

Koleżanki i Koledzy

W dniu 11 czerwca wejdzie w życie rozporządzenie Ministra Finansów w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej lekarzy i lekarzy dentystów wykonujących zawód na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

Jest to rozporządzenie wykonawcze do znowelizowanej ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, która nałożyła obowiązek ubezpieczenia się od odpowiedzialności cywilnej na wszystkich lekarzy i lekarzy dentystów.

Niestety – wbrew stanowisku samorządu lekarskiego – nie wprowadzono jednego ubezpieczenia, które obejmowałoby wszystkie możliwe formy wykonywania zawodu przez lekarzy i lekarzy dentystów (praca etatowa, praktyka lekarska, kontrakty, udzielanie pierwszej pomocy), tylko do dwóch już obowiązujących ubezpieczeń obowiązkowych (dla lekarzy mających kontrakt z NFZ i dla podkontraktowców w spzoz-ach) dodano trzecie.

Jest więc pewien problem logistyczny z tymi z Was, którzy z początkiem marca skorzystali z oferty ubezpieczenia dobrowolnego (bo takie jeszcze wtedy obowiązywało) i ponieśli koszty związane z opłaceniem rocznej składki. Od 11 czerwca te Wasze czynności zawodowe, które dotąd były skutecznie zabezpieczane ubezpieczeniem dobrowolnym, będą musiały zostać objęte ubezpieczeniem obowiązkowym. Niestety nie może się to odbyć na zasadzie prostego zastąpienia jednej polisy drugą, bowiem ogólne warunki tych dwóch ubezpieczeń są inne. W najbliższy wtorek (25 maja) spotykam się z brokerem, który prowadzi sprawy ubezpieczenia OC członków naszej izby i postaramy się wypracować rozwiązanie, któ-

re w jak najmniejszym stopniu będzie Was angażowało – postaramy się ciężar ewentualnych czynności korygujących wziąć na barki pracowników biura oraz szefów delegatur.

Najprawdopodobniej (piszę ten tekst nie znając jeszcze ostatecznych ustaleń Redaktora BI z wydawnictwem) w numerze tym będzie wkładka, w której to „rozwiązanie korygujące” zostanie opisane.

Natomiast Ci z Koleżanek i Kolegów, którzy dotychczas nie ubezpieczali się od odpowiedzialności cywilnej albo ubezpieczali się tylko dotychczasowymi dwoma ubezpieczeniami obowiązkowymi, a wykonują zawód również w formach innych, których te dotychczasowe ubezpieczenia obowiązkowe nie obejmowały, muszą najpóźniej 11 czerwca zawrzeć ubezpieczenie obowiązkowe „nowe”. Będzie oczywiście można skorzystać z pośrednictwa biura Izby.

Przepraszam za zamieszanie, jakie w związku z ubezpieczeniem OC powstało, ale zostało ono nam zafundowane wbrew naszym sugestiom (dodatkowo w pierwszym projekcie rozporządzenia był tak zwany okres przejściowy, w ostatecznej wersji nie ma go wcale).

Piszę ten tekst w kilka dni po zalaniu przez wody Odry i jej dopływów wielu miejscowości naszego województwa. Nie wiem jeszcze czy wśród osób poszkodowanych są lekarze i lekarze dentyści. Bardzo proszę o informacje o tych spośród naszych członków, którzy ucierpieli w następstwie powodzi. Podobnie jak w 1997 roku, Izba na pewno przyjdzie im z pomocą.

Dr med. Jerzy JAKUBISZYN

CO SŁYCHAĆ W IZBIE

SPRAWOZDANIE Z POSIEDZENIA OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ W OPOLU W DNIU 19 MAJA 2010 R.

W połowie maja br. Okręgowa Rada Lekarska spotkała się na swoim kolejnym posiedzeniu.

Na wstępie Sekretarz Izby przedstawił wnioski o wpisanie do rejestru OIL:

- Lek. Martyna GIZLER – przeniesienie z DIL dla kontynuowania stażu podyplomowego,
- Lek. Sebastian SZYMANOWICZ – przeniesienie z DIL,

- Lek. dent. Sławomir AMBROZIAK – przeniesienie z DIL.

Rada jednogłośnie zaaprobowwała wnioski.

Następnie Przewodniczący Izby przedstawił informację firmy MARKU, zarejestrowanej w Częstochowskiej Izbie Lekarskiej, o planowanym przez nią w dn. 22 maja szkoleniu dla lekarzy dentystów „Techniki odbudowy zębów po leczeniu kanałowym”.

Później kol. Jakubiszyn, poinformował, że w związku z reorganizacją Urzędu Wojewódzkiego i faktem, iż Opolskie Centrum Zdrowia Publicznego stało się jego jednostką organizacyjną, na swoim ostatnim posiedzeniu Prezydium Rady dokonało zmiany we wpisie do

rejestru podmiotów prowadzących szkolenia dla lekarzy i zamiast OCZP wpisało Urząd Wojewódzki OCZP w Opolu.

W dalszej części posiedzenia Przewodniczący przedstawił wnioski o zarejestrowanie:

1. indywidualnych praktyk lekarskich na wezwanie:

- Lek. dent. Andrzeja PETROLEWICZA
- Lek. Marcina PASTERNOKA,
- Lek. Jacka LISIAKIEWICZA,
- Lek. Marii ZAGÓRSKIEJ-MAKŁ.

2. Indywidualnych praktyk lekarskich stacjonarnych:

- Lek. Marcina RĘKAWKA
- Lek. Piotra DROZDOWSKIEGO,
- Lek. Cezarego MĘDYKOWSKIEGO,
- Grzegorza WÓJCIKA,
- Lek. dent. Katarzyny CHŁOPIK.

Wszystkie praktyki uzyskały akceptację członków Rady.

Następnie Rada rozpatrzyła pozytywnie dwa wnioski do Funduszu Samopomocy o przyznanie zapomóg.

Prezes Izby przedstawił następnie dwa wnioski o obniżenie wysokości składki członkowskiej do 10 zł (osoby pracujące na emeryturze):

- Kol. Maria KULETA
- Kol. Zofia SIKORA

Wnioski te zostały zaakceptowane.

W dalszej części tego punktu posiedzenia kol. Jakubiszyn przedstawił problem członków Izby zalegających ze składkami członkowskimi. W okresie pomiędzy styczniem 2005 r. a grudniem 2009 r. nie odprowadzało składek członkowskich (w różnej wysokości) 1174 lekarzy. W większości zaległe kwoty mieściły się w przedziale pomiędzy kilkadziesiąt a 300 zł. W kilku jednak przypadkach kwoty te sięgają wysokości powyżej 1000 zł.

Wszystkich dłużników podzielono wg rejonów wyborczych i przyjęto, że szefowie delegatur będą starali się dotrzeć do „swoich” dłużników z prośbą o uregulowanie zaległości. W przypadku osób mających duże zaległości, przeprowadzone zostanie postępowanie wyjaśniające status dłużnika. Jeśli zaległość dotyczyć będzie lekarza emeryta (który nie poinformował biura izby o przejściu na emeryturę), będzie on proszony o złożenie wniosku o zaniechanie poboru składki z tytułu przejścia na emeryturę. Do osób, których zadłużenie powstało w związku ze zwiększeniem wysokości składki członkowskiej z 30 na 40zł, zostaną wysłane pisma z prośbą o uregulowanie zaległości i dokonywanie bieżących wpłat w prawidłowej wysokości. Najwięksi dłużnicy, nie będący jednocześnie emerytami, zostaną poinformowani o wszczęciu przez Izbę postępowania komorniczego. Ponadto informacja o tych działaniach zostanie zamieszczona w Biuletynie Informacyjnym. Powyższe propozycje, po dyskusji, zostały przyjęte przez Radę.

W części sprawozdawczej kol. Jakubiszyn przedstawił przebieg ostatniego posiedzenia Naczelnej Rady Lekarskiej. Odwołano na nim kol. Stankiewicz z funkcji Redaktora Naczelnego „Gazety Lekarskiej”, a w jego miejsce powołano Ryszarda Golańskiego. Natomiast Przewodniczącym Kolegium Redakcyjnego został Jarosław Waneczek. Jednocześnie podjęto decyzję o zmniejszeniu liczby numerów „Gazety Lekarskiej” mających się ukazać w tym roku do 10 (6 i 7 razem oraz 8 i 9 razem).

Ponadto NRL zgodziła się poręczyć pożyczkę udzieloną Warszawskiej Izbie Lekarskiej przez Śląską Izbę Lekarską.

Ustalono także, że w przypadku osób, które zgłosiły się na konferencje, szkolenia lub posiedzenia organizowane przez NIL, a następnie w ostatniej chwili z tego udziału zrezygnowały, obciążane będą one poniesionymi kosztami.

NRL podjęła również decyzję o ufundowaniu sztandaru Naczelnej Izby Lekarskiej, którego koszt pokryją w całości członkowie Naczelnej Rady.

W dalszej części posiedzenia kol. Kowarzyk zapytał, czy Naczelna Rada zajmowała się losami projektu rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie postępowania z dokumentacją medyczną po zmarłym lekarzu. Prezes odpowiedział, że obiecano środki na realizację tego zadania. Jednocześnie kol. Jakubiszyn wspomniał także o problemie medycznej dokumentacji elektronicznej. MSWiA zwróciło uwagę na duże koszty systematycznej aktualizacji tej dokumentacji tzw. znacznikami czasu, co najprawdopodobniej skutkować będzie zmianą zapisów rozporządzenia w tej sprawie.

Następnym pytaniem kol. Kowarzyka było zapytanie o projekt kolejnego rozporządzenia ministra finansów w sprawie kas fiskalnych, które od 1 czerwca 2011 r. ma objąć obowiązkiem ich posiadania nowe grupy zawodowe.. Prezes stwierdził, że w w/w projekcie nie ma już zwolnienia lekarzy z tego obowiązku. Jednakże są opinie prawne, które mówią, że lekarz nie ma obowiązku posiadania kasy fiskalnej, bo służy ona do rozliczania podatku VAT, a usługi medyczne są zwolnione z tego podatku. Stwierdzenie to wywołało ożywioną dyskusję wśród zebranych.

Kol. Dryja poinformował członków Rady o dalszych losach rozporządzenia powołującego Regionalne Centra Urazowe. Po licznych interwencjach senatorów i posłów oraz działaczy samorządowych Opolszczyzny, minister zdrowia zdecydowała o powołaniu w Wojewódzkim Centrum Medycznym w Opolu takiego centrum.

Kol. Mazur poinformował, że w ostatnim miesiącu dwoje lekarzy zwróciło się do niego, jako Rzecznika Praw Lekarza. W jednym przypadku była to jednak raczej prośba o radę niż o interwencję. W drugim przypadku rzecz dotyczyła artykułu prasowego w NTO. Kol. Mazur stwierdził jednak, że nie ma w tym przypadku powodu do interwencji.

Realizując uchwałę ostatniego Okręgowego Zjazdu Lekarzy kol. Jakubiszyn zwrócił się do dyrektorów wszystkich szpitali i większych ZOZ-ów w sprawie wysokości wynagrodzeń lekarzy specjalistów i ich stosunku do wynagrodzeń lekarzy rezydentów. Zdecydowana większość z adresatów odpisała, że w ich jednostkach wynagrodzenia lekarzy specjalistów nie są niższe od wynagrodzenia lekarzy rezydentów. Tylko w trzech szpitalach pensje niektórych lekarzy specjalistów były niższe niż lekarzy rezydentów (Biała, MSWiA Opole, Strzelce Opolskie). Dyrektor szpitala w Głubczycach stwierdził wymijająco, że nie zatrudnia lekarzy rezydentów. Z kolei dyrektor szpitala w Namysłowie odpisał, że wysokość zarobków lekarzy jest objęta tajemnicą handlową.

Prezes przedstawił projekt Statutu Kasy Pomocy Koleżeńkiej przy Opolskiej Izbie Lekarskiej (rozesłany został drogą mailową poprzedniego dnia). W dyskusji zwrócono uwagę, że tak naprawdę o ostatecznej treści Statutu

zadecyduje Walne Zebranie członków Kasy, które odbędzie się 16 czerwca 2010 r. o godz. 19⁰⁰ w szpitalu w Kędzierzynie-Koźlu.

Na zakończenie obrad Rady kol. Jakubiszyn przedstawił otrzymaną do wiadomości, odpowiedź ministra finansów na interpelację senatora Krajczego, aby koszty doskonalenia zawodowego mogły stanowić koszty uzyskania przychodu. W piśmie stwierdzono, że lekarze prowadzący własną działalność gospodarczą mają możliwość rozliczania kosztów, ponoszonych na kształcenie ustawiczne, wobec czego nie ma potrzeby w ich sprawie niczego zmieniać. Natomiast w odniesieniu do lekarzy zatrudnionych na etatach, mają zastosowanie ogólne zasady ustalania ryczałtem kosztów uzyskania przychodu, takie jak w przypadku wszystkich pracowników (niezależnie od zawodu) i ministerstwo nie widzi powodu, aby lekarzy traktować w sposób odmienny.

Na tym posiedzenie zakończono. *Jerzy B. LACH*

PROGRAM SZKOLEŃ PROWADZONYCH W RAMACH KOMISJI KSZTAŁCENIA PODYPLOMOWEGO OIL W OPOLU

Termin	Kierownik naukowy	Temat
25.IX.2010 r.	Dr n. med.Grażyna BOGDANOWICZ	Toczeń trzewny
Październik 2010 r.	Dr n. med.Aleksander SACHANBIŃSKI	Rak odbytnicy i jelita grubego
27.XI.2010 r.	Prof. dr hab. n. med.Wojciech APOZNAŃSKI	Problemy urologii dziecięcej
Grudzień 2010 r.	Dr Katarzyna SUCHOŃ	Reumatoidalne zapalenie stawów – diagnostyka, leczenie i rehabilitacja

Wszystkie szkolenia odbywają w siedzibie **Opolskiej Izby Lekarskiej, Opole ul. Grunwaldzka 23. Zajęcia rozpoczynają się o godz. 10⁰⁰**. Dokładny termin szkoleń – październikowego i grudniowego będzie podany w następnym numerze Biuletynu.

Prosimy o zgłaszanie chęci uczestnictwa w w/w szkoleniach telefonicznie do siedziby OIL w Opolu – tel. 77-454-59-39. Za uczestnictwo w szkoleniu przysługują 3 pkt. edukacyjne.

Małgorzata ŁUSZCZYŃSKA-OSTROWSKA

DRUGIE KOŁO POLSKIEJ HISTORII

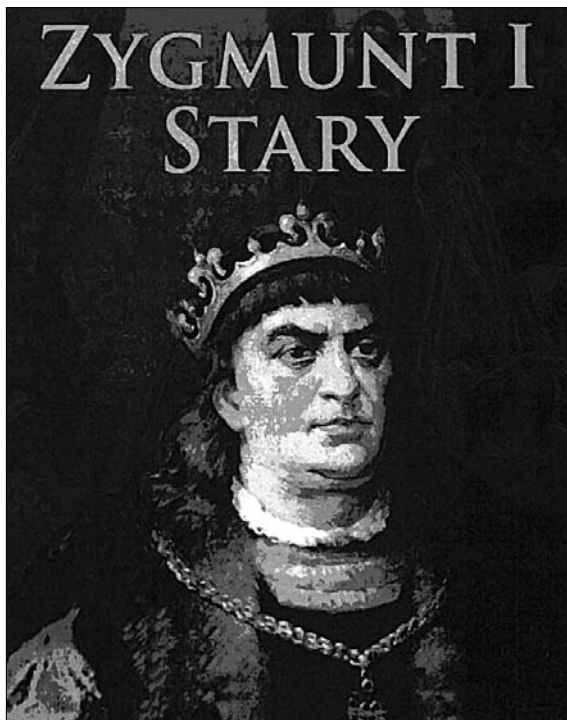
10 kwietnia 2010 roku zabił Dzwon Zygmunta na Wawelu obwieszczając tragiczną katastrofę TU-154 pod Smoleńskiem i śmierć Prezydenta Rzeczypospolitej Polski Lecha Kaczyńskiego, jego małżonki Marii Kaczyńskiej, Senatorów RP, Posłów na Sejm, generałów Wojska Polskiego, przedstawicieli Duchowieństwa i Rodzin Katyńskich podążających na uroczystości w rocznicę 70-lecia zbrodni katyńskiej.

Ponownie Dzwon Zygmunta zabrzmiał w dniu 18 kwietnia 2010 roku, kiedy żałobny orszak Pary Prezydenckiej podążał z Bazyliki Mariackiej na Rynku Głównym w Krakowie szlakiem królewskim na Wawel.

Dzwon Zygmunta „odzywa się” bardzo rzadko obwieszczając narodowi polskiemu dni chwały i radości, jak choćby wybór krakowskiego Kardynała Karola Wojtyły na papieża w roku 1978, w wejście w nowe trzecie Tysiąclecie, ale również chwile nieszczęść i tragedii (zgon papieża Jana Pawła II), czy też tragiczna śmierć Pary Prezydenckiej.

Kiedy przed kilku laty pękło serce Dzwonu Zygmunta przewidywano nieszczęścia, być może była to śmierć Papieża Jana Pawła II w dniu 2 kwietnia 2005 roku, i śmierć Pary Prezydenckiej w dniu 10 kwietnia 2010 roku.

Do „uruchomienia” Dzwonu Zygmunta potrzeba kilku mocnych „Dzwonników”. Jest to wyjątkowo hermetyczna grupa ludzi (bywały w niej także kobiety), często jest to zaszczyt przekazywany z pokolenia na pokolenie.



W czasie bicia Dzwonu Zygmunta „Dzwonnicy” często unoszeni są kilkanaście centymetrów w powietrze.

Skąd się wzięła nazwa „Dzwonu Zygmunta”? Nazwa ta pochodzi od Króla Zygmunta I Starego najmłodszego królewicza, syna Króla Kazimierza Jagiellończyka. Jego starsi bracia to Władysław Król Czech i Węgier, Aleksander i Jan I Olbracht Królowie Polski, natomiast starszy brat Św. Kazimierz został patronem Litwy. Nabożeństwo żałobne Pary Prezydenckiej odbyło się w dniu 18 kwietnia 2010 roku w Bazylice Mariackiej w Krakowie u stóp ołtarza Wita Stwosza, którego fundatorem był właśnie Król Kazimierz Jagiellończyk.

Zygmunt I Stary prowadził kilkuletnie wojny z Wielkim Księciem Moskiewskim Wasylem III, synem Iwana III Srogię (nie mylić z Iwanem IV Groźnym) m.in.

pod Smoleńskiem. Twierdza Smoleńsk była niezwykle potężna, ponieważ opływała ją rzeka Dniepr i otaczały liczne bagna (vide katastrofa samolotu TU 154 M). Ostatecznie po 3 szturmach Smoleńsk przeszedł w ręce Wasyla III, ale kilka miesięcy później w roku 1514 pod Orszą wojska polsko-litewskie odniosły wielkie zwycięstwo nad Wasylem III. W bitwie tej zginęło ponad 40 tysięcy Moskwian (niestety ta bitwa jest nam wszystkim mało znana).

Zdobyte pod Smoleńskiem i Orszą armaty przetransportowano do Krakowa, gdzie w roku 1520 w pracowni ludwisarskiej Hansa Bohema odlano Dzwon nazwany „Zygmunt”. Jest to największy dzwon w Polsce o wadze 18 ton i wysokości 250 cm (największy dzwon na świecie tzw. Car Kołokoł znajduje się na Kremlu, ale stoi na dziedzińcu). Na Dzwonie Zygmunta znajdują się herby Polski (Orzeł) i Litwy (Pogoń). Jak również imiona patrona Polski Św. Stanisława oraz Św. Zygmunta.

Dzwon Zygmunta zawisł na tzw. Wieży Zyguntowskiej obok najwyższej Wieży Wawelskiej zwanej Zegarową. Zawieszenie wielotonowego Dzwonu na wysokości co najmniej 30 metrów musiało być w tamtych czasach wielkim osiągnięciem logistycznym. Pięknie przedstawił ten moment Jan Matejko na obrazie: „Zawieszenie Dzwonu Zygmunta” z Królem Zygmuntem I Starym na pierwszym planie

Tak więc historia Polski ponownie związała swoje dzieje z Ziemią Smoleńską.

P.S. Na innym znanym obrazie Jana Matejki widzimy siedzącego zafrasowanego błazna królewskiego Stańczyka. Dlaczego bał się o dalsze losy Polski, która wówczas była na szczycie potęgi? (słynny „złoty wiek”). Otóż obok niego leży list do króla Zygmunta I Starego o zdobyciu Smoleńska przez wojska moskiewskie Wasyla III (rok 1514).

*Dr hab. n. med. Janusz KUBICKI
Prorektor PSMWSZ w Opolu*

ETYKA

MEDITATIONES MEDICI

Nie ma ludzi zdrowych. Współczesna medycyna jest w stanie udowodnić każdemu, uważającemu się za zdrowego, że się myli. Czy warto jednak burzyć spokój człowieka wykrywaniem utajonych schorzeń, jeśli wiele z nich jest banalnych? Nie można jednak zapominać, że istnieją również choroby niezwykle groźne, które przebiegają latami bezobjawowo. Wczesne ich wykrycie, w okresie utajenia, daje gwarancje wyleczenia. Wszyscy o tym wiedzą, a jednak domeną

medycyny pozostaje wciąż terapia, a nie profilaktyka, choć mądrzy lekarze mówią: „*Lepiej zapobiegać, niż leczyć*”.

Nie ma chorób strasznych, dopóki o nich nie wiemy. Straszna jest świadomość istnienia groźnego schorzenia. Nieświadomość osób skazanych przez chorobę na powolne umieranie jest dobrodziejstwem. Jednak nieświadomość choroby zagrażającej życiu, gdy chory jest w stadium umożliwiającym wyleczenie, daje tylko krótkotrwały okres psychicznego spokoju. Zawsze kończy się wielką tragedią. Jak wielu jednak ludzi woli błogostan nieświadomości niż niepokój świadomości.

Błądzić jest rzeczą ludzką, wątpić – lekarską. Krytyczny stosunek do diagnozy i leczenia to cecha ważna u lekarza. Jego nadmierna pewność siebie zgubiła już niejednego chorego. Rutyna wynikająca z doświadczenia to rzecz cenna, ale zawodna. Kartezjusz powiedział: „*Cogito, ergo sum*” (*myślę, więc jestem*). Lekarz mógłby to sparafrazować: „*Sano, ergo cogito*” (*leczę, a zatem myślę*). Objawów choroby nie należy traktować jako choroby, ale tylko jako dowód jej istnienia. Likwidując objawy, przynosimy ulgę, ale nie usuwamy choroby. Chorzy bardzo lubią lekarzy, którzy łagodzą im cierpienia, likwidując przykre objawy. Nie wiedzą jednak, że jest to tylko postępowanie zakrywające chorobę. Dążąc do sławy, niejeden lekarz hołduje leczeniu objawowemu. Jest ono łatwiejsze niż przyczynowe. Ból można łatwo łagodzić morfiną, a wiele objawów sterydami. Tak postępując, łatwo uzyskać renomę dobrego lekarza. W istocie rzeczy takim działaniem lekarz narusza zasadę, aby nie szkodzić. Jaką więc złudną wartość ma wolny wybór lekarza. Chorzy, nie znając wartości leczenia, oceniają go fałszywie. Kupujemy towar wabieni pięknym opakowaniem, nie wiedząc, co jest w jego wnętrzu.

