



OPOLSKA
IZBA
LEKARSKA

Rok Założenia 1990

BIULETYN INFORMACYJNY

Maj 2019

ISSN 1426-661X

Nr 270

OPOLSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

www.izbalekarska.opole.pl

KOLEJNI LAUREACI PRYMARIUSZA OPOLSKIEGO



NALOT

– *Czy mogę przeciąć twoją chatę?* – spytał kiedyś Gordon Matta-Clark.

– *Tnij sobie* – zachichotała Holly Solomon.

Ale gdy wiosną 1974 roku do Engelwood w stanie New Jersey, na ulicę Humphrey pod numer 322, zajechała czerwona furgonetka, i gdy wyskoczył z niej kędzierzawy artysta z piłą tarczową wielką jak bawół, żarty się skończyły. Za chwilę z kokpitu wynurzyli się długowłosi pomocnicy z młotkami, lewarami i świdrami. Przybyli filmowcy, dziennikarze i fotoreporterki, pełno koszul w kwiaty, dzwonowatych spodni i kozaczków do kolan. Holly Solomon wydawało się, że śni. Niedawno namalował ją Andy Warhol, w Nowym Jorku miała swoją Soho – galerię sztuki współczesnej, ale takiego przedstawienia jeszcze nie widziała! I to w jej własnym domu.

Kudłaty odpalił motor. Maszyna krztusiła się, charczała i wyła, jednak gdy zębate koło zbliżyło się do ściany, silnik złapał rytm. Z godziny na godzinę pęknięcie wyostrzało się, z tygodnia na tydzień krecha na murze się pogłębiała, z miesiąca na miesiąc budynek pruć się wzdłuż środkowego szwu. Aż pewnej niedzieli, gdy dzwony biły na poranną mszę, słońce przejrzało z jednej strony domu na drugą. Prześwit odsłonił rozdarcie budowli. „Splitting” – tak nazwał swoje dzieło Gordon Matta-Clark.

A cztery lata później nie żył. Zaraz po trzydziestych piątych urodzinach wygrzył go z życia rak.

* * *

Zaczął się w starożytnej Grecji. Jakiś Perykles albo inny Temistokles wymacał na brzuchu guz i obserwował – początkowo z zaciekawieniem, później ze wstrętem. Bo intruz pęczniał i wystawiał macki – wibrujące odnóża nabrzmiałych żył. Mężczyzna wystraszył się i krzyknął: *karkinos!* Rzymianie podążyli tym samym tropem i obcego w ludzkim ciele nazwali po łacinie – *cancer*. Wąsacz o głowie zrośniętej z tułowiem, wyposażony w szczypce i oczy na słupkach (każde ogląda świat po swojemu), nie zwiastuje niczego dobrego. To nie grubaśna świnka, liryczna różyczka czy nadęta żabka. Kiedy stawonóg upatrzy sobie kogoś, to nie opuści aż do śmierci (i niech mi ktoś powie, że rak i człowiek to niedobra para).

Przez długie lata nowotwór może prowadzić próżniacze życie, zbijać bąki, leniuchować, łapać muchy. I nagle budzi się, by siać zniszczenie. W 1528 roku Thomas Paynell pisał: *Rak jest to żółć nieposłuszna zjadająca wszystkie części ciała*, a dla Wystana Hugh Audena: *Jest [on] jak ukryty zabójca, co czeka, / aby zza węgła uderzyć*. Napręża się, z apetytem posila, rośnie, dwoi się, troi i podróżuje, raczkując z dżiąseł do zatok, z zatok do płuc, z płuc do wątroby, z wątroby do kręgosłupa i z powrotem. Tymczasem człowiek słabnie, maleje, wysycha, kurczy się i wiotczeje.

Jak odstraszyć natrętnego kochanka? – głowią się lekarze. Czy uda się wywinąć śmierci? – zastanawiają się chorzy. – A może nadszedł już czas, by porzucić życie jak wylinkę. Diagnoza brzmi bowiem jak stygmat, zapowiedź czegoś nieuchronnego, jest jak wisior z wygrawerowaną datą odejścia.



Chociaż słowo *kuracja* pochodzi od łacińskiego *curare*, co znaczy leczyć, pielęgnować, ale też starać się, dbać, to chorym na raka kojarzy się ze stygmatyzującym okaleczeniem. Szczególnie, gdy narodził się w ustach. – *Jak ja się pokażę bez wargi? Jak wyjdę na ulicę bez policzka?* – pytają pacjenci. Operacja prowadzi niekiedy do utraty tożsamości: kostnieje mimika, zanika mowa, przestaje smakować życie. Pisała kiedyś Susan Sontag: *Tak jak niegdyś sądzono, że gruźlica powstaje z nadmiaru namiętności, dotyka ludzi niepohamowanych i zmysłowych, tak samo dzisiaj uważa się, że rak jest*

chorobą niedostatku namiętności i godzi w niezaspokojonych seksualnie, stłumionych wewnętrznie, pozbawionych spontaniczności.

Niełatwo ogłosić przynależność do osób zrezygnowanych, nieudaczników, przejść na stronę wyrzutków i napiętnowanych. Na dodatek odegnąć pytanie: Dlaczego to właśnie ja?

Bezdzietne kobiety go dostają / mężczyźni, gdy na emeryturę przeszli, Jakby był ujściem dla zniweczonej / twórczej człowieczej energii – tłumaczył w 1930 roku Auden. Niewiele się od tego czasu zmieniło. Pod koniec ubiegłego

wieku nowojorski psycholog i psychoterapeuta Lawrence LeShan donosił: *Chorzy na raka niemal bez wyjątku mają złą opinię o sobie, o swoich zdolnościach oraz możliwościach. Są wyrzuceni z uczuć i pozbawieni własnego „ja”*.

I co dalej? Poddać się kuracji gorszej od choroby? Wystawić na bombardowanie promieniami Roentgena, truć chemią, pozwolić chirurgowi wyciąć skalpelem część brzucha albo szyi? Szukać znachorów, egzorcystów, kogoś, kto wytrzępie z ciała chorobę, tak jak się czyści koc po pikniku? Pić święconą wodę, składać wota, głodować?

Leukoplakia to biały nalot na dziąsłach, który może się przerodzić w raka. Biały według Kandyńskiego (przypomniał o tym Marek Bieńczyk) to nie kolor, tylko stan duszy. W słowie „nalot” kryją się natomiast: plama, patyna, kożuch, ale również: atak, szturm, inwazja. Pacjent jest i chory, i zdrowy, należy do dwóch światów równocześnie, trwa w zawieszaniu jak bocian na łące. Bo jedna zmiana na dziesięć przeinacza się w coś złego, śmiertelnościowego. Jeden liszaj na dziesięć przepoczwarza się, nawarstwia się w nim TO. I próbuje wygrzyść człowieka z życia.

Fragment książki *Krzywy zgryz* pod opieką redakcyjną Barbary Stankiewicz-Buchowskiej
Agnieszka KANIA



Gordon Matta-Clark „Splitting” (Rozszczepienie)



Drodzy Czytelnicy!

Przedkładam wam kolejny numer Biuletynu naszej Izby. Znajdziecie w nim przede wszystkim aktualności z naszego ro-

dzimego, opolskiego podwórka – sprawozdanie ze Zjazdu wraz z dorobkiem delegatów, z posiedzenia Rady i Komisji Stomatologicznej. Będą też informacje dotyczące naszych Koleżanek i Kolegów – laureatów – czy to Prymarusza Opolskiego, czy też rozgrywek tenisowych.

W części „zagranicznej” znowu wracają jak bumerang sprawy ważne, choć pewnie nie dla wszystkich! Ale to

tylko pozory. Będą one bowiem w mniejszym lub większym stopniu wpływać na jakość naszej pracy w przyszłości – i to już niedalekiej. Dlatego też postanowiłem zamieszczać co jakiś czas materiały mogące pomóc każdemu z Was popracować nad samym sobą. Bo przecież nic nie jest tak prawdziwe, jak znane wszystkim powiedzenie: „*Szeweć bez butów chodzi*”. Mają one udzielić Wam podpowiedzi, jak zadbać o samego siebie, o swoje zdrowie – i to fizyczne i to psychiczne.

Myślę, że pozostałe tematy też przykują na większą lub mniejszą chwilę Waszą uwagę. Pozdrawiam więc Was z rozbuchaną w pełni wiosną i do następnego razu.

Jerzy B. LACH



Koleżanki i Koledzy !

XXXVIII Okręgowy Zjazd Lekarzy Opolskiej Izby Lekarskiej za nami. Dziękuję tym wszystkim, którzy wzięli w nim udział i uczestniczyli w dyskusji, przyczyniając się do uchwalenia stanowisk, uchwał i apelu (szczegóły w środku Biuletynu).

Minął już ponad rok od podpisania 8 lutego 2018 r. Porozumienia Rezydentów z Ministrem Zdrowia Łukaszem Szumowskim. Ani Ministerstwo Zdrowia, ani Rząd RP nie wywiązuje się z podjętych zobowiązań, a temat jest szeroko dyskutowany w naszym lekarskim środowisku i zajmuje uwagę opinii publicznej. Najważniejsze niezrealizowane punkty Porozumienia to m.in.: pominięcie lekarzy dentystów przy „Bonach Patriotycznych” dla lekarzy rezydentów, niedotrzymanie terminów ewaluacji koszyka świadczeń, zniesienia oznaczania refundacji przez lekarzy oraz terminu przedłożenia Radzie Ministrów nowelizacji ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentysty, zgodnie z projektem zespołu powołanego przez Ministra Zdrowia, brak reakcji MZ na zgłaszane liczne przypadki nieprzestrzegania regulacji dotyczących dyżurów medycznych lekarzy rezydentów wprowadzonych przez MZ 5 lipca 2018 r. czy w końcu brak realizacji punktu Porozumienia o wzroście nakładów na zdrowie w relacji do PKB. Mam tu na myśli niekorzystne dla pacjentów i świadczeniodawców obliczanie minimalnych nakładów na ochronę zdrowia w odniesieniu do PKB sprzed 2 lat (mimo dostępnych danych na temat PKB z roku ubiegłego i obecnego), co powoduje zmniejszenie budżetu na ochronę zdrowia o około 10 mld zł. Jak wiemy sposób wyliczania minimalnych wydatków na ochronę zdrowia w oparciu o odsetek PKB był tematem posiedzenia Komisji Zdrowia Sejmu RP w dniu 2 kwietnia 2019 r. W imieniu Ministerstwa Zdrowia zabierał głos Wiceminister Sławomir Gadomski, który jed-

SZPALTA PREZESA

noznacznie stwierdził, że Ministerstwo realizuje zaplanowany i przewidziany w ustawie wzrost nakładów na ochronę zdrowia, a **metodologia wyliczania była znana i jawna od samego początku**. Pozostawmy to bez komentarza... Naczelna Rada Lekarska Porozumienie uznaje jednak za niezrealizowane i wzywa (stanowisko NRL z 22 marca 2019 r.) Ministerstwo Zdrowia wraz z Rządem RP do podjęcia natychmiastowych działań naprawczych.

Na koniec chciałabym jeszcze wspomnieć o spotkaniu, które odbyło się 29 marca br. w siedzibie NIL z udziałem Prezesa NRL Andrzeja Matyji, Wiceprezesa NRL Krzysztofa Madeja i Zarządu Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy. Poświęcone ono było obecnej sytuacji w ochronie zdrowia. Omawiano problemy, o których pisałam wcześniej, a także te ostatnie: wciąż wydłużające się kolejki do leczenia i do badań diagnostycznych, dramatyczny brak personelu medycznego, co prowadzi do zamykania poszczególnych oddziałów szpitalnych lub ograniczania ich działalności (głównie Szpitalnych Oddziałów Ratunkowych), fatalną sytuację finansową szpitali – zwłaszcza powiatowych (manifestacja dyrektorów szpitali i pracowników ochrony zdrowia przed resortem na Miodowej w Warszawie w dniu 2 kwietnia br.), problemy z cyfryzacją i inne. Stwierdzono ponad wszelką wątpliwość, że nasila się negatywna społeczna ocena funkcjonowania publicznej ochrony zdrowia (proszę zauważyć, jak często teraz pojawiają się w prasie i na portalach społecznościowych artykuły o lekarzach o wielce wymownych tytułach), a z drugiej strony narasta niezadowolenie przedstawicieli wielu zawodów medycznych, czego przejawem są przygotowania do akcji protestacyjnych. Podsumowaniem spotkania było omówienie zasad wspólnego działania na rzecz wzrostu finansowania ochrony zdrowia z wykorzystaniem różnych form protestu, do strajku włącznie. Czy czeka nas fala strajków? Czas pokaże...

Jolanta SMERKOWSKA-MOKRZYCKA

OKRĘGOWY ZJAZD LEKARZY

Jak już kilkakrotnie pisałem wcześniej, w dn. 16 marca br. odbył się kolejny XXXVIII Okręgowy Zjazd Lekarzy Opolskiej Izby Lekarskiej. Poniżej przedstawiam sprawozdanie (na podstawie protokołu zjazdowego autorstwa kol. Marty KABAROWSKIEJ) z jego obrad oraz wszystkie dokumenty będące owocem pracy delegatów.

Jerzy B. LACH

* * *

Zjazd otworzyła Prezes Okręgowej Rady Lekarskiej, Jolanta Smerkowska-Mokrzycka, witając przybyłych delegatów oraz zaproszonych gości, wśród których byli:

- Ryszard Wilczyński – Poseł na Sejm RP,
- Mieczysław Wojtaszek – Dyrektor Wydziału Opieki Społecznej i Zdrowia OUW i zarazem Przewodniczącym Rady OOW NFZ,
- Roman Kolek – Wicemarszałek Województwa Opolskiego,
- Sebastian Konwant – reprezentujący Okręgową Izbę Lekarsko-Weterynaryjną.

Następnie – tradycyjnie – wręczono statuetki „Prymarusza Opolskiego”. Laureatami tegorocznego wyróżnienia Opolskiej Izby Lekarskiej zostali: Jolanta Jarka – lekarz dentysta, ortodonta oraz Włodzimierz Fijałkowski – również lekarz dentysta, wielokadencyjny członek Komisji Rewizyjnej OIL (*ich krótkie sylwetki znajdziecie w dalszej części Biuletynu – Redakcja*). Statuetki oraz dyplomy wyróżnionym lekarzom dentystom wręczyła Prezes Jolanta Smerkowska-Mokrzycka wraz z Wiceprezesem naszej Izby Jackiem Mazurem.

Rozpoczynając roboczą część Zjazdu Prezes zwróciła się do jego uczestników z apelem o poparcie obywatelskiej inicjatywy, wywodzącej się z Wrocławia i rozpowszechnianej wśród członków wszystkich izb lekarskich, a dotyczącej propagowania szczepień profilaktycznych wśród dzieci i młodzieży. Zwróciła przy tym uwagę delegatów na rozklejanie plakatów przygotowanych przez Wielkopolską Izbę Lekarską.

Dalej przedstawiła w imieniu Okręgowej Rady Lekarskiej kandydaturę na Przewodniczącego Zjazdu – Jerzego Jakubiszyna. Ponieważ innych zgłoszeń nie było, w głosowaniu kandydatura została przyjęta przy 1 głosie wstrzymującym się.

Kolejnym kandydatem Rady na V-ce Przewodniczącego Zjazdu był Jarosław Mijas, którego również bez zgłaszania innych propozycji przegłosowano przy 1 głosie wstrzymującym się.

I wreszcie na Sekretarza Zjazdu Rada zaproponowała: Annę Adamską i Małgorzatę Łuszczynską-Ostrowską. Także i w tym przypadku nie było innych zgłoszeń,

więc w głosowaniu kandydatury zostały przyjęte przy 2 głosach wstrzymujących się.

Na protokolanta Zjazdu wybrano Martę Kabarowską.

W dalszej części obrad Przewodniczący Zjazdu Jerzy Jakubiszyn przypomniał, że regulamin Zjazdu i porządek obrad zostały rozesłane do wszystkich delegatów w formie książeczki i zapytał, czy są jakieś uwagi do przedstawionych tam materiałów. Wobec braku uwag Przewodniczący poddał je pod głosowania i zostały one przyjęte jednogłośnie.

Przewodniczący poinformował, że wobec ujęcia w programie Zjazdu konieczności wyborów uzupełniających Zastępców Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej, Okręgowa Komisja Wyborcza powołała zespół do nadzorowania tych wyborów w składzie: Stanisław Chruszczyk i Marcin Mielczarek. Jednocześnie Przewodniczący przekazał, że zespół ten dysponuje kartami zgłoszenia kandydatów.

Następnie kol. Jakubiszyn przedstawił propozycje kandydatów Rady do Komisji Mandatowej Zjazdu: Tomasza Latałę, Barbarę Radecką i Barbarę Hamryszak. Innych zgłoszeń z sali nie było, więc w głosowaniu skład Komisji przyjęto przy 3 głosach wstrzymujących się.

W dalszej kolejności Przewodniczący przedstawił propozycje kandydatów do Komisji Uchwał i Wniosków: Rafała Pędicha, Barbarę Szczepanik i Andrzeja Bunio. Tu również innych zgłoszeń nie było i Zjazd przyjął skład Komisji przy 3 głosach wstrzymujących się.

I wreszcie Przewodniczący przedstawił propozycje kandydatów do Komisji Skrutacyjnej: Renatę Górecką, Teresę Sicińską-Werner i Iwonę Gajdę. Także i w tym przypadku skład Komisji przyjęto przy 3 głosach wstrzymujących się.

Po dokonaniu niezbędnych wyborów komisji zjazdowych przystąpiono do części zawierającej wystąpienia gości Zjazdu.

Wystąpienie Wicemarszałka Województwa Opolskiego Romana Kolka nawiązywało m.in. do włączenia się Urzędu Marszałkowskiego w akcję propagującą szczepienia profilaktyczne, poprzez wsparcie finansowe i propagandowe. Wg Marszałka Kolka w dalszym ciągu cierpimy na niedostatek środków finansowych zapewniających prawidłowe funkcjonowanie i współdziałanie środowisk medycznych. Należy mieć nadzieję, że działając wspólnie będzie lepiej. Na zakończenie Roman Kolek złożył życzenia owocnych obrad.

Poseł Ryszard Wilczyński wystąpił z pozycji pacjenta, dla którego lekarz stanowi dzisiaj dobro deficytowe. Zwrócił uwagę na presję wywieraną na lekarzy. Obecne czasy charakteryzują się rozdawnictwem pieniędzy. Zdaniem Posła przydałby się taki minister, który ogarnąłby temat

ochrony zdrowia. Zauważył również, że na Opolszczyźnie jest ok. 2,5 tys. lekarzy i dobrze by było, gdyby tych lekarzy było więcej – tego życzył zebranych delegatom. Jako były Wojewoda podkreślił, że konsultanci powinni spotykać się z Wojewodą a tego teraz nie ma. Na koniec złożył życzenia doczekania czasów, gdy samorządność ponownie rozkwitnie, a lekarze będą mogli więcej odpoczywać.

Z kolei Dyrektor Mieczysław Wojtaszek złożył życzenia lekarzom wyróżnionym „Prymariuszem Opolskim”. Poinformował także, że zostały uwolnione środki w wysokości ok. 60 mln zł, i właśnie m.in. w związku z tym, zaproszona na Zjazd Wicewojewoda Violetta Porowska, jest nieobecna na Zjeździe, gdyż ma spotkanie z Ministrem Zdrowia Łukaszem Szumowskim. Dyrektor Wojtaszek podziękował konsultantom wojewódzkim za współpracę, wspominał o potrzebie zwiększenia liczby specjalistów, a na koniec życzył udanych obrad.

Ad vocem głos zabrał Przewodniczący Zjazdu kol. Jerzy Jakubiszyn, który zapytał Dyrektora Wojtaszka czy Wicewojewoda Porowska poruszy w rozmowie z Ministrem fakt nierealizowania porozumienia z Rezydentami z lutego 2018 r. Jaskrawym tego przykładem jest sposób wyliczania kwot przeznaczanych z budżetu na ochronę zdrowia. Wartości procentowe, które były ujęte w porozumieniu były procentami odnoszącymi się do PKB danego roku, natomiast Rząd wyliczył kwoty w 2018 i 2019 r. jako procent PKB z roku 2017.

Sebastian Konwant – przedstawiciel Okręgowej Izby lekarsko-Weterynaryjnej odczytał list od dr Marka Wiśły – Prezesa tejże Izby. Podziękował także za patronat nad wspólną konferencją dotyczącą chorób nowotworowych u ludzi i zwierząt oraz za zaangażowanie w organizację wspólnych zawodów jeździeckich.

Na koniec Prezes Jolanta Smerkowska-Mokrzycka odczytała listy, które nadeszły do naszej Izby w związku ze Zjazdem: od Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej Andrzeja Matyji, Prezesa Wielkopolskiej Izby Lekarskiej Artura de Rosiera i od Posła Ziemi Opolskiej na Sejm RP Tomasza Kostusia.

Po tej oficjalnej części Przewodniczący Komisji Mandatowej Tomasz Latała odczytał Protokół Komisji Mandatowej, w którym stwierdzono, że na ogólną liczbę 121 delegatów, w Zjeździe (który jest jednocześnie Zgromadzeniem Wyborczym) uczestniczy 70 delegatów, co stanowi 58,3% ogółu delegatów. Tak więc Zgromadzenie Wyborcze jest upoważnione do głosowania, a sam Zjazd jest prawomocny.

W kolejnej części Zjazdu Przewodniczący ponownie przypomniał, że wszystkie sprawozdania organów i komisji naszej Izby ujęte zostały w książeczce zjazdowej i poprosił autorów sprawozdań o ewentualne uzupełnienia.

Prezes ORL uzupełniła swoje sprawozdanie o informację dotyczącą sfinansowania remontu tarasu znajdującego się na zapleczu izby i konieczności zagwarantowania odpowiedniej kwoty w budżecie na 2019 r.

Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej zwrócił się do delegatów z prośbą o skuteczne zrealizowanie punktu programu Zjazdu dotyczącego wyborów uzupełniających do zespołu OROZ.

Z kolei Przewodniczący Komisji Kultury OIL Rafał Pędich zwrócił się z prośbą o wyasygnowanie większej kwoty pieniędzy na kulturę i sport.

Wobec braku innych głosów dotyczących przedstawionych sprawozdań przystąpiono do dalszej części obrad.

W zastępstwie Przewodniczącego Okręgowej Komisji Rewizyjnej sprawozdanie przedstawił kol. Marek Piętka, w którym na zakończenie postawił wniosek o udzielenie Radzie Okręgowej absolutorium za miniony rok urzędowania.

Przewodniczący Zjazdu przedstawił projekt uchwały nr 1 Zjazdu w sprawie przyjęcia sprawozdań oraz udzielenia Okręgowej Radzie Lekarskiej absolutorium za okres między XXXVII i XXXVIII Zjazdami, który przy 1 głosie wstrzymującym się został przyjęty.

Uchwała Nr 1 XXXVIII Okręgowego Zjazdu Lekarzy w Opolu z dnia 16 marca 2019 r. w sprawie zatwierdzenia sprawozdania Okręgowej Rady Lekarskiej w Opolu i udzielenia jej absolutorium

Na podstawie art. 24 pkt. 3 i 4 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2018 r., poz. 168) oraz w związku z art. 52 i 53 ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości (Dz. U. z 2019r., poz. 351) uchwała się co następuje:

§ 1

Na wniosek Okręgowej Komisji Rewizyjnej zatwierdza się roczne sprawozdanie finansowe Opolskiej Izby Lekarskiej za rok 2018, które zamyka się sumą bilansową po stronie aktywów i pasywów w kwocie 6.628.580,01 zł.

§ 2

Zysk netto w kwocie 202.621,84 zł przeznacza się na podwyższenie funduszu zasadniczego.

§ 3

Po zapoznaniu się z całokształtem działalności Okręgowej Rady Lekarskiej w Opolu oraz po dokonaniu oceny wykonania budżetu Izby, działając na wniosek Okręgowej Komisji Rewizyjnej, XXXVIII Okręgowy Zjazd Lekarzy w Opolu udziela Okręgowej Radzie Lekarskiej absolutorium za okres między XXXVII a XXXVIII Zjazdem Lekarzy.

§ 4

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ XXXVIII OKRĘGOWEGO
ZJAZDU LEKARZY W OPOLU
Małgorzata ŁUSZCZYŃSKA-OSTROWSKA

PRZEWODNICZĄCY XXXVIII OKRĘGOWEGO
ZJAZDU LEKARZY W OPOLU
Jerzy JAKUBISZYN

Po tym głosowaniu kol. Jakubiszyn – tym razem jako Skarbnik ORL – przedstawił podstawowe zmiany, jakie wprowadzono do preliminarza w porównaniu do lat ubiegłych (20 tys. zł zarezerwowane dla Delegatur; 50 tys. zł przeznaczone na tzw. „becikowe”; wzrost kwoty przeznaczonej na sport i kulturę; ujęcie w płacach wynagrodzenia dla Prezes ORL; zarezerwowanie pieniędzy na remont tarasu oraz na zakup sprzętów i oprogramowania wynikających z wymogów RODO).

Po tej prezentacji Przewodniczący otworzył dyskusję na temat poszczególnych propozycji budżetowych. Wobec braku zgłoszeń do dyskusji, Przewodniczący odczytał projekt uchwały nr 2 w sprawie uchwalenia budżetu Opolskiej Izby Lekarskiej na 2019 r., który został uchwalony jednogłośnie.

**Uchwała Nr 2
XXXVIII Okręgowego Zjazdu Lekarzy w Opolu
z dnia 16 marca 2019 r.
w sprawie uchwalenia budżetu Opolskiej Izby Lekarskiej na 2019 rok**

Na podstawie art. 24 pkt 2 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2018 r., poz.168) uchwała się co następuje:

§ 1

Po zapoznaniu się z preliminarzem budżetowym na rok 2019, przedstawionym przez Okręgową Radę Lekarską, XXXVIII Okręgowy Zjazd Lekarzy w Opolu uchwała budżet Opolskiej Izby Lekarskiej na rok 2019 zgodnie z przedstawionym preliminarzem.

§ 2

Preliminarz budżetowy, o którym mowa w § 1 niniejszej uchwały, stanowi jej załącznik.

