



ISSN 1426-661X

Nr 320/321

BIULETYN
INFORMACYJNY

OPOLSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

www.izbalekarska.opole.pl

Teatr im. Jana Kochanowskiego • Młodzieżowy Dom Kultury • Miejska Biblioteka Publiczna • Opolska Izba Lekarska

KONGRES KULTURY I HISTORII LEKARSKIEJ W OPOLU

Lekarski Przegląd Piosenki Polskiej • Polskie Chóry Lekarskie • Stanisław Soyka

Malarstwo • Fotografia • Literatura • Rzeźba • #SztukaNaszychDzieci • Kabaret • Rock

08-10.09.2023

DO SZOPY BRACISZKOWIE

Pod koniec XIII wieku we Wrocławiu pokłócił się książę Henryk IV Probus z biskupem Tomaszem II Zarembą. Poszło o ziemie zajęte przez Kościół. Przez dobrych kilka lat panowie spiskowali, rzucali klątwy, sędzili się i odwoływali. W końcu biskup uciekł z Wrocławia. Sprzyjający mu dominikanie od świętego Wojciecha też musieli sobie szukać nowego miejsca. Wpierw zapukali do bram klasztoru w Raciborzu. Jednak tamtejsi braciszkanie ledwo wiązali koniec z końcem, nie mogli więc przyjąć zbiegów. Ulitował się nad nimi książę opolski Bolko I. Co prawda miał już u siebie franciszkanów, ale obiecał zająć się wygnańcami. Jak obiecał, tak zrobił.

Główkował, gdzie by ich ulokować. Nie mogli mieszkać zbyt blisko zamku na Ostrówku, jeszcze by zawrócili w głowie księżnej Agnieszce. Córka Ottona III Pobożnego była trochę dziwna. Już siedem lat dzieliła z Bolkiem I łóżę małżeńskie, a wciąż nie powiła dziecka. Poprosiła za to męża o wieżę. I zbudował. Do dziś z piastowskiego zamku przetrwała tylko ta wyblagana wieżyca. Agnieszka wspinała się krętymi schodami na sam szczyt i przyglądała się flisakom spławiającym drewno na rzece płynącej opodal. Tymczasem książę się zamartwiał: nie dość, że musiał lawirować pomiędzy Tomaszem i Probussem, to jeszcze nie miał dziedzica. Wreszcie żona urodziła mu syna. Dostał na imię Bolko (Pierworodny). Za niedługo znów świętowali, bo oto przyszedł na świat kolejny chłopiec. Dla odmiany również ochrzczono go Bolko (II). Ale w roku 1287, kiedy to Dominicans, czyli psy Pana, jak się mówi o braciach kaznodziejach, uciekli z Wrocławia, książę opolski Bolko I nie miał jeszcze żadnych dzieci. Może chciał się przypochlebić Bogu? Ktoś odpowiedział mu zarośniętą chaszczami Górkę. Kazał ją wykarczować i sklecić prowizoryczne baraki.

Przyznać trzeba, że dominikanom się poszczęściło. Przez pół wieku mieszkali, co prawda, w szopach, ale w drugiej

połowie XIV wieku Górkę upatrzył sobie wnuk Bolka I, książę Władysław Opolczyk, ten sam, który namawiał mistrza krzyżackiego Konrada Wallenroda na rozbiór Polski. Tenże Władysław wymurował na Górcie okazały zamek z widokiem na miasto. Nie oszczędzał ani na budowlanych, ani na rzemieślnikach, materiał zaś ściągał z najlepszego wyrobiska. W końcu budował dla siebie, nie uprawiał jakiegś tam lichej deweloperki. Zburzył też Władysław prowizorkę zmajstrowaną za czasów dziadka Bolka I, w zamian postawił braciszkom kościół, a na dokładkę powiększył, ulepszył i otoczył murem ich monastyr. Tak oto obskurna Górka stała się Górką książęco-zakonną.

Pięćset lat dominikanów w Opolu to istna huśtawka: raz lepiej, raz gorzej, raz beznadziejnie. To przegnano ich z klasztoru, to najechali i złupili Szwedzi, to znów wybuchł w mieście pożar, który strawił również zabudowania zakonne. Bracia kaznodzieje nieustannie podnosili się ze zgliszcz. Co stracili, to naprawili. Z szafasów sprezentowanych przez Bolka I przenieśli się do porządnego klasztoru, spod namiotów i chlewów po potopie szwedzkim dochrapali się majątku oszacowanego w 1810 roku na dwadzieścia trzy tysiące dwieście piętnaście talarów. Na te dobra składały się budynki klasztorne i gospodarcze, stajnie, browar, ogród i paramenty liturgiczne, te wszystkie kielichy, lichtarze, patery, kadzielnice, rozmaite tacki i szaty. Skarby policzono skrupulatnie, bo król pruski Fryderyk Wilhelm II (Śląsk należał wtedy do Prus) wydał dekrety, na mocy których wszystkie kongregacje, klasztory i fundacje duchownych miały być zlikwidowane, a ich bogactwa przekazane państwu. W 1811 roku dominikanie zniknęli z opolskiej Górki i już nigdy na nią nie wrócili.

Agnieszka KANIA





Drodzy Czytelnicy!

Być może zauważyliście, że nasz letni Biuletyn ukazuje się z miesięcznym poślizgiem w stosunku do dotychczasowych terminów. No cóż, to skutki „rewolucji” w wydawaniu „Gazety Lekarskiej” i zmian

w kolportażu i jej i biuletynów. Jest to także pokłosie naszej izbowej decyzji o wydawaniu naszego Biuletynu w odstępach dwumiesięcznych.

Na początku września Opole stanie się na kilka dni stolicą lekarskiej kultury i historii. W dniach 8 – 10 września odbędzie się Kongres Kultury i Historii Lekarzy. To największa – jak do tej pory – impreza tego typu zorganizowana przez Samorząd Lekarski w ciągu ponad 30 lat jego istnienia. To Wielkie Święto naszych Koleżanek i Kolegów lekarzy i lekarzy dentystów, którzy realizują swoje kulturalne i historyczne pasje. W ciągu tych 3 dni, także i Wy, będziecie mogli podziwiać ich dorobek artystyczny. Ale po kolei:

W piątek 8 września na Opolskim Rynku zainauguruje Kongres wernisaż wystawy fotografii „Lekarskie szkiełko i oko”, będącej plonem organizowanych od wielu już lat przez Lubelską Izbę Lekarską warsztatów fotograficznych w Kazimierzu nad Wisłą.

Dalej, już siedzibie Miejskiej Biblioteki Publicznej przy ul. Minorytów, szef Unii Polskich Pisarzy Lekarzy poprowadzi spotkanie pod hasłem „Leczyć czy pisać?” z dwiema piszącymi lekarkami-Opolankami Agnieszka Kanią i Jolantą Matlachowską-Palą.

Równocześnie w tym samym miejscu czynne będą dwie wystawy: „Fotografia po godzinach” prezentująca niewielki fragment dorobku artystycznego naszej Prezes – dr Jolanty Smerkowskiej-Mokrzyckiej oraz wystawa ceramiki autorstwa dr Stanisława Mysiaka ze Śląskiej Izby Lekarskiej zatytułowana „Sculpo ergo sum (Rzeźbię więc jestem)”.

A w późnych godzinach wieczornych w hotelu „Weneta” wystąpi opolski lekarski zespół rockowy „Reanimators New”, a w hotelu „Piaś” zaprezentuje się literacki Kabaret „Bąk” z Łódzkiej Izby Lekarskiej.

Z kolei w sobotę 9 września w godzinach przedpołudniowych miłośnicy historii medycyny i Samorządu Lekarskie-

go spotkają się w hotelu „Szara Willa” na konferencji „Medyczne spotkania z historią”. W tym samym czasie w hotelu „Piaś” odbędzie się debata na temat kondycji kultury w środowisku lekarskim oraz spotkanie redaktorów biuletynów izbowych.

Kulminacyjnym punktem Kongresu będzie popołudniowy koncert 10 chórów lekarskich działających w poszczególnych izbach w Teatrze im. Jana Kochanowskiego. Ze sceny zabrzmiały znane i lubiane piosenki z Festiwalu Opolskich w nowych aranżacjach. Obok dorosłych śpiewających medyków w ramach projektu „#SztukaNaszychDzieci” wystąpią także i dzieci lekarskie. A absolutną gwiazdą sobotniego koncertu będzie Stanisław Soyka. Jednocześnie w teatralnym foyer odbędzie się finał lekarskich warsztatów malarskich „Turawa ’23” poprzedzających Kongres.

Niedziela 10 września będzie dniem, w którym nasi goście będą mogli spokojnie zwiedzić sobie nasze piękne miasto. A w trakcie trwania całego Kongresu jego uczestnicy będą mieli okazję zwiedzić Muzeum Polskiej Piosenki.

Z racji rozmachu samej imprezy, oprócz aktywności kulturalno-historycznych, w trakcie trwania Kongresu odbędą się również wyjazdowe posiedzenia Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej, Konwentu Przewodniczących Okręgowych Izb Lekarskich oraz Krajowej Komisji Wyborczej.

Głównym organizatorem Kongresu jest Ośrodek Kultury i Dziedzictwa Historycznego Naczelnej Izby Lekarskiej, a głównym gospodarzem - oczywiście Opolska Izba Lekarska. Szczegółowy plan Kongresu znajdziecie na ostatniej stronie okładki tego Biuletynu.

Bardzo serdecznie zapraszam wszystkich do aktywnego udziału we wszystkich jego wydarzeniach – niestety z jednym wyjątkiem. Jak sami rozumiecie Teatr im. Kochanowskiego może pomieścić ściśle określoną liczbę widzów. Do udziału w koncercie chórów i Stanisława Soyki uprawnia specjalna wejściówka, z których większość już została rozdysponowana pośród gości i uczestników Kongresu. Pozostała jednak jeszcze pewna liczba wejściówek, które będzie można pozyskać przy pomocy linku: **[NIL - Kongres Kultury i Historii Lekarskiej w Opolu. Warto tego doświadczyć.](#)** Mam nadzieję, że będziecie mieli odrobinę szczęścia. A więc do zobaczenia na Kongresie!!

Jerzy B. LACH



Koleżanki! Koledzy!

Mija właśnie połowa letniego wypoczynku, za nami Piknik Rodzinny, a przed nami wielkie wydarzenie kulturalne, dotyczące świata lekarskiego. Ale zaczynajmy od Pikniku. Odbył się on 24 czerwca br. w siedzibie Opolskiej Izby Lekarskiej. Inicjatorem i zarazem organizatorem wydarzenia byli członkowie Komisji Młodych Lekarzy, działającej przy naszej Izbie. Pogoda była wyjątkowo humorzasta, ale nie przeszkadzało to dzieciakom bawić się na całym (sprawozdanie z tego wydarzenia znajdziecie Państwo w środku Biuletynu i na stronie internetowej naszej Izby łącznie z relacją filmową oraz na Facebooku pod hasłem Opolska Izba Lekarska)

Drugie wydarzenie, o którym chcę wspomnieć będzie miało miejsce we wrześniu, a konkretnie w dniach od 8 do 10 września. Wtedy to odbędzie się w Opolu Kongres Kultury i Historii Lekarskiej organizowany przez Ośrodek Kultury i Dziedzictwa Historycznego Naczelnej Izby Lekarskiej we współpracy z Opolską Izbą Lekarską. Program będzie obfitował w wiele artystycznych imprez: wernisaż wystawy fotograficznej lekarzy pod znamienym tytułem „Lekarskie szkiełko i oko”, „Nie święci garnki lepią” - to finisaż wystawy prac ceramicznych lekarzy, „Leczyć i pisać” to wieczór literacki Unii Polskich Pisarzy Lekarzy. Do tego dodatkowo „Fotografia po godzinach”

- wystawa fotograficzna członka Opolskiej Izby Lekarskiej. To wszystko odbędzie się 8 września. Zaś clou całego wydarzenia, to Lekarski Przegląd Piosenki Polskiej w Opolu, który będzie miał miejsce w sobotę 9 września w godzinach popołudniowych w Teatrze im. Jana Kochanowskiego. Wystąpi 10 chórów lekarskich z repertuarem piosenek z opolskich festiwali. Wisienką na torcie będzie koncert Stanisława Soyki. Na te wszystkie wydarzenia serdecznie zapraszam w imieniu Okręgowej Rady Lekarskiej Opolskiej Izby Lekarskiej. Na wszystkie wydarzenia wstęp jest wolny, ale w przypadku Lekarskiego Przeglądu Piosenki Polskiej obowiązują tzw. „wejściówki” (Teatr ma swoją pojemność!!!). Były one do bezpłatnego uzyskania w siedzibie naszej Izby - do 30 czerwca br.

Kończąc, chciałabym jeszcze wspomnieć, że warto zapoznać się z artykułem, znajdującym się w Biuletynie (na stronie naszej Izby też) autorstwa naszego Skarbnika, Kolegi Zbigniewa Kowalika. Dotyczy on zasad opłacania składek członkowskich i możliwości zwolnienia z uiszczania składek częściowo lub całkowicie. Mamy, jako Izba trochę z tym problemem, bo nie wszyscy dokładnie czytają warunki zwolnienia lub obniżenia składki członkowskiej, myślą się także czasem takie pojęcia jak przychód i dochód, a nie jest to tożsame, stąd gorąco zachęcam do przeczytania artykułu naszego Skarbnika.

Jolanta SMERKOWSKA-MOKRZYCKA

CO SŁYCHAĆ W IZBIE

WIOSENNO-LETNIE POSIEDZENIA OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ

W dniu 24.05.2023 r. odbyło się majowe posiedzenie Rady Okręgowej. Rada obradowała nad następującymi problemami:

Przyznanie praw wykonywania zawodu

Wniosek o przyznanie Warunkowego PWZ złożyła lek. Olha Rudnytska - obywatelka Ukrainy (ukończyła Bukowiński Państwowy Uniwersytet Medyczny w Czerniowcach), przyznano WPWZ do 4.05.2028 r. (praca pod nadzorem lekarza specjalisty przez 3 miesiące) - uchwałę podjęto jednogłośnie.

Wniosek o WPWZ na określony zakres czynności zawodowych złożył lek. Yauheni Kaima - obywatel Białorusi (ukończył Grodzieński Państwowy Uniwersytet Medyczny w Grodnie), przyznano PWZ do 24.05.2028 r. (prome-

sa zatrudnienia w Centrum Psychologii Zdrowia „Domed” w Nysie) - uchwałę podjęto przy jednym głosie wstrzymującym się.

Rejestracja podmiotów prowadzących szkolenie podyplomowe lekarzy

Firma „MedicaRescue” Łukasz Szymczyszyn zarejestrowana w naszej Izbie złożyła wnioski o przeprowadzenie kursów dla lekarzy stomatologów w dniach: 13.05.23 r. w Nowym Targu, 19.05.23 r. we Wrocławiu, 31.05.23 r. w Opolu, 10.06.23 r. w Tarnowie Opolskim i 01.07.23 r. w Kielcach oraz o przyznanie punktów edukacyjnych. Temat kursu: „Podstawowe i zaawansowane zagadnienia nagłych stanów zagrożenia życia - postępowanie w przypadku osób dorosłych i dzieci” (kier. naukowy szkolenia lek. Aga-



ta Michalczyk). Uchwałę podjęto jednogłośnie i przyznano po 9 pkt. edukacyjnych za każde szkolenie.

Firma Cartis Group Sp. z o.o. poinformowała, że dn. 25.05.23 r. w Prószkowie odbędzie się szkolenie pt. „Choroby tarczycy i cukrzycy” (kier. naukowy szkolenia dr n. med. Helena Jastrzębska).

Zmiany w rejestrze indywidualnych praktyk lekarskich

Brak wniosków.

Przyznanie świadczeń z Funduszu Samopomocy

Jednogłośnie podjęto Uchwałę w sprawie finansowania ze środków Funduszu Samopomocy Opolskiej Izby Lekarskiej w kwocie do 3000 zł brutto imprezy z okazji Dnia Dziecka, która odbędzie się w dn. 24.06 br. na terenie naszej Izby Lekarskiej. Wniosek w tej sprawie został złożony przez kol. Bartosza Biedronia - Przewodniczącą Komisji Młodych Lekarzy.

Zmiany w wysokości składki członkowskiej

Oświadczenie o nieosiąganiu przychodów i o zwolnienie z opłacania składek członkowskich złożyło dwoje lekarzy - uchwałę podjęto jednogłośnie.

Na wniosek jednej lekarki Rada, przy jednym głosie wstrzymującym się, podjęła Uchwałę o obniżeniu składki członkowskiej do 60 zł przez okres trzech miesięcy.

Wyznaczenie przedstawicieli członków ORL do komisji konkursowych

Dyrektor SP ZOZ Szpital Specjalistyczny MSWiA w Głuchołazach zwrócił się z prośbą o rozpatrzenie możliwości zmiany członka Rady Społecznej ww. szpitala. Prezydium jednogłośnie zaproponowało kandydaturę dr Rafała Piątka, a Rada podjęła w tej sprawie uchwałę przy jednym głosie wstrzymującym się. Informacje przekazano do NIL.

Sekretarz ORL

Lek. Małgorzata ŁUSZCZYŃSKA-OSTROWSKA

W dniu 28.06.2023 r. odbyło się ostatnie przed wakacjami posiedzenie Okręgowej Rady Lekarskiej. Rada obradowała nad następującymi problemami:

W pierwszym punkcie posiedzenia Prezes przedstawiła stanowisko NIL w sprawie przyjęcia rekomendacji w zakresie przyznawania WPWZ lekarza lub lekarza dentysty w tzw. trybie uproszczonym. Rada jednogłośnie podjęła Uchwałę w sprawie rekomendacji NRL z dn. 2 czerwca 2023 r. „Przyjmuje się do stosowania rekomendację NRL dot. lekarzy i lekarzy dentystów cudzoziemców ubiegających się o PWZ w trybie uproszczonym (WPWZ i PWZ na określony zakres czynności zawodowych) o przyznanie tego prawa i określać w uchwale pięcioletni okres pracy pod nadzorem lekarza specjalisty”.

Dyrektor Regionalnego Ośrodka Psychiatrii Sądowej w Branicach złożył prośbę o wyznaczenie przedstawiciela ORL do komisji konkursowej na stanowisku Dyrektora ds. Lecznictwa i Rehabilitacji. Prezydium jednogłośnie zaproponowało kandydaturę dr Marty Wolniak. Rada podjęła uchwałę jednogłośnie.

Sprawozdania członków ORL z działalności pomiędzy posiedzeniami

Kol. Zbigniew Kowalik – Skarbnik OIL poinformował, że prowadzi rozmowy dot. zmiany ogrzewania w siedzibie Izby (obecnie koszty są zbyt wysokie). Rozważane są różne opcje.

Kol. Jerzy Jakubiszyn poinformował o przygotowaniu nowego projektu Regulaminu Wyborów przez Krajową Komisję Wyborczą.

Sprawy różne i wolne wnioski

Prezes Smerkowska-Mokrzycka poinformowała członków Rady, że na skutek zmian legislacyjnych z dniem 05.05.23 r. zlikwidowano dotychczas działające Komisje Bioetyczne. Powstanie Naczelna Komisja Bioetyczna, która będzie powoływała członków (po złożeniu przez nich wniosków) do nowych Komisji Bioetycznych. Rada uznała, że wszyscy członkowie Komisji Bioetycznej działającej przy naszej Izbie powinni złożyć takie wnioski.

W związku z organizacją w dniach 08.-10.09.23 r. II Kongresu Kultury i Historii Lekarskiej w Opolu przez Ośrodek Kultury i Dziedzictwa Historycznego NIL i przez Opolską Izbę Lekarską Prezes zaapelowała o rezerwację miejscówek na koncert finałowy, który odbędzie się 09.09 br. w Teatrze Kochanowskiego w Opolu. Gwiazdą koncertu będzie Stanisław Soyka, wystąpią również chóry lekarskie z 12 okręgowych izb lekarskich.

Wobec wyczerpania porządku obrad, na tym posiedzenie zakończono.

Prezes ORL

Lek. dent. Jolanta SMERKOWSKA-MOKRZYCKA

Przyznanie praw wykonywania zawodu

Wniosek o przyznanie PWZ w związku z przeniesieniem z Dolnośląskiej Izby Lekarskiej we Wrocławiu złożyła lek. Weronika Hajduk - uchwałę podjęto jednogłośnie.

Wniosek o przedłużenie WPWZ złożyła lek. Anastasiia Tomiuk-Denysova - obywatelka Ukrainy (WPWZ ważne do 18.08.2026 r.) - uchwałę podjęto jednogłośnie.

Wnioski o wydanie PWZ dla lekarzy cudzoziemców celem odbycia stażu podyplomowego złożyli:

- lek. Roman Havrylko - obywatel Ukrainy (ukończył Iwano-Frankowski Państwowy Uniwersytet Medyczny), posiada WPWZ ważne do 28.06.2028

r. (praca pod nadzorem lekarza specjalisty przez 5 lat) - uchwałę podjęto jednogłośnie;

- lek. Maryia Liapeshkina - obywatelka Białorusi (ukończyła Białoruski Państwowy Uniwersytet Medyczny) – uchwałę podjęto przy 1 głosie przeciw i 3 wstrzymujących się.
- Wniosek o przyznanie Warunkowego PWZ złożyli:
- lek. Andrii Melnyk - obywatel Ukrainy (ukończył Sumski Państwowy Uniwersytet Medyczny w Sumach), posiada WPWZ ważne do 28.06.2028 r. (praca pod nadzorem lekarza specjalisty przez 5 lat) - uchwałę podjęto jednogłośnie;
- lek. dent. Serhii Karavaiev – obywatel Ukrainy (ukończył Doniecki Państwowy Uniwersytet Medyczny w Doniecku), posiada WPWZ ważne do 28.06.2028 r. (praca pod nadzorem lekarza specjalisty musi odpowiadać 455 godzinom) - uchwałę podjęto przy 3 głosach wstrzymujących się;
- lek. Oleh Kliusa - obywatel Ukrainy (ukończył Iwano-Frankowski Państwowy Uniwersytet Medyczny), posiada WPWZ ważne do 28.06.2028 r. (praca pod nadzorem lekarza specjalisty przez 5 lat) - uchwałę podjęto jednogłośnie.
- Wniosek o PWZ na określony zakres czynności zawodowych złożyła lek. Olha Burba – obywatelka Ukrainy (ukończyła Dniepropietrowski Instytut Medyczny w Dniepropietrowsku), zatrudniona w Szpitalu Powiatowym w Strzelcach Opolskich, PWZ ważne do 28.06.2028 r. (praca pod nadzorem lekarza specjalisty przez 5 lat) - uchwałę podjęto jednogłośnie.

