



OPOLSKA
IZBA
LEKARSKA

Rok Założenia 1990

Maj 2014

ISSN 1426-661X

BIULETYN INFORMACYJNY

Nr 212

OPOLSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

www.izbalekarska.opole.pl



W POSZUKIWANIU WRAŻEŃ NAJPIERWSZYCH

Magdalena Hławacz była niedawno do Mongolii. Z Ułan Bator ruszyła w głąb kraju ulepszoną nieco wersją samochodu marki Nysa. Podróżowała z artystami z różnych stron świata. Jechali powoli, w sznurze zakurzonych aut – tam prawie nie ma asfaltu ani skrzyżowań z rondami, są natomiast szutrowe drogi, które ciągną się w nieskończoność. Prowadzą przez stopy i pagórki porośnięte trawami, omijają jeziora – te wyschnięte albo z resztkami wody zmienionej w błoto. Biegają wzdłuż rzek, okrążają zalewy, wciśkają się pomiędzy wzniesienia, wreszcie znikają pod śniegiem. Karawana gubiła się często we mgle i pojawiała na chwilę, jakby chciała złapać oddech. A niekiedy powietrze było przejrzyste, niebo niebieskie z chmurami przypominającymi olbrzymie pajęczyny, wtedy przystawali, aby zatrzymać w pamięci obrazy.

Nocowała w namiotach albo jurtach pokrytych brezentem, widziała znaki – trochę takie jak nasze przydrożne kapliczki, ale zrobione ze skór niedźwiedzi gobijskich. Podziwiała totemy z żelastwa i bierwion; ktoś powiesił tam flagę jakiegoś nieistniejącego państwa, ktoś inny porzucił szal, zostawił ślad swojej obecności, przygody albo wędrówki. Mijała brązowe wydmy i łąki w kolorze *vert bouteille*, gdzie walały się kości zwierząt: czaszki, kręgi, żebra. Układała z nich figury, komponowała rzeźby, wymyślała nowe byty, bo te oczyszczone deszczem, wypiaszkowane przez nawałnice szkielety wcale nie budziły strachu, przeciwnie – dawały poczucie przynależności, bliskości.

W Mongolii człowiek znajduje się bliżej drugiego. Może go nie widzieć całymi tygodniami, kiedy oddali się na północ, by spotkać tam argale i marale syberyjskie, wilki i dzikie wielbłądy, rysie i kułany. Ale zdany na siebie, na własny spryt i przebiegłość, zmęczony i wystraszony, zziębnięty i głodny, wyczekujący powrotu, czuje się bardziej sobą niż w tłumie.

Jakże inna to wyprawa niż podróż okrętem pasażerskim po ciepłym morzu. Statki wycieczkowe przypominają luksusowe rezydencje krążące leniwie po oceanach. Podczas rejsu pasażerowie opalają się na sztucznej trawie, gimnastykują się w basenach, słuchają głośnej muzyki, grają w tenisa, wieczorami chodzą do teatrów i kin albo przesiadują w kasynach. A czasem wychodzą na ląd, pośpiesznie zwiedzają zabytki i ciekawe miejsca, robią zdjęcia i jeszcze przed zmierzchem wracają do siebie. Wchodząc na pokład, stali się na obywatelami nowego państwa, bezpiecznego i oswojonego (wypadek „Concordii”, która przewróciła się na bok koło Isola del Giglio, i postawa kapitana daleka od Conradowskiej wcale nie odstraszyły amatorów rejsów). Jednak w tym nowym kraju nie tworzy się wspólnota, przeciwnie: zatłoczony pokład pogrąża w nicości, stawia wobec niczego. Staje się „kościółem negatywnym” – jak go nazwał Siegfried Kracauer w eseju z lat dwudziestych zeszłego wieku – jest tworem bez więzi. W sztucznym świecie okrętów wycieczkowych brakuje niewygód, przeszkód, mordęgi. Są za to rozrywki i zabawa, lecz jakże często przynoszą one nudę i zniechęcenie. Artystka podróżowała inaczej. Jej wędrówka była powrotem do przeszłości, kiedy z życiem codziennym łączył się trud i wysiłek. Poszukiwała utraconych wrażeń, tych najpierwszych. Zapuszczała się coraz głębiej, aby odnaleźć zagubione niepokoje i wzruszenia.