Szlachetną ideę samarytanizmu zżera, wraz z upływem lat, znieczulica. Nie wszystkich i niejednakowo ta choroba dotyka. Jest jednak zaraźliwa i łatwo nawet może przerodzić się w epidemię. Przenosi się przez obserwację zachowań starszych lekarzy. Chęć szybkiego wzbogacenia się nie jest na pewno naganna, ale tłumi altruistyczne uczucie miłosierdzia. Zagrożenia związane z chorobą rozwiązują sakiewki chorych. Nawet najbiedniejszy pacjent wyzbywa się ostatnich groszy, by ratować zdrowie i życie. Działalność lekarza rozwija się na polu usianym korupcyjnymi minami. Tylko mocne charakteru potrafią przejść przez te pola nie naruszone. A rany zadane sumieniu przez korupcję nie bolą. Wręcz przeciwnie, umilają życie ofiarom. Pieniądze tłumią wyrzuty sumienia. Znana mądrość ludowa głosi: „*Kto smaruje, ten jedzie*”. Prawda ta szczególnie odnosi się do chorych. Wielu z nich niebezpiecznie wierzy, że gdy zapłaci, to będzie lepiej leczona. Obserwacje życia wskazują, że się nie mylą. Pieniądz to pożywka dla bakcyli znieczulicy. Miłosierdzie pięknego zawodu staje się towarem. Czy jest lekarstwo na znieczulicę? Wydaje się ona nieuleczalna. Piękny zawód lekarza zamienia we wstrętne rzemiosło. Wielu hołduje zasadzie: „*Glupi ten co daje, ale jeszcze głupszy ten, co nie bierze*”. Czy dużo jest tych „głupszych” w świecie lekarskim? Niestety, nie.

Każdy człowiek ma dosyć siły, aby znosić cudze cierpienia. Współczucie nic bowiem nie kosztuje. Można je oferować każdemu. Łatwo nim szafować, nawet wówczas, gdy nie jest szczere i prawdziwe. Łatwo rozgrzeszamy się z cierpień ludzi, do których powstania przyczyniliśmy się. Błędy lekarzy przykrywa ziemia. Niejeden z nas ma swój udział w tworzeniu alei grobów na cmentarzu. Gdyby jednak każda śmierć chorego załamywała

leczącego, to na świecie nie byłoby lekarzy. Trudno jest przechodzić obojętnie wobec śmierci, ale też nie może ona dominować nad naszym życiem.

Natura wyposaża każdego człowieka w doskonałych wewnętrznych „lekarzy”. Bronią go oni, zwalczając inwazję niewidzialnych wrogów. Dobrze jest, gdy lekarz nie przeszkadza w tej samoobronie. Jeszcze lepiej, gdy ją wzbogaca. Niekiedy jednak działania lekarzy mijają się z reakcją obronną organizmu. Chory dostrzega zawsze działania lekarza i złe, i dobre, ale nie jest zdolny rozróżnić, co wynika z naturalnej samoobrony. Sukces zwycięstwa, choć czasem niezasłużony, przypisywany jest lekarzowi. Natomiast właściwy triumfator pozostaje nieznan. Niestety jest jednak, gdy działania lekarza godzą w reakcję obronną organizmu. Jest jednak wyjątek – gdy organizm chorego zwalcza wszczepione mu dla ratowania życia obce narządy. Każdy bowiem, kto wdziera się na teren organizmu, jest wrogiem, nawet wtedy, gdy zjawia się tam w celach przyjaznych. Nasi wewnętrzni, niewidoczni „lekarze” pozbawieni są zdolności analizowania. Jednak dzięki temu, że istnieje samoobrona – żyjemy. Bez tych ukrytych wewnętrznych mechanizmów nasze życie byłoby niezmiernie krótkie.

Nie dostrzegamy tego, że żyjemy zanurzeni w oceanie niewidzialnych wrogów. Nie widząc ich, mamy poczucie, że ich w ogóle nie ma. Wielki stwórca zapomniał wyposażyć nas w zmysły dostrzegania ich i różnicowania, a wróg niewidoczny jest groźniejszy niż ten, którego można dostrzec. Kiedy nasi wewnętrzni „lekarze” nie są zdolni odeprzeć agresji – pojawia się choroba. Długo jednak ten wróg pozostaje nieujawniony. Zdobywa coraz większe obszary naszego organizmu. W tym okresie utajenia jest łatwy do pokonania. Rozpoznawanie chorób utajonych, a więc niedostrzegalnych – to dziedzina czekająca wciąż na swych medycznych Kolumbów.

Rachunek prawdopodobieństwa w medycynie, jak i w ekonomii, ma dużą wartość. Nie zawsze potrafimy z niego korzystać. Widzimy mrówkę, a nie dostrzegamy słonia, choć mądra i niezwykle logiczna reguła mówi, że to, co jest częste, to jest naprawdę częste, a to co rzadkie, to występuje równie niezmiernie rzadko. Na studiach lekarskich tyle samo uwagi poświęca się jednak chorobom, których większość lekarzy znać będzie później w swej praktyce jedynie z podręczników, co chorobom niezmiernie częstym. Albowiem dla nauczycieli wszystko wydaje się ważne, i to, co zdarza się często, i to, co zdarza się rzadko. Myśląc o tych rzadkich, podręcznikowych chorobach, nie dostrzegamy czasem tych pospolitych. Rachunek prawdopodobieństwa ma również zastosowanie w praktyce lekarza. Niestety, nie każdy jednak potrafi z niego korzystać.

Dobre samopoczucie człowiek zawdzięcza również wierze w nieśmiertelność. Zgadza się, obserwując życie, że wszystko, co żyje – umiera. Ale zdaje się nam, że póki jesteśmy zdrowi, to śmierć nas nie dotyczy. W akcie

poczęcia nikt nie myśli, że jest on równoznaczny z wydawaniem odroczonego wyroku śmierci na życie, które dopiero się tworzy. Działalność lekarzy podtrzymuje wiarę w nieśmiertelność. Życie z ciągłym odliczaniem czasu dzielącego od śmierci byłoby okrutne.

Każdy lekarz jest detektywem, który tropi przestępców powodujących choroby. Myśląc dedukcyjnie, analizując najmniejsze objawy, powinien odnajdywać sprawców. Im skuteczniej to czyni, tym jest lepszy. Po umiejętności wyciągania właściwych, trafnych i maksymalnych wniosków poznaje się mistrza. W każdym zawodzie są wirtuozi i przeciętni wyrobownicy. W powieściach i w filmach kryminalnych spotykamy genialnych detektywów. Świat nie opiera się jednak na geniuszach, a na zwykłych, szarych i przeciętnych ludziach. Wśród lekarzy spotyka się również genialnych detektywów, ale z pewnością nie jest to chleb powszedni w medycznym świecie. Każdy może nauczyć się grać na pianinie. Nie każdy jednak zostaje wirtuozem. Do tego trzeba mieć talent, z którym człowiek się rodzi, a nie nabywa nawet przez zdobytą wiedzę i doświadczenie. Dlatego też genialnych detektywów medycznych mamy tak niewielu.

Człowiek składa się z ciała i duszy. Ciało jest materialne, dusza nieuchwytna. Są choroby i duszy, i ciała oraz lekarze od ciała i od duszy. Natura nie znosi jednak ostrych rozgraniczeń. Każda choroba ciała dotyka również duszy. Cierpienia duszy mają swoje odbicie w schorzeniach ciała. Na ogół lekarze schorzeń cielesnych nie widzą związanych z nimi przeżyć duchowych u swoich chorych. Chorzy chętnie opisują lekarzom cierpienia fizyczne, ale wstydzą się mówić o duchowych. Tylko lekarz, który, lecząc choroby ciała, dostrzega i chorą duszę, może być doskonały.

Chcąc leczyć, musimy dobrze przedtem poznać człowieka. A czym w istocie jest człowiek? Wielką masą substancji organicznych, dających określić się wzorami chemicznymi. W tej masie odbywają się między związkami różnorakie reakcje chemiczne. Wiele z nich znamy i potrafimy opisać, a nawet wpływać na ich przebieg. Każda komórka ma swoje własne, odrębne życie. Jedne tworzą się, inne umierają. Życie to wieczny ruch i nieustające wielorakie przemiany chemiczne. W ogromnej liczbie atomów składających się na ludzkie ciało odbywa się wieczny ruch elektronów wokół jąder atomów. W świecie odbywa się ciągła wędrówka atomów, które są niezniszczalne. Każdy więc atom ma swoją odrębną historię, choć nie można jej wykryć. Wiemy wiele o człowieku i życiu, ale wciąż pozostaje on istotą nieznaną, zwłaszcza w odniesieniu do tego, co nazywamy duszą, czyli życiem psychicznym, które również powodowane jest ruchem atomów i reakcjami chemicznymi. Czy potrafimy odkryć te mechanizmy? Czy potrafimy nimi sterować?

Każdy lek, nawet taki, który uważa się za obojętny, posiada niewidoczną i niewykrywalną otoczkę wia-

ry chorego. Lekarze nie uświadamiają sobie często, jaki wpływ na leczenie ma ta właśnie wiara. Tę niewidoczną otoczkę niesie ze sobą również lekarz, jeżeli potrafi wytworzyć u chorego wiarę w skuteczność stosowanych przez niego metod leczniczych. Wiara ta leży u podstaw efektów działania różnych uzdrowiaczy. W podobny sposób działa również modlitwa. Na studiach zapatrzeni w konkrety, zafascynowani wiedzą nie widzimy tej ezoterycznej medycyny. A przecież ona istnieje.

Dramatem chorych jest to, że niektórzy lekarze, lecząc ich, nie myślą, a ci, którzy myślą, często w ogóle nie praktykują.

Paradoksem jest, że lepszą opiekę zdrowotną zapewniają państwa, w których społeczeństwa żyją w mało zróżnicowanym ubóstwie, niż tam, gdzie ludzie nadmiernie bogaci układają prawa dla ubogich i żyjących w nędzy. Rozwarstwienie klasowe społeczeństwa sprzyja również rozwarstwieniu lecznictwa. Bogaci zwykle szukają pieniędzy na leczenie w kieszeniach biednych chorych. Biedni zaś nie mają sił ani możliwości, by upominać się o swoje prawa.

Mamy coraz więcej wspaniałych lekarzy specjalistów już od każdego narządu. Niestety, coraz bardziej brakuje nam lekarzy widzących całego człowieka. Wielcy mistrzowie są potrzebni w każdej dziedzinie, a szczególnie w medycynie. Jednak i ci wielcy popełniają czasami omyłki. Nie powinno się bezkrytycznie przyjmować każdego poglądu mistrza. Wszyscy ludzie się mylą, choć autorytety czynią to rzadziej.

Niektórzy lekarze lubią robić ze spraw prostych przypadki wielce skomplikowane. Po co robić coś prosto, kiedy można wykonać to w skomplikowany sposób – mówią. Dobry lekarz potrafi odwrotnie. Z przypadków skomplikowanych uczynić proste. Miłosierdzie, wiedza i doświadczenie potrzebne jest każdemu lekarzowi. Dobrze jest dodawać do tego pokorę i rzetelną samokrytykę.

Posłuszeństwo wobec przełożonych jest rzeczą cenną, ale niekiedy staje się zniewoleniem, gdy postępujemy niezgodnie z własnym sumieniem. Takie zniewolenie rozwija szkodliwe, bo bezmyślne naśladownictwo. Twórczy bunt przeciw sprawom, z którymi się nie zgadzamy, nigdy nie narusza godności lekarza. Niestety, lekarze oportuniści, choć nie przecierają szlaków medycyny – idą w życiu dalej niż „kontestatorzy”.

Czy zawsze należy dodawać lat do życia naszych chorych? Czy nie lepsze jest dodawanie życia do lat? Czasami trzeba choremu pozwolić po prostu umrzeć. Nieśmiertelność jest fikcją, a przedłużanie życia w przewlekłym konaniu jest okrucieństwem.

Podstawową zasadą lekarza jest leczyć dobrze i nie szkodzić. Najłatwiej leczyć dobrze, gdy likwidujemy przyczyny, a nie objawy. Niestety, nie zawsze można spełnić ten postulat. Nawet przy największej staranności lekarza dochodzić może do tragicznych i nieoczekiwa-

nych skutków leczenia. Tylko bogowie obdarzeni są atrybutem nieomyślności. Każdy czyn lekarza obciążony jest ryzykiem powstawania szkody. Czy świadomość tego może jednak zwalniać lekarza od działania?

Drugie niepisane prawo lekarskie głosi, że dobro chorego jest najwyższym prawem. Trudno temu przeczyć. Wszyscy powinni respektować to prawo. Również i ci, którzy są odpowiedzialni za opiekę zdrowotną, a więc i ustawodawcy, i rządzący, i lekarze. Władze udają, gdy rozdzielają środki na opiekę zdrowotną, że takiego prawa nie ma. Czy priorytet dobra chorego nie powinien być konstytucyjnym prawem?

Znaczną część życia (bo prawie jedną trzecią) przeżywamy w nieświadomości snu. Żyjemy, ale tak jakby nas nie było. Nic nie widzimy i nic nie czujemy. Jakbyśmy byli w narkozie. Każdego dnia tajemniczy regulator naszego organizmu wprowadza nas w stan nieświadomości. Gdy śpimy, kieruje on naszymi procesami żywymi bez naszej woli i świadomości. Nie znamy procesów chemicznych, które tak regularnie powodują te stany. Co powoduje nasze marzenia sennie? Kto i w jaki sposób gra na wielkiej klawiaturze naszego umysłu? Kiedy budzimy się, włącza on komputer naszej świadomości. Regulujemy nasze procesy życiowe tylko w ograniczonym zakresie. Nie potrafimy wyjaśnić, na czym chemicznie i fizycznie polegają nasze procesy myślowe. Czym w ogóle jest myśl i pamięć? Dlaczego pewne wydarzenia pamiętamy, a inne nie? Wiele jest tych „dlaczego”, na które nie znamy odpowiedzi. Chcielibyśmy poznać nasze drugie „ja”. Ten tajemniczy regulator, który zsyła na nas sen. Ileż jest tych pytań? A przecież wszystko, co się w nas dzieje, to tylko procesy fizyko-chemiczne. Zbudowaliśmy wielki świat komputerów, błyskawicznej poczty elektronicznej, internetu, a wciąż nie znamy naszych wewnętrznych procesów, naszego przyjaciela, który czuwa nad nami, gdy pozbawieni świadomości pogrążamy się w głębokim śnie.

W życiu lekarza zdarzają się trudne chwile wyboru właściwej metody leczenia. Niełatwo jest podejmować ryzykowną decyzję. Zasada postępowania w takich sytuacjach jest prosta. Wybierz tę metodę, którą zastosowałbyś, gdyby na miejscu chorego znajdowała się najbliższa dla ciebie osoba. Nie zawsze uchroni to od tragicznych skutków leczenia, ale tylko ten lekarz nie myli się, który nie leczy. Czy jednak można go nazywać lekarzem?

Wielka rewolucja techniczna rozpoczęta w drugiej połowie XX wieku spowodowała lawinowy postęp medycyny. Każdy rok zmienia jej oblicze. Z tych faktów wynika konieczność ciągłego doskonalenia zawodowego lekarzy. Ci, którzy poprzestają na wiedzy zdobytej w czasie studiów lub w okresie specjalizacji – stają w miejscu. W istocie jednak cofają się w rozwoju. Stają się nawet szkodliwi dla swych chorych poprzez niewykorzystywanie możliwości nowych metod

lecniczych, dających chorym znacznie większe szanse przeżycia.

Nie ma doskonałości na świecie. Człowiek niechętnie ujawnia swe wady i błędy. Tym prawom i regułom podlegają również lekarze. Jednak błędy lekarza, często nieujawnione, które zna tylko on sam, mają inny ciężar niż te, które popełniają ludzie innych zawodów. Kiedy lekarz rozlicza się sam ze swych błędów, odczuwa wyrzuty sumienia, ale cóż one znaczą? Łatwo znajduje się usprawiedliwienie dla własnych pomyłek. Czasy wrażliwych lekarzy – Semmelweissów, którzy popełniali nawet samobójstwa po uzmysłowieniu sobie, że swymi działaniami przyczynili się do śmierci chorych – minęły.

Słowo lekarza może zabijać, ale i stwarzać nadzieję, czasami nawet za cenę niemówienia prawdy. Jak postępować z nieuleczalnie chorymi, by nie gubili nadziei? Nie ma na to pytanie jednoznacznej odpowiedzi.

Podobno nie ma dwóch identycznych liści. Są tylko bardzo podobne. Nie ma również dwóch jednakowo przebiegających chorób. Stąd wynika potrzeba analizowania przez lekarza każdego przypadku choroby i wyciągania praktycznych wniosków do swej działalności. Algorytmy postępowania leczniczego pomagają z pewnością leczyć, ale nie mogą być traktowane jako wyrocznia.

Łączenie skutku z przyczyną, tak ważne w naukach ścisłych, zawodzi w naukach medycznych. Z faktu, że na północy ludzie częściej chorują na zawały serca, nie wynika wcale wniosek, że zimno jest czynnikiem miażdżycorodnym. Zasada *post hoc ergo propter* (potem, a zatem dlatego) choć jest logiczna, zawodzi w medycynie.

Życie lekarza to sinusoida. Kiedy jego chory powraca do zdrowia, jest chwalony i obdarowywany. Czuje się jak zwycięzca wracający po wygranej wojnie. Kiedy chory umiera, rodzina dopatruje się błędu lekarza. Oskarża się go słusznie lub nie, a on przeżywa swą klęskę. I tak przewija się życie lekarza. Raz na górze wielkiej sinusoidy życia, a raz na dole. Stale z domieszką adrenaliny w krwiobiegu. Stale w rozterkach. Radości ze zwycięstw i smutki z porażek. Gdzie jest taki drugi zawód na świecie?

Powszechnie uważa się, że aby być dobrym lekarzem, trzeba mieć powołanie. Nie daje się go jednak zmierzyć. Wielu adeptów medycyny kuśi piękno zawodu. Niektórych możliwości dobrych zarobków. Są tacy, którzy myśleli o odkryciu nowych metod leczenia i zdobyciu sławy. Dopiero z biegiem lat można stwierdzić, kto jest lekarzem z powołania, a kto zwykłym pracownikiem. Na medycynę inaczej patrzy młodzieniec nieskażony brudami życia i pragnący służyć ludziom w ich chorobach, a inaczej lekarz po latach praktyki, goniony nieraz za dobrą egzystencją, wygodą i spokojem.

Lekarz towarzyszy człowiekowi od narodzin do śmierci. To on otwiera oczy niemowlęciu, gdy się rodzi i on zamyka je, gdy kończy się żywot. To on jest powiernikiem tajemnic człowieka w ciągu jego życia,

darząc go pomocą w nieszczęściach. W miłosierdziu, samarytanizmie, w przyjacielskiej i braterskiej pomocy tkwi piękno tego zawodu. Wymaga ono jednak od wykonawcy nie tylko szlachetnych cech, ale wiedzy, pokory i ustawicznego doskonalenia. Trudno o ideały w świecie. Lekarzy ceni się wysoko, ale też wymaga się od nich więcej niż od ludzi innych zawodów. Nie wszyscy jednak spełniają te słuszne oczekiwania.

Ludzkość wiele zawdzięcza lekarzom, ale wdzięczność ludzka na pstrym koniu jeździ. Kiedy odchodzą wielcy pionierzy medycyny, szybko o nich zapominamy. Bardziej pamiętamy wielkich pisarzy, uznanych artystów, bohaterskich wojowników o wolność i niepodległość i to nawet wtedy, gdy ich walki nurzały we krwi ogromne rzesze ludzi. Stawia się im pomniki. Ich imionami nazywa się place, ulice i szkoły. Natomiast wielcy lekarze, którym ludzkość zawdzięcza dłuższe życie w zdrowiu, giną w ludzkiej niepamięci. Nikt nie stawia pomników bohaterom medycyny. Ludzie nie wiedzą nawet, że zawdzięczają im tak wiele. Jesteśmy niewdzięcznikami. Mamy place Napoleona, pomniki Sobieskiego i Słowackiego. A gdzie są pomniki Pasteura, Remmingtona, Virchowa? Gdzie są ulice Rentgena, Kocha czy Ehrlicha? Uczą się o nich studenci medycyny, a następnie o nich zapominają. Dlaczego?

Człowiek zdrowy jest szczęśliwy, chociaż niewielu ludzi zdaje sobie sprawę z tego szczęścia. Rockefeller mówił, że szczęśliwym jest człowiek bez pieniędzy, ale to nieprawda. Ludzie mówią, że lepiej być zdrowym i bogatym, niż chorym i biednym. I mają rację. Trudno jednak cieszyć się obu przymiotami. Ludzie zdrowi nieustannie niszczą swe zdrowie, świadomie lub nieświadomie. Gdy już mają je nadszarpięte – wydają pieniądze, by je odzyskać. Nie wszystko jednak na tym świecie można kupić. Nie potrafimy się cieszyć zdrowiem, kiedy go mamy. Nie doceniamy szczęścia z jego posiadania. Rozrzutnie go tracimy. Niestety, jakże często nieodwracalnie.

Ludzie kierują się w życiu przykazaniami, przekazywanymi przez wychowanie, religię, tradycję i obyczaje. Każdy człowiek ustala własny dekalog postępowania i swoje prawa moralne. Oto kilka tych złotych myśli:

- **Staraj się w swej praktyce nie szkodzić.**
- **Nie bądź nigdy zbyt pewny ani postawionego rozpoznania, ani zaleconego leczenia.**
- **Nie przeszkadzaj innym, o ile nie czynią zła.**
- **Nie ufaj nikomu i niczemu bezgranicznie. Zawsze zachowaj ograniczone zaufanie do ludzi i ich czynów.**
- **Nie przechodź obojętnie obok krzywdy.**
- **Przeciwstawiaj się złu nawet kosztem własnych strat.**
- **Dostrzegaj małe szczęście w swym codziennym bytowaniu.**
- **Uznawaj prawo innych do posiadania odmiennych poglądów.**

- **Szukaj przyczyny każdego zjawiska, odrzucając dogmaty i prawdy objawione.**
- **Postępuj zawsze w zgodzie z własnym sumieniem i bądź surowym sędzią dla własnych postępów.**

Są różne zawody na świecie. Zachwycają nas artyści. Podziwiamy lotników. Cenimy uczonych. Szanujemy sędziów. Poważamy nauczycieli. Jednak największym uznaniem cieszą się lekarze. Dlaczego ludzie tak bardzo cenią ten zawód? Dlaczego uważa się go za najpiękniejszy na świecie? Bo wymaga poświęcenia, wiedzy, miłosierdzia i pokory. Nakazuje pomagać w chorobie nawet wrogowi. Czy przesadą jest więc twierdzenie, że lekarz to brzmi dumnie?