Rejestracja podmiotów prowadzących szkolenie podyplomowe lekarzy

Brak wniosków.

Zmiany w rejestrze indywidualnych praktyk lekarskich

Z rejestru praktyk wykreślono jedną praktykę z powodu śmierci lekarza i jedną z powodu zaprzestania działalności medycznej - uchwały podjęto jednogłośnie.

Przyznanie świadczeń z Funduszu Samopomocy

Brak wniosków.

Zmiany w wysokości składki członkowskiej

Wniosek o obniżenie składki członkowskiej złożyła jednak lekarka. Uchwałę o obniżeniu składki do 60 zł miesięcznie na okres 3 miesięcy (VII-IX.2023 r.) podjęto przy 1 głosie wstrzymującym się.

Wyznaczenie przedstawicieli członków ORL do komisji konkursowych

Dyrektor SP ZOZ Szpital Specjalistyczny MSWiA w Głucholazach zwrócił się z prośbą o wyznaczenie przedstawicieli OIL do komisji konkursowych na stanowiska:

Pielęgniarki Naczelnej i Pielęgniarki Oddziałowej Oddziału Rehabilitacji Kardiologicznej z Działem Intensywnego Nadzoru Medycznego. Do w/w komisji konkursowych przyjęto jednogłośnie dr Rafała Piątka.

Jednogłośnie podjęto Uchwałę w sprawie ustalenia terminów posiedzeń Okręgowej Rady Lekarskiej i jej Prezydium w II półroczu 2023 r.

Jednogłośnie podjęto Uchwałę w sprawie zgłoszenia kandydatów na członków Wojewódzkiej Komisji ds. Spraw Orzekania o Zdarzeniach Medycznych w kadencji 2024-2029. Zgłoszono kandydatury:

- dr n. med. Jerzy Jakubiszyn,
- lek. Małgorzata Łuszczynska-Ostrowska,
- lek. Wojciech Osiński,
- dr n. med. Teresa Sicińska-Werner.

Sprawozdanie z posiedzenia NRL i Konwentu Prezesów ORL w dn. 1-2 czerwiec 2023 r.

Sprawozdanie z obrad Naczelnej Rady Lekarskiej w dniu 2 czerwca 2023 r. w Olsztynie przedstawił Wiceprezes Stanisław Kowarzyk.

1. Otwarcie obrad. 100-lecie pierwszego posiedzenia Naczelnej Rady Lekarskiej. Przywitanie byłych Prezesów Naczelnej Rady Lekarskiej.

2. Podjęto uchwały Naczelnej Rady Lekarskiej w sprawie kierunku nowelizacji Kodeksu Etyki Lekarskiej (KEL).

3. Naczelna Rada Lekarska zobowiązuje Komisję Etyki Lekarskiej NRL do:

- opracowania i sukcesywnego udostępniania na stronie internetowej NIL, w celu prowadzenia debaty w środowisku samorządowym, propozycji zmian treści artykułów KEL,
- opracowania i przedłożenia Naczelnej Radzie Lekarskiej w terminie do dnia 31 stycznia 2024 r. projektu zmian Kodeksu Etyki Lekarskiej pod kątem nowelizacji KEL na Nadzwyczajnym XVI Krajowym Zjeździe Lekarzy, który odbędzie się w dniach 16-18 maja 2024 r.

4. Podjęto uchwałę Naczelnej Rady Lekarskiej w sprawie powołania przedstawicieli do ministerialnego Zespołu ds. opracowania rekomendacji wdrożenia systemu kompensacji szkód bez orzekania o winie no-fault. Na przedstawicieli Naczelnej Izby Lekarskiej do Zespołu ustanawia się:

- Piotr Pawliszak jako Zastępca Przewodniczącego,
- Krzysztof Kordel,
- Jarosław Feszak.

5. Podjęcie uchwały Naczelnej Rady Lekarskiej w sprawie regulaminu nadania odznaczenia „Meritus pro Medicis”. Celem zmian w regulaminie odznaczenia „Meritus pro Medicis” jest znaczące podkreślenie jego wartości i wyjątkowości spośród odznaczeń:

- redukcję liczby członków Naczelnej Izby Lekarskiej w Kapitulie (o 50%) i włączenie do kapituły wszystkich dotychczas noszących to odznaczenie,

- zmniejszenia liczby odznaczonych,
- pozostałe zmiany w zakresie trybu głosowań mają na celu uproszczenie procedur i umożliwienie pracy online.

6. Podjęto uchwałę Naczelnej Rady Lekarskiej w sprawie zobowiązania Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej do podjęcia działań w celu zmodernizowania logo Naczelnej Izby Lekarskiej.

7. Omówienie wniosku Krajowej Komisji Wyborczej i podjęcie uchwały w sprawie utworzenia programu do głosowania elektronicznego (uchwała podjęta została jednogłośnie) - wydatek do 400 tys. brutto.

8. Przyjęcie stanowiska Naczelnej Rady Lekarskiej w przedmiocie Apelu Dolnośląskiej Rady Lekarskiej we Wrocławiu z dnia 25 maja 2023 r. w sprawie przywrócenia części ustnej Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego. Naczelna Rada Lekarska, po zapoznaniu się z treścią Apelu odrzuca możliwość podjęcia działań zmierzających do uchylenia zapisów art. 16rc ust. 10 Ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (tekst jednolity Dz. U. z 2022 r., poz. 1731 ze zm.). W uzasadnieniu czytamy: „Od dłuższego czasu środowisko medyków, w tym działacze Samorządu Lekarskiego oczekiwali likwidacji części ustnej Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego w sytuacji uzyskania co najmniej 75% poprawnych odpowiedzi z części pisemnej. Powyższe postulaty miały swe szerokie uzasadnienie. Przede wszystkim z danych przedstawionych w piśmie CEM z dnia 22 czerwca 2022 r. wynikało, że po podsumowaniu wyników z 9 sesji egzaminacyjnych, spośród 426 osób z oceną bardzo dobrą z części pisemnej tylko 2 osoby nie zdały następnie części ustnej (0,4%). W przypadku osób z oceną dobrą plus było to zaledwie 0,7%, a u osób z oceną dobrą 1,3%. Przedstawione dane jednoznacznie dowodziły, że egzamin ustny w tej grupie lekarzy jest jedynie formalnością i pozostaje bez wpływu na przygotowanie zawodowe tych lekarzy. Kolejnym argumentem było to, że czas, w którym lekarze skupiają się w przygotowaniach do ustnej części PES mogliby przeznaczyć na opiekę nad Pacjentami. Mając na uwadze te okoliczności, Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej w dniu 18 listopada 2022 r. wydało stanowisko (Nr 30/22/P-IX) w sprawie szkodliwych zapisów przyjętej przez Sejm ustawy o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz niektórych innych ustaw, w którym stanowczo wyraziło oczekiwanie i zasadność zwolnienia lekarzy z części ustnej PES w sytuacji uzyskania 75% poprawnych odpowiedzi z części pisemnej. Stanowisko to zostało opublikowane w BIP i było powszechnie znane w środowisku. Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej, w związku z powyższym podjęło aktywne działania zmierzające do wprowadzenia stosownych regulacji prawnych czego wynikiem było dodanie przez Ministra Zdrowia art. 16rc ust. 10 do Ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (tekst jednolity Dz. U. z 2022 r., poz. 1731 ze zm.). W związku z powyższym Apel Dolno-

śląskiej Rady Lekarskiej we Wrocławiu, z dnia 25 maja 2023 r. w sprawie przywrócenia części ustnej Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego jest nieuzasadniony”.

9. Podjęcie uchwały o powołaniu Kanclerza Kapituły Odznaczenia „Meritus pro Medicis” – został nim Romuald Krajewski

10. Dyskusja nad organizacją prac Naczelnej Rady Lekarskiej. Zmiana miejsc zasiadania w Sali obrad na grupowanie wg członkostwa w komisjach

11. Decyzja kierunkowa w kwestii CRL. Podjęto uchwałę NRL w sprawie upoważnienia Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej do podjęcia działań mających na celu analizę struktur baz danych Okręgowych Rejestrów Lekarzy. Audyt dotyczący rejestru lekarzy w OIL to koszt 4000-6000 zł.

12. Stanowisko NRL w sprawie przyjęcia rekomendacji w zakresie przyznawania prawa wykonywania zawodu lekarza lub lekarza dentysty w tzw. uproszczonych trybach:

- na 5 lat i pod nadzorem specjalisty z imienia i nazwiska,
- opiekun weryfikuje pracę i przedstawia ORL sprawozdanie 1x w roku,
- możliwe cofnięcie, gdy nie spełnia warunków (powołanie komisji do spraw zdolności do wykonywania zawodu).

Sprawozdanie z posiedzenia Konwentu Prezesów ORL w dn. 1 czerwca 2023 r. przedstawiła Prezes Jolanta Smerkowska-Mokrzycka. Konwent omawiał problemy dotyczące:

- przyznawania WPWZ w trybie uproszczonym,
- zabezpieczania systemów informatycznych w izbach okręgowych i NIL.

Sprawozdania członków ORL z działalności pomiędzy posiedzeniami

Kol. Barbara Hamryszak przekazała informacje ze swego uczestnictwa w dwóch spotkaniach Rady Społecznej NFZ Oddział Opole, na których:

- przedstawiono realizację budżetu w 2022 r. Pani dyr. Beata Cyganiuk oświadczyła, iż wszystkie nadwykonalności zostały zapłacone przez nasz oddział;
- Rada Społeczna zaopiniowała prognozy przychodów i kosztów na lata 2024-2026;
- zaopiniowano plan budżetowy na rok 2024 r.

Sprawy różne i wolne wnioski

Przewodnicząca Komisji Stomatologicznej Barbara Hamryszak złożyła wniosek o przyjęcie w poczet członków w/w komisji IX kadencji kol. Piotra Wiśniewskiego - uchwałę podjęto jednogłośnie.

Prezes odczytała Uchwałę NRL z dn. 2 czerwca 2023 r. w sprawie upoważnienia Prezydium NRL do podjęcia działań mających na celu analizę struktur baz danych Okręgowych Rejestrów Lekarzy. Zgodnie z uchwałą zobowiązuje się Prezydium do rozpoczęcia prac nad stwo-

rzeniem nowego oprogramowania do obsługi Centralnego Rejestru Lekarzy i Okręgowych Rejestrów Lekarzy.

Rada Lekarska jednogłośnie podjęła Stanowisko w sprawie poselskiego projektu ustawy o zmianie Ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentysty dotyczącej klauzuli sumienia. ORL stwierdza, że problem klauzuli sumienia wymaga rzeczowej analizy, dla której odpowiednim forum będzie najbliższy Nadzwyczajny Zjazd Lekarzy, w programie którego przewidziana jest dyskusja nad KEL.

Prezes zwróciła się do Urzędu Marszałkowskiego z zapytaniem o źródła finansowania kursu z medycyny ratunkowej dla lekarzy, którzy rozpoczęli staż podyplomowy po 1 marca 2023 r. W odpowiedzi uzyskano informację, że powyższy kurs stanowi uzupełnienie wiedzy zdobytej w ramach stażu cząstkowego z zakresu medycyny ratun-

kowej prowadzonej przez podmiot, który zawarł umowę o pracę z lekarzem stażystą na realizację stażu podyplomowego i ma zostać przeprowadzony w ramach organizacji własnej.

Kol. Barbara Suzanowicz - Przewodnicząca KEL poinformowała o zgłoszonym projekcie dotyczącym szkoleń stacjonarnych i online do KEL NIL.

Kol. Wiesław Latała poinformował o dwóch posiedzeniach naukowo-szkoleniowych (po 2-letniej przerwie z powodu pandemii COVID-19) Opolskiego Oddziału PTS dla lekarzy dentystów.

Wobec wyczerpania programu spotkania, na tym posiedzenie zakończono.

Sekretarz ORL

Lek. Małgorzata ŁUSZCZYŃSKA-OSTROWSKA

Prezes ORL

Lek. dent. Jolanta SMERKOWSKA-MOKRZYCKA

DWA POSIEDZENIA KOMISJI STOMATOLOGICZNEJ

W dniu 20 kwietnia odbyło się kolejne posiedzenie Komisji Stomatologicznej. Posiedzenie rozpoczęła przewodnicząca dr Barbara Hamryszak od podania paru informacji:

- od 01.07.2023 r. wzrośnie wycena świadczeń protekcyjnych;
- od 24.08.2023 r. wchodzi w życie dokumentowanie leczenia bólu w stomatologii.

Z treści rozporządzenia ministra zdrowia z 6 lutego 2023 r. wynika, że do 24 sierpnia 2023 r. wszystkie praktyki i podmioty ambulatoryjne powinny dostosować działalność do wymogów nowych przepisów. Na podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych nałożony został ustawowy obowiązek:

1. Określenia stopnia natężenia bólu.
2. Leczenia bólu.
3. Monitorowania skuteczności tego leczenia.

Uwaga! W nowym rozporządzeniu znalazło się sformułowanie o jednomyślności co do oceny bólu ze strony pacjenta, jak i lekarza - jest to o tyle istotne, że nie zmusza stomatologa do działania, także w zakresie opisywania leczenia bólu, niejako na każde życzenie osoby leczonej.

Gabinet stomatologiczny nie musi zatrudniać doradcy ADR - czyli doradcy ds. bezpieczeństwa transportu towarów niebezpiecznych - jeśli masa wywożonych odpadów medycznych określonych kodem UN 3291 nie przekracza 333 kg miesięcznie.

Sekretarz KS

Lek. dent. Agnieszka CHOMIK-RĄCZY

Komisja Stomatologiczna przypomina o reaktywacji Opolskiego oddziału PTS - wszystkich zainteresowanych zapraszamy po dalsze informacje na stronę PTS.

Natomiast na naszej stronie izby zamieszczone są wszelkie informacje dotyczące szkoleń np.:

- 2.05 - szkolenie z zakresu BHP czy
- 16/18.06 - Mazowieckie Spotkania Stomatologiczne odbywające się w Serocku.

Spotkanie zakończyła dr Marta Kabarowska. Jako wieloletnia Przewodnicząca Komisji Etyki Lekarskiej przedstawiła krótki rys historyczny tej dziedziny, a także rolę etyki w zawodach medycznych. Stwierdziła, że etyka klasyczna obecnie przeżywa stagnację - dawniej stosowana do oceny pracy lekarza. Obecnie tę funkcję spełniają normy prawne. Poruszyła też temat bioetyki jako dynamicznie rozwijającej się gałęzi etyki w związku z rozwojem medycyny i związanymi z nią dylematami moralnymi, takimi jak klonowanie, inżynieria genetyczna, eksperymenty medyczne, in vitro oraz medycyna paliatywna. Odwołała się także do autorytetów takich jak Hipokrates, czy dr Władysław Biegański, a następnie podzieliła swoimi doświadczeniami i przemyśleniami na temat pracy w Komisji Etyki.



Przewodnicząca KS

Lek. dent. Barbara HAMRYSZAK

W dniu 19 czerwca odbyło się następne posiedzenie Komisji Stomatologicznej. Spotkanie rozpoczęła dr Barbara Hamryszak od poinformowania o spotkaniu Rady ds. Stomatologii przy Ministerstwie Zdrowia na którym ustalono, że prace dotyczące wyceny świadczeń z zakresu protetyki nie zostały zakończone, co wiąże się z tym, że nie wejdą w życie od lipca br., a wycena świadczeń z zakresu stomatologii zachowawczej i dziecięcej została przekazana do Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. Ponadto zostało wystosowane pismo do Ministra Zdrowia w sprawie wprowadzenia współczynnika korygującego dla dorosłych pacjentów z niepełnosprawnością.

Kolejnym punktem obrad był temat techników dentystrycznych, którzy w ustawie o innych zawodach medycznych chcą wyodrębnienia specjalisty technika dentystrycznego, którego uprawnienia miałyby zostać rozszerzone o możliwość przyjmowania pacjentów i wykonywania u nich prac protetycznych. Rada ds. Stomatologii wyraziła negatywną opinię wobec tego wniosku.

Następnie Prezes OIL dr Jolanta Smerkowska-Morkrzycka zachęciła do udziału w Kongresie Kultury organizowanym przez Opolską Izbę, a który odbędzie się w dniach 08-10.09.2023.

Poruszyła także temat finansowania kursu medycyny ratunkowej dla lekarzy odbywających staż podyplomowy. Urząd Marszałkowski w piśmie, będącym odpowiedzią na zapytanie dotyczące źródeł finansowania kursu wskazuje, że Marszałek Województwa nie ma możliwości finansowania wyżej wymienionego kursu, a jego finansowanie ma zostać przeprowadzone przez podmiot, który zawarł umowę z lekarzem stażystą „w ramach organizacji własnej lub w wyniku wyboru jednostki realizującej kurs w ramach negocjacji cenowych, lub realizować bezkosztowo w porozumieniu z uczelnią lub OIL”.

W dalszej części spotkania dr Hamryszak poruszyła temat projektu ustawy o niektórych zawodach medycznych, wedle którego asystentki, higienistki stomatologiczne oraz technicy dentystryczni zostaną zmuszeni do podnoszenia swoich kwalifikacji, a prawa wykonywania zawodu będą wydawane przez Urzędy Wojewódzkie.

Zgodnie z projektem ustawy o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta jednostki finansowa-

ne z budżetu państwa będą zobowiązane do posiadania akredytacji.

Na stronie Rządowego Centrum Legislacji opublikowano informację, że rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 13 czerwca 2023 r. w sprawie umiejętności zawodowych lekarzy i lekarzy dentystów zostało skierowane do ogłoszenia. W dokumencie tym zostały określone rodzaje umiejętności zawodowych, w których lekarz i lekarz dentysta może uzyskać certyfikat umiejętności zawodowej, wraz z ich kodami. Według niej o umiejętność z zakresu implantologii stomatologicznej będzie się mógł ubiegać lekarz dentysta posiadający prawo wykonywania zawodu i co najmniej 5-letni staż pracy w zawodzie. Natomiast umiejętność zakresu radiologii szczękowo-twarzowej - lekarz i lekarz dentysta posiadający prawo wykonywania zawodu. Potwierdzenie umiejętności ma zostać przyznawane przez odpowiednie towarzystwa z wybranych dziedzin medycyny.

Przekazano ważną informację dla lekarzy na emeryturze. Mogą się oni ubiegać o dodatek za pracę w trudnych warunkach pod warunkiem przepracowania 15 lat w ramach umowy o pracę.

Ponadto certyfikaty z kursu ochrony radiologicznej pacjentów są ważne do 22.09.2024. Następnie lekarz jest zobligowany przez 5 lat zebrać 20 pkt. edukacyjnych lub zdać egzamin do 21.09.2029.

W kolejnym punkcie spotkania dr Donata Hałaburdo opowiedziała o pracy Zastępcy Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej. Zwróciła uwagę na najpopularniejsze problemy, takie jak pacjenci roszczeniowi, lekarze unikający wyjaśnień na wnioski wysyłanie przez pacjentów do Rzecznika oraz lekarzy wykonujących zabiegi, które wykraczają poza ich kompetencje. Zwróciła szczególną uwagę na prowadzenie odpowiedniej dokumentacji oraz zgód, a także jak ważna jest prawidłowa komunikacja z pacjentem.

Na koniec spotkania przedstawiono zaproszenie na XII Łódzkie Spotkania Stomatologiczne, które odbędzie się w dniach 6-8.10.2023 r. Wszelkie informacje dostępne są na stronie www.ks.oil.lodz.pl.

Poza tym na stronie OIL w zakładce szkolenia zamieszczony został wykład dr Piotra Winciunasa pt. „Rehabilitacja lecznicza w ramach prewencji rentowej ZUS”.

Zastępca Sekretarza KS
Lek. dent. Mateusz ŚNIEŻEK

Przewodnicząca KS
Lek. dent. Barbara HAMRYSZAK

SKŁADKI LEKARSKIE

Koleżanki i Koledzy!

Jak większość z Was wie, od 1 stycznia 2023 r. obowiązuje nowa wysokość składki na rzecz izby lekarskiej, jednak ciągle jeszcze zdarzają się osoby, które opłacają składkę w poprzedniej wysokości. Dlatego też w tym tekście

postaram się przypomnieć, a także wyjaśnić zasady opłacania składek członkowskich oraz możliwości zwolnienia z wnoszenia składki w podstawowej wysokości.



Czy składki na izbę lekarską są obowiązkowe?

Tak - są! **Lekarze i lekarze dentyści, aby wykonywać zawód muszą obowiązkowo przynależeć do danej izby lekarskiej i wносить z tego tytułu składki członkowskie.** Oznacza to, że bez niej podatnik – lekarz nie mógłby wykonywać swojej pracy oraz osiągać z tego tytułu przychodów.

Obowiązek regularnego opłacania składki członkowskiej spoczywa na lekarzu i lekarzu dentyście posiadającym prawo wykonywania zawodu na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej i wpisanym na listę członków okręgowej izby lekarskiej. Przyjęcie do wiadomości tegoż obowiązku jest potwierdzane przez lekarza i lekarza dentystę stosownym oświadczeniem składanym na „*Wniosku o przyznanie prawa wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentysty, wpisanie na listę członków oraz wpis do okręgowego rejestru lekarzy i lekarzy dentystów okręgowej izby lekarskiej*”.