Oto człowiek stamtąd – całym jego skarbem jest barania opończa. To człowiek współczesny z plemienia wędrowców, który oddzielił się od cywilizacji i wybrał drugą przestrzeń – pozbawioną neonów, liczników, cystern. Cicho przemierza ścieżki i bezdroża, rozpala ogień, przegląda się w jeziorach, śpi w cieniu kaktusów albo w jaskiniach czy dziuplach i godzinami ogląda włochate gwiazdy. Budzi go jaskrawe światło i mysie szepty, budzą go krzyki ptaków i wiatr, co roznosi pustynny pył. Gdziekolwiek stąpnie, pozostawi ślady stóp, dokądkolwiek pójdzie, znajdzie rzeczy dotknięte ludzką ręką obok znaków dzikich zwierząt. A kiedy dokuczy mu samotność – całkiem odmienna od tej wśród tłumu, mieszkującej w pływających hotelach Queen Mary czy Aida Blue – może wyć, ryczeć, wyjść z siebie – jak na grafice stworzonej przez Magdalenę Hławacz.



Za nami Krajowy i Okręgowy Zjazd Lekarzy. Z pierwszego z nich, pomimo satysfakcji z tego, że po raz kolejny dostrzeżono i doceniono nasze środowisko, wynieśliśmy również pełne rozgoryczenia refleksje. Po raz kolejny nasz (??) minister nie raczył pofatygować się na spotkanie z lekarzami na najważniejszym forum naszego Samorządu w Polsce, a tylko schował się za kamery, by poinformować o „nowatorskich” rozwiązaniach narastających coraz bardziej problemów w ochronie zdrowia w naszym kraju. Jak zapewne mieliście okazję dowiedzieć się wielokrotnie z szeregu relacji medialnych Samorząd Lekarskich wypowiedział się bardzo sceptycznie o zgłoszonych, w obecności Premiera, propozycja min. Arłukowicza. W kraju, w którym wszyscy jak nąjęci paplają o demokracji i równości, tworzy się kolejne „kręgi wtajemniczenia”. Tym razem dotyczy to rzeczy najcenniejszej dla każdego z nas – zdrowia i możliwości leczenia. Chorzy lub „tylko” podejrzani o chorobę nowotworową to rzeczywiście szczególna grupa pacjentów. Ale przecież takich grup jest znacznie więcej: cukrzycy, pacjenci po przeszczepach, chorzy z mukowiscydą, z SM i wielu, wielu innych. Dla każdego z tych pacjentów i dla ich rodzin ich choroba jest najważniejszą rzeczą na świecie. Ja nigdy nie odważyłbym się podjąć zadania kategoryzacji, uszeregowania ważności jakiegokolwiek z tych chorych. Oni wszyscy wymagają dobrej diagnostyki, pełnego dostępu do nowoczesnych metod terapii oraz pełnej troski i ciepła opieki. Nie ma ważniejszych i mniej ważnych chorób! Są tylko mniej lub bardziej ciężko chorzy. Propozycje ministra Arłukowicza podążają w złym kierunku. Nie można dowolnie, wg uznania urzędników dzielić pacjentów. Tu nie pomogą klej i szpachlówka, tu trzeba gruntownej zmiany filozofii funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w Polsce.

W zaprezentowanych na XII Krajowym Zjeździe Lekarzy w Warszawie przez Wicemarszałka naszego województwa (a zarazem naszego kolegę) Romana Kolka opracowaniu „Systemy ochrony zdrowia w Polsce. Diagnoza i kierunki reformy.” autorstwa niezależnego zespołu ekspertów ochrony zdrowia wyraźnie powiedziano, że ten system wymaga gruntownej zmiany – i to nie przez urzędników jakiegokolwiek ministerstwa, ale przez wszystkich zainteresowanych uczestniczących w realizacji zadań tego systemu. Także i lekarzy!!! Nadto, po raz pierwszy publicznie stwierdzono, że ochrona zdrowia to nie budżetówka, która stanowi dla ministra finansów studnię bez dna! Dobrze funkcjonujący system opieki zdrowotnej, to szybko i skutecznie leczeni pacjenci, powracający do pracy pracownicy, którzy dzięki

temu mogą tworzyć produkt krajowy brutto – czyli pomnażać dochody państwa. Działania ochrony zdrowia można i nareszcie trzeba zacząć przeliczać na konkretne zyski dla państwa. Dobra i mądrze zaprogramowana profilaktyka, szybciej i skuteczniej prowadzone leczenie, wczesna i kompleksowa rehabilitacja przekłada się w bezpośredni sposób na mniej chorujących na schorzenia przewlekłe, szybciej powracających do pracy, mniejszy odsetek osób niepełnosprawnych i dłużej pracujących wysoko wykwalifikowanych, a przede wszystkim zdrowych pracowników 65+. To mniej wydanych pieniędzy z państwowej kiesy na hospicja, domy pomocy społecznej i ZOL-e. To także mniejsze koszty sprzętu ortopedycznego, mniejsze dopłaty do leków, mniej wydatków na leczenie. To przede wszystkim zdrowi i zadowoleni z jakości swojego życia ludzie!! Czy to mało?!!

No, ale żeby tak zrobić trzeba by wpięć przyznać się do „wypuszczenia” knota, jakim jest obecny system ochrony zdrowia. Trzeba by się uderzyć w swoje polityczne pierśi (o różnym zresztą zabarwieniu) i głośno publicznie po trzykroć powtórzyć „Mea culpa”. Tylko, którego polityka na to stać? Zwłaszcza przed zbliżającymi się wyborami?

A przecież wielu z nas jest również pacjentami - jak to się teraz gładko mówi w mediach „beneficjentami” (tylko czy rzeczywiście?) tego systemu. Może więc my sami spróbujemy zweryfikować naszych „najświatlejszych” reprezentantów i zadać im proste pytanie: „Quo vadis?” (choć może oni nie wszyscy znają łacinę??). I to właściwie tyle reminiscencji ze Zjazdu Krajowego.

A z naszego podwórka? Cóż, zastanawiam się nie od dziś, czy wybór na delegata na Zjazd Okręgowy jest dla niektórych tylko kolejną pozycją w CV? Przecież nie ma przymusu poświęcenia odrobiny swego prywatnego czasu (zaledwie raz w roku) dla dobra swoich Koleżanek i Kolegów. Jeśli ktoś dał się wybrać na delegata Zjazdu Okręgowego, to po to by reprezentować własni ich. To oni obdarzyli taką osobę swoim zaufaniem. Czyżby to już nic nie znaczyło? Ja wiem, że pewnie zdarzają się jeszcze urzędnicy, kierownicy, dyrektorzy, którzy z uniżonością traktują „takiego” delegata na zjazd – przecież to „ktoś”! To mile łechce próżność niektórych, ale czy o to tutaj właśnie chodzi?

Mam świadomość, że czasy Judymów już dawno się skończyły, ale zawód lekarz od dziesięcioleci nierozwralnie związany był z zaangażowaniem w sprawy społecznej, wyczuleniem na głosy środowiska. Czy naprawdę współczesny lekarz to już tylko świadczeniodawca i nic więcej? „Psiejemy” stwierdził przed laty Melchior Wańkowicz, ale jego słowa, mimo upływu tylu lat nie straciły nic na swej aktualności.

Jerzy B. LACH

Koleżanki i Koledzy,

Pisząc te słowa dobitnie rozumiem, co to są uczucia ambiwalentne. Z jednej strony trudno ukryć ogromną satysfakcję z faktu, że na niedawnym XII Krajowym Zjeździe Lekarzy w Warszawie, nasz Kolega Jurek Lach uhonorowany został najwyższym odznaczeniem Samorządu Lekarskiego „Meritus Pro Medicis”. Wybrany też został w skład Naczelnej Rady Lekarskiej. Ponadto w skład Naczelnego Sądu Lekarskiego wszedł Kolega Rafał Pędich, a na kolejną kadencję wybrani ponownie zostali Kol. Marta Rodziewicz-Kabarowska (Zespół Zastępców Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej) oraz Jacek Miarka (Naczelny Sąd Lekarski).

Ale z drugiej strony trudno ukryć ogromne rozczarowanie i frustrację z powodu bardzo niskiej frekwencji na naszym XXXIII Okręgowym Zjeździe Lekarzy,

który obradował tydzień po zjeździe krajowym. Prawomocność Zjazdu wisiała na włosku, quorum zostało osiągnięte w ostatniej chwili – na 132 delegatów obecnych było tylko 68. A gdzie pozostałych 64 delegatów? Kilkoro z nich nadesłało wcześniej usprawiedliwienia swojej nieobecności. Reszta nie uznała nawet za wskazane uprzedzić, że z jakichś powodów nie będą obecni na Zjeździe. Czy tak ma wyglądać nasza aktywność samorządowa przez całą kadencję? Czy po to daliśmy się wybrać w rejonach wyborczych?

Wielokrotnie używa się stwierdzenia – nie pytaj, co samorząd lekarski dał Tobie, zapytaj co Ty zrobiłeś dla samorządu. W opisywanej sytuacji to stwierdzenie nabiera jeszcze większego znaczenia.

Jerzy JAKUBISZYN

CO SŁYCHAĆ W IZBIE

SPRAWOZDANIE Z XXXIII OKRĘGOWEGO ZJAZDU LEKARZY OPOLSZCZYZNY

W dn. 29 marca br. w gościnnych progach Wojewódzkiego Centrum Medycznego w Opolu odbył się XXXIII Okręgowy Zjazd Lekarzy. Mimo pięknej wiosennej pogody nerwy organizatorów Zjazdu zostały wystawione na ciężką próbę, bo przez dłuższy czas wydawało się, że nie uda się osiągnąć wymaganego quorum delegatów, by Zjazd mógł podejmować prawomocne decyzje, a przecież został zwołany przede wszystkim dla zatwierdzenia preliminarza budżetowego naszej Izby na bieżący rok. Po licznych telefonach udało się wreszcie przekroczyć niezbędną liczbę obecnych na sali obrad delegatów i Zjazd można było rozpocząć.

- Zjazd rozpoczął Prezes Okręgowej Rady Lekarskiej – Jerzy Jakubiszyn, który serdecznie powitał gości Zjazdu;
- Wicemarszałka Województwa Opolskiego – Romana Kolka, reprezentującą Wojewodę Opolskiego Dyrektora Wydziału Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Wojewódzkiego - Mirosławę Kwatek-Hoffmann,
- Przewodniczącą Rady Społecznej Opolskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ - Edwarda Gondeckiego,
- Dyrektora Departamentu Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego – Stanisława Łągiewkę,
- Prezesa Okręgowej Izby Aptekarskiej – Andrzeja Prygla,

- Prezesa Okręgowej Izby Lekarsko-Weterynaryjnej – Marka Wisłę.

Następnie Prezes poprosił wszystkich zebranych o uczczenie chwilą ciszy pamięci Koleżanek i Kolegów, którzy w minionym okresie odeszli na „wieczny dyżur”.

Po tym smutnym akcencie, na małej scenie pojawił się utworzony niedawno w naszej Izbie chór lekarzy „Medicanto”, kierowany przez Panią prof. Elżbietę Wilim. Chór wykonał brawurowo 6 pieśni: psalm Mikołaja Gomółki do wiersza Jana Kochanowskiego „Kleszczmy rękoma”, dwie pieśni renesansowych anonimowych kompozytorów: „Służyłem ja tobie” do tekstu Jerzego Szlichtynga i anonimową *pieśń* miłosną „Kędykolwiek teraz jesteś”, dwie pieśni Fryderyka Chopina - „Czary” (do tekstu Stefana Witwickiego) i „Nie ma czego żałować” (do tekstu Bohdana Zaleskiego) oraz pieśń Tadeusza Wojciecha Maklakiewicza do tekstu Adama Asnyka „Daremne żale”.

Po pożegnanych hucznymi brawami chórze, przed delegatami ponownie stanął Prezes Jakubiszyn wraz Wiceprezes Jolantą Smerkowską-Mokrzycką, którzy wręczyli kol. Marcie Rodziewicz-Kabarowskiej statuetkę „Prymariusza Opolskiego” przyznaną jej przez Okręgową Radę Lekarską za zasługi dla Samorządu Lekarskiego naszego województwa.

Następnie Prezes poinformował zebranych, że decyzją Kapituły odznaczenia „Meritus Pro Medicis” na ostatnim XII Krajowym Zjeździe Lekarzy w Warszawie ten zaszczytny tytuł został przyznany kol. Jerzemu Lachowi, któremu wręczając wiązankę kwiatów serdecznie pogratulował tego wyróżnienia.

Po tej uroczystej części przystąpiono do realizacji programu Zjazdu. Na wstępie kol. Jakubiszyn zaproponował na Przewodniczącego Zjazdu kol. Lacha, który wobec braku innych kandydatur został zaakceptowany przez delegatów. Następnie nowo wybrany Przewodniczący zaproponował na Sekretarza Zjazdu kol. kol. Annę Adamską i Pawła Mielczarka. Także i w tym przypadku nie było innych kandydatur i Zjazd zaaprobował obie kandydatury. I wreszcie na funkcję Protokolanta kol. Lach zaproponował kol. Martę Rodziewicz-Kabarowską, która także uzyskała aprobatę delegatów.

Po ukonstytuowaniu się Prezydium zjazdowego, kol. Stanisław Kowarzyk poinformował zebranych, że na Zjeździe trzeba będzie dokonać wyborów uzupełniających Zastępców Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej oraz Okręgowego Sądu Lekarskiego. W tym ostatnim przypadku jest to związane nie tylko ze zbyt małą liczbą sędziów wybranych na poprzednim zjeździe, ale również w związku z rezygnacją kol. Rafała Pędicha ze swojej funkcji z powodu wybrania go do Naczelnego Sądu Lekarskiego, bo zgodnie z obowiązującymi przepisami tych funkcji nie można ze sobą łączyć.

Po tej informacji Przewodniczący Zjazdu przedstawił zebranym kandydatury członków Komisji Mandatowej: kol. kol. Katarzyny Rączy, Rafała Olejnika i Krystiana Wartenberga. Zjazd zatwierdził te propozycje.

Z kolei na członków Komisji Uchwał i Wniosków kol. Lach zaproponował kol. kol. Krzysztofa Stempniewicza, Marka Dryję i Włodzimierza Fijałkowskiego. Także i te propozycje znalazły akceptację delegatów. Po tych wyborach Przewodniczący oddał głos gościom Zjazdu.

Jako pierwszy głos zabrał nasz Kolega lekarz „braci mniejszych” dr Wisła. Przedstawił krótko problemy, z jakimi borykają się nasi koledzy weterynarze w związku z wprowadzanymi przepisami sanitarnymi dotyczącymi obrotu mięsem. Mówił o feminizacji swojego zawodu oraz o starzeniu się kadry weterynaryjnej. Na koniec życzył delegatom owocnych obrad.

Następnie wystąpiła Dyrektor M. Kwatek-Hoffmann, która usprawiedliwiła nieobecność Wojewody Opolskiego oraz w jego i swoim imieniu życzyła zebranim trafnych wyborów i mądrych decyzji.

Z kolei Prezes Izby Aptekarskiej podziękował za współpracę w minionym okresie i zaapelował do zebranych, by nie ulegali chwytom marketingowym stosowanym przez niektóre apteki, mającym służyć ich większym zyskom.

Kolejny gość – Marszałek Kolek, podziękował za dotychczasową współpracę Samorządu z Urzędem Mar-

szałkowskim, a zwłaszcza kol. Jakubiszynowi, któremu wręczył specjalne podziękowania za czynny udział w tworzeniu „Strategii ochrony zdrowia dla Województwa Opolskiego na lata 2014-2020”. Mówił także o tym, że uczestniczył w specjalnym zespole eksperckim, który stworzył dokument pn. „System ochrony zdrowia. Diagnozy i kierunki reformy”. Zaproponował, aby materiał ten został przesłany wszystkim delegatom Zjazdu i poprosił o ewentualne uwagi do jego zawartości.

I wreszcie na koniec Przewodniczący Rady Społecznej OOW NFZ Edward Gondecki przeprosił za tzw. „papierologię” narzucaną przez NFZ na lekarzy i życzył również owocnych obrad.

Po tych wystąpieniach kol. Rafał Olejnik przedstawił protokół Komisji Mandatowej, która stwierdziła, że na 132 delegatów wybranych na Okręgowy Zjazd Lekarzy, w obecnym Zjeździe bierze udział 68 spośród nich, co stanowi 51%, tak więc Zjazd może podejmować wszelkie decyzje.

Wobec powyższego Przewodniczący przystąpił do wyboru Komisji Skrutacyjnej dla przeprowadzenia wyborów uzupełniających na Zastępców Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej oraz członków Okręgowego Sądu Lekarskiego. Z sali padły propozycje kol. kol. Justyny Grzybowskiej-Substelnej, Adama Bąka, Pawła Koronczoaka i Roberta Rupniewskiego, które zostały przez delegatów zaaprobowane. Po tym wyborze kol. Lach zaapelował o składanie propozycji kandydatów do tych organów.

Kontynuując obrady Przewodniczący przystąpił do dyskusji nad sprawozdaniami poszczególnych organów naszej Izby. Ponieważ wszyscy delegaci otrzymali zw odpowiednim wyprzedzeniem materiały zjazdowe, zaproponował, aby ich autorzy – jeśli jest taka potrzeba – przedstawili komentarze do tych sprawozdań.

Jako pierwszy głos zabrał kol. Jakubiszyn, który poinformował zebranych, że na ostatnim XII Krajowym Zjeździe Lekarzy do Naczelnej Rady Lekarskiej wybrany został kol. Jerzy Lach, do Naczelnego Sądu Lekarskiego – kol. kol. Jacek Miarka i Rafał Pędich, a na Zastępcę Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej wybrana została kol. Marta Rodziewicz-Kabarowska. Mówił również o reakcjach Zjazdu na konferencję prasową ministra zdrowia oraz o zmianie uchwały w sprawie odpisu składkowego na rzecz Naczelnej Izby Lekarskiej. Utrzymano co prawda dotychczasowy 15% odpis, ale nie od składek należnych (wynikających z liczby członków danej izby), ale od ilości składek realnie zebranych.

Z kolei Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności zawodowej kol. Zbigniew Kuzyszyn zaapelował o zgłaszanie kandydatur na swoich zastępców spośród lekarzy, bo tych w zespole Rzecznika brakuje.

W uzupełnieniu wypowiedzi Prezesa kol. Lach mówił o kularowej dyskusji na Zjeździe Krajowym dotyczącej wypowiedzi ministra Arłukowicza i podzielił się

z delegatami swoimi wątpliwościami, co do skuteczności zapowiedzianych przez ministra działań.

Kol. Jakubiszyn z kolei mówił o problemach związanych ze stosowaniem leków poza wskazaniami zawartymi w ich charakterystyce.

Kol. Stempniewicz radził, aby w takich przypadkach ordynować leki po przedstawieniu rodzicom i pacjentowi pełnej informacji o proponowanym leczeniu oraz po uzyskaniu świadomej zgody pacjenta na stosowanie leku „off label”. Wspominał również o różnych absurdach, z jakimi mamy na co dzień do czynienia, będących skutkiem niespójnych przepisów prawa.

Dyskusję przerwał kol. Stanisław Chruszczyk, który w imieniu Okręgowej Komisji Wyborczej zaproponował zamknięcie listy kandydatów do Zespołu Rzecznika i Okręgowego Sądu. Delegaci przyjęli tę propozycję jednogłośnie.

Do pozostałych sprawozdań nie było dodatkowych uwag i komentarzy ich autorów. Także i delegaci nie zgłaszali żadnych uwag. Wobec powyższego Przewodniczący oddał głos Przewodniczącemu Okręgowej Komisji Rewizyjnej kol. Aleksandrowi Januszkiewiczowi, który przedstawił protokół Komisji podsumowujący okres działalności Okręgowej Rady Lekarskiej pomiędzy ostatnimi zjazdami, kończący się wnioskiem o udzielenie Radzie absolutorium za ten czas. Wobec wniosku Komisji Rewizyjnej kol. Lach przedstawił projekt uchwały nr 1.

Uchwała Nr 1

XXXIII Okręgowego Zjazdu Lekarzy w Opolu

z dnia 29 marca 2014 r. w sprawie zatwierdzenia sprawozdania Okręgowej Rady Lekarskiej w Opolu i udzielenia jej absolutorium

Na podstawie art. 24 pkt. 3 i 4 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. Nr 219, poz. 1708, z późn. zm.) oraz w związku z art. 52 i 53 ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości (Dz. U. z 2013r., poz. 330, z późn. zm.) uchwała się co następuje:

§ 1

Na wniosek Okręgowej Komisji Rewizyjnej zatwierdza się roczne sprawozdanie finansowe Opolskiej Izby Lekarskiej za rok 2013, które zamyka się sumą bilansową po stronie aktywów i pasywów w kwocie 2.364.642,10 zł.

§ 2

Strata w kwocie 8.376,39 zostanie pokryta w całości z kapitału własnego, utworzonego z zysku netto uzyskanego w latach poprzednich.

§ 3

Po zapoznaniu się z całokształtem działalności Okręgowej Rady Lekarskiej w Opolu oraz po dokonaniu oceny

wykonania budżetu Izby, działając na wniosek Okręgowej Komisji Rewizyjnej, XXXIII Okręgowy Zjazd Lekarzy w Opolu udziela Okręgowej Radzie Lekarskiej absolutorium za okres między XXXII a XXXIII Zjazdem Lekarzy.

§ 4

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Sekretarz XXXIII Okręgowego Zjazdu Lekarzy w Opolu

Paweł MIELCZAREK

Przewodniczący XXXIII Okręgowego Zjazdu Lekarzy w Opolu

Jerzy B. LACH

Delegaci nie wnosili żadnych uwag do przedstawionego projektu, wobec czego Przewodniczący zarządził głosowanie i obecni przyjęli uchwałę jednogłośnie.

W kolejnej części obrad przystąpiono do omawiania preliminarza budżetowego naszej Izby na rok bieżący. Materiał opatrzył komentarzem Skarbnik Izby kol. Zbigniew Kowalik. Mówił m. in. o tym, że od kilku lat Izba wydaje na bieżąco wszystkie pieniądze uzyskane ze składek, a istniejące oszczędności zostały uzyskane w latach poprzednich. Ponieważ planowany jest remont siedziby naszej Izby, trzeba będzie w najbliższych latach podjąć działania oszczędnościowe. Delegaci także i w tym przypadku nie mieli żadnych uwag, wobec czego kol. Lach przedstawił zebrany projekt kolejnej uchwały.

Uchwała Nr 2

XXXIII Okręgowego Zjazdu Lekarzy w Opolu

z dnia 29 marca 2014 r. w sprawie uchwalenia budżetu Opolskiej Izby Lekarskiej na 2014 rok

Na podstawie art. 24 pkt 2 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. Nr 219, poz. 1708, z późn. zm.) uchwała się co następuje:

§ 1

Po zapoznaniu się z preliminarzem budżetowym na rok 2014, przedstawionym przez Okręgową Radę Lekarską, XXXIII Okręgