



OPOLSKA
IZBA
LEKARSKA

Rok Założenia 1990

Grudzień–Styczeń 2023/2024

ISSN 1426-661X

BIULETYN INFORMACYJNY

Nr 324/325

OPOLSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

www.izbalekarska.opole.pl



Zdrowych, pogodnych i rodzinnych
Świąt Bożego Narodzenia
oraz lepszego Nowego 2024 roku!

STÓJ. NIE PROWOKUJ!

W 1899 roku w Gazecie Opolskiej ukazało się takie ogłoszenie: „Większy zastęp silnych robotników znajdzie zaraz stałe zatrudnienie na wysoką płacę w groszowickich fabrykach cementu portlandzkiego. Zamiejscowi robotnicy, którzy nie powracają codziennie do domu, znajdą bezpłatną kwatery nocną w naszych domach noclegowych dla robotników. Robotnikom z miejscowości z lewego brzegu Odry, którzy posługują się przewozem groszowickim, zwraca się przewoźne”.

Zastęp silnych robotników zaciągnął się do pracy skoro w 1901 roku cementownia wyprodukowała aż czterysta trzydzieści tysięcy ton cementu. Dwóch takich dryblasów z cementowni wyrzeźbił Thomas Myrtek.

Siedzibę centrali Górnośląskich Wytwórni Wapna i Cementu (Kalk-und Zementzentrale) zbudowano około 1920 roku przy Hippelstrasse, czyli ulicy hipisów (przechrzczonej na Księdza Konstantego Damrota). Budowla przeżyła wojnę i powojnie. Szukano dla niej imienia, żadne nie pasowało. Chciano ją sprzedać jak niewolnicę. Szczerzyła wtedy zęby zakratowanych okien, odsłaniała bebechy – pancerne drzwi w piwnicy, w sam raz dla banku czy innej kasy zapomogowo-pożyczkowej. Nikt jej nie wziął. Była za mała, za duża, foremna, nieforemna, płaska, sucha, plebejska, nie przypiął ni wypiął. Poszła na służbę do Włochów. Urządzili sobie w niej Małą Italię. Piccola Italia padła. Nie pomogła nawet podmianka margarity na flaczki z majerankiem. W centrali ostał się tylko sklep papierniczy Stalówka z ołówkami, zeszytami i klajstrami do wszystkiego.

Postarzała się nam i ubrudziła centrala. W końcu stuknęła jej setka. Nie schudła przez ten czas ani nie przytyła. Wybito jej kilka zębów krat, wstawiono chybotałe protezy, takie na NFZ. Straciła centrala wianuszek Myrtekowych robotnic przy jednych drzwiach. Poza tym wygląda jak dawniej. Ma trzy piętra, piwnicę i poddasze, na dachu garbią się lukarnie.

Gdyby centralę skomponował muzyk, byłaby pewnie rondem. Bo to gra powtórzeń. Frontową elewację przecinają równe rzędy okien ze szprosami. Po trzynaście okien w ciągu jak nuty na pięciolinii. Wejście główne to zdublowane drzwi, prowadzą do nich szerokie schody, tym piękniejsze, że popękane i porośnięte mchem jak japońskie ogrody. Kamienny portal zdobiący wejście przypomina pikowaną tkaninę. Jakby kamień wyrzeźbił tapicer. Pomiędzy drzwiami

pauza – prostokątna wnęką. We wnęce robotnik, trochę wyższy od dorosłego mężczyzny. Z ubrań ma na sobie majtki, z narzędzi – oskard i łopatę. Zarzucił je na ramię jak żołnierz karabin. Stoi okrakiem nad cementownią. Calutka się zmieściła, te wszystkie silosy, hale i młyny, hałdy węgla, piece i rozruszniki. Podobny mężczyzna wieńczy portal. Leży wsparty na łokciu, z podkulonymi nogami. Chyba odpoczywa po nocnej zmianie. Zdążył się wykapać, nie zdążył odziać. W tle kręcą się gruchy do betonu, pod stopami płonie mu ziemia. Ileż? to razy ziemia się paliła pod nogami Thomasa Myrteka.

28 grudnia 1888 roku furmanowi Myrtekowi z Beuthen (Bytomia) urodził się trzeci bajtel. Krótki i krępy Thomasek. Wozak Myrtek należał do krzepkich i niezbyt kłótliwych. Sąsiedzkie krzywdy i porachunki wyrównywał kłonicą, tylko gdy pyskacz porządnie mu załapał za skórę (dla tych, co jeżdżą opłami czy innymi fiatami, wyjaśnienie: kłonica to niezły kawał drąga podtrzymującego skrzynię wozu). Może los porachował się z woznicą Myrtekiem? A może jakiś obity warchoł wepchnął go pod koła rozpędzonej fury? Zginął młodo. Thomasek miał dwanaście lat i tego dnia skończył dzieciństwo. Załapał się do roboty u kamieniarza. Znosił głazy i sprzątał magazyny, a po godzinach coś tam sobie dłuwał w grudach węgla. Przyuważył go rzeźbiarz Jan Wysoki i wysłał do Bunzlau (Bolesławca). Zeidler & Wimmel mieli oszlifować talent. Nie dość, że w dwa lata zrobili z Thomasa czeladnika, to jeszcze wystarali mu się o stypendium. Chłopak dostał się do Królewskiej Szkoły Sztuki i Rzemiosł Artystycznych w Breslau. Wpadł pod skrzydła samego Theodora von Goseny, tego od Orfeusza, Temidy i Amora ujeżdżającego Pegaza. Kiedy w roku 1914 profesor doglądał zakotwień pomnika w Zwingerparku, jego uczeń przy mierzał szary mundur i pikielhaubę. Związał na Wielką Wojnę.

Thomas Myrtek brał na muszkę strach. Brał na muszkę żal. Celował do wroga. Zawsze jest strach. Jest żal. Jest wróg. Jest bohater. Jest powrót. Nie ma powrotu. Wrócił jako weteran. Dokończył studia. W 1924 roku wyrzeźbił w Oppeln nagich robotników. Może byli na jego wojnie. Może widzieli to, co on widział. Słyszeli: stój. Nie uciekaj. Nie prowokuj. Nie uciekają. Nie prowokują.

Agnieszka KANIA





Aniśmy się wszyscy obejrze-
li, a tu już do drzwi puka No-
wy Rok. Jaki będzie i co nam
przyniesie? Ostatnio doszło do
gruntownej zmiany na scenie
politycznej. Czy zmieni ona co-
kolwiek w postrzeganiu przez
polityków problemów pacjentów i białego personelu
ochrony zdrowia? Miejmy taką nadzieję, choć ja sam je-
stem mocno wstrzeźliwy w oczekiwaniach. Od dzie-
sięcioleci wprowadzane są drobne retusze w ochronie
zdrowia, często nośne medialnie, ale powodujące jesz-
cze większy bałagan. Czy tym razem pojawi się wresz-

cie jakiś poważny pomysł na kompleksową reformę? Bo
nie wiem, jak Wy – Drodzy Czytelnicy, ale ja czuję się
coraz bardziej zagubiony w meandrach opieki zdrowot-
nej w Polsce (i nie sądzę, aby wynikało to tylko z mego
wieku). Ano zobaczymy, co się stanie.

Jak już wcześniej wspomniałem szybkimi krokami
zbliżają się do nas Święta Bożego Narodzenia i Nowy
Rok. Życzymy więc sobie nawzajem większej życzliwości,
otwartości na innych, uśmiechu i dystansu do otaczają-
cego nas świata, a prywatnie zdrowia i jeszcze raz zdro-
wia.

Jerzy B. LACH

Komisja ds. Lekarzy Emerytów i Rencistów przy OIL
zaprasza wszystkich **Lekarzy Seniorów** na tradycyjne

SPOTKANIE NOWOROCZNE

które odbędzie się w **sobotę 13.01.2024 r.** o godz. **12.00**
w restauracji „**Czardasz**” w Opolu ul. Katowicka 55

W części artystycznej wystąpią: zespół „**Metronom**” (reaktywowany „**Camerton**”)
oraz dr Kazimierz Drosik – recital gitarowy.

Prosimy o potwierdzenie udziału w spotkaniu w biurze izby,
tel. 774545939 w terminie do 05.01.2024 r.



SZPALTA PREZESA

Koleżanki! Koledzy!

W tym roku grono lekarzy
i lekarzy dentystów rozpoczynają-
cych staż podyplomowy na te-
renie działania Opolskiej Izby Lekarskiej jest szczególnie
duże (86 stażystów). Wynika to z faktu, że mamy pierw-
szych absolwentów Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu
Opolskiego, a większość z nich rozpoczęła staż właśnie
u nas. Dla wszystkich tegorocznych stażystów zostało
zorganizowane przez Komisję Młodych Lekarzy pod au-
spicjami Opolskiej Izby Lekarskiej spotkanie szkolenio-
wo-integracyjne. O aspekt kulturalno-rozrywkowy za-
dbały nasze lekarskie zespoły muzyczne „**Reanimators**
Classic” i „**Reanimators New**” wspomagani przez zespół
medyków z Olsztyna „**The Doctors**”.

Start w zawodzie jest poważnym wyzwaniem, a naj-
lepiej jak o blaskach i cieniach naszej profesji mówią mło-
dzi lekarze - ten przekaz, według mojej oceny, jest najbar-

dziej skuteczny. Z doświadczenia wiem, że wiele spraw
na początku drogi zawodowej umyka, więc aby zachę-
cić młodych lekarzy i lekarzy dentystów do pozostania
w regionie chciałabym po raz kolejny przekazać garść
informacji, na temat profitów z bycia członkiem Opol-
skiej Izby Lekarskiej.

Po różne porady prawne można zgłaszać się w Izbie
do Radcy Prawnego. Przy Izbie działa Pełnomocnik ds.
zdrowia lekarzy, a także Rzecznik Praw Lekarza. Działają
liczne komisje problemowe, w tym Komisja Młodych
Lekarzy, Komisja Kształcenia, Komisja Kultury i Spor-
tu. Prowadzimy nieodpłatnie kursy wymagane w cyklu
szkolenia specjalizacyjnego. Dla naszych członków do-
stępne są, po preferencyjnych wynegocjowanych wcze-
śniej cenach, karty FitProfit i Fit Sport, działa chór le-
karski „**Medicanto**” (który cierpi na niedobór męskich
głosów). W Izbie wypłacane jest „becikowe”, nagrody fi-
nansowe za uzyskanie specjalizacji i zdobycie stopni na-

ukowych, jest także możliwość uzyskania nieoprotentowanych pożyczek szkoleniowych dla lekarzy w trakcie specjalizacji i doktoratu. Za wybitne osiągnięcia sportowe naszych członków wypłacane są nagrody finansowe, dofinansowujemy także udział lekarzy w ogólnopolskich imprezach sportowych, muzycznych. Dbamy też o lekarzy i lekarzy dentystów, którzy nagle znaleźli się w sytuacjach kryzysowych, wypłacając im bezzwrotne zapomogi. To oczywiście nie wyczerpuje całej działalności, ale myślę, że daje pojęcie ogólne o aktywności naszej Izby.

29 lutego w przyszłym roku kończy się ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej dla wielu naszych członków

– tych, którzy robią to za pośrednictwem Izby Opolskiej – stąd pragnę przypomnieć o tym fakcie. Dobrą nowiną jest fakt, że mimo tego, co się dzieje w gospodarce, ubezpieczenie pozostaje na niezmiennych zasadach i warunkach finansowych. Szczegóły znajdziecie Państwo w środku Biuletynu.

Przed nami ulubione przez większość Polaków Święta. W tych niespokojnych czasach życzę Wszystkim spokoju, wiele radości i miłości w Święto Bożego Narodzenia, udanych rodzinnych spotkań i wszelkiej pomyślności w Nowym 2024 Roku.

Jolanta SMERKOWSKA-MOKRZYCKA

CO SŁYCHAĆ W IZBIE?

DWA KOLEJNE POSIEDZENIA OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ



W dniu 20.09.2023 r. odbyło się kolejne posiedzenie Okręgowej Rady Lekarskiej. Rada obradowała nad następującymi problemami:

Przyznanie praw wykonywania zawodu

Wnioski o wydanie PWZ celem odbycia stażu podyplomowego złożyli:

- lek. dent. Barbara Polkowska,
- lek. dent. Sławomir Wojnowski,
- lek. dent. Jan Podgórski.

Uchwały podjęto jednogłośnie

Wnioski o wydanie PWZ lekarzowi cudzoziemcowi celem odbycia stażu podyplomowego złożyli:

- lek. Oleksii Omelchenko - obywatel Ukrainy
- lek. Savitcki Mirosław - obywatel Białorusi.

Uchwały podjęto jednogłośnie.

Wniosek o PWZ na określony zakres czynności zawodowych złożyła lek. Iryna Shyshkova - obywatelka Ukrainy (ukończyła Charkowski Państwowy Uniwersytet Medyczny w Charkowie) - promesa zatrudnienia w Szpitalu w Branicach (PWZ ważne do dn. 20.09.2028 r. - praca pod nadzorem lekarza specjalisty przez 5 lat) - uchwałę podjęto jednogłośnie.

Wnioski o warunkowe PWZ złożyli:

• lek. Petro Barchuk - obywatel Ukrainy (ukończył Narodowy Uniwersytet Medyczny w Kijowie), PWZ ważne do dn. 31.03.2028 r. (praca pod nadzorem lekarza specjalisty przez 5 lat) – uchwałę podjęto jednogłośnie;

• lek. Olesia Kuzhylna - obywatelka Ukrainy (ukończyła Ługański Państwowy Uniwersytet Medyczny w Ługańsku), PWZ ważne do dn. 20.09.2028 r. (praca pod nadzorem lekarza specjalisty przez 5 lat) - uchwałę podjęto jednogłośnie.

Rejestracja podmiotów prowadzących szkolenie podyplomowe lekarzy

Firma „Caritas Group” sp. z o.o. zarejestrowana w Okręgowej Izbie Lekarskiej w Łodzi przeprowadzi 14.10.2023 r. w Opolu konferencję: „Leczenie bólu, cukrzycy oraz ostrego zapalenia zatok przynosowych” (kierownik naukowy dr n. med. Helena Jastrzębska). Firma spełnia warunki do prowadzenia kształcenia podyplomowego dla lekarzy i lekarzy dentystów. Uchwałę podjęto jednogłośnie.

Zmiany w rejestrze indywidualnych praktyk lekarskich

W związku z zaprzestaniem działalności medycznej wykreślono dwie praktyki lekarskie, a z powodu zgonu – jedną. Uchwały podjęto jednogłośnie.

Przyznanie świadczeń z Funduszu Samopomocy

Wnioski o bezzwrotną zapomogę złożyło dwoje lekarzy - uchwały podjęto jednogłośnie. Jednogłośnie podjęto uchwałę w sprawie nowelizacji uchwały w sprawie Funduszu Samopomocy dot. tzw. „becikowego” (uszczerłowanie komu należy się „becikowe”).

Jednogłośnie podjęto uchwałę w sprawie dofinansowania spotkania integracyjnego organizowanego przez Delegaturę OIL w Kluczborku w kwocie 4.000 zł.

Zmiany w wysokości składki członkowskiej

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

Wniosek o obniżenie składki członkowskiej na 3 miesiące ze 120 zł do 60 zł złożyła jedna lekarka (wcześniej już składka była obniżona w okresie VII-IX.2023 r). Jednogłośnie podjęto uchwałę o odmowie obniżenia składki (wniosek nie spełniał warunków Regulaminu).

Wyznaczenie przedstawicieli członków ORL do komisji konkursowych

Brak informacji

Sprawozdanie z posiedzenia Konwentu Prezesów ORL w dn. 24 sierpnia 2023 r. oraz 9 września 2023 r.

Informację przekazała Prezes Jolanta Smerkowska-Mokrzycka. Konwent 24.08.2023 r. zajmował się następującymi problemami:

- przewodniczący Komisji Organizacyjnej, prezes OIL w Łodzi, dr Paweł Czekalski poinformował, że dr Piotr Kalkowski ma opracować dla izb system elektronicznego przesyłania danych (każda izba musi mieć skrzynki podawcze i możliwość e-doręczeń);

- Prezes Wielkopolskiej Izby Lekarskiej poinformował o skradzionym PWZ lekarzom i wykorzystania ich danych do wystawiania recept za pomocą receptomatów;

- dr T. Urban omawiał problemy ŚIL z dziennikarką psującą wizerunek samorządu Izby w mediach;

- proteście rezydentów w dniu 30.09.2023 r. Datę protestu podał Przewodniczący OZZL bez wcześniejszego powiadomienia o tym władz NIL. Są wątpliwości, czy termin nie jest chybiony;

- prezesi kilku izb omawiali problemy na swoim terenie, dotyczące płatności za nadwykonania w stomatologii oraz finansowania staży.

Z kolei gościem Konwentu w dniu 09.09.2023 r. był Prezes NRL dr Łukasz Jankowski. Omawiano na nim:

- Prezes OIL w Krakowie poinformował, że ok. 100 osób nie uzyskało miejsc na staż podyplomowy z powodu utraty akredytacji przez niektóre szpitale; w dyskusji podkreślano wątek, że dobrym rozwiązaniem byłby powrót do tzw. „rejonizacji” w przypadku tychże staży;

- Prezes OIL w Gdańsku poinformował o pomysle i ewentualnym przejęciu stażu podyplomowego przez Ośrodki Uczelniane;

- podmioty stomatologiczne rezygnują z prowadzenia staży, co związane jest z opóźnieniem płatności przez Urząd Wojewódzki;

- zmiana logo NIL - w tej sprawie Prezes OIL w Krakowie wyraził sprzeciw wobec braku wcześniejszych dyskusji w środowisku dotyczącej tej kwestii;

- sprawy finansowe związane z organami Rzecznika i Sądu NIL;

- dr Ryszard Mońdział, Prezes OIL w Płocku, przewodniczący Zespołu ds. Szpitalnictwa omawiał wyniki ankiety - wyniki nie są budujące. Około 70% lekarzy szpitalników planuje w najbliższym czasie odejście ze szpitala z powodu przeciążenia pracą, doświadczanej agresji ze strony pacjentów i ich rodzin oraz ogólnej atmosfery w miejscu pracy;

- dr Henryk Grzesiak dziękował Prezesowi Jankowskiemu za rozmowy z Ministerstwem Zdrowia i obietnicę pokrycia finansowego nadwykonań w stomatologii.

Sprawozdanie z posiedzenia NRL w dniu 28.08.2023 r. przekazał Stanisław Kowarzyk. Gościem Rady była nowo powołana Minister Zdrowia dr Katarzyna Sójka. W jej obecności dyskutowano nad:

- Analiza siedmiu zagadnień przekazanych z NIL;

- Sztab kryzysowy w sprawie legionellozy;

- Sprawa dostępu do danych pacjenta w gabinet.gov.pl tak, aby system był usprawnieniem dla lekarza i bezpieczny dla pacjentów;

Minister otrzymała zaproszenie od Prezes OIL na Kongres Kultury w Opolu.

- Podjęto uchwałę w sprawie upoważnienia Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej do podjęcia działań w celu utworzenia Internetowego Portalu Prawomocnych Orzeczeń Sądów Lekarskich. Portal powstaje dla poprawy przejrzystości, jako odpowiedź na zarzuty ze strony środowiska związanego z Ministerstwem Sprawiedliwości o „kastość”. Publikowane będą tylko orzeczenia po anonimizacji danych. Dr Miarka stwierdził, że publikacje muszą być umocowane ustawowo. Obecnie publikacja wyroku jest dodatkową karą, a współpracy z Ministrem Sprawiedliwości nie ma, a nawet do zaskarżenia są wypowiedzi min. Warchoła na łamach biuletynu ministerialnego.

- Powołanie zespołu ds. naruszeń w ochronie zdrowia.

- Sprawa Ilads, receptomatów, biorezonansu itp. Po to, aby reakcja środowiska była szybsza. Piotr Pisula jako przewodniczący Zespołu ds. Naruszeń mówił, że izby okręgowe mają zgłosić kandydatów na członków zespołu. Do zadań Zespołu ds. naruszeń w ochronie zdrowia należy:

- aktywne wyszukiwanie, zbieranie informacji i zawiadamianie odpowiednich organów izb na temat nieprawidłowości w zakresie funkcjonowania jednostek ochrony zdrowia;

- weryfikowanie i analizowanie zbieranych informacji;

- badanie przypadków naruszeń praw lekarzy i praw pacjentów ze szczególnym uwzględnieniem łamania prawa pracy, standardów medycznych i rażących naruszeń w zakresie form leczenia i postępowania oraz podejmowanie stosownych działań;

- realizowanie celów zespołu przy pomocy biura Naczelnej Izby Lekarskiej;

- wyszukiwanie i przekazywanie do rzeczników odpowiedzialności zawodowej informacji o przypadkach lekarzy prowadzących i promujących działalność niezgodną z aktualną wiedzą medyczną oraz Kodeksem Etyki Lekarskiej;

- przyjmowanie zgłoszeń dotyczących naruszeń z okręgowych izb lekarskich.

- Podjęto uchwałę w sprawie przyjęcia projektu nowego logo Naczelnej Izby Lekarskiej. Były głosy odwołujące się do tradycji oraz, że nie był ogłoszony konkurs, ale uchwała zapadła większością głosów.

- Informacja Przewodniczącego Komisji Organizacyjnej w sprawie aktualnego stanu prawnego realizacji art. 7 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry w tzn. trybach uproszczonych oraz nt. zmian uchwały w sprawie szczegółowego trybu postępowania w sprawach przyznawania prawa wykonywania zawodu lekarza i lekarza dentystry oraz prowadzenia re-

jestru lekarzy i lekarzy dentystów. Po odwołaniu epidemii warunkowe pwz – przestały być przyznawane przez MZ. Obecnie pwz warunkowe utrzymane do 24 marca 2024 r. dla Ukraińców, dla osób innej narodowości w-pwz nie istnieje. W zakresie pwz na określony zakres czynności nic się nie zmienia.

- Stanowisko Naczelnej Rady Lekarskiej w sprawie poparcia postulatów planowanego protestu lekarzy „W ochronie zdrowia pacjentów”. Samorząd lekarski niezmiennie popiera wszelkie działania mające na celu poprawę warunków i jakości w ochronie zdrowia.

- Z oburzeniem przyjmujemy informację o kolejnych nowo otwieranych wydziałach lekarskich w jednostkach, które nie dają gwarancji utrzymania należytego poziomu wykształcenia przyszłych kadr lekarskich. Masowe nabory nie rozwiążą problemu deficytu lekarzy w publicznym systemie ochrony zdrowia. Rozwiązaniem, wielokrotnie przez nas wskazywanym, jest poprawa warunków pracy i wprowadzenie systemowych rozwiązań prawnych opartych na zasadzie no-fault.

- Budowanie zaufania do lekarzy i lekarzy dentystów – podsumowanie działań. Wzrost zaufania do lekarzy

dzięki odpowiednim zespołom NIL i kolegom wypowiadających się medialnie. Prezes wręczył podziękowania zaangażowanym Koleżankom i Kolegom.

- Sprawozdania z działalności Rzecznika Praw Lekarza - ilość spraw rośnie lawinowo. W sprawie Neocate mają być indywidualne rozmowy w MZ z lekarzami bez podejrzeń o nieetyczne postępowanie celem ugody. Wprowadzenie RPL do ustawy jako Organu.

Sprawozdania członków ORL z działalności pomiędzy posiedzeniami

Brak informacji.

Sprawy różnie i wolne wnioski

Prezes poinformowała, że Kanclerz Kapituły Odznaczenia Meritus Pro Medicis prosi o zgłoszenia kandydatów do odznaczenia.

Prezes przedstawiła pismo dr Marki dotyczące nałożenia dodatkowych obowiązków przez NFZ na lekarzy POZ - sprawę tę kilkakrotnie poruszała kol. Iwona Gajda. Po dyskusji nad tym problemem ORL wystosowała w tej sprawie Apel do NIL.