Obowiązek opłacania składek członkowskich wynika z przynależności do okręgowej izby lekarskiej i nie jest bezpośrednio powiązany z faktycznym wykonywaniem zawodu lekarza czy lekarza dentysty. Złożenie oświadczenia o zaprzestaniu wykonywania zawodu na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej, np. w związku z pracą niezwiązaną z wykonywaniem zawodu lekarza lub wykonywaniem zawodu za granicą, **nie skutkuje** skreśleniem z listy członków okręgowej izby lekarskiej i zwolnieniem z obowiązku opłacania składki członkowskiej.

Przypominam, że od 1 stycznia 2015 r. obowiązuje Uchwała Nr 27/14/VII Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 5 września 2014 r. w sprawie wysokości składki członkowskiej, zmieniona Uchwałą Nr 38/22/IX Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 21 października 2022 r. oraz Uchwałą Nr 60/22/IX Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 16 grudnia 2022 r. - dotyczącą obowiązku wnoszenia składki członkowskiej.

Wysokość naszych składek członkowskich nie była zmieniana od 2014 r. Biorąc pod uwagę sytuację makroekonomiczną, z jaką mamy do czynienia od końca ubiegłego roku, wzrost składek wydawał się nieunikniony. Z analiz zespołu roboczego NRL wynikało, że małe i średnie izby na pewno miałyby problemy finansowe w 2023 r., jeśli utrzymane zostałyby składki w dotychczasowej wysokości.

Wzrost składki członkowskiej w 2014 r. z 40 złotych do 60 złotych był oparty na wskaźniku 3,4% płacy minimalnej w tym okresie. Aktualne 120 zł to nadal 3,42% obecnej płacy minimalnej, a w lipcu tego roku płaca minimalna jeszcze wzrosła. Mimo to, nie zakładamy podniesienia obecnej składki. Zgodnie z decyzją Naczelnej Rady Lekarskiej od 1 stycznia 2023 r. wysokość składki członkowskiej wynosi: **120 zł – dla lekarzy i lekarzy dentystów, 60 zł – dla lekarzy stażystów.**

Ostatnia nowelizacja uchwały NRL w sprawie składki członkowskiej obniża wiek, który uprawnia do zwolnienia z opłacania składki, niezależnie od tego, czy wykonuje się nadal zawód. Do końca ubiegłego roku tą granicą był 75 rok życia. Od stycznia 2023 r. jest to **ukończenie 70 lat.** Tak więc każdy lekarz i lekarz dentysta, który ukończył 70 lat, może zaprzestać opłacania składki członkowskiej nawet jeżeli nadal wykonuje swój zawód.

Niniejsza uchwała przewiduje możliwości zwolnienia z obowiązku opłacania składki od pierwszego dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym nastąpiła jedna z trzech sytuacji:

- ukończenie przez lekarza 70 lat,
- skreślenie z rejestru członków okręgowej lub wojewódzkiej izby lekarskiej,
- złożenie oświadczenia o nieosiąganiu **przychodów** (nie wlicza się przychodu z renty lub emerytury).

I tutaj kilka słów przypomnienia. Przychód i dochód to pojęcia podobnie brzmiące, ale mające zupełnie odmienne znaczenie i nie można ich używać zamiennie. Wiele osób bardzo często myli te dwa pojęcia. Warto więc wiedzieć, jaka jest różnica pomiędzy dochodem a przychodem, aby nie popełnić błędu podczas oceny sytuacji ekonomicznej.

Uzyskana kwota pieniędzy bez uwzględniania kosztów poniesionych na ich uzyskanie oraz podatków, które będą do zapłacenia to przychód. Dochód z kolei powstaje w momencie, kiedy kwota przychodu zostaje pomniejszona o koszty jego uzyskania. Tak więc możliwość zwolnienia z opłaty składki członkowskiej wymieniona powyżej (zgodnie z Uchwałą NIL) zależy od nieosiągania przychodów, a nie braku dochodu.

Ostatnia nowelizacja uchwały NRL w sprawie składki członkowskiej, wprowadziła możliwość ubiegania się o zmniejszenie wysokości składki, poprzez przyjęcie poprawki do uchwały stanowiącej, że każda okręgowa rada lekarska może czasowo zwolnić lekarza z obowiązku opłacania składki w podstawowym jej wymiarze w związku z jego trudną sytuacją finansową.

Okręgowa Rada Lekarska w Opolu podjęła uchwałę, która reguluje tę kwestię i wprowadziła odpowiedni regulamin. Od 25 stycznia br. o ulgę może ubiegać się każdy lekarz znajdujący się w trudnej sytuacji życiowej, a jego sprawa zostanie indywidualnie rozpatrzona przez powołany do tego zespół. Ostateczną decyzję podejmuje Rada.

Co to oznacza dla członków OIL w Opolu?

Zadaniem Zespołu będzie szczegółowe, rozpatrywanie wniosków oraz każdorazowe przedstawienie Okręgowej Radzie Lekarskiej rekomendacji w zakresie zwolnień poszczególnych lekarzy z opłacania składki. Oznacza to, że sytuacja każdego członka OIL w Opolu potraktowa-

na zostanie indywidualnie z należytych szacunkiem oraz uwagą.

Regulamin ubiegania się o zmniejszenie składki oraz wzór wniosku znajduje się na stronie internetowej Opolskiej Izby Lekarskiej.

UWAGA NASI SENIORZY!

Komisja Senioralna naszej Izby uprzejmie informuje, że zgodnie z decyzją Okręgowej Rady Lekarskiej otrzymała do dyspozycji kwotę 5.000 zł na refundację części kosztów wypoczynku lekarzy/lekarzy dentystów seniorów.

Jednostkowa kwota refundacji wynosi 500 zł na osobę i - jak z tego widać - w ciągu roku możliwe jest przyznanie refundacji niestety jedynie dziesięciorgu naszych Koleżanek i Kolegów seniorów. Ponadto nie ma znaczenia ośrodek, w którym zwracający się o częściową refundację będzie wypoczywać. Aby móc otrzymać częściowy zwrot poniesionych kosztów wypoczynku należy zwracać się wcześniej z informacją do Komisji Senioralnej. Wydatki poniesione na wypoczynek będą refundowane dopiero po zakończeniu pobytu w ośrodku.

Komisja przypomina, że na rynku usług wypoczynkowych funkcjonuje szereg podmiotów świadczących usługi specjalnie dla emerytów i rencistów, z pobytami

Mam nadzieję, że informacje zamieszczone powyżej będą przydatne.

Skarbnik
Opolskiej Izby Lekarskiej
Dr n. med. Zbigniew KOWALIK



rehabilitacyjnymi włącznie, i to o różnej długości. Niejednokrotnie firmy te oferują również odpłatnie (choć w nie- zbyt wygórowanej cenie!) transport autokarowy tam i z powrotem do miejsca wypoczynku*. Komisja Senioralna chętnie podzieli się informacjami o takich propozycjach różnych podmiotów. Zapraszamy więc do kontaktu!!

Jednocześnie serdecznie zapraszamy nasze Koleżanki i Kolegów seniorów do dołączenia do naszego grona i współpracy z Komisją Senioralną. Czekamy na Was z niecierpliwością z otwartymi ramionami!!!

** - świadczenie nie dotyczy kwoty przejazdu, a jedynie pobytu.*

Przewodniczący
Komisji Senioralnej
Bogusław KUDYBA

PIERWSZY LEKARSKI PIKNIK

Dnia 24.06.23 r. odbył się Pierwszy Lekarski Piknik z okazji Dnia Rodziny. Wydarzenie odbyło się z inicjatywy Komisji ds. Młodych Lekarzy, za zgodą Pani Prezes i Okręgowej Rady Lekarskiej. Młodzi lekarze odpowiedzieli również za organizację wydarzenia.

Przez kilka godzin na terenie ogródka Izby miały miejsce zabawy, animacje, szaleństwa na dmuchańcu. W tym czasie rodzice i dziadkowie najmłodszych mogli zrelak-

sować się we wspólnym towarzystwie na rozłożonych kocach. Była to okazja do integracji i poznania się.

Mamy szczerą nadzieję, że wspólny piknik w czerwcu stanie się spotkaniem cyklicznym.

Komisja ds. Młodych Lekarzy
Lek. Kinga SZCZEPAŃSKA



Koleżanki! Koledzy!

Od kilku lat członkowie Opolskiej Izby Lekarskiej mogą korzystać z kart FitProfit i FitSport. Jednakże w tym roku mamy dobrą wiadomość dla wszystkich. Naczelna Izba Lekarska w oparciu o wiele okręgowych izb wynegocjowała atrakcyjne stawki za ww. karty. Będą one obowiązywały od 1 lipca 2023 r., a opiekunem programu Fit-

Profit i FitSport z ramienia Opolskiej Izby Lekarskiej jest Wiceprzewodniczący Komisji Kultury i Sportu naszej Izby lek. dent. Paweł Pędich. Dla zainteresowanych kontakt z Opiekunem Programu poprzez mail: opole.sport@gmail.com.

Jolanta SMERKOWSKA-MOKRZYCKA



Dołącz do świata zdrowia i dobrych emocji z kartami FitProfit i FitSport

Właściciel kart reklamowych VanityStyle Sp. z o.o. z siedzibą przy ul. Składowej 14A/00, 04-230 Warszawa.
Tę kartę FitProfit jest przeznaczoną pod względem treści oraz w danym okresie rozliczeniowym. Użytkownik może korzystać z reklamowanej treści wyłącznie do różnych obiektów jednego dnia.
www.vanitystyle.pl

Zdecyduj, którą kartę wybierasz

FitProfit

- **Nielimitowana ilość wejść** do różnych obiektów jednego dnia
- Brak dopłat w okolicznościach **3 700 obiektów w Polsce**
- **Ponad 40 różnych aktywności** sportowych do wyboru
- **Ponad 1 200 rabatów** na produkty i usługi
- **Trening w każdej chwili** i miejscu, dzięki platformie online Sirelle VanityStyle



BEZ
LIMITÓW*

FitSport

- **8 wejść** do obiektów w danym okresie rozliczeniowym
- Brak dopłat w okolicznościach **2 200 obiektów w Polsce**
- **35 różnych aktywności** sportowych do wyboru
- **Trening w każdej chwili** i miejscu, dzięki platformie online Sirelle VanityStyle



Tradycyjna karta czy aplikacja mobilna? Ty decydujesz!

Pobierz darmową aplikację mobilną VanityStyle, podaj numer swojej karty FitProfit lub FitSport, dodaj swoje aktualne zdjęcie i korzystaj z obiektów bez okazywania tradycyjnej karty!

Darmowa aplikacja VanityStyle dostępna jest w:



Wyszukiwarka obiektów:

www.fitprofit.pl

www.kartafitsport.pl



Zapisz się do programu

Skontaktuj się z Opiekunem Programu FitProfit i FitSport w Twojej firmie i sprawdź, w jaki sposób możesz zacząć korzystać



KOLEJNY SUKCES NASZEJ KOLEŻANKI

W poprzednim numerze informowałem o przyznaniu dr n. med. Agnieszce Ledniowskiej - adiunktowi Collegium Medicum w Opolu tytułu Osobowości Roku Opolszczyzny w kategorii „Nauka”. Miło mi donieść, że w trakcie trwania Ogólnopolskiego Finału tego plebiscytu, który odbył się 27 maja 2023 r., w sali balowej Zamku Królewskiego w Warszawie nasza Koleżanka została uhonorowana identycznym wyróżnieniem – tym razem w skali całej Polski. Gratulujemy!!!

Przypominam, że plebiscyt Osobowości Roku organizowany jest corocznie przez Grupę Polska Press sku-

piająca gazety regionalne ze wszystkich województw. Konkurs ten powstał po to, by uhonorować ludzi, którzy dokonali czynów niezwykłych podczas danego roku kalendarzowego w niemal wszystkich dziedzinach życia. Przypominam również, że dr Ledniowska zdobyła ten zaszczytny tytuł za propagowanie wiedzy medycznej w dziedzinie seksuologia, ginekologii, ginekologii estetycznej i medycyny estetycznej.

Jerzy B. LACH



Zdjęcia Adama Jankowskiego, wydanie internetowe NTO z 28 maja 2023 r.

CZY RZECZPOSPOLITA MIAŁA SZANSE ZOSTAĆ PAŃSTWEM KOLONIALNYM?

Po odkryciu Ameryki przez Krzysztofa Kolumba w roku 1492 wiek XVI i XVII to podbój krajów pozaeuropejskich, przede wszystkim w Afryce i na wyspach Pacyfiku. Dominowała w tych podbojach Anglia i Francja, ale również Hiszpania, Portugalia, Holandia i Belgia.

Koncepcję powstania kolonii Rzeczypospolitej zawdzięczamy kurlandzkiemu księciu Jakubowi Kettlerowi. Kurlandia to niewielkie księstwo znajdujące się na terenie dzisiejszej Łotwy. Zamieszkała była przez około dwustu tysięcy mieszkańców. Od lat Kurlandia była lennym księstwem Rzeczypospolitej, o czym może świadczyć fakt odnotowany w piśmiennictwie o składaniu hołdu przez marszałka Kurlandii królowi Janowi III Sobieskiemu.

Jakub Kettler zasiadał na tronie w Kurlandii od roku 1638. Kształcił się w Paryżu, Londynie i Amsterdamie. Wówczas wiele słyszał o egzotycznej wyspie na Pacyfiku o nazwie Tobago. Wyspa ta znajdowała się pomiędzy Wenezuelą i wyspą Trynidad. Jednak próby założenia na niej kolonii, przede wszystkim przez Holendrów i An-

glików, nie udawały się z powodu chorób tropikalnych oraz dzikich plemion, w tym kanibali tam zamieszkujących.

Niezrażony tymi opowieściami Jakub Kettler zorganizował trzy wyprawy i ostatecznie w maju 1684 r. osadnicy wysłani przez Jakuba Kettlera wylądowali na wyspie Tobago. Tobago to niewielka wyspa na Pacyfiku o długości czterdziestu kilometrów i dziesięciu szerokości, górzysta, pokryta tropikalnymi lasami. Przybyli osadnicy nazywali Tobago „Nową Kurlandią” i wybudowany pierwszy fort otrzymał nazwę „Fort Jacob”, a w jego sąsiedztwie powstała osada „Jacob Stadt”. Szybko nawiązano pokojowe stosunki z tubylcami, zaczęto prowadzić handel wymienny, a nawet ruszyła misja luterńska. Wkrótce z tej nowej kolonii zaczęły napływać do Rzeczypospolitej korzenie, owoce tropikalne, tytoń, cukier i rum.

Niestety tak dobrze prosperująca wyspa szybko zainteresowała doświadczonych w kolonizacji najpierw Ho-





lendrów, a później Francuzów, którzy nawet wymusili na królu Ludwiku XIV (Król „Słońce”), aby francuskim kolonizatorom nadawać tytuły „baronów Tobago”.

W tej walce o Tobago pierwszych przybyłych kolonizatorów wspierali tylko Anglicy przysyłając urzędników, żołnierzy i nowych osadników.

Jakub Kettler zmarł w roku 1681 w wieku siedemdziesięciu lat, a po jego śmierci rządy w Kurlandii przejął jego najstarszy syn Fryderyk Kazimierz. Z jego inicjatywy jeden z nowo wybudowanych fortów na Tobago nazwano „Fort Casimir” na cześć ówczesnie panującego w Polsce króla Jana Kazimierza.

Niestety normalnie funkcjonująca kolonia zaczęła podupadać z powodu napaści przez tubylców napływających z Trynidadu całymi flotyllami, liczącymi do pięćdziesięciu łodzi, z których każda zabierała co najmniej 20 wojowników. Również częste były napaści piratów – głównie z kolonii francuskich. Nic też dziwnego, że pod koniec lat dziewięćdziesiątych XVII wieku liczba kolonistów na Tobago liczyła tylko osiemdziesiąt. Odpłynęli oni do Europy ostatecznie w roku 1690, a więc po 36 latach pobytu na Tobago.

Pamięć o kurlandzkim pobycie kolonistów przetrwała w takich nazwach jak rzeka „Courland River”, zatoka „Courland River”, zatoka „Courland Bay” czy też osada „Courland Village”. Wreszcie w latach siedemdziesiątych

XX wieku na Tobago wzniesiono „Courland Monument”, który ma przypominać o dawnych kolonistach z dalekiej Rzeczypospolitej.

Niestety Rzeczpospolita zrezygnowała z kolonii „na drugim końcu świata”, m. in. z tego powodu, że królowie polscy w tych czasach mieli mnóstwo problemów w kraju, były to bowiem lata „Potopu Szwedzkiego”.

Obecnie obie wyspy stanowią jedność i jako „Trynidad-Tobago” są kolonią angielską.

P S. Pod koniec XVII wieku w Anglii ukazała się ulotka mająca zachęcać potencjalnych kolonistów. Wpadła ona w ręce pewnego młodego kupca, któremu marzył się handel z koloniami. Nazywał się on Daniel Defoe. Nigdy nie był na Karaibach, nie był też formalnie pisarzem, ale zafascynowany opisami wyspy Tobago napisał najsłynniejszą powieść podróżniczą pod tytułem „Przypadki Robinsona Cruzoe”. Bohater tej powieści rozbił się jako jeden z ocalałych u brzegów Tobago, gdzie przeżył nieprawdopodobne przygody w ciągu wielu lat przebytych na tej wyspie. Powieść ta mimo komputeryzacji nadal jest ulubioną lekturą dzieci, młodzieży, jak również osób starszych.

Pierwsze polskie wydanie „Przypadków Robinsona Cruzoe” zawdzięczamy znanemu warszawskiemu wydawnictwu Gebethner i Wolff w roku 1868, a więc 150 lat temu.

Dr hab. n. med. Janusz KUBICKI

Rycina:
Jakub Kettler książę Kurlandii

GOŚCINNE WYSTĘPY

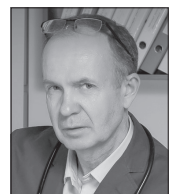
SZTUCZNA INTELIGENCJA

Zadzwoił znajomy i opowiedział telefoniczną przygodę w nowoczesnej i zawsze służącej pomocą placówki ochrony zdrowia. Kilka dni później opowiedziałem o zdarzeniu w prześmiewczym felietonie, który wydrukowała lokalna gazeta. Niebawem przeczytałem o przyszłości mojej roli, lekarza pierwszego kontaktu, którego zastąpi sztuczna inteligencja oraz wziąłem udział w zażytej dyskusji o rozwoju nowych technologii.

Infolinie są jakimś przekleństwem współczesności. Ich rozwój jest bardzo dynamiczny, a kompetencje coraz szersze. Łączenie poprzez naciskanie kolejnych cyfr zajmuje czas, a i tak najczęściej (przynajmniej w moim przypadku) kończy się na rozmowie z konsultantem. Niestety w wielu sytuacjach także niekompetentnym i odsyłającym do innego niż wybrany numeru telefonu. I wówczas

od nowa zaczyna się komedia dell'arte, gdy kolejny *nie człowiek*, a automat zgłasza się na końcu łańcucha komunikacyjnego. Chciałbym kiedyś odsłuchać taką wymianę zdań z seniorem, osobą z niepełnosprawnością lub wykluczoną cyfrowo. Nie jest to pewnie trudne, skoro każda z nich dla naszego bezpieczeństwa jest nagrywana. Nie znam jednak żadnego przykładu, aby klient / pacjent w jakikolwiek sposób na tym skorzystał.

Zadzwoił znajomy z prośbą o pomoc w uzyskaniu porady lekarza specjalisty. Nie w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia, ale pakietu ubezpieczeniowego, który otrzymał od zakładu pracy a wraz z nim numer telefonu do rejestracji. Rozmowa z botem, jak opisał swoje *tête - à - tête* ze sztuczną inteligencją była mało owoc-



na, ale bardzo wesoła. Po wydaniu poleceń w ankiecie wstępnej, generator głosu poinformował, że trzeba czekać na esemesa z informacją o miejscu i czasie wizyty. Kiedy? Z kim? Gdzie? Żadnych ustaleń. Żadnego konkretnego. Żadnego poszanowania możliwości pacjenta, któremu wyznaczony termin i czas może po prostu nie pasować ze względu na inne zajęcia. Slot jest święty. Nowomowa śmieszy i przestrasza. Koniec rozmowy. Usiądź. Czekaj. Cierp. *A co jeśli w przychodni też będzie robot?* – zapytał znajomy, mężczyzna w sile wieku, widywany z tabletem w ręku, z wykształceniem technicznym i... bólem stawów.

Dosłownie kilka dni później usłyszałem w radio przegląd prasy z sensacyjną informacją o zawodach, które zastąpi sztuczna inteligencja. Huczał ekspres, poranna krzątanina nie pozwoliła na dokładną analizę zapowiedzi wielkiej zmiany. Zrozumiałem jedynie, że na pierwszy rzut pójdą lekarze pierwszego kontaktu. Kiedy? W ciągu dekady. Uff! Zdążę dojechać do emerytury, nie lądując na zielonej trawie, ale dosłownie na styk. W wejściu do przychodni przywitał mnie tłum pacjentów i szybko zapomniałem o zmienniku z szumiącego w rejestracji serwera.

Na zakończenie sezonu spotkałem się z miłośnikami Melpomeny w teatralnej bibliotece. Do towarzystwa należą ludzie różnych zawodów i poglądów na świat, ale łączy ich zamiłowanie do sztuki scenicznej. Omawiając spektakle, jakoś niefrasobliwie zahaczyłem o sztuczną inteligencję. No i się zaczęło. Szybko nastąpiła polaryzacja zdań. Dziadersów odpuszczę, skupiając się wyłącznie

na zwolennikach nowych rozwiązań, choć tak naprawdę interesuje mnie sens jednego zdania: *Pani doktor odmówiła mi wypisania recepty, bo była zmęczona. AI będzie miała dla mnie czas!*

Na prędko zapisałem też kolejny felieton. Czarne chmury nad polską ochroną zdrowia są tak gęste, że w opinii społecznej, może je rozwiać już tylko sztuczna inteligencja, zastępując lekarzy raz na zawsze.