§ 3

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia, z mocą obowiązującą od 1 stycznia 2019 r.

SEKRETARZ XXXVIII OKRĘGOWEGO
ZJAZDU LEKARZY W OPOLU
Małgorzata ŁUSZCZYŃSKA-OSTROWSKA

PRZEWODNICZĄCY XXXVIII OKRĘGOWEGO
ZJAZDU LEKARZY W OPOLU
Jerzy JAKUBISZYN

Prezes Smerkowska-Mokrzycka powróciła do tematu wynagrodzenia, o którym wspomniał skarbnik przy omawianiu założeń budżetowych. Otóż w związku ze zwiększającymi się obowiązkami, wynikającymi z funkcji Prezesa, postanowiła ograniczyć swoje zatrudnienie w USK do 4 dni, a jeden dzień w całości poświęcić na pracę w Izbie. Wynagrodzenie proponowane w preliminarzu ma zrekompensować utratę jej zarobków z tego tytułu. Przewodniczący odczytał zatem projekt uchwały nr 3, wymieniającej funkcje samorządowe, które mogą być wynagradzane z budżetu Izby (Prezesa ORL, Sekre-

tarza ORL oraz OROZ). W głosowaniu uchwałę przyjęto przy 1 głosie sprzeciwu i 1 głosie wstrzymującym się.

**Uchwała Nr 3
XXXVIII Okręgowego Zjazdu Lekarzy w Opolu
z dnia 16 marca 2019 r.
w sprawie określenia wykazu funkcji, których pełnienie jest wynagradzane**

Na podstawie art. 24 pkt 9 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2018 r., poz.168) uchwała się co następuje:

§ 1

Ustala się wykaz funkcji, pełnionych z wyboru, które mogą być wynagradzane z budżetu Opolskiej Izby Lekarskiej, stanowiący załącznik do uchwały.

§ 2

Wysokość wynagrodzenia, o którym mowa w § 1, określi Okręgowa Rada Lekarska w Opolu.

§ 3

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ XXXVIII OKRĘGOWEGO
ZJAZDU LEKARZY W OPOLU
Małgorzata ŁUSZCZYŃSKA-OSTROWSKA

PRZEWODNICZĄCY XXXVIII OKRĘGOWEGO
ZJAZDU LEKARZY W OPOLU
Jerzy JAKUBISZYN

* * *

**Załącznik
do uchwały nr 3
XXXVIII OZL z dnia 16 marca 2019 r.**

Wykaz funkcji, których pełnienie jest wynagradzane

- Prezes Okręgowej Rady Lekarskiej
- Sekretarz Okręgowej Rady Lekarskiej
- Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej

SEKRETARZ
XXXVIII OKRĘGOWEGO ZJAZDU LEKARZY W OPOLU
Małgorzata ŁUSZCZYŃSKA-OSTROWSKA

PRZEWODNICZĄCY
XXXVIII OKRĘGOWEGO ZJAZDU LEKARZY W OPOLU
Jerzy JAKUBISZYN

Po tych głosowaniach kol. Jakubiszyn rozpoczął wybory na zastępów Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej. Przypomniał, że kandydować mogą lekarze i lekarze dentyści z minimum 10-letnim stażem pracy.

Kol. Chruszyk z Komisji Wyborczej przedstawił informację, że do Komisji wpłynęło zgłoszenie kandydatury kol. Elżbiety Łomnej-Bogdanov. Wobec braku innych propozycji Przewodniczący poddał pod głosowanie zamknięcie listy kandydatur i lista została zamknięta bez głosów sprzeciwu. Przewodniczący poprosił więc Komisję Wyborczą o przygotowanie kart do głosowania.

Po tej części przystąpiono do dyskusji nad propozycjami dokumentów zjazdowych. Kol. Andrzej Bunio z Komisji Uchwał i Wniosków odczytał propozycję dwóch dokumentów, które wpłynęły do Komisji. Jeden to projekt Stanowiska Zjazdu w sprawie informatyzacji w ochronie zdrowia i drugi to projekt Apelu do Ministra Zdrowia w sprawie zmian w ustawie o zawodach lekarza i lekarza dentysty w zakresie kształcenia podyplomowego. Oba dokumenty zostały zgłoszone w imieniu Prezydium ORL.

Po zarządzeniu przez Przewodniczącego głosowania w tej sprawie Stanowisko zostało przyjęte przy 8 głosach wstrzymujących się, a Apel został przyjęty jednogłośnie.

Stanowisko nr 1

XXXVIII Okręgowego Zjazdu Lekarzy w Opolu

z dnia 16 marca 2019 r.

w sprawie informatyzacji systemu ochrony zdrowia

XXXVIII Okręgowy Zjazd Lekarzy w Opolu stwierdza, że proces informatyzacji systemu ochrony zdrowia w Polsce jest ciągle nieprzygotowany do tego, aby lekarzom i lekarzom dentystom narzucać bezwzględny obowiązek wystawiania kolejnych dokumentów w formie wyłącznie elektronicznej.

XXXVIII Okręgowy Zjazd Lekarzy w Opolu zwraca uwagę, że w sytuacji, w której niewiele osób posiada swoje Internetowe Konto Pacjenta, korzyść z wprowadzania np. e-recepty jest wątpliwa.

XXXVIII Okręgowy Zjazd Lekarzy w Opolu podkreśla i ostrzega, że nieuwzględnienie w planach informatyzacji wyjątków od reguły i zmuszanie wszystkich lekarzy i lekarzy dentystów do posługiwania się wyłącznie elektronicznymi dokumentami, doprowadzi do rezygnacji z pracy wielu spośród tych, którzy mimo osiągnięcia wieku emerytalnego ciągle wspomagają swoich młodszych kolegów. To z kolei doprowadzi do zdecydowanego pogorszenia dostępności pacjentów do lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej oraz ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.

SEKRETARZ

XXXVIII OKRĘGOWEGO ZJAZDU LEKARZY W OPOLU

Małgorzata ŁUSZCZYŃSKA-OSTROWSKA

PRZEWODNICZĄCY

XXXVIII OKRĘGOWEGO ZJAZDU LEKARZY W OPOLU

Jerzy JAKUBISZYN

Apel

XXXVIII Okręgowego Zjazdu Lekarzy w Opolu

z dnia 16 marca 2019 r.

do Ministra Zdrowia

XXXVIII Okręgowy Zjazd Lekarzy w Opolu apeluje do Ministra Zdrowia o wprowadzenie jak najszybciej na ścieżkę legislacyjną projektu zmian w ustawie o zawodach lekarza i lekarza dentysty, odnoszących się do systemu

kształcenia podyplomowego oraz warunków pracy, które zostały zaakceptowane przez Naczelną Radę Lekarską.

SEKRETARZ

XXXVIII OKRĘGOWEGO ZJAZDU LEKARZY W OPOLU

Małgorzata ŁUSZCZYŃSKA-OSTROWSKA

PRZEWODNICZĄCY

XXXVIII OKRĘGOWEGO ZJAZDU LEKARZY W OPOLU

Jerzy JAKUBISZYN

W dalszej części dyskusji kol. Andrzej Mazur stwierdził, że jest zaskoczony faktem, że żaden z delegatów-rezydentów nie odniósł się do kwestii dyżurów na SOR, które w ostatnim czasie zostały wpisane do programów specjalizacji w kilku dziedzinach. Pytał też, czy ta zmiana była konsultowana z Samorządem?

Kol. Konrad Rekucki przyznał, że do programów specjalizacji z zakresu pediatrii, interny i chirurgii ogólnej dyżury na SOR zostały wprowadzone tzw. „tylnymi drzwiami” i jest to rozwiązanie krzywdzące dla młodych lekarzy.

W związku z powyższym Przewodniczący Zjazdu, wspólnie z kilkoma rezydentami oraz kol. Jarosławem Mijasem, przygotowali projekt Stanowiska w tej sprawie. W głosowaniu zostało ono przyjęte przy 3 głosach wstrzymujących się.

Stanowisko nr 2

XXXVIII Okręgowego Zjazdu Lekarzy w Opolu

z dnia 16 marca 2019 r.

w sprawie zmian w programach specjalizacji

XXXVIII Okręgowy Zjazd Lekarzy w Opolu wyraża sprzeciw wobec wprowadzenia zmian w programach specjalizacji w dziedzinie pediatrii, chorób wewnętrznych oraz chirurgii ogólnej, które de facto zmuszają rezydentów w tych specjalnościach do pełnienia dyżurów na szpitalnych oddziałach ratunkowych nie tylko w czasie odbywania odpowiedniego stażu cząstkowego. Zmiany te nie były konsultowane ze środowiskiem rezydentów i samorządem lekarskim.

XXXVIII Okręgowy Zjazd Lekarzy w Opolu apeluje do konsultantów krajowych w wymienionych dziedzinach, do CMKP oraz Ministra Zdrowia o wycofanie tych zmian.

SEKRETARZ

XXXVIII OKRĘGOWEGO ZJAZDU LEKARZY W OPOLU

Małgorzata ŁUSZCZYŃSKA-OSTROWSKA

PRZEWODNICZĄCY

XXXVIII OKRĘGOWEGO ZJAZDU LEKARZY W OPOLU

Jerzy JAKUBISZYN

Ponieważ Przewodniczący przekazał, że Komisja Skrutacyjna jest przygotowana do przeprowadzenia procedury głosowania, przerwano na ten czas dyskusję. Kol. Jakubiszyn przypomniał zasady głosowania i przystąpił do samej procedury.



Po zakończeniu głosowania powrócono do dyskusji zjazdu. Kol. Małgorzata Łabuz-Margol poruszyła problem redukcji łóżek szpitalnych ze względu na normy dotyczące zatrudnienia pielęgniarek, zwracając uwagę na wydłużanie w ten sposób kolejki przyjąć do szpitali.

Kol. Andrzej Mazur przyznał słuszność koleżance stwierdzając, że problem istnieje i że nie uwzględniono średniego czasu pobytu chorych w szpitalu, a jedynie średnie obłożenie łóżek.

Przewodniczący przedstawił związek z tym propozycję stanowiska Zjazdu w tej sprawie, które zostało przyjęte przy 4 głosach wstrzymujących się.

Stanowisko nr 3

**XXXVIII Okręgowego Zjazdu Lekarzy w Opolu
z dnia 16 marca 2019 r.
w sprawie redukcji liczby łóżek szpitalnych**

XXXVIII Okręgowy Zjazd Lekarzy w Opolu stwierdza, że redukcja liczby łóżek na poszczególnych oddziałach szpitalnych, dostosowująca ją do liczby pielęgniarek, zatrudnionych na tych oddziałach, doprowadzi do wydłużenia kolejki pacjentów oczekujących na leczenie stacjonarne.

XXXVIII Okręgowy Zjazd Lekarzy w Opolu podkreśla, że lekarze pracujący na tych oddziałach nie są w żaden sposób odpowiedzialni za niezadowolenie pacjentów, wywołane tymi redukcjami.

SEKRETARZ

*XXXVIII OKRĘGOWEGO ZJAZDU LEKARZY W OPOLU
Małgorzata ŁUSZCZYŃSKA-OSTROWSKA*

PRZEWODNICZĄCY

*XXXVIII OKRĘGOWEGO ZJAZDU LEKARZY W OPOLU
Jerzy JAKUBISZYN*



W dalszej dyskusji kol. Tadeusz Chowaniec w imieniu Komisji ds. Lekarzy Emerytów i Rencistów poinformował, że Komisja organizuje m.in. szereg wycieczek dla seniorów, a najbliższa – na którą zaprasza chętnych – odbędzie się 20 maja do Pszczyny.

Z kolei kol. Marta Kabarowska – Przewodnicząca Komisji Etyki Lekarskiej poruszyła problem negatywnych i stale pogarszających się relacji pomiędzy lekarzami. W oparciu o artykuły Kodeksu Etyki Lekarskiej, zawarte w rozdziale III poświęconym stosunkom wzajemnym między lekarzami, zwróciła uwagę na konieczność wzajemnego okazywania szacunku, szczególnie lekarzom seniorom i dbanie o godność naszego zawodu. Lekarze powinni się wspierać a nie dyskredytować. Musimy pracować nad przywróceniem dawnego etosu zawodu lekarskiego.

Kol. Kazimierz Drosik zaproponował, by jesienią zorganizować konferencję izbową, np. poświęconą szczepieniom, której mogłyby towarzyszyć koncerty zespołów lekarskich. W związku z zaplanowanymi koncertami w ramach „Tonów zdrowia” odbędą się m.in. występy lekarzy z Austrii i Chicago. Jednakże Prezes Smerkowska-Mokrzycka poddała w wątpliwość możliwość zorganizowania takiej konferencji w tym okresie, gdyż już zaplanowana została wspólna konferencja z prawnikami (28 listopada), która ma być poświęcona prawnym aspektom zaniechania szczepień.

Kol. Rafał Pędich poinformował, że w 2020 r. planowana jest w Opolu duża impreza kulturalna z okazji XXX-lecia Opolskiej Izby Lekarskiej z udziałem ok. 10 chorów lekarskich.

W kolejnej części obrad Przewodnicząca Komisji Skrutacyjnej kol. Renata Górecka przedstawiła wyniki głosowania, w wyniku którego Elżbieta Łomna-Bogdanov (przy 1 głosie bez wskazania) została wybrana na funkcję zastępcy OROZ.

Wobec wyczerpania wszystkich punktów porządku obrad Przewodniczący zakończył obrady Zjazdu.



MARCOWE POSIEDZENIE OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ W OPOLU



W dniu 27 marca br. odbyło się kolejne posiedzenie Okręgowej Rady Lekarskiej w Opolu, które – jak zawsze – prowadziła Prezes Jolanta Smerkowska-Mokrzycka. W programie posiedzenia przewidziano następujące sprawy.

- **Przyznanie praw wykonywania zawodu**

O wpisaniu na listę członków naszej Izby dla odbycia części stażu w USK w Opolu zwróciła się Ewa Anna Gajewska – przeniesienie z Wielkopolskiej Izby Lekarskiej.

- **Rejestracja podmiotów prowadzących szkolenie podyplomowe lekarzy**

Firma Business Service Galop organizuje III Konferencję i Warsztaty Kardiologiczne. Organizator jest zarejestrowany w Śląskiej Izbie Lekarskiej. Jednogłośnie podjęto uchwałę o spełnieniu warunków.

- **Zmiany w rejestrze indywidualnych praktyk lekarskich**

Z powodu śmierci lekarza wykreślono z rejestru jedną praktykę lekarską.

- **Przyznanie świadczeń z Funduszu Samopomocy**

Rada jednogłośnie podjęła uchwałę o uhonorowaniu dyplomem i gratyfikacją w wysokości 1000 zł lekarzy i lekarzy dentystów, którzy ukończyli w tym roku 90 lat. Beneficjentami tej uchwały zostali następujący lekarze: Stanisław Bara, Adam Duniewski, Anna Kohutnicka-Zabiega, Zdzisław Krzyżański, Jacek Kujawski, Janina Piotrowska-Klata, Jerzy Rekucki, Józef Skorupa, Maria Szczecińska, Julian Toporowski, Zbigniew Tymiński i Krystyna Werner.

Ponadto przyznano 1 pożyczkę szkoleniową koledze będącemu w trakcie specjalizacji w dziedzinie ortopedii i traumatologii (przy 3 głosach wstrzymujących się). Przyznano również 3 zapomogi.

- **Wyznaczenie przedstawicieli OIL do komisji konkursowych**

Dyrekcja 116 Szpitala Wojskowego z Przychodnią w Opolu zwróciła się z prośbą o wyznaczenie przedstawiciela Samorządu w konkursie na stanowisko Zastępcy Dyrektora ds. Medycznych. Rada zgłosiła kol. Marka Dryję (jednogłośnie).

Z kolei Dyrekcja Brzeskiego Centrum Medycznego poprosiła o przedstawiciela naszej Izby w konkursie na Naczelną Pielęgniarkę BCM. Zgłoszono kol. Barbarę Suzanowicz (jednogłośnie).

- **Zmiany w wysokości składki członkowskiej**

Rada jednogłośnie w 2 przypadkach zwolniła z obowiązku odprowadzania składek w związku z nieosiąganiem przychodów.

Jeden wniosek o obniżenie składki do 10 zł w związku z przejściem na emeryturę został oddalony ze względu na brak podstaw prawnych do obniżenia składki. Wg obec-

nie obowiązujących zapisów uchwały składkowej pracujący emeryci płacą składkę w pełnej wysokości do 75 roku życia. **Składka 10 zł** dotyczy jedynie lekarzy/lekarzy dentystów, którzy przed dniem 1 stycznia 2015 r. mieli ustaloną miesięczną wysokość składki w ww. kwocie.

- **Sprawozdanie z XXXVIII Okręgowego Zjazdu Lekarzy**

Prezes przedstawiła krótko uchwały, stanowiska i apel Zjazdu. Teksty dokumentów znajdują się na stronie BIP Opolskiej Izby Lekarskiej.

- **Podjęcie uchwały w sprawie wynagrodzenia dla Prezesa Okręgowej Rady Lekarskiej w Opolu**

Na podstawie uchwały Nr 3 XXXVIII Okręgowego Zjazdu Lekarzy w Opolu z dnia 16 marca 2019 r. w sprawie określenia wykazu funkcji, których pełnienie jest wynagradzane, po dyskusji podjęto decyzję o formalnym zatrudnieniu kol. Jolanty Smerkowskiej-Mokrzyckiej w Opolskiej Izbie Lekarskiej w wymiarze czasu pracy odpowiadającej 1/5 etatu z uposażeniem 2.000 zł netto, jako rekompensatę za utracone zarobki (kol. Smerkowska-Mokrzycka zmniejszyła wymiar swojego zatrudnienia w macierzystej jednostce pracy w związku z nadmiarem obowiązków samorządowych).

Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej, który potencjalnie mógłby być beneficjentem wspomnianej Uchwały Zjazdu podziękował za uznanie jego pracy i dobrowolnie zrezygnował z proponowanej gratyfikacji finansowej.

- **Sprawozdanie posiedzenia NRL w dniu 22 marca br. oraz Konwentu Prezesów ORL w dniu poprzednim**

Prezes przedstawiła sprawozdanie z Konwentu, na którym omawiano następujące sprawy:

- Odbyło się spotkanie z p. Markiem Czarkowskim – lekarzem i bioetykiem, specjalistą z zakresu chorób wewnętrznych, endokrynologii i kardiologii, inicjatorem powstania Ośrodka Bioetyki Naczelnej Rady Lekarskiej. Postanowiono, że zostanie dokonany spis wszystkich, działających komisji bioetycznych w szpitalach.
- Są problemy z wdrażaniem nowego systemu Rejestru Lekarzy. Firma, z którą podpisano umowę na stworzenie odpowiedniego oprogramowania nie wywiązuje się bowiem z obowiązków.
- Zostanie zorganizowana konferencja dot. wdrożenia RODO w izbach lekarskich.
- Z kolei kol. Jakubiszyn przedstawił sprawozdanie z posiedzenia NRL, na którym dyskutowano nad następującymi problemami:

- Ustalono datę Nadzwyczajnego (śródkadencyjnego) Krajowego Zjazdu Lekarzy na 20–22 maja 2020 r.
- Pozostałe omawiane na NRL tematy dostępne są na stronie NIL.

• Sprawozdanie członków Rady z działalności pomiędzy posiedzeniami

Kol. Latała przedstawił sprawozdanie z Konferencji zorganizowanej przez Opolski Oddział PTS. Prelegentem była dr hab. n. med. Jolanta Kostrzeva-Janicka z Katedry Protetyki Stomatologicznej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego.

Kol. Suzanowicz zrelacjonowała XIII Zjazd Otolaryngologów Wojskowych, który odbył się 21–23 marca 2019 r.

Kol. Wojtyłko przedstawił szereg problemów:

- zwrócił uwagę na krótkie terminy powiadamiania o posiedzeniach Naczelnej Komisji Kształcenia i zaapelował do przedstawicieli OIL w NRL o interwencję w tej sprawie w NIL.
- przedstawił uzyskaną statystykę niewykorzystania miejsc rezydenckich w woj. opolskim i województwach sąsiednich.
- poinformował o swoim piśmie do NTO, jako reakcję na szkalujący lekarzy pracujących w karetkach pogotowia artykuł, który ukazał się na łamach tego dziennika.

• Sprawy różne i wolne wnioski

Prezes przedstawiła wnioski Wojewody o zaopiniowanie kandydatów na konsultantów wojewódzkich, a dotyczących następujących lekarzy/lekarzy dentystów:

- Audiologia i foniatria – Jolanta Muszyńska-Chowaniec,
- Nefrologia – Grażyna Bogdanowicz,
- Pulmonologia – Zygmunt Konieczny,
- Ortodoncja – Justyna Grzybowska-Substelną,
- Peridontologia – Ewa Maliszewska-Bukowińska,
- Radioterapia onkologiczna – Lidia Czopkiewicz,
- Stomatologia dziecięca – Barbara Hamryszak
- Chirurgia stomatologiczna – Jolanta Smerkowska-Mokrzycka,
- Protetyka stomatologiczna – Jacek Skowron,
- Choroby zakaźne – Wiesława Błudzin,

- Chirurgia kl. piersiowej – Jerzy Kołodziej,
- Anestezjologia i intensywna terapia – Józef Bojko,
- Urologia dziecięca – Wojciech Apoznański,
- Angiologia – Rajmund Adamiec,
- Kardiologia dziecięca – Andrzej Olszanowski,
- Stomatologia zachowawcza – Barbara Ziobrowska,
- Dermatologia – Grażyna Wąsik,
- Otolaryngologia – Jerzy Jakubiszyn,
- Chirurgia dziecięca – Ryszard Noparlik,
- Medycyna sądowa – Jacek Masełko,
- Patomorfologia – Iwona Morawska,
- Chirurgia szczękowo-twarzowa – Roman Sadowski,
- Neurochirurgia – Dariusz Łątka,
- Kardiochirurgia – Jacek Kaperczak,
- Ginekologia onkologiczna – Dariusz Kowalczyk,
- Neonatologia – Zofia Kucharska,
- Położnictwo i ginekologia – Wojciech Guzikowski.

W głosowaniu Rada jednogłośnie zaopiniowano pozytywnie wszystkie przedstawione kandydatury.

Prezes poinformowała, przy tej okazji, że dyrektor Klinicznego Centrum Położnictwa, Ginekologii i Neonatologii w Opolu wystosował pismo do OIL z prośbą o zaopiniowanie trzech innych, niż podał Wojewoda, kandydatów na konsultantów. W związku z tym pismem stwierdzono, że Izba nie jest adresatem prośby jakiegokolwiek dyrektora jednostki ochrony zdrowia o zaopiniowanie kandydatów na konsultantów.

Kol. Dryja zrelacjonował Zjazd Polskiego Towarzystwa Medycyny Ratunkowej. Nowym Prezesem Towarzystwa został dr hab. Adam Nogalski prof. nadzw. Kierownik Katedry i Kliniki Chirurgii Urazowej i Medycyny Ratunkowej Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

Kol. Jakubiszyn poinformował, że do Rady Etyki Medyków skierowana została skarga na autorów reportażu ze szpitala w Branicach, który został wyemitowany w programie „Alarm” w dniu 11 marca br. dotyczącego rzekomego złego traktowania pacjentów,

Wobec wyczerpania porządku obrad na tym posiedzeniu zakończono.

Zastępca Sekretarza ORL

Lek. Stanisław KOWARZYK

Prezes ORL

Lek. dent. Jolanta SMERKOWSKA-MOKRZYCKA

POSIEDZENIE KOMISJI STOMATOLOGICZNEJ

W dniu 8 kwietnia br. odbyło się kolejne posiedzenie Komisji Stomatologicznej. Przewodnicząca dr Barbara Hamryszak rozpoczęła od przedstawienia zebranych postanowień oraz uchwał przyjętych przez Okręgowy Zjazd Lekarzy, który miał miejsce 16 marca 2019 r. w Opolu.

Następnie dr Hamryszak poinformowała o wystosowaniu pisma do dyrektora Opolskiego Oddziału NFZ Roberta Bryka celem wezwania w/w do zajęcia stanowiska w sprawie pominięcia lekarzy dentystów przy redystrybucji środków przeznaczonych na świadczenia me-

dyczne (powiększonych w tym roku kalendarzowym o 650 mln zł dla innych specjalności medycznych) oraz uzasadnienia takiego stanu rzeczy.

Naczelna Izba Lekarska informuje, że w dniu 3 kwietnia 2019 r. odbyło się posiedzenie Komisji Zdrowia oraz Komisji Edukacji, którego celem było rozpatrzenie rządowego projektu dotyczącego opieki zdrowotnej nad uczniami, zakładającego utworze-



nie w każdej szkole gabinetu stomatologicznego bądź konieczności podpisania umowy o świadczenie usług stomatologicznych między gabinetem a szkołą w miejscu zamieszkania ucznia.

Komisja informuje, że od dnia 1 stycznia 2021 r. świadczeniodawcy prowadzący firmę muszą użytkować kasy fiskalne, które będą rejestrowały i przysyłały online dane (paragony) do centralnego systemu teleinformatycznego.

Przewodnicząca poinformowała, iż w Ministerstwie Zdrowia w strukturach Departamentu Kwalifikacji Medycznych i Nauki utworzono samodzielne stanowisko ds. kształcenia lekarzy dentystów. NKS zabiegała o utworzenie stanowiska ds. stomatologii, a nie ds. jednej z gałęzi naszej działalności.

NIL zajęła się sprawą zagadnienia związanego z możliwością zatrudniania lekarzy w ramach indywidualnej praktyki lekarskiej. Poszerzono by zakres zatrudnienia lekarzy, lekarzy dentystów o sytuację:

- odbywania szkolenia specjalizacyjnego o możliwość zatrudnienia w przypadku szkolenia specjalizacyjnego;
- udzielania w praktyce określonego świadczenia zdrowotnego;
- tytułem zastępstwa podczas choroby;
- jednego lekarza, lekarza dentystę z tytułu stałej współpracy.

