersytetu Opolskiego,
- zatwierdzenia sprawozdania finansowego Opolskiej Izby Lekarskiej za 2022 rok,
- zasad rozpatrywania wniosków o obniżenie składki członkowskiej,
- zmiany uchwały ORL w sprawie obniżenia składki członkowskiej,
- odmowy obniżenia składki członkowskiej,
- zmiany uchwały ORL w sprawie Funduszu Samopomocy OIL,

- dofinansowania Pikniku Rodzinnego Zawodów Zaufania Publicznego,
- dofinansowania udziału zespołów muzycznych OIL w VI Festiwalu Eskulap Rock,
- dofinansowania chóru OIL,
- dofinansowania konferencji organizowanej przez Oddział Opolski Międzynarodowego Stowarzyszenia Studentów Medycyny oraz objęcie jej honorowym patronatem,
- dofinansowania imprezy organizowanej przez Komisję Młodych Lekarzy OIL z okazji Dnia Dziecka,
- przyjęcia rekomendacji Naczelnej Rady Lekarskiej, wyrażonej w stanowisku nr 4/23/IX NRL,
- zgłoszenia kandydatów na członków Wojewódzkiej Komisji do Spraw Orzekania o Zdarzeniach Medycznych w kadencji 2024-2029,
- zmiany uchwały ORL w sprawie dofinansowania udziału członków OIL w imprezach sportowych,
- dofinansowania spotkania integracyjnego organizowanego przez Delegaturę OIL w Kluczborku,
- dofinansowania spotkania integracyjnego organizowanego przez Komisję Młodych Lekarzy OIL oraz zespoły muzyczne Reanimators,
- zarezerwowania kwoty na współfinansowanie Ogólnopolskiej Konferencji Naukowej „Prawnomaterialne, procesowe i medyczne aspekty postępowania w przedmiocie zastosowania środków zabezpieczających”,
- upoważnienia do zawarcia umowy z Ministrem Zdrowia na przekazanie środków budżetowych na pokrycie kosztów czynności przejętych przez samorząd lekarski od organów administracji państwowej,
- dofinansowania spotkania opłatkowego dla lekarzy seniorów organizowanego przez Delegaturę OIL w Kluczborku,
- dofinansowanie Balu Lekarza organizowanego przez Delegaturę OIL w Nysie,
- zwołania XLIII Okręgowego Zjazdu Lekarzy oraz ustalenia terminów posiedzeń Okręgowej Rady Lekarskiej i jej Prezydium w I półroczu 2024 r.,
- dofinansowania lekarzy seniorów,
- przyznania honorowego wyróżnienia Prymariusz Opolski w 2024 r.

W dniach 08-10.09.2023r. odbył się w Opolu Kongres Kultury i Historii Lekarskiej organizowany we współpracy z Ośrodkiem Kultury i Dziedzictwa Historycznego Naczelnej Izby Lekarskiej. Gospodarzem wydarzenia była Opolska Izba Lekarska. Było to wielkie wydarzenie w świecie samorządu lekarskiego, w trakcie którego od-

był się Lekarski Przegląd Piosenki Polskiej (występowało 10 chórów lekarskich z całej Polski), były wystawy malar-
skie, fotograficzne, rzeźby, kabarety i występy zespołów
muzycznych. Towarzyszyły tym wydarzeniom spotkania
literackie, posiedzenia Konwentu prezesów okręgowych
izb lekarskich i Prezydium NRL, członków Krajowej Ko-
misji Wyborczej i Komisji Kultury z poszczególnych izb.

Okręgowa Rada Lekarska zwróciła się z apelem do Na-
czelnej Rady Lekarskiej o podjęcie działań, w stosunku
do organów decyzyjnych, zmierzających do:

1. Zniesienia obowiązku każdorazowej weryfikacji
przez lekarza w systemie P1 przepisanych pacjentowi
leków przez innych lekarzy w przypadku zamiaru wy-
stawiania recepty na leki psychotropowe oraz leki bez-
płatne 65+ i dla osób niepełnoletnich. Czynności te są
bardzo czasochłonne i dezorganizują prace w przychod-
niach specjalistycznych i POZ, zwłaszcza, że każdy lek
musi być sprawdzany w systemie oddzielnie.

2. Usunięcia ograniczenia polegającego na wyłącze-
niu z prawa do preskrypcji bezpłatnych leków 65+ i dla
osób niepełnoletnich prywatnych gabinetów lekarskich
nieposiadających umowy z NFZ. Sytuacja ta powoduje
dublowanie wizyt receptowych w gabinetach podstawo-
wej opiece zdrowotnej, zabiera czas i prowadzi do wielu
sytuacji konfliktowych. Mając na uwadze fakt, że prawo
do bezpłatnych leków, podobnie jak refundacja części-
wa leków, przysługuje pacjentowi a nie lekarzowi, ogra-
niczenie o którym mowa nie znajduje racjonalnego wy-
tłumaczenia oprócz próby ograniczenia dostępności do
bezpłatnych leków uprawnionym grupom pacjentów.

3. Przyspieszenia prac zmierzających do umożliwie-
nia zautomatyzowania procesu określania stopnia re-
fundacji leków w aplikacjach gabinetowych i tym sa-
mym zdjęcia z lekarza tego obowiązku, o co środowisko
wnosi od wielu lat.

Podjęła stanowisko w sprawie poselskiego projek-
tu ustawy o zmianie ustawy o zawodach lekarza i leka-
rza dentysty.

Przedstawiciele Okręgowej Rady Lekarskiej brali udział w:

- posiedzeniach Rady Opolskiego Oddziału Woje-
wódzkiego NFZ,
- posiedzeniach Rady Społecznej USK.

Prezes OIL prowadziła korespondencję m.in. z Woje-
wodą Opolskim, Ministrem Zdrowia, Dyrektorem Od-
działu Opolskiego NFZ, Państwowym Powiatowym In-
spektorem Sanitarnym w Opolu w sprawach dotyczących
samorządu lekarskiego i wykonywania zawodu lekarza.

Sekretarz ORL

Lek. Małgorzata ŁUSZCZYŃSKA-OSTROWSKA

Prezes ORL

Lek. dent. Jolanta SMERKOWSKA-MOKRZYCKA

**Sprawozdanie
z działalności Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej
IX Kadencji w roku 2023**

W 2023 r. do Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej (OROZ) wpłynęły 94 nowe sprawy, a z poprzedniego okresu pozostało 31 spraw.

W zespole Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej udało się zakończyć 78 spraw, 47 spraw pozostało na następny okres ponieważ aż 11 spraw wpłynęło do OROZ w grudniu 2023 r.

Spośród zakończonych postępowań ok. 50% zostało objęte odmową wszczęcia, w 13 sprawach OROZ umorzył postępowanie, w inny sposób zakończono 20 spraw (m.in. przekazanie do innego OROZ lub Zarządu Służby Więziennej).

Statystycznie nadal najczęściej zarzucane przewinienia to brak należytej staranności lekarzy jednak zwiększa się istotnie udział postępowań prowadzonych z powodu nieetycznego zachowania lekarzy, co zdaniem Rzecznika coraz bardziej nadwątla etos naszej profesji.

Również statystycznie najwięcej postępowań w roku 2023 prowadzonych było w dziedzinie chorób wewnętrznych jednak w 28 sprawach większość stanowią przewinienia lekarzy POZ. Rzecznik zauważa znaczny wzrost spraw z zakresu ortopedii (ambulatoryjnej) i psychiatrii. Skargi na lekarzy dentystów utrzymują się na zwykłym

poziomie - 10 postępowań i tylko z zakresu stomatologii ogólnej i zachowawczej.

Do Okręgowego Sądu Lekarskiego OROZ skierował 8 wniosków o ukaranie 9 lekarzy, do mediatora nie skierowano żadnej.

Spośród 50 odmów wszczęcia i umorzeń rozpatrywanych przez Sąd było 6 i zostały utrzymane. Zażalenia ze strony pokrzywdzonych w 4-ech sprawach oczekują na rozpoznanie w okręgowych sądach lekarskich, tj.: 3 w OSL w Opolu i 1 w OSL we Wrocławiu.

Nadal duży problem w pracy OROZ stanowi utrudniony dostęp do biegłych i wobec opóźnień w pozyskiwaniu dokumentacji głównie od podmiotów prywatnych konieczność podejmowania decyzji przez Rzecznika w terminie ustawowym w oparciu o niepełną dokumentację medyczną.

W roku 2023 współpracowałem z 6-oma zastępcami, których wkład pracy doceniam i dziękuję. Chciałbym wyróżnić mojego II zastępcę dr n. med. Kazimierza Drosika, który prowadził sprawnie najwięcej postępowań.

OROZ
Paweł Olszewski

**Sprawozdanie
z działalności Okręgowego Sądu Lekarskiego w Opolu
od 01.01.2023 r. do 31.12.2023r.**

W okresie od 01.01.2023 r. do 31.12.2023 r. w Okręgowym Sądzie Lekarskim w Opolu rozpatrzono 21 spraw, w tym: 15 wniosków o ukaranie oraz 6 zażeń przekazanych przez Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej w Opolu.

W 2023 roku:

- karą upomnienia ukarano 9 lekarzy (w tym 1 lekarza będącego członkiem innej okręgowej izby lekarskiej; jeden lekarz otrzymał 2 kary upomnienia za dwa stawiane zarzuty),
- karą nagany ukarano 2 lekarzy,
- uniewinniono 3 lekarzy,
- umorzono postępowanie w stosunku do 1 lekarza ze względu na przedawnienie karalności.

W 2023 roku do Okręgowego Sądu Lekarskiego w Opolu przekazano: 8 zażeń na postanowienie rzecznika (w tym: 7 zażeń na odmowę wszczęcia postępowania przez rzecznika oraz 1 zażalenie na umorzenie postępowania przez rzecznika) oraz 1 zażalenie na postanowienie Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej

w Katowicach dotyczące odmowy wszczęcia postępowania wyjaśniającego.

W 2023 roku, podczas posiedzeń jawnych, rozpatrzono 6 zażeń (w tym: 3 zażenia z 2023 roku i 3 zażenia z 2022 r.) na postanowienie Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej w Opolu i jego zastępców. Okręgowy Sąd Lekarski w Opolu w przypadku 5 zażeń wydał postanowienie o utrzymaniu w mocy postanowienie rzecznika, a w przypadku 1 zażenia wydał postanowienie o uchyleniu postanowienia rzecznika.

Okręgowy Sąd Lekarski w Opolu w 2023 r. w jednym przypadku, dotyczącym rozpoznania zażenia na umorzenie postępowania wyjaśniającego przez Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej we Wrocławiu (sprawa z 2022 r.), wystąpił do Naczelnego Sądu Lekarskiego o przekazanie zażenia innemu sądowi równorzędnemu, ze względu na to iż sprawa dotyczyła członka Okręgowego Sądu Lekarskiego w Opolu.

W 2023 roku do Okręgowego Sądu Lekarskiego przekazano 14 wniosków o ukaranie, w tym:

- 6 wniosków z dziedziny etyki lekarskiej,
- 2 wnioski z dziedziny chirurgii,
- 1 wniosek z dziedziny kardiologii,
- 1 wniosek z dziedziny radiologii,
- 1 wniosek z dziedziny psychiatrii,
- 1 wniosek z dziedziny onkologii,
- 1 wniosek z dziedziny ginekologii i położnictwa,
- 1 wniosek z dziedziny chorób wewnętrznych.

Obecnie rozpatrywane w Okręgowym Sądzie Lekarskim w Opolu są:

- 3 wnioski o ukaranie z 2014 r., 1 wniosek o ukaranie z 2020 r., 1 wniosek o ukaranie z 2021 r., 2 wnioski o ukaranie z 2022 r. oraz 11 wniosków o ukaranie z 2023 r.;

- 4 zażalenia z 2023 roku, w tym 3 zażalenia na postanowienia Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej w Opolu i 1 zażalenie na postanowienia Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej w Katowicach.

W 2023 r. odbyło się 30 wokand sądu, w tym 21 rozpraw i 9 posiedzeń jawnych. Dodatkowo odbyło się 7 posiedzeń niejawnych.

*Przewodniczący OSL
lek. Krystian Wartenberg*

Sprawozdanie z działalności Rzecznika Praw Lekarzy OIL na XLIII Okręgowy Zjazd Lekarzy

Informuję, że w ostatnim okresie między zjazdami nadal dominowały kary finansowe nakładane przez NFZ na lekarzy w związku z wypisywaniem leków niezgodnie z refundacją. Prawnikom zaangażowanym w tej sprawie przez izby lekarskie i samych poszkodowanych lekarzy udało się wypracować ścieżki prawne umożliwiające w wielu przypadkach redukcję wielkości kar finansowych. Ujawniono przy tym brak precyzyjnych przepisów dotyczących zasad kontroli lekarzy przez NFZ. Mamy nadzieję na zwolnienie nas z obowiązku decydowania o płatnościach za leki. Liczymy tutaj na owocną współpracę z nowym Ministra Zdrowia. W ostatnim okresie

miałem również styczność z problemami lekarzy z pracodawcą. Chodzi tu głównie o presję pracodawcy związane z obciążaniem lekarzy dodatkowymi obowiązkami wykraczającymi poza kartę pracy, jak również zakres ich kwalifikacji. Dało się tutaj zauważyć, że lepiej z tego typu problemami radzą sobie młodzi lekarze, którzy skutecznie nie zgadzają się na tego typu naciski ze strony pracodawców. Tak więc w młodych nadzieja. Należy przy tym pamiętać, że ochrona prawna lekarzy zwykle obejmuje określony w umowie z pracodawcą zakres pracy.

*Rzecznik Praw Lekarzy OIL
Adam Bąk*

Sprawozdanie Pełnomocnika ds. Zdrowia Lekarzy i Lekarzy Dentystów OIL na XLIII Okręgowy Zjazd Lekarzy

W czasie objętym sprawozdaniem otrzymałem jedno zgłoszenie dotyczące stanu zdrowia lekarza, ale nie uzasadniające podejmowania działań z mojej strony.

Kontynuowany jest monitoring jednej ze spraw z okresu 2018/2019, która zakończyła się uznaniem zdolności do wykonywania zawodu z zastrzeżeniem kontynuowa-

nia leczenia podtrzymującego remisję i uzgodnienia sposobu jego monitorowania, co jest realizowane wg przyjętych uzgodnień. Sprawa ta nie dotyczy uzależnień od środków psychoaktywnych.

*Pełnomocnik ds. Zdrowia
Lekarzy i Lekarzy Dentystów OIL
lek. Maciej Szcześniak*

Sprawozdanie z działalności Komisji Stomatologicznej za 2023 rok

W okresie sprawozdawczym odbyło się siedem stacjonarnych posiedzeń Komisji Stomatologicznej. Głównymi podejmowanymi tematami były:

1. konieczność wzrostu wyceny świadczeń stomatologicznych przez NFZ;

2. problemy podczas kontroli gabinetów stomatologicznych przez Sanepid;

3. problemy dotyczące odbioru odpadów medycznych (komisja gościła przedstawiciela firmy konkurencyjnej - oferta została zamieszczona w biuletynie OIL);

4. doprecyzowanie pojęcia asystenta ADR - czyli doradcy ds. Bezpieczeństwa transportu towarów niebezpiecznych oraz doprecyzowanie którą placówkę ten temat dotyczy,

5. omówienie braku miejsc specjalizacyjnych z zakresu stomatologii na terenie Opolszczyzny;

6. omówienie ustaw rządowych dotyczących m.in.: regulacji zawodów higienistki i asystentki stomatologicznej, posiadania akredytacji jakości przez jednostki finansowane z budżetu państwa, rozporządzenia w sprawie umiejętności zawodowych i przyznawanych certyfikatów z zakresu implantologii oraz radiologii szczękowo-twarzowej;

7. obowiązek ustawowy określania stopnia natężenia bólu w gabinecie.

Ponadto na każdym posiedzeniu o swojej pracy opowiadali przedstawiciele innych komisji lub organów izby. Dzielili się z zebranymi swoimi zakresami prac, napo-

tykanymi problemami oraz możliwościami ich rozwiązania. Byli:

- dr Robert Rypniewski - Zastępca Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej,

- dr Ewa Nociński-Firlej - Przewodnicząca Sądu Lekarskiego w poprzedniej kadencji,

- dr Donata Hałaburda - Zastępca Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej,

- dr Marta Kabarowska - wieloletnia Przewodnicząca Komisji Etyki Lekarskiej,

- dr Katarzyna Rączy - członek Sądu Lekarskiego

- dr Paweł Olszewski - Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej,

- dr Ewa Rogala - Zastępca Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej.

Komisja na łamach naszego biuletynu na bieżąco informowała o zmieniających się przepisach prawnych dotyczących prowadzenia praktyk lekarskich, organizowanych szkoleniach oraz o wszelkich wydarzeniach istotnych dla lekarzy stomatologów.

*Przewodnicząca KS
lek. dent. Barbara Hamryszak*

Sprawozdanie z działalności Komisji Kształcenia OIL

W 2023 roku kontynuowano kursy i szkolenia organizowane przez naszą Izbę – łącznie wzięło w nich udział 251 osób.

We współpracy z Komisją Młodych Lekarzy przeprowadzono szkolenie dla lekarzy stażystów, w którym po-

ruszono zagadnienia dotyczące ich pierwszych kroków w pracy zawodowej.

Dodatkowo przeprowadzono kursy USG w ramach programu fundacji „Mocni na starcie”.

*Przewodniczący KK OIL
lek. Andrzej Szczepański*

Sprawozdanie z działalności Komisji Etyki Lekarskiej przy ORL w Opolu w okresie pomiędzy XLII a XLIII Zjazdem Lekarzy.

Komisja Etyki Lekarskiej działa w 8 osobowym składzie:

- Przewodnicząca: Suzanowicz Barbara,
- V-ce Przewodnicząca: Hurek Monika,
- Sekretarz: Falenta -Hitnarowicz Małgorzata
- Członkowie: Banaś-Cebula Anna, Cybulski Grzegorz, Dmowska-Zielińska Marzena, Masłoń Radosław, Radecka Barbara.

Agendę pracy Komisji w 2023 r. narzucał planowany na maj 2024 r. Ogólnopolski Zjazd Lekarzy, którego tematem będą zmiany w Kodeksie Etyki Lekarskiej, w szczególności dotyczące etyki w psychiatrii, w telemedycynie i w reklamie. Komisja po dyskusji przyjęła stanowisko w zakresie telemedycyny, który stanowi załącznik do sprawozdania.

Istotą stanowiska jest zobowiązanie organizatorów szkoleń i zjazdów stacjonarnych do zapewnienia wszystkim zainteresowanym lekarzom dostępu on-line do całości materiałów szkoleniowych, przez co rozumie się dostęp on-line, dla lekarzy, którzy z różnych przyczyn nie mogli uczestniczyć w szkoleniu czy zjeździe stacjonarnie. Hasło stanowiska to: TELEMEDYCYNĄ TO RÓWNIEŻ TELESZKOLENIA.

Projekt nowelizacji Kodeksu Etyki Lekarskiej jest już dostępny na stronach Naczelnej Izby Lekarskiej zachęcamy do opinii i uwag na temat zmian za pośrednictwem strony internetowej.

W okresie sprawozdawczym odbyły się 2 zebrania członków komisji, członkowie komisji pozostają w stałym kontakcie mailowym w sprawach bieżących i napływających skarg.

Komisja pracuje drugi rok IX Kadencji, widoczna jest zmniejszona liczba członków w porównaniu do poprzed-

nich kadencji, nadal zachęcamy Koleżanki i Kolegów do dołączenia do naszej Komisji.

Komisja rozpatrywała 5 skarg. 3 z nich zakończyły się wydaniem stanowiska, a 2 sprawy są w trakcie rozpatrywania.

*Przewodnicząca KEL
lek. Barbara Suzanowicz*

Komisja Etyki Lekarskiej OIL w Opolu

W odpowiedzi na zaproszenie do współpracy w tworzeniu nowelizacji Kodeksu Etyki Lekarskiej przedstawiam propozycje członków Komisji Etyki Lekarskiej Opolskiej Izby Lekarskiej. W dyskusji omówiono tematy zmian i za pierwszoplanowe uznano telemedycynę w zakresie szkolenia lekarzy. Uważamy, że szkolenia on-line powinny stać się formą szkoleń powszechną, ogólnodostępną, a przede wszystkim obowiązkowo współistniejącą ze szkoleniami stacjonarnymi. Komisja podkreśla w swoim stanowisku, że każde szkolenie stacjonarne powinno być również dostępne w formie on-line. Pandemia pokazała, że jesteśmy na to technicznie przygotowani.

Kodeks Etyki Lekarskiej w rozdziale IV poświęca Art. 56 powinności lekarzy poszerzania wiedzy i umiejętności zawodowych oraz ich uczestnictwa w pracach towarzystw lekarskich. Towarzystwa lekarskie są głównymi

Przewodniczący Komisji Etyki Lekarskiej
Naczelnej Izby Lekarskiej
Pan dr n. med. Artur de Rosier

mi organizatorami szkoleń oraz periodycznych zjazdów poszczególnych specjalności lekarskich. Lekarze organizatorzy szkoleń, tj. przewodniczący i członkowie komitetów naukowych i organizacyjnych powinni być zobowiązani do zapewnienia dostępu on-line do każdego szkolenia stacjonarnego, co mogłoby uzupełnić w/w Art. 56. Zgodność postulatu z etyką lekarską jest oczywista i uwzględnia równy dostęp do wiedzy wszystkim zainteresowanym lekarzom bez względu na miejsce zamieszkania, obowiązki zawodowe, rodzinne czy stan zdrowia. Nieetycznym raczej należałoby nazwać niezapewnianie takiego dostępu przy istniejących możliwościach teleinformatycznych. TELEMEDYCYNĄ to również TELESZKOLENIA

*Przewodnicząca KEL OIL w Opolu
lek. Barbara Suzanowicz*

Sprawozdanie z działalności Komisji Młodych Lekarzy w 2023 roku

W roku 2023 większość spotkań komisji odbywała się online. Komisja Młodych Lekarzy zorganizowała w czerwcu Piknik Rodzinny, który spotkał się z dobrym odbiorem uczestników. Na pikniku rodzice-lekarze mogli się zintegrować, a dzieci korzystać z atrakcji takich jak dmuchańce czy malowanie twarzy.

Członkowie komisji w kwietniu brali udział w zjeździe Komisji Młodych Lekarzy przy NIL oraz brali udział

w kursach organizowanych przez Porozumienie Rezydentów w zakresie kompetencji miękkich.

We wrześniu w spotkaniu protestacyjnym przed Ministerstwem Zdrowia dot. obaw wynikających ze spadku jakości szkolenia na uczelniach lekarskich. Jesienią KML współorganizowała spotkania dla lekarzy stażystów.

*Przewodniczący KML OIL
lek. Bartosz Biedroń*

Sprawozdanie z działalności Komisji Kultury i Sportu OIL za rok 2023

Komisja Kultury i Sportu wzięła czynny udział w organizacji Kongresu Kultury Lekarskiej w Opolu, w ra-

mach którego wystąpił zespół Reanimators oraz Chór Medikanto.

Zespół Reanimators występował także na Festiwalu Zespołów lekarskich bluesowo-rockowych w Olsztynie oraz dwukrotnie na piknikach rodzinnych zawodów zaufania publicznego w Opolu. 28 października wystąpił w Opolu razem z zespołem The Doctors z Olsztyna.