Podzieliłem się uwagami w rozmowach koleżeńskich. Poklepywanie po plecach miało uspokajać. *Roszczeniowi!* – usłyszałem wyraz, który od lat zamieniam na czujni. – *Szybko im się odechce rozmowy z botem! Będziesz bogatym konsultantem. Nie przejmuj się, przecież to jest nie-możliwe* -. Większości pogawędek towarzyszył śmiech, anegdota, mem. Powrót do pracy uświadamiał jednak, że potrzebuję kogoś do pomocy, a aplikacje z ostatnich lat uprościły kilka spraw, choć także wiele skomplikowały. W mojej głowie zaczął się powolny proces polaryzacji. Chcę czy nie chcę zmiany?

Technologie wokół były do niedawna jedynie fantastyką. Czy powinienem się zatem cieszyć, że coś znajdzie dla mnie czas, gdy się zestarzeję? Świadomość, że nie mam wyboru (dokonano go przecież za mnie) i będę mógł liczyć wyłącznie na empatię szybko uczącej się sztucznej inteligencji, trochę przeraża. Wszystko jednak przede mną. Czekam na swój slot.

W sztafecie pokoleń oddam pałeczkę pani doktor AI, która wyleczy mnie z wątpliwości. Na zawsze.

Jarosław WANECKI

Ośrodek Kultury i Dziedzictwa Historycznego NIL

CO PISZĄ INNI

ORDERY I POLITYKA

Z prof. dr. hab. n. med. dr. h. c. multi Aleksandrem Sieroniem rozmawia Piotr Biernat

– Prezydent RP przyznał panu za wybitne osiągnięcia w medycynie, za osiągnięcia w pracy naukowo-badawczej i dydaktycznej – Krzyż Oficerski Orderu Odrodzenia Polski, jedno z najwyższych polskich odznaczeń. Czy można się z tego cieszyć, jeśli to wysokie wyróżnienie zbiega się z kolejną falą hejtu i krytyki skierowanej na środowisko lekarskie, kolejną, zresztą, jak poprzednie, od socjalizmu począwszy, podsycaną przed wyborami przez polityków aktualnej partii rządzącej. Nie ma pan z tego powodu mieszanych uczuć?

– Każdy lekarz wie, że pacjent który trafia do niego, chce być młodszy, zdrowszy i bogatszy, ale ponieważ nie jest to u wszystkich możliwe (śmiech), dlatego, nie tylko zresztą w Polsce, jesteśmy hejtowani. Wyróżnienie leka-

rza za jego działalność medyczną, zwłaszcza w naszym kraju, jest rzadkie, dlatego mam nadzieję, że poprzez docenienie mnie została, przynajmniej po części, doceniona szeroko pojęta realizowana w Polsce medycyna. A w moim przypadku myślę, że otrzymałem odznaczenie za to, co udało mi się osiągnąć w dziedzinie połączenia medycyny, fizyki i techniki. Moje wynalazki pracują w Polsce, krajach Europy i w USA. Dlatego mam satysfakcję, bo wierzę, że to gremium moich kolegów lekarzy i naukowców orzekło, iż zasługuję na to wyróżnienie. Natomiast politycy chyba nawet nie wiedzą dokładnie, jaką rolę moje wynalazki odegrały w rozwoju medycyny, bo to nie ich świat.

– Zastanawiał się pan kiedyś, dlaczego medycy, skoro tyle dobrego robią dla innych, są tak łatwymi „chłopcami do bicia”? Najpierw w czasie pandemii obwinia-

no ich za całe zło, teraz Jarosław Kaczyński dołał oliwy do ognia i podpalił emocje, mówiąc, że „tłuczenie pieniędzy kosztem pacjentów”.

– Nie były to słowa skierowane do lekarzy, tylko do elektoratu wyborczego. My dostajemy rykoszetem. Wykonujemy taki zawód, że zawsze jesteśmy na szpicy i każdy, wcześniej czy później, do nas trafi jako pacjent. Większość od razu chciałaby dostać jedną tabletkę na wszystko i znów być młodym i zdrowym, powtarzam się (śmiech). Kiedy to niemożliwe, albo z różnych powodów trudne, rodzą się frustracje i złe emocje, kierowane, oczywiście, najpierw w nas. Łatwo przypina się nam etykiety, że gonimy za pieniędzmi, że jeździmy drogami samochodami, że biegamy między szpitalami a przychodniami itp. Tylko że z takiego szczucia nic nie wyniknie. Nie znam lekarza, który by z przyjemnością biegał między przychodniami, żeby godnie zarobić. Pracujemy więcej niż powinniśmy, bo takie są warunki pracy i lekarz, który ma swą misję do spełnienia, nie zostawi pacjentów bez opieki. Z drugiej strony ciekawi mnie, czy ci, co mówią o czekaniu na taborecie w gorączce 40 stopni na SOR-ze, czekali kiedyś na lekarza, czy lekarz czekał na nich?

– Czy naprawdę, gdyby lekarze pracowali tylko w jednym miejscu po osiem godzin, to nasz system ochrony zdrowia mógłby się zawalić?

– Nie tylko mógłby, ale na pewno by się zawalił. W tej chwili brakuje kilkudziesięciu tysięcy lekarzy, nie tylko specjalistów. W poradniach nierzadko pracują lekarze po siedemdziesiątce, a nawet starsi. Oni ratują ten system nie tylko dlatego, że trudno im żyć za małe emerytury, ale także z poczucia obowiązku pomocy chorym. „Pięknie” wykorzystuje to Izba Lekarska, każąc pracującym emerytom płacić niebotyczne składki. Brakuje lekarzy nie tylko w Polsce, ale także w innych krajach. Moj syn, który wrócił po kilku latach z pracy w Szwajcarii, potwierdza, że i tam każdy lekarz jest na wagę złota. Tylko że w krajach, o których mówimy „zachodnie”, starają się tak zorganizować pracę, aby w jednym miejscu lekarz mógł zarabiać dostatecznie dużo i nie musiał gonić, żeby dorabiać. Tam pracuje się spokojnie, sumienie i nie na wyścigi.

– Dlaczego u nas tak nie można?

– To pytanie nie jest do lekarzy, ale do decydentów i... studentów. Czy pan wie, że 1/3 studentów medycyny deklaruje, że zaraz po studiach chce wyjechać za granicę? Dlaczego? Przecież nie tylko dla pieniędzy. Budowana, nie tylko ostatnio, negatywna atmosfera wokół medyków oczywiście tylko potęguje braki sprzętowe, organizacyjne i ludzkie. Publiczne wyciąganie jakimś anonimowym lekarzom afer z kopertami, zagładanie im do garaży, czy ciągle pamiętana, słynna sprawa doktora G., któremu w biurku znaleziono kilka piór i koniaki. To wszystko składa się na medialnie przekazywany obraz polskiego lekarza. Młody lekarz z lekarskiej rodziny od wczesnych lat mówi sobie, że nie chce, jak jego ro-

dzice, biegać z poradni na dyżur, a ze szpitala na kolejny dyżur, nie mając czasu na nic innego i rozwalając sobie życie osobiste czy rodzinne. Moja córka, profesor medycyny z dwójką dzieci, wychodzi do pracy o 6 rano i wraca zwykle około 20. Naprawdę nie ma już sił i czasu na cokolwiek innego. A dlaczego niektóre oddziały i szpitale nagle opuszczają lekarze? Bo nie chcą tak dalej żyć. Tymczasem organizatorzy systemu publicznej ochrony zdrowia wydają się bezradni, wciąż panuje u nas archaiczny model, że lekarzowi nie trzeba dużo płacić za jego pracę i wiedzę, bo ma przecież swoją misję do spełnienia i to ma mu wystarczyć. Jak to pięknie powiedział jeden z naszych przywódców: ma być jak ksiądz.

– Może nie ma komu skutecznie bronić interesów lekarzy? Może 120-tysięczna grupa zawodowa to dla polityków żadna grupa wyborców, ale dobra tarcza do ostrzeliwania i robienia sobie elektoratu?

– Jako szef Polskiego Towarzystwa Lekarskiego, dążyłem do tego, aby powstawały izby lekarskie. I tak się stało. Samorządy lekarskie pełnią teraz istotną rolę, ale jakoś nie mogą przebić się w sferze publicznej jako obrońcy godności i statusu lekarza. Trochę wsparł takie działania w tym kierunku Związek Zawodowy Lekarzy, ale to wciąż za mało. Musimy wreszcie uświadomić ludziom, że lekarze to naprawdę grupa elitarna. Tak jest na całym świecie, tylko nie w Polsce. U nas łatwo lekarzy wystawić do „bicia”, oskarżać o błędy, wzięte z księżycą kwoty wysokich zarobków i wiele jeszcze innych grzechów. Jakież to populistyczne, sensacyjne i jak bardzo media to lubią i dają się na to złapać. Nie dziwię się, że wielu młodych nie chce w takiej atmosferze oddychać, żyć i pracować.

– Nie pomagają nawet, gdy lekarze stają się politykami?

– A nawet bywa gorzej. Jakby wsiąkali w politykę i wtedy wielu nie chce przyznać się do lekarskiego dyplomu. Czasem może to i lepiej...

– No właśnie: młodzi lekarze. Czy można powiedzieć, że chociaż oni są otwarci i gotowi na medycynę XXI wieku?

– Jestem członkiem Kapituły Stypendiów Tygodnika „Polityka” dla młodych naukowców. Co roku spośród wielu zgłoszeń wyławiamy najlepszych ludzi medycyny i zaręczam, że oni – podobnie jak ich koledzy – sprawdzają się w każdym miejscu na świecie. Obserwuję już od kilku lat, że pokolenie młodych to ludzie nie tylko świetnie znający języki obce, ale też pełni pasji, ciekawi nowych rozwiązań, poszukujący wiedzy i chcący być najlepsi. Czy będą? To zobaczymy. Niestety, codzienność wielu z nich niszczy.

– Jest pan uznanym na świecie ekspertem od prowadzenia multidyscyplinarnych badań, wiążących medycynę z biologią i techniką. Autorem wielu wynalazków leczących np. trudne rany, stopy cukrzycowe, ból, a nawet schorzenia psychiatryczne. Tylko że te wynalazki rzadko kiedy trafiają do Polski, a w wielu polskich placówkach medycznych chyba nawet o nich nie słyszano.

– To niestety prawda. Moje wynalazki pracują w szpitalach całego świata, ale u nas jakoś im trudno się przebić. Aby przejść przez polskie przepisy umożliwiające ich zastosowanie, potrzeba często kilku lat, to jest o wiele dłużej niż na Zachodzie.

Stworzyłem na przykład aparat, który można zastosować w wielu gabinetach, służący lepszemu utlenowaniu kończyn. Metoda stosowana przy jego użyciu to hiperbaria, wykorzystuje także ozonoterapię. Stosując ją u pacjenta, można oddalić w czasie amputację lub nawet czasem doprowadzić do jej uniknięcia. Inny patent to aparatura wykorzystująca zmienne pole magnetyczne i laser (laseroterapia), pozwalająca na łagodzenie bólu u pacjentów z chorobami naczyń. Moim wynalazkom przyświecał pomysł, żeby mogły być wykorzystane w warunkach nawet POZ. Zwiększenie ciśnienia tlenu nad kończyną umożliwia wzrost jej utlenowania nawet o 20%. Zmienne pole magnetyczne powoduje efekt przeciwbólowy. Ta metoda umożliwia w 80% przypadków redukcję bólu. Przy zastosowaniu tych metod leczenia udaje się uratować kończyny u 30-40% pacjentów. Czyli możliwości są, tylko trzeba obliczyć, na poziomie NFZ, czy bardziej opłaca się stosować tego rodzaju technikę, czy też ponosić koszty powrotu do normalnego życia okaleczonego pacjenta po amputacji. Tego jednak u nas nadal się nie robi.

– **Cała pańska rodzina to lekarze. Czy czasem zastanawiacie się, czy warto było tyle poświęcać się temu zawodowi? Bo, zwłaszcza pan, który ma kilka zawodów, równie dobrze mógłby realizować się gdzie indziej.**

– Może nie wszyscy się do tego przyznają, ale dla nas medycyna to taka dziedzina, która wymaga całkowitego oddania i jak jej się spróbuje, nikt już nie pomyśli, że mógłby robić coś innego. Nawet jak wyjeżdżamy na urlop, to myślimy o pacjentach. Niektórzy lekarze uprawiają sporty, rzeźbią, śpiewają albo malują obrazy. Ale nawet w takich momentach nie pytają siebie, czy warto być lekarzem. A jak tak mówią, to niech pan im nie wierzy. Medycyna to nie jest zwykły zawód, to charakter, sposób patrzenia i przeżywania świata, to styl życia.

– **Czy taki lekarz jak pan – ogarnięty fascynacją zastosowania techniki w leczeniu – może powiedzieć, że**

jest jej granica w medycynie? Już teraz chorego operują komputery, za chwilę awatary przyjmować będą pacjentów. Czy pańska dusza odkrywcy nowych technologii cieszy się, że nadchodzi w medycynie nowa era? Bez lekarzy?

– Tak samo myślano, gdy pojawiły się badania laboratoryjne i pierwsze badania obrazkowe. Zrobiła się nawet moda, że ordynator na obchodzie nie dotykał pacjenta, tylko zaglądał w jego wyniki. Nie sprawdziło się.

Potem pojawiły się komputerowe analizy EKG i wszyscy myśleli, że to cud, ale nic takiego nie nastąpiło. Jestem przekonany, że żaden komputer, sztuczna inteligencja, awatary, nie zastąpią lekarza i jego mózgu, który jest w stanie połączyć wiele danych naraz. Nawet słynny PET ma ograniczenia i czułość tylko w 96%, a nie w 100%.

Uważam więc, że medycyna ma to do siebie, że – wbrew pozorom – w dalszym ciągu jest sztuką i dalej otwartą książką, i można w niej naprawdę bardzo wiele zapisać. Dzięki temu lekarze mogą zrobić coś więcej dla pacjentów, bo jedno spojrzenie doświadczonego lekarza, jedno pytanie podczas wywiadu z pacjentem, może wywrócić ustalenia najlepszego komputera. I jestem pewien, że tak zostanie.

Prof. Aleksander Sieroń, lekarz o specjalizacjach: choroby wewnętrzne, kardiologia, balneoklimatologia i medycyna fizykalna, angiologia, hipertensjologia. Absolwent Wydz. Elektrycznego Polit. Śl. oraz Wydz. Lekarskiego ŚAM. Autor kilkuset artykułów naukowych (w tym 120 opublikowanych w czasopismach zagranicznych) oraz ponad 500 referatów, wygłoszonych na konferencjach krajowych i międzynarodowych. Wypromował 33 doktorów, 8 doktorów habilitowanych oraz pięciu profesorów nauk medycznych. Przez dwie kadencje – prorektor Śląskiego Uniwersytetu Medycznego. Obecnie prorektor ds. Medycznych i Nauki o Zdrowiu Uniwersytetu im. J. Długosza w Częstochowie.

(przedruk za zgodą z „Pro Medico” nr 2/23)

POZ NIEDOU CZONY?

Niniejszym chciałbym zasygnalizować koleżankom i kolegom problem dotyczący większości lekarzy POZ. Ustawa o POZ z 2017 roku zawiera zapisy, z których wynika, że od 1 stycznia 2025 roku lekarze niebędący specjalistami medycyny rodzinnej i ogólnej oraz rezydentami w zakresie medycyny rodzinnej, przestaną być lekarzami POZ. Mogą nimi być dalej, jeżeli ukończą kurs, który da im takie uprawnienia. Problem dotyczy w naszym przypadku przede wszystkim specjalistów chorób wewnętrznych i pediatrii.

W województwie śląskim w POZ-ach tylko ok. 25-30% (w zależności od metodologii liczenia) stanowią lekarze rodinni. Pozostali to pediatrzy, interniści i posiadający inne specjalizacje. Problem dotyczy co najmniej tysiąca lekarzy. Ustawodawca nie precyzuje, czy restrikcje dotyczyć będą możliwości zbierania deklaracji, pracy, leków dla seniorów, czy też innych. A może możliwości zatrudnienia? Każda z nich wpłynie negatywnie na pracę lekarza i funkcjonowanie POZ-u. Wyłoniony został podmiot, który te kursy będzie przeprowadzał. Jest

to Instytut Medycyny Wsi w Lublinie. W zeszłym roku odbył się tylko jeden dla ok. 50 osób. W roku bieżącym są zaplanowane trzy dla ok. 50 osób każdy (w sumie dla 150 osób). Żaden się jeszcze nie odbył. Takich, zdaniem ustawodawcy, „niewykształconych” lekarzy jest w Polsce co najmniej kilka tysięcy. Jak zatem do końca 2024 roku dokonać takiego przeszkolenia? To fikcja, która powoduje dodatkowe zamieszanie.

Koszt kursu to aktualnie 1500 zł bez hotelu i wyżywienia. Koszt pokrywa lekarz lub pracodawca. Czas trwania – 4 dni w Lublinie oraz 6 dni online w godzinach 9.00–15.30. Jest to w sumie 10 dni (dane z Instytutu Medycyny Wsi). W art. 6 ustawy o POZ jest zapis o tym, że lekarz pediatra może sprawować wyłącznie opiekę nad świadczeniobiorcą do 18 r. ż.

A co potem? Czyli jeżeli będzie jedynym lekarzem POZ w danym dniu, to 19-latkowi porady nie może udzielić? Ponadto w p. 6 tego artykułu jest zapis, że MZ ustali program kursu „uwzględniający zakres wiedzy i umiejętności niezbędnych do udzielania świadczeń z zakresu POZ”. Wynika z tego, że dotychczas lekarze interniści i pediatrzy z wieloletnim doświadczeniem pracy w lecznictwie zamkniętym i otwartym takiej wiedzy i doświadczenia nie posiadają (?).

Uważam, że tego typu kurs jest kwestionowaniem nabytych umiejętności lekarskich przez internistów i pediatrów w swojej dotychczasowej edukacji i pracy w charakterze lekarza POZ. Przedstawiona w nim tematyka kursu jest tożsama z tym, przez co każdy lekarz w ramach posiadanej specjalizacji już przeszedł. Zdumienie budzi fakt, że np. lekarz specjalista chorób wewnętrznych po

1 stycznia 2025 roku będzie miał pełne uprawnienia w leczeniu pacjenta z nadciśnieniem tętniczym, który przebywa w lecznictwie zamkniętym, a w przypadku tego samego pacjenta w lecznictwie ambulatoryjnym już nie.

Lekarze POZ, którzy nie posiadają specjalizacji z medycyny rodzinnej, odczuwają dyskredytację ich wiedzy i umiejętności.

Poza tym, nie umniejszając lekarzom rodzinnym ich kwalifikacji, specjalista chorób wewnętrznych lub dziecięcych z np. dwudziestoletnim doświadczeniem będzie stawiany niżej od lekarza rezydenta z medycyny rodzinnej, który rozpoczął rezydenturę np. miesiąc wstecz. Podkreślam, że ten problem w woj. śląskim dotyczy ok. 70% lekarzy POZ.

Patrząc na liczbę osób kończących studia lekarskie oraz liczbę rezydentur z medycyny rodzinnej, potrzeba kilkudziesięciu lat, aby w POZ-ach pracowali wyłącznie lekarze rodzinni.

Uwzględniając aktualną kondycję naszej ochrony zdrowia, ogólnego deficytu lekarzy, udzielania świadczeń przez lekarzy emerytów (szczególnie właśnie w POZ-ach), wprowadzanie dodatkowych utrudnień, przy jednoczesnym zatrudnianiu lekarzy z zagranicy o nie do końca zweryfikowanych umiejętnościach, wydaje się być niezrozumiałe.

Andrzej SIUDYKA
członek Okręgowej Rady Lekarskiej w Katowicach
Wiceprezes Śląsko-Małopolskiego Oddziału
Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej

(przedruk za zgodą z „Pro Medico” nr 5/23)

CZY ISTNIEJE LEKARSKI SYNDROM BOGA?

Kiedy poproszono mnie o odpowiedź na zawarte w tytule pytanie, w pierwszej chwili odmówiłem, uznając temat za zbyt niedorzeczny. Wtedy jednak przypomniał mi się stary dowcip o inspekcji w szpitalu psychiatrycznym. Odwiedzający pyta jednego z pacjentów: *kim pan jest?* – *Napoleonem* – pada odpowiedź.

Kto to panu powiedział? – *Pan Bóg*. W tym momencie z drugiego pomieszczenia słychać głos: *Nieprawda, nic takiego mu nie mówiłem*.

Do tej pory w mojej interpretacji był to głos innego pacjenta. Jednak po telefonie redaktora „Pro Medico”, który zadał tytułowe pytanie, pojawiły się wątpliwości. A może to był lekarz?

W ten sposób dość niepoprawny politycznie „suchar” stał się punktem wyjścia do głębszego namysłu. Jeżeli bowiem istnieje syndrom (kompleks) boga, jest to opisane przez psychiatrów zaburzenie psychiczne (konwersyjne lub dysocjacyjne), które całkowicie zakłóca normalne funkcjonowanie chorego. Szczególnie niebezpieczne

staje się wtedy, gdy osoba nim dotknięta zaczyna wymierzać sprawiedliwość na własną rękę.

Wyświetlany kilka lat temu film „Bogowie” przypominał mi jeszcze jeden dowcip, opowiadany głównie przez niepozbawionych poczucia humoru kardiochirurgów. *Czym różni się kardiochirurg od Pana Boga? Pan Bóg nie uważa, że jest kardiochirurgiem*.

Traktując problem zupełnie poważnie, warto przypomnieć znaczenie zespołu boga funkcjonujące w mediach w latach sześćdziesiątych XX wieku w USA, gdzie wobec ograniczonej liczby miejsc powoływano komisje kwalifikujące chorych do programu przewlekłych dializ. Przy czym to nie członkowie komisji (oprócz lekarzy byli tam psycholodzy, prawnicy i duchowni) uważali się za bogów, ale tak mogli być postrzegani przez innych. Rzeczywiście ich decyzje bezpośrednio decydowały o dalszym życiu lub śmierci chorego. Dzisiaj, na szczęście, ten problem nie istnieje.