Do Komisji Stomatologicznej doszły informacje o próbach uzyskania korzyści finansowych przez pacjentów związanych z wejściem ustawy o RODO. Schemat działania wygląda następująco: pacjent – zazwyczaj pierwszorazowy, umawia się na wizytę, następnie za kilka dni lekarz dentysta dostaje telefon z prośbą o przypomnienie daty i godziny umówionej wizyty tegoż pacjenta z powodu zgubienia kartki z terminem. Lekarz oczywiście informuje, kiedy dany pacjent ma zgłosić się na wizytę, po czym za ok. 2 tygodnie tenże lekarz otrzymuje pismo od prawnika niedosłego pacjenta wzywające do ugody finansowej między nim a lekarzem z powodu złamania ustawy o RODO, ponieważ lekarz nie miał prawa telefonicznie, nieupewniając się uprzednio z kim rozmawia, informować o tak newralgicznej kwestii, jaką jest termin wizyty u stomatologa. Zwracamy uwagę, że aby poinformować pacjenta przez telefon o terminie wizyty musimy być pewni z kim rozmawiamy czyli zweryfikować numer telefonu, z którego dzwoni (sprawdzić z numerem podanym w karcie) lub zapytać o pesel albo datę urodzenia. Jeżeli pacjent nie jest w stanie udzielić takich informacji lub my nie możemy zweryfikować tożsamości osoby dzwoniącej, dla własnego bezpieczeństwa prosimy nie udzielać żadnych informacji. Nie podajemy żadnych informacji osobom trzecim (żonie, mężowi, babci, dziadkowi itp.), jeżeli nie przyniosą na piśmie upoważnienia do udzielania informacji o stanie zdrowia lub konkretnie o podaniu informacji o terminie wizyty.

Komisja informuje także, iż zaobserwowano w kilku gabinetach na terenie województwa opolskiego nieprawidłowości związane z ilością (wagą) odpadów medycznych odbieranych przez firmę Remondis. Kierowcy na polecenie firmy zaokrąglają wzwyż ilości odbieranych odpadów do pełnego kilograma (czyli jeżeli oddajemy np. 6 kg i 100 g odpadów na karcie odbioru zostanie nam zapisane 7 kg). Jak łatwo policzyć biorąc pod uwagę, że odbiór odpadów wynosi 2 razy w miesiącu, rocznie wychodzi ok. 20 kg więcej śmieci, niż w rzeczywistości wytwarza gabinet, co już całkowicie ma się nijak do sprawozdań obowiązkowo zdawanych do Marszałka Województwa raz do roku. Nie bez znaczenia jest także cena, jaką płacimy za odbiór większej ilości odpadów. Prosimy zwrócić uwagę na tą kwestię nawet jeżeli macie Państwo umowę z inną firmą odbierającą odpady medyczne.

Ponadto Przewodnicząca przypomniała art. 14 ustawy o działalności leczniczej mówiący o sposobie i możliwości reklamowania się placówek prowadzących działalność medyczną:

1. Podmiot wykonujący działalność leczniczą podaje do wiadomości publicznej informacje o zakresie i rodzajach udzielanych świadczeń zdrowotnych. Treść i forma tych informacji nie mogą mieć cech reklamy.
2. Podmiot wykonujący działalność leczniczą, na wniosek pacjenta, udziela:
 - a) szczegółowych informacji na temat udzielanych świadczeń zdrowotnych, w szczególności informacji dotyczących stosowanych metod diagnostycznych lub terapeutycznych oraz jakości i bezpieczeństwa tych metod;
 - b) niezbędnych informacji na temat zawartych umów ubezpieczenia;
 - c) informacji objętych wpisem do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, dotyczącym tego podmiotu.

Według prawników reklamą jest podawanie do wiadomości publicznej przez podmiot wykonujący działalność leczniczą informacji o zakresie i rodzajach udzielanych świadczeń zdrowotnych, połączonych z zachęcaniem do skorzystania z tych świadczeń, mające na celu np. zwiększenie liczby pacjentów i zrealizowanych usług medycznych, a w rezultacie zwiększenie przychodów finansowych. Niedopuszczalne jest używanie przymiotników takich szczególnie, jak: „najlepszy” (sprzęt, specjalista), „najtańszy”, „najnowocześniejszy”, „najkrótsze” (terminy) i zbliżonych zakresowo przysłówków (np. „najtaniej”, „najszybciej”). Należy w treści informacji skierowanej do publicznej wiadomości bezspornie uznać za niedopuszczalne odniesienia do ceny świadczeń zdrowotnych (w tym jej korzystnej wysokości, rabatów, rat itp.), a także jakości posiadanych przez podmiot leczniczy zasobów osobowych. Informacja o świadczeniach zdrowotnych ma mieć charakter neutralny, tj. zawierać tylko suche fakty, obejmujące

rodzaje wykonywanych świadczeń. Zakaz reklamy dotyczy tylko informacji podawanych do publicznej wiadomości, a tym samym a contrario nie jest zakazane podawanie informacji o zakresie i rodzajach udzielanych świadczeń zdrowotnych, jeżeli informacja ta jest skierowana do indywidualnego, konkretnego pacjenta i łączy się z formami zachęcania do skorzystania z oferty (np. e-mailowo, telefonicznie).

Komisja Stomatologiczna Dolnośląskiej Rady Lekarskiej we Wrocławiu zaprasza 9 sierpnia 2019 r. na debatę „Co nas boli w stomatologii” – zapisy do 12 kwietnia na email kadry@dilnet.wroc.pl.

Polskie Towarzystwo Periodontologiczne oraz Sekcja PTS zaprasza na konferencję w dniach 9–11 maja 2019 r. pt.: „Holistyczny wymiar patologii jamy ustnej” – informacje na stronie Dolnośląskiej Izby Lekarskiej.

Komisja Stomatologiczna ORL w Białymstoku, wspólnie z Podlaskim Stowarzyszeniem Stomatologów w Białymstoku, zaprasza na Wiosenne Podlaskie Spotkania Stomatologiczne, które odbędą się w dniach 6–8 czerwca 2019 r. – informacje na stronie OIL w Białymstoku.

Sekretarz KS

Lek. dent. Agnieszka CHOMIK-RĄCZY

Przewodnicząca KS

Lek. dent. Barbara HAMRYSZAK

(NIE)POROZUMIENIE Z MINISTREM ZDROWIA – CO DALEJ PO ROKU OD POROZUMIENIA?

Minął już ponad rok od podpisania porozumienia między przedstawicielami lekarzy rezydentów a Ministrem Zdrowia, które miało choć częściowo odmienić ochronę zdrowia w Polsce. Czy tak się stało? Zapewne większość z nas dostrzega, że niekoniecznie. Oto podsumowanie realizacji porozumienia ze stanem na 12 kwietnia 2019 r..

Spełnione obietnice

Pierwszym ze spełnionych przez ministerstwo punktów były podwyżki dla lekarzy rezydentów. Obecnie zarabiają oni od 4.000 zł brutto (dla lekarzy specjalizujących się w dziedzinach niepriorytetowych w czasie 1–2. roku specjalizacji) do 6.000 zł (dla lekarzy specjalizujących się w dziedzinach priorytetowych od 3. roku specjalizacji, którzy podpisali deklarację, że po zakończeniu specjalizacji pozostaną w Polsce i będą pracować w zawodzie przez okres 2 lat z 5 następujących po ukończeniu szkolenia specjalizacyjnego, tzw. „bon patriotyczny”). Nadal są to kwoty dalekie od wieloletnich postulatów samorządu lekarskiego (2 średnie krajowe dla lekarza bez specjalizacji, 3 średnie krajowe dla specjalisty), jednak w porównaniu z wcześniejszymi wynagrodzeniami jest to krok do przodu.

Kolejną zrealizowaną obietnicą zawartą w porozumieniu jest nadanie lekarzom ochrony prawnej przysługującej funkcjonariuszom publicznym. Dzięki wprowadzeniu takiego zapisu w ustawie o działalności leczniczej lekarz pracujący w placówce finansowanej ze środków publicznych jest chroniony prawnie w przypadku agresji ze strony pacjenta. Napaść na lekarza w takiej sytuacji jest obecnie przestępstwem ściganym z urzędu. W dobie roszczeniowości i agresywnych zachowań niektórych pacjentów jest to bardzo ważne osiągnięcie.

Ponadto zgodnie z porozumieniem zostały zwiększone nabory na studia lekarskie w Polsce. Z jednej strony zwiększono limity przyjęć, z drugiej kolejne uczelnie otwierają kierunek lekarski w ramach swojej struktury. Przy tak znacznym niedoborze kadry lekarskiej w Polsce zwiększa-

nie liczby studentów kierunku lekarskiego jest podstawowym sposobem przeciwdziałania pogarszaniu się sytuacji w ochronie zdrowia. Czy jakość nauczania przy zwiększonym naborze na konkretnej uczelni lub na kompletnie nowym kierunku jest odpowiednia? To już temat na dyskusję przekraczającą ramy tego artykułu.

Daleko od ideału

Czytając początek tego tekstu, mogłoby się wydawać, że udało się zrealizować ważne punkty porozumienia, jednak w rzeczywistości zdecydowaną większość wcielono w życie tylko częściowo. Chociażby „bony patriotyczne” – lekarze dentyści zostali z ich otrzymania wykluczeni w związku z kontrowersyjną interpretacją zapisu ustawowego uprawniającego „lekarzy” do ich otrzymania. Czy ustawodawca zapomniał, że zgodnie z ustawą, gdy nie precyzuje się, że dany przepis nie dotyczy lekarzy dentyistów, „lekarz” oznacza również lekarza dentyistę? Najwyraźniej interpretacja została dokonana tak, jak było wygodniej, przez co ucierpiało w skali kraju tylko/aż ok. 100 lekarzy dentyistów rezydentów.

Porozumienie przewidywało ponadto 6 dni urlopu szkoleniowego dla wszystkich lekarzy. Do tej pory doczekali się tego tylko lekarze w trakcie specjalizacji (zapis wprowadzono do programów specjalizacji). Specjaliści niestety zostali pominięci. Pominięto również specjalistów pracujących w AOS w temacie podwyżek zagwarantowanych, zgodnie z porozumieniem, wszystkim specjalistom do minimum 6.750 zł brutto w przypadku deklaracji pracy wyłącznie w jednym miejscu. Czym różni się specjalista pracujący w poradni od specjalisty z oddziału? Zastanawiam się, czy Minister Zdrowia umiałby na to pytanie odpowiedzieć i uzasadnić taką decyzję...

Kolejnym punktem zawartym w porozumieniu było przeprowadzenie rozmów pomiędzy ministerstwem a innymi grupami zawodowymi w ochronie zdrowia. Rozmowy te wprawdzie się odbyły, jednak ministerstwo nie miało dla nich żadnej propozycji godnej rozważenia. Punkt ten

więc w teorii został zrealizowany, z punktu widzenia ministerstwa, jednak problem warunków pracy wszystkich zawodów medycznych, którego rozwiązanie przyświecało temu punktowi porozumienia, nadal pozostaje aktualny.

W swoich zapisach porozumienie zawierało również informatyzację ochrony zdrowia. Sposób wejścia w życie e-zwolnień jest chyba wszystkim znany i najlepiej pozostawić ten temat bez komentarza. Wprowadzenie pilotażu e-recept od 2019 roku spowodowało liczne problemy w realizacji recept *pro auctore*. E-skierowania czy e-zlecenia to na razie melodia przyszłości. Zdecydowanie realizacja porozumienia w tym zakresie odbiega od założeń.

Nie mamy pańskiego płaszcza i co pan nam zrobi?

Ministerstwo Zdrowia kilka punktów porozumienia uznało za kompletnie nieistotne i nie zajęło się ich realizacją lub, wręcz przeciwnie, wykonało ruchy mające na celu wprowadzenie rozwiązań sprzecznych z porozumieniem. Mowa tutaj o planowanym zniesieniu obowiązku określania refundacji z lekarzy poprzez wprowadzenie e-recept. Niestety, pomimo obietnicy przygotowania do końca 2018 r. projektu ustawy mającego zdjąć z lekarzy ten przymus, nie doczekaliśmy się tego. Co więcej, w marcu 2019 r. przyjęto rozwiązania zaostrzające kary za błędnie przyznaną pacjentowi refundację. Jest to jawne złamanie zapisów porozumienia przez stronę rządową i najbardziej skrajny przykład poczucia bezkarności w kwestii jego realizacji.

Do niezrealizowanych punktów porozumienia należy również niewykonanie ewaluacji świadczeń refundowanych ze środków publicznych (tzw. koszyka świadczeń) i ich urealnienie – czas na to minął w styczniu 2019. Według relacji z ministerstwa prace nad tym punktem trwają. Czy można jednak wierzyć w te zapewnienia, skoro minął już ponad kwartał od chwili, gdy punkt ten miał wejść w życie? Podobnie sytuacja wygląda z przedstawieniem przez MZ Radzie Ministrów projektu zmiany ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentystry. Projekt został przygotowany przez zespół powołany przez ministra, któremu przewodniczył dr Jarosław Biliński i przedstawiony ministerstwu w styczniu. Zawierał on konkretne zmiany w ustawie, a nawet projekty rozporządzeń. Co z tego, skoro ministerstwo, mając czas do końca marca, by przedstawić go Radzie Ministrów, do tej pory jedynie mówi, że działa w tej sprawie?

Jak liczyć PKB, żeby budżet się dopiął?

Na samym końcu chciałbym omówić najbardziej istotny punkt porozumienia, tj. nakłady na ochronę zdrowia w Polsce. W zeszłym roku udało się wywalczyć, by na ochronę zdrowia przekazywano 6% PKB od 2024 r. Patrząc wyłącznie na wartości bezwzględne, środki na ochronę zdrowia rosną z roku na rok. Wydawało się jednak oczywistym, że zapis ten ma dotyczyć PKB na dany rok (prognozowanego), gdyż wszystkie wydatki planowane w budżecie względem odsetka PKB są właśnie w ten sposób liczone. Niestety ochrona zdrowia także w tym przypadku okazała się niechlubnym

wyjątkiem – postanowiono bowiem, że zdrowie jest mniej ważne od np. obronności i środki przekazywane na ochronę zdrowia są liczone zgodnie z PKB podanym rok wcześniej przez GUS. W skrócie oznacza to, że środki na 2019 r. są liczone na podstawie PKB z 2017 r. Tylko w tym roku jest to strata dla pacjentów i pracowników ochrony zdrowia na poziomie 7,5 mld złotych, a współczynnik PKB zamiast wynieść 4,86% kształtuje się na poziomie 4,51%. Jest to dobrze przemyślany manewr – taki sposób liczenia, mimo że niestosowany w innych przypadkach, jest w pełni zgodny z obowiązującym prawem. Stanowi to jednak niezbity dowód, że ochrona zdrowia nigdy nie była, i bez naszej interwencji nie będzie, dla żadnej partii rządzącej, priorytetem, skoro jako jedyna traktowana jest przez budżet państwa w ten sposób.

Co możemy z tym zrobić?

W powyższym tekście pominąłem kwestie związane z lokalnymi problemami – opóźnieniem wypłaty podwyżek, mydleniem oczu przez dyrekcje, że pieniędzy z ministerstwa nie otrzymali (choć opóźnienia w tym zakresie były i wielu lekarzy, wbrew prawu, swoje pieniądze zobaczyło na koncie z półrocznym lub nawet dłuższym opóźnieniem), więc podwyżek nie wypłacą, kreatywną księgowość w zakresie tzw. zabierania za zejścia i innych aspektów związanych z prawem pracy – na ten temat można by napisać osobny artykuł. Nawet bez tego widać jak na dłoni, że strona rządowa nie liczy się z podpisanymi zobowiązaniami i nadzieje na polubowne rozstrzygnięcie tego sporu przysły. Dlatego Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy, wraz z Porozumieniem Rezydentów OZZL, podjął decyzję o organizacji manifestacji wyrażającej nasz sprzeciw wobec takiego traktowania środowiska lekarskiego przez rządzących. Manifestacja odbędzie się 1 czerwca 2019 r. w Warszawie. Nasza izba podejmuje się, jak w przypadku manifestacji organizowanych w 2016 r., organizacji przejazdu autokarami dla osób chcących wziąć udział w tym wydarzeniu. Osobiście zajmę się zebraniem listy chętnych, którzy mogą zgłaszać się mailowo na adres: manifestacja106-poznan@gmail.com. Już teraz, w imieniu Porozumienia Rezydentów i Komisji ds. Młodych Lekarzy WIL, zapraszam Państwa do liczego uczestnictwa w tym wydarzeniu. Nie możemy dłużej pozwalać na to, by ochrona zdrowia była na ostatnim miejscu dla rządzących.

Manifestacja ma być jedynie wstępem do dalszych działań mających doprowadzić do renegotjacji warunków porozumienia jeszcze w tym roku. By to się udało, musimy być solidarni i działać wspólnie. Już teraz zachęcam, by w okresie wakacyjnym i jesienią spędzić więcej czasu z rodziną, nie pracować ponad siły. Zadbajmy o własne zdrowie, o naszych bliskich – pracujmy na jednym etacie, zgodnie z Kodeksem pracy. Zawalczmy w ten sposób wspólnie o lepsze jutro ochrony zdrowia w Polsce!

Lek. Jakub BAJER
Wiceprzewodniczący Porozumienia Rezydentów OZZL
Rezydent Radioterapii Onkologicznej WCO Poznań

KOLEJNI „PRYMARIUSZE OPOLSCY” PRYZNANI

Lek. dent. Jolanta JARKA ukończyła studia na Oddziale Stomatologicznym Wrocławskiej Akademii Medycznej w 1980 r. W 1988 r. uzyskała specjalizację I stopnia ze stomatologii ogólnej. W 1993 r. rozpoczęła pracę w Poradni Profilaktyki Ortodontycznej w Opolu, którą przekształciła w Poradnię Ortodontyczną. W 1997 r. uzyskała tytuł specjalisty ortodonta. Jednocześnie od ponad 26 lat rozwija praktykę prywatną. Od 15 lat jest to specjalistyczna praktyka ortodontyczna – 5-fotelowa placówka z własną pracownią techniczną i rentgenowską. Placówka ta od ponad 10 lat posiada uprawnienia do prowadzenia specjalizacji z zakresu ortodoncji oraz staży kierunkowych. Obecnie do egzaminu przygotowuje się już trzeci lekarz. Odbывают się tu również staże podyplomowe, kształcenie asystentek i higienistek stomatologicznych oraz egzaminy państwowe końcowe. W gabinecie organizowane są również wystawy dzieł opolskich artystów, a czasem też jego ściany zdobią zdjęcia z licznych podróży.

W 2001 r. w Opolu założone zostało jedno z pierwszych kół regionalnych Polskiego Towarzystwa Ortodontycznego, którego dr Jarka jest Przewodniczącą od chwili powstania. W 2004 r. odbył się w Opolu VIII Zjazd Ogólnopolski PTO zorganizowany samodzielnie przez to Koło, bez oparcia o uczelnię medyczną. Od tamtej pory, organizowane są w Opolu szkolenia, kursy, a także konferencje o zasięgu ogólnopolskim (m.in. IX już w tym roku konferencja styczniowa). Aktywność Opolskiego Koła została doceniona na jubileuszowym Zjeździe Polskiego Towarzystwa Ortodontycznego z okazji 20-lecia jego powstania, uhonorowaniem jego Przewodniczącej Srebrną Odznaką PTO.

Od wielu już lat dr Jarka dzieli się również swoim prawie 40-letnim doświadczeniem zawodowym jako wykładowca.

Jest członkiem szeregu międzynarodowych organizacji dentystycznych: American Association of Orthodontists (AAO), European Federation of Orthodontic Specialists Associations (EFOSA), European Orthodontic Society (EOS), World Federation of Orthodontists (WFO).

Od V kadencji sprawuje w Opolskiej Izbie Lekarskiej funkcję Zastępcy Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej. Przez 3 kadencje była też członkiem Komisji Stomatologicznej naszej Izby i Delegatem na Okręgowy Zjazd Lekarzy.

* * *

Lek. dent. Włodzimierz FIJAŁKOWSKI ukończył studia na Oddziale Stomatologicznym Akademii Medycznej we Wrocławiu w 1980 r. I stopień specjalizacji z zakresu stomatologii ogólnej uzyskał w 1987 r. Pracuje w swoim własnym gabinecie w Kluczborku.

Od 1986 r. jest członkiem Komisji Rewizyjnej w Oddziale Opolskim Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego, a od 1991 r. do chwili obecnej pełni funkcję Przewodniczącego tejże Komisji.

Od początku powstania Opolskiej Izby Lekarskiej do dziś działa w Komisji Stomatologicznej i Komisji Rewizyjnej naszej Izby. W dwóch ostatnich kadencjach pełni funkcję Wiceprzewodniczącego Komisji Rewizyjnej.



PLAN SZKOLEŃ PROWADZONYCH W RAMACH KOMISJI KSZTAŁCENIA OIL NA I i II PÓŁROCZE 2019



Termin	Kierownik naukowy	Temat	Miejsce szkolenia
cz. I 7–11.V.2019 r. wtorek-sobota cz. II 16–18.V.2019 r. czwartek- sobota	Prof. dr hab. n. med. Teresa Kokot	Zdrowie publiczne – dla lekarzy/lekarzy denty- stów specjalizujących się wg modułowych pro- gramów specjalizacji	Opolska Izba Le- karska w Opolu, ul. Grunwaldzka 23
1.VI.2019 r. godz. 9.00 sobota	Piotr Majchrzyk TRANS-MED	Stany nagłe w gabinecie lekarskim – dla leka- rzy/lekarzy stomatologów wszystkich specja- lności	Opolska Izba Le- karska w Opolu, ul. Grunwaldzka 23
5–6.VI.2019 r. środa-czwartek	Dr n. med. Andrzej Bunio	Geriatrya – dla lekarzy objętych programem modułu podstawowego z chorób wewnętrznych	Opolska Izba Le- karska w Opolu, ul. Grunwaldzka 23
13–14.VI.2019 r. czwartek-piątek	Dr n. med. Janusz Zaryczański	Alergologia – dla lekarzy objętych programem modułu podstawowego z chorób wewnętrznych	Opolska Izba Le- karska w Opolu, ul. Grunwaldzka 23
16–20.IX.2019 r. poniedziałek-piątek	Prof. dr hab. n. med. Krystyna Sosada	Ratownictwo medyczne – dla lekarzy/lekarzy dentystów specjalizujących się wg modułowych programów specjalizacji	Opolska Izba Le- karska w Opolu, ul. Grunwaldzka 23
cz. I 8–12.X.2019 r. wtorek- sobota cz. II 17–19.X.2019 r. czwartek- sobota	Prof. dr hab. n. med. Teresa Kokot	Zdrowie publiczne – dla lekarzy/lekarzy denty- stów specjalizujących się wg modułowych pro- gramów specjalizacji	Opolska Izba Le- karska w Opolu, ul. Grunwaldzka 23
6–8.XI.2019 r. środa-piątek	Prof. dr hab. n. med. Teresa Kokot	Prawo medyczne – dla lekarzy/lekarzy denty- stów specjalizujących się wg modułowych pro- gramów specjalizacji	Opolska Izba Le- karska w Opolu, ul. Grunwaldzka 23

Członkowie Opolskiej Izby Lekarskiej zgłaszają się drogą mailową na adres: opole.szkolenia@hipokrates.org.

Wniosek na szkolenie do pobrania na stronie internetowej naszej Izby – szkolenia podyplomowe

Terminy szkoleń, które są w trakcie ustalania pojawiają się najszybciej na stronie internetowej Izby.

Małgorzata ŁUSZCZYŃSKA-OSTROWSKA

OPOLANIE W CZOŁÓCE LEKARZY-TENISISTÓW W POLSCE

W dniach 14-17 marca 2019 r. pod egidą Polskiego Stowarzyszenia Tenisowego Lekarzy (PSTL) w Stalowej Woli odbyły się XXII Halowe Mistrzostwa Polski Lekarzy w Tenisie, w których uczestniczyło 76 lekarzy i lekarzy dentystów z całej Polski. Turniej odbył się na nawierzchni twardej typu hard w hali tenisowej Miejskiego Klubu Tenisowego przy ul. Wyszyńskiego 1. Medycy rywalizowali w singlu, deblu i mikście w różnych kategoriach wiekowych. Rozegrany został także turniej pocieszenia. Nad sprawnym przebiegiem turnieju czuwali sędziowie: Filip Stypa i Włodzimierz Pikulski. Sponsorem zawodów byli m.in.: Naczelna Izba Lekarska w Warszawie, Okręgowa Izba Lekarska w Rzeszowie, Getin Bank Placówka Franczyszowa – Nisko, Urząd Miasta Stalowa Wola, Powiat Stalowowolski, Urząd Marszałkowski Województwa Podkarpackiego, Maraton Sklep Sportowy, Konesso kawa, Kossta Poligrafia, M. H. Motors Sp.j., Audi Autorud Rzeszów oraz Pacific Polska.

W piątek odbyła się konferencja naukowa, na której prof. Jan Józefczuk wygłosił wykład pod tytułem „Grasica a choroby autoimmunologiczne”. Po wykładzie lekarze integrowali się podczas bankietu w hotelu Hutnik, na którym wszyscy wspólnie oglądali Huberta Hurkacza w meczu z Federerem oraz Łukasza Kubota w półfinale debła w turnieju w Indian Wells. Główną atrakcją turnieju była profesjonalna transmisja z kortu nr 1 przeprowadzona przez firmę Podkarpacie Live, dzięki czemu można było obejrzeć w serwisie YouTube na żywo wiele ciekawych meczy z udziałem lekarzy. Spotkania tenisowe były komentowane przez samych uczestników, m.in. przez Agatę Wojciuk, Marcina Pokrzywnickiego, Alfreda Micała i Wojciecha Pietrzaka. Transmisja obejmowała wywiady przeprowadzane z lekarzami po ich spotkaniach. Każdy z uczestników otrzymał pamiątkową koszulkę, a pierwsze 3 miejsca w każdej kategorii były nagradzane pięknymi pucha-

rami, medalami i dyplomami. Czas spędzony na turnieju umilał wszystkim pyszny catering.

Okręgową Izbę Lekarską w Opolu reprezentowali: **Roman Sadowski** (srebrny medal w singlu i brązowy w deblu w kategorii +55), **Krzysztof Partyka**, **Zbigniew Nanowski** (złoty medal w singlu i w deblu w kategorii +75).