Apel

Okręgowej Rady Lekarskiej w Opolu z dnia 20 września 2023r. do Naczelnej Rady Lekarskiej

Okręgowa Rada Lekarska w Opolu apeluje do Naczelnej 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 wystawienia recepty na leki psychotropowe oraz leki bezpłatne 65+ i dla osób niepełnoletnich. Czynności te są bardzo czasochłonne i dezorganizują pracę w przychodniach specjalistycznych i POZ zwłaszcza, że każdy lek musi być sprawdzany w systemie oddzielnie.*

2. *Usunięcia ograniczenia polegającego na wyłączeniu z prawa do preskrypcji bezpłatnych leków 65+ i dla osób niepełnoletnich prywatnych gabinetów lekarskich niepo-*

siadających umowy z NFZ. Sytuacja ta powoduje dublowanie wizyt receptowych w gabinetach podstawowej opieki zdrowotnej, zabiera czas i prowadzi do wielu sytuacji konfliktowych. Mając na uwadze fakt, że prawo do bezpłatnych leków, podobnie jak refundacja częściowa leków, przysługuje pacjentowi a nie lekarzowi, ograniczenie o którym mowa nie znajduje racjonalnego wytłumaczenia oprócz próby ograniczenia dostępności do bezpłatnych leków uprawnionym grupom pacjentów.

3. *Przyspieszenia prac zmierzających do umożliwienia zautomatyzowania procesu określania stopnia refundacji leków w aplikacjach gabinetowych i tym samym zdjęcia z lekarza tego obowiązku, o co środowisko wnosi od wielu lat.*

Sekretarz ORL

Lek. Małgorzata Łuszczynska-Ostrowska

Prezes ORL

lek. dent. Jolanta Smerkowska-Mokrzycka

ORL w Opolu składa ogromne podziękowanie kol. Jurkowi Lachowi za pracę na rzecz Kongresu Kultury i Historii Lekarskiej w Opolu. Otrzymujemy ogromne gratulacje ze strony innych Izb za tak wspieranie kon-

cert i niezapomniane chwile, które są efektem między innymi ciężkiej pracy naszego kol. Jerzego Lacha.

Wobec wyczerpania porządku obrad na tym posiedzeniu zakończono.

Sekretarz ORL

Lek. Małgorzata Łuszczynska-Ostrowska

Prezes ORL

lek. dent. Jolanta Smerkowska-Mokrzycka

W dniu 18.10.2023 r. odbyło się następne posiedzenie Okręgowej Rady Lekarskiej w Opolu. Na posiedzenie Rady przybył Redaktor Naczelny Biuletynu Informacyjnego OIL kol. Jurek Lach. Prezes w imieniu członków Rady i Opolskiej Izby Lekarskiej złożyła serdeczne podziękowania kol. Jurkowi Lachowi za wkład i poświęcony czas w organizację Kongresu Kultury i Historii Lekarskiej, który odbył się we wrześniu w Opolu. Wyzwanie to było ogromne jednak wykonane przez naszego Kolegę przy wydatnej pomocy członków Komisji Kultury i Dziedzictwa Historycznego NIL. Wystawy obrazów, warsztaty malarskie i rzeźbiarskie, plenery, prezentacja fotografii, wieczór prozy i poezji, organizacja prób dla chórów lekarskich z honorowym gościem Stanisławem Soyką, no i wreszcie finał - wspaniała gala, na długo będą w pamięci wszystkich uczestników Kongresu.

Następnie Rada obradowała nad następującymi problemami:

Przyznanie praw wykonywania zawodu

Wniosek o wydanie PWZ po ukończeniu stażu podyplomowego złożyła lek. dent. Julia Geisler - uchwałę podjęto jednogłośnie.

Wnioski o przyznanie PWZ w związku z przeniesieniem z Dolnośląskiej Izby Lekarskiej złożyli:

- lek. Agata Uchacz,
- lek. Julia Ławryniewicz,
- lek. Radosław Bilat,

a z Izby Lekarskiej w Krakowie - lek. dent. Sandra Cichoń.

Uchwały 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: 20.10 br. w Rudzie Śl., 4.11 br. w Białymstoku, 10.11 br. w Tomaszowie Mazowieckim, 17.11 br. w Krakowie, 18.11 br. w Warszawie, 01.12. i 02.12 br. we Wrocławiu, 09.12 br. w Kielcach. Uchwałę podjęto jednogłośnie i przyznano 9 pkt. edukacyjnych za każde szkolenie.

Firma NUTRIKON Sp. z o.o. przeprowadzi w dniach 01.-02.12. 23r. na terenie Opolskiej Izby Lekarskiej warsztaty szkoleniowe z zakresu chirurgii ogólnej i naczyniowej (kierownik szkolenia dr n. med. Grzegorz Krasowski) - uchwałę podjęto jednogłośnie i przyznano 11 pkt. edukacyjnych.

Zmiany w rejestrze indywidualnych praktyk lekarskich

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

Przyznanie świadczeń z Funduszu Samopomocy

Brak wniosków.

Zmiany w wysokości składki członkowskiej

Wniosek o nieosiąganiu przychodów i zawieszeniu działalności na okres choroby złożyła jedna lekarka - uchwałę podjęto jednogłośnie.

Wyznaczenie przedstawicieli członków OIL do komisji konkursowych

Dyrektor ZOZ w Oleśnie zwrócił się z prośbą o wyznaczenie przedstawiciela OIL do komisji konkursowej na stanowiska Naczelnej Pielęgniarki oraz Pielęgniarki Oddziałowej:

- Oddziału Wewnętrznego,
- Oddziału Dziecięcego,
- Oddziału Chirurgii Urazowo-Ortopedycznego,
- Oddziału Chirurgii Ogólnej,
- Intensywnej Terapii i Anestezjologii.

Rada desygnuje dr n. med. Marcina Mielczarka - uchwałę podjęto jednogłośnie.

Dyrektor Regionalnego Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Opolu zwrócił się z prośbą o wyznaczenie przedstawiciela OIL do komisji konkursowej na stanowisko Zastępcy Dyrektora ds. Medycznych. Rada desygnuje kol. Marka Dryję - uchwałę podjęto jednogłośnie.

Dyrektor Specjalistycznego Szpitala w Branicach zwrócił się z prośbą o wyznaczenie przedstawiciela OIL do komisji konkursowej na stanowisko Pielęgniarki Oddziałowej w Oddziale Psychiatrii Sądowej. Rada desygnuje kol. Stanisława Kowarzyka - uchwałę podjęto przy jednym głosie wstrzymującym się.

Wojewoda Opolski poprosił o wydanie opinii dot. kandydata na Konsultanta Wojewódzkiego w

dziedzinie chirurgii naczyniowej - dr n. med. Jacka Hobota, który pełnił tę funkcję w poprzedniej kadencji i wyraził chęć na jej kontynuację. Rada nie wnosi uwag - uchwałę podjęto jednogłośnie.

Sprawozdania członków ORL z działalności pomiędzy posiedzeniami

Prezes i Skarbnik - kol. Z. Kowalik przedstawili kilka projektów instalacji fotowoltaiki na terenie Izby: m. in. przez firmę Ekosun sp. z o.o. oraz firmę z Opola MKM Serwis s.c. Marcin Karwat i Marcin Plewnia. Po zapoznaniu się z ofertami, projektami, kosztami i po dyskusji większość członków Rady uznała, że należy rozpatrzyć jeszcze inne oferty, aby wybrać najbardziej optymalną na potrzeby izby. Prezes poinformowała także, że w przypadku takiej inwestycji będzie konieczność zatrudnienia kierownika nadzoru budowlanego.

Kol. W. Latała przekazał informację ze spotkania Opolskiego Oddziału PTS.

Kol. A. Marciniszyn przekazał relację ze spotkania z młodymi lekarzami z Delegatury w Kluczborku.

Kol. J. Jakubiszyn poinformował, że w 2023 r. na staż podyplomowy do OIL Opole wnioski złożyło blisko 90 osób, z czego znaczna większość, bo aż 31 osób rozpoczęło staż w USK Opole.

Sprawy różnie i wolne wnioski

Kol. M. Błaszczak skierował w imieniu KML i muzycznych zespołów lekarskich OIL Opole pismo do Rady o pokrycie kosztów organizacji spotkania szkoleniowo-integracyjnego dla lekarzy stażystów, którzy rozpoczęli staż od 01.10 br. na terenie szpitali Województwa Opolskiego. Spotkanie odbędzie się 27.10.23 r. w Hotelu „Sło-

Sekretarz ORL

Lek. Małgorzata Łuszczynska-Ostrowska

ciak” w Opolu. Ma ono na celu przekazanie niezbędnej wiedzy o prawach i obowiązkach w przyszłej pracy zawodowej, a także ma służyć integracji młodych lekarzy. Uchwałę w sprawie dofinansowania spotkania w kwocie 7.000 zł podjęto jednogłośnie.

Wobec wyczerpania porządku obrad na tym posiedzeniu zakończono.

Prezes ORL

lek. dent. Jolanta Smerkowska-Mokrzycka

POSIEDZENIE KOMISJI STOMATOLOGICZNEJ



W dniu 11 września br. odbyło się kolejne posiedzenie Komisji Stomatologicznej. Spotkanie rozpoczęła dr Barbara Hamryszak od podzielenia się wrażeniami z Kongresu Kultury i Historii Lekarskiej, który odbył się w dniach 8-10 września, a którego gospodarzem była oczywiście Opolska Izba Lekarska.

Kolejnym punktem było przypomnienie, że „Gazeta Lekarska” w 2023 roku, będzie dostępna w formie papierowej i elektronicznej. 3 wydania w formie papierowej dla wszystkich (nr2/2023, 4/2023 i 6/2023) i 7 wydań w formie hybrydowej tj.:

- elektroniczna dla lekarzy i lekarzy dentystów do 69. roku życia (do skrzynek mailowych)
- papierowa dla lekarzy i lekarzy dentystów w wieku 70+ (do skrzynek pocztowych)

Formę kolportażu można zmienić na stronie: www.gazetalekarska.pl lub www.nil.org.pl/gazeta wypełniając formularz Subskrypcja „Gazety Lekarskiej”.

Prezydent podpisał ustawę o niektórych zawodach medycznych regulującą m. in. zawody higienistki i asystentki stomatologicznej. Określa ona zasady pracy oraz kompetencje zarówno higienistek, jak i asystentek stomatologicznych, normuje zasady kształcenia, a także daje możliwość wykonywania czynności bez nadzoru lekarza dentysty. Z ustawy wcześniej został wyłączony zawód technika dentystycznego.

Od 1 września, zgodnie z zarządzeniem Prezesa NFZ nr 119/2023/DSOZ, będą obowiązywać nowe wyceny w protetyce stomatologicznej, które zostaną dostosowane do rekomendacji Agencji Technologii Medycznych i Taryfikacji.

Trwają prace nad zmianą wyceny procedur w stomatologii zachowawczej. Przedstawiane są kolejne propozycje rozszerzenia pakietu świadczeń o m. in. leczenie endodontyczne kolejnych zębów.

Następnie Prezes OIL dr Jolanta Smerkowska-Mokrzycka podzieliła się osobistymi wrażeniami z Kongresu Kultury. Zwróciła uwagę na obfitość wydarzeń kulturalnych z zakresu malarstwa, literatury, rzeźbiarstwa, fotografii, a którego zwieńczeniem był Lekarski Prze-

gląd Piosenki Polskiej z udziałem 10 chórów z całej Polski i recitalem Stanisława Soyki. Poinformowała także o uhonorowaniu uczestników Przeglądu nagrodą w postaci „Opolanki”.

Następnie zaprosiła na Piknik Opolskich Samorządów Zawodów Zaufania Publicznego, który odbędzie się w Opolu 16 września 2023 r. na Placu Wolności, gdzie w godzinach od 12 do 18 będzie można zapoznać się z ciekawymi prezentacjami zawodów lekarza, adwokata, radcy prawnego, architekta czy biegłego rewidenta. Opolską Izbę Lekarską będą reprezentować specjaliści z zakresu urologii, chirurgii onkologicznej, laryngologii i oczywiście stomatologii. Jest to akcja mająca na celu przybliżenie działalności Samorządu, a także promocję zachowań prozdrowotnych oraz propagowanie badań profilaktycznych. Równolegle będzie można odwiedzić Kiermasz Franciszkański.

W kolejnym punkcie spotkania dr Katarzyna Rączy opowiedziała o pracy Sądu Lekarskiego. Przedstawiła zakres prac i najczęstsze przypadki jakie trafiają do sądu. Zwróciła szczególną uwagę na problem jakim jest wzajemne podważanie kompetencji przez lekarzy, którzy traktują kolegów jak konkurencję.

Kolejnym problemem jaki poruszyła jest potrzeba należytego informowania pacjenta o zaplanowanym leczeniu, a także przedstawieniu alternatywnych metod leczenia stomatologicznego względem zaproponowanego w gabinecie. Informację taką należy zawrzeć w dokumentacji - najlepiej w postaci zgody pacjenta.

W dniach 23.09 oraz 18.11.2023 r. we Wrocławiu odbędzie się szkolenie z zakresu „Ochrona radiologiczna pacjenta” organizowane przez firmę Pozytron. Wszelkie informacje dostępne są na stronie www.pozytron.pl lub na stronie naszej izby w zakładce szkolenia.

Komisja Stomatologiczna Izby Lekarskiej ze Szczecina zaprasza na odbywającą się w dniach 13-14.10.2023 r. konferencję naukowo-szkoleniową pt. „Dentist Mundi III”. Wszelkie informacje udzielane są telefonicznie (pod nr 91/487-64-20) lub mailowo dentistmundi@oil.szczecin.pl.

Z kolei w dniach 6-8.10.2023 r. odbędą się XII Łódzkie Spotkania Stomatologiczne. Szczegóły na stronie www.ks.oil.lodz.pl.

Śląska Izba Lekarska organizuje w dniach 24-26.11.2023 r. konferencję pt. „Andrzejki Stomatologiczne - stomatologia holistycznie”.

Zastępca Sekretarza KS
Lek. dent. Mateusz ŚNIEŻEK

ne - stomatologia holistycznie”. Wszelkie informacje pod nr tel. 32/604-42-63 lub mailowo g.matusiak@izba-lekarska.org.pl.

Przewodnicząca KS
Lek. dent. Barbara HAMRYSZAK

UBEZPIECZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI CYWILNEJ NA 2024 R.



Koleżanki i Koledzy,

Od 1 marca 2024 r. kontynuować będziemy program Ubezpieczenia Odpowiedzialności Cywilnej oraz ubezpieczenie Ochrony Prawnej Lekarza. Oferta na nie zmienionych zasadach i warunkach finansowych (OC PZU S.A.; Ochrona Prawna InterRisk TU S.A.) obowiązywać będzie do końca lutego 2026 r.

Podobnie, jak w roku ubiegłym, tak i na kolejny okres istnieje możliwość przystępowania do ubezpieczenia bezpośrednio przez stronę internetową <https://oc-lekarza.polisagrupowa.pl> lub poprzez baner zamieszczony na stronie Izby, do czego zachęcamy wszystkich członków Opolskiej Izby Lekarskiej. Aktualnie będzie to jedyna forma możliwości skorzystania z wynegocjowanego programu ubezpieczenia na preferencyjnych warunkach. Możliwość zawarcia ubezpieczenia na kolejny okres zostanie Państwu udostępniona od 15 stycznia 2024 r.

Prosimy o nieodkładanie kontynuacji ubezpieczenia do ostatniej chwili. Szczegóły dotyczące możliwości zawarcia umowy ubezpieczenia znajdują się na końcu tego artykułu.

Przypomnienie warunków programu. Sposób zawarcia ubezpieczenia

Obowiązek ubezpieczenia spoczywa na każdym lekarzu czy lekarzu dentyście, który wykonuje zawód w for-

mie praktyki lekarskiej (dotyczy to każdego rodzaju praktyki – stacjonarnej, na wezwanie, kontraktu). Inaczej mówiąc nie musi zawierać takiego ubezpieczenia lekarz (lekarz dentysta), który pracuje tylko i wyłącznie w oparciu o kodeksową umowę o pracę.

Rozporządzenie Ministra Finansów doprecyzowało zasady tego ubezpieczenia. Obejmuje ono szkody, jakie mogą być wyrządzone w czasie udzielania świadczeń zdrowotnych albo powstałe wskutek zaniechania udzielenia takich świadczeń. Ubezpieczenie obowiązkowe nie obejmuje zabiegów chirurgii plastycznej oraz zabiegów kosmetycznych i estetycznych, poza zabiegami wykonywanymi w przypadku wad wrodzonych oraz następstw urazów czy chorób.

Rozporządzenie wprowadziło minimalną sumę gwarancyjną dla tego ubezpieczenia – w przypadku lekarza (lekarza dentystry) wynosi ona 75.000 Euro na 1 zdarzenie i 350.000 Euro na wszystkie zdarzenia w okresie ubezpieczenia. Zwracamy uwagę na fakt, iż 75.000 Euro to nie- zbyt wysoka suma ubezpieczenia, dlatego zachęcamy do rozważenia wykupienia ubezpieczenia z ubezpieczeniem nadwyżkowym (informacja poniżej).

Ubezpieczenie obowiązkowe proponowane członkom Opolskiej Izby Lekarskiej przez PZU wraz z ochroną prawną InterRisk TU S.A. uwzględnia podział na trzy grupy specjalności:		
Grupa I (składka 454 zł)	Grupa II (składka 202 zł)	Grupa III (składka 124 zł)
<ul style="list-style-type: none">- Anestezjologia i intensywna terapia- Chirurgia ogólna- Chirurgia dziecięca- Chirurgia naczyniowa- Chirurgia onkologiczna- Chirurgia plastyczna- Torakochirurgia- Kardiochirurgia- Neurochirurgia- Chirurgia szczękowo-twarzowa- Chirurgia stomatologiczna- Urologia- Urologia dziecięca- Ortopedia i traumatologia- Ginekologia i położnictwo- Ginekologia onkologiczna- Medycyna ratunkowa- Neonatologia	<ul style="list-style-type: none">- Medycyna sportowa- Radioterapia- Lekarz dentysta nie posiadający żadnej specjalizacji oraz- pozostałe specjalności stomatologiczne poza chirurgią stomatologiczną np.:<ul style="list-style-type: none">• ortodoncja• periodontologia• protetyka stomatologiczna• stomatologia dziecięca• stomatologia zachowawcza z endodoncją.	<p>Wszystkie pozostałe specjalności</p> <p>Uwaga: Jeżeli lekarz z III grupy wykonuje jakies zabiegi chirurgiczne, endoskopowe, z zakresu radiologii interwencyjnej czy inne wymagające pisemnej zgody – musi się ubezpieczyć jak w grupie II.</p>

• Jeżeli lekarz ma kilka specjalizacji, ubezpiecza się zgodnie z tą, którą wykonuje.

• Jeżeli lekarz wykonuje kilka specjalizacji, ubezpiecza się zgodnie z tą, która ma wyższą składkę.

• W przypadku lekarzy będących w trakcie specjalizacji, nieposiadających żadnej innej specjalizacji, nalicza się składkę przewidzianą dla grupy ryzyka obejmującej faktycznie wykonywaną specjalizację.

W dalszym ciągu istnieje możliwość bardzo korzystnego ubezpieczenia pakietowego (połączenie ubezpieczenia obowiązkowego z dobrowolnym) tzw. klauzulą nadwyżkową. Pozwala to nie tylko podwyższyć sumę gwarancyjną ubezpieczenia, ale objąć ubezpieczeniem sytuacje czy zdarzenia, których nie zawiera ubezpieczenie obowiązkowe:

• udzielanie pierwszej pomocy (także w sytuacji, w której lekarz, ratując czyjeś życie, udzielał jej po spożyciu alkoholu),

• udzielanie świadczeń medycznych okazjonalnych (niezbędnej pomocy medycznej - nie dotyczy stałej pracy) poza terenem Polski – np. podczas wyjazdu wypoczynkowego lub podejmowanych w ramach stażu, praktycznej nauki zawodu, delegacji służbowej, udziału w konferencjach naukowych oraz wyjazdów interwencyjnych z pomocą medyczną obywateli RP,

• uwzględnienie w składce podstawowej zabiegów estetycznych i kosmetycznych,

• koszty ekspertów, biegłych, zastępstwa prawnego – poniesionych za zgodą PZU S.A. lub zasądzonych,

• niezbędne koszty sądowej obrony przed roszczeniami, niezbędne koszty sądowej obrony w postępowaniu karnym poniesione za zgodą PZU S.A. lub zasądzone,

• koszty postępowań sądowych, w tym mediacji lub postępowania pojednawczego poniesione za zgodą PZU S.A. lub zasądzone,

• koszty poniesione na minimalizowanie wyrządzonej szkody,

• odpowiedzialność cywilna za szkody wyrządzone osobom trzecim w wynajmowanym sprzęcie oraz w pomieszczeniu praktyki (do kwoty 50.000 zł) – z możliwością indywidualnego podwyższenia,

• szkody rzeczowe wyrządzone w mieniu pacjenta w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, ubezpieczenie od innych zdarzeń odpowiedzialności cywilnej, związanych z miejscem wykonywania praktyki, ale nie związanych z udzielaniem świadczeń (np. zalanie sąsiada wskutek awarii w gabinecie, uderzenie przedmiotem spadającym z okna gabinetu czy dachówką spadającą z dachu domu lub poślizgnięcie się pacjenta na mokrej posadzce w pomieszczeniu, w którym jest gabinet itp.),

• szkody związane z utratą, uszkodzeniem mienia przechowywanego do 5.000 zł np. mienie pacjenta pozostawione w poczekalni lub depozycie,

• szkody nie związane ze szkodą osobową lub rzeczową (limit 100.000 zł)

• w ramach ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej lekarza, PZU S.A. dla każdego Ubezpieczonego, or-

ganizuje i pokrywa koszty usługi Asysty Prawnej (usługa assistance). Nr telefonu Centrum Alarmowego dla Asysty Prawnej: 22/505-16-04.

Usługa asysty prawnej polega na:

• udzielaniu telefonicznie lub udzielaniu w formie elektronicznej konsultacji prawnych,

• przesyłaniu w formie elektronicznej wzorów umów i wzorów pism należących do powszechnego obrotu prawnego,

• przesyłaniu w formie elektronicznej tekstów obowiązujących lub archiwalnych (obowiązujących na dany dzień) aktów prawnych prawa polskiego,

• informacje o obowiązujących procedurach sądowych i kosztach prowadzenia sporów prawnych oraz dochodzenia lub ochrony swoich praw,

• przesłanie danych teleadresowych instytucji (sąd, prokuratura, kancelarie prawne).

W ramach składki ubezpieczeniowej ubezpieczenia pakietowego uzyskuje się również:

• ubezpieczenie na wypadek szkód wynikających z naruszenia praw pacjenta w tym również szkód nie będących szkodą osobową czy rzeczową (np. badanie pacjenta bez zachowania intymności),

• ubezpieczenie szkód wyrządzonych w związku z uczestnictwem w eksperymencie medycznym lub badaniach klinicznych (jeżeli sponsor wykupił ubezpieczenie obowiązkowe),

• ochronę prawną (ubezpieczaną przez TU Inter Risk S.A.) do kwoty 50.000 zł. Ubezpieczenie ochrony prawnej ma na celu zagwarantować lekarzowi bezwarunkowe pokrycie kosztów ochrony prawnej w przypadku wystąpienia do lekarza z roszczeniem odszkodowawczym przez poszkodowanego pacjenta, NFZ, czyli: koszty wynajęcia adwokata, radcy prawnego, który odpisze na pozew, będzie reprezentował go w Sądzie, koszty powołania biegłych; koszty te pokrywane są do 50.000 zł w granicach wynagrodzenia określonego przez rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości, który wyznaczył minimalne należne wynagrodzenie adwokatom, radcom prawnym, (konieczne jest zgłoszenie przez lekarza wniosku na piśmie).

Zgłoszenie szkody z ubezpieczenia ochrony prawnej: CORIS LEX SERVICES SP.Z.O.O., tel. (22) 647-56-10 (7 dni w tygodniu 9-21), fax. (22) 568-98-99 (24 h), e-mail: interrisk@asysta.prawnika.pl (24 h).