Jeżeli jednak potraktujemy tytułowe pytanie jako przenośnię, odpowiedź jest oczywista. Poczucie wszechwiedzy i wszechmocy u lekarza jest nie tylko absurdalne, ale świadczy o zupełnym braku profesjonalizmu, a lekarz nim dotknięty staje się bardzo niebezpieczny. Głównie dla chorego, ale i dla siebie.

Sądzę, że uzasadnianie tego twierdzenia czytelnikom „Pro Medico” jest zbędne. Każdy, kto choć trochę praktykował medycynę wie, że jest ona „nauką o niepewności i sztuce prawdopodobieństwa”. To nie jest tylko zgrabny aforyzm Williama Oslera, ale jeden z najbardziej trafnych i treściwych opisów pracy lekarza. Z wyjątkiem stwierdzenia zgonu, rzadko może być on całkowicie pewny swojego rozpoznania, a jeszcze bardziej prawidłowości leczenia. Nie tylko z powodu możliwych zawinionych lub niezawinionych błędów, ale przede wszystkim dlatego, że niepewność jest immanentną cechą medycyny. To stwierdzenie nie jest przejawem nihilizmu diagnostyczno-terapeutycznego ani bezradności. Jest wręcz przeciwnie. Lekarz zawsze może pomóc choremu. Dyskusyjne są tylko sposoby i zakres tej pomocy. Ważne, aby znać możliwości i ograniczenia – swoje i medycyny.

Być może określenie „lekarzski syndrom boga” jest sposobem społecznej reakcji na arogancję i traktowanie chorych z wyższością przez samych, mam nadzieję nielicznych, lekarzy. W takim przypadku byłoby to określenie całkowicie nietrafione, bowiem wśród przymiotów boga, może z wyjątkiem Aresa (Marsa), nie ma arogancji, a na pewno jest ona obca najbliższemu nam Bogu chrześcijańskiemu. Bóg Starego Testamentu bywał okrutny, ale nigdy arogancki, a obraz Boga Nowego Testamentu jest całkowitym zaprzeczeniem tej cechy.

Może być jeszcze tak, że niektórzy lekarze zbyt dosłownie uważają się za spadkobierców Hipokratesa i jego boskiego pochodzenia. To jednak świadczyłoby o tym, że nie zauważyli wszystkich przemian zapoczątkowanych epoką Oświecenia, a to byłoby dla nich zupełnie kompromitujące.

Pozostając w konwencji przenośni, a nawet żartu, można dopatrzyć się pierwiastka boskiego w pracy lekarza. Według tej interpretacji, nie miałby on wprawdzie żadnego przymiotu Boga wyróżniającego go od innych osób, byłby tylko podobny do starotestamentowego proroka nawołującego do przestrzegania pewnych zasad. W tym przypadku byłyby to zasady zdrowego stylu życia, których łamanie, wraz z bezrozumnym niszczeniem środowiska, odpowiada dzisiaj za ponad 70% przedwczesnych zgonów. A będzie jeszcze gorzej.

Istnieje jednak zasadnicza różnica między prorokiem i lekarzem. Ten pierwszy miał zaplecze w postaci przebaczonego Boga, z którym mógł się nawet wadzić i który był w stanie niwelować skutki łamania nadawanych przez siebie zasad przez grzesznika. Miłosierdzie Boga nowotestamentowego pozwala wręcz na uniknięcie konsekwencji, mimo nieograniczonego łamania zasad. Lekarz takim zapleczem nie dysponuje. Nie ustala, a jedynie próbuje odkrywać zasady. Natura zaś nie wybacza nigdy, a lekarz nie może nawet się z nią targować. Może co najwyżej w sposób dość nieudolny starać się łagodzić skutki jej „gniewu”. Problem w tym, że chorzy najczęściej nie przyjmują do wiadomości odpowiedzialności za swoje zdrowie i odrzucają lekarza, jak w Starym Testamencie odrzucano proroków.

Wprawdzie między chorym i lekarzem istnieje istotna asymetria wiedzy o zdrowiu i chorobach, ale podobna dysproporcja wiedzy i umiejętności występuje w przypadku każdego profesjonalisty, np. prawnika, fizyka, filozofa czy inżyniera. Różnica jest taka, że w relacji lekarz – pacjent ta asymetria dotyczy sfery dla człowieka najważniejszej i najbardziej czulej – jego zdrowia i życia.

Wykorzystywanie tej przewagi do celów innych niż dobro chorego oraz uleganie pokusie, aby sprawić wrażenie wszechwiedzącego, jest zawsze nieprofesjonalne i naganne, a najczęściej groteskowe.

Podsumowując: syndrom boga jest zaburzeniem psychicznym sklasyfikowanym w ICD-10 pod numerem F44. Może wystąpić u lekarza, choć nie wiem, czy częściej niż w populacji ogólnej. Jeżeli natomiast potraktujemy to określenie jako synonim poczucia wszechwiedzy, staje się objawem braku profesjonalizmu, a nawet pewnego rodzaju zaburzeń samoświadomości, niezależnie od tego, u kogo występuje i jakiego zawodu czy sprawowanej funkcji dotyczy. Staje się tym bardziej niebezpieczne, im większa jest liczba osób, na które mają wpływ decyzje indywiduum tym syndromem dotkniętego.

Źródłem postępu i dobra nie jest arogancja i poczucie wszechwiedzy, ale pokora. To jednak jest temat na inne opowiadanie.

*Prof. dr hab. n. med. Jan DULAWA
Wojewódzki Konsultant
w dziedzinie chorób wewnętrznych,
Śląski Uniwersytet Medyczny*

(przedruk za zgodą z „Pro Medico” nr 5/23)

RELACJE WZAJEMNE MIĘDZY LEKARZAMI (CZ. 2)

Prezentujemy drugą część nieopublikowanego wcześniej artykułu śp. prof. Krzysztofa Marczeńskiego, wieloletniego kierownika Zakładu Etyki i Filozofii Człowieka

UM w Lublinie, który przygotował kilka miesięcy przed śmiercią. Prof. Marczeński zmarł 3 lata temu, 31 grudnia 2019 roku, pogrzeb odbył się 4 stycznia 2020 roku.



Część pierwsza ukazała się w Medicusie 12/2023. Tekst miał być częścią przystępnego komentarza do wybranych artykułów Kodeksu etyki lekarskiej.

Kształcenie lekarzy

Nie wszyscy mają dar uczenia, nie wszyscy też chcą uczyć. Pozycja najsprawniejszego lekarza, a szczególnie jedyne go specjalisty jest bardzo atrakcyjna i zrozumiałe jest, że nie wszyscy chcą się jej pozbywać. Tymczasem KEL mówi jednoznacznie o obowiązku pomocy mniej doświadczonym lekarzom przez bardziej doświadczonych. KEL dostrzegł też szczególne obowiązki lekarzy pełniących funkcje kierownicze, dobrze, żeby i oni to dostrzegali. Tyle władzy, ile odpowiedzialności.

Współcześnie model lekarza wspinającego się po szczeblach kariery, jak po drabinie ulega zmianie i jest powoli zastępowany/uzupełniany przez model sieci neuronalnej, gdzie wszyscy są ważni i czasami trudno jest nawet wskazać najważniejszą osobę w zespole. Do tego zespołu wchodzi także coraz częściej kontakty internetowe czy to w postaci asynchronicznej, czy też nawet bezpośredniej transmisji, bezpośredniego kontaktu. Dla lekarza, który chce się uczyć w większym stopniu niż jego otoczenie, jest to znakomita okazja. Oczywiście obowiązują, a przynajmniej powinny, ogólne zasady szacunku wobec innych lekarzy i zachowania ewangelicznej zasady darmo otrzymaliście, darmo dawajcie. Niestety wykształcenie, zwłaszcza odnoszące się do umiejętności manualnych, wymaga praktyki. Obowiązki lekarzy kierujących słusznie obejmują stworzenie możliwości kształcenia się chętnym do tego lekarzom (ograniczenie takiego prawa do młodych wydaje się słabo uzasadnione), z jednocześnie nałożeniem obowiązku kształcenia następców. Oczywiście najprostszym, ale nie najbardziej etycznym sposobem bycia najlepszym specjalistą jest ograniczenie innym możliwości kształcenia się.

Sztuczne ograniczenia możliwości uczenia się podważam uważam za poważne wykroczenie etyczne, skierowane tak przeciwko młodszym kolegom, jak i pacjentom. Wielka jest odpowiedzialność lekarzy decydujących o rozdziale pieniędzy, ale także o możliwości lub zakazie leczenia. Przykład trwałego połączenia anestezjologii i intensywnej terapii w Polsce na drodze decyzji administracyjnej jest tego przykładem, podczas gdy w innych krajach Unii Europejskiej jest to odrębna specjalność, dostępna oczywiście także, ale nie wyłącznie, anestezjologom. Monopole na leczenie, jak wszelkie monopole, muszą mieć poważne uzasadnienie. Tworzenie wielkiej liczby specjalizacji sprawdza się może w dużych ośrodkach, ale sztucznie ogranicza możliwość wyboru lekarza w mniejszych.

Jednym z trudnych obowiązków etycznych doświadczanego lekarza jest nauczanie innych lekarzy przez osobistego przykład. Dlatego od nauczycieli akademickich można oczekiwać poddawania się wszelkim zaleceniom

i badaniom profilaktycznym, zdrowego stylu życia, samodyscypliny podczas leczenia i... zdrowia. Podobno w starochińskiej tradycji nie można było zostać profesorem przed ukończeniem 60 roku życia, bo „*co to za profesor, który nawet 60 lat nie dożył*”... Kontrowersyjne, ale coś w tym jest.

Sytuacje szczególne w relacjach pomiędzy lekarzami

Bardzo ciekawym i ważnym, ale stosunkowo rzadko analizowanym modelem relacji międzylekarskich jest małżeństwo lekarskie. Często zawierane już w okresie studiów lub niedługo potem. Niestety niewiele jest opracowań na ten temat. Wiadomo, że nie jest łatwo. Niewątpliwą zaletą jest zrozumienie obowiązków wobec chorego, które nie pozwalają, np. na wspólną wigilijną kolację, z drugiej strony jest równoległość karier, co często oznacza równoległość przemęczenia. Małżeństwa lekarskie są małżeństwami zwiększonego ryzyka, a umiejętność wczesnego rozpoznawania sygnałów ostrzegawczych trudna do przecenienia. Lekarze amerykańscy zawierają małżeństwa później niż nielekarze, odsetek rozwodów jest większy u kobiet, ale i odsetek małżeństw lekarskich jest wyższy u kobiet. Są kraje, w których około połowa lekarek wychodzi za mąż za lekarza (1). Nie wiem, jakie są polskie dane, ale małżeństwo lekarskie jest chyba jedną sytuacją, w której lekarze mogą, a nawet powinni, wchodzić w relacje seksualne ze swoimi pacjentami (nawiązując do zakazu takich relacji w Międzynarodowym Kodeksie etyki lekarskiej) (2). Aczkolwiek wiele osób uważa, że lekarze nie powinni leczyć swoich rodzin (3) (ja do nich nie należę). Rzecz jasna małżeństwo nie jest jedyną formą relacji między lekarzami. Piękną formą jest przyjaźń. Niektórzy twierdzą, że lekarz powinien mieć co najmniej 2 przyjaciół, lekarza i nie lekarza (4).

Kobiety lekarze wniosły nową jakość do medycyny, w niektórych specjalnościach stanowią zdecydowaną większość, aczkolwiek ich miejsce w zespołach zapewne nie jest jeszcze ostatecznie ustabilizowane (5). Obecność lekarzy różnych płci (i orientacji seksualnych) w hierarchicznym zespole stwarza ryzyko niedobrowolnych kontaktów seksualnych między lekarzami określanymi zwykle jako molestowanie seksualne. Problem nie jest nowy, często dość trudny do precyzyjnego wyjaśnienia wobec takiego zwykle niedookreślonego charakteru relacji seksualnych i ukrywania go przed otoczeniem lub wyolbrzymiania (6). Częściej dotyczy kobiet i występuje w wielu specjalnościach, w których raczej bym się go nie spodziewał (7).

Kolejna trudna relacja między lekarzami to sytuacja, kiedy jeden z nich występuje jako biegły lub kontroler, oceniający pracę innego lekarza (innych lekarzy). Oczywiście nie ma w tym nic trudnego, kiedy ocena jest pozytywna a postępowanie prawidłowe. W przeciwnym wypadku zasada szacunku nabiera szczególnego znaczenia. Różnica zdań lub negatywna ocena mogą się zdarzyć. Mi-

nimum przyzwoitości jednak to ocena postępowania lub opinii, a nie osoby lekarza.

Podsumowanie

Reasumując, wydaje się, że wzajemne relacje między lekarzami są dość skąpo opisane w KEL, ale najważniejsze zostało w nich zawarte. Wzajemny szacunek, mądrze rozumiana solidarność zawodowa, to bezdyskusyjne podstawy, ale te jakże potrzebne artykuły zasługują na rozbudowanie i uszczegółowienie w obecnym dość szybko zmieniającym się świecie. Tu jestem zdecydowanym utylitarystą i uważam, że dobrze byłoby je oprzeć na faktach, tj. badać realne konsekwencje wprowadzonych rozwiązań. Oczywiście nie rezygnując z normatywnego charakteru KEL.

Prof. Krzysztof MARCZEWSKI
(przedruk za zgodą z „Medicusa” nr 3/23)

- [1] 1. M. Lypson, R. Perlman, P. Ross: So you married a doctor? Preparing trainees for medical marriages. Can. Med. Educ. J., 2013; 4: e111– e112.
- [2] 2. A PHYSICIAN SHALL not enter into a sexual relationship with his/her current patient or into any other abusive or exploitative relationship. <https://www.wma.net/policie/spost/wma-internationalcodeofmedicalethics/> [dostęp: 29.04.2019].
- [3] 3. C. Hutchison, P.C. McConnell: The ethics of treating family members. Curr. Opin. Anaesthesiol., 2019; 32: 169–173.
- [4] 4. Family Physician akces 2019.05.03.
- [5] 5. M. Sharma: Applying feminist theory to medical education. Lancet, 2019; 393: 570–578.
- [6] 6. M. Komaromy, A.B. Bindman, R.J. Haber, M.A. Sande: Sexual harassment in medical training. N. Engl. J. Med., 1993; 328: 322–326.
- [7] 7. A. Camargo, L. Liu, D.M. Yousem: Sexual harassment in radiology. J. Am. Coll. Radiol., 2017; 14: 1094–1099.

CZYM JEST SZCZĘŚCIE I JAK MOŻEMY JE OSIĄGNAĆ

Lubię rozmowy z moimi małymi pacjentami. Po badaniu, gdy napięcie i lęk związany z wizytą gwałtownie obniża się, często pojawiają się zabawne zachowania i wypowiedzi. Ostatnio usłyszałem od 5-letniego chłopca, który zwinnie zeskoczył z laryngologicznego fotela: „Ale jestem szczęśliwy”. Na moje pytanie dlaczego jest szczęśliwy, odpowiedział: „Bo dzisiaj w domu będą pierogi”. Tak rozbawiła (i dzięki temu utrwaliła się w mojej pamięci) jego wypowiedź, że, zastanawiając się nad wyborem tematu kolejnego artykułu, pomyślałem – napiszę dzisiaj o szczęściu.

Czym jest szczęście

Pomimo że rozważania na temat tego, czym jest szczęście i jak go osiągnąć, prowadzili już starożytni Grecy i Rzymianie, jego pojęcie wciąż nie jest jednoznaczne. Według Słownika PWN może oznaczać powodzenie w jakichś przedsięwzięciach, sytuacjach życiowych itp., uczucie zadowolenia, radości oraz to wszystko, co wywołuje ten stan, a także po prostu zbieg pomyślnych okoliczności.

Znany polski filozof prof. Władysław Tatarkiewicz dodaje jeszcze 2 rodzaje szczęścia: szczęście rozumiane jako posiadanie największych dóbr dostępnych człowiekowi (szczęśliwy jest ten, kto ma dobra, których potrzebuje i którymi się cieszy) oraz jako zadowolenie z życia.

Psycholodzy od dziesięcioleci poszukują odpowiedzi na pytania, który rodzaj szczęścia jest najbardziej satysfakcjonujący i jak można ten stan osiągnąć. Przyjrzyjmy się dwóm znanym i interesującym koncepcjom.

Koncepcja szczęścia wg Mihalyego Csikszentmihalyiego

Pierwszą z nich jest koncepcja zaangażowania albo przepływu „flow” Mihalyego Csikszentmihalyiego (1998).

Według jej autora: „Szczęście nie jest czymś, co się wydarza. Nie jest wynikiem uśmiechu losu ani dziełem przypadku. Nie można go kupić za pieniądze ani uzyskać dzięki władzy. Nie zależy od wydarzeń zewnętrznych, ale raczej od naszej ich interpretacji. Szczęście jest stanem, do którego należy się przygotować, a gdy się go osiągnie, trzeba go starannie kultywować. Każdy z nas musi bronić własnego szczęścia. Ludzie, którzy posiadają umiejętność kontrolowania wewnętrznych doświadczeń, będą w stanie sami decydować o jakości swojego życia – a to jest stanem najbliższym szczęściu, jaki możemy osiągnąć”. O jakim stanie mówi autor? To stan zaangażowania, czyli poświęcanie całej energii danemu zajęciu, czynności, działaniu „na pełnych obrotach”. Podmiot jest skupiony, ale rozluźniony, nie dostrzega upływającego czasu, odczuwa przepływ energii pomiędzy samym sobą a światem zewnętrznym, doświadcza pozytywnych emocji. Uczucie przepływu najczęściej towarzyszy wykonywaniu ulubionych zajęć, niektórzy doświadczają go podczas prostych prac ogrodowych, inni gotując, uprawiając sport, jeszcze inni grając na instrumentach lub śpiewając w chórach. Szczęściarze wchodzą w przepływ wykonując służbowe obowiązki. Ważne jest aktywne działanie – rzadziej przepływu doświadczamy oglądając film czy czytając powieść. Czynniki sprzyjające wystąpieniu przepływu to jasny, konkretny cel działania i natychmiastowa informacja zwrotna o jego wyniku (widoczny efekt działania). Badania psychologów potwierdzają wysoką korelację pomiędzy poczuciem szczęścia a doświadczaniem stanów zaangażowania.

Szczęście według teorii Martina Seligmana

Inną próbą odpowiedzi na pytanie, jak być szczęśliwym, jest teoria Martina Seligmana. To czołowy przed-

stawiciel psychologii pozytywnej, która jest jednym z ważnych i interesujących nurtów psychologicznych powstałych w II połowie XX wieku.

W ujęciu psychologii pozytywnej szczęście to dobrostan, na który składa się dobre, pozytywne samopoczucie i ogólna satysfakcja ze swojego życia.

Szczęśliwe dobre życie, zdaniem tego autora, to życie, w którym doświadczamy przyjemności płynących z doznań zmysłowych, ale przede wszystkim jej źródłem jest poczucie sensu życia. To zaś pojawia się, gdy mamy świadomość swojego potencjału, jego rozwoju i wpływu, jaki wywieramy na swoje otoczenie. Innymi słowy, kluczem do zadowolenia i autentycznego szczęścia jest poczucie rozwoju w odniesieniu do siebie samego i otoczenia.

Jeśli chcesz być szczęśliwy, odpowiedz na pytanie, kim jesteś, a dopiero wtedy będziesz mógł dokonywać zmian w swoim życiu, nadając mu sens. Aby można je było przeprowadzać, musimy wiedzieć, co możemy rozwijać, potrzebny jest więc jakiś wzorzec. Seligman przedstawia go – wyróżnia sześć kardynalnych, uniwersalnych cnót, które dzieli na tzw. zalety sygnaturowe (mocne strony charakteru). Cnoty to:

- mądrość i wiedza,
- odwaga,
- miłość i człowieczeństwo,
- sprawiedliwość,
- wstrzemięźliwość,
- duchowość i transcendencja.

Na mądrość składa się: ciekawość/zainteresowanie światem, umiłowanie (chęć) do nauki, krytyczne myślenie/ brak uprzedzeń/otwartość, pomysłowość/inteligencja praktyczna, inteligencja społeczna i emocjonalna oraz dystans poznawczy (zdolność przyjmowania różnych punktów widzenia). Odwaga to męstwo i dzielność, wytrwałość/pracowitość/sumienność oraz prawość/szczerowość/uczciwość. Miłość i człowieczeństwo (humanitaryzm) zawierają takie zalety jak: uprzejmość/dobroć wielkoduszność, miłość, przyzwolenie na bycie kochanym. Sprawiedliwość przejawia się przez obywatelską postawę, obowiązkowość i lojalność, uczciwe i równe traktowanie innych oraz zdolności przywódcze. Wstrzemięźliwość reprezentowana jest przez samokontrolę, rozważę, dyskrecję/ ostrożność, a także skromność i pokorę. Duchowość i transcendencja oznaczają zdolność doceniania piękna i doskonałości, odczuwania wdzięczności, patrzenia z ufnością w przyszłość, nadzieję i optymizm, poczucie celu/wiarę/religijność, skłonność do wybaczenia i okazywania litości, poczucie humoru oraz pasję/entuzjazm/ zapał/namiętność.

Na podstawie swoich badań Seligman opracował zestaw rad, których celem jest ułatwienie nam drogi do osiągnięcia szczęścia w życiu. Powszechnie znane są jako model PERMA:

- P – Positive Emotions (Pozytywne emocje)
- E – Engagement (Zaangażowanie)
- R – Relationships (Relacje i Związki)

M – Meaning (Sens życia)

A – Achievements (Osiągnięcia)

Zobaczmy, co możemy zrobić dla siebie w zakresie poszczególnych elementów modelu.

P – Positive Emotions (Pozytywne emocje)

Poczuciu szczęścia sprzyja koncentracja na pozytywnych emocjach, optymizm, pozytywne myślenie, celebrowanie chwil radości, zadowolenia, przyjemności, wzajemna akceptacja, miłość, koncentracja na tym co mamy, a nie na tym, czego nie udało nam się zdobyć czy osiągnąć, dostarczanie sobie przyjemnych chwil i radości, dbałość o umysł i ciało.