Zespół Reanimators Classic wystąpił w czerwcu 2023 na VI Festiwalu Lekarskich Zespołów Esculap Rock. W październiku 2023 dał koncert dla lekarzy w hotelu Słociak w Opolu, a w grudniu 2023 koncert dla Opolskiej Izby Farmaceutycznej.

Chór Medikanto w roku 2023 dał 12 koncertów m.in. w Bibliotece Miejskiej w Opolu, podczas Kongresu Kultury Lekarskiej oprawa muzyczna mszy kończącej kongres.

Ponadto odbyły się koncerty kolęd w kilku kościołach Opola i Opolszczyzny, a także koncert muzyki polskiej i klasyków zachodnich w Bibliotece Miejskiej.

Na Lekarskich Igrzyskach Sportowych w Zakopanem dwóch zawodników z naszej izby lekarskiej zdobyło medale w siatkówce oldboyów i tenis mixt (Paweł Pędich) oraz w siatkówce open, strzelaniu, tenisie i pchnięciu kulą (Witold Pędich).

Występujemy do Wojewody o nadanie tytułu Gloria Artis dyrygentce chóru Medikanto Elżbiecie Willim.

*Przewodniczący Komisji Kultury OIL
lek. dent. Rafał Pędich*

Sprawozdanie z działalności Komisji ds. Lekarzy Emerytów i Rencistów Kadencja IX okres : marzec 2023 – luty 2024

Komisja ds. Lekarzy Emerytów i Rencistów działa w składzie:

1. Krystyna Bigda-Hołubowicz,
1. Teodora Cerbe-Mynte,
2. Tadeusz Chowaniec,
3. Kazimierz Drosik,
4. Halina Jakobi- Róż – v-ce przewodnicząca,
5. Bogusław Kudyba – przewodniczący,
6. Marta Rodziewicz-Kabarowska – sekretarz,
7. Jan Wróbel,
8. Leszek Pisarski.

W okresie sprawozdawczym członkowie komisji spotkali się 2 razy w pełnym składzie, ponadto odbyły się 3 spotkania Prezydium komisji. 13.01.2024 komisja zorganizowała uroczyste spotkanie noworoczne, w którym uczestniczyło ponad 40 lekarzy i lekarzy dentystów seniorów.

Ponadto, w okresie przedświątecznym, w grudniu 2023 zorganizowaliśmy wspólne wyjście do kina Helios na retransmisję koncertu Bożonarodzeniowego w wykonaniu słynnego dyrygenta i skrzypka Andre Rieu oraz jego orkiestry.

Zgodnie z przyjętymi ustaleniami w sprawie dofinansowania wczasów rehabilitacyjnych dla 10 lekarzy/lekarzy dentystów seniorów rocznie, w omawianym okresie z dotacji w wysokości 500 zł skorzystało 6 lekarzy/lekarzy dentystów. Mamy nadzieję, że w kolejnym okresie wniosków o dopłatę do wczasów rehabilitacyjnych dla naszych seniorów będzie więcej, tak by wykorzystać całą przysługującą na ten cel pulę pieniędzy.

Nie udało się, niestety, zorganizować planowanej jednodniowej wycieczki krajoznawczej. Dlatego priorytetem na ten rok jest właśnie wycieczka autokarowa, zaplanowana na maj br. do Brzegu i Małujowic.

Zaplanowaliśmy również po świętach Wielkanocnych coroczne spotkanie wiosenne naszych koleżanek i kolegów seniorów.

Dalsze plany działalności komisji zakładają:

- działanie na rzecz umożliwienia lekarzom i lekarzom dentystom, którym przysługują darmowe leki z racji osiągniętego wieku, wypisywania tych leków,
- zbieranie dokładnych informacji o lekarzach i lekarzach dentystach naszej izby, którzy przeszli na emeryturę, pozyskiwanie z delegatur informacji o zmianach adresów i sytuacji lekarzy seniorów,
- współpracę z Komisją Senioralną w NIL,
- organizowanie spotkań wszystkich członków komisji 1x w kwartale (preferowane środy – godz.12.00),
- kontynuowanie wspólnych wyjść na koncerty, do kina bądź filharmonii,
- rozpoznawanie trudnej sytuacji materialnej lekarzy seniorów i wnioskowanie do ORL o wsparcie finansowe,
- w miarę możliwości organizowanie pomocy dla niepełnosprawnych lekarzy/lekarzy dentystów seniorów,
- 2 razy w roku organizowanie tradycyjnych uroczystych spotkań dla wszystkich seniorów lekarzy i lekarzy dentystów w związku z okresami świątecznymi (najbliższe spotkanie wiosenne – sobota 06.04.2024).

*Przewodniczący Komisji
ds. Lekarzy Emerytów i Rencistów
lek. Bogusław Kudyba*

**Informacja
o działalności Komisji Bioetycznej OIL
za okres od 01.02.2023 do 31.01.2024**

Komisja działała w składzie:

- Dr n. med. Jacek Miarka - kardiolog (przewodniczący),
- Mgr Anna Krauze - prawnik (z-ca przewodniczącego),
- Prof. dr hab. Piotr Morciniec – teolog,
- Mgr Barbara Szczegielniak – farmaceuta,
- Dr n. med. Agnieszka Kossowska – psycholog,
- Dr n. med. Aleksander Wojtyłko - chirurg dziecięcy,

- Dr n. med. Piotr Feusette – kardiolog,
- Dr hab. n. med. Tomasz Czarnik – anestezjolog,
- Lek. Robert Żurawel - chirurg naczyniowy.

W okresie, jak wyżej Komisja Bioetyczna odbyła 3 posiedzenia, na których rozpatrzyła łącznie 7 prac badawczo-naukowych, wydano 7 pozytywnych opinii.

*Przewodniczący
Komisji Bioetycznej
dr n. med. Jacek Miarka*

**Sprawozdanie
Okręgowej Komisji Rewizyjnej
na Zjazd sprawozdawczo-budżetowy za rok 2023**

Okręgowa Komisja Rewizyjna OIL przeprowadziła w dniu 14.02.2024 r. badanie wykonania budżetu za rok 2023 oraz oceniła kondycję finansową Izby.

W posiedzeniu OKR udział wzięła przedstawicielka Kancelarii Rachunkowej p. Anna Sawicka, która prowadzi księgowość oraz finanse Izby. Przedstawiła Ona przychody i wydatki Izby, porównując plan wykonania budżetu za rok 2023 oraz przedstawiła bilans i aktualną sytuację finansową Izby.

Z bilansu wynika, że Izba w 2023 roku uzyskała dodatni wynik finansowy i uzyskała nadwyżkę w kwocie 882.467,41 zł.

Wszystkie zobowiązania – długoterminowe (pożyczka z Naczelnej Izby Lekarskiej) oraz bieżące realizowane są na bieżąco. Izba nie ma zaległości w płatnościach. Wynik finansowy byłby jeszcze lepszy, gdyby nie było zaległości

w płaceniu składek członkowskich. Ściągalność składek za rok 2023 wynosi ok. 80%, a kwota to ok. 740 tysięcy złotych. Kondycja finansowa Izby jest dobra.

Okręgowa Komisja Rewizyjna zapoznała się także z preliminarzem przychodów i wydatków na rok 2024. Komisja wnioskuje dalsze zintensyfikowanie działań zmierzających do zwiększenia ściągalności składek członkowskich.

Okręgowa Komisja Rewizyjna pozytywnie ocenia prowadzoną gospodarkę finansową Izby za rok 2023 i wnioskuje do Okręgowego Zjazdu Lekarzy:

1. o przyjęcie uchwały o zatwierdzeniu wykonania budżetu za rok 2023,
2. o udzielenie Okręgowej Radzie Lekarskiej OIL absolutorium za rok 2023.

Wiceprzewodniczący OKR
lek. Marek Piętka

Sekretarz OKR
dr n. med. Teresa Sicińska-Werner

Przewodniczący OKR
lek. dent. Włodzimierz Fijałkowski

Preliminarz budżetowy

		Plan 2023	Wykonanie 2023	Plan 2024
A	Przychód z działalności statutowej	3 445 894,00	3 488 152,07	3 581 000,00
1	Składki członkowskie	3 273 894,00	3 311 462,91	3 400 000,00
2	Refundacja z budżetu Państwa	130 000,00	102 032,91	110 000,00
3	Refundacja z budżetu Województwa	9 000,00	29 550,00	36 000,00
4	Rejestr lekarzy i praktyk lekarskich	28 000,00	39 415,18	30 000,00
5	Komisja Bioetyczna	5 000,00	5 691,07	5 000,00
6	Przychody finansowe	0,00	0,00	0,00
7	Otrzymane darowizny	0,00	0,00	0,00
B	Przychód z pozostałej działalności	82 022,00	95 622,63	84 272,00
1	Prowizja od ubezpieczeń OC lekarzy	58 000,00	61 462,23	60 000,00

		Plan 2023	Wykonanie 2023	Plan 2024
2	Reklama w Biuletynie Lekarskim	2 750,00	3 080,00	3 000,00
3	Wynajem pomieszczeń	1 272,00	1 272,00	1 272,00
4	Pozostałe przychody	20 000,00	29 808,40	20 000,00
C	Ogółem przychody	3 527 916,00	3 583 774,70	3 665 272,00
D	Koszty działalności statutowej	1 368 229,40	1 246 781,46	1 404 500,00
1	Składki członkowskie do NIL	327 389,40	330 910,29	340 000,00
2	Staż podyplomowy lekarzy - wykłady	22 700,00	20 290,29	20 000,00
3	Rejestr lekarzy i praktyk lekarskich	166 000,00	185 862,49	200 000,00
4	Komisja Bioetyczna	15 000,00	11 992,41	15 000,00
5	Pozostałe komisje problemowe	20 000,00	9 933,13	10 000,00
6	Fundusz Samopomocy	180 000,00	180 000,00	100 000,00
7	Sąd Lekarski	146 300,00	115 224,95	140 000,00
8	Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej	130 340,00	153 892,85	170 000,00
9	Posiedzenia Prezydium	28 000,00	26 833,58	28 000,00
10	Posiedzenia Rady	15 000,00	18 964,79	20 000,00
11	Szkolenia	90 000,00	45 587,97	100 000,00
12	Okręgowy Zjazd Lekarzy	20 000,00	10 439,25	11 000,00
13	Delegatury	20 000,00	4 000,00	40 000,00
14	Nagrody dla lekarzy za specjalizację	70 000,00	13 875,00	50 000,00
15	Nagrody dla lekarzy za tytuł naukowy	20 000,00	11 094,00	30 000,00
16	Seniorzy	22 000,00	24 948,82	30 000,00
17	Komisja rewizyjna	500,00	126,97	500,00
18	Sport, kultura, turystyka	75 000,00	82 804,67	100 000,00
19	Fundusz Pomocy Ukrainie	35 000,00	0,00	0,00
E	Koszty pozostałej działalności	128 000,00	108 966,92	100 000,00
1	Obsługa ubezpieczeń OC lekarzy	44 000,00	36 294,00	25 000,00
2	Wydawanie Biuletynu Lekarskiego	84 000,00	72 672,92	75 000,00
F	Koszty ogólnego zarządu	1 295 393,95	992 415,37	1 410 000,00
G	Pozostałe koszty operacyjne		620,01	
H	Koszty finansowe	20 000,04	19 190,80	20 000,00
I	Ogółem koszty	2 811 623,39	2 367 974,56	2 934 500,00
J	Wynik finansowy brutto	716 292,61	1 215 800,14	730 772,00
K	Splata części kapitałowej pożyczki z NIL	333 333,24	333 332,73	333 333,00
L	Fundusz rezerwowy na inne wydatki	250 000,00	0,00	300 000,00
Ł	Wynik netto	132 959,37	882 467,41	97 439,00

	Koszty według rodzaju	2 810 881,55	2 348 163,75	2 914 500,00
I	Amortyzacja	100 640,13	100 640,13	100 640,13
II	Zużycie materiałów	50 000,00	52 423,19	55 000,00
III	Energia i media	220 000,00	158 183,73	220 000,00
IV	Usługi obce	480 000,00	371 730,37	430 000,00
V	Wynagrodzenia	1 000 000,00	830 358,64	1 050 000,00
VI	Świadczenia na rzecz pracowników	20 000,00	7 590,96	30 000,00
VII	Świadczenia na rzecz lekarzy	240 000,00	189 500,00	240 000,00
VIII	Ubezpieczenia społeczne i inne	160 000,00	148 066,19	190 000,00
IX	Podatki i opłaty	10 000,00	7 982,72	10 000,00
X	Podróże służbowe	100 000,00	131 048,24	130 000,00
XI	Pozostałe koszty	430 241,42	350 639,58	458 859,87

PIERWSZE DWA POSIEDZENIA OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ W OPOLU W NOWYM ROKU



W dniu 31.01.2024 r. odbyło się pierwsze w Nowym Roku posiedzenie Okręgowej Rady Lekarskiej. Rada obradowała nad następującymi problemami:

Przyznanie praw wykonywania zawodu

Wnioski o wydanie PWZ po odbyciu stażu podyplomowego złożyły:

- lek. Maryia Savitskaya - obywatelka Białorusi,
- lek. Hanna Wawrzyniak - pochodzenia polskiego,
- lek. Marta Ekalt - pochodzenia polskiego.

Uchwały podjęto jednogłośnie.

Wnioski o wydanie PWZ w związku z przeniesieniem z DIL we Wrocławiu złożyli:

- lek. Lizaveta Dauhiala,
- lek. Gracjan Kozłowski
- lek. Magdalena Mroziak
- lek. dent. Róża Stanson-Kulej.

Uchwały podjęto jednogłośnie.

Wniosek o PWZ na określony zakres czynności zawodowych złożyła lek. Volha Hardzeichuk obywatelka Białorusi (ukończyła Białoruski Państwowy Uniwersytet Medyczny w Mińsku), PWZ ważne do dn. 31.01.2029 r., zatrudniona będzie w Brzeskim Centrum Medycznym w Brzegu (praca pod nadzorem lekarza specjalisty przez 5 lat). Uchwałę podjęto przy 5 głosach wstrzymujących.

Wniosek o Warunkowe PWZ złożyła lek. Olena Yevchuk, obywatelka Ukrainy (ukończyła Państwowy Uniwersytet Medyczny w Iwano-Frankowsku), PWZ ważne do dn. 31.01.2029 r. (praca pod nadzorem lekarza specjalisty przez 5 lat). Uchwałę podjęto jednogłośnie.

Rejestracja podmiotów prowadzących szkolenie podyplomowe lekarzy

Firma „MedicaRescue” Łukasz Szymczyszyn zarejestrowana w naszej Izbie złożyła wnioski o przeprowadzenie kursów dla lekarzy stomatologów „Podstawowe i zaawansowane zagadnienia nagłych stanów zagrożenia życia - postępowanie w przypadku osób dorosłych i dzieci” (kier. naukowy szkolenia lek. Agata Michalczyk) i o przyznanie punktów edukacyjnych. Kursy odbędą się: 13.01.24 r. w Łąncucie, 03.02 br. w Płocku, 10.02 br. w Łapanowie, 24.02 br. we Wrocławiu, 02.03 br. w Warszawie, 03.03 br. w Tomaszowie Mazowieckim, 23.03 br. w Trzebinie i 06.04 br. w Katowicach. Uchwały podjęto jednogłośnie i Rada przyznała 9 pkt. edukacyjnych za każde szkolenie.

Zmiany w rejestrze indywidualnych praktyk lekarskich

W związku z zaprzestaniem działalności medycznej wykreślono osiem praktyk lekarskich - uchwały podjęto jednogłośnie

Przyznanie świadczeń z Funduszu Samopomocy

Wniosek o bezzwrotną zapomogę złożyła jedna osoba - uchwałę podjęto jednogłośnie.

Zmiany w wysokości składki członkowskiej

Wnioski o zwolnienie ze składki członkowskiej złożyła jedna osoba - uchwałę podjęto jednogłośnie

Wniosek o obniżenie składki członkowskiej z 120 zł do 60 zł na 3 miesiące złożyła jedna osoba. Przy 1 głosie wstrzymującym się podjęto uchwałę o odmowie obniżenia składki (brak spełnienia warunków uchwalonych przez Radę Regulaminu).

Wyznaczenie przedstawicieli członków ORL do komisji konkursowych

Dyrektor SP ZOZ Szpitala Specjalistycznego MSWiA w Głucholazach skierował prośbę o wyznaczenie przedstawiciela Opolskiej Izby Lekarskiej do komisji konkursowej na stanowiska Naczelnej Pielęgniarki i Pielęgniarki Oddziału Rehabilitacji Kardiologicznej z Działem Intensywnego Nadzoru. Rada jednogłośnie desygnuje dr Barbarę Suzanowicz.

Podjęto jednogłośnie Uchwałę w sprawie zmiany przedstawiciela ORL w konkursie ZOZ w Oleśnie - dr n. med. Marcina Mielczarka zastąpi dr Krystian Wartenberg.

Rekomendacja w sprawie powołania na kolejną kadencję kandydatów na konsultantów wojewódzkich

ORL nie zgłasza zastrzeżeń do kandydatur niżej wymienionych lekarzy na stanowiska konsultantów wojewódzkich w dziedzinach:

- geriatria - lek. Katarzyna Bojkowska-Otrębska,
- medycyna sportowa - Bogdan Niewiadomski,
- neurologia - dr hab. n. med. Beata Łabuz-Roszak,
- rehabilitacja medyczna - Jan Wierzchowicz.

Uchwały podjęto jednogłośnie.

Rozpatrzenie wniosków i nadanie wyróżnienia „Prymariusza Opolskiego”

Decyzją Rady honorowe wyróżnienie „Prymariusz Opolski” w 2024 r. otrzymują dr n. med. Rafał Olejnik i lek. dent. Ewa Rogala - uchwały podjęto jednogłośnie. Uroczystość wręczenia statuetek odbędzie się 16.03.24 r. na Okręgowym Zjeździe Lekarzy.

Wybory uzupełniające

W związku z rezygnacją z pełnionej funkcji skarbnika ORL kol. Zbigniewa Kowalika odbyły się wybory uzupełniające. Pod nadzorem Okręgowej Komisji Wyborczej na to stanowisko w tajnym głosowaniu został wybrany kolega Jerzy Jakubiszyn. W ten sam sposób doszło do uzupełnienia wymaganego składu liczbowego Prezydium ORL w osobie kolegi Marka Błaszczyka. Pod nadzorem OKW w tajnym głosowaniu został on członkiem zwyczajnym naszego Prezydium.

Sprawozdanie z posiedzenia Konwentu Prezesów ORL w dn. 25.01.2024 r.

Przekazała Prezes Jolanta Smerkowska-Mokrzycka. Konwent dyskutował o:

- kampanii medialnej na rzecz przedstawienia wizerunku lekarza z udziałem prezesów Okręgowych Izb Lekarskich pod tytułem „Jestem lekarzem, jestem człowiekiem”.

- projekcie nowego regulaminu wyborczego Krajowej Komisji Wyborczej,

- projekcie zmian w Kodeksie Etyki Lekarskiej (KEL),
- pilotażowym programie „e-izba”, który ma dotyczyć informacji o lekarzach, który testuje OIL w Warszawie.

Sprawozdanie z posiedzenia NRL w dniu 26.01.2024 r.

Przekazał Wiceprezes Stanisław Kowarzyk:

- Przyjęto uchwały NRL w sprawie przyjęcia budżetu NIL na rok 2024 - bez poprawek,

- Przyjęto uchwałę NRL w sprawie przedstawienia do konsultacji społecznych projektu KEL,

- Przedstawiono projekt uchwały Nadzwyczajnego XVI Krajowego Zjazdu Lekarzy w sprawie regulaminu wyborczego opracowanego przez KKW,

- Przyjęto program NZKL,

- Wybór przewodniczącego komisji finansowo-budżetowej (z powodu rezygnacji poprzedniego

- Przewodniczącego) - nowym przewodniczącym został Łukasz Jasek,

- Przyjęto uchwałę NIL w sprawie treści pieczętki lekarskiej - informacje przekazał kol. Jerzy Jakubiszyn informując, że obowiązkowe elementy pieczętki nie zmieniają się. W przypadku umieszczenia nr telefonu na pieczętce będzie obowiązywać prefix międzynarodowy - termin realizacji do 31.12.2024 r.

- Dyskutowano na temat uprawnień lekarzy posiadających warunkowe PWZ (MZ wydało dwa sprzeczne stanowiska) - opinie referował mec. Kozik,

- Przyjęto Apel NRL do Prezesa Rady Ministrów o podjęcie działań na rzecz zwiększenia dostępności znieczuleń porodów,

- Przyjęto wspólne stanowisko Konferencji Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych i NIL w sprawie kształcenia lekarzy w Polsce, które dotyczyło sytuacji nowo otwartych kierunków lekarskich na różnych uczelniach,

- Prezentacja zakresu działania zespołu roboczego ds. transformacji w ochronie zdrowia.

Sprawozdania członków ORL z działalności pomiędzy posiedzeniami

Prezes poinformowała o rozmowach z Wojewodą Opolskim o sytuacji w ochronie zdrowia na terenie Opolszczyzny.

Kol. Wiesław Latała przekazał informacje ze spotkania Oddziału Opolskiego PTS-u.

Kol. Jerzy Jakubiszyn poinformował o rozmowach z Dziekanem UO w sprawie organizacji kursów dla lekarzy pracujących w POZ (dotyczy lekarzy, którzy rozpoczęli pracę po 1 września 2007 r. i nie posiadają specjalizacji lub posiadają I stopień z interny, pediatrii i medycyny ogólnej).

Sprawy różne i wolne wnioski

Prezes przedstawiła pismo OROZ dr Pawła Olszewskiego dotyczące jednego lekarza i konieczności powołania komisji ds. orzekania o stanie zdrowia pod kątem dalszego wykonywania zawodu lekarza. Podjęto uchwałę o powołaniu Komisji.

Wobec wyczerpania porządku obrad na tym posiedzeniu zakończono.

Sekretarz ORL

Lek. Małgorzata ŁUSZCZYŃSKA-OSTROWSKA

Prezes ORL

Lek. dent. Jolanta SMERKOWSKA-MOKRZYCKA

Kolejne posiedzenie Okręgowej Rady Lekarskiej odbyło się w dn. 28.02.2024 r. Obradowano nad następującymi problemami:

Przyznanie praw wykonywania zawodu

Przeniesienia: z Wrocławia lek. Monika Pfanhauser oraz ze Szczecina lek. Daria Widera - uchwały podjęto jednogłośnie.

Przeniesienia na staż:

- lek. Omar Younes,
- lek. Rakhatshevich Artur,
- lek. Miroshnichenko Katsiaryna,
- lek. Kutsko Tatsiana,
- lek. Podolianchuk Serhii.

Uchwały podjęto jednogłośnie.

O warunkowe prawo wykonywania zawodu wystąpiła lek. Karpenko Tetiana - uchwała została podjęta przy 2 głosach wstrzymujących.

Rozpatrzono wniosek lek. Petro Barchuk w związku z jego odwołaniem od poprzedniej decyzji w sprawie warunkowego prawa wykonywania zawodu pod pięcioletnim okresem nadzoru. Z powodu braku uzasadnienia podjętej przez ORL uchwały, decyzją PNRL skierowano sprawę lekarza do ponownego rozpatrzenia. Wniosek o wydanie WPWZ stanął na posiedzeniu Rady ponownie i podjęto jednogłośnie uchwałę o przyznaniu WPWZ pod 5-letnim nadzorem wraz z odpowiednim uzasadnieniem.

