



OPOLSKA
IZBA
LEKARSKA

Rok Założenia 1990

Marzec 2014

ISSN 1426-661X

BIULETYN INFORMACYJNY

Nr 210

OPOLSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

www.izbalekarska.opole.pl



DZIKA RÓŻA

Zapuszczała się tam, gdzie smutek skrywa się pod chichotem, gdzie tchórz udaje śmiałego, gdzie króluje samotność – ta uszminkowana i naturalna, krzykliwa i milcząca, wytworna i skromna.

Pochodzi z innego, nierzeczywistego świata. Przebyła, zdaje się, tysiące mil i pamięta dawne czasy z sukniami „czterkieskimi” i *à la française*. Może ubierała się w lyońskie jedwabie, nosiła bufy, plisy i koronki, wiązała gorsety, poprawiała fiszbiny i tańczyła walca w krynolinach i tiurniurach. Do obrazu nie stroiła się wcale, wybrała prostą bluzkę z bordowego, prążkowanego barchanu z rękawami trzy czwarte. Jediną jej ozdobą jest niewielki wywijany kołnierzyk i dekolot w karo. Nie ma biżuterii, brylantów ani pereł, żadnych kolczyków w kształcie tulipanów czy też bursztynowego naszyjnika dla ciekawskich, chcących szukać uwiecznionych tam much i żyłatek z poprzednich epok. Najmniejszej zachęty dla domorostłych darwinów i kantów, którzy potrafią sprytnie przejść od zdechłej wazki do teorii rozwoju, od wzburzonego oceanu do fal uniesień. I wykorzystują zarysowania oraz omyłkowe szlify jubilera, aby naszkicować swoje życie. Zwierzają się z przeszłości, opowiadają o byłych żonach i dzieciach na swoim, chwalą się biurowymi karierami i pewną emeryturą. Niby to przypadkiem wymknie im się z kieszeni zdjęcie w negliżu, i to koniecznie na jachcie.

– Ileż kłopotu z taką łajbą – tłumaczy wtedy gość szczegółowo – te wszystkie kuchty i pokojówki tajske, żagle, maszty, nawigacje. Te porty na Kanarach, kasyna, monte carla, krupierzy, pachnące damy, *chevale*, kryształowe kielichy z szampanem, pokery i enkarty. Pani nie zrozumie, przejdźmy lepiej do atlasu, skóry oczywiście – dowcipkuje.

Mogłaby zgasić typka, zaszczebiotać wdzięcznie: – Miał pan na myśli *en carts sur les deux tableaux*? I wrócić do tamtego lata w księstwie, kiedy poruszała się trochę nieprzypadkowo. Nie dostrzegała przechodniów, byli dla niej tylko bladymi cieniami, zjawami, mówiącymi czasem ludzkim głosem. Za dnia samotnie albo wsparta na przypadkowym ramieniu zataczała kręgi wokół kasyna, oddalała się, przybliżała, aby dostrzec zarys drzwi, przypomnieć sobie kontur budowli ożywającej późnym wieczorem. Wcześniej bywali tam mieszczenie, marynarze i turyści, którzy wymieniali niewielkie sumy na sztony. Przegrywając, płakali, przeklinali, wygrażali pięściami agentom, niektórzy nawet rzucali się w morze. Ileż to tragedii wydarzyło się na jej oczach, ile puszczone majątków, jakie jachty, dwory i srebra rodowe poszły pod młotek. Ona, spadkobierczyni wielkiej fortuny, należała do innych graczy. Żadna strata nie decydowała o ruinie, toteż swoją partię rozgrywała poza pieniędzmi.



Siadała na rogu, pod żyrandolem, bo w jego kryształowych łzach odbijali się hazardziści: przeżyci mężczyźni i wątpliwe kobiety, lordowie i oficerowie różnych armii, a także arystokratki jakby wyjęte prosto ze złożonych ram, wielkie damy, które opuściły na chwilę rodzinne portrety i nie zdążyły się jeszcze pozbyć sztucznych min i pretensjonalnych gestów swoich babek i prababek.

Lubiła przyglądać się refleksom, zamieniać twarze prawdziwe ze zwierciadlanymi, nakładać graczom maski, wymyślać życiorysy. Próbowwała stworzyć świat od nowa, odgrodzić się od codzienności, przeżyć w drugiej przestrzeni. Na pozór skupiona na czerwonych i czarnych, parzystych, nieparzystych, siódmkach oraz zerach podwajała stawkę i krzycząc *Banco!*, rzucała na stół paczkę banknotów przewiązanych czarnym sznurkiem. Wiedziała, że poszukując szansy gdzie indziej, nie gra czysto. A jednak zapuszczała się tam, gdzie smutek skrywa się pod chichotem, gdzie tchórz udaje śmiałego, gdzie króluje samotność – ta uszminkowana i naturalna, krzykliwa i milcząca, wytworna i skromna. Siegała pamięcią dalej, do początków, kiedy jeszcze nie było gry za grosze, kiedy na szali stawiano ludzkie losy. Była stąd i jednocześnie z tamtych czasów, zapisana dziwnym kodem żyła w kilku światach jednocześnie, wewnątrz i na zewnątrz, z teraźniejszością połączona jedynie modą.

Na płótnie Andrzeja Sznejweisa nosi liściasty kapelusz z białym kwiatem, odmianą dzikiej róży, jaka rośnie w ciepłych krajach. Uśmiecha się leciutko, przenika wzrokiem widza, jakby chciała odczytać jego życie, potem rumieni się wstydlawie. Kiedy tamtego dnia rozpakowałam szary papier, w który owinięty był portret, pies, jeszcze szczeniak, wpatrując się w nią, długo warczał i poszczekiwał. Czyżby wyczuł, że pochodzi z daleka, z innej krainy, gdzie nie ma ani zmierzchu, ani świtu? I chociaż nieobecna, obrazowa, to przybliżył niepojęte?

Agnieszka KANIA

Dopiero co pisałem o Zjeździe naszej Izby, a tu już nadchodzi wielkimi krokami Krajowy Zjazd Lekarzy, który wyłoni nowe władze organów Naczelnej Izby Lekarskiej. Nie sądzę, aby pośród rozlicznych głosowań personalnych znalazł się czas na dyskusję programową – jakby chciała to część spośród nas. Na pewno jednak trzeba będzie sobie w końcu zadać pytanie – Qvo vadis? Czy mamy kontynuować naszą dotychczasową taktykę działania, która – trzeba to przyznać – odnosi raczej średnie skutki? Czy nie nadszedł wreszcie czas, aby zacząć szukać wokół siebie sojuszników? Czy nie dość już walczenia ze wszystkimi i przeciwko wszystkim dookoła? Takie podejście do problemów funkcjonowania naszego zawodu w nowej rzeczywistości – wg mnie jest przyczyną wielu naszych niepowodzeń. Odnoszę jednak wrażenie, że jest to nadal temat tabu w rozmowach izbowych. Czy więc dalej będziemy uprawiać ten „chocho-li taniec”? Myślę, że – czy tego chcemy, czy nie – nadchodzi czas na zmiany. Jak daleko będą one szły, to czas

pokaże. Zobaczmy, jak potoczą się obrady najwyższego forum lekarskiego i co z tego wyniknie.

W tydzień po Zjeździe Krajowym odbędzie się nasz Okręgowy Zjazd, na którym delegaci zatwierdzą finansę naszej Izby. Może wtedy pojawią się głosy o przyszłości naszego Samorządu? Zobaczmy. O wszystkim nie omieszkam Państwa poinformować. A na razie przedstawiam Wam, najnowszy numer Biuletynu.

Ciągle jeszcze mam nadzieję, że zamieszczam w nim – poza oschłymi w swej formie sprawozdaniami z bieżącej działalności Izby – ciekawe dla Was materiały. Nie od dziś ubolewam nad brakiem Waszego odzewu na treści zamieszczane w Biuletynie. Zdarzają się co prawda pojedyncze głosy, ale to zbyt mało, by stanowiły wystarczający bodziec do dalszej pracy. No, ale cóż – trudno. Może się coś zmieni?

Pozostając z tą nadzieją zostawiam Was z marcowym Biuletynem do następnego miesiąca.

Jerzy B. LACH

SZPALTA PREZESA

Koleżanki i Koledzy,

Coraz częściej spotykamy się z agresją ze strony pacjentów. Tylko w ostatnich kilku tygodniach miały miejsce dwa takie przypadki. Jeden dotyczył mojej asystentki, która na dyżurze miała do czynienia z bardzo agresywnym ojcem dziecka, drugi – lekarki jednej z poradni specjalistycznych w Opolu, którą napadł w gabinecie pacjent.

Informuję więc i podkreślam z całą stanowczością – nikt z Was nie ma obowiązku udzielania porady agresywnemu i obrażającemu Was pacjentowi lub dziecku takiego pacjenta. Jedynym wyjątkiem jest stan zagrożenia życia. Jeżeli prosta i spokojna prośba o opuszczenie gabinetu nie odniesie skutku, macie prawo wezwać policję lub ochronę – jeżeli Wasza jednostka nią dysponu-

je. Po zakończonym incydencie odnotujcie wszystko dokładnie w dokumentacji pacjenta. Pamiętajcie również, że Wasz przełożony (ordynator, kierownik przychodni, dyrektor) nie może Was zmusić do przyjęcia takiego pacjenta, jeżeli złożył on skargę na odmowę przyjęcia.

Przy okazji mam apel do tych przełożonych – przede wszystkim dyrektorów, bo do nich najczęściej pacjenci zgłaszają się ze skargami. Nie idźcie na łatwiznę i nie wykonujcie telefonu, nakazującego przyjęcie pacjenta zanim nie wyjaśnicie, dlaczego nastąpiła odmowa przyjęcia. Uleganie agresywnym pacjentom jest drogą do nikąd, upewnia ich tylko w przekonaniu, że krzykiem i bezczelnością można pewne sprawy załatwiać.

Jerzy JAKUBISZYN

CO SŁYCHAĆ W IZBIE



UBEZPIECZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI CYWILNEJ – 2014 ROK

Koleżanki i Koledzy,

Zbliża się koniec lutego, a więc najwyższy czas aby pomyśleć o ubezpieczeniach odpowiedzialności cywilnej. Opolska Izba Lekarska przedłużyła umowę ubezpieczenia z PZU S.A. i jego warunki finansowe obowiązować będą przez kolejne 24 miesiące.

Na początku przypomnienie pewnych ogólnych zasad. Obowiązująca od połowy 2011 r. ustawa o działalności leczniczej uporządkowała sprawę ubezpieczeń odpowiedzialności cywilnej lekarzy i lekarzy dentystów, wprowadzając **jedno** ubezpieczenie obowiązkowe. **Obo-
wiązek ubezpieczenia spoczywa na każdym lekarzu**

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

Rozporządzenie Ministra Finansów doprecyzowało zasady tego ubezpieczenia. Obejmuje ono wszystkie szkody, jakie mogą być wyrządzone w czasie udzielania świadczeń zdrowotnych albo powstałe wskutek zaniechania udzielenia takich świadczeń. Jest **tylko jedno wyłączenie**, które związane jest z zabiegami chirurgii plastycznej i zabiegami kosmetycznymi – otóż ubezpieczenie to odnosi się wyłącznie do zabiegów wykonywanych w przypadku wad wrodzonych oraz następstw urazów czy chorób. Ubezpieczenie nie pokrywa szkód, będących następstwem zabiegów estetycznych. Rozporządzenie wprowadziło minimalną sumę gwarancyjną dla tego ubezpieczenia – w przypadku lekarza (lekarza dentysty) wynosi ona 75.000 euro na 1 zdarzenie i 350.000 euro na wszystkie zdarzenia w okresie ubezpieczenia.

Ubezpieczenie obowiązkowe proponowane członkom Opolskiej Izby Lekarskiej przez PZU uwzględnia podział na trzy grupy specjalności:

Grupa I (składka 659 zł)	Grupa II (składka 283 zł)	Grupa III (składka 141 zł)
<ul style="list-style-type: none"> • Anestezjologia i intens. terapia • Chirurgia ogólna • Chirurgia dziecięca • Chirurgia naczyniowa • Chirurgia onkologiczna • Chirurgia plastyczna • Torakochirurgia • Kardiochirurgia • Neurochirurgia • Chirurgia szczękowo-twarzowa • Chirurgia stomatologiczna • Urologia • Urologia dziecięca • Ortopedia i traumatologia • Ginekologia i położnictwo • Ginekologia onkologiczna • Medycyna ratunkowa • Neonatologia 	<ul style="list-style-type: none"> • Medycyna sportowa • Radioterapia • Wszystkie pozostałe specjalności stomatologiczne 	<p>Wszystkie pozostałe specjalności</p> <p><u>Uwaga:</u></p> <p>Jeżeli lekarz z III grupy wykonuje jakieś zabiegi chirurgiczne, endoskopowe, z zakresu radiologii interwencyjnej czy inne wymagające pisemnej zgody – musi się ubezpieczyć jak w grupie II.</p>

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

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

Wynegocjowane z PZU porozumienie wprowadziło możliwość ubezpieczenia pakietowego (**połączenie ubezpieczenia obowiązkowego z dobrowolnym**) z tzw. **klauzulą nadwyżkową**.

Pozwala to nie tylko podwyższyć sumę gwarancyjną ubezpieczenia, ale objąć ubezpieczeniem sytuacje czy zdarzenia, których nie obejmuje ubezpieczenie obowiązkowe:

- udzielanie I pomocy (także w sytuacji, w której lekarz, ratując czyjeś życie, udzielał jej po spożyciu alkoholu),
- udzielanie świadczeń medycznych okazjonalnych (niezbędnej pomocy medycznej – nie dotyczy stałej pracy) poza terenem Polski – np. podczas wyjazdu wypoczynkowego,
- koszty ekspertów, biegłych, zastępstwa prawnego – poniesionych za zgodą PZU S.A. lub zasądzonych,
- niezbędne koszty sądowej obrony przed roszczeniami, niezbędne koszty sądowej obrony w postępowaniu karnym poniesione za zgodą PZU S.A. lub zasądzone,
- koszty postępowań sądowych, w tym mediacji lub postępowania pojednawczego poniesione za zgodą PZU S.A. lub zasądzone,
- koszty poniesione na minimalizowanie wyrządzonej szkody,
- odpowiedzialność cywilna za szkody wyrządzone osobom trzecim w wynajmowanym pomieszczeniu praktyki (do kwoty 50.000 zł),

- odpowiedzialność cywilna za szkody wyrządzone osobom trzecim w wynajmowanym sprzęcie (do kwoty 50.000 zł),
- szkody rzeczowe wyrządzone w mieniu pacjenta w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych (do kwoty 50.000 zł).

- w ramach ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej lekarza, PZU S.A. dla każdego Ubezpieczonego, organizuje i pokrywa koszty usługi Asysty Prawnej (usługa asystance). **Nr telefonu Centrum Alarmowego dla Asysty Prawnej: 22 505 16 04.**

Usługa asysty prawnej polega na:

- udzielaniu telefonicznie lub udzielaniu w formie elektronicznej konsultacji prawnych,
- przesyłaniu w formie elektronicznej wzorów umów i wzorów pism należących do powszechnego obrotu prawnego,
- przesyłaniu w formie elektronicznej tekstów obowiązujących lub archiwalnych (obowiązujących na dany dzień) aktów prawnych prawa polskiego,
- informacje o obowiązujących procedurach sądowych i kosztach prowadzenia sporów prawnych oraz dochodzenia lub ochrony swoich praw,
- przesłanie danych teleadresowych instytucji (sąd, prokuratura, kancelarie prawne).

A oto warianty tego ubezpieczenia pakietowego (**przy zachowaniu zeszłorocznych składek wyraźnie podniesione zostały sumy gwarancyjne**):

Kwota, o którą zwiększa się suma gwarancyjna	Grupa I specjalności – składka łączna	Grupa II – składka łączna	Grupa III – składka łączna
66.000 euro	877 zł	374 zł	196 zł
89.500 euro	912 zł	386 zł	202 zł
162.000 euro	1.008 zł	415 zł	220 zł
300.000 euro	1.278 zł	532 zł	288 zł
580.000 euro	2.536 zł	1.044 zł	557 zł

Jeżeli lekarz wykonuje zabiegi plastyczne-estetyczne i chciałby, aby i one były objęte ochroną ubezpieczeniową, jest zobowiązany do opłacenia składki dodatkowej. Składka dodatkowa za wykupienie rozszerzenia kształtuje się następująco:

Zabiegi plastyczne – estetyczne	Grupa I Składka dodatkowa	Grupa II Składka dodatkowa
66.000 euro	196 zł	69 zł
89.500 euro	231 zł	81 zł
162.000 euro	327 zł	110 zł
300.000 euro	597 zł	227 zł
580.000 euro	1.855 zł	739 zł

Przykład:

Chirurg plastyk wybiera najdroższy wariant ubezpieczenia pakietowego. Składka wynosi 2.536 zł. Chce dodatkowo rozszerzyć ubezpieczenie na zabiegi estetyczne. Sumarycznie składka wynosić więc będzie 2.536 zł + 1.855 zł = 4.391 zł.

Istnieje także możliwość dodatkowego ubezpieczenia się od innych zdarzeń, związanych z miejscem wykonywania praktyki, ale nie związanych z udzielaniem świadczeń (np. zalanie sąsiada wskutek awarii w gabinecie, uderzenie przedmiotem spadającym z okna gabinetu czy dachówką spadającą z dachu domu lub poślizgnięcie się pacjenta na mokrej posadzce w pomieszczeniu, w którym jest gabinet itp.). Dopłata wynosi wówczas: **70 zł** (szkody do 50000 zł), albo **100 zł** (szkody do 100000 zł), albo **140 zł** (szkody do 200000 zł).

Lekarz (lekarz dentysta) nie wykonujący praktyki lekarskiej i nie podlegający ubezpieczeniu obowiązkowemu może skorzystać z ubezpieczenia dobrowolnego. Daje ono ochronę przy udzielaniu I pomocy (nawet pod wpływem alkoholu w sytuacjach ratujących życie) oraz pokrywa szkody rzeczowe wyrządzone pacjentowi przy udzielaniu tej I pomocy. Daje również ochronę w innych sytuacjach udzielania świadczeń zdrowotnych, nie

związanych z pracą etatową i nie wymagających założenia prywatnej praktyki.

Warianty tego ubezpieczenia (**i tutaj również przy zachowaniu zeszłorocznych składek wyraźnie podwyższone zostały sumy gwarancyjne**):

Suma gwarancyjna	Grupa I – składka	Grupa II – składka	Grupa III – składka
43.000 euro	255 zł	132 zł	75 zł
66.000 euro	365 zł	185 zł	101 zł
162.000 euro	532 zł	265 zł	141 zł
300.000 euro	719 zł	355 zł	185 zł
580.000 euro	1.418 zł	690 zł	350 zł

W tegorocznej ofercie PZU jest jeszcze jedna nowość. Każdy, kto wykupi jeden z wariantów ubezpieczenia OC (niezależnie czy tylko obowiązkowe, czy tylko dobrowolne, czy pakietowe) może za dodatkową składkę zawrzeć ubezpieczenie NNW, rozszerzone dodatkowo o zarażenie się wirusami WZW lub HIV.

