



OPOLSKA
IZBA
LEKARSKA

Rok Założenia 1990

Lipiec–sierpień 2019

ISSN 1426-661X

BIULETYN INFORMACYJNY

Nr 272–273

OPOLSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

www.izbalekarska.opole.pl



Fot. Jerzy B. LACH

GOTYK

*Katedra była dlań nie tylko społeczeństwem
lecz również wszechświatem, lecz również całą przyrodą*

VICTOR HUGO DZWONNIK Z NOTRE DAME

Porównywano już katedrę do lasu, gdzie gałęzie drzew splatają się w kopuły, tworzą gotyckie łuki, układają labirynty rozet i portali. Mówiono, że mury średniowiecznych kościołów przypominają pnie, stłoczone jeden przy drugim. Że prześwity w witrażach to promienie, co się przeciskają pomiędzy liśćmi, pulsują na popękanej korze, by wreszcie opaść na kępy jeżyn i wystające korzenie.



Katedra miała być też górą, ale tą najwyższą, ośnieżoną, z wierzchołkiem sięgającym chmur. Górą nieprzystępną i dziką, która wabi wędrowców tylko po to, by nimi pomiatać, chłostać wiatrem, strącać w jary i przepaście.

W budowlach sakralnych doszukiwano się też alegorii Biblii. Te kamienne księgi miały streszczać całe Niebo i Ziemię, opowiadać o ludziach i miejscach, o historii świętej i dniu całkiem powszednim. Miało to być *vademecum* – jak żyć, aby życie nie zeszło na niczym, niezbędny intelektualisty, traktat moralistyczny, samouczek do poprawiania samego siebie. Wyspiański nazwał kościół gotycki dramatem Szekspira, a Przybóś zobaczył w nim utwór liryczny, niedokończony wiersz.

I słusznie. Wieki średnie to czas, kiedy architektura królowała wśród sztuk, kto się urodził poetą, wznosił katedry. Mistyka spiskowała wtedy z magią, kult Panienki ocierał się o wiarę w czarty, uniesienia religijne o erotyzm. Po gościńcach wałęsały się straszdyła, utopce rozczesywały jeziorom tataraki, sfinksy płoszyły myszy na poddaszach, zaś w pałacowych piwnicach łasowały harpie, dwugłowe psy i zmo-ry. Nic dziwnego, że zapraszano je potem na gzymusy i kapi-tele, że wślizgiwały się na fryzy i pełzały po dachach. A co



zuchwalsze wynurzały swoje skołtunione łepetyny spod dzwonów. Chyba małpowały demony grasujące pod spódnicami wiedźm i czarownic.



Pewnego dnia Joris-Karl Huysmans spojrzął na tę średniowieczną budowlę, jak na powabną kobietę. I odnalazł w bryle *delikatne ciało świętej wycieńczone przez modlitwy i którą posty niemalże prześwieciły*. Kamienie przestały być z kamienia, ożywiło się szkło, poruszyły bramy. Nawa przemieniła się w kręgosłup, prezbiterium pokręciło głową ozdobioną lokami apsyd. W każdy pukiel architekt wpłatał zalotną kokardę kapliczki.

Wraz z niewieścim kształtem świątynia zyskała wrażliwość, stała się zmysłowa i płochliwa, uczuciowa i niecierpliwa, dumna i nadąsana. To się śmiała i to znów zanosila płaczem, prostowała ramiona wieżyc, modląc się do aniołów, by ją zabrali do nieba i klękała błagając o rozgrzeszenie. A jeszcze innym razem popadała w zadumę, jak zdrażona i odrzucona kochanka. *Sacrum* zbliżyło się do *profanum*.

A może Francuz zaczerpnął swój pomysł na alegorię od anatomów? Bo oni gdy zajrzeli w głębi człowieka, ze zdumieniem odkryli tam...katedrę. Dlatego nazwali ostro wysklepione podniebienie *gotyckim*, a dla jego obramowania wymyślili określenie łuk zębowy – *arcus dentalis*.

Wzdłuż podniebienia przebiega kresa, szew łączący ze sobą parzyste kości szczęki i cienkie, łuskowate blaszki kości podniebiennych. Garb podkreślają fałdy błony śluzowej. Przebiegają one promieniście, ciągną się od wygórowania w kierunku zębów, ale załamują się pod nimi i zawracają; coś im chyba podpowiada, że nie dla nich te białe wierzchołki.

Szczyt podniebienia zdobi brodawka przysieczna; podobna do medalionu wiszącego pod kopułą siekaczy, przypomina o ukrytym wejściu, zworniku na sklepieniu katedry, tajemnicy różokrzyżowców. Rubinowy paciorek strzeże zresztą sekretu, zasłania dół (*fossa incisiva*), pod nim zaczyna się kanał, w którym ukryły się nerwy i tętnice. Czyżby Natura Czująca – *natura loquitur* – przewidziała bójki na różnych ringach i pochowała co cenniejsze detale?

To ona pierwsza zakrzywiła w łuki kości jarzmowe, to ona wybrukowała niecki dla oczu twardymi płytkami kostnymi (tak, jak podłogę w katedrze wykłada się granitem), a u podstawy podniebienia powiesiła migdałki, *są [one] zgrubieniami tkanki limfatycznej* – szydził sobie Michael O. Donnell – *które istnieją wyłącznie w celu zapewnienia wikt, strojów i prywatnej edukacji dzieciom laryngologów*.

Ale pierwszym anatomom migdałki przypominały wrota wyrzeźbione wprawną ręką artysty. Za tymi pąsowymi bramami, pod gotyckim sklepieniem podniebienia, rozpościerał się boski porządek: tasiemcowa nawa jelit, konfesyjonały płuc, tabernakulum wątroby, zakrystia trzustki, baldachim przepony. A na ołtarzu serca dzień za dniem celebrowano mszę życia.

Agnieszka KANIA

Fragment przygotowywanej do druku książki „Krzywy zgryz”



Drodzy Czytelnicy!

Kolejny raz zapraszam was do lektury naszego – tym razem podwójnego – numeru Biuletynu. Starałem się zamieścić trochę lżejsze (ze względu na kanikułę i panujące upały) teksty, ale niestety nie udało mi się całkowicie uciec od szarej rzeczywistości.

Tak więc z jednej strony znajdziecie w Biuletynie bieżące informacje prawne – myślę ważne dla każdego lekarza – z drugiej zaś smaczkowity przepis na szparagi znanego smakosza i kucharza naszego Kolegi z Lublina. Pomiędzy tymi tematami znajdziecie obszernie sprawozdanie z dyskusji nad kondycją ochrony zdrowia w Polsce oraz ocena zmian, jakie się w niej dokonują naszego środowiska. Mam nadzieję, że pogoda będzie sprzyjać lekturze, a zamieszczone w Biuletynie materiały zachęcą Was do jego przewertowania.

Życząc wszystkim spokojnych, radosnych, pełnych odkryć i zaskoczeń wakacji zegniam się do „złotej Polskiej jesieni”.

Jerzy B. LACH



SZPALTA PREZESA

Koleżanki i Koledzy,

Przed nami miesiące wakacyjne i każdy ma już gotowy plan odpoczynku, ale gdzieś tam w tyle głowy pozostają niepokoje związane z pracą. Za nami już warszawska manifestacja lekarzy (OIL reprezentowali młodzi lekarze), protestujących przeciwko niedofinansowaniu publicznej ochrony zdrowia. Jej uczestnicy złożyli Petycję do Władz Rzeczypospolitej Polskiej. Czy będą jakieś wymierne skutki tego protestu? Na razie nic na to nie wskazuje. Co więcej, pojawił się nowy „gorący” temat. 16 maja Sejm RP uchwalił nowelizację ustawy o zmianie ustawy Kodeks Karny i w związku z tym doszło do zmiany treści art. 155 Kodeksu Karnego.

Podwyższa on zagrożenie karne za przestępstwo nieumyślnego spowodowania śmierci z dotychczasowego zakresu od 3 miesięcy do 5 lat pozbawienia wolności i określa je w zakresie od 1 roku do 10 lat pozbawienia wolności. Przepis art. 155 kk znajduje zastosowanie w sprawach dotyczących tzw. błędów medycznych, stąd nowelizacja ustawy wzbudza wśród nas ogromny niepokój. Praca lekarza, to ciągle balansowanie na granicy życia i śmierci pacjentów w walce o to życie. Czy w związku z tym za nieumyślne spowodowanie śmierci pacjenta będziemy karani, jak pospolici przestępcy? Może to spowodować

wiele negatywnych skutków w systemie ochrony zdrowia i zadziałać wręcz odwrotnie do zamierzeń nowelizacji. Lekarze będą unikać działań o podwyższonym ryzyku, może być mniejsze zainteresowanie specjalnościami zabiegowymi czy nawet skutkować nową falą emigracji polskich lekarzy. Naczelna Rada Lekarska na posiedzeniu w dniu 31 maja br. zdecydowanie skrytykowała planowaną nowelizację art. 155 kodeksu (ustawa czeka na podpis Prezydenta RP), a Prezes A. Matyja rozpoczął serię spotkań z przedstawicielami Ministerstwa Sprawiedliwości i Ministerstwa Zdrowia, by przedstawić im nasze zastrzeżenia. W dniu 7 czerwca 2019 r. odbyło się kolejne spotkanie, tym razem z Prezydentem RP Andrzejem Dudą. Przytaczano wszystkie wymienione wyżej argumenty łącznie ze wskazaniem, że kodeksy karne innych państw nie przewidują takiej surowej kary za nieumyślne spowodowanie śmierci. Jakie będą koleje tych poczyną – zobaczymy wkrótce.

Nie zmieni to faktu, że lato przed nami i odpoczywajmy tak, jak lubimy. Życzę Wam mimo wszystko wspólnych urlopów, niezmiennie dobrej pogody i humoru.

Jolanta SMERKOWSKA-MOKRZYCKA

POSIEDZENIE RADY OKRĘGOWEJ

W dniu 22 maja odbyło się kolejne spotkanie Rady Okręgowej, które tradycyjnie prowadziła Prezes Jolanta Smerkowska-Mokrzycka. Rada obradowała nad następującymi problemami:

Przyznanie praw wykonywania zawodu

Do Rady wpłynął wniosek lek. Ewy Gajewskiej o przyznanie prawa wykonywania zawodu po odbytym stażu podyplomowym oraz dwa wnioski o wpisanie na listę członków naszej Izby, w związku z przeniesieniem z innej Izby:

- lek. Rogowska Anna – przeniesienie z Dolnośląskiej Izby Lekarskiej,
- lek. Gajewska Ewa – przeniesienie z Wielkopolskiej Izby Lekarskiej.

Uchwały podjęto jednogłośnie.

Rejestracja podmiotów prowadzących szkolenie podyplomowe lekarzy

Firma OPTIMA MEDYCYNĄ S.A. z siedzibą w Opolu złożyła dwa wnioski:

- o rejestrację w OIL w Opolu, jako podmiot prowadzący szkolenia podyplomowe dla lekarzy i lekarzy dentystów
- jako podmiot szkolący, który przeprowadzi w maju br. na terenie Opolskiej Izby Lekarskiej jednodniowe szkolenie w formie kursów dla lekarzy w zakresie medycyny rodzinnej i nauk pokrewnych.

Po potwierdzeniu spełnienia warunków kształcenia podyplomowego Rada podjęła jednogłośnie uchwały i przyznała 6 pkt. edukacyjnych.

Zmiany w rejestrze indywidualnych praktyk lekarskich

Z rejestru wykreślono 4 praktyki lekarskie – uchwały podjęto jednogłośnie.

Przyznanie świadczeń z Funduszu Samopomocy i dofinansowania imprez sportowych

Lek. dent. Rafał Pędich – Kierownik Chóru Lekarskiego naszej izby „Medicantos” złożył wniosek o dofinansowanie wyjazdu chóru na ogólnopolski przegląd chórów lekarskich w ramach X Kongresu Polonii Medycznej w Gdańsku. Rada przyznała dofinansowanie w wysokości 10.000 zł.

Wyznaczenie przedstawicieli OIL do komisji konkursowych

Brak wniosków.

Rekomendacja w sprawie powołań na konsultantów wojewódzkich



Jednogłośnie zaopiniowano kandydatury na konsultantów wojewódzkich:

- dr n. med. Barbary Radeckiej – na Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie onkologii klinicznej,
- lek. Marcina Pasternoka – na Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie perinatologii,
- lek. Zygmunta Koniecznego – na Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie medycyny paliatywnej.

Podjęcie uchwał w sprawie zwolnienia z opłaty składki członkowskiej

Do Rady wpłynęły dwa wnioski o zwolnienie z opłat składki członkowskiej w związku z nieosiąganiem przychodów – uchwały podjęto jednogłośnie.

Decyzja w sprawie sprzedaży udziału OIL w Spółce April Polska Medbroker Sp. z o.o.

Prezes przedstawiła pismo p. Sławomira Apelskiego, udziałowca spółki April Polska, który wyraził chęć zakupu jednego udziału posiadanego przez Opolską Izbę Lekarską w w/w spółce. Rada, przy dwóch głosach wstrzymujących się, podjęła Uchwałę o sprzedaży akcji.

Sprawozdanie członków Rady z działalności pomiędzy posiedzeniami

Prezes zrelacjonowała spotkanie w Naczelnej Izbie Lekarskiej z dn. 17 maja br., które z okazji 30-lecia odrodzenia Samorządu Lekarskiego poświęcone było przede wszystkim historii tworzenia Izb Lekarskich. W dyskusji zwrócono uwagę na czynny udział w opiniowaniu projektów dotyczących służby zdrowia przez Samorząd Lekarski oraz na małe zaangażowanie młodych lekarzy w prace Samorządu. W spotkaniu uczestniczył również Minister Zdrowia Łukasz Szumowski.

Kol. Smerkowska-Mokrzycka odczytała apel Prezesa NRL Andrzeja Matyji o uczestnictwo w organizowanej w Warszawie 1 czerwca br. manifestacji lekarzy. Ma ona na celu zwrócić uwagę społeczeństwa na zbyt niskie finansowanie ochrony zdrowia i niewywiązywanie się strony rządowej z zapisów Porozumienia Rezydentów z Ministerstwem Zdrowia dnia 8 lutego 2018 r. W manifestacji planowany jest udział lekarzy naszej Izby.

Propozycja finansowania remontu tarasu

Prezes przedstawiła ostateczne oferty dotyczące remontu tarasu Izby. Rada zatwierdziła jedną z ofert. Po głosowaniu przy 10 głosach za, 3 głosach przeciw i 4 gło-

sach wstrzymujących się Rada podjęła uchwałę zobowiązującą Prezes i Skarbnika do podpisania umowy z firmą Grembud.

Sprawy różne i wolne wnioski

Prezes przedstawiło pismo lekarzy neurologów skierowane do Dyrekcji Wojewódzkiego Specjalistycznego Szpitala Neuropsychiatrycznego w Opolu, w którym wyrażają swoje niezadowolenie i brak zgody na proponowaną organizację pracy. Prezes przekazała sprawę kol. Jakubiszynowi do dokładnego przeanalizowania zaistniałych problemów.

Prezes zrelacjonowała spotkanie z lekarzami seniorami z okazji 50-lecia uzyskania dyplomu i jubileuszu 90. lat życia. Spotkanie to uświetnił – tradycyjnie już – Zespół „Camerton” (szczegółowa relacja znajduje się na stronie Izby).

Kol. Adam Bąk omówił sprawy dotyczące kontroli recept refundowanych. Po burzliwej dyskusji członków Rady uznano, iż w najbliższym czasie należy podjąć zdecydowane działania dotyczące tego problemu, a kol. Marek Błaszczuk omówił problemy dotyczące działania POZ na Opolszczyźnie.

Kol. Wiesław Latała zrelacjonował posiedzenie naukowo-szkoleniowe, zorganizowane przez Opolski Oddział PTS w Opolu, które odbyło się dnia 27 kwietnia br. Wykładowcą była dr hab. n. med. Agnieszka Mielczarek – Kierownik Zakładu Stomatologii Zachowawczej i Endodoncji Warszawskiego UM. Wobec wyczerpania programu obrad na tym posiedzeniu zakończono.

Sekretarz ORL

Lek. Małgorzata ŁUSZCZYŃSKA-OSTROWSKA

Prezes ORL

Lek. dent. Jolanta SMERKOWSKA-MOKRZYCKA

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

TERMIN	KIEROWNIK NAUKOWY	TEMAT	MIEJSCE SZKOLENIA
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 Lekarska 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 dentystów specjalizujących się wg modułowych programów specjalizacji	Opolska Izba Lekarska w Opolu, ul. Grunwaldzka 23
6–8.XI.2019 r. środa–piątek	Prof. dr hab. n. med. Teresa Kokot	Prawo medyczne – dla lekarzy/lekarzy dentystów specjalizujących się wg modułowych programów specjalizacji	Opolska Izba Lekarska w Opolu, ul. Grunwaldzka 23

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

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

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

Małgorzata ŁUSZCZYŃSKA-OSTROWSKA

SKŁADKI CZŁONKOWSKIE

Zgodnie z uchwałą Naczelnej Rady Lekarskiej nr 27/14/VII z 5 września 2014 r. z dniem 1 stycznia 2015 r. zmieniła się wysokość składki członkowskiej na rzecz izby lekarskiej.

Uchwała ustala wysokość składki obowiązującej lekarza lub lekarza dentystę, członka okręgowej izby lekarskiej na **60 zł miesięcznie**.

Lekarz/lekarz dentysta posiadający ograniczone prawo wykonywania zawodu (lekarz stażysta) opłaca składkę w wysokości **10 zł miesięcznie**.

Stałe zwolnienie z obowiązku opłacania składki przysługuje lekarzowi, który ukończył 75 lat lub został skreślony z rejestru członków okręgowej izby lekarskiej.