Rejestracja podmiotów prowadzących szkolenia podyplomowe lekarzy

Fundacja na Rzecz Rozwoju Medycyny Shock Room zgłosiła szkolenie w dniach od 15-17.03.2024 r. z zakresu medycyny ratunkowej - jednogłośnie podjęto uchwałę o przyznaniu 19 pkt. za szkolenie.

Firma CS3Z złożyła wniosek o rejestrację jako podmiotu szkolącego - wniosek przyjęto przy 3 głosach wstrzymujących.

Prezes Jolanta Smerkowska-Mokrzycka przekazała informację o rezygnacji kol. Kingi Szczepańskiej z członkostwa w pracach Prezydium i Radzie OIL. Dr Jakubiszyn, jako Przewodniczący OKW, poinformował o wyborach uzupełniających do Prezydium ORL, które odbędą się na kwietniowej Radzie.

Zmiany w rejestrze indywidualnych praktyk lekarskich

O wykreślenie praktyki wystąpiło 9 lekarzy - wnioski przyjęto jednogłośnie.

Przyznanie świadczeń z funduszu samopomocy

O zapomogę wystąpiła w imieniu córki lekarki jedna osoba - wniosek przyjęto jednogłośnie.

Prezes zaproponowała zwiększenie kwoty „becikowego” z 700 zł do 1000 zł od 1.03.2024 r. (uchwałę podjęto jednogłośnie).

Kol. Kowarzyk złożył wniosek o stworzenie jednolitego tekstu uchwały o Funduszu Samopomocowym - wniosek przyjęto i podjęto jednogłośnie stosowną uchwałę.

Zmiany wysokości składki członkowskiej

W związku z nieosiąganiem przychodów rozpatrzono wnioski 3 lekarzy o zmianę wysokości składki. Jednocześnie w przypadku 1 wniosku ustalono, że Rada zwróci się o dodatkowe informacje. Z kolei 1 wniosek

obciążony jest wadą, więc jego rozpatrzenie odłożono do wyjaśnienia.

Powołanie komisji w sprawie orzeczenia o niezdolności do wykonywania zawodu

Głosowano nad uchwałą ORL nad powołaniem komisji orzekającej o niezdolności jednego lekarza do wykonywania zawodu. Uchwała o składzie komisji zapadła jednogłośnie.

Z-ca Sekretarza ORL

Lek. Iwona GAJDA

Zatwierdzenie sprawozdania finansowego OIL w Opolu za 2023 r.

W związku z tym, iż zakończył się rok obrachunkowy 2023, podjęto uchwałę w sprawie zatwierdzenia sprawozdania finansowego za rok poprzedni - Uchwała została przyjęta jednogłośnie.

Informacja dotycząca kursu dla lekarzy POZ

Kol. Jakubiszyn przekazał informację na temat rozmów w sprawie ramowego kursu szkolącego dla lekarzy POZ, który aktualnie organizowany jest tylko przez Lublin i CMKP. Zgodnie z aktualnie obowiązującym rozporządzeniem MZ kurs taki może organizować także uczelnia medyczna. W najbliższym czasie ukaże się nowe rozporządzenie Ministra Zdrowia dotyczące tej kwestii, w związku z czym czekamy na nowe rozwiązania.

Wniosek do Wojewody Opolskiego w sprawie odznaczenia

Głosowano nad wnioskiem do Wojewody Opolskiego o przyznanie medalu „Zasłużony Kulturze Gloria Artis” Pani Elżbiecie Willim za wkład w rozwój naszego chóru - wniosek przyjęty jednogłośnie.

Sprawa oszczędności opłat Izby za energię elektryczną

Kol. Błaszczyk zaprezentował oferty trzech firm dotyczących zmniejszenia nakładów finansowych Izby na opłaty za energię elektryczną. Wnikliwa analiza i znajomość tematu przez kol. Błaszczyka sprawiły, iż dalsze rozmowy z firmami zostały przekazane w jego ręce.

Na tym posiedzenie ORL zostało zakończone.

Prezes ORL

Lek. dent. Jolanta SMERKOWSKA-MOKRZYCKA

POSIEDZENIA KOMISJI STOMATOLOGICZNEJ

W dniu 1 lutego odbyło się pierwsze w nowym roku posiedzenie Komisji Stomatologicznej. Spotkanie rozpoczęła przewodnicząca dr Barbara Hamryszak od przedstawienia uchwały Naczelnej Rady Lekarskiej określającej nowy wzór używanej przez lekarza i lekarza dentysty pieczętki bądź nadruku z systemu komputerowego.

Pieczętka „osobista” lekarza musi obowiązkowo zawierać:

- imię lub imiona i nazwisko,
- tytuł zawodowy,
- numer prawa wykonywania zawodu.

Pieczętka może zawierać dodatkowo:

- posiadany tytuł i stopień naukowy,
- posiadane specjalizacje i umiejętności zawodowe, zgodnie z brzmieniem określonym w dyplomie, zaświadczeniu lub certyfikacie,

- nazwę uczelni i kierunku, na którym uzyskano tytuł,
- numer telefonu wraz z prefiksem międzynarodowym,
- adres miejsca zamieszkania,
- adres poczty elektronicznej.

Wszelkie zmiany należy dokonać do końca 2024 roku.

W związku z pojawiającymi się informacjami o nowych obowiązkach związanych z gospodarowaniem niektórymi odpadami (m.in. kubki jednorazowe z tworzyw sztucznych) zapisanymi w ustawie z dnia 14.04.2023 r. o zmianie ustawy o obowiązkach przedsiębiorców w zakresie gospodarowania niektórymi odpadami oraz o opłacie produktowej oraz niektórych innych ustaw informujemy, że nowe obowiązki nie dotyczą podmiotów wykonujących działalność leczniczą.



Zespół do spraw stomatologii przy Ministrze Zdrowia zgłosił postulat, aby lekarz dentysta nie musiał co 5 lat zdawać egzaminu z ochrony radiologicznej pacjenta.

Na wniosek NIL minister Adam Bodnar wycofał wniosek do TK złożony przez swojego poprzednika dotyczący zapytania o obowiązkową przynależność do izb lekarskich.

Dr Rafał Kiełkowski ze Śląskiej Izby Lekarskiej w Katowicach zaproponował, aby stworzyć dla pacjentów stro-

nę internetową z opisem przeprowadzanych zabiegów w stomatologii, jak i możliwych powikłań, tak aby każdy pacjent mógł się z nimi zapoznać przed każdorazową wizytą. Dotychczas zgody na zabiegi uzyskiwał indywidualnie.

Komisja zaprasza na szkolenia organizowane przez PTS - wszelkie informacje zamieszczane są na bieżąco na stronie izby.

Sekretarz KS
Lek. dent. Agnieszka CHOMIK-RĄCZY

Przewodnicząca KS
Lek. dent. Barbara HAMRYSZAK

OCHRONA MAŁOLETNIICH

Szanowni Państwo!

Z dniem 15 lutego 2024 r. wchodzi w życie ustawa z dnia 28 lipca 2023 r. o zmianie ustawy – Kodeks rodzinny i opiekuńczy oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. 2023 poz. 1606), tzw. Lex Kamilek, która wprowadza przepisy dotyczące standardów ochrony małoletnich.

Zgodnie z art. 10 ww. ustawy obowiązek wprowadzenia wyżej wymienionych standardów musi być zrealizowany w terminie 6 miesięcy od dnia wejścia w życie ustawy - czyli do 15 sierpnia 2024 r. Jest to tak zwany okres przejściowy, na dostosowanie działalności podmiotów, o których mowa w art. 22b ust. 1 oraz art. 22c ust. 3 ustawy o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym (Dz. U. z 2023 r. poz. 1304). Wśród tych podmiotów znalazły się także placówki medyczne, do których uczęszczają albo w których przebywają lub mogą przebywać małoletni.

Na organie zarządzającym placówką medyczną, ciążyć będzie obowiązek wprowadzenia standardów ochrony małoletnich. Standardy mają zapewnić małoletnim bezpieczeństwo, przeciwdziałać przestępstwom o charakterze seksualnym oraz ustandaryzować postępowanie w przypadku naruszeń.

Nie zostało jednolicie i kompleksowo ujęte, co ma znaleźć się w standardach w każdym typie placówki. Standardy mają być dostosowane do charakteru i rodzaju placówki lub jej działalności. Inne standardy dotyczyć będą np. szpitali pediatrycznych, a inne hospicjów dziecięcych, a jeszcze inne gabinetów lekarza pediatry.

Standardy mają dotyczyć nie tylko zagrożeń dla małoletnich ze strony osób dorosłych, personelu, lecz także innych małoletnich przebywających w placówce. Szczególną uwagę należy poświęcić dzieciom z niepełnosprawnością oraz ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi.

W standardach określa się m.in.:

- zasady zapewniające bezpieczne relacje między małoletnim a personelem placówki lub organizatora, a w szczególności zachowania niedozwolone wobec małoletnich;

- zasady i procedurę podejmowania interwencji w sytuacji podejrzenia krzywdzenia lub posiadania informacji o krzywdzeniu małoletniego;

- procedury i osoby odpowiedzialne za składanie zawiadomień o podejrzeniu popełnienia przestępstwa na szkodę małoletniego, zawiadamianie sądu opiekuńczego oraz w przypadku instytucji, które posiadają takie uprawnienia, osoby odpowiedzialne za wszczynanie procedury „Niebieskie Karty”;

- zasady przeglądu i aktualizacji standardów;

- zakres kompetencji osoby odpowiedzialnej za przygotowanie personelu placówki lub organizatora do stosowania standardów, zasady przygotowania tego personelu do ich stosowania oraz sposób dokumentowania tej czynności;

- zasady i sposób udostępniania rodzicom albo opiekunom prawnym lub faktycznym oraz małoletnim standardów do zaznajomienia się z nimi i ich stosowania;

- osoby odpowiedzialne za przyjmowanie zgłoszeń o zdarzeniach zagrażających małoletniemu i udzielenie mu wsparcia;

- sposób dokumentowania i zasady przechowywania ujawnionych lub zgłoszonych incydentów lub zdarzeń zagrażających dobru małoletniego.

W standardach należy ponadto określić wymogi dot. bezpiecznych relacji między małoletnimi, zasady korzystania z urządzeń z dostępem do Internetu, procedury ochrony przed szkodliwymi treściami. Standardy powinny być tak przygotowane, aby osoby małoletnie je całkowicie zrozumiały, aby wiedziały jak zachować się w konkretnych sytuacjach oraz jakie prawa im przysługują.

Nad realizacją standardów mają czuwać eksperci, powołani m.in. w ramach Zespołu do Spraw Ochrony Małoletnich Ministerstwa Sprawiedliwości.

Niewprowadzenie standardów podlegać będzie odpowiedzialności karnej.



Adwokat
Marian A. JAGIELSKI

KOLEJNI PRYMARIUSZE PRYZNANI!

Na pierwszym tegorocznym posiedzeniu Okręgowa Rada Lekarska naszej Izby przyznała kolejne dwie statuetki Godności Honorowej „Prymariusza Opolskiego”.

Przypadły one dr Ewie Rogali i dr Rafałowi Olejnikowi. Poniżej przedstawiam krótkie charakterystyki Laureatów.

Jerzy B. LACH

Lekarz dentysta Ewa ROGALA jest lekarzem z 28-letnim stażem zawodowym. Obecnie jest właścicielką zespołu gabinetów lekarskich i stomatologicznych pod nazwą „Stomatologia Rogala”.

Śląską Akademię Medyczną w Katowicach ukończyła w 1995 r. Po studiach, w ramach doksztalcenia, wyjechała na staż na Uniwersytet Medyczny w Bristolu. Nieco później zdała egzamin specjalistyczny z zakresu stomatologii zachowawczej z endodoncją. Ukończyła również wiele kursów specjalistycznych z zakresu stomatologii zachowawczej i protetyki.

Od roku 2002 działa w Samorządzie Lekarskim jako członek Komisji Stomatologicznej, gdzie w czasie posiedzeń bierze czynny udział. Od ponad 8 lat pełni funkcję Zastępcy Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej.

Jej gabinet jest uprawniony do kształcenia lekarzy dentyków w ramach stażu podyplomowego.



Lekarz Rafał OLEJNIK ukończył Wydział Lekarski Śląskiej Akademii Medycznej w Zabrze. Jest specjalistą urologiem FEBU. Przez wiele lat pracował w Oddziale Urologicznym szpitala w Kędzierzynie-Koźlu. Potem był jednym ze współzałożycieli Centrum Medycznego Majcher-Olejnik, przekształconego później w Klinikę „Nova” w Kędzierzynie-Koźlu. Aktualnie jest Prezesem Zarządu tej Kliniki.

Ukończył szereg studiów podyplomowych, m.in. w Wyższej Szkole Zarządzania w Opolu (Zarządzanie w medycynie), Uczelni Łazarskiego / ŚUM/ GUM (MBA w Ochronie Zdrowia).

Jako urolog specjalizuje się w endourologii, a zwłaszcza w kompleksowym leczeniu kamicy nerkowej oraz leczeniu łagodnego rozrostu prostaty najnowszymi metodami (w szczególności metodą RIRS, enukleacją bipolarną prostaty oraz HOLEP), wprowadzając je z powodzeniem do codziennej pracy w kierowanym przez siebie ośrodku oraz - dzięki szkoleniom prowadzonym przez Klinikę „Nova” i szkoleniach klinicznych w roli tutora - propagując je w całej Polsce. Dzięki swojej działalności edukacyjnej od 2020 roku Klinika „Nova” jest ośrodkiem szkoleniowym Olympus Polska. Klinika weszła również w skład sieci ośrodków szkolących rezydentów Polskiego Towarzystwa Urologicznego.

Dr Olejnik jest aktywnym członkiem Polskiego Towarzystwa Urologicznego, Europejskiego Towarzystwa Urologicznego oraz Światowego Towarzystwa Endourologicznego. Pełnił funkcję członka Zarządu Śląskiego Oddziału PTU oraz był członkiem Zarządu Sekcji Endourologii PTU. Uczestniczył w wielu szkoleniach, sympozjach i stażach międzynarodowych.

Będąc aktywnym urologiem pełni jednocześnie funkcje managerskie Prezesa Zarządu Kliniki „Nova” prowadzącej szpital chirurgii jednego dnia w zakresie urologii, okulistyki, ginekologii, laryngologii oraz szeregu poradni specjalistycznych i POZ. To m.in. dzięki jego staraniom Klinika jest wysoko oceniana przez jej pacjentów. Wraz z tym są przyznane Klinice „Nova” tytuły „Hipokrates Opolski” w latach 2014, 2015, 2016, 2018, 2022 i 2023 oraz Złoty Laur Umiejętności i Kompetencji 2023. Zaś sam dr Olejnik otrzymał tytuł „Menadżera Roku w Ochronie Zdrowia” w 2021 r. przyznany mu przez Wydawnictwo Termedia i „Managera Zdrowia”.

Dr Olejnik jest również działaczem społecznym. Przez trzy kadencje zasiadał w Radzie Miasta Kędzierzyna-Koźla, będąc zawsze członkiem Komisji Zdrowia i jej Przewodniczącym. Był też przez jedną kadencję członkiem Rady Powiatu Kędzierzyn-Koźle pracując w jej Komisji Zdrowia.

Od lat włącza się w prowadzenie na terenie Województwa Opolskiego licznych akcji edukacyjno-profilaktycznych takich jak: Movember Polska, szczepienia HPV czy też w szkolenia dla lekarzy rodzinnych. Obecnie pełni funkcję Konsultanta Wojewódzkiego ds. Urologii.

Przez wiele lat aktywnie pracował na rzecz Samorządu Lekarskiego w swoim macierzystym Okręgu Kędzierzynie-Kozielskim i był wielokrotnie wybierany jako



jego przedstawiciel na Okręgowe Zjazdy Lekarzy Opolszczyzny. W V i VII kadencji Samorządu był członkiem Okręgowej Rady Lekarskiej, a w kadencji VI – członkiem jej Prezydium. Jednocześnie był bardzo zaangażowany w działalność Ogólnopolskiego Związku Zawodowego

Lekarzy, a w latach 2005-2009 pełnił funkcję Przewodniczącego Regionu Opolskiego OZZL.

Za swoją działalność społeczno-zawodową był wielokrotnie nagradzany szeregiem wyróżnień i nagród. Został także odznaczony Odznaką Honorową „Za Zasługi Dla Województwa Opolskiego”.

SPOTKANIE NASZYCH SENIORÓW

W dniu 14 stycznia 2024 r. w restauracji „Czardasz” odbyło się coroczne, tradycyjne już spotkanie lekarzy seniorów członków Opolskiej Izby Lekarskiej.

Opolska Izba Lekarska liczy:

	Lekarzy	Dentystów
Ogółem	2797+ 7 z podwójnym PWZ	786+ 7 z podwójnym PWZ
Czynnych zawodowo	2381	695
Emerytów ogółem	1013	211
Emerytów pracujących	882 (87%)	206 (95%)

Spotkanie przy smacznym obiedzie, a potem kawie z ciastem i lampką wina umiliła nam muzyka i śpiew zespołu „Metronom”, którego kierownikiem jest pan Jerzy Mikulski, a zespół wystąpił pod batutą pani Joanny Bojkowskiej.

W dalszej części mieliśmy przyjemność wysłuchać recitalu gitarowego dr n. med. Kazimiera Drosika, który wybrał utwory głównie z repertuaru „The Shadows”.

Część artystyczna naszego spotkania została przyjęta wręcz entuzjastycznie.

Komisja do Spraw Seniorów OIL prosi o śledzenie naszej działalności i ogłoszeń w Biuletynie Izby oraz w internecie dotyczących spotkań, propozycji wycieczkowych oraz dofinansowania potrzeb, np. wypoczynku wakacyjnego.

W najbliższym czasie planowane jest spotkanie wiosenne oraz wycieczka do Zamku w Brzegu i Małujowic. Szczegóły podamy wkrótce. Już zdecydowanych prosimy o kontakt.

Zapraszamy także do każdej aktywności. Wszak spotkania, rozmowy i wymiana informacji, uwag jest dla nas emerytów szczególnie potrzebna i cenna.

Pozdrawiamy serdecznie i do zobaczenia. Z medycznym uściskiem dłoni.

Halina JAKOBI-RÓŻ
Marta KABAROWSKA
Bogusław KUDYBA



GOŚCINNE WYSTĘPY

TRAMWAJ ZWANY POŻĄDANIEM

Łyknij pigułkę kontekstu wzywa w reklamie spektakli Teatr Ochoty w Warszawie. W specjalnej zakładce wybrane przedstawienia zaopatrzone w didaskalia, które pomagają zrozumieć, nie tylko samą treść, czy formę, ale także wybór dramatu. Wbrew pozorom to powrót do przeszłości. Tłumaczenie lektur i sztuk scenicznych należało przecież do szkolnego kanonu lekcji polskiego. Czytanie i słuchanie między słowami pobudza do myślenia i rozwija.

Brodwayowska premiera, pozornie prostej historii, zachwyciła krytykę w 1948 roku. Trzy czwarte wieku później taki dialog najczęściej jest ramotą, która nie przystaje do realiów współczesności. Sentymentalna ekranizacja z Marlonem Brando, staje się wówczas kliwym dramatem w wypłowiałej scenografii Nowego Orleanu. A jed-

nak odważne tłumaczenia pozwalają użyć innego języka, który staje się zrozumiały dla młodszych pokoleń. Interpretacje są wtedy naprawdę odkrywcze i inspirują do dyskusji o naszej kondycji. Oto przejażdżka linią tramwajową Pożądanie, z przesiadką do wagonu Cmentarze i końcem kursu przy ulicy Pola Elizejskie.

Pierwszy raz Tramwaj zwany pożądaniem widziałem w stołecznym Ateneum. Spektakl Tennessee Williamsa reżyserował Bogusław Linda. Niestety niewiele pamiętam poza samym opowiadaniem, które wydało mi się... nudne. Dlatego z dużą dozą ostrożności kupiłem bilet na Tramwaj w adaptacji Krzysztofa Warlikowskiego w międzynarodowej obsadzie z udziałem Isabelle Huppert i Andrzeja Chyry. Francusko-polska koprodukcja w 2010 ro-



ku miała otwierać Warszawskie Spotkania Teatralne, ale żałoba narodowa po katastrofie smoleńskiej, przesunęła premierę, która w Paryżu została przyjeta... chłodno. Rozczarowani pisali o wykolejonym tramwaju. Nieliczni entuzjaści zachwycali się poruszającą podróżą do kresu piekła. Aktorskie kreacje wydawały się ważniejsze niż sam dramat. Tiulowy ekran, mikroporty, śpiew i dodatkowe teksty, korespondujące z problemami bohaterów, przytłaczały. Nie miałem więc dobrego wspomnienia z Teatru Polskiego, wybierając się w styczniu do Ochoty, czyli sceny, którą przez dziesiątki lat prowadzili Halina i Jan Machulscy. Sceny ludzi młodych.

Krótki bryk ze spoilerem. Główną bohaterką jest niemłoda już Blanche DuBois, niezrównoważona nimfomanka, żyjąca iluzją minionej elegancji i wysokiej pozycji. Blanche przyjeżdża w odwiedziny do siostry Stelli, która wyszła za brutalnego Stanleya Kowalskiego (Polaczka!). Stanley chce pozbyć się gościni z domu, podejrzewając ją o sprzedaż rodzinnej posiadłości ze stratą dla żony. Blanche spotyka w domu Kowalskich Harolda Mitchella i zaczyna marzyć o ślubie i stabilizacji. Tymczasem Stanley dowiaduje się o jej romansie z uczniem, zakończonym zwolnieniem z posady nauczycielki i o rozwiązłym trybie życia. W trakcie urodzinowego przyjęcia dochodzi do awantury. Ciężarna Stella jedzie z mężem do szpitala. Pod nieobecność Kowalskich, Mitch zrywa z Blanche. Po powrocie z porodówki Stanley gwałci szwagierkę, a chwilę później ratownicy zabierają ją do zakładu psychiatrycznego.

Translacje Jacka Poniedziałka są ostrzejsze niż oryginały. Dramaturgia i reżyseria Małgorzaty Bogajewskiej dodała pikanterii. Młodość i brawura piątki aktorów z Irminą Liszkowską i Michałem Pawlikiem w rolach głównych, odkryły aktualność tematu. Postać narratora, nieznana z innych realizacji, to kreacja Pawła Janysta, który niczym mag, odziera ze skóry bohaterkę a widzów ze złudzeń. Publiczność Teatru Ochoty nie wstała do owacji, choć biła brawo bardzo długo, mimo rozświetlenia sali i otwartych drzwi, jakby emocje wbiły wszystkich w fotele i nie pozwalały wyjść ze strefy prawdy. Nieprawdopodobna interpretacja rytuałów kłamstw pokazuje stereotyp zachowań, które stają się powodem codziennych tragedii. Spazmatyczna ucieczka w pożądanie jest nieskuteczną próbą okiełznania lęku przed śmiercią i alienacją.

Takich pozornie prostych historii w gabinecie lekarskim jest coraz więcej. Zwykła rodzinna czy zawodowa przemocowość (nie tortury przecież), z którą pozornie i w modnych narracjach walczymy, wdziera się w każdy zakątek psychiki. Toksyczne polaryzacje, podprogowe kontry, słowny boks. Jak łatwo sami przekraczamy granice i jak często nie widzimy, że świat, który mieliśmy zmienić, bo pokolenie przed nami było beznadziejne, wraca do tych samych standardów.

Co samorząd lekarski ma wspólnego z tramwajem? Pożądanie? Ja stawiam raczej na kurs przesiadkowy, skrywane pretensje, niezaspokojone ambicje, pozorowanie relacji i wyścig indywidualistów. Mielizny i koleiny. Mimo zmiany pokoleń.

Jarosław WANECKI

Ośrodek Kultury i Dziedzictwa Historycznego NIL

CO PISZĄ INNI

CZY GERIATRIA UPADA?

Liczba 176 uczestników konferencji „VIII Barbórkowe Spotkanie Geriatryczne – Postępy Geriatrii” wydaje się świadczyć o zainteresowaniu tą dziedziną. Należy się uznanie dla Śląskiej Izby Lekarskiej i Szpitala Geriatrycznego im. Jana Pawła II w Katowicach za organizację, a także podziękowanie dla Urzędu Miasta Katowice za finansowe jej wsparcie. W związku z konferencją, poproszono mnie o wypowiedź na temat kondycji polskiej geriatrii. Z mojej perspektywy jednak kondycja ta od lat pozostaje taka, jak kondycja jej podopiecznych.

Raport NIK z 2021 roku stwierdza: Funkcjonujący w Polsce system medycznej opieki geriatrycznej nie zapewniał seniorom prawidłowej i wystarczającej opieki... Pomimo uznania geriatrii za priorytetową dziedzinę medycyny, zmniejszyło się zainteresowanie lekarzy wybo-

rem tej specjalizacji. Prognozy GUS przewidują, że udział ludności w wieku 65+, już dziś wynoszący 1/5 społeczeństwa, do roku 2060 zwiększy się do 1/3. Trudny już dzisiaj problem zapewnienia opieki milionom schorowanych, niesamodzielnych seniorów, przybierze rozmiar katastrofy humanitarnej.

Nie pomoże technika ani sztuczna inteligencja – są sfery życia, w których nic nie zastąpi drugiego człowieka. Na blisko 160 tysięcy lekarzy (bez lekarzy dentyстів), w 2023 roku specjalizację z geriatrii posiadało 577 (0,37%); w sesji jesiennej przybyło „aż” 9 specjalistów geriatrii w wydatkach NFZ na świadczenia i leki to niecałe 2 promile. Dlaczego ta dziedzina tak słabo się rozwija? Myślę, że u podstaw tego stanu leży brak całościowej i spójnej strategii rozwoju opieki zdrowotnej. W obecnej

sytuacji demograficznej nie ma możliwości stworzenia takiej strategii bez uwzględnienia geriatrici. Podstawową barierą jej rozwoju jest małe finansowanie.

Wprowadzenie w latach 2008-2009 systemu jednorodnych grup pacjentów spowodowało, że geriatrica – z jej standardami, pacjentami obciążonymi wielochorobowością oraz koniecznością zatrudniania psychologa i fizjoterapeuty – stała się dla świadczeniodawców nieopłacalna. Nieważne, że mogła być opłacalna dla systemu, zmniejszając koszty wtórnej opieki nad chorymi. Oddziały geriatriczne przynosiły szpitalom straty, w najlepszym przypadku osiągając bilans zerowy. Z powodu dużego deficytu finansowego, prowadzony przeze mnie oddział przeszedł w 2011 roku proces likwidacji i przekształcenia w pododdział oddziału chorób wewnętrznych.

I chociaż ostatecznie, po zwiększeniu przez NFZ wartości kontraktu, decyzję cofnięto, zespół w dużej części się rozpadł. A stworzenie dobrego zespołu może być trudniejsze, niż postawienie murów i wyposażenie oddziału. Pochodną systemu finansowania stało się duże zróżnicowanie uposażeń lekarzy różnych dziedzin. Jest to jedna z istotnych przyczyn małego zainteresowania geriatricą. Patologia systemu, w którym opłacalność procedury stała się kryterium – nierzadko przesądzającym – wyboru metody postępowania leczniczego, czeka na poważną analizę.

Jednak nie tylko pieniądze są ważne. Przeszkód w rozwoju geriatrici upatruję w rozpowszechnionych poglądach na temat jej roli i możliwości. Pokutujące wciąż przekonanie o bezzradności geriatrici sięga jej początków – schyłku XIX wieku. Wówczas to pewien asystent Szkoły Medycznej Uniwersytetu Nowojorskiego zabrał studentów do jednego z przytułków, aby zademonstrować im „ciekawą przypadki”. Kiedy przykuśtykała stara kobieta, prosząc o pomoc, asystent stwierdził: „To jest starość, tu nic się nie da zrobić”. Jeden ze studentów, Ignatz Leo Nascher, tak przejął się tymi słowami, że po studiach poświęcił się leczeniu starych ludzi, stając się prekursorem geriatrici. Funkcjonuje wiele podobnych poglądów. Niewiele da się zrobić, można lepiej spożytkować te pieniądze. Albo: geriatrica jest trudna, przygnębiająca i mało atrakcyjna. Wreszcie: leczenie starszego pacjenta różni się tylko ilościowo, a leczenie starych ludzi prowadzi do nabycia kompetencji geriatricy.

Ciekawa argumentacja pojawiła się w dyskusji nad tworzącą sieć szpitali ustawą z 2017 roku, która nie uwzględniła geriatrici na żadnym z poziomów szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej: „geriatrica jest tak słabo rozwinięta, że w niczym nie można pomóc, dajmy sobie z nią spokój”. A także: „oddziały geriatriczne nie są potrzebne, wystarczą konsultanci”. Były i takie opinie: „jeżeli dadzą na geriatricę, to będą musieli zrobić to kosztem innych dziedzin medycyny”.

Nieporozumienia wynikają też z utożsamiania geriatrici z opieką paliatywną. No cóż, nie minęło 10 lat od wprowadzenia geriatrici jako przedmiotu obowiązkowego na wydziałach medycznych. Wśród studentów powtarzają się komentarze: „myśleliśmy, że geriatrica to jakaś beznaudziedzia, umieralna, że zajęcia będą nudne”. Zaskoczenie! Ale na pytanie: „A kto chciałby wybrać tę specjalizację?” – odpowiedzią jest milczenie.

Są też pytania: czy można znaleźć satysfakcję zawodową, będąc niemal zawsze skazanym na porażkę? Przecież z reguły nie ma szans na wyleczenie pacjenta geriatricznego. Powiedziała kiedyś chora, mająca przed sobą już niewiele życia: „dziękuję, że się mną zajmujecie!”. Nie trzeba innej satysfakcji.

Ale geriatrica to nie tylko wspieranie chorego i przynoszenie ulgi w trudnym okresie starości. To całościowe, spersonalizowane podejście diagnostyczno-lecznicze do starszej osoby, nacisk na komunikację oraz współpracę z chorym i opiekunem, współpraca w zespole terapeutycznym, ukierunkowanie na poprawę stanu funkcjonalnego pacjenta w celu zmniejszenia zależności od opieki. To także ograniczanie polipragmazji i – szerzej – leczenia, które choremu przynosi więcej szkody, niż korzyści, leczenia gorszego od choroby. Jaka jest skala problemu? W 2016 roku Makary i współautorzy stwierdzili w *British Medical Journal*, że błędy medyczne są w USA trzecią przyczyną zgonów. Podczas IV Kongresu Wyzwań Zdrowotnych w 2019 roku powiedziałem, że ostrożnie licząc NFZ wydaje rocznie 10 mld zł na leki i świadczenia, które starszym osobom nie przynoszą żadnych korzyści, a nierzadko szkodzą. Nie wzbudziło to zainteresowania.

Geriatrica nie rozwiąże problemu opieki nad seniorami, ale może pomóc ją optymalizować. Nie zastąpi specjalistów z innych dziedzin klinicznych, ale może zmniejszyć niepotrzebne ich obciążenie oraz koordynować opiekę nad starszymi pacjentami. Nie jest w stanie zaproponować lekarstw, które zniwelują skutki palenia, nadużywania alkoholu, bezczynności ruchowej, nieprawidłowego odżywiania się. Nie dysponuje lekami, które zastąpią rehabilitację lub opiekę. Może natomiast wspierać wszystkie dziedziny kliniczne w leczeniu starszych pacjentów.

Wielkie nakłady na badania nad starzeniem i chorobami starszego wieku dają uzasadnioną nadzieję na przełom w zapobieganiu i leczeniu wielu chorób, uważanych dziś za nieuleczalne, jak choroba Alzheimera. Pojawienie się nowych terapii z pewnością będzie impulsem dla rozwoju geriatrici. Wcześniej nadzieję można wiązać z prezydencką inicjatywą „Centra 75 Plus”. Troska o rozwój geriatrici nie zmienia faktu, że życzę położnikom, neonatologom i pediatrom, aby to ich dziedziny wymagały znacznego zwiększenia nakładów.

*Prof. dr hab. n. med. Jan SZEWIECZEK
(przedruk za zgodą z „Pro Medico” nr 2/24)*

CUKIER: PROBLEM PROSTY I ZŁOŻONY

Cukier nie ma ostatnio dobrej prasy. Straszą nim wszyscy, od dietetyków do polityków, a jednak rogal świętomarciński i tak zwycięża. O tym, jak traktować cukry w pożywieniu, żeby nie weszły w boki i nie wyszły bokiem, z prof. dr hab. inż. Antonim Szumnym, specjalistą technologii żywienia z Uniwersytetu Przyrodniczego we Wrocławiu, rozmawia Aleksandra Solarewicz.

Aleksandra Solarewicz: Cukier spożywczy nie znaczy od razu cukierniczka, chociaż to właśnie przychodzi na myśl.

Prof. Antoni Szumny: Oczywiście, z punktu widzenia chemika, grupa „cukrów” jest dość rozbudowana. Z jednej strony na myśl przychodzi nam przede wszystkim właśnie ten cukier w przysłowiowej cukierniczce (disacharyd, dwucukier o dawnej nazwie sacharoza, obecnie cukroza), ten w opinii większości dobry, tj. w miodzie (glukoza, fruktoza), jak również „samo zło”, tj. syrop glukozowo-fruktozowy (tak, tak, chemicznie o bardzo zbliżonym składzie do miodu). Ale też i cukry złożone, takie jak skrobia (w naszym chlebie, ziemniakach, ryżu) czy złożona z tych samych glukozy, ale kompletnie niestrawialna przez nas celuloza.

Z praktycznego (tj. konsumenta) punktu widzenia cukier kryje się za niemal kilkunastoma synonimami, w których znajdziemy te najpopularniejsze, tj. glikozę, fruktozę, sacharozę ukrytą za niekiedy bardzo atrakcyjnymi nazwami (przecież cukier trzcinowy i gronowy brzmi znacznie „zdrowiej” od cukru buraczanego). Nazywamy je dalej, upraszczając trochę formalizmy chemiczne na potrzeby tego artykułu, jako cukry proste. Do grupy węglowodanów zaliczamy też bardzo liczne dodatki do żywności, które w nazwie nie przypominają znanych nam cukrów. Takich jak będące fantastycznym prebiotykiem guma arabska (E412), mączka chleba świętojańskiego (E410), pektyny (E440), celuloza (E460), cyklodekstryny (E459), pochodne celulozy, estry sacharozy czy szereg innych. Jak domyślają się czytelnicy, są to głównie substancje z grupy emulgatorów, środków zagęszczających, spulchniających czy żelujących. Powiedzmy sobie wprost, bez tych E „czterysta” trudno byłoby sobie wyobrazić współczesną technologię żywności.

Cukry to przecież również bardzo popularne suplementy, np. pochodne aminowe, jak glukozamina, dzięki której można uzyskać odbudowę chrząstki stawowej i która może zmniejszać ból stawów oraz wpływać na sprawniejsze ich funkcjonowanie, a także chondriotyna – składnik chrząstki stawowej, trehaloza.

Glukozamina jest zresztą często reklamowana, dzięki właściwościom regeneracyjnym zostało jej nawet wybaczone, że też należy do cukrów. A czy cała reszta to zbędny koszt, zbędny dodatek do pożywienia?

Temat rzeka. Jeżeli spróbujemy wyszukać informacje pt. „cukier jako narkotyk”, „cukier szkodzi”, „cukier uzależnia”, znajdziemy się w morzu mniej lub bardziej wiarygodnych filmów, stron internetowych czy wypowiedzi celebrytów, promujących swoje diety. Co do zasady, wiemy dzisiaj, że w (używając na potrzeby tego artykułu słowa „przekaloryzowanym”) społeczeństwie cukier jest problemem. Problemem na kilku płaszczyznach, bo cukry proste to fantastyczny smak, a ten z kolei implikuje w nas chęć do dalszego jedzenia, w konsekwencji powodując zazwyczaj nadpodaż energii. A z tego to już w większości same problemy, o których nie musimy tutaj się rozpisywać.

To jednak moda na bezcukrowość nie jest przesadzona?

W mojej opinii głównym problemem nie jest sam cukier, ale takie swojego rodzaju „wybicie” się z pewnej równowagi. Czy zjedzenie pączka jest złe? To chyba tak jak z alkoholem, wszystko zależy od siły woli człowieka. Codzienne piwko czy lampka wina do obiadu (lub ciastka czy kilku coli) mogą być zwiastunem problemów. Ale nie popadając w skrajności, czy jest możliwe całkowite odcięcie się od cukrów w żywności? Zwolennikiem takiego podejścia są osoby stosujące skrajną dietę ketogeniczną (czyli do kilkudziesięciu gramów węglowodanów) na dobę. Moglibyśmy ją nazwać synonimicznie „bezcukrową”, chociaż w nomenklaturze dietetycznej utarło się słowo „restrykcyjna eliminacyjna”. Chociaż pierwotnie stosowana była w celach terapeutycznych (padaczka), obecnie jest jedną z bardziej popularnych.

Jaka jest więc właściwa podaż cukru?

Zastanawia się pani, jaką ilość węglowodanów powinniśmy spożywać? Zgodnie z zaleceniami Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) węglowodany powinny dostarczać około 45-65% dziennego zapotrzebowania kalorycznego. Wartości te odpowiadają zrównoważonej diecie, która uwzględnia różnorodność składników odżywczych. Dla osoby o diecie opartej na 2000 kcal. dziennie, oznacza to, że około 900-1300 kcal powinno pochodzić z węglowodanów. Robimy ciasto z zaledwie 200 g cukru? Dosypujemy około 800 kcal. Szklanka napoju typu cola (nie light) – prawie 110 kcal. A przecież zjedliśmy syty obiad, na śniadanie kilka kromek chleba... Dla osoby o diecie opartej na 2000 kcal. dziennie, oznacza to, że około 900-1300 kalorii (225-325 gramów) powinno pochodzić z węglowodanów.

A kiedy tę granicę ostro przekroczyliśmy...

Cóż, nadmierna podaż cukru to dla większości osób problemy w przyszłości, a przede wszystkim:

1. Nadwaga i otyłość: Węglowodany są źródłem energii, a nadmiar spożywanych kalorii, w tym węglowodanów, prowadzi do nadwagi i otyłości. W przypadku, gdy organizm nie zużywa całej dostarczonej energii (leniwy

tryb życia), nadmiar zostaje magazynowany w postaci „wychodzącej nam bokiem”, tj. tłuszczu.

2. Insulinooporność: Nadmierne spożycie cukrów, zwłaszcza tych o wysokim indeksie glikemicznym, może przyczynić się do insulinooporności. To stan, w którym komórki organizmu stają się dużo mniej wrażliwe na działanie insuliny, co może prowadzić do zaburzeń gospodarki glukozowej i rozwinięcia się cukrzycy typu 2. W konsekwencji całą masę innych problemów zdrowotnych.

3. Problemy związane z metabolizmem lipidów: Nadmierne spożycie węglowodanów, zwłaszcza tych przetworzonych, może wpływać na poziomy lipidów we krwi, prowadząc do zwiększenia stężenia triglicerydów i cholesterolu LDL (tzw. złego cholesterolu), co z kolei zwiększa ryzyko chorób sercowo-naczyniowych.

4. Zmiany w poziomie cukru we krwi: Spożywanie dużej ilości łatwo przyswajalnych węglowodanów może prowadzić do gwałtownego wzrostu poziomu glukozy we krwi, co może być szkodliwe dla osób z cukrzycą lub predyspozycjami do cukrzycy.

5. Problemy z układem trawiennym: Nadmiar węglowodanów, zwłaszcza tych o niskiej zawartości błonnika, może prowadzić do problemów z trawieniem, takich jak zaparcia. Chociaż w porównaniu z powyższymi zagrożeniami, punkt ten jest chyba najmniej szkodliwy dla organizmu

I w końcu energia i zmęczenie: Choć węglowodany są głównym źródłem energii dla organizmu, nadmiar może prowadzić do wahanias poziomu cukru we krwi, co może objawiać się uczuciem zmęczenia i braku energii. Zbyt duże wahania cukru, to uczucie ospałości. Objawy są widoczne. Zarówno w wadze (indeks BMI powyżej 25), jak i na lipidogramie czy w innych parametrach krwi. I tak jak z alkoholem... odstawmy ten nadmiarowy i zobaczmy, co się wydarzy.

Wobec tego istnieje w społeczeństwie silny stereotyp: szczupły, czyli unika cukru. A to automatycznie znaczy, że jest okazem zdrowia. Czy to jest prawda?

Taka sytuacja dzisiaj jest niezwykle rzadka. Spójrzmy na przechodzących ulicą – ile dzisiaj takich osób zobaczymy? Są to osoby genetycznie predestynowane do „bycia szczupłym”. A jakie to geny związane z metabolizmem podstawowym? Np. UCP1 (kodujący białko nie-

przełącznikowe 1), związane z brunatną tkanką tłuszczową, mogące wpływać na zdolność organizmu do spalania kalorii w celu produkcji ciepła. A także związane z receptorem insuliny lub innymi elementami szlaków metabolicznych, które mogą wpływać na zdolność organizmu do efektywnego wykorzystywania glukozy i regulacji poziomu cukru we krwi. Czy nawet takie, z pozoru odległe od genetyki, cechy jak chęć do aktywności fizycznej i ruchu.

Walka z otyłością w Polsce powinna być systemowa (podatki itd.), czy raczej „kuchenna”, czyli w prywatnym zakresie?

Tak, cukru mamy za dużo. Jest tani (jak cena 1 kg wzrosła do 6-7 złotych, to już słyszymy wielkie oburzenie społeczne). Strzałem w dziesiątkę było opodatkowanie napojów, co obecnie widzimy w każdym sklepie. Ceny napojów np. typu cola wzrosły radykalnie, więc mamy tam substytutów cukru.

A jeśli cukier na TAK, to w jakiej formie?

Cukier – jak najbardziej tak. Tylko z umiarem. I to jest najlepsza konkluzja, chociaż... ja mam świadomość, że jest całkowicie bezużyteczna. Przecież to, na co mamy ochotę, to słodkie ciastko, świętomarciński rogal (około 1200 kcal!), łyk (no, może szklaneczka) coli. A jeśli chcemy, lub może bardziej musimy, poszukajmy mniej kalorycznych substytutów. Ja osobiście, jestem bardzo wyczulony na smak. Większość słodzików jest dla mnie taka dziwna w smaku (tj. nieakceptowalna sensorycznie). W zalewie różnych substytutów, najbardziej preferuję ksylitol (E967).

Dziękuję za rozmowę.

Prof. dr hab. inż. Antoni Szumny absolwent biotechnologii na Wydziale Podstawowych Problemów Techniki Politechniki Wrocławskiej, doktor nauk chemicznych (Wydział Chemiczny PWr). Współpracuje w obszarze chemii związków naturalnych (w tym lotne) z naukowcami z Hiszpanii, Niemiec, Włoch, Iranu, Malezji czy Litwy. Ekspert oceniający wnioski NCBR, NAWA, NCN, funduszy Brigde, jak również instytucji naukowych z Włoch, Hiszpanii, Izraela czy Belgii. Członek Rady do spraw Rolnictwa i Obszarów Wiejskich przy Prezydencie RP. Główne nurty badawcze to analiza związków lotnych (w tym aromatów) roślin, analiza metabolitów wtórnych roślin, badania nad suszeniem roślin przyprawowych, grzybów czy surowców farmakopalnych. Specjalista z obszaru GC-MS i NMR.

(przedruk za zgodą z „Medium” nr 2/24)

CZY GROZI NAM FALA GRUŻLICY?

Gruźlica nie jest chorobą, która przeszła do „historii medycyny” i którą można bagatelizować, lecz ciągłym wyzwaniem dla lekarzy. O jej profilaktyce, diagnostyce i leczeniu rozmawiamy z doktor Agnieszką Zygmont, ordynator Oddziału Gruźlicy i Chorób Płuc Małopolskiego Szpitala Chorób Płuc i Rehabilitacji w Jarosławcu.

– Dlaczego znów musimy nagłaśniać problem gruźlicy? Statystyki są alarmujące?

– Dokładnie tak. Gruźlica jest chorobą wstydliwą i wszystkim wydaje się, że należąca już do historii. Natomiast statystyki pokazują, że o ile w 2020 r. przypadków gruźlicy było znacznie mniej, głównie z uwagi na to, że mieliśmy pandemię, więc wykrywalność i diagnostyka były bardzo zaniedbane, to w ostatnich latach te liczby rosną. W 2021 r. odnotowano 3704 przypadki gruźlicy, a w ubiegłym roku już 4314. Dodatkowo mamy ogrom-

ny wzrost zachorowań na gruźlicę lekooporną. W 2021 r. były 53 takie przypadki, a w ubiegłym roku aż 98. Szczególnie teraz, w miesiącach jesiennych, widzimy, że pacjentów z gruźlicą i gruźlicą lekooporną jest coraz więcej. W tej chwili na oddziale mamy 72 chorych na gruźlicę, z czego 11 to osoby z gruźlicą wielolekooporną, dodatkowo 4 osoby są objęte leczeniem ambulatoryjnym. Musimy pamiętać, że gruźlica wciąż jest chorobą dość aktywną, i nie zapominać o diagnostyce w jej kierunku.

– **Wielu lekarzom pracującym w POZ, zwłaszcza tym z młodszego pokolenia, może brakować czujności, którą Państwo mają. Dziś przewlekły kaszel najczęściej od razu kojarzy się z powikłaniami po COVID-19.**

– Takie najczęstsze „książkowe” objawy gruźlicy to długotrwały kaszel, stany podgorączkowe, ogólne złe samopoczucie, ale też nocne poty. W przypadkach zaawansowanych zmian gruźliczych może oprócz nasilonego produktywnego kaszlu być krwiotłucie. Dochodzi do spadku masy ciała. Czasem pacjenci tracą apetyt, a niektórzy przy dobrym apetycie jednak chudną. Zdarza się też, i to całkiem nierzadko, że chory nie ma żadnych objawów. Dopiero gdy przypadkowo robione jest prześwietlenie, bo np. chory jest przyjmowany do pracy, mamy niespodziankę w postaci zmian w płucach. Potem po przeprowadzeniu diagnostyki widzimy, że jest to gruźlica.

Chorują wszyscy, nie tylko osoby z marginesu. O nich mówi się najczęściej, ponieważ z uwagi na bezdomność, niedożywienie, na użytki ich odporność jest obniżona, więc ten prątek gruźlicy ma świetne warunki do rozwijania się, ale też do rozwijania objawów chorobowych. Pamiętajmy, że każda zmiana na zdjęciu rentgenowskim powinna być podejrzana również o zmianę gruźliczą. Bardzo ważny jest też wywiad, czy był kontakt z osobą chorą na gruźlicę.