Prof. Stanisław STERKOWICZ

(przedruk z biuletynu OIL w Koszalinie; powyższy artykuł ukazał się również w numerach 9–12/04 „Gabinetu Prywatnego”)

ZAPOMNIANY WZAJEMNY SZACUNEK

*Medice, cura te ipsum,
bo kolega, choć twarz ci zbladła,
może cię posłać do diabła.*

Przed kilku laty byłam pacjentką młodej lekarki (w poradni fundacji), dr n. med. Agnieszki Kuch-Wocial. Zdziwiłam się, gdy nagle pobiegła do rejestracji, aby się upewnić, czy przypadkiem nie zapłaciłam za wizytę... bo jestem lekarzem i nie płacę. Byłam wzruszona i zażenowana. „*Musimy się wzajemnie szanować, bo tylko wtedy uszanują nas inni*”, powiedziała młoda dama polskiej kardiologii. Pomyślałam: chyba jest dobrze.

Niestety! To tylko miłe zdarzenie. Osaczyły mnie bowiem liczne i zupełnie inne fakty. Serdeczność lekarska pani Agnieszki, czy uśmiech i gotowość dyżurantów w przemyskim szpitalu, spontaniczność działania doktora Rogowskiego, cudowna skuteczność doktora Andrzeja Zielińskiego, czy też gotowość i pomoc profesora Jethona to wspaniałe wyjątki, które, jak powiadają, są potwierdzeniem reguły.

Jest przysięga Hipokratesa, każdy lekarz kiedyś powtarzał jej święte słowa, ale kto pamięta takie rzeczy w epoce wyścigu szczurów. Już słyszę zgodny i głośny chór młodych, asertywnych i uczonych lekarzy, że mam staroświeckie poglądy i jestem po prostu naiwna. „*Pacjent ma wiedzieć, że musi czekać, a chory lekarz powinien to rozumieć najlepiej*” – to maksyma pewnej bardzo energicznej, czterdziestoletniej pani kardiolog.

Pamiętam lata, kiedy było inaczej. 1967 r., Szpital Kolejowy przy ulicy Brzeskiej. Na oddziale poruszenie. Przyjechał jakiś doktor z Bydgoszczy, nagle zachoro-

wała jego żona. Trzeba pomóc, Brzeska blisko dworca. Krewny? Znajomy? Nie, po prostu lekarz, czyli kolega. Jego żona nielekarka. Wystarczy, że chora i żona lekarza. Przypomniałam sobie o tym, stojąc na korytarzu przed sekretariatem kolegi ze studiów, profesora chirurgii. Przyprowadziłam lekarkę, chorą na raka, na konieczną konsultację. Chora słała się na nogach, na korytarzu żadnego miejsca, aby usiąść, natomiast w sekretariacie aż trzy krzesła. Czekaliśmy na „miłosierdzie gminy”.

Dziś znowu sytuacja korytarzowa w innej klinice. Trzeba czekać. Krzesel nie przewidziano. Czterdzieści pięć minut stania. Widzą mnie pielęgniarki, liczni lekarze z ordynatorem włącznie, który wie, kim jestem. Wytrzymałam. Szkoda, że nie mogę otrzymać daru amnezji wycinkowej, aby nie pamiętać, że może być inaczej, miło i po koleżeńsku. Mówią, że zabiegowcy to pragmatyczni

ludzie i zapominają o takich drobiazgach. Nie zgadzam się, ponieważ znałam chirurgów wielkiej miary i takiej też kultury i empatii. Pamiętam profesorów Nielubowicza, Wesołowskiego, Koszarowskiego, Wiechnę, docenta Wigurę, doktorów Zawadzkiego, Klawego, Pertkiewicza, Pobieżyńskiego. Żyją profesoria: Noszczyk, Jethon, Dziatkowiak, Krawczyk, Popiela, Bielecki. Oczywiście, przeciwna jestem fałszywemu solidaryzmowi, kiedy poszkodowany pacjent walczy o sprawiedliwość. Na sądowych ścieżkach nie wolno kryć lekarskich przestępstw. Nie piszmy kłamliwych opinii, aby bronić tych, którzy hańbią lekarską godność.

Skarżymy się, że źle o nas mówią i piszą. Zastanówmy się, jacy jesteśmy wobec siebie. Pani doktor Agnieszko, pamiętam!

Jolanta ZARĘBA-WRONKOWSKA

(przedruk z biuletynu „Puls” nr 2/10)

CO PISZĄ INNI

POLSCY PEDIATRZY APELUJĄ! BADAJMY DZIECI!

Zaledwie trójka na setkę dzieci w wieku szkolnym jest całkowicie zdrowa – alarmuje Polskie Towarzystwo Pediatryczne. Wśród uczniów nagminnie występują wady postawy, zgryzu, próchnica, kłopoty ze wzrokiem, słuchem i alergię. Problemem staje się otyłość.

Pediatrzy apelują, aby ministerstwo zdrowia utworzyło w szkołach pediatryczne punkty konsultacyjne. Specjaliści myślą też o wprowadzeniu „Paszportu zdrowia 15-latką”.

Badać raz w roku

Zdaniem prezes Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego, prof. Alicji Chybickiej, poziom opieki medycznej nad dziećmi z roku na rok jest coraz gorszy, a idealną opieką nad dziećmi w wieku szkolnym byłoby kompleksowe badanie prowadzone raz w roku przez lekarza rodzinnego lub pediatrę. Pediatrzy domagają się zmian i ostrzegają, że problem będzie narastał wraz ze zbliżającym się wyżem demograficznym.

Lekarzy nie ma w szkołach od 1992 roku, kiedy przeprowadzono pierwszą reformę w tym zakresie. W 2000 r. zapadła decyzja o powołaniu 20 tys. gabinetów lekarza rodzinnego, które miały przejąć opiekę również nad dziećmi. W 2006 r. takich gabinetów było jednak tylko 5715. To, według pediatrów, zdecydowanie za mało, aby poradzić sobie z dużą ilością schorzeń u dzieci i objąć wszystkie konieczną profilaktyką.

Według prof. Chybickiej, obecny system jest zły z dwóch powodów. Po pierwsze, lekarz, który ma czuwać również nad profilaktyką, nie może poświęcić jej czasu ze względu na dużą liczbę chorych dzieci; po drugie, aby lekarz mógł zobaczyć zdrowe dziecko, muszą się z nim zgłosić rodzice. Niestety, wielu z nich idzie do lekarza tylko wówczas, gdy dziecko jest chore.

– *Dlatego wielu małych pacjentów w ogóle nie jest objętych badaniami profilaktycznymi, a problemy odkrywamy wtedy, gdy są już naprawdę poważne* – dodaje prof. Chybicka.

Kiedyś, gdy w pierwszych latach życia dziecka rozpoznano schorzenie, np. zaburzenia metaboliczne, wadę serca, alergię, następował przydział do odpowiedniej grupy dyspanseryjnej, a książeczka zdrowia wydawana była w innym kolorze. To oznaczało częstsze kontrole u pediatry i większą uwagę lekarza szkolnego.

Zbyt mało pediatrów

Obecny system opieki nad dziećmi w wieku szkolnym jest niewystarczający. Badania kontrolne, profilaktyczne i opieka stomatologiczna stanowią prawdziwy problem, a połowa uczniów w ogóle nie jest badana przez specjalistów. Zdaniem profesor Chybickiej, nieskuteczność systemu opieki nad dziećmi w wieku szkolnym to także efekt braku lekarzy. Połowa członków PTP jest na emeryturze, druga połowa ma średnią wieku powyżej pięćdziesięciu. Powstaje luka pokoleniowa, bo następców jest niewielu.

Na szczęście, ministerstwo zdrowia uznało pediatrię za dziedzinę deficytową, co oznacza, że rezydentura na pediatrii jest wyżej płatna niż inne.

PTP chce utworzenia pediatrycznych punktów konsultacyjnych, w których rodzice mogliby szukać dla swego dziecka porady pediatry, a jednocześnie lekarz rodzinny, który pediatrą nie jest, mógł w razie potrzeby skonsultować się ze specjalistą.

– *Opieką takiego punktu mogłyby zostać objęte także najbliższe szkoły, przy czym lekarz miałby obowiązek przebadania każdego dziecka przynajmniej raz w roku* – stwierdza profesor Alicja Chylicka.

Resort zdrowia informuje, że trwają przygotowania do przekazania powyższych regulacji do konsultacji zewnętrznych. Sprawą zajął się także Rzecznik Praw Dziecka, który poparł apel pediatrów. Zwrócił też uwagę, że uczniowie, szczególnie z małych miejscowości i wsi, nie mają zapewnionej odpowiedniej opieki zdrowotnej. Z danych Biura Rzecznika Praw Dziecka wynika, że gabinetów lekarskich nie ma w 2/3 szkół podstawowych, w co drugim gimnazjum, oraz w co trzecim liceum. W szkołach wiejskich bądź w małych miastach, gdzie liczba uczniów jest niewielka, jedna pielęgniarka szkolna opiekuje się kilkoma szkołami.

W efekcie, wiele dzieci ma wady kręgosłupa i postawy. Ponadto rośnie liczba nie leczonych alergików i dzieci z nie wykrytą cukrzycą. Za późno rozpoznawane są też nowotwory.

Inaczej ten problem widzą lekarze rodzinni, którym w latach 90. został przekazany obowiązek opieki zdrowotnej nad uczniami. Twierdzą, że to rodzice są odpowiedzialni za swoje dzieci i wybierają im lekarza. To ci lekarze wykonują bilanse zdrowia dzieci, szczepienia, kierują do specjalisty. Niestety, brakuje nie tylko pediatrów, lekarzy rodzinnych również.

Ministerstwo Edukacji Narodowej nie planuje powrotu gabinetów lekarskich i stomatologicznych do szkół. – *Zagadnienie to będzie jednak analizowane na spotkaniu z przedstawicielami kuratorów w maju* – informuje biuro prasowe MEN.

Z kolei o uruchomienie „Paszportu zdrowia 15-latka”, czyli zestawu badań przesiewowych, pozwalających ocenić stan zdrowia oraz czynniki ryzyka wystąpienia wielu chorób cywilizacyjnych u najmłodszego pokolenia Polaków, zwrócili się specjaliści, którzy w ramach programu SOPKARD 15 od 4 lat badają młodzież wchodzącą w dorosłość. Lekarze prowadzą kompleksową ocenę zdrowia uczniów drugich klas gimnazjalnych w Sopocie. Jak twierdzi koordynator tych badań, dr hab. Tomasz Zdrojewski z Kliniki Nadciśnienia Tętniczego i Diabetologii Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego, wyniki są zaskakujące. Jedynie 30% zbadanych dzieci nie ma żadnych zaburzeń. aa

(przedruk z biuletynu „Medicus” nr 5/10)

DZIECKO WE WSPÓŁCZESNYM ŚWIECIE

Na świecie rodzi się ponad 130 milionów dzieci rocznie, w tym ok. 90% w krajach rozwijających się. 1/5 tej populacji umiera przed ukończeniem 5 roku życia, z czego ok. 97% zgonów ma miejsce w krajach rozwijających się (1).

W krajach rozwiniętych, o wysokim stopniu cywilizacji technicznej, umieralność dzieci jest wielokrotnie niższa. Szczególnie rażące różnice dotyczą zgonów niemowląt. W wielu krajach Afryki współczynnik umieralności niemowląt przekracza 100 (dane statystyczne są niepełne i niedokładne), podczas gdy w większości krajów rozwiniętych wynosi poniżej 10, a w krajach skandynawskich jest niższy od 4. W większości krajów zachodnioeuropejskich w 20-leciu 1980–2000 umieralność niemowląt zmniejszyła się o ponad 50%.

U podstaw tak znacznych różnic leżą przyczyny społeczne, polityczne i ekonomiczne (1). Możliwości współczesnej medycyny ściśle związane są z tymi uwarunkowaniami. Poza tym, w niektórych regionach świata sytuację pogarszają klęski naturalne (susze, powodzie) oraz wojny i walki plemienne, które zwiększają umieralność dzieci, zwłaszcza najmłodszych.

W krajach rozwijających się bezpośrednimi przyczynami tak wysokiej umieralności dzieci są: skrajne niedożywienie i głód, mała urodzeniowa masa ciała, choroby zakaźne (w tym AIDS i biegunka o ciężkim przebiegu), infestacje pasożytnicze i zakażenia układu oddechowego. Najczęściej występuje uwarunkowanie kilku wymienionych przyczyn. Prawdopodobnie procentowi tych zgonów można by zapobiec wykonaniem szczepień ochronnych.

U przewlekłe głodującej ludności wielu krajów Afryki, a zwłaszcza u dzieci, wyróżnić można: przewlekłe niedożywienie białkowe (kwashiorkor) i niedożywienie kaloryczne (marasmus). W tym regionie świata dotyka ono nawet znaczny procent nieletniej populacji.

Około 1/5 noworodków na świecie rodzi się z małą urodzeniową masą ciała (MUMC) (poniżej 2500 g). W krajach rozwijających się przyczynami tej sytuacji są:

- niedożywienie matek (od wczesnego dzieciństwa lub niedostateczne odżywianie w czasie ciąży),
- zakażenia (m.in. gruźlica, AIDS, malaria) oraz znaczna częstotliwość ciąż i krótkie przerwy czasowe między nimi (1).

Niemowlęta z MUMC umierają 2–3-krotnie częściej, niż urodzone z prawidłową masą ciała.

Do podstawowych warunków decydujących o zdrowiu człowieka należą, m.in. poczucie bezpieczeństwa, społeczny spokój, stabilny system ekonomiczny, racjonalne żywienie, systematyczna edukacja, godziwe wynagrodzenie za pracę, sprawiedliwość społeczna.

Wśród czynników warunkujących rozwój i zdrowie dziecka, w kolejności ich udziału dla krajów rozwiniętych, wyróżnia się:

- styl życia (50–60%) – jego zmiana jest w zasięgu możliwości człowieka,
- środowisko fizyczne i społeczne życia i pracy (ok. 20%),
- czynniki genetyczne (15–20%),
- kadra ochrony zdrowia (może mieć wpływ na 15–20% problemów zdrowotnych).

Proporcje udziału w/w czynników w krajach rozwijających się będą się różnić.

Prognoza rozwojowa dzieci z krajów rozwijających odbiega w sposób zasadniczy negatywnie od potencjalnych możliwości rozwojowych dzieci krajów rozwiniętych. Inna jest nie tylko skala problemów, ale także ich rodzaj i jakość. Np. dla wielu krajów Afryki zasadniczym problemem jest utrzymanie dzieci przy życiu. W Europie lub Ameryce Płn. problemem będzie jakość i komfort życia lub zaburzenia psychosomatyczne i zagrażające uzależnienia.

U niemowląt zakażenia układu oddechowego i pokarmowego są coraz rzadsze i mniej groźne, niż przed laty. Wśród przyczyn systematycznie obniżającej się umieralności w pierwszym roku życia dominują skutki zaburzeń okołoporodowych oraz wady wrodzone (2). Większość chorób zakaźnych opanowano dzięki szczepieniom ochronnym. Wcześniej pojawiają się objawy alergii i nietolerancji pokarmowej.

We wczesnym dzieciństwie i wieku przedszkolnym główną przyczyną hospitalizacji są choroby układu oddechowego, często o podłożu alergicznym. Co 10–15 lat następuje podwojenie częstości występowania chorób atopowych, m.in. na skutek postępującego skażenia środowiska naturalnego (3). Coraz wcześniej dają o sobie znać zaburzenia czynnościowe, np. przewodu pokarmowego oraz choroby układowe o podłożu immunologicznym.

W Polsce notuje się spadek częstości hospitalizacji z powodu chorób układu oddechowego z 37,2% w grupie wieku 1–4 lat do 8,5% w grupie 15–19 lat, a z powodu wad wrodzonych odpowiednio z 6,1% do 1,7%. Zdecydowanie natomiast wzrasta częstość hospitalizacji z powodu urazów i zatruc z 12,3% do 22,4% (2). Poza urazami i zatruciami, częstszą przyczyną hospitalizacji w wieku szkolnym są choroby przewodu pokarmowego (w tym jelita grubego) i choroby zakaźne, m.in. wirusowe zapalenie wątroby typu B (tendencja spadkowa) i C (w 2004 roku 5,39/1 000 000).

Większość polskich uczniów ma nierozwiązane problemy stomatologiczne: próchnica zębów – ponad 90%, choroby przyzębia – około 50% w starszych klasach. Częsta w wieku szkolnym urazowość w około 25% ma związek z realizacją obowiązku szkolnego. Przewle-

kłe choroby układu oddechowego występują u 20–25% uczniów, w tym ponad 8% astma oskrzelowa (4). Wady refrakcji rozpoznaje się u 15–20% młodzieży, czyli co czwarty uczeń wymaga korekcji okulistycznej (tendencja wzrostowa z wiekiem). Zaburzenia układu ruchu i statyki ciała stwierdza się u 10–15% badanych. Znaczące problemy zdrowotne nastolatków, to również zaburzenia zdrowia psychospołecznego (10–20%) i rozwoju somatycznego: nadwaga i otyłość (7–14% w 7–17 lat) i niskorosłość (5–7%). Pojawia się dysmorfofobia, brak akceptacji własnej osoby, u dziewcząt – anoreksja (5,6). Występuje nadciśnienie (5–7%) i wole proste u dziewcząt (ok. 5%). Problemem zdrowotnym może być również cukrzyca. Nadal daleko do urzeczywistnienia hasła wielkiego higienisty Marcina Kasprzaka, że „*dziecko powinno opuścić szkołę zdrowsze niż do niej trafiło*”.

Procesy chorobowe dzieci i młodzieży krajów rozwiniętych (w tym Polski) zmieniają nie tylko swój profil oraz epidemiologię i symptomatologię, ale także dynamikę zachodzących zmian. Częściej spostrzega się niepełnoobjawowy lub niespecyficzny, poronny przebieg chorób, u młodzieży zwykle z silnym komponentem psychospołecznym.

U nastolatków uwarunkowania psychospołeczne dominują nad patologią organiczną. Współczesne tempo życia, przepracowanie (obowiązki szkolne znacznie wykraczają poza przyjęte normy higieny nauczania i wypoczynku), stres szkolny związany z realizacją obowiązku szkolnego oraz wynikający z międzyrodzinnych postaw agresywnych dla części młodzieży z labilnym układem nerwowym jest trudny do opanowania i skutkuje różnorodną manifestacją psychosomatyczną. Sytuację pogarsza niestabilna rodzina, o zaburzonych relacjach emocjonalnych, nie gwarantująca młodemu człowiekowi poczucia bezpieczeństwa i spokoju. Ocenia się, że zaburzenia emocjonalne i reakcje nerwicowe dotyczą 10–20% młodzieży, częściej dziewcząt. W wieku 15–18 lat około 40% dziewcząt okresowo demonstruje nastroje depresyjne. U podstaw leży często patologia rodzinna, nie zapewniająca pozytywnych wzmocnień. Jakże często wówczas terapią należałoby objąć przede wszystkim rodziców.

Psychogenne podłoże mają występujące często bóle głowy, bóle brzucha i wegetatywne objawy sercowo-naczyniowe. Napięcia emocjonalne związane z realizacją obowiązku szkolnego, przy niekorzystnej atmosferze domu rodzinnego przyczyniać się mogą nawet do występowania stanów depresyjnych. Tego rodzaju sygnałów nie można lekceważyć. Brak wsparcia psychicznego skutkować może nawet podejmowaniem prób samobójczych. Wśród nastolatków jest to druga, po urazowości, przyczyna zgonów. Statystyki amerykańskie wskazują, że liczba samobójstw u młodzieży w ostatnim 20-leciu wzrosła o 300% (Zimbardo wg 7). Samobójstwo jest trzecią w kolejności przyczyną zgonów u młodzieży

(11,1/100.000 w przedziale wieku 15–24 lat). Między 15 a 19 r.ż. przeważają chłopcy (8).

W Polsce w 2002 roku – w przedziale wieku 10–19 lat zarejestrowano 326 samobójstw dokonanych, w tym 285 po 15 r.ż. (2). Rocznie próby samobójcze podejmuje prawdopodobnie 4–5 tys. dzieci i młodzieży. Uwarunkowania samobójstw u młodzieży są wieloczynnikowe. Zwraca się uwagę na zaburzone relacje wewnątrzrodzinne i międzyrówieśnicze oraz nieumiejętność radzenia sobie w sytuacjach trudnych, skutkująca m.in. depresją. W 1/3 zamachów samobójczych młodzieży istnieje związek z nadużywaniem alkoholu w rodzinie. Część autorów zwraca uwagę na dodatnią korelację występowania samobójstw u młodzieży, z ich zachowaniami społecznymi (7). Samobójstwa są wskaźnikiem braku stabilizacji społecznej i dezintegracji społeczeństw. Zdecydowanie maleją w czasie wojen, kiedy następuje obrona wspólnych wartości.

Między 15–19 rokiem życia główną i systematycznie wzrastającą przyczyną zgonów są wypadki, urazy i zatrucia (68%), przed nowotworami (9%). Dominują wypadki drogowe, przed samobójstwami i utonięciami (2).

Coraz częściej ujawniane są również różne formy krzywdzenia dzieci. Dziecko bywa krzywdzone w domu rodzinnym, w szkole, często również przez starszych kolegów. Może to być:

- przemoc fizyczna: bicie, maltretowanie
- wykorzystywanie seksualne
- maltretowanie psychiczne
- zaniedbywanie potrzeb dziecka:
 - fizycznych, min. głodzenie
 - intelektualnych
 - emocjonalnych,
 - leczniczych

Uważa się, że 10–15% dzieci doznało w swym życiu jakiejś formy maltretowania. Częściej dotyczy to dzieci najmłodszych, nawet niemowląt, o czym niejednokrotnie informują media. Wg Starowicza (10) bezpośredniej przemocy seksualnej doświadcza 1–2% populacji dziewcząt (5,4% dziewczynek i 1,9% chłopców była obiektem czynów lubieżnych). Około 1/4 poddawana jest oddziaływaniu pornografii. Jest to prawdopodobnie czubek góry lodowej, gdyż większość tego rodzaju zdarzeń nie jest ujawniana, a molestowanie seksualne często bywa rodzinnym tabu.

Jak wynika z badań ankietowych (11) ponad 2/3 polskiej młodzieży nie spożywa codziennie surowych warzyw i ciemnego pieczywa. Ponad połowa (odsetek 55% należy do najwyższych wśród 13 ankietowanych krajów) nie pije mleka, natomiast spożywa słodycze co najmniej raz dziennie. Między 11 a 15 rokiem życia bez żadnego posiłku trafia do szkoły 11% chłopców i 19% dziewcząt. W szkole nie spożywa żadnego posiłku 26% chłopców i 22% dziewcząt. Dla części młodzieży, szczególnie

dziewcząt, sytuację pogarszają dalsze zachowania antyzdrowotne i zagrożenie uzależnieniami, na przykładzie 15-latków (12):

- palenie papierosów (chłopcy 28,6%, dziewczęta 24,3%),
- picie napojów alkoholowych co najmniej 1–2 razy w miesiącu (21,8% chłopców i 26,2% dziewcząt),
- używanie marihuany lub haszyszu przynajmniej 1–2 razy w miesiącu (9,1 % chłopców 15% dziewcząt).

Przedstawione odsetki dotyczące części antyzdrowotnych zachowań młodzieży nie pozwalają optymistycznie widzieć kształtowania przyszłych prozdrowotnych postaw polskiego społeczeństwa.

Negatywną sytuację pogłębia dodatkowo przeciążenie uczącej się młodzieży obowiązkami szkolnymi ponad wszelkie dopuszczalne normy higieny psychicznej, higieny pracy i wypoczynku. Dzień pracy licealisty obejmuje 10–12 godzin pracy dziennie, często w ograniczonej przestrzeni, przy nieprawidłowym oświetleniu, na nieergonomicznym stanowisku nauki i biernym wypoczynku. Przewlekłe zmęczenie i negatywne oddziaływania zdrowotne, wpływają negatywnie, zwłaszcza na ośrodkowy układ nerwowy, narząd wzroku i układ ruchu.

Niestety, w wyniku wprowadzonej w Polsce reformy ochrony zdrowia, dzieciom i młodzieży ograniczono dostępność do podstawowych i specjalistycznych świadczeń pediatrycznych. Brak systematycznych lekarskich badań profilaktycznych dzieci i młodzieży szkolnej lub ich jakość i dalsza pomoc jest niedostateczna. Uzyskanie skierowania od lekarza rodzinnego jest warunkiem przyjęcia przez pediatrę. Okres oczekiwania na poradę specjalistyczną sięga niekiedy kilku miesięcy. Brak poradnictwa psychosocjomedycznego dla młodzieży.

Dotychczas dość zgodnie podkreślano istnienie w Polsce środowiskowego zróżnicowania rozwoju w układzie: miasto – wieś. Największe różnice notowano między poziomem rozwoju dzieci i młodzieży aglomeracji wielkomiejskich a regionami wiejskimi Polski północno-wschodniej i okolic podgórskich. Stopień tego zróżnicowania zależny był jeszcze od stadium rozwoju i wieku badanych. Największe różnice w stopniu zaawansowania rozwoju fizycznego spostrzegano w okresie pokwitania.

Zmiany warunków życia w Polsce, poprzez swój wyraz społeczny i ekonomiczny w różnorodny sposób modyfikują rozwój biologiczny dziecka.

Wyrazem kierunku zachodzących zmian w przebiegu rozwoju, zwłaszcza przyspieszenia dojrzewania płciowego i ostatecznie wyższego wzrostu, jest proces akceleracji rozwoju.

W 2000 roku w Poznaniu wysokość 18-letnich chłopców wynosiła 178,7 cm, masa ciała 69,1 kg, dziewcząt odpowiednio 166,4 cm i 57,2 kg. Przed 80-laty wysokość ciała chłopców wynosiła 169,5 cm, a dziewcząt 156,7 cm

(brak danych dotyczących masy ciała). W okresie 80 lat (1920–2000) wysokość 18-letnich chłopców zwiększyła się o 9,2 cm, a dziewcząt o 9,7 cm (13).

W ostatnim 10-leciu zauważalne jest zjawisko smuklenia dziewcząt po okresie pokwitania, co potwierdzają nieco niższe średnie wartości masy ciała dziewcząt poznańskich powyżej 15 roku życia, przy nieznacznie wyższym ich wzroście.

W ostatniej dekadzie XX wieku natężenie procesu akceleracji u dzieci jest mniejsze. Tendencję wygaszania zachodzących zmian stwierdzono w środowisku poznańskim i łódzkim (14).

W ostatnim 20-leciu sygnalizowane są negatywne tendencje w rozwoju sprawności motorycznej młodzieży, dostrzegane u co raz młodszych roczników. Badania porównawcze przeprowadzone przez Raczkę (15) w latach 1970–1990 u 5315 uczniów (2670 dziewcząt i 2645 chłopców) w wieku 8–18 lat wskazują, że postępujący regres w największym stopniu dotyczy gibkości, wytrzymałości i siły. Tendencja ta najwyraźniej manifestuje się u dzieci i młodzieży o niższej sprawności i pogłębia się z wiekiem. Również ogólna wydolność fizyczna młodzieży, określana wielkością tzw. pułapu tlenowego (maksymalnego poboru tlenu $-VO_{2\max}$), potwierdza tendencje spostrzegane w zakresie sprawności motorycznej.

Ponieważ w rozwoju motorycznym człowieka ujawnia się jego ogólna wartość biologiczna i psychospołeczna, a sprawne działanie jest wyrazem optymalnego przystosowania do otaczającego go świata, spostrzegane tendencje są wysoce niepokojące. Przyczyn powiększającej się rozbieżności między rozwojem somatycznym i motorycznym współczesnej młodzieży w Polsce (syndrom rozwierających się nożyc), zdaniem Przewędy (16), szukać należy w zmianie jej trybu życia. Szkoła ogranicza pozalekcyjne zajęcia ruchowe (sportowe), dzieci uzyskują większą dostępność do internetu, wydłuża się czas bezruchu spędzany przy komputerze. Większość młodzieży preferuje bierne formy wypoczynku (TV), ograniczając swą aktywność ruchową.

Tendencja do uzyskiwania ostatecznie wyższych wymiarów ciała młodzieży nie jest jednolita. Dostrzegane zwolnienie tendencji do ostatecznie większych wymiarów ciała, a także obniżanie się sprawności motorycznej młodzieży warunkują czynniki społeczno-środowiskowe.

Główne zagrożenia zdrowia współczesnej młodzieży krajów rozwiniętych to:

1. Wadliwy styl życia i zachowania antyzdrowotne:
 - nieprawidłowy sposób żywienia: zbyt mała liczba i zbyt krótki okres karmienia niemowląt pierśią, nieracjonalne żywienie (nadmiar tłuszczów, soli w diecie, niedobór mleka i jego przetworów oraz warzyw, owoców, ciemnego razowego pieczywa) i nieregularność posiłków;
 - mała aktywność ruchowa,

- palenie tytoniu,
- nadmierne spożycie alkoholu,
- używanie substancji odurzających i psychoaktywnych.

2. W środowisku społecznym, w Polsce potencjalnym źródłem zagrożeń mogą być również:

- pauperyzacja znacznej części społeczeństwa (spadek realnych dochodów, zubożenie znacznej części ludności),
- nasilenie patologii życia społecznego (osłabienie więzi rodzinnych, postawy agresywne, krzywdzenie dzieci, wzrost przestępczości, również wśród nieletnich).

3. Nieobojętne dla zdrowia, a zwykle niedostrzegane są zagrożenia w środowisku fizycznym: zanieczyszczenie i hałas.

Wśród innych problemów współczesnej młodzieży polskiej wymienić trzeba także:

- problemy dotyczące życia seksualnego i jego konsekwencje,
- zaburzenia związane ze stylem życia i pełnieniem ról społecznych.

Radykalnie zmienia się również stanowisko współczesnej młodzieży do problematyki seksualnej. We wszystkich krajach europejskich stopniowo obniża się wiek inicjacji seksualnej. Według badań Jarząbek (17) u 33% polskich dziewcząt był to 16 rok życia, u 35% – 17 rok życia. Według ankietowych badań międzynarodowego programu nad zachowaniami zdrowotnymi przeprowadzonych w Polsce (12) w 17 r.ż. pierwszy stosunek płciowy miało za sobą 45% chłopców i 32% dziewcząt, a w wieku 15 lat 30% chłopców i 13% dziewcząt. Seks bez uczucia dopuszcza: 44% chłopców i 14% dziewcząt.

Edukacja seksualna dokonuje się poprzez internet, ilustrowane czasopisma młodzieżowe, media i najczęściej ogranicza się do sfery biologicznej. M.in. tą drogą następuje zmiana obyczajowości i świadomości seksualnej młodocianych. Nadal problemu tego nie potrafi rozwiązać szkoła, ani też nie podejmuje go większość rodziców.

Dziś nie ma nikogo, kto młodych ludzi wkraczających w dorosłość potrafiłby przekonać, że dojrzałość oznacza nie tylko wolność, ale i odpowiedzialność. „*Seks jest pewnym nastrojem, przeżyciem, doświadczeniem, jest cielesnością, ale jest też pewnym typem odpowiedzialności, jaką człowiek wnosi ze sobą w świat*”. Zdrowie psychiczne (zaburzenia nerwicowe) mają zwykle swe uwarunkowania psychospołeczne. Dojrzewający człowiek nie zawsze znajduje wsparcie w rodzinie. Niezrozumienie problemów i potrzeb duchowych własnego dorastającego dziecka, brak zainteresowania nimi i czasu na rzeczową i spokojną dyskusję o wielu, trudnych często dla młodego człowieka, problemach decyduje o wygasaniu więzi emocjonalnej z rodziną. Zabezpieczenie potrzeb materialnych okazuje się niewystarczające. Nie zapewnia bowiem wzajemnego szacunku, zrozumienia i miłości. Ob-

darzanie dziecka miłością rodzicielską i zapewnienie mu spokoju i poczucia bezpieczeństwa w pełnej stabilnej rodzinie stwarza najlepszą prognozę rozwojową.

W społeczeństwach krajów rozwiniętych wśród znaczących czynników przyczynowych zaburzeń psychosocjalnych młodzieży wymienia się m.in.:

- nieprawidłowo kształtujące się relacje wewnątrzrodzinne (pracoholizm, rodzina niepełna, rozbita)
- powtarzające się w rodzinie napięcia emocjonalne (stresogenna atmosfera domowa)
- brak powodzenia w nauce (postawy emocjonalne do szeroko pojętego obowiązku szkolnego)
- przeżycia sfery uczuć wykraczające poza dom rodzinny (współżycie dziecka z rówieśnikami, jego akceptacja w gronie koleżanek i kolegów).

Przedstawione informacje o sytuacji zdrowotnej i potrzebach dzieci i młodzieży wskazują na duże ich zróżnicowanie zależnie od regionu globu, kraju i grupy społecznej. Ludność krajów trzeciego świata ciągle boryka się z podstawowym problemem utrzymania się przy życiu. Dla wielu rodzin pojęcie minimum socjalnego jest utopią. Wiele dzieci umiera z powodu biegunek, niedożywienia oraz chorób zakaźnych, zwłaszcza malarii, gruźlicy i AIDS.

W krajach rozwiniętych, w tym również w Polsce, systematycznie obniża się współczynnik umieralności niemowląt. Wśród przyczyn zgonów w I roku życia dominuje patologia okresu okołoporodowego i wady wrodzone. Maleje zachorowalność na choroby infekcyjne, zwłaszcza niektóre choroby zakaźne. Wzrasta częstość reakcji alergicznych. Mimo najniższej chorobowości w przedziale wieku 14–19 lat utrzymuje się wysoka umieralność z powodu urazów i zatruc, w tym wypadków drogowych i samobójstw, zwłaszcza u chłopców. Niepokojące są nieprawidłowości żywienia, antyzdrowotny styl życia, niedostateczna aktywność ruchowa. Nierozwiązana pozostaje grupa problemów psychosocjalnych młodzieży. W codziennej praktyce nastolatek to nadal „ziemia niczyja”, której, mimo podejmowanych prób, nie potrafi „uprawiać” medycyna wieku rozwojowego.

Prof. dr hab. Marian KRAWCZYŃSKI
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego
w Poznaniu

Piśmiennictwo u autora:
Klinika Gastroenterologii Dziecięcej,
I Katedra Pediatria;
60–572 Poznań, ul. Szpitalna 27/33

(przedruk z biuletynu „Doktor” nr 3/09)

CHOROBY NA ŻYCZENIE NFZ

Na co chorują Polacy? Na to, za co płaci NFZ. Gdy tylko w taryfikatorach Funduszu zapisana zostanie porządna wycena terapii – natychmiast pojawiają się liczne przypadki schorzeń wymagających takiego leczenia. Gdy wycena zostaje obniżona, zapadalność na te choroby maleje. Dlaczego? Aby zarobić, szpital nie może się ograniczyć do poprawnego wyleczenia pacjenta. Musi jeszcze odpowiednio wypełnić formularz sprawozdawczy, a kwalifikując chorego do leczenia, wybrać taką metodę, która nie dość, że będzie skuteczna, to na tyle dobrze musi wyglądać w statystykach, że przełoży się na największy zysk. Doborem terapii w szpitalach zajmuje się zatem zespół składający się z lekarza i kodera – wysokiej klasy specjalisty od sprawozdawczości dla NFZ.

Czy takie postępowanie to polski wynalazek? Wcale nie. Najgłośniejszym echem w świecie odbił się sposób rozliczania ochrony zdrowia w Brazylii. Obowiązywała tam zasada pozwalająca rozliczyć każdą procedurę zabiegową wykonaną w trakcie jednego znieczulenia. Jeżeli podczas laparoskopowej operacji przepukliny brzusznej po jednej stronie ujawniono potrzebę zaopatrzenia również drugiej strony, można było ten zabieg poszerzyć i uzyskać za to pieniądze. Zapobiegało to sytuacjom, w których po jednej zakończonej operacji trzeba pacjenta kwalifikować ponownie lub go zoperować, rezygnując z zapłaty.

Epidemia wyrostków robaczkowych

Stosowana w Brazylii zasada czasami doprowadzała do „epidemii”, jak np. pojawienia się masowych i nie mających naukowego uzasadnienia zapaleń wyrostka robaczkowego (*appendicitis acuta*), ujawnianych w trakcie cięcia cesarskiego. Zobowiązywało to płatnika do zapłaty za oba zabiegi. Czy brazylijscy lekarze pozbawiali pacjentki zdrowego wyrostka robaczkowego, ponieważ chcieli więcej zarobić? Czy naciągali rozpoznania z pobudek merkantylnych? Czy usuwano wyrostek robaczkowy tylko ze względów finansowych?

Sądzę, że nie. Pamiętam swój staż podyplomowy, odbywany w latach, gdy nasza ochrona zdrowia działała na zasadach siemaszkowskich. Nie istniały kontrakty, plany, a najkorzystniejsze finansowo dla placówki medycznej było rozpoczęcie malowania oddziału i zawieszenie działalności. Nie było w owych czasach żadnych finansowych podtekstów usuwania wyrostka robaczkowego z otwartej jamy otrzewnowej ciężarnej pacjentki w trakcie porodu przez cięcie cesarskie. Kiedy cel tego nagłego (na ogół) zabiegu został osiągnięty i dziecko się urodziło, można było spokojnie przejrzeć jamę brzuszną. To przecież obowiązek każdego chirurga, który otwóży brzuch. Inspekcja ta mogła być dla pacjenta tylko korzystna, a wykonana profilaktycznie appendektomia

zapobiec np. zapaleniu otrzewnej w przypadku nietypowej lokalizacji zmienionego zapalnie wyrostka w przyśłości. Faktem jest, że niepotrzebne było udowadnianie celowości tego zabiegu przed płatnikiem. Wystarczyło odnotować w dokumentacji medycznej i poinformować pacjentkę, że nagle zachorowanie z powodu *appendicitis acuta*, które mogło zepsuć wyjazd na wczasy, już jej nie grozi.

Kodowanie

Leczyć to za mało, trzeba jeszcze odpowiednio zdać sprawozdanie za pomocą kodów. Teraz jest inaczej. Leczyć to za mało, trzeba jeszcze odpowiednio zdać sprawozdanie za pomocą kodów. Kodowana jest nie tylko przyczyna świadczenia, ale również wszystkie czynności wykonane w trakcie jego udzielania. Kodowanie to przeprowadzane jest za pomocą klasyfikacji medycznych, na ogół międzynarodowych, takich samych, jakich używa się do prowadzenia statystyki publicznej w zakresie ochrony zdrowia na podstawie ustawy o statystyce publicznej z 29 czerwca 1995 r. Ustawa ta, w przytoczonym tu zakresie ochrony zdrowia, gwarantuje wiedzę na temat problemów i potrzeb zdrowotnych. Z obowiązkowej sprawozdawczości, realizowanej przez zakłady opieki zdrowotnej, zbierana jest wiedza o zachorowalności, czasach hospitalizacji, wieku pacjentów i wiele innych danych. Ustawa nie zapewnia dodatkowych funduszy na przetwarzanie informacji statystycznej w placówkach medycznych, ale i nie narzuca osobnego procesu przetwarzania danych statystyczno-medycznych. Zatem zapisy w dokumentacji medycznej służą wielu celom, czyli opisowi stanu pacjenta i procesu jego leczenia, rozliczeniu świadczenia u płatnika, jak i wygenerowaniu informacji dla statystyki publicznej w zakresie ochrony zdrowia.

Katalog świadczeń szpitalnych

Poprzednio stosowany w Narodowym Funduszu Zdrowia system rozliczeniowy zakładał istnienie katalogu świadczeń szpitalnych – dokumentu, który był utworzony wyłącznie w celu rozliczania świadczeń medycznych. Katalog był ułomny, stając się przedmiotem wielu manipulacji, oraz w wielu miejscach nieracjonalny, co skłaniało do kreatywnej sprawozdawczości i często wywoływało (na szczęście na papierze) małe epidemie. Tak działo się np. z rozliczeniem zabiegowego leczenia stulejki. Chirurgiczne leczenie zwężenia napletka zostało wyszczególnione w pozycji, która opisuje to leczenie poprzez usunięcie nadmiaru napletka. Procedura ta (wymieniona mało precyzyjnie z nazwy) wyceniona została na siedem ówczesnych punktów. Warto zauważyć, że koszt znieczulenia w tamtym czasie to 20 punktów. Nie może zatem dziwić fakt, że zabieg, zasadniczo polegają-

cy na wykonaniu cięcia na skórze prącia i odpowiednim jej zeszytciu po stosownym dopasowaniu brzegów rany, był rozliczany jako „szycie rany prącia” za 50 punktów. Operator cięcia wykonywał gratisowo, a szył za siedmiokrotnie większą stawkę niż w przypadku rozliczenia katalogowego. Postępowanie to z klinicznego punktu widzenia wykonane było *lege artis*. Rozliczone zostało w sposób zadowalający, oczywiście chirurga. Jednakże obserwując to zjawisko w kategoriach statystycznych, zauważyliśmy dwa trendy – gwałtowny spadek operacji stulejki i równie gwałtowne zwiększenie zranień prącia. Podobnych przykładów można podać więcej. Wykazywanie operacji przepukliny pachwinowej można było zastąpić rewizją kanału pachwinowego, bo przecież każda operacja przepukliny polega na jego rewizji, bóle brzucha diagnostyką przeciwnowotworową itp. Znane powiedzenie, że jest małe kłamstwo, duże kłamstwo i statystyka – ma tu w pełni uzasadnienie.

Jednorodne grupy pacjentów

Wprowadzony 2 lata temu system jednorodnych grup pacjentów, wzorowany na brytyjskim HRG, który wywodzi się z amerykańskiego DRG, miał zapobiegać tego typu dowolnościom. Na nic zdało się blisko półwiecze doświadczeń w stosowaniu DRG (w Yale został on wprowadzony w 1965 r.), skoro nie zapewniono otoczenia prawno-strukturalnego elementu rozliczeniowego, jakim jest system case-mix. Wprowadzenie tego – niewątpliwie jednego z najlepszych na świecie – sposobu rozliczania świadczeń szpitalnych odbyło się bez rozwiązania problemów związanych z innymi placówkami ochrony zdrowia działającymi w otoczeniu szpitali. Szpital tylko w wybranych przypadkach może być dla pacjenta pierwszą placówką, gdzie zaopatrywana jest jego potrzeba zdrowotna, rzadko potrzebne jest również, aby hospitalizacja trwała tak długo, żeby leczenie w całości zostało zakończone. Jeszcze kilka lat temu nikt nie dziwiło, że z oddziału intensywnej terapii pacjent był wypisywany do domu, zamiast przekazania go w ostatnich dniach pobytu na inny, „mniej intensywny” i znacznie tańszy oddział. Czy jednak szpital zawsze ma możliwość wykonywania tylko tych świadczeń, które powinny być udzielane w warunkach szpitalnych? Oczywiście, że nie. Pomijam już bardzo nieprecyzyjny zapis art. 7 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, zobowiązujący do natychmiastowego udzielenia świadczenia osobie tego potrzebującej ze względu na enigmatyczne „zagrożenie życia lub zdrowia”. Do tego należy dodać okoliczności, w których lekarz (zobowiązany zapisami ustawy o zawodzie lekarza) nie może bez badania podjąć żadnej decyzji, zleca zatem cały proces postępowania diagnostycznego, zakończony często postawieniem rozpoznania, nie mającego nic wspólnego z pobytem w szpitalu. Świadczenie takie jednak, żeby mogło być rozliczone,

musi być wyposażone w odpowiedni zestaw kodów. Dba o to coraz lepiej funkcjonujący system weryfikacji narodowego płatnika, który w wielu przypadkach eliminuje świadczenie z listy rozliczanych, bo podany zestaw kodów nie odpowiada wymaganiom kontrolujących, stąd też cała seria rozpoznań z podejrzeniem np. zespołów wieńcowych. Epidemia?

Chemioterapia

Czasami, czytając zarządzenia przygotowywane przy ul. Grójeckiej, mam wrażenie, że są one wydawane w innym kraju. Przykładem są ostatnie, dotyczące chemioterapii. Zakładają one poszerzenie katalogu chemioterapeutyków podawanych w trakcie terapii rozliczanej w systemie obowiązkowych ubezpieczeń publicznych, nie gwarantując pieniędzy na ich zakup i podawanie pacjentom. Stawia to placówkę medyczną, dysponującą ograniczoną pulą pieniędzy na leczenie, ale mającą umowę o udzielanie świadczeń w zakresie chemioterapii, w sytuacji instytucji segregującej. Część pacjentów otrzyma leczenie, a dla części nie będzie funduszy na zakup (drogich) leków. Może zatem w tym kontekście należy czytać pewien komunikat NFZ, który istotnie zmniejsza zapotrzebowanie na świadczenia medyczne związane ze skojarzonym leczeniem nowotworów. W październiku 2008 r. ukazał się komunikat (dokument nr 3449), który określa zasady ewidencjonowania świadczeń. Wprowadza on m.in. zasadę nieumieszczania rozpoznania nowotworowego w dokumentacji pacjenta otrzymującego leczenie chemioterapeutyczne lub radioterapeutyczne. Dotyczyć to ma nawet stanów, kiedy w trakcie leczenia skojarzonego dochodzi do powikłań. Zatem widać, jak za pomocą zapisów płatnika rozliczającego świadczenia można albo zwiększać zachorowalność (*appendicitis acuta* w Brazylii), albo ją zmniejszać (choroby nowotworowe w naszym kraju). A co na to epidemiolodzy?