Czasowe zwolnienie z opłacania składki przysługuje lekarzowi, który złożył wniosek wraz z oświadczeniem, że nie osiąga przychodów z tytułu wykonywania zawodu oraz ze źródeł przychodów wymienionych w przepisach o podatku dochodowym od osób fizycznych, z wyłączeniem renty lub emerytury, w rozumieniu przepisów o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych lub ustaw regulujących zaopatrzenie emery-

talne służb mundurowych. Czasowe zwolnienie przysługuje tylko na okres nieosiągania powyżej opisanych przychodów.

Lekarz, który przed wejściem w życie uchwały, miał ustaloną miesięczną wysokość składki na kwotę 10 złotych, opłaca składkę w tej kwocie do czasu nabycia prawa do zwolnienia z obowiązku opłacania składki.

Lekarz, który przed wejściem w życie uchwały, uzyskał prawo do zwolnienia z obowiązku opłacania składki zachowuje prawo do zwolnienia do czasu zaistnienia zdarzenia skutkującego powstaniem obowiązku opłacania składki.

Wszelkie zmiany mające wpływ na wysokość składki członkowskiej należy zgłaszać w izbie lekarskiej w terminie do 30 dni. Zmiany te skutkują od pierwszego dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym ORL podjęła stosowną uchwałę.

Składkę za dany miesiąc opłaca się do końca tego miesiąca lub z dowolnym wyprzedzeniem. Składkę można zapłacić:

- bezpośrednio w biurze OIL w Opolu, ul. Grunwaldzka 23, I piętro pokój nr 5.
- przelewem na konto OIL 541020 3668 0000 5102 0009 8277.
- poprzez pracodawcę, upoważniając dział finansowy jednostki do pobierania z pensji i przelewania comiesięcznej kwoty składki na konto Izby.

Wzory przelewu, upoważnienia oraz formularze podań o zmianę wysokości składki lub o zwolnienie z niej można pobrać ze strony internetowej Opolskiej Izby Lekarskiej: www.izbalekarska.opole.pl. Telefoniczną informację w sprawie składek (wysokości, zaległości, zwolnienia itp.) można uzyskać pod numerem Izby: 77/454-59-39 lub mailem: opole.skladki@hipokrates.org (pani Katarzyna Długosz – Referent d/s Składek).

Pełna treść uchwały w sprawie składki członkowskiej jest dostępna na stronach NIL pod adresem: http://www.nil.org.pl/__data/assets/pdf_file/0008/97262/ru027-14-VII.pdf

NIEPRAWDOPODOBNA ŚMIERĆ CARYCY KATARZYNY WIELKIEJ – ANIMATORKI ROZBIORÓW POLSKI

Ojcem Katarzyny Wielkiej był Christian August von Anhalt-Zerbst z dynastii wywodzącej się od Albrechta Niedźwiedzia panującej w Brandenburgii i Saksonii. Przeszedł on szybką i wielką karierę wojskową od majora, generała, feldmarszałka i komendanta twierdzy szczecińskiej. Ciekawostką jest fakt, że zamieszkiwał na Zamku Piastowskim w Szczecinie. Natomiast jej matką była księżna Joanna Elżbieta Holstein-Gottorp.

Katarzyna urodziła się w Szczecinie w dniu 2 maja 1729 r., jako księżniczka Zofia Fryderyka. Po przejściu na prawosławie w roku 1744 zmieniła imię na Katarzyna, pod którym przeszła do historii.

Jej mężem został Piotr książę holszyński, syn Anny córki cara Piotra I, siostrzeniec carycy Elżbiety II również córki Piotra I. Był on chorowity, słaby, bardzo chudy i niezbyt inteligentny, ponieważ zaniedbano jego wykształcenie. Jeszcze przed ślubem przeszedł bardzo ciężko ospę, która pozostawiła znaczne zmiany na jego twarzy (tzw. dzioby ospowe) i pozbawiła go włosów, dlatego też nosił perukę. Był więc bardzo nieatrakcyjny.

W przeciwieństwie do niego Katarzyna była piękną i bardzo inteligentną kobietą. Władza ojczyzym językiem niemieckim oraz perfekcyjnie francuskim. Mimo wszystko doszło do małżeństwa, ślub Katarzyny i Piotra odbył się w roku 1745. Małżeństwo długo było nie konsumowane, ponieważ Piotr miał stulejkę, która uniemożliwiała mu współżycie płciowe.

Tymczasem u carycy Elżbiety w roku 1749 zdiagnozowano raka. Wówczas – dowiadując się o defekcie Pio-

tra i marząc o następcy tronu – caryca Elżbieta zdecydowała się na tzw. „ojca zastępczego dla Katarzyny”. Niestety dwie pierwsze ciąży Katarzyna poroniła. Dopiero trzecia w roku 1754 zakończyła się sukcesem i porodem upragnionego syna, któremu nadano imię Paweł. Oczywiście jego ojcem nie był Piotr. Elżbieta uwielbiała wnuka.

Katarzyna miała niespożyty temperament seksualny i niezliczoną liczbę kochanków. Należał do nich m. in. pracujący jako sekretarz ówczesnego ambasadora Anglii w Rosji Stanisław Poniatowski liczący zaledwie dwadzieścia dwa lata. Kiedy się poznali Katarzyna miała dwadzieścia trzy lata. W dniu 9 grudnia 1757 r. Katarzyna urodziła córkę, której ojcem był Stanisław Poniatowski. Otrzymała ona imię Anna, niestety zmarła w drugim roku życia. Burzliwa miłość Katarzyny i Stanisława Poniatowskiego trwała kilka lat i zakończyła się wyniesieniem Stanisława Poniatowskiego na tron Polski przy wsparciu wojsk rosyjskich.

Caryca Elżbieta II zmarła 25 grudnia 1761 r. z powodu choroby nowotworowej, a tron carski objął jej syn Piotr III, który bardzo szybko zraził do siebie wojsko, jak również cerkiew. Nakazał bowiem usunięcie wszystkich ikon, z wyjątkiem tych przedstawiających Chrystusa i Matkę Boską, popom zaś kazał zgolić brody. Nic więc dziwnego, że w końcu z inicjatywy Katarzyny, Piotra III aresztowano i uduszono.



Katarzyna mogła objąć w pełni władzę. Jej uroczysta koronacja miała miejsce we wrześniu 1762 r. W historii otrzymała przydomek Wielkiej, ponieważ wprowadziła w Rosji wiele reform, m. in. sekularyzację, na mocy której cerkwie i klasztorzy zostały przejęte przez państwo wraz z ich majątkami. W dziedzinie zdrowia wprowadziła szczepienia przeciwko ospie, w której w młodości chorował jej mąż Piotr, wybudowała największy sierotnec w Europie z tzw. „okienkiem życia”, w którym kobiety mogły pozostawić niechciane dzieci. Założyła również pierwsze w Europie kolegium medyczne kształcące kadry medyczne, dzięki czemu umieralność niemowląt w Rosji była znacznie mniejsza aniżeli we Francji czy Anglii, nie mówiąc już o Polsce. Nie mniej rządy Katarzyny miały charakter zdecydowanie despotyczny. Szczególnie pogorszył się los chłopów całkowicie poddanych szlachcie.

Do najbardziej znanych kochanków Katarzyny należał Grzegorz Potiomkin, którego mianowała generałem. Był on wielkim reformatorem armii i floty, inicjatorem przyłączenia Krymu do Rosji, głównodowodzącym w wojnie rosyjsko-tureckiej w latach 1787–91 (vide film „Szarża lekkiej brygady”), wreszcie stłumił powstanie kozackie Pugaczowa.

Po stłumieniu Powstania Kościuszkowskiego, zdobyciu Warszawy i tzw. „Rzezi Pragi” przez Suworowa Katarzyna doprowadziła do ostatecznego rozbioru Polski, zaś ostatni król Polski Stanisław August Poniatowski po abdykacji znalazł się w Rosji.

Współżycie z licznymi kochankami doprowadziło w końcu do zakażenia Katarzyny syfilisem, z którego leczona była przez kilka miesięcy, ale ponownie po wyleczeniu podjęła współżycie z kolejnymi kochankami, którzy tym razem przechodzili tzw. „sprawdziany”. Przed śmiercią Katarzyna planowała osadzenie na tronie nie swojego syna Pawła, lecz niezwykle ukochanego wnuka Aleksandra, ale ten zamiar się nie udał.



Katarzyna Wielka

Katarzyna Wielka zmarła w dniu 17 listopada 1796 r. w nieprawdopodobnych okolicznościach. Kiedy siadała na sedesie nadziała się na ostrze ukryte w wyścielanym siedzeniu pałacowej ubikacji. Nie ustalono nigdy kto tego dokonał. Katarzyna Wielka liczyła w dniu śmierci sześćdziesiąt osiem lat. Panowała jako caryca Rosji przez trzydzieści lat.

PS W podobny sposób w toalecie został zamordowany król francuski Henryk III, który uprzednio przez rok panował w Polsce jako Henryk Walezy.

Prof. Janusz KUBICKI

CO PISZĄ INNI

UDA SIĘ ODPOLITYCZNIĆ OCHRONĘ ZDROWIA?

60 sesji w pięciu blokach tematycznych, ok. 400 prelegentów, kilka wydarzeń towarzyszących, około 3 tysięcy gości – tak, w największym skrócie, można podsumować IV Kongres Wyzwań Zdrowotnych (Health Challenges Congress – HCC), który 7 i 8 marca 2019 r. odbywał się w Międzynarodowym Centrum Kongresowym w Katowicach.

Już po raz czwarty podczas HCC w Katowicach spotkali się wybitni specjaliści reprezentujący kilkanaście dyscyplin medycznych, a także przedstawiciele świata nauki, polityki, administracji państwowej i samorządowej, organizacji pozarządowych – w tym zrzeszających pacjentów – oraz gospodarki, biznesu, przemysłu farmaceutycznego, finansów.

Agenda tegorocznego kongresu objęła chyba najbardziej gorące ostatnio tematy w ochronie zdrowia, w tym problemy dotyczące braków kadrowych czy wynagrodzeń – zarówno pracowników medycznych, jak i niemedycznych. Po raz pierwszy w trakcie HCC odbyły się osobne sesje dotyczące opieki pielęgniarstwa, ratownictwa medycznego i medycyny pracy. Nowością była też formuła otwartych sesji i wykładów, na które drugiego dnia kongresu, 8 marca, zaproszeni zostali mieszkańcy woj. śląskiego.

Kongresowi – organizowanemu przez Grupę PTWP SA, wydawcę portalu i magazynu Rynek Zdrowia – po raz pierwszy towarzyszyła w tym roku konferencja „Nowe Tech-

nologie w Schorzeniach Sercowo-Naczyniowych” (NTEC), a także konkurs Start-Up-Med, w którym wyróżnione zostały nowatorskie rozwiązania w zakresie technologii medycznych. Zgłoszone start-upy oceniło grono ekspertów, wśród których znaleźli się m.in. znakomici klinicyści, naukowcy, przedstawiciele Ministerstwa Zdrowia, Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, Narodowego Centrum Badań i Rozwoju, liderzy krajowego przemysłu medycznego.

7 marca, podczas Gali IV Kongresu Wyzwań Zdrowotnych, poznaliśmy też laureatów drugiej edycji konkursu „Zdrowy Samorząd”, organizowanego przez redakcję Portalu Samorządowego i Rynku Zdrowia. Otrzymaliśmy aż 179 programów zdrowotnych z 82 samorządów. Zostały ocenione przez ekspertów z Rady Konsultacyjnej oraz w głosowaniu czytelników Portalu Samorządowego i Rynku Zdrowia.

Kongres Wyzwań Zdrowotnych zainaugurowała sesja „Główne kierunki rozwoju systemu opieki zdrowotnej w Polsce” z udziałem ministra zdrowia Łukasza Szumowskiego i prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia **Andrzeja Jacy-ny**. W dyskusji uczestniczyli także:

- **Prof. Piotr Czauderna**, kierownik Kliniki Chirurgii i Urologii Dzieci i Młodzieży, Gdański Uniwersytet Medyczny, koordynator Sekcji Ochrony Zdrowia w Narodowej Radzie Rozwoju przy Prezydencie RP,
- **Dr Małgorzata Gałazka-Sobotka**, dyrektor Instytutu Zarządzania w Ochronie Zdrowia, Uczelnia Łazarskiego, zastępca przewodniczącego rady NFZ,
- **Posel Lida Gadek**, sejmowa komisja zdrowia,
- **Prof. Tomasz Hryniewiecki**, dyrektor Instytutu Kardiologii im. Prymasa Tysiąclecia Stefana Kardynała Wyszyńskiego w Warszawie,
- **Dr Jacek Kozakiewicz**, wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej,
- **Dr Jacek Krajewski**, prezes Federacji Porozumienie Zielonogórskie,
- **Stanisław Maćkowiak**, prezes Federacji Pacjentów Polskich,
- **Zofia Małas**, prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych,
- **Anna Rutkiewicz**, prezes Grupy Lux Med, prezes Pracodawców Medycyny Prywatnej.

Poprawa systemu opieki długoterminowej w Polsce, premiowanie jakości świadczeń, ściślejsza współpraca NFZ z ZUS, ocenianie efektów reform pod kątem dostępności świadczeń, informatyzacja i odbiurokratyzowanie ochrony zdrowia – to tylko wybrane wyzwania stojące przed polską ochroną zdrowia, o których mówili uczestnicy sesji inauguracyjnej. – *Ocena efektywności i jakości jest kluczowa. Ale dopóki nie będziemy mieli informatyzacji, rejestrów – które byłyby powszechne, do których dostęp będzie miał pacjent – dopóty dostępność będzie liczona wyłącznie jako dostępność do usługi* – podkreślił minister zdrowia Łukasz Szumowski.

Szumowski o głównych i realnych wyzwaniach

– *Co jest kluczowe w przyszłej kadencji? Oczywiście ciągłość. Ale przede wszystkim ocena efektów, która wiąże się m.in. z dostępnością. Jeżeli popatrzymy z perspektywy pacjenta, wolałbym mieć jedną operację, ale skuteczną, niż dostęp do kilku* – mówił minister Łukasz Szumowski.

Dodał, że dostępność trzeba definiować z punktu widzenia pacjenta. Według Szumowskiego to „prawo do tego, by mieć dobrą jakość leczenia w rozsądnym terminie”. – *Myszę, że przy zwiększonych nakładach, informatyzacji, ocenie efektów – jest to realne* – zaznaczył.

– *Drugim punktem jest zdefiniowanie triady: ambulatorium-hospitalizacja-opieka długoterminowa. Jest ona w tej chwili zaburzona i powinna pójść w kierunku opieki ambulatoryjnej, wzmocnienia opieki długoterminowej. Hospitalizacja powinna być najdłuższym, ale najrzadziej wykorzystywanym ogniwem. To pozwoli na racjonalizację i czasu pacjenta, i środków* – tłumaczył.

Minister zdrowia, zapytany o to, czy nie ma ryzyka opóźnień w dojściu do 6% PKB na zdrowie w roku 2024, odpowiedział, że zaskakuje go taka dyskusja. Przypomniał, że to pierwsza taka ustawa i żaden poprzedni rząd nie zdecydował się na tego typu krok.

– *I nagle wszyscy mówią – to źle. Przypominam, że wydajemy więcej pieniędzy na zdrowie, niż zakłada metodologia ustawy. W tej chwili to blisko 4,9% PKB, a nie 4,86* – skonstatował.

Opieka długoterminowa do poprawy

– *System opieki długoterminowej w Polsce wymaga zdecydowanej poprawy, szczególnie wobec postępującego starzenia się społeczeństwa* – podkreślił szef resortu zdrowia. Zaznaczył, że to jedno z najpilniejszych wyzwań na najbliższe lata.

Jak zauważał, jest coraz więcej sukcesów w medycynie naprawczej, w związku z tym coraz więcej pacjentów będzie pacjentami przewlekłymi. – *Mamy większe możliwości ratowania ludzkiego życia, ale wyzwaniem pozostaje później utrzymanie pacjentów w dobrostanie, w możliwie najlepszym zdrowiu. Prawdopodobnie w niedługiej przyszłości osoby w wieku powyżej 60 lat będą stanowić jedną trzecią społeczeństwa* – mówił.

– *Musimy się do tego przygotować i zmienić sposób myślenia, ale też starać się zmienić system* – zastrzegł Szumowski. Uściślił, że wzrost liczby osób potrzebujących opieki wymaga przenikania się pomocy medycznej, społecznej i socjalnej. – *Szpitala, które powinny być ukierunkowane na medycynę „ostrą”, pełnią również rolę zakładów, gdzie pacjenci długoterminowi przebywają przez dni, tygodnie, miesiące. To też powinno być docelowo zmienione, ale tego oczywiście nie można zmienić w sposób gwałtowny. To musi być proces ewolucyjny* – zaznaczył minister zdrowia.