– **To nie jest temat, który często porusza się w mediach, ale już w rozmowach z lekarzami tak. Wzrost liczby chorych na gruźlicę w Polsce to także jedno z następstw wybuchu wojny w Ukrainie i nagłego pojawienia się dużej grupy uchodźców w naszym kraju.**

– Trzeba pamiętać, że znacząca liczba chorych na gruźlicę lekooporną to cudzoziemcy. I nie są to tylko uchodźcy z Ukrainy, gdzie gruźlica jest niestety chorobą bardzo częstą, a jej leczenie wygląda zupełnie inaczej, bo pacjenci często nie są hospitalizowani. W grupie ryzyka są także przyjezdni z wielu innych państw, takich jak Indie czy Filipiny. Oczywiście nikt nie chce stygmatyzować cudzoziemców, ale trzeba pamiętać, że świat jest teraz bardzo mały... Na szczęście leczenie gruźlicy w Polsce jest bezpłatne zarówno dla pacjentów ubezpieczonych, jak i nieubezpieczonych, czyli dla wszystkich osób przebywających w naszym kraju.

– **Jak zatem prowadzić skuteczną diagnostykę, także wśród cudzoziemców?**

– Pomysły są, natomiast trzeba je ostrożnie wcielać w życie, żeby nikogo nie skrzywdzić...

– **Chodzi o taką poprawność polityczną, żeby nie zrazić społeczeństwa do jednej grupy osób?**

– Dokładnie tak. Bardzo też chcielibyśmy, żeby co najmniej raz w roku albo nie mniej niż raz na dwa lata każdy z dorosłych miał prześwietlenie klatki piersiowej. Myślę, że taką dobrą praktyką, ale też wprowadzaną z pewną ostrożnością, byłyby przesiewowe prześwietlenia czy to w noclegowniach, czy miejscach dla uchodźców lub dużych skupiskach, gdzie mogą być osoby prątkujące.

– **Jeśli już mówimy o diagnostyce, czy coś się w tym zakresie poprawiło? RTG klatki piersiowej wykonuje się coraz rzadziej, a o innego rodzaju badaniach słyszy się niewiele.**

– Z jednej strony diagnostyka ruszyła, bo skończyła się pandemia. Takim podstawowym badaniem nadal jest prześwietlenie klatki piersiowej. Kiedyś było ono standardem, jeżeli chodzi o badania okresowe, natomiast już nie jest. Ubolewamy nad tym, bo w ten prosty sposób możemy wykryć nie tylko gruźlicę, ale też nowotwory i szereg innych chorób.

Mamy też bardzo nowoczesne narzędzie, jakim jest sonda genetyczna. Natomiast nie jest to już diagnostyka, którą może zlecić każdy lekarz z POZ. Dysponujemy nią na oddziałach pulmonologicznych czy takich jak nasz – gruźlicy i chorób płuc. Część SOR-ów też ma możliwość wykonania takiej zwykłej sondy genetycznej, przesiewowej, co wiąże się z olbrzymimi korzyściami dla szpitala i pacjentów. Z każdego materiału, nie tylko z płwocin, ale też z płynu wysiękowego z opłucnej, z płynu osierdziowego, z wycinków możemy przeprowadzić to badanie i szybko wykryć materiał genetyczny prątka. Dzięki temu dodatkowo możemy określić, czy mamy podejrzenie gruźlicy lekowrażliwej czy gruźlicy lekoopornej. Chorzy nie musi czekać 6–8 tygodni na wynik lekooporności, w trakcie których „tracimy czas”, bo to leczenie może być niewłaściwe. Jeżeli wynik sondy genetycznej pokaże, że mamy oporność na ryfampicyne, hydrazyd albo fluorochinolon, to od razu wiemy, jaki schemat leczenia możemy pacjentowi włączyć.

– **A co ze szczepieniami?**

– Mimo usilnych starań nie udało się jeszcze znaleźć takiej szczepionki, która by w 100% chroniła przed zachorowaniem. Natomiast uważam, że wciąż należy szczepić noworodki szczepionką BCG, która jest od wielu lat stosowana. Chroni ona przed ciężkimi postaciami gruźlicy, zwłaszcza że u tak małych dzieci może rozwinąć się gruźlica ośrodkowego układu nerwowego. Natomiast stwierdzono, że już w starszym wieku nie ma większych korzyści ze szczepień przeciw gruźlicy. Nie ma też żadnych dodatkowych szczepień dla personelu medycznego.

– **Proszę na koniec powiedzieć, jakie są postępy w leczeniu gruźlicy lekoopornej.**

– Do tej pory stosowano schematy wielomiesięczne, leczenie trwało 18–24 miesiące, natomiast teraz mamy nowe leki, dzięki którym możemy je skrócić do 6–9 miesięcy.

Oczywiście nie jest to leczenie dedykowane dla każdego chorego na gruźlicę lekooporną, są konkretne wskazania i przeciwwskazania, natomiast jest to ogromny postęp.

Dodatkowo w listopadzie ubiegłego roku (2022 – przy. Red. Opolskiej) wszedł w życie program pilotażowy leczenia ambulatoryjnego gruźlicy wielolekoopornej. Mimo wielu wątpliwości dyrektor naszego szpitala podpisał umowę z NFZ celem koordynacji programu dla Małopolski. Terapia wygląda tak, że pacjent, któremu wdrożono leczenie w trakcie pobytu w oddziale lub wcześniej był w trakcie realizacji programu związanego z wojną w Ukrainie, jeśli jest nieprątkujący, raz w miesiącu pojawia się w poradni, wykonywane są wtedy wszystkie niezbędne badania, pytamy o różnego rodzaju dolegliwości. Co jednak najistotniejsze, codziennie w trakcie wideorozmowy pokazuje on, że zażywa leki. Leczeniem nadzorowanym są objęci także chorzy w trakcie leczenia szpitalnego, z tą różnicą, że oni przyjmują leki w obecności pielęgniarki.

– **Czy to oznacza, że chorzy na gruźlicę są mniej zdyscyplinowani niż inni pacjenci?**

– Gruźlica wymaga leczenia wielomiesięcznego. Gruźlicę lekowrażliwą leczymy przez 6 miesięcy i często ci pacjenci zostają u nas przez ten czas. Nie w każdym kraju

stosowane jest leczenie nadzorowane, ale my uważamy, że dzięki temu unikamy nieprawidłowego leczenia pacjenta i powstania ryzyka lekooporności. Bo jeżeli pacjent nie łyka leków albo robi to wybiórczo, to istnieje ryzyko, że prątki gruźlicy uodpornią się na część albo na wszystkie leki i będziemy mieć później do czynienia z gruźlicą lekooporną. Chodzi też o koszt powtórnej hospitalizacji, bo leczenie gruźlicy lekoopornej jest znacznie droższe. Musimy mieć pewność, że ta terapia jest właściwa. Jeżeli mamy pewność, że pacjent zażywał leki, ale nadal prątkuje, to szukamy innych przyczyn.

– **Propagujecie Państwo wiedzę na temat leczenia i profilaktyki gruźlicy także we współpracy z Komisją**

Kształcenia Medycznego ORL. A co jeśli zainteresowany tym tematem lekarz nie będzie mógł wziąć udziału w organizowanym w Izbie szkoleniu?

– Zawsze można do nas zadzwonić i uzyskać potrzebne informacje dotyczące czy to diagnostyki, czy leczenia gruźlicy. Pan dyrektor Krzysztof Grzesik planuje również dodatkowe szkolenie online dla szpitali. Pierwsze miało miejsce 7 listopada. Planujemy również powtórzyć szkolenie z zakresu gruźlicy we współpracy z ORL w Krakowie – wstępny termin to koniec stycznia 2024.

*Rozmawiała: Katarzyna DOMIN
(przedruk za zgodą z „Galicyskiej Gazety Lekarskiej” nr 5/23)*

EMPATIA W PRACY LEKARZA CZYLI JAK ROZWIJAĆ SVOJE UMIEJĘTNOŚCI SPOŁECZNE

Empatia jest kluczowym elementem w praktyce medycznej, mającym istotny wpływ na jakość opieki zdrowotnej. Dla lekarzy, zdolność do empatycznego porozumiewania się z pacjentami stanowi nie tylko etyczną normę, ale także fundament skutecznego leczenia.

Współczesna medycyna często podkreśla znaczenie empatii w równym stopniu, co znaczenie technologii czy nowoczesnych narzędzi i procedur. Należy bowiem pamiętać, że za każdym przypadkiem kryje się indywidualny człowiek i jego historia. Lekarz pełni więc rolę nie tylko specjalisty w zakresie konkretnych chorób, ale także partnera w procesie zdrowienia i rekonwalescencji. I tu właśnie pojawia się rola empatii – owej zdolności rozumienia drugiego człowieka, jego potrzeb i jego obaw. Choć brzmi to esejistycznie, to jednak doświadczenie choroby jest pewnego rodzaju wspólnotą między pacjentem a lekarzem.

W praktyce medycznej, empatia manifestuje się przez skupianie się na pacjencie jako jednostce, a nie tylko na jego chorobie, jako przypadku klinicznym. Kluczowym aspektem tej umiejętności jest wsłuchiwanie się w potrzeby pacjenta, w tym potrzeby emocjonalne, co pozwala budować zaufanie i silniejszą więź (również więź profesjonalną). W tym miejscu empatia nie tylko poprawia

komfort pacjenta, ale także może wpływać na efektywność samego leczenia.

Rozwijanie umiejętności empatii może być nie lada wyzwaniem, zwłaszcza w środowisku, gdzie przytłacza nas presja czasu i ilość wykonywanych obowiązków. Istnieje jednak wiele strategii, które w tej sytuacji mogą lekarzom pomóc. Przede wszystkim, należy do nich wykreowanie w sobie umiejętności pogłębionej autorefleksji i krytycznego podejścia do własnej praktyki. Zastanówmy się więc, czy zawsze udaje nam się rozumieć perspektywę pacjenta, czy też nadto skupiamy się na aspektach czysto merytorycznych, wręcz technicznych.

Kolejnym elementem wzbogacającym naszą empatię jest umiejętność aktywnego słuchania. Pacjenci często mają potrzebę wyrażenia swoich obaw, lęków czy emocji związanych z chorobą, które mają – by tak rzec – charakter pozaprotokolarny. Lekarz, który potrafi skoncentrować się na tym, co mówi pacjent, nie tylko lepiej rozumie jego sytuację, ale także przyczynia się do budowania w pacjencie postawy gotowej do odpowiedzialnej walki z chorobą.

Współpraca między lekarzem a pacjentem wymaga również otwartości na dialog. Zachęcanie pacjenta do dzielenia się swoimi przemyśleniami i pytania o ich po-

trzeby mogą zrewolucjonizować proces leczenia. Lekarz, który angażuje pacjenta w podejmowanie decyzji dotyczących opieki zdrowotnej, nie tylko respektuje jego autonomię, ale także buduje w nim świadomość odpowiedzialności za własne zdrowie.

Do katalogu powyższych umiejętności należy dodać jeszcze różnorodne techniki, które mogą wspomóc lekarzy w budowaniu głębszych relacji z pacjentami. Są nimi głównie techniki z zakresu komunikacji interpersonalnej, skupiające się na rozwijaniu umiejętności zadawania właściwych pytań i wyrażania empatii w gestach i tonie głosu. Warto również rozwijać w sobie techniki radzenia sobie ze stresem i zapobiegania wypaleniu zawodowemu. Utrzymywanie równowagi między wyzwaniem zawodowym a sytuacjami osobistymi może w znacznym stopniu poprawić zdolność lekarza do empatycznego oddziaływania na pacjentów.

Nie można także zapominać o znaczeniu wsparcia emocjonalnego. Tutaj pomocne mogą być modne ostatnio grupy organizujące spotkania czy szkolenia, w których uczestniczą zarówno pacjenci jak i lekarze. Takie spotkania, pod pretekstem quasi-konferencji, dostosowanych nie tylko do percepcji lekarzy, ale i pacjentów (którzy wszak nie muszą posiadać fachowej wiedzy medycznej) dają możliwość nieskrępowanego, bezpośredniego dialogu i możliwości dyskusji nad terapią w warunkach bardziej nieformalnych, dających szansę na budowę silniejszych relacji zarówno w zespole, jak i z pacjentami. To właśnie w ramach takich spotkań pacjenci i lekarze mogą dzielić się doświadczeniami i strategiami radzenia sobie z trudnościami związanymi z chorobą.

Jak widać, rozwijanie empatii w praktyce lekarskiej to proces wielowymiarowy, który obejmuje zarówno cele indywidualne, jak i systemowe. Poprzez zastosowanie różnorodnych strategii i technik, lekarze mogą nie tylko doskonalić swoje umiejętności komunikacyjne, ale i tworzyć bardziej ludzki, holistyczny model opieki zdrowotnej. W efekcie, skuteczna empatia staje się niezwykle istotnym narzędziem w procesie terapii i rekonwalescencji pacjenta, a tym samym podnoszenia jakości całego systemu opieki zdrowotnej.

Wraz z postępem medycyny i technologii, rozwój umiejętności empatii staje się w pracy lekarza jeszcze bardziej kluczowy. Wprowadzenie telemedycyny, zwłaszcza w czasach pandemii, sprawiło, że lekarze musieli dostosować swoje podejście do nowych środków komunikacji. Empatia realizowana twarzą w twarz a empatia telemedyczna znacznie się przecież różnią. W tej drugiej szczególnej wagi nabiera tembr głosu, jak i tempo mówienia czy wreszcie charakter samego przekazu. Ponadto, inaczej niż w sytuacji bezpośredniej, istotny staje się sam dobór słów, prowadzenie ciągłej interakcji, tak by rozmowa nie sprowadziła się do lekarskiego monologu. W przypadku telemedycyny na plan pierwszy wysuwają się więc umiejętności aktywizacji rozmówcy.

Rozwijanie empatii powinno wreszcie obejmować również edukację samych pacjentów, choćby na temat ich roli w procesie rekonwalescencji. Zasady skutecznej komunikacji w medycynie zachęcają pacjentów do aktywnego uczestnictwa w procesie leczenia. Edukacja zwiększa bowiem nie tylko ich zaufanie do lekarza, ale także umożliwia podejmowanie bardziej świadomych decyzji dotyczących procesu leczenia.

W ten oto sposób, w dzisiejszym świecie, gdzie tempo życia jest coraz szybsze, a system opieki zdrowotnej stawia przed lekarzami różnorodne wyzwania, umiejętność empatii staje się powoli jednym z kluczowych narzędzi w pracy lekarza, prowadzących do utrzymania równowagi między technologią a humanistycznym znaczeniem opieki medycznej. Wydaje się wręcz, że w zglobalizowanym społeczeństwie empatia jest najbardziej naturalnym mostem łączącym różne światy.

Nie należy przy tym zapominać, że rozwijanie umiejętności empatii w pracy lekarza to proces nieustanny, proces, który ma potencjał przekształcić nie tylko indywidualne relacje lekarz–pacjent, ale także cały system opieki zdrowotnej, sprawiając, że stanie się on bardziej ludzki.

*Prof. Janusz SYTNIK–CZETWERTYŃSKI
Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego
w Warszawie
(przedruk z „Meritum” nr 1/24)*

BALANS: KLUCZ DO SZCZĘŚLIWEGO ŻYCIA LEKARZA

Utrzymanie równowagi między życiem zawodowym a prywatnym jest niezbędne dla każdego, a szczególnie ważne dla nas – lekarzy. Praca w sektorze ochrony zdrowia „słynie” z długich godzin pracy, często stresującego środowiska oraz wymagających obowiązków zawodowych. Brak równowagi w życiu może prowadzić do wypalenia zawodowego, a to wiąże się z poważnymi konsekwencjami zarówno dla lekarzy, jak i pacjentów. Jak to osiągnąć? To pytanie, które chyba każdy z nas już sobie zadał.

Bo brak równowagi może mieć znaczący wpływ na nasze zdrowie psychiczne i fizyczne. Badania naukowe wy-

kazały, że lekarze, którzy doświadczają wypalenia zawodowego, są znacznie bardziej narażeni na depresję, lęki i nadużywanie różnego rodzaju używek. Wypalenie może również prowadzić do zmniejszenia satysfakcji z pracy oraz zwiększonego prawdopodobieństwa popełnienia błędów medycznych, które nie tylko mogą szkodzić nam samym, ale najbardziej pacjentom.

Po pierwsze własne dobro

Z drugiej strony osiągnięcie równowagi w życiu osobistym i zawodowym może prowadzić do zwiększenia satysfakcji z pracy i lepszych wyników, które osiągamy lecząc

chorych. Aby osiągnąć równowagę, powinniśmy być nieco... samolubni. Pamiętam, jakby to było dzisiaj, jak ponad dwadzieścia lat temu jeden z doświadczonych nauczycieli akademickich, którego mieliśmy zaszczyt słuchać, powiedział, że lekarze muszą stawiać na pierwszym miejscu własne dobro. Brzmi to może nieco egoistycznie i samolubnie, ale jest to prawda, którą będąc lekarzem w sile wieku i z ponad dwudziestoletnim stażem w zawodzie mogę z czystym sumieniem potwierdzić i tą prawdę powinniśmy powtarzać nie tylko sobie, ale także koleżankom i kolegom i studentom medycyny. Widzę zdziwienie na twarzach niektórych z Was, którzy właśnie czytacie ten tekst. Bo przecież, jak to? – nie pacjenta, a własne dobro mam stawiać na pierwszym miejscu?! Odpowiedź na to pytanie, będące poniekąd zarzutem, jest prosta i nie trzeba jej specjalnie długo tłumaczyć.

Koleżanki i Koledzy, dlaczego macie dbać o siebie i stawiać własne dobro ponad wszystko? Już tłumaczę tę prawdę, którą powinniśmy wydrukować i powiesić sobie nad biurkiem, a także wpajać naszym studentom. Szczególnie w tych czasach, kiedy na pytanie, o to dlaczego znaczna część społeczeństwa nie lubi lekarzy i wcale nie dlatego, że zohydzają lekarzy w oczach społecznych perfidni politycy, których los prędzej czy później rzuci w ręce tych, których kosztem próbowali budować swój elektorat.

To wypalenie zawodowe nas niszczy! I wywołuje zachowania, z których później staramy się zbyt często przed swoimi pacjentami tłumaczyć. Kiedyś w tego typu historii zapewne sam bym nie uwierzył, ale gdy codziennie słyszę historię, w której bohaterem, a właściwie antybohaterem jest lekarz to tak sobie myślę, że zbyt długa praca szkodzi, że lasuje nasze lekarskie mózgi.

Zaopiekuj się sobą

Dlatego robienie przerw, które pozwolą nam odpocząć i naładować baterie, tworzenie systemów wsparcia zawodowego, w których każdy lekarz, który poczuje zmęczenie życiem i pracą będzie mógł udać się do psychologa, czy psychoterapeuty, którego będzie zatrudniała każda okręgowa izba lekarska pomoże zmniejszyć stres i zapobiec wypaleniu zawodowemu. Życie daje i tak wystarczająco w kość. Musimy przyjąć i uczyć młodszych kolegów, że dbanie o siebie nie jest jakimś zbędnym luksusem, ale koniecznością, abyśmy w tym pięknym zawodzie lekarza mogli skutecznie wykonywać naszą pracę.

W RĘKACH E-SZALEŃCÓW

„Ludzie. Krótka historia o tym, jak spieprzyliśmy wszystko”, Toma Phillipsa to tytuł, który bardzo mnie zaintrygował. „Od pijanej w sztok armii austriackiej, która przypuściła atak na samą siebie, do supermocarstwa, które na prezydenta wybrało gospodarza programu z serii reality show. Można dość bezpiecznie stwierdzić, że jako gatunek z wiekiem wcale nie stajemy się mądrzejsi.”

Z powodzeniem możemy stosować różne strategie, które pozwolą nam osiągnąć równowagę w życiu. Musimy mieć tego świadomość, aby sytuacje z codziennego życia wzięte nie przewracały nas, a wiatr emocji nie tarzał na prawo i lewo, bo w końcu nas przewróci, a wtedy będzie jeszcze trudniej osiągnąć równowagę.

Warto poznać i opanować techniki zarządzania czasem, które mogą nam pomóc zwiększyć wydajność, ale przy okazji – skrócić czas pracy. Pomocne będzie również ustalenie wyraźnych i nieprzesuwalnych granic pomiędzy pracą a życiem osobistym. Na przykład wyłączenie powiadomień i sygnałów związanych z pracą w czasie prywatnym, który powinniśmy nauczyć się celebrować. Priorytetowe traktowanie czynności związanych z samoopieką nad sobą i osobami nam najbliższymi, takich jak ćwiczenia, wspólna medytacja i hobby, pomaga zredukować stres i poprawia samopoczucie.

Wdrożenie takich strategii może być trudne, zwłaszcza, dla tych z nas, którzy dobrze wiedzą, że już dawno temu popadli w groźne uzależnienie, jakim jest praholizm. Bo, czy nie każdy z nas, pracuje lub pracował bez opamiętania? Do tego mamy wymagające obowiązki zawodowe i stały argument większości z nas, którym zawsze staramy się wytłumaczyć, gdy ktoś pyta, dlaczego nie mamy czasu... A ten nie cofa się, a coraz szybciej ucieka nam. Osiągnięcie równowagi w życiu każdego lekarza jest procesem możliwym do realizacji, ciągłym, niekiedy wymagającym tytanicznego, ale opłacalnego wysiłku i zaangażowania.

Od jutra? Nie! Już od dzisiaj musimy świadomie stawiać własne dobro na pierwszym miejscu i zdawać sobie sprawę, że dbanie o siebie jest niezbędne, abyśmy byli i mogli zapewnić wysoką jakość opieki naszym bliskim, serdecznym przyjaciółom i oczywiście naszym pacjentom. Trudno nie zgodzić się z tym, że jest dokładnie tak, jak powiedział mi kiedyś jeden z moich starszych i doświadczonych kolegów: „Lekarze którzy nie mają czasu na wypoczynek, nie mają czasu na własne życie.” Trudno się z tym nie zgodzić, nieprawdaż?

Marek DERKACZ

marekderkacz@interia.pl

(przedruk za zgodą z „Medicusa” nr 6-7/23)

Przykłady zbiorowego zidiocenia można mnożyć. Weźmy taki: Klaudiusz Ptolemeusz. Wcisnął nam powszechnie uznawany przez 1600 lat kit o Ziemi w centrum wszechświata (Campo di Fiori do dzisiaj pamięta losy zwolenników innych teorii, zadziwionych chyba do śmierci, że ktoś, dla „swoich przypuszczeń, człowieka każe upiec żywcem”).

Podobne bzdury o konieczności używania do wszystkich komputerów i internetu „wciśnięto” nam w ostatnich 10 latach (zdaje się, że jedynie diureza i defekacja odbywają się obecnie bez zalogowania). Kupuję zapalki, a w kasie pytają mnie o aplikację. Pralka chce komunikować się zdalnie z moim telefonem. Mam wrażenie, że otaczają mnie niebezpieczni e-szałenci.

Uwierzyliśmy w komputery, niepomni filmu „Dekalog”, starej, że aż wstyd przypominać klasyce Kieślowskiego. Ojciec matematyk oblicza w nim programem wytrzymałość lodu, syn bierze łyżwy i wychodzi na zamrznięte jezioro. Zakończenie znamy.

Nauczyliśmy komputery wszystkiego, a teraz przyszedł czas, gdy trzęsiemy gaciami przed sztuczną inteligencją (która pozbawi części z nas, oby tylko pracy). Wyjedziemy na tym kulcie mikrochipów nogami do przodu czy też, jak powiedział pewien półinteligent – „Zawadzki” – na mydle. Kto żyje w sieci, doczeka się pająka. Przyjdzie i wysie z nas w pierwszej kolejności mózg (zapotrzebowanie na psychiatrów wśród uzależnionej od internetu części ludzkości już rośnie lawinowo).

Niestety nawet proces leczenia pacjentów jest tą informatyczną zarazą dotknięty. Środowy (późny) wieczór. Był diabelnie zimny marznący deszcz, który sprawiał, że ja i mój samochód mieliśmy różne pomysły na pokonywanie zakrętów. Ja brałem je ciśnień, on jakby szerzej. Summa summarum, do apteki dotarłem szczęśliwie. Potrzebowałem antybiotyku dla dziecka i to bardzo. Nie wiedziałem, że między mną a małym pacjentem stanie komputer, a dokładnie informatyk. Czasy, gdy leczyłem bez ich udziału, minęły bezpowrotnie.

Uruchomiłem w komórce stronę gabinet.gov by wystawić receptę. Następnie proces logowania prowadził przez stronę

banku i tu niespodziewanie się zakończył. Melonik spadłby mi z głowy gdybym go nosił. Zamiast numeru recepty na ekranie mojej komórki wyświetlił się robocik z napisem, że bank właśnie nie działa bo się zepsuł i recepty wystawić nie mogę. Mijała godzina za godziną, a robocik wesoło machał do mnie z ekranu. Bardzo dawnymi czasy słowo banki „rządowe” (gov od government) budziły zaufanie. Wychodzi na to, że teraz to wszystko błazeństwo. A o podaniu choremu leku nie decyduje już lekarz. Decyduje bankowy informatyk.

28 listopada doniesiono że „grupa hakerska” włamała się do komputerów sieci znanych laboratoriów i opublikowała w internecie dziesiątki tysięcy danych osobowych i wyników badań. Każdy na świecie mógł sobie sprawdzić np. cudzy PESEL czy wynik HIV. Gdyby z mojej lekarskiej szafki ktoś buchnął takie dane choć jednego pacjenta, nie wyszedłbym z sądu ani cały, ani zdrowy. RODO, GIDDO, Quasimodo i Bóg wie kto jeszcze, rzuciliby się na mnie i żądali niebotycznych kar za brak w zabezpieczeniu informacji wrażliwych.

Czy podobną wrażliwością na ujawnienie danych wykazują się prawnicy orzekający o karze dla informatyka, któremu uciekły tysiące takich informacji. A może po prostu stwierdzą – „Upss... coś poszło nie tak” i dalej będziemy na całym świecie płacili horrendalne pieniądze wszechobecnym programistom – bezkarnym kapłanom nowej religii.

PS. nie mogę wysłać tego felietonu do Redakcji, bo pojawia się komunikat „błąd tymczasowy”. Nazewnictwo dziwaczne (są błędy stałe?), charakterystyczne dla nowomowy programistów. Może zastąpić nim nieprzyjemny termin „błąd w sztuce”? Brzmi milej i jakby bardziej ulotnie.

Rafał SOŁTYSEK

Wiceprezes

Okręgowej Rady Lekarskiej ŚIL

(przedruk za zgodą z „Pro Medico” nr 2/24)

KTO WAS UCZYŁ MEDYCYNY?

Był taki czas w Polsce, kiedy młody lekarz starał się o stanowisko w renomowanej placówce medycznej, to podstawowym pytaniem podczas rozmowy kwalifikacyjnej było to o uczelnię, którą skończył i pod kierunkiem jakiego profesora, opiekuna. Dobra uczelnia i znana postać opiekuna gwarantowała pracę w renomowanej placówce. Czy dzisiejsi adepci nauk medycznych będą mogli taką rekomendację uzyskać? Watpię.

Uczelni medycznych w Polsce w 2022 r. było 24, w 2023 r. jest ich 36. Tempo godne powojennych przodowników pracy. Pytanie czy ilość idzie w parze z jakością. Taki wzrost liczby uczelni jest skutkiem zmiany przepisów i złagodzenia wymogów dla uczelni chcących otwierać kierunki medyczne, często wbrew opinii Polskiej Komisji Akredytacyjnej.

Braki kadrowe i lokalowe to odrębna sprawa. Nie ma przecież problemu z 200-kilometrowymi dojazdami na zajęcia np. z anatomii. Czy ktoś z decydentów zastano-

wił się, jak takie nieprzemyślane działanie wpłynie na jakość kształcenia i w efekcie leczenia? Pojawił się zatem pomysł, by za kilka lat na pieczętkach lekarzy obok numeru PWZ zamieszczać nazwę uczelni, którą ukończyli. Osobiście jestem za. Na portalu Konsylium24.pl przeczytałem, że nowy Minister Nauki Dariusz Wieczorek powiedział: „Ja oczywiście mam plan i mogę tylko powiedzieć, że wszystkie te bezsensowne jednostki, które powstawały z powodów politycznych i nie mają racji bytu – będą likwidowane”. Możemy mieć tylko nadzieję, że może też chodzić o te nowe patouniwersytety medyczne.

Czy to w ogóle możliwe, żeby z tym skończyć? Czy to się będzie politykom opłacało? To, że opieka zdrowotna wymaga remontu, bo naprawa już nic nie da, jest oczywiste i jak słyhać w środowisku – niezbędne. Dlatego kolejna dobra wiadomość podana przez premiera po posiedzeniu rządu 27.12.2023 r., że będzie rozmawiał i służył opinii Ra-

dy (samorządu). To jest chyba świetna wiadomość, szczególnie po tej, jak minister sprawiedliwości rządu PIS chciał samorząd likwidować. Samorządność nie mieściła się bowiem w rozumieniu demokracji przez ekipę, która odeszła.

Nasz samorząd stawał się niewygodnym dla wielu będących u władzy. Był w czasach współczesnych likwidowany dwukrotnie w 1940 r. przez okupanta niemieckiego, a w 1950 r. przez władze komunistyczne.

Tymczasem samorząd ma określone zadania, a jednym z nich jest stały kontakt z władzami państwa i mediami. To samorząd wypowiada się w imieniu wszystkich wykonujących zawód lekarza i lekarza dentystry i to nie tylko na forum krajowym, ale i międzynarodowym.

Jest nadzieja, że będziemy słyszalni, a nasze postulatybrane pod uwagę. Będzie o wiele łatwiej realizować zadania, jakie spoczywają na samorządzie, przede wszystkim to istotne tzn. ustanawianie zasad etyki lekarskiej, dbanie o ich przestrzeganie oraz sprawowanie pieczy nad należytym i sumiennym wykonywaniem zawodu lekarza.

W 1989 roku samorząd lekarski został reaktywowany. Minęło 35 lat jego funkcjonowania. Większość lekarzy i lekarzy dentystry przekonało się, jakie korzyści niesie za sobą przynależność do izby lekarskiej. Dlatego dziwi mnie, jako rzecznika, że po tylu latach doświadczeń i aktywności są jeszcze koledzy, którzy kontestują przynależność do samorządu, a i niestety są tacy, którzy o istocie jego funkcjonowania niewiele wiedzą, ale bardzo chętnie i niemerytorycznie go krytykują.

Izby lekarskie okrzepły, funkcjonują sprawnie w interesie swoich członków. Teraz jest nadzieja, że będą również słuchane przez władze, będą miały realny wpływ na organizację opieki zdrowotnej. Wszystkie te dobre decyzje przełożą się bezpośrednio na jakość opieki zdrowotnej, a to z kolei zmniejszy liczbę skarg na lekarzy, czego Państwu i sobie serdecznie życzę.

Stefan KOPOCZ

Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej

Śląskiej Izby Lekarskiej

(przedruk za zgodą z „Pro Medico” nr 2/24)

MEDYCYNĄ PO DYPLomie

METODY LECZENIA BORELIOZY – PROCEDURY AMERYKAŃSKIE I EUROPEJSKIE

Wstęp

Borelioza z Lyme określana też krętkowicą kleszczową, jest wielobjawową chorobą odzwiercącą z cechami autoimmunizacji, wywołowaną przez krętka z rodzaju *Borrelia*, przenoszoną za pośrednictwem kleszczy *Ixodes* (2). Nazwa choroby pochodzi od miejscowości w USA, New Lyme i Old Lyme w stanie Connecticut, gdzie w 1977 roku opisano zachorowania na zapalenie stawów po ukąszeniach przez kleszcze. Kleszcz pospolity uważany jest za najważniejszego przenosiiciela (wektor) patogenów chorób transmisyjnych w Polsce. Rezerwuarem są dzikie ssaki (głównie drobne gryzonie i jeleniowate) oraz kleszcze. Mogą one przekazywać patogeny z pokolenia na pokolenie (transowarialnie). W Polsce najczęściej spotykane są krętka *Borrelia afzelii* i *Borrelia garinii*. Chociaż choroba znana była od ponad 100 lat, to dopiero w 1982 roku Willy Burgdorfer odkrył, że jest ona spowodowana przez bakterie znajdujące się w jeli-
tach kleszczy. Szacuje się, że co roku w Polsce dziesiątki tysięcy osób zakaża się tą chorobą. Nie ma na nią szczepionki. Diagnozę stawia się na podstawie konstelacji objawów, w tym obecności rumienia wędrującego oraz testów serologicznych, rozpoczynając od testu ELISA.

Objawy boreliozy

Rumień wędrujący to pełzająca czerwona wysypka w miejscu ukąszenia, która może występować od 3 dni do

3 miesięcy po ukąszeniu i zwykle nie jest gorąca, swędząca ani bolesna (3).

Rumień wędrujący rozpoznaje się, gdy zmiana spełnia następujące kryteria diagnostyczne:

- średnica ponad 5 cm,
- ostre granice oraz
- stopniowe powiększanie się z pozostawieniem przejaśnienia w środku.

Nieleczony rumień wędrujący zwykle zanika samistnie w ciągu 3-4 tygodni. Nie oznacza to wyleczenia boreliozy. U osób, które nie były leczone, krętka można było wyhodować z wycinków skóry nawet po 6 miesiącach od samoistnego ustąpienia rumienia wędrującego.

Objawy ogólne boreliozy to gorączka i poty, obrzęk węzłów chłonnych, złe samopoczucie, zmęczenie, ból lub sztywność szyi, ból głowy.

Mogą występować objawy związane z uszkodzeniem i dysfunkcją różnych narządów:

1. objawy neurologiczne: porażenie nerwu twarowego, zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych, zapalenie wielonerwowe, zapalenie mózgu;
2. objawy reumatologiczne: ostre zapalenie obejmujące jeden lub więcej stawów, które może być zmienne i migrujące;
3. objawy kardiologiczne: blok serca, zapalenie mięśnia sercowego, zapalenie osierdzia (9);

4. objawy okulistyczne: zapalenie błony naczyniowej oka lub zapalenie rogówki;

5. objawy dermatologiczne.

Borelioza zwykle przebiega w stadiach (fazach), które cechują różne objawy kliniczne:

1. Stadium wczesne ograniczone:

- a) objawy grypopodobne;
- b) rumień wędrujący;
- c) rzadko limfocytoza boreliozowa - niebolesny, czerwono-niebieskawy guzek, najczęściej na małżowinie ucha, brodawce sutkowej lub mosznie. U chorych nieleczonych antybiotykami rumień wędrujący i objawy ogólnoustrojowe ustępują w ciągu 4-12 tyg.; u niektórych niezbyt nasilone dolegliwości utrzymują się kilka lat.

2. Stadium wczesne rozsiane (narządowe) - może się rozwinąć od kilku tygodni do kilku miesięcy po zakażeniu:

- a) zapalenie stawów - zwykle jeden, czasem kilka dużych stawów (kolanowy, skokowy, łokciowy), typowo bez nasilonej ogólnoustrojowej reakcji zapalnej pomimo zwykle obfitego wysięku w jamie stawowej, nawracające zaostrzenia (od kilku dni do kilku tygodni) z czasem coraz rzadsze, krótsze i łagodniejsze, nieleczone może przechodzić w zapalenie przewlekłe;
- b) zapalenie mięśnia sercowego (około 5% chorych) lub blok przedsionkowo-komorowy względnie inne zaburzenia przewodzenia i rytmu. Często współistnieją powikłania stawowe i neurologiczne;
- c) zapalenie układu nerwowego (neuroborelioza) - równoczesne lub stopniowe zajęcie ośrodkowego i obwodowego układu nerwowego na różnych poziomach. Zwykle łagodne lub jedynym objawem może być ból głowy. Możliwe zapalenie nerwów czaszkowych (porażenie lub niedowład, najczęściej nerwu twarzowego, może być obustronne).

3. Stadium późne:

- a) przewlekłe zanikowe zapalenie skóry kończyn - czerwono-sinawe, najczęściej niesymetryczne przebarwienia skóry dystalnych rejonów kończyn, pojawiające się w kilka lat po zakażeniu; początkowo obrzęk zapalny, potem dominuje zanik (cienka skóra z fioletowym przebarwieniem, pozbawiona owłosienia), często ból okolicznych stawów i parestezje;
- b) przewlekłe zapalenie stawów, rzadko trwałe uszkodzenie; łagodne zapalenie mięśni, kaletek maziowych lub ścięgien;
- c) przewlekła neuroborelioza (bardzo rzadko) - zapalenie korzeni nerwowych i nerwów obwodowych, polineuropatia obwodowa, przewlekłe zapalenie mózgu i rdzenia kręgowego.

Zapalenie stawów (ZS)

Konieczne jest stwierdzenie w surowicy przeciwciał klasy IgM w początkowym wczesnym okresie choroby lub IgG w stadium późnym choroby. Może przebiegać w formie różnych postaci klinicznych (7).

- wędrujące bóle kości, stawów, mięśni i ścięgien mogą wystąpić w stadium wczesnego zakażenia rozsianego, w okresie kilku tygodni od zakażenia;

- nawracające bóle kostne, stawowe lub tkanek okołostawowych ujawniają się przez miesiące lub lata z długimi okresami samoistnych remisji. Dolegliwości są asymetryczne i najczęściej dotyczą stawów kończyn. Mogą samoistnie ustąpić lub rozwinąć się w pełnoobjawowe zapalenie stawów;

- nawracające zapalenie stawów (częściej asymetryczne), w którym bólowi towarzyszy obrzęk i wzmożone ucieszenie, ujawnia się w ciągu około dwóch lat po zakażeniu. W razie większego wysięku w jamie stawowej bóle ulegają nasileniu, zwłaszcza przy ruchach kończyn. Najczęściej zmiany dotyczą stawów kolanowych, rzadziej stawów ramienno-barkowych, łokciowych, nadgarstkowych, biodrowych i skokowych. Znacznie rzadziej obejmują stawy skroniowo-żuchwowe i drobne stawy rąk i stóp. Epizody zaostrzeń mogą być wielokrotne, przerywane okresami remisji i wykazują tendencję do samoistnego ustępowania. U niektórych chorych obserwuje się progresję do przewlekłego zapalenia stawów. Przewlekłe zapalenie stawów (asymetryczne) występuje w kilka lat po zakażeniu, najczęściej poprzedzone nawracającymi bólami lub zapaleniem stawów. Rozpoznanie potwierdzają objawy o tej samej lokalizacji utrzymujące się przynajmniej przez rok. Dolegliwości najczęściej dotyczą stawów kolanowych, a rzadziej innych dużych stawów kończyn. W sporadycznych przypadkach dochodzi do zmian nieodwracalnych prowadzących do trwałego uszkodzenia i unieruchomienia stawu. Objawy przewlekłego zapalenia wielostawowego, ze sztywnością poranną, a zwłaszcza z cechami radiologicznego uszkodzenia stawów wymaga dalszej diagnostyki w kierunku innych chorób narządu ruchu. W razie nieskutecznej dwukrotnej antybiotykoterapii. należy poszukiwać innej przyczyny dolegliwości.

Zapalenie mięśnia sercowego (ZMS)

Wymaga stwierdzenia przeciwciał w surowicy oraz zaburzeń czynności serca potwierdzonych w EKG. Najczęściej stwierdza się zaburzenia przewodnictwa w postaci bloków przedsionkowo-komorowych o zmiennym stopniu. Zaburzeniom czynności serca nie towarzyszą objawy kliniczne i są one wykrywane przypadkowo w trakcie diagnostyki innych postaci boreliozy z Lyme. Cechy ZMS ustępują, nawet bez leczenia w ciągu kilku tygodni. Pomimo dobrego rokowania, u około 5% chorych zaburzenia czynności serca, które ujawniły się w przebiegu choroby cofają się powoli.

Neuroborelioza

Zajęcie układu nerwowego, czyli neuroborelioza, może wystąpić zarówno w późnej, jak i wczesnej rozsianej fazie boreliozy i dotyczyć zarówno ośrodkowego (mózg i rdzeń kręgowy), jak i obwodowego układu nerwowego (nerwy) (4). Przebiega jako aseptyczne zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych, zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych i korzeni nerwowych (zespół Banwartha), zapalenie pojedynczych nerwów (najczęściej nerwu twarzo-

wego we wczesnym okresie boreliozy), bardzo rzadko zapalenia mózgu lub rdzenia kręgowego. Do objawów neuroboreliozy należą zaburzenia widzenia, słuchu, połykania, czucia. Zdarzają się korzeniowe zespoły bólowe splotu barkowego lub odcinka lędźwiowo-krzyżowego kręgosłupa. Nieleczona neuroborelioza może się objawiać postępującymi zaburzeniami funkcji poznawczych i pamięci, czyli postępującą encefalopatią otępieniową.

Przyczyną neuroboreliozy mogą być wszystkie trzy najważniejsze gatunki krętków z rodzaju *Borrelia*, najczęściej *Borrelia garinii*, rzadziej *Borrelia afzelii*. Zajęcie układu nerwowego prawdopodobnie jest najczęstszą postacią rozsianego zakażenia wywołanego przez *Borrelia burgdorferi* w Europie. Boreliozie przypisuje się wiele różnych objawów, w tym mało charakterystyczne dolegliwości ze strony układu nerwowego, jak gorszą pamięć, zaburzenia snu, osłabienie czy trudności w koncentracji. Wykrycie swoistych przeciwciał dowodzi kontaktu z krętkiem, natomiast nie wyklucza innych chorób, które także należy brać pod uwagę u chorych z opisanymi mało charakterystycznymi zaburzeniami poznawczymi. Zajęcie oka, siatkówki i naczyńówki, w przebiegu boreliozy jest rzadkie. Występuje u 1-3% chorych na boreliozę z objawami neurologicznymi. Zmiany oczne mogą występować samodzielnie lub towarzyszyć innym objawom boreliozy.

Borelioza przewlekła (5)

Rozpoznanie przewlekłej fazy boreliozy opiera się na następujących kryteriach:

- choroba jest obecna przez przynajmniej rok;
- utrzymują się przewlekłe objawy neurologiczne lub stawowe;
- infekcja jest aktywna pomimo zastosowanej antybiotykoterapii.

Oprócz objawów stawowych i neurologicznych ten etap choroby może się charakteryzować różnymi symptomami ogólnymi i narządowymi, co utrudnia rozpoznanie czynnika etiologicznego. Metaanaliza obejmująca 504 badanych i 530-osobową grupę kontrolną dowodzi, że niektórzy pacjenci (ok. 5%) po przebytej infekcji boreliozowej (3-6 lat od zakażenia) wykazują, pomimo zastosowania właściwej terapii antybiotykami, objawy choroby trwające latami, określane jako zespół poboreliozowy. Wśród objawów dominujących w przewlekłej fazie zarejestrowano: zmęczenie, bóle kostno-mięśniowe oraz zaburzenia funkcji poznawczych (problemy z pamięcią, koncentracją, formułowaniem myśli).

Diagnostyka

Warunkiem rozpoznania i leczenia boreliozy jest obecność charakterystycznych objawów klinicznych potwierdzone badaniami serologicznymi, z wyjątkiem rumienia wędrującego, który nie wymaga wykonywania żadnych badań. Aktualnie zalecany jest dwuetapowy algorytm diagnostyczny, który nie uwzględnia badania kleszcza (3, 11). Najpierw wykonuje się ilościowy test przesiewowy ELISA w celu wykrycia swoistych przeciwciał w surowicy krwi. Ne-

gatywny wyklucza czynną boreliozę i nie wymaga potwierdzenia testem drugiego etapu. Wynik dodatni lub wątpliwy wymaga wykonania testu Western Biot lub multiplex. Negatywny wynik, nawet przy bardzo wysokim mianie przeciwciał w teście ELISA, wyklucza boreliozę. Dodatni można traktować jako dodatni wynik obowiązujący. Przeciwciała IgG mogą po skutecznym leczeniu boreliozy utrzymywać się u części osób przez miesiące i lata. Dlatego kontrolowanie miana swoistych przeciwciał po zakończeniu leczenia antybiotykiem, jak też ich późniejsze okresowe sprawdzanie nie ma uzasadnienia. W Polsce dodatnie wyniki badań serologicznych ma około 10-12% zupełnie zdrowej populacji. Dodatni wynik testu u osoby bez objawów boreliozy dowodzi jedynie kontaktu z krętkami w przeszłości, co jest częstym zjawiskiem w polskiej populacji i nie jest wystarczającym wskazaniem do leczenia. Pomocniczą rolę w diagnostyce neuroboreliozy ma porównanie miana swoistych przeciwciał przeciwko *Borrelia burgdorferi* w klasie IgG w płynie mózgowo-rdzeniowym z mianem przeciwciał w surowicy. Jeżeli miano przeciwciał w płynie mózgowo-rdzeniowym jest większe, sugeruje to wewnątrzoponową produkcję swoistych przeciwciał, czyli zakażenie ośrodkowego układu nerwowego. Do badań, których stosowanie nie jest zalecane, należy m.in. popularny test LTT (transformacji limfocytów, Lymphocyte Transformation Test). Ocena się odpowiedź limfocytów na antygeny krętkowe *in vitro* (w warunkach hodowli). Jego celem jest określenie czy układ odpornościowy miał kontakt z krętkami z rodzaju *Borrelia*. Test ten nie jest oficjalnie zalecany w diagnostyce boreliozy. Takich niesprawdzonych metod jest wiele, np. ocena liczebności subpopulacji limfocytów CD57, poszukiwanie krętków w kleszczach, poszukiwanie postaci „cyst”, poszukiwanie form L w tkankach, testy VCS (Visual Contrast Sensitivity), biorezonans, kanały energetyczne.

Leczenie

Obecność przeciwciał przeciw boreliozie w klasie IgG i IgM jest tylko dowodem przebytego zakażenia i nie może być wykorzystywana do oceny jego aktywności. W przypadku ugryzienia przez kleszcze rutynowe podawanie leków nie jest konieczne. Można je zastosować tylko w określonych przypadkach: kleszcz należał do gatunku *I. scapularis* i pozostawał w skórze minimum 36 godzin lub upłynęło mniej niż 72 godziny od usunięcia kleszcza. Wówczas można podać pacjentowi pojedynczą dawkę doksycykliny (200 mg dla dorosłego), by zapobiec boreliozie (8). Istnieją dwie podstawowe metody leczenia boreliozy: wytyczne opublikowane przez Infectious Diseases Society of America (IDSA) oraz wytyczne opublikowane przez International Lyme and Associated Diseases Society (ILADS).

Leczenie boreliozy metodą IDSA i ILADS różnią się zasadniczo od siebie (1,10).