Erwin STRZESAK

Autor jest pełnomocnikiem dyrektora d/s rozliczeń Wielkopolskiego Centrum Onkologii w Poznaniu

(przedruk za Biuletynem „Puls” nr 5/10 z „Menedżera Zdrowia” nr 2/10)

PRZYCHODZI PRZEDSTAWICIEL FIRMY DO LEKARZA

Nieodzownym elementem naszej pracy stały się wizyty przedstawicieli firm farmaceutycznych. Każdy z nas ma na tym polu swoje własne doświadczenia. Przypuszczam, że różne, w zależności od miejsca pracy, pozycji zawodowej czy piastowanej funkcji. Mam i ja, lekarz pierwszego kontaktu, pediatra pracująca w ośrodku zdrowia na wsi w powiecie wejherowskim. Ale wioska nie byle jaka,

bo jedna z największych w kraju, posiadająca dwie parafie i pewnie jedynie względy ekonomiczne skutecznie hamują lokalne władze przed ubieganiem się o – prestiżowy dla niektórych – tytuł miasta. Do miejscowości wiedzie, przebudowana ostatnio, szeroka, bezpieczna droga, tak zwana schetynówka. Łatwo więc do nas dojechać. I przyjeżdżają. Samochodami dobrych marek. Młodzi, w większości około trzydziestki, eleganccy, uprzejmi. Wpadają do gabinetu na chwilę, pomiędzy złoścącymi się na nich z tego powodu (i słusznie) pacjentami, by wygłosić wyuczoną formułkę o promowanym leku. Przekaz ustny uzupełniają materiałami pisemnymi: ulotkami z napisaną drobnym „maczkiem” informacją o medykamencie, przedrukami artykułów i wykładów autorytetów medycznych potwierdzających skuteczność leków, ulotkami edukacyjnymi dla pacjentów. Wśród odwiedzających mnie przedstawicieli wyróżnia się młoda dziewczyna, która przychodzi zawsze z laptopem i włączając go na 2–3 minuty, pokazuje na schemacie walory promowanej szczepionki. Niektórzy próbują postawić nas pod ścianą, pytając nachalnie o liczbę wypisywanych recept z danym lekiem, nawet dopytywać się, dlaczego właśnie tyle i czy po ich wizycie to się zmieni. Aby nas przekonać do swojego produktu, dodatkowo wykazują, ile groszy dziennie kosztuje kuracja ich specyfiką.

Ale przedstawiciele firm niosą lekarzom nie tylko kaganek oświaty. Przywożą nam także różnorakie dary. Zawsze możemy liczyć na długopisy i karteczki do zapisywania naszych zaleceń. Dostajemy też kubki – każdy pracownik swoją kawę czy herbatę obowiązkowo pije w firmowym naczyniu. W naszym pokoju socjalnym w szafce z kubeczkami, jak w aptece, znajdziemy cały asortyment nazw. Wśród gadżetów pozostawianych u nas – pediatrów – prym wiodą naklejki z kolorowymi, mniej lub bardziej udanymi rysunkami. Nasi mali pacjenci rutynowo już na początku wizyty pytają nas o „nagrodę” i z uradowaną miną przyklejają kolejny obrazek na zapelnionych okładkach książeczek zdrowia lub umieszczają go na swoim ubranku lub starannie chowają do kieszonki, by zanieść do domu. Dostajemy też dla dzieci obrazki do kolorowania, pieczątki z rysunkami (tusz, choć ponoć nietoksyczny, bardzo brudzi, i to nie tylko ręce), kolorowe ołówki z zabawnymi końcówkami, baloniki, lizaki, szklane malutkie cukierki (dla sprawdzenia umiejętności usuwania ciał obcych z dróg oddechowych), papierowe: okulary, korony, a nawet, jak w słusznie minionych czasach, przeróżne figurki z kończynami fikającymi po pociągnięciu za sznurki. Rzadko dostajemy pojedyncze opakowanie leku, co musi być koniecznie potwierdzone podpisami i pieczętkami na firmowych dokumentach.

Przedstawiciele nie zapominają też o upominkach dla samych lekarzy. Bardzo rzadko są to książki medyczne lub przedmioty przydatne w naszej codziennej pracy zawodowej. Wyjątkowo pada propozycja pokrycia kosztów zjazdu lub konferencji medycznej na zasadach legalnej

darowizny. Najczęściej dostajemy chusteczki na obtarcie naszego nosa, mydełko (aluzja?), pachnidełko do samochodu, otwieracze kapslowanych butelek z logo firmy czy leku. Bywają pojedyncze filiżanki, talerzyki, bombki, solniczki (?), T-shirty, najczęściej XXXL z nadrukiem nazwy leku, zapakowane w minipudełeczka ciasteczka czy czekoladki... Z bardziej wyszukanych prezentów zdarzyły się pałeczki do konsumpcji ryżu, pasta wybierająca do zębów ze szczoteczką gratis (znowu podejrzenie o aluzję, choć przedstawicielka z góry zażekała się, że absolutnie nie) czy bryła kamienia na ozdobnej deseczce. Młody człowiek nie potrafił powiedzieć, co to za minerał. Kamień wylądował w koszu, choć po grudniowych wydarzeniach w klinice pediatrycznej pomyślałam sobie, że biorąc pod uwagę jego gabaryty, mógł służyć do skutecznej obrony przed krewkami rodzicami naszych małych pacjentów.

Ostatnio firmy serwują nam też ciepłą strawę. Umówione spotkanie odbywa się po zakończonej pracy. Utrudzeni i głodni medycy pochłaniają jednocześnie wiedzę o leku i dostarczone przez catering dania.

Przy końcu roku tradycyjnie sypnęło kalendarzami. Różnymi – od najmniejszych, kieszonkowych po ściennne. Był wśród nich jeden nietypowy. Nieduży, do postawienia na biurko. Przedstawiciel firmy wręczył mi go z tajemniczą i bardzo zadowoloną miną. Prosząc o otwarcie na stronie miesiąca lutego, złożył świąteczno-noworoczne życzenia i wyszedł. Otworzyłam i oniemiałam. Zobaczyłam zdjęcie ośnieżonego samochodu. Na przedniej szybie palcem wypisano moje imię i NAZWISKO!!!, a obok serduszko!! ! Zaczęłam przeglądać prezent. Było tam 12 zdjęć – na poszczególne miesiące roku, każde następne bardziej wymyślne, a na każdym moje dane: na choinkowej bombce, na wielkanocnej pisance, ułożone z płatków kwiatów, z kolorowych jesiennych liści, z chmurek na niebie, na hollywoodzkim wzgórzu, na gwieździe w Alei Gwiazd, na świetlnej tablicy wypełnionego do ostatniego kibica olbrzymiego stadionu, na tablicy informacyjnej peronu dworcowego, na drogowskim ulicy londyńskiej z majaczącym w tle Big Benem... Bardzo mnie to rozzłościło! Jakie są granice ochrony moich danych osobowych? Dlaczego ich użyto, nie pytając mnie o zgodę? Z drugiej strony – czy pomysłodawca nie przypuszczał, że przekroczył normy lizusostwa i pochlebstwa? Moja rodzina, oglądając kalendarz, uśmieła się do łez. A mi smutno. Jak w ogóle można było założyć, że w ten wątpliwy sposób zrobi się mi przyjemność.

Jesteśmy na początku nowego roku. Przed firmami farmaceutycznymi trudne wyzwania – nowe listy leków, z aptek znikają medykamenty za 1 grosz. Pełna gotowość! Sztaby specjalistów opracowują nową strategię dotarcia do lekarzy, rodzą się pomysły na wyszukane upominki. A więc – do zobaczenia!

Elżbieta BUDNIK

(przedruk z „Pomorskiego Magazynu Lekarskiego” nr 4/10)

POŚLADEK Z IGŁĄ

*„Zagrajcież mi,
niechaj cofnie się świat”*

Podobnie jak początek, tak i koniec mej pracy w Szpitalu Przemienienia zaznaczył się komicznym epizodem, do czego przyczyniła się moja uczynność i poniekąd wczesna sława.

Ponieważ z racji leczenia sportowców specjalizowałem się w leczeniu uszkodzeń tkanek miękkich narządu ruchu, po szpitalu się rozniosły wieści o mej smykałce do diagnostyki i leczenia uszkodzeń skóry, mięśni, ścięgien oraz do operacji rekonstrukcyjnych. Sławę moją ugruntowało „przyszycie kciuka”, który pewien pan był sobie sam odciął, przy próbie zamordowania koguta. Rzecz sama w sobie byłaby zupełnie banalna, gdyby nie to, że pacjenta zgubiła głupia chęć zaimponowania otoczeniu. Chodziło o tradycyjne odrabianie kogutowi łba na pieńku. Pacjent oświadczył, że jest to barbarzyństwo i nie ma to, jak w mgnieniu oka egzekucja nożem. W tym celu wybrał specjalnie duży na tę okoliczność nóż i starannie go naostrzył. Następnie przywiązał szpagatem łeb biednego koguta do kurka nad zlewem, odwrócił się, by nie patrzeć na egzekucję skazańca, dobrze się zamachnął – i ciął nożem! Efekt nowej metody był nadspodziewany i jakkolwiek łeb kogutowi odciął, to jednocześnie ciachnął sobie też, prawie doszczętnie, kciuk. Na szczęście lewej ręki, która trzymała ptaka. Otóż pewnego przedpołudnia zdyszana sekretarka powiadamia mnie, że chirurdzy ogólni operujący w ambulatorium szpitala potrzebują pilnie mej konsultacji. Ponieważ sprawa dotyczy trwającego zabiegu operacyjnego, bezzwłocznie udaję się na parter. W sali przedoperacyjnej wita mnie mocno zmęczony i wyraźnie przybity adiunkt z Kliniki Chirurgicznej, i wyjawia powód mego wezwania.

– *Widzi pan, panie kolego, właśnie, tego, operujemy od pewnego już czasu, a prawdę mówiąc już ponad godzinę, blachostkę. Po prostu szukamy igły w pośladku i, jakby tutaj, tego – tej cholernej igły ni rusz znaleźć nie możemy. Co więcej, to szukamy u zaprzyjaźnionej damy, więc, tego, niech się pan doktor szybko przebiera i dołączy do zespołu operacyjnego. Liczę, tego, że pan coś wniesie istotnego w tę, jakże ambarasującą dla wszystkich, sprawę...*

Przebieram się szybko i wchodzę do sali operacyjnej. Na stole leży piękna młoda dziewczyna. Dookoła wszystko obficie pomazane krwią. Wybudzona z narkozy dziewczyna obraca głowę i uśmiechając się przyjaźnie do mnie, mówi:

– *O, jeszcze jeden pan doktor do mojego nieszczęścia, ale pan to chyba najmłodszy, więc nie widzę specjalnego sensu!*

Przedstawiam się pannicy i wyjaśniam, że ja tylko wyglądam na młodego, w rzeczywistości zaś to jestem stary wyjadacz i do tego – kłamię, gdyż żal mi dziewczyny – od operacji właśnie tej części ciała, a to z racji, że leczę sportowców i jestem lekarzem baletu. To, wydaje się, uspokaja niefortunną. Badam zmasakrowany dokumentnie pośladek (o którego byłej urodzie przekonuje drugi). W pośladku nie ma już mowy o żadnej anatomii i to budzi moje przerażenie, gdyż wielogodzinne pastwienie się nożami, nożyczkami, szczypcami i podważkami zostawiło zgliszcza, a w takich warunkach nie ma mowy o żadnym sensownym działaniu chirurgicznym. Badam nędzne resztki pośládka milimetr po milimetrze, odciągając delikatnymi haczykami najmniejsze nawet grupy mięśniowe, badam nawet naczynia krwionośne, pamiętając o możliwości wnikięcia igły do żył i bezowocnym szukaniu jej w mięśniach, i... powoli zaczyna we mnie kiełkować straszne przypuszczenie. Zakrywam ranę chustą i podchodzę do negatoskopu, na którym wywieszono zdjęcie rentgenowskie pośládka. Na zdjęciu widać igłę, i to igłę nie-małą. Pomylili pośládki! – przechodzi mi przez głowę i zaraz jestem tego całkowicie pewien, gdyż na radiogramie wyraźnie widać jakąś metalową nitkę, którą wyhaftowano monogram znajdujący się na majteczkach pacjentki (nie zdjęła ich do prześwietlenia). Wyjaśnić dodatkowo muszę. Czytelniku wielce łaskawy, że wcale nie tak rzadko dochodzi do pomyłek, kiedy pacjenta bada się na stojąco lub w ułożeniu na boku czy na plecach, a do operacji przewraca na brzuch! Nic nie mówiąc, wchodzę do sali przedoperacyjnej, gdzie bębniący nerwowo palcami po stole główny operator kieruje na mnie pytające spojrzenie.

– *Sprawa jest nieco głupia* – sam głupio zaczynam, nie wiedząc, jak oznajmić tę wysoce nieprzyjemną nowinę.

– *Panowie się machnęli! Pomyłono pośladek* – wyrzucam w końcu. – *Nie pozostaje nic, jak ten napoczęty pocerować i otworzyć następny.* – Do dzisiaj nie wiem, dlaczego zamiast powiedzieć „drugi pośladek” użyłem słowa „następny”, co zabrzmiało obelżywie dla operatora. Uważając, że moja misja się zakończyła, opuszczam salę operacyjną. Drugi z operatorów podaje mi na pożegnanie rękę i z nieukrywanym chłodem mówi wyniośle:

– *To my już dziękujemy panu, panie doktorze.*

Bóg mi świadkiem, że chciałem rzetelnie pomóc, ale widocznie moje rady były zupełnie nie po ich myśli! Wkrótce o sprawie zapomniałem. Po jakimś czasie dowiedziałem się, że jednak wyszło na moje. Ktoś sprowadził na dół profesora i ten, po wysłuchaniu, o co chodzi, nakazał zacerować prowizorycznie pomyłony pośladek i „otworzyć zdrowy”. Już po powierzchownym nacięciu igła sama się urodziła! Nieszczęsnej pacjentce i jej rodzinie doktorzy wyjaśnili, że sprawa się tak skomplikowa-

ła, gdyż mieli do czynienia z rzadkim przypadkiem tak zwanego ciała obcego wędrującego.

– *Corpus alienum migrans* – oznajmił główny operator z wielką powagą. Jakkolwiek migracja igły w masowach mięśniowych nie jest rzeczą wyjątkową, gdyż kurczące się mięśnie nawet we śnie potrafią przemieszczać igły na duże odległości, komiczne jest jednak to, że tak skołowali nieszczęsna dziewczynę i jej rodzinę, że nikt nie zapytał, czy możliwa jest migracja igły z jednego pośládka do drugiego!

Artur DZIAK

(przedruk z biuletynu „Puls” nr 2/10)

ZE STORCZYKIEM ZA PAN BRAT

Nadeszły czasy tanich i nietrudnych w uprawie storczyków, zwłaszcza zapomniany trochę i uznawany jako trudny do uprawy *falenopsis* przełamał te stereotypy i trafił na parapety naszych mieszkań. Oczywiście, duży krok do przodu wykonali tu hodowcy storczyków, którzy przygotowali na rynek odmiany mniej wymagające, tolerujące suche powietrze, całkiem dobrze czujące się na okiennych parapetach. Jeżeli ze swej strony dołożymy minimum starań, możemy przez wiele miesięcy cieszyć się urodą pięknych kwiatów. A że *falenopsis* ma szczególnej urody kwiaty, warto znaleźć dla niego miejsce, choćby w najmniejszym mieszkaniu. Tym bardziej, że urodzive kwiaty mogą pojawiać się 2–3 razy w roku, a cena storczyka jest porównywalna z innymi roślinami doniczkowymi. Spróbujmy zwrócić uwagę na najważniejsze czynniki decydujące o powodzeniu uprawy *falenopsis* w warunkach domowych.

Temperatura

W warunkach naturalnych *falenopsis* rośnie na drzewach, wśród konarów, gdzie ma zapewniony stały ruch powietrza. I o ten ruch powietrza powinniśmy zadbać, zwłaszcza wiosną i latem, kiedy temperatura w dzień może przekraczać nawet 30°C. Najłatwiej to zrobić poprzez uchylanie okna. Temperatura optymalna w dzień powinna przekraczać nieco 20°C, a nocą być o 2–3°C niższa. Zimą storczyki zazwyczaj nie kwitną, dlatego temperaturę możemy obniżyć do 18–20°C, a nocą nawet do 15°C. Nigdy jednak, bez względu na porę roku, temperatura nie powinna być niższa, niż 10°C i nie powinna przekraczać 35°C. Gwarancją dobrej kondycji roślin i pięknego kwitnienia jest obowiązująca zasada: „Im więcej światła, tym wyższa temperatura”.

Światło

Najlepszym miejscem dla *falenopsis* jest parapet okna wschodniego. Okno południowe, szczególnie latem,

jest dla niego zbyt gorące. W takim przypadku należy znaleźć mu miejsce w odległości ok. 1 m od okna.

Z drugiej zaś strony zbyt mała ilość światła sprawi, że liście będą coraz cieńsze i mniejsze, a powtórzenie kwitnienia może stać pod dużym znakiem zapytania. Pamiętajmy również, że storczyk nie lubi zmian położenia względem źródła światła i może zrzucać pąki kwiatowe.

Podlewanie i nawożenie

Storczyk podlewamy, gdy liście zaczynają tracić sztywność, a doniczka jest wyraźnie lżejsza (przeschnięte podłoże). Podlewamy wodą miękką (woda przegotowana lub destylowana, deszczówka), pamiętając o zlaniu wyciekającej wody z doniczki na podstawkę. Wiosną i latem dodajemy do wody nawozy z przewagą azotu pamiętając, by po kilku takich nawożeniach przepłukać podłoże dużą ilością czystej wody. Jesienią i zimą nawozimy rośliny raz w miesiącu. *Falenopsis* bardzo dobrze reaguje na delikatne zraszanie, szczególnie w okresie wzrostu i rozwoju pędów kwiatostanowych, jednak przed nadejściem nocy rośliny powinny wyschnąć.

Falenopsis jest najbardziej dekoracyjny wtedy, gdy posiada piękne kwiaty. Należałoby więc sobie zadać pytanie co robić, by jak najdłużej kwitł. Na kwitnienie wpływa stres, jakiemu wcześniej roślina ulega. Może to być np. ograniczenie podlewania, zwiększona lub zmniejszona ilość światła, skrócenie lub wydłużenie dnia. Czynniki te działają razem i we wzajemnych kombinacjach. Aby *falenopsis* kwitł przez prawie cały rok,

należy w czerwcu przerwać nawożenie postawić go bliżej okna i uchylać okno, dobrze „go wietrzyć”. Po ok. 4 tygodniach takiego traktowania przywracamy roślinie warunki optymalne, a po ok. 3 miesiącach powinniśmy cieszyć się już urodą jego pięknych kwiatów.

Zabiegi po przekwitnieniu

Gdy storczyk zakończy kwitnienie, pędy kwiatostanowe należy przyciąć 3 cm nad drugim lub trzecim zgrubieniem. W tym miejscu spod łuski okrywowej powinny wyrosnąć pędy, które po 2–3 miesiącach pokryją się kwiatami.

Aby storczyk wydał piękne kwiaty, należy zapewnić mu odpowiednie podłoże. Pamiętajmy, że powinno być ono lekkie i dobrze „napowietrzone”. Takie warunki zapewni mieszanina rozdrobnionej kory sosnowej, pokruszonego styropianu i włóknistego torfu w równych częściach. Wiosna to dobry okres do przesadzania. Do czystej, plastikowej doniczki dajemy na dno kamień (obciążający doniczkę), drenaż i podłoże. Sadzimy delikatnie do lekko przesuszonego podłoża, nie podlewając przez kolejnych kilka dni, ale delikatnie zraszając. Nawożenie rozpoczynamy wtedy, gdy storczyk zacznie wypuszczać nowe liście lub korzenie. Myślę, że dostosowanie się do tych wymogów zapewni roślinie optymalne warunki wzrostu i rozwoju, a nam pozwoli cieszyć się urodą tych iście królewskich kwiatów.

A. RYDZIK

(przedruk z biuletynu OIL w Rzeszowie nr 2/10)

PRAWO NA CODZIEN

UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ PRZEZ LEKARZA NA KILKU ODDZIAŁACH RÓWNOCZEŚNIE

Pytania: Czy w związku z § 6 ust. 1 oraz ust. 4 pkt 1 załącznika do rozporządzenia Ogólne warunki umów o udzielanie opieki zdrowotnej, lekarz pełniący dyżur na przykład na oddziale chorób wewnętrznych czy kardiologii może zabezpieczać i świadczyć w tym samym czasie świadczenia w ogólnej izbie przyjęć?

Czy lekarz pełniący dyżur w ogólnej izbie przyjęć na podstawie tego samego przepisu lub innego może przewozić karetką transportową chorych do innej placówki/szpitala?

Czy istnieje w tym względzie różnica między pracownikiem pozostającym w stosunku pracy a pracownikiem zatrudnionym na podstawie kontraktu/umowy cywilnoprawnej?

Odpowiedź (odpowiedzi udzielono 12 sierpnia 2009 r. i stan prawny dotychczas się nie zmienił). Pytanie odwołuje się do postanowienia § 6 ust. 1 i § 6 ust. 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. nr 81, poz. 484). Niemniej jednak fakt zabezpieczenia przez jednego lekarza więcej niż jednego oddziału w trakcie dyżuru medycznego (w praktyce dotyczy to pory nocnej) jest praktykowany i o ile lekarz dysponuje odpowiednimi dla każdego z zabezpieczanych oddziałów kwalifikacjami, stan taki w za-

sadzie może być utrzymywany. Autorka jest przeciwna takim rozwiązaniom, niemniej jednak gdyby zabezpieczone oddziały były bardzo małe lub obsługiwały małą liczbę pacjentów, można uznać je za dopuszczalne. Zagadnienie zobowiązania lekarza do pełnienia obowiązków dyżurnego na więcej niż jednym oddziale jest raczej zagadnieniem z zakresu prawa pracy i zarządzania zakładem opieki zdrowotnej.

Stosownie do art. 29 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy (tekst jedn.: Dz. U. z 1998 r. nr 21, poz. 94, z późn. zm.) umowa o pracę musi bowiem określać rodzaj i miejsce świadczenia pracy. Pracodawca może odelegować pracownika na okres do 3 miesięcy do innej pracy – tak mówi art. 42 Kodeksu pracy – ale w przepisie mowa jest o powierzeniu innej pracy, a nie nałożeniu dodatkowej. Co więcej, w teorii prawa pracy podnosi się problem norm pracy. Otóż ilość pracy powinna być tak ustalona, by pracownik w ogóle był w stanie ją wykonać. W kontekście dotychczasowych uwag należy uznać, że zatrudnienie lekarza na dyżurze na więcej niż jednym oddziale nie jest, co prawda wprost, zakazane, ale może naruszać przepisy prawa pracy, a zwłaszcza postanowienia umowy o pracę, a także może świadczyć o niewłaściwym kierowaniu zakładem opieki zdrowotnej, zaś w skrajnych przypadkach można nawet mówić o narażaniu pacjentów na bezpośrednie zagrożenie zdrowia i życia.

Kolejnym zagadnieniem dotyczącym poruszonego problemu jest rzeczywiste zabezpieczenie każdego z oddziałów. Można wyobrazić sobie sytuację, w której lekarz zaangażowany na przykład w akcję resuscytacyjną na oddziale A nie jest przez dłuższy czas obecny na oddziale B, w którym dochodzi do poważnego incydentu. W takim między innymi wypadku osobie kierującej zakładem może zostać postawiony zarzut nienależytego zabezpieczenia szpitala, a nawet stworzenia zagrożenia dla bezpieczeństwa pacjentów.

Autorka wyjaśnia w tym miejscu, że mimo ustawowej delegacji zawartej w art. 10 ust. 4 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (tekst jedn.: Dz. U. z 2007 r. nr 14, poz. 89 z późn. zm.), Minister Zdrowia nigdy nie wydał rozporządzenia ustalającego minimalne normy zatrudnienia lekarzy. Za niedopuszczalne natomiast autorka uznaje rozwiązanie polegające na zabezpieczeniu przez lekarza dyżurnego karetki i przewożeniu chorego. Taki wyjazd jest bowiem równoznaczny z pozostawieniem oddziału (oddziałów) bez zabezpieczenia. Pytanie dotyczy także oceny, w kontekście poruszanych zagadnień, lekarza zatrudnionego na podstawie umowy cywilnoprawnej. Takiego lekarza nie dotyczą normy czasu pracy. Niemniej jednak w odniesieniu do oceny należytego zabezpieczenia oddziału lub całego szpitala uwagi poczynione w przypadku stosunku pracy zachowują swoją aktualność. Należy również zauważyć, że umowa cywilna także powinna określać przedmiot, czyli wskazanie, na jakim oddziale i w jakim zakresie „kontrakto-

wiec” ma świadczyć usługi medyczne. Skierowanie go na inny oddział jest naruszeniem umowy.

Reasumując, autorka wskazuje, że obsadzanie przez jednego lekarza kilku oddziałów w ramach dyżuru nie jest zakazane. Niemniej jednak w określonych sytuacjach takie działania mogą być uznane za naruszanie prawa pracy, prawa pacjenta do właściwego leczenia, a nawet za wyczerpujące znamiona niektórych typów przestępstw popełnionych przez osobę kierującą szpitalem.

Wracając do powołanych postanowień ogólnych warunków umów na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, należy stwierdzić jedynie to, że lekarz, wskazany w dokumentach NFZ jako osoba zabezpieczająca dany oddział w konkretnym miejscu, nie może w tym samym czasie pracować gdzie indziej. W takim wypadku bowiem naruszone zostaną postanowienia umowy z NFZ. W praktyce nie wskazuje się sztywnego harmonogramu dyżurów NFZ – wykazanie takiego harmonogramu po prostu jest niemożliwe. Niemniej jednak umowa w istocie wyklucza jednocześnie udzielanie świadczeń na przykład w dwóch poradniach w tak zwanym „normalnym czasie pracy” albo udzielanie ich w zupełnie innej poradni, niż wynika to z harmonogramu. W odniesieniu do dyżuru medycznego autorka wskazuje, że wymagania NFZ (załącznik nr 3 do zarządzenia 93/2008 Prezesa NFZ) nakazują zabezpieczenie obsady lekarskiej w etatach poza dyżurami medycznymi. A zatem obsada dyżurowa nie jest sformalizowana. Należy zatem uznać, że powyżej uczynione spostrzeżenia zachowują aktualność.

Agnieszka SIENKO

Ekspert Serwisu Prawo i Zdrowie, WoltersKluwer Polska, www.abc.com.pl

(przedruk z „Pomorskiego Magazynu Lekarskiego” nr 11/09)

O BOWIĄZKI LEKARZA I LEKARZA DENTYSTY JAKO PRACODAWCY CZ. I

Z chwilą zatrudnienia pierwszego pracownika podmiot, który staje się pracodawcą zobowiązany jest w terminie 30 dni od dnia rozpoczęcia tej działalności, zawiadomić na piśmie właściwego okręgowego inspektora pracy i właściwego państwowego inspektora sanitarnego o miejscu, rodzaju i zakresie prowadzonej działalności.

Pracodawca przed zatrudnieniem osoby lub powierzeniem jej innej pracy zarobkowej jest obowiązany uzyskać od niej pisemne oświadczenie o pozostawianiu lub niepozostawianiu w rejestrze bezrobotnych i poszukujących pracy, a osoba podejmująca pracę jest obowiązana złożyć takie oświadczenie (art. 36 ust. 6 ustawy o promocii zatrudnienia i instytucjach rynku pracy).

W przeciągu 7 dni od dnia nawiązania stosunku pracy z daną osobą, pracodawca ma obowiązek zgłosić ją do ubezpieczeń w ZUS, co wynika z art. 36 ustawy z 13.10.1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz. U. z 1998 r. Nr 137 poz. 887). W przypadku zmiany jakiegokolwiek informacji podanej na dotychczasowym zgłoszeniu, pracodawca musi powiadomić o niej ZUS w terminie 7 dni od daty jej wystąpienia.

Zgodnie z art. 94 Kodeksu Pracy pracodawca jest obowiązany w szczególności:

1. zaznajamiać pracowników podejmujących pracę z: zakresem ich obowiązków, sposobem wykonywania pracy na wyznaczonych stanowiskach oraz ich podstawowymi uprawnieniami,
2. organizować pracę w sposób zapewniający pełne wykorzystanie czasu pracy, jak również osiąganie przez pracowników, przy wykorzystaniu ich uzdolnień i kwalifikacji, wysokiej wydajności i należytej jakości pracy,
3. organizować pracę w sposób zapewniający zmniejszenie uciążliwości pracy, zwłaszcza pracy monotonnej i pracy w ustalonym z góry tempie,
4. przeciwdziałać dyskryminacji w zatrudnieniu, w szczególności ze względu na płeć, wiek, niepełnosprawność, rasę, religię, narodowość, przekonania polityczne, przynależność związkową, pochodzenie etniczne, wyznanie, orientację seksualną, a także ze względu na zatrudnienie na czas określony lub nieokreślony albo w pełnym lub w niepełnym wymiarze czasu pracy,
5. zapewniać bezpieczne i higieniczne warunki pracy oraz prowadzić systematyczne szkolenie pracowników w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy,
6. terminowo i prawidłowo wypłacać wynagrodzenie,
7. ułatwiać pracownikom podnoszenie kwalifikacji zawodowych,
8. stwarzać pracownikom podejmującym zatrudnienie po ukończeniu szkoły prowadzącej kształcenie zawodowe lub szkoły wyższej warunki sprzyjające przystosowaniu się do należytego wykonywania pracy,
9. zaspokajać w miarę posiadanych środków socjalne potrzeby pracowników,
10. stosować obiektywne i sprawiedliwe kryteria oceny pracowników oraz wyników ich pracy,
11. prowadzić dokumentację w sprawach związanych ze stosunkiem pracy oraz akta osobowe pracowników,
12. przechowywać dokumentację w sprawach związanych ze stosunkiem pracy oraz akta osobowe pracowników w warunkach nie grożących uszkodzeniem lub zniszczeniem,
13. wpływać na kształtowanie w zakładzie pracy zasad współżycia społecznego,

14. pracodawca udostępnia pracownikom tekst przepisów dotyczących równego traktowania w zatrudnieniu w formie pisemnej informacji rozpowszechnionej na terenie zakładu pracy lub zapewnia pracownikom dostęp do tych przepisów w inny sposób przyjęty u danego pracodawcy,
15. w związku z rozwiązaniem lub wygaśnięciem stosunku pracy pracodawca jest obowiązany niezwłocznie wydać pracownikowi świadectwo pracy. Wydanie świadectwa pracy nie może być uzależnione od uprzedniego rozliczenia się pracownika z pracodawcą.

Badania lekarskie

Osoby przyjmowane do pracy podlegają wstępnym badaniom lekarskim. Pracownik podlega okresowym badaniom lekarskim. Okresowe i kontrolne badania lekarskie przeprowadza się w miarę możliwości w godzinach pracy. Za czas niewykonywania pracy w związku z przeprowadzanymi badaniami pracownik zachowuje prawo do wynagrodzenia, a w razie przejazdu na te badania do innej miejscowości przysługują mu należności na pokrycie kosztów przejazdu według zasad obowiązujących przy podróżach służbowych.

Pracodawca nie może dopuścić do pracy pracownika bez aktualnego orzeczenia lekarskiego stwierdzającego brak przeciwwskazań do pracy na określonym stanowisku.

Badania lekarskie są przeprowadzane na koszt pracodawcy. Pracodawca ponosi ponadto inne koszty profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami, niezbędnej z uwagi na warunki pracy.

Pracodawca jest obowiązany przechowywać orzeczenia wydane na podstawie badań lekarskich.

Obowiązki w zakresie bhp

Artykuł 226 KP nakłada na pracodawcę obowiązek:

- oceniania i dokumentowania ryzyka zawodowego związanego z wykonywaną pracą,
- stosowania niezbędnych środków profilaktycznych zmniejszających to ryzyko,
- informowania pracowników o ryzyku zawodowym, które wiąże się z wykonywaną przez nich pracą, oraz o zasadach ochrony przed zagrożeniami.

Obowiązek zapobiegania chorobom zawodowym

Pracodawca jest obowiązany stosować środki zapobiegające chorobom zawodowym i innym chorobom związanym z wykonywaną pracą (art. 227 KP). W celu spełnienia tego wymagania, pracodawca powinien w szczególności utrzymywać w stanie stałej sprawno-

ści urządzenia ograniczające lub eliminujące czynniki szkodliwe dla zdrowia oraz urządzenia służące do ich pomiarów.

Szereg obowiązków spoczywających na pracodawcy dotyczy pomieszczeń pracy, narzędzi, środków ochronnych czy odzieży roboczej. Przede wszystkim pracodawca powinien:

1. zapewnić pomieszczenia pracy odpowiednie do rodzaju wykonywanych prac i liczby zatrudnionych pracowników (art. 214 § 1 KP);
2. utrzymywać obiekty budowlane i znajdujące się w nich pomieszczenia pracy, a także tereny i urządzenia z nimi związane w stanie zapewniającym bezpieczne i higieniczne warunki pracy (art. 214 § 2 KP);
3. zapewnić odpowiednie:
4. urządzenia higieniczno-sanitarne,
5. niezbędne środki higieny osobistej oraz
6. środki do udzielania pierwszej pomocy w razie wypadku (art. 233 KP);
7. zapewnić nieodpłatnie środki ochrony indywidualnej (spełniające wymagania dotyczące oceny zgodności) zabezpieczające przed działaniem niebezpiecznych i szkodliwych dla zdrowia czynników występujących w środowisku pracy oraz informować o sposobach posługiwania się tymi środkami (art. 237(6) § 1 KP);
8. zapewnić odzież i obuwie robocze (art. 237(7) KP);
9. zapewnić posiłki i napoje, jeżeli jest to niezbędne ze względów profilaktycznych (art. 232 KP).
10. Pracodawca nie może dopuścić pracownika do pracy bez środków ochrony indywidualnej oraz
11. odzieży i obuwia roboczego, przewidzianych do stosowania na danym stanowisku pracy (art. 237(9) KP).

Obowiązki związane z wypadkami przy pracy

Jeśli w zakładzie pracy dojdzie do wypadku, pracodawca ma obowiązek:

- podjąć działania eliminujące lub choćby ograniczające zagrożenie,
- zapewnić udzielenie pierwszej pomocy wszystkim poszkodowanym,
- zapewnić w odpowiednim trybie i terminie ustalenie okoliczności i przyczyn wypadku,
- zastosować odpowiednie środki zapobiegające wypadkom.

O wypadku śmiertelnym, ciężkim lub zbiorowym, pracodawca ma obowiązek zawiadomić właściwego inspektora pracy i prokuratora (art. 234 KP). Pracodawca jest obowiązany prowadzić rejestr wypadków przy pracy. Poności on też koszty związane z ustaleniem okoliczności i przyczyn wypadku.

Szkolenia bhp

Pracodawca jest obowiązany zapewnić przeszkolenie pracownika w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy przed dopuszczeniem go do pracy oraz prowadzenie okresowych szkoleń w tym zakresie.

Pracodawca jest obowiązany odbyć szkolenie w dziedzinie bezpieczeństwa i higieny pracy w zakresie niezbędnym do wykonywania ciężących na nim obowiązków. Szkolenie to powinno być okresowo powtarzania.

Zarówno szkolenia pracowników jak i szkolenia pracodawców odbywają się w czasie pracy i na koszt pracodawcy.

Pracodawca jest obowiązany ponadto zaznajamiać pracownika z przepisami i zasadami bezpieczeństwa i higieny pracy dotyczącymi wykonywanych przez nich prac.

*Materiał w opracowaniu radcy prawnego
Katarzyny GODLEWSKIEJ i wiceprezes NRL
Anny LELLI otrzymaliśmy od KS NRL*

LEKARZE I NARKOTYKI

Narkotyki były i będą. Zawsze znajdą się ci, którzy będą ich „potrzebować”. Poza tym, substancje psychoaktywne to bardzo dochodowa działka. Wiadomo, że wcześniej czy później zabijają, ale kto dobrowolnie, dla wspólnego dobra, zrezygnuje z udziału w rynku wartym, jak mówi dr n. med. Marek Pankowski specjalista medycyny sądowej z Legionowa (wieloletni wicedyrektor Centralnego Laboratorium Kryminalistyki KGP) – 400 mld dolarów rocznie, o 100 mld więcej niż rynek ropy naftowej! Interes zresztą kręci się coraz lepiej – używki tanieją (w ostatnim czasie cena amfetaminy i heroiny spadła o ok. 20%, ecstasy o ponad 40), przez co stają się bardziej dostępne i powszechne, a liczba kolejnych klientów rośnie...

Uzależnienia a śmierć*

Marihuana, haszysz, grzyby, amfetamina, heroina, kokaina, klej, LSD – to tylko jedne z wielu substancji psychoaktywnych dostępnych na naszym rynku. Jest w czym wybierać... i wielu takich wyborów dokonuje, by lepiej się poczuć, poprawić zdolność umysłu, usunąć zmęczenie, rozluźnić się, czy zwyczajnie mieć fajny odjazd. W grupie używających są nawet matę dzieci. Robert Rejniak, specjalista psychoterapii uzależnień i prezes bydgoskiego oddziału Polskiego Towarzystwa Zapobiegania Narkomani opowiada o swoim 8-letnim pacjencie: „Klej był dla niego przepustką do innego świata. Mówił, że jego koledzy byli na wakacjach, ale on im nie zazdrości, bo przeżył znacznie więcej – spotkał się ze Smerfami, rozmawiał z Gargamelem, bawił się ze Smerfetką, mógł nawet poczuć jej perfumy.”

Tymczasem specjaliści ostrzegają: „Kaźde uzależnienie czy od alkohol czy narkotyków, wcześniej czy później prowadzi do degradacji i w efekcie do śmierci – uważa Robert Rejniak – Używanie substancji psychoaktywnych często łączy się z aktami samobójczymi, zgonami z powodu przedawkowania, napadami agresji, wypadkami. Śmierć często ponoszą nie osoby uzależnione, ale takie, które przypadkowo zażywały lub uczestniczą w spowodowanych przez biorących zażyciach.”

Wystarczy wziąć nawet jeden raz ... „Kaźdy kontakt z substancjami psychoaktywnymi stanowi zagrożenie dla zdrowia, a nawet życia – mówi profesor J. Kocur, lekarz psychiatra, pracownik łódzkiego Uniwersytetu Medycznego – Ryzyko zaburzeń psychicznych i somatycznych,

a nawet zgonu rośnie, gdy środki przyjmujemy w kombinacjach, czy łączymy je z alkoholem.”

KOKAINA + ALKOHOL

Niedawno stwierdzono, że w wyniku przemiany tych dwóch środków w wątrobie powstaje dodatkowy, trzeci związek chemiczny – cocaetylan, który wzmacnia euforię, ale jest też odpowiedzialny za nagłe zgony w wyniku uszkodzenia układu krążenia. U osób przewlekłe przyjmujących te środki szybko narasta toksyczna marskość wątroby.

18-letni chłopak stracił przytomność po lekcji w-f. Nie wykazywał żadnych oznak życia. Lekarzom udało się przywrócić pracę serca, ale chory pozostał w stanie wegetatywnym. Przyjęte przez niego grzyby, połączone z amfetaminą spowodowały rozległy zawał serca.

29 letni mężczyzna „chciał wyjść przez zamknięte okno”. Do Kliniki Medycyny Ratunkowej Szpitala Uniwersyteckiego nr 1 im. Jurasza trafił z licznymi ranami. Był pobudzony, zachowywał się w sposób niezrozumiały, negował przyjmowanie substancji psychoaktywnych. Po badaniu okazało się, że był pod wpływem amfetaminy i ecstasy.

ECSTASY + ALKOHOL

Alkohol znacznie wzmacnia i przedłuża charakterystyczne dla ecstasy zaburzenia koordynacji wzrokowo-ruchowej. Takie połączenie to zabójstwo dla wątroby. Poza tym alkohol dodatkowo odwadnia organizm – w większości przypadków śmierci spowodowanej hipertermią u zmarłych wykryto obecność tych środków.

To tylko dwa przypadki ze 160, które w 2008 roku przyjęto do Kliniki Medycyny Ratunkowej Szpitala Uniwersyteckiego im. Jurasza z powodu zatrucia substancjami psychoaktywnymi. Najczęściej, jak mówi dr n. med. Joanna Hałas, spowodowanych mieszaniami alkoholu z lekami i innymi substancjami psychoaktywnymi. Większość ma potem nieodwracalnie uszkodzone narządy wewnętrzne, czy trwałe zmiany w psychice. Pacjenci to najczęściej osoby między 21 a 30 rokiem życia i w przedziale 50–60 lat. Najmłodszy miał 16 lat, najstarszy 78 – przedawkował leki uspokajające.

LEKI USPOKAJAJĄCE I NASENNE

Przyjmowane w sposób niekontrolowany mogą powodować uzależnienie, apatię, senność, śpiączkę, spowolnienie koordynacji ruchowej. Łatwo je przedawkować, szczególnie w przypadku łączenia z innymi substancjami psychoaktywnymi.

80% chorych, zatrutych substancjami psychoaktywnymi trafia do Kliniki po próbach samobójczych. Specjaliści twierdzą, że właśnie osoby uzależnione nawet 6 razy częściej odbierają sobie życie. Nie rzadko podejmują takie decyzje pod wpływem narkotyków. „*Ryzyko wzrasta jeszcze w zespole abstynencyjnym, w stanach depresyjnych, lękowych* – mówi Krzysztof Rosa, socjolog i suicydolog z Zakładu Socjologii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi – *W 2008 roku prawie 30% samobójców stanowili uzależnieni.*”

Specjaliści uważają, że nie ma bezpiecznych narkotyków. Nigdy nie wiadomo, co zawiera spożywana substancja. Towar od dilerów jest często zanieczyszczony, np. amfetamina może mieć w składzie kofeinę, mleko w proszku, talk, glukozę, mielone szkło, a nawet substancje trujące, np. strychninę. Narkotyk nie przechodzi wieloletnich badań klinicznych, żadna ulotka nie określi szczegółowych reguł jego stosowania, nikt nie pisze działań niepożądanych. Terapeuci zajmujący się uzależnieniami opisują niepokojące zjawisko. „*Mamy wrażenie, że problem używania niektórych substancji jest bagatelizowany. Głośno jest o narkotykach o słabym działaniu, które nie uzależniają, np. marihuana traktowana jako zupełnie bezpieczny narkotyk (od red. w sieci można znaleźć wiele stron chwalaących „ziele”, oferujących sprzęt do palenia, czy uprawy). Tymczasem wcale tak nie jest, jej palenie grozi, np. rozwinięciem schizofrenii. Dzisiejsza, genetycznie modyfikowana „trawka”, jest o wiele mocniejsza i bardziej uzależniająca niż kilkadziesiąt lat temu, gdy palił ją Clinton. 90% palących sięga potem po inne narkotyki. Kolejne niebezpieczne środki to dopalacze. Wpuszczono na nasz rynek zupełnie niezbadane substancje! W Bydgoszczy są dostępne już w dwóch sklepach. Jeden z nich nazywa się „Coffee shop” i reklamuje go hasło: moc zabawy w jednym miejscu. Można tu kupić substancje, które jeszcze nie są na liście środków zakazanych – np. mieszaniny ziół wywołujących halucynacje, środki chemiczne, takie jak nawozy do kwiatów, które mają takie działanie jak opium czy amfetamina.*”

Czyj problem?

Może być każdego. Zdarza się, i wcale nie rzadko, że substancji psychoaktywnych nadużywają także pielęgniarki i lekarze.

Doktora House’a z popularnego amerykańskiego serialu znają wszyscy. Nie jest miły dla pacjentów, ma kontrowersyjne podejście do leczenia, ale jest wnikliwy, błyskotliwy i zawsze stawia trafne diagnozy. Uratował już masę nie rokujących przypadków. Jest jeszcze jedno: spożywa duże ilości przeciwbólowego vicodinu. Długo, długo nadużywany wydawał się nie mieć na niego żadnego negatywnego wpływu, ale do czasu... W ostatnim odcinku piątej serii filmu prześladowany przez duchy dwóch nieżyjących kolegów, wyczerpany, decyduje się na leczenie.

AMFETAMINA

Niski poziom czystości. Po ustaniu działania: uczucie zmęczenia, wyczerpania, depresja, utrata apetytu, zaburzenia snu, agresja – powrót do formy może trwać kilka dni. Powoduje wzrost ciśnienia, niewydolność krążenia, zawał serca, udar mózgu. Silnie uzależnia psychicznie, może rozwinąć się psychoza amfetaminowa – lęki, urojenia, natręctwa.