Kolejny turniej PSTL odbędzie się od 17 do 19 maja 2019 r. we Wrocławiu na kortach otwartych z mączki ceglanej na terenie Olimpijski Club. Już teraz serdecznie zapraszamy wszystkich do udziału. Więcej informacji na stronie www.pstl.org.

Marcin POKRZYWNICKI
Sekretarz PST



CZY „HOŁD PRUSKI” BYŁ SUKCESEM POLITYCZNYM KRÓLA ZYGMUNTA I STAREGO?

Jednym z najważniejszych i zarazem najpiękniejszych wydarzeń politycznych w historii Polski był tzw. „Hołd Pruski” złożony przez Wielkiego Mistrza Krzyżackiego Albrechta Hohenzollerna przed majestatem króla Zygmunta I Starego w Krakowie w roku 1525. Nasuwa się pytanie, czy był to sukces polityki prowadzonej przez Zygmunta Starego?

Zacznijmy od początku. Otóż Albrecht Hohenzollern pochodził z dynastii brandenburskiej. Zupełnie niespodziewanie w wieku dwudziestu jeden lat został wybrany Wielkim Mistrzem Krzyżackim, mimo że nie był rycerzem zakonnym. Wszystkie konieczne śluby złożył w przededniu wyboru, a jego głównym atutem było pokrewieństwo z polskim królem. Albrecht był bowiem siostrzeńcem Zygmunta I Starego. Jego matka Zofia starsza siostra króla wyszła za mąż za margrabiego brandenburskiego. Elity krzyżackie liczyły, że Albrecht pokojowo ułoży relacje z Rzeczypospolitą. Tymczasem Hohenzollernowie to najmłodsza, a zarazem najbardziej bezwzględna dynastia w Europie, która rządziła twardą ręką w Brandenburgii. Również Albrecht opanowany manią wielkości od pierwszej chwili po wyborze parł do wojny, która na nowo rozgorzała na północnej granicy Polski. Tymczasem Zygmunt I Stary w stosunku do swojego siostrzeńca prowadził bardzo umiarkowaną politykę, zamiast odebrać Krzyżakom Prusy i wcielić je do Polski zgodził się na słynny „Hołd Pruski”.

„Hołd Pruski” zachwycił trzysta lat później naszego wielkiego malarza historycznego Jana Matejkę (obraz ten wisi w krakowskich Sukiennicach), autora m. in. „Bitwy pod Grunwaldem” (Muzeum Narodowe w Warszawie) i „Sobieski pod Wiedniem” (Muzeum Watykańskie). W tym miejscu ciekawostka. Otóż Jan Matejko jest pochowany w pięknym wielkim grobowcu znajdującym się na głównej alei Cmentarza Rakowickiego w Krakowie,



„Hołd Pruski” – Jan Matejko

a nie w nekropolii wybitnych Polaków w kościele OO. Paulinów „Na Skałce”, ponieważ był skonfliktowany z wielkim naszym pisarzem Józefem Ignacym Kraszewskim, który już tam spoczywał.

Na obrazie Jana Matejki pt. „Hołd Pruski” widzimy na wysokim podium ustawionym na rynku krakowskim w tle Sukiennic siedzącego na tronie króla Zygmunta I Starego i klęczącego przed nim w zbroi Albrechta Hohenzollerna ślubującego posłuszeństwo królowi (podobno na jego twarzy malował się cyniczny uśmiech). Wielką sensacją dla zebranych tłumów były szaty koronacyjne, w które ubrał się Zygmunt Stary. Zgodnie bowiem z wielowiekową tradycją polscy królowie przywdziewali ten najbardziej uroczysty strój tylko jeden raz w życiu, kiedy obejmowali władzę w państwie. Dla podkreślenia wagi tej uroczystości Zygmunt Stary zrobił wyjątek, ale wywołało to liczne komentarze zebranych ponieważ szaty te przypominały „sutannę” lub „szaty kapłańskie”.

Obok tronu królewskiego stoi pięcioletni królewicz Zygmunt August jedyny syn Zygmunta Starego (nazwany Augustem ponieważ urodził się w miesiącu sierpniu, a nie jak czasami się sądzi na cześć pierwszego cesarza rzymskiego Augusta). Za trzy lata zostanie on koronowany na króla polskiego (Polska będzie wówczas posiadała dwóch królów), zaś Zygmuntowi I zostanie nadany przydomek „Starego”. Była to zasługa żony Zygmunta Starego Bony Sforzy, kiedy poroniła w piątym miesiącu ciąży chłopca podczas polowania w Puszczy Niepołomiczkiej (zaatakował ją niedźwiedź specjalnie sprowadzony na to polowanie aż z Litwy). Bonie bardzo zależało bowiem na utrzymaniu dynastii Jagiellonów.

Sama Bona nie uczestniczyła w „Hołdzie Pruskim” lecz oglądała tę uroczystość z okien kamienicy na Rynku. Nie zgadzała się bowiem z polityką swojego męża. Uważała, że Zakon Krzyżacki należy bezwzględnie rozwiązać lub przenieść na Podole do walki hordami tatarskimi.

Tak więc Albrecht Hohenzollern de facto nie został w ogóle ukarany za swoje awanturnictwo, a nawet otrzymał dziedziczną władzę nad nowopowstałym świeckim państwem – Prusach Książęcych.

Ta spolegliwa polityka Zygmunta I Starego w stosunku do Zakonu Krzyżackiego spowodowała, że Polska znalazła się w kleszczach Prus Królewskich i Prus Książęcych, co dwieście lat później spowodowało, że Prusy wraz z innymi zaborcami Rosją i Austrią doprowadziły do rozbiorów Polski.

Dr hab. n. med. Janusz KUBICKI



CIĘCIA W LICZBIE ŁÓŻEK SZPITALNYCH: TO POTWIERDZENIE, ŻE MAMY ICH ZA DUŻO?

Po wejściu w życie nowego rozporządzenia Ministra Zdrowia określającego minimalne normy zatrudnienia pielęgniarek z wielu województw płyną informacje o setkach likwidowanych szpitalnych łóżek. W obecnym rozporządzeniu (z października 2018 r.) liczba pielęgniarek przypadających na łóżko jest sztywno określona, bez względu na jego obłożenie. Od 1 stycznia na jedno łóżko na oddziale zachowawczym musi przypadać 0,6 etatu pielęgniarki, na jedno łóżko na oddziale zabiegowym – 0,7.

Szpitala masowo wypisują z rejestrów łóżka, twierdząc, że nie są w stanie spełnić norm, gdyż na rynku pracy brakuje pielęgniarek. Jak się wydaje, nowe normy zapoczątkują kolejną dyskusję na temat optymalnych wskaźników liczby łóżek i ich wykorzystania.

MZ: bezpieczeństwo pacjentów niezagrażone

Jakie wskaźniki są tymi pożądanymi? Podczas niedawnej (17 stycznia) rozmowy wyemitowanej w opolskim Radiu Dixa FM Mieczysław Wojtaszek, dyrektor Wydziału Polityki Społecznej i Zdrowia Opolskiego Urzędu Wojewódzkiego, podał, iż z danych, które spłynęły do urzędu, wynika, że w regionie są takie placówki, gdzie obłożenie łóżek na oddziałach wynosi zdecydowanie poniżej 50%. – *A statystyka mówi o tym, że oddział jest rentowny wówczas, gdy jego obłożenie przewyższa 80%* – powiedział, przywołując wskaźnik, który mógłby stać się punktem odniesienia w dyskusji.

Fakt, że dochodzi do masowego zgłaszania likwidacji łóżek przez szpitale, nie wzbudza zaniepokojenia w Ministerstwie Zdrowia. 17 stycznia wiceminister zdrowia Józefa Szczurek-Żelazko powiedziała w Sejmie, że zmiany zgłaszane są do wykazu prowadzonego przez wojewodów. – *Ci na bieżąco monitorują sytuację, analizując ją pod kątem bezpieczeństwa mieszkańców i dostępności świadczeń* – wskazała.

– *Chciałabym z pełną odpowiedzialnością stwierdzić, że zmiany, które ujawnione zostały w rejestrach wojewodów, nie wpływają negatywnie na bezpieczeństwo* – oświadczyła. Wskazała, że analizy dotyczące obłożenia łóżek w szpitalach, tam, gdzie dyrektorzy zgłosili część z nich do likwidacji, pokazały w skali kraju, że wykorzystanie łóżek było na poziomie od 11% do 60-70%.

To tylko optymalizacja?

Likwidacja łóżek z powodu braku pielęgniarek dotyczy i tych szpitali, w których ich wykorzystanie jest

najwyższe, jak na przykład w Szpitalu Wojewódzkim w Opolu, gdzie nie ma oddziału, w którym średnioroczne obłożenie łóżek byłoby mniejsze niż 60%, w niektórych miesiącach sięga 100%. – *W celach optymalizacji można było rozważać likwidację najwyżej kilku łóżek, ale nie tylu, ile wymusiło rozporządzenie* – mówi nam prezes szpitala Renata Ruman-Dzido.

Uważa, że liczba łóżek, które do tej pory były w szpitalu, odpowiadała zapotrzebowaniu. Szpital nawet na najbardziej obleganym oddziale wewnętrznym, by dostosować się do norm, przy braku pielęgniarek musiał zlikwidować 14 łóżek z 65. – *Jeśli nawet były nieznaczne nadwyżki łóżek, to one nie kosztowały nas zbyt wiele, a poza tym potrzebowaliśmy ich ze względów epidemiologicznych* – mówi dyrektor.

Zapewnia, że wcześniejsze normy zatrudnienia pielęgniarek, oparte na rozporządzeniu Ministra Zdrowia z 2012 r., były w zarządzanym przez nią szpitalu rzetelnie wyliczone i adekwatne do potrzeb, konsultowane ze związkiem zawodowym pielęgniarek i położnych działającym w szpitalu.

Przekonuje nawet, że ministerstwo powinno rozważyć zmianę aktualnie obowiązującego rozporządzenia. – *Uwzględnienie w przelicznikach możliwości zatrudniania opiekunów medycznych, jak i ratowników medycznych przyniosłoby ograniczenie likwidacji łóżek* – mówi dyr. Ruman-Dzido, dodając, że należałoby też wskazać jednoznacznie szpitalom, jaki poziom obłożenia łóżek jest optymalny, taki, do którego powinny się dostosować.

Temat unikany

Wicemarszałek opolski, odpowiadający za zdrowie w regionie Roman Kolek, prezentuje pogląd, że analizując obłożenie łóżek, nie można jedną miarą oceniać szpitali pracujących w trybie ostrodyżurowym i tych, które koncentrują się na działalności planowej.

Przyznaje jednak: – *Rozporządzenie wywołało dyskusję i prowadzi do reorganizacji w szpitalach. Wszyscy unikają jak ognia tematu „za dużo łóżek”. Uważam, że oczywiście mamy możliwości redukcji wielu łóżek. Zrobimy to, ale w sposób skoordynowany w regionach, a nie w taki, że dyrektorzy będą indywidualnie ciąć zasoby i dopasowywać je do rozporządzenia, skoro nie mogą zdobyć pielęgniarek.*

► Z wypowiedzi wojewodów, jakie pojawiają się w przestrzeni medialnej, wynika, że nie aprobują poglądu, iż likwidację szpitalnych łóżek należy łączyć tylko z obowiązującymi od 1 stycznia 2019 r. nowymi normami zatrudnienia minimalnej liczby pielęgniarek i położnych przypadającej na jedno łóżko.

Na przykład wojewoda podkarpacki Ewa Leniart przekonuje, że zmniejszanie liczby szpitalnych łóżek to nie próba dostosowania oddziałów do nowych norm zatrudnienia personelu medycznego, ale przede wszystkim proces dostosowania wielkości oddziałów do rzeczywistych potrzeb – podaje portal nowiny24.pl. Z przedstawianych danych ma wynikać, że zmniejszenie liczby miejsc w szpitalach będzie bezpieczne dla chorych, bo jak pokazują dane, w 2017 r. wykorzystanie łóżek w podkarpackich szpitalach wyniosło ok. 66%.

Na Podkarpaciu od czterech lat trwa reorganizacja szpitali marszałkowskich, polegająca na przenoszeniu oddziałów w zależności od potrzeb, a także usuwaniu lub zwiększaniu liczby łóżek w szpitalach marszałkowskich. Jak mówi nam Stanisław Kruczek, członek Zarządu Województwa Podkarpackiego odpowiadający za zdrowie w regionie, finalnie w ciągu czterech lat w wyniku przeprowadzonej restrukturyzacji i konsolidacji ubyło w szpitalach wojewódzkich około 200 łóżek.

NFZ nie płaci za łóżka, ale za procedury

- *W przypadku szpitali, gdzie były tożsame oddziały z obłożeniem obu na poziomie 30-40%, to połączenie powodowało dostosowanie liczby łóżek do rzeczywistych potrzeb. Tam, gdzie wchodziły w grę projekty europejskie, też pojawiała się kwestia optymalizacji wynikająca z wymagań projektów i standardów – wyjaśnia. Jak zauważa, dla finansowania szpitala przez płatnika nie ma znaczenia, ile jest w nim łóżek, bo NFZ rozlicza procedury.*

- *Wiele dziedzin z racji postępu technologii medycznych nie wymaga długiego pobytu pacjenta w szpitalu i na tych oddziałach automatycznie następuje zmniejszenie liczby łóżek – mówi Stanisław Kruczek. I on jednak podkreśla, że są szpitale, w których z racji referencyjności czy posiadania oddziału ratunkowego z ostrożnością trzeba przyglądać się ograniczeniom liczby łóżek.*

Podobny pogląd podziela Krzysztof Konik, dyrektor Brzeskiego Centrum Medycznego w Brzegu. Twierdzi, że duża liczba łóżek nie świadczy już dzisiaj o możliwościach szpitala czy oddziału i jego prestiżu. Dla ekonomii szpitala istotne jest skrócenie hospita-

lizacji. Na długość pobytu pacjenta w szpitalu wpływa m.in. organizacja diagnostyki oraz przeprowadzania zabiegów.

- *Szybkie zdiagnozowanie pacjenta, zabiegi, tam, gdzie to możliwe, oparte na nowoczesnych technikach skracających czas hospitalizacji do jednego dnia, takie powinno być podejście do bazy łóżkowej – przekonuje.*

Uważa, że zarządzający szpitalami poprzez nowe normy zatrudnienia pielęgniarek dostali impuls do przeglądu szeroko rozumianych zasobów, przede wszystkim łóżkowych, ale także kadrowych i sprzętowych. W Brzeskim Centrum Medycznym daleko idąca ewaluacja funkcjonowania szpitala trwa już od czerwca ub.r. – *W rejestrze wojewody zmniejszyliśmy liczbę łóżek o 67, z 334 na 267 – mówi nam dyrektor.*

Dodaje: – *Przyjrzelśmy się historycznemu wykorzystaniu łóżek i zasobów kadrowych. Tak zreorganizowaliśmy liczbę łóżek, żeby ich wykorzystanie było w granicach 80-85%, przy jednoczesnym zabezpieczeniu populacji mieszkańców, którą opiekuje się szpital – podaje kryteria poprzednich cięć. Faktem jest natomiast, że nawet po zmianach w szpitalu w Brzegu pozostaje 26 wakatów pielęgniarskich.*

Kompetencje wojewody

Jak zgodnie wskazują nasi rozmówcy, optymalne wykorzystanie łóżek, kadr i sprzętu w regionach utrudnia brak koordynacji pomiędzy organami tworzącymi szpitale. Ministerstwo Zdrowia odwołuje się do kompetencji wojewodów, którzy w ramach nadzoru analizują proces likwidacji łóżek. Formalnie jednak w świetle obowiązujących przepisów prawnych wojewoda nie sprawuje nadzoru nad liczbą łóżek w lecznictwie szpitalnym.

- *Wojewoda na etapie zgłaszania zmian w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą nie może kwestionować zmniejszenia liczby łóżek w oddziałach szpitalnych podmiotów leczniczych. Dla podmiotów funkcjonujących jako samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej funkcję organu sprawującego nadzór pełni właściwa jednostka samorządu terytorialnego lub uczelnia medyczna i to właśnie te podmioty decydują m.in. o strukturze organizacyjnej szpitali – przekazała nam Alina Kucharzewska, rzecznik prasowy wojewody śląskiego.*

Piotr WRÓBEL

(przedruk „Rynku Zdrowia” nr 3-4/19)

WHO OSTRZEGA ŚWIAT – 10 NAJWIĘKSZYCH ZAGROŻEŃ DLA ZDROWIA LUDZKOŚCI

Światowa Organizacja Zdrowia – WHO ogłosiła listę 10 największych w 2019 r. zagrożeń zdrowotnych dla świata. Walka z nimi ma być celem nowego, 5-letniego planu strategicznego WHO i jej partnerów medycznych. Nie wszystkie z tych zagrożeń dotyczą bezpośrednio naszego społeczeństwa, ale znacząca część ma odzwierciedlenie w polskich statystykach medycznych.

1. Zanieczyszczenie powietrza i zmiany klimatyczne

Na pierwszym miejscu globalnych zagrożeń zdrowotnych WHO wymienia zanieczyszczenie powietrza i zmiany klimatu – 9 na 10 osób każdego dnia oddycha niezdrowym powietrzem. Mikroskopijne zanieczyszczenia mogą przeniknąć do układu oddechowego i układu krążenia, uszkadzając płuca, serce, mózg, praktycznie cały organizm. Skażenie powietrza każdego roku przyczynia się do przedwczesnej śmierci około 7 mln. osób na świecie. Według raportów Europejskiej Agencji Środowiska, zanieczyszczenie powietrza samym tylko pyłem drobnocząsteczkowym PM_{2,5} – jednym ze składników smogu – i tym, co ten pył zawiera, w 2014 r. spowodowało przedwczesny zgon ok. 428.000 mieszkańców 41 europejskich krajów, w tym 399.000 obywateli Unii Europejskiej. Wśród nich – ponad 46.000 Polaków.

Zanieczyszczenie powietrza (głównie ze spalania paliw kopalnych) jest również czynnikiem powodującym zmiany klimatyczne, które także wpływają na zdrowie ludzi. WHO szacuje, że w latach 2030–2050 zmiany klimatu spowodują 250.000 dodatkowych zgonów rocznie.

2. Choroby niezakaźne

Choroby niezakaźne, takie jak cukrzyca, rak czy choroby serca, odpowiadają za śmierć 41 mln. ludzi rocznie (ponad 70% wszystkich zgonów). W Polsce z powodu chorób układu krążenia umiera w ostatnich latach ok. 140.000 osób rocznie. Cukrzyca na świecie zabija każdego roku 5 mln. osób, w Polsce jej powikłania tylko w 2015 r. przyczyniły się do ponad 21.500 zgonów, lecz zdaniem specjalistów liczba ta jest znacznie zaniżona. Choruje na cukrzycę ponad 3 mln Polaków.

Główne czynniki ryzyka zachorowania (używanie tytoniu, brak aktywności fizycznej, nadużywanie alkoholu, niezdrowa dieta i – w przypadku chorób układu krążenia i niektórych nowotworów – wspomniane już zanieczyszczenie powietrza – przypomina WHO) dodatkowo pogłębiają problemy ze zdrowiem psychicznym, które także jest obecnie powszechnie zagrożone.

3. Globalna pandemia grypy

Zdaniem WHO, świat na pewno stanie w obliczu kolejnej pandemii grypy. Jedyne, czego nie wiemy, to kiedy i z jaką mocą zaatakuje. Dlatego WHO stale monitoruje obieg wirusów grypy, w celu wykrycia potencjalnych

szczepów pandemicznych. Zajmują się tym 153 instytucje w 114 krajach, także w Polsce. Co roku WHO zaleca też najlepszy skład sezonowej szczepionki przeciw grypie. Od lat trwają badania nad szczepionką o dłuższej skuteczności.

4. Złe warunki życia i bieda

Ponad 1,6 mld. ludzi (22% populacji globalnej) żyje w miejscach, w których przedłużające się kryzysy (kombinacja zdarzeń takich jak susza, głód, konflikty zbrojne i przesiedlenia ludności) i bieda oraz brak opieki zdrowotnej bezpośrednio zagrażają zdrowiu i życiu ludzi. Świat nie może pozostawać obojętny.

5. Antybiotykooporność

Pojawienie się antybiotyków, leków przeciwwirusowych i leków przeciwmalarycznych to jeden z największych sukcesów współczesnej medycyny. Niestety, grozi nam katastrofa. Dramatycznie rośnie zdolność drobnoustrojów do opierania się tym lekom. Zdaniem WHO, bez szybkich i radykalnych działań grozi nam powrót do czasów, kiedy nie byliśmy w stanie leczyć zapalenia płuc, gruźlicy, rzeżączki, salmonellozy itd. Już dziś oporność na leki przeciwgruźlicze, w tym na najskuteczniejszy lek pierwszego rzutu – ryfampicynę, powoduje, że około 10 mln. osób choruje, a 1,6 mln. co roku umiera na tę chorobę.

Brak kontroli nad infekcjami zagraża również skuteczności procedur chirurgicznych czy w leczeniu chemioterapeutycznym.

6. Ebola i inne groźne patogeny

Za najbardziej niebezpieczne, wymagające stałego monitoringu oraz intensyfikacji działań w celu zwiększenia możliwości zapobiegania i leczenia eksperci uznali:

- gorączkę krwotoczną krymsko-kongijską (CCHF),
- wirus Ebola i chorobę marburską,
- gorączkę Lassa,
- bliskowschodni zespół niewydolności oddechowej (MERS-CoV) i zespół ostrej niewydolności oddechowej SARS,
- choroby Nipah i hepatowirusowe,
- gorączkę Doliny Rift (RVF),
- wirus Zika,
- chorobę X, czyli wywołaną przez nieznaną jeszcze, groźny patogen.

7. Niedostateczna podstawowa opieka zdrowotna

Kolejnym globalnym zagrożeniem może być brak dostępu do podstawowej opieki zdrowotnej, która jest zazwyczaj pierwszym punktem kontaktu z systemem opieki medycznej. POZ powinna zapewniać kompleksową, przystępną cenowo opiekę środowiskową przez całe życie, ponieważ może zaspokoić większość potrzeb zdrowotnych

każdego człowieka. Warto pamiętać, że dziś świat nie ma granic. Zagrożenia zdrowotne, nawet w najbardziej odległym regionie, mogą mieć skutki dla reszty świata.

8. Brak zaufania do szczepień ochronnych

Na liście największych, globalnych zagrożeń zdrowotnych nie mogło zabraknąć i tego. Szczepienie jest jednym z najbardziej opłacalnych sposobów uniknięcia choroby – obecnie zapobiega 2-3 mln. zgonów rocznie. Redukcję liczby zgonów o kolejne 1,5 mln. można by osiągnąć, gdyby poprawił się globalny zasięg szczepień. Najprostszym przykładem – w ub. roku na całym świecie odnotowano 30% wzrost liczby zachorowań na odrę. Ogniska odry mamy też w Polsce. WHO podkreśla, że powody, dla których ludzie nie chcą się szczepić, są złożone, ale to nie oznacza zgody na taką sytuację.

Co optymistyczne, w tym roku WHO przyspieszy prace nad wyeliminowaniem raka szyjki macicy na całym świecie, poprzez zwiększenie zasięgu szczepionki przeciw HPV. Być może uda się także zatrzymać transmisję „dzikiego” wirusa polio w Afganistanie i Pakistanie. W ubiegłym roku, dzięki szczepieniom, odnotowano w obu krajach mniej niż 30 przypadków.

9. Gorączka denga

Denga, choroba przenoszona przez komary, która wywołuje objawy grypopodobne, ale w jednej piątej ciężkich przypadków jest śmiertelna, od dziesięcioleci stanowi rosnące zagrożenie. Duża liczba chorych występuje w krajach takich jak Bangladesz i Indie. W 2018 r. w Bangladeszu odnotowano największą liczbę zgonów od prawie dwudziestu lat. Denga rozprzestrzenia się też na kraje, w których dotąd nie chorowano, np. Nepal. WHO szacuje, że aż 40% mieszkańców świata jest zagrożonych gorączką denga, a rocznie występuje około 390 mln. infek-

cji. WHO chce już w przyszłym roku zmniejszyć liczbę śmiertelnych ofiar tej choroby aż o połowę.

10. Wirus HIV

Osiągnięto ogromny postęp w walce z wirusem HIV, jednak zagrożenie jest wciąż duże. Rocznie na HIV/AIDS umiera blisko milion osób, a od początku epidemii zmarło ok. 35 mln. Co najmniej 37 mln. ludzi na świecie żyje z HIV. W Afryce Subsaharyjskiej młode dziewczęta i kobiety (w wieku 15-24 lata) to 1 na 4 przypadki zakażenia HIV, mimo że stanowią one tylko 10% populacji.

W Polsce od wdrożenia badań w 1985 r. do końca października 2018 r. zakażenie HIV stwierdzono oficjalnie u 23.656 osób. W ostatnich 33 latach AIDS, czyli chorobę wywołaną przez HIV, wykryto w Polsce u 3.657 osób, 1.408 zmarło.

W 2016 r. zarejestrowano w naszym kraju 1.270 nowych przypadków zakażenia HIV i 113 zachorowań na AIDS. W roku 2017 liczby te wyniosły odpowiednio 1.526 i 120. To przypadki potwierdzone badaniem. Rozszerza się też grupa, w której dochodzi do zakażeń. Najwięcej przypadków dotyczy osób w wieku 25-35 lat, lecz HIV wykrywa się coraz częściej także u Polaków po 50., a nawet 60. roku życia.

* * *

Na początku lutego „Dziennik Gazeta Prawna” poinformował, powołując się na wstępne dane GUS, iż w 2018 r. zmarło 414 tys. mieszkańców naszego kraju, czyli o ok. 3% więcej niż w roku 2017. Tym samym padł smutny rekord – od zakończenia II wojny światowej liczba zgonów w Polsce nigdy nie była tak duża.

Opracowanie: JGH

Źródło: www.who.int/emergencies/ten-threats-to-global-health-in-2019

(przedruk z „Galicyskiej Gazety Lekarskiej” nr 1/19)

KOMUNIKACJA TO NIE TYLKO ROZMOWA

Z dr hab. n. med. Wojciechem FELESZKĄ, pediatrą i immunologiem prowadzącym zajęcia ze studentami z komunikacji medycznej, rozmawia Anetta CHĘCIŃSKA

Dlaczego jest tak ważna w medycynie?