A oto warianty tego ubezpieczenia pakietowego:

Kwota, o którą zwiększa się suma gwarancyjna OC	Grupa I specjalności – składka łączna	Grupa II – składka łączna	Grupa III – składka łączna
100.000,00 zł	545,00 zł	265,00 zł	161,00 zł
200.000,00 zł	643,00 zł	298,00 zł	173,00 zł
300.000,00 zł	669,00 zł	304,00 zł	180,00 zł
400.000,00 zł	701,00 zł	314,00 zł	188,00 zł
500.000,00 zł	715,00 zł	320,00 zł	192,00 zł
700.000,00 zł	727,00 zł	324,00 zł	196,00 zł
800.000,00 zł	735,00 zł	335,00 zł	215,00 zł

Kwota, o którą zwiększa się suma gwarancyjna OC	Grupa I specjalności – składka łączna	Grupa II – składka łączna	Grupa III – składka łączna
1.300.000,00 zł	903,00 zł	402,00 zł	243,00 zł
1.500.000,00 zł	990,00 zł	420,00 zł	290,00 zł
2.500.000,00 zł	1.722,00 zł	733,00 zł	453,00 zł
3.000.000,00 zł	1.940,00 zł	820,00 zł	540,00 zł
3.500.000,00 zł	2.090,00 zł	870,00 zł	590,00 zł

• za dodatkową składkę 20 zł można podnieść sumę gwarancyjną do 500.000 zł na szkodach w ruchomościach i nieruchomościach użytkowanych na podstawie umowy najmu, dzierżawy lub innego stosunku prawnego – chodzi o szkody w użytkowanym obcym sprzęcie np. medycznym

Lekarz (lekarz dentysta) niewykonujący praktyki lekarskiej i niepodlegający ubezpieczeniu obowiązkowemu może skorzystać z ubezpieczenia dobrowolnego OC lekarza. Daje ono ochronę przy udzielaniu pierwszej pomocy (nawet pod wpływem alkoholu w sytuacjach ratujących życie) oraz pokrywa szkody rzeczowe wyrządzone pacjentowi przy udzielaniu tej pierwszej pomocy. Daje również ochronę w innych sytuacjach udzielania świadczeń zdrowotnych, niezwiązanych z pracą etatową i niewymagających założenia prywatnej praktyki.

A oto warianty tego **ubezpieczenia dobrowolnego**:

Suma gwarancyjna OC	Grupa I – składka	Grupa II – składka	Grupa III – składka
100.000,00 zł	256,00 zł	139,00 zł	82,00 zł
200.000,00 zł	301,00 zł	155,00 zł	93,00 zł
300.000,00 zł	340,00 zł	169,00 zł	103,00 zł
400.000,00 zł	350,00 zł	180,00 zł	110,00 zł
500.000,00 zł	375,00 zł	190,00 zł	115,00 zł
700.000,00 zł	402,00 zł	197,00 zł	117,00 zł
800.000,00 zł	420,00 zł	203,00 zł	122,00 zł
1.300.000,00 zł	519,00 zł	243,00 zł	145,00 zł
1.500.000,00 zł	540,00 zł	255,00 zł	165,00 zł
2.500.000,00 zł	994,00 zł	436,00 zł	268,00 zł
3.000.000,00 zł	1.050,00 zł	470,00 zł	340,00 zł
3.500.000,00 zł	1.090,00 zł	540,00 zł	420,00 zł

Każdy, kto wykupi jeden z wariantów ubezpieczenia OC (niezależnie czy tylko obowiązkowe, czy tylko dobrowolne, czy pakietowe) może za dodatkową składkę zawrzeć ubezpieczenie rozszerzone dodatkowo o zarażenie

Oto warianty tego dodatkowego ubezpieczenia (wszystkie kwoty podane są w złotych):

Świadczenie	10.000	10.000	10.000	20.000	50.000	100.000	100.000	100.000
WZW								
Świadczenie-razowe z tytułu HIV	10.000	10.000	10.000	20.000	50.000	100.000	100.000	100.000
Koszty leczenia	3.000	5.000	10.000	10.000	10.000	10.000	10.000	10.000
Świadczenie na wypadek śmierci z tytułu NNW	10.000	10.000	10.000	10.000	10.000	10.000	20.000	50.000
Składka	86	110	170	180	210	259	299	417

nie się wirusami WZW lub HIV, koszty leczenia powstałe na skutek ekspozycji na materiał zakaźny oraz świadczenie na wypadek śmierci z tytułu NNW.

Przystąpienie do ubezpieczenia

Od 15 stycznia 2024 r. zostanie udostępniona możliwość przystąpienia do ubezpieczenia przez stronę internetową <https://oc-lekarza.polisagrupowa.pl> lub poprzez baner zamieszczony na stronie Izby.

Zawarcie ubezpieczenia zajmuje kilka minut bez konieczności wychodzenia z domu, a cała dokumentacja wraz z potwierdzeniem ochrony trafia do Państwa w czasie rzeczywistym. Zawierając ubezpieczenie OC Lekarza przez stronę internetową otrzymujecie bezpośrednio na swojego maila potwierdzenie zawarcia umowy ubezpieczenia OC Lekarza oraz Ochrony Prawnej co pozwoli na zaoszczędzenie czasu. Składkę będzie można uiścić przelewem na konto bankowe Opolskiej Izby Lekarskiej w terminie 7 dni od daty wystawienia potwierdzenia ubezpieczenia.

Członkowie Izby, którzy do tej pory zawarli ubezpieczenie za pośrednictwem internetu otrzymają przypomnienie SMS o możliwości kontynuacji ubezpieczenia.

Dedykowane dla naszej Izby Lekarskiej rozwiązane internetowe pozwala zapoznać się z szeregiem informacji dodatkowych dotyczących programu ubezpieczenia. Daje także możliwość skorzystania ze zniżek przysługujących lekarzom na ubezpieczenia indywidualne.

Informujemy, że ze względu na duże obciążenie obowiązkami pracowników Izby w tym roku, jak i kolejnych zawarcie ubezpieczenia na wynegocjowanych przez Izbę preferencyjnych warunkach będzie możliwe tylko i wyłącznie online. Wspólnie z Brokerm będziemy Państwu przypominać o kończącym się okresie ubezpieczenia.

Niestety w przypadku opóźnienia w zgłoszeniu istnieje ryzyko powstania luki w okresie ochrony ubezpieczenia. Prosimy nie pozostawiać tej sprawy do ostatniej chwili.

Uruchomienie możliwości zawarcia ubezpieczenia online – od 15 stycznia 2024 r.

Informujemy także, że nasz Broker zobowiązał się do udzielenia Państwu wsparcia w zawarciu ubezpieczenia online poprzez możliwość dodatkowego kontaktu telefonicznego:

1. Jadwiga Kołodziejczyk – 662-246-213,
2. Jadwiga Senecka – 604-269-575.

Jolanta SMERKOWSKA-MOKRZYCKA

LEKARSKIE ŚPIEWANIE W OPOLU



W dniach 8-10 września odbył się Kongres Kultury i Historii Lekarskiej w Opolu zorganizowane przez lekarzy: Jarosława Waneckiego - kierownika Ośrodka Kultury i Dziedzictwa Historycznego Naczelnej Rady Lekarskiej (NRL) z Okręgowej Izby Lekarskiej w Płocku i Jerzego Lacha - sekretarza OKiDH oraz Redaktora Naczelnego Biuletynu Informacyjnego OIL w Opolu. Jednocześnie odbyły się obrady wyjazdowego posiedzenia Prezydium NRL oraz Konwent Prezesów Izb Lekarskich w Polsce.

Program kulturalno-towarzyski opolskiego Kongresu był bardzo bogaty. W piątek odbył się plener malarski oraz wernisaż fotograficzny pt. „Lekarskie szkiełko i oko” na opolskim starym Rynku. W godzinach popołudniowych odbyły się też uroczyste otwarcie Kongresu w miejskiej bibliotece oraz dwa finałowe wystawy: „Sculpo ergo sum. Rzeźbię więc jestem” - wystawa ceramiki Stanisława Mysia (lekarza stomatologa z Katowic) oraz zdjęć Jolanty Smerkowskiej-Mokrzyckiej (chirurżki stomatologicznej z Opola).

Następnie odbył się wieczór literacki Unii Polskich Lekarzy Pisarzy pt. „Leczyć czy pisać”, które to w zeszłym roku obchodziło jubileusz 55-lecia swojego istnienia. Spotkaniu przewodniczył obecny prezes UPPL Waldemar Hładki z Krakowa.

Wieczór dla większości lekarzy zakończył się występem łódzkiego kabaretu „Bąk”, który przez widzów został przyjęty bardzo ciepło i ze szczerym uśmiechem. Wiele osób później udało się na opolski rynek, który tętnił nocnym sobotnim życiem, jako że odbywał się akurat jarmark lokalnych produktów spożywczych oraz niewielki uliczny festiwal muzyki.

W sobotę, dla niżej podpisanych, najciekawszą częścią była debata komisji kultury i dziennikarzy OIL w Polsce, którą prowadzili Dariusz Hankiewicz i Bożena Hoffman-Golańska. Rozmowy koncentrowały się głównie na roli biuletynów lekarskich w promowaniu izbowych działalności kulturalnych i wszelakich innych, wśród zrzeszonych w izbach lekarzy. Dla nas była to przysłowiowa „woda na młyn” i pole do prezentacji naszej działalności zarówno w zakresie redakcji magazynu Panaceum, jak i całości działań promocyjnych prowadzonych przez nasz zespół w tzw. „social mediach”.

Rozmawialiśmy również o problemach, jakie mają poszczególne komisje kultury i można powiedzieć, że wszędzie są one podobne: promocja, dobór wydarzeń, frekwencja czy możliwości salowe i konsumpcyjne. Tym, co różni drastycznie poszczególne Izby to nakłady finansowe przeznaczane przez Prezesów czy Okręgowe Rady na działalność kulturalną prowadzoną w Izbach. Na koniec w imieniu własnym oraz prezesa OIL w Łodzi Pawła Czekalskiego zaprosiliśmy zebranych przedstawicieli biuletynów lekarskich na spotkanie redaktorów, które planujemy zorganizować w Łodzi w maju przyszłego roku.

„Wisienką na torcie” był natomiast wieczorny Lekarski Przegląd Piosenki Polskiej w Opolu oraz koncert Stanisława Soyki w teatrze im. Jana Kochanowskiego. W trakcie koncertu swoje niezwykle umiejętności wokalne zaprezentowało jedenaście lekarskich chórów działających przy Okręgowych Izbach Lekarskich. W czasie niektórych piosenek do śpiewania przyłączali się widzowie i było to bardzo wzruszające doświadczenie, a trzeba nadmienić, że



w teatrze zgromadziło się ponad 800 lekarzy i lekarzy dentyistów związanych z samorządową działalnością kulturalną. Kolejnym wzruszającym momentem były laudacje dla Jerzego Woy-Wojciechowskiego, który 3 sierpnia ukończył 90 lat, po odśpiewaniu piosenki jego autorstwa „Goniąc kormorany”. Koncert dopełnił magiczny występ Stanisława Soyki, który okazał się być nie tylko wspaniałym artystą, ale też dowcipnym konferansjerem.

Uczestnicy Kongresu mieli również możliwość bezpłatnego zwiedzania Muzeum Polskiej Piosenki działającym przy opolskim amfiteatrze, które gorąco polecam, gdyż daje ono możliwość przeniesienia się w czasie, nie

tylko pod względem muzycznym. Dla najodważniejszych w muzeum stworzono mini studio nagrań, gdzie można spróbować swoich sił wokalnych i nagrać własny śpiew. Kongres zakończył się w niedzielę uroczystą mszą świętą z oprawą muzyczną chóru Opolskiej Izby Lekarskiej.

Całe wydarzenie można by podsumować słowami animatora życia kulturalnego opolskiej Izby Lekarskiej Jerzego Lacha: „Udowodniliśmy, że w kulturze ludzi tworzących pośród nas -lekarzy jest moc, jest potężna siła. Bardzo dziękuję, że byliście z nami”.

Patrycja PROC
Agnieszka DANOWSKA-TOMCZYK

ŚWIĘTO W NASZYM CHÓRZE



W dniu 5 listopada 2023 r. w parafii Św. Jacka w Opolu odbyła się Msza Święta i koncert z udziałem chóru Opolskiej Izby Lekarskiej „Medicanto” z okazji 80. urodzin naszej Pani Dyrygent Elżbiety Willim.

Po Mszy zorganizowaliśmy Pani Eli imprezę-niespodziankę w parafii. Łez, wzruszeń i śpiewów było co nie miara. „Życie zaczyna się po 80-tce!!!” - taki balon kupiliśmy Pani Maestrze i od soboty 3 ma się tego motta trzymać!!!

Dr n. med. Bibiana ADAMSKA





CO POWINNIŚMY PAMIĘTAĆ O POWSTANIU STYCZNIOWYM 1863?

[...]* Powstanie Styczniowe ogłoszone zostało manifestem przez Tymczasowy Rząd Narodowy w dniu 22 stycznia 1863 r. wobec nasilającego się terroru carskiego i ogłoszonej na dzień 25 stycznia 1863 r. „branki” młodych Polaków do wojska rosyjskiego.

Powstanie objęło tylko zabór rosyjski, tj. Królestwo Polskie, a od 1 lutego 1863 r. Litwę i Białoruś. Powstanie cieszyło się poparciem – zwłaszcza w zaborze austriackim. Naprzeciwko 100.000 żołnierzy rosyjskich stacjonujących w Królestwie Polskim stanęło początkowo 10.000 powstańców, źle uzbrojonych, często tylko w postawione na sztorc kosy. Był to powrót do tradycji Insurekcji Kościuszkowskiej z roku 1794, zaś sam generał Ludwik Mierosławski opracował taktykę walki kosami. Stoczono ponad 1.200 bitew, początkowo zwycięskich, zwłaszcza

na terenie obecnych województw świętokrzyskiego, mazowieckiego, podlaskiego i na Litwie. Skłócenie dowództwa Powstania (istniały dwa wrogie obozy „Białych” i „Czerwonych”) spowodowało, że Powstanie Styczniowe miało aż trzech Dyktatorów:

- generała Ludwika Mierosławskiego (1814-1878), zmarł i pochowany jest w Paryżu,
- generała Mariana Langiewicza (1827-1867), zmarł i pochowany jest w Konstantynopolu (tam również zmarł Adam Mickiewicz),
- generała Romualda Traugutta (1826-1864), stracony w Warszawie (miejsce pochówku do dziś jest tajemnicą).

Ostatni Dyktator Powstania Styczniowego Romuald Traugutt był żołnierzem wojsk carskich. Brał udział w korpusie generała Paszkiewicza w tłumieniu Powstania



Węgierskiego w okresie Wiosny Ludów w roku 1848 oraz w Wojnie Krymskiej przeciwko Turcji w roku 1853. Dołączył się stopnia pułkownika. Kiedy wybuchło Powstanie Styczniowe przystąpił do niego w kwietniu 1863 roku, wkrótce otrzymał awans na stopień generała, a w dniu 17 października 1863 roku został ostatnim Dyktatorem Powstania. W tym okresie prowadził korespondencję z bohaterem Włoch Giuseppe Garibaldim, który walczył o zjednoczenie Włoch.

Niestety w dniu 10 kwietnia 1864 roku Traugutt został aresztowany (zresztą zdradzony przez jednego ze swoich towarzyszy) i w dniu 5 sierpnia powieszony wraz czterema innymi powstańcami w X Pawilonie Cytadeli warszawskiej (wybudowanej po upadku Powstania Listopadowego w roku 1831).

Wkrótce, jesienią 1864 roku Powstanie Styczniowe upadło (trwało ponad półtora roku) i nastąpiła gwałtowana eskalacja terroru rosyjskiego. Przyjmuje się, że w walkach powstańczych zginęło ponad 20.000 Polaków, a ponad 40.000 wywieziono na Sybir w słynnych „kibitkach”. Zniesiono Królestwo Polskie, a szczególnie spacyfikowano powstańcze Wilno, gdzie Michał Murawjow zwany „Wieszatel” powiesił około 1.000 powstańców.

Z Powstaniem Styczniowym nierozdzielnie związana jest postać arcybiskupa Metropolity Warszawskiego Zygmunta Szczęsnego Felińskiego (1823-1895), który w czasie Powstania protestował przeciwko terrorowi w listach do cara. Został zesłany do Jarosławia, a po upadku Powstania zabroniono mu powrotu do Warszawy. Osiedlił w Krakowie, a po jego śmierci w roku 1895 ostatecznie

spoczął w kryptach Archikatedry pod wezwaniem Św. Jana Chrzciciela w Warszawie. W dniu 18 sierpnia 2001 r. na Krakowskich Błoniach papież Jan Paweł II ogłosił arcybiskupa Felińskiego błogosławionym, po czym jego szczątki przeniesione zostały do ołtarza w Archikatedrze Warszawskiej. Na jego miejscu spoczął Prymas Polski Józef Glemp (zmarły w styczniu 2013 roku).

Powstanie Styczniowe zostało uwiecznione na zawsze nie tylko w literaturze („Wierna rzeka” Stefana Żeromskiego, „Noce i dnie” Marii Dąbrowskiej), ale również w malarstwie. Tutaj należy wymienić przede wszystkim:

- Maksymiliana Gierymskiego (1846-1874). Jako 17-latek uczestniczył w Powstaniu Styczniowym. Namalował w ciągu zaledwie 4 lat liczne sceny batalistyczne z Powstania, m.in. słynny „Patrol powstańczy” znajdujący się w Muzeum Narodowym w Warszawie. Zmarł w 28 roku życia z powodu gruźlicy płuc w Bawarii. Bardziej znany jest jego brat Aleksander Gierymski (1850-1901), który zmarł w Szpitalu Psychiatrycznym w Rzymie i tam jest pochowany.

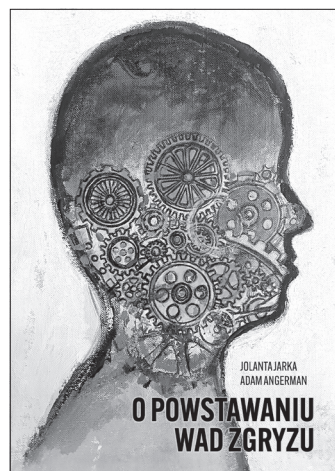
- Jana Matejkę (1838-1893), „Polonia – rok 1863” – wczesny obraz Matejki (1864). Polska przedstawiona jest jako młoda kobieta zakuta w kajdany, ubrana w czarną suknię. Za nią stoi kobieta w jaśniejszej sukni – to Litwa. Na obrazie widać w głębi Manifest Rady Narodowej i datę 1863. [...]*

Dr hab. n. med. Janusz KUBICKI

** - skróty pochodzą od Redakcji Opolskiej.*

„O POWSTAWANIU WAD ZGRYZU” KSIĄŻKA AUTORSTWA NASZYCH KOLEGÓW

Jolanta Jarka (lekarz dentysta, specjalista ortodonta z 42-letnim stażem zawodowym) oraz Adam Angerman (lekarz dentysta z 10-letnim stażem, w trakcie specjalizacji z ortodoncji) są przede wszystkim praktykami. Prowadzona przez nich 5-stanowiskowa klinika orto-



dontyczna jest nie tylko instytucją, w której leczeni są pacjenci, ale i placówką edukacyjną - miejscem licznych prezentacji, wystąpień i wykładów, a także bazą dla publikacji ukazujących się w „Forum Ortodontycznym”.

„Autorzy przygotowali publikację, korzystając z własnej bogatej dokumentacji klinicznej, fotograficznej, rentgenow-

skiej, skanów i modeli diagnostycznych gromadzonych na przestrzeni lat w swojej prywatnej placówce w Opolu, leczącej ortodontycznie dzieci, młodzież i dorosłych. Swoją wiedzę, ogromne doświadczenie, umiejętności i znajomość technik ortodontycznych oraz nowoczesne wyposażenie swojej placówki wykorzystują, prowadząc od wielu lat w ramach akredytacji szkolenie specjalizacyjne i kursy z zakresu ortodoncji. [...] Publikacja jest bogato ilustrowana ponad setką własnych przypadków o bardzo zróżnicowanej etiologii wad zębowo-szczękowo-zgryzowo-twarzowych, stanowiących szkielet dla praktycznego przedstawienia urozmaiconych metod postępowania diagnostyczno-terapeutycznego [...] propaguje postępowanie profilaktyczne i wczesne leczenie ortodontyczne mające prowadzić do uzyskania równowagi i harmonijnego rozwoju morfologicznego czynnościowego twarzy części czaszki przez umiejętne sterowanie tym rozwojem w oparciu o czynniki mu sprzyjające i eliminację czynników zaburzających ten rozwój. [...] Wartością oryginalną

tej publikacji jest niewątpliwie zwrócenie uwagi na ocenę morfologii i funkcji języka oraz jego roli w kształtowaniu prawidłowego zgryzu. [...] Książka powinna zainteresować również pediatrów, laryngologów, foniatorów, stomatologów - zwłaszcza dziecięcych - i innych specjalistów zajmujących się dziećmi. [...] Przystępność narracji pozwala na to, by także rodzice/opiekunowie mogli rozpoznać u małego dziecka potrzebę konsultacji specjalistycznej”.

Z recenzji wydawniczej dr n. med. Marii Iwaneckiej-Zduńczyk



„Dynamicznie powiększa się odsetek dysfunkcji miofunkcjonalnych kompleksu ustno-twarzowego wśród dzieci w wieku żłobkowym oraz przedszkolnym - oddychanie torem ustnym; nieprawidłowa spoczynkowa pozycja języka., brak transformacji sposobu poły-

kania, które predysponują do późniejszych wad zgryzu. Podjęcie współpracy logopedy z ortodontą staje się niezbędne, aby leczenie ortodontyczne zakończyło się sukcesem. Autorzy książki w wielu miejscach swojej pracy podkreślają to stwierdzenie. [...] Publikacja „O powstawaniu wad zgryzu” to cegiełka w budowaniu współpracy specjalistów z wielu dziedzin. Autorzy tym materiałem pokazują, że świat ortodoncji otwiera się na dialog ze światem logopedii i fizjoterapii. Książka jest zaproszeniem do rozmowy. Zaproszenie to powinni przyjąć zarówno logopedzi, neurologopedzi, jak i fizjoterapeuci zajmujący się szeroko pojętą wczesną interwencją terapeutyczną małego pacjenta”.

Z recenzji wydawniczej dr n. hum. Magdaleny Czajkowskiej
ISBN 978-83-7395*974-3 e-ISBN 978-83-7395-990-3

Informacje o naszych książkach można znaleźć w witrynie internetowej www.wydawnictwo.uni.opole.pl

GOŚCINNE WYSTĘPY

PCHŁA SZACHRAJKA

Chciecie bajki, oto bajka!

Przedstawienia teatralne dla dzieci mają w mojej karcotece szczególne miejsce. Od wielu lat próbuję namówić dyrektora plockiego teatru do specjalnych pokazów bajek dla publiczności dorosłej. Nie! Nie chcę bajek dla dorosłych”, ale tych samych utworów, bez przeróbek, sugerowania podtekstów i podkreślających dwuznaczności scenicznych choreografii z przymrużeniem oka. Nic z tych rzeczy. Przygotowanie sztuki „18+” wymagałoby nowej produkcji i zbyt dużych przygotowań. Moim marzeniem jest jedynie inna widowia, wcale nie gorzej reagująca na resentymenty z dzieciństwa.

Nie jestem jeszcze dziadkiem, więc nie mam doświadczenia przekazywania treści bajek z pokolenia na pokolenie. Przez wiele lat jednak prowadziłem gromady zuchowe, z którymi bawiłem się teatr samorodny. Specjalizacja z pediatrii daje mi poza tym codzienną możliwość oceny zachowań małych pacjentów i ich reakcji na słowno-logiczne zaczepki o bohaterów wyobraźni. Nie mam oczywiście szans jeśli sprawa dotyczy animacji filmowych: „Psich patroli”, czy „Franklina”. Na szczęście edukacja rozpoczyna się dość tradycyjnie, a i w repertuarze teatralnym prym wiodą tytuły rozpoznawalne od dekad.

Bajki, baśnie, opowieści, nie tylko wigilijne, ale przede wszystkim historie pełne nieprawdopodobnych perypetii, magiczne relacje z dróg do krain odległych i fantastycznych, są lustrami rzeczywistości, czasem krzywy-

mi. Odbijają się w nich nie tylko twarze, ale również emocje i profile odbiorców. Puente, niezależnie od zmieniających się czasów, ma fundamentalne znaczenie w wyborze własnej ścieżki w realizacji „królewskich snów” świniopasów i kopcuszków.

Najbardziej lubię przekazy nieoczywiste. Wewnętrznie czuję, że nie dzieci są ich adresatem. Potwierdzają to badania filologiczne baśni braci Grimm, którzy dopiero pod wpływem angielskiego tłumaczenia z obrazkami, zmienili perspektywę patrzenia na odbiorcę, cenzurując własne utwory a część wręcz wycofując z druku. Zmiana targetu, całkowicie wywróciła redakcję i ikonografię pierwotnie napisanych tekstów, na kolejne stulecie. Treści zawierające przemoc, seksualne podteksty i nieposłuszeństwo, nie podobały się... rodzicom, którzy ślali do wydawców postulaty wykreślenia drażliwych akapitów. Bajka, nawet jeśli z wilkiem, tak jak u Charlesa Perraulta, miała być raczej bezzębna. Bajka, nawet jeśli makabryczna, miała edukować brudasów, a nie katów. Bajka, nawet jeśli obnażała głupotę, spryt ubierała w lisie szaty, przed którymi trzeba się uciekać.

Pierwszy raz „Pchłę Szachrajkę” zobaczyłem w telewizji. Niedzielny teatr młodego widza pokazał Annę Seniuk w roli brawurowej i politycznie niepoprawnej, nie tylko w epoce peerelowskiej. Luksusowe życie Tuwimowskiej bohaterki oparte zostało na kłamstwie, maskara-



dzie, zabiegach pijarowych, plotce i rozbijającej wręcz bezczelności. Cudowna kalka zachowań powszechnych, codziennych i absolutnie niebajkowych. Tupet pisany z ogromnym doświadczeniem starego poety.

Drugi raz spotkałem „Pchłę...” w warszawskim Teatrze Narodowym. Ewa Konstancja Bułhak wyrecytowała, wyśpiewała i wyskakała wszystkie kwestie, zachwycając swoją kreacją bardziej... dorosłych, niż znudzone chwilami dzieci. Sceniczny kunszt przy Wierzbowej, piękne kostiumy, doskonała muzyka i scenografia, złożyły się na pokaz nieudolnego łapania ludzkich szachrajstw, wymagającego sprawności większej, niż podczas łapania pcheł.

Pchła Szachrajka rzekła: „Lubię / Czasem w pchełki zagrać w klubie!”

Zagrajmy zatem we własnym gronie. Jaką kwotę położymy na zielonym stoliku, obstawiając zwycięstwo uczciwości i dotrzymywania złożonych obietnic wyborczych? Czy przyznamy, że szachrajstwa pcheł wciąż nas zaskakują? Ile jest w nas słonia, króla, szerszenia, kraw-

ca i panny Kiki? Kim jest pchła, która wciąż wysysa krew planów na przyszłość, pozostawiając pozbawione kremu rurki, przez które widać, jak jesteśmy naiwni? Jaki procent pchlich genów nosimy w sobie?

Mało dziś jest takich domków, gdzie nie byłoby potomków, owej słynnej Pchły Szachrajki. Ale... to już koniec bajki.

Latem oglądam „Szachrajkę” przed Atelier Agnieszki Osieckiej w Sopocie. Troje aktorów, pudło pacynek, wieśszak kostiumów – błyskawiczne tempo gry. Śmiech dzieci i zachwyt rodziców. Zimą wpadam do płockiego teatru na „Pchłę...” z Sylwią Krawcówną. Rozmach spektaklu jest niespotykany, z cyrkową areną, na której przetacza ją się kolejne sceny z życia... polityka, dyrektora albo samorządowca, który coś ukrywa. Kogo chcecie? Teatr dla dorosłych. Teatr z naszej bajki.

Jarosław WANECKI

Ośrodek Kultury i Dziedzictwa Historycznego NIL

CO PISZĄ INNI

HISTORYCY MEDYCyny NA KONGRESIE KULTURY I HISTORII LEKARSKIEJ W OPOLU

W dniu 9 września 2023 r. w ramach Kongresu Kultury i Historii Lekarskiej w Opolu odbyło się „Medyczne Spotkanie z Historią”, czyli zebranie lekarzy, których pasją jest zgłębianie dziejów medycyny.

Miało ono nieco odmienny charakter niż wcześniejsze dwie edycje Ogólnopolskiej Konferencji Historycznej Izb Lekarskich (Ustroń i Zielona Góra), gdyż zaplanowano jedynie dwie sesje wykładów, aczkolwiek z całą pewnością warto było się tu zjawić.

W pierwszej nazwanej „Wykładem Autorytetów”, którą poprowadzili wspólnie prof. Krzysztof Siemianowicz (przewodniczący Ośrodka Dokumentacji Historycznej Śląskiej Izby Lekarskiej, ODH ŚIL), Krzysztof i Zbigniew Kopocińscy z Komisji Historycznej Wojskowej Izby Lekarskiej (KH WIL), swoje referaty zaprezentowało czterech zaproszonych przez organizatorów wybitnych lekarzy, profesorów, których jedną z pasji jest odkrywanie i prezentowanie tajemnic dawnej medycyny.

Pierwszy z wykładowców, prof. Andrzej Urbanik, przedstawił „Wkład Polaków w rozwój światowej radiologii”, słusznie dowodząc, iż „Polacy nie gęsi i swój wkład w rozwój radiologii mają”. Następnie prof. Zdzisław Gaj-

da zaprezentował referat pt. „Przyszłość historii medycyny – oto jest pytanie”, w którym poza elementami bardzo poważnymi, dotyczącymi głównie krakowskiej szkoły historii medycyny, było także miejsce na bardzo zabawne anegdoty (pyszna definicja historyka medycyny).

Ważne postulaty zgłosił prof. Eugeniusz Kucharz w swej prelekcji pt. „Wkład Polaków w rozwój medycyny krajów świata: zakres problemu, stan obecny i perspektywy badań”, naukowiec od wielu lat zabiegający o to, by w zagranicznych publikacjach nie były pomijane ewidentne dokonania polskich lekarzy, których zasługi przypisuje się obcokrajowcom.

W jego wystąpieniu wybrzmiał jednocześnie apel, by polscy historycy medycyny nie starali się tworzyć mitów i sztucznie „pompować” prawdziwe bądź rzekome osiągnięcia polskich lekarzy, lecz rzetelnie i na podstawie materiałów źródłowych dokumentować faktyczne odkrycia, wynalazki etc. Zamykający referat w tej sesji pt. „Historia medycyny – niezbędny element w kształtowaniu lekarzy czy zbędny balast obciążający niepotrzebnie pamięć?” wygłosił płk w st. spocz. prof. Stanisław Ilnicki.

Dla niżej podpisanych, jako lekarzy wojskowych i podobnie jak prelegent absolwentów Wojskowej Akademii Medycznej im. gen. dyw. prof. B. Szareckiego, było szczególnie miło, iż temat ten został opracowany w oparciu o dzieje Szkoły Podchorążych Sanitarnych, a następnie własne doświadczenia Autora od poziomu podchorążego

go WAM do Kierownika Kliniki Psychiatrii Centralnego Szpitala Klinicznego WAM w Warszawie (obecnie Wojskowy Instytut Medyczny).

Druga sesja pt. „Oblicza działalności historycznej okręgowych izb lekarskich”, którą poprowadziła prof. Halina Ey-Chmielewska, dawała możliwość prezentacji





dokonań poszczególnych krajowych ośrodków na polu szeroko rozumianej historii medycyny.

Na początku sesji bracia dr. dr. Krzysztof i Zbigniew Kopocińscy zaprezentowali referat pt. „Wojskowi lekarze w służbie historii”, gdzie w krótkim zarysie przedstawili wieloprofilową działalność KH WIL: publikacje naukowe i popularnonaukowe, udział w konferencjach naukowych, tworzenie miejsc pamięci (tablice pamiątkowe, nazwy ulic poświęcone honorowaniu lekarzy etc.), udział w ekshumacjach, udział w renowacji nagrobków bądź miejsc pamięci, organizacja obchodów rocznic związanych z wojskową służbą zdrowia itp.

Następnie głos zabrał prof. K. Siemianowicz, który przedstawił osiągnięcia kierowanego przez siebie ODH ŚIL, istniejącego od stycznia 2017 r., ale mającego na swym koncie liczne dokonania, w tym organizację I Ogólnopolskiej Konferencji Historycznej Izb Lekarskich w Ustroiniu w 2021 r. Jednym z największych sukcesów ośrodka było utworzenie Muzeum Historii Medycyny i Farmacji ŚIL w Katowicach, co z pewnością zasługuje na wielki szacunek i uznanie.

Niezwykle ciekawą i atrakcyjną wizualnie prezentację poświęconą tej nowej placówce oraz jej zbiorom brawurowo przedstawiła Katarzyna Fulbiszewska, koordynator ODH ŚIL, informując jednocześnie o uruchomieniu bogatej strony internetowej tegoż muzeum. Następnie głos zabrał dr Marek Stankiewicz, były kierownik Ośrodka Historycznego Naczelnej Izby Lekarskiej, który podzielił się swoimi refleksjami związanymi z historią i dniem dzisiejszym samorządu lekarskiego.

Jako ostatnia głos zabrała dr Ewa Szczutowska, przewodnicząca Komisji Historycznej i wiceprezes OIL w Płocku, dzieląc się z zebranymi doświadczeniami ośrodka przez nią kierowanego. Na koniec sesji odbyła się dyskusja będąca nawiązaniem do wygłoszonych referatów, ale także prezentacją różnych pomysłów przez zgromadzonych słuchaczy. W dyskusji obok prelegentów głos



zabrali m.in. prof. Barbara Bruziewicz-Mikłaszewska, dr Mieczysław Dziedzic, dr Ryszard Wąsik.

Warto podkreślić, iż prezes OIL w Zielonej Górze, a jednocześnie znakomity historyk medycyny dr Jacek Kotuła, przywiózł i ofiarował uczestnikom egzemplarze monografii pt. „Środowisko lekarskie w kształtowaniu Rzeczypospolitej” będącej pokłosiem II Ogólnopolskiej Konferencji Izb Lekarskich w Zielonej Górze, co przyjęte zostało z należną atencją. Zwieńczeniem obrad była wspólna fotografia grupowa wykonana na schodach hotelu „Szara Willa”, gdzie odbywały się obrady.

Należy mocno podkreślić, że zaplecze logistyczne (zakwaterowanie, wyżywienie, sala konferencyjna etc.) zostało przygotowane w sposób perfekcyjny, w czym główna zasługa organizatorów kongresu, w szczególności dr Jerzego Lacha i dr Jarosława Waneckiego, którym za tę gigantyczną pracę należą się słowa podziękowania.

Do Opola przyjechali historycy reprezentujący niemal wszystkie liczące się ośrodki i komisje poszczególnych izb lekarskich: dolnośląska, krakowska, lubelska, śląska, płocka, pomorska, zielonogórska, wojskowa. Była to znakomita okazja do wymiany poglądów i dyskusji w gronie historyków medycyny, które toczyły się także w kularach i podczas innych imprez w ramach kongresu.

Jako historycy medycyny mieliśmy także okazję uczestniczyć w różnych innych elementach Kongresu Kultury i Historii Lekarskiej, co pozwoliło poznać wspaniałych lekarzy ogarniętych pasją inną niż nasza, ale równie gorącą, w tym m.in. malarstwem, rzeźbą, ceramiką, literaturą, fotografią. Wspaniałym doświadczeniem była możliwość podziwiania prac dr. Stanisława Mysiaka w Miejskiej Bibliotece Publicznej w Opolu, niezwykłego artysty ŚIL, prawdziwego humanisty o wielorakich talentach i zainteresowaniach, wzbogacona o bezpośrednie uwagi samego artysty.

Duże wrażenie wywarła także galeria prac malarских we foyer Teatru Miejskiego im. J. Kochanowskie-

go w Opolu, gdzie mogliśmy uścisnąć rękę prawdziwego Mistrza dr. Mieczysława Chruściela, genialnego szczecińskiego artysty lekarza. Ogromne wrażenie chyba na wszystkich uczestnikach kongresu wywarł koncert chórów lekarskich, które zaprezentowały się w repertuarze polskich przebojów opolskiego festiwalu.

Konferansjerkę w znakomitym stylu, z którego z pewnością dumny mógłby być nawet słynny Fryderyk Jarosy, prowadził dr Jarosław Wanecki. Kulminacją koncertu był recital Stanisława Soyki zakończony wspólnym z chórami wykonaniem utworu pt. „Tolerancja” – absolutny majstersztyk.

Kongres Kultury i Historii Lekarskiej to chyba najlepsza z możliwych promocji stanu lekarskiego, ukazująca lekarzy jako wrażliwych, pełnych pasji i godnych podziwu ludzi, co jaskrawo kontrastuje z serwowanym w większości mediów fałszywym obrazem pazernego, zupełnie odhumanizowanego „producenta procedur medycznych”.

W tym kontekście należałoby zaapelować do władz NIL i poszczególnych OIL, by zastanowiły się nad potrzebą wzmocnienia wsparcia finansowego dla ośrodków historycznych i kulturalnych, postulat ten pobrzmiewał w wielu rozmowach kuliuarowych.

Nisko kłaniamy się wszystkim organizatorom całego kongresu, w szczególności J. Waneckiemu i J. Lachowi, którzy wykonali ogromną pracę. Serdecznie dziękujemy historykom medycyny, którzy swą obecnością, wartościowymi referatami i inspirującymi dyskusjami po raz kolejny udowodnili, iż historia magistra vitae est. Do zobaczenia w przyszłym roku na III Ogólnopolskiej Konferencji Historycznej Izb Lekarskich.

*Krzysztof KOPOCIŃSKI i Zbigniew KOPOCIŃSKI
Komisja Historyczna Wojskowej Izby Lekarskiej
(przedruk ze strony www.gazetalekarska.pl z 20 września 2023)*

KOMU JEST POTRZEBNA HISTORIA MEDYCyny?

Przez trzy wrześniowe dni Opole przestało być stolicą polskiej piosenki. Stało się przez chwilę stolicą dla historyków medycyny. W ramach Kongresu Kultury i Historii Lekarskiej w Opolu (8-10 września 2023 r.), istotnym elementem było Medyczne Spotkanie z Historią, z udziałem autorytetów w tej dziedzinie: prof. dr. hab. n. med. Andrzeja Urbanika, prof. dr. hab. n. med. Zdzisława Gajdy, prof. dr. hab. n. med. Eugeniusza Kucharza i płk. w st. spocz. dr. hab. n. med. Stanisława Ilnickiego oraz pasjonatów historii z OIL.

Podczas sobotniej sesji wspólnie zastanawialiśmy się nad przyszłością historii medycyny. Czy historia medycyny to element niezbędny w kształtowaniu młodych lekarzy, czy wręcz przeciwnie: zbędny balast obciążający zupełnie niepotrzebnie pamięć?

Historia medycyny, jak i w ogóle historia szeroko rozumiana, jest spychana na margines. Młode pokolenie, nie tylko lekarzy, zrażone nauką historii, czy to w szkole podstawowej, czy średniej, neguje istnienie tej dziedziny nauki. Fatalnie skonstruowany program nauczania historii opartej wyłącznie na zapamiętywaniu dat i niezliczonej liczby nazwisk i faktów wywołuje w młodym pokoleniu wręcz reakcję alergiczną na słowo „historia”. Brakło w tym systemie podjęcia próby wytłumaczenia, po co jest historia.

Gdyby młodym adeptom sztuki medycznej skutecznie wytłumaczyć, że historia medycyny to nie tylko historia kształtowania zawodu, ale to przede wszystkim historia myśli i aktywności człowieka w walce o przetrwanie oraz źródło wiedzy o życiu i woli człowieka, to może ta niechęć nie byłaby taka duża i tak bardzo widoczna. Młode pokolenie niestety nie zdaje sobie sprawy, że bez wiedzy

o przeszłości zrozumienie bieżącej sytuacji jest niemożliwe. Słusznie zauważył prof. Z. Gajda, że „bez znajomości medycyny w jej rozwoju nie można zrozumieć współczesnej medycyny”.

Jaki jest pożytek z historii medycyny? Ta gałąź historii uczy, jak dochodzono do prawdy, dzięki której współczesna medycyna w wielu chorobach jest niezwykle skuteczna. Dowodem na to niech będzie wybitny szwajcarski historyk medycyny XX wieku Henry E. Sigerist (1891-1957), który zwykł mawiać, że gdyby mu kazano leczyć gruźlicę, to sięgnąłby po najnowsze osiągnięcia terapeutyczne. Ale gdyby zlecono mu organizację walki z epidemią gruźlicy, to w sukurs przyszyłaby mu historia: zapoznałby się ze wszystkimi dotychczas stosowanymi próbami, by ocenić ich skuteczność lub nieskuteczność.

Podczas swojego wykładu płk. dr Stanisław Ilnicki, patrząc na problem z punktu widzenia historyka medycyny wojskowej, zauważył, że znając historię swojego środowiska, obojętnie, czy to zawodowego, czy uczelnianego, utożsamiamy się z tym środowiskiem. Wojskową Akademię Medyczną rozwiązano po 44 latach istnienia, w 2002 r., ale do dziś istnieje silna więź pomiędzy jej absolwentami. A to dzięki wykładowcom, którzy zaszczerpili w swoich dawnych wychowankach te dobre przedwojenne tradycje Szkoły Podchorążych Sanitarnych w Warszawie (1922-1939). Czyż to nie jest budujące, że każdy z jej absolwentów do dnia dzisiejszego z dumą wypowiada – pozwolę sobie sparafrazować Ludwika XIV – „WAM to ja!”?

Znajomość historii medycyny może przyczynić się do odtajniania jej samej. A także jeszcze bardziej podnosić prestiż polskiej medycyny na forum światowym. Prof. E.

Kucharz przytaczał nazwiska wielu wybitnych polskich lekarzy zupełnie zapomnianych i pomijanych pośród wielu zasłużonych w medycynie. A osiągnięcia mamy! Odkrywaliśmy zjawiska, metody i techniki; jako pierwsi opisywaliśmy je; wprowadzaliśmy nowe rozwiązania organizacyjne, kierowaliśmy znaczącymi instytucjami leczniczymi itp. Warto przypominać o tym młodym adeptom medycyny, szczególnie tym, którzy wyjeżdżają za granicę, niech o tym mówią głośno, a najlepiej piszą, bo to jest temat w ogóle niezauważony w podręcznikach i monografiach zagranicznych. Prosty przykład: w 1894 r. Edmund Faustyn Biernacki (1866-1911) opisał odczyn opadania krwinek czerwonych. W Polsce od 1924 r. jest on zwany odczynem Biernackiego. Natomiast na świecie jest przypisany Szwedowi Robinowi Fahrausowi (1888-1968), który nie dość, że później próbował zastosować pomiar opadania krwinek do wczesnego wykrywania ciąży, to w swojej pracy cytował wcześniejsze prace Biernackiego. Czy nie byłoby miło w końcu to sprostować?

Na szczęście są dziedziny medycyny, w których nas doceniają. Na przykład radiologia, o której historycznych zaszłościach mówił prof. Andrzej Urbanik. Na tej dziedzinie chyba najbardziej widać ten postęp medycyny i przede wszystkim diagnostyki. Większość z nas kojarzy pierwsze zdjęcie Wilhelma Roentgena. To dłoń jego żony Berty z widocznym pierścieniem na palcu. Ale kto widział pierwsze polskie „ludzkie” zdjęcie rentgenowskie zrobione w 1896 r. przez prof. Karola Olszewskiego? Po udanych eksperymentach z różnymi przedmiotami prof. Olszewski wykonał zdjęcie rentgenowskie ręki swojego asystenta, Tadeusza Estreichera, też z pierścienkami na palcach. Gdyby nie było pasjonatów i historyków medycyny, nie moglibyśmy oglądać pierwszego polskiego zdjęcia rentgenowskiego wykonanego dla potrzeb klinicznych w Krakowie w 1896 r. Gdyby nie historycy medycyny, zapewne nie wiedzielibyśmy także, że to prześwietlenie trwało „7 kwadransów” i doskonale pokazuje zwichnięty łokieć. Gdyby feministki walczące wiedziały, że Maria Skłodowska-

Curie podczas I wojny światowej osobiście jeździła specjalnym samochodem i wykonywała zdjęcia rentgenowskie rannym na froncie, a później szkoliła w tym zakresie amerykańskich wojskowych radiologów, za co została wyróżniona m.in. przez Radiological Society of North America, to wymalowałyby ją sobie na sztandarach. Ale nie wymalują, bo nie znają tej historii, bo historia to „zło konieczne”.

Historia medycyny to nie tylko słowo mówione i pisane – to też wszelkiego rodzaju „upamiętnienia”. Fundowanie tablic pamiątkowych poświęconych wybitnym lekarzom, odnawianie nagrobków czy organizowanie imprez o charakterze edukacyjnym, przypominających o znaczących wydarzeniach w naszej historii to domena Wojskowej Izby Lekarskiej i jej wybitnych przedstawicieli dr dr Krzysztofa Kopocinskiego i Zbigniewa Kopocińskiego. Nomen omen: wychowanków WAM, którzy w licznych publikacjach naukowych najpierw wyciągają z mrokw niepamięci zasłużonych lekarzy wojskowych, by następnie „na wieczność”, w granicie lub marmurze, pozostawić świadectwo ich dokonań. My też wpisujemy się w tę historię, tworząc nasze „małe Charite” w przyziemiu Izby, o czym miałam przyjemność opowiedzieć, a także przyczyniamy się do kultywowania pamięci historycznej poprzez działania Ośrodka Dokumentacji Historycznej, które zaprezentował przewodniczący Rady Programowej ODH prof. Krzysztof Siemianowicz. Po co to robimy? Bo wyznajemy zasadę, że „Kto nie szanuje i nie ceni swej przeszłości, nie jest godzien szacunku teraźniejszości, ani nie ma prawa do przyszłości”.

Ktoś kiedyś powiedział, że „historii się nie pisze, historię się tworzy”. I niech to będzie refleksja dla wszystkich, którzy spychają historyków medycyny i nie tylko, na margines życia intelektualnego. Każdy z nas tworzy jakąś część tej wielkiej historii i tylko od nas samych zależy, czy za 100 lat ktoś będzie pamiętał o naszych dokonaniach i trudach z tym związanych.

Katarzyna B. FULBISZEWSKA
koordynator Ośrodka

Dokumentacji Historycznej ŚIL
(przedruk za zgodą z „Pro Medico” nr 10/23)

PRZYSZŁOŚĆ SZCZEPIEŃ PRZECIWIW COVID-19 – NOWE REKOMENDACJE

Chociaż SARS-CoV-2 podlega zmienności, to stał się bardziej przewidywalny, a pandemia COVID-19 przechodzi w endemię. To z kolei oznacza konieczność rozważenia przyszłości szczepień ochronnych, dając zarazem szansę na ich uproszczenie.

SARS-CoV-2 należy do wirusów RNA, a te cechuje wybitna zmienność. Przeciętnie mutują one ok. 100 razy

szybciej niż wirusy DNA. W rezultacie powstają różne linie rozwojowe patogenu, lepiej lub gorzej dostosowane do środowiska organizmu gospodarza, tworzenia w nim swoich kopii i dalszego rozprzestrzeniania się. Jedną z takich linii jest omikron, który pierwszy raz odnotowano w listopadzie 2021 r. w Afryce. Jego wybitna transmisyjność umożliwiła zdominowanie wszystkich pozostałych linii

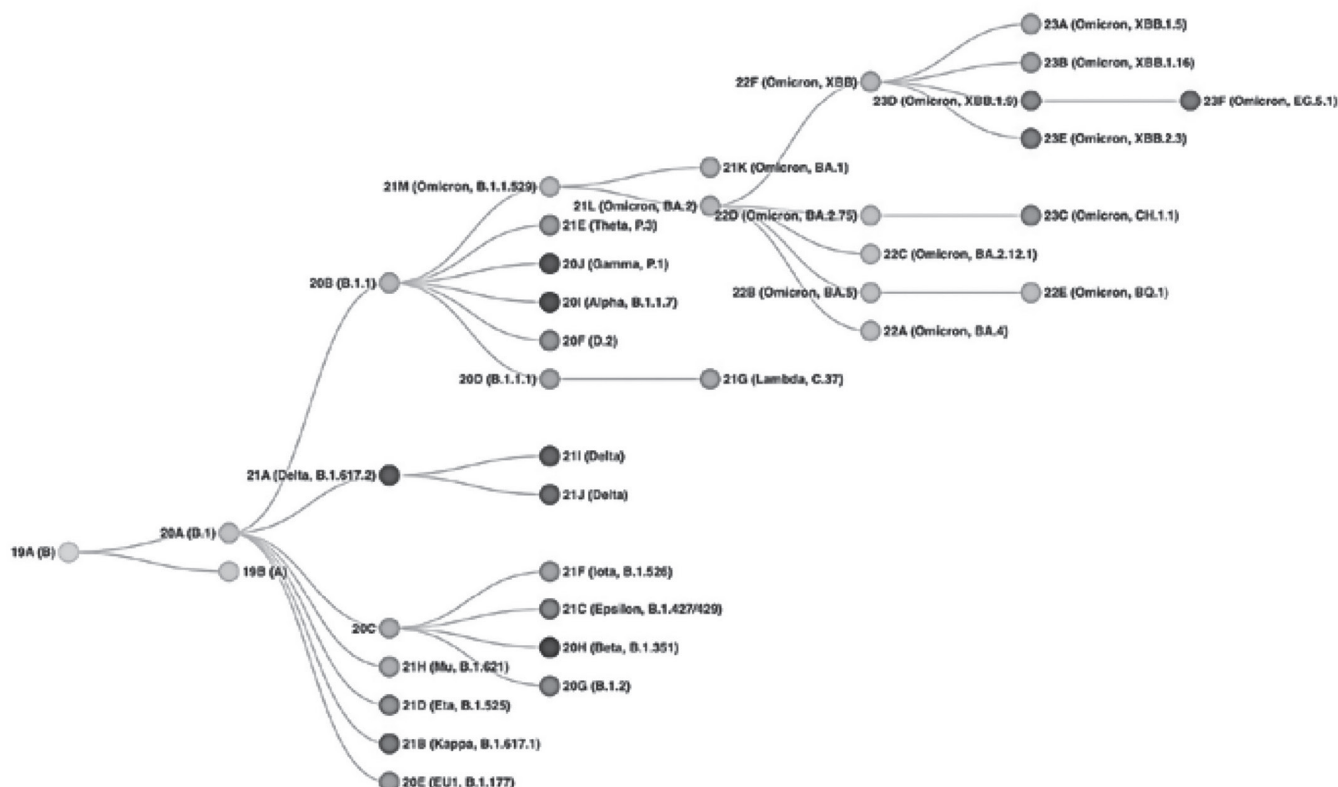
rozwojowych SARS-CoV-2, a ostatecznie doprowadzenie do ich wymarcia. Omikron też nie stoi w miejscu i podlega dalszej zmienności. W rezultacie powstają jego kolejne podlinie, konkurujące ze sobą pod względem transmisyjności, np. BA.1, BA.2, BA.5, BQ.1 czy różne wersje XBB. Pod względem genetycznym nie różnią się między sobą tak bardzo, jak linia omikrona odróżniała się od innych, już wymarłych linii rozwojowych wirusa, np. alfa i delta.

Omikron jest istotnie mniej patogeny niż wcześniejsze wersje SARS-CoV-2. Potwierdzają to nie tylko badania eksperymentalne, wskazujące na jego niższą zdolność do fuzji z błoną komórkową i gorszą replikację w dolnych drogach oddechowych, ale również obserwacje epidemiologiczne, także te prowadzone w Polsce w ramach projektu SARSTer Polskiego Towarzystwa Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych. W porównaniu z wcześniejszymi okresami pandemii, w których dominowały inne warianty wirusa, w rzeczywistości omikronowej hospitalizowani pacjenci są starsi i częściej obciążeni wielochorobowością. Ponadto chorzy rzadziej wymagają terapii tlenowej, w tym mechanicznej wentylacji, a ryzyko ich zgonu jest niższe. Łagodniejszy charakter omikronu wynika z jego cech biologicznych, ale i z ochronnego działania szczepień, których podstawowym celem jest przeciwdziałanie ciężkim skutkom infekcji.

Łagodniejszy, nie znaczy nieistotny

Omikron nie jest jednak nieistotnym patogenem. Z porównawczych badań epidemiologicznych wynika, że in-

fekcja nim wiąże się z wyższym ryzykiem zgonu pacjentów wymagających hospitalizacji niż w przypadku wirusów sezonowej grypy. Również w Polsce odnotowuje się więcej zgonów z powodu COVID-19 niż grypy. Przykładowo w okresie styczeń-marzec 2023 r. było ich ponad 8-krotnie więcej. Wskazuje to na konieczność ciągłej profilaktyki zakażeń SARS-CoV-2, zwłaszcza w grupie podwyższonego ryzyka: seniorów, osób schorowanych, z deficytami odporności. Niedoskonałością szczepionek przeciw COVID-19 jest relatywnie szybki spadek surowiczego poziomu poszczepiennych przeciwciał neutralizujących. W rezultacie z biegiem czasu każda z zaszczepionych osób będzie stawiała się bardziej wrażliwa na infekcje. Efekt ten potęguje też zmienność wirusa, dzięki której może on sprawniej „uciekać” spod działania poszczepiennych przeciwciał. Warto zaznaczyć, że oprócz odpowiedzi humoralnej szczepienia przeciw COVID-19 prowadzą do wytworzenia swoistej odpowiedzi komórkowej, która odgrywa istotną rolę w eliminacji wirusa, kiedy dojdzie do infekcji, tym samym łagodząc jej przebieg kliniczny. Jej działanie jest też w mniejszym stopniu osłabiane przez zmienność wirusa. Niemniej jednak wzrost podatności na zakażenia wynikający ze zmniejszających się stężeń przeciwciał będzie przynajmniej u części zaszczepionych wiązał się rosnącym ryzykiem cięższego przebiegu choroby. Dotyczyć to może zwłaszcza osób o mniejszej sprawności układu odpornościowego – nie tylko pacjentów z immunosupresją, ale również seniorów. Stąd potrzeba po-



Uproszczone drzewo ewolucyjne SARS-CoV-2. Obecnie jedyną linią rozwojową wirusa jest omikron, a najczęściej infekcji powodują różne jego formy wywodzące się z podlinii XBB, do których zalicza się również „eris”, na diagramie oznaczony jako EG.5.1. Źródło: nextstrain.org.

dawania dawek przypominających. Pojawia się jednak pytanie, jaki powinien być ich dokładny skład i czas podawania.

Jedna wizyta, szczepienie kombo, sezonowa ochrona

W regionie klimatu umiarkowanego największe obciążenie systemu opieki zdrowotnej zakażeniami SARS-CoV-2 nakłada się w czasie z większą częstością innych infekcji dróg oddechowych – ma to miejsce od jesieni do wczesnej wiosny. W mojej opinii sensownym rozwiązaniem byłoby więc zintegrowanie podawania dawki przypominającej szczepionki przeciw COVID-19 z systemem szczepień sezonowych przeciw grypie, a za moment również przeciw RSV (w maju Europejska Agencja Leków rekomendowała preparat przeciw temu wirusowi w grupie 60+). Zwłaszcza że z badań wynika, iż jednocześnie podanie szczepionki przeciw grypie i COVID-19 jest immunogenne i nie wiąże się z podwyższonym ryzykiem wystąpienia niepożądanych odczynów poszczepiennych. Jest też rozwiązaniem wygodniejszym dla osób zainteresowanych szczepieniami. Docelowo najlepiej byłoby dysponować szczepionkami skojarzonymi i sprowadzać całość procesu do jednego zastrzyku. Trwają już badania kliniczne preparatów skojarzonych przeciw COVID-19, grypie i RSV.

Selekcja antygeny szczepionkowego

Kolejną kwestią jest wybór składu szczepionki, która miałaby być oferowana w formie dawki przypominającej. Biorąc pod uwagę, iż pierwotny komponent preparatów mRNA był optymalizowany pod wersje SARS-CoV-2, które już nie istnieją, dalsze jego wykorzystywanie w nowych wersjach szczepionki wydaje się nieuzasadnione. Grupa doradcza WHO ds. składu szczepionki COVID-19 (TAG-CO-VAC) rekomenduje zatem, by kolejne dawki przypominające były monowalentne, ze składnikiem dopasowanym do głównej, dominującej linii wirusa. Grupa planuje spotykać się 2 razy do roku w celu formułowania zaleceń dotyczących wyboru antygeny – utrzymywania dotychczasowego lub wprowadzania zaktualizowanego. Zależać to będzie od skali zmian genetycznych wirusa zachodzących w przyszłości. Wybór nowej wersji antygeny będzie miał sens tylko wtedy, gdy będzie się on istotnie różnił od używanego wcześniej, bowiem przy drobnych różnicach najprawdopodobniej zachodzić będzie zjawisko imprintingu immunologicznego (polega ono na preferencyjnym aktywowaniu pamięci immunologicznej wytworzonej po kontakcie z wcześniejszą wersją antygeny w odpowiedzi na kontakt z kolejną, ale nieco tylko zmienioną jego wersją, przy ograniczonym pobudzeniu układu odporności do wytworzenia nowych, specyficznych odpowiedzi).

Decyzja o wyborze nowego antygeny do zaktualizowanych wersji szczepionek przeciw COVID-19, które miałyby być dostępne na najbliższy sezon infekcyjny, zapadać mogłaby w maju lub czerwcu. Jest to możliwe dzięki technologii mRNA, która umożliwia tak szybki proces wytworzenia preparatów na kolejny sezon infekcyjny. Inne platformy szczepionkowe potrzebują znacznie wię-

cej czasu, w wyniku czego wybór antygenów do preparatów inaktywowanych, atenuowanych i białkowych przeciw grypie musi dokonywać się co roku w lutym, czyli na wiele miesięcy przed sezonem epidemicznym. Późniejszy wybór w przypadku COVID-19 daje większe szanse lepszemu dopasowania antygeny w szczepionce względem tego, który faktycznie będzie w cyrkulacji. Zwłaszcza że SARS-CoV-2 nie zmienia się tak szybko i dogłębnie, jak dzieje się to w przypadku wirusów grypy A i B. Tak szybkie tempo wprowadzenia nowych wersji wynikać będzie z faktu, że do uzyskania pozwolenia na dopuszczenie do obrotu zaktualizowanych wersji szczepionek przeciw COVID-19 wymagane będą jedynie dane dotyczące procesu wytwarzania i jakości szczepionki oraz wyniki badań przedklinicznych, pod warunkiem gromadzenia danych porejestacyjnych dotyczących jakości, skuteczności, immunogenności i bezpieczeństwa szczepionki.

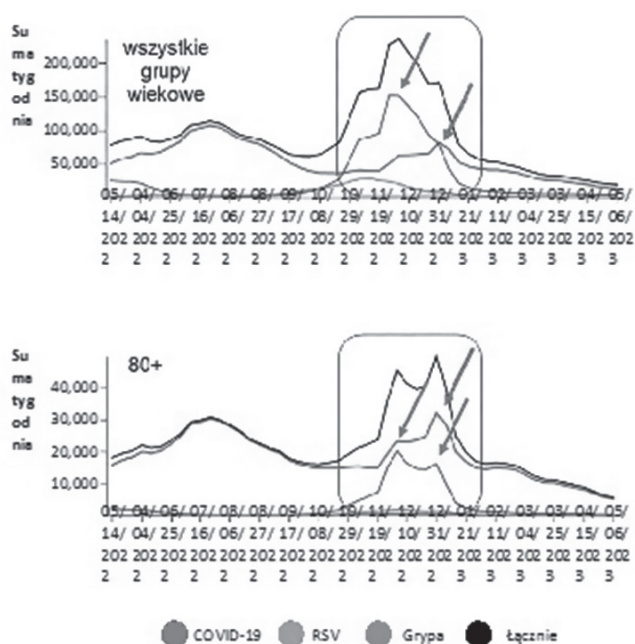
Wariant wirusa	Alfa	Delta	Omikron
Pierwsze wykrycie	wrzesień 2020	grudzień 2020	listopad 2021
Okres dominacji w Polsce	pierwszy kwartał 2021	druga połowa 2021	od 2022
Liczba mutacji zmieniających strukturę białka S	< 10	< 10	> 30
Transmisyjność	↑↑	↑↑↑	↑↑↑↑
Ryzyko reinfekcji	niskie	↑↑	↑↑↑↑
Ryzyko reinfekcji u osób zaszczepionych	niskie	↑	↑↑↑
Ciężkość infekcji	↑	↑↑↑	↑

Charakterystyka wariantów alfa, delta i omikron SARS-CoV-2 w porównaniu z wariantami dominującymi w 2020 r.

Sezonowe szczepienia odciążeniem dla systemu opieki zdrowotnej

Według TAG-CO-VAC obecnie kandydatem do zaktualizowanych, monowalentnych dawek przypominających szczepionki przeciw COVID-19 jest antygen białka kolca wybranej wersji omikronu z podlinii XBB. Coraz częściej panuje też przekonanie, że takie monowalentne szczepionki mogłyby być stosowane nie tylko do szczepień przypominających, ale też w schemacie szczepienia podstawowego. Podobne zdanie ma zarówno Europejska Agencja Leków, jak i Europejskie Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób, stwierdzając we wspólnym stanowisku opublikowanym w czerwcu 2023 r., iż:

je spotykać się 2 razy do roku w celu szybki proces wytworzenia preparatów



- szczepionki monowalentne, skierowane tylko na jedną wersję wirusa, taką jak XBB.1.5, są rozsądnym wyborem zapewniającym ochronę przed obecnie dominującymi i pojawiającymi się podliniami SARS-CoV-2;
- w kampaniach szczepień przed kolejnym sezonem infekcji należy priorytetowo traktować osoby w wieku 60+, z chorobami współistniejącymi, z osłabionym układem odpornościowym oraz kobiety w ciąży, a także pracowników systemu opieki zdrowotnej;

- w przypadku osób w wieku powyżej 5 lat wskazana jest pojedyncza dawka nowo dostosowanej szczepionki;
- w przypadku nigdy nieszczepionych dzieci w wieku poniżej 5 lat, bez historii zakażenia SARS-CoV-2, wskazana jest seria pierwotna złożona z 2 lub 3 dawek w zależności od konkretnej nowo dostosowanej szczepionki, która ma zostać podana.

Warto zauważyć, że chociaż przyjmowanie dawek przypominających przynosić będzie największą korzyść osobom z grup ryzyka ciężkiego przebiegu COVID-19, to uzasadnione jest, by dostęp do nich mieli wszyscy zainteresowani ich przyjęciem, u których nie ma ku temu medycznych przeciwwskazań. Podobnie jest w przypadku szczepionek przeciw grypie, które są refundowane seniorom, a dla pozostałej reszty dostępne są komercyjnie. Oprócz ochrony przed ciężkim przebiegiem COVID-19, przyjęcie dawki przypominającej pozwalać będzie na okresowy wzrost poziomu ochrony przed objawową infekcją. Warto też dodać, że liczne badania wskazują na ochronny wpływ szczepień na ryzyko występowania „long COVID”. W związku z tym terminowe przyjęcie szczepionki przed potencjalnym gwałtownym wzrostem zachorowań na COVID-19 w okresie od jesieni do wczesnej wiosny będzie miało zasadnicze znaczenie dla ochrony systemu opieki zdrowotnej przed przeciążeniem z powodu COVID-19 i przyczyni się do ograniczenia liczby zaświadczeń lekarskich o czasowej niezdolności do pracy, minimalizując straty gospodarcze wywoływane przez SARS-CoV-2.

Dr hab. Piotr RZYMSKI
Zakład Medycyny Środowiskowej
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego
w Poznaniu
(przedruk za zgodą z Biuletynu Wielkopolskiej Izby
Lekarskiej nr 9/23)

AMBULATORYJNE LECZENIE BÓLU PO NOWEMU

Z końcem sierpnia (24 sierpnia br.) nadejdzie ostateczny termin na wdrożenie przepisów Rozporządzenia Ministra Zdrowia z 6 lutego 2023 r. w sprawie standardu organizacyjnego leczenia bólu w warunkach ambulatoryjnych. Dotyczy wszystkich medyków stykających się z pacjentami bólowymi, udzielających świadczeń zdrowotnych w gabinetach i przychodniach, niezależnie od tego, czy pracują komercyjnie, czy rozliczają się z NFZ. Zmiany dotyczą też lekarzy dentyków.

Prawo pacjenta do leczenia bólu

W ustawie o prawach pacjenta i rzeczniku praw pacjenta już od 2017 r. istnieje przepis z jednej strony gwarantujący pacjentom prawo do leczenia bólu, z drugiej zaś – nakładający na podmioty udzielające świadczeń zdro-

wotnych obowiązek określenia stopnia natężenia bólu, leczenia bólu oraz monitorowania skuteczności tego leczenia (art. 20a). Przez wiele lat nie było jednak konkretnych wytycznych, a towarzystwa naukowe zajmujące się problemem pacjentów cierpiących na ból przewlekły zabiegały o nadanie temu parametrowi odpowiedniej rangi w dokumentacji medycznej – na wzór pomiarów temperatury lub ciśnienia tętniczego. Uchwalone regulacje są odpowiedzią na ten postulat.

Co się zmieniło?

Rozporządzenie, określając standard organizacyjny leczenia bólu, przede wszystkim wprowadza jego definicję. Za ból przewlekły uznaje się ból bez oczywistej biologicznej wartości, który zwykle trwa dłużej niż 3 mie-

siące; za ból stanowiący istotny problem kliniczny – ból wymagający leczenia w opinii pacjenta oraz lekarza. Na nowy standard postępowania zaś składa się pięć elementów, z których najważniejsze są wstępna ocena bólu, a następnie monitorowanie skuteczności wdrożonego leczenia oraz ocena zmiany natężenia bólu.

Przepisy kładą akcent na konieczność rozmowy z pacjentem i pozyskania informacji na temat: przyczyny bólu i jego umiejscowienia, natężenia bólu, charakteru bólu i okoliczności związanych z jego występowaniem, dotychczasowego leczenia, wpływu bólu na jakość życia pacjenta, zdarzeń lub okoliczności, które mogą być związane z bólem lub innymi zgłaszanymi przez pacjenta dolegliwościami.

Nowym wymogiem jest określanie natężenia bólu z użyciem skali numerycznej (lub innej – słownej, obrazkowej, wzrokowo-analogowej – w zależności od stanu pacjenta). Karta oceny natężenia bólu (której wzór stanowi załącznik do rozporządzenia) dołączana jest do dokumentacji medycznej pacjenta – staje się jej obowiązkowym elementem.

Ponadto standard zakłada prowadzenie postępowania terapeutycznego mającego na celu uśmierzanie i leczenie bólu, w tym zmianę leczenia w przypadku wystąpienia działań niepożądanych oraz edukację pacjenta w zakresie farmakoterapii i stosowanego leczenia, w szczególności informowanie go o działaniach niepożądanych po zastosowanym leczeniu. Rozporządzenie w § 4 podaje również kryteria skierowania pacjenta do poradni leczenia bólu.

Nowe obowiązki dotyczą wszystkich udzielających świadczeń zdrowotnych w warunkach ambulatoryjnych, przede wszystkim w podmiotach wykonujących działalność leczniczą (praktyki zawodowe, podmioty lecznicze) w zakresie POZ, ale również w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Nie ma znaczenia źródło finan-

sowania świadczeń – obowiązki spoczywają też na podmiotach komercyjnych.

A co z dentydami?

W niektórych przypadkach standard organizacyjny będzie dotyczyć także świadczeń stomatologicznych, które w przeważającej mierze udzielane są przecież w warunkach ambulatoryjnych. Jednak z uwagi na charakter tych świadczeń nie w każdym gabinecie będzie zachodziła potrzeba leczenia bólu. W zależności od tego, z jaką dolegliwością zgłosi się pacjent, lekarz dentyista będzie musiał ocenić, czy zachodzi potrzeba zakładania karty oceny natężenia bólu. Najczęstszym bowiem rodzajem bólu w stomatologii jest ból nagły, ostry, który udaje się zlikwidować dzięki podjętemu leczeniu zachowawczemu.

Lekarze dentyści powinni kierować się kryteriami definicji bólu przewlekłego lub bólu stanowiącego istotny problem kliniczny. Tego typu dolegliwości mogą być zgłaszane np. w ramach dysfunkcji stawów skroniowo-żuchwowych w poradniach zaburzenia czynności żucia, mogą też być powikłaniem po zabiegach chirurgicznych.

Należy również zwrócić uwagę na związek pomiędzy udzielanym świadczeniem a oceną bólu przewlekłego. Nie każdy pacjent bólowy zgłaszający się do gabinetu dentyistycznego będzie podlegał obowiązkowi oceny bólu.

Na przykład: pacjent zgłasza się z bólem zęba spowodowanym utratą wypełnienia. Jednocześnie od roku pozostaje pod opieką poradni specjalistycznej z powodu zespołu bolesnego stawu skroniowo-żuchwowego. W tym wypadku obowiązek monitorowania i leczenia bólu będzie spoczywać na poradni specjalistycznej, a nie na lekarzu dentyście, który leczy ząb zachowawczo, ma więc do czynienia z bólem nagłym, a nie przewlekłym.

Aleksandra OTAWSKA-PETKIEWICZ

radca prawny LIL

(przedruk za zgodą z „Medicusa” nr 8-9/23)

INTERNETOWE RECEPTOMATY NA CENZUROWANYM

Problem niekontrolowanego wystawiania recept przez Internet jest stary jak... telemedycyna. Od kilku lat lekarze i przedstawiciele samorządu lekarskiego sygnalizują, że system jest niedoskonały i może w nim dochodzić do nadużyć.

O sprawie „receptomatów” zrobiło się głośno kilka tygodni temu, gdy Rzecznik Praw Pacjenta zawiadomił prokuraturę o śmierci dwóch osób, które przedawkowały leki wykupione na podstawie recept wystawionych przez Internet. Minister Zdrowia zapowiedział zmianę przepisów, która uniemożliwi dotychczasowe nieetyczne działanie wielu firm. Tymczasem – jak przekonują lekarze – sytuacja nie jest czarno-biała, a przygotowywane rozporządzenie może uniemożliwić leczenie wielu grup pacjentów.

Śmierć i prokurator

We wtorek 25 kwietnia portal informacyjny RMF FM opublikował informację o działaniach Rzecznika Praw Pacjenta, który złożył zawiadomienia do prokuratury w sprawie śmierci dwóch osób, które korzystały z recept wystawionych zdalnie przez Internet. „W obu przypadkach pacjenci, którzy zmarli, dostali bardzo silne leki zawierające substancje psychotropowe bez szczegółowego wywiadu o stanie zdrowia – podkreśla w rozmowie z RMF FM Rzecznik Praw Pacjenta Bartłomiej Chmielowiec”. W mediach zawrzało, a o sprawie informowały wszystkie ogólnopolskie redakcje. Dopiero to tragiczne wydarzenie zwróciło uwagę opinii publicznej na niebezpieczeństwa związane z wystawianiem recept w sieci.

„To w sumie zabawne słuchać dziś głosy oburzenia na działanie receptomatów i lekarzy, którzy taśmowo wystawiają recepty. Jakby zadziało się to nagle, w ostatnich dniach czy tygodniach. Jakby rok temu, tym bardziej dwa lata temu problem nie istniał” – pisał 28 kwietnia portal aptekarski.com. „Wiele razy próbowaliśmy zainteresować tematem inspekcję farmaceutyczną, bezskutecznie. Zmieniało się jej szefostwo, zmieniała się sytuacja na rynku leków, nadeszła pandemia, a proceder wciąż trwał. Tyle, że do dawnych, zdalnych wystawców recept dołączyli kolejni, tym razem swojscy” – czytamy dalej w artykule „Receptomaty do regulacji, czyli »Mechanizacja« wydawania recept”.

Samorząd lekarski a „szybkie recepty”

W połowie lutego tego roku o problemie informowała Naczelna Rada Lekarska. Komisja Etyki NRL, po analizie przykładów oferowanych w Internecie usług odpłatnego wystawiania recept i zwolnień, krytycznie ocenia to zjawisko. „Zgodnie z obowiązującą definicją teleporada jest świadczeniem zdrowotnym udzielanym na odległość przy użyciu systemów teleinformatycznych lub systemów łączności. Katalog obowiązków lekarza oraz praw pacjenta pozostaje niezmienny niezależnie od sposobu realizacji porady lekarskiej – zasady dotyczące udzielania teleporad przy wykorzystaniu technologii telemedycznych oraz porad osobistych są co do zasady takie same. Zasady odpowiedzialności zawodowej, cywilnej i karnej za świadczenia telemedyczne są takie same, jak w przypadku innych świadczeń” – zaznacza lekarski samorząd. – „Samorząd lekarski idzie na wojnę z szybkimi receptami i zwolnieniami przez Internet?” – czytamy w tekście opublikowanym 13 lutego na portalu Puls Medycyny.