Ubezpieczenie to obejmuje zarówno świadczenie jednorazowe z tytułu samego zakażenia, jak i koszty leczenia. A oto jakie są warianty tego dodatkowego ubezpieczenia (wszystkie kwoty podane są w złotych – **tabela poniżej**):

Na koniec informuję o możliwości otrzymania od PZU S.A. **kart rabatowych ze zniżką 10%** dla lekarzy ubezpieczonych w nowym programie. **Katalog ubezpieczeń, w których zniżka będzie stosowana:**

1. Autocasco dla klienta indywidualnego oraz małego lub średniego przedsiębiorcy,
2. Obowiązkowe ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych dla klienta indywidualnego oraz małego lub średniego przedsiębiorcy,
3. Minicasco;
4. PZU Dom Plus;
5. PZU Dom Letniskowy;
6. Ubezpieczenia Następstw Nieszczęśliwych Wypadków;
7. Ubezpieczenie turystyczne Wojażer – PZU Pomoc w Podróży

Składki zbierane będą jak w latach poprzednich, muszą dotrzeć do biura Izby w okresie od 10 lutego do poniedziałku 24 lutego.

Jerzy JAKUBISZYN

NNW	10.000	10.000	10.000	10.000	10.000	10.000	20.000	50.000
Wyplata 1-razowa z tytułu WZW	10.000	10.000	10.000	20.000	50.000	100.000	100.000	100.000
Wyplata 1-razowa z tytułu HIV	10.000	10.000	10.000	20.000	50.000	100.000	100.000	100.000
Koszty leczenia	3.000	5.000	10.000	10.000	10.000	10.000	10.000	10.000
Składka	86	110	170	180	210	259	299	417

PROTOKÓŁ Z POSIEDZENIA OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ W OPOLU W DNIU 22 STYCZNIA 2014 R.

Posiedzenie odbyło się według programu przedstawionego wcześniej członkom Okręgowej Rady Lekarskiej:

Ad 1.

Wydano duplikat prawa wykonywania zawodu lek. Małgorzacie Staszek-Biernat.

Do rejestru OIL wpisano:

- lek. Macieja Jędrusika (przeniesienie z DIL),
- lek. Katarzynę Odziomek (przeniesienie z Zielonej Góry),
- lek. Wiktoryę Nowak (przeniesienie z DIL),
- lek. dent. Katarzynę Łyczkowską (przeniesienie z Częstochowy).

Wszystkie uchwały podjęto jednogłośnie.

Ad 2.

Od ostatniego posiedzenia Rady nie wpłynął żaden nowy wniosek o wpis do rejestru podmiotów szkolących.

Ad 3.

Z rejestru praktyk skreślono dwie praktyki. Uchwały podjęto jednogłośnie.

Ad 4.

Trzy osoby zwróciły się do Izby o przyznanie świadczenia z powodu trudnej sytuacji materialnej oraz współistniejących schorzeń przewlekłych.

Dwoje lekarzy zwróciło się do ORL z wnioskiem o dofinansowanie ich udziału w Igrzyskach Lekarskich w Zakopanem.

Członkowie ORL zagłosowali jednogłośnie za przyznaniem zapomóg i dofinansowania.

Ad 5.

Dyrektor SP ZOZ Nysa zwrócił się do ORL o wyznaczenie przedstawicieli Izby do komisji konkursowych na pielęgniarki oddziałowe, a także pielęgniarkę przełożoną i pielęgniarkę naczelną w szpitalu w Nysie. Rada zaproponowała lek. Adama Bąka (10 oddziałów) i lek. Stanisława Kowarzyka (Oddział Internistyczny B, pielęgniarki przełożona i naczelną). Członkowie ORL przyjęli te propozycje jednogłośnie.

Ad 6.

Dwoje lekarzy zwróciło się o obniżenie składki członkowskiej do 10 zł. Dwie osoby zwróciły się o czasowe zwolnienie z opłacania składki, a dwie osoby o całkowite zwolnienie z opłacania składki członkowskiej. Wszystkie uchwały podjęto jednogłośnie.

Ad 7.

Prezes przekazał, że w głosowaniu wezmą udział dwie kandydatury – lek. dent. Marta Kabarowska (wniosek zgłoszony jeszcze w 2012 r., nie zyskał aprobaty w ubiegłorocznym głosowaniu, będzie głosowany ponownie)

oraz lek. dent. Wiesław Sienkiewicz (wniosek zgłoszony w grudniu przez J. Grzybowską-Substelną).

W głosowaniu wzięło udział 18 członków Rady. Aby kandydat otrzymał Godność musiał uzyskać co najmniej 14 głosów. Przeprowadzono V tur głosowania. Wymaganą liczbę głosów uzyskała dr Kabarowska.

Rada jednogłośnie podjęła uchwałę o przyznaniu Honorowej Godności „Prymariusza Opolskiego” lek. dent. Marcie Rodziewicz-Kabarowskiej.

Ad 8.

Sprawa dotyczy lekarki, która powraca do zawodu lekarza po 18 latach przerwy w jego wykonywaniu. Prezes przypomniał, że na grudniowym posiedzeniu Rady zaaprobowany został jej wniosek o wymianę prawa wykonywania zawodu na nowy dokument oraz o wpis do rejestru Opolskiej Izby Lekarskiej. Prezes przekazał, że poprzedniego dnia spotkał się z nią.

Prezes zaproponował, aby okres przeszkolenia wynosił 12 miesięcy i odpowiadał swoim zakresem stażowi podyplomowemu (łącznie z cyklem wykładów). Przekazał, że zwróciła się ona z prośbą, aby przeszkolenie mogło odbyć się w Brzegu. Prezes zaproponował, aby przychylić się do tego wniosku z wyłączeniem przeszkolenia z psychiatrii, które powinno odbyć się w Opolu. W związku z głosami w dyskusji, że 12-miesięczny okres może być niewystarczający, prezes zaproponował, aby po tych 12 miesiącach z lekarką spotkała się komisja wyznaczona przez Radę i ta komisja zaproponuje – w razie potrzeby – przedłużenie okresu przeszkolenia. W głosowaniu, przy jednym wstrzymującym się głosie, postanowiono o konieczności odbycia przeszkolenia 12-miesięcznego z możliwością przedłużenia tego okresu po wydaniu opinii przez komisję powołaną przez ORL. Przeszkolenie odbędzie w Brzeskim Centrum Medycznym w oddziałach akredytowanych do przeprowadzania staży podyplomowych, poza przeszkoleniem z zakresu psychiatrii, które odbędzie się w Opolu.

Ad 9.

Prezes zaproponował, żeby powołać komisje problemowe w składach z zeszłej kadencji, uzupełnionych ewentualnie o osoby, które złożyły akces w trakcie ostatniego Zjazdu.

Członkowie ORL jednogłośnie przyjęli zaproponowane przez Prezesa składy następujących komisji problemowych, działających w naszej Izbie: Stomatologicznej, Kształcenia, Emerytów i Rencistów, Etyki Lekarskiej oraz Młodych Lekarzy.

Ad 10.

Prezes przedstawił sprawę konfliktu do jakiego doszło w miejscowości Przylesie, gm. Olszanka, pomiędzy lekarką POZ a personelem przychodni i pacjentami. Obecnie lekarka znajduje się na zwolnieniu lekarskim.

Prezes przekazał także, że razem z architektem, opracowującym zakres remontu siedziby Izby oraz inżynierem, nadzorującym te prace, spotkali się z Wojewódzkim Konserwatorem Zabytków. Uzyskano zgodę na prawie wszystkie zakresy prac, które zostały zgłoszone, za wyjątkiem zewnętrznej izolacji cieplnej budynku.

Dr Adam Martyniszyn opowiedział o spotkaniu opłatkowym w Kluczborku, w którym wzięło udział wielu lekarzy emerytów. Dr Wiesław Latała przedstawił sprawozdanie ze szkolenia organizowanego przez OIL, Opolski Oddział PTS oraz Wojewódzką Przychodnię Stomatologiczną, gdzie wykładowcą była dr Małgorzata Pichut, a tematem były schorzenie stawu skroniowo-żuchwowego.

Ad 11.

Prezes poinformował członków Rady, że Urząd Wojewódzki zwrócił się z prośbą o adresy praktyk gine-

kologicznych, zarejestrowanych w naszej Izbie, w celu przesłania im ulotek informacyjnych dla przyszłych mam. Dr Aleksander Wojtyłko zaproponował, aby zainteresować tą sprawą Opolski Oddział PTG, natomiast Prezes zadeklarował chęć rozesłania tych ulotek poprzez Izbę. Prezes zobowiązał się do wyjaśnienia tej sprawy z mgr Joks.

Prezes poinformował członków Rady, że w związku z rezygnacją dotychczasowego konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie medycyny sportowej, Urząd Wojewódzki zwrócił się z prośbą o opinię na temat kandydatury dr Bogdana Niewiadomskiego, prowadzącego Poradnię Medycyny Sportowej w Krapkowickim Centrum Zdrowia, na to stanowisko (wskazanej przez ustępującego konsultanta). Członkowie Rady jednogłośnie zaaprobowali tę kandydaturę.

Na tym posiedzenie zakończono.

Sekretarz ORL
Lek. dent. Barbara
HAMRYSZAK

Prezes ORL
dr n. med. Jerzy
JAKUBISZYN

Opolski Urząd Wojewódzki
Wydział Bezpieczeństwa i Zarządzania Kryzysowego
45-082 Opole, ul. Piastowska 143

Opole, 15 stycznia 2014 roku

BZK.VI.6313.1.2014.DK

Pan dr n. med. Jerzy Jakubiszyn
Prezes Okręgowej Rady Lekarskiej w Opolu

Zwracam się z uprzejmą prośbą do Pana Prezesa, o rozpowszechnienie informacji dotyczących wolnych wakatów lekarzy koordynatorów ratownictwa medycznego w Wojewódzkim Centrum Powiadamiania Ratunkowego w Opolu, wśród członków Opolskiej Izby Lekarskiej.

Wymagania na stanowisko LKRM:

Spełnienie warunków określonych w art. 29 ust. 4 ustawy z dnia 8 września 2006 roku o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. Nr 191, poz. 1410 z późn. zm.), czyli posiadanie tytułu specjalisty w dziedzinie medycyny ratunkowej lub ukończenie co najmniej drugiego roku specjalizacji w dziedzinie medycyny ratunkowej oraz posiadanie co najmniej 3-letniego doświadczenia zawodowego w pracy w szpitalnym oddziale ratunkowym lub zespole ratownictwa medycznego.

Do 31 grudnia 2020 roku lekarzem koordynatorem ratownictwa medycznego może również zostać lekarz posiadający:

- specjalizację lub tytuł specjalisty albo ukończył co najmniej drugi rok specjalizacji w dziedzinie: anestezyjologii i intensywnej terapii, chorób wewnętrznych, chirurgii ogólnej, chirurgii dziecięcej, ortopedii i traumatologii narządu ruchu, ortopedii i traumatologii lub pediatrii,
- 3.000 godzin w wykonywaniu zawodu lekarza w szpitalnym oddziale ratunkowym, zespole ratownictwa medycznego, lotniczym zespole ratownictwa medycznego lub izbie przyjęć szpitala.

W przypadku zainteresowania pracą na stanowisku LKRM lub chęcią uzyskania bardziej szczegółowych informacji, proszę o kontakt telefoniczny z Panem Ditmarem Kurzał – z-cą kierownika WCPR pod numerem tel.: 77/42-16-832.

Dyrektor Wydziału
Henryk Ślęziak

Pan Jerzy Jakubiszyn
Prezes Okręgowej Rady Lekarskiej w Opolu

Szanowny Panie Prezesie,

uprzejmie informuję, że Starosta Wieruszewski zasygnalizował mi problem ze znalezieniem lekarzy – kandydatów do pracy w Powiatowej Komisji Lekarskiej w Wieruszowie, w charakterze przewodniczącego (zarówno do składu podstawowego, jak i zastępczego), orzekającej o stopniu zdolności do czynnej służby wojskowej osób stawiających się do kwalifikacji wojskowej. Powyższa komisja pracować będzie w Wieruszowie (województwo łódzkie), przy ul. Kępińskiej 1, w terminie: 20 marca – 3 kwietnia br. w godz. 9:00–15:00.

Zgodnie z wymaganiami określonymi w § 3 rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 13 listopada 2009 r. w sprawie komisji lekarskich orzekających o stopniu zdolności do czynnej służby wojskowej osób stawiających się do kwalifikacji wojskowej (Dz. U. z 2013 r., poz. 735), powinien być to lekarz posiadający prawo wykonywania zawodu lekarza i posiadający co najmniej I stopień specjalizacji w dziedzinie chirurgii ogólnej lub I stopień specjalizacji w dziedzinie chorób wewnętrznych. W przypadku braku możliwości wyznaczenia do składu powiatowej komisji lekarskiej lekarza posiadającego ww. specjalizację, wyznacza się innego lekarza, uwzględniając w pierwszej kolejności lekarzy posiadających specjalizację lub tytuł specjalisty w pokrewnej dziedzinie medycyny. Jednak zgodnie ze stanowiskiem Ministerstwa Spraw Wewnętrznych powoływany lekarz musi posiadać jakąkolwiek specjalizację lub tytuł specjalisty.

Jednocześnie informuję, że kwestię wynagradzania członków wchodzących w skład powiatowych komisji lekarskich reguluje art. 30 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 21 listopada 1967 r. o powszechnym obowiązku obrony Rzeczypospolitej Polskiej (Dz. U. z 2012 r., poz. 461, z późn. zm.) oraz § 3 rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 2 stycznia 2012 r. w sprawie sposobu udzielania dodatkowego wynagrodzenia osobom wchodzącym w skład komisji lekarskich oraz pracowników średniego personelu medycznego wyznaczonych do powiatowych komisji lekarskich orzekających o stopniu zdolności do czynnej służby wojskowej osób stawiających się do kwalifikacji wojskowej (Dz. U., poz. 51).

W świetle powyższych przepisów prawa, podmiot leczniczy udziela lekarzowi wchodzącemu w skład powiatowej komisji lekarskiej zwolnienia od pracy, z zachowaniem prawa do wynagrodzenia, które jest następnie refundowane temu podmiotowi ze środków budżetu państwa przez wojewodę. Ponadto lekarzowi przysługuje dodatkowe wynagrodzenie w wysokości 180–200 zł za każdy dzień pracy w powiatowej komisji lekarskiej.

Szczegółowych informacji dotyczących powyższej sprawy udzielić mogą:

- pani Grażyna Król z Łódzkiego Urzędu Wojewódzkiego w Łodzi, tel. 42 664 14 34 oraz
- pan Krzysztof Depta ze Starostwa Powiatowego w Wieruszowie, tel. 62 781 39 10.

Mając na względzie konieczność zrealizowania ustawowego zadania we wszystkich powiatach, bez dodatkowych komplikacji dla podlegających kwalifikacji wojskowej mieszkańców województwa łódzkiego, zwracam się do Pana Prezesa z uprzejmą prośbą o pomoc w nieodpłatnym upowszechnieniu powyższej informacji do lekarzy z terenu województwa opolskiego, celem znalezienia zainteresowanych kandydatów do pracy w powiatowej komisji lekarskiej.

Z poważaniem

Z up. Wojewody Łódzkiego

Jacek Raczyński

Dyrektor Wydziału Bezpieczeństwa i Zarządzania Kryzysowego

LAURY UMIEJĘTNOŚCI I KOMPETENCJI DLA LEKARZY



W poprzednim numerze Biuletynu informowałem Państwa o tym, iż pośród nagrodzonych „Laurem Umiejętności i Kompetencji” – wyróżnieniem przyznawanym od 1992 r. przez Opolską Izbę Gospodarczą, w tym roku znaleźli się również lekarze. Poniżej, korzystając z materiałów zamieszczonych przez miesięcznik Samorządu Gospodarczego Opolszczyzny „Forum Opolskiego Biznesu”, przedstawiam ich sylwetki. A przy okazji jeszcze raz serdecznie gratuluję wszystkim nagrodzonym.

Jerzy B. LACH

Platynowy Laur w kategorii: PRO PUBLICO BONO

**Dr n. med. Władysław Pluta – ordynator
Oddziału Kardiologii Wojewódzkiego Centrum
Medycznego w Opolu**



„Ten kardiolog ma serce do leczenia” – piszą o nim pacjenci na forach internetowych. Jest absolwentem Akademii Medycznej Wydziału Lekarskiego w Krakowie. Od 1998 r. pełni funkcję wojewódzkiego konsultanta ds. kardiologii województwa opolskiego. W 1980 r. na podstawie rozprawy pt. „Echokardiograficzna ocena stopnia zwężenia lewego ujścia żylnego” uzyskał stopień doktora nauk medycznych. Jako adiunkt rozpoczął pracę w I Katedrze i Klinice Kardiologii Śl. Akademii Medycznej w Zabrzu. Brał aktywny udział w organizacji powsta-

jącego Wojewódzkiego Ośrodka Kardiologii w Zabrzu, obecnie to Śląskie Centrum Chorób Serca.

W 1994 r. przeniósł się do Opolu, organizując od podstaw, najpierw przychodnię kardiologiczną w powstającym WCM, a następnie oddział kardiologii, pełniąc do chwili obecnej obowiązki ordynatora oddziału. Kierowany przez niego oddział swoją opieką otacza mieszkańców całego województwa. Oddział jest ośrodkiem referencyjnym w dziedzinie kardiologii. Dysponuje pełną diagnostyką kardiologiczną, zarówno inwazyjną, jak i nieinwazyjną. Pełni całodobowe dyżury kardiologiczne, z możliwością 24-godzinnej dostępności do diagnostyki inwazyjnej i angioplastyki wieńcowej. Jest ośrodkiem wszczepiającym układy stymulujące serca. Od 2010 r. na oddziale znajduje się między innymi nowoczesny aparat do wykonywania zabiegów ablacji. System Carto, wart milion złotych, służy do leczenia różnego typu zaburzeń rytmu serca, w tym najbardziej skomplikowanych. Taki sam system Carto 3 w momencie jego wprowadzenia w WCM miały w Polsce, oprócz Opolu, tylko dwie kliniki w Warszawie.

Władysław Pluta został nagrodzony przez Polskie Towarzystwo Kardiologiczne za prace „Ostry zawał serca ze wstrząsem, tromboliza dowieńcowa” oraz „Wstrząs kardiogeny, koronaroplastyka przy niepowodzeniu trombolizy dowieńcowej”.

Jest bardzo lubiany przez pacjentów i ceniony przez środowisko medyczne. W 2009 r. otrzymał honorową statuetkę „Opolski Hipokrates 2009”, przyznaną za nadzwyczajne osiągnięcia w ochronie zdrowia na rzecz mieszkańców Opolszczyzny. Wyboru dokonuje kapituła plebiscytu, w skład której wchodziło przedstawicieli opolskiego oddziału NFZ i „Nowej Trybuny Opolskiej”. Laureat „Złotego Lauru Umiejętności i Kompetencji”.