Tym, którzy kończyli medycynę, zajęcia z komunikacji kojarzą się z miłymi spotkaniami o zabarwieniu humanistyczno-psychologicznym, ale kompletnie nieprzydatnymi w życiu i pracy. Tymczasem uczymy się komunikacji nie tylko po to, aby być miłszym dla pacjenta. Główny powód jest inny i ma podłoże ekonomiczne. Brak umiejętności porozumiewania się kosztuje, dowodem wyniki badań. W USA, gdzie pozwyc przeciwko lekarzom są na porządku dziennym i każdy, kto wykonuje profesję medyczną, musi się liczyć z pozwaniem, od 20–25 lat bada się przyczyny konfliktu lekarza z pacjentem, biorąc pod uwagę wiek lekarza, miejsce kształcenia, specjalizację i wiele innych

czynników. Wykazano, że ponad 90% pozwów dotyczy tylko 10% lekarzy.

Kto znalazł się w tej konfliktowej grupie?

Najbardziej narażeni na pozwyc są lekarze o specjalizacjach zabiegowych, bardziej mężczyźni niż kobiety. Wendy Levinson, kanadyjska badaczka i lekarka zajmująca się komunikacją medyczną i analizą popełnianych przez lekarzy błędów, wskazywała, że najczęściej pacjenci pozywają lekarzy nie za błędy medyczne, tylko za arogancję, paternalizm, nieuprzejmość. Opowiadałam na zajęciach o tych badaniach studentom, bo dzięki nim zdadzą sobie sprawę, kto powinien najbardziej pracować nad relacją z pacjentem, gdyż w przeciwnym wypadku będzie bardziej narażony na spory. Nie chodzi o osąd, ale o możliwość przygotowania się, przez naukę, ćwiczenia, do trudnych sytuacji.

Dlaczego, mimo tak dobrego poznania problemu, komunikacja pozostawia wciąż wiele do życzenia?

Na anglosaskich uniwersytetach już wiele lat temu wprowadzono zajęcia z komunikacji. Studenci uczą się zachowania w sytuacjach trudnych i są z tego przedmiotu egzaminowani. Jeżeli chcą rozpocząć rezydenturę, sprawdza się najpierw ich kompetencje komunikacyjne. Ja zainteresowałem się tym zagadnieniem, kiedy jeden z moich studentów, który ukończył medycynę na wydziale angielskojęzycznym w Warszawie, pojechał na rozmowę w sprawie pracy do Wielkiej Brytanii. Elementem rekrutacji był egzamin z umiejętności komunikacyjnych, którego nie zdał. Sprawdzian polegał na rozwiązaniu trudnych problemów w scenie z udziałem aktora. Okazało się, że zagadnień, które były przedmiotem egzaminu, nie omawiano na warszawskiej uczelni. Tymczasem były to modelowe sytuacje opisywane w podręcznikach, ich rozwiązania można się nauczyć. Na szczęście obecnie i u nas studenci kierunków lekarskich mają już zajęcia z komunikacji. Na Warszawskim Uniwersytecie Medycznym – na II, III, V i VI roku. Uważam, że umiejętności w tym zakresie powinny być obowiązkowo sprawdzane podczas naboru na specjalizację.

Współredagował pan książkę poświęconą zagadnieniom komunikacji w medycynie i jest współautorem testów kompetencji komunikacyjnych.

„Komunikacja medyczna dla studentów i lekarzy” pod redakcją Marii Nowiny-Konopki, Łukasza Małeckiego i moją ma wielu autorów. Pomysł tej pracy zrodził się z obserwacji błędów, jakie popełniamy w kontaktach z pacjentami, z autorefleksji. Zawarte w niej testy to krótkie scenariusze w założeniu trudne, konfliktogenne albo rodzące napięcie. Mają w sobie załączek problemu medycznego i komunikacyjnego. Zostały zaczerpnięte z codziennej praktyki, mojej i kolegów w przychodni, w szpitalu. Niektóre znalazłem opisane w innych książkach. Dam pierwszy z brzegu przykład: podczas ciężkiego dyżuru pacjent umiera na oddziale, przychodzi rodzina, lekarz jest zmęczony po dyżurze, chce już wyjść do domu, nie ma ochoty na rozmowę. Pytamy: jak się zachować, jak rozmawiać, jak być w zgodzie z prawem. W części testowej naszej publikacji znajdują się rozwiązania przykładowych sytuacji z wyjaśnieniem, dlaczego właśnie te. Poza tym książka jest bardzo praktyczna, każdy rozdział zawiera opisy scenek i dialogi.

Co jest kluczem dobrej komunikacji?

Jedno niedoceniane słowo: empatia. Niestety, studia medyczne, potem praca lekarza z empatii stopniowo odzierają, ale warto tę zdolność podtrzymywać. Dam przykład: mówimy nieraz „pacjent roszczeniowy”, ale uważam, że nie ma roszczeniowych pacjentów, każdy ma jakiś problem, który chce rozwiązać. Każda sytuacja, każda rozmowa jest inna, ale kluczem jest okazanie współczucia i chęci pomocy w rozwiązaniu problemu. To początek, reszta zależy od osobistych kompetencji.

Niedobór personelu medycznego, biurokracja, kolejki w poczekalni, to znane czynniki, które nie sprzyjają budowaniu porozumienia.

Zgadzam się. Trudno o empatię o trzeciej nad ranem na dyżurze, po kilkunastu godzinach pracy. Jednak można się nauczyć nieokazywania zniechęcenia, szczególnie jeśli się wie, jak to jest w naszej pracy ważne. W Polsce na przestrzeni ostatnich 25 lat jakość usług w bardzo wielu obszarach znacząco się poprawiła. Widzimy to w sklepie, restauracji, u rzemieślnika, w warsztacie. Moim zdaniem ten stary duch paternalizmu i pewnej nieprzychylności istnieje niestety jeszcze w ochronie zdrowia. Pacjenci nie powinni doświadczać upokorzenia, toczyć walki. W końcu pacjent przychodzi do nas często w emocjach związanych ze stanem zdrowia, z troską o bliskich, lękiem o siebie.

Pracuje pan z małymi pacjentami, rozmawia z ich rodzicami. Czy te kontakty bywają trudne?

Nam, pediatrom, jest chyba trochę łatwiej, gdyż małe dziecko naturalnie budzi sympatię. Oczywiście komunikacja z rodzicami nie zawsze jest prosta. Każdy rodzic chce jak najlepiej dla dziecka, troszczy się o nie, towarzyszą temu emocje, które niekiedy prowadzą do konfliktu.

Jakie rozmowy są najtrudniejsze?

Zawsze dotyczące spraw ostatecznych, terminalnych. To cały obszar komunikowania tzw. niepomysłnych wiadomości.

Komunikacja to nie tylko rozmowa, także mowa ciała, uśmiech.

W Niemczech, Wielkiej Brytanii, w krajach skandynawskich lekarz przychodzi do pacjenta i wita się z nim, podając rękę. U nas to wciąż budzi opór. A przecież jeżeli podam rękę i powiem: „Nazywam się Wojciech Feleszko, jestem immunologiem, będę sprawował opiekę nad pani dzieckiem”, spojrzę w oczy, uśmiechnę się do rozmówcy, to otwiera się „autostrada komunikacyjna” między mną a rodzicem pacjenta. Z okresu studiów przypominam sobie obchody na jednym z oddziałów, podczas których nikt z uczestników nie mówił dzień dobry, wchodząc do sal, a lekarze tylko szeptali między sobą, ignorując pacjentów. Wiemy, bo to wynika z prowadzonych badań, że pozytywny stosunek lekarza do pacjenta ma dobry wpływ na efekty leczenia, zapobiega też wypaleniu zawodowemu.

Czy ekspansja nowych technik w medycynie, chociażby teleopieki, e-porad, zmieni znaczenie relacji lekarza z pacjentem, będzie ją ograniczać?

Nie mam złudzeń, będziemy sukcesywnie zastępowani przez roboty. Mogę sobie wyobrazić, że pacjent dostanie tabletkę, za jego pomocą odpowie na pytania, włoży rękę do maszyny, która pobierze krew, zmierzy ciśnienie, wykona inne potrzebne badania i zaproponuje rozpoznanie. Być może nadzorujący lekarz, z odległości dziesiątków lub setek kilometrów, potwierdzi rozpoznanie, a następnie dyżurny robot wydrukuje pacjentowi receptę. Przyszłość? Nie, to już się dzieje. Poszczególne moduły wykonujące te zadania już są i to robią. Wystarczy je teraz spiąć w jeden większy komputer. Przewagę daje nam jeszcze empatia. Dlatego warto ją pielęgnować.

(przedruk z „Pulsu” nr 2/19)

PIELĘGNIARKA NAM PORADZI

Włodarze z Miodowej doprawdy miód leją na moje serce, kiedy słyszę jak kolejne zawody medyczne rwą się do wyręczenia lekarzy, utrudzonych bieganiem z posady na posadę i zamykaniem interesu lekarza rodzinnego po szóstej wieczorem. Po farmaceutach i fizjoterapeutach, którzy gromko domagali się uprawnień udzielania porad pacjentom, do koszyka świadczeń gwarantowanych za chwilę ma trafić porada pielęgniarska, a NFZ zapłaci za nią świadczeniodawcom. Ile? Oby wycena tych porad nie uwłaczała ludzkiej godności.

Takiej porady będzie mogła udzielać pielęgniarka z wykształceniem wyższym magisterskim lub licencjatem na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo i mająca specjalizację lub pielęgniarka, która kształciła się w innym trybie, ale posiada specjalizację. Co więcej, bez konieczności rozmowy z lekarzem, może wystawić pacjentowi receptę i zwolnienie z pracy w przypadku stabilnego przebiegu schorzenia. Po co pielęgniarka, badająca wzrok w uczniów w szkole, ma kierować ich do lekarza rodzinnego po skierowanie do okulisty?

Szkopuł w tym, że pielęgniarki po liceach medycznych i po studiach wykonują często tę samą pracę. Tylko złośliwcy zaprzeczają tej oczywistej prawdzie. A różnica w wynagrodzeniu jest spora. Wyższych szkół pielęgniarstwa strzeże jak oka w głowie uważne lobby wykładowców z tych uczelni. Tysiące z nich może tam liczyć na godziwe dorabianie. Dlaczego więc pielęgniarki nie powinny robić tylko specjalizacji i podlegać europejskim procedurom ustawicznego kształcenia zawodowego. Mam wrażenie, że specjalizacja wzbogaca o większy zasób praktycznych umiejętności, niż licencjat i dwa lata studiów magisterskich.

Jestem chyba ostatnim lekarzem w moim uroczym kraju, który wątpiłby, czy pielęgniarki w ogóle sobie z tym nowym wyzwaniem poradzą. Nie tak dawno przekonywałem Czytelników „PM”, że lekarz i pielęgniarka to duet skazany na sukces. One po prostu wiele czynności przypisanych lekarzom wykonują bez najmniejszego grymasu czy sprzeciwu w dzień i w nocy, co najmniej od wielu dekad. Co więcej, lekarze to milcząco aprobują. Bo im wierzą. A dyrekcje szpitali cieszą się, bo mają święty spokój.

Dojrzałe partnerstwo zawodowe lekarza i pielęgniarki to nic nowego ani odkrywczego w świecie zachodniej medycyny. W Nowej Zelandii położne przepisują leki z zakresu swego obszaru praktyki już od dwudziestu lat. Irlandia i Wielka Brytania udostępniły pielęgniarkom pełen receptariusz do dyspozycji. W Holandii mogą kształcić się również w dziedzinach zabiegowych, aby nabyć możliwości prowadzenia rutynowych zabiegów operacyjnych. W Szkocji i Walii, średni personel medyczny może osiągnąć kompetencje równe lekarzowi przed specjalizacją, czyli tzw. *junior doctor*. Pielęgniarki, technicy elektromedycyny czy fizjoterapeuci, po przejściu specjalnego trzyletniego kształcenia akademickiego i praktycznego, mogą uzyskać tytuł *Advanced Clinical Practitioner (ACP)*. Wtedy mogą wykonywać m.in. endoskopię, wszczepiać rejestratory arytmii serca, kwalifi-

kować pacjentów do zabiegów operacyjnych, robić gastroskopię, ale także mogą samodzielnie prowadzić pacjentów w SOR. Przyjmują pacjentów, kierują na badania, diagnozują. I to nikomu nie przeszkadza, a niejednemu już pomogło.

Wciąż targa mną jednak wątpliwość czy polska służba zdrowia jest gotowa na tak dojrzałe partnerstwo zawodów medycznych zamiast nieustannego okopywania się w swoich, pożałuj, bastionach i wzajemnych pretensjach, z których wynikają wyłącznie same uprzedzenia i frustracje.

Ale zejdźmy z obłoków! Dyrektorzy szpitali powiatowych są teraz wściekli, bo zniemacka ocknęli się z koszmarnego snu, który ich nawiedził w związku ze zmianą norm zatrudnienia pielęgniarek na oddziałach szpitalnych. Tym bardziej, że na nowe zadania decydenci „zapomnieli” wyasygnować dodatkowe środki finansowe. Zdaniem dyrektorów, nowe rozporządzenie ministra zdrowia w tej sprawie, które obowiązuje od 1 stycznia, skutkuje tym, że będą musieli zatrudnić więcej tego personelu. Z ich wyliczeń wynika, że w związku ze zmianą norm zatrudnienia pielęgniarek w szpitalach trzeba będzie zlikwidować 4,5 tysiąca łóżek szpitalnych w stu szpitalach albo zatrudnić 3,5 tysiąca pielęgniarek.

Czy porada pielęgniarska potrząśnie rynkiem usług medycznych? Według Bożeny Janickiej, prezes PPOZ, samo usankcjonowanie porady pielęgniarskiej wiosną jeszcze nie czyni. Aby ten pomysł się udał, potrzebne jest sfinansowanie porady, wprowadzenie jej do koszyka świadczeń gwarantowanych, a przede wszystkim napływ młodych kadr do zawodu.

Kwota, jaką powinno się przeznaczyć na jednostkową poradę pielęgniarską z pewnością nie może budzić odrazy ani zniesmaczenia, jak choćby realizacja programu profilaktyki gruźlicy, wyceniona na pięć złotych. Oczywiście taka wizyta u pielęgniarki nie będzie tylko mechanicznym skopiowaniem recepty, jak to sobie niektórzy wyobrażają. Uprawniona pielęgniarka będzie musiała zapoznać się z historią choroby pacjenta, zleconym leczeniem, przeprowadzić wywiad i badanie fizykalne, sprawdzić refundację danego leku, która zmienia się co 2 miesiące, poinformować pacjenta, w jakiej sytuacji powinien skontaktować się z lekarzem. Za błędnie wpisaną refundację finansowo odpowie osoba wystawiająca receptę, czyli pielęgniarka. O odpowiedzialności za zdrowie i życie pacjenta wspominać chyba już nie trzeba.

W Polsce mamy jeszcze blisko ćwierć miliona czynnych pielęgniarek, ale uprawnienia do wystawiania recepty ma tylko trzy tysiące z nich. A więc w porównaniu niespełna półtora procent. Czy warto więc narażać znikomy odsetek pielęgniarek na podejmowanie ryzyka i wypisywanie recepty na tzw. kolanie, bądź w rejestracji, tylko dlatego, że pacjentowi, czyli wyborcy się spieszy.

Marek STANKIEWICZ

(przedruk z „Medicusa” nr 4/19)

CO MOŻEMY ZROBIĆ BY ZACHOWAĆ PAMIĘĆ O OSIĄGNIĘCIACH POLSKIEJ MEDYCyny?

Mało kto pamięta, że w tym roku mija 100 rocznica śmierci najwybitniejszego polskiego lekarza i naukowca eksperymentalnego Napoleona Nikodema Cybulskiego (1854-1919), twórcy polskiej szkoły fizjologicznej oraz współtwórcy światowej endokrynologii. W 1884 r. opisał on objawy po dożylnym podaniu wyciągów z rdzenia nadnerczy (nazwanych nadnerczyńą). Tak narodziła się endokrynologia. Oczywiście nazwiska Cybulskiego, Biernackiego, Goldflama czy Brudzińskiego są powszechnie znane. Ale kto wie, że Wincenty Fukała wprowadził pierwszą operację refrakcyjną w historii okuliśtyki (operacja Fukały) oraz że Tadeusz Krwawicz wprowadził kriooperację zaćmy, która zdominowała okuliśtykę na kolejnych 20 lat. Takich wielkich, choć mało znanych postaci jest wiele.

Polskie Towarzystwo Historii i Filozofii Medycyny powstało w 2016 r. jako stowarzyszenie, którego celem jest propagowanie wiedzy i wspieranie prowadzenia badań naukowych z zakresu historii medycyny. Organem naukowym Towarzystwa jest czasopismo „Archiwum Historii i Filozofii Medycyny”, założone w 1924 roku. Jest to najdłużej funkcjonujące czasopismo naukowe z zakresu historii nauki w Polsce oraz posiadające najwyższą ocenę naukową Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego.

Towarzystwo powstało z inicjatywy lekarzy skupionych w 2016 r. wokół Ośrodka Historycznego przy Naczelnej Izbie Lekarskiej i od początku postawiło sobie za



Napoleon Nikodem Cybulski

cel integrowanie lekarzy wszystkich okręgowych izb lekarskich zainteresowanych historią medycyny. Mamy świadomość istnienia przy niektórych okręgowych izbach lekarskich Komisji Historycznych oraz wielu bardzo wartościowych lokalnych aktywności, którymi warto byłoby się podzielić. Towarzystwo ma stać się platformą do wymiany takich doświadczeń i pokazania wspólnych działań o charakterze ogólnopolskim lub międzynarodowym. Chcielibyśmy zadbać o pamięć zapomnianych, a zasłużonych lekarzy polskich poprzez propagowanie ich osiągnięć na łamach prasy lekarskiej oraz poza lekarskiej, opracowywać i wydawać nieznaną dorobek lekarzy (taki jak np. wspomnienia) oraz inicjować oraz wspierać nadawanie nazw nowych ulic nazwiskami zasłużonych lekarzy. Ww. propozycje to tylko przykłady aktywności, które możemy i chcielibyśmy podejmować.

Jednym z celów Towarzystwa jest współpraca wielu osób, dlatego zachęcamy wszystkich lekarzy do przystąpienia do naszego Towarzystwa i włączenia się w jego działalność. Składka roczna wynosi 100 zł, a w jej ramach członek otrzymuje bezpłatny egzemplarz „Archiwum Historii i Filozofii Medycyny”. Wszystkie informacje na temat Towarzystwa oraz deklaracja członkowska znajdują się na stronie www.ahifm.kylos.pl.

*Prof. Andrzej GRZYBOWSKI
Prezes Polskiego Towarzystwa Historii i Filozofii Medycyny*

SUPLEMENT DIETY – LEKARSKI PUNKT WIDZENIA

Dziękujemy Kierownikowi Katedry i Zakładu Farmakologii Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego, profesorowi Ivanowi Kocićowi za udzielenie wywiadu.

Roman Budziński: Panie Profesorze, jak zdefiniować suplementy diety?

Prof. Ivan Kocić: Według przepisów prawa suplementy diety to produkty żywnościowe, które według ich producentów mają uzupełniać dietę człowieka w niezbędne witaminy, minerały czy inne substancje. Niezwykle ważne jest ich odróżnienie od produktów leczniczych. Suplementy diety nie są lekami. Nie podlegają surowym normom

wprowadzania ich na rynek, produkcji, jakości i dystrybucji. Suplementy diety może produkować praktycznie każdy, kto spełnia normy sanitarne dotyczące produkcji żywności, takie same jak np. przy produkcji żółtego sera czy produktów garmażeryjnych.

Co to oznacza z punktu widzenia bezpieczeństwa ich stosowania?

Suplementy diety nie podlegają procedurom dobrej praktyki stosowanym przy produkcji leków, nie ma też kontroli ich składu, zakresu działania, działań ubocznych, wskazań do ich stosowania. Efektem tego są liczne możliwe nieprawidłowości. Raport pokontrolny Najwyższej

Izby Kontroli z 2017 r. dotyczący suplementów wskazał na przykład na liczne niezgodności między etykietą suplementu opisującą jego skład, a rzeczywistą zawartością. Nie ma obecnie mechanizmów umożliwiających skuteczną kontrolę jakości i bezpieczeństwa suplementów diety. Konieczność wprowadzenia takich mechanizmów była zresztą wnioskiem wskazanym w raporcie NIK.

Problemem jest jednak fakt, że większość ludzi nie odróżnia suplementów diety od leków dostępnych bez recepty (OTC, over-the-counter). Wykazało to na przykład badanie CBOS z 2016 r. dotyczące suplementów i leków OTC łącznie.

Tak, to prawda. Paradoksalnie producenci suplementów diety robią wszystko, aby zacierać różnice pomiędzy suplementami a lekami. Opakowania naśladujące leki, forma przypominająca leki (kapsułki, tabletki), sposób ich reklamowania, a nawet nazwy suplementów wykorzystujące tzw. umbrella branding - to przykłady celowych działań tworzących mylne przekonanie, że suplementy to produkty lecznicze. Oczywiście w tle takich tendencji mamy olbrzymie pieniądze. Rynek suplementów diety to obecnie 4,35 mld złotych.

Biorąc pod uwagę 8,4 mld złotych zapisanego w 2018 roku w planie finansowym NFZ na refundację leków i produktów na receptę - to rzeczywiście bardzo dużo.

Można jeszcze dopowiedzieć, że na suplementy diety statystyczny Polak wydaje z własnej kieszeni około 1/4 swoich wydatków na leczenie. Często suplement jest traktowany jako (cytując reklamę) „inwestycja w zdrowie”, stosowany zamiast zdrowego trybu życia: odpowiedniej diety czy regularnej aktywności fizycznej. Niezależnie od tego, że suplementy diety nie dają żadnej gwarancji uzupełniania tego, co mają uzupełniać, trzeba powiedzieć, że u większości ludzi uzupełnianie naturalnej diety jest niepotrzebne. Jeżeli zdarzają się niepokojące objawy, jedyną bezpieczną metodą jest wizyta u lekarza, ewentualne wykonanie badań i zastosowanie leków o wiarygodnym składzie i sprawdzonym działaniu, ale nie suplementów diety. Żaden lekarz nie powinien przy leczeniu niedoborów, na przykład witaminy D₃ czy magnezu, zalecać pacjentowi suplementów. Niezbędną jakość i bezpieczeństwo zapewniają tylko leki. Widzę tu wielką rolę edukacyjną lekarzy, którzy swoim pacjentom powinni w jasny sposób wyjaśniać te różnice. Potrzebne są również regulacje prawne, aby każdy pacjent potrafił bez trudu odróżnić jedno od drugiego, zarówno oglądając reklamę, jak i kupując dany produkt w sklepie czy aptece.

Wprowadzenie suplementu diety na rynek wymaga spełnienia warunków określonych przez Sanepid przy produkcji żywności i wpisania go do rejestru Głównej Inspekcji Sanitarnej. Oprócz wielu preparatów opisa-

nych jako witaminy, czy minerały, znaleźć tam można wiele innych preparatów.

Wiele suplementów diety reklamowanych jest jako produkty, które „pomagają w leczeniu”. Możemy bez trudu kupić produkt dietetyczny na uczulenie, depresję, impotencję, stres czy ułatwiający zasypianie. Ta sugestia, że suplementy leczą jest niebezpieczna, tym bardziej że zarówno w raporcie NIK dotyczącym suplementów w Polsce, jak i w badaniach prowadzonych w innych krajach udowodniono, że suplementy takie zawierają niekiedy substancje nieuwzględnione na etykiecie, a nawet zabronione. Opisano na przykład suplementy diety które miały wspomagać odchudzanie w których wykryto pochodne amfetaminy, czy zawierające sildenafil (Viagra®) produkty na impotencję.

Chciałbym na chwilę wrócić do leków OTC, dostępnych bez recepty. Podlegają one kontroli produkcji, mamy gwarancję ich składu, znamy ich działanie, przeciwwskazania, skutki uboczne. A zatem, czy są one bezpieczne?

Rzeczywiście leki OTC podlegają regulacjom i kontroli wynikającej z prawa farmaceutycznego. Prawdopodobnie stosowane są bezpieczne. Ryzyko przyjmowania tych leków wynika jednak z innych przyczyn, przede wszystkim z niewłaściwego dawkowania, nieprzestrzegania przeciwwskazań i interakcji z innymi lekami. Nawet popularne leki mogą wywołać śmiertelnie niebezpieczne skutki uboczne. Na przykład Paracetamol już w dawce 4 g/dobę, szczególnie w połączeniu z alkoholem, może wywołać ciężkie uszkodzenie wątroby. Często stosowane leki OTC na tzw. „przeziębienie” zawierają substancje, które u osób z nadciśnieniem tętniczym wywołać mogą gwałtowny wzrost ciśnienia. Wiele dostępnych bez recepty niesteroidowych leków przeciwzapalnych i przeciwbólowych wchodzi łatwo w interakcje z innymi lekami, czy wywołuje poważne skutki uboczne. Dlatego moim zdaniem bezpieczne stosowanie leków OTC wymaga konsultacji z lekarzem, a jak wynika z badania CBOS, o którym pan wspominał, tylko około 1/4 ludzi przestrzega tej zasady. Ulotki dołączone do leków OTC zawsze czyta też niewiele ponad 2/3 pacjentów.

Czego więc powinniśmy uczyć swoich pacjentów?

Po pierwsze - rozróżniania leków i suplementów diety. Po drugie - odpowiedzialnego stosowania leków dostępnych bez recepty: stosowania informacji zawartych w ulotkach, a najlepiej konsultacji ze swoim lekarzem przed ich użyciem. Na pewno należy też mówić o ryzyku stosowania suplementów, o tym, że nie podlegają one dostatecznej kontroli jakości i składu.