– Jako samorząd już dawno dostrzegliśmy ten problem i od dłuższego czasu podejmowaliśmy go w rozmowach z Ministerstwem Zdrowia – zapewnia dr Mateusz Kowalczyk, wiceprezes ORL w Łodzi i wiceprezes NRL. – Wielokrotnie sygnalizowaliśmy także, że są to niebezpieczne sytuacje wymagające bacznej uwagi i regulacji prawnych. Agresywny marketing, jaki prowadzą firmy wystawiające „szybkie recepty”, powoduje, że bez trudu znajdują osoby zainteresowane tego typu usługami.

Od 35 do 65 zł w trzy minuty

Po wpisaniu w wyszukiwarkę internetową słowa e-recepta pokazuje się 22.800.000 wyników (!!!). To przede wszystkim strony internetowe oferujące recepty po wypełnieniu krótkiej ankiety. Strony te zachęcają także cenami: „Najtaniej! Recepta już za 35 zł”, „E-recepta w 15 minut”, „Recepty w 3 minuty. Bez czekania” – czytamy. Z punktu widzenia pacjenta sytuacja jest idealna. Szybko, tanio i bez zbędnych pytań. W sytuacji, gdy za wizytę u lekarza specjalisty, np. ginekologa, trzeba zapłacić między 200 a 260 zł, umówić się na wizytę, odczekać swoje w kolejce i dodatkowo jeszcze poddać się badaniu, by w efekcie otrzymać receptę na przykład na tabletki antykoncepcyjne, stacjonarna wizyta u lekarza może

wydać się wręcz absurdalna. – Nieprzypadkowo jednak na końcu każdej reklamy medykamentów lektor bardzo szybko czyta formułę: „przed użyciem skontaktuj się z lekarzem lub farmaceutą”, leki to nie są cukierki, które pacjent może brać według własnego uznania – ostrzega dr Mateusz Kowalczyk. – Leki wchodzą w interakcję z innymi lekami, pacjenci miewają przeciwwskazania dotyczące niektórych substancji, samodzielne przyjmowanie i dawkowanie leków może być śmiertelnie niebezpieczne.

Najłatwiej zakazać

„W ciągu miesiąca resort zdrowia planuje wydać rozporządzenie, które wprowadzić ma ograniczenia w zdalnym zlecaniu leków przez tzw. receptomaty. Dotyczyć to ma przede wszystkim preparatów zawierających substancje psychotropowe”. „MZ ukróci zdalne wypisywanie recept. Jakich leków ma to dotyczyć?” – czytamy w tekście opublikowanym 14 kwietnia na portalu „Co w Zdrowiu”. „Jesteśmy po analizie prawnej i legislacyjnej, w jej wyniku mamy wniosek, że ograniczenie leków, które zawierają substancje psychotropowe, dostępnych w receptomatatach, nie wymaga działalności ustawowej. Będziemy to jeszcze konsultować, ale stoimy na stanowisku, że wystarczająca będzie zmiana rozporządzenia – mówił minister zdrowia Adam Niedzielski podczas konferencji prasowej”.

Mogłoby się wydawać, że środowisko lekarskie odechnie z ulgą. Tymczasem nie brakuje wyraźnych głosów sprzeciwu dotyczących nowego rozporządzenia.

– Trzeba rozdzielić dwie kwestie – podkreśla dr M. Kowalczyk. – Patologiczne działania firm, które udzielają świadczeń w trzy minuty od rzetelnej teleporady, która jest bardzo ważnym elementem współczesnej medycyny. Możliwość kontaktu online to najlepsze, co zawiądzamy pandemii.

„Szybka recepta” kontra rzetelna teleporada

Prawidłowo przeprowadzona teleporada to błogosławieństwo dla wielu pacjentów walczących z bólem lub zaburzeniami psychicznymi, dla nich dotarcie na wizytę w gabinecie często graniczy z cudem. Telemedycyna to również dobre rozwiązanie dla pacjentów z małych miasteczek i wsi, którzy często mogą mieć problem z dotarciem do lekarza specjalisty lub specjalistycznego ośrodka w dużym mieście. Prawidłowo, czyli jak? – Teleporada musi być przeprowadzona w czasie rzeczywistym, lekarz widzi i słyszy pacjenta oraz jest w stanie zweryfikować jego tożsamość – wyjaśnia M. Kowalczyk. – Lekarz może obserwować zachowanie pacjenta i może przeprowadzić pełen wywiad. Taka wizyta nie będzie się niczym różniła od tej przeprowadzonej w gabinecie, z wyjątkiem tego, że odbędzie się na odległość.

Projekt rozporządzenia wskazuje konkretne substancje, to głównie leki psychiatryczne, ale również przeciwbólowe. Ewentualna zmiana przepisów będzie więc dotyczyć nie tylko psychiatrów, ale też neurologów, onkologów i anestezjologów leczących przewlekły ból. – Zakazanie przepisywania tych leków może zaszkodzić wielu chorym

– podkreśla M. Kowalczyk (z zawodu psychiatra). – Tym bardziej że istnieją normy dotyczące teleporad zatwierdzone przez PTP i międzynarodowe organizacje, a psychiatria jest dziedziną, która doskonale dostosowała się do możliwości, jakie daje telemedycyna.

– Jako samorząd cieszymy się, że ministerstwo dostrzegło problem i zechciało się nad nim pochylić – podkreśla M. Kowalczyk. – Teraz trzeba doprecyzować przepis tak, aby nie zaszkodzić pacjentom. Prezydium NRL podjęło 17 maja stanowisko w tej sprawie. W dokumencie czytamy: „Zastrzeżenia samorządu lekarskiego budzi to, że projektowane rozporządzenie nie wprowadza jednak kompleksowych i skutecznych mechanizmów, które kontrolowałyby prawidłowość wystawiania recept w ramach podmiotów oferujących wyłącznie płatne uzyskanie e-recepty, natomiast może ono zniechęcić lekarzy, w tym specjalistów z dziedziny psychiatrii, do udzielania

świadczeń zdrowotnych (w tym przeprowadzenia badania pacjenta) w formie teleinformatycznej. Należy zaznaczyć, że w wielu miejscach w Polsce dostęp do specjalistów z zakresu psychiatrii jest niewielki, a wprowadzenie teleporad pozwoliło pacjentom uzyskać pomoc lekarzy specjalistów z tej dziedziny bez względu na miejsce zamieszkania i stan zdrowia”.

Prezydium NRL zwraca także uwagę na potrzeby pacjentów psychiatrycznych, a także postuluje, „aby – w porozumieniu ze środowiskiem lekarskim – zadbać o taki kształt przepisów, by nie utrudniały one możliwości skorzystania przez pacjentów z teleporady połączonej z wystawieniem w pełni uzasadnionej względami medycznymi recepty na te preparaty”.

Justyna KOWALEWSKA
(przedruk za zgodą z „Panaceum” nr 6/23)

JAKIMI LEKARZAMI BĘDĄ NASZE DZIECI?

Pod koniec maja Ministerstwo Zdrowia opublikowało propozycję limitu przyjęć na studia na kierunkach lekarskim i lekarsko-dentystycznym w roku akademickim 2023/2024. Projekt rozporządzenia zakłada wzrosty zarówno na kierunku lekarskim, jak i lekarsko-dentystycznym. Jednak czy zwiększenie liczby lekarzy jest prostym rozwiązaniem systemowych problemów kadrowych w szpitalach?

Na studia na kierunku lekarskim przedstawiony przez Ministerstwo Zdrowia limit przyjęć wynosi ogółem 9725 miejsc. Na studia na kierunku lekarsko-dentystycznym projektowany limit przyjęć wynosi 1337 miejsc.

Jak podsumowuje portal cowzdrowiu.pl, od roku akademickiego 2014/2015 do roku akademickiego 2023/2024 limit przyjęć na studia w uczelniach posiadających uprawnienia do prowadzenia studiów na kierunku lekarskim i lekarsko-dentystycznym zwiększył się z 6.784 miejsc do 11.062 miejsc, tj. o 4.278 miejsc. W stosunku do zeszłego roku, od października br. przybędzie o 322 kandydatów na medyków. Będą kształcić się m.in. w Katolickim Uniwersytecie Lubelskim czy Uniwersytecie Technologiczno-Humanistycznym im. Kazimierza Pułaskiego w Radomiu. Środowiska medyczne wyraziły już swoje zdziwienie i niepokój związany z takimi działaniami rządzących, bo przecież nie chodzi o liczbę lekarzy, lecz o jakość kształcenia. Ale dochodzi jeszcze jeden aspekt – podejście młodych ludzi do studiowania i pracowania. Obserwując bowiem dzisiejsze dzieci, młodzież i młodych dorosłych, można szybko dojść do wniosku, że nawet wykształcenie rzesz lekarzy nie będzie rozwiązaniem problemów kadrowych od lat niszczących system ochrony zdrowia.

Lekarze z pokolenia Z

Choć – według prognoz ONZ – liczba ludności do 2050 r. ma wzrosnąć nawet do 10 mld, to w Polsce czeka nas kryzys demograficzny i to nie tylko związany z coraz mniejszą liczbą ludności, ale też z jej strukturą. Osoby powyżej 65. roku życia będą w 2050 r. stanowiły nawet jedną trzecią całej populacji. W ochronie zdrowia oznacza to rewolucję i przepowiada niepokojący trend – stosunkowo niewielka grupa lekarzy będzie musiała leczyć coraz liczniejszych chorych w starczym wieku.

Zwiększenie liczby przyjęć na studia medyczne niewątpliwie spowoduje zmianę piramidy wiekowej naszego środowiska. Jest to o tyle ciekawe, że już teraz roczniki określane pokoleniem Z wchodzi na rynek pracy, wyracając ład, do którego przyzwyczajeni są nasi starsi koledzy i koleżanki. Osoby, które dzisiaj rozpoczną naukę na wydziale lekarskim, urodziły się zwykle po 2003 r., a biorąc pod uwagę szerszą perspektywę najbliższych dziesięciu lat – będą to osoby urodzone od 2004 do 2014 r., czyli także już później tzw. pokolenie Alfa. Nie wydaje się, żeby ktokolwiek na poziomie organizacyjnym wiedział, z czym się będzie to wiązało.

Pokolenie Z to pokolenie obecnych licealistów, którzy w zdecydowanej większości naturalnie używają standardowych mediów społecznościowych i wszelkich nowinek technologicznych. Dla tych osób TikTok stał się głównym kanałem komunikacji ze światem. Dla nas są to zwykle zakątki Internetu, do których mało kto dociera, a które jeszcze mniej rozumie. Algorytmy sztucznej inteligencji do powszechnego użytku wprowadzono w ciągu ostatniego roku. To właśnie zetki najszybciej je przyjęły i za-

adaptowały się do ich istnienia, używając je choćby do wykonywania zadań domowych...

Generacja Z to osoby urodzone w latach 1995–2012. Największą różnicą (wobec poprzedników) jest fakt, że to pokolenie wyrosło już w otoczeniu cyfrowych technologii i nie są one dla nich żadną tajemnicą. Inaczej niż millenialsi, korzystają z cyfrowych narzędzi niemal od samego początku, są więc do nich przyzwyczajeni. Dlatego z taką swobodą poruszają się jednocześnie w świecie wirtualnym i realnym, dla nich to dwie przenikające się nitki rzeczywistości. To pierwsze pokolenie, które z taką łatwością obsługuje aplikacje, bazuje na danych i komunikuje się głównie online.

Kluczowe dla zetek jest zupełnie nowe podejście do zatrudnienia i pracowania. Pracy jest dużo, dlatego gdy tylko coś im nie pasuje, postanawiają ją szybko zmienić. I to jest z kolei element budowania nowej kultury pracy w organizacjach. To pokolenie, które nie godzi się na mobbing, opóźnienia w wypłacie, częste nadgodziny czy inne zjawiska, na które starsi przyzymkają oko, żeby tylko utrzymać swój etat.

Maja Gojtowska, konsultantka w branży HR, prowadzi szkolenia dla pracodawców i blog gojtowska.com. Uczy menedżerów prowadzenia rozmów rekrutacyjnych w nowej formule. – Dziś gdy w ogłoszeniu o pracę nie ma widełek cenowych, większość młodych osób uważa to za zniewagę i marnowanie ich czasu. Podobnie z brakiem jasno określonej listy zadań i obowiązków. Przez lata to funkcjonowało, ale przestało i pracodawcy muszą prze-redagować, bo młodzi po prostu na niewłaściwie opisane stanowiska nie aplikują – wyjaśnia M. Gojtowska. Również uważa, że zwiększenie limitów przyjęć na studia medyczne nie rozwiąże problemów kadrowych w publicznych szpitalach. – Przecież po medycynie nie trzeba być lekarzem. Można podjąć bardzo dobrze płatną pracę w koncernach farmaceutycznych. Bez ideowej zmiany systemu, młodzi nie będą chętni do pracy w publicznej ochronie zdrowia – zauważa trenerka.

Wśród największych bolączek, które od razu zauważą młodzi ludzie w zetknięciu z systemem, wymienia: obciążający system zmianowy, przestarzałą infrastrukturę i hierarchiczność relacji. – Do tego dochodzą „drobiazgi”, które dla młodych mają duże znaczenie, np. brak parkingu dla personelu pod szpitalem – wymienia M. Gojtowska.

Lekarze prawdziwie bez granic

„Nadprodukcja” przyszłych lekarzy może też zaowocować faktem, że polscy podatnicy sfinansują edukację dla przyszłych kadr medycznych w Europie, a nawet na świecie. Zdaniem ekspertki, wśród młodych lekarzy wyjazdy do pracy za granicą na pewno nie stracą na popularności, a wręcz staną się jeszcze powszechniejsze. – Praca lekarza za granicą jeszcze nigdy nie była tak prosta. Młodzi ludzie czują się obywatelami świata. Znają dobrze angielski, bo przecież od wczesnej podstawówki byli wożeni na dodatkowe kursy. Już od 15 lat Polska

jest w Schengen, więc dzisiejsi studenci mają prawo nie pamiętać czasów wielogodzinnych korków na granicy i podróżowania po Europie z paszportem. Nie mają też problemów z dalszymi destynacjami. Wielu z nich od dziecka jeździło na zagraniczne wakacje. Chcą zwiedzać świat, chcą doświadczać. Nie mówią też „nie” pracy za granicą, szczególnie jeśli wiązałoby się to z – i tu uwaga na kolejność wartości – mniejszym obciążeniem i równie dobrymi pieniędzmi co w Polsce. Na pewno znajdują się też ci, którzy pojadą z misją do krajów rozwijających się z pomocą humanitarną. Bo nie zapominajmy, że wartości są dla młodych ludzi bardzo ważne. Gdyby tak nie było, nie powstałaby chociażby Młodzieżowa Rada Klimatyczna – kontynuuje ekspertka.

Zaletą zetek jest na pewno to, że szybko się uczą, a także... ich idealizm. Często podejmą pracę, o ile będą w niej szczęśliwi, będą spełniać swoje pasje czy mieć dobry i zgrany zespół. Są skłonne do poświęceń, ale w imię „wyższego dobra”, a nie tylko, żeby wysiedzieć godziny w korporacji. Jest więc szansa, że lekarze z tego pokolenia będą odznaczać się nowatorskim, ciekawym podejściem do swojego zawodu, a także okazywać pacjentom więcej empatii. Dzięki ich umiłowaniu nowych technologii, naukę może czekać prawdziwy przełom, może też uda im się scyfryzować dzisiejszy system?

Judyndy ze świecą szukaj

Skoro wartości są także ważne dla młodych, to kandydaci do pracy w szpitalu powinni walić drzwiami i oknami. Mało w końcu jest bardziej misyjnych zawodów niż lekarz. Jednak M. Gojtowska tłumaczy, że dla pokolenia Z doktor Judyndy nie jest wzorem do naśladowania. Młodzi chcą żyć według niegłupiej skądinąd zasady work smart, not hard, czyli pracuj mądrze, a nie dużo. Czy zatem jedyne, co mogą zrobić starsze pokolenia, to westchnąć i powiedzieć: „Ach, ta dzisiejsza młodzież...”? – Łatwo jest zwać winę na młodych. Mówić, że są leniwi, roszczeniowi. Ale ja namawiam, by spojrzeć na sprawę w szerszym kontekście – zachęca trenerka.

Maja Gojtowska radzi, żeby najpierw spojrzeć na rodziców zetek, czyli osoby wkraczające na rynek pracy w latach dziewięćdziesiątych i dwutysięcznych. – Bezrobocie sięgało wtedy 30%, ludzie bili się o pracę. Lekarze zarabiali dobrze, ale tylko harując od rana do nocy. Praca była wartością samą w sobie. Dziś młodzi mówią: pracuję, żeby żyć, a nie żyję, żeby pracować. To pierwsza różnica. Zetki nie są pokoleniem na dorobku, zarabianie pieniędzy nie jest dla nich priorytetem. Nierzadko wychowani w dobrobycie, dziś korzystają z kapitału zgromadzonego przez ich rodziców „na lepszy start”. Wielu młodych ludzi, również z rodzin lekarskich, mówi, że dzieciństwo w latach dziewięćdziesiątych kojarzy im się z ciągłą nieobecnością rodziców i powtarzanymi jak mantry stwierdzeniami: pracuję ciężko, byś ty nie musiał, walczę o godną przyszłość dla ciebie. Więc nie jest tak, że młodzi są roszczeniowi, po prostu teraz następu-

je czas realizacji tych obietnic. Nie dziwny się zatem, że młodzi nie protestują, gdy rodzice czy dziadkowie chcą im kupić pierwsze mieszkanie. Przecież przez lata im to obiecywali, tłumacząc swój pracoholizm tęskniącym dzieciom – wyjaśnia M. Gojtowska. – Ci, którzy na taki luksus nie mogą liczyć, wybierają... mieszkanie z rodzicami. Popularny jest też wynajem ze współlokatorami. Nie przeszkadza im to, bo zapewne podczas wyjazdu na stypendium Erasmus żyli w takich małych komunach.

Na własnych zasadach

To, co wyróżnia pokolenie Z, to chęć życia na własnych zasadach. – Młodzi pracownicy nie mają żadnego problemu, by swojemu menedżerowi powiedzieć albo napisać w mailu, że jakieś zachowanie było niestosowne. Historii o rzucaniu pracy z dnia na dzień jest mnóstwo. Prowadząc szkolenia z menedżerami z pokolenia Y i millenialsami, najpierw słyszę utyskiwania na „tę dzisiejszą młodzież”, potem jest chwila ciszy i następuje refleksja „Może w tym szaleństwie jest metoda? Może to jest właśnie zdrowe podejście do pracy?” – wspomina M. Gojtowska.

Być, a nie mieć

Rewolucja w umysłach pracowników dzieje się na naszych oczach. Teraz czas na pracodawców. – Moim zdaniem musi się zadziać rewolucja w głowach w Ministerstwie Zdrowia, ale też w umysłach starszych lekarzy. Może trzeba zacząć od prostych, organizacyjnych zmian, np. godzin dyżurów. Młodzi ludzie nie chcą pracować tak dużo, wśród priorytetów wymieniają work-life balance. Chcą mieć czas na hobby, spotkania z przyjaciółmi czy rodziną. My tego nie zanegujemy. Ale powinniśmy znaleźć rozwiązanie, jak sprawić, by chcieli pracować w publicznej ochronie zdrowia – dodaje M. Gojtowska.

Asia, młoda lekarka z rodziny z lekarsko-prawnymi tradycjami, wychowała się w domu z basenem. Dziś mieszka w dwupokojowym mieszkaniu w kamienicy w centrum Łodzi. – Moje wspomnienie z dzieciństwa to wieczne szukanie czegoś w siedmiu pokojach, pani sprzątająca dwa razy w tygodniu i ogrodnik, ogarniający to, co wokół domu, pod nieobecność rodziców. Pamiętam też tatę, który przed pracą odśnieżał podjazd, nierzadko po pracy też – czasem o godzinie 22. Dom był na obrzeżach, w liceum pół życia straciłam w autobusach. Już wtedy obiecałam sobie, że wyprowadzę się najszybciej, jak się da. Do dziś widzę same wady – za duży dom, wysokie

koszty, za daleko i ten nieszczęsny basen, z którego i tak nikt nie korzystał. Dzisiaj żyję na własnych zasadach, nie muszę nikomu niczego udowadniać, a już na pewno nie żyć w myśl: zastaw się, a postaw się. Jestem bardzo zadowolona. Do pracy chodzę pieszo, mam blisko na Piotrkowską, gdzie spędzam wolny czas ze znajomymi. Sklepy, kultura, rozrywka, wszystko pod ręką, a sprzątanie zajmuje mi maksymalnie dwie godziny. A odśnieża dozorca – wymienia młoda lekarka.

Młodzi, bezdzietni, beztroszy

Przeciwnicy wartości wyznawanych przez pokolenie Z podkreślają, że brak potrzeby stabilizacji finansowej, pewien minimalizm życiowy, przeżywanie zamiast posiadania, otwartość na współdzielenie mieszkania to typowe oznaki młodzieńczej beztroski, która zniknie wraz z założeniem rodziny i pojawieniem się dzieci. – Częściowo się z tym zgadzam. Szczególnie, że obserwujemy obecnie zjawisko zwane emerging adulthood, czyli wschodząca dorosłość. Jeszcze trzydzieści lat temu, kobiety rodziły dzieci mając ok. dwudziestki, dziś normą jest pierwsze dziecko po trzydziestce. Mamy więc całą społeczność „młodych dorosłych”, którzy już pracują, ale nie mają dużych zobowiązań. Korzystają z beztroskiego życia i „przyzwyczajają się do dobrego”. Mają nawet około dziesięciu lat na samodzielne życie bez zobowiązań. Być może to dodatkowy (bo z pewnością nie główny) powód, że mamy dość niepokojące statystyki. Z badania „Postawy prokreacyjne kobiet”, które CBOS przeprowadził w drugiej połowie 2022 r., wynika, że aż 68% kobiet w wieku 18–45 lat nie planuje dzieci, a zamierza je mieć tylko 32% Polek. Zostanie więc spora grupa „bezdziennych lambadziarzy”, jak żartobliwie określa się w Internecie pary lub singli bez potomstwa. Oni nadal będą „wolni”, beztroszy i na pewno nie zgodzą się na pracę ponad miarę. Pozostali – cóż, pewnie nagną swoje zasady, ale nieznacznie! Pamiętają swoje deficyty z dzieciństwa, przepracowanych rodziców, nie chcą powielać ich błędów. Będą spędzać więcej czasu w domu, nie w pracy. Niebawem nie będziemy słyszeli doniesień medialnych o umierających z przemęczenia lekarzach, którzy dyżurowali ponad ludzkie siły – wyjaśnia M. Gojtowska.

Albo czy tak właśnie nie powinno być?

Agnieszka DANOWSKA-TOMCZYK, Filip Pawliczak,
Katarzyna RULKIEWICZ

(przedruk za zgodą z „Panaceum” nr 6/23)

FAŁSZYWE LEKI

Europejska Agencja Leków (European Medicines Agency, EMA) definiuje lek sfałszowany jako lek wyprodukowany przez kogoś innego niż producent leku oryginalnego, poprzez skopiowanie lub imitację oryginalnego

produktu bez odpowiedniego zezwolenia. Statystyki WHO dotyczące obecności sfałszowanych leków na rynku mówią, że około 10% leków w skali globalnej jest sfałszowanych.

W raporcie WHO International Medical Products Anti-Counterfeiting Taskforce (IMPACT) wskazuje się, że w krajach wysoko rozwiniętych około 1% leków jest sfałszowanych, natomiast w takich regionach, jak np. Federacja Rosyjska, leki sfałszowane stanowią około 20% rynku, w Afryce około 30%, a w Azji i Ameryce

Łacińskiej od 15 do 60%.

Szacuje się, że globalnie rynek leków sfałszowanych jest wart od 65 do 200 mld. dolarów rocznie, co czyni go bardzo lukratywnym przedsięwzięciem przestępczym. W krajach wysoko rozwiniętych, także w Europie, fałszuje się głównie hormony, sterydy, anorektyki, leki stosowane w zaburzeniach erekcji i leki psychotropowe. Z kolei w krajach rozwijających się są to przede wszystkim leki ratujące życie, takie jak antybiotyki, leki przeciwmalaryczne, przeciwgruźlicze i przeciwwirusowe (głównie przeciw wirusowi HIV).