Nominowany został za:

- organizację od podstaw oddziału kardiologii w Opolu i działalność na rzecz powstania oddziału kardiologii w Opolu;
- opracowanie strategii inwazyjnego leczenia zawałów serca w regionie opolskim,
- wprowadzenie całodobowego zabezpieczenia hemodynamicznego dla ostrych stanów kardiologicznych dla województwa opolskiego;
- udział w międzynarodowych badaniach klinicznych;
- autorstwo licznych prac naukowych publikowanych w zagranicznych i krajowych czasopismach naukowych i współautorstwo podręcznika „Chirurgia naczyń wieńcowych”.

**Dr n. med. Dariusz Łątka – ordynator
Oddziału Neurochirurgii Wojewódzkiego
Centrum Medycznego w Opolu**



Naczelną dewizą swej aktywności zawodowej uczynił kształcenie młodych adeptów neurochirurgii. Uważa, że w życiu miał szczęście trafić na wspaniałych nauczycieli i czuje się w obowiązku spłacać zaciągnięty u nich dług.

Lekarz neurochirurg, ordynator Oddziału Neurochirurgii WCM w Opolu, konsultant wojewódzki w zakresie neurochirurgii i neurotraumatologii dla województwa opolskiego, inicjator powołania i prezes Stowarzyszenia na Rzecz Rozwoju Neurochirurgii na Opolszczyźnie „Neuro”, inicjator powstania uniwersalnej platformy internetowej dla specjalistów i pacjentów drkregoslup.pl. Członek Polskiego Towarzystwa Neurochirurgów (PTNch), Polskiego Towarzystwa Chirurgów Kręgosłupa (PTChK), AO Spine Foundation, North American Spine Society (NASS) i World Spinal Column Society (WSCS).

Uczestnik wielu staży i kursów krajowych i zagranicznych w zakresie pełnoprofilowej neurochirurgii, anatomii mikroneurochirurgicznej, neurochirurgii onkologicznej, neurochirurgii naczyniowej oraz licznych specjalistycznych szkoleń z zakresu dostępów operacyjnych i instrumentacji wewnętrznej kręgosłupa. Ma tytuł European Board in Neurosurgery.

Ogromnym osobistym sukcesem Dariusza Łątki jest wdrożenie w Opolu szeregu nowych, często unikalnych w skali kraju, technik operacyjnych. Opolska neurochirurgia stała się ośrodkiem zajmującym wysokie miejsca w krajowych rankingach jednostek opieki zdrowotnej, obleganym przez pacjentów.

Jest współautorem dwóch podręczników i ponad 150 publikacji w fachowej prasie krajowej i zagranicznej; ma na koncie kilkadziesiąt przeprowadzonych wykładów i prezentacji na światowych sympozjach.

Nagrody i wyróżnienia: Medal Śląskiej Akademii Medycznej „Przodujący w nauce i pracy”. Wyróżnienie Dyplomu Ukończenia Akademii Medycznej. Wyróżnienie Dyplomu Specjalisty II Stopnia. Wyróżnienie Rektora Pracy Doktorskiej. „Złoty Laur Umiejętności i Kompetencji” Opolskiej Izby Gospodarczej 2010. Wyróżnienie Kapituły Konkursu „Opolski Hipokrates 2011”.

Nominowany został za:

- zmiany oblicza neurochirurgii opolskiej poprzez wdrożenie szeregu nowych, często unikalnych w skali kraju technik operacyjnych, w tym nowoczesnych procedur protezowania i stabilizacji wewnętrznej kręgosłupa, ale także w zakresie mikroneurochirurgii i wykorzystania neuronawigacji operacyjnej;
- wyjątkowe zaangażowanie w kierowaniu Oddziałem Neurochirurgii poprzez uzdrowienie finansów oddziału przy jednoczesnej poprawie wszystkich ilościowych i jakościowych wskaźników medycznych, jak również zakupu ultranowoczesnego mikroskopu operacyjnego i przeprowadzenie z jego wykorzystaniem unikalnych w kraju operacji w podczerwieni i ultrafiolecie;
- koordynację projektów badawczych realizowanych we współpracy z Politechniką Wrocławską;
- ogromne zaangażowanie w kształcenie kolejnych lekarzy specjalistów w dziedzinie neurochirurgii.

**Dr n. med. Janusz Pichurski – ordynator
Oddziału Chirurgii Ogólnej Szpitala
Wojewódzkiego w Opolu**



Pacjenci cenią go za niezwykłą troskliwość. Lekarze – za profesjonalizm. Przełożeni – za wzorową pracę. Koledzy z lodowiska – za zachowania fair play.

Dr n. med. Janusz Pichurski jest znanym specjalistą chirurgii ogólnej z ponad 30-letnim stażem w zawodzie, konsultantem wojewódzkim w dziedzinie chirurgii ogólnej. Jest biegłym sądowym w dziedzinie chirurgii ogólnej, członkiem Towarzystwa Chirurgów Polskich i Zarządu Oddziału Opolskiego Towarzystwa Chirurgów Polskich oraz Sekcji Wideochirurgii i Sekcji Chirurgii Endokrynologicznej TChP. Jest konsultantem z zakresu chirurgii ogólnej w Wojewódzkim Szpitalu Ginekologiczno-Położniczym w Opolu.

Doceniany przez pacjentów – zajął II miejsce w plebiscycie czytelników NTO „Opolski Hipokrates” w kategorii „Lekarz roku 2010”. W tym samym roku został nagrodzony „Srebrnym Laurem Umiejętności i Kompetencji” w kategorii „Pro Publico Bono” przyznawanym przez Opolską Izbę Gospodarczą, a rok później „Złotym Laurem Umiejętności i Kompetencji”. Jest członkiem Rady Biznesu przy Prezydencie Miasta Opola.

Główne zainteresowania zawodowe dra Janusza Pichurskiego to chirurgia laparoskopowa i chirurgia endokrynologiczna. Przeprowadził pierwszą w województwie operację guza nadnercza metodą laparoskopową i pierwsze w województwie operacje tarczycy z zastosowaniem neuromonitoringu nerwów krtaniowych. Kierowany przez niego oddział jest jednym z trzech w Polsce, gdzie neuromonitor stosowany jest rutynowo podczas każdej operacji tarczycy.

To właśnie w Szpitalu Wojewódzkim, gdzie kieruje Oddziałem Chirurgii Ogólnej, wykonuje się najwięcej operacji z zakresu chirurgii ogólnej w województwie opolskim. Największa jest również liczba zabiegów laparoskopowych. Od 2013 roku wykonywane są też operacje bariatryczne.

Janusz Pichurski znany jest też z miłości do sportu i, jak sam mówi, to tajemnica jego dobrej kondycji. W 1987 r. był animatorem powstania amatorskiej drużyny lekarzy „Lancet”. Dziś jest prezesem klubu hokeja na lodzie THL „Lancet” przy opolskim Toropolu. Jest też prezesem klubu windsurfingowego „Ekosurf” nad Jeziorem Dużym w Turawie. Pasjonują go podróże i ma słabość do kuchni azjatyckiej.

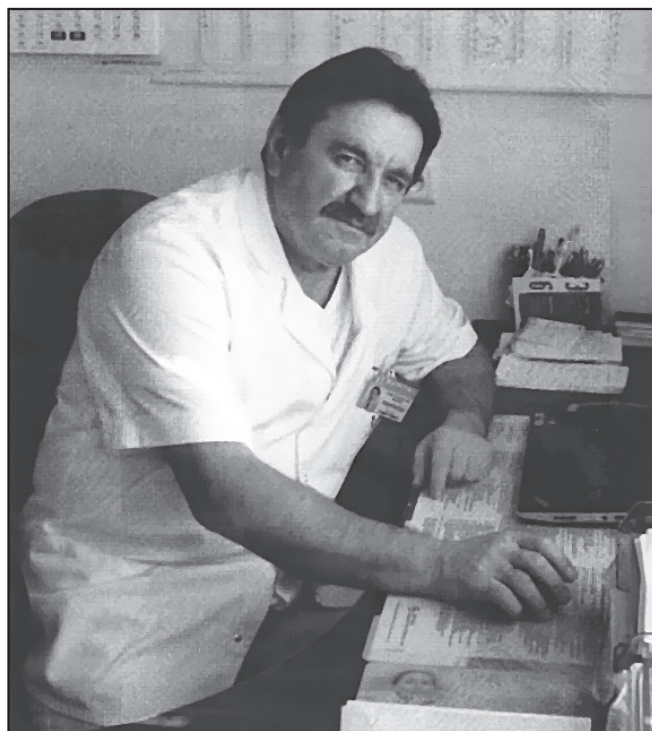
Platynowy Laur otrzymuje za:

- wdrożenie szeregu technik operacyjnych, w tym operacje tarczycy z zastosowaniem neuromonitoringu nerwów krtaniowych, co poprawia bezpieczeństwo pacjentów i komfort pracy lekarza;
- utworzenie oddziału – jednego z trzech w Polsce – gdzie neuromonitor stosowany jest rutynowo podczas każdej operacji tarczycy i gdzie wykonywane są operacje bariatryczne;

- wyjątkowe zaangażowanie i sprawne kierowanie Oddziałem Chirurgii Ogólnej Wojewódzkiego Szpitala w Opolu;
- wrażliwość i serce, jakie wkłada w wykonywanie zawodu lekarza.

Złoty Laur w kategorii: PRO PUBLICO BONO

Dr n. med. Czesław Milejski – ordynator Oddziału Ginekologiczno-Położniczego Krapkowickiego Centrum Zdrowia



Twierdzi, że poród nie jest karą i nie musi boleć. To m. in. dzięki temu coraz więcej Opolanek jeździ rodzić dzieci do szpitala w Krapkowicach.

Absolwent Akademii Medycznej w Krakowie, gdzie w 1982 r. uzyskał tytuł lekarza medycyny. Po ukończonych studiach podjął pracę w Zespole Opieki Zdrowotnej jako lekarz-stażysta. Po ukończeniu stażu podyplomowego w 1983 r. pracował jako młodszy asystent Oddziału Ginekologiczno-Położniczego. Dyplom I stopnia specjalizacji w zakresie położnictwa i ginekologii uzyskał w 1987 r., a w 1995 r. uzyskał II stopień specjalizacji. Od grudnia 1995 r. pełni funkcję ordynatora Oddziału Ginekologiczno-Położniczego. 27 września 2009 r. uzyskał stopień naukowy doktora nauk medycznych.

Ma liczne certyfikaty z zakresu laparoskopii i histeroskopii, a także z ginekologii operacyjnej, cytodiagnostyki i kolposkopii. Wykonuje USG w zakresie ginekologiczno-położniczym, a od 1988 r. USG sutka. Od lipca 1997 r. wykonuje operacje laparoskopowe.

Zorganizował trzy posiedzenia szkoleniowo – naukowe we współpracy z Opolskim Zarządem Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego:

- w 1996 r. w kooperacji z Kliniką Ginekologii i Onkologii CM UJ w Krakowie;
- w 1999 r. w zakresie analogii prostaglandyn w indukcji porodu i zastosowań krążków naszyjkowych w położnictwie,
- w 2000 r. z uczestnictwem prof. J. Woytonia z Kliniki Rozrodczości i Położnictwa AM we Wrocławiu.
- Pod jego kierunkiem specjalizację uzyskało czterech lekarzy, obecnie dwóch jest w trakcie.

Krapkowickie Centrum Zdrowia nie narzeka na brak pacjentów, a stało się to dzięki gruntownemu remontowi placówki i ściągnięciu do niej uznanych specjalistów. Ma to również odzwierciedlenie w pracy oddziału ginekologiczno-położniczego, którym kieruje dr Milejski. Na ciężarne czekają tam trzy pojedyncze, przytulne i zarazem fachowo urządzone sale porodowe. Każda z nich ma własny węzeł sanitarny, co gwarantuje pacjentkom pełną intymność. Przyszłe mamy, jeśli nie ma przeciwwskazań medycznych, mogą liczyć na znieczulenie zewnątrzoponowe przy porodzie lub mogą skorzystać z gazu rozweselającego, za co nie jest pobierana żadna opłata. Nie obowiązuje żadna rejonizacja. Dyrekcji i personelowi szpitala zależy na tym, żeby pacjentki chciały w nim rodzić.

W czasie sprawowania przez dr Milejskiego funkcji ordynatora nastąpiła znaczna poprawa wskaźników umieralności okołoporodowej. Oddział ma 30 łóżek, a pacjentki mają do dyspozycji pokoje 1-, 2- i 3-osobowe. Wykonuje się pełny zakres operacji związanych z kobiecymi schorzeniami.

Dr Czesław Milejski cieszy się ogromnym poważaniem i uznaniem wśród personelu oraz pacjentek. Te ostatnie chwalą go za stworzenie na oddziale przyjaznej atmosfery pacjentkom, kompetencję i indywidualne podejście do chorych.

Srebrny Laur w kategorii: PRO PUBLICO BONO

Lek. med. Zofia Kucharska – ordynator Oddziału Noworodków i Wcześnieaków Szpitala Ginekologiczno-Położniczego w Opolu

Nieprzerwanie od października 1979 r. Zofia Kucharska pracuje w Samodzielnym Specjalistycznym ZOZ nad Matką i Dzieckiem w Opolu. W latach 1979-99 pracowała w oddziałach Szpitala Dziecięcego i w tym czasie uzyskała tytuł lekarza specjalisty w zakresie pediatrii. Od 1999 r. pełniła funkcję zastępcy ordynatora w Oddziale Noworodków i Wcześnieaków Szpitala Ginekologiczno-Położniczego, a w 1991 r. objęła funkcję ordynatora tego oddziału.

W 1994 r. z wyróżnieniem otrzymała tytuł specjalisty w zakresie neonatologii. Niezwykle zaangażowana, z ogromnym oddaniem zajmuje się noworodkami i wcześniakami. Ceniona jest przez młode matki za okazywaną im życzliwość i profesjonalizm.



Lek. med. Zofia Kucharska wykorzystuje umiejętności organizacyjne do prowadzenia oddziału. Nieustannie dąży do wprowadzania nowoczesnej terapii. Dużą wagę przywiązuje do podnoszenia kwalifikacji swoich, a także podległego personelu i neonatologów całego województwa.

Jest organizatorką Opolskiej Sekcji Neonatologii Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego i pełni funkcję przewodniczącej. Organizowane przez nią konferencje szkoleniowe w ramach Sekcji Neonatologii PTP z udziałem wybitnych specjalistów różnych specjalności służą podnoszeniu kwalifikacji neonatologów i pediatrów z całego województwa.

W latach 1993-99 była przewodniczącą zespołu ds. Programu Upowszechniania Karmienia Piersią. Od 1991 do 1998 r. pełniła funkcję Wojewódzkiego Inspektora ds. Neonatologii.

W 1998 r. objęła stanowisko konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie neonatologii. Rok później otrzymała nominację ministra zdrowia na wojewódzkiego koordynatora programu poprawy opieki okołoporodowej w dziedzinie neonatologii.

Jest autorką wielu publikacji dotyczących metod leczenia noworodków i wcześniaków. Obecnie uczestniczy w realizowanym przez zespół projekcie utworzenia banku mleka kobiecego w ramach Programu Norweskiego.

Lek. med. Irena Suchorębska-Kudyba – dyrektor Przychodni „Odnova” w Opolu

Irena Suchorębska-Kudyba jest absolwentką Akademii Medycznej we Wrocławiu. Pracowała w oddziale chorób wewnętrznych Szpitala Wojewódzkiego oraz w przychodni PKP w Opolu.

Od 1976 r. pracuje w Przychodni Rehabilitacyjnej Spółdzielni „Odnova” (od 2004 r. spółki „Odnova”)



w Opolu. Najpierw na stanowisku lekarza zakładowego, od 1998 r. jako zastępca kierownika Przychodni „Odnova”. W 2002 r. objęła obowiązki dyrektora przychodni. Jednocześnie wypełnia obowiązki lekarza podstawowej opieki zdrowotnej dla pacjentów przychodni oraz obowiązki opieki medycznej nad osobami niepełnosprawnymi zatrudnionymi w spółce „Odnova”. Sprawuje również obowiązki członka komisji BHP i Komisji Rehabilitacyjnej spółki „Odnova”.

Z chwilą powstania kas chorych podjęła skuteczne starania o pozyskanie kontraktu na świadczenia medyczne w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, stomatologii oraz rehabilitacji, czyniąc tym samym przychodnię dostępną dla mieszkańców Opola, a nie tylko dla pracowników i osób niepełnosprawnych spółki „Odnova”. Kontrakt jest kontynuowany z Opolskim Wojewódzki Oddziałem Narodowego Funduszu Zdrowia.

Przez 10 lat była członkiem Powiatowego Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności. 6 lat była też w składzie Opolskiej Rady Osób Niepełnosprawnych.

W 2000 r. przychodnia otrzymała certyfikat „Przychodnia Roku” w kategorii na najlepszy niepubliczny zakład opieki zdrowotnej przyznany przez Opolską Regionalną Kasę Chorych.

Pani doktor za sukces uważa możliwość świadczenia usług medycznych nie tylko dla osób niepełnosprawnych zatrudnionych w spółce Odnova, ale też dla ogółu społeczeństwa Opolszczyzny oraz to, że jej całe życie zawodowe związane jest z pracą na rzecz osób najbardziej potrzebujących, to jest niepełnosprawnych

Lek. med. Rafał Swaton – ordynator Oddziału Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej Szpitala Wojewódzkiego w Opolu

O laureacie dużo można poczytać na forach internetowych poświęconych lekarzom. Danuta z Kędzierzyna-Koźła napisała krótko, ale bardzo wymownie: „Lekarz – człowiek. Dzięki niemu chodzę.”

Rafał Swaton jest ordynatorem Oddziału Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej w Szpitalu Wojewódzkim w Opolu. Pełni również funkcję regionalnego konsultanta w tej dziedzinie. Prowadzi także prywatny gabinet.

- Często zdarza mi się nie brać pieniędzy w ogóle. Na przykład wówczas, gdy okaże się, po wywiadzie czy badaniu, że chory przyszedł do mnie z dolegliwością, która nie mieści się w mojej specjalności urazowo-ortopedycznej, na przykład z bólami stawowymi. Wtedy zapłaty nie biorę i kieruję go do odpowiedniego specjalisty. Czasem biorę mniej, kiedy widzę, że pacjenta po prostu nie stać na wydanie takiej sumy – mówił kiedyś w wywiadzie dla „Gazety Wyborczej”.

„Doktor, który najpewniej z powołania został lekarzem... Jego stosunek do pacjentów jest godny podziwu i naśladowania, to wspaniały, ciepły i bardzo mądry lekarz, który zasługuje na pełne uznanie. Jestem niesamowicie zadowolona z wizyt u niego, to złoty człowiek” – to kolejna z opinii, jakie można wyczytać na forach w Internecie.