Dr n. med. Roman BUDZIŃSKI

(przedruk z „Pomorskiego Magazynu Lekarskiego” nr 10/18)

UWAŻNIE ZRÓB STOP - FIZYCZNE I MENTALNE ZATRZYMANIE

Uważność i medycyna... To praktyczny poradnik, w którym opowiadam, jak dbać o siebie, gdy stres jest częścią życia. Odwołuję się do sytuacji trudnych, związanych z napięciem, pośpiechem i wykonywaniem wielu zadań na raz. Przedstawiam techniki radzenia sobie ze stresem wywodzące się z programu MBSR (Mindfulness Based Stress Reduction).

Gdy króluje chaos

Kilka spraw jednocześnie czeka na właściwy wybór lub rozwiązanie? W świecie medycznym to codzienność. Tworzenie szczegółowej dokumentacji, przyjmowanie pacjentów, jednoczesne planowanie zabiegów, praca o dużej odpowiedzialności i małej przewidywalności. Lekarze muszą szybko rozwiązać wiele problemów, najczęściej pod presją czasu. Celem jest szybkie działanie, ulga wywołana wykonaniem zadania i zajęcie się kolejnymi. Jednak brak refleksji i rutynowy pośpiech mogą stać się przyczyną poważnych problemów. Często okazuje się, że nie warto było podejmować decyzji w stanie dezorientacji lub wzburzenia. Jak temu zapobiec?

Uważnie zrób STOP:

S-tań. Zatrzymaj się – fizycznie i mentalnie. Pobądź przez chwilę bez działania, za to przytomnie i obecnie. Zyskasz czas.

T-eraz oddychaj. Tak, po prostu przekieruj uwagę na oddech. Pocznij doznania fizyczne związane z oddechem. Jest głęboki czy płytki? Nierówny, rytmiczny, głośny czy cichy? Dłużej trwa wdech czy wydech? Przekierowanie uwagi na oddech uspokaja system nerwowy i neutralizuje pobudzenie. Będąc przy oddechu, twój umysł jest w teraźniejszości, nie wikła się w przyszłość czy przeszłość.

O-bserwuj z życzliwą ciekawością ten moment swojego życia. Jakie myśli ci towarzyszą? Krytyczne, oceniające, obwiniające? Jakie emocje odczuwasz? Złość, bezradność, niepokój? Czy powodują one napięcie ciała? W jakich miejscach? Klatka piersiowa, głowa, brzuch, kark? W jakiej formie? Skurcz, ucisk, ból? Czy to, co teraz obserwujesz, pomaga czy utrudnia podjęcie właściwego działania?

P-ójdź dalej z tego miejsca samoświadomości. Wiedza o tym, co myślisz i czujesz oraz jak na to reaguje twoje ciało, da odpowiedź, na czym ci zależy, co jest priorytetem, jakie są intencje twoich działań. Jakie potrzeby i w jaki sposób chcesz je zaspokoić. Pojawi się zrozumienie, spokój i wolność wyboru.

Uważna pauza daje czas na reakcję. Zamiast działać impulsywnie, przyglądasz się swoim odczuciom i odpowiadasz świadomie na sytuację. Minuta uważności może ochronić cię przed mechanicznym zrobieniem cze-

goś, z czego nie będziesz zadowolony i co mogłoby mieć przykre konsekwencje.

Ćwiczenia oddechowe, ruchowe i trening mentalny zmieniają nasze nawyki i poprawiają kondycję psychofizyczną

Program redukcji stresu – Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR) został opracowany w 1979 r. w Klinice Redukcji Stresu na Uniwersytecie Medycznym w Massachusetts w USA przez neurobiologa prof. Jona Kabat Zinna.

Początkowo uzupełniał leczenie pacjentów onkologicznych, weteranów wojennych z PTSD czy osób skarżących się na chroniczny ból. Dzisiaj, w ustandaryzowanej formie 8-tygodniowego kursu, stosowany jest w kilkuset ośrodkach medycznych na świecie. Jest również wykorzystywany w biznesie, sporcie, edukacji i psychoterapii. Kolejne badania naukowe potwierdzają skuteczność tego programu, którego głównym celem jest profilaktyka i poprawa zdrowia.

Nie dolewaj oliwy do ognia

Niech pobudzenie opadnie dzięki temu, że przytomnie się zatrzymasz tu i teraz. Stojąc lub siedząc, zauważ, co odczuwasz w tej chwili. Jak to odczuwasz? Świadomie pocznij swoje stopy. Ich kontakt z podłożem. W pełni skieruj na nie swoją uwagę. Bardziej odczuwasz palce czy pięty? Zewnętrzną czy wewnętrzną krawędź stóp? Masz wrażenie ciężaru czy lekkości w stopach? Stabilności czy chwiejności? Zimna czy ciepła? Rozluźnienia czy napięcia? Może jedną ze stóp odczuwasz wyraźniej? Czy są ustawione symetrycznie? Nie oceniaj tych wrażeń, po prostu pobądź przez chwilę z nimi.

Wyłącz myślenie

Przekierowanie uwagi na stopy pozwala naturalnie odsunąć ją od natrętnych czy trudnych myśli. Zamiast w krytycznych ocenach czy wyolbrzymionych interpretacjach sytuacji, jesteś w doświadczaniu bieżącej chwili. Nie zastanawiasz się, kto winien, co musisz, komu trzeba, z kim należy, czym obowiązkiem jest. Nie męczysz się uporczywym rozpamiętywaniem czy drobiazgowym planowaniem. W ten prosty sposób uwalniasz swój układ nerwowy i umysł od automatycznych „powinności”. Takie krótkie zatrzymanie wystarczy, by zwolnić mechanizm mobilizacji organizmu od walki lub ucieczki. Wchodząc w tryb bycia tu i teraz, przełączasz się na wewnętrzny spokój i głębszy kontakt ze sobą. Aktywujesz układ przywspółczulny i nerw błędny, odpowiedzialne za poczucie bezpieczeństwa.

Tu i teraz

By przerwać natłok myśli i przełączyć uwagę na doświadczanie bieżącej chwili, możesz też świadomie sku-

▶ piąć się na swoich zmysłach. Zrobisz to, odpowiadając na krótkie pytania:

- Jakich pięć przedmiotów widzisz?
- Jakie cztery obiekty mogą dotknąć i jak je odczuwam?
- Jakie trzy dźwięki słyszysz?
- Jakie dwa zapachy czujesz?
- Jaki smak teraz mam w ustach?

Jeśli twój umysł rozprasza się, delikatnie skieruj go na doznania obecne teraz, dzięki uwrażliwieniu uwagi na zmysły. Kiedy naprawdę zatrzymasz się i zatrzymasz na chwilę pędzące myśli, dopiero wtedy pojawi się przestrzeń na świadomy oddech.

W kolejnym artykule opowiem o właściwościach kojąco-rytmicznego oddechu. Bezcennego regulatora emocji i sposobu przywracania spokoju.

Średnia reakcja na bodziec to 50 milisekund - połowa czasu potrzebnego na mrugnięcie powieką. Dzięki praktyce zatrzymania i pamiętania o oddechu możesz wyćwiczyć czas dziesięciokrotnie dłuższy - 500 milisekund, czyli więcej niż jedno mrugnięcie okiem. Wydłużając reakcję do 0,5 sekundy, przestajesz reagować automatycznie, a zaczynasz dokonywać świadomego wyboru swojego zachowania, tworząc alternatywne reakcje.

Przestajesz myśleć tunelowo, poszerzasz pole postrzegania. Pozwalasz mózgowi nie działać impulsywnie z poziomu limbicznego, a umożliwiasz dotarcie informacji do kory nowej. Z tego miejsca, które jest wyposażone w kreatywność i odpowiada za procesy przyczynowo-skutkowe, możesz lepiej poradzić sobie z sytuacją. Zyskujesz dostęp do zdroworozsądkowego centrum dowodzenia.

Dorota WOJTCZAK

(przedruk z „Primum” nr 2 i 3/19)

OPIEKA DUCHOWA W POLSKIEJ MEDYCYNIE

Choroba, zwłaszcza przewlekła i nieuleczalna, a także świadomość nadchodzącej śmierci, to jedne z najtrudniejszych doświadczeń w życiu człowieka. Pacjent przeżywa swoje cierpienie nie tylko w wymiarze biologicznym, psychicznym i społecznym, lecz także w wymiarze duchowym, który wiąże się z głębokimi rozterkami egzystencjalnymi, takimi jak pytania o sens życia...

Medycyna przez tysiąclecia była ściśle związana z religią i filozofią. Wyrosła z duchowości, gdyż pierwszymi medykami byli kapłani w Egipcie, Mezopotamii, a pierwsze szpitale zakładane były przez zakonników.

Postęp technologiczny i odkrycia naukowe ostatnich stuleci bez wątpienia przyniosły możliwości leczenia wielu chorób i wydłużania życia. Razem z nimi zaczął dominować model biomedyczny w opiece nad pacjentami, a duchowość pomijana czy wręcz kwestionowana, pozostawiona psychologii, teologii czy socjologii. Doszło do dehumanizacji medycyny. W centrum zainteresowania lekarza znalazł się chory narząd, tkanka, komórka, za-

Dorota WOJTCZAK jest certyfikowanym przez Institute for Mindfulness-Based Approaches trenerem programu redukcji stresu przez uważność (MBSR – Mindfulness Based Stress Reduction), obecnie w trakcie certyfikacji MBCT (Terapii Poznawczej Opartej na Uważności przy Wydziale Psychiatrii Uniwersytetu w Oksfordzie), psychologiem biznesu, ekspertem w zakresie rozwoju kompetencji osobistych i społecznych w służbie zdrowia i edukacji, członkiem Polskiego Towarzystwa Terapeutycznego, autorką bloga My Way uważność i empatia; pisze artykuły do Mindfulness Business&Life. Jest terapeutą, coachem i mediatorem w Domu Uważności – bydgoskim ośrodku psychoterapii i rozwoju osobistego. Prowadziła w szpitalach cykle warsztatów na temat empatycznej i uważnej komunikacji między personelem medycznym a pacjentem i jego rodziną (m.in.: Szpital Wojewódzki w Koszalinie, Szpital Wojewódzki w Staszowie, Szpital Kliniczny w Poznaniu, Centrum Medyczne Żelazna w Warszawie). Zrealizowała kilkanaście 8-tygodniowych otwartych kursów redukcji stresu MBSR, w których udział brali także lekarze i psychoterapeuci. Te grupy zawodowe kurs traktowały zarówno jako wsparcie dla siebie, jak i innowacyjną metodę do pracy z pacjentem.

miast służba choremu człowiekowi. Był to długotrwały proces, któremu towarzyszyły zmiany społeczne, pojawienie się nowych nurtów w filozofii, powstanie nowych koncepcji antropologicznych, postępująca sekularyzacja społeczeństwa, laicki model państwa i jego instytucji. W czasach komunizmu w Polsce i innych krajach kapłani byli z trudem tolerowani w państwowych szpitalach, mających realizować światopogląd marksistowski.

Pewna zmiana nastąpiła wraz z pojawieniem się opieki paliatywnej i jej wejściem do kanonu nauk medycznych jako osobnej specjalności. Powrócono w niej do holistycznego spojrzenia na pacjenta, uwzględniając opiekę duchową jako istotną składową leczenia. Sformułowania na temat potrzeb duchowych chorego pojawiły się w oficjalnych dokumentach m.in. Światowej Organizacji Zdrowia. W następnych latach zaczęto mówić o modelu bio-psycho-społeczno-duchowym, medycynie zorientowanej na pacjenta czy opiece pełnej współczucia. Obecnie opieka duchowa jest wpisana w oficjalne stan-

dardy postępowania w okresie końca życia. Coraz częściej organizatorzy opieki zdrowotnej oraz towarzystwa naukowe zalecają, aby pracownicy medyczni zapewniaли pacjentom wsparcie na tej płaszczyźnie, nie tylko w okresie umierania. Ma się to odbywać głównie poprzez pełną współczucia obecność, wrażliwe słuchanie, a także umożliwienie korzystania z tego, co jest dla pacjenta umacniające: modlitwy, sakramentów czy rytuałów religijnych.

Czym zatem różni się opieka duchowa od wsparcia psychologicznego? Nie koncentruje się na emocjach, przeżyciach czy relacjach, ale odnosi się do sfery transcendencji, czyli rzeczywistości nadprzyrodzonej. Istotne jest wyjaśnienie, że wsparcie duchowe jest kierowane do wszystkich chorych i ich bliskich, także tych, którzy nie identyfikują się z żadną religią. Życie wewnętrzne nie jest zarezerwowane tylko dla wierzących w Boga lub życie pozagrobowe. W Krakowie w 2015 r. powołano Polskie Towarzystwo Opieki Duchowej w Medycynie (PTODM). W zebraniu założycielskim wzięli udział lekarze, pielęgniarki, położne, psycholodzy, pedagodzy i etycy z całego kraju oraz duchowni kościołów: katolickiego, prawosławnego i ewangelickiego, a także przewodniczący gminy żydowskiej. Celem działania towarzystwa jest systematyczne podejście do zagadnienia duchowości w medycynie, zarówno na płaszczyźnie badań naukowych, jak i podnoszenie jakości opieki duchowej poprzez kształcenie w tym zakresie i promowanie wiedzy w szerszych kręgach społecznych.

Warto zastanowić się, czy coś takiego jest rzeczywiście potrzebne. Czy duchowość da się badać? Czy są dowody na to, że pacjenci potrzebują duchowości? Od kilku dziesięcioleci prowadzono badania na dużych grupach chorych, które wskazują, że pacjenci zgłaszają potrzeby duchowe i uważają, że wpływają one na proces leczenia. Co więcej, ankietowani chorzy potwierdzają, że chcieliby te kwestie omawiać ze sprawującym opiekę personelem medycznym. Tam, gdzie udzielono im wsparcia duchowego, wyżej ocenili swoją satysfakcję z leczenia. Warto zauważyć, że przekonania religijne często są powiązane z wyznawanymi wartościami. Przekładają się zatem na decyzje i wybory odnoszące się do okresu końca życia, niekiedy związane ze stosowaniem drogiej aparatury medycznej.

W renomowanych czasopismach naukowych można znaleźć znaczną liczbę badań na temat wpływu religijności na zdrowie. Wykazano, że ludzie dbający o swoje życie duchowe cieszą się większym wsparciem społecznym (uczestnictwo we wspólnocie religijnej), podejmują większą aktywność fizyczną, stosują zdrowszą dietę, rzadziej ulegają uzależnieniom oraz ryzykownym zachowaniom seksualnym. Liczne metaanalizy udowodniły jednoznacznie, że religijność jest związana z dłuższym życiem w ogóle. Równocześnie zidentyfikowano niekorzystne zjawisko nazywane *spiritual distress* (słowo to nie doczekało się jeszcze dobrego tłumaczenia –

z pewnymi zastrzeżeniami można by mówić tu o cierpieniu duchowym lub udręczeniu egzystencjalnym), które jest związane z gorszym przebiegiem leczenia lub całkowitą rezygnacją chorego ze współpracy z lekarzem. Sfera duchowa jest w sposób naturalny kojarzona z okresem śmierci i umierania. W tym czasie wielu pacjentom zależy na pojednaniu się z Bogiem. Duchowość stanowi również nieocenioną pomoc w radzeniu sobie z trudnościami związanymi z chorobami przewlekłymi. Wreszcie, istnieje zagadnienie wpływu duchowości na samego lekarza, które wiąże się m.in. z ochroną przed wypaleniem zawodowym.

Opiekę duchową w podstawowym zakresie może zaferować każdy. Lekarz jest dobrym kandydatem do udzielania wsparcia duchowego choremu, w przeszłości często było to uznawane za jego oczywisty, domyślny obowiązek. Spotykający się z nim pacjent nie musi martwić się o bagaż doświadczeń, który utrudnia komunikację z rodziną czy przyjaciółmi. Może powiedzieć, co myśli – wprost i bez konsekwencji. Nie oczekuje od personelu medycznego gotowych odpowiedzi na fundamentalne pytania, ale raczej obecności i spokojnego wysłuchania, troski o budowanie atmosfery zaufania i dostrzeganie tego, co dzieje się w jego wnętrzu. Nawiązanie głębszej relacji z chorym niewątpliwie wpływa na efektywność leczenia.

Można powiedzieć, że takiego okazywania troski, współczucia i aktywnego słuchania lekarze muszą się na nowo nauczyć. Nie jesteśmy przyzwyczajeni być wychudzonymi na to, czego pacjent się boi, czego pragnie... Tym bardziej nie mamy kompetencji związanych z odmiennymi kulturowymi i umiejętnościami współpracy z kapłanem. Nie każdy lekarz myśli o tym, że człowiek wierzący ma poczucie odpowiedzialności za swoje czyny przed Bogiem, może pragnąć przystąpić do spowiedzi w sytuacji, gdy jego życie jest zagrożone. Warto zatem rozważyć włączenie oceny potrzeb duchowych do wywiadu lekarskiego, być może w postaci jednego czy dwóch otwartych pytań o tę sferę.

W Stanach Zjednoczonych wprowadzono zagadnienie duchowości do programu studiów na większości uczelni medycznych (w USA są 132 uczelnie medyczne; w 1993 r. prowadzono takie kursy na trzech uczelniach, a w 2004 r. już prawie na 100). Na kilku uniwersyteckich wydziałach medycyny istnieją nawet specjalne ośrodki badawcze ukierunkowane wyłącznie na tę tematykę. Zajęcia na temat duchowości w medycynie składają się z wykładów oraz towarzyszenia na oddziałach kapłanowi lub innej osobie odpowiedzialnej za wsparcie duchowe chorych. Na niektórych uczelniach dodatkowo wdrożony został projekt, w ramach którego studenci w grupach dzielą się swoimi doświadczeniami trudnych rozmów z chorymi. Powstają w ten sposób grupy wsparcia, w których studenci mogą wypowiadać swoje emocje, pragnienia i lęki związane z opieką nad chorymi. Podczas zajęć przyglądają się duchowości pacjentów, ale także swojej

► własnej. Każdy uczestnik może odpowiedzieć sobie na pytania: dlaczego chcę być lekarzem, co jest dla mnie ważne, czy potrafię być z chorym tu i teraz, czy jest on dla mnie kimś niepowtarzalnym? Chodzi więc o to, by nie tylko nabywać pewne praktyczne umiejętności, ale również dojrzywać jako człowiek, pogłębiając własną wrażliwość.

Lekarz, który stara się doprowadzić do porządku organizm psychofizyczny, zapominając o duszy, traktuje chorego jak zepsutą ludzką maszynę. Z pewnością w Polsce nie brakuje wrażliwych osób pamiętających o potrzebach duchowych swoich pacjentów. Jednak należy zastanowić się, czy nie warto wdrożyć zajęć na temat znaczenia i wpływu duchowości na chorego na polskich uczelniach medycznych. Z pewnością konieczne są dalsze badania: jak wygląda opieka duchowa w polskich szpitalach, jak

wyrażają się potrzeby duchowe Polaków, czy polscy pacjenci oczekują wsparcia duchowego od pracowników medycznych, czy lekarze są świadomi, jak ważną rolę mogą odegrać w tej kwestii w życiu chorego? Bezkrytyczne przenoszenie wzorców z krajów zachodnich, znacząco różnych kulturowo i religijnie, byłoby zapewne niewłaściwe. Czas wypracować nasz, rodzimy model opieki duchowej.

*Lek. Maciej KLIMASIŃSKI
Szpital Miejski im. F. Raszei, Poznań
Dr n. med. Halina BOGUSZ
Katedra i Zakład Historii i Filozofii
Nauk Medycznych UM Poznań*

(przedruk z Biuletynu WIL nr 4/18)

PIĘKNI, MŁODZI, ZDROWI I...

Z uśmiechem na twarzy życzymy sobie tego z okazji kolejnych rocznic. W urzeczywistnieniu tych życzeń pomagają nam najnowocześniejsze terapie, zmiana stylu życia, technologie i wiele innych czynników. Średnia długość życia to obecnie dla kobiet 82, a dla mężczyzn 73 lata. 20% społeczeństwa to osoby powyżej 60. roku życia. W ciągu kolejnych dwudziestu lat liczba polskich stulatków wzrośnie pięciokrotnie! Niebezpieczne dla zdrowia i życia w tej grupie wiekowej są upadki. Ulega nim 25-40% osób w wieku 65 i więcej lat. Wśród osób po 80. roku życia upadkowi ulega przynajmniej raz w roku co drugi senior. Na to wszystko nakładają się dane dotyczące wzrastającego odsetka osób samotnych. Aktualne dane dla Polski to 28% gospodarstw i niestety z różnych przyczyn ten wskaźnik będzie rósł. Długie życie nie zawsze łączy się ze zdrowiem w każdym jego aspekcie fizycznym, psychicznym czy sensorycznym. Wszystko to wpływa na zdolność do samodzielnego funkcjonowania w miejscu zamieszkania. Jak w takim świetle zadbać o naszą zmieniającą się umiejętność zachowania samodzielności we własnym domu?

Nasze mieszkania czy domy stają się naszymi sprzymierzeńcami w tym procesie... lub wręcz przeciwnie. Jak zaprojektować mieszkanie lub pojedyncze pomieszczenie, by wesprzeć ten proces? Celowo nie mówię o projektowaniu dla seniorów, bo tak naprawdę mimo wieku „w sercu ciągle maj”. Nie chcemy być stygmatyzowani w żadnym obszarze, w kwestii wieku przede wszystkim (my kobiety wiemy coś na ten temat). Chciałam raczej podzielić się refleksją na temat bezpiecznego i funkcjonalnego domu dostosowanego do potrzeb oraz projektowania spersonalizowanego – uwzględniającego również następstwa przemian demograficznych. Rządy w większości krajów szukają optymalnych rozwiązań do zorganizowania systemu opieki. Kierunki tych poszukiwań aktualnie w wielu krajach prowadzą do odwrotu od budowania domów opieki na rzecz wsparcia w przeprowadzaniu adaptacji mieszkań, w których beneficjenci tych projektów w naturalnym środowi-

sku mogliby samodzielnie funkcjonować. W Polsce ten proces jest na początku drogi, na razie poprzez organizacje społeczne szukamy metodologii, jak taki system adaptacji zorganizować.

Kuchenne rewolucje...

Choć rzecz nie o gotowaniu... Ileż spotkań rodzinnych, mniej lub bardziej oficjalnych, rozpoczyna się lub kończy w kuchni? To serce każdego domu – od niej chciałabym zacząć. Wszyscy pamiętamy o powierzchni manewrowej dla osób na wózkach, o minimalnej szerokości korytarzy (120 cm). Ale kuchnia to przede wszystkim odpowiednio zaprojektowany ciąg roboczy z właściwej wielkością lodówką, zmywarką, zamontowanymi tak, by osoba na wózku miała do nich swobodny dostęp. Nie wspominając o właściwie zaprojektowanych szufladach, ułatwiających dostęp do tego, co w kuchni niezbędne. Rewolucyjnym rozwiązaniem są w kuchni – od niedawna dostępne również w Polsce – teleskopowe systemy do podnoszenia lub obniżania np. blatu roboczego czy blatu ze zlewem (specjalny system montażu przyłącza wod-kan), wszystko w zakresie kilku przycisków pilota. Tę technologię możemy również zaobserwować w stołach. Jednak tym, co zrobiło na mnie największe wrażenie, gdyż mogłam osobiście sprawdzić, jak ten system działa – były górne szafki, do których do tej pory osoba na wózku praktycznie nie miała dostępu, również z elektrycznie sterowanym systemem obniżającym je lub - w razie potrzeby - podnoszącym. Tym, co trzeba przedyskutować z konstruktorem, są możliwości techniczne montażu takich szafek - moduł ma adekwatną wagę i trzeba wziąć pod uwagę ewentualne wzmocnienie ściany przed zastosowaniem takiego rozwiązania.

Przyjemna kąpiel...

Miejscem, do którego przywiązujemy dużą wagę, jest łazienka. Co jakiś czas ci z nas, którzy zmieniają samochody, analizują wiele parametrów, które są dla nich ważne. Jednym

z nich jest, obecnie już w standardzie, ruchoma kolumna kierownicy. Czy wiedzą Państwo, że podobne rozwiązanie techniczne mamy do dyspozycji w umywalkach? Możemy je zastosować zarówno w mieszkaniach prywatnych, w których jest duża dysproporcja wzrostu użytkowników, jak i w szpitalach, gdzie jest jednocześnie wielu użytkowników czy też w domach opieki, gdzie następuje naturalna rotacja mieszkańców. Uzupełnieniem tego systemu jest horyzontalna konstrukcja umożliwiająca przesuwanie krzeselka pod prysznicem – ma to znaczenie w sytuacjach, gdy mamy niewiele miejsca do dyspozycji lub gdy potrzebne są np. dwie osoby, żeby pomóc przemieścić się z wózka na siedzisko. Z kronikarskiego obowiązku muszę przypomnieć o właściwej antypoślizgowości płytek na podłodze, bo zdarzyło mi się ostatnio zrezygnować ze współpracy, gdy inwestor sam podjął decyzję i zamontował absolutnie niespełniające kryteriów płytki. ...Cóż, każdy ma prawo zrobić sobie krzywdę – ale na własną odpowiedzialność...

Ciekawym rozwiązaniem dla pacjentów z demencją (w 2030 r. w Europie ma to dotyczyć ok. 14 mln osób) są umywalki w kontrastującym kolorze – kontrasty poprawiają orientację także u pacjentów z niedowidzeniem. Do tego cała gama produktów uzupełniających – dozownik mydła, uchwyty, poręcze – w tym samym kolorze. Natomiast ruchome lustra pozwalają dostosować ich położenie do osoby - zarówno stojącej, jak i na wózku. Ponadto, w razie gdy pacjent z demencją już nie będzie siebie rozpoznawał, można zasłonić je materiałem. Całą tę ofertę uzupełniają np. kolorowe klamki do drzwi lub okien.

Kolejnym wątkiem, który dla projektanta wnętrz ma znaczenie, jest wzrastająca liczba osób otyłych – mamy do dyspozycji produkty z dopuszczalnym obciążeniem do 300 kg. Na drugim krańcu tej historii są łazienki w ośrodkach opieki psychiatrycznej. Tu z kolei przemysł oferuje specjalny system wyposażenia dla obiektów o podwyższonym ryzyku wystąpienia próby samobójczej – np. wieszaki, które spadają ze ściany przy ciężarze większym niż 25 kg, drążki czy magnesy do zasłonek również funkcjonujące do ciężaru 25 kg. Drążek na słuchawkę prysznicową jest zamontowany pod kątem 45 stopni, co utrudnia mocowanie potencjalnie niebezpiecznych dla życia i zdrowia przedmiotów, np. liny.