„*Z moich obserwacji wynika, że problem nie dotyczy tylko marginesu społecznego, ale też ludzi dobrze sytuowanych, którzy zaczynają używać substancji psychoaktywnych, bo np. chcą w ten sposób przyspieszyć swoją karierę, poprawić wyniki intelektualne, czy psychofizyczne* – mówi doktor Joanna Hałas – *Wśród naszych pacjentów zdarzają się także studenci medycyny, którzy w ten sposób „radzą” sobie z ciężkimi studiami. Stanowią jednak niewielki odsetek, bo świadomi działań ubocznych przyjmowanych środków, nie przychodzą po pomoc lekarską. W 2008 r. przyjęliśmy także dwóch lekarzy. Tacy pacjenci trafiają do nas jednak dopiero wtedy, gdy dochodzi do dysfunkcji układów, zagrażających zdrowiu i życiu. Ich wiedza, doświadczenie, sprawia, że albo ukrywają się ze swoim problemem, radzą sobie sami, albo korzystają z pomocy znajomych czy prywatnych ośrodków.*”

Kłopoty z narkotykami mogą dotyczyć każdej rodziny. W poradni dla rodziców dzieci uzależnionych można spotkać ludzi każdego zawodu, także lekarzy i psychologów, chociaż wydawałoby się, że przed nimi fakt zażywania narkotyków przez ich dziecko nie ukryje się na pewno. Osoby używające substancji psychoaktywnych są także pacjentami lekarzy rodzinnych, ale jak mówią terapeuci od spraw uzależnień, ci rzadko są wrażliwi na problem uzależnień. Za to często trafiają do nich dzieci kierowane przez pediatrów. „*Żyjemy w takich czasach, że warto być wyczulonym na problemy związane z substancjami psychoaktywnymi* – twierdzi Robert Rejniak – *Sklonności do migreny, bóle głowy, brzocho, pleców, zaburzenia snu i łaknienia – takie*

objawy mogą być spowodowane stresem, ale mogą także wiązać się z reakcją organizmu lub abstynencją po środkach przeciwbólowych czy narkotykach.”

* Uzależnienia a śmierć – konferencja pod takim tytułem odbywała się w Bydgoszczy w październiku 2009. Zorganizowało ją Polskie Towarzystwo Zapobiegania Narkomanii o/Bydgoszcz.

Agnieszka BANACH

(przedruk z biuletynu „Primum Non Nocere” nr 12/09)

CHOROBA ALZHEIMERA I... PICIE KAWY

Wydłużanie się życia człowieka powoduje, że narasta bardzo szybko występowanie chorób określanych jako choroby wieku podeszłego. Należy do nich choroba Alzheimer.

Naukowcy przewidują, że jeżeli obecny kierunek zmian utrzyma się, to w połowie XXI wieku będzie nawet czterokrotnie więcej chorych niż obecnie. Dlatego też każde nowe doniesienie ze świata nauki przybliżające nas do lepszego poznania źródeł tej choroby, a szczególnie wyniki badań dające nadzieje na lepsze, skuteczniejsze formy walki z tą wyniszczającą chorego i jego rodzinę chorobą, wzbudzają tyle emocji.

Po upływie wieku

Praca Aloisa Alzheimer (niemieckiego neurologa) opisująca pierwszy przypadek choroby, nazwanej później przez Kraepelina chorobą Alzheimer ukazała się ponad sto lat temu (w 1907 roku). Obecnie, po upływie wieku, schorzenie to dotyka ponad 15 milionów osób. Choroba Alzheimer jest najczęstszą przyczyną otępień u osób powyżej 65 roku życia. Cierpi na nią aż 50% populacji w wieku powyżej 90 lat.

Białko choroby

Powodem cierpienia chorych jest przyspieszone zanikanie wielu typów neuronów kory mózgowej. Proces ten może rozpocząć się stosunkowo wcześniej bo już w 35 roku życia, ale ze względu na sporą plastyczność mózgu poważne objawy pojawiają się dopiero po utracie nawet 2/3 neuronów, gdy mózg nie kompensuje już takich braków.

Za pierwotną przyczynę śmierci komórek nerwowych uważa się odkładanie wewnątrz neuronów tak zwanych splątków neurofibrilarnych (*neurofibrillary tangles*) utworzonych przez hiperfosforylację białek Tau towarzyszących mikrotubulom szkieletu komórkowego i blaszek starczych, które odkładają się w przestrzeniach

pozakomórkowych. To właśnie blaszki starcze utworzone przez agregaty białka zwanego amyloidem uważa się za głównego winowajcę i czynnik sprawczy choroby Alzheimer. β -amyloid tworzy się z białka prekursorowego APP, występującego we wszystkich naszych komórkach. Jest to białko transbłonowe, którego fragment kotwiczący w błonie po jej zewnętrznej stronie zawiera sekwencję aminokwasową, będącą amyloidem. Jeśli dochodzi, z różnych przyczyn, do nieprawidłowego cięcia białka prekursorowego, uwalniany jest z niego fragment amyloidowy, a białko to agregując, tworzy blaszki starcze. Złogi β -amyloidu odkładają się stopniowo przez całe życie i występują też w mózgach osób starszych w pełni sprawnych intelektualnie. Natomiast odłożone w dużych ilościach blaszki (jak w chorobie Alzheimer) nieprawidłowego białka (białko takie ma zmienioną konformację przestrzenną) stają się toksyczne poprzez, na przykład nasilenie toksycznego działania wolnych rodników i wiele innych zmian biochemicznych towarzyszących chorobie.

Ostatnio pojawiły się prace eksperymentalne, prowadzone na zwierzętach, w których autorzy przedstawiają wyniki badań wskazujące na możliwość działań prowadzących do eliminowania z mózgu chorych blaszek amyloidowych, bądź łagodzenia objawów choroby.

Myszy i ludzie

Badania prowadzone na zwierzętach dają nadzieję, że w przyszłości uzyskamy możliwość prewencji albo usuwania nadmiaru β -amyloidu także z mózgu pacjentów.

O przełomowym odkryciu poinformowali na łamach *FASEB Journal* naukowcy z Mayo Clinic w Jacksonville stanu Floryda (USA). Badacze prowadząc badania na myszach próbowali udowodnić, że aktywacja komórek mikroglejowych w mózgu przez interleukinę 6 wywołała stan zapalny i spowoduje zaostrzenie choroby. Postawiono hipotezę, że komórki mikrogleju uczestniczące w odpowiedzi immunologicznej podejmą próbę usunięcia blaszek amyloidowych, ale w rezultacie spowodują ostry stan zapalny. Jakież było zdziwienie badaczy, gdy okazało się, że komórki mikrogleju usunęły z mózgu nadmiar amyloidu. Przedtem jednak doprowadzono do nadekspresji genu i produkcji interleukiny 6 w mózgach gryzoni nowonarodzonych i starszych myszy, u których amyloid był już skumulowany w mózgu. W obu grupach badanych zauważono, że stan zapalny wywołany przez interleukinę 6 pobudzał mikroglej do produkcji czynników oczyszczających mózg ze złogów amyloidu.

Według naukowców prowadzących te badania manipulowanie komórkami układu odpornościowego poprzez mediatory reakcji zapalnej może dać początek opracowaniu nowych sposobów leczenia choroby Alzheimer, a może i innych chorób neurodegeneracyjnych.

Łyk kawy na zdrowie?

Inne badania, co ciekawe prowadzone również w ośrodku na Florydzie (Uniwersytet Floryda), zdają się wskazywać na lecznicze działanie kofeiny, która hamować może formowanie złożeń amyloidowych. Naukowcy prowadzili swoje badania również na myszach, u których wywołano eksperymentalnie chorobę Alzheimera. Gryzoniom w wieku 18–19 miesięcy, co odpowiada wiekowi 70 lat u człowieka, u których wystąpiły zaburzenia pamięci podawano następnie wodę z zawartością około 500 mg kofeiny, co porównywalne jest z dawką 5 filiżanek kawy po 227 gramów. Grupa kontrolna gryzoni piła czystą wodę.

Dwa miesiące wystarczyły żeby zwierzęta otrzymujące kofeinę lepiej radziły sobie w testach mierzących pamięć i myślenie od pozostałych myszy. Co więcej, ich zachowanie nie odbiegało od zachowania myszy w tym samym wieku, nie wykazujących oznak demencji. Jednocześnie ilość płytek amyloidowych w mózgu zwierząt poddanych eksperymentowi zmniejszyła się o połowę. Efekt ten naukowcy tłumaczą wpływem kofeiny na działanie enzymów niezbędnych do formowania amyloidu. Prawdopodobnie kofeina hamuje też procesy zapalne, prowadzące do nadmiernego odkładania blaszek amyloidowych. Uczeni podkreślają, że omawiane badania stanowią kontynuację wcześniejszych, które dowiodły, że u myszy genetycznie zaprogramowanych tak, aby wystąpiła u nich choroba Alzheimera, kofeina była znaczącym czynnikiem ochronnym przed zaburzeniami pamięci.

Członek zespołu prowadzącego badania dr Arendash, twierdzi, że kofeina ma nie tylko działanie ochronne zapobiegając chorobie, ale może pomóc pacjentom, u których rozwinęła się już choroba. Kofeina wydaje się być środkiem bezpiecznym i łatwo przenikającym do mózgu.

Czy podobne rezultaty można osiągnąć u ludzi? Czas zapewne i to ujawni, a dawka kofeiny 500 mg dziennie, to według badaczy, dla większości osób dawka zupełnie bezpieczna. Należy być jednak bardzo ostrożnym w przypadku kobiet w ciąży i u osób z nadciśnieniem.

Warto jednak podkreślić, że nie brakuje sceptycznych głosów i wielu naukowców twierdzi, że zbyt wcześnie jeszcze na to, żeby twierdzić, że picie kawy może przynieść pomoc pacjentom cierpiącym na tą wyniszczającą chorobę.

Dr Marek JURGOWIAK

Wykładowca w Katedrze i Zakładzie Biochemii Klinicznej Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy, Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu

(przedruk z biuletynu „Primum Non Nocere” 12/09)

TESTOSTERON W FIZJOLOGII I ZABURZENIACH WZWODU. CZY NADCHODZI ERA TESTOSTERONU?

„Skoro mężczyzna zaczyna się starzeć hormonalnie od około trzydziestego roku życia, to czekanie z terapią hormonalną do 65. roku zdaje się być dość nierozsądne. Tym bardziej, że średnia życia mężczyzny w Polsce wynosi 67 lat”.

To opinia znacznej części świata nauki drążącego temat roli testosteronu w życiu mężczyzny. Wzwód prącia jest zjawiskiem podlegającym centralnej i obwodowej kontroli przez androgeny, głównie testosteron. Hipogonadyzm powoduje obniżenie libido i zaburzenia wzwodu. Jeszcze nie tak dawno uważano, że androgeny wpływają tylko na libido, a dopiero wtórnie regulują czynność erekcyjną. Obecnie wiemy, że androgeny są niezbędne do anatomicznej i czynnościowej integralności tkanek odpowiedzialnych za erekcję, a prawidłowe funkcje seksualne wymagają stężeń testosteronu w zakresie normy dla młodych zdrowych mężczyzn, nie zaś, jak sądzono, stężeń niskich lub nawet poniżej normy.

Stąd stosowanie tak szeroko promowanych preparatów z grupy inhibitorów PDE-5 (Viagra, Cialis, Maxigra) nie zawsze jest skuteczne, jeżeli występuje niedobór testosteronu. Głównym czynnikiem wpływającym na zaburzenia wzwodu pozostaje wiek. Powoduje on pogorszenie funkcji hormonalnych, naczyniowych i nerwowych istotnych dla mechanizmu erekcji. Proces ten jest pogłębiany przez choroby współistniejące, takie jak cukrzyca, choroby układu sercowo-naczyniowego oraz przez stosowane leki. Negatywnie wpływa też często nierozpoznana depresja oraz problem braku partnerki seksualnej. Wprowadzenie skutecznych i bezpiecznych preparatów z grupy inhibitorów (PDE-5) okazało się w pewnym stopniu rewolucją w leczeniu zaburzeń wzwodu, które jest obecnie podejmowane przez lekarzy różnych specjalności, niestety bez pogłębionej diagnostyki występujących zaburzeń. Ocenia się, że około 50% pacjentów przerywa leczenie. Konieczne dla skutecznego działania preparatów z grupy inhibitorów PDE-5 jest podniecenie seksualne, na ten fakt często nie zwracamy w ogóle uwagi. Prawidłowa erekcja to gra czynników naczyniowych, nerwowych, metabolicznych, hormonalnych oraz psychicznych. Zaburzenia wzwodu są często wynikiem zaburzeń w tych sferach, dlatego brak poprawy po preparatach wymienionych wyżej powinien być sygnałem do rozszerzonej diagnozy i szukania przyczyny występujących zaburzeń. Wpływ testosteronu na proces dojrzewania i seksualność mężczyzn jest niepodważalny. Jednak od niedawna wiemy, że testosteron wpływa istotnie na anatomiczne i fizjologiczne mechanizmy erekcji, jego rola jest kluczowa, koreluje wiele innych czynników istotnych w mechanizmie wzwodu.

Wyniki badań przeprowadzonych w ostatnich latach potwierdziły znaczenie testosteronu w populacji starszych mężczyzn. Mężczyźni w starszym wieku wymagają wyższych stężeń testosteronu do prawidłowej funkcji erekcyjnej. Stwierdzono w ciałach jamistych u mężczyzn receptory androgenowe oraz wykazano, że leczenie zastępcze testosteronem przywraca prawidłowy przepływ naczyniowy w ciałach jamistych, często upośledzony u mężczyzn z zaburzeniami wzwodu. Synergistyczny wpływ testosteronu i inhibitorów PDE-5 na erekcję został także potwierdzony u pacjentów z zaburzeniami wzwodu oraz cukrzycą typu 2.

Z drugiej strony podanie inhibitorów PDE-5 może być pomocne u mężczyzn niewystarczająco reagujących na leczenie testosteronem. Wielu autorów wykazuje, że zespół metaboliczny, którego składowymi są: otyłość, zaburzenia lipidowe, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca oraz miażdżycza tętnic, związany jest z niskimi stężeniami testosteronu. Zaburzenia wzwodu często występują w zespole metabolicznym. Zarówno libido, spontaniczne nocne erekcje, jak i wzwody w odpowiedzi na bodźce seksualne, czas trwania tej odpowiedzi i stopień sztywności członka są zależne od odpowiedniego stężenia androgenów. Wymienione wyżej fakty powinny wpływać na nasze poglądy odnośnie stosowania testosteronu u starszych mężczyzn z zaburzeniami wzwodu. Inhibitory PDE-5 są wystarczająco skuteczne tylko u mężczyzn z prawidłowymi lub wyższymi stężeniami testosteronu. Dlatego wskazana jest ocena poziomu testosteronu u wszystkich mężczyzn z zaburzeniami seksualnymi. Jeżeli stwierdzamy hipogonadyzm, lekami pierwszego rzutu są androgeny, a nie inhibitory PDE-5. Z drugiej strony stwierdzono, że terapia samymi androgenami może nie być wystarczająca do ustąpienia zaburzeń wzwodu. Możliwości najskuteczniejszego leczenia tych zaburzeń stwarza terapia skojarzona.

Testosteron, który przez wiele lat był powodem naszych obaw, obecnie zaczyna być przedmiotem nadziei. Wydaje się, że lęk, wywołany możliwością zaistnienia raka stercza, nadmiernie hamuje decyzję lekarzy o zastosowaniu terapii hormonalnej. W tym miejscu należy podkreślić, że nic nie wskazuje na to, że testosteron wywołuje raka stercza lub, że powoduje przejście postaci subklinicznej w kliniczną. W roku 1974 ekspert w zakresie onkologii prof. Mostofi stwierdził, że nie ma żadnego dowodu na to, że testosteron wywołuje raka stercza lub jakiegokolwiek innego raka. Do dziś nikt nie wykazał, że jest inaczej.

Mieczysław GAŁĘZIA

(przedruk z biuletynu „Eskulap Świętokrzyski” nr 4/10)

ĆWICZENIA TAI CHI JAKO FORMA PROFILAKTYKI I TERAPII PROBLEMÓW ZDROWOTNYCH OSÓB W RÓŻNYM WIEKU

Artykuł ten ma na celu przybliżenie czytelnikowi coraz to popularniejszej gimnastyki zdrowotnej tai chi. Temat wydaje się dość istotny, ponieważ żyjemy w czasach, kiedy odpowiednie ćwiczenia fizyczne mogą stać się ważnym elementem wypełniającym lukę w ofercie profilaktyki wielu schorzeń. Wobec rosnącej średniej długości życia i w efekcie starzenia się społeczeństwa medycyna będzie musiała skupiać się w coraz większym stopniu na poważniejszych przypadkach. Z drugiej zaś strony może się okazać, że rosnąca świadomość potencjalnych pacjentów w tym zakresie przyniesie wzmożone zainteresowanie różnymi formami aktywności ruchowej, których celem jest podtrzymanie zdrowia i sprawności. Tendencję taką zauważamy już teraz. Wykwit klubów fitness, nordic walking, jogi i tai chi jest niewątpliwie przejawem pozytywnych procesów. Poniżej chciałbym przedstawić kilka podstawowych informacji na temat tai chi tak, aby można było ćwiczenia te uplasować w odpowiednim miejscu szerokiej oferty oraz uniknąć nieporozumień i mitów w tym zakresie, bowiem egzotyka tej orientalnej z pochodzenia gimnastyki, z jednej strony jest elementem przyciągającym uwagę, z drugiej zaś strony może też przeszkadzać w zrozumieniu ich istoty.

Co to jest tai chi?

Kultura Chin na przestrzeni wieków wykształciła wiele tradycji związanych z kultywowaniem zdrowia, długowieczności i biegłości w walce. Wśród wielości stylów ważne miejsce zajmuje tai chi, które jest obecnie najpowszechniej praktykowaną formą gimnastyki zdrowotnej w Chinach. Rosnąca popularność tai chi poza Chinami zwróciła uwagę wielu specjalistów na długofalowe korzyści zdrowotne zaobserwowane wśród adeptów tej sztuki. Warto tutaj zaznaczyć, że leczniczy wpływ tych ćwiczeń wynika w znacznym stopniu z interesującego i dość unikalnego podejścia do ludzkiego ciała i ruchu, jak i zaawansowanej, praktycznej wiedzy nauczycieli.

Tai chi należy do tzw. „stylów wewnętrznych”, w których zwraca się ogromną uwagę na postawę ciała, rozluźnienie, sposób oddychania i harmonijny, naturalny sposób poruszania się. Część z założeń tai chi wynika z podstaw medycyny chińskiej, głoszącej dążenie do niezakłóconego przepływu tzw. „energii życiowej”. Sposób ruchu w ćwiczeniach naśladuje również formy obserwowane w otaczającej nas przyrodzie. W efekcie tai chi daje nam kompletny system ćwiczeń psychofizycznych, nadający się do uprawiania przez ludzi w różnym

wieku, niosący adeptom liczne pozytywne zdrowotne skutki w sferze fizycznej i psychicznej.

Tai chi oznacza równowagę

Znaczenie chińskich znaków „tai chi” można by przetłumaczyć jako „najwyższy punkt równowagi”. W praktyce oznacza to budowanie świadomości ruchu w aspekcie napięcia i rozluźnienia (chin. *yin i yang*) i poszukiwanie w ćwiczeniach indywidualnej drogi „złotego środka”, niosącej naturalność, spontaniczność i szeroko pojęte zdrowie.

Wiele osób stykających się z ćwiczeniami zwraca uwagę na ich estetykę wynikającą ze wspomnianych zasad. Przekłada się to na wkładanie w ruch minimalnej potrzebnej ilości energii i budowanie naturalności. Ćwiczący zaskoczeni są zachętą instruktora do rozluźniania się, gimnastyka często kojarzy się im bowiem ze sporym wysiłkiem, kanciastymi ruchami i pokonywaniem zmęczenia. Tutaj jest inaczej. Po ćwiczeniach adepci czują się pełni energii, a ich ciała otrzymują łagodną porcję zdrowego, harmonijnego ruchu, działającego pozytywnie na wielu płaszczyznach.

Tai chi i zdrowie

Gimnastyka tai chi to ogromne bogactwo ćwiczeń, stylów i form, z których możemy wybierać to, czego potrzebujemy, adaptując tę tradycję do naszych warunków, a przede wszystkim do sprawności i wieku ćwiczących. Intensywność ćwiczeń powinna być tak dobrana, aby nie powodować przeciążenia układu ruchu, skoków tętna i ciśnienia, zadyszki i poczucia znużenia. Prowadzący powinien zrobić rozeznanie i wywiad wśród ćwiczących, nakierowany na odpowiedni wybór programu treningu. Zbyt lekki lub ciężki trening nie przynosi maksimum pozytywnych skutków. Ćwiczący w podeszłym wieku powinni również mieć dłuższe przerwy, z możliwością odpoczynku na siedząco.

Wpływ ćwiczeń tai chi na zdrowie zbadany jest przede wszystkim w zakresie układu ruchu i układu krążenia. W obrębie tego pierwszego akcentuje się pozytywne działanie na kręgosłup, stawy i strukturę kości. Zalecane w tai chi ustawienie kręgosłupa, tzn. wyciąganie go w osi pionowej, łagodne prostowanie i prawidłowe ustawienie kręgow łędźwiowych, poza wyrabianiem właściwych nawyków postawy, pozytywnie oddziałuje na zmniejszenie nacisku na dyski, przeciwdziała zwyrodnieniom i pomaga w przypadku skrzywień kręgosłupa. Łagodne i liczne skręty kręgosłupa i wygięcia, obecne w większości ćwiczeń, masują i wzmacniają mięśnie utrzymujące prawidłową sylwetkę.

Zakres ćwiczeń tai chi obejmuje krążenie i pracę praktycznie wszystkich stawów. Z jednej strony są to ćwiczenia łagodne, z drugiej zaś szeroki zakres ruchu

i jego kierunki pomagają utrzymać stawy w stanie znacznej aktywności i sprawności poprzez, m.in. rozprowadzanie mazi stawowej i wzmacnianie więzadeł.

Liczne artykuły w prasie medycznej podają również pozytywne działanie w zakresie zmniejszenia bólu związanego z ruchem. Postawy ciała w trakcie ćwiczeń stymulują również zwiększenie gęstości kości, co wykorzystuje się w profilaktyce osteoporozy.

Pozytywny wpływ tai chi na układ krążenia obejmuje przede wszystkim zwiększenie efektywności krążenia krwi i limfy oraz oddziałuje na rytmiczność pracy i sprawność serca. Praca mięśni w trakcie wykonywania form tai chi (szczególnie w obszarze kończyn dolnych) wiąże się z ich regularnym skurczaniem i rozluźnianiem, co usprawnia pracę układu krążenia. Wspomniany pozytywny wpływ wiąże się również z „pełnym” oddechem przeponowym, który odpowiednio dotlenia ciało i reguluje związki azotu we krwi. Ćwiczący tai chi podają liczne przypadki zwiększenia mikrokrażenia, likwidację poczucia zimnych stóp i dłoni. Istnieją również wyniki badań wskazujące na poprawę profilu lipidowego i regulację ciśnienia krwi.

Czasopisma medyczne często również cytują wyniki badań nad zwiększeniem poczucia równowagi na skutek ćwiczeń tai chi. Długofalowe badania przyniosły rezultaty wskazujące na ewidentny spadek liczby upadków wśród osób starszych, a wiadomo, że upadki w tym wieku prowadzą do licznych, skomplikowanych w leczeniu urazów. Ważne jest również to, że poprawa poczucia równowagi i wzrost koordynacji i zakresu ruchu przynosi ćwiczącym niesamowitą poprawę samopoczucia i poczucia wartości.