Jako główne przyczyny rozpowszechnienia sfałszowanych leków wymienia się: duży popyt na tańsze leki, niską dostępność produktów medycznych, tolerancję społeczną dla podrabianych produktów, globalizację i dostęp konsumentów do internetu (e-handel), złożone i niestabilne łańcuchy dostaw, ograniczone techniczne możliwości monitorowania produktów w całym łańcuchu dostaw, złożone mechanizmy importowo-eksportowe, brak egzekwowania prawa (niskie kary dla fałszerzy), bardzo mała wykrywalność przestępstw farmaceutycznych.

Co najistotniejsze, fałszywe leki wiążą się z bardzo wysokim ryzykiem dla zdrowia, bardzo często będąc bezpośrednią przyczyną śmierci pacjenta. Efekty działania sfałszowanych leków nie muszą być natychmiastowe – np. śmierć pacjenta chorego na nowotwór po zastosowaniu sfałszowanego leku przeciwnowotworowego niezawierającego substancji czynnej. Leki przeciwmalaryczne, antybiotyki i leki przeciwwirusowe mogą przyczynić się do rozwoju oporności drobnoustrojów i infekcji lekoopornych. W przypadku leczenia zapalenia płuc i stosowania lewofloksacyny o nieodpowiedniej jakości, może dojść do nieosiągnięcia minimalnego wymaganego stężenia hamującego, co prowadzi do oporności i niepowodzenia leczenia.

Negatywny efekt działania sfałszowanego leku zależy w dużej mierze od tego, co ten produkt będzie zawierał. Jeżeli lek sfałszowany nie zawiera substancji czynnej – nie pomaga pacjentowi wyzdrowieć. Jako przykład można podać antybiotyk, który nie zawiera składnika przeciwbakteryjnego. Stwarza to realne ryzyko śmierci pacjenta. Podobnie jest np. z lekami przeciwnowotworowymi. Drugi scenariusz jest taki, że sfałszowany lek nie zawiera składnika aktywnego farmakologicznie, ale zawiera jednocześnie składniki toksyczne. Lek sfałszowany może również posiadać inny składnik aktywny lub niewłaściwą dawkę, co w efekcie może być bardzo niebezpieczne, potencjalnie śmiertelne, dla pacjenta.

Należy jednak zauważyć, że metody i techniki wykrywania leków sfałszowanych są coraz doskonalsze i pozwalają z coraz większą czułością i specyficznością identyfikować i eliminować z rynku leki sfałszowane. Wśród tych metod są również takie (oparte na hemisferycznej reflektancji kierunkowej), które wykrywają nawet preparaty o identycznym składzie liściowym i jakościowym.

Czy na sfałszowane leki jesteśmy narażeni również w Polsce? Ryzyko nabycia sfałszowanego leku w aptece jest znikome, nie wysokie ryzyko nabycia w legalnej sieci dystrybucji (np. w aptece) sfałszowanego suplementu diety. Wynika to z faktu, że od 9 lutego 2018 r. Dyrektywa antyfałszywkowa wprowadziła obowiązek umieszczania na opakowaniach leków podwójnych zabezpieczeń chroniących przed sfałszowaniem (system PLMVS). Wobec powyższego, wytwórcy produktów leczniczych są zobowiązani umieszczać na opakowaniach leków dwa rodzaje zabezpieczeń tzw. Sa-fety Features, do których należy: unikalny identyfikator

(Unique Identifier – UI) w postaci kodu 2D oraz element uniemożliwiający naruszenie opakowania (Anti-Tampering Device – ATD). System ten bardzo skutecznie eliminuje sfałszowane leki z obrotu aptecznego, natomiast nie chroni on przed sfałszowanymi suplementami diety.

Coraz więcej leków jest kupowanych w aptekach internetowych, których liczba w ostatnich latach gwałtownie rośnie. Za tym trendem podąża również niebezpieczne zjawisko podszywania się nielegalnych stron internetowych pod legalnie działające apteki. Powoduje to duże ryzyko zakupu leku sfałszowanego. Szacuje się, że nawet do 50% leków sprzedawanych w nielegalnych „aptekach” internetowych jest sfałszowanych.

Problem związany z nabywaniem przez pacjentów sfałszowanych leków został skutecznie ograniczony w obrocie aptecznym przez wprowadzenie systemu PLMVS. Niemniej jednak, jeżeli przyjrzymy się sprawie bliżej to zobaczymy, że problem sfałszowanych produktów nie maleje, lecz rośnie. Wynika to m.in. z faktu, że system PLMVS dotyczy tylko produktów leczniczych, a nie suplementów diety, których spożycie w Polsce wciąż utrzymuje się na bardzo wysokim poziomie (30.000 podmiotów produkujących i sprzedających suplementy diety, rynek wart 6 mld złotych, coroczny wzrost spożycia suplementów o około 4%). Tym samym szacuje się, że globalnie rynek leków sfałszowanych jest wart od 65 do 200 mld. dolarów rocznie, co czyni go bardzo lukratywnym przedsięwzięciem przestępczym.

Pacjenci diagnozują się w internecie, a następnie kupują leki w internecie. Ponadto coraz większa presja polityczna na lekarzy i farmaceutów (np. tzw. klauzula sumienia) powoduje, że pacjent, zamiast szukać pomocy u lekarza/farmaceuty, woli anonimowo kupić niewiadomego pochodzenia leki antykoncepcyjne czy leki stosowane w zaburzeniach erekcji w internecie. Tworzy to cały system zagrożeń dla pacjenta: od złego rozpoznania (samodiagnoza), nieprawidłowego leczenia (samoleczenie), kończąc na wyso-

kim prawdopodobieństwie zakupu sfałszowanych leków w nielegalnych „aptekach” internetowych.

Jednocześnie wykrywalność przestępstw farmaceutycznych jest niska, co jest szokujące, zwłaszcza w kontekście ogromniej liczby stron internetowych, oferujących podejrzaną produkty lecznicze i suplementy diety. Wobec powyższego, ogromna rola środowiska lekarskiego i farmaceutycznego, aby zwiększać świadomość pacjen-

tów, ale i naszego środowiska, i elastycznie reagować na nowe zagrożenia

*Dr hab. n. farm. Sławomir WILCZYŃSKI
Kierownik Katedry i Zakładu
Podstawowych Nauk Biomedycznych,
Wydział Nauk Farmaceutycznych
w Sosnowcu, SUM
(przedruk za zgodą z „Pro Medico” nr 6/23)*

TERAPIA DAREMNA, CZY PRZEDŁUŻANIE AGONII?

Burza medialna wokół 2,5-letniego pobytu na OIOM-ie szpitala w Legnicy męża marszałek Sejmu oraz opublikowanie w tym samym czasie stanowiska Towarzystwa Internistów Polskich w sprawie zapobiegania terapii daremnej sprawiły, że problem pobytu w szpitalach pacjentów w stanie wegetatywnym, nieprzytomnych i nie-
rokujących na wybudzenie, stał się sprawą publiczną. To dobrze, że coraz szersze kręgi opinii publicznej, a nie tylko lekarze i prawnicy, są świadomi tego problemu.

Temat podtrzymywania życia chorych nierokujących na wybudzenie był dotychczas szerzej omawiany w środowiskach masowego przekazu tylko przy okazji głośnych wydarzeń medialnych. Takim była przed kilkunastu laty w Stanach Zjednoczonych sprawa Terri Schiavo, która ostatnie piętnaście lat swojego życia spędziła w trwałym stanie wegetatywnym. Decyzja o zaprzestaniu u niej sztucznego odżywiania wywołała w USA dyskusję dotyczącą granicy między życiem a śmiercią. Publiczne procesy nadały sprawie rozgłos. Na mocy wyroku sądowego, jej sztuczne odżywianie zostało wstrzymane, co doprowadziło do zgonu. Kręgi konserwatywne twierdziły, że odłączenie Schiavo to „zamordowanie upośledzonej osoby wymagającej troskliwej opieki”. Kręgi liberalne, że Terri Schiavo „powinna mieć prawo do godnej śmierci po trwającej piętnaście lat bezsensownej wegetacji”. W ostatnich dniach sprawa odłączenia aparatury podtrzymującej życie u australijskiej modelki, finalistki Miss Universe, Sienny Weir ponownie wzbudziła dyskusję w mediach.

W kwietniu br. – po ponad dwóch latach prac – zostały opublikowane wytyczne Towarzystwa Internistów Polskich, dotyczące zapobiegania terapii daremnej u dorosłych poza oddziałem intensywnej terapii. Dokument ten zyskał znakomite recenzje i został wręcz entuzjastycznie przyjęty przez większość środowisk lekarskich.

CZYM JEST TERAPIA DAREMNA?

Ogólnie można powiedzieć, że terapia daremna to działania medyczne nieprzynoszące choremu korzyści, a będące dla niego lub jego bliskich źródłem cierpienia. Dodajmy tu od razu, że terapia daremna nie obejmuje leczenia paliatywnego, czyli leczenia mającego na celu

zachowanie komfortu chorego, a więc: zabiegów pielęgnacyjnych, łagodzenia bólu, leczenia objawowego oraz karmienia i nawadniania.

I druga sprawa – ważniejsza – zapobieganie terapii daremnej nie może być postrzegane jako forma eutanazji. Jednoznacznie reguluje to deklaracja przyjęta w 1987 r. w Madrycie przez Zgromadzenie Światowego Stowarzyszenia Lekarzy, potwierdzona w 2019 r. w Tbilisi, wyraźnie stwierdzająca, że „eutanazja, która jest aktem świadomego zakończenia życia pacjenta, nawet jeśli jest przeprowadzona na życzenie samego pacjenta, lub na życzenie jego bliskich krewnych jest nieetyczna”. Również polski Kodeks Etyki Lekarskiej w artykule 31 jednoznacznie zakazuje lekarzowi eutanazji i pomocy w samobójstwie.

KIEDY LEKARZ MOŻE ODSTĄPIĆ OD LECZENIA?

Pytanie, kiedy u nieuleczalnie chorego lekarz może zastosować ograniczenie terapii daremnej, czy to poprzez niepodjęcie leczenia (tzn. niewdrażanie nowej metody leczenia lub niezwiększanie intensywności już stosowanej terapii), czy poprzez odstąpienie od kontynuowania już wdrożonego leczenia (np. odstąpienie od mechanicznej wentylacji), jest tematem dyskusji lekarzy, prawników, etyków i filozofów od wielu lat. Jak podkreśla prof. Wojciech Szczeklik, z etycznego punktu widzenia obie te formy są równorzędne i mają na celu dobro chorego i ochronę Jego godności: „Lekarz w swojej pracy powinien kierować się przede wszystkim tym, co jest dobre, a co złe dla chorego. Nie zawsze jest to proste i jednoznaczne, dlatego trudne decyzje w medycynie należy podejmować w oparciu o wartości moralne”.

Opracowany przez Towarzystwo Internistów dokument precyzuje również terminologię zagadnienia, jednoznacznie wskazując określenie „terapia daremna” jako właściwe, w odróżnieniu od używanego dotychczas zamiennie „terapii uporczywej”. Daremność ma podkreślać niemożność osiągnięcia celu działania, a uporczywość określa postawę lekarza stosującego nieskuteczne interwencje medyczne. W gruncie rzeczy chodzi tutaj o semantykę. Słowo „uporczywy” oznacza „trudny do usunięcia”, „powtarzający się”. Nie pasuje ono do leczenia, zwłaszcza w okresie kończącego się życia. Dla-

tego też obecnie należy używać pojęcia „terapii daremnej”, czyli niedającej żadnych wyników. Lekarze podejmujący się takiego leczenia, przedłużają jedynie proces umierania, podczas gdy chory nie ma szans na poprawę stanu zdrowia czy tym bardziej na powrót do zdrowia.

Oczywiście każdy z nas ma prawo do własnej oceny tego dokumentu, a różnorodność opinii moralnych może wynikać z miejsca i otoczenia, w którym się znajdujemy. Dlatego wytyczne opracowane przez TIP mogą być przydatne jako drogowskaz postępowania i punkt wyjścia do rozważań o podstawach decyzji moralnych, kiedy przerwać terapię. Każde leczenie ma swoje racjonalne granice. Ich przekraczanie to terapia daremna.

CZY PRZEDŁUŻANIE AGONII JEST NIEWŁAŚCIWE?

Czy terapia daremna jest błędem w sztuce lekarskiej? Taka teza nigdzie dosłownie nie została sformułowana. Prof. A. Zoll, jeden z twórców fundamentów polskiego prawa medycznego, pisze: „istnieją niekiedy sytuacje, w których lekarz nieprzystępujący do leczenia albo zaprzestający dalszego leczenia nie narusza jednak w rzeczywistości normy prawnej, nakazującej mu świadczenie usług leczniczych, ponieważ nie naraża swoim zaniechaniem na niebezpieczeństwo życia pacjenta, gdyż jest ono i tak już na to niebezpieczeństwo narażone i to niebezpieczeństwo terminalne, którego lekarz swoim ewentualnym działaniem i tak nie będzie w stanie odwrócić.”

W Polsce, kraju w zdecydowanej większości katolickim, istotne znaczenie ma również stanowisko kościoła katolickiego. Zespół Ekspertów ds. Bioetycznych Konferencji Episkopatu Polski uznał, że „jeżeli lekarz uczynił to, co tu i teraz możliwe wobec nieodwracalnie postępującego zanikania procesów życiowych pacjenta, to ani on sam, ani otoczenie, nie może uznać za niemoralną decyzję o zaprzestaniu dalszej terapii, czyli rezygnacji ze stosowania środków nieproporcjonalnych do sytuacji” dodając równocześnie, że „z pewnością byłaby to terapia daremna, której przerwanie nie może być kwalifikowane jako eutanazja”.

Prof. W. Szczeklik podkreśla, że zaprzestanie leczenia, które nie służy interesowi i dobru pacjenta, a więc leczenia daremnego, powinno należeć do dobrej praktyki medycznej na wszystkich oddziałach szpitalnych.

W Polsce wytyczne towarzystw naukowych nie stanowią jednak elementu prawa powszechnego. Również Kodeks Etyki Lekarskiej nie jest źródłem prawa. Dla lekarzy zapobieganie terapii daremnej, a więc nieskutecznej, bolesnej i dokuczliwej dla pacjenta, jest nakazem moralnym, wynikającym z szacunku dla godności pacjenta.

Najistotniejsze dla lekarzy jest to, że dokument opublikowany przez TIP odnosi się bezpośrednio do konkretnych sytuacji w praktyce szpitalnej. Te sytuacje stawiają nas niejednokrotnie wobec dylematów moralnych i konieczności rozstrzygnięcia, co jest już terapią daremną i jaka jest granica tej terapii. Imperatyw ratowania ludzkiego życia zawsze i wszędzie jest wciąż dość powszechny w społeczeństwie. Ale podstawą opublikowanego stanowiska TIP jest koncepcja daremności, a nie litości i skrócenia cierpienia pacjenta, czyli eutanazja.

Polski system prawny dotychczas nie reguluje wprost tzw. testamentu życia, czyli oświadczenia woli pacjenta pro futuro dotyczącego zakresu leczenia na wypadek utraty przytomności. W związku z tym nie ma prawnej możliwości, aby ustalić z wyprzedzeniem postępowanie z takim chorym.

Opublikowane stanowisko TIP jednoznacznie określa, że zapobieganie terapii daremnej jest dziś działaniem legalnym i, pod warunkiem stwierdzenia przez lekarzy nieodwracalności procesu umierania, uprawnionym. Wskazanie w dokumencie trzech składowych postępowania zespołu terapeutycznego dotyczące terapii daremnej, tzn. działań ukierunkowanych na chorego, na jego bliskich oraz na zespół terapeutyczny, podkreśla kolejalne podejmowanie tych decyzji.

*Prof. dr hab. n. med. Jarosław MARKOWSKI
Wiceprezes Okręgowej Rady Lekarskiej
Przewodniczący Komisji ds. Etyki Lekarskiej
(przedruk za zgodą z „Pro Medico” nr 6/23)*

JAK ROZMAWIAĆ DOBRZE O ŻYCIU I ŚMIERCI

W niedzielę, 9 lipca 2023 r. odbyło się pierwsze z cyklu spotkań pt.: „O dobrej śmierci. Tanatoedukacja dla lekarzy”, zorganizowane przez Koło Matek Lekarek przy OIL w Łodzi. Spotkanie pt.: „Empatia – jak rozmawiać z rodzicami o umieraniu i śmierci ich dziecka” było również bezpośrednio transmitowane na platformie Teams.

Warsztaty połączone z prelekcją prowadziła lek. med. Eugenia Szuszkiewicz, pediatra in spe, matka-lekarka, pracująca m.in. w fundacji Gajusz. W czasie spotkania prelegentka poruszyła różne aspekty dobrej rozmowy z rodzicami terminalnie chorych dzieci. Wykład popro-

wadzony był według znaczenia liter w słowie „EMPATIA” tj.: „e – emocje, „m” – miejsce osoby i czas, „p” – perspektywa pacjenta, „a” – adekwatny język, „t” – treść wiadomości, „i” – informacje dodatkowe, „a” – adnotacja w dokumentacji.

Samo spotkanie było dla uczestników bardzo poruszające, w niektórych momentach trudno było opanować płynące łzy. Było to jednak bardzo oczyszczające doświadczenie i wielu z nas po prostu potrzebne. Wszyscy dotykamy tajemnicy śmierci na którymś etapie naszego życia zawodowego i prywatnego, ale dla niektórych była

to pierwsza możliwość takiej szczerzej rozmowy o sprawach ostatecznych. Po zakończonej prelekcji, uczestnicy siedząc w kręgu, mogli podzielić się swoimi uczuciami oraz wspomnieniami, snując przy tym plany dalszych spotkań.

„Panaceum”: – Skąd wzięło się u pani doktor zainteresowanie medycyną paliatywną?

Eugenia Szuszkiewicz: – Myślę – chociaż może to śmiesznie zabrzmieć – że to medycyna paliatywna wybrała mnie. Tak naprawdę na studiach nie myślałam, aby zajmować się właśnie tym obszarem, bo na medycynie przede wszystkim uczą nas, jak ratować życie. Na studiach działałam jednak w Kole Pediatrycznym, bo chciałam zawsze być pediatrą i pracować na onkologii dziecięcej. Natomiast po tym, jak zmarła moja babcia i poczułam bezradność w towarzystwie osobie umierającej, zaczęłam ten problem zgłębiać. Później przeczytałam ogłoszenie, że fundacja Gajusz szuka lekarzy. Wtedy ku mojemu zdziwieniu wielu moich znajomych, a nawet osoby z rodziny mówili mi, że praca w takiej fundacji mogłaby być dla mnie. Pojechałam zobaczyć, jak wygląda taka praca i spotkałam tam swoich mentorów – m.in. dr Małgorzatę Stolarską – którzy zachęcili mnie i pokazali inną stronę medycyny paliatywnej.

Na czym polega pani praca w fundacji?

Pełna nazwa to Centrum Opieki Paliatywnej dla Dzieci Fundacja Gajusz, które łączy w sobie trzy hospicja: perinatalne, stacjonarne i domowe. Oczywiście fundacja Gajusz prowadzi też inne projekty, jak: Centrum Terapii i Pomocy Dziecku i Jego Rodzinie „Cukinia”, Interwencyjny Ośrodek Preadopcyjny „Tuli Luli”, Program wsparcia dla dzieci chorych onkologicznie, Program wsparcia dla rodzeństw dzieci chorych, Program OKNO – wsparcie dla dzieci, które pokonały nowotwór oraz kampanię Leczymy Dzieci Rodziną. Jeśli mówimy o części paliatywnej, to pracuję tam jako zwykły pediatra, czyli leczę dzieci paliatywnie chore na powszechnie występujące choroby wieku dziecięcego. Jednak szczególną uwagę przywiązuję do leczenia paliatywnego, które jest ukierunkowane na leczenie bólu, lęku, duszności i pozostałych niepokojących objawów, które dziecko mogą dotyczyć. Takie dzieci oprócz swojej nieuleczalnej choroby, miewają oczywiście też „zwykłe” choroby, czyli chorują na zapalenie płuc, zapalenia układu moczowego, może u nich wystąpić biegunka lub zaparcia czy inne choroby infekcyjne. Głównie pracuję w hospicjum domowym i dyżuruję w hospicjum stacjonarnym. Jestem częścią multidyscyplinarnego zespołu, w skład którego oprócz lekarza wchodzi pielęgniarka, psycholog, fizjoterapeuta, pracownik socjalny i ksiądz. Otaczamy rodzinę naszego pacjenta holistyczną – wielowymiarową opieką.

Rozumiem, że dzieci muszą mieć dodatkową opiekę psychologiczną...

Tak, ale w naszym zespole mamy profesjonalnych psychologów, dlatego wsparcie psychologiczne dzieci otrzy-

mują głównie od specjalistów. Natomiast często ich rodzice potrzebują dodatkowej konsultacji z lekarzem i często te nasze rozmowy są bardzo długie i szczegółowe. Jako lekarze musimy mieć w sobie dużo pokory, cierpliwości i empatii, musimy przekazać rodzicom, jak będzie wyglądało leczenie, jakie jest rokowanie i jak będzie wyglądało... umieranie ich dziecka. Informujemy też, jakiej pomocy i wsparcia mogą od nas oczekiwać. Ważne jest, aby wytłumaczyć rodzicom to, że kiedy mówię, że będę się zajmować leczeniem paliatywnym, to nie będę leczyć przyczynowo, tylko objawowo, co nie znaczy, że nie będę nic robić. To ten moment, gdy nie mamy już wpływu na długość życia, ale mamy wpływ na jego jakość. Mówię, że zrobimy wszystko, a mamy wiele możliwości, żeby jak najlepiej przeprowadzić dziecko przez ten czas – żeby nie bolało, żeby dziecko nie czuło duszności, żeby mogło przeżyć ten czas, który został, w jak największym komforcie i bez cierpienia. Głównie nasze zadanie jest takie, aby życie dziecka było godne do końca, aby mogło być we własnym domu, w swoim łóżku, otoczone bliskimi, z ukochanym psem czy kotem.

Co jest trudniejsze: rozmowy z rodzicami, czy rozmowy z dziećmi?

Zdecydowanie trudniejsze są rozmowy z rodzicami, jest dużo więcej pytań. Dzieci najczęściej proszą do tego wszystkiego podchodzą. Chociaż zdarza się, że dziecko w ogóle nie będzie chciało rozmawiać na ten temat. Ma do tego prawo, co szanuję i wtedy nie podejmuję takiej rozmowy, jedynie staram się skupić na tym, co jest tu i teraz. Pytam o samopoczucie, życzenia, zachcianki i marzenia. Trochę trudniej jest z nastolatkami, którzy mają większą świadomość i wiedzę. Wiedzą, że kiedy są wypisywane do domu, to znaczy, że ich choroby już nie da się wyleczyć. Mają więcej pytań, bo chcą zaplanować resztę swojego życia. Najczęściej jak już pytają, to znają już odpowiedź i chcą tylko od nas usłyszeć potwierdzenie swojej wiedzy. Czasami to ja pytam, co chcieliby jeszcze wiedzieć, a oni odpowiadają – ja już wszystko wiem.

Od młodszych dzieci natomiast najczęściej słyszymy pytania, czy faktycznie już więcej nie wrócą do szpitala, czy to, że zostają w domu, oznacza, że już zawsze będą chore. Zdarza się też, że pytają wprost: „czy ja umrę?” Czasami pytają, co jest po śmierci i czy umieranie boli.

Co można odpowiedzieć na takie pytania?

Ja odpowiadam szczerze, jeśli mam na to oczywiście pozwolenie od rodziców. Staram się też odpowiadać na konkretnie zadane pytanie, ewentualnie sama pytam, co dziecko chciałoby wiedzieć na ten temat. Zadając pytanie: „co myślisz: jaka jest odpowiedź na to pytanie”, możemy wielu rzeczy się dowiedzieć, jakie dziecko ma przeświadczenia i obawy związane z daną sytuacją. Opowiadam też im, że ja wierzę, że po śmierci spotkają się ze swoimi bliskimi, którzy wcześniej zmarli, że nowe życie będzie lepsze od tego, którego doświadczyli tutaj. Jeżeli dziecko pochodzi z rodziny wierzącej i ten temat jest mu bliski,

rozmawiamy o Bogu, o modlitwie. Proponuję wsparcie duchowe, które może okazać nasz ksiądz. Czasami dodaję, że są ludzie, którzy uważają inaczej, np. że po śmierci możemy stać się motylem lub ptakiem. Małym dzieciom bardzo podoba się taka opcja, zaczynają się wtedy uśmiechać i fantazjować, kim by chcieli zostać.