Ściślejsza współpraca NFZ z ZUS

– *Narodowy Fundusz Zdrowia będzie współpracował z Zakładem Ubezpieczeń Społecznych, tworząc wspólne*

programy – poinformował prezes NFZ Andrzej Jacyna. – *Chcemy, żeby to były programy i świadczenia, otrzymywane najpierw z NFZ, a później z ZUS, KRUS czy PFRON, w zakresie na przykład rehabilitacji czy wyrobów medycznych – powiedział Jacyna.*

Podkreślił, że ustalenie zasad współpracy tych instytucji powinno zakończyć się w pierwszej połowie 2019 r. – *Dzisiaj brakuje wiedzy o działaniach po obu stronach. Chcemy to skoordynować – zaznaczył.*

Prawdopodobnie pierwszym obszarem współpracy będzie rehabilitacja po zawale serca. – *Uruchomimy tę ścieżkę ZUS-owską jako kontynuację terapii, szczególnie rehabilitacji rozpoczętej ze środków NFZ. Pacjent będzie przechodził na dalsze etapy leczenia w jednostkach finansowanych przez ZUS – wyjaśnił Andrzej Jacyna.*

Lepsze wyceny, ale i ograniczanie świadczeń

– *Jak mamy za mało kadry, a z tym jest główny problem, jak mamy nieduże środki finansowe, to musimy iść w kierunku ograniczenia miejsc udzielania świadczeń tam, gdzie nie jest to potrzebne – powiedział prezes NFZ. Dodał, że „wkrótce ma zostać uruchomiona część rezerwy na nowe wyceny świadczeń” (została uruchomiona pod koniec marca – red.). Jacyna był pytany o wysoką w ostatnim czasie aktywność szpitali powiatowych. – Czy rzeczywiście będą zamykane z powodów finansowych, czy może dyrektorzy blefują?*

– *Jest już wiadome, że będą regulacje wycen świadczeń od 1 stycznia. Uda nam się uruchomić część rezerwy na ten cel i pieniądze dotrą do oddziałów wojewódzkich. Jest w tej sprawie decyzja ministra finansów. Przygotowujemy projekt zarządzenia (ukazało się 28 marca 2019 r. – red.) – zapowiedział szef NFZ.*

Dodał, że zakłada, iż nie będzie to ostatnia regulacja wycen w tym roku. – *O możliwościach na drugie półrocze będziemy rozmawiać w zależności od tego, jak zakończymy rok finansowy, jakie pojawią się nadwyżki do wykorzystania – sprecyzował.*

Jacyna zapytany o to, czy „system pochłonie każde pieniądze, jeśli nie zmienimy struktury łóżek, oddziałów”, mówił: – *Dzisiaj zakładamy, że szpitale powiatowe zaczną współpracować ze sobą tam, gdzie jest to możliwe, gdzie odległość na to pozwala. Chodzi o naprzemienne dyżury ostre i tępe w dwóch sąsiednich szpitalach. Do tej pory była to raczej konkurencja – zaznaczał.*

Wyjaśnił, że „trzeba tworzyć drogę do zmiany tych łóżek, które obecnie są ostre, często niewykorzystane, bez obłożenia, na łóżka długoterminowe, których nieustająco brakuje”. – *I to też zmiana w wycenach, którą proponujemy pewnie od 1 lipca – poinformował.*

Liczmy koszty pośrednie

– *Osiągnęlibyśmy znacznie więcej, gdybyśmy połączyli 85 mld zł z budżetu NFZ z 30 mld, które wydajemy na pokrycie kosztów związanych z niezdolnością do pracy z powodu choroby – powiedziała dr Małgorzata Gałązka-Sobotka z Uczel-*

ni Łazarskiego, dyrektor Instytut Zarządzania w Ochronie Zdrowia, zastępca przewodniczącego rady NFZ.

Zwróciła też uwagę na znaczenie kosztów pośrednich w ochronie zdrowia. – *To podejście (uwzględnianie kosztów pośrednich – red.) zmaterializowałoby się pod warunkiem, że będziemy mierzyć efekty zdrowotne. – Można je mierzyć kosztami pośrednimi; można mierzyć tym, na ile inwestycje w świadczenia przekładają się na szybszy powrót do zdrowia – wyjaśniła i dodała, że koszty pośrednie są doskonałym miernikiem efektywności ochrony zdrowia.*

– *Metodologia kosztów pośrednich jest znana na świecie. Jest tylko kwestia wyboru metody. Ja jestem na początek za prostą metodą uwzględniającą koszty po stronie NFZ oraz koszty pokrywane przez ZUS i koszty utraty produktywności z tytułu choroby. Trudno liczyć inne koszty związane np. z opiekunami – wyjaśniła. – Uznajmy tę zawężoną metodologię jako obowiązującą i zastosujmy do alokacji środków i do oceny tego, czy informatyzacja, standaryzacja i koordynacja przynoszą spodziewane efekty – powiedziała dr Gałązka-Sobotka.*

Jak zaznaczyła, mamy na to dowody. Jako przykład podała znaczenie kosztów pośrednich w przypadku stwardnienia rozsianego. – *Okazuje się, że inwestycje polegające na rozszerzeniu dostępu do nowoczesnych terapii i zwiększeniu opieki nad pacjentami z SM przyniosły rezultaty w postaci spadku kosztów pośrednich – zdecydowanie mniej osób jest na rencie, zdecydowanie więcej pracuje – przekonywała ekspertka.*

Minister zdrowia w randze wicepremiera?

– *Minister zdrowia ma być niezależny i ma być w randze wicepremiera. Nie powinien chodzić do ministra finansów i prosić o pieniądze – mówiła posłanka Lidia Gadek z sejmowej komisji zdrowia.*

– *Żaden minister nie ma czarodziejskiej różdżki i nie rozwiąże od razu problemu zadłużenia w ochronie zdrowia. Jeżeli przygotujemy długofalową strategię, o której od dawna wszyscy mówią, to sytuacja się poprawi – przekonywała Gadek.*

Jej zdaniem, żeby odciążyć finansowo szpitale, konieczne jest stworzenie długofalowej strategii w zakresie zdrowia publicznego, rozszerzenie kompetencji lekarza rodzinnego i AOS oraz zwiększenie nacisku na rehabilitację ambulatoryjną. – *Ustawa, która mówi, że obciążenia finansowe szpitali mają brać na swoje barki samorządy powiatowe, jest skandaliczna – wskazywała posłanka. Jak stwierdziła, wszystkie doświadczenia kumulują się w jednym postulacie – odpolitycznieniu ochrony zdrowia. – Priorytetem zaś powinna być jakość świadczeń, jakość opieki nad pacjentem i koordynacja – podsumowała.*

Eksperci: starzeją się kadry, brakuje synergii

– *Problem starzenia się społeczeństwa dotyczy również kadry medycznej – wskazywał wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej, dr Jacek Kozakiewicz. Dodał, że 51% polskich lekarzy jest w wieku emerytalnym i konieczne jest odciąż-*

zenie tej grupy zawodowej od obowiązków niezwiązanych bezpośrednio z leczeniem pacjenta. – *Tym bardziej że dramatycznie odczuwany jest deficyt lekarzy. Potrzebne są nowe zawody medyczne wspomagające ich pracę* – zauważył.

Powiedział, że z perspektywy samorządu lekarskiego głównym zadaniem jest stworzenie strategicznego, wieloletniego planu i „wyjęcie” opieki zdrowotnej z przetargu politycznego.

– *Jeżeli tego nie zrobimy i będziemy oceniać system zdrowia z perspektywy żaby – od wyborów do wyborów – niczego nie osiągniemy.*

Anna Rulkiewicz, prezes zarządu Grupy Lux Med, wskazywała, że jest „wiele sposobów na zwiększenie finansowania” ochrony zdrowia – oprócz środków publicznych. – Były różne pomysły – podatek cukrowy, od wyrobów tytoniowych i alkoholu. Od lat mówimy o też dodatkowych ubezpieczeniach – przypomniała.

Odniosła się do możliwości partnerstwa publiczno-prywatnego w sektorze zdrowia: – *Dzisiaj jest konkurencja między sektorem publicznym a prywatnym, nie ma kooperacji i efektu synergii* – podsumowała.

Kończy się „pielęgniarski” kryzys?

Jak z kolei wskazywała Zofia Małas, prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, w ostatnim czasie zauważalny jest duży wzrost zainteresowania zawodem pielęgniarki. – *W tej chwili mamy w Polsce 235 tys. pracujących pielęgniarek i 28 tys. pracujących położnych. „Za chwilę” przybędzie nam 5 tys. absolwentów. W ciągu trzech lat, poprzez bardzo intensywne działania, udało nam się odwrócić negatywny trend, polegający na odchodzeniu absolwentek od zawodu lub wykonywania go poza granicami Polski* – stwierdziła prezes Małas.

Prof. Piotr Czauderna, szef Kliniki Chirurgii i Urologii Dzieci i Młodzieży Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego, koordynator Sekcji Ochrony Zdrowia w Narodowej Radzie Rozwoju przy Prezydencie RP wskazał, że trzeba pamiętać nie tylko o długofalowej strategii, ale także o połączeniu jej z perspektywą finansową UE. Zaznaczył, że niezmiennie istotne jest też odejście od kosztownych hospitalizacji na rzecz ambulatoryjnej opieki i hospitalizacji jednodniowych.

Nie zapominajmy o opiece domowej

Jacek Krajewski, prezes Federacji Porozumienie Zielonogórskie, nawiązywał do systemowych relacji między podstawową opieką zdrowotną, ambulatoryjną opieką specjalistyczną a szpitalnictwem, a także pomiędzy systemem ochrony zdrowia a opieką społeczną.

– *Niestety, często powodem powrotu pacjenta do szpitala nie jest poważny problem zdrowotny, ale to, że – z różnych powodów – nie może liczyć na opiekę w warunkach domowych. Chodzi o zwykłe podanie leków, pomoc w potrzebach fizjologicznych i codziennych czynnościach. Jeżeli nadal wyobrażamy sobie model POZ jako zespół składający się z lekarza, pielęgniarki i położnej, to mówimy o opiece nad oso-*

bami chorymi, podobnie jak w przypadku korzystania ze świadczeń AOS lub gdy np. pacjent trafia do szpitala z kartą informacyjną. Ale to jest tylko część systemu opieki – zaznaczył Jacek Krajewski.

Przypominał też założenia dokumentu „Akademia Zdrowia 2030”, który kilka lat temu przygotowało kilkunastu ekspertów pod auspicjami Pracodawców RP. – *W tym dokumencie w jasny sposób zarekomendowano połączenie co najmniej dwóch resortów: zdrowia oraz rodziny, pracy i polityki społecznej. Taka propozycja opracowana została, między innymi, właśnie z myślą o wsparciu opieki domowej* – podkreślał prezes Federacji Porozumienie Zielonogórskie.

Jego zdaniem właśnie dobrze zorganizowana i prowadzona opieka w warunkach domowych może stać się kluczowym elementem w rozwiązaniu problemów wynikających z nadmiernej liczby, nierzadko zbytecznych, hospitalizacji w Polsce. – *Formy tej domowej opieki mogą być bardzo różne. Pamiętajmy, że osobami niepełnosprawnymi, starszymi, często z wielochorobowością, zazwyczaj opiekują się bliscy, rodzina, czyli zwykle osoby w wieku produkcyjnym. Stąd konieczność zbudowania całego systemu wsparcia społecznego dla tych osób, w tym szerszego wprowadzenia do systemu zawodu opiekuna domowego* – konkludował Jacek Krajewski.

Jak zapętnić lukę pokoleniową

Z kolei prof. Tomasz Hryniewicz, dyrektor Instytutu Kardiologii w Warszawie, odniósł się do 30 problemów kardiologicznych w ochronie zdrowia. W tym kontekście przypomniał główne wnioski czwartej konferencji w ramach debaty „Wspólnie dla Zdrowia”, która 17 stycznia 2019 r. odbyła się w Lublinie i dotyczyła roli kadr w systemie ochrony zdrowia. Nad programem lubelskiej konferencji pracowały trzy zespoły ekspertów. Każdy z nich przygotował swoją sesję, opracowując materiał do dyskusji. Po konferencji każdy z tych zespołów przygotował raport dotyczący danej grupy zagadnień.

– *Pierwszy zespół zajmował się kwestiami dotyczącymi kształcenia przed- i podyplomowego kadr medycznych. Drugi zespół przygotował tematykę obejmującą nowe zawody w medycynie, w tym ich rolę i miejsce w systemie opieki zdrowotnej. Trzeci zespół opracował zagadnienia sesji poświęconej wynagrodzeniom w ochronie zdrowie – wyliczał prof. Hryniewicz, który był liderem lubelskiej konferencji (jest członkiem Rady Społecznej Debaty „Wspólnie dla Zdrowia”).*

– *Rekomendacje oraz wnioski z lubelskiej konferencji nie są rewolucyjne, ale ważne jest, aby zostały wdrożone. Przede wszystkim należy zmodyfikować, poprawić oraz uprościć kształcenie przeddyplomowe. Być może należałoby je skrócić, aby ścieżka do osiągnięcia zawodowej samodzielności lekarzy nie była tak długa, jak obecnie* – powiedział dyrektor Instytutu Kardiologii w Warszawie.

– *Jeżeli chodzi o kształcenie podyplomowe, wszyscy eksperci biorący udział w lubelskiej konferencji byli zgodni co do tego, że konieczne są ułatwienia w zakresie zdobywa-*

nia nowych kwalifikacji zawodowych i specjalizacji lekarskich. Ważne jest także, abyśmy znacznie lepiej niż dotychczas wykorzystywali w systemie opieki zdrowotnej potencjał absolwentów zdrowia publicznego. Być może właśnie wśród tej grupy dobrze wykształconych osób powinniśmy rekrutować asystentów medycznych – wskazywał prof. Tomasz Hryniewiecki.

Przypomnijmy, że – zgodnie z zapowiedziami resortu zdrowia – asystenci medyczni mają odciążyć lekarzy m.in. w czynnościach typowo administracyjnych.

Konieczna jest ciągłość zmian

Czy pacjenci wierzą w to, że liczne debaty, dyskusje ekspertów oraz zapowiedzi decydentów zaowocują w najbliższych kilku latach istotną poprawą efektywności systemu ochrony zdrowia w Polsce, w tym zwiększeniem dostępu do skutecznych terapii? Na to pytanie podczas sesji inauguracyjnej IV Kongres Wyzwań Zdrowotnych odpowiadał Stanisław Maćkowiak, prezes Federacji Pacjentów Polskich.

– Nie osiągniemy w systemie opieki zdrowotnej oczekiwanych celów bez woli politycznej i konsekwentnie realizowanej długofalowej strategii – bez względu na zmieniające się ekipy rządzące – zaznaczył prezes Maćkowiak.

– Tak, wierzę, że jest to możliwe. Wydaje się, że obecnie wdrażane zmiany w funkcjonowaniu m.in. podstawowej opieki zdrowotnej i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej generalnie zmierzają w dobrym kierunku. Jednak warunkiem ostatecznego powodzenia reform jest ich logiczna ciągłość, bez względu na zawirowania polityczne – podsumował Stanisław Maćkowiak.

JW, RR, WOK

NAJWAŻNIEJSZE WNIOSKI Z DEBATY OTWIERAJĄCEJ IV KONGRES WYZWAŃ ZDROWOTNYCH

Uczestnicy sesji inauguracyjnej IV Kongres Wyzwań Zdrowotnych byli zgodni w kilku poniższych kwestiach, istotnych dla przyszłości systemu opieki zdrowotnej w naszym kraju:

- Polskiej ochronie zdrowia nadal brakuje długofalowej, 15–20-letniej strategii, w tym wprowadzenia stabilnego mechanizmu realnego zwiększania środków finansowych. Dotychczas w tej materii poruszaliśmy się od wyborów do wyborów. To trzeba zmienić.
- Jeżeli uznajemy, że system opieki zdrowotnej jest jedną z najważniejszych przestrzeni życia społecznego, to sfera ta wymaga szczególnej troski, a nie może być przedmiotem gry politycznej. Dlatego konieczne jest wyjęcie ochrony zdrowia z bieżącego politycznego przetargu.
- Konieczna jest ściślejsza współpraca NFZ z ZUS oraz wspólna i spójna polityka w zakresie ochrony zdrowia oraz opieki społecznej.
- Należy zdecydowanie poprawić system opieki długoterminowej.
- Poprawa funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej wymaga wprowadzenia narzędzi umożliwiających skuteczną koordynację świadczeń oraz premiowanie ich jakości.
- Niezbędne są zmiany w kształceniu kadr medycznych (przed- i podyplomowym). Głównym celem tych zmian jest skrócenie ścieżki do osiągnięcia zawodowej samodzielności lekarzy.
- Ważne jest odbiurokratyzowanie medycyny, aby personel medyczny miał czas przede wszystkim dla pacjentów, a nie tracił go na „papierologię”.

(przedruk z „Rynku Zdrowia” nr 2/19)

NOWOTWÓR: SWÓJ CZY OBCY?

O immunoterapii w onkologii

Ostatnie lata to w onkologii szczególnie interesujący okres. Można mówić o przełomie w leczeniu wielu najcięższych nowotworów, w tym zaawansowanego czerniaka czy raka płuc. I choć wciąż nie wszystkim chorym można pomóc, to rośnie liczba pacjentów, którym udaje się zapewnić przeżycie z chorobą liczone w latach, a nie miesiącach. Na czym polega ów przełom? Komu go zawdzięczamy? Czego spodziewamy się w kolejnych latach?

Nagrodą Nobla w dziedzinie fizjologii lub medycyny w 2018 r. zostali uhonorowani naukowcy James P. Allison z USA i Tasuku Honjo z Japonii, którzy niezależnie badali reakcje układu odporności na obecność nowotworu. Nobel „za odkrycie terapii przeciwnowotworowej poprzez hamowanie negatywnej regulacji immunologicznej” to ukoronowanie ostatnich 7 lat „rewolucji” inhibitorów punktów kontrolnych w onkologii. Przeczucie naukowców, że przewlekłe pobudzenie przez nowotwór receptorów CTLA-4 czy PD-1 może prowadzić do trwałego zahamowania limfocytów i anergii układu odpor-

ności w obszarze zajmowanym przez chorobę, było na tyle trafne, że doprowadziło w konsekwencji do rejestracji oddziałujących na nie leków.

Immunoterapia w onkologii to pojęcie bardzo obszerne. Upraszczając, można wydzielić kilka rodzajów terapii:

- leki celowane (białka, głównie przeciwciała, które łączą się z konkretnym miejscem w komórce nowotworowej i wywołują w niej efekt hamujący lub toksyczny), np. trastuzumab, imatynib;
- szczepionki przeciwnowotworowe (antygeny charakterystyczne dla nowotworu podawane pacjentowi, aby wywołać przeciwnowotworową odpowiedź immunologiczną) samodzielnie nie sprawdziły się, ale za sprawą poniższych prawdopodobnie czeka je renesans;
- inhibitory punktów kontrolnych (ang. CPI – przeciwciała, których zadaniem jest odblokowywanie zahamowanej przez nowotwór odporności), np. ipilimumab, niwolumab, atezolizumab;

- chimeryczne receptory antygenowe (ang. CARs – technologia przyszłości, która polega na pobraniu limfocytów konkretnego pacjenta, ich modyfikacji na nowotworowych „zabójców” i ponownym wprowadzeniu do krwiobiegu).