E – Engagement (Zaangażowanie)

Uważność – koncentracja na tu i teraz, wykonywanie działań, podczas których doświadczamy „flow”.

R – Relationships (Relacje)

Budowanie i utrzymywanie dobrych relacji z rodziną, bliskimi, przyjaciółmi, otoczeniem – bezpieczeństwo, bliskość, akceptacja, wsparcie w sytuacjach trudnych. Dla przypomnienia, dobre relacje to relacje oparte na wzajemnym zaufaniu, sympatii, atrakcyjności, otwartości (asertywności). W jednym z wcześniejszych numerów „Medium” ten temat już rozwijaliśmy.

M – Meaning (Znaczenie)

Nadawanie znaczenia swojemu życiu – próba odpowiedzi na pytanie: „po co żyję”?

A – Accomplishments (Osiągnięcia)

Wyznaczanie i osiąganie założonych celów: np. w obszarach zalet sygnaturowych i cnót.

Czy szczęście można zmierzyć?

W pewnym stopniu tak. To badania kwestionariuszowe, dotyczą zarówno szczęścia doznawanego w danej chwili: jak i całłościowej oceny satysfakcji z życia.

Szeroko zakrojone badania prowadzi od lat pracownia sondażowa Gallup World Poll. Oceny zadowolenia z życia dokonuje na podstawie tak zwanej skali samookreślenia dążeń A. Cantrila (Cantril, 1965).

Od 2006 r. wyznaczany jest tzw. światowy indeks szczęścia (Happy Planet Index – HPI), opracowany przez New Economics Foundation.

Badania nad szczęściem, World Happiness Report, na zlecenie ONZ prowadzi również Instytut Ziemi (Earth Institute) przy Uniwersytecie Columbia. Badanie opiera się nie tylko na informacji o subiektywnym odczuciu szczęścia mieszkańców 158 krajów świata, ale także danych dotyczących stanu zdrowia ankietowanych, jakości opieki socjalnej, długości życia, dochodów, swobody dokonywania życiowych wyborów, hojności mieszkańców oraz skali korupcji.

Od 2017 r. pierwsze miejsce w zestawieniu World Happiness Report zajmuje Finlandia. W 2022 r. po raz kolejny została uznana za najszczęśliwszy kraj na świecie. Drugie miejsce ponownie zajęła Dania, trzecie Islandia. **Polska znalazła się na 48. miejscu na liście najszczęśliwszych krajów świata.**

Podsumowanie

Warto pamiętać, że pomimo wielu obiektywnych przeszkód ograniczających osiągnięcie poczucia szczęścia (czynniki społeczno-ekonomiczne, choroby i nieszczęśliwe zdarzenia losowe, genetyczne ograniczenia dotyczące przeżywania pozytywnych emocji...) zasadnicze znaczenie w jego osiągnięciu mamy my sami. Jeśli włożymy nieco wysiłku i, idąc za radami psychologów, odnajdziemy sens i radość życia, doceniać będziemy przyjemności dnia codziennego, otaczać się dobrymi ludźmi i pielęgnować relacje z nimi, cieszyć ze swoich osiągnięć, angażować bez granic w sprawiające przyjemność czynności, naszym udziałem będzie poczucie satysfakcji i szczęścia. Wówczas jeśli ktoś, np. ankieter Gallup World Poll, zada nam pytanie: „*Jakie masz poczucie, na którym szczeblu drabiny aktualnie się znajdujesz?*”, odpowiemy: na 10., które oznacza: „*Prowadzę życie, które uznaję dla siebie za najlepsze z możliwych*”. Czego Państwu i sobie życzę.

- [1] Piśmiennictwo
- [2] <https://sjp.pwn.pl/slowniki/szczescie>
- [3] Tatarkiewicz W. (2015), O szczęściu, Wydawnictwo Naukowe PWN SA, Warszawa.
- [4] Seligman, M. E. (2005), Prawdziwe szczęście, Media Rodzina, Poznań.
- [5] Argyle M. (2004), Psychologia szczęścia, Astrum, Wrocław.
- [6] Csikszentmihalyi M. (2005), Przepływ, Moderator, Wrocław

Dariusz DELIKAT

O AUTORZE: lekarz laryngolog i psycholog, trener komunikacji i coach. Absolwent Wrocławskiej Akademii Medycznej oraz Uniwersytetu SWPS. Czynnie wykonuje pracę lekarza i psychologa. Autor wielu programów szkoleniowych oraz artykułów popularnonaukowych, dotyczących szeroko rozumianych umiejętności psychologicznych. Od kilku lat prowadzi szkolenia dla lekarzy Dolnośląskiej Izby Lekarskiej. Stały współpracownik „Medium”

(przedruk za zgodą z „Medium” nr 5/23)

JAKIE KROKI JESTEŚMY GOTOWI PODJĄĆ, ABY SCHUDNĄĆ?!

Kilka słów o modzie na analogi GLP-1

Otyłość (a w zasadzie zgodnie z najnowszą nomenklaturą proponowaną przez gremia obesitologiczne – choroba otyłościowa) to przewlekła, ciężka, nawracająca choroba bez tendencji do samoistnego ustępowania i prowadząca do rozwoju ponad 200 powikłań, w tym tych najgroźniejszych: sercowo-naczyniowych. Każdy z lekarzy z łatwością może ją rozpoznawać u swoich pacjentów, a także zaproponować im podjęcie odpowiedniego toku diagnostyczno-terapeutycznego – w niejednym z opracowań mówi się wręcz o etycznym obowiązku takiego postępowania przez każdego z lekarzy.

Integralnymi elementami leczenia choroby otyłościowej jest leczenie żywieniowe oraz aktywność fizyczna, jak również psychoterapia – skuteczność takiej terapii bywa jednak ograniczona, należy wtedy sięgnąć m.in. do farmakoterapii (zwłaszcza przy współwystępujących powikłaniach). Do dostępnych w Polsce leków wspomagających leczenie otyłości zaliczamy orlistat, preparat złożony naltreksonu z bupropionem oraz liraglutyd, będący przedstawicielem grupy analogów GLP-1. Choć każdy z tych leków ma inne wskazania, to właśnie analogi GLP-1 (działające na hormony trzustkowe, spowalniające opróżnienie żołądka i hamujące łaknienie) zrobiły bodaj największą furorę wśród lekarzy i pacjentów. Liraglutyd nie jest jedynym lekiem z grupy GLP-1 – do ważniejszych zaliczamy też takie, jak: semaglutyd i dulaglutyd, które w odróżnieniu od liraglutylu stosowanego codziennie, stosowane są raz w tygodniu w posta-

ci wstrzyknięć podskórnych. Są one jednak co do zasady dedykowane pacjentom z cukrzycą typu 2, nie są zarejestrowane w Polsce do leczenia choroby otyłościowej – co jednak nie przeszkadza próbom stosowania tychże off-label, poza tzw. charakterystyką produktu leczniczego, zwłaszcza że wyniki badań naukowych i praktyka kliniczna (szczególnie na przykładzie semaglutylu, znanego w Polsce jako Ozempic) wykazują świetne efekty w redukcji masy ciała. Ale...

Rosnąca popularność równa się rosnącemu popytowi. Niestety, relatywnie wyższemu od podaży – wyżej wspomnianych leków na rynku jest po prostu zbyt mało, by wystarczyło ich dla wszystkich zainteresowanych. A nie zapominajmy, że zgodnie z pierwotnym założeniem, są to leki dedykowane pacjentom z cukrzycą typu 2, nie z otyłością. Skutkiem, o zgrozo, jest to, że leku (bardzo skutecznego w terapii cukrzycy!) zwyczajnie dla pacjentów diabetologicznych brakuje, co zmusza do modyfikacji terapii hipoglikemizującej.

Trudno szukać tu mniej lub bardziej winnych – czy też w ogóle winnych. Z pewnością nie są nimi ani pacjenci (ci rzeczywiście kwalifikujący się do terapii analogami GLP-1), ani lekarze przepisujący leczenie zgodnie z zasadami evidence-based medicine, choćby i off-label. Problem mogą stanowić ludzie z normatywną masą ciała chcący wyłącznie „pozbyć się boczaków”, korzystający niekiedy w tym celu z wątpliwych etycznie „receptomatów”, tj. stron, gdzie można zamówić i odebrać w trymi-

ga receptę na dowolny lek (które to recepty wypisywane są przez medyków w ilościach wręcz hurtowych). Pacjenci ci zdają się też być nieświadomi, że pomimo dość bezpiecznego profilu działania tych leków, nie zawsze są one dla organizmu obojętne - mogą powodować nudności, wymioty, biegunkę (a wtórnie do nich odwodnienie z zaburzeniami elektrolitowymi), bóle i wzdęcia brzucha, tachykardię, uczucie zmęczenia oraz, co oczywiste, reakcje w miejscu wstrzyknięcia: zasinienie, ból, podrażnienie etc. W zagranicznej literaturze popularnonaukowej można spotkać się też z pojęciem „ozempic face” – chodzi o nieco obwisłą skórę dającą obraz „posępnej” twarzy, co ma związek z szybkim chudnięciem i redukcją objętości tkanki tłuszczowej.

Podstawowym błędem, prowadzącym do eskalacji epidemii otyłości, jest spłykanie tej choroby do poziomu „problemu kosmetycznego” – trzeba z tym skończyć. Pomijając nawet najważniejszy aspekt indywidualny, to w aspekcie finansów publicznych - choroby przyczynowo związane z nadwagą i otyłością doprowadzają do 25% hospitalizacji (w skali całego kraju dając ok. 1,5 mln pobyków szpitalnych rocznie). Wydatki na leki dla osób z BMI >35kg/m² są 2x wyższe niż u osób z BMI prawidłowym. Mimo to przy proponowaniu i stosowaniu odpowiednich środków należy zachować zdrowy rozsądek. Leki takie jak analogi GLP-1 należy stosować zgodnie z wytycznymi gremiów obesitologicznych, tj. przy BMI ≥30kg/m² lub 27kg/m², jeśli współwystępują powikła-

nia nadmiernej masy ciała – na tę chwilę preferowanym lekiem z tej grupy powinien być liraglutyd w dawkach do 3.0 mg, nie zaś semaglutyd ani dulaglutyd w dawkach diabetologicznych (choć za jakiś czas pojawić się powinien na europejskim i polskim rynku preparat semaglutylu w dawkach obesitologicznych, ponad dwukrotnie wyższych – pod nazwą Wegovy). Przeprowadzanych jest teraz wiele badań klinicznych nad nowymi molekułami i połączeniami molekuł (bardzo obiecującym wydaje się tirzepatyd oraz połączenie jednego z analogów GLP-1 z agonistą GIP).

Czas pokaże, co będziemy mogli zaproponować pacjentom, ale trzeba przyznać, że wiatry zdają się być dla nich całkiem przychylne.

W razie chęci przedyskutowania tego i podobnych tematów – zachęcam do kontaktu e-mailowego: lekarz.szymon.suwala@gmail.com Pozostaję do dyspozycji wszystkich zainteresowanych :)

Szymon SUWAŁA

O autorze: dr n. med. i n. o zdr. Szymon Suwała jest specjalistą endokrynologii, certyfikowanym lekarzem Polskiego Towarzystwa Badań nad Otyłością, edukatorem medycznym (<http://facebook.com/suwala.lekarz>)

(przedruk za zgodą z „Primum” nr 5/23)

PRAWO

NARUSZENIA OCHRONY DANYCH OSOBOWYCH W PLACÓWKACH MEDYCZNYCH

Mimo że przepisy o ochronie danych osobowych obowiązują od kilku lat, nadal regulacje te nastroczają wiele problemów interpretacyjnych i trudności w ich stosowaniu. Do ich przestrzegania zobowiązane są wszystkie placówki medyczne – zarówno szpitale, przychodnie, jak i nieduże gabinety lekarskie. Nie ma również znaczenia, czy dana placówka medyczna udziela świadczenia zdrowotne w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia, czy realizuje świadczenia medyczne wyłącznie komercyjnie.

Można powiedzieć, że na placówce medycznej ciąży większy obowiązek przestrzegania przepisów dotyczących przetwarzania i ochrony danych osobowych niż na zwykłym przedsiębiorcy. Dzieje się tak dlatego, że podmioty te operują setkami, a nawet tysiącami danych osobowych różnych pacjentów, podczas gdy dany przedsiębiorca ma zawężoną działalność skierowaną do danej grupy odbiorców, a tym samym przetwarza mniejszą

liczbą danych. Dodatkowo na szczególną uwagę zasługuje rodzaj informacji. Podczas gdy większość przedsiębiorców operuje zwykłymi danymi, podmiot medyczny przetwarza dane wrażliwe, dotyczące stanu zdrowia pacjentów. Jak wynika z art. 9 ust. 1 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (RODO), dane dotyczące zdrowia stanowią szczególną kategorię danych osobowych, a ich przetwarzanie jest zabronione. Przepis ten nie ma zastosowania, jeśli spełniony jest jeden z warunków wskazanych w art. 9 ust. 2.

Przestrzeganie powyższych uregulowań jest istotne z punktu widzenia ochrony praw i ochrony prywatności pacjentów placówek medycznych. W związku z tym

zabezpieczenie danych w podmiocie leczniczym będzie różniło się od zabezpieczenia danych w przedsiębiorstwie, które swoim zakresem działalności nie udziela świadczeń medycznych. Oczywiście rozważania te nie mają na celu wskazywania, które dane są „ważniejsze” i powinny być np. lepiej chronione. Mają one jedynie na celu uświadomienie osobom kierującym placówkami medycznymi, z jak ważną tematyką mają do czynienia i jakie konsekwencje mogą grozić w przypadku wdrażania nieprawidłowego lub wadliwego sposobu ochrony danych osobowych oraz naruszeń ochrony tych danych.

Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej, jako akt państwowy najwyższej rangi w art. 51 pkt. 1, traktuje o prawie do ochrony danych osobowych stanowiąc, że nikt nie może być obowiązany inaczej niż na podstawie ustawy do ujawniania informacji dotyczących jego osoby. Natomiast w preambule RODO motywie 7 wskazano, że osoby fizyczne powinny mieć kontrolę nad własnymi danymi osobowymi.

Kiedy mamy do czynienia z naruszeniem ochrony danych osobowych?

Pojęcie „naruszenia ochrony danych osobowych” zostało zdefiniowane w Rozporządzeniu Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych, oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE, a więc w przywołanym przeze mnie powyżej tzw. RODO. Zgodnie z art. 4 ust. 12 za takie naruszenie uważa się naruszenie bezpieczeństwa prowadzące do przypadkowego lub niezgodnego z prawem zniszczenia, utracenia, zmodyfikowania, nieuprawnionego ujawnienia lub nieuprawnionego dostępu do danych osobowych przesyłanych, przechowywanych lub w inny sposób przetwarzanych.

Najczęstszą przyczyną naruszeń jest brak wiedzy, wynikający z braku szkoleń personelu w tym zakresie oraz brak przyjęcia odpowiednich procedur opartych na obowiązujących przepisach prawa.

W monografii pod red. M. Jędrzejczak wskazano, że kluczową rolę we właściwym stosowaniu przepisów odnoszących się do ochrony danych osobowych w podmiotach leczniczych [...] odgrywa personel tych podmiotów. Zmiany dotychczasowych, często rutynowych zachowań personelu zarówno medycznego, jak i administracyjnego mogą być implikowane przeprowadzaniem regularnych i ciągłych szkoleń – wymaganych w szczególności przez przepisy RODO (1).

Poniżej zestawienie naruszeń ochrony danych osobowych w sektorze medycznym wraz z tabelami statystycznymi przygotowane przez Inspektora Ochrony Danych Osobowych panią Bożenę Chmielewską. Opracowano na podstawie własnych obserwacji IOD oraz Sprawoz-

dań Prezesa UODO za lata 2018–2022 <https://archiwum.uodo.gov.pl/pl/437>

Liczba zgłoszonych naruszeń do Urzędu Ochrony Danych Osobowych w latach 2018–2021

rok	sektor prywatny	sektor publiczny	międzynarodowy sektor informatyczny (IMI)	razem
2021	8.172	4.738	36	12.946
2020	4.661	2.691	155	7.507
2019	3.894	2.145	69	6.108
2018 (od maja)	1.882	564	0	2.446

Najczęstsze naruszenia ochrony danych osobowych w sektorze medycznym:

1. wysłanie korespondencji zawierającej dane osobowe zarówno w formie tradycyjnej, jak i na elektroniczną skrzynkę pocztową e-mail do niewłaściwego odbiorcy,
2. wysyłanie korespondencji elektronicznej z niezaszyfrowanymi załącznikami, zawierającymi wyniki badań pacjentów lub kopie dokumentacji medycznej,
3. ujawnienie danych niewłaściwej osobie – udostępnianie danych osobowych pacjentów (lub wydanie dokumentacji medycznej) bez sprawdzenia, czy osoba odbierająca jest upoważniona do odbioru dokumentacji,
4. wystawienie i wydanie recepty innemu pacjentowi – brak weryfikacji pacjenta,
5. zamiana dokumentacji przez pacjentów w gabinetach fizjoterapeutycznych,
6. podcięcie pojedynczych wyników do dokumentacji innego pacjenta i wydanie niewłaściwemu pacjentowi,
7. pomyłki/błędy w karcie pacjenta – np. dokonywanie wpisów w karcie dotyczących innego pacjenta, wpisanie przez lekarza błędnego nr PESEL na skierowaniu na badanie,
8. brak weryfikacji tożsamości pacjenta – udzielenie świadczenia niewłaściwej osobie,
9. telefoniczne udzielanie informacji o pacjencie bez weryfikacji tożsamości osób dzwoniących i bez sprawdzenia, czy są uprawnione do uzyskania informacji o pacjencie,
10. dokumentacja papierowa zgubiona lub skradziona – przewożenie dokumentacji na wizyty domowe i pozostawienie w sklepie, w urzędzie „po drodze”,
11. dokumentacja papierowa lub w formie elektronicznej na nośnikach – pozostawiona w niezabezpieczonej lokalizacji – pozostawianie otwartych gabinetów, pozostawianie kluczy w drzwiach gabinetu,

dokumentacja papierowa włożona w drzwi i zostawiona bez nadzoru, dokumentacja medyczna przechowywana w otwartych szafach lub na półkach bez możliwości zamknięcia na klucz,

12. zgubienie lub kradzież nośnika danych/urządzenia umożliwiającego dostęp do danych (laptop) – niezaszyfrowany sprzęt, pozostawiony bez opieki w samochodzie,
13. zniszczenie dokumentacji medycznej poprzez zalanie kawą,
14. przetwarzanie danych osobowych pacjentów przez nieupoważniony do tego celu personel placówki leczniczej – brak upoważnień nadanych przez administratora,
15. udostępnianie przez personel swoich loginów i haseł do systemów informatycznych współpracownikom,
16. obsługa systemów informatycznych na cudzym loginie – nieuprawniony dostęp do danych pacjentów oraz nieuprawnione dokonywanie zapisów w dokumentacji medycznej,
17. nieuprawnione uzyskiwanie danych w zakresie wizerunku – utrwalenie na nagraniu z monitoringu przebiegu leczenia stomatologicznego bez uprzedniego powiadomienia pacjenta i bez jego zgody,
18. brak klauzul informacyjnych dotyczących stosowania monitoringu wizyjnego w placówce,
19. ataki hakerskie – złośliwe oprogramowanie ingerujące w poufność, integralność lub dostępność danych oraz nieuprawnione uzyskanie dostępu do informacji poprzez złamanie zabezpieczeń, wymuszanie okupu (ransomware),
20. pozostawianie uprawnień dostępu do systemów informatycznych pracownikom, którzy zakończyli pracę w placówce medycznej,
21. głośne rozmowy i uwagi personelu na temat pacjentów, plotkowanie o pacjentach i współpracownikach poza miejscem pracy, umożliwiające zidentyfikowanie osób, o których się rozmawia,
22. udzielanie informacji o pacjentach przez osoby nieuprawnione – np. przez personel sprzątający,
23. przechowywanie dokumentacji medycznej przez czas niezgodny z określonym w ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

Powyższe naruszenia opracowane przez Inspektora Ochrony Danych Osobowych nie stanowią katalogu zamkniętego. Wynikają one z obserwacji Inspektorki, popartej jej wieloletnią praktyką zawodową w dziedzinie ochrony danych osobowych. Wiadomo, że jak wiele ludzi, tak wiele przypadków. Co zatem zrobić, aby ryzyko wystąpienia naruszeń zminimalizować do zera? Największy nacisk położyć należy na szkolenia. Tylko dobrze przeszkolony personel jest w stanie czuwać nad prawidłową ochroną danych osobowych w placówce medycznej. Pracownicy powinni być przeszkaleni z zakresu regulacji prawnych dotyczących RODO oraz powinni być

uświadamiani co do typowych zaniedbań czy istniejących zagrożeń związanych z ochroną danych osobowych pacjentów. Każdy z pracowników powinien znać dobrze system, na którym pracuje oraz znać zasady bezpieczeństwa informacji. Wiedzieć, jak postępować w sytuacji, kiedy doszłoby do naruszenia danych osobowych.

Przeszkolenie każdego nowego pracownika oraz prowadzenie szkoleń przynajmniej raz do roku dla wieloletnich pracowników, powinno być gwarantem prawidłowego wdrażania i stosowania przepisów RODO.