Ogólnie staram się, żeby moje odpowiedzi były dostosowane do poziomu emocjonalnego dziecka, a język – do wieku pacjenta. Odpowiedzi powinny być krótkie i proste, docieramy nimi do dziecka – nie obciążamy go zbyt dużą informacją. Na pewno trzeba zapewniać, że nie będzie już cierpienia, bo tego się dzieci bardzo boją. Boją się też, co stanie się po śmierci z ich rodzicami, potem co stanie się z ich rzeczami. Ważne jest, aby zapewnić dziecko, że zawsze może przyjść do nas i jeszcze raz o tym wszystkim porozmawiać. Nasze kolejne szkolenie chcę właśnie poświęcić nauce, jak rozmawiać z dziećmi o śmierci.

A o co pytają rodzice?

Głównie o to, jak będzie wyglądało leczenie paliatywne, jakie mogą być dalsze objawy choroby, jak będzie postępowała, czy będzie możliwość przeprowadzenia badań diagnostycznych, czy będziemy w stanie uniknąć u dziecka bólu, cierpienia, duszności. Co oni mogą zrobić, jak mają się nauczyć obsługi sprzętu, który im przywozimy. Wtedy ich uspokajam, że we wszystkim im pomożemy, nauczymy korzystania ze sprzętów medycznych, wszystko będziemy tłumaczyć na bieżąco, będziemy się starać, aby życie dziecka było pozbawione cierpienia. Informujemy rodziców, że mogą dzwonić na telefon dyżurny 24/7 z absolutnie każdym pytaniem, a jeżeli będzie potrzebna pomoc na miejscu, zespół interwencyjny przyjedzie najszybciej, jak jest to możliwe.

Dwa razy w tygodniu będzie przyjeżdżała pielęgniarka, raz na dwa tygodnie lub częściej będzie przyjeżdżał lekarz prowadzący, psycholog, fizjoterapeuta, pracownik socjalny i na życzenie – ksiądz. Postaramy się, aby leczenie, które będziemy prowadzić, było jak najmniej dokuczliwe dla pacjenta, żeby dziecko mogło jak najwięcej korzystać z tego czasu, który mu został. Staramy się także spełniać marzenia naszych małych podopiecznych. Musimy też uprzedzić rodziców, że nie stosujemy terapii daremnej, nie będziemy reanimować dziecka. Dopiero po tym, jak rodzice zapoznają się z zasadami naszej pracy i wyrażą świadomą zgodę, możemy objąć pacjenta opieką paliatywną. Rodzice też czasami nas pytają, jak wyglądają procedury po śmierci dziecka. Zapewniamy ich, że jak nadejdzie ten moment, we wszystkim pomożemy, mogą zadzwonić na telefon dyżurny, przyjedziemy i wszystko zrobimy, jak trzeba. W załatwianiu formalności wspiera rodziców pracownik socjalny.

Czy rodzice-lekarze wymagają specjalnego traktowania?

Podchodzę do takich osób jak do rodziców, a nie jak do lekarzy. Kiedy choruje dziecko, to jest to po prostu re-

lacja z jego rodzicem. Niestety rodzice-lekarze umierających dzieci są bardziej skłonni do stosowania terapii daremnej. Byłam kilka razy świadkiem, gdy poza naszym udziałem stosowali, np. żywienie pozajelitowe u swoich dzieci, aby przedłużyć im życie choć o kilka dni. Chcieli coś zrobić więcej. Szczerze mówiąc, jestem daleka od oceniania, a tym bardziej od osądzania rodziców w ogóle. Nie wiem, co sama bym zrobiła na ich miejscu. „Tyle wiemy o sobie, na ile nas sprawdzono”.

Czy współpracujecie z rodzicami w okresie żałoby?

Nasza pomoc nie kończy się ze śmiercią dziecka, otaczamy opieką rodziców na tak długo, jak tego potrzebują. Mamy grupę wsparcia dla osieroconych rodziców, której spotkania odbywają się co czwartek, mamy też dwa razy do roku uroczyste spotkania w okresie wielkanocnym i okolicy 1 listopada. Wtedy mamy Mszę świętą, podczas której czytamy imiona wszystkich naszych Aniołków. Potem jest poczęstunek i chwila rozmowy z rodzicami. Te spotkania są bardzo ważne zarówno dla rodzin naszych Aniołków, jak i pracowników hospicjum.

A jak rozmawiać ze znajomymi rodzicami, którzy stracili swoje dziecko?

Po pierwsze, trzeba pamiętać, że jest ważne, aby nie unikać rozmów z nimi. Wielu rodziców opowiada nam, że jeszcze jak dziecko żyło i trwała walka, to wiele osób dopytywało o ich dziecko. Ale kiedy dziecko było już w hospicjum, umierało, to część przyjaciół w ogóle zniknęła, inni próbowali unikać tego tematu – tak jakby tego dziecka w ogóle nie było. I to jest bardzo bolesne dla rodziców. Jeśli chcemy pomóc takim osieroconym rodzicom, to w pierwszej kolejności powinniśmy zapytać, jak oni się czują, czy czegoś potrzebują. Czasami potrzeba zwykłej rozmowy, powiedzieć: „bardzo chcę cię wesprzeć, ale nie wiem jak, bardzo chcę być teraz z tobą, ale powiedz mi, jak to zrobić, czego potrzebujesz”. Zasygnalizować, że nadal z nimi jesteśmy. Czasami tacy rodzice potrzebują zwykłej rozmowy o pracy, o planach na przyszłość, chcą wracać do dobrych wspomnień. Czasami chcą usłyszeć z naszych ust o swoim dziecku, wystarczy powiedzieć: „dzisiaj twój synek skończyłby cztery latka, pewnie by tutaj biegał i rozrabiał”. Powtarzam „swoim” rodzicom, że oni byli, są i zostaną na zawsze rodzicami tego dziecka. Tutaj nie ma czasu przeszłego. Trzeba pielęgnować pamięć o dziecku.

Czasami oczywiście występują indywidualne sytuacje, kiedy to rodzice nie chcą jeszcze rozmawiać o śmierci i wtedy też trzeba uszanować ich decyzję. Można rozmawiać wtedy o innych sprawach, prowadzić normalną relację, taką jaką była wcześniej.

Czy ciężko jest być lekarzem w hospicjum?

Nie jest łatwo, ale myślę, że ogólnie nie jest łatwo być lekarzem. Każdy lekarz spotyka się z tematem śmierci i musi go ośwoić. Dlatego postanowiłyśmy jako członkinie Koła Matek Lekarek podjąć ten temat i stąd zrodził się plan cyklu spotkań: „O dobrej śmierci. Tanato-

edukacja dla lekarzy”. Często śmierć, a zwłaszcza śmierć dziecka, jest tematem tabu w naszej społeczności, ale moim zdaniem warto i trzeba o tym rozmawiać. Czasami, jak wracam z pracy, wydaje mi się, że ta praca daje mi o wiele więcej, niż ja daję jej, dlatego na początku każdego swojego wykładu staram się odczarować słowo „hospicjum dziecięce”, bo ta praca też potrafi być cudowna.

To chyba zupełnie inne postrzeganie tematu...

Krąży wiele mitów wokół słowa „hospicjum”: kojarzy się ze śmiercią i cierpieniem dzieci. A to nie jest do końca prawda. Oczywiście dzieci umierają i jest to nieuniknione, ale jest też duża grupa dzieci, które zostają wypisane z hospicjum, bo stan ich na tyle się poprawił, że w danym momencie nie wymagają już leczenia paliatywnego. Część z naszych dzieci to wcześniaki z dysplazją oskrzelowo-płucną, które wymagają tlenoterapii, jedynie przez 3–5 miesięcy, a czasami i krócej. Kolejny mit, to że opiekujemy się głównie dziećmi z chorobami onkologicznymi, a my mamy jedynie około 10% takich pacjentów – aktualnie na 38 pacjentów, mamy tylko 2 dzieci onkologicznie chorych. Także często słyszę od przyjaciół, w tym lekarzy, że nie mogliby pracować w takim miejscu, bo są zbyt wrażliwi i nie mogliby patrzeć na cierpienie dzieci, a „Ty, Żeniu, musisz mieć stalowe nerwy”.

Pracowałam w kilku miejscach podczas specjalizacji, miałam staże na wielu oddziałach i uważam, że w hospicjum dziecięcym pracują bardzo wrażliwe, otwarte i empatyczne osoby, które właśnie dlatego, że nie mogą patrzeć beczynnym na cierpienie dzieci, nauczyły się temu cierpieniu zapobiegać i je koić. W ten sposób lekarze znaleźli w sobie przestrzeń na to, żeby ośwoić temat nieuleczalnej choroby i śmierci dzieci, aby pomóc im

jak najlepiej, jak to jest możliwe. Oczywiście, zdaje sobie sprawę, że nie jest to praca dla każdego, jesteśmy różni i to jest cudowne.

Praca w hospicjum jest wyjątkowa, uczy mnie pokory, cierpliwości i empatii. Przewartościowałam swoje życie, a moje problemy przy problemach rodziców, którzy tracą swoje dzieci, to zwykłe zadania do rozwiązania. Na koniec dnia cieszę się, że to był dobry dzień, że pomogłam innym, a rodzice zazwyczaj są nam bardzo wdzięczni i nas doceniają. Kocham swoją pracę i mam nadzieję, że udało mi się dzisiaj tą miłością z wami podzielić się.

Jakie jeszcze spotkania planuje Koło Matek Lekarzy na ten temat?

Dzisiaj rozpoczęliśmy cykl spotkań o dobrej śmierci, tanatoedukacji dla lekarzy tematem „Empatia. Jak rozmawiać z rodzicami o umieraniu i śmierci ich dziecka”, mam nadzieję, że będzie on kontynuowany. Po prezentacji odbyły się warsztaty, podczas których każdy z uczestników mógł podzielić się swoim doświadczeniem oraz przemyśleniami na ten temat. Myślę, że wrócimy do cyklu od września. Dzisiejszy wykład ma być dostępny do obejrzenia po zalogowaniu się na stronę OIL.

Chciałabym też poświęcić spotkanie temu, jak rozmawiać z dziećmi o chorobie, o stracie osób bliskich, ale też o ich własnej chorobie i umieraniu. Kolejny temat, który będzie skierowany do lekarzy, to jak przygotować się na śmierć pacjenta. A w kolejnym spotkaniu chciałabym poruszyć stronę duchową śmierci, czyli jak w różnych religiach ten temat jest przedstawiany, jak wyglądają różne obrządków pochówku.

Planujemy też poruszyć temat śmierci mózgu i kwalifikacji do transplantacji narządów, chcemy zaprosić ane-

Apel doktor Eugenii Szuszkiewicz

Zwracam się do wszystkich Czytelników z gorącą prośbą o wsparcie Fundacji Pallium for Ukraine, która jest bardzo bliska mojemu sercu i która bardzo potrzebuje naszego wsparcia. Nieuleczalnie chore dzieci zajmują szczególne miejsce w moim sercu. Od początku wojny staram się wspierać paliatywnie chore dzieci z Ukrainy. Dzięki wsparciu i pomocy wielu lekarzy, ratowników, pielęgniarzy i wolontariuszy udało się na początku wojny zorganizować transport i ewakuować wielu ciężko chorych dzieci, zorganizować im i ich rodzinom nowe miejsce zamieszkania i należną opiekę hospicyjną. Niestety, wiele ciężko chorych dzieci nie może wyjechać z Ukrainy. W Ukrainie jest aktualnie bardzo trudna sytuacja, brakuje leków, środków higieny, ciężko kupić żywność specjalistyczną, już nie mówię o rurkach tracheostomijnych i PEGach, których często po prostu nie ma w sprzedaży. A jeżeli coś się pojawia, to kosztuje bardzo drogo. Fundacja, którą założyła i prowadzi cudowna Hanna Polak, wspiera właśnie takie potrzebujące rodziny, które opiekują się paliatywnie chorymi dziećmi i dorosłymi. Szczegółowe informacje, jak pomóc, znajdują Państwo na stronie www.oil.lodz.pl, a także kontaktując się bezpośrednio z fundacją: e-mail: palliumforukraine@gmail.com Facebook: <https://www.facebook.com/PalliumforUA>

steżjologów i chirurgów transplantologów, aby opowiedzieli nam, jak takie procedury przebiegają. W ramach działalności Koła Matek Lekarek chcemy poruszyć wszystkie aspekty tanatoedukacji. Będziemy informować o spotkaniach na bieżąco. Widzę, że zapotrzebowanie na takie rozmowy jest bardzo duże, nie mogliśmy się dzisiaj rozstać z naszą grupą.

Dziękuję za rozmowę.

Eugenia Szuszkiewicz – Matka Lekarka, pediatra in spe, absolwentka Uniwersytetu Medycznego w Łodzi. Specjalizację odbywała w Uniwersyteckim Centrum Pedidatrii im.

M. Konopnickiej w Łodzi. Pochodzi z Kazachstanu, z rodziny repatriantów. Od 2016 r. pracuje w Centrum Opieki Paliatywnej dla Dzieci Fundacji Gajusz i dyżuruje w szpitalu im. Wł. Biegańskiego na Oddziale Chorób Zakaźnych, Tropikalnych i Pasożytniczych dla Dzieci. Głównym obszarem jej zainteresowań jest medycyna paliatywna, psychoonkologia, tanatoedukacja oraz ultrasonografia płuc. W życiu prywatnym szczęśliwa mężatka, mama 14-letniej córki Niny i 3-letniego syna Gabrysia, psa i kota. Uwielbia podróże, czytanie, gotowanie i muzykę cerkiewną.

Patrycja PROC

(przedruk za zgodą z „Panaceum” nr 9/23)

OGŁOSZENIA

Prudnickie Centrum Medyczne S.A. w Prudniku poszukuje lekarzy specjalistów w zakresie chorób wewnętrznych, chirurgii ogólnej oraz pediatrii do współpracy. Warunki i forma zatrudnienia do uzgodnienia. Zapraszamy do kontaktu e-mailowego: pcm@pcm.prudnik.pl lub pod numerem telefonu 77/40-67-890 lub 77/40-67-884.

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. św. Jadwigi, ul. Wodociągowa 4 w Opolu zaprasza do współpracy lekarzy specjalistów lub lekarzy chcących rozpocząć kształcenie specjalizacyjne w dziedzinie neurologii. Oferujemy:

- dopłatę do rezydentury w wysokości 4.000 zł
- możliwość zatrudnienia na umowę o pracę lub kontrakt.
- możliwość zakwaterowania w hotelu pracowniczym.

Szczegółowe informacje: Dział Kadr i Organizacji tel. 77/54-14-243

Szpital Wojewódzkiego w Opolu sp. z o.o. – firma o ugruntowanej pozycji na rynku poszukuje kandydatów/kandydatki na stanowisko lekarza specjalisty w zakresie chorób płuc do pracy w Poradni Chorób Płuc i Gruźlicy

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 zgodnie 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

„Possum” Sp. z o.o. pl. Solny 14/3, 50-062 Wrocław zatrudni lekarza stomatologa (mile widziani lek. emeryci/ lekarze po stażu). Oferujemy atrakcyjne zarobki i elastyczny czas pracy. Zapraszamy do kontaktu: 668-424-550.

Przychodnia POZ NZOZ „ZWM-Malinka” w Opolu zatrudni:

- lekarza PEDIATRE,
- lekarza INTERNISTĘ,
- lekarza RODZINNEGO (także lekarza chcącego się specjalizować w tym kierunku - mamy jedno wolne miejsce do rozpoczęcia specjalizacji) .

Proponujemy bardzo atrakcyjne warunki wynagradzania. Forma zatrudnienia do uzgodnienia - umowa o pracę lub kontrakt. Osoby zainteresowane prosimy o kontakt: tel. 604-192-018; e-mail : Lidia.neo@wp.pl. Adres: Przychodnia POZ NZOZ „ZWM-Malinka” w Opolu, ul. Szarych Szeregów 72

Dyrekcja Szpitala Powiatowego w Strzelcach Opolskich zatrudni:

- lekarza do Szpitalnego Oddziału Ratunkowego,
- lekarza do POZ dziecięcej.

Kontakt telefoniczny: 77/40-70-103, 77/40-70-113.

Dyrekcja Szpitala Powiatowego w Strzelcach Opolskich zatrudni lekarza neonatologa. Kontakt telefoniczny: 77/40-70-103, 77/40-70-113.

Edra Urban & Partner Sp. z o.o.
50-011 Wrocław, ul. Kościuszki 29
Zamówienia: ksiegarnia@edraurban.pl
tel.: 42/680-44-09, fax: 42/680-44-86

NOWOŚCI WYDAWNICZE



Top 10 operacji w chirurgii ręki

T. A. Spanholtz
red. F. Dąbrowski
rok wydania 2023

ISBN 978-83-67447-64-5, format 210 x 275, oprawa twarda, str. 136, cena 98,99 zł

Książka w sposób wyczerpujący przedstawia problemy najczęstszych schorzeń w chirurgii ręki. Autorzy zwrócili szczególną uwagę na omówienie anatomii klinicznej, patomechanizmu powstawania oraz leczenia chorób. Ca-

łość dopełniają liczne zdjęcia, ryciny, tabele. Podręcznik ma czystą i przyjazną formę. Jest to znakomita pozycja dla pasjonatów chirurgii ręki.

Dr n. med. Filip Dąbrowski

W publikacji:

- szczegółowy opis procedur krok po kroku
- planowanie operacji
- przeszkody i wskazówki, jak ich unikać
- opieka pooperacyjna
- powikłania



Stopa cukrzycowa

red. F. Krause, K. Strojek

rok wydania: 2023

ISBN: 978-83-67447-67-6, format: 165 x 235, oprawa twarda, 192 str., cena: 107.10 zł

Pomimo nieustannie rosnącej wiedzy na temat sposobów zapobiegania i leczenia cukrzycy oraz jej powikłań, kontroli glikemii, a także coraz większej świadomości roli, jaką zdrowe odżywianie odgrywa w unikaniu tej choroby, częstość jej występowania w starzejącej się populacji wzrasta na całym świecie. U 20-25% spośród tych pacjentów rozwiną się zmiany owrzodzeniowe, określone jako stopa cukrzycowa.

Powikłanie to ma duży wpływ na pacjentów z cukrzycą w zakresie ograniczeń czynnościowych, uczest-

nictwa w życiu społecznym i ogólnie pojętej jakości życia. Bezpośrednie i pośrednie koszty opieki zdrowotnej związane z leczeniem stopy cukrzycowej, hospitalizacją, amputacjami, a także rehabilitacją i długotrwałą niepełnosprawnością przysparzają znacznych obciążeń społecznych i finansowych.

W publikacji Stopa cukrzycowa z serii Foot and Ankle Clinics of North America zawarto przegląd najnowszych informacji, dotyczących diagnostyki oraz nieoperacyjnego i operacyjnego leczenia powikłań stopy cukrzycowej z perspektywy ostatnich dwudziestu lat, pragnąc pomóc lekarzom dalej rozwijać (interdyscyplinarne) metody leczenia nieoperacyjnego i poprawiać wskaźniki powodzenia zabiegów operacyjnych.

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

Life-long Healthcare Solutions
for Women

SAMSUNG

Baby Snap by RealisticVue™

12 weeks

27 weeks

36 weeks

Experience astonishing 3D image technologies

See truly amazing three-dimensional images of your child's features and movements. And as the real like images help you bond with your precious little one, they'll also be helping your doctor to provide the most comprehensive examination possible.

V8 Step up confidence

* This product, features, options, and translations are not commercially available in all countries. Sales and shipments are effective only after the approval by the regulatory affairs. Please contact your local sales representative for further details. This product is a medical device, please read the user manual carefully before use.



GEMED®

Authorized partner of Samsung ultrasound

SAMSUNG

GEMED
ul. Batorego 19, 41-506 Chorzów
gemed@gemed.info.pl

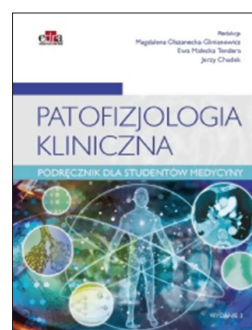
32 350 04 18
www.gemed.pl

ProfiMedical
Polska

**Stworzone
z myślą
o ginekologii
i położnictwie**

Ultrasonografy
SonoScape

www.profimedicalpolska.pl



Patofizjologia kliniczna wyd.3

red. M. Olszanecka-Glinianowicz, E. Małecka-Tendera, J. Chudek

rok wydania 2023

ISBN 978-83-67447-29-4, format 210 x 270, oprawa miękka, str. 536, cena 143,10 zł

„Zarówno autorzy, jak i współredaktorzy kolejnego wydania podręcznika Patofizjologia kliniczna starali się w szerokim zakresie uwzględnić zmiany i nowe koncepcje, które pojawiły się na przestrzeni ostatnich kilku lat w naukach podstawowych i klinicznych. Włożyliśmy wie-

le wysiłku, aby ten podręcznik był jak najbardziej przystępny dla studentów wydziałów lekarskich i – po nabyciu wiedzy o mechanizmach powstawania chorób – stał się podstawą do kontynuacji szkolenia przy łóżku chorego.

Z Przedmowy



Patofizjologia kliniczna to zaktualizowany i najbardziej przystępny podręcznik dla studentów uczelni medycznych oraz lekarzy klinicystów, dzięki któremu:

- poznasz patogenezę chorób człowieka oraz związki przyczynowo-skutkowe w danej jednostce klinicznej

- zrozumiesz procesy zachodzące w organizmie chorego pacjenta

- właściwie zinterpretujesz objawy kliniczne

- zastosujesz właściwe postępowanie diagnostyczne

- zaproponujesz skuteczne leczenie



Przegląd lekowy

wyd. A. Wiela-Hojeńska, B. Sienkiewicz-Oleszkiewicz, A. Skowron

rok wydania 2023

ISBN 978-83-67447-70-6, format 165 x 235, opr. miękka, str. 256, cena 80,09 zł

W ostatnich latach stopniowo zmienia się w Polsce rola farmaceutów w ochronie zdrowia. Następuje przekierowanie ich zainteresowań, które wcześniej skupiały się głównie na wytwarzaniu i dyspensowaniu leków w kierunku aktywnego rozpoznawania i zaspokajania potrzeb indywidualnych pacjentów oraz zapewniania im skutecznej i bezpiecznej farmakoterapii. Wiąże się to ze zwiększeniem liczby osób cierpiących z powodu chorób przewlekłych oraz populacji osób starszych, charakteryzującej się wielochorobowością i związaną z tym wielolekowością, niekiedy prowadzącą do polipragmazji. Dodatkowo oferta lekowa rynku szybko się zwiększa, wzrastają koszty terapii, a także dostępność substancji OTC, co przy zmniejszających się zasobach kadr medycznych

nych i ich starzeniu się, sprzyja upowszechnieniu zjawiska samoleczenia. Zmiany objęły też samych pacjentów, którzy chcą być podmiotami procesu farmakoterapii, a jakość życia w czasie choroby i leczenia jest dla nich bardzo ważna. Wykazują oni znaczne potrzeby informacyjne, których niezaspokojenie sprzyja częstemu wykorzystywaniu informacji pochodzących z Internetu.

Istnieją akty prawne regulujące zasady wykonywania zawodu farmaceuty, umożliwiające efektywniejsze wykorzystanie jego wysokospecjalistycznej wiedzy, umiejętności i kompetencji, tworząc możliwości prawne do świadczenia nowych usług farmaceutycznych. Jedną z nich jest przegląd lekowy, który może być realizowany w opiece zarówno ambulatoryjnej, jak i szpitalnej. Świadczenie tej usługi jest bezcenne nie tylko pod względem jej wpływu na poprawę stanu zdrowia społecznego, poprawę jakości życia pacjentów poprzez optymalizację farmakoterapii, jej efektywność kosztową, ale także z uwagi na rozwój zawodu farmaceutów.

Z Przedmowy

BIULETYN INFORMACYJNY OPOLSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

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

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

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

NAKŁAD: 2800 egz. ISSN 1426-661X