Przez całe stulecia „leków na raka” poszukiwano po omacku. Obecnie postęp technik molekularnych i zrozumienie wielu mechanizmów odporności pozwoliły na projektowanie terapii dopasowanych do biologii choroby, a nawet „szytych na miarę” konkretnego pacjenta, jak wspomniane CARs. Za pierwszy lek celowany w onkologii uważa się imatynib, który już w 2001 r. zrewolucjonizował leczenie ostrej białaczki szpikowej Ph(+). XXI wiek to epoka rozkwitu inhibitorów kinaz, przeciwciał monoklonalnych i terapii personalizowanej.

Dlaczego od lat strategia leczenia nowotworów była nastawiona na niszczenie, hamowanie, blokowanie? Zwykło się myśleć o raku jak o obcym – czymś, co przychodzi z zewnątrz. Tymczasem wszystko, czego trzeba do jego wystąpienia i progresji, znajduje się w ludzkim organizmie. I choć najczęściej zapalnikiem choroby jest jakiś czynnik zewnętrzny (palenie tytoniu, azbest, promieniowanie X, wirusy onkogenne, nadmiar czerwonego mięsa i wiele innych), to wiemy dziś, że nieodzownym elementem karcynogenezy jest kolaboracja z układem immunologicznym chorego. Wydaje się to szokujące, ale bliższa prawdzie jest analogia raka do płodu rozwijającego się w macicy niż do atakującego z zewnątrz monstrum. Tym większe zdumienie budzi fakt, że układ odporności jest w stanie w czasie ciąży uchronić przed zniszczeniem obce dla matki DNA dziecka, a z ogromną skutecznością zwalcza wszelkie przejawy nowotworzenia. Ale nie zawsze się to udaje.

U zdrowego człowieka w każdej sekundzie życia w czasie replikacji DNA dochodzi do mutacji, a w konsekwencji powstawania komórek potencjalnie nowotworowych. Większość błędów jest na bieżąco naprawiana, gros wadliwych komórek samoistnie obumiera na drodze apoptozy, część jest wykrywana jako obce przez białe krwinki i aktywnie zwalczana – ta ważna aktywność odporności to de facto nasza wrodzona immunoterapia nowotworów.

Jedynie drobny odsetek zmutowanych komórek potrafi wymknąć się spod kontroli strażnikom genomu i w sprzyjających okolicznościach spowodować powstanie choroby. W jej progresji kluczowa wydaje się zdolność nowotworu do „oszukiwania” limfocytów. Wykorzystuje naturalny receptorowy mechanizm hamowania nadmiernej odpowiedzi immunologicznej, produkując substancje, które pozwalają usnąć „czujność” komórek T. W normalnych warunkach immunosupresyjna aktywność wspomnianych „noblowskich” receptorów pozwala zapobiec m.in. chorobom z autoagresji. Czasem jednak wycisza odporność w czasie inwazji raka. Przywracanie naturalnej reakcji immunologicznej umożliwia nam, on-

kologom, zahamowanie postępu nawet zaawansowanej choroby. Już dziś dostępne są w Polsce (choć w ograniczonym zakresie) inhibitory punktów kontrolnych w postaci dożylnych wlewów w terapii czerniaka, raka nerki czy płuca, które przebiły skutecznością dotychczasowe leki.

Co więcej, okazuje się, że sprzymierzeńcem immunoterapii jest także chemioterapia i radioterapia. Nie wspominając o chirurgii, która pozostaje złotym standardem leczenia większości guzów litych. Zauważono na przykład, że pacjenci poddani wcześniej radioterapii guza lub przerzutu lepiej odpowiadają na immunoterapię. Prawdopodobnie w czasie rozpadu ujawniana jest pula ukrytych wewnątrz guza antygenów, które mogą być skutecznie „namierzone” przez reaktywowane komórki odporności.

Nie ma róży bez kolców. Konsekwencją przełomu jest nie tylko więcej wyleczeń (w tym całkowitych), ale też szereg nieznanych wcześniej działań niepożądanych, ogromny wzrost kosztów finansowych oraz wiele nowych obowiązków dla lekarzy. Współczesny onkolog, aby dobrze zarządzać szeregiem powikłań nowoczesnej terapii, powinien mieć solidną wiedzę kardiologiczną, endokrynologiczną, reumatologiczną, neurologiczną, nefrologiczną, gastrologiczną, pulmonologiczną, a nawet dermatologiczną, nie mówiąc już o medycynie paliatywnej i podstawach immunologii. Do czołowych tematów omawianych na onkologicznych zjazdach należy m.in. kardiotoxyczność terapii raka piersi, zarządzanie powikłaniami skórnymi u pacjentów leczonych na raka płuca czy jelita grubego lekami celowanymi czy zaskakujące, toczniopodobne objawy w czasie terapii inhibitorami punktów kontrolnych. I nie tylko bezpieczeństwo aktywnie leczonych pacjentów spędza lekarzom sen z powiek. Brak refundacji w Polsce większości nowoczesnych terapii to narastający problem, który sprawia, że wiele Polek i Polaków, którzy mogliby być efektywnie leczeni, nie otrzymuje optymalnej pomocy. Ratunkiem dla wąskiej grupy chorych jest udział w badaniach klinicznych czy pomoc fundacji. Jednak już na całym świecie mówi się o „toksyczności finansowej” terapii onkologicznej, gdy pacjenci z własnej kieszeni finansują zakup leków za dziesiątki i setki tysięcy.

Gdy pacjent pyta mnie o przyczynę nowotworu, który się u niego rozwinął, nigdy nie jest to prosta odpowiedź. Ale zachęcam wtedy, by nie spoglądać w przeszłość, ale zebrać w sobie siłę i skierować wzrok ku przyszłości. Tam czekają na nas i te małe, i te wielkie onkologiczne sukcesy.

Lek. Mateusz MALIK

Lekarz Oddziału Klinicznego Onkologii i Immunoonkologii w Warmińsko-Mazurskim Centrum Onkologii SP ZOZ MSWiA; autor jest redaktorem naczelnym portalu lekarzy i studentów medycyny www.MedFor.me.

(przedruk z Biuletynu Warmińsko-Mazurskiej Okręgowej Izby Lekarskiej nr 5/19)

JAK OCENIAMY ZMIANY W OCHRONIE ZDROWIA W 2018 R.

Na stronie Naczelnej Izby Lekarskiej można znaleźć wyniki ankiety przeprowadzonej na próbie 1286 lekarzy i lekarzy dentystów, a dotyczące m.in.: oceny wprowadzenia sieci szpitali, przepisów o zarobkach rezydentów i specjalistów, obowiązku wystawiania elektronicznych zwolnień czy propozycji wprowadzenia zapisu o obowiązkach pacjentów. Trzy pytania dotyczyły ogólnej oceny kondycji zdrowotnej samych lekarzy.

Jak wynika z ankiety, wprowadzenie sieci szpitali wpłynęło w istotny sposób na pracę tylko 13% lekarzy i 2% lekarzy dentystów. Największy wpływ sieć miała oczywiście na lekarzy pracujących w szpitalach (20%), najmniejszy – na pracowników gabinetów niespecjalistycznych (1%). Dwie trzecie badanych, którzy zauważyli wpływ sieci na warunki swojej pracy, ocenia go jako negatywny.

Wprowadzenie przepisów o możliwości uzyskania wyższego wynagrodzenia przez lekarzy rezydentów zdecydowanie negatywnie oceniło około 15% respondentów, pozytywnie zaś – 66% lekarzy i 48% lekarzy dentystów. Jest to o tyle znamienne, że lekarze dentyści – rezydenci nie mogą z tej możliwości korzystać. Najwyższy odsetek (70%) zadowolonych z tego rozwiązania jest wśród lekarzy do 36 r. ż., co wynika zapewne z faktu, że średni wiek ukończenia w Polsce pierwszej specjalizacji to aż 37 lat.

Jeśli chodzi o zapisy regulujące uzyskanie wyższego wynagrodzenia przez lekarzy specjalistów, to uzyskały one relatywnie niski odsetek poparcia – wyniósł on 61% wśród lekarzy i 54% wśród lekarzy dentystów. Zapisy dotyczące zarobków lekarzy specjalistów były oceniane dość podobnie wśród przedstawicieli różnych specjalności lekarskich.

Poraża natomiast skala poparcia (99%) dla proponowanych przez Rzecznika Praw Pacjenta oraz NRL zmian w przepisach prawnych o obowiązkach poszanowania przez pacjentów praw i godności osobistej personelu medycznego. Zgodnie z opinią autorów ankiety, postulat ten może być zatem traktowany jako głos całego środowiska. Propozycję NRL o nałożeniu obowiązku informowania o braku możliwości stawienia się na umówioną wizytę przez pacjenta poparło 97% respondentów, a 89% – wprowadzenie zapisu o możliwości odstąpienia przez lekarza od dalszego udzielania świadczeń, w przypadku uporczywego naruszania przez pacjenta jego obowiązków (oczywiście, jeśli nie zagrozi to bezpośrednio jego/jej życiu lub zdrowiu). Lekarze i lekarze dentyści chcieliby też wprowadzenia obowiązku respektowania przez pacjenta

porządku udzielania świadczeń zdrowotnych (87%) oraz realizacji zaleceń wymaganych do prawidłowego przebiegu procesu diagnostycznego lub terapeutycznego przez pacjenta (89%). Ogółem 87% respondentów poparło możliwość wypisania pacjenta z kolejki, a 81% – obowiązek udzielania osobom wykonującym zawód medyczny informacji o swoim stanie zdrowia przez pacjentów.

Większe różnice między obydwojema zawodami zarysowały się w odpowiedziach dotyczących stosowania recept elektronicznych. Z 11% do 15% wśród lekarzy oraz z 2% do 7% wśród lekarzy dentystów wzrósł – w porównaniu z poprzednimi badaniami – odsetek respondentów wystawiających zwolnienia tylko w formie elektronicznej. Wzrósł też odsetek osób niewystawiających zwolnień w ogóle: z 17% do 21% wśród lekarzy i z 52% do 69% wśród lekarzy dentystów. Jednocześnie odnotowano istotny spadek odsetka osób wystawiających zwolnienia wyłącznie w formie papierowej, zarówno wśród lekarzy (z 52% do 26%), jak i wśród dentystów (z 42% do 18%).

Analiza czynników stanowiących poważne utrudnienia w wykonywaniu zawodu również ujawniła spore rozbieżności postrzeganych problemów. Mianowicie dla lekarzy największym problemem okazał się być poziom finansowania przez NFZ udzielanych świadczeń (71% respondentów) oraz zbyt niska liczba lekarzy (53%) i pielęgniarek (50%) w głównym miejscu pracy. Dla lekarzy dentystów większą bolączką niż dla lekarzy jest niemożność uzyskania specjalizacji w dziedzinie, która jest dla nich najbardziej atrakcyjna oraz niemożność realizacji obowiązku doskonalenia zawodowego. Warunki pracy pogorszyły się w 2018 r. dla 36% lekarzy i 33% lekarzy dentystów.

Napawające optymizmem są natomiast wyniki ankiety dotyczącej samooceny zdrowia lekarzy. Dobrze ocenia swoje zdrowie aż 74% ankietowanych, chociaż jednocześnie 46% osób przyznaje, że ma długotrwałe problemy zdrowotne lub choroby przewlekłe. W 4% przypadków problemy te powodowały ograniczoną zdolność wykonywania czynności, jakie zwykle osoby by te wykonują.

Podsumowując, wyniki ankiety zgodne są z powszechnymi odczuciami i opiniami lekarzy i lekarzy dentystów.

Patrycja PROC
Źródło: www.nil.org.pl

(przedruk z „Panaceum” nr 6/19)

DO 30 PROCENT W 10 LAT

Problem nie jest nowy. Powraca teraz ze wzmożoną mocą, generuje dyskusję, w której nie ma zgody na wszystkie proponowane rozwiązania. Trzy lata temu w Polsce ok. 40% ciąż kończyło się cesarskim cięciem, dwa lata później już ponad 45%. Według czasopisma „The Lancet” na świecie od 2000 do 2015 r. ta statystyka wykazała tendencję wzrostu z 12,1% do 21,1%. Od 1 stycznia 2019 r. w Polsce obowiązuje nowy standard organizacyjny opieki okołoporodowej (D. U. z 11 września 2018 r., poz. 1756).

W 2016 r. ówczesny minister zdrowia – Konstanty Radziwiłł w wywiadzie dla Polskiego Radia mówił, że tendencja do wykonywania cesarskiego cięcia na życzenie jest zła, zarazem negatywnie oceniana przez Światową Organizację Zdrowia (WHO). Są kobiety, mówił, które uważają, iż jest ono bezpieczniejsze od porodu naturalnego, a to nieprawda, bo kiedy poród może odbyć się w sposób naturalny, wtedy ryzyko dla dziecka i matki jest mniejsze.

Wkrótce pracujący przy ministrze specjalny zespół przedstawił rozwiązania systemowe mające na celu zmniejszenie liczby cesarskich cięć. W ślad za nim, w rozporządzeniu ministra, określone zostały standardy opieki okołoporodowej. Powstały one, aby zapewnić jak najlepszy stan zdrowia matki i dziecka, przy ograniczeniu do minimum interwencji medycznych: nacięcia krocza, cięcia cesarskiego, podania noworodkowi mleka modyfikowanego. Zarazem określone zostały zalecane zakresy świadczeń profilaktycznych, badań diagnostycznych i konsultacji medycznych wykonywanych u kobiet w ciąży.

W 2018 r. przedstawione zostały zmodyfikowane rekomendacje. Tym razem są one bardziej konkretne. I tak w ciągu 10 lat odsetek cesarek ma być ograniczony do 30%. Ministerstwo Zdrowia zaproponowało: przywrócenie jakości opieki trójstopniowej, kierowanie pacjentek po przebytym cesarskim cięciu do ośrodków o II i III stopniu referencyjności, upowszechnienie znieczulenia zewnątrzoponowego, przygotowywanie planu porodu wraz ze specjalistą prowadzącym ciążę, zadbanie o wyrównanie braków kadrowych i zapewnienie rodzącej właściwej opieki ze strony personelu medycznego, edukację rodzących i personelu medycznego, upowszechnienie próby podjęcia porodu naturalnego u pacjentek po przebytym cesarskim cięciu (VBAC), bardziej kompleksową ocenę wewnątrzmacicznego zagrożenia płodu, przeniesienie decyzyjności o sposobie zakończenia ciąży na lekarza prowadzącego poród, a nie lekarza prowadzącego ciążę.

Według Ministerstwa Zdrowia ma to prowadzić do minimalizowania cięć na życzenie. Równocześnie resort proponuje zmianę formy zgód i formularzy podpisywanych przez rodzące. Wyrażane zgody mają dokładnie

i wyczerpująco informować o możliwych komplikacjach (bliższych i dalszych) zarówno u matki, jak i u dziecka.

W internecie rozgorzała dyskusja. Nie brakowało w niej głosów wielu kobiet, które uważają, że państwo nie powinno regulować, a już tym bardziej ograniczać ich prawa i swobodnego dostępu do cesarki. Wszak to suwerenna decyzja uzgadniana z personelem medycznym. Współbrzmi to z opinią WHO, której zdaniem działania powinny być odwrotne. Zamiast dążenia do określonego wskaźnika, tworzenie warunków dostępności dla każdej kobiety, u której jest potrzeba takiej operacji.

W piśmie skierowanym przez Joannę Pietrusiewicz, prezes Fundacji Rodzić po Ludzku, do ministra zdrowia Łukasza Szumowskiego, czytamy m.in.: „*Wiele postulatów zawartych w wypracowanych rekomendacjach jest pożądanymi i mamy nadzieję, że przyniosą pozytywny skutek. Z tego względu należy korzystnie ocenić przywrócenie zasad trójstopniowej opieki w Polsce oraz rekomendacje kierowania kobiet po przebytej operacji cesarskiego cięcia do szpitali o II i III stopniu referencyjności. Pozytywnie oceniamy zalecenia dla osób sprawujących opiekę opracowywania wraz z kobietą planu porodu, choć jest to przecież obowiązujące prawo. (...) Czekamy na nowe wytyczne Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego – zgodne z najnowszymi badaniami naukowymi. Na pozytywną ocenę zasługuje także rekomendacja stosowania próby porodu naturalnego u pacjentek po przebytym cesarskim cięciu. (...)*

Niestety, niektóre rekomendacje Zespołu budzą nasze poważne zaniepokojenie. Największe zastrzeżenia mamy do zapisu dotyczącego sukcesywnego obniżania wskaźnika cesarskich cięć – w tym osiąganie rocznego obniżenia wskaźnika średnio o 2%. Światowa Organizacja Zdrowia zwraca uwagę, że celem powinno być dłożenie wszelkich starań, aby cesarskie cięcie dostępne było dla wszystkich kobiet, które go potrzebują, a nie dążenie do osiągnięcia określonych wyników. Opracowanie sztywnych norm dotyczących wskaźników cesarskich cięć w Polsce może skutkować zagrożeniem bezpieczeństwa medycznego. W Polsce prawie połowa ciąż prowadzonych jest w prywatnych gabinetach. Istnieje zatem ryzyko, że prywatne pacjentki będą inaczej traktowane, niż te, które z takiej opieki nie korzystają. Takie sytuacje mają miejsce, potwierdza to ostatni monitoring oddziałów położniczych przeprowadzony przez Fundację w 2018 roku. (...)