Rafał Swaton w 2010 r. przeprowadził opisywaną przez prasę operację przyszczenia dłoni kilkuletniemu Grzesiowi. – *W całym nieszczęściu tak się szczęśliwie złożyło, że wprawdzie kciuk z dwoma palcami został odcięty, ale nadal trzymał się dłoni. Tu nie było szans na szycie naczyń krwionośnych. Rana ręki u tego chłopca była zbyt ogromna: szarpano-miażdżona. To były uszkodzenia wielotkankowe: naczyń, ścięgien, kości. A bardzo rzadko się zdarza, żeby pacjenci z tak dużymi urazowymi ranami rąk – dzieci, jak i dorośli – mogli być wysyłani do ośrodków replantacyjnych. W takich przypadkach jak ten, gdy dochodzi do ran zadanych piłką tarczową czy siekierą, stosuje się tzw. zaopatrzenie chirurgiczne – relacjonował przebieg operacji Rafał Swaton.*

(przedruk z „Forum Opolskiego Biznesu” nr 1/14)

SUKCES NASZEGO KOLEGI

Miło mi donieść, że nasz Kolega – wieloletni Redaktor Naczelny „Gazety Lekarskiej” Marek **STANKIEWICZ** za wykonane przez siebie podczas manifestacji lekarzy w Białym Miasteczku przed gmachem Urzędu Rady Ministrów w 2007 r. zdjęcie protestujących lekarzy, zatytułowane „Osobliwy uścisk dłoni” został, nagrodzony **Złotym Medalem Fotoklubu RP** na **I Międzynarodowym Salonie Fotografii Artystycznej PHOTOARTMEDICA** w Częstochowie w 2013 r. w kategorii wolnego tematu.

Ponadto zdjęcie to zdobyło również wyróżnienie w największym na świecie konkursie fotografii miejskiej – **Urban Photographer of the Year 2013**. Nagroda ta cieszy tym bardziej, że na konkurs nadesłano ponad 12,5 tys. prac ze 118 krajów, w tym 264 prac z Polski. Marek został jedynym Polakiem, który znalazł się w gronie laureatów tego prestiżowego konkursu.

Autor swoją nagrodę zadedykował Naczelnej Radzie Lekarskiej, z rekomendacji której był przez 13 lat Redaktorem Naczelnym „Gazety Lekarskiej” i akredyta-



cje dziennikarskie, dające mu swobodę poruszania się i działania zarówno z mikrofonem, jak i sprzętem fotograficznym zawdzięczał właśnie wydawcy „GL”.

Jerzy B. LACH

DRUGI PRZYPADEK IMPOTENCJI POLSKIEGO KRÓLA – MICHAŁA KORYBUTA WIŚNIEWIECKIEGO (1639–1673)

Po tragicznych latach panowania Władysława IV Wazy (1595–1648) i jego brata przyrodniego Jana Kazimierza (1609–1672), na które przypadły bunty kozackie pod wodzą Bohdana Chmielnickiego i Potop Szwedzki; po abdykacji Jana Kazimierza w roku 1667 szlachta polska podczas wolnej elekcji 19 czerwca 1699 r. mimo kandydatur obcokrajowców (m. in. Karola Lotaryńskiego – vide dalej) na tron polski powołała „Piasta” Michała Korybuta Wiśniowieckiego liczącego wówczas 28 lat.

Michał Korybut Wiśniowiecki był jedynym synem wojewody ruskiego księcia Jeremiego Wiśniowieckiego i Gryzeldy Zamojskiej – wnuczki hetmana Jana Zamojskiego założyciela miasta Zamościa i słynnej Akademii Zamojskiej.

Ojciec Michała, Jeremi Wiśniowiecki to bohater Sienkiewiczowskiego „Ogniem i mieczem” (słynna obrona Zbaraża) i zwycięzca wojen z kozakami Bohdana Chmielnickiego. Zasłynął również i z tego, że praktykował wymyślne tortury i egzekucje swoich jeńców i wrogów, a szczególności wbijanie na pal. Do oglądania tych makabrycznych widowisk książę Jeremi (grany wspaniale w adaptacji filmowej Jerzego Hoffmana przez Andrzeja Seweryna) przymuszał swojego syna Michała, co mu-

siało pozostawić w przyszłości trwały ślad w psychice dojrzewającego chłopca.

Jeremi Wiśniowiecki zmarł w roku 1651, w wieku zaledwie 39 lat (istniały podejrzenia, że został otruty) i pochowany został po długiej peregrynacji zwłok (rodzinny Wiśniowiec, Klasztor Bernardynów w Sokalu) w Klasztorze Benedyktynów na św. Krzyżu w Górach Świętokrzyskich. Do dzisiaj można oglądać jego strupieszale szczątki w tym Klasztorze, aczkolwiek wielu historyków poddaje wątpliwość autentyczność tych zwłok.

Michał Korybut Wiśniowiecki 27 lutego 1670 r. poślubił w Klasztorze Paulinów na Jasnej Górze w Częstochowie 17-letnią Eleonorę Habsburżankę (1653–1697) córkę cesarza austriackiego Ferdynanda III Habsburga (większość królów polskich począwszy od Zygmunta Augusta żeniło się z Habsburżankami).

Michał Korybut Wiśniowiecki, jak piszą historycy, zamiast niewiast interesował się mężczyznami. Dowodem tych preferencji seksualnych króla były jego osobliwe stroje, rzekomo damska bielizna, kolekcja kunsztownych peruk (inne na uroczystości pogrzebowe, inne do Sejmu, inne na parady wojskowe), malowanie ust i policzków. Dlatego też nic dziwnego, że jego największy



*Portret Michała Korybuta
Wiśniowieckiego*

oponent hetman Jan Sobieski oficjalnie nazywał go „małpą”, tym bardziej, że król był bardzo gruby i niski. Paweł Jasienica w swojej książce „Rzeczpospolita Obojga Narodów” pisze wręcz o „zdziwieniu króla”.

Największą pasją Michała Korybuta Wiśniowieckiego było jedzenie i picie, stąd nieustannie przybierał na wadze i w wieku zaledwie 34 lat

zmarł 10 listopada 1673 r. z powodu pękniętego wrzodu żołądka.

Wg niektórych historyków Michał Korybut Wiśniowiecki był homoseksualistą i współżył ze swoim faworytem jakimś Konarzewskim, wg innych był impotentem, wg trzeciej wersji był biseksualistą. Dowodem tego może być fakt, że jego młoda żona Eleonora tuż po ślubie zaszła w ciążę, ale wkrótce ją poroniła. Niemniej nie wykluczono, że ciąża ta była sfingowana, aby ratować reputację króla.

Po jego śmierci serce pochowano w Klasztorze Kamieculów na Bielanach w Warszawie, wnętrzności wmurowano w ścianę w Katedrze Łacińskiej we Lwowie, zaś ciało spoczęło w Krypcie Leonarda w podziemiach Katedry Wawelskiej. Była to dziwna tradycja austriackich cesarzy habsburskich chowania szczątków władców w trzech różnych miejscach. Chichotem historii jest fakt, że sarkofag tego jednego z najbardziej nieudolnych królów polskich spoczywa w Krypcie Leonarda na Wawelu obok jego największego przeciwnika i następcy na tronie Polski Jana III Sobieskiego, jak również obok Tadeusza Kościuszki i Księcia Józefa Poniatowskiego. Pogrzeb Michała Korybuta Wiśniowieckiego odbył się podczas koronacji Jana III Sobieskiego wraz z pochowaniem szczątków Jana Kazimierza sprowadzonych z Paryża (gdzie zmarł jako opat Klasztoru St. Denis). Jan Kazimierz spoczął w Krypcie Wazów obok ojca Zygmunta III Wazy i brata Władysława IV Wazy.

Po śmierci Michała Korybuta Wiśniowieckiego Eleonora – grana w filmie pt. „Bitwa Wiedeńska” przez Alicję Bachledę-Curuś – wyszła za mąż za miłość swojej młodości Karola V Lotaryńskiego w roku 1678. Karol V Lotaryński wraz z Janem III Sobieskim pokonał Turków pod Wiedniem w roku 1683. Właśnie jemu ówczesny cesarz austriacki Leopold przypisywał największe zasługi w obronie Wiednia przed innowiercami pod wodzą Czarnego Mustafy (Kara Mustafy).

Z Karolem V Lotaryńskim (jego monumentalny pomnik stoi przed pałacem w wiedeńskim Hofburgu) miała 6 dzieci (w tym 5 synów) a nawet marzyła, aby najstarszy z nich po śmierci Jana III Sobieskiego został królem Polski. Tu ciekawostka: Eleonora nie za bardzo lubiła Jana III Sobieskiego, ponieważ po śmierci Michała Korybuta Wiśniowieckiego próbowano ją swatać z nim. Ta płodność Eleonory z Karolem V Lotaryńskim może dobitnie świadczyć o impotencji jej pierwszego męża.



Jego sarkofag w krypcie Leonarda na Wawelu

Eleonora Lotaryńska zmarła w wieku 44 lat w rodzinnej posiadłości drugiego męża w austriackim Innsbrucku i pochowana została w kryptach cesarskich Kapucynów na wiedeńskim Ringu.

P. S. Krypty Kapucynów w Wiedniu powinny być obowiązkowym celem peregrynacji naszych Koleżanek i Kolegów, ponieważ jest tam wiele polskich śladów, o czym w kolejnych rozważaniach (m. in. druga żona Napoleona Bonaparte, ojcowie naszych Habsburżanek, uwielbiany w Krakowie cesarz Franciszek Józef, jego żona „Sissi”, tragicznie zmarły książę Rudolf i in.).

Dr hab. n. med. Janusz KUBICKI

* * *

Z wielką nostalgią i wzruszeniem stwierdziłem, że w listopadowym numerze „Biuletynu Informacyjnego Oil” nt. : „Gdzie pochowani są Piastowie Opolscy” ukazała się już moja 50 praca dotycząca historii Opola, Polski a nawet Europy. Pierwsza z nich została opublikowana w lipcu 2001 r. i dotyczyła Rektora Uniwersytetu Jagiellońskiego i twórcy balneologii krynickiej Józefa Dietla (tzw. Planty Dietlowskie oddzielają symbolicznie Kraków od Kazimierza).

Wielokrotnie było mi niezmiernie miło, kiedy P. T. Koleżanki Koledzy przekazywali mi zainteresowanie i dobrze oceniali moje dociekania historyczne. Dlatego też dziękując za udostępnianie łam naszego Biuletynu Informacyjnego do kontynuowania wiedzy o naszej przeszłości postaram się nadal nie zawieść oczekiwań naszych P. T. Koleżanek i Kolegów.

Autor

PLAN SZKOLEŃ PROWADZONYCH W RAMACH KOMISJI KSZTAŁCENIA OIL W OPOLU NA I PÓŁROCZE 2014

TERMIN	KIEROWNIK NAUKOWY	TEMAT	MIEJSCE SZKOLENIA
14 marzec 2014 r. piątek godz. 10.00	GRAWENA-EDU Kraków psycholog dr Teresa Sławińska mgr Wojciech Krówczyński	Wypalenie zawodowe	Izba Lekarska w Opolu ul. Grunwaldzka 23
Część I – 27–30 marzec 2014 r. (czwartek–niedziela) Część II – 3–6 kwietnia 2014 r. (czwartek–niedziela)*	Dr Marek Lenart Konsultant Wojewódzki w dziedzinie zdrowia publicznego	Zdrowie publiczne	Izba Lekarska w Opolu ul. Grunwaldzka 23
19–22 maj 2014 r. (poniedziałek–czwartek) godz. 9.00–14.00*	Dr Andrzej Sznajder Konsultant Wojewódzki w dziedzinie radiologii i diagnostyki obrazowej	Radiologia i diagnostyka obrazowa	Zakład Diagnostyki Obrazowej WCM w Opolu al. Witosa 26
6–8 maj 2014 r. (wtorek–czwartek) godz. 9.00–14.00*	Dr n. med. Iwona Rajca- -Biernacka Dyrektor Regionalnego Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Opolu	Transfuzjologia	Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Opolu ul. Kośnego 55
maj 2014 r. (dokładny termin w trakcie ustalania)	Prof. dr hab. n. med. Jerzy Krupiński	Antybiotykoterapia w pracy stomatologa	Izba Lekarska w Opolu ul. Grunwaldzka 23
czerwiec 2014 r.*	Dr Wiesława Błudzin Konsultant Wojewódzki w dziedzinie chorób zakaźnych	Zakażenia HIV i choroba AIDS	Izba Lekarska w Opolu ul. Grunwaldzka 23

* Kursy wymagane do specjalizacji, zgłoszenia: strona internetowa: www.opole.szkozenia.@hipokrates.org. Informacja o kursach będzie zamieszczona na stronie internetowej www.cmkp.edu.pl (w zakładce kursy specjalizacyjne). Będzie tam również zamieszczony formularz zgłoszenia. Szkolenia bez przyznawanych punktów edukacyjnych.

Prosimy o zgłaszanie chęci uczestnictwa w w/w szkoleniach telefonicznie – 77-454-59-39 do siedziby OIL w Opolu. Za uczestnictwo w szkoleniu przysługują 5 pkt. edukacyjnych.

Małgorzata ŁUSZCZYŃSKA-OSTROWSKA

KOLEJNE LEGITYMACJE LEKARSKIE

Biuro Izby zaprasza po odbiór kolejnych legitymacji lekarskich. A oto lista osób mogących zgłosić się po swoje legitymacje:

Angerman Adam
Brzęczek Włodzimierz
Buchowiecka Antonina
Chomik Artur
Chomik-Rączy Agnieszka
Falenta-Hitnarowicz Małgorzata
Fedczuk Alicja
Gizowski Ryszard
Grzegorska Aldona
Janków-Roszczypała Marzena
Kałuża Anna
Kapel Aleksandra
Kleszcz Anna
Kobylińska Ewa
Kochanowski Jacek
Kopa Janusz

Korjat Jolanta
Kornacka-Saczek Dominika
Kosela-Gatkowska Dorota
Kowalczykiewicz-Kuta Alina
Kozłowska Marta
Kozok-Suchodolski Rosita
Lewińska Bożena
Łada Jakub
Łuczyńska-Sopel Anna
Machowska Ewa
Matusiak-Brzęczek Lila
Michalska-Rokosa Katarzyna
Miodońska Marta
Miodoński Maciej
Molsa Maciej
Piętka Marek

Piskorowska-Pliś Anna
Praski Wojciech
Romaniuk Janusz
Roszczypała Dariusz
Rusek-Skóra Maja
Rutkowska Małgorzata
Sosnowska Aleksandra
Szwedowski Maciej
Szwedowski Roman
Trojniak Jan
Wawrzak Elżbieta
Wilk Urszula
Wiśniewska Agata
Wójcik Ewa

Jerzy B. LACH

CZY SYSTEM OCHRONY ZDROWIA W POLSCE MUSI BYĆ ZŁY?

Polski system ochrony zdrowia, a raczej coś, co polega na braku systemu, jest źle oceniany przez ponad 80% Polaków. Nasi rodacy narzekają na kolejki do specjalistów, odległe terminy zabiegów operacyjnych, złe warunki socjalne i sanitarne w znaczącej większości szpitali, zbyt duże dopłaty do leków i wyrobów medycznych a ostatnio także na skomplikowaną organizację udzielania świadczeń i ciągle zmieniające się przepisy. Jeżeli dołożymy do tego pokąźną ilość wydanych rozporządzeń ministra zdrowia i jeszcze większą ilość zarządzeń prezesa NFZ, które często nie są ze sobą kompatybilne – a nierzadko przekraczają upoważnienia ustawowe – uzyskamy obraz pełnego chaosu i tzw. wolnej amerykanki. Od około dwóch lat działa jeszcze jeden ważny element systemu – Rzecznik Praw Pacjenta, którego rola, jak dotychczas, sprowadzała się do występowania w „obronie” pacjentów w czasie akcji pieczętkowej, czy protestu receptowego. Takie drobnostki, jak wykreślenie z listy leków refundowanych ok. 800 specyfików w grudniu 2011 r., jak wprowadzenie refundacji uzależnionej od ChPL – co skutkowało utratą refundacji dla ok. 50% przepisywanych leków, jak niedobory leków onkologicznych na początku roku 2012 – nie spowodowały jakiegokolwiek reakcji wysokiego urzędu.

Wszystko to potwierdza tezę, że posiadamy fasadowy system ochrony zdrowia, który działa na zasadzie łatania największych dziur i gaszenia najpilniejszych pożarów, a którego priorytetami są, nie zdrowie Polaków i szeroko rozumiana biologiczna przyszłość narodu, ale wyłącznie bieżące interesy polityczne aktualnej formacji rządzącej. Nie sądzę, że takiego funkcjonowania ochrony zdrowia w Polsce życzyliby sobie rodacy głosujący w wyborach na jakąkolwiek partię. Dlaczego więc tak jest? Pytanie – czy tak musi być? – dotyczy najistotniejszych podstaw ustrojowych naszego państwa i jest najczulszym testerem naszej „demokracji”.

Demokracja po polsku

W ostatnich miesiącach mieliśmy kilka ważnych wydarzeń, które pokazały nam jak rząd rozumie demokrację i swoją w niej rolę. Mimo zebrania 2 mln podpisów obywateli tego kraju pod wnioskiem o referendum w sprawie podwyższenia wieku emerytalnego, Sejm ów wniosek odrzucił. Nie wiem ile głosów wyborców „zdobyła” PO w ostatnich wyborach, ale pewnie ilość porównywalną. Daje to w mniemaniu tejże partii, legitymację społeczną do wiedzy co jest dla narodu lepsze, nawet wbrew jego

woli. Z tejże samej przyczyny nie odbyło się referendum w sprawie wieku pierwszoklasistów. Obawiam się, że za tak gwałtownym przyspieszeniem dojrzewania polskich dzieci stoi szatański pomysł wydłużenia o kolejny rok czasu pracy naszych obywateli, co zapewne przypadkowo przekłada się na kolejne, niemałe „oszczędności” naszego państwa. Jeżeli ten kierunek się sprawdzi możliwe są dalsze kroki na „drodze postępu”. Pewne osiągnięcia już mamy – „udało się” skrócić studia medyczne o rok, co oznacza, że lekarz będzie pracował 43 lata do emerytury, zamiast 40, a lekarka 43 zamiast 35. To prawdziwy sukces!

Nie sposób nie wspomnieć o dokonanej nie tak dawno rekonstrukcji rządu. Zapowiadana od wiosny przy każdym zachwianiu politycznym koalicji w naturalny sposób indukowała polityczne spekulacje i giełdę nazwisk. We wszystkich notowaniach od jesieni ub. roku prym wiódł minister zdrowia. Odsetek niezadowolonych z jego działań wahał się od 70 do ponad 90%. I co? I nic. Pan premier ma swoje zdanie i uważa, że minister zdrowia swoją rolę odegrał dobrze... dla rządu. W przedstawionej przed kilkoma dniami nowej ekipie nie znalazł się nowy minister zdrowia, który dawałby choć cień nadziei na zmianę pyszałkowatej i niekompetentnej polityki zdrowotnej. To też potwierdza tezę, że polityka zdrowotna jest wykuwana w kancelarii premiera i w ministerstwie finansów, a minister zdrowia ma ją tylko firmować, a w razie kłapy – dać „głowę”.

Jak nie wiadomo, o co chodzi...

...to na pewno chodzi o pieniądze! Ta stara prawda sprawdza się u nas w 100%. Wszystkie „reformatorskie” działania rządu w dziedzinie ochrony zdrowia były nacechowane stałą „troską” o finanse, tzn. o to, by wystarczyło środków na „jeszcze lepszy” system ochrony zdrowia. Owiana już „propagacjenką legendą” ustawa refundacyjna, zakładała, że za „zaoszczędzone” na pacjentach pieniądze zwiększy się dostępność leków dla ... pacjentów. To prawdziwe mistrzostwo świata w zakresie propagandy!

Wyższość finansów nad zdrowiem, a nawet nad zdrowym rozsądkiem, prezentował niedawno wiceminister Neumann w jednym z wywiadów, udzielonym mediom. Na pytanie dlaczego w bydgoskim Instytucie Onkologii zabrakło pieniędzy na leczenie przeciwnowotworowe, powiedział, cyt. „*mamy taki kontrakt, jaki mamy, i musimy się w nim zmieścić...*” Sam nie wiem czy więcej w tym

ignorancji, czy beczelnej arogancji, ale jest to – zapewne niechęć – najlepsze streszczenie aktualnej polityki zdrowotnej ministerstwa „w pigułce”.

Pozostaje jeszcze odpowiedzieć, czy nasze państwo w osobach urzędników nim zarządzających, dba tak o finanse na wszystkich frontach swojej działalności. Znam wiele takich przykładów, które każą w to wątpić. Wybudowanie 10 km warszawskiej obwodnicy kosztowało 2,7 mld zł, to jest ok. 90 mln dolarów na 1 km, czyli 10 razy drożej niż na świecie. Stadion, dumnie zwany narodowym, kosztował 2 razy drożej niż planowano (ok. 1 mld zł więcej), został oddany z opóźnieniem i z usterkami, nie przeszkodziło to jednak wypłacić szefowi spółki 0,5 mln zł premii, bo za dobrą pracę należy się dobra zapłata. Na nic zda się tłumaczenie, że takie były zapisy w umowie, bo umowa była taka, jaką podpisało ministerstwo sportu!

Jeszcze jeden jakże spektakularny przykład. Ubiegłoroczny koncert Madonny w Warszawie. To chyba jedyny koncert królowej popu, który trzeba było ... dofinansować. Do tej pory artystka ta słynęła z najwyższych zarobków, idących w dziesiątki milionów dolarów rocznie! Jej przedsięwzięcie było od lat na plusie, i to jakim! Aż dopiero w Polsce, okazało się, że jej koncert musi być dotowany! To ewenement na skalę światową! Ciekawe, czy ona sama o tym wie?

Za czasów PRL istnieli dotowani artyści, którzy nie gromadzili publiczności dzięki swojemu talentowi czy wielkości uprawianej sztuki. Po prostu bilety na ich występy były wykupywane przez zakłady pracy, a czy ktoś z nich skorzystał, czy nie, nie miało żadnego znaczenia. Listy artystów, na których występy wykupywały działy socjalne państwowych zakładów pracy, pewnie jeszcze dałoby się odnaleźć w archiwach komitetu centralnego byłej, przewodniej siły narodu. Tak władza „odwdzięczała” się artystom, promującym „uroki” komunizmu,

czy choćby tylko socjalizmu z „ludzką twarzą”, bo takie wtedy były czasy i tacy artyści, którzy też jakoś musieli przeżyć. Ale żeby dzisiaj, jedynie słuszna, przewodnia siła narodu sponsorowała Madonnę?! Umieram z ciekawości – za co???

Jak pokazały wyżej przytoczone przykłady, nie jesteśmy wcale tacy biedni, w każdym razie nie tak bardzo biedni, jak chce nam to wmówić rządząca formacja. A dlaczego tak zależy politykom, żebyśmy myśleli, że jesteśmy bardzo biedni? Bo uważają oni budżet kraju za swój łup wyborczy, a państwowa bieda jest bardzo wygodnym pretekstem do istnienia znacznych niedoborów w wielu resortach – oświacie, kulturze, wojsku i policji, czy ochronie zdrowia. Z kolei owe, tak bardzo usprawiedliwione braki, pozwalają uzyskiwać pewnym ludziom nieograniczone wręcz dochody, bo czy braknie trochę czy, powiedzmy, ...trochę więcej, nie ma w tym układzie żadnego znaczenia. W razie potrzeby ogłosi się kolejną „dziurę Bautza” lub „niedoszacowanie” Rostowskiego i podniesie podatki, ale oczywiście w taki sposób, żeby „chronić” najbiedniejszych. Po czym, za dobrą pracę, „właściwi” ludzie otrzymają na pewno dobrą zapłatę, bo przecież „się należy”! Wystarczy również dla tzw. „znajomych królika”.

Ostatnie wydarzenia z aferą korupcyjną w kilku ministerstwach i GUS dobitnie pokazują, na jakich zasadach działa nasza „demokracja”. Dlatego też obawiam się, że nasze działania prawne, w „ramach istniejących struktur” mogą okazać się dalece niewystarczające i pogłębić tylko uczucie frustracji. Ale musimy wziąć sprawy w swoje ręce, bo ten „system” sam się nie naprawi! W Częstochowie i Nowym Targu już to zrozumieli!

Zdzisław SZRAMIK
Przewodniczący OZZL na Podkarpaciu
(przedruk z Biuletynu OIL w Rzeszowie nr 5/13)

SOCJOLOGIA MEDYCyny – DYSCYPLINA WAŻNA DLA LEKARZY – CZ. I

Współczesna medycyna utożsamiana jest powszechnie ze specjalistyczną wiedzą i olbrzymimi możliwościami technicznymi. U podstaw tego wyobrażenia kształtuje się przekonanie, iż medycyna jest wyłącznie nauką ścisłą, w której brak miejsca na wątki społeczne, osobowościowe, psychologiczne. Jednak lekarz pełni określone role społeczne.

Tytułowa dyscyplina należy do jednej z dziedzin socjologii i zajmuje się badaniem społecznych aspektów zdrowia, choroby i opieki zdrowotnej w wymiarze zarówno naukowym, jak i praktycznym. Jest bliska pracy lekarzy, ponieważ zwraca uwagę na społeczne uwa-

runkowania współpracy z pacjentem i jego otoczeniem, czyniąc zachowania lekarzy bardziej efektywnymi i empatycznymi.

Początki socjologii medycyny

Jako odrębna dyscyplina, socjologia medycyny wyodrębniła się z socjologii ogólnej w Stanach Zjednoczonych, które uznać można za kolebkę tej dziedziny. Istnieje jednak problem z podaniem jej prekursorów. Wynika to z faktu, iż socjologia medycyny jest, jak to określiła znana polska badaczka tego tematu, profesor *Magdalena Sokołowska*, „hybrydą intelektualną”. Tak

więc „ojcowie” socjologii medycyny to głównie socjologowie, którzy podejmowali w swoich rozważaniach tematy i problemy o charakterze medycznym, odnosząc je do problematyki społecznej. Należeli do nich przykładowo **Florian Znaniecki**, **Talcott Parsons**, **Robert Merton** czy **Eliot Friedson**. Każdy z nich wniósł swój wkład w rozwój socjologii medycyny. Znaniecki kładł nacisk głównie na zagadnienie norm społecznych, które odnosił do zdrowego organizmu. Parsons, autor książki „*The Social System*” (1951), traktował medycynę jako instytucję kontroli społecznej, a lekarza jako czynnik kontroli w sposobie sankcjonowania społecznej roli pacjenta. Merton natomiast opisywał proces socjalizacji do zawodów medycznych oraz podejmowanych w ich ramach ról. Dzięki niemu zostały stworzone podwaliny socjologii edukacji medycznej. Ostatni z wymienionych, Friedson, zajmował się problematyką choroby pojmowanej w kategoriach dewiacji i umieszczanej w ramach teorii etykietowania, mających swoje zastosowanie zwłaszcza w przypadku chorób przewlekłych i trwałego kalectwa.

Socjologia medycyny i socjologia w medycynie

W polu głównych zainteresowań socjologii medycyny „nie leży”, rzecz jasna, badanie stricte medycznych aspektów zjawisk, gdyż ta dyscyplina należy do kręgu nauk społecznych, niemedycznych. Jednak wyniki badań prowadzonych na gruncie socjologii medycyny mają ogromny wpływ na samą medycynę – jakość pracy lekarzy, umiejętność zrozumienia pacjentów, komfort chorych, wzajemne zrozumienie, tak przecież ważne w procesie diagnozy i leczenia.

Podjmując zagadnienie socjologii medycyny, należy ją początkowo rozdzielić od socjologii w medycynie, która stawia sobie odmienne cele, jednak ten dualizm jest cechą specyficzną omawianych dyscyplin i stanowi często przyczynę zachowawczej postawy w podejmowaniu tegoż tematu przez badaczy i naukowców. Socjologia medycyny jest nauką umieszczaną na pograniczu socjologii i medycyny, ponieważ z jednej strony właściwa jest jej orientacja na badanie instytucji społecznych, a z drugiej, medycyna na gruncie społecznym utożsamiana jest z wiedzą nieco tajemną, obcą, zakorzenioną w biologii i chemii, od których socjologia stroni.

Podział na socjologię medycyny i socjologię w medycynie wprowadził Robert Strauss – ta pierwsza ma zajmować się głównie charakterystyką medycyny w aspekcie instytucji, druga winna opisywać społeczne przyczyny i uwarunkowania powstawania i rozwoju chorób. Można więc powiedzieć, iż socjologia medycyny pozostawała na długo jako część zainteresowań wyłącznie socjologicznych, zaś socjologia w medycynie stanowiła multidyscyplinarny ogląd wielu nauk, w tym i socjologii. Pierwsza jest o medycynie, druga – dla medycyny.

Rzecz jasna, można śmiało podać argument, iż inne dyscypliny analogicznie różnicuje się w ten sam sposób (na przykład socjologię rodziny, socjologię polityki czy religii) jednak warto podkreślić, iż medycyna jest dziedziną szczególną, specyficzną – ma ogromne zapotrzebowanie na socjologię, a jednocześnie jest jej bardzo obca. Innym argumentem może być fakt, iż żadna inna instytucja społeczna nie dysponuje tak poważnym celem swojej działalności, jakim jest życie i zdrowie ludzkie.

Multidyscyplinarnie

Ogromny rozwój w kierunku socjologii medycyny miał miejsce zwłaszcza po okresie krytyki, z jaką medycyna spotkała się w latach 30. XX wieku. Wysuwano wówczas postulaty o nieprzystosowaniu medycyny do warunków i potrzeb zdrowotnych ludzi. Krytykowano sposób, w jaki nauka ta podchodzi do problemu chorób – leczy je, ale im nie zapobiega. Negatywnie odnoszono się także wobec zorganizowania praktyki lekarskiej w taki sposób, iż jedynym miejscem kontaktu lekarza z pacjentem jest szpital, który niejako wyłącza chorego z jego naturalnego, życiowego środowiska, co może prowadzić do zaburzonego oglądu własnego organizmu i poczucia zdrowotnego. Poglądy te uległy zmianie w latach 60., kiedy to do nauki zostało wprowadzone pojęcie społecznego modelu choroby, które kładło szczególny nacisk na osobowość chorego, warunki jego egzystencji, pozycję w ramach szerszych struktur społecznych oraz środowisko rodzinne, słowem – kontekst społeczny. Jednak model ten nie obejmuje całokształtu procesu choroby, zwłaszcza subiektywnego jej doświadczania przez osobę pacjenta, która jest sprawą nader indywidualną i zależną kontekstowo.

Socjologia medycyny ściśle wiąże się z innymi dyscyplinami socjologii. Należą do nich przede wszystkim socjologia kliniczna, socjologia ciała, zdrowia, lecznictwa niemedycznego, choroby, niepełnosprawności, ale także szereg dziedzin pokrewnych, takich jak chociażby psychologia zdrowia czy antropologia zdrowia. Z omawianą dziedziną związane są także dyscypliny medyczne, na przykład medycyna środowiskowa, które łączy fakt zwrócenia się bardziej w stronę populacji niż jednostek.

Umiejętne wykorzystanie wiedzy z zakresu wymienionych dyscyplin może przyczynić się do uzyskania lepszych wyników leczenia, zarówno od strony pacjenta i procesu dochodzenia do zdrowia, jak i samego lekarza – koordynatora i pomocnika. Te wymierne korzyści związane są oczywiście ze stroną psychologiczną, nie stricte fizyczną, jednak pewne jest, że nastawienie wewnętrzne odgrywa ogromną rolę w wychodzeniu z choroby.

Joanna WÓJCIK

(przedruk z „Pro Medico” nr 11/13)

NOWY MODEL PACJENTA

Proces leczenia to skomplikowane i wielowątkowe zagadnienie, gdzie jakość i skuteczność zależą od lekarza, technologii leczenia (leków), rozwiązań w systemie ochrony zdrowia oraz poziomu finansowania. Ale to nie wszystko. Kluczową rolę odgrywa tutaj sam pacjent, jego zaangażowanie, zrozumienie celów terapii, a także aktywna współpraca z pracownikami ochrony zdrowia.

Jeżeli powrót chorego do zdrowia pozostaje tylko i wyłącznie celem lekarza, niewiele można osiągnąć – to konkluzja ekspertów, którzy uczestniczyli w konferencji „Aktywne zaangażowanie pacjenta w ochronie zdrowia”, zorganizowanej przez Europejskie Forum Pacjentów wspólnie z EFNA – Europejską Federacją Towarzystw Neurologicznych (23 maja br., Dublin).

– *Cokolwiek robimy, musi być nakierowane na pacjenta. Należy spojrzeć na opiekę zdrowotną i politykę ochrony zdrowia właśnie z tego punktu widzenia i dokonać przeglądu dotychczasowych metod działania* – podkreślił Tonio Borg, Komisarz EU ds. Zdrowia. – *Nie da się ukryć, że powinniśmy szczególnie dziś szyc ubrania z materiału, który mamy. Innymi słowy – konstruować system ochrony zdrowia w ramach środków, zwłaszcza finansowych, którymi dysponujemy* – dodał komisarz.

Prelegenci zgodnie podkreślali, że wobec nasilających się zjawisk chorób cywilizacyjnych, należy pilnie przedsięwziąć kroki mające na celu wzmocnienie mechanizmów profilaktyki. Wśród priorytetów powinno znaleźć się rozwijanie inicjatyw, dzięki którym możemy zapobiegać chorobom przewlekłym, w tym inwestycje w promocję zdrowego odżywiania, działania na rzecz minimalizacji spożycia alkoholu i palenia papierosów. Tak samo ważne są badania nad nowymi, innowacyjnymi lekami, co zresztą znajduje wyraz w nowej dyrektywie UE w sprawie wyrobów medycznych. Jej celem jest z jednej strony ochrona pacjenta, z drugiej – unikanie rozwiązań wzmacniających przemysł farmaceutyczny, który ma się całkiem dobrze i nie trzeba go specjalnie chronić. Podwyższanie standardów leczenia nie jest możliwe bez badań klinicznych. Ich ogólna liczba w krajach Unii Europejskiej zmalała o 25% w ostatnich 5 latach. Komisja Europejska chce kłaść większy nacisk na tworzenie uwarunkowań pozwalających dynamicznie rozwijać nowe technologie leczenia, co w swoim wystąpieniu zaznaczył Tonio Borg.

W dyskusji na temat zaangażowania pacjenta – zwłaszcza w roku bieżącym – nie można pominąć kwestii transgranicznej opieki zdrowotnej. Z wystąpienia Komisarza UE płynął oczywisty wniosek: Komisja Europejska (KE) nie podziela obaw krajów członkow-

skich związanych z emigracją medyczną pacjentów po wejściu w życie nowej dyrektywy UE (przypomnijmy, że Polska była jednym z krajów blokujących jej przyjęcie). Pacjenci będą nadal preferowali usługi medyczne w kraju ojczystym, gdyż leczenie za granicą wiązać się będzie zawsze z wysiłkiem podróży do innego państwa, czyli dodatkowym nakładem czasu i pieniędzy. Wyjątkiem może być wzmożony przepływ pacjentów na obszarach przygranicznych. KE zdaje sobie sprawę z tego, że w niektórych krajach członkowskich płatnik może zwlekać ze zwrotem kosztów leczenia albo będzie wydawał odmowy refundacyjne. Pojawia się zatem zagrożenie, że wchodząca w życie w październiku bieżącego roku dyrektywa UE może być w niektórych punktach nieprzestrzegana, a prawa pacjentów – łamane. Na takie sytuacje powinni natychmiast reagować sami poszkodowani, zgłaszając przypadki naruszeń prawa do np. organizacji działających na szczeblach krajowych (red.: w Polsce taką organizacją jest Federacja Pacjentów Polskich).

Inicjatywa pacjenta na rynku ochrony zdrowia ma też aspekt organizacyjny. Przykład: rzadkie przypadki chorób nigdy nie będą ważne dla płatnika albo organizatorów systemu, dopóki pacjenci ich takimi nie uczynią i nie będą wywierać nacisku na badania i rozwój nowych metod leczenia oraz wprowadzenie innowacyjnych leków do systemu refundacji. Znamy dobrze przypadki, kiedy nagłośnień ograniczonego dostępu do leków oraz protesty potrafiły zmieniać decyzje Ministerstwa Zdrowia lub NFZ. W tym przypadku cel uświęca środki.

Podczas konferencji „Aktywne zaangażowanie pacjenta w ochronie zdrowia” wielokrotnie podkreślano rolę stowarzyszeń, które mają możliwość wpływania na decyzje kreatorów polityki zdrowotnej. Europejska Federacja Pacjentów zrzesza organizacje narodowe, reprezentując swoje stanowisko i punkt widzenia nie tylko w krajach członkowskich, ale również tam, gdzie tworzone jest prawo europejskie. Dzisiejszy pacjent jest często pacjentem zagubionym w labiryncie procedur, ograniczeń, biurokracji systemu. Zdarza się, że największym problemem okazuje się brak dostępu do bazowych informacji na temat możliwości leczenia czy wspomagania terapii na poziomie indywidualnym (życie z chorobą, profilaktyka, wsparcie ze strony grup pacjentów). Efektem jest poszukiwanie tego typu danych w Internecie, gdzie znajduje się wiele niewiarygodnych porad czy wskazówek, a także informacji mających silne podłoże komercyjne (np. podpowiedzi sugerujące kupno danego leku). Społeczny aspekt leczenia i egzystowania pacjenta powinny uwzględnić ministerstwa zdrowia, opracowując spójny sys-

tem procedur i rozwiązań (dobrym przykładem może być Dania, gdzie w ramach e-konta zdrowia pacjent otrzymuje dostęp nie tylko do informacji stricte medycznych, ale również porad z zakresu profilaktyki, zdrowego trybu życia i list grup wsparcia).

Zupełnie odrębnym, bardzo szerokim tematem jest zaangażowanie dzieci i młodzieży w ochronę zdrowia – zagadnienie, które niestety redukowane jest najczęściej do skąpej edukacji. W większości krajów Unii Europejskiej nie zostały opracowane strategie promocji zdrowia czy zdrowia publicznego, nakierowane na osoby młode, u których dopiero co kształtują się nawyki i przyzwyczajenia w zakresie zdrowego stylu życia. Skutkiem zaniedbań jest wychowywanie kolejnych pokoleń w kulturze pseudozdrowia, prowadzącej prosto w objęcia chorób cywilizacyjnych.