Po pierwsze bezpieczeństwo

Nie bez przyczyny wspomniałam na początku o liczbie upadków, dlatego, że dla osoby samotnej będzie miało znaczenie, czy może się bezpiecznie poruszać po całym domu. Do dyspozycji mamy wiele poręczy o różnych kolorach. Możemy konsekwentnie stosować ten sam kolor, który mają np. akcesoria w łazience, by zachować pewną spójność, ale i kontynuować poprawianie orientacji we własnym mieszkaniu. Zwracamy też uwagę na dobór właściwych, stabilnych krzeseł i stołów, gdyż najczęściej oparcie się o jedną krawędź krzesła powoduje upadek razem z nim (gdy jest lekkie) i wszelkie następstwa z tego wynikające.

Jeśli mowa o salonie, to koniecznie kanapy z zagłówkami. Myślę, że każdy z nas ich potrzebuje – bez względu na wiek.

Jesteśmy w dobrej sytuacji, gdyż mamy w regionie producenta takich kanap, narożników i foteli relaksacyjnych.

Last but not least

Sypialnia to chyba najbardziej intymnie miejsce w domu. Nie bez przyczyny my, projektanci, mówimy o niej przestrzeń prywatna. Przywiązujemy dużą wagę do tego, by rzeczywiście to było „nasze wnętrze”. O tym, że światło wszędzie możemy mieć na kłaśnięcie czy pilota, to wiemy. Możemy wybierać też rodzaj światła – dzienne o poranku, a przy końcu dnia inne. Meble adekwatne do potrzeb również. Centralnym elementem tego miejsca jest niezmiennie łóżko. Ma zaspokoić nasze poczucie estetyki, ale także potrzeby związane z funkcjonalnością. Nie musimy rezygnować z wzornictwa, atrakcyjnej kolorystyki czy kształtu, pamiętajmy, że możemy zamówić model z elektrycznie regulowanym stelażem – proszę mi zaufać – w niczym nie przypominają szpitalnych łóżek.

To, co dla każdego z nas ważne, to także zastosowanie odpowiednich okładzin na ściany. O ile w budynkach użyteczności publicznej mamy do dyspozycji specjalne warstwy pokrywające ściany – zabezpieczające przed pobrudzeniem lub łatwe w czyszczeniu, o tyle w budynkach prywatnych, ze względu na walory estetyczne i koszty, nie byłby to naturalny wybór. Na szczęście nie musimy rezygnować ani z funkcjonalności, ani z ulubionego koloru. Od zeszłego roku mamy do dyspozycji w Polsce farbę z technologią *scuff resistant*, która jest odporna na pobrudzenie przez rolki, koła wózków, itp., itd. Stosując tego typu produkt oszczędzamy czas, pieniądze (koszt kolejnej ekipy malarzy w domu i to szybciej niż planowaliśmy), ale przede wszystkim otrzymujemy codzienną czystość ścian.

Jesień życia przychodzi do nas bez względu, czy tego chcemy czy nie – w jaki sposób ten proces będzie przebiegał, w pewnych aspektach zależy od nas. Jednakowoż nie na wszystko będziemy mieć realny wpływ. Na to, w jaki sposób zorganizujemy opiekę nad swoimi bliskimi, gdy taki moment nadejdzie – akurat tak. Kiedyś badania pokazywały, że zdolność do opieki nad seniorami w rodzinie zależy od liczby kobiet, teraz już jest inaczej. Możemy zadbać, by ten czas był bezpieczny, harmonijny, estetyczny i... dobrze zaprojektowany.

Beata IGNASIAK

Jestem projektantką i stylistką wnętrz z psychologicznym zacięciem. Preferuję projektowanie wnętrz prywatnych, choć nie stronię od wnętrz użyteczności publicznej. Moje prace publikowano w topowych magazynach wnętrzarskich w Polsce. Zrealizowałam sesję fotograficzną dla amerykańskiego producenta luksusowych farb. Od kilku edycji jestem jurorką ogólnopolskiego konkursu Dobry Design. Doświadczenie z pracy w branży farmaceutycznej dało mi szerszą perspektywę w postrzeganiu potrzeb klienta i jego jakości życia. Spowodowało także zaangażowanie się w kampanię społeczną promującą profilaktykę raka piersi w regionie. Prywatnie jestem mamą 13-letniej młodej damy Agaty.

(przedruk z „Primum” nr 11/18)

KOD W KWADRACIE ZAMIAST KRESKOWEGO

Na mocy unijnej dyrektywy „fałszywkowej” powstał europejski system baz danych, za pośrednictwem którego apteki, hurtownie, szpitale oraz inne podmioty dostarczające leki pacjentom mają weryfikować autentyczność produktów medycznych przed ich wydaniem. Skala fałszowania, już w wymiarze światowym, jest coraz bardziej niepokojąca i niebezpieczna. Zagraża zdrowiu, a nawet życiu pacjentów.

Dyrektywa Parlamentu Europejskiego 2011/62/UE ustanawia obowiązek umieszczania na opakowaniach leków podwójnych zabezpieczeń chroniących przed sfalszowaniem. Dotyczy on większości leków dostępnych na receptę oraz niektórych leków dostępnych bez recepty.

Kraje członkowskie Unii Europejskiej zobowiązane zostały do utworzenia wyspecjalizowanych agend tego systemu. W Polsce jest to Krajowa Organizacja Weryfikacji Autentyczności Leków. Jej cel określony został następująco: stworzenie i wdrożenie informatycznego systemu weryfikacji autentyczności produktów leczniczych. Implementuje ona wspólnotowy kodeks dotyczący produktów leczniczych stosowanych u ludzi. Ma zapobiegać wszelkim próbom wprowadzania sfalszowanych produktów leczniczych do oficjalnego systemu dystrybucji. W tym celu blisko współpracuje zwłaszcza z producentami leków, importerami równoległymi, hurtownikami, aptekarzami oraz regulatorem rynku farmaceutycznego.

Od kilku lat obserwuje się na świecie coraz bardziej niepokojące i niebezpieczne fałszowanie produktów leczniczych. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) co jakiś czas ponawia informacje w tej sprawie, coraz bardziej alarmujące. Oto bowiem szacuje się, że co drugi lek sprzedawany za pośrednictwem internetu nie jest oryginalny. W sieci dystrybucji stacjonarnej w niektórych krajach rozwiniętych ten problem dotyczyć może 10% ogólnej sprzedaży. Unia Europejska uznała, że to zjawisko w coraz większym stopniu zagraża jakości systemów ochrony zdrowia w krajach członkowskich. A to z uwagi na to, że w sfalszowanych lekach, najczęściej produkowanych w Azji, niewykluczone są uchybienia dotyczące norm i proporcji dawek poszczególnych składników. To z kolei zdecydowanie uznaje się za zagrażające zdrowiu, a nawet życiu.

Co w związku z tym zmienia się z dniem 9 lutego 2019 r.? Otóż wszystkie opakowania leków kierowane na rynek mają mieć niepowtarzalny identyfikator

w postaci kodu 2D (w kwadracie zamiast kreskowego), a także elementy jednoznacznie wskazujące, czy pudełko było już otwierane. Może to być odpowiednia perforacja, może być naklejka o funkcji „plomby”. Producenci są obowiązani przekazywać kody umieszczane na opakowaniach do ogólnoeuropejskiej bazy. Z kolei hurtownie, zanim skierują leki dalej, muszą zweryfikować w niej poszczególne kody, a każda apteka ma je – przed wydaniem pacjentowi – zeskanować. Krajowa Organizacja Weryfikacji Autentyczności Leków przesłała do ponad 16.000 aptek i hurtowni certyfikaty umożliwiające dostęp do bazy.

Temu, kto nie zastosuje się do przepisów dyrektywy, pisze Judyta Watola (www.wyborcza.pl), grozić będzie kara w wysokości 500 tys. zł – tak przewiduje projekt nowelizacji prawa farmaceutycznego przygotowany przez Ministerstwo Zdrowia. Aptekarze biją na alarm: pół miliona kary jest równoznaczne z plajtą, a przecież nie oni odpowiadają za to, że w bazie może nie być kodów. Głos zabrał też Business Centre Club: Wprowadzenie możliwości karania aptek, poczynwszy od pierwszego dnia obowiązywania nowego systemu, i to do kwoty pół miliona złotych, jest nieakceptowalne.

Produkty lecznicze, które zostały wprowadzone do obrotu przed 9 lutego 2019 r. bez zabezpieczeń i nie zostały w późniejszym terminie przepakowane – poinformował Michał Kaczmarek, prezes Zarządu Fundacji KOWAL – pozostają w obrocie i mogą być dostarczane pacjentom aż do upływu terminu ich ważności. Nie podlegają one nowym ustaleniom unijnym, nie muszą być oznakowane w sposób przez nie stanowiący. Zarazem w tym samym komunikacie, umieszczonym na stronie internetowej Naczelnej Izby Lekarskiej, pisze on: Pamiętajmy, że System ma za zadanie zapewnić większe bezpieczeństwo pacjenta, jednak nie może powodować ograniczenia dostępności leków, zwłaszcza w pierwszych miesiącach jego funkcjonowania.

Poza zwiększeniem bezpieczeństwa pacjentów, taki system weryfikacji leków ma umożliwić także oszczędności związane z optymalizacją modelu obiegu leków, jak i wyższy poziom transparentności gospodarki lekowej.

Andrzej PIECHOCKI

(przedruk z biuletynu Wielkopolskiej Izby Lekarskiej nr 3/19)

OTYŁOŚĆ TRZEWNA

Wykład wygłoszony 21 kwietnia 2018 r. podczas Konferencji „*Ból i cierpienie – ognisko światła i ciemności*”

W XXI w. rozpowszechnianie się otyłości w krajach uprzemysłowionych nasiliło się do rangi epidemii.

Przyczyniły się do tego niekorzystne dla zdrowia zmiany nawyków żywieniowych i ograniczenie aktywności fizycznej prowadzące do sytuacji, w której jemy więcej niż potrzebuje organizm, by sprostać zapotrzebowaniu na energię. Otyłości sprzyja tendencja do magazynowania energii bardziej niż do jej wydatkowania. W organizmie zdrowego mężczyzny jest 12-20% tłuszczu, u kobiety 20-33%. Przy prawidłowej masie ciała 85% tkanki tłuszczowej znajduje się po skórą, pozostałe 15% stanowi tkankę tłuszczową trzewną (TTT). U kobiet w okresie rozrodczym tkanka tłuszczowa podskórna umiejscowiona jest głównie w okolicy pośladkowo-udowej. U mężczyzn, niezależnie od wieku, gromadzenie się tłuszczu w wyższych częściach tułowia prowadzi do otyłości brzusznej i wiąże się ze zwiększonym ryzykiem chorób układu sercowo-naczyniowego i cukrzycy typu 2. Zależność ta po raz pierwszy została opisana w 1947 r. przez francuskiego lekarza J. Vague, który wyróżnił dwa typy otyłości: brzuszną (trzewną) - androidalną (typu jabłko) i udowo-pośladkową - gynoidalną (typu gruszka), oraz wykazał, że ryzyko powikłań otyłości zależy nie tyle od ilości nagromadzonej tkanki tłuszczowej, ile od jej rozmieszczenia, co zostało przyjęte z dużym sceptycyzmem i niedowierzaniem. Otyłość trzewną (OT) rozpoznaje się w badaniach obrazowych, jeżeli pole tłuszczu trzewnego jest większe niż 100 cm², w praktyce, gdy obwód talii u kobiet przekroczy 70 cm, a u mężczyzn 86 cm. Wykazano, że wzrost obwodu talii koreluje ze wzrostem śmiertelności. Do oceny rodzaju otyłości służy współczynnik talia-biodra (czyli Waist-Hip Ratio), który pozwala rozpoznać otyłość typu jabłko u mężczyzn, jeżeli WHR >1,0, u kobiet - typu gruszka, jeżeli WHR >0,8.

Zauważono, że nadmiar tkanki tłuszczowej brzucha zwiększa się z wiekiem bardziej u mężczyzn niż u kobiet. TTP brzuszna jest mniej aktywna metabolicznie i hormonalnie niż TTT, która jest bardziej wrażliwa na działanie hormonów lipolitycznych - glikokortykosteroidów i katecholamin, oraz mniej wrażliwa na działanie insuliny. W TTT biologicznie nieaktywny kortyzon jest przekształcany miejscowo w aktywny kortyzol, który hamuje obwodowe zużycie glukozy oraz prowadzi do redystrybucji tkanki tłuszczowej w ustroju i gromadzenia się jej w jamie brzusznej. Stwierdzono, że w otyłości dochodzi do infiltracji tkanki tłuszczowej przez makrofagi i rozwoju przewlekłego stanu zapalnego. Nagromadzenie TTT koreluje dodatnio z podwyższonymi parametrami stanu zapalnego w surowicy oraz ze wzrostem ryzyka rozwoju chorób układu sercowo-naczyniowego i cukrzycy typu 2. Negatywny wpływ nadmiaru TTT na stan zdrowia wynika z wydzielania przez nią prozapalnych cytokin i rozwoju zapalenia oraz z dużej aktywności lipo-

litycznej TTT i uwalniania do krążenia wolnych kwasów tłuszczowych, które hamują transport glukozy do komórek i prowadzą do insulinooporności, a następnie do hyperinsulinizmu, zespołu metabolicznego i cukrzycy typu 2.

W ciągu ostatnich lat wykazano, że czynnikiem przyczyniającym się do rozwoju OT jest nieprawidłowy skład mikroflory bakteryjnej zasiedlającej przewód pokarmowy. Bakterie jelitowe, czyli mikrobiota, stanowią ważny element w ekosystemie ludzkiego jelita. W wyniku fermentacji dzięki bakteriom saprofitycznym spożytego błonnika w przewodzie pokarmowym powstają endogenne krótkołańcuchowe kwasy tłuszczowe, które stanowią substrat energetyczny dla tych samych bakterii fermentacyjnych i dla kolonocytów, które przez wydzielanie śluzu chronią barierę jelitową przed rozszczepieniem się. KTT po przejściu do krążenia wrotnego

i ogólnego zmniejszają insulinooporność w wątrobie i w mięśniach szkieletowych oraz zmniejszają łaknienie, wpływając na ośrodki głodu i sytości. Niedobory błonnika pokarmowego w diecie prowadzą do zahamowania syntezy KTT i w konsekwencji braku substratu energetycznego dla bakterii fermentacyjnych i dla kolonocytów. W efekcie słabnie wydzielanie się śluzu i następuje wzrost przepuszczalności ściany jelitowej. Lipopolisacharydy bakteryjne i inne toksyczne substancje przechodzą wówczas ze światła jelita do krążenia wrotnego i bezpośrednio do wątroby, przyczyniając się do rozwoju stanu zapalnego indukującego oporność na insulinę oraz niealkoholowego stłuszczeniowego zapalenia wątroby.

Badania epidemiologiczne wykazały zależność między zwiększoną ilością błonnika pokarmowego i zmniejszonym występowaniem OT, chorób układu krążenia, cukrzycy typu 2 i, co więcej, raka jelita grubego. Do zahamowania rozwoju OT nie wystarczy dieta, gimnastyka i sport. Konieczne jest dostarczanie z pożywieniem błonnika zapewniającego produkcję KTT przez przyjazną florę bakteryjną (co najmniej 400 g jarzyn i owoców dziennie). Z kolei działanie ochronne KTT na błonę śluzową jelita grubego i na metabolizm ogólnoustrojowy przyczynia się do ochrony przed rozwojem OT i chorób metabolicznych, które stały się epidemią naszych czasów. Dbłość o dostarczanie z pożywieniem odpowiedniej ilości prostych jarzyn z rodzimych pól nie wymaga dodatkowych nakładów finansowych, lecz szerokiego uświadomienia rangi społecznego znaczenia tego problemu. Narastająca epidemia otyłości i jej skutki zdrowotne wskazują na konieczność zaangażowania się w prowadzenie polityki prewencyjnej przez resorty odpowiedzialne za zdrowie, żywienie i edukację.

Dr hab. n. med. Elżbieta WASILEWSKA-DZIUBIŃSKA
prof. nadzw. w CMKP, Zakład Neuroendokrynologii Klinicznej
CMKP

(przedruk z „Pulsu” nr 11/18)

MELATONINA

W ostatnich latach znacząco, także w Polsce, zwiększyła się popularność melatoniny. Jest ona dostępna zarówno w postaci produktów leczniczych, jak i suplementów diety i powszechnie uznawana za jeden z najbezpieczniejszych leków stosowanych w zaburzeniach snu. Niestety, wraz ze wzrostem popularności melatoniny zwiększa się także liczba zgłaszanych działań niepożądanych związanych z jej zażywaniem. Zbyt często zapomina się, że melatonina wchodzi w interakcje z różnymi lekami, czego konsekwencją może być zmniejszenie skuteczności działania tych leków, a już samo podwyższenie stężenia melatoniny we krwi może podnosić ryzyko wystąpienia jej działań niepożądanych.

Melatonina jest neurohormonem produkowanym przez szyszynkę. Odgrywa rolę w wewnętrznej synchronizacji cyklu dobowego i zegara biologicznego człowieka. Wykazuje dobowy rytm wydzielania, charakteryzujący się małym stężeniem we krwi w ciągu dnia oraz szczytem stężenia od godziny 24.00 do 3.00 w nocy, ułatwiając zasypianie, zmniejszenie liczby przebudzeń w nocy, poprawiając jakość snu. I tu uwaga pierwsza: ze względu na okołodobowy rytm wydzielania melatoniny w ustroju jej farmaceutyczne formy o natychmiastowym uwalnianiu mogą być mało lub wręcz nieskuteczne w leczeniu bezsenności.

Melatonina po podaniu doustnym jest dobrze tolerowana. Najczęstsze działania niepożądane to: dzienna senność oraz bóle i zawroty głowy. Inne zgłaszane działania niepożądane to przejściowe objawy depresyjne, łagodne drżenia, niewielki niepokój, skurcze w jamie brzusznej, drażliwość, zmniejszona czujność, dezorientacja, nudności, wymioty i niedociśnienie. W ustroju melatonina jest szybko metabolizowana do 2 metabolitów: 6-hydroksymelatoniny i 6-sulfotoksymelatoniny oraz cechuje

się znikomą toksycznością. Najcięższe opisane działania niepożądane melatoniny, zauważone podczas 35-letniej obserwacji tych zjawisk, to: wystąpienie (po dawkach od 1 do 36 mg melatoniny) zapalenia wątroby, dezorientacja, zapalenie nerwu wzrokowego, epizody psychozy, bóle głowy i oczopląs. Ponadto, zgłaszano wystąpienie drgawek i wysypek uczuleniowych. Nigdy nie opisano zgonu po melatoninie, zatem dawka śmiertelna u człowieka nie jest znana. Jak dotąd nie opisano szczegółowo interakcji melatoniny z alkoholem, jednak z nielicznych obserwacji wynika, że połączenie melatoniny z alkoholem może zwiększać ryzyko występowania nudności i bólów głowy. Działaniem niepożądanym charakterystycznym dla melatoniny jest cuchnący oddech, oporny na stosowane metody odświeżania oddechu.

Oprócz działań niepożądanych u pacjentów przyjmujących melatoninę może wystąpić hiperbilirubinemia, nadmierne pocenie się, zwiększenie masy ciała, szczególnie pacjentów z cukrzycą typu drugiego, hipertriglicerydemia, zmiany nastroju, płacz, agresja, wczesne wybudzenia, zwiększone libido, a także priapizm. Stąd też nie należy kojarzyć melatoniny z lekami, które zwiększają ryzyko wystąpienia priapizmu (np. leki przeciwpłytkowe i przeciwdepresyjne).

Należy brać pod uwagę następujące istotne kliniczne interakcje melatoniny z innymi lekami (tabela):

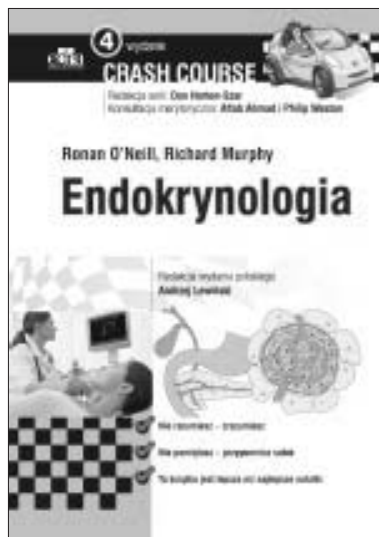
*Dr Jarosław WOROŃ, prof. dr hab. Ryszard KORBUT
Katedra Farmakologii Wydziału Lekarskiego CM UJ Kraków,
Zakład Farmakologii Klinicznej
Uniwersytecki Ośrodek Monitorowania i Badania
Niepożądanych Działań Leków*

(przedruk z „Galicyskiej Gazety Lekarskiej” nr 1/19)

Lek stosowany łącznie z melatoniną	Konsekwencje kliniczne interakcji
Leki metabolizowane przez CYP3A4 - klarytromycyna, benzodiazepiny, oksykodon, buprenorfina, fentanyl, simwastatyna, atorwastatyna, azolowe leki przeciwgrzybicze	Melatonina obniża poziom tych leków w surowicy, redukując ich skuteczność
Fluwoksamina	Zwiększenie stężenia melatoniny w surowicy i wzrost ryzyka występowania działań niepożądanych
Karbamazepina, ryfampiryna	Zmniejszenie stężenia melatoniny w surowicy, zmniejszenie skuteczności
Fluorochinolony stosowane systemowo	Zwiększenie stężenia melatoniny w surowicy i wzrost ryzyka występowania działań niepożądanych
Doustne hormonalne środki antykoncepcyjne	Zwiększenie stężenia melatoniny w surowicy i wzrost ryzyka występowania działań niepożądanych
Metoksypsoraleny	Zwiększenie stężenia melatoniny w surowicy i wzrost ryzyka występowania działań niepożądanych
Leki przeciwzakrzepowe i przeciwplatekcyjne	Zwiększenie ryzyka krwawień
Leki w leczeniu bezsenności: zolpidem, zopiklon	Nasilone zaburzenia uwagi, zaburzenia koordynacji ruchowej, zaburzenia pamięci

EDRA URBAN & PARTNER Sp. z o.o. • 50-011 Wrocław, ul. Kościuszki 29

Zamówienia: księgarnia@edraurban.pl • tel.: 42/680 44 09, fax: 42/680 44 86



ENDOKRYNOLOGIA

Crash Course

R. O'Neill, R. Murphy

wyd. 4, red. A. Lewiński
rok wydania: 2019

ISBN: 978-83-66067-08-0, format: 175 x 252, opr. broszurowa, 157 stron, cena: 57.60 zł (128 EUP pkt)

Seria podręczników *Crash Course* to idealne antidotum na stres egzaminacyjny. Dzięki niej zaoszczędzisz czas i zyskasz pewność, że dysponujesz zebranymi w jednym miejscu informacjami, których potrzebujesz, aby zaliczyć zajęcia z danej dziedziny i zdać egzamin.

Formuła serii sprawdza się od ponad 15 lat. Niezwykle przejrzysta forma podręczników, liczne tabele, ryciny i zestawienia są tak przemyślane, aby zainteresować studenta i ułatwić mu naukę.

Autorami są studenci i nauczyciele akademicki, czyli osoby, które doskonale wiedzą, na czym polega zdawanie egzami-

nu i jaki zakres materiału należy przyswoić, aby ten cel osiągnąć. Ani na chwilę nie zapominają oni o potrzebach swoich czytelników. Podkreślają i dowcipnie obrazują najważniejsze informacje, podają najczęściej spotykane pytania egzaminacyjne, pomijają zaś rzeczy zbędne i nieistotne.

* * *



TECHNIKI OPERACYJNE W CHIRURGII NACZYNIOWEJ

R.L. Dalman

red. M.W. Mulholland, red.
wyd. polskiego A. Jawień
rok wydania: 2019

ISBN: 978-83-66067-88-2, format: 210 x 275, opr. twarda, 379 stron, cena: 224.10 zł (498 EUP pkt)

Tempo rozwoju chirurgii naczyniowej staje się coraz szybsze. Innowacje wynikające z pasji chirurgów i aspiracji przemysłu, takie jak procedury prowadzone pod kontrolą obrazowania czy zabiegi minimalnie inwazyjne lub „hybrydowe”, rewolucjoni-

zują opiekę nad pacjentami oddziałów angiologicznych.

Lekarze będący współautorami niniejszej książki stanowią awangardę w tej dziedzinie – wykorzystują wszelkie zdobycze nowych technologii, jednocześnie dochowując wierności podstawowym zasadom chirurgii otwartej.

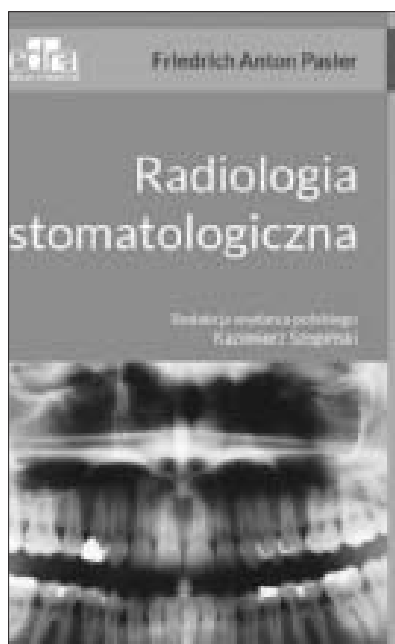
Książka *Techniki operacyjne w chirurgii naczyniowej* stanowi wyczerpujące źródło wiedzy dla chirurgów praktyków, którzy pragną stosować najnowsze rozwiązania w leczeniu chorób naczyń, a także dla tych, którzy jeszcze się uczą i potrzebują wsparcia ekspertów.