Procedury IDSA (6)

IDSA - Amerykańskie Towarzystwo Chorób Zakaźnych - opracowało standardową metodę leczenia bore-

liozy, którą kwestionuje ILADS, czyli metodę polecaną przez Międzynarodowe Towarzystwo ds. Boreliozy i Chorób. Specjaliści z IDSA zalecają podanie antybiotyku dopiero wtedy, gdy pojawią się pierwsze objawy boreliozy. W przypadku ugryzienia przez kleszcze rutynowe podawanie leków nie jest konieczne. Można je zastosować tylko w określonych przypadkach:

- a) kleszcz należał do gatunku *I. scapularis* i pozostał w skórze minimum 36 godzin,
- b) upłynęło mniej niż 72 godziny od usunięcia kleszcza,
- c) na danym terytorium min. 20% kleszczy jest zakażonych *B. Burgdorferi*.

Wówczas można podać pacjentowi pojedynczą dawkę doksycykliny (200 mg dla dorosłego), by zapobiec boreliozie. Doksycyklina jest przeciwwskazana u kobiet w ciąży, będących w trakcie laktacji oraz u dzieci <8. r.ż. U kobiet w ciąży lub w trakcie laktacji należy zastosować cefuroksym (2 x 500 mg/dobę) lub amoksycylinę (3 x 500 mg/dobę). U dzieci stosuje się te same antybiotyki, dopasowując dawkę do masy ciała pacjenta. Dla cefuroksymu zaleca się dawkę 30 mg/kg m.c. na dobę podzieloną na dwie dawki, dla amoksycyliny zaleca się 50 mg/kg m.c. na dobę w trzech podzielonych dawkach. Poza tym u pacjentów z alergią lub nietolerancją wyżej wymienionych antybiotyków należy zastosować antybiotyk z grupy makrolidów.

Polskie Towarzystwo Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych (PTEiLChZ) w rumieniu wędrującym zaleca jeden z trzech antybiotyków: doksycyklinę (2 x 100 mg/dobę), amoksycylinę (1,5-2,0 g/dobę) lub cefuroksym (2 x 500 mg/dobę). Taka terapia powinna trwać 14-28 dni. (13). W przypadku pojawienia się objawów boreliozy, stosuje się jeden antybiotyk przez 3-4 tygodnie (doksycyklinę, amoksycylinę lub cefuroksym). W neuroboreliozie antybiotyki można podać dożylnie. Wybór leku, droga podania oraz dokładny czas terapii zależy od postaci choroby i tolerancji przez pacjenta. Po około miesięcznej antybiotykoterapii pacjenta uznaje się za wyleczonego, a wszelkie objawy, które nie ustąpiły, określone są jako zespół poboreliozowy. Terapię można powtórzyć, ale tylko w przypadku późnej boreliozy z objawami stawowymi lub neuroboreliozy z udowodnioną w badaniach obecnością krętka. Jeśli pomimo leczenia zapalenie stawów dalej się utrzymuje, a wynik PCR z płynu stawowego jest ujemny, stosuje się leczenie objawowe, m.in. niesteroidowe leki przeciwzapalne. Im dłużej trwająca borelioza, tym leczenie jest mniej skuteczne, a objawy po zaleczeniu mogą powracać i się nasilać.

Procedury ILADS (12)

Utrzymujące się niespecyficzne objawy po klasycznej terapii zalecanej przez IDSA czy PTEiLCZ są przedmiotem sporów klinicystów co sposobów terapii. Epidemiolodzy reprezentujący ILADS zalecają długotrwałą i wielolekową terapię boreliozy. Według procedur ILADS klasyczna antybiotykoterapia jest skuteczna tylko w I fazie zakażenia (faza rumienia wędrującego). W późniejszych stadiach

ILADS zaleca stosowanie leczenia kilkoma antybiotykami jednocześnie, przez długi okres. Ze względu na możliwe skutki zdrowotne przewlekłej boreliozy, ich zdaniem wskazane jest podjęcie leczenia już przy wysoce prawdopodobnym podejrzeniu choroby. Prawdopodobieństwo infekcji jest duże, jeżeli: kleszcz pochodził z obszarów endemicznych; tkwił w ciele kilka godzin; był wypełniony krwią; nie został usunięty w całości. Wówczas należy podać doustnie antybiotyki przez 28 dni. Antybiotykoterapia powinna być uzupełniona odpowiednią dietą, probiotykami, witaminami i biopierwiastkami. W przypadku pewnej boreliozy eksperci z ILADS zalecają stosować agresywną terapię. Zaproponowane przez nich leczenie opiera się bowiem na przyjmowaniu mieszanki kilku antybiotyków w bardzo dużych dawkach przez długi okres, aż do ustąpienia objawów boreliozy. Potem, już po ustąpieniu objawów, pacjent musi przyjmować antybiotyki jeszcze od 2 do 4 miesięcy, by wyeliminować formy przetrwalnikowe bakterii. Dopiero po tym czasie lekarze uznają pacjenta za wyleczonego. Dlatego w niektórych przypadkach leczenie może trwać łącznie nawet kilka lat. To dla dobra pacjenta, bo - jak przekonują eksperci z ILADS - niewłaściwie leczona borelioza ma tendencję do nawracania, przechodzenia w fazę przewlekłą i staje się oporna na leczenie. Zakładają, że w zakażonym organizmie bytują różne formy bakterii, łącznie z cystami. Cysty pozwalają bakterii na przetrwanie w roztworze antybiotyków i odpowiadają za nawroty choroby po zaprzestaniu terapii (podobnie jak ma to miejsce w gruźlicy czy trądzie). Zwykle pacjentowi podaje się antybiotyki doustnie. Wśród nich są takie leki, jak: amoksycylina, azytromycyna, cefuroksym, klarytromycyna, doksycyklina i tetracyklina. Wskazaniami do antybiotykoterapii dożylniej są borelioza przewlekła, nawrotowa i oporna na leczenie, a także boreliozowe zapalenie opon mózgowych, boreliozowe zapalenie stawów. Wówczas podaje się leki, takie jak ceftriaksone, cefotaksym czy penicylinę, a niedawno do tej grupy dołączyły inne antybiotyki - imipenem, azytromycyna i doksycyklina. W ostateczności, wyłącznie w przypadku licznych nawrotów po terapii doustnej i dożylniej, antybiotyk (benzylpenicylinę) podaje się domięśniowo. Rada Ekspertów Naczelnej Izby Lekarskiej sprzeciwia się stosowaniu długotrwałej terapii antybiotykami u pacjentów z rozpoznaniem boreliozy, zwanej metodą ILADS. Stosowanie tej metody jest niezgodne z etycznym i prawnym nakazem wykonywania zawodu lekarza zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej. Terapia ta nie posiada wystarczających podstaw klinicznych oraz wiąże się z wieloma działaniami niepożądanymi - zaznaczają eksperci.

Wnioski

Wiązanie różnorodnych, niespecyficznych objawów u poszczególnych chorych z obecnością przeciwciał (zarówno w klasie IgM, jak i IgG) przeciwko antygenom *Borrelia* i przypisywanie tych objawów zakażeniu boreliozą bez poszerzonej diagnostyki i potwierdzenia rozpoznania może prowadzić do pochopnej nadrozpoznawalności

zachorowań na boreliozę oraz obniża czułość diagnostyczną niezbędną do rozpoznania innych jednostek chorobowych, często wymagających zupełnie innego leczenia.

Obecność przeciwciał przeciw boreliozie w klasie IgG i IgM jest tylko dowodem przebytego zakażenia i nie może być wykorzystywana do oceny jego aktywności.

Leczenie antybiotykami tylko z powodu obecności przeciwciał jest postępowaniem niezgodnym z aktualną wiedzą medyczną, a zatem nieprawidłowym.

Ze względu na brak wystarczających naukowych dowodów skuteczności „metody ILADS” oraz na liczne działania niepożądane przewlekłej antybiotykoterapii (>4-6 tygodni) w boreliozie, Rada Ekspertów NIL negatywnie ocenia takie postępowanie i przestrzega przed jego stosowaniem. Dodatkowo tak przewlekła i nie mająca podstaw klinicznych antybiotykoterapia wiąże się z wieloma działaniami niepożądanymi: zaburzenia flory jelitowej człowieka i zakażenia *Clostridium difficile*), uszkodzenia wątroby, nerek, zmiany kostne, zapalenia ścięgien i wiele innych). Powstaje też zagrożenie dla całej populacji wynikające z narastania antybiotykooporności będącej wynikiem eliminacji bakterii wrażliwych na antybiotyki oraz ekspansji szczepów opornych na antybiotyki.

Piśmiennictwo (podstawowe 54 pozycje u autora: paauulin@wp.pl).

1. Cameron DJ. *Clinical trials validate the severity of persistent Lyme disease symptoms. Med Hypotheses.* 2009;72:153-6.

2. Coderre-Ball AM, et al. *Lyme Disease Training and Knowledge Translation Resources Available to Canadian Healthcare Professionals: Gray A. Literature Review, J Prim Care Community Health.* 2021 Jan-Dec;12:21501327211050744. doi: 10.1177/21501327211050744).

3. Donta ST. *What We Know and Don't Know About Lyme Disease. Front Public Health.* 2022 Jan 21;9:819541. doi: 10.3389/fpubh.2021.819541. eCollection 2021.

4. Koedel U, Pfister HW. *Lyme neuroborreliosis. Curr Opin Infect Dis.* 2017;30:101-107.

5. Lantos PM. *Chronic lyme disease. Infect Dis Clin North Am.* 2015; 29:325-40.

6. Lantos PM, and al. *Clinical Practice Guidelines by the Infectious Diseases Society of America (IDSA), American Academy of Neurology (AAN) and American College of Rheumatology (ACR): 2020 Guidelines for the Prevention, Diagnosis and Treatment of Lyme Disease. Clin Infect Dis.* 2021;72:1-8.

7. Lochhead RB, et al. *Lyme arthritis: linking infection, inflammation and autoimmunity. Nat Rev Rheumatol.* Aug 2021;17:449-461.

8. Marques A. *Persistent Symptoms After Treatment of Lyme Infect Dis. Clin North Am* 2022;36:621-638.

9. Oczko-Grzesik B, Kępa L. *Objawy kardiologiczne w przebiegu boreliozy z Lyme. Przegl. Epidemiol.* 2004; 58: 589-596

10. Rogerson AG and Lloyd VK. *Lyme Disease Patient Outcomes and Experiences; A Retrospective Cohort Study. (Healthcare (Basel).* 2020 Sep 4;8(3):322. doi: 10.3390/healthcare8030322.

11. Ross Russell AL, et al. *Lyme disease: diagnosis and management. Pract Neurol.* 2018;18:455 464.

12. Shor S, and ai. *Procedury ILADS of Chronic Lyme Disease: An Evidence-Based Definition by the ILADS Working Group. Antibiotics (Basel).* 2019 Dec 16;8(4):269. doi: 10.3390/antibiotics8040269)

13. Stupica D, Lusa L, Ruzic-Sabljic E, Cerar T, Strle F. *Treatment of erythema migrans with doxycycline for 10 days versus 15 days. Clin Infect Dis.* Aug 2012;55:343-50.

(przedruk za zgodą z „Biuletynu Okręgowej Izby Lekarskiej w Koszalinie nr 6/23)

PRAWO NA CODZIEN

KONTRAKT LEKARSKI JAKO UMOWA CYWILNOPRAWNA NA CO NALEŻY ZWRÓCIĆ UWAGĘ ZAWIERAJĄC KONTRAKT Z PODMIOTEM LECZNICZYM?

Osoby wykonujące zawód medyczny mogą świadczyć pracę w podmiocie leczniczym na podstawie umowy o pracę lub na podstawie umowy cywilnoprawnej (w formie kontraktu, umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych, ewentualnie umowy zlecenia na określone świadczenia). Niniejsze rozważania mają na celu wskazanie cech charakterystycznych dla umowy kontraktowej zawieranej pomiędzy lekarzem a podmiotem leczniczym. Istotną kwestią jest również zwrócenie uwagi na szczególne aspekty prawne kontraktów zawieranych przez medyków.

Kontrakt lekarski jako alternatywa dla umowy o pracę, umowy zlecenia i umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych

W pierwszej kolejności należy zaakcentować różnice pomiędzy umową kontraktową a umową o pracę. Każda z tych form wykonywania zawodu ma swoje wady i zalety. Z pewnością za umową o pracę przemawia stabilność zatrudnienia oraz korzyści płynące z uprawnień pracowniczych gwarantowanych kodeksem pracy. Z kolei umowa kontraktowa daje medykom większą elastyczność i częstokroć lepsze wynagrodzenie.

Kontrakt jako umowa cywilnoprawna nie podlega rygorom prawa pracy, zwłaszcza w zakresie czasu pracy, godzin nadliczbowych, miejsca wykonywania pracy, korzystania z urlopu wypoczynkowego, gwarantowanych dni wolnych od pracy czy też sposobu rozwiązania bądź wypowiedzenia umowy.

Wobec powyższego, podkreślić należy, że lekarz na kontrakcie nie jest pracownikiem i nie korzysta z przywilejów gwarantowanych kodeksem pracy, chyba, że podobne warunki zagwarantuje sobie w zawartej z podmiotem leczniczym umowie.

Kontrakt lekarski jest szczególnym rodzajem umowy nienazwanej, opartej na tzw. zasadzie swobody umów wynikającej z art. 3531 kodeksu cywilnego. Przepis ten stanowi, że strony zawierające umowę mogą ułożyć stosunek prawny według swego uznania, byleby jego treść lub cel nie sprzeciwiały się właściwości (naturze) stosunku, ustawie ani zasadom współżycia społecznego. W kontekście kontraktu lekarskiego, oznacza to, że strony mogą w sposób dowolny kształtować zawierany stosunek prawny, tak, aby jak najlepiej odzwierciedlał ich prawa i obowiązki. Nadrzędną zasadą jest, aby zawarta umowa mieściła się w granicach obowiązującego prawa – w tym przypadku kodeksu cywilnego i ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

Kontrakt zawrzeć może lekarz prowadzący działalność gospodarczą – indywidualną praktykę lekarską. Lekarz na kontrakcie, w świetle przepisów regulujących pracę Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, uznawany jest za osobę prowadzącą pozarolniczą działalność w zakresie wolnego zawodu, która podlega obowiązkowym ubezpieczeniom. Lekarz ma obowiązek samodzielnego wycieczania i odprowadzania składek. Przyszłe świadczenie emerytalne lekarza kontraktowego zależeć będzie zatem od odprowadzanych składek.

Do kontraktu lekarskiego, jako umowy nienazwanej (czyli takiej, której nie regulują wprost żadne przepisy), co do zasady odpowiednio stosuje się przepisy o umowie zleceniu określone w art. 750 k.c. i n., lecz w pierwszej kolejności mają znaczenie zapisy zawarte w umowie kontraktowej.

Lekarz może zawrzeć z podmiotem leczniczym również typową, nazwaną umowę zlecenia. Umowa taka może być – w odróżnieniu od kontraktu – zawarta przez lekarza nieprowadzącego działalności gospodarczej i zazwyczaj jest podpisywana na wykonanie określonych czynności medycznych, w przewidzianym umownie czasie.

Dla porządku, umowę kontraktową należy również odróżnić od umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych, która została uregulowana m. in. w art. 24 i n. ustawy o działalności leczniczej. Zdaniem części komentatorów ten rodzaj umowy stanowi formę umowy nazwanej. Ustawa reguluje bowiem zarówno tryb zawarcia umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych, jej przedmiot, treść umowy, formę czyli tzw. *essentialia negotii* (przedmiotowo istotne elementy treści czynności prawnej) takowego stosunku prawnego.

Na co zwrócić uwagę zawierając kontrakt z podmiotem leczniczym?

Zawierając umowę kontraktową, należy mieć na uwadze, że zazwyczaj jej treść jest podyktowana odgórnie przez dany podmiot leczniczy. Warto zatem zadbać o to, by przed podpisaniem kontraktu zapoznać się dokładnie z jego treścią, a nawet skonsultować się z prawnikiem.

Osoba wykonująca zawód medyczny może, a nawet powinna mieć wpływ na ostateczny kształt zawieranej umowy, jak również może negocjować i uszczegóławiać jej warunki w taki sposób, aby uniknąć potencjalnych problemów w trakcie świadczenia usług lub związanych z zakończeniem umowy.

W szczególności, skoro nie gwarantują tego odgórnie przepisy prawa, warto w kontrakcie zapisać kwestie takie jak:

- jasny i szczegółowy zakres usług jakie mają być świadczone oraz określenie wynagrodzenia przysługującego lekarzowi z tego tytułu,

- ustalenie zakresu dni wolnych od świadczenia usług (w tym zagwarantowanie sobie quasi urlopu wypoczynkowego i zadbanie o sposób rozliczenia wynagrodzenia za ten okres),

- ustalenie ewentualnych zastępstw na czas niemożności osobistego świadczenia usług przez lekarza, w szczególności po czyjej stronie leży zapewnienie zastępstwa, czy zastępca musi spełniać określone wymogi, a jeśli tak to dokładnie jakie,

- czas trwania umowy (kontrakt może być zawarty zarówno na czas określony, jak i nieokreślony, przy czym podmioty lecznicze preferują kontrakty zawarte na czas określony, lecz jest to kwestia do negocjacji),

- czas pracy (lekarzy kontraktowych co do zasady nie dotyczą te same normy, które dotyczą lekarzy na etacie, gdyż przepisy związane z zatrudnieniem personelu medycznego w ustawie z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej odnoszą się do wymaganych okresów odpoczynku oraz zasad pełnienia dyżurów przez pracowników; warto jednak w sposób racjonalny i zapewniający prawidłowe świadczenie usług określić w umowie limity czasu pracy w podmiocie leczniczym),

- ponoszenie odpowiedzialności za szkody wyrządzone w trakcie wykonywania umowy (temat ten jest szczególnie istotny, o czym mowa w dalszej części tekstu),

- zapewnienie środków ochrony i odzieży (zgodnie z art. 304 kodeksu pracy, który ma zastosowanie w tym przypadku, podmiot leczniczy będzie zobowiązany do zapewnienia zgodnych z przepisami BHP warunków pracy osobom fizycznym wykonującym pracę na innej podstawie niż stosunek pracy w zakładzie pracy lub w miejscu wyznaczonym przez pracodawcę, a także osobom prowadzącym w zakładzie pracy lub w miejscu wyznaczonym przez pracodawcę na własny rachunek działalność gospodarczą; zatem lekarz kontraktowy jest w pełni uprawniony do domagania się w swojej umowie np. zagwarantowania obuwia i odzieży ochronnej, jałowych rękawic, okularów, maseczek czy fartuchów – w zależności od rodzaju wykonywanych świadczeń),

- zagwarantowanie zapewnienia przez podmiot leczniczy odpowiedniego do wykonywania świadczeń pomieszczenia, sprzętu, produktów leczniczych, wyrobów medycznych, aparatury,

- zakaz konkurencji (w szczególności przez jaki czas po zakończeniu kontraktu zakaz będzie obowiązywał, na jakim terenie i w jakim zakresie, ale przede wszystkim należy rozważyć konsekwencje złamania zakazu konkurencji i grożących za jego złamanie kar),

- ewentualne kary umowne za nienależyte wywiązywanie się z umowy (należy szczególnie uważać na zapisy dotyczące kar, gdyż niejednokrotnie są one rażąco wygórowane bądź podstawy i zasady ich naliczania są niejasno określone),

- formy i warunki zakończenia współpracy, okres wypowiedzenia umowy (w jakich wypadkach i kto jest uprawniony do rozwiązania umowy, jakie należy poczynić ku temu kroki, jaką strony przewidują formę zakończenia współpracy – jest to bardzo istotna kwestia zależna od woli stron, dlatego warto się zastanowić nad tym jeszcze przed podpisaniem kontraktu).

Odpowiedzialność odszkodowawcza lekarza na kontrakcie

W przypadku zawarcia umowy kontraktowej, co do zasady, za ewentualne szkody lekarz odpowiada solidarnie z podmiotem leczniczym, przy czym zakres odpowiedzialności powinien być jasno określony w zapisach umowy kontraktowej. Solidarna odpowiedzialność oznacza bowiem, że poszkodowany może domagać się zapłaty swoich roszczeń zarówno od podmiotu leczniczego, jak i od lekarza. Jednym z najczęściej spotykanych pro-

blemów w kontraktach lekarskich jest niezasadne przeliczenie na lekarza pełnej odpowiedzialności za szkody związane ze świadczeniem usług. Zapis nakładający ni- czym nieograniczoną odpowiedzialność odszkodowawczą na lekarza jest dla niego skrajnie niekorzystny. Podmiot leczniczy może bowiem domagać się od niego całej sumy odszkodowania przyznanej pacjentowi, a częstokroć są to sumy niebagatelne. W kontrakcie warto zatem ustalić jasne zasady odpowiedzialności lekarza, przykładowo poprzez wskazanie maksymalnej wysokości, do jakiej odpowiada lekarz. Ważne, aby umowa zawierała zapisy dotyczące również określenia podstaw odpowiedzialności.

Istotną jest także kwestia odpowiedzialności za powierzony lekarzowi mienie, np. sprzęt medyczny. Gdyby lekarz wziął na siebie pełną odpowiedzialność za sprzęt w ramach umowy, wówczas każda jego awaria mogłaby stanowić podstawę odpowiedzialności finansowej. Warto, by w umowie zawarta była klauzula stanowiąca np. że tylko zawinione działanie lekarza może stanowić podstawę jego odpowiedzialności.

Podsumowanie

Wybór kontraktu lekarskiego jako formy wykonywania świadczeń z pewnością ma swoje zalety. Świadczy o tym fakt, że umowa kontraktowa jest statystycznie częściej wybieraną opcją wśród medyków aniżeli sama umowa o pracę. Jednak, aby skorzystać z zalet umowy kontraktowej, a jednocześnie nie wpaść w pułapkę czyhającą w zapisach umownych, należy do jej zawarcia podejść niezwykle skrupulatnie.

Anna WIERZCHOWSKA

Adwokat

(przedruk za zgodą z „Eskulapa Świętokrzyskiego” nr 11-12/23-24)

PRAWA PACJENTA W GABINETACH PRYWATNYCH

Umowy o świadczenie usług medycznych, których stronami są pacjenci i podmioty medyczne, zawierane są najczęściej w sposób dorozumiany (*per facta concludentia*), a mianowicie przez sam fakt zgłoszenia się pacjenta do gabinetu. Mają one formę ustną, w postaci ustalenia przez strony zakresu działań lekarza i należnego wynagrodzenia (w przypadkach świadczeń odpłatnych dla pacjenta). W większości przypadków jest to wystarczające dla sprawnego realizacji procesu leczenia i nie rodzi praktycznych problemów. Te ostatnie pojawiają się najczęściej wówczas, gdy z różnorodnych przyczyn, niezależnych od lekarza (np. brak oczekiwanych efektów leczenia, w szczególności zdrowotnych, estetycznych lub związanych z tempem poprawy stanu zdrowia) dochodzi do sporów na tym tle. Niestety coraz częstszą praktyką w takich sprawach staje się, oprócz kwestionowania prawidłowości przebiegu procedur medycznych – niejako pomocnicze – uzasadnianie zgłaszanych w takich sytuacjach żądań finansowych (najczęściej dość znacznych) mającym rzekomo wystąpić naruszeniem praw pacjenta, poprzez brak poinformowania o tych prawach przed przystąpieniem do leczenia.