Niekorzystnie oceniamy również zapis dotyczący kwalifikacji do cesarskiego cięcia poprzez lekarza odpowiadającego za poród. Może to wpłynąć bardzo negatywnie na poczucie bezpieczeństwa kobiet i wywołać społeczne oburzenie. Chcemy zwrócić uwagę, że opieka w Polsce jest bardzo zróżnicowana, szpitale różnią się od siebie sposobem sprawowania opieki, poziomem wdrożenia Standar-

dów Opieki Okołoporodowej, dostępnością do znieczulenia zewnątrzoponowego, a także stosunkiem do kobiet. W wielu placówkach kobieta może urodzić «po ludzku» z poszanowaniem jej podmiotowości i potrzeb, ale są też placówki, w których dochodzi do wielu nadużyć, a czasami wręcz przemocy».

W końcowej części pisma prezes fundacji stwierdziła: „Podsumowując, rekomendacje związane z dążeniem do określonego rocznie wskaźnika cesarskich cięć oceniamy

bardzo negatywnie i uważamy, że wpłynie to niekorzystnie na sytuację kobiet w okresie okołoporodowym, pogłębi lęk związany ze zdrowiem ich oraz dziecka. Podobnie negatywnie oceniamy rekomendację dotyczącą decyzji związanej z kwalifikacją do cesarskiego cięcia, w tym wykluczenia decyzji lekarza sprawującego opiekę nad kobietą».

Andrzej PIECHOCKI

(przedruk z biuletynu Wielkopolskiej Izby Lekarskiej nr 6/19)

FORUM ZAWODÓW ZAUFANIA PUBLICZNEGO

ALERT FAŁSZYWIE POZYTYWNY

Na jesień tego roku zaplanowane jest w Krakowie kolejne, ogólnopolskie spotkanie Forum Samorządów Zawodów Zaufania Publicznego, w kwestiach wymagających specjalnego podejścia, od zdrowia, przez prawo, po podatki. Postanowiono, że jednym z najważniejszych punktów programu jesiennego spotkania będzie konferencja teoretyczno-programowa dotycząca obrotu tajemnicy zawodowej tych zawodów, która jest podstawowym prawem nie tylko lekarza, adwokata czy doradcy podatkowego, ale przecież także pacjenta, klienta czy podśladnego.

Decyzja podjęta została przez krakowskie Forum, w którym, zgodnie z rotacyjnymi zasadami, od dziekana Okręgowej Rady Adwokackiej Pawła Gierasa przewodnictwo przejęła Barbara Jękot, prezes Okręgowej Rady Aptekarskiej.

Szczególnie silne wsparcie konferencji zapowiedziały, w imieniu swych organizacji, Sylwia Jankiewicz – prezes Rady Izby Notarialnej w Krakowie, i Justyna Zajac-Wysocka – wiceprzewodnicząca Zarządu Małopolskiego Oddziału Krajowej Izby Doradców Podatkowych.

Być może wynika to z faktu, że oba te środowiska dotknięte zostały ostatnimi czasy szczególnie płodną twórczością władz w dziedzinie prawa „powielaczowego”. Tak zwane rozporządzenia wykonawcze nie tylko wychodzą poza literę ustaw przyjętych przez Sejm, ale często pozostają z tą „literą” w wyraźnej sprzeczności. Oczywiście, można wyjaśniać, że są to próby doskonalenia niedoskonałych przepisów przyjmowanych przez Sejm i Senat. Zwłaszcza że wykonują one swe zadania w warunkach urągających zasadom bezpieczeństwa i higieny pracy, w nocy, w żenująco szybkim tempie. Przy okazji nazbyt często owa niechlujność służy podejrzanemu rozszerzaniu kompetencji urzędów.

Klinicznym przykładem legislacyjnego bezhołowania może być obowiązująca od 9 lutego, wprowadzona zgodnie z prawem unijnym procedura, mająca eliminować z aptek fałszywe leki. Służyć mają temu specjalne oznakowania serii leków i skanery do ich odczytywania. Przepisy te wprowadzone zostały u nas bez żadnego vacatio

legis, a w rezultacie zdarza się, że lek, który pojawił się na półce w aptece, sprawdzany skanerem daje nagłe „alert fałszywie pozytywny”. Tym samym nie wiadomo, czy go utylizować, czy szukać wyjaśnienia w firmie producenci, u hurtownika czy w ministerstwie. Warto przy tym pamiętać, że rocznie w Polsce wydaje się nawet do 700 mln opakowań leków!

– Zdumiewa dowolność interpretacji różnych przepisów, jaką stosują urzędy przerzucając odpowiedzialność na obywatela – zauważył reprezentujący środowisko lekarskie dr Jerzy Friediger. – W zasadzie, przy każdym tego rodzaju „alercie fałszywie pozytywnym”, powinniśmy zawiadamiać policję bądź prokuraturę, bo przecież lek może być fałszywy! Zalew zgłoszeń w takich sprawach zmusiłby twórców prawa do głębszego zastanowienia się nad powstającymi przepisami. Tymczasem znamy ustawy, które były nowelizowane podczas kilku miesięcy od chwili uchwalenia nawet 7 razy! – zauważył.

Innym przykładem niechlujstwa legislacyjnego jest sposób wejścia w życie, z dniem 1 stycznia 2019 r., nowej ordynacji podatkowej, która formalnie ma na celu wdrożenie dyrektywy europejskiej dotyczącej raportowania podatków transgranicznych, a tymczasem dotyka też podatków firm krajowych. Zmianie ulega 15 paragrafów, do których ministerstwo wysmażyło 102 strony objaśnień, niekiedy znacząco rozszerzających zakres przepisów, a nawet w części z nimi sprzecznych! Raportować mają doradcy podatkowi, a zatem uchylono tu zasadę tajemnicy zawodowej. W dodatku prawo to ma działać wstecz, bo zażądano raportów za rok ubiegły! Jasno sformułowano tylko jedno – drakońskie kary za niedopełnienie obowiązków.

Kolejny przykład to dowolna interpretacja zapisów dotyczących „osoby najbliższej” przy darowiźnie. Siostra darczyńcy to, zgodnie z prawem, „osoba najbliższa”, więc z podatku od np. darowanego mieszkania jest zwolniona. Gdyby natomiast wpadła na pomysł ofiarowania tego mieszkania swemu dziecku, może być podejrzana o przeprowadzenie bezprawnej optymalizacji podatko-

wej, zwłaszcza że siostrzenica czy siostrzeniec już wobec pierwotnego właściciela „osobą najbliższą” nie jest.

Tolerancja dla naginania prawa przez urzędy i legislacyjnego niechlujstwa, a także dla łamania podstawowych praw obywateli, jakim jest tajemnica zawodowa pracowników Zawodów Zaufania Publicznego, jest pochodną bierności i głębokich podziałów w społeczeństwie. Wszelkim narzucanym przez politykę, sztucznym podziałom trzeba przeciwstawiać się możliwie najskuteczniej. A takim krokiem jest właśnie propozycja jesiennej debaty na proponowanym ogólnopolskim spotkaniu przedstawicieli

Forum w Krakowie. Potrzebne są też mniej spektakularne kroki, dowodzące wspólnoty interesów obywateli, jak np. zataczająca szerokie kręgi zbiórka podpisów pod inicjatywą ustawodawczą w sprawie obowiązku szczepień.

Zebranie w tej sprawie 100 tysięcy podpisów powinno być rzeczą banalną, skoro – jak zauważył dr Friediger – samych lekarzy jest w Polsce 180 tysięcy. Byłoby tylko znów nie dała o sobie znać ta nieszczęsna społeczna bierność!

Filip RATKOWSKI

(przedruk z „Galicyskiej Gazety Lekarskiej” nr 2/19)

MYŚLIMY NON STOP

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

Myślenie świadczy o inteligencji. Pozwala zaplanować, przewidzieć i przeciwdziałać trudnościom. Rozpatrywanie spraw z wielu różnych punktów widzenia ułatwia podejmowanie dobrych decyzji. To wszystko prawda. Nasz umysł jest fantastycznym narzędziem potęgowania sprawczości i rozwijania kompetencji poznawczych. Jednak wszystko w nadmiarze może być szkodliwe.

Myślimy cały czas. Także wtedy, gdy o tym nie wiemy i nie rejestrujemy tego faktu w świadomości. Praktykowanie uważności pozwala nam to zauważyć. I czasami bardzo się zdziwić intensywnością i jakością tych myśli.

Nawyk czarnowidztwa i katastrofizowania

Nasze mózgi, które ewoluowały tak, by jako gatunkowi pomóc przetrwać, są nastawione na wyszukiwanie zagrożeń. Cały czas skanują rzeczywistość pod kątem tego, co czyha, co zagraża, co nam szkodzi, choćby tylko potencjalnie. W psychologii nazywa się to inklinacją negatywną. To ważny mechanizm gwarantujący przeżycie, jednak utrudniający odczuwanie dobrostanu i zadowolenia. Bo na doznawanie szczęścia musimy zaprogramować się sami. Nasze życie toczy się tam, gdzie kieruje się nasza uwaga. I jakość naszego życia zależy od tego, co jest w polu naszej uwagi i jaki mamy do tego stosunek. Inaczej rzecz ujmując – od tego, jak interpretujemy, a nawet projektujemy rzeczywistość. Czy coś jest dla nas wyzwaniem czy problemem? Bazujemy na zamartwianiu się czy zaufaniu? Więcej w nas otwartości czy blokad na nowe? Lubimy postępować według utartych założeń, niezależnie od sytuacji, czy dostosowujemy metody do tego, co się wydarza właśnie w tej chwili?

W stresie zawęża się pole widzenia i zmniejsza jasność postrzegania sytuacji. Umysł działa na skróty, często po-

siłkując się inklinacją negatywną, aby chronić się przed tym, co trudne. Przywołuje wtedy typowe wzorce: „muśzę więcej – a nie mam już siły”, „trzeba szybciej – a znowu nie potrafię”, „nie dam rady – nie jestem wystarczająco dobry”, „gdybym wcześniej się za to zabrał, to może...”, „gdybym nie był takim pechowcem...”, „a teraz będzie tylko gorzej...”, „jestem do niczego...”, „inni są lepsi”. Ten typowy dla stresu sztywny sposób myślenia osłabia siłę woli, obniża odporność, inicjatywę i motywację. Wkręca w nastrój odrętwienia i zniechęcenia.

Z krytycznym myślotokiem można uważnie sobie radzić

Zacznijmy od tego, że nie jesteśmy naszymi myślami. Możemy natomiast myśli obserwować – zauważać z jaką częstotliwością napływają, jakie tematy są naszym stałym refrenem – i... przepuszczać je przez umysł bez zbędnego zatrzymywania. Traktować myśli jak chmury na niebie naszej świadomości. Zamiast tkwić w ich treściach czy obrazach – uwolnić się spod ich wpływu przez zadanie sobie pytań skłaniających do pogłębionej refleksji.

- Czy to, co myślę, to prawda? Jakie są na to dowody?
- Czy te myśli pomagają mi w osiągnięciu celu w życiu?
- Jak się czuję i reaguję, jak traktuję siebie i innych, gdy wierzę w tę myśl?
- Co by myślał ktoś mniej ode mnie uwikłany w tę sytuację?
- Co będę myśleć o tej sytuacji jutro, za miesiąc, za rok?
- Co najgorszego może się zdarzyć i na ile to jest prawdopodobne?
- Czy kiedyś poradziłam sobie w takiej sytuacji? Jak?
- Co bym w podobnej sytuacji powiedziała przyjacielowi, by mu pomóc?
- Co w takiej sytuacji powiedziałby mi przyjaciel?
- Czy jest coś, co uważam za bardzo ważne i co potrafię przypomnieć sobie w tej sytuacji, by nabrać odwagi i pewności siebie?

Wolność od tyranii jałowych myśli

Wyswobodzenie się z presji perfekcjonizmu czy pośpiechu nakręcanego w głowie jest możliwe. Wystarczy

stworzyć świadomą przestrzeń na obserwację tego chaosu w umyśle. Tylko jeśli wiemy, co się w nas dzieje, możemy to kontrolować. W końcu nie zapraszaliśmy tych myśli i nie musimy im ulegać. Czasami to naprawdę przypadkowi goście mentalni, a nie fakty. Jeśli przestaniemy im wierzyć, zabierzemy im moc wprawiania nas w zły nastrój. A to wiele zmienia. Pojawia się wolność i ulga.

W kolejnym artykule opowiem o tym, jak nasze myśli wpływają na emocje. Co się dzieje z naszym samopoczuciem, gdy bezrefleksyjnie poddajemy się myślom. Do jakich zasobów mamy wtedy dostęp, a do jakich już nie. I dlatego tak obawiamy się niektórych emocji będących częścią wyposażenia naszych ludzkich organizmów. I wreszcie – co zrobić, gdy solidnie utkniemy w trudnej emocji.

Statystyka mówi, że:

- codziennie towarzyszy nam około 60 tys. myśli, a 80% z nich to myśli negatywne,
- około 95% myśli, jakie przychodzą nam do głowy dziś, to mniej więcej te same, które towarzyszyły nam wczoraj, przedwczoraj i dzień wcześniej,

- jeśli nie zmienimy swojego sposobu myślenia, będziemy codziennie narażeni na 45 tys. negatywnych myśli (utrwalenie niepokoju może prowadzić do depresji, złości, agresji, etc.).

Dorota WOJTCZAK

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 leczenia depresji 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; współtworzy zespół Domu Uważności – bydgoski ośrodek psychoterapii i rozwoju osobistego. Zrealizowała kilkanaście 8-tygodniowych otwartych kursów redukcji stresu MBSR, w których udział brali także lekarze i psychoterapeuci.

(przedruk z „Primum” nr 6/19)

(NIE)SOLIDNY PACJENT

Problem niestawiania się na wizyty i nieinformowania o tym wcześniej pracowników placówki leczniczej, dotyczy około 40% pacjentów umawiających się na wizytę. Trudno jest walczyć z tym zjawiskiem, jako że w polskim społeczeństwie istnieje głębokie przeświadczenie o obowiązkach lekarzy wobec pacjentów, ale nie ma świadomości, co do obowiązków pacjentów wobec lekarzy.

Pacjenci zdają się nie rozumieć, że niestawianie się na wizyty w gabinetach, zwłaszcza stomatologicznych – prywatnych, rujnuje dzienny plan pracy lekarza dentystry, przyczynia się do powstawania niepotrzebnych komplikacji w leczeniu i uniemożliwia wizytę innym. Uważa się, że w skali kraju nieodwoływanie wizyt przez pacjentów, może generować znaczące straty w zarobkach lekarzy i lekarzy dentystrów, jak i milionowe straty środków publicznych przeznaczonych przez NFZ na leczenie. Blokowanie miejsc przez niestawiających się ostatecznie na wizytę pacjentów, w warunkach publicznej służby zdrowia powoduje również sztuczne wydłużanie się kolejek oczekujących latami na leczenie chorych.

W odpowiedzi na ten problem i z inicjatywy lekarza stomatologa – Marcina Krufczyka z grupy dentysta.eu, powstał portal „Solidny Pacjent”. Założenie portalu jest banalnie proste; po zarejestrowaniu się do systemu, lekarz lub lekarz dentysta ma możliwość dodawania numerów telefonu niesolidnych pacjentów, zamawiających i niestawiających się na umówione wizyty. Dzięki temu tworzy się baza danych, która umożliwia sprawdzenia, czy właściciel numeru, dokonujący rezerwacji telefonicz-

nej, nie nadużył już cierpliwości w innych placówkach. Każdy numer telefonu może być oceniony w skali od 1–3 punktów. Przy tym autorzy mają dobrze przemyślaną strategię RODO, o której można przeczytać na stronie, tak aby zachować wszelkie zasady ochrony danych.

Z ankiety portalu dentysta.eu wynika, że najmniej solidni są pacjenci w wieku 19–25 lat, najbardziej słowni są natomiast pacjenci w wieku 70+ oraz w wieku 26–39 lat. Częściej na wizyty nie stawiają się i nie informują o swoich zamiarach kobiety niż mężczyźni.

Aby zwiększyć siłę nacisku na wdrożenie praktyki zgłaszania się na umówioną wcześniej wizytę lub przynajmniej nawyk odwołania wizyty, pacjent nie może się na nią zgłosić, autorzy strony nagrali piosenkę pt. „Solidny pacjent”, która może być wysyłana do nierzetelnego pacjenta. Z drugiej strony portal umożliwia szybkie odnalezienie numeru telefonu danej placówki, w celu potwierdzenia lub odwołania swojej wizyty, a także przyjmuje zgłaszanie dotyczące „opóźnień” w przyjęciach do wybranej poradni.

Strona zbiera również środki na rozwinięcie Elektronicznego Centrum Rejestracji Pacjenta (ECRP), panelu pozwalającego tzw. świadczeniobiorcom rejestrację online na wizytę do wybranej placówki, która przystąpi do programu. Dzięki wirtualnej rejestracji pacjent będzie mógł również online sprawdzić, jak długie jest realne oczekiwanie na wizytę w danym miejscu. Na razie portal działa na zasadach non profit.

Patrycja PROC

(przedruk z „Panaceum” nr 6/19)

SZPARAGOWE MAŁE SZALEŃSTWO

Zgodnie z porą roku proponuję poświęcić „naszą nowalijkę”. Dlaczego, zapytacie, „naszą”? Wszak rzecz będzie o... szparagach? Otóż tak, Drodzy Czytelnicy, jesteśmy jednym z czołowych producentów i eksporterów szparagów w Europie. Szparagi uchodziły za szczególny przysmak już u... Rzymian. Sama nazwa wywodzi się jednak od greckiego słowa „asparagus”, czyli młody pęd. Z Włoch szparagi wyruszyły potem na podbój Europy i na przełomie XVIII w. dotarły wreszcie do Polski. I wtedy uchodziły za rarytas. Dzisiaj w sezonie można je już kupić po kilka złotych za pęczek. Warto, bo są źródłem kwasu foliowego, witaminy A, witamin z grupy B, witaminy C oraz wapnia i błonnika. Zawierają także duże ilości glutationu. Poza tym są niskokaloryczne: 100 g to tylko 18 kcal. Najbardziej popularne są szparagi białe, które swój kolor zawdzięczają uprawie w specjalnych kopcach. I takich właśnie dzisiaj użyjemy w naszej kuchni.