Do powyższej tematyki odniosła się również Najwyższa Izba Kontroli, wskazując na to, jak ważną rolę odgrywają szkolenia, minimalizując nieprawidłowości w ochronie danych osobowych. NIK w okresie od 25 maja 2018 r. do 23 kwietnia 2019 r. przeprowadziła w 24 podmiotach leczniczych z terenu sześciu województw kontrolę, której głównym celem była odpowiedź na pytanie, czy dane osobowe w podmiotach leczniczych są prawidłowo chronione i przetwarzane? Prawie w żadnej z kontrolowanych placówek dane osobowe pacjentów nie były ani prawidłowo chronione, ani prawidłowo przetwarzane. Z kolei w dziewięciu skontrolowanych szpitalach (37,5%) szkolenia związane z wejściem w życie przepisów RODO oraz bezpieczeństwem danych osobowych w systemach informatycznych objęły co najmniej 95% personelu. W rezultacie w podmiotach tych stwierdzono najmniej istotnych nieprawidłowości w zakresie ochrony danych osobowych pacjentów. W pozostałych siedmiu wskaźnik ten wynosił od 51 do 94%, a w ośmiu kolejnych – mniej niż połowę. Szkolenie powinno być zaś jednym z najistotniejszych elementów przygotowania podmiotu leczniczego do wejścia w życie RODO, którego obowiązek przeprowadzenia został określony w art. 39 ust. 1 lit. b RODO i spoczywał na IOD. [...] Zapewnienie prawidłowego przetwarzania i ochrony danych osobowych wymaga zmiany rutynowych zachowań personelu medycznego i administracyjnego (2).

Kolejną, bardzo istotną kwestią jest to, aby po zakończonej współpracy z danym pracownikiem odbierać mu stosowne upoważnienia, którymi posługiwał się przy wykonywaniu swojej pracy na rzecz danego podmiotu. Pracownik, który zakończył współpracę, nie powinien mieć już dostępu do haseł, dokumentów i sprzętu, którymi się posługiwał, m.in. właśnie dlatego, aby nie wystąpiło ryzyko przepływu danych wrażliwych do osób trzecich i co za tym idzie – bezprawnego ich użycia. Zasadne jest, aby minimum raz do roku przeprowadzać kontrolę umów kadry pracowniczej, by uaktualnić informacje o osobach zatrudnionych w danej placówce medycznej, jak i tych, które zakończyły już współpracę. Równie istotną kwestię stanowi niedopuszczanie do danych wrażliwych osób, które nie posiadają stosownych upoważnień i nie zostały przeszkolone w tym zakresie, jak np. praktykanci, stażyści. Można to czynić dopie-

ro po pełnym przeszkoleniu i nadaniu takiej osobie niezbędnych uprawnień.

Na szczególną uwagę w kwestii ochrony danych osobowych zasługują dwa dokumenty. Pierwszym z nich jest „Przewodnik RODO w służbie zdrowia”. Każda z placówek medycznych znajdzie w nim wskazówki związane z ochroną danych osobowych przy czynnościach rejestracji pacjentów, sposoby wywoływania pacjenta w podmiocie leczniczym, zagadnienia dotyczące możliwości zamieszczania tabliczek o stanie zdrowia na tzw. kartach przyłóżkowych itd. (3). Przewodnik powstał we współpracy z Rzecznikiem Praw Pacjenta i jest oficjalnym dokumentem sygnowanym przez Ministerstwo Zdrowia.

Z kolei drugim bardzo ważnym dokumentem jest kodeks postępowania dotyczącego ochrony danych osobowych przetwarzanych w małych placówkach medycznych. Jest to „świeża” regulacja prawna, kodeks bowiem został zatwierdzony przez Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych 14 grudnia 2022 r. Akt ten został opracowany przez zespół specjalistów Jamano Sp. z o.o. we współpracy z Federacją Porozumienie Zielonogórskie (4). Jednym z głównych celów kodeksu jest pomoc podmiotom medycznym w prawidłowym stosowaniu przepisów RODO, poszerzanie świadomości co do ochrony danych osobowych, jak również zapewnienie należytej ochrony tych danych pacjentom placówek medycznych.

Co zrobić w sytuacji naruszenia?

Jak wynika z art. 33 ust. 1 RODO, każda placówka medyczna w przypadku naruszenia danych osobowych, ma obowiązek zawiadomić o tym właściwy organ nadzorczy bez zbędnej zwłoki, w miarę możliwości nie później, niż w ciągu 72 godzin od stwierdzenia naruszenia. Wyjątkiem od obowiązku zgłoszenia jest sytuacja, kiedy występuje małe prawdopodobieństwo, aby naruszenie to skutkowało ryzykiem naruszenia praw lub wolności osób fizycznych. Do zgłoszenia przekazanego organowi nadzorczemu po upływie 72 godzin dołącza się wyjaśnienie przyczyn opóźnienia.

Abyśmy mogli mówić o prawidłowości zgłoszenia naruszenia, powinno ono:

a) opisywać charakter naruszenia ochrony danych osobowych, w tym w miarę możliwości wskazywać kategorię i przybliżoną liczbę osób, których dane dotyczą oraz kategorię i przybliżoną liczbę wpisów danych osobowych, których dotyczy naruszenie,

b) zawierać imię i nazwisko oraz dane kontaktowe inspektora ochrony danych lub oznaczenie innego punktu kontaktowego, od którego można uzyskać więcej informacji;

c) opisywać możliwe konsekwencje naruszenia ochrony danych osobowych,

d) opisywać środki zastosowane lub proponowane przez administratora w celu zaradzenia naruszeniu ochrony danych osobowych, w tym w stosownych przypadkach

środki w celu zminimalizowania jego ewentualnych negatywnych skutków.

Powyższy przepis wskazuje obowiązek zawiadomienia właściwego organu nadzorczego. Nie jest to jedyny podmiot, który w przypadku naruszenia ochrony danych osobowych powinien zostać o tym fakcie poinformowany. Jak wynika bowiem z art. 34 ust. 1 przedmiotowego rozporządzenia, w sytuacji, gdy naruszenie ochrony danych osobowych może powodować wysokie ryzyko naruszenia praw lub wolności osób fizycznych, administrator jest zobowiązany bez zbędnej zwłoki zawiadomić osobę, której dane dotyczą, o takim naruszeniu. Zgodnie z ust. 2 tegoż artykułu, prawidłowe zawiadomienie powinno jasnym i prostym językiem opisywać charakter naruszenia ochrony danych osobowych oraz zawierać przynajmniej informacje i środki, o których mowa w art. 33 ust. 3 lit. b), c) i d), a więc:

a) imię i nazwisko oraz dane kontaktowe inspektora ochrony danych lub oznaczenie innego punktu kontaktowego, od którego można uzyskać więcej informacji,

b) opis możliwych konsekwencji naruszenia ochrony danych osobowych,

c) opis środków zastosowanych lub proponowanych przez administratora w celu zaradzenia naruszeniu ochrony danych osobowych, w tym stosownych przypadkach środków w celu zminimalizowania jego ewentualnych negatywnych skutków.

Zgłaszanie naruszeń ochrony danych osobowych przez administratorów stanowi skuteczne narzędzie przyczyniające się do realnej poprawy bezpieczeństwa przetwarzania danych osobowych oraz pozwala organowi nadzorczemu na właściwą reakcję mogącą ograniczyć skutki takich naruszeń (5).

Niezwyczajnie istotne jest, aby w przypadku naruszenia danych osobowych placówka medyczna niezwłocznie dopełniła powyższych obowiązków, nie tylko z uwagi na konsekwencje związane z naruszeniem praw pacjenta, ale również z uwagi na konsekwencje finansowe. W tym miejscu chciałabym wskazać na decyzję Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych z 6 lipca 2022 r., DKN.5131.34.2021, mocą której na Uniwersyteckie Centrum Kliniczne Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego w Warszawie została nałożona administracyjna kara pieniężna w wysokości 10 tys. zł. Podstawą do jej nałożenia było naruszenie przez wskazaną placówkę przepisów art. 33 ust. 1 i art. 34 ust. 1 ww. rozporządzenia. Naruszenie to polegało na niezgłoszeniu prezesowi UODO naruszenia ochrony danych osobowych bez zbędnej zwłoki, nie później niż w terminie 72 godzin po stwierdzeniu naruszenia oraz na niezawiadomieniu o naruszeniu ochrony danych osobowych, bez zbędnej zwłoki osoby, której dane dotyczą.

W związku z powyższym każda placówka medyczna powinna mieć na uwadze, że w sytuacji, gdy na skutek naruszenia ochrony danych osobowych, występuje wy-



sokie ryzyko naruszenia praw lub wolności osób fizycznych, administrator zobowiązany jest wdrożyć wszelkie odpowiednie środki techniczne i organizacyjne, by od razu stwierdzić naruszenie ochrony danych osobowych i szybko poinformować organ nadzorczy, jak również osoby, których dane dotyczą. Administrator powinien zrealizować przedmiotowy obowiązek możliwie najszybciej (6).

Podsumowując, uznać należy, że kluczową rolę w celu zminimalizowania ryzyka naruszenia danych osobowych, odgrywają 3 elementy:

- 1) dbanie o prawidłowe przeszkalanie personelu,
- 2) wprowadzanie odpowiednich zabezpieczeń,
- 3) kontrolowanie nadawanych uprawnień.

Zasadne jest przytoczenie w tym miejscu łacińskiej paremii Ignorantia iuris nocet, nieznajomość bowiem przepisów o ochronie danych osobowych oraz ich nieumiejętne stosowanie może pociągać za sobą poważne

konsekwencje zarówno dla pacjentów, jak i dla podmiotów medycznych.

Anna MADAJCZYK-PIETRZAK
Dział Prawny Okręgowej Izby Lekarskiej w Łodzi

- [1] 1. Jędrzejczak M. (red.), Ochrona danych osobowych w prawie publicznym, Wydawnictwo Wolters Kluwer Polska, b.m.w. 2021.
- [2] 2. Raport Najwyższej Izby Kontroli, Wdrożenie przez podmioty lecznicze regulacji dotyczących ochrony danych osobowych.
- [3] 3. <https://www.gov.pl/web/rpp/przewodnik-porodo-w-sluzbie-zdrowia>.
- [4] 4. <https://jamano.pl/kodeksfpz/>
- [5] 5. Decyzja Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych z dnia 6 lipca 2022 r., DKN.5131.34.2021.
- [6] 6. Ibidem.

(przedruk za zgodą z „Panaceum” nr 3/23)

MEDYCYNĄ PO DYPLomie

MEANDRY FARMAKOTERAPII W WIEKU STARSZYM

Pacjenci w wieku powyżej 70 lat są pacjentami sui generis. Z jednej strony, z uwagi na wielochorobowość, pacjenci ci przyjmują na ogół jednocześnie wiele leków, z drugiej, w okresie starzenia zwiększa się znacznie ryzyko występowania polekowych powikłań, a ich konsekwencje mogą być daleko poważniejsze niż u pacjentów młodszych. W poniższej tabeli zebrano najistotniejsze powody podnoszące ryzyko wystąpienia szkód polekowych.

Czynniki zwiększające ryzyko wystąpienia powikłań polekowych u pacjentów w wieku starszym

- Wielochorobowość
 - Wielolekowość
 - Skłonność do samoleczenia, a więc ryzyko sumowania się działań niepożądanych
 - Skłonność do nadużywania suplementów diety
 - Przyjmowanie leków w sposób kaskadowo-lawinowy
 - Zespół kruchości (zmniejszona rezerwa czynnościowa w związku z wiekiem)
 - Zmiany w profilu farmakokinetycznym leków
- Odnosnie czynnika „Zmiany w profilu farmakokinetycznym leków” poniżej zebrano najważniejsze przyczyny

zmian farmakokinetyki u pacjentów w wieku starszym. Każda z przyczyn zwiększa ryzyko powikłań polekowych niezależnie od pozostałych.

Oto one:

- zmniejszenie wydzielania kwasu w żołądku, co wpływa na wchłanianie i biodostępność leków,
- zwiększenie dystrybucji leków do tkanki tłuszczowej,
- zmniejszenie objętości dystrybucji leków hydrofilnych,
- zmiany hemodynamiczne wpływające na dystrybucję leków,
- zmniejszenie aktywności izoenzymów cytochromu P450 w wątrobie, powodujące zmiany w wątrobowym metabolizmie leków,
- zmiany szybkości eliminacji leków przez nerki.

W praktyce dobrze jest mieć na uwadze, że są takie grupy leków, które z powodu profilu farmakodynamicznego w połączeniu ze zmianami farmakokinetyki leków, jakie zachodzą w wieku starszym, predestynują pacjentów do wystąpienia polekowych powikłań w sposób nieuchronny.

Leki, które w wieku starszym w sposób niekwestionowany zwiększają ryzyko wystąpienia działań niepożądanych

LEK/GRUPA LEKÓW	UWAGI PRAKTYCZNE
Benzodiazepiny	Potencjalnie powodują wzrost kumulacji leków, wynikający z metabolizmu wątrobowego do aktywnych metabolitów (z wyjątkiem lorazepamu i oksazepamu). W efekcie wzrost ryzyka upadków, wzrost ryzyka spowodowania wypadku komunikacyjnego.
Leki nasenne „Z”	Wzrost ryzyka występowania zaburzeń snu typu non-REM
Leki nasenne – difenhidramina, doksylamina	Wykazują efekt antycholinergiczny, niekorzystny u osób starszych. Nie stosować w przypadku współistnienia dolegliwości bólowych z uwagi na ryzyko chronifikacji bólu (przejście bólu w stan chroniczny).

Neuroleptyki fenotiazynowe	Wykazują działanie antycholinergiczne, a także działanie antagonistyczne w stosunku do receptorów dopaminergicznych, histaminowych typu 1 oraz działanie alfa-1-adrenolityczne. Są odpowiedzialne za znaczne ryzyko wystąpienia działań niepożądanych o wyjątkowo zróżnicowanym obrazie klinicznym.
Haloperidol	U pacjentów starszych zwiększone ryzyko występowania zaburzeń połykania, odruchu kaszlowego oraz torsadogenności (zmiany w obrazie EKG).
Pridinol	Z uwagi na antagonizm w stosunku do receptorów M1 oraz M4 jest przeciwwskazany u pacjentów z bólem narządu ruchu (możliwość chronifikacji bólu)
Nicergolina	Nie stosować u pacjentów z nadciśnieniem tętniczym, znaczne ryzyko interakcji farmakokinetycznych związanych z CYP2D6. Wzrost ryzyka wystąpienia pobudzenia, splątania, bezsenności, upadków oraz zawrotów głowy.
Winpocetyna	Lek może indukować występowanie zawrotów głowy, wzrost ryzyka upadku.
Kodeina	Rozważnie stosować w populacji powyżej 70 lat ze względu na ryzyko zmian w metabolizmie kodeiny i wzrost ryzyka objawów niepożądanych ze strony ośrodkowego układu nerwowego.
Inhibitory pompy protonowej	Należy stosować tylko w sytuacji zaistnienia jednoznacznych wskazań. Leki te indukują dysbiozę bakteryjną, co wpływa niekorzystnie na funkcje trawienne u pacjentów starszych. Liczne są też interakcje farmakokinetyczne z różnymi jednocześnie stosowanymi lekami.

W podsumowaniu, istota przeciwdziałania powikłaniom polekowym w farmakoterapii geriatrycznej zawiera się w następujących zaleceniach:

- Stosujemy tylko niezbędne leki. Każdy kolejny przepisany seniorowi lek zwiększa ryzyko interakcji i działań niepożądanych.
- Kolejny zalecany lek stosować tylko po wcześniejszej ewaluacji strat i korzyści. Nie zawsze zyskamy, natomiast zawsze możemy stracić, indukując działania niepożądane.
- W przypadku suplementacji diety należy stosować tylko te środki, które są dla pacjenta niezbędne i nie

indukują interakcji z lekami stosowanymi jednocześnie.

*Dr hab. Jarosław WOROŃ; Prof. dr hab. Ryszard KORBUT
Zakład Farmakologii Klinicznej Katedry Farmakologii
Wydziału Lekarskiego UJ CM Kraków,
Uniwersytecki Ośrodek Monitorowania i Badania
Niepożądanych Działań Leków Szpitala
Uniwersyteckiego w Krakowie*

(przedruk za zgodą z „Galicyskiej Gazety Lekarskiej” nr 6/22)

CHOROBA ALZHEIMERA JAKO CHOROBA AUTOIMMUNOLOGICZNA

Wyniki wieloletnich badań pozwoliły zaproponować nowy model etiologiczny choroby Alzheimera. Zgodnie z nim ma mieć ona charakter autoimmunologiczny

Według prognoz epidemiologicznych częstość występowania choroby Alzheimera na świecie może wzrosnąć aż trzykrotnie w ciągu następnych czterech dekad. Dotyka na ogół osoby starsze, ale może rozwijać się długo, nawet na przestrzeni 20–30 lat. Pomimo przeprowadzenia ponad 200 badań klinicznych od 1990 r. w zasadzie nie ma leków, które mogłyby istotnie zapobiegać, powstrzymać lub leczyć chorobę Alzheimera. Nieznana jest również dokładna etiologia tej choroby. Jej poznanie jest kluczowe, by pomóc pacjentom, a także zmniejszyć gigantyczny koszt, jaki choroba generuje dla zdrowia publicznego. W samych Stanach Zjednoczonych opieka nad chorymi na Alzheimera pochłania corocznie ponad 300 mld USD.

Według pierwotnego przekonania choroba mogłaby być wynikiem zaburzeń syntezy acetylocholin. Jednak

leki zwiększające jej poziom w centralnym układzie nerwowym nie przyniosły zakładanego efektu terapeutycznego. Zgodnie z inną, przez długi czas wiodącą hipotezą, głównym czynnikiem etiologicznym miała być nadmierna akumulacja beta-amyloidu w mózgu, odkładającego się w postaci tzw. blaszek. Ale nie zawsze stwierdza się je u wszystkich chorych, a niekiedy obserwuje się je u osób zupełnie zdrowych. Co więcej, śledztwo przeprowadzone w lipcu 2022 r. przez czasopismo „Science” wykazało, że kluczowe dla tej hipotezy badania (których wyniki opublikowało konkurencyjne czasopismo „Nature”) przeprowadzono na podstawie sfabrykowanych danych. To wstrząsające, gdyż właśnie w oparciu o te badania przygotowano przeciwciała przeciwko beta-amyloidowi, aducanumab i lecanemab. Ten pierwszy lek amerykańska Agencja Żywności i Leków dopuściła do użytku w 2021 r., drugi – w styczniu 2023 r. Jednak obie decyzje owiane były ogromnymi kontrowersjami z powodu braku wy-



starczających dowodów na kliniczne efekty stosowania oraz wątpliwości dotyczące bezpieczeństwa tych leków.

Różnorodnych hipotez na temat przyczyn choroby Alzheimera jest oczywiście więcej. Niektóre wskazują na dysfunkcję mitochondrialną, kumulację toksycznych metali w mózgu bądź bakteryjne lub wirusowe infekcje w ośrodkowym układzie nerwowym. Sporo dowodów wskazuje, że istotną rolę w chorobie Alzheimera odgrywa nadmiernie fosforylowane białko tau, które kumuluje się w neuronach i wraz z powstającymi blaszkami amyloidowymi odpowiada za procesy neurodegeneracyjne. Pojawia się jednak pytanie, czy faktycznie jest to realna przyczyna choroby Alzheimera czy może jedynie wtórny efekt działania innych procesów?

Doszukiwanie się przyczyn choroby Alzheimera w procesach autoimmunologicznych nie jest niczym nowym. Już w 2005 r. sugerowano na łamach literatury naukowej, by poważnie potraktować taką koncepcję. Problem w tym, że rozważano ją w klasycznym ujęciu: autoimmunizacji, za którą stoi nieprawidłowość w obrębie swoistej odpowiedzi immunologicznej. Poszukiwano więc autoprzeciwciał, których efektem działania mogłyby być procesy neurodegeneracyjne. Różne badania wskazywały, że u niektórych pacjentów mogą występować przeciwciała, chociażby przeciwko dekarboksylazie glutaminianowej, kanałom potasowym, kwaśnemu białku włókienkowemu, a także mikrogleji. Obserwowano też powstawanie przeciwciał przeciwko amyloidowi i białku tau. Jednak to ponownie prowadziło do pytania, czy mowa jest o realnym czynniku sprawczym czy jedynie wtórnym zjawisku?

Zaproponowany niedawno na łamach czasopisma „Alzheimer’s & Dementia” model autoimmunologiczny choroby Alzheimera, który jest rezultatem 30 lat badań i obserwacji prowadzonych przez zespół Donalda Weavera z Uniwersytetu w Toronto, wskazuje, że przyczyną tej choroby należy doszukiwać się w dysfunkcji nieswoistej odpowiedzi immunologicznej. Co zakłada?

Zgodnie z tym modelem beta-amyloid nie jest patologicznym białkiem, tylko efektorową cząsteczką odporności wrodzonej. Wykazuje bowiem właściwości typowe dla peptydu antydrobnoustrojowego, a po drugie pełni funkcję immunomodulatora. Spełnia funkcjonalną definicję chemokiny i działa jako cytokina, zarówno wchodząc w interakcję z komórkami mikrogleji, jak i będąc

przez nie uwalnianym. Oddziałuje z układem dopełniacza i receptorami Toll-podobnymi w sposób analogiczny dla innych poznanych cytokin. Beta-amyloid spełnia funkcje naprawcze, gdy w mózgu dochodzi do urazu, a w trakcie infekcji ośrodkowego układu nerwowego nawiguje kompleksową odpowiedź układu odporności mającą zniszczyć patogen.

I to właśnie tu zaczynać może się proces autoimmunizacyjny. Lipidy wchodzące w skład błon komórek bakteryjnych i komórek nerwowych mogą być niekiedy do siebie tak podobne, że nie zawsze prawidłowo zostają rozróżnione przez beta-amyloid. W rezultacie zamiast atakować intruza, celem jego działania stają się neurony. W wyniku tego komórki ulegają nekrozie i stają się źródłem produktów rozpadu, które stymulują sąsiadujące neurony do dalszego uwalniania amyloidu. Prowadzi to do procesu zapalnego, rośnie poziom wolnych rodników, zaburzona zostaje funkcja mitochondriów i powstają agregaty białka tau. A zatem uruchamia się samonapędzający, niszczyielski mechanizm autoimmunologiczny, który będzie zachodził również wtedy, gdy w mózgu nie ma już żadnych patogennych bakterii. Prowadzi on do przewlekłej i postępującej utraty funkcji komórek nerwowych, która kończy się demencją.

Zaproponowany model wcale nie wywraca do góry nogami koncepcji proponowanych wcześniej. Przeciwnie, łączy je w spójną całość. Traktuje chorobę Alzheimera jako rezultat złe ukierunkowanego ataku wrodzonej odporności układu odporności, skierowanego przeciw ośrodkowemu układowi nerwowemu.

W tym ujęciu to nie choroba mózgu, ale choroba autoimmunologiczna. Otwiera to zupełnie nowe ścieżki poszukiwania skutecznych leków, a także metod prewencji. Oczywiście rodzi też mnóstwo kolejnych pytań. Wydaje się jednak, że nauka zrobiła właśnie ważny krok ku lepszemu zrozumieniu choroby Alzheimera.

*Dr hab. Piotr RZYMSKI
Zakład Medycyny Środowiskowej
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego
w Poznaniu*

*(przedruk za zgodą z Biuletynu Wielkopolskiej Izby
Lekarskiej nr 3/23)*

OGŁOSZENIA

Komisja Kultury Okręgowej Rady Lekarskiej w Lublinie serdecznie zaprasza piszących lekarzy i lekarzy dentyistów do udziału w **VII Ogólnopolskim Konkursie Poetycko-Literackim „Lekarze dzieciom”**. Na prace czekamy do 31 października 2023 r.

Uroczyste wręczenie nagród zaplanowano na 9 grudnia 2023 r. **Szczegóły dotyczące Konkursu zamieszczone są na stronie www.kultura.oil.lublin.pl**

SP ZOZ MSWiA w Opolu, ul. Krakowska 44 **zatrudni lekarza anestezjologa** w pełnym wymiarze. Kontakt: Dział Spraw Pracowniczych i Organizacyjnych, tel. +48 77/401-11-08.

SP ZOZ MSWiA w Opolu, ul. Krakowska 44 **zatrudni lekarza internistę** w pełnym wymiarze. Kontakt: Dział Spraw Pracowniczych i Organizacyjnych, tel. +48 77/401-11-08.

Nawiąże stałą współpracę z lekarzem w Poradni POZ w Starych Budkowicach (powiat opolski, 30 km na północ od Opolu). Harmonogram elastyczny do uzgodnienia, zatrudnienie na kontrakcie. Pozostałe informacje pod numerem tel. 603-974-054, mail: **medicor69@tlen.pl**.

Wspólny **Zjazd Koleżeński Wydziałów Lekarskiego i Stomatologii PUM rocznik 1991-96(7) odbędzie się 7 października 2023** w Hanza Tower w Szczecinie o godz. 19.00. Kontakt: Wydział Lekarski M. Florczak tel. 604-603-475, marc@onet.pl, Wydział Stomatologii J. Miazek tel. 608-245-257.

Serdecznie zapraszamy

Dyrekcja USK w Opolu poszukuje osoby na stanowisko: **Kierownik Szpitalnego Oddziału Ratunkowego**. Kandydat na to stanowisko powinien posiadać tytuł specjalisty w dziedzinie medycyny ratunkowej.

Zakres obowiązków: kierowanie oddziałem zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa oraz regulacjami wewnętrznymi, w sposób umożliwiający sprawne funkcjonowanie oddziału, zapewniający właściwą opiekę nad pacjentami, w tym m.in.:

- planowanie i organizacja pracy podległego zespołu celem osiągnięcia jak najlepszej jakości usług medycznych, motywowanie zespołu do pogłębiania wiedzy, zachęcanie do pracy naukowej, prowadzenia prac badawczych, organizowanie szkoleń wewnątrzoddziałowych, informowanie na bieżąco o wszystkich nowościach z dziedziny wiedzy medycznej,
- nadzór nad fachowym zabezpieczeniem obsługi aparatury i sprzętu medycznego, nad gospodarką lekami, środkami sanitarnymi i opatrunkowymi oraz ewidencją i rozchodem środków odurzających i silnie działających, nad dokumentacją medyczną- jej prawidłowym i terminowym sporządzaniem i przechowywaniem, nad Punktem Przyjęć Planowych,
- dbanie o przestrzeganie przez personel medyczny praw pacjenta i wywiązywania się z obowiązków względem pacjenta, kontrolowanie dyscypliny pracy, wspólne omawianie sposobu ustalania rozpoznania i metod leczenia wybranych przypadków chorobowych,
- przeprowadzanie analizy kosztów jednostkowych i ogólnych oraz czuwanie nad ich racjonalizacją, wybieranie najkorzystniejszych ofert zaopatrzeniowych w trybie zamówień publicznych, kontrolowanie sprzętów administracyjno-gospodarczych pod kątem celowości zakupu, ewidencji, konserwacji, likwidacji itp.
- utrzymanie właściwego stanu sanitarno-higienicznego oraz ładu i porządku w oddziale, m.in. przepisów bhp, p.poż. oraz dotyczących zakażeń wewnątrzszpitalnych.

WSPÓŁPRACUJĄC Z NAMI, ZYSKASZ:

- Elastyczność w zakresie rodzaju współpracy: kontrakt/ umowa zlecenie/ umowa o pracę,
 - Perspektywę dłuższej współpracy w jednostce o stabilnym położeniu gospodarczo-finansowym,
 - Realny wpływ na organizację i funkcjonowanie Szpitalnego Oddziału Ratunkowego największego szpitala w województwie opolskim,
 - Możliwość wykorzystania swego potencjału sprawczego oraz twórczych inicjatyw w zarządzaniu personelem oraz całą komórką,
 - Szansę wzbogacenia doświadczeń zawodowych oraz rozwoju kompetencji praktycznych w oparciu o specyfikę miejsca pracy,
 - Możliwość uczestniczenia w szkoleniach w ośrodkach klinicznych w Polsce i Europie,
 - Szansę rozwoju naukowego oraz pracy dydaktyczno-naukowej,
 - Warunki pracy na najnowszym sprzęcie i aparaturze medycznej, w zmodernizowanym w 2021r. oddziale,
 - Środowisko wysoko wykwalifikowanych specjalistów, uznanych w świecie medyków, ludzi zaangażowanych w procesy,
 - Pracę w szpitalu, który systematycznie rozszerza standardy organizacyjne i jakościowe – ich potwierdzeniem są liczne nagrody, certyfikaty ISO, certyfikaty akredytacyjne czy certyfikaty Zintegrowanego Systemu Zarządzania,
- Dodatkowo, naszym pracownikom zaoferować możemy benefity płacowe:
- Dofinansowanie do dalszego kształcenia, podnoszenia kwalifikacji zawodowych,
 - Dodatek do wynagrodzenia za stopień naukowy doktora, doktora habilitowanego lub tytuł naukowy profesora,
 - Dodatek do wynagrodzenia za udział w programach medycznych,
 - Dodatek do wynagrodzenia za wysługę lat,

- Dodatek specjalny do wynagrodzenia za realizację zadań o szczególnym charakterze,
- Premię roczną,
- Nagrodę jubileuszową,
- Pakiet socjalny (m.in. „wczasy pod gruszą”, dofinansowania do wypoczynku dla dzieci, zapomogi losowe, pożyczki mieszkaniowe).

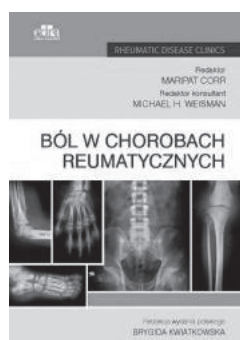
KONTAKT:

Jeśli rozważasz zmianę oraz chęć poszerzenia swych doświadczeń zawodowych w dynamicznym środowisku, jakie tworzy nasz szpital to serdecznie **zapraszamy** do złożenia swej aplikacji (CV, dyplomy potwierdzające uzyskane kwalifikacje zawodowe, prawo wykonywania zawodu, list motywacyjny) na adres e-mail: **rekrutacja@usk.opole.pl**
Pytania kierować można pod nr tel.: 77/45-20-133, 77/45-20-125.

Zapraszamy do nawiązania współpracy!

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



BÓL W CHOROBAH REUMATYCZNYCH

M. Corr

red. B. Kwiatkowska

rok wydania 2023

ISBN 978-83-67447-34-8, format 165 x 235, oprawa twarda, str. 176, cena 80,09 zł

Choroby reumatyczne to szerokie spektrum chorób, w przebiegu których najczęstszym objawem, a jednocześnie najbardziej uciążliwym jest ból.

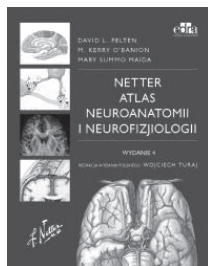
Ból w chorobach reumatycznych jest najczęściej bólem przewlekłym, w którym standardowe leczenie prze-

ciwobólowe często jest nieskuteczne. Utrzymywanie się bólu mimo stosowanego skutecznego leczenia immunomodulującego w zapalnych autoimmunologicznych chorobach reumatycznych, m.in. takich jak reumatoidalne zapalenie stawów czy toczeń rumieniowaty układowy, powoduje negatywną ocenę stosowanego leczenia przez pacjenta i jest dużym wyzwaniem dla lekarza reumatologa. Ból towarzyszy też chorobie zwyrodnieniowej, gdzie możliwości jego leczenia są bardzo ograniczone najczęściej ze względu na wiek chorych i liczne schorzenia współwystępujące.

W niniejszej książce omówione są wszystkie aspekty dotyczące bólu w chorobach reumatycznych, włączając podstawy patofizjologii, poprzez rozpoznawanie, różnicowanie i leczenie z oceną jego skuteczności.

Poszerzenie swojej wiedzy na podstawie niniejszego opracowania będzie na pewno przydatne w codziennej praktyce i pomoże w skuteczniejszym leczeniu bólu u chorych na choroby reumatyczne.

Prof. dr hab. n. med. Brygida Kwiatkowska
z Przedmowy



ATLAS NEUROANATOMII I NEUROFIZJOLOGII NETTERA, WYD.4

D.L. Felten, M. O'Banion

wyd.4, red. W. Turaj

rok wydania 2023

ISBN 978-83-67447-31-7, format 210 x 270, oprawa miękka, str. 544, cena 134,10 zł

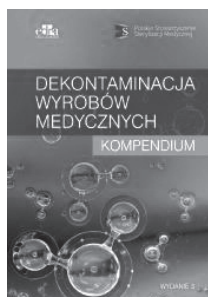
Podobnie jak poprzednie, czwarte wydanie Atlasu neuroanatomii i neurofizjologii łączy niezwykle precyzyjne dydaktyczne ilustracje dr. Franka Nettera ze zwięzłymi opisami i informacjami na temat mózgu, rdzenia kręgowego i obwodowego układu nerwowego, zapewniając pożądaną efekt – wysoce wizualny, kliniczny przewodnik po najważniejszych zagadnieniach z zakresu anatomii i fizjologii układu nerwowego.

W bieżącym wydaniu Atlasu:

- wiele nowych ilustracji przedstawiających aktualne tematy, w tym neuronalne podłoża uzależnień, choroby otępienne, zaburzenia neuropsychiatryczne, urazowe uszkodzenia mózgu i przewlekła encefalopatia pourazowa, afazja, starzenie się układu nerwowego, śpiączka i jej ocena, regulacja snu, en-

dogenne układy opioidowe, endogenne układy kanabinoidowe i inne

- dodatkowy rozdział na temat czynności mózgu
- nowe mikrofotografie
- komentarze kliniczne nawiązujące do zmian anatomicznych i fizjologicznych
- materiał filmowy online



DEKONTAMINACJA WYROBÓW MEDYCZNYCH. KOMPENDIUM

Rok wydania 2023

ISBN 978-83-67447-42-3, format 165 x 235, oprawa miękka, str. 208, cena 116,10 zł

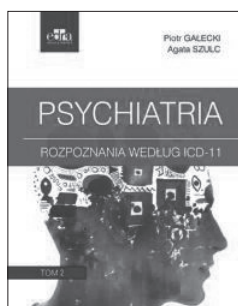
Z przyjemnością oddajemy do rąk czytelników publikację, poświęconą dekontaminacji wyrobów medycznych. Jest to pierwsza na polskim rynku wydawniczym tak obszerna pozycja, omawiająca wszystkie etapy dekontaminacji wyrobów medycznych, począwszy od mycia, dezynfekcji, aż do sterylizacji. Wydanie to jest wzbogacone m.in. o rozdziały poświęcone instrumentarium medycznemu, coraz bardziej popularnej robotyce chirurgicznej. Materiał ilustracyjny obrazuje procedury wykonywane w czasie opracowywania wyrobów medycznych, a słownik pojęć rozwiewa wątpliwości i pozwala zrozumieć merytoryczne określenia zastosowane w treści.

Publikacja, w myśl stwierdzenia, że „jeden obraz może mieć wartość tysiąca słów”, będzie przydatna zarówno studentom podczas nauki i zdobywania umiejętności klinicznych – zbierania wywiadu lekarskiego i badania przedmiotowego, jak i lekarzom w opiece nad pacjentami z objawami neurologicznymi.

Książka jest przeznaczona dla słuchaczy kierunku Technik sterylizacji medycznej, jako podstawa do nauki, dla osób zawodowo zajmujących się reprocessowaniem wyrobów medycznych, w celu usystematyzowania posiadanej wiedzy, oraz pracowników nadzorujących te procesy, jako wsparcie w tworzeniu check listy.

Ta pozycja wydawnicza również powinna się znaleźć w każdej placówce medycznej, jako element wzbogacający biblioteczki dla pracowników medycznych. W publikacji m.in.:

- Podstawa prawna i akty normatywne w kontaminacji wyrobów medycznych
- Zasady bezpieczeństwa i higiena pracy w technologii dezynfekcji i sterylizacji wyrobów medycznych
- Środki ochrony indywidualnej
- Instrumentarium chirurgiczne
- Preparaty myjące i dezynfekujące w procesie dekontaminacji
- Mycie i dezynfekcja manualna
- Procesy maszynowego mycia i dezynfekcji
- Sterylizacja suchym, gorącym powietrzem
- Sterylizacja parą wodną nasyconą
- Sterylizacja tlenkiem etylenu
- Sterylizacja nadtlakiem wodoru
- Niskotemperaturowa sterylizacja parą wodną i formaldehydem
- Monitorowanie procesów dekontaminacji wyrobów medycznych
- Dekontaminacja osprzętu robotycznego



PSYCHIATRIA. TOM 2

P. Gałęcki, A. Szulc

Rok wydania 2023

ISBN 978-83-67447-54-6, format 210 x 270, oprawa miękka, str. 488, cena 143,10 zł

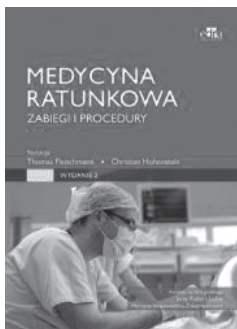
W publikacji zawarto najnowsze wiadomości dotyczące **etiologii, epidemiologii i terapii** zaburzeń psychicznych.

Rozpoznanie oparto na kryteriach **Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych - ICD-11** i jest to pierwsza polska propozycja zapoznania się z nowymi kryteriami oraz wyjaśnienia najważniejszych różnic z wersją 10. tej klasyfikacji.

Pewne informacje podano w formie **tabel** oraz różnego rodzaju **podsumowań i wyróżnień**, tak aby podkreślić ich wartość edukacyjną.

Osoby zainteresowane znajdą w książce również opis kryteriów zaburzeń psychicznych zawartych w klasyfikacji Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego - **DSM-5**.

Porównanie tych klasyfikacji (ICD-11 i DSM-5) pozwala prześledzić tok rozumowania autorów i ekspertów je tworzących, a także przeanalizować nowy sposób widzenia jednostek chorobowych z dziedziny psychiatrii, który jest ich podstawą.



MEDYCYNĄ RATUNKOWĄ. ZABIEGI I PROCEDURY

red. T. Fleischmann

wyd. 2 red. R. Ładny, M. Wojewódzka - Żeleznia-
kowicz

rok wydania 2023

ISBN 978-83-67447-26-3, format 210 x 270, oprawa
twarda, str. 264, cena 134,10 zł

Medycyna ratunkowa to dyscyplina wymagająca i złożona. Oprócz znajomości procesów organizacyjnych i strategii radzenia sobie w miejscach i sytuacjach szczególnych, takich jak zdarzenia masowe, wymaga wszechstronnej, szerokiej wiedzy medycznej.

Tylko w ten sposób, na podstawie aktualnych danych naukowych, wytycznych oraz opartych na dowodach strategiach terapeutycznych można właściwie i prawidłowo leczyć pacjentów wymagających pilnej opieki.

Ta książka doskonale to odzwierciedla, a tym samym stanowi ważne wsparcie, zarówno dla początkujących, jak i dla osób z wieloletnim doświadczeniem w klinicznej medycynie ratunkowej i w procesie własnego doksztalcania.

W publikacji m.in.:

- Triage,
- Resuscytacja krążeniowo-oddechowa,
- Zaopatrzenie dróg oddechowych,
- Analgezja i sedacja,
- Oddychanie i wentylacja,
- Zabiegi w obrębie serca i naczyń,
- Procedury laryngologiczne, w gastroenterologii, w obrębie układu moczowo-płciowego i mięśniowo-szkieletowego,
- Zagadnienia neurologiczne i ginekologiczno-położnicze,
- Transport pacjentów i telemedycyna ratunkowa,
- Diagnostyka USG przy łóżku chorego.

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



Ośrodek wypoczynkowo-
leczniczy „Opole”
w Dźwirzynie zaprasza na:

> **WCZASY WYPOCZYNKOWE**

> **TURNUSY
REHABILITACYJNE**

> **WCZASY DLA SENIORA**

www.osrodek.opole.pl



Ośrodek położony około 250 m od morza. Pokoje 1, 2, 3 i 4 osobowe. Pełne wyżywienie (3 posiłki dziennie). Bonifikaty dla Seniorów. Prowadzimy sprzedaż biletów na przejazd do ośrodka.

ZAMÓWIENIA, REZERWACJA MIEJSC, INFORMACJE DODATKOWE:

Biuro Usług Turystycznych, ul. 1 Maja 1, Opole

☎ 77 453 68 01 ☎ 77 441 80 02 | e-mail: turystyka@wspopole.pl

telefon **bezpośredni do ośrodka** 94 358 54 95

e-mail: dzwirzyno@wspopole.pl

BIULETYN INFORMACYJNY OPOLSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

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

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

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

NAKŁAD: 2800 egz. ISSN 1426-661X

Teatr im. Jana Kochanowskiego • Młodzieżowy Dom Kultury • Miejska Biblioteka Publiczna • Opolska Izba Lekarska

KONGRES KULTURY I HISTORII LEKARSKIEJ W OPOLU

Lekarski Przegląd Piosenki Polskiej • Polskie Chóry Lekarskie • Stanisław Soyka

Malarstwo • Fotografia • Literatura • Rzeźba • #SztukaNaszychDzieci • Kabaret • Rock

Plener Malarski OW Jowisz-Turawa

Lekarskie szkietko i oko
wernisaz fotograficzny
Rynek

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej
Opolska Izba Lekarska, ul. Grunwaldzka 23

10:00-18:00 Muzeum Polskiej Piosenki
program turystyczny, ul. Piastowska 14A

18:00-20:00 Otwarcie Kongresu Kultury i Historii Lekarskiej
przenikanie sztuk

Sculpo ergo sum. Rzeźbię, więc jestem
finisaz wystawy ceramiki Stanisława Mysiaka

Fotografia po godzinach
finisaz wystawy zdjęć Jolanty Smerkowskiej-Mokrzyckiej

Leczyć czy pisać?
Wieczór literacki Unii Polskich Pisarzy Lekarzy
Miejska Biblioteka Publiczna im. Jana Pawła II, ul. Minorytów 4

18:00-20:00 Warsztaty chórów lekarskich
Zespół Szkół Ekonomicznych im. Gen. Stefana Roweckiego „Grota”, ul. Kościuszki 43

21:00 Bąk
kabaret
Hotel Piast, ul. Piastowska 1

Reanimators New
koncert rockowy
Hotel Weneda, ul. 1 Maja 77

22:30 Sztab Kongresowy
Hotel DeSilva, ul. Leona Powołnego 10

Konwent Prezesów Izby Lekarskich w Polsce
Opolska Izba Lekarska, ul. Grunwaldzka 23

Krajowa Komisja Wyborcza
Hotel Weneda, ul. 1 Maja 77

9:00-15:00 Medyczne spotkania z historią
konferencja
Hotel Szara Willa, ul. Oleska 11

9:00-16:00 Warsztaty chórów lekarskich
Teatr im. Jana Kochanowskiego - Scena główna, Plac Teatralny 12

10:00-14:00 Debata komisji kultury i dziennikarzy OIL w Polsce
Hotel Piast, ul. Piastowska 1

10:00-18:00 Muzeum Polskiej Piosenki
program turystyczny, ul. Piastowska 14A

Warsztaty literackie Unii Polskich Pisarzy Lekarzy
Hotel Opole Centrum, Ludwika Waryńskiego 17

Warsztaty #SztukaNaszychDzieci
Młodzieżowy Dom Kultury, ul. Strzelców Bytomskich 1

17:00 Lekarski Przegląd Piosenki Polskiej w Opolu
Stanisław Soyka
koncert #SztukaNaszychDzieci

Finisaz pleneru malarstwa Turawa 2023.
Teatr im. Jana Kochanowskiego, Plac Teatralny 12

Opole z przewodnikiem
program fakultatywny

9:00 Msza Św. z oprawą muzyczną chóru Opolskiej Izby Lekarskiej
Kościół Matki Boskiej Bolesnej i św. Wojciecha "Na Górze", Plac Kopernika 12

10:00-18:00 Muzeum Polskiej Piosenki
program turystyczny, ul. Piastowska 14A

10:00 Zakończenie Kongresu Kultury i Historii Lekarskiej
Opolska Izba Lekarska, ul. Grunwaldzka 23

8 września PIĄTEK

08-10.09.2023

9 września SOBOTA

10 września NIEDZIELA

Autorka plakatu: Oliwia Puzon