Tai chi jako ćwiczenia psychofizyczne

W literaturze specjalistycznej tai chi przypisuje się do grupy ćwiczeń psychofizycznych (ang. *mind-body*). Wynika to z niemożności podzielenia wpływu takiego rodzaju ćwiczeń na sferę wyłącznie psychiczną i fizyczną. Do wspomnianej wyżej poprawy koordynacji i równowagi oraz związanego z tym wzrostu samopoczucia, można dodać intensywne działanie tai chi na redukcję stresu, bólów migrenowych, zespołu napięć mięśniowych – tzw. „pancerza psychologicznego”, a także stymulację ośrodków uczenia się. Ćwiczenia wymagają uważności i przełamywania schematów ruchowych, co pozytywnie wpływa na utrzymanie umysłu w aktywności.

Tai chi jako obiecująca alternatywa dla starzejącego się społeczeństwa

Institucje zdrowia publicznego wielu krajów widzą w tai chi obiecującą alternatywę dla tradycyjnych form profilaktyki i terapii wśród ludzi starszych. Wyraża się to m.in. w refundowaniu z publicznych środków takich

ćwiczeń we wspomnianej grupie wiekowej. Przynosi to wymierne korzyści, nie tylko finansowe. Przykład Chin oraz grup ćwiczących tai chi na Zachodzie wskazuje, że proces starzenia się i utraty sprawności można znacznie spowolnić. Co więcej, profilaktyczny i leczniczy wpływ tai chi obejmuje również utrzymanie pozytywnego podejścia do świata i siebie samego, a to skutkuje namacalnym wzrostem jakości życia.

Oto przykłady publikacji prezentujących wyniki badań naukowych nad wpływem ćwiczeń tai chi na zdrowie i sprawność osób w podeszłym wieku.

A feasible method to enhance and maintain the health of elderly in long-term care facilities through long-term, simplified tai chi exercises. (Skuteczna metoda zwiększenia i podtrzymania zdrowia u osób starszych w zakładach opieki długoterminowej, poprzez wykonywanie uproszczonych ćwiczeń tai chi przez dłuższy okres czasu), *International Journal of Nursing Studies* (kwiecień 2008)

Wyniki badań przeprowadzonych przez Uniwersytet Fooyin na Tajwanie potwierdziły pozytywny wpływ tai chi na zdrowie osób starszych. Z powodu słabej kondycji niektórych pacjentów zastosowano uproszczone wersje ćwiczeń (Simplified Tai Chi Exercise Program STEP). W badaniu wzięło udział 51 rezydentów domu opieki, z których 41 ukończyło badanie. Pacjentów poddano testom przed rozpoczęciem badań i następnie w odstępach kilkumiesięcznych. Po sześciu miesiącach zaobserwowano spadek skurczowego i rozkurczowego ciśnienia krwi. Uległa zwiększeniu siła chwytowa obydwu dłoni i elastyczność dolnej części ciała.

- Tai Chi for treating knee osteoarthritis: Designing a long-term follow up randomized controlled trial. Chenchen Wang, na stronie: www.biomedcentral.com/1471-2474/9/108;
- Health benefits of tai chi exercise: improved balance and blood-pressure in middle-aged women. E.W. Thorton, University of Liverpool, w *Health Promot Int.*, marzec 2004,
- Effects of Tai Chi exercise on physical fitness and fall prevention in fall-prone older adults. J.H. Choi, Department of Nursing, Daewon Science College, Chungbuk, Korea Pld, w *Journal of Advanced Nursing*, lipiec 2005;
- Effects of tai chi exercise on pain, balance, muscle strength, and perceived difficulties in physical functioning in older women with osteoarthritis: a randomized clinical trial. R. Song, Soonchunhyang University, Chon An, Korea Pld., w *The Journal of Rheumatology*, wrzesień 2003;
- The effects of a Simplified Tai-Chi Exercise Program (STEP) on the physical health of older adults living in long-term care facilities: a single group design with multiple time points. KM Chen, Fooyin

University, Taiwan, International Journal of Nursing Studies, kwiecień 2008.

Józef KOZANOWSKI

Józef Kozanowski – instruktor z 19-letnim doświadczeniem w tai chi. Ćwiczył różne style tai chi, a obecnie jest uczniem mistrza stylu Chen Chen Xiaowanga, który jest jednym z najwybitniejszych autorytetów w dziedzinie tai chi na świecie.

(przedruk z biuletynu „Doktor” nr 3/09)

PRZYJAZNY I SKUTECZNY SPOSÓB ODCHUDZANIA

Pewnego lipcowego dnia, autor tych słów odwiedził Licheń. Znajduje się tam przepiękna Bazylika ku czci Cudownej Matki Boskiej Licheńskiej. Odwiedzają ją też licznie pielgrzymi. Autor usiadł na ławce i obserwował barwny potok ludzki, przetaczający się tuż obok. Szli ludzie młodzi, starsi i całkiem starzy. Tyłu otyłych naraz nie widział nigdy – niestety problem otyłości w Polsce nabiera rozmachu. Statystyki pokazują, że 34% Polaków żyje ze znaczącą nadwagą, a 14% z otyłością.

– Przed rokiem byłeś w tym samym klubie i przy niskim wzroście wyglądałeś jak beczuleczka tłuszczu – pomyślał autor – ale już nie jesteś, a dwadzieścia dwa kilogramy ze stu dwóch pomknęło w przysłowiową siłą dal.

Do podjęcia walki ze zbędnym tłuszczem autora zmotywowało przede wszystkim wykrzyk u niego nadciśnienia tętniczego i nadzieja na zwiększenie szansy na dłuższe życie w dobrostanie, na polepszenie bezpieczeństwa i komfortu zdrowotnego, zwiększenie sprawności fizycznej przy wykonywaniu codziennych obowiązków oraz na rozszerzenie zakresu możliwości korzystania ze zwykłych radości życiowych. Ponadto, chęć zmniejszenia ilości przyjmowanych leków, rozszerzenia dostępu do atrakcyjniejszej i tańszej odzieży, a także zmniejszenia wydatków na leki i honoraria dla lekarzy. Trzeba zdać sobie sprawę, co też autor uczynił, że uzyskanie sukcesu wiąże się ze zmianą stylu życia, żywienia i wiarą, że jest to możliwe. Za sukces autor uznał osiągnięcie szczupłości charakteryzującej osobę z nadwagą 10 do 15% w odniesieniu do wagi należnej. (Wagę należną autor obliczał ze wzoru Broca. Zgodnie ze wzorem, należna waga dla mężczyzny = wzrost – 100, natomiast dla kobiety = (wzrost – 100) – 10%. Wynikło to z jego własnego, lekarskiego przekonania, że taka waga ciała jest odpowiednia dla zdrowia i korzystna dla urody. Szczególnie w starszym wieku.

Pryncypialne znaczenie w systemie ma waga pożądana, czyli taka, którą pragnie się osiągnąć i utrzymać. Autor założył powolny sposób jej uzyskiwania. Nadmierne kilogramy narastają sukcesywnie. Błyskawicz-

na, znacząca ich redukcja byłaby błędem – efekt jo-jo, gwarantowany.

Autor nie chciał również, żeby jego metoda stała się długotrwałą, codzienną zmurą. Żył dość swobodnie. Gdy dopadał go stres, zjadał 1–2 kostki czekolady (1 kostka – 22 kcal), kulkę lodów śmietankowych lub mleczno-owocowych (1 kulka przeciętnie 29 kcal), jabłecznik (40g – 110 kcal.). Kalorie z takich szaleństw redukował mniejszą ich podażą w posiłkach zasadniczych. Pożegnał się zdecydowanie z piwem. Szklaneczką czerwonego, wytrawnego lub półwytrawnego wina (100 ml – 80 kcal), kieliszkiem koniaku (40 ml – 112 kcal) nie gardził, chociaż niosły ze sobą „puste kalorie”. Unikał żywności fast food, która powoli i podstępnie robi z człowieka prawdziwego, grubego potworka.

Odpadło sute jedzenie. Autor pozwalał sobie jednak na umiarkowane „popuszczenie pasa” w tzw. dni dyspensy. Do takich dni zaliczył urlop i nadzwyczajne okazje. Wtedy bywały: golonka z grochem i kapustą, ale o 1/3 mniejsza niż urzędowa porcja restauracyjna, król polskich dań – kotlet schabowy z ziemniaczkami i dodatkami oraz inne potrawy z kuchni polskiej. Od stołu odchodził w lekkim niedosycie. Po chwili niedosyt mijał i nie ciągnęło do drzemki, tylko do pogwarki lub twórczej pracy. Złapane w czasie dyspensy dekagramy autor redukował dietami. W sezonie letnim – czereśniową, w innych okresach – jabłkową albo ananasową.

W powszednie dni jadał pięć zasadniczych posiłków w odstępach trzygodzinnych. Stosował przegryzki z owoców. Np. jabłko (100g – 36 kcal), czereśnie, gdy były dostępne (10 sztuk – 33 kcal), mandarynki (60 g – 30 kcal) itp. Gdy żądza zjedzenia czegoś była nieodparta, korzystał z soków lub wody mineralnej w ilościach dowolnych. Kalorii z przegryzek owocowych nie włączał do bilansu energetycznego dnia. Autor preferował produkty i potrawy z kuchni azjatyckich oraz z diety śródziemnomorskiej. Przyrządzał je na własny sposób. Wprowadził do swego menu dużo warzyw i owoców, głównie świeżych. Korzystał z tych dostępnych na rynku. Z warzyw najbardziej cenił paprykę czerwoną, z owoców rodzimych – jabłka, a z południowych – awokado i grejfruty. Główne posiłki przyrządzał z ryb oraz z artykułów wywodzących się z ryb (takich jak: kawior, tatar z łososia, wędzone brzuszeki łososia), ponadto z owoców morza i mięs zawierających mało tłuszczu np. z wołowiny, drobiu i okazjnie cielęciny. Siegał też po dania włoskie np. risotto i hiszpańskie np. paellę.

Wykluczył całkowicie ze swojej diety słoninę, bekon i smalec. Oparł się na oliwie z oliwek, oleju kukurydzianym i rzepakowym. Zawierają one dużo korzystnych dla zdrowia Niezbędnych Nienasyconych Kwasów Tłuszczowych – Omega 3. Ograniczył podaż chleba do dwu małych kromek dziennie. Na stole, w jego miejsce, pojawiały się wafle ryżowe (100g – 381 kcal). Autor nie unikał herbat, kawy prawdziwej czarnej i zabielaanej. Sło-

dził je słodzikami, ale częściej pijał gorzkie. Cukier ogólnie ograniczył do minimum. Z herbat w grę wchodziły takie, jak: czarna z cytryną, czerwona, zielona i yerba mate. Ta ostatnia polepsza koncentrację, zmniejsza apetyt i uczestniczy w procesie spalania tłuszczów.

Istotną sprawą w jego systemie było określenie minimalnego zapotrzebowania kalorycznego na dobę. Jest ono inne dla mężczyzn i inne dla kobiet. Autor obliczył je w oparciu o istniejące wzory. I tak minimalne zapotrzebowanie kaloryczne dla mężczyzn na dobę wynosi: waga ciała w kg x współczynnik 24, dla kobiet – waga ciała w kg x współczynnik 22. Niższy współczynnik u kobiet wynika z tego, że posiadają one bogatszą o 7% tkankę tłuszczową w porównaniu z mężczyznami i dzięki temu potrzebują mniej energii.

Ogólnie, organizm wymaga więcej kalorii na dobę niż wynosi zapotrzebowanie minimalne – inaczej czerpie je z własnych zapasów. W procesach redukcji masy ciała chodzi jednak o to, żeby rezerwy były wykorzystywane, i tak też jest w metodzie autora. W związku z tym, uwaga autora skoncentrowała się na pożądanej wadze ciała. Waga ta w jego przypadku wyniosła 77–80 kg, czyli o 7–10 kg więcej niż waga należąca (obliczona ze wzoru Brocka). Przy tak przyjętej wadze, minimalne zapotrzebowanie energetyczne na dobę osiągnęło wartość: 1848 kcal (77 x 24) lub 1920 kcal (80 kg x 24). Podobnie przedstawia się sprawa z kobietami. Dla jaśniejszego obrazu przyjęto tu, jako wagę pożądaną 73 kg, czyli wagę należną dla kobiety o wzroście 170 cm, powiększoną o 10 kg. Różnica między wagą pożądaną autora a kobiety – z przywołanego powyżej przykładu – wynika z innego wzoru Brocka na wagę należną dla kobiet. Zatem, waga należąca dla kobiet o wzroście 170 cm określona jest na 63 kg, a więc minimalne zapotrzebowanie energetyczne na dobę dla tej wagi wynosi 1386 kcal. Natomiast dla wagi pożądanego 73 kg – sięga wartości 1606 kcal.

Autor wystartował do odchudzania. Pierwsze trzy dni systemu należały do etapu wstępnego i były trudne. Trudność polegała na konieczności zrzucenia w krótkim czasie, na dobry początek, 3 do 4 kg masy ciała. Warunek ten autor spełnił, stosując dietę czereśniową. Dostarczała ona do organizmu najwyżej 1200 kcal/dobę. Przedsięwzięcie autor rozpoczął w sezonie zbioru czereśni, dlatego taką dietę wybrał, ale świetne są także diety: jabłkowa i ananasowa. Należą one do przyjemnych, efektywnych i powtarzalnych. Szczególnie jabłkowa, bo jabłka mają właściwości nie do przecenienia. W trzydniowej przerwie, przed drugą turą diety czereśniowej, autor posilał się tak, by nie przekroczyć 1300 kcal/dobę.

Dzień dziesiąty należał do początku następnej fazy systemu. Wtedy autor zaczął jeść pokarmy zapewniające 1680 kcal/dobę, co pokrywało minimalne zapotrzebowanie dla wagi należącej. Wynikło to ze wzoru: waga należąca (70 kg) x 24 (współczynnik dla mężczyzn). Bilans energetyczny doby zwykle nie przekraczał 1680,35

kcal. Po 6 miesiącach została osiągnięta pożądana waga – 80 kg, którą cały czas autor dość łatwo zachowuje, a nawet schodzi do 78 kg, gdyż organizm już przystosował się do wytrenowanej sytuacji. Zgodnie ze wzorami przedstawianymi wyżej, minimalne zapotrzebowanie kaloryczne na dobę dla takiej wagi u mężczyzny, prowadzącego tryb życia średnio aktywny, wynosi 1772 kcal do 1920 kcal/dobę. Autor zaczął spożywać zatem pokarmy o takiej właśnie wartości kalorycznej.

Nieznaczný niedobór lub przekroczenie kaloryczne założeń nie mają specjalnego znaczenia. Nie szkodzi to metodzie. Należy ona do skutecznych sposobów pozbywania się zbędnej wagi. Znalazła potwierdzenie w praktyce. Autor do poprawiania swojej sylwetki przystąpił w czerwcu 2007 roku. Na początek zastosował dietę czereśniową, potem żywił się i żywi do dzisiaj, jak w przedstawionych przykładach. Często korzysta z jabłek, a nieraz z gruszek, jako przegryzek. Obecnie waży 78 kg i czuje się doskonale. Łatwo mu podbiec, przy wieku po siedemdziesiątce, kilkadziesiąt metrów bez zadyszki do tramwaju, autobusu lub tam gdzie trzeba, sprostać wymogom zabawowym 6-letniej wnuczki na powietrzu każdą porą roku – latem hasając z nią po nadmorskiej plaży, zimą na saneczkowych wypra-

wach do parku i eskapadach, zgodnych z jej fantazją. Ponad półtoraroczny okres życia w takim stylu nie zaburzył zdrowia, wręcz odwrotnie, wpłynął nań korzystnie, gdyż między innymi, obniżył wartości nadciśnienia tętniczego, co zredukowało przyjmowanie związanych z tym leków do niezbędnego minimum i co ważniejsze, optymistycznie nastroił do życia.

Tadeusz KOWALEWSKI

Dr Tadeusz Kowalewski jest absolwentem Akademii Medycznej w Białymstoku. Posiada specjalizacje z zakresów: położnictwa-ginekologii, medycyny społecznej, organizacji ochrony zdrowia i specjalistyczne przeszkolenie epidemiologiczne. Długi okres pracował w oddziałach położniczo-ginekologicznych obecnych województw: podlaskiego i lubuskiego. Od 1989 r. w Bydgoszczy, gdzie przez 20 lat pełnił funkcję Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego i dyrektora Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej. Żona jest specjalistą z dermatologii i wenerologii. Zawód swój realizuje w Niepublicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej „Medic” w Fordonie. Syn jest prawnikiem i dyktuje Działowi Prawnemu Siemens w Warszawie.

(przedruk z biuletynu „Primum non Nocere” nr 4/10)

www.ultrasonografy.pl



DR KRYSZYNA MOSSOR-KLUS – WSPOMNIENIE

W dniu 3 stycznia 2010 r. odeszła na wieczny dyżur dr Krystyna Mossor-Klus, wspaniały człowiek i lekarz. Urodziła się we Lwowie w 1931 r. Tam spędziła swoje pierwsze lata życia. Po wybuchu wojny, wraz z rodziną, wyjechała do Tarnowa, gdzie mieszkała do 1955 r.

Studia lekarskie odbyła na Wydziale Lekarskim Akademii Medycznej we Wrocławiu w latach 1950–1955. W trakcie studiów poznała swojego męża – Cezarego Klusa.

Po zakończeniu studiów, wraz z mężem, otrzymała nakaz pracy w Szpitalu Powiatowym w Koźlu, gdzie pracowała od 1 listopada 1955 r. do 30 kwietnia 1956 r. w Oddziale Ginekologiczno-Położniczym. Następnie przenosiła się do Opola, gdzie rozpoczęła pracę w Wojewódzkim Szpitalu Ginekologiczno-Położniczym jako asystent, a po zdaniu specjalizacji – w okresie do 30 listopada 1963 r., jako starszy asystent – u boku swojego ojca dr Sergiusza Mossora (obecnego patrona Szpitala).

W następnych latach pracowała w Poradni „K” i Miejskiej Poradni Cytologicznej oraz w Oddziale Ginekologicznym Szpitala MSWiA w Opolu do roku 1989 – do czasu przejścia na emeryturę. W późniejszych latach pracowała jeszcze w Tarnowie Opolskim w Poradni „K”.

Kiedy, jako młody lekarz a później Ordynator Oddziału, poznałem Krystynę, pomimo różnicy wieku i doświadczenia, spotkałem przede wszystkim starszą koleżankę, która współpracowała i aprobowwała pracę Oddziału, służyła radą i swoim doświadczeniem. Była lubiana i ceniona przez pacjentki.

Była jednym z pierwszych cytologów na terenie województwa i ta część diagnostyki ginekologicznej, łącznie z kolposkopią, stanowiły jej priorytetowe działania.

Krystyna Mossor-Klus była nie tylko wzorem lekarza – była dobrym i skromnym człowiekiem, żoną i matką. Bardziej troszczyła się o zdrowie innych niż swoje, które nie było najlepsze. Kiedy pojawiła się choroba nowotworowa i leczenie zaczęło się komplikować, nie poddała się, wychodząc zwycięsko z tej walki. W ostatnich latach, pomimo nienajlepszego zdrowia, z całą ofiarnością opiekowała się chorym mężem.

Pomimo tylu doświadczeń losu nigdy nie traciła kontaktu z Oddziałem i zawsze znajdowała czas na krótką pogawędkę przy kawie.

W dniu 8 stycznia 2010 r. spoczęła na Opolskim Cmentarzu Komunalnym. Żegnaj Krysiu!

Dr n. med. Aleksander SZLACHTA



KOLEŻANKI I KOLEDZY,

Zgodnie z tym, co zapowiedziałem w słowie wstępnym, przedstawiam rozwiązanie problemu ubezpieczenia OC, które zostało wypracowane wspólnie z brokerem, reprezentującym Izbę oraz Towarzystwem Ubezpieczeniowym PZU.

Najważniejsza rzecz – wszyscy z Was, którzy wykupili poprzez Izbę polisę ubezpieczenia dobrowolnego (czy to z końcem lutego czy też później) będą po 11 czerwca nadal objęci ochroną ubezpieczeniową. W prawdzie będzie to nowa polisa, bo będzie to już ubezpieczenie obowiązkowe, ale nikt nie zostanie pominięty.

Jak już zaznaczyłem w słowie wstępnym ogólne warunki ubezpieczenia dobrowolnego i obowiązkowe – z definicji tych ubezpieczeń – są różne. Ubezpieczenie dobrowolne pozwalało na wybór różnych wariantów, w zależności od wysokości kwoty gwarancyjnej, tym samym różnych składek. Ubezpieczenie obowiązkowe ma dla danej specjalności jeden wariant, a rodzaj specjalności decyduje o wysokości kwoty gwarancyjnej. Ponadto ubezpieczenie obowiązkowe nie może mieć żadnych wyłączeń.

Z tych powodów nie można było dokonać czystej zamiany polis. Przejście z ubezpieczenia dobrowolnego na obowiązkowe wiązać się będzie z koniecznością dokonania niewielkiej dopłaty, która za okres 11.06.2010 – 28.02.2011 (bo wtedy kończy się ważność polis ubezpieczenia dobrowolnego) wynosić będzie:

- dla anestezjologów, neonatologów, onkologów, specjalistów medycyny ratunkowej, lekarzy wszystkich specjalności zabiegowych oraz lekarzy dentystów specjalistów chirurgii stomatologicznej lub chirurgii szczękowo-twarzowej – 83 złote,
- dla wszystkich pozostałych lekarzy dentystów – 41 złotych,
- dla wszystkich pozostałych lekarzy – 23 złote.

Osoby specjalizujące się w danej dziedzinie opłacają składkę tak jak osoby posiadające już specjalizację.

Żeby uniknąć zamieszania związanego z błyskawicznie prowadzonym zbieraniem tych dodatkowych pieniędzy i żeby przy tej okazji nikogo nie pominąć, brakującą kwotę zapłacimy obecnie z funduszy izbowych, a jesienią spokojnie poprzez szefów delegatur będziemy ją zbierali („odbierali”).

Jeszcze raz podkreślam, że ta procedura „korygująca” dotyczy tych (i tylko tych) z Was, którzy mają wykupioną polisę ubezpieczenia dobrowolnego.

Ci z Was, którzy dotychczas takiej polisy nie mieli, powinni (a w zasadzie powinienem napisać „muszą”) jak najszybciej to ubezpieczenie obowiązkowe zawrzeć. Można także skorzystać z pośrednictwa Izby, ale składkę trzeba już opłacić samemu.

Składka za 9 miesięcy wynosić będzie:

- dla pierwszej grupy (lekarze zabiegowi) – 94 złote (praca tylko na etacie) albo 234 złote (praca na etacie + praktyka prywatna lub sama tylko praktyka),
- dla drugiej grupy (dentyści) – 45 złotych albo 93 złote,
- dla trzeciej grupy (lekarze niezabiegowi) – 20 złotych albo 34 złote.

Ponawiam również apel z „wstępniaka” o przekazywanie informacji o lekarzach i lekarzach dentystach, poszkodowanych przez powódź (informacje bezpośrednio do biura Izby lub do szefów delegatur mogą pochodzić od samych powodzian).

*Prezes ORL,
dr med. Jerzy Jakubiszyn*