Jak poznać, że kupowane szparagi są świeże? Po przełamaniu powinny być sprężyste i powinien wręcz tryskać z nich sok. Ocierane jeden o drugi wydają również charakterystyczne „skrzypienie”. Oczywiście możemy je kupić kilka dni wcześniej przed przygotowaniem dania, ale wtedy polecam je przechować w lodówce, przed schowaniem warto skropić je wodą i owinąć w wilgotną szmatkę lub folię spożywczą. Białe szparagi myjemy pod bieżącą wodą. Przed włożeniem do gotowania należy odciąć lekko zdrewniałe końcówki (ok. 2–3 cm). Następnie obrać. Trzeba chwycić szparag przy miękkiej główce (bez zdejmowania z niej skórki) i obierać wzdłuż warzywa, najlepiej obieraczką do ziemniaków „na leżąco”. Następnie wiążujemy je bawełnianą nitką i w garnku ustawiamy je pionowo tak, aby delikatne główki wystawały ponad poziom wody – będą się gotowały na parze. Jeżeli gotujemy szparagi jako osobne danie, wstawiamy je do gotującej się wody – tak, jak w naszym przypadku. Oczywiście

wodę delikatnie solimy i dodajemy płaską łyżeczkę cukru. Białe szparagi gotujemy nieco dłużej od zielonych, czyli przez 12–15 minut. Mimo że najbardziej popularne są szparagi serwowane pod beszamelem lub z sosem holenderskim, to ja dzisiaj proponuję małe szparagowe szaleństwo...

Składniki:

- 1 pęczek białych szparagów,
- 4 łydgi selera naciowego,
- 30 dag wędzonego i gotowanego boczku,
- 200 g startego sera długo dojrzewającego (np. typu Bursztyn),
- ¼ łyżeczki świeżo zmielonego czarnego pieprzu,
- ½ łyżeczki pieprzu cytrynowego,
- ½ łyżki oliwy lub masła klarowanego.

Wykonanie:

Szparagi, po obraniu, gotujemy na półtwardo, czyli ok. 7 min. Wcześniej kroimy seler na ok. 0,5 cm paski w poprzek liści i zasypujemy pieprzem oraz zalewamy roztopionym masłem lub oliwą i odstawiamy na pół godziny. W tym czasie boczek kroimy na grube plastry i obsmażamy na suchej patelni na złoty kolor z każdej strony. Ser ścieramy na tarce o drobnych oczkach. W naczyniu żaroodpornym układamy ostrożnie warstwę szparagów, kładziemy na nią boczek, posypujemy selerem naciowym. Wszystko pokrywamy warstwą startego sera. Wkładamy do rozgrzanego do 180°C piekarnika i zapiekamy z termoobiegiem ok. 15 min. Serwujemy z białym winem.

PS. Wegetarianie mogą zastąpić boczek tofu pokrojonym w plastry i obsmażonym na klarowanym maśle z dodatkiem czarnuszki. Smacznego!

Dariusz HANKIEWICZ

(przedruk z „Medicusa” nr 5/19)

MEDYCYNĄ PO DYPLomie

MUZYKOTERAPIA W PROCESIE LECZENIA PACJENTÓW

Muzyka od początków dziejów ludzkości towarzyszyła medycynie. Ślady korzystania z leczniczej funkcji muzykoterapii można odnaleźć nawet w Biblii. W Starym Testamencie można odnaleźć fragment, gdzie Dawid grał na harfie w celu ujarzmenienia złych duchów nękających Samuela (w rzeczywistości cierpiącego na depresję). Rytuały muzyczno-taneczne towarzyszyły wielu uroczystościom plemiennym, a w późniejszym okresie wszelkie obrzędy lecznicze, zawierające elementy muzykoterapii, wykorzystywane były w leczeniu zaburzeń zarówno

psychicznych, jak i somatycznych. Pionierem muzykoterapii był C. Howard, mieszkający ówczynie w Londynie, który zaczął stosować łagodną, uspokajającą muzykę w leczeniu swoich pacjentów, zauważywszy jej terapeutyczny wpływ. Muzyka była wykorzystywana również w latach 40. XX w. w leczeniu żołnierzy, którzy zostali ranni podczas walk w czasie II wojny światowej. Dopiero po tym okresie zaczęto powszechnie uznawać muzykę za środek terapeutyczny, co przyczyniło się powstania zawodu muzykoterapeuty. Pierwszą jednostką uczącą

tego zawodu był Uniwersytet Michigan, który od 1994 r. kształci muzykoterapeutów. W Polsce rozwój muzykoterapii przypadł na lata 50. XX w., kiedy to A. Demianowski opisał zastosowanie muzykoterapii w nerwicy. Zauważył, że odpowiednio dobraną muzyką można wpływać na nastrój chorych oraz rozładowanie napięcia emocjonalnego i w efekcie wywołanie odprężenia. Zaś H. Gaetner stwierdził, że muzyka ma wpływ na obniżenie ciśnienia tętniczego krwi.

Muzykoterapia w ujęciu Światowej Federacji Muzykoterapii jest formą psychoterapii, w której muzyka oraz jej elementy są wykorzystywane przez terapeutę oraz pacjenta (lub grupę pacjentów) w procesie, który ma na celu rozwój wewnętrznego potencjału chorego oraz odbudowę jego funkcji w taki sposób, aby mógł on uzyskać lepszą jakość życia. Upraszczając, muzykoterapia zajmuje się wpływem muzyki na samopoczucie i zdrowie człowieka. Jest jedną z form arteterapii, która przeżywa swój rozkwit. Podstawowymi zaletami muzykoterapii są:

- ciągła obecność muzyki w życiu człowieka (już od pierwszych dni życia), co nadaje jej ważną rolę w rozwoju jednostki (a zarazem łatwość i zrozumiałość odbioru komunikatu muzycznego, niewymagającego tłumaczenia oraz działającego bezpośrednio);
- skuteczniejszy wpływ muzyki w stosunku do komunikacji werbalnej, wynikający z tego, że komunikat muzyczny jest wcześniejszy rozwojowo niż werbalny podczas prawidłowego rozwoju człowieka;
- wpływ na odczuwanie przez pacjenta emocji poprzez sekrecję endorfin oraz bezpośrednie pobudzenie układu limbicznego, tworzącego siatkowatego oraz ośrodków w rdzeniu przedłużonym;
- wymiar symboliczny muzykoterapii: może być alegorią życia, uczuć, energii, miłości, konkretnych przeżyć.

Muzykoterapia jest zatem jedną z form terapii, która ma możliwość wspomagania i uzupełnienia kompleksowego procesu leczenia pacjenta. Ta forma leczenia jest w szczególności wykorzystywana w psychiatrii, ale również w kardiologii, neurologii, geriatrii, położnictwie oraz w onkologii. Do najczęściej wykorzystywanych technik terapeutycznych należą dyrektywne oraz niedyrektywne słuchanie wybranej muzyki, techniki wyobrażeniowe, techniki relaksacyjne oraz improwizacja instrumentalna.

Formy i techniki muzykoterapii

Skuteczność muzykoterapii nakłoniła do opracowania metod oraz określonych zasad przeprowadzania sesji muzykoterapeutycznej. Wykorzystanie tej techniki w terapii umożliwia osiągnięcie następujących celów: kształtowanie strefy emocjonalnej, kształtowanie osobowości chorego, rozwijanie komunikacji międzyludzkiej, oddziaływanie na napięcie emocjonalne oraz mięśniowe, wpływ na stan psychofizyczny pacjenta oraz wiele innych.

Ze względu na określoną funkcję muzyki w lecznictwie wyróżnia się następujące metody muzykoterapii:

Odreagowującą – wyobrażeniową (aktywizującą emocjonalnie). Terapia ta ma na celu zwiększenie intensywności określonych wyobrażeń o charakterze projekcyjnym u pacjenta. Jest to tzw. twórcza wizualizacja, wywołująca różne reakcje w organizmie, np. ciepło, zimno, dreszcz, płacz. Reakcje te są następnie omawiane i analizowane. Metoda ta powinna być jednak bardzo ostrożnie stosowana, gdyż może przynieść niepożądane skutki.

Treningową – nawiązującą do teorii uczenia się oraz do treningu autogennego Schultza (wewnętrzna medytacja). Ta metoda w głównej mierze ma na celu usunięcie napięcia psychofizycznego pacjenta.

Relaksacyjną – stosowaną w celu wyciszenia, odprężenia, relaksu. Wykorzystuje głównie nagrania muzyczne, a pacjenci są jedynie biernymi odbiorcami muzyki.

Komunikatywną – podczas wykorzystania tej metody pacjenci nabywają nowych umiejętności stosowanych w komunikacji społecznej, zachowań i emocji społecznych, np. współdziałania, empatii, asertywności. Główną formą zajęć komunikatywnych jest teatr i psychodrama z wykorzystaniem elementów muzyki.

Kontemplacyjną – pacjenci często doświadczają podczas tej metody wzniosłych uczuć na skutek słuchania pięknej, w ich odczuciu, muzyki.

Aktywizującą – jest to grupa metod, która skupia wszystkie ćwiczenia pobudzająco-aktywizujące. Głównie są to zabawy ruchowe przy muzyce.

W zależności od objawów jednostki chorobowej oraz celu, jaki terapeuta chce osiągnąć, stosuje się muzykoterapię aktywną, percepcyjną, indywidualną bądź grupową.

Muzykoterapia aktywna polega na produkcjach dźwiękowych samych pacjentów. Pacjenci mają możliwość wyrażenia swoich emocji, nastrojów poprzez grę na wybranych przez nich instrumentach, śpiew, taniec, ruch w trakcie muzyki, dyrygowanie, komponowanie piosenek, rysowanie podczas słuchania muzyki czy po prostu poprzez relaks. Ta forma terapii dobrze ukazuje, jak pacjent postrzega samego siebie, co pozwoli na bardziej efektywną dalszą współpracę z chorym.

Muzykoterapia indywidualna polega na leczeniu każdego pacjenta osobno przez czas indywidualnie dobrany dla każdego z chorych. Podczas zajęć rozwija się możliwości twórcze chorego, które pozwalają przezwyciężyć lęk pacjenta oraz pomagają podnieść samoocenę poprzez poznanie swoich możliwości. Można również połączyć odbiór muzyki z innymi formami aktywności, takimi jak rysowanie, malowanie, czytanie wierszy.

Terapia grupowa opiera się głównie na psychoterapii grupowej i wykorzystuje wpływ grupy na jednostkę. Pacjenci wchodzi w relacje między sobą, co może mieć korzystny wpływ na wyrażanie swoich emocji, empatię oraz poprawić funkcjonowanie jednostki w społeczeństwie. Pacjent wraz z innymi członkami grupy tworzy więź, otrzymuje od nich wsparcie i sam wspiera innych.

Staje się elementem wspólnoty, która może mieć pozytywny wpływ na pacjenta oraz na proces jego zdrowienia.

Należy pamiętać, że każdą formę zajęć dobiera się indywidualnie do pacjenta i do jego jednostki chorobowej. Muzyki nie wolno również traktować jako zamiennika leku, jest ona jedynie dodatkiem do prowadzonego leczenia. Ponadto reakcja na określony utwór, instrument czy głośność może być odmienna oraz indywidualnie różnicowana. Aby poprawnie dobrać rodzaj terapii do pacjenta, należy zrozumieć emocje, jakie odczuwa człowiek podczas zmagania z chorobą.

Duże znaczenie w muzykoterapii ma dobór utworów, ich harmonii i innych parametrów (barwa, głośność) – należy dobierać muzykę i sposób terapii do indywidualnych potrzeb pacjenta i jego typu schorzenia.

Jednak mimo wzrostu zainteresowania muzykoterapią oraz jej licznych zalet, wciąż określa się ją jako dziedzi-

nę mało poznaną, a nawet jako dziedzinę, która jeszcze nie jest nauką. W ostatnich latach można zaobserwować zwiększenie zainteresowania muzykoterapią również wśród lekarzy. Jednak pomimo wielu przeprowadzonych badań na temat wpływu muzykoterapii na osoby chore, konieczne są dalsze badania, aby móc wykorzystywać tę formę terapii w coraz to szerszym zakresie.

Justyna GUGNOWSKA

Justyna GUGNOWSKA – studentka III roku Wydziału Lekarskiego Krakowskiej Akademii im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego, absolwentka logopedii Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku, absolwentka Państwowej Szkoły Muzycznej I stopnia w Giżycku.

(przedruk z Biuletynu Warmińsko-Mazurskiej Izby Lekarskiej nr 5/18)

PRAWO NA CO DZIEŃ

KRĄG LEKARZY OBJĘTYCH OCHRONĄ ZOSTAŁ ROZSZERZONY

W związku z wejściem w życie – 24 sierpnia 2018 r. – ustawy z 5 lipca 2018 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1532), czyli tzw. „ustawy podwyżkowej”, czy „ustawy 6%”, zmienił się krąg lekarzy, którym w związku z wykonywaniem zawodu przysługuje ochrona prawna, należąca funkcjonariuszom publicznym. Na mocy przywołanej ustawy (art. 2 ust. 3) znowelizowany został bowiem art. 44 ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentystry z 5 grudnia 1996 r., który określa zakres tego przywileju.

Taka ochrona do 24 sierpnia 2018 r. przysługiwała i nadal przysługuje lekarzom, którzy wykonują czynności zawodowe w ramach świadczeń pomocy doraźnej lub w przypadkach, o których mowa w art. 30 ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentystry (tj. gdy zwłoka w udzieleniu pomocy lekarskiej mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia oraz w innych przypadkach niecierpiących zwłoki). Od 24 sierpnia 2018 r. ochroną objęto także lekarzy w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych w podmiotach wykonujących działalność leczniczą, które zawarły umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Rozszerzona ochrona obejmuje zatem lekarzy, którzy wykonują zawód w podmiotach, które mają umowy na udzielanie świadczeń z Narodowym Funduszem Zdrowia, bez względu na rodzaj umowy, jaka wiąże lekarza z tym podmiotem (tj. niezależnie od tego, czy mają umowę o pracę, umowę cywilnoprawną, czy o wolontariat). Przysługuje ona jednak tylko i wyłącznie w sytuacjach związanych z udzielaniem przez lekarza świadczeń zdrowotnych. Jest to istotne, bo art. 2 ust. 3 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry rozszerza katalog aktywności uznawanych za wykonywanie zawodu lekarza, np. o prowadzenie prac badawczych dziedzinie nauk medycznych lub promocji zdrowia, nauczanie zawodu lekarza czy kierowanie podmiotem leczniczym, ale wówczas ochrona prawna należąca funkcjonariuszom publicznym już takich lekarzy nie obejmuje.

Ponieważ omawiana nowela dotyczy art. 44 ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentystry z 5 grudnia 1996 r., nie ma wątpliwości, że na tych samych zasadach traktuje się zarówno lekarzy, jak i lekarzy dentyistów.

*mec. Jarosław KLIMEK
Radca prawny OIL w Łodzi*

(przedruk z „Panaceum” nr 6/21)

PORADA RECEPTOWA I WYDAWANIE OPINII LUB ORZECZENIA BEZ KONTAKTU Z PACJENTEM

Zgodnie z art. 42 ust. 2 Ustawy z 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty: lekarz może, bez dokonania badania pacjenta, wystawić receptę niezbędną do kontynuacji leczenia oraz zlecenie na zaopatrzenie w wyroby medyczne jako kontynuację zaopatrzenia w wyroby medyczne, jeżeli jest to uzasadnione stanem zdrowia pacjenta odzwierciedlonym w dokumentacji medycznej (tzw. porada receptowa).

Instytucja porady receptowej została wprowadzona 1 stycznia 2015 r. w odpowiedzi na fakt, iż część porad lekarskich jest związana wyłącznie z koniecznością wystawienia recepty na leki lub środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego albo zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne, w celu kontynuowania leczenia tymi lekami, środkami lub wyrobami. Zmiana ta stworzyła możliwość wystawiania, w oparciu o dokumentację medyczną, recept stanowiących kontynuację leczenia. Tym samym wystarczające stało się przeprowadzenie jednego osobistego badania pacjenta – na początku leczenia (bez konieczności każdorazowego powtarzania tej czynności przy wystawianiu recept kontynuujących).

Informacje o wystawieniu recepty lub zlecenia oraz o tym, kto odebrał taką receptę lub zlecenie, są zamieszczane w dokumentacji medycznej pacjenta. Natomiast recepta lub zlecenie (a także wydruk w przypadku recepty elektronicznej) mogą być przekazane: przedstawicielowi ustawowemu pacjenta albo osobie upoważnionej przez pacjenta, a także osobie trzeciej, jeżeli pacjent oświadczy, że recepty i zlecenia mogą być odebrane przez osoby trzecie, bez szczegółowego określania tych osób.

Należy podkreślić, że do 18 kwietnia 2018 r. warunkiem udzielenia tzw. porady receptowej było uprzednie osobiste zbadanie pacjenta – na początku leczenia (brzmienie sprzed zmiany: *Lekarz może, bez dokonania osobistego badania pacjenta, wystawić receptę niezbędną do kontynuacji leczenia...*).

Ustawa z 1 marca 2018 r. o zmianie niektórych ustaw w związku z wprowadzeniem e-recepty zmieniła treść art. 42 ust. 2 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty przez usunięcie wyrazu „osobistego” (w odniesieniu do „badania”). Dzięki tej zmianie powstała możliwość wystawienia recepty niezbędnej do kontynuacji leczenia również po zbadaniu pacjenta za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności (np. za pośrednictwem internetu czy telefonu). Oczywiście wywrze to pozytywny wpływ na dynamiczny rozwój telemedycyny.

Warto przy tym zaznaczyć, iż – w przypadku gdy dana porada receptowa jest realizowana w ramach kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia – przepisy prawa przewidują za jej dokonanie, w określonej przepisami częstotliwości, odpłatność dla lekarza udzielającego takiego świadczenia (Zarządzenie nr 22/2018/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z 14 marca 2018 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: ambulatoryjna opieka specjalistyczna).