Podstawa prawna

Jako podstawę prawną takich żądań wskazuje się najczęściej art. 11 ustawy z dnia o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2022 r., poz. 1876 *nz późn. zm.*) stanowiący, że pacjent ma prawo do informacji o prawach pacjenta określonych w tej ustawie oraz w przepisach odrębnych. Warto więc pochylić się nad niektórymi aspektami związanymi z realizacją tych uprawnień w praktyce. Zagadnienie to nie jest prawnie indyferentne i może sprawiać trudności, a to dlatego, że katalog praw pacjenta jest bardzo obszerny, a już sam brak wykazania przez lekarza w toku procesu, że pacjent został o nich informowany (nie mówiąc o wykazaniu, że były one przestrzegane) może skutkować odpowiedzialnością odszkodowawczą po jego stronie. Z uwagi na opisaną wyżej ustną formę zawieranych umów, na etapie gdy dochodzi już do sprawy sądowej trudno jest udowodnić, że dopełniono wszystkich obowiązków przed rozpoczęciem leczenia. Pacjenci często twierdzą bowiem już wówczas, iż nie byli informowani o przysługujących im prawach, charakterze i celu podejmowanych zabiegów, badań diagnostycznych,

przewidywanych następstwach, ryzyku, jak też możliwości zastosowania innego postępowania medycznego oraz że nie wyrażali zgody na leczenie w takim zakresie, w jakim ostatecznie zostało ono zrealizowane.

Jak skutecznie wykazać, że informacja o prawach pacjenta została im udzielona w odpowiedni sposób oraz we właściwej formie, oraz że dokonano tego stosownie do okoliczności konkretnego przypadku i zakresu planowanych działań?

W przypadku świadczeń udzielanych w gabinetach lekarskich forma pisemnych oświadczeń, dołączanych do dokumentacji medycznych, potwierdzających poinformowanie o prawach pacjenta oraz wyrażenie zgody na leczenie w praktyce jest stosowana dość rzadko, głównie w przypadku planowania zabiegów operacyjnych lub procedur bardziej skomplikowanych (np. prokreacji medycznie wspomaganej, czy wieloetapowego leczenia stomatologicznego). Wynika to z faktu, że obowiązujące przepisy nie nakładają takiego obowiązku w przypadku typowych, rutynowo i powszechnie stosowanych działań terapeutycznych, o ile nie stanowią zabiegów operacyjnych lub innych procedur medycznych stwarzających podwyższone ryzyko dla pacjenta (w odniesieniu do tych art. 34 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry – Dz. U. z 2023 r., poz. 1516 z późn. zm. nakłada bowiem obowiązek zachowania formy pisemnej), a w części także z tego, że przy dużej ilości pacjentów stanowiłoby to dodatkowe i znaczne obciążenie o charakterze administracyjnym.

Prawa pacjenta na tablicy informacyjnej

Jakkolwiek nie w każdym przypadku będzie to wystarczające, to wydaje się, że, w zakresie obowiązku informo-

wania pacjentów o przysługującym im prawach, podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych może wykazać spełnienie tego obowiązku co najmniej w części, jeżeli umieści w lokalu, w którym mieści się gabinet, w ogólnodostępnym miejscu, stosowną informację w formie pisemnej, a w przypadku pacjentów niemogących się poruszać potwierdzi jej udostępnienie w sposób umożliwiający zapoznanie się z nią w pomieszczeniu, w którym pacjent przebywa (obowiązki te nie dotyczą jedynie praktyk w miejscu wezwania). Ma to jak najbardziej praktyczne konsekwencje w sytuacji przyjmowania przez sądy powszechne, orzekające w sprawach odszkodowań, że pacjent nie musi w ogóle udowodniać, iż naruszenie jego prawa np. do informacji lub świadomego wyrażenia zgody na leczenie spowodowało u niego jakąkolwiek szkodę, jako że prawa te stanowią element jego dóbr osobistych podlegających ochronie prawnej (tak np. Sąd Apelacyjny w Warszawie w wyroku z dnia 16 maja 2019 r. w sprawie I Aca253/18 - <https://orzeczenia.waw.sa.gov.pl/details>). Skutkuje to tym, że już sam brak umieszczenia pisemnej informacji o prawach pacjenta np. w poczekalni może wywołać skutki finansowe liczone w dziesiątkach tysięcy złotych. Warto więc zwrócić uwagę również na ten aspekt w toku bieżącej działalności leczniczej (zwłaszcza, że większość umów ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej nie przewiduje odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu naruszenia praw pacjenta).

Mariusz ŁABA

Radca Prawny

Świątokrzyskiej Izby Lekarskiej

MEDYCYNĄ ESTETYCZNA – CZY STANOWI ŚWIADCZENIE ZDROWOTNE?

Czy wykonywanie zabiegów z zakresu medycyny estetycznej stanowi udzielanie świadczeń zdrowotnych i jest zarezerwowane wyłącznie dla lekarzy?

Zacznijmy nasze rozważania od tego, że zgodnie z dominującym w środowisku lekarskim stanowiskiem, wyartykułowanym m.in. przez Naczelną Izbę Lekarską, zabiegi z zakresu medycyny estetycznej, które wiążą się z wprowadzaniem preparatów do ciała pacjenta, mają charakter medyczny, stanowią świadczenia zdrowotne i powinny być wykonywane przez odpowiednio wykwalifikowanych lekarzy. Należy jednak podkreślić, że od wielu lat toczą się spory między środowiskiem lekarskim a branżą kosmetyczną dotyczące tego, czy zabiegi medycyny estetycznej stanowią świadczenia zdrowotne, czy też nie.

Czym jest zatem świadczenie zdrowotne?

Zgodnie z art. 2 ust. 1 pkt 10 ustawy o działalności leczniczej przez świadczenia zdrowotne należy rozumieć „działania służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania”. Zabiegi z zakre-

su medycyny estetycznej w większości przypadków nie służą zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia, choć często wpływają na komfort psychiczny, ale jak wskazuje Naczelna Izba Lekarska, wpisują się w inne działania medyczne wynikające z przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania. Takie odrębne przepisy regulujące zasady wykonywania działań medycznych, w tym również z zakresu medycyny estetycznej – jak podnosi Naczelna Izba Lekarska – wynikają m.in. z Ustawy z dnia 5 listopada 2010 r. o wyrobach medycznych, która to ustawa w art. 90 ust. 1 przewiduje obowiązek używania wyrobu medycznego zgodnie z przewidzianym zastosowaniem oraz konieczność przestrzegania przez użytkownika wyrobu instrukcji używania. W zdecydowanej większości preparaty wykorzystywane do zabiegów z zakresu medycyny estetycznej w swoich instrukcjach używania zawierają wymóg ich stosowania przez odpowiednio wykwalifikowanych lekarzy. Właśnie z tego względu Naczelna Izba Lekarska konsekwentnie podnosi, że wyłącznie lekarz posiadający niezbędne kwalifikacje jest uprawniony do używania wyro-

bów stosowanych w medycynie estetycznej, a co za tym idzie do wykonywania zabiegów z ich wykorzystaniem.

Umiejętności zawodowe z zakresu medycyny estetycznej i możliwość uzyskania certyfikatu

Należy zaznaczyć – choć to pewnie oczywiste – że aby lekarz miał możliwość udzielania świadczeń z zakresu medycyny estetycznej, kluczowe jest posiadanie przez niego niezbędnych umiejętności w tym zakresie, w tym aktualnej wiedzy medycznej. Warto wspomnieć, że w ramach Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie umiejętności zawodowych lekarzy i lekarzy dentystów z dnia 13 czerwca 2023 r. wprowadzono możliwość uzyskania certyfikatów potwierdzających posiadane umiejętności zawodowe z różnych dziedzin medycyny, w tym również z zakresu medycyny estetyczno-naprawczej. Uprawnionym do uzyskania certyfikatu z tego zakresu jest każdy lekarz oraz lekarz dentysta. Certyfikaty umiejętności zawodowych dla lekarzy są wydawane przez towarzystwa naukowe o zasięgu ogólnokrajowym oraz państwowe instytuty badawcze uczestniczące w systemie ochrony zdrowia, które są wpisane do rejestru podmiotów uprawnionych do certyfikacji umiejętności zawodowych lekarzy i lekarzy dentystów, prowadzonego przez dyrektora Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego. Obecnie w rejestrze podmiotów uprawnionych do certyfikacji umiejętności zawodowych lekarzy i lekarzy dentystów można znaleźć jedynie dwa podmioty, z czego tylko jeden – Polskie Towarzystwo Dermatologiczne – ma uprawnienia do certyfikacji umiejętności zawodowych z zakresu medycyny estetyczno-naprawczej.

Rejestracja podmiotu leczniczego lub praktyki zawodowej a wykonywanie zabiegów z zakresu medycyny estetycznej i związane z tym wyzwania

Warto również wspomnieć, że pewnym wyzwaniem dla lekarzy udzielających świadczeń z zakresu medycyny estetycznej może być rejestracja podmiotu leczniczego lub praktyki zawodowej, tak aby odzwiercie-

dlony w ich ramach został rzeczywisty rodzaj i zakres udzielanych świadczeń. Jeśli świadczenia z zakresu medycyny estetycznej uznamy za świadczenia zdrowotne, to zasadniczo lekarz nie ma możliwości ich udzielania bez rejestracji podmiotu leczniczego lub praktyki zawodowej, poza sytuacją, gdy je świadczy w ramach innego podmiotu w oparciu o umowę o pracę czy zlecenie bez prowadzenia działalności gospodarczej. Zwłaszcza w przypadku rejestracji podmiotu leczniczego pojawia się dylemat dotyczący kodów resortowych, które należałoby wskazać we wniosku o wpis podmiotu do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą, zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 17 maja 2012 r. w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych oraz szczegółowego sposobu ich nadawania. Co do zasady wskazane w rozporządzeniu kody resortowe są podyktowane funkcjonującymi w systemie kształcenia lekarzy specjalizacjami i na próżno szukać kodu, który odpowiadałby medycynie estetycznej czy medycynie estetyczno-naprawczej. Nie oznacza to jednak, że nie trzeba rejestrować w ramach podmiotu leczniczego komórki organizacyjnej, w ramach której świadczenia tego rodzaju miałyby być udzielane. W naszej praktyce spotkaliśmy się z różnymi rekomendacjami poszczególnych urzędów wojewódzkich dotyczącymi tego rodzaju spraw, więc nie możemy podać jednej uniwersalnej zasady, albowiem wszystko zależy od konkretnej sytuacji, w tym województwa, w którym rejestrujemy podmiot. Więcej na temat wyzwań związanych z rejestracją podmiotu leczniczego i praktyki zawodowej w przypadku wykonywania zabiegów z zakresu medycyny estetycznej można przeczytać na blogu naszej kancelarii.

Krzysztof KOZIK – Radca Prawny

e-mail: k.kozik@pawelczyk-kozik.pl

Laura MARCINIAK – Radca Prawny

e-mail: l.marciniak@pawelczyk-kozik.pl

(przedruk za zgodą z biuletynu Wielkopolskiej Izby

Lekarskiej nr 2/24)

ODESZLI OD NAS

Lek. med. Bogdan JURKOWIANIEC

W dniu 30.01.2024 roku odprowadziliśmy na miejsce wiecznego spoczynku (Cmentarz Komunalny przy ul. Oławskiej w Namysłowie) śp. lek. med. BOGDANA JURKOWIAŃCA ur. w 1936 roku.

Nasz kolega, Bogdan Jurkowiec pracował w Namysłowskim Szpitalu w Oddziale Chirurgicznym od 1962 roku. Tutaj zdobył specjalizację I-go i II-go stopnia z chirurgii. Przez wiele lat pełnił funkcję Zastępcy Ordynatora Oddziału Chirurgii. Pełnił również obowiązki lekarza w Obwodowej Komisji Wojskowej, był także Le-

karzem Orzecznikiem Sądowym. Do końca swoich dni pracował jako Lekarz Medycyny Pracy.

Żegnamy sympatycznego, koleżeńskiego i spolegliwego lekarza, wspaniałego chirurga! Pozostajesz w naszej pamięci!

Składamy serdeczne słowa współczucia małżonce - lek. med. Barbarze Jurkowiec.

Lek. med. Anna i Kazimierz Kosowie



Podmiot leczniczy **NZOZ RANIDENT** zaprasza do pracy lekarza stomatologa (stomatologia zachowawcza, endodoncja, protetyka). Praca realizowana w ramach kontraktu z NFZ oraz prac komercyjnych. Posiadamy dużą liczbę pacjentów oraz możliwość dopasowania godzin pracy. **Gabinet stomatologiczny znajduje się w Prószkowie ul. Daszyńskiego 2.**

Oferujemy:

- indywidualne uzgadnianie warunki współpracy,
- klarowny system wynagrodzenia zależny od przychodu lekarza.

Zapraszamy do współpracy lekarzy stomatologów z doświadczeniem w leczeniu pacjentów. Zainteresowanych ofertą lekarzy6 stomatologów prosimy o kontakt: NZOZ RANIDENT, 46-073 Chróścina Opolska, ul. Kolejowa 23, mail: nzozezanident@gmail.com , tel. 608-464-701.

Szpital Wojewódzkiego w Opolu sp. z o.o. – firma o ugruntowanej pozycji na rynku poszukuje kandydatów/ kandydatki na stanowisko **lekarza specjalisty w zakresie chirurgii ogólnej** do pracy w Oddziale Chirurgii Ogólnej z Pododdziałem Leczenia Stopy Cukrzycowej.

Oferujemy:

- stabilne zatrudnienie (umowa o pracę / umowa cywilnoprawna),
- terminową wypłatę wynagrodzenia,
- szeroki pakiet socjalny.

Osoby zainteresowane prosimy o złożeniu CV i listu motywacyjnego oraz zgody na przetwarzanie danych osobowych zgodne z załącznikiem do niniejszego ogłoszenia:

- osobiście w sekretariacie Szpitala Wojewódzkiego w Opolu sp. z o.o., ul. Kośnego 53,
- drogą pocztową na adres: Szpital Wojewódzki w Opolu sp. z o.o., ul. Kośnego 53, 45-372 Opole, bądź:
- drogą mailową na adres : rekrutacja@szpital.opole.pl.

OPOLSKA IZBA LEKARSKA

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

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

Rejestr Lekarzy: opole.rejestr@hipokrates.org

Praktyki Prywatne: opole.praktyki@hipokrates.org

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

Składki: opole.skladki@hipokrates.org

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

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



Ultrasonografia jamy brzusznej

N. Davidson

wyd. 4, red. W. Jakubowski

rok wydania 2024

ISBN 978-83-67447-65-2, format 210 x 270,
oprawa twarda, str. 320, cena 170,10 zł

Wraz z rozwojem ultrasonografii znacznie poszerzył się zakres schorzeń diagnozowanych i monitorowanych za jej pomocą. Gwałtowny wzrost zainteresowania tą metodą obrazowania, chociaż ułatwia i przyspiesza proces diagnostyczny, w rękach niedoświadczonego lub niewystarczająco wyszkolonego operatora może wprowadzać dezorientację, a nawet utrudniać ustalenie rozpoznania.

Celem autorów tej książki jest dostarczenie wsparcia początkującym diagnostom, zwłaszcza jeżeli chodzi o zakres stosowania i ograniczenia tej metody obrazowania, a także przedstawienie praktycznych zasad wykonywania badania. W publikacji omó-

wiono cechy ultrasonograficzne typowych zmian patologicznych, a także informacje uzupełniające dotyczące obrazu klinicznego najczęściej spotykanych chorób oraz możliwości ich leczenia. Książka zawiera również liczne wskazówki, mogące pomóc diagnoście w postępowaniu z trudniejszymi przypadkami.

w tym wydaniu:

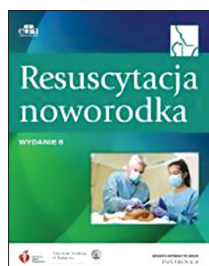
- zaktualizowane obrazy odzwierciedlające postęp technologiczny ultrasonografii

- nowe informacje na temat diagnostyki ultrasonograficznej miednicy męskiej, w tym jąder

- całkowicie zmieniony rozdział poświęcony ultrasonografii dziecięcej

- rozszerzone i zaktualizowane sekcje dotyczące ultrasonografii endoskopowej do oceny trzustki, FAST i obrazowania przewodu pokarmowego

- zaktualizowane rozdziały dotyczące diagnostyki ultrasonograficznej wątroby i dróg żółciowych



Resuscytacja noworodka

red. E. Helwich

rok wydania 2024

ISBN 978-83-67447-84-3, format 210 x 270,
oprawa miękka, str. 376, cena 179,10 zł

Podręcznik Resuscytacja noworodka stanowi podstawę Programu Resuscytacji Noworodków (Neonatal Resuscitation Program®, NRP®). Zawarte w nim rekomendacje opublikowane w 2020 r. zostały przygotowane przez członków Międzynarodowego Komitetu Resuscytacji (ILCOR) we współpracy z Amerykańską Akademią Pediatrii i Amerykańskim Towarzystwem Kardiologicznym na podstawie dowodów naukowych.

Jest to już drugie polskie wydanie wznowione po 10 latach. Rozrosła się jego zawartość – z dziewięciu lekcji w poprzednim wydaniu do czternastu lekcji w aktualnym. W nowych lekcjach omówiono między innymi resuscytację prowadzoną poza salą porodową i zasady poprawy jakości pracy zespołów resuscytacyjnych.

W podręczniku podkreślono wagę właściwego przygotowania do podjęcia resuscytacji, skutecznej wentylacji i sprawnej współpracy w zespole. Wskazano, że w przypadku pacjenta, jakim jest noworodek, należy skoncentrować się na dostatecznej i odpowiedniej wentylacji, co pozwoli na przywrócenie wydolnej czynności serca. Zamieszczono w nim również scenariusze postępowania w poszczególnych fazach procesu resuscytacji, pamiętając o wykorzystaniu znajomości zasad ergonomii pracy.

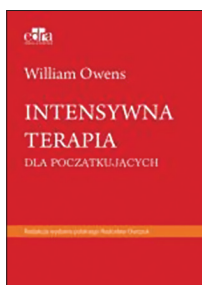
Najczęściej, bo w 90% przypadków, proces adaptacji do samodzielnego życia po urodzeniu przebiega samoistnie i dziecko może zostać podane swojej mamie do kontaktu skóra do skóry. Pozostałe 10% noworodków wymaga pomocy, aby zacząć oddychać. Przeważnie wystarczy delikatna stymulacja, ale u noworodków urodzonych przedwcześnie, z wadami rozwojowymi i innymi patologiami wewnątrzmacicznymi może być konieczna pełna, profesjonalna resuscytacja jako warunek możliwości przeżycia. Potrzeby resuscytacji nie zawsze da się przewidzieć, a więc konieczna jest stała gotowość do podjęcia skutecznego działania. Polską specyfiką jest niepokojąco wysoki odsetek cięć cesarskich (47,5% w roku 2022 wg danych GUS). Nie jest to optymalna droga porodu i może utrudniać pozbycie się wydzieliny zalegającej w drogach oddechowych płodu, co powoduje zaburzenia oddychania po urodzeniu. W takich przypadkach niezbędna jest natychmiastowa pomoc doświadczonego zespołu resuscytacyjnego. Inny problem, który dotyczy małych oddziałów szpitalnych o niewielkiej liczbie urodzeń, to rzadka konieczność podejmowania resuscytacji, co przesądza o pozbywaniu się biegłości w jej prowadzeniu.

Licząc na to, że ten pięknie wydany podręcznik przyczyni się do tego, że personel oddziałów noworodkowych, położniczych i pediatrycznych będzie doskonalił umiejętność resuscytacji i pozostanie w stałej gotowości do jej sprawnego przeprowadzenia w sytuacji tego wymagającej.

Prof. dr hab. med. Ewa Helwich

Konsultant w Instytucie Matki i Dziecka

Konsultant Krajowy w dziedzinie neonatologii



Intensywna terapia dla początkujących

W. Owens

red. R. Owczuk

rok wydania 2024

ISBN 978-83-67447-94-2, format 165 x 234,
oprawa miękka, str. 153, cena: 71,11 zł

Rozpoczęcie pracy przez lekarzy rezydentów na oddziałach anestezjologii i intensywnej terapii stanowi spore wyzwanie. Pacjenci oraz ich problemy, z którymi będzie się stykał młody adept medycyny, różnią się bardzo od tych, z którymi najczęściej miał do czynienia

podczas studiów. Wiedza, jaką nabył w kształceniu przeddyplomowym na pewno przyda się w nowym miejscu pracy, trzeba ją jednak szybko uzupełnić i dostosować do nowych wyzwań.

Książka Williama Owensa może stanowić tu lekturę wstępną. Jest napisana przystępnym językiem przez lekarza praktyka. Pozwala na szybkie przyswojenie podstaw na początku kariery zawodowej, ale z pewnością będzie się do niej wracać podczas całego szkolenia. Jak również po zostaniu specjalistą.

Z Przedmowy do wydania polskiego

Prof. dr hab. n. med. Radosław Owczuk

Kierownik Katedry Anestezjologii i Intensywnej Terapii

Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego

Rehabilitacja dla Stomatologów



Pracujesz wiele godzin
w nienaturalnej pozycji?



Odczuwasz dolegliwości
bólów?



Zadbaj o siebie - jak dbasz
o Pacjenta

Nie trać czasu!



Nie czekaj do chwili, gdy ból
uniemożliwi pracę!

Jak zadbać o swoje zdrowie z Rekonstrukcją Zdrowia?

1. PAKIET WZMACNIAJĄCY

Jeśli odczuwasz:

- ból między łopatkami,
- dyskomfort przy utrzymywaniu głowy w jednej pozycji,
- zmęczenie podczas wykonywania pracy,
- osłabienie mięśni.

Rehabilitacja: 10 tygodni
Pakiet 10 spotkań
cena: 1 500 zł

2. PAKIET USPRAWNIAJĄCY

Jeśli odczuwasz:

- bóle pleców,
- osłabienie rąk,
- na Twoim ciele pojawiają się obrzęki,
- ból między łopatkami,
- dyskomfort przy utrzymywaniu głowy w jednej pozycji,
- zmęczenie podczas wykonywania pracy.

Rehabilitacja: 6 tygodni
Pakiet 12 spotkań
cena: 1 800 zł

3. PAKIET RATUNKOWY

Jeśli odczuwasz:

- częste bóle głowy,
- mrowienia w dłoniach,
- piekące bóle mięśni,
- dolegliwości uniemożliwiające Ci wykonywanie pracy.

Rehabilitacja: 5 tygodni
Pakiet 15 spotkań
cena: 2 250 zł

Dlaczego warto?



- Wielogodzinna praca w jednej pozycji, nienaturalnym dla kręgosłupa ustawieniu, powtarzające się naprężenia i mikrourazy to główna przyczyna powracającego bólu układu mięśniowo-szkieletowego.
- Skręcona i pochylona pozycja ciała powoduje nadmierne obciążenie mięśni ramion, barków, szyi, grzbietu, brzucha i kończyn dolnych.
- Ból uniemożliwia pracę!

Nasza forma terapii ma celu takie wzmocnienie układu mięśniowo-szkieletowego, aby ból nie powracał.

Precyzyjna diagnostyka, wspomagana przez certyfikowane urządzenia medyczne, prowadzona w obiektywnych i powtarzalnych warunkach.

Celowana rehabilitacja łącząca pracę manualną fizjoterapeuty i trening medyczny, w tym trening na robotach medycznych.

Mierzalne efekty działań. Raporty z ewaluacji.

Mimo gotowych pakietów do każdego Pacjenta podchodzimy indywidualnie.

Fizjoterapeuta dobiera metody pracy oraz roboty medyczne do konkretnego przypadku.



Rejestracja na pierwszą wizytę: tel. +48 600 939 997

Centrum Rekonstrukcji Zdrowia, ul. Wrocławska 48, 45-701 Opole

www.rekonstrukcjaздrowia.pl

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

NAKLAD: 2800 egz. ISSN 1426-661X