Eksperti podkreślili, że nadszedł czas na redefinicję procesu leczenia i postawienie w centrum pacjenta – rozumiejącego cele terapii, otwartego na współpracę z lekarzem, wyedukowanego zdrowotnie. Choroba nie jest „problemem lekarza”, to od pacjenta zależy bardzo wiele, czasami znacznie więcej niż od lekarza (zwłaszcza tam, gdzie zmiana trybu życia jest czynnikiem decydującym o powodzeniu terapii). Obowiązki i prawa

leżą symetrycznie po obydwu stronach skomplikowanej interakcji, jaka powstaje na linii chory – lekarz. Gdy pacjent zostaje włączony w leczenie, powstaje zaangażowanie i relacja, w której chory staje się po części lekarzem dla samego siebie. Nie mniejsze wyzwanie stoi przed pracownikami ochrony zdrowia – potrzeba przeformułowania podejścia i standardów komunikacji z pacjentem. W podsumowaniu spotkania europejskich organizacji pacjentów przypomniano po raz kolejny, że jakość leczenia i ochrony zdrowia leży często w rękach pacjenta, który powinien być świadomy swoich praw, ale i obowiązków. I co najważniejsze – powinien domagać się respektowania tych praw.

Artur OLESCH

Europejskie Forum Pacjentów (European Patients Forum – EPF) jest organizacją zrzeszającą narodowe stowarzyszenia i grupy pacjentów, aby wspólnie pracować i lobbować na rzecz lepszych rozwiązań w zakresie zdrowia publicznego, inicjować i opiniować programy ochrony zdrowia, a także bronić praw chorych. EPF zwraca szczególną uwagę na prawa i jakość leczenia pacjentów z chorobami przewlekłymi oraz równy i szeroki dostęp do nowoczesnych technologii leczenia. Polskim członkiem EPF jest Federacja Pacjentów Polskich.

(przedruk z czasopisma „OSOZ” nr 7/13)

DROGA DO NIEBA

Pewnego dnia zebrali się ludzie wokół mędrca, który przepięknie przemawiał. Słuchali oni chciwie każdego jego słowa. Często na ich twarzach pojawiał się uśmiech lub łzy. Mędrzec pod koniec wypowiedział słowa: „*Niebo samo nie spadnie, trzeba je osiągnąć, bo to jest nasza prawdziwa ojczyzna*”. I odszedł. Ludzie stali tak jeszcze chwilę, po czym powoli zaczęli się rozchodzić do swoich zajęć, które całkowicie ich pochłonęły.

Tylko jeden człowiek zachował głęboko w pamięci słowa, że trzeba „*zdobyć niebo*”. I od tej pory całymi dniami leżał na trawie przed swoim domem, wpatrując się w niebo...

Aż w końcu przyszła mu do głowy myśl: „*Aby dościsnąć nieba, potrzebna jest mi drabina!*” Codziennie chodził do odległego o kilka kilometrów lasu po drewno, żeby zrobić drabinę. Pewnego razu spostrzegł dwójkę małych dzieci, które podbierały mu drewno. Bardzo się zdenerwował i postanowił zaprowadzić dzieci do rodziców, by je ukarali. Stał przed bardzo ubogą chatką – jego dom w porównaniu był prawdziwym pałacem – przyjrzał się dzieciom, miały one brudne i podarte ubranka. Zrobiło mu się przykro, że żyją w takich warunkach. Nie czekając na rodziców, szybko wrócił do siebie. Przez cały czas miał przed oczyma napotkane ubogie dzieci. Pomyślał, że takich rodzin jest zapewne więcej, posta-

nowił więc każdego wieczoru zanosić choć trochę drewna, aby miała czym się ogrzać.

Wiedział i tak, iż nie ueziera nigdy aż tyle drewna, by zbudować drabinę sięgającą nieba, a jeśli nawet, to i tak nie zdoła jej podnieść. Znowu zaczął rozmyślać o niebie. Czuł w swym sercu jakąś tęsknotę za nim.

Człowiek ten bardzo dobrze umiał się wspinać po sznurku, więc wymyślił, że uplecie bardzo długą linę, dzięki której będzie mógł dotrzeć aż do nieba. Kiedy wydawało mu się, że ma już wystarczającą jej długość, wyruszył na poszukiwanie odpowiedniego miejsca. Idąc tak, zobaczył lamentującą staruszkę. Kobieta ta już od kilku dni nie mogła zaczerpnąć wody ze swej studni, ponieważ sznurek był urwany. Człowiek stanął zasmucony, popatrzył na swe ręce, w których trzymał sznurek i spojrzał na niebo. Uświadomił sobie, że przecież nigdy tak wysoko go nie dorzuci, aby po nim mógł się wspiąć. Ofiarował więc staruszce swój sznurek. W zamian otrzymał orzeźwiająca wodę z jej studni oraz uśmiech, który był tak piękny, że wystarczył za wszystko inne.

Powróciwszy do siebie, położył się na trawie i wpa-trywał się w niebo, rozmyślając o tym, iż mędrzec skłamał, bo tak naprawdę nikt nie zdoła go osiągnąć. I tak zrozpaczony zasnął. Śniło mu się, że chodzi po zielonej polanie, pośrodku której stała drabina sięgająca nieba.

Była ona dziwna, gdyż szczebelków było na niej niewiele. Dostrzegł, że na jednym z nich odbija się uboga rodzina, której nosił drewno, na innym uśmiechnięta staruszka, i tak każdy szczebelek odzwierciedlał czyn miłości. Podniósł głowę wysoko i ujrzał oślepiającą jasność. Jej promienie dotarły aż do głębi jego serca, wypełniając je światłem miłości.

Ten sen pomógł mu zrozumieć, że aby osiągnąć niebo, trzeba piąć się w górę dzięki naszym dobrym uczyn-

kom, tworząc drabinę miłości, prowadzącą do wiecznego szczęścia.

Potrzeba nam rozbudzać w sobie tęsknotę za niebem, wiedząc jednocześnie, że zdobywa się go nie przez samą tylko tęsknotę, ale poprzez czyny dobre, które pełniimy dla osób, które znamy i dla tych, których nie znamy.

Prof. dr hab. Zdzisław J. KIJAS
OFMConv

(przedruk z „Doktora” nr 4/13)

MEDYCYNA PO DYPLOMIE

OSTEOPOROZA – PROBLEM SPOŁECZNY

Osteoporoza jest układową chorobą szkieletu, która charakteryzuje się niską masą kostną i uszkodzeniem mikroarchitektury tkanki kostnej, co w następstwie prowadzi do podwyższonego ryzyka złamań, nawet w wyniku niewielkich urazów.

U kobiet w okresie przekwitania oraz 6-8 lat po menopauzie, wskutek niedoboru estrogenów (hormon produkowany przez jajniki) w organizmie, dochodzi do znacznego przyspieszenia obrotu kostnego. Proces ten może spowodować ubytek kości gąbczastej kręgów osiagający nawet 5-10% w ciągu roku. Tak nasilona utrata kości grozi pełnoobjawową osteoporozą ze wszystkimi jej konsekwencjami: bólami pleców, deformacją kręgosłupa, zmianą sylwetki, zaburzeniami czynnościowymi układu ruchu, oddechowego, przewodu pokarmowego oraz najbardziej niebezpiecznymi: patologicznymi złamaniami kręgosłupa, nadgarstka i szyjki kości udowej.

W ostatnich latach obserwuje się znaczne wydłużenie życia ludzkiego, co spowodowało konieczność zajęcia się wieloma schorzeniami występującymi u ludzi starszych, z których najczęściej występująca jest osteoporoza, która stanowi coraz większy problem zdrowotny i społeczny. Według przeprowadzonych badań w USA, Japonii i Europie Zachodniej schorzeniem tym dotkniętych jest około 75 milionów ludzi. W Polsce ponad 25% populacji powyżej 50 roku życia zagrożone jest złamaniami osteoporotycznymi.

Do osteoporozy predysponują czynniki powodujące osiągnięcie niskiej szczytowej masy kostnej oraz przyspieszona, nadmierna jej utrata. Spadek gęstości kości rozpoczyna się już po 39 roku życia, a utrata gęstości kości ulega u kobiet znacznemu przyspieszeniu po menopauzie.

U mężczyzn gęstość kości zmniejsza się wolniej, bo w ilości 3-5% w ciągu 10 lat. Są jednak osoby z tzw. dużym ryzykiem osteoporozy, u których utrata gęstości kości przekracza 3% rocznie (25-30% kobiet).

W rozwoju masy kostnej wyróżnia się 3 okresy:

- a) *wzrostu* – do 18 roku życia, w którym w pierwszych 7 latach życia przebywa dziennie 100 mg wapnia w kościach, a w czasie pokwitania aż do 350 mg,
- b) *konsolidacji* – pomiędzy 20-40 rokiem życia, kiedy dobowy przyrost wynosi około 15 mg wapnia; mężczyźni w tym samym czasie mają, w porównaniu z kobietami, wyższą gęstość tkanki kostnej aż o 30-50%
- c) *inwolucji* – zachodzący po 45 roku życia.

Osteoporoza dzieli się na: miejscową i uogólnioną, która obejmuje trzy zasadnicze typy:

1. *pomenopauzalna*, związana z „wypadnięciem” czynności hormonalnej jajników; cechuje się złamaniami kompensacyjnymi kręgów i kości przedramienia,
2. *starcza* – jest wynikiem zmniejszonej aktywności osteoblastów (komórek kostnych); występuje po 65-70 roku życia, bez wyraźnej predylekcji do płci i związana jest z wtórną nadczynnością przytarczyc, w związku z upośledzonym wchłanianiem wapnia przez jelita ludzi starszych,
3. *wtórna* – związana jest ze ściśle określonymi chorobami (endokrynologiczne, przewodu pokarmowego, układu moczowego, krwiotwórczego lub stosowaniem wielu leków).

Osteoporoza pomenopauzalna i starcza stanowi 80% przypadków tej choroby, 20% zaś przypada na osteoporozę wtórną.

Początkowo osteoporoza przebiega bezobjawowo („cichy złodziej”), a pierwszym objawem jest ból i objawy złamań, których wystąpienie jest wyrazem bardzo zaawansowanej już choroby. Tak więc istotne znaczenie posiada wczesne rozpoznanie osteoporozy, umożliwiające wdrożenie odpowiedniego leczenia zapobiegającego złamaniom i związanym z tym powikłaniom.

W ostatnich latach nastąpił znaczny rozwój metod służących do diagnostyki osteoporozy oraz do oceny ryzyka złamań. Dotychczas najszerzej dostępne były zdjęcia radiologiczne, pozwalające dopiero przy znacznym zaawansowaniu zmian na stwierdzenie typowego obrazu osteoporozy. Dlatego też badania radiologiczne nie mają obecnie decydującej roli w rozpoznawaniu osteoporozy i powinny służyć jedynie jako badania pomocnicze. Obecnie podstawą rozpoznawania tej choroby stanowią nieinwazyjne metody ilościowe, a ocena gęstości mineralnej kości, czyli badanie densytometryczne oparte jest na kilku podstawowych technikach pomiarów.

Osteoporozę rozpoznaje się na podstawie badania gęstości kości w odcinku kręgow 3 i 4 lędźwiowych oraz szyjki kości udowej, a wynik badania wyrażony jest w g/cm^2 .

Duże nadzieje budzi ultrasonografia kości piętowej. Metoda ta cechuje się niskim kosztem i brakiem napromieniowania, jednakże jej znaczenie praktyczne wymaga dalszych wielu badań. Badanie densytometryczne powinno się wykonywać w celu: badań profilaktycznych u osób bez objawów klinicznych, szczególnie u kobiet w okresie menopauzy, a także u mężczyzn po 60 roku życia, rozpoznawania osteoporozy u osób z objawami klinicznymi, wykrywania niskiej masy kostnej u osób z objawami klinicznymi, wykrywania niskiej masy kostnej u osób predysponowanych do jej utraty (na przykład leczonych przewlekłe sterydami) oraz monitorowania skuteczności prowadzonego leczenia.

Warunkiem wczesnego rozpoznania osteoporozy jest nie tylko dostępność najnowszych technik, ale również problematyki tej choroby wśród ogółu lekarzy. Ważna jest również popularyzacja problemów związanych z występowaniem osteoporozy w społeczeństwie, z czym nie zawsze delikatnie mówiąc jest dobrze w naszym kraju. Profilaktyka, leczenie i rozpoznawanie osteoporozy stanowią problem wielodyscyplinarny. Podstawę leczenia osteoporozy pomenopauzalnej stanowi leczenie hormonalne. Zastępcza terapia estrogenowo-progesteronowa kobiet po menopauzie uznana została za optymalny sposób leczenia i profilaktyki osteoporozy. Droga podania tych leków wydaje się być obojętna (iniekcje, tabletki, naskórna) i powinna być zaakceptowana przez leczoną kobietę. Wskazaniami do leczenia hormonalnego są: mała masa kostna w momencie przekwitania i wystąpienie choroby wieńcowej przed zakończeniem miesiączkowania. Właściwe jest jednak stanowisko, aby leczenie hormonalne rozpoczynać wcześniej, a przynajmniej w okresie przedmenopauzalnym. Wskazania do jej stosowania są również cykle bezowulacyjne po 35 roku życia oraz wszelkie objawy zespołu klimakterycznego (operacyjne usunięcie narządów rodnych u młodych kobiet, po przebytym leczeniu niepłodności, po krwotokach położniczych, stanach zapalnych gruczołów sutkowych itp.).

Na pytanie, jak długo należy stosować terapię hormonalną, aby osiągnąć maksymalną ochronę układu kostnego, obecna nauka twierdzi, iż do końca życia. Dyskusyjne jest natomiast rozpoczynanie kuracji po 65 roku życia. Pokutujące wśród polskich kobiet, niczym nie wytłumaczone twierdzenie o szkodliwości hormonów, winna być w jak najszybszym czasie, drogą doprowadzenia do ich świadomości obiektywnej prawdy, zlikwidowane.

Kolejnym lekiem stosowanym w leczeniu osteoporozy jest kalcytonina, która równie skutecznie zapobiega zmniejszaniu się masy kostnej i winna być stosowana szczególnie u tych kobiet, u których leczenie estrogenami jest przeciwwskazane. Kalcytoninę można łączyć z terapią hormonalną, a korzystne efekty jej stosowania osiągane są przy niewielkim ryzyku. W sumie kalcytonina, estrogeny i wapń znacznie zmniejszają zagrożenie złamania kości udowej. Istnieje szereg kontrowersji odnośnie skuteczności witaminy D_3 w profilaktyce i leczeniu osteoporozy. Stosując się do obecnie panujących tendencji należy podawać witaminę D_3 i jej pochodne w małych dawkach zapobiegających jej niedoborom, to jest od 400 do 800 jedn. na dobę. Są one zupełnie bezpieczne, a jednocześnie pobudzają absorpcję jelitową wapnia i zmniejszają przebudowę kości.

Zapobieganie chorobie ma decydujące znaczenie w jej zwalczaniu. Profilaktyka powinna być prowadzona na każdym etapie życia. Osteoporoza jest chorobą, której korzenie tkwią w okresie dzieciństwa. Kompleksowe wdrożenie zasad zapobiegania pozwala na uzyskanie możliwości wysokiej masy kostnej.

W profilaktyce osteoporozy bardzo istotną rolę odgrywa podaż związków wapnia. Ma to szczególne znaczenie głównie w dwóch okresach: w pierwszym roku życia oraz w wieku dojrzewania.

Średnia polska dieta zawiera 200-500 mg wapnia dziennie, a więc jest dietą niedoborową. Źródłem wapnia w naszej diecie są: w 72% mleko i jego przetwory, w 10% owoce i warzywa, w 9% mięso, w 4% zboża i w 5% inne przetwory.

Do postępowania prewencyjnego w osteoporozie należy również pobudzanie skórnej syntezy witaminy D poprzez optymalną ekspozycję na promienie słoneczne. Zależność między wapniem a witaminą D jest podobna do zamkniętych drzwi i klucza. Witamina D odgrywa rolę klucza, który otwiera drzwi pozwalające wapniowi opuścić jelito i wejść do krwi.

Duże znaczenie w zapobieganiu osteoporozie ma dostatecznie wczesna korelacja zaburzeń miesiączkowania, szczególnie u dorastających dziewcząt. Wtórny brak miesiączki trwający do 6 miesięcy powoduje odwracalny spadek gęstości tkanki kostnej. Szczególnie niebezpieczny jest wtórny brak miesiączki występujący w przebiegu jadłowstrętu psychicznego, gdyż na hipoestrogenizm nakłada się dodatkowo ograniczenie dietetyczne.

Niezmierznie ważnym elementem profilaktyki jest aktywność fizyczna. Do czasu osiągnięcia szczytowej masy kostnej nie ma w zasadzie ćwiczeń przeciwwskazanych, przy czym istotna jest ich regularność. Podobnie u ludzi starszych zaprzestanie uprawiania sportów niweluje wcześniejsze efekty.

Najkorzystniejszy wpływ ćwiczeń fizycznych można uzyskać, wiążąc je z równoczesną podażą wapnia. Osiągnięcie najwyższej szczytowej masy kostnej jest pochodną współdziałania potencjału genetycznego (odgrywa bardzo ważną rolę w powstawaniu choroby), aktywności fizycznej, właściwej diety i prawidłowej funkcji hormonalnej w dorastającym organizmie ludzkim.

Wiek osiągania szczytowej masy kostnej określa się od 20 do 40 roku życia. W tym czasie należy kontynuować profilaktykę, biorąc pod uwagę wyżej wymienione aspekty, nie zapominając również o negatywnym wpływie używek (palenie, alkohol, narkotyki), a w zapobieganiu osteoporozie wtórnej stosować terapię hormonalną, przy niedoborze hormonalnym zarówno u kobiet, jak i u mężczyzn.

Prof. dr hab. med. Bohdan TRZECIAK

Kołobrzeg

(przedruk z biuletynu Okręgowej Izby Lekarskiej w Koszalinie nr 6/13)

METEOROPATIA

Meteoropatia to wrażliwość organizmu na niekorzystne warunki pogodowe, powodujące patologiczne reakcje w sferze somatycznej i psychicznej. Zdolność przewidywania zmian pogody wykształciła się u człowieka na drodze ewolucji, jako sposób przystosowania organizmu do życia w zmiennym klimacie. O związkach między zmianami pogody, a samopoczuciem pisał już dwa tysiące lat temu Hipokrates. W średniowieczu próbowano także tłumaczyć powiązania choroby z pogodą. Mówiono wówczas o „morowym powietrzu”, z którym łączono kolejne epidemie dżumy, cholery czy czarnej ospy. Wówczas nie znano drobnoustrojów i w czasie tych epidemii ludzie przemieszczali się do miejsc, gdzie jeszcze choroba nie dotarła. Ten sposób myślenia zmienił się gdy medycyna poznała drobnoustroje. Powoli odkrywano, że rzeczywiście istnieje powiązanie pomiędzy warunkami meteorologicznymi, a złym samopoczuciem. Jednak współczesne badania nad zależnością pomiędzy klimatem, a stanami psychofizycznymi u ludzi podjęli dopiero w XIX w. Alexander von Humboldt, niemiecki przyrodnik – jako pierwszy sformułował definicję bioklimatu, określając go jako „zeszół czynników atmosferycznych, które działają pobudzająco na receptory zmysłowe człowieka”. To dzięki niemu, w prognozach pogody wymieniany jest biomed.