W praktyce chirurgicznej ogromną rolę odgrywa obraz, dlatego tytuł ten jest bogato ilustrowany zarówno rysunkami, jak i fotografiami śródoperacyjnymi. Fotografie śródoperacyjne przedstawiają perspektywę chirurga, uwidoczniają więc rzeczywisty sposób przeprowadzania zabiegów. Ryciny są doskonałej jakości. Towarzyszący im opis zachowuje celową oszczędność, koncentrując się na kluczowych szczegółach zabiegu i istotnych aspektach postępowania pooperacyjnego.

Publikacja adresowana jest do chirurgów o różnym poziomie doświadczenia – od rezydentów, poprzez lekarzy z dużą praktyką, po wysokiej klasy specjalistów. Przy nieprawdopodobnym tempie rozwoju technik chirurgii naczyniowej książka zapewni czytelnikom zaktualizowaną wiedzę i opis najnowocześniejszych rozwiązań.

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

* * *



RADIOLOGIA STOMATOLOGICZNA F.A. Pasler

red. K. Szopiński
rok wydania: 2019

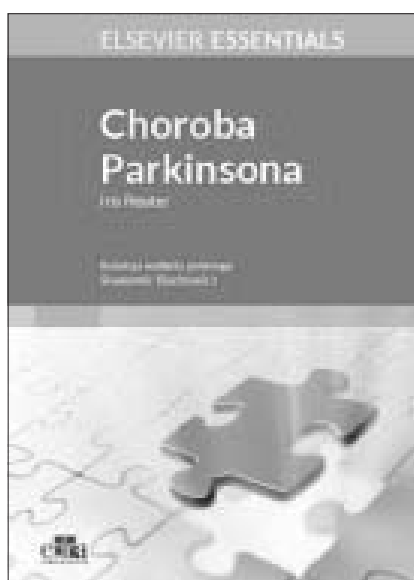
ISBN: 978-83-66067-95-0, format: 127 x 190, opr. miękka, 309 stron, cena: 80.09 zł (178 EUP pkt)

W książce m.in.:

- fizyczne podstawy radiologii stomatologicznej,
- zasady ochrony radiologicznej w gabinecie rentgenowskim,
- prawidłowa technika wykonywania radiogramów wewnątrzustnych i zewnątrzustnych,
- anatomia radiologiczna układu stomatognatycznego,

- zasady prawidłowej interpretacji zdjęć rentgenowskich, oraz informacje
- jak przygotować pacjenta do badania,
- jak uniknąć najczęściej zdarzających się błędów.

* * *



CHOROBA PARKINSONA Elsevier Essentials I. Reuter

red. S. Budrewicz
rok wydania: 2019

ISBN: 978-83-66310-04-9, format: 210 x 270, opr. miękka, 172 strony, cena: 89.10 zł (198 EUP pkt)

Choroba Parkinsona jest drugim co do częstości występowania schorzeniem neurodegeneracyjnym. Początek jej przypada

między 50. a 60. rokiem życia, czyli w okresie, kiedy ludzie są jeszcze bardzo aktywni – zawodowo, rodzinie, sportowo itd. Schorzenie, które w znacznym stopniu upośledza sprawność ruchową, stawia duże wyzwania chorym i ich najbliższym. U niektórych pacjentów dalszy przebieg choroby budzi duże obawy, zwłaszcza jeśli chodzi o zaburzenia poznawcze.

Niniejsza publikacja, skierowana głównie do lekarzy rodzinnych, internistów, neurologów, ale także rezydentów, traktuje o najważniejszych aspektach choroby Parkinsona. Oprócz podstaw patofizjologicznych i leczenia omówiono w niej diagnostykę różnicową schorzenia oraz wskazówki, jak rozpoznać objawy, które stanowią tzw. czerwone flagi, czyniące rozpoznanie choroby Parkinsona wątpliwym. Przedstawiono ponadto charakterystykę atypowych i wtórnych zespołów parkinsonowskich. Zamieszczono również rozdziały dotyczące aspektów socjalno-medycznych.

W niniejszej publikacji m.in.:

- na początku rozdziałów szybki przegląd materiału,
- najważniejsze zagadnienia diagnostyki różnicowej,
- zespoły parkinsonowskie,
- zalecenia dla pacjentów oraz ich rodzin i opiekunów.

X Kongres Polonii Medycznej i Światowy Zjazd Lekarzy Polskich

Szanowne Koleżanki, Szanowni Koledzy,
Zapraszamy Was na organizowany w dniach **29 maja - 1 czerwca 2019 r. w Gdańsku** jubileuszowy **X Kongres Polonii Medycznej**, który już po raz trzeci odbędzie się w rozszerzonej formule **Światowego Zjazdu Lekarzy Polskich**. Kongres służyć ma prezentacji osiągnięć lekarzy polskich i polonijnych z wielu różnych dziedzin medycyny oraz być okazją do spotkań i nawiązywania kontaktów służących później, po Kongresie, celom przede wszystkim naukowym i edukacyjnym. Swój udział zapowiedziało wielu lekarzy - naukowców z imponującym dorobkiem naukowym, kilkunastu redaktorów międzynarodowych periodyków medycznych.

Poza programem naukowym w trakcie Kongresu planujemy wiele różnorodnych wydarzeń towarzyszących, kulturalnych, integracyjnych. Kongresowi towarzyszyć będą również wystawa i konferencja związana z obchodami XXX-lecia reaktywacji Samorządu Lekarskiego w Polsce. A wszystko to odbędzie się w Gdańsku, mieście wolności i solidarności, jednym z tych niezwykłych polskich miejsc, których duch sprawia że chętnie się do nich wraca.

Wszelkie informacje można znaleźć na oficjalnej stronie internetowej Kongresu:

kongrespoloniimedycznej.com.pl lub polonia-med2019.pl. Do zobaczenia w Gdańsku!

Roman Budziński (Gdańsk)

Przewodniczący Komitetu Organizacyjnego

Janusz Kasina (Sztokholm)

Prezes Federacji Medycznych Organizacji Polonijnych

Dariusz Kutella (Gdańsk)

Prezes Okręgowej Izby Lekarskiej w Gdańsku

* * *

W imieniu Komitetu Organizacyjnego serdecznie zapraszam do wzięcia udziału w **XII Międzynarodowym Zjeździe Polskiego Towarzystwa Dysfunkcji Narządu Żucia**, który odbędzie się w dniach **13-25 maja 2019 r. w pałacu Sulisław,**

na Opolszczyźnie. Tematem przewodnim Konferencji będą *„Nowe horyzonty w postrzeganiu i leczeniu dysfunkcji narządu żucia”*. Do wygłoszenia wykładów zaprosiliśmy wybitnych specjalistów z Polski i z zagranicy.

Polskie Towarzystwo Dysfunkcji Narządu Żucia jest stowarzyszeniem naukowym zrzeszającym w większości lekarzy stomatologów, a także lekarzy medycyny i fizjoterapeutów. Celem działalności PTDNŻ jest przede wszystkim pogłębianie i propagowanie wiedzy na temat dysfunkcji narządu żucia, które stanowią problem globalny w zakresie zdrowia publicznego. Organizowane zjazdy naukowe pozwalają na pogłębianie wiedzy z zakresu zaburzeń czynnościowych układu stomatognatycznego w środowiskach medycznym i akademickim.

Informujemy, że szczegółowe dane dotyczące Zjazdu oraz formularze uczestnictwa i zgłoszenia prezentacji naukowej dostępne są na stronie: www.dysfunkcje.pl

Łączę wyrazy szacunku

Prof. dr hab. Włodzimierz Więckiewicz
Prezes PTDNŻ

* * *



Szanowni Państwo,

w imieniu Ministra Zdrowia pragniemy serdecznie zaprosić Państwa do udziału w **bezpłatnych szkoleniach e-learningowych w zakresie zasad zdrowego odżywiania oraz aktywności fizycznej.**

Szkolenia dedykowane są dla szeroko rozumianej grupy specjalistów z obszaru ochrony zdrowia. Na dzień dzisiejszy znajdują Państwo na platformie szkolenia kierowane do:

- Lekarzy POZ,
- Pielęgniarek i położnych,
- Kadry zarządzającej.

W najbliższym czasie na platformie uruchomione zostaną kolejne szkolenia dedykowane dla:

- Pracowników Państwowej Inspekcji Sanitarnej (II kwartał 2019 r.),
- Fizjoterapeutów i Rehabilitantów (II kwartał 2019 r.),
- Pediatrów (I kwartał 2020 r.).

Serdecznie zapraszamy do rejestracji na platformie <http://npzl.ehsol.pl>. Zachęcamy do przekazania niniejszej informacji pracownikom/członkom Państwa organizacji. Zadanie to jest finansowane ze środków Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016-2020.

* * *

I edycja warsztatów w Centrum Symulacji Medycznych CM UMK w Bydgoszczy w ramach cyklu konferencji naukowo-szkoleniowych „Anestezjologia Interdyscyplinarna”.

Organizatorzy cyklu konferencji „Anestezjologia Interdyscyplinarna” i Centrum Symulacji Medycznych Collegium Medicum UMK w Bydgoszczy zapraszają na pierwszy w województwie kujawsko-pomorskim i najprawdopodobniej pierwszy w Polsce cykl warsztatów – symulacji z wykorzystaniem symulatorów wysokiej wierności i programów wirtualnej rzeczywistości – dla interdyscyplinarnego personelu medycznego.

I. Rozpoznawanie śmierci mózgu.

- Termin: 10 czerwca 2019 r.
- Miejsce: Centrum Symulacji Medycznych CM UMK w Bydgoszczy, ul. Kurpińskiego 19

W związku ze zbliżającymi się zmianami dotyczącymi kryteriów i sposobów stwierdzania śmierci mózgu zapraszamy personel medyczny interdyscyplinarnych specjalności uczestniczący w praktyce klinicznej w procesie diagnostyki śmierci mózgu do uczestnictwa w szkoleniu.

Warsztaty pod honorowym patronatem Collegium Medicum UMK w Bydgoszczy i Konsultanta Wojewódzkiego w Dziedzinie Anestezjologii i Intensywnej Terapii w województwie kujawskopomorskim będą prowadzone przez multidyscyplinarny zespół dydaktyczny Collegium Medicum UMK oraz gościnnie - innych ośrodków akademickich.

W programie m.in. wystąpienie prof. dr hab. med. Romualda Bohatyrewicza (Klinika Ane-

stezjologii i Intensywnej Terapii SPSK1 PUM, Szczecin) pt „Stwierdzanie śmierci mózgu według nowych kryteriów”.

Kontynuację pierwszej części będą stanowić warsztaty:

II. Kwalifikacja zmarłego dawcy narządów i tkanek.

III. Opieka nad zmarłym dawcą narządów i tkanek.

IV. Autoryzacja pobrania narządów i tkanek od dawcy zmarłego

Udział jest bezpłatny. Ze względów organizacyjnych liczba uczestników jest ograniczona.

- REJESTRACJA: kikanest@cm.umk.pl.

W tytule wiadomości e-mail prosimy wpisać: „Warsztaty w CSM CM UMK 10.06.2019”, a w treści prosimy o podanie: imienia i nazwiska oraz specjalizacji/afiliacji.

Chętnych, którym nie uda się zakwalifikować na warsztaty dn. 10.06.2019 zachęcamy do udziału w kolejnych edycjach.

Program opublikujemy wkrótce. Warsztaty planowane są w godzinach popołudniowych.

* * *

Podlaskie Stowarzyszenie Stomatologów i Okręgowa Izba Lekarska w Białymstoku zapraszają na Wiosenne Podlaskie Spotkania Stomatologiczne 2019, w ramach których odbędzie się **kurs „Nowości w leczeniu stomatologicznym”**. Za udział w kursie przysługuje 20 punktów.

- **Data:** 6-8 czerwca 2019 r
- **Miejsce:** Augustów, hotel „Warszawa”, ul. Zdrojowa 1.

Opłata:

- do 15 maja br. – 760 zł
- po 15 maja lub na miejscu – 880 zł.

Opłata obejmuje:

- Wstęp na obrady,
- Posiłki i serwis kawowy,
- Rejs statkiem,
- Kolacje koleżeńską (6.VI),
- Spotkanie przy ognisku (7.VI).

Zgłoszenia są przyjmowane pod adresem: Podlaskie Stowarzyszenie Stomatologów, 16-020 Czarna Białostocka, ul. Tartaczna 7 (Prezes – Jerzy Gryko, tel. 605-683-511 lub księgowość –

Wiesława Grabarek, tel. 502-568-508, mail; pss@stomatolodzy-podlasie).

* * *

Serdecznie zapraszamy do udziału w **XVII Ogólnopolskiej Wystawie Malarstwa Lekarzy**, która odbędzie się w **dniach 26- 31 maja 2019 r. w Klubie Lekarza w Łodzi**.

Na coroczną, Ogólnopolską Wystawę Malarstwa Lekarzy Komisja Kultury Okręgowej Izby Lekarskiej w Łodzi zaprasza już po raz siedemnasty, także w maju - kontynuując tym samym tradycję wiosennych wernisaży.

Koleżanki i Kolegów lekarzy zainteresowanych udziałem w Wystawie prosimy o dostarczenie swych prac do Okręgowej Izby Lekarskiej w Łodzi (93-005 Łódź, ul. Czerwona 3) do 13 maja br.

Obrazy mogą być wykonane w dowolnych technikach i formatach. **Wraz z tytułami prac i nazwami technik, w jakich są wykonane, prosimy o przesłanie następujących danych: tytuł, imię i nazwisko autora, rodzaj jego specjalizacji, adres zamieszkania.** Przyjmujemy maksymalnie 2 prace od jednego autora ze względu na ograniczenia powierzchni wystawienniczej.

Kontynuując tradycję zapoczątkowaną podczas wcześniejszych edycji Wystawy planujemy przeprowadzenie konkursu, w którym prace oceni jury złożone z trójki profesjonalistów. Drogą głosowania gości wernisażu wyłonimy też **Laureata Nagrody Publiczności**.

Wernisaż Wystawy odbędzie się **26 maja 2019 r. (niedziela) o godzinie 17⁰⁰ w Klubie Lekarza w Łodzi** przy ul. Czerwonej 3, a Wystawa potrwa do 31 maja br.

Serdecznie zapraszamy autorów i wszystkich zainteresowanych twórczością lekarzy. Kontakt: Iwona Szelewa, tel. 42/683-17-01, fax. 42/683-13-78, adres internetowy: biuro@oil.lodz.pl.

* * *

Okręgowa Izba Lekarska w Łodzi chciałaby z wielką przyjemnością zaprosić Państwo na **I Mistrzostwa Polski Lekarzy w Koszykowie**. Zawody odbędą się na Hali Centrum Sportu Uniwersytetu Medycznego w Łodzi przy ul. 6. Sierpnia 69 w Łodzi w **dniach 31.05.-01.06.2019**.

Warunkiem uczestnictwa jest zgłoszenie drużyny poprzez formularz dostępny na stronie:

<https://goo.gl/forms/PykPb1lz0FpA5MUu1>.

Termin zgłoszeń upływa w dniu 10 maja 2019 r. o godz. 24.

Wszyscy zawodnicy w celu weryfikacji muszą okazać się Prawem Wykonywania Zawodu Lekarza/Lekarza Dentysty. Regulamin imprezy dostępny jest pod adresem: <https://drive.google.com/open?id=1qpXXqA6GsZ9cbhdZ2Gxu-VPqg-i12Ocl1>

Więcej informacji na temat turnieju dostępne jest na Facebookowym fanpage'u: MPL w Koszykowie

Organizatorzy Turnieju - kontakt: mpl.koszykowka@gmail.com, Jacek Chwiałkowski tel. 513-153-479.

* * *

Okręgowa Izba Lekarska w Rzeszowie zaprasza lekarzy do rywalizacji w biegu na 10 kilometrów. Zawody odbędą się w Rzeszowie 1 czerwca 2019 r. (sobota) w ramach biegu Sparing organizowanego przez Stowarzyszenie „Rzeszów Biega”. Zapisy na runrzeszow.pl.

Małgorzata Pielą

* * *

Specjalistyczny Szpital w Branicach zatrudni:

- lekarzy specjalistów psychiatrów,
- lekarzy w trakcie specjalizacji lub chętnych do specjalizacji w psychiatrii,
- lekarza specjalistę rehabilitacji medycznej oraz
- lekarza internistę.

Oferujemy bardzo dobre warunki płacowe oraz mieszkanie służbowe. Tel.: 77/403-43-07 lub e-mail: sws.kadry@op.pl.

* * *

Centrum Diagnostyczno-Terapeutyczne Psychomed nawiąże współpracę z lekarzem psychiatrą. Więcej informacji udzielamy pod numerem telefonu 734 460 357.

* * *

MAZURDENT Centrum Stomatologiczne poszukuje do współpracy stomatologa. Gabinet świadczy tylko prywatne usługi stomatologiczne. Bardzo dobre warunki pracy. Kontakt pod nr tel. 603-706-810 lub 664-081-444.

ETYKA 2019

XII Sympozjum „Dylematy
etyczne w praktyce lekarskiej”
Lekarze wobec terapii daremnej

Kraków, 23 maja 2019 r.
Teatr im. Juliusza Słowackiego

- Udział w konferencji jest bezpłatny po wcześniejszej rejestracji.
- Uczestnicy Sympozjum otrzymują 6 punktów edukacyjnych.

Zgłoszenia

- telefonicznie: 12 293 40 04
- na stronie internetowej mp.pl/etyka2019
- pocztą elektroniczną: etyka@mp.pl

Organizatorzy

Medycyna Praktyczna
Towarzystwo Internistów Polskich

Współorganizatorzy

Polskie Towarzystwo Opieki Duchowej w Medycynie
Polskie Towarzystwo Anestezjologii i Intensywnej Terapii
Komisja Etyki Lekarskiej Naczelnej Rady Lekarskiej
Okręgowa Izba Lekarska w Krakowie
Międzywydziałowy Instytut Bioetyki Uniwersytetu Papieskiego
Jana Pawła II w Krakowie

Program (10.00–16.00)

Terapia daremna czy uporczywa – wprowadzenie pojęć
prof. Małgorzata Krajnik, Uniwersytet Mikołaja Kopernika
w Toruniu, Collegium Medicum w Bydgoszczy

Terapia daremna na świecie i w Polsce
prof. Andrzej Kübler, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich
we Wrocławiu

**Trudności w stosowaniu rekomendacji PTAiT dotyczących
odstępowania od terapii podtrzymującej życie**
prof. Piotr Knapik, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

**Zaniechanie i wycofanie się z uporczywego leczenia
podtrzymującego życie u dzieci**
dr Marcin Rawicz, Warszawa

**Dlaczego jedni chorzy wybierają wentylację mechaniczną,
a inni nie – casus chorych na stwardnienie boczne zanikowe**
lek. Anna Adamczyk, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu,
Collegium Medicum w Bydgoszczy

**Kiedy lekarz może wyłączyć respirator? Punkt widzenia
bioetyki katolickiego**
ks. prof. Piotr Aszyk, Collegium Bobolanum, Papieski Wydział
Teologiczny w Warszawie

**Konsultacje medycyny paliatywnej w szpitalu jako pomoc
dla lekarzy oddziałów intensywnej terapii**
prof. Małgorzata Krajnik, Uniwersytet Mikołaja Kopernika
w Toruniu, Collegium Medicum w Bydgoszczy

**Pomoc rodzinie w sytuacji konieczności podejmowania decyzji
dotyczących uporczywych terapii**
dr Małgorzata Piskunowicz, Uniwersytet Mikołaja Kopernika
w Toruniu, Collegium Medicum w Bydgoszczy

**Rola lekarza w konferencjach rodzinnych na oddziałach
intensywnej terapii**
prof. Roman Jaeschke, McMaster University, Kanada

Co zrobić, żeby lekarz intensywnej terapii nie bał się prawnika
dr n. prawn. Małgorzata Szeroczyńska, Warszawa

**Terapia daremna – czego nas uczą doświadczenia świata
zachodniego**
Wesley Smith, Center on Human Exceptionalism, Discovery
Institute, USA

Dyskusja panelowa



POLSKIE TOWARZYSTWO
OPIEKI DUCHOWEJ
W MEDYCYNIE



mp.pl/etyka2019

KONFERENCJA NAUKOWO - SZKOLENIOWA

**AKTUALNOŚCI W ROZPOZNAWANIU
I LECZENIU CHORÓB TROPIKALNYCH
PASOŻYTNICZNYCH I ODKLESZCZOWYCH**

31 MAJA 2019 R.

POZNAŃ, UL. SZYPERSKA 14

W programie:

- **NAJCIĘKAWSZE PRZYPADKI CHORÓB EGZOTYCZNYCH**
u polskich turystów,
- **NOWOŚCI W ZAKRESIE SZCZEPIEŃ OCHRONNYCH**
dla podróżujących,
- **GROŹNE PARAZYTOZY RODZIME** - rozpoznawanie i leczenie,
- **BORELIOZA** - EPIDEMIA CZY NADROZPOZNAWALNOŚĆ?,
- **DYSKUSJA OKRĄGŁEGO STOŁU** - współpraca parazytologów
klinicznych z lekarzami innych specjalności medycznych.

**Przewodniczący Komitetu Naukowego
prof. dr hab. n. med. Jerzy Stefaniak**

Formularz zgłoszeniowy do pobrania na www.wil.org.pl
Więcej szczegółów pod nr tel. 726 222 012

Liczba przysługujących
punktów edukacyjnych: 5

OPOLSKA IZBA LEKARSKA

Biuro: tel. 77/454-59-39, fax 77/454 67 09, opole@hipokrates.org

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

Rejestr Lekarzy: opole.rejestr@hipokrates.org

Praktyki Prywatne: opole.praktyki@hipokrates.org

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

FOTO-oPTYK



„Fale”
akryl, pastele

Alfred
Polok



Organizatorzy:



Patronat medialny:



**Puls
Zdrowa Praga**

Informacji udziela:

Majka Maria Żywicka-Luckner
tel. 22 619 42 31
604 286 324
e-mail: majkazywicka@wp.pl

X Ogólnopolski Konkurs Poetycko-Prozatorski dla lekarzy i lekarzy dentystów

PULS SŁOWA

Regulamin konkursu

1. Warunkiem uczestnictwa w konkursie jest nadesłanie **pięciu wierszy o dowolnej tematyce lub prozy do dziesięciu stron maszynopisu, w czterech egzemplarzach**. Każdy utwór powinien być opatrzony godłem. Nadesłane prace nie mogą być wcześniej nagradzane ani publikowane.
2. Do zestawu należy dołączyć zaklejoną kopertę, podpisaną tym samym godłem, zawierającą dane autora: imię i nazwisko, adres, numer telefonu, e-mail oraz godło.
3. Prace należy nadsyłać do dnia 30 czerwca 2019 r. (decyduje data stempla pocztowego) na adres:
**Redakcja „Zdrowej Pragi” 03-719 Warszawa ul. Jagiellońska 34 z dopiskiem:
Konkurs Poetycko-Prozatorski „Puls Słowa”.**
4. Jury, w skład którego wejdą znani literaci i krytycy oraz przedstawiciele komitetu organizacyjnego przyzna nagrody i wyróżnienia o łącznej wartości 5 000 zł.
5. Nagrodzone utwory zostaną opublikowane w antologii pokonkursowej.
6. Jury zastrzega sobie prawo do innego podziału nagród.
7. O terminie i miejscu ogłoszenia wyników konkursu i wręczenia nagród laureaci zostaną powiadomieni specjalnym zaproszeniem.
8. Odbiór nagrody możliwy jest wyłącznie podczas imprezy finałowej.

BARDZO SERDECZNIE ZAPRASZAMY DO UDZIAŁU W KONKURSIE

Organizatorzy



7-8 CZERWCA
MISTRZOSTWA POLSKI LEKARZY
W KOLARSTWIE SZOSOWYM
BYCHAWA KOŁO LUBLINA

INFO: WWW.SZOSA.EU

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

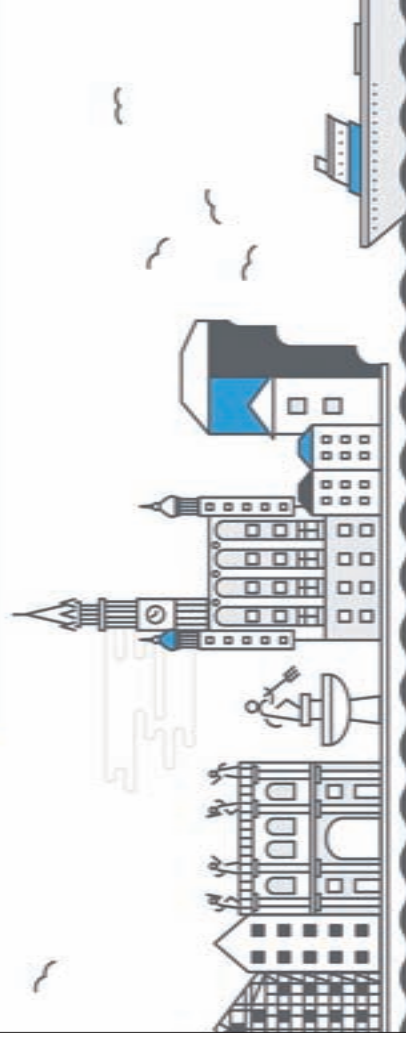
NAKŁAD: 2800 egz. ISSN 1426-661X



X Kongres Polonii Medycznej

III Światowy Zjazd Lekarzy Polskich

29.05.2019 - 01.06.2019
Gdańsk



www.kongrespoloniamedycznej.com.pl

www.poloniamed2019.pl



X Kongres Polonii Medycznej

29.05.2019 - 01.06.2019

Poprzez połączenie z III Światowym Zjazdem Lekarzy Polskich kontynuujemy formułę Kongresu jako spotkania lekarzy z Polski z lekarzami polskiego pochodzenia pracującymi w różnych krajach na całym świecie.



SERDECZNIE ZAPRASZAMY



DR ROMAN BUDZIŃSKI
PRZEWODNICZĄCY KOMITETU ORGANIZACYJNEGO
X KONGRESU POLONII MEDYCZNEJ



DR JANUSZ KASINA
PRZESŁEDZĄCY POLONIJĄCH ORGANIZACJI
MEDYCZNYCH

SZCZEGÓŁOWE INFORMACJE I REJESTRACJA:

www.kongrespoloniamedycznej.com.pl

www.poloniamed2019.pl