Odmienne sytuacja przedstawia się w przypadku prywatnych praktyk lekarskich (praktyk zawodowych), które udzielają świadczeń zdrowotnych poza kontraktem zawartym z Narodowym Funduszem Zdrowia. O odpłatności decydują tutaj lekarze – właściciele poszczególnych praktyk. Przy czym należałoby wprowadzić odpłatność za udzielanie tzw. porady receptowej, gdyż pozwoli to na uniknięcie ewentualnych problemów w przyszłości.

Na zakończenie warto wskazać, iż ustawodawca przewidział również inne przypadki, które umożliwiają orzeczenie o stanie zdrowia pacjenta bez konieczności jego osobistego zbadania:

- **lekarz orzecznik** może wydać orzeczenie o niezdolności do pracy również bez bezpośredniego zbadania stanu zdrowia osoby, w stosunku do której ma być ono wydane, jeżeli dokumentacja dołączona do wniosku jest wystarczająca do wydania orzeczenia (§ 4 ust. 2 Rozporządzenia ministra polityki społecznej z 4 grudnia 2004 r. w sprawie orzekania o niezdolności do pracy);
- **konsultant wojewódzki**, działając w oparciu o dokumentację medyczną, we właściwej dziedzinie medycyny wydaje opinię o zasadności skierowania chorego na leczenie lub badanie diagnostyczne poza granicami kraju (§ 6 ust. 3–7 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z 4 listopada 2014 r. w sprawie wydawania zgody na uzyskanie świadczeń opieki zdrowotnej poza granicami kraju oraz pokrycie kosztów transportu);
- **komisja lekarska** na podstawie dokumentacji medycznej (w razie potrzeby po przebadaniu pacjenta) wydaje orzeczenie dotyczące sprzeciwu wobec opinii albo orzeczenia lekarza (art. 31 ust. 5 Ustawy z 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta);
- **lekarz sądowy** może wydać zaświadczenie na podstawie udostępnionej dokumentacji, bez osobistego badania uczestnika postępowania sądowego, w przypadku jego pobytu w szpitalu, hospicjum stacjonarnym albo innym zakładzie opieki zdrowotnej przeznaczonym dla osób, których stan zdrowia wymaga udzielania całodobowych świadczeń zdrowotnych w odpowiednio urządzonej, stałym pomieszczeniu; przyczynę odstąpienia od osobistego badania lekarz sądowy wskazuje w zaświadczeniu (art. 12 ust. 4 Ustawy z 15 czerwca 2007 r. o lekarzu sądowym).

Również w przypadku wydawania opinii przez lekarza pełniącego funkcję biegłego sądowego w procesie sądowym przepisy prawa nie wymagają uprzedniego badania. Opinia może być wydana w oparciu o dokumentację medyczną i inne dowody, np. zeznania świadków. Jednakże takie sytuacje stanowią wyjątek, ponieważ praktyką (również ze względów dowodowych) jest wydawanie opinii sądowych przez biegłych lekarzy w oparciu o dokumenty, materiał dowodowy z akt sprawy sądowej oraz po przebadaniu danej osoby.

Jadwiga JARZĄBKIEWICZ-GÓRNIAK

Radca prawny BIL

(przedruk z „Primum” nr 6/19)

ZMIANY DOTYCZĄCE KAS FISKALNYCH

Od 1 maja 2019 r. obowiązuje nowe rozporządzenie Ministra Finansów z 29 kwietnia 2019 r. w sprawie kas rejestrujących (Dz. U. 2019 r., poz. 816). Rozporządzenie wprowadza kilka istotnych zmian, które dotyczą również lekarzy i lekarzy dentystów, używających urządzeń fiskalnych.

Poniżej przedstawiamy najpilniejsze i najważniejsze zmiany dotyczące wszystkich podatników od 1 maja 2019 r. (w tym lekarzy i lekarzy dentystów), które polegają na wprowadzeniu:

- obowiązku przeszkolenia każdej osoby obsługującej urządzenie fiskalne z zasadami prowadzenia ewidencji i wystawiania paragonów, a także ze skutkami nieprzestrzegania tych zasad.

Przeszkolenie musi być potwierdzone pisemnym oświadczeniem osoby przeszkolonej (jego wzór jest załącznikiem do rozporządzenia), podpisywanym w dwóch egzemplarzach – jeden dla lekarza i jeden dla osoby przeszkolonej. Osoba przeszkolona składa je przed rozpoczęciem pracy na kasie fiskalnej, a w przypadku osób pracujących na kasie przed 1 maja 2019 r. – oświadczenia powinny być uzupełnione do 31 maja 2019 r.

- obowiązku przeprogramowania stawek VAT w każdym użytkowanym urządzeniu fiskalnym według nowych zasad.

Zgodnie z rozporządzeniem (art. 6 ust.1 pkt 5), wszyscy podatnicy, prowadzący ewidencję, mają obowiązek „przypisywać oznaczenia literowe od „A” do „G” do stawek podatku lub zwolnienia od podatku” do konkretnych stawek VAT. Wcześniej użytkownik kasy decydował, jaką stawkę przypisze do jakiej litery, teraz w rozporządzeniu określa się, że do „A” przypisana jest stawka 22% al-

bo 23%, do „B” – 7% albo 8% itd. Jeśli użytkownik kasy inaczej przypisywał stawki do poszczególnych liter, to będzie musiał przeprogramować kasę najpóźniej do 31 lipca 2019 r.

kary pieniężnej w wysokości 300 zł, nakładanej przez urzędy skarbowe na podatników za brak przeglądu technicznego kasy fiskalnej wykonanego w obowiązującym terminie.

Poza uiszczeniem kary pieniężnej, użytkownik kasy fiskalnej będzie musiał dokonać zwrotu ulgi, otrzymanej w związku z zakupem urządzenia fiskalnego – jeśli przegląd nie zostanie przeprowadzony w ciągu trzech lat od rozpoczęcia ewidencjonowania za pomocą kasy. Celem weryfikacji faktu wykonania przeglądu technicznego wszystkie serwisy urządzeń fiskalnych zostały zobowiązane od 1 maja 2019 r. do przysyłania wykazu wykonanych przeglądów technicznych do urzędów skarbowych właściwych dla danego podatnika.

Informujemy również, że od początku 2021 r. lekarze i lekarze dentyści będą zobowiązani do używania wyłącznie kas online, które na bieżąco przysyłać będą informacje o zarejestrowanych za pomocą kasy operacjach do systemu teleinformatycznego prowadzonego przez szefa Krajowej Administracji Skarbowej. System ten będzie odbierał i gromadził dane z kas w celach analitycznych i kontrolnych, a z czasem wyeliminuje całkowicie kasy fiskalne z elektronicznym lub papierowym zapisem kopii.

Mec. Jarosław KLIMEK
Radca prawny OIL w Łodzi
(opr. NS)

(przedruk z „Panaceum” nr 6/19)

PIJANY PACJENT W GABINECIE

Prasa codzienna i bulwarowa nie szczędzą nam sensacyjnych rewelacji o pijanych lekarzach i lekarkach. Ale w jakich sytuacjach lekarz ma prawo odmowy przyjęcia pacjenta w prywatnym gabinecie lekarskim? Czy lekarz może odmówić przyjęcia pacjenta, znajdującego się pod wpływem alkoholu?

Lekarz może odmówić leczenia pacjenta, znajdującego się pod wpływem alkoholu, pod warunkiem, że odmowa leczenia nie spowoduje ciężkiego uszczerbku na zdrowiu pacjenta. Dodatkowo, w omawianej sprawie wydają się zachodzić również szczególne uzasadnione okoliczności, o których mówi art. 7 Kodeksu etyki lekarskiej. Należy bowiem stwierdzić, że podstawową zasadą relacji łączącej lekarza z pacjentem jest wzajemny szacunek, zaufanie oraz gotowość współpracy z obu stron. Natomiast, w momencie gdy pacjent nie wzbudza

zaufania u lekarza, zdaje się nie okazywać należytego szacunku oraz celowo stawia lekarza w niekomfortowej sytuacji, zdaniem opiniującego, powyższe mogłoby stanowić szczególnie uzasadniony wypadek, który uzasadniałby odmowę świadczenia pomocy lekarskiej przez lekarza.

Lekarz powinien wskazać pacjentowi na piśmie, iż na podstawie art. 38 ust. 1 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry oraz art. 7 Kodeksu etyki lekarskiej, odmawia jego dalszego leczenia, z uwagi na fakt braku wzajemnego zaufania oraz braku należytego szacunku ze strony pacjenta, przejawiającego się m.in. stawianiem się na wicie pod wpływem alkoholu. Ponadto, lekarz powinien wskazać inne miejsca, w których pacjent mógłby uzyskać pomoc lekarską oraz uzasadnić i odnotować fakt odmowy leczenia w dokumentacji medycznej.

Stan prawny:

Aby rozstrzygnąć ten dylemat w pierwszej kolejności należałoby odwołać się do ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty (dalej jako u.z.l.). Należy wskazać, iż w myśl art. 4 ww. ustawy lekarz ma obowiązek wykonywać zawód, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi mu metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należytą starannością.

Co istotne, z omawianej ustawy wynika również obowiązek udzielania pomocy lekarskiej. Zgodnie bowiem z art. 30 u.z.l., lekarz ma obowiązek udzielać pomocy lekarskiej w każdym przypadku, gdy zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia, oraz w innych przypadkach niecierpiących zwłoki.

Mając powyższe na uwadze, należy jednak stwierdzić, że obowiązek świadczenia pomocy lekarskiej, o którym mowa powyżej, nie jest obowiązkiem bezwzględnym. Jak wynika z przytoczonego powyżej przepisu, dotyczy on przede wszystkim stanów nagłych, kiedy zwłoka w udzieleniu pomocy mogłaby doprowadzić do ciężkiego rozstroju zdrowia pacjenta.

Dodatkowo, podkreślić należy, iż wyjątek od obowiązku udzielania pomocy lekarskiej został przewidziany wprost w art. 38 u.z.l., który stanowi, że lekarz może nie podjąć lub odstąpić od leczenia pacjenta, o ile nie zachodzi przypadek, o którym mowa w art. 30, z zastrzeżeniem ust. 3. W dalszej kolejności przepis ten stanowi, że w przypadku odstąpienia od leczenia, lekarz ma obowiązek dostatecznie wcześniej uprzedzić o tym pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego bądź opiekuna faktycznego i wskazać realne możliwości uzyskania tego świadczenia u innego lekarza lub w podmiocie leczniczym. Ponadto, ust. 4 omawianego przepisu wskazuje, że w przypadku odstąpienia od leczenia lekarz ma obowiązek uzasadnić i odnotować ten fakt w dokumentacji medycznej.

Warto wskazać, iż możliwość odmowy udzielenia pomocy lekarskiej przewidziana została również w Kodeksie etyki lekarskiej. Jak wynika z art. 7, w szczególności uzasadnionych wypadkach lekarz może nie podjąć się lub odstąpić od leczenia chorego, z wyjątkiem przypadków niecierpiących zwłoki. Nie podejmując albo odstępując od leczenia lekarz winien wskazać choremu inną możliwość uzyskania pomocy lekarskiej.

MS

(przedruk z Medicusa" nr 4/19)

OGŁOSZENIA



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 zarządzające.

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://npz1.ehsol.pl>. Zachęcamy do przekazania niniejszej informacji pracownikom/członkom Państwa organizacji. Zadanie to jest finansowane ze środków Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016–2020.



W imieniu Towarzystwa Chirurgów Polskich serdecznie zapraszamy na 48. Światowy Kongres Chirurgii (WCS) 2019 Międzynarodowego Towarzystwa Chirurgii (ISS/SIC). To ogromny zaszczyt, że nasze Towarzystwo współorganizuje to ważne wydarzenie.

Kongres stanowi platformę edukacyjną dla chirurgów, lekarzy specjalizujących się w chirurgii, studentów medycyny oraz członków różnych zespołów chirurgicznych. Cechą charakterystyczną Światowego Kongresu Chirurgii jest z jednej strony możliwość praktycznej nauki, a z drugiej dyskusji na temat najnowszych osiągnięć w zakresie technik chirurgicznych i badań naukowych. To także niepowtarzalna okazja do spotkań zarówno z rówieśnikami – młodymi chirurgami, jak i mentorami, oraz zapoznania się ze specjalistyczną wiedzą z całego świata.

Nie przegap tego wydarzenia, już dzisiaj zaznacz je w kalendarzu. Zapraszamy Cię do zgłoszenia streszczenia na specjalnie przygotowanej stronie zjazdowej. Wytyczne dla autorów są dostępne na: <https://www.wcs2019.org/abstracts>.

Komitet Programowy we współpracy z innymi towarzystwami chirurgicznymi (IAES, IATSIC, IASMEN, BSI, ISDS, ASAP) planuje niezwykle interesujący i rozwijający program

naukowy. Kongres będzie poświęcony różnorodnym tematom i zagadnieniom i sprawi, że większość chirurgów zdobędzie dodatkową wiedzę i umiejętności niezbędne do osiągnięcia jak najlepszych wyników w naszej stale zmieniającej się rzeczywistości chirurgicznej. Ciekawa seria wykładów imiennych zostanie wygłoszona przez światowej sławy ekspertów w swoich dziedzinach. Kursy i warsztaty zorganizowane w ramach Kongresu, wykorzystujące najlepsze praktyki w metodach kształcenia i szkolenia, umożliwią przede wszystkim zdobywanie wiedzy i umiejętności chirurgicznych. Przygotowano ponad 60 głównych sesji poświęconych istotnym tematom. W programie naukowym znajdują się prezentacje i sesje plakatowe z badań chirurgicznych. W ramach sesji wideoedukacyjnych zaprezentowane zostaną zabiegi chirurgiczne. Planowane jest tłumaczenie symultaniczne wybranych sesji na język polski.

Pragniemy także poinformować, że podczas Kongresu odbędzie się Walne Zgromadzenie Towarzystwa Chirurgów Polskich.

Dzięki atrakcyjnemu programowi imprez towarzyszących 48. Światowy Kongres Chirurgii otwiera możliwość tworzenia sieci kontaktów obejmujących cały świat. Wykorzystaj ją, bo to jedyna okazja, aby spotkać się z chirurgami z całego świata w naszym kraju.

Prof. dr hab. n. med. Adam Dziński

Kampania społeczna „Wyprzedzamy nowotwór”

W imieniu Zarządu i Rady Fundacji Pomocy Dzieciom z Chorobą Nowotworową zwracam się z uprzejmą prośbą o wsparcie kampanii społecznej „Wyprzedzamy nowotwór”, której celem jest poprawa wczesnej diagnostyki choroby nowotworowej u dzieci.

Nasza Fundacja od wielu lat realizuje projekty edukacyjne dotyczące tego problemu. Biorąc jednak pod uwagę fakt, że w Polsce rozpoznanie niektórych typów nowotworów u dzieci wciąż bardzo często stawiane jest w zaawansowanych stadiach klinicznych, a nowotwory stanowią drugą przyczynę śmierci dzieci, postanowiliśmy rozpocząć kampanię społeczną na szeroką skalę, tak aby doprowadzić do rzeczywistej poprawy sytuacji małych pacjentów.

Akcję „Wyprzedzamy nowotwór” realizujemy we współpracy z Polskim Związkiem Motorowym, automobilklubami i zawodnikami Historycznych Rajdowych Samochodowych Mistrzostw Polski, pokazując, że dobre przygotowanie, błyskawiczna i właściwa reakcja stanowią kluczowe czynniki zarówno podczas rozpoznawania choroby nowotworowej u dzieci, jak też podczas rajdów.

Z satysfakcją pragnę poinformować, że kampania społeczna „Wyprzedzamy nowotwór” uzyskała patronat honorowy Instytutu Matki i Dziecka w Warszawie, a TVP2 jest naszym patronem medialnym.

W ramach akcji prowadzimy działania edukacyjne skierowane zarówno do rodziców, jak i do lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej.

Lekarzom oferujemy umieszczone na Medycznej Platformie Edukacyjnej dwa programy szkoleniowe:

- Nowotwory u dzieci. Epidemiologia, etiologia, wczesne objawy.

- Lekarz POZ w opiece nad dzieckiem z chorobą nowotworową.

Autorem obu szkoleń jest prof. dr hab. n. med. Jerzy R. Kowalczyk z Kliniki Hematologii, Onkologii i Transplantologii Dziecięcej UM w Lublinie.

Dbając o funkcję poznawczą i użyteczność praktyczną wspomniane wyżej programy są przeznaczone dla lekarzy objętych obowiązkiem doskonalenia zawodowego, zgodnie z art. 18 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Udział w szkoleniach jest bezpłatny i możliwy w każdym czasie i miejscu, jest bowiem emitowany online w sieci internetowej z ograniczonym dostępem (www.medycyna.org.pl). Pozytywny wynik testu wiedzy uprawnia do uzyskania punktów edukacyjnych, a także wyjątkowego limitowanego zaświadczenia z logo akcji „Wyprzedzamy nowotwór” i tytułem ambasadora kampanii. Mamy nadzieję, że takie zaświadczenia pojawiają się już niedługo w wielu gabinetach lekarskich stanowiąc dowód troski o małych pacjentów.

*Członek Zarządu Fundacji
Emilia Kotarska*



**Galeria Sztuki
Współczesnej**

WYSTAWY:

5 lipca (wernisaż – piątek, godz. 18.00) – 28 lipca – DYPLOMY (sale główne GSW).

Ekspozycja jest prezentacją dyplomów tegorocznych magistrów oraz licencjatów, kończących Wydział Sztuki Uniwersytetu Opolskiego. Wystawa ma charakter interdyscyplinarny.

7 lipca (niedziela, godz. 16.00) – oprowadzenie kuratorskie po wystawie **DYPLOMY**.

6 września (wernisaż – piątek, godz. 18.00) – 6 października 2019 SALON JESIENNY (sale główne GSW).