Występują dwa rodzaje meteopatii, powodujące różne objawy:

- psychiczne – pogorszenie nastroju, brak energii, drażliwość, niechęć do działania, uczucie ogólnego rozbicia, apatia,
- fizyczne – senność, uczucie zmęczenia, brak koncentracji, częsty ucisk za mostkiem, bóle mięśni, stawów oraz głowy (bóle głowy są skutkiem nie tylko zmian ciśnienia, co zmniejszenia zawartości tlenu w organizmie)

Meteoropatia nie jest chorobą, lecz dolegliwością, na którą ma wpływ wiele czynników. To na przykład:

predyspozycja genetyczna, brak aktywności fizycznej i starzenie się organizmu.

Są osoby bardzo wrażliwe, które odczuwają zbliżanie się frontu atmosferycznego nawet na 48 godzin przed jego nadejściem. To tzw. „łamanie kości”. Wy tłumaczyła to współczesna fizyka. Zbliżający się front atmosferyczny – głównie niż i deszcz – poprzedza fala elektromagnetyczna, która przemieszcza się z prędkością 300 km/h. I dociera szybciej niż zmiana pogody.

Udowodniono, że zmieniające się nagle warunki atmosferyczne mogą zaostrzyć objawy niektórych przewlekłych chorób. Chodzi o schorzenia układu kostnowąstwowego, choroby wrzodowej żołądka i dwunastnicy, nadciśnienia tętniczego, a nawet choroby wieńcowej. Wiadomo także, że gwałtowne wahania temperatury i zmiany ciśnienia atmosferycznego powodują ostry stres, niekorzystny dla organizmu. W czasie odbytego w bieżącym roku (2013 – przyp. Red.) Europejskiego Kongresu Kardiologicznego w Amsterdamie, lekarze belgijscy przedstawili prace o niekorzystnej właśnie dla układu krążenia nagłej zmiany temperatury, z cieplej na zimną. Zwiększa się wtedy ryzyko zawału serca. Naukowcy uważają, że przy chłodnej aurze następuje stymulacja receptorów zimna, znajdujących się w skórze i pobudzenie układu współczulnego. Wtedy dochodzi do zagęszczenia elementów krwi przy jednoczesnym spadku objętości osocza, co sprzyja powstawaniu zakrzepów w naczyniach wieńcowych i może spowodować zawał serca.

W ostatnich latach ilość meteoropatów szybko rośnie. Ogółem 60% ludzi reaguje na zmianę pogody, a w starszym wieku nawet 73%. Ciekawe, że na wsi odsetek wrażliwych na zmianę pogody jest wyraźnie mniejszy. Uważa się, że wzrost ilości meteoropatów jest następstwem znaczących zmian warunków klimatycznych w naszym kraju, pojawiają się skrajne wahania pogody. Jest albo bardzo gorąco, albo bardzo zimno. Występują coraz częściej powodzie lub susze, huragany, a także trąby powietrzne.

Wpływem pogody na zdrowie człowieka zajmuje się naukowo biometeorologia, a media przekazują pogodę dla kierowców. W niektórych krajach Europy Zachodniej, np. w Niemczech czy Wielkiej Brytanii, nawet powstały już specjalne kliniki meteoropatii. Jedną z ciekawostek na temat meteoropatii jest informacja dotycząca Szwajcarii. Mieszkaniec, oskarżony za popełnianie wykroczenia podczas wichury, może liczyć na okoliczności łagodzące w czasie rozprawy sądowej.

Udowodniono, że organizm człowieka najlepiej funkcjonuje wiosną, kiedy ciśnienie i temperatura są stabilne, co wywołuje dobre samopoczucie i duży optymizm. Decydują głównie o tym, wytwarzane wtedy dwa neu-

rohormony. To serotonina, powodująca radosny nastrój oraz melatonina, która reguluje sen i odporność.

Pozostaje pytanie, jak sobie radzić z dolegliwościami meteoropatii. Ale na to, nie ma prawdziwej odpowiedzi. Przeprowadzone ostatnio badania ankietowe pokazały, że najczęściej ludzie w tej sytuacji piją kawę (47%), inni przyjmują różne leki bez recepty, stosują kąpiele, drzemkę, idą z wizytą do znajomych, jedzą czekoladę lub piją ziołową herbatę. Jednak najlepszym sposobem na poprawę samopoczucia jest aktywność fizyczna.

Włodzimierz JANISZEWSKI
specjalista epidemiolog
(przedruk z „Doktora” nr 4/13)

PRAWO NA CO DZIEŃ

CO I JAK POPRAWIAĆ W DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ?

Często spotykam się z pytaniem, czy możliwe jest dokonywanie zmian lub uzupełnień wpisów w dokumentacji medycznej, w zakresie nie dotyczącym zasadniczych informacji w niej zawartych, a w zakresie elementów formalnych wymaganych przepisami prawa (np. numeracja stron, pełny opis rozpoznania itp.).

Podczas audytu prowadzonego w jednym ze szpitali ujawniliśmy wadliwość dokumentacji medycznej, w zakresie m.in.: braku numeracji stron, braku wpisów pełnego rozpoznania (np. rozpoznanie było tylko oznaczone kodem ICD10 wg klasyfikacji, a nie było nazwy, albo kod był niepełny), braku autoryzacji osoby dokonującej wpisu, braku opisu zabiegu.

Dyrektor szpitala nakazał lekarzom uzupełnienie dokumentacji medycznych, lekarze odmówili wskazując, iż każda ingerencja będzie zmianą dokumentacji. Audytor stoi na stanowisku, iż korekta dokumentacji jest możliwa w sytuacji:

- kiedy lekarz dokonywał wpisu i sam uzupełnia go lub autoryzuje, gdy tej autoryzacji nie było,
- kiedy uzupełnienia mają związek z porządkowaniem dokumentacji (numeracja stron, uzupełnienie o dokumenty, tj. wyniki badań uzyskane podczas hospitalizacji – np. kopia z laboratorium),
- konieczności dopisania słownego określenia rozpoznania postawionego już wg kodu ICD10,
- uzupełnienia rozpoznania o kod ICD 10, gdy jest postawione rozpoznanie słownie a brakuje kodu,

- konieczności podpisania karty informacyjnej i części wypisowej historii choroby przez ordynatora.

Zatem w ocenie Audytora lekarz ma prawo uzupełnić dokumentację medyczną:

- jeśli uzupełnia dokumentację, którą sam prowadził – w zakresie formalnym i merytorycznym,
- jeśli uzupełnia dokumentację, której sam nie prowadził – w zakresie formalnym,
- jeśli jest ordynatorem i był nim podczas hospitalizacji pacjenta – w zakresie merytorycznym i formalnym.

Aby rozstrzygnąć przedstawione zagadnienie prawne należy odpowiedzieć na pytanie: kto ma prawo dokonywać wpisów w dokumentacji medycznej, w jakich okolicznościach oraz w jakim czasie należy dokonywać tych wpisów i w końcu – czy wpisy w dokumentacji medycznej można zmieniać lub uzupełniać.

Zasady prowadzenia dokumentacji medycznej określone zostały w przepisach rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. Nr 252, poz. 1697 ze zm.), które to rozporządzenie wydane zostało na podstawie art. 30 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (tekst jedn. Dz. U. z 2012 r., poz. 159).

Zgodnie z przepisem art. 23 ust. 1 cytowanej ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta pacjent ma prawo do dostępu do dokumentacji medycz-

nej dotyczącej jego stanu zdrowia oraz udzielonych mu świadczeń zdrowotnych.

Stosownie zaś do przepisu art. 25 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta dokumentacja medyczna zawiera co najmniej:

1. oznaczenie pacjenta, pozwalające na ustalenie jego tożsamości:
 - a) nazwisko i imię (imiona),
 - b) datę urodzenia,
 - c) oznaczenie płci,
 - d) adres miejsca zamieszkania,
 - e) numer PESEL, jeżeli został nadany, w przypadku noworodka – numer PESEL matki, a w przypadku osób, które nie mają nadanego numeru PESEL – rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość,
 - f) w przypadku, gdy pacjentem jest osoba małoletnia, całkowicie ubezwłasnowolniona lub niezdolna do świadomego wyrażenia zgody – nazwisko i imię (imiona) przedstawiciela ustawowego oraz adres jego miejsca zamieszkania;
2. oznaczenie podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych ze wskazaniem komórki organizacyjnej, w której udzielono świadczeń zdrowotnych;
3. opis stanu zdrowia pacjenta lub udzielonych mu świadczeń zdrowotnych;
4. datę sporządzenia.

Zasadą jest, iż wpisu w dokumentacji dokonuje się **niezwłocznie po udzieleniu świadczenia** zdrowotnego, w sposób czytelny i w porządku chronologicznym (§ 4 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania). Każdy wpis w dokumentacji opatruje się oznaczeniem osoby dokonującej wpisu, zawierającym:

1. nazwisko i imię,
2. tytuł zawodowy,
3. uzyskane specjalizacje,
4. numer prawa wykonywania zawodu – w przypadku lekarza, pielęgniarki i położnej,
5. podpis.

Wpisy winny być sporządzane zasadniczo w języku polskim, czytelnie, z zachowaniem chronologii, z jasnym wyróżnieniem ich początku i końca.

Strony w dokumentacji prowadzonej w postaci papierowej są numerowane i stanowią chronologicznie uporządkowaną całość. W przypadku sporządzania wydruku z dokumentacji prowadzonej w postaci elektronicznej, strony wydruku są numerowane (§ 5 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania).

Każdą stronę dokumentacji indywidualnej prowadzonej w postaci papierowej oznacza się co najmniej imieniem i nazwiskiem pacjenta. W przypadku sporządzania wydruku z dokumentacji indywidualnej prowadzonej w postaci elektronicznej, każdą stronę wydruku oznacza się co najmniej imieniem i nazwiskiem pacjenta.

Do dokumentacji indywidualnej wewnętrznej włącza się kopie przedstawionej przez pacjenta dokumentacji lub odnotowuje się zawarte w niej informacje istotne dla procesu diagnostycznego, leczniczego lub pielęgnacyjnego.

Dokument włączony do dokumentacji indywidualnej wewnętrznej **nie może być z niej usunięty** (§ 6 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania).

Zgodnie z § 7 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania nazwa i numer statystyczny rozpoznania choroby, problemu zdrowotnego lub urazu są wpisywane w dokumentacji według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych Rewizja Dziesiąta (ICD 10).

Jak wynika z cytowanych regulacji raz włączony do dokumentacji medycznej dokument nie może być z niej usunięty, pojawia się więc pytanie czy można usunąć lub zmienić wpis dokonany błędnie w dokumentacji? W tym zakresie ustawodawca wyrażnie wskazał, iż **wpis dokonany w dokumentacji nie może być z niej usunięty**, a jeżeli został dokonany błędnie, zamieszcza się przy nim adnotację o przyczynie błędu oraz datę i oznaczenie osoby dokonującej adnotacji (§ 4 ust. 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania).

Mając na względzie powyższe, podkreślić należy, iż nie może ulegać wątpliwości, że zapisy zwarte w dokumentacji medycznej nie mogą ulegać zmianom, jak też nie można z dokumentacji usuwać załączonych dokumentów.

Zdaniem opiniującego tak ustanowiony zakaz nie znajdzie jednak zastosowania w analizowanym przypadku. Jak wynika z przedstawionego stanu faktycznego, nie zachodzi tutaj bowiem problem usuwania lub zmieniania już dokonanych wpisów.

Po dokonaniu audytu Audytor wytknął określone wady dokumentacji medycznej. Były to jednak uchybienia natury formalnej, tj. sama dokumentacja nie była prowadzona zgodnie z cytowanymi powyżej przepisami (brak numeracji stron), jak też poszczególne wpisy nie odpowiadały wymaganiom ustawowym (vide: brak pełnego rozpoznania). W związku z tym nie za-

chodzi konieczność usuwania, czy też zmiany dokonanych już wpisów – a jedynie ich uzupełnienia.

Trzeba jednak w tym miejscu wyjaśnić, iż w istocie takie „uzupełnienie” dokumentacji medycznej będzie po prostu jej należyty (zgodnym z obowiązującymi przepisami prawa) wypełnieniem dokonanym jedynie z naruszeniem przepisu § 4 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania – który to przepis każe dokonywać wpisów niezwłocznie po udzieleniu świadczenia zdrowotnego.

Jak przyjmuje się w doktrynie (vide: T. Jurek, B. Świątek. *Dokumentacja medyczna i prawny obowiązek jej prawidłowego prowadzenia*) prawidłowo prowadzona dokumentacja medyczna winna odzwierciedlać:

- formalny tryb postępowania z pacjentem,
- stan zdrowia ogólnego i miejscowego pacjenta na każdym etapie udzielania świadczeń zdrowotnych,
- zastosowane procedury diagnostyczne i lecznicze,
- tryb postępowania w razie śmierci pacjenta.

Nieprawidłowości w prowadzeniu dokumentacji lekarskiej możemy podzielić na merytoryczne i formalne.

Nieprawidłowości o charakterze merytorycznym:

- Brak dokładnego opisu stanu zdrowia pacjenta po przeprowadzonym badaniu. Dotyczy to zarówno stanu ogólnego chorego jak i stanu miejscowego. Niejednokrotnie opis przebiera formę stwierdzeń ogólnych, np. potłuczenie ogólne, uraz uogólniony, rzadziej bardziej szczegółowo opisywane ślady obrażeń zewnętrznych czy upośledzenie funkcji narządu. Niejednokrotnie nie wymienia się wszystkich pełnych rozpoznań klinicznych.
- Brak chronologicznych i dokładnych zapisów stanu zdrowia ogólnego i stanu miejscowego w kolejnych dniach hospitalizacji lub podczas kolejnych wizyt ambulatoryjnych. Nie pozwala to na prześledzenie procesu ustępowania objawów choroby lub gojenia się zmian urazowych. Często spotykane w prowadzonych historiach choroby lub historiach zdrowia jest brak wyraźnego oznaczenia początku i końca wpisu.
- Brak wpisów o decyzji wykonania badań dodatkowych, a następnie – przy nieprawidłowych wy-

nikach – danych świadczących o reakcji ze strony lekarzy.

- Niestaranne bądź niepełne prowadzenie kart zleceń lekarskich, a w przypadku opieki ambulatoryjnej, zapisów o zaleceniach lekarskich. Uniemożliwia to dokładną analizę prowadzonego leczenia.

Nieprawidłowości o charakterze formalnym:

- Brak prawidłowego formalnego potwierdzenia realizacji praw pacjentów: zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych, zgody na zabiegi lecznicze, upoważnień innych osób do informacji o swoim stanie zdrowia i innych.
- Brak możliwości identyfikacji lekarza dokonującego wpisów (winien być podpis z pieczęcią).
- Wpisywanie adnotacji o stanie zdrowia chorego przez nieupoważnione osoby: położne, pielęgniarki, a także lekarzy dyżurnych i konsultantów.
- Wpisy do dokumentacji lekarskiej są nieczytelne.
- W przypadkach dokumentacji indywidualnej wewnętrznej najczęściej brak jest oznaczenia pacjenta na każdej kolejnej stronie historii choroby lub historii zdrowia jak i numeracji stron.

Wyszczególnione w opisie stanu faktycznego wady dokumentacji medycznej miały, co do zasady charakter wad formalnych.

Reasumując powyższe, zacząć należy od stwierdzenia, iż o ile obowiązujące przepisy ustanawiają wyraźny i nie podlegający polemice zakaz usuwania zapisów, które znalazły się w dokumentacji medycznej, o tyle z przepisów tych nie wynika wyraźnie zakaz „uzupełniania” dokumentacji medycznej, czy też mówiąc ściślej dokonywania ich w późniejszym terminie (nie „niezwłocznie” jak wskazuje § 4 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania).

W związku z powyższym, należy przychylić się do stanowiska prezentowanego przez Zlecającego sporządzenie opinii i stwierdzić, że w przedstawionym stanie faktycznym będzie dopuszczalne uzupełnienie dokumentacji medycznej – z tym oczywiście zastrzeżeniem, że wpisów do dokumentacji dokona osoba uprawniona oraz, że wpisy te nie będą zmieniać wpisów już istniejących.

Rafał Piotr JANISZEWSKI
Kancelaria doradcza
www.kancelariajaniszewski.pl

SZCZEGÓLNI PACJENCI

Niektóre grupy społeczne mają dodatkowe uprawnienia w placówkach ochrony zdrowia. Wyjaśnijmy kto to jest i na czym polegają te przywileje.

Inwalidzi wojenni (po okazaniu *Książki inwalidy wojennego-wojskowego*, wydanej przez organ rentowy o symbolu ZUS Rw-51)

- bezpłatne leki w kategorii „Rp” lub „Rpz” oraz środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego objęte decyzją o refundacji, dopuszczone do obrotu na terenie RP
- korzystanie ze świadczeń w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (poradnie) bez skierowania
- prawo do bezpłatnych wyrobów medycznych do wysokości limitu finansowania ze środków publicznych (pacjent dopłaca tylko wtedy, gdy cena wyrobu medycznego przekracza określony limit)
- korzystanie poza kolejnością ze świadczeń opieki zdrowotnej oraz usług farmaceutycznych udzielanych w aptekach.