Salon Jesienny to wystawa konkursowa, która jest przeglądem twórczości artystów związanych z opolskim okręgiem Związku Polskich Artystów Plastyków. Wystawa ma charakter cykliczny, a jej pierwsze edycje odbyły się na przełomie lat 50. i 60. XX w. Ideą tej konkursowej wystawy jest pokazanie tego, czym obecnie zajmują się opolscy twórcy, jakie są trendy w opolskim środowisku artystycznym.

9 sierpnia (wernisaż godz. 18.00) – 1 września – TRANSFER PRZESTRZENI (Galeria ANEKS).

Prezentacja realizacji studentów i wykładowców pracowni rzeźby Wydziału Sztuki UO. Przekazywanie pasji do przestrzeni, przenoszenie umiejętności, przenoszenie wprawy, uczenie się nowego, międzypokoleniowe spotkanie – to wszystko determinuje nasze emocje, to kim jesteśmy i kim będziemy. Wystawa pokazuje fragment tego artystycznego dialogu. Kurator: Ignacy Nowodworski

6 września (wernisaż godz. 18.00) – 29 września – BARTŁOMIEJ TRZOS (laureat Grand Prix Salonu Jesiennego 2018)

Urodził się 4 marca 1976 r. w Opolu. W latach 1991–96 uczył się w Państwowym Liceum Sztuk Plastycznych im. Jana Cybisa w Opolu, następnie studiował na Akademii Sztuk Pięknych w Katowicach, gdzie w 2001 r. uzyskał dyplom z grafiki warsztatowej w pracowni prof. Jana Szmatlocha oraz aneksu z grafiki projektowej w pracowni prof. Tomasza Jury. W roku

2001 zatrudniony został jako asystent i wykładowca w Pracowni Grafiki Warsztatowej oraz w Pracowni Malarstwa i Rysunku w Instytucie Sztuki na Wydziale Historyczno-Pedagogicznym Uniwersytetu Opolskiego. W 2009 r. obronił doktorat ze sztuk pięknych w zakresie grafiki na Wydziale Artystycznym Akademii Sztuk Pięknych w Katowicach. Uprawia grafikę warsztatową, rysunek, malarstwo, projektowanie graficzne.

WYDARZENIA:

LIPIEC 2019

6 lipca (sobota, godz.12.00) – Warsztaty początkowokacyjne – STREFA LENIWCA

Podczas warsztatów uczestnicy przygotowują na placu strefę relaksu. Każdy będzie mógł pomalować lub wyhaftować leżak, który przez cały letni sezon będzie wykorzystywany podczas wydarzeń z oferty Galerii. Prowadzący warsztaty – Ignacy Nowodworski. Uwaga! Obowiązują wejściówki. Szczegóły na stronie www.galeriaopole.pl.

15–19 lipca – OTWARTA PRACOWNIA (oferta dla młodzieży 10–13 lat)

Zapraszamy młodzież do udziału w kursie rysunkowo-malarskim w plenerze! Kurs adresowany jest do młodzieży. W ramach spotkań, odbędą się zajęcia w plenerze. Wyjdziemy poza przestrzeń pracowni, aby zmierzyć się z pejzażem oraz architekturą miasta. Obserwacja natury zostanie przełożona na papier, przy pomocy poznanych technik. Materiały plastyczne do zajęć zapewnia organizator kursu. Zajęcia poprowadzą artyści: Józef Chyży, Ignacy Nowodworski.

SIERPIEŃ 2019

29 sierpnia – 8 września – rezydencja artystyczna POZA CENTRUM. Współpraca Wydział Kultury Urząd Miasta Opola.

31 sierpnia (sobota, godz.12.00) – Warsztaty końcowokacyjne – ZAZIELENIENIE

W ramach spotkania stworzymy wiszące instalacje, których elementem będą rośliny. Mobilne, podwieszane formy staną się namiastką pierwotnej więzi z naturą. Prowadzący warsztaty: Józef Chyży. Uwaga! Obowiązują wejściówki. Szczegóły na stronie www.galeriaopole.pl.

WRZESIEŃ 2019

12 września (czwartek, godz. 18.00) – wykład w ramach cyklu ARCHITEREN. Współpraca Stowarzyszenie Architektów Polskich Oddział Opole. Szczegóły na stronie www.galeriaopole.pl

14 września (sobota, w godz.15.30–18.00) – spacer pn. SUBOTNIK dr Krzysztofem Spalkiem.

„Park byłej Pomologii w Prószkowie i rezerwat przyrody Staw Nowokuźnicki”. Projekt realizowany w ramach Europejskich Dni Dziedzictwa. Ilość miejsc ograniczona. Szczegóły na stronie www.galeriaopole.pl

15 września (niedziela, godz.16.00) – oprowadzenie kuratorskie po wystawie Salon Jesienny 2019.

Projekt realizowany w ramach Europejskich Dni Dziedzictwa – wstęp wolny.

3. MISTRZOSTWA POLSKIE LEKARZY W BIEGU ALPEJSKIM

Komisja Sportu, Kultury i Turystyki DRL zaprasza wszystkich sympatyków sportu do wzięcia aktywnego udziału w Mistrzostwach Polski Lekarzy w Biegu Alpejskim, które odbędą się **11 sierpnia 2019 r. (niedziela)** w Ludwikowicach Kłodz-

kich, w ramach 10. Biegu na Wielką Sowę – Bieg rozegrany zostanie w stylu alpejskim (pod górę). Dystans – 9,6 km. Suma przewyższeń – 600 m.

Zapisy: www.biegigorskie.pl lub <https://online.datasport.pl/zapisy/portal/zawody.php?zawody=4624> (w formularzu zgłoszeniowym zaznaczyć: Mistrzostwa Polski Lekarzy). **Kontakt do koordynatora:** Jerzy Słobodzian, kom. 602 486 406, e-mail: jerzyslobodzian@gmail.com.

KOLEŻANKI I KOLEDZY!

Serdecznie zapraszamy na spotkanie koleżeńskie z okazji 30-lecia ukończenia Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej we Wrocławiu, które odbędzie się w dniach **5–7 czerwca 2020 r.** Miejscem spotkania będzie ośrodek Vital & SPA Resort Szarotka w Zieleńcu.

Program Zjazdu:

Piątek 5 czerwca 2020

- Od godz.14.00 – zakwaterowanie w Ośrodku
- Godz.18.00–24.00 – grill przy biesiadnej muzyce

Sobota 6 czerwca 2020

- Godz.8.00–10.00 – śniadanie
- Godz.10.15 – msza św. – Kościół św. Anny w Zieleńcu
- Czas wolny, spacer po Zieleńcu
- Godz.13.30 – pamiątkowe zdjęcie grupowe przed Ośrodkiem
- Godz.14.00 – obiad
- Czas wolny
- Godz.19.00–2.00 – bankiet

Niedziela 7 czerwca 2020

- Godz.9.00–10.00 – śniadanie i pożegnania

Oplata za uczestnictwo w Zjeździe wynosi od absolwenta/osoby towarzyszącej:

- piątek-niedziela z noclegami – **500 PLN**
- sobota-niedziela z noclegiem – **350 PLN**

Wpłaty prosimy dokonywać na konto **63 1140 2004 0000 3402 7877 0728** (odbiorca Ewa Willak-Janc) do dnia 31.12.2019 r. z dopiskiem „Zjazd 1990”. Panie prosimy o podanie nazwiska obecnego oraz z okresu studiów.

Do dyspozycji gości pokoje 2–3-osobowe – proszę o e-mailowe zgłaszanie nazwisk Kolegów i Koleżanek, z którymi chcą być Państwo zakwaterowani.

UWAGA!!! W ośrodku zapewnione jest bezpłatne korzystanie z kompleksu basenowego, jacuzzi, saun, urządzeń fitness, jak również dostęp do bezprzewodowego internetu oraz bezpłatny parking. Dla uczestników istnieje możliwość zakupu pakietów SPA w promocyjnych cenach.

Bliższych informacji udziela: Patrycja Malec, tel. 501-217-204, e-mail patka.malec@wp.pl Serdecznie zapraszamy do udziału w Zjeździe. **Do zobaczenia w Zieleńcu!!!**

Za Komitet Organizacyjny

Wojciech Apoznański
Ewa Willak-Janc
Teresa Żak (Biercewicz)

Centrum Terapii Nerwic w Mosznej sp. z o.o. zatrudni lekarzy specjalistów w dziedzinie psychiatrii ewentualnie lekarzy w trakcie specjalizacji. Więcej informacji pod numerem telefonu 660-705-488. Aplikacje proszę przysyłać na adres e-mail: kadry@ctn-moszna.pl



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

Seksualność Elsevier Essentials

J. Kossat; red. A. Depko; rok wydania: 2019; ISBN: 978-83-66310-05-6, format: 210 x 270, opr. miękka, 112 stron, cena: 57.60 zł (128 EUP pkt)

Szybki rozwój cywilizacyjny wiąże się ze stałym wzrostem liczebności i różnorodności bodźców środowiskowych oddziałujących na człowieka, co powoduje narastanie zjawisk dezadaptacyjnych w postaci konfliktów międzyludzkich, lęku i niepewności egzystencji, zaburzeń emocjonalno-seksualnych i wielu innych problemów, którymi zajmuje się seksuologia. Zaburzenia seksualne stanowią coraz poważniejszy i coraz częstszy problem w rozwiniętych społeczeństwach.

Holistyczne podejście współczesnej medycyny do chorego obliguje lekarzy, psychologów i innych pracowników ochrony zdrowia do szerokiego spojrzenia na życie pacjenta oraz uwzględnienia złożonych uwarunkowań i czynników determinujących zachowania seksualne, relacje i satysfakcję.

Niestety stopień zrozumienia problematyki wiążącej się z zakłóceniami w sferze seksualnej jest wciąż niski, natomiast zapotrzebowanie społeczne na kwalifikowaną pomoc w tym zakresie jest duże i stale wzrasta.

Książka ELSEVIER ESSENTIALS. Seksualność w przystępny i zrozumiały sposób przybliży czytelnikowi wiele mechanizmów sterujących fizjologią seksualną człowieka oraz powstawania zaburzeń seksualnych.

Jej celem jest udzielenie odpowiedzi na często zadawane w tym obszarze pytania oraz wskazanie rozwiązań istniejących problemów. Koncentruje się ona na najczęściej występujących zaburzeniach. W odniesieniu do złożonych, nietypowych przypadków zaleca się kontakt ze specjalistami lub ośrodkami terapii.

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 uzgodnieniu ustaleniu telefonicznym.

Składki: opole.skladki@hipokrates.org

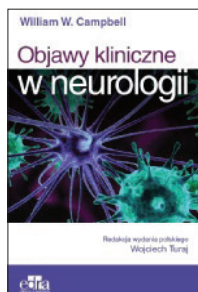
Administracja Biura Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej:

tel. 77/453-75-72; opole.rzecznik@hipokrates.org

Administracja Biura Okręgowego Sądu Lekarskiego:

tel. 77/454-85-75; opole.sad@hipokrates.org

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



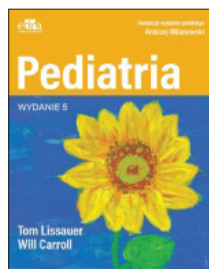
Objawy kliniczne w neurologii

W. W. Campbell, red. W. Turaj, rok wydania: 2019, ISBN: 978-83-66067-89-9, format: 140x210, opr. miękka, 424 strony, cena: 134.10 zł (298 EUP pkt)

Wywiad i badanie przedmiotowe są fundamentami praktyki lekarskiej niezależnie od specjalności. W czasach bezkrytycznej fascynacji badaniami pomocniczymi William Campbell przypomina tę prawdę, zbierając w wygodnej formie kompendium wszystkie istotne elementy badania neurologicznego. Układ książki sprawia, że można po nią sięgać po wielokroć w poszukiwaniu szczegółowych wyjaśnień, ale znakomicie czyta się ją też od deski do deski. Bogaty materiał ilustracyjny i oparta na wiarygodnych danych ocena wielu tradycyjnych metod badania sprawiają, że wiadomości zawarte w książce można łatwo wykorzystać w codziennej pracy.

Lekarze klinycyści, zwłaszcza neurologi, neurochirurdzy, ortopedzi i psychiatry, odkrywają w podręczniku skarbnicę informacji, których na próżno szukać w innych źródłach. Niezależnie od własnego doświadczenia znajdą w nim dostęp do sprawdzonej w praktyce wiedzy, gromadzonej od ponad stu pięćdziesięciu lat z myślą o spotkaniu lekarza z pacjentem potrzebującym pomocy.

dr hab. med. Wojciech Turaj



Pediatria. Lissauer

T. Lissauer, W. Carroll; wyd. 5, red. A. Milanowski; rok wydania: 2019; ISBN: 978-83-66067-99-8, format: 194x261, opr. miękka, 664 strony, cena: 152.10 zł (338 EUP pkt)

Podręcznik zawiera podstawowy zasób wiadomości z zakresu pediatrii, które student i lekarz specjalizujący się w zakresie pediatrii czy medycyny rodzinnej znać powinien. Nie ma tu zbędnych rozważań na temat patogenety czy patofizjologii chorób, które nie mają bezpośredniego przełożenia na praktykę lekarską.

W obecnym wydaniu zmieniło się ponad 60% nazwisk współautorów, którzy w znacznym stopniu unowocześnili poprzedni tekst, aktualizując przede wszystkim dane statystyczne oraz zasady leczenia, pomijając nieaktualne fragmenty i porządkując układ niektórych rozdziałów. Kilka rozdziałów napisano od nowa, dodano również nowe diagramy i ilustracje.

Z pełnym przekonaniem polecam ten podręcznik wszystkim nauczycielom akademickim z klinik pediatrycznych jako podstawę kształcenia studentów, tym bardziej że książka ta wykazała już swoją przydatność w dydaktyce w kilkunastu krajach świata, o czym świadczą kolejne wydania oraz liczne tłumaczenia na języki obce. Jestem przekonany, że podręcznik ten będzie również pomocny w nauce pediatrii lekarzom rodzinnym – z pewnością znajdą w nim wiele

praktycznych wskazówek dotyczących postępowania z dziećmi w zdrowiu i chorobie. Książka ta jest niezbędna w ich codziennej pracy.

Z Przedmowy do wydania polskiego

Choroby aparatu ochronnego oka i rogówki. BCSC 8. Seria Basic and Clinical Science Course

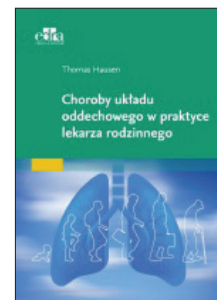
red. Jacek Szaflik, Justyna Izdebska; rok wydania: 2019; ISBN: 978-83-66067-82-0, format: 175 x 235, opr. miękka, 552 strony, cena: 134.10 zł (298 EUP pkt);

Seria podręczników Basic and Clinical Science Course™ (BCSC) to kompleksowe, a zarazem zwięzłe kompendium wiedzy w zakresie szeroko pojętej okulistyki.

Co roku członkowie Amerykańskiej Akademii Okulistyki (American Academy of Ophthalmology – AAO) weryfikują zawartość podręczników, wzbogacają je o wiele nowych tekstów, liczne ilustracje i materiały filmowe, zwracając szczególną uwagę na wprowadzanie uaktualnień naukowych, co pozwala okulistom na bieżąco zaznajamiać się z najnowszymi odkryciami dotyczącymi wielu podspecjalności i stosować je w swojej praktyce klinicznej.

Seria BCSC powstaje dzięki wysiłkowi i doświadczeniu ponad 90 znakomitych autorów oraz zespołu redakcyjnego AAO. Przed publikacją każdy tom oceniany jest m.in. przez członków Akademickiego Komitetu Doradczego Okulistów Praktyków ds. Nauki (Academy's Practicing Ophthalmologists Advisory Committee for Education). Dodatkowo członkowie Europejskiej Rady Okulistyki (European Board of Ophthalmology) sprawdzają tekst pod względem różnic między ame-

rykańską a europejską praktyką okulistyczną.



Choroby układu oddechowego w praktyce lekarza rodzinnego

T. Hausen; rok wydania: 2019; ISBN: 978-83-66310-13-1, format: 170x240, opr. miękka, 173 strony, cena: 71.11 zł (158 EUP pkt)

Choroby układu oddechowego w praktyce lekarza rodzinnego

W jaki sposób choroby towarzyszące mogą utrudnić i wydłużyć diagnostykę chorób układu oddechowego?

Jak zmienia się wraz z wiekiem obraz istniejącej choroby układu oddechowego?

Jakie są zależności między astmą a POChP?

Jakie leczenie zastosować, aby było ono jak najbardziej dostosowane do możliwości konkretnego pacjenta?

Na te i wiele innych pytań odpowiada autor książki, doświadczony praktyk, lekarz rodzinny, specjalizujący się w chorobach układu oddechowego. Przekazuje swoją wiedzę, dzieli się przemyśleniami, prezentuje przypadki kliniczne, z którymi spotkał się podczas swojej ponad 30-letniej praktyki zawodowej, aby zainspirować, ugruntować i uzupełnić wiedzę oraz utworować drogę do właściwego rozpoznania i efektywnej terapii lekarzom rodzinnym, sprawującym opiekę nad pacjentami z chorobami układu oddechowego.

VITAL MEDIC CUP 2019

III OGÓLNOPOLSKI TURNIEJ
TENISA LEKARZY W OPOLU

23-25.08.2019

HART TENIS - Tennis Center
Zawada k/Opola

rejestracja online:

www.vitalmediccup.pl

tel.: 609 107 643

e-mail: info@vitalmedic.pl

● WPISOWE 200 zł, CZŁONKOWIE PSTL 150 zł

● ZGŁOSZENIA DO 16.08.2019 r.



SPONSORZY:



ORGANIZATOR:



VITAL MEDIC
CENTRUM LECZENIA KRĘGOSŁUPA

HOTEL TURNIEJOWY:

DeSilva