Osoby represjonowane (po okazaniu *Legitymacji osoby represjonowanej* wydanej przez organ rentowy o symbolu ZUS Rw-52)

- bezpłatne leki w kategorii „Rp” lub „Rpz” oraz środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego objęte decyzją o refundacji, dopuszczone do obrotu na terenie RP
- prawo do bezpłatnych wyrobów medycznych do wysokości limitu finansowania ze środków publicznych (pacjent dopłaca tylko wtedy, gdy cena wyrobu medycznego przekracza określony limit)
- korzystanie ze świadczeń w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (poradnie) bez skierowania

Kombatanci (po okazaniu *Zaświadczenia o uprawnieniach* wydanego przez Urząd ds. Kombatantów i Osób Represjonowanych)

- korzystanie ze świadczeń w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (poradnie) bez skierowania
- korzystanie poza kolejnością ze świadczeń opieki zdrowotnej oraz usług farmaceutycznych udzielanych w aptekach

Inwalidzi wojskowi (po okazaniu *Książki inwalidy wojennego-wojskowego* wydanej przez organ rentowy o symbolu ZUS RW-51)

- korzystanie ze świadczeń w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (poradnie) bez skierowania
- korzystanie poza kolejnością ze świadczeń opieki zdrowotnej oraz usług farmaceutycznych udzielanych w aptekach.
- prawo do bezpłatnych wyrobów medycznych do wysokości limitu finansowania ze środków publicznych (pacjent dopłaca tylko wtedy, gdy cena wyrobu medycznego przekracza określony limit)
- bezpłatne – do wysokości limitu finansowania ze środków publicznych (określonego przez Ministra Zdrowia) – zaopatrzenie w leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyroby medyczne dostępne w aptece na receptę, objęte decyzją o refundacji w całym zakresie zarejestrowanych wskazań i przeznaczeń

Cywilne niewidome ofiary działań wojennych (po okazaniu *Legitymacji cywilnej niewidomej ofiary działań wojennych* wydanej przez organ rentowy)

- bezpłatne leki w kategorii „Rp” lub „Rpz” oraz środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego objęte decyzją o refundacji, dopuszczone do obrotu na terenie RP
- prawo do bezpłatnych wyrobów medycznych do wysokości limitu finansowania ze środków publicznych (pacjent dopłaca tylko wtedy, gdy cena wyrobu medycznego przekracza określony limit)
- korzystanie ze świadczeń w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (poradnie) bez skierowania

Zasłużeni honorowi dawcy krwi (po okazaniu *Legitymacji Zasłużonego Honorowego Dawcy Krwi* wydanej przez Zarząd Okręgowy Polskiego Czerwonego Krzyża)

- bezpłatne – do wysokości limitu finansowania ze środków publicznych (limit określa Ministerstwo Zdrowia) – zaopatrzenie w leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyroby medyczne dostępne w aptece na receptę, objęte decyzją o refundacji w całym zakresie zarejestrowanych wskazań i przeznaczeń
- bezpłatne zaopatrzenie w leki, które dawca stosuje w związku z oddawaniem krwi, wymienione w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie wykazu leków dla świadczeniobiorcy posiadającego tytuł „Zasłużonego Honorowego Dawcy Krwi” lub „Zasłużonego Dawcy Przeszczepu”
- korzystanie poza kolejnością ze świadczeń opieki zdrowotnej oraz usług farmaceutycznych udzielanych w aptekach

Zasłużeni dawcy przeszczepów (po okazaniu *Legitymacji Zasłużonego Honorowego Dawcy Przeszczepu* wydanej przez Ministra Zdrowia)

- bezpłatne – do wysokości limitu finansowania ze środków publicznych (limit określa Ministerstwo Zdrowia) – zaopatrzenie w leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyroby medyczne dostępne w aptece na receptę, objęte decyzją o refundacji w całym zakresie zarejestrowanych wskazań i przeznaczeń
- bezpłatne zaopatrzenie w leki, które dawca stosuje w związku z oddawaniem szpiku lub innych regenerujących się komórek i tkanek albo narządów, wymienione w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie wykazu leków dla świadczeniobiorcy posiadającego tytuł „*Zasłużonego Honorowego Dawcy Krwi*” lub „*Zasłużonego Dawcy Przeszczepu*”.
- korzystanie poza kolejnością ze świadczeń opieki zdrowotnej oraz usług farmaceutycznych udzielanych w aptekach

Ponadto:

- osoba będąca żywym dawcą narządu ma prawo do badań mających na celu monitorowanie jego stanu zdrowia przeprowadzonych przez zakład opieki zdrowotnej, który dokonał pobrania narządu, co 12 miesięcy od dnia pobrania narządu, nie dłużej jednak niż przez 10 lat

Uprawniony żołnierz lub pracownik (po okazaniu *Legitymacji osoby poszkodowanej poza granicami państwa* wydanej przez Szefa Inspektoratu Wojskowej Służby Zdrowia)

- bezpłatne – do wysokości limitu (określonego przez Ministra Zdrowia) – finansowane ze środków publicznych zaopatrzenie w leki z listy leków refundowanych, a także środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyroby medyczne dostępne w aptece na receptę.
- korzystanie ze świadczeń w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej bez skierowania w zakresie leczenia urazów lub chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa.
- prawo do bezpłatnych wyrobów medycznych do wysokości limitu finansowania ze środków publicznych (pacjent dopłaca tylko wtedy, gdy cena wyrobu medycznego przekracza określony limit)
- prawo do korzystania poza kolejnością ze świadczeń opieki zdrowotnej w szpitalach i świadczeń specjalistycznych w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej.

Małżonkowie inwalidów wojennych i osób represjonowanych pozostający na ich wyłącznym utrzymaniu (po okazaniu: dokumentu potwierdzającego

status małżonka osoby, zaświadczenia z urzędu skarbowego o nieuzyskiwaniu dochodów podlegających opodatkowaniu oraz odpisu aktu małżeństwa z urzędu stanu cywilnego, bądź innego dokumentu potwierdzającego istnienie małżeństwa lub *Decyzji wydanej przez Dyrektora Oddziału Wojewódzkiego NFZ*)

- bezpłatne leki w kategorii „Rp” lub „Rpz” oraz środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego objęte decyzją o refundacji, dopuszczone do obrotu na terenie RP

Wdowy i wdowcy po poległych żołnierzach i zmarłych inwalidach wojennych oraz osobach represjonowanych, uprawnieni do renty rodzinnej (po okazaniu decyzji organu rentowego o przyznaniu renty rodzinnej lub zaświadczenia organu rentowego o posiadaniu uprawnień do renty rodzinnej po poległym żołnierzu, zmarłym inwalidzie wojennym lub osobie represjonowanej lub *Decyzji wydanej przez Dyrektora Oddziału Wojewódzkiego NFZ*)

- bezpłatne leki w kategorii „Rp” lub „Rpz” oraz środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego objęte decyzją o refundacji, dopuszczone do obrotu na terenie RP.

Współcześni weterani

Stosunkowo nową grupą (przepisy weszły w życie 30 marca 2012 r.) posiadająca wyjątkowe uprawnienia w służbie zdrowia są weterani działań poza granicami państwa oraz weterani poszkodowani w tych działaniach. I nie chodzi tu tylko o żołnierzy, którzy brali udział w misjach, ale także uczestniczących w nich tzw. funkcjonariuszy (np. grupy ratownicze OSP) i funkcjonariuszy ABW.

Ważne! Wszystkie dodatkowe uprawnienia tej grupy osób (o których piszemy niżej), dotyczą wyłącznie zakresu leczenia urazów i chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa.

Oto one:

1. Bezpłatna pomoc psychologiczna udzielana poza kolejnością weteranom oraz najbliższym członkom ich rodziny przez:
 - psychologów w jednostkach wojskowych oraz przez wojskowe pracownie psychologiczne, a także udzielanej w zakładach opieki zdrowotnej utworzonych i nadzorowanych przez Ministra Obrony Narodowej – w przypadku weterana-żołnierza lub weterana poszkodowanego-żołnierza
 - psychologów w zakładach opieki zdrowotnej utworzonych i nadzorowanych przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych – w przypadku funkcjonariuszy
 - psychologów w zakładach opieki zdrowotnej utworzonych przez Szefa Agencji Bezpieczeń-

stwa Wewnętrznego – w przypadku weteranów-funkcjonariuszy ABW lub weteranów poszkodowanych-funkcjonariuszy ABW

2. Korzystanie ze świadczeń opieki zdrowotnej poza kolejnością – weteran poszkodowany korzysta poza kolejnością ze świadczeń opieki zdrowotnej w szpitalach i poradniach specjalistycznych, przez świadczeniodawców, którzy zawarli umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. A także ze stacjonarnych i całodobowych świadczeń opieki zdrowotnej innych, niż wymienione wyżej (np. zakład opiekuńczo-leczniczy, rehabilitacja w oddziale szpitalnym). Ma też uprawnienie do bezterminowego czasu trwania leczenia, np. rehabilitacji w szpitalu.
3. Bezpłatne leki refundowane – weteranowi poszkodowanemu przysługują bezpłatne leki z listy refundowanych, dostępne w aptece na receptę w całym zakresie zarejestrowanych wskazań i przeznaczeń, we wskazaniu określonym stanem klinicznym oraz leki recepturowe.
4. Do poradni bez skierowania – weteran poszkodowany korzysta ze świadczeń w poradniach specjalistycznych finansowanych przez NFZ bez skierowania.
5. Dom weterana – weteran i weteran poszkodowany mają prawo do umieszczenia poza kolejnością w Domu Weterana, funkcjonującego jako zakład opiekuńczo-leczniczy, zapewniającego leczenie,

badania diagnostyczne, świadczenia rehabilitacyjne i terapię psychologiczną; uzyskają też wsparcie w przygotowaniu do samodzielnego funkcjonowania w warunkach domowych.

Ważne!

W przypadku, gdy weteran poszkodowany skorzysta ze świadczeń opieki zdrowotnej, które nie są gwarantowane (czyli nie są w tzw. koszyku świadczeń gwarantowanych) lub odpłatne, koszt takiego leczenia jest pokrywany z budżetu państwa.

Podstawa prawna

- Ustawa z dnia 19 sierpnia 2011 r. o weteranach działań poza granicami państwa (Dz. U. z 2011 r. Nr 205, poz. 1203)
- Ustawa z 27 sierpnia 2014 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r., Nr 164, poz. 1027 z późn. zm.)

Tomasz MIGACZ, naczelnik Wydziału Spraw Świadczeniobiorców LOW NFZ

Katarzyna STĘPNIAK, konsultant w LOW NFZ ds. poszkodowanych w misjach poza granicami państwa

Sylwia MALCHER-NOWAK, rzecznik prasowy LOW NFZ
(przedruk z „Doktora” nr 4/13)

Diagnostyka różnicowa w pediatrii



D. Michalk, E. Schönau; wyd. I polskie; rok wydania: 2014 ISBN: 978-83-7609-819-7, format: 210x275, opr. twar-
da, 474 strony, cena: 178.20 zł (396 ELS
pkt)

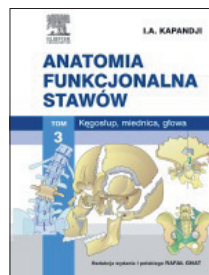
Podręcznik dostarcza cennych
wskazówek pomocnych w podejmowa-
niu racjonalnych decyzji w procesie
diagnostyki różnicowej w pediatrii.

Ułatwia uporządkowanie uzyskanych informacji co prowa-
dzi do szybkiego ustalenia rozpoznania i w wielu przypad-
kach uniknięcia niepotrzebnego narażania chorych dzieci
i młodzieży na inwazyjne badania, jednocześnie przyczyni-
ając się do redukcji kosztów opieki zdrowotnej.

- Ponad 120 objawów wiodących, przedstawionych pod
względem trafności;
- Systematyczne tabele z diagnostyką
różnicową i przejrzyste schematy postępowania w procesie
diagnostycznym;
- Dokładne instrukcje postępowania pro-
wadzące do postawienia racjonalnego, jednoznacznego roz-
poznania;
- Opisy licznych obrazów klinicznych chorób.

- Łatwe do przyswojenia tabele diagnostyki różnicowej
z dokonaną oceną częstotliwości występowania poszczegól-
nych schorzeń.

Anatomia funkcjonalna stawów. Tom 3. Kręgosłup, miednica, głowa



I.A. Kapandji; wyd. I polskie, red. R.
Gnat; rok wydania: 2014; ISBN: 978-83-
7609-755-8, format: 215x275, opr. bro-
szurowa, 324 strony, cena: 98.10 zł (218
ELS pkt)

Jest to pierwsze polskie wydanie zna-
komitego podręcznika opisującego ana-
tomie funkcjonalną kręgosłupa, obręczy
miednicy i głowy. Największą wartością

tej pozycji są z pewnością doskonale ilustracje przygotowa-
ne przez samego autora, ułatwiające zrozumienie poszcze-
gólnych zagadnień z zakresu biomechaniki.

Książka jest znakomitą źródłem wiedzy na temat bu-
dowy i funkcjonowania narządu ruchu człowieka. Ta ponad-
czasowa pozycja od 35 lat nieprzerwanie służy specjalistom
w różnych dziedzinach medycyny, a także fizjoterapeutom,
trenerom oraz studentom.

- Doskonale ilustracje ułatwiające zrozumienie poszcze-
gólnych zagadnień z zakresu biomechaniki.

- Rozdział przedstawiający biomechanikę bazowych pro-
blemów z kręgosłupem.

NAROL-DENTAL – zaprasza na cykl kursów medycznych:

OGŁOSZENIE

I. Biologiczne leczenie miazgi, ozębnej

II. Protetyka w praktyce

III. Endodoncja w praktyce

IV. Atraumatyczne ekstrakcje

V. Znieczulenia i periodontologia w praktyce

VI. Rentgenologia w praktyce

1) Biologiczne leczenie miazgi, ozębnej, okostnej, torbieli i resorpcji:

- Próchnica i głębokość uszkodzeń;
- Obnażenie i zranienie miazgi;
- Złamania koron i korzeni zębów;
- Ząb po preparacji pod koronę;
- Biologiczna obrona miazgi;
- Amputacje miazgi;
- Badanie żywotności miazgi a Pulpometr;
- Nowe badania prognozy pobudliwości;
- Stany zapalne miazgi: odwracalne/nieodwracalne;
- Martwica i zgorzeł;
- Stany zapalne około wierzchołkowe ozębnej;
- Przewlekłe stany zapalne około wierzchołkowe;
- Przetoki, ropnie, cysty;
- Resorpcje korzeni: wewnętrzne i zewnętrzne;
- Zespół „Endo-Perio”;
- Rewizje, perforacje;
- Impregnacja zębiny jonami Ca^{++} ;

- „Sterylizacja” kanałów jonami OH⁻;

- Wypełnienie kanału a ryzyko zdrowia pacjenta;

- Nowe obserwacje – biologiczne leczenie po-
średnie;

- Przyszłość biologicznego leczenia miazgi;

- Badanie własnych zębów Pulpometrem.

2) Protetyka w praktyce

- Wkłady koronowe – zasady preparacji, lane, por-
celanowe – typ Cerana;

- Wkłady korzeniowe z tytanu np. Fysika, śruby
Dentatus; lane zasady preparacji i pobieranie wy-
cisku z InLuxTemp, całkowite lub dzielone. Micro-
fix, magnetyczne;

- Korony lane: 6 zasad preparacji;

- Korony lane ze złota i tytanu, całkowite i części-
owe, licowane, napalane porcelaną, ceramiczne,
licówki – typ Mirage, wiertła;

- Korony prowizoryczne.

- Mosty lane – zasady preparacji od 3 do 14 zębów,
powikłania, reperacje, zdjęcia Rtg;

- Mosty adhezyjne – zasady preparacji, szczeka/
żuchwa;

- Korony zblokowane z „belką” – podparciem pro-
tezy częściowej, zatraski Öqvista;

- Szyny: elastyczne, zgryzowe, leczące chrapanie
– książka;

- Protezy całkowite anatomiczne, czy miodyn-
amiczne żuchwy;

- Zmiana wyglądu twarzy;

- Demonstracje instrumentów i modeli.

- ☐ Za każdy kurs – dyplom i 8 punktów edu-
kacyjnych przyznanych przez NRL.

- ☐ Prowadzący – dr n. med. Jan Żuchowski.

- ☐ Każdy kurs trwa: 10.00 – 18.00

- ☐ Terminy: kurs 1 – 2014.03.29 (sobota);
kurs 2 – 2014.03.30 (niedziela)

- ☐ Miejsce: Opole – Hotel Festival.

- ☐ Zgłoszenia: „NAROL-DENTAL”, tel: 166 317
078, e-mail: office@narol-dental.pl

- ☐ Opłata: 250 zł (w tym: skrypt, próbki le-
ków Dental-Therapeutics, ślinociągi – Or-
sing (Szwecja) Tubulex, różnych instru-
mentów, kawa, obiad, ciastka, soki).

- ☐ Proszę podać: imię i nazwisko, telefon,
zabrać ze sobą pieczęć i NIP. Zgłosze-
nie i jego przyjęcie jest obopólną umo-
wą. Ostateczny termin zgłoszeń i odwo-
łań: sobota – 2014.03.22.

Więcej informacji o tematach kursów oraz
o produktach Narol-Dental Sp. z o.o. na stro-
nie internetowej: www.narol-dental.pl.

Ministerstwo Zdrowia oraz Naczelna Izba Lekarska są organizatorami projektu „*Ogólnopolskie szkolenia z zakresu funkcjonowania systemu ochrony zdrowia oraz umiejętności komunikacji, współpracy i budowania relacji z pacjentem dla lekarzy rozpoczynających pracę*” skierowanego do zatrudnionych lekarzy poniżej 35. roku życia. **Szkolenia są bezpłatne, odbywają się w atrakcyjnych miejscach i z pewnością przyczynią się do podnoszenia umiejętności społecznych lekarzy.**

Najbliższe terminy i miejsca odbywania szkoleń to:

09–14.03.2014

Hotel Dosłońce, Raclawice

16–21.03.2014

Hotel Skalny, Zakopane

16–21.03.2014

Orla Perć, Zakopane

23–28.03.2014

Hotel Faleza, Jastrzębia Góra

23–28.03.2014

Villa Aurelia, Nałęczów

23–28.03.2014

Hotel Olympic, Ustron

Szczegółowe informacje dostępne są na stronie Realizatora Projektu www.mlodylekarz.org oraz u Organizatora www.future.edu.pl. W razie pytań prosimy o kontakt z biurem CE FUTURE tel. 32/285-63-68.

* * *

MegaMed Opole z/s : 46-021 Brzezie, ul. Elektrowniana 24 zatrudni:

LEKARZA ONKOLOGA celem świadczenia konsultacji specjalistycznych (usługa komercyjna),

LEKARZA OKULISTĘ (usługa komercyjna) w przychodni MegaMed w Opolu, ul. Chabrów 117, kontakt: tel. 77-423-66-50, 601-079-783.

* * *

Krapkowickie Centrum Zdrowia spółka z o.o. w Krapkowicach zatrudni lekarzy na dyżury w nocnej i świątecznej opiece zdrowotnej. Szczegóły informacji pod nr telefonu: 77/446-72-95 lub e-mail: sekretariat@kcz.krapkowice.pl

* * *

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Zaodrze” w Opolu zatrudni lekarza pediatrę lub lekarza medycyny rodzinnej (także w trakcie specjalizacji) do pracy w Poradni Dziecięcej. Kontakt tel.: 77/457-33-38, 77/474-46-92.

* * *

Zatrudnię lekarza internistę lub rodzinnego do pracy w przychodni ogólnej na etat lub na godziny. Kontakt telefoniczny – 530-

101-303, 602-384-460. Przychodnia Rodzinna ul. Stanisława Moniuszki 16, 47-100 Strzelce Opolskie.

* * *

Sprzedam lokal po gabinecie stomatologicznym o powierzchni 24m² położony w Ośrodku Zdrowia w Reńskiej Wsi nr 76, gmina Pakosławice. Do lokalu przynależą udziały w części wspólnej Ośrodka oraz osobne pomieszczenia na odpady medyczne. Cena do uzgodnienia. Numer tel. 77/40-00-134 lub 513-123-396.

* * *

NZOZ w Brzegu zatrudni lekarza stomatologa do pracy na czas nieokreślony. Mamy umowę z NFZ. Istnieje możliwość prywatnej praktyki. Tel. kontaktowy 607-427-708.

* * *

5–7.09.2014 r. zjazd absolwentów AM Wydział Lekarski Zabrze – rocznik 1994. Zgłoszenia i rezerwacja: Hotel „Pod Jedłami”, ul. Beskidzka 17, 43-460 Wisła, e-mail: rezerwacja@podjedlami.pl

Hasło rezerwacji: Zjazd Zabrze 1994, kontakt: Bogdan Żychowicz tel. 606-121-247, Anna Pohl (Cze-reba) tel. 604-775-408.

NAROL – DENTAL Sp z o.o. – polski producent instrumentów stomatologicznych, zaprasza PT. Lekarzy do odwiedzania naszej klinicznej strony informacyjnej: www.narol-dental.pl – Lucyna Zuchowska lek. dent.

BIULETYN INFORMACYJNY OPOLSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

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

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

ŁAMANIE i DRUK: Wydawnictwo i Drukarnia Świętego Krzyża w Opolu, ul. Katedralna 6; NAKŁAD: 2.500 egz. ISSN 1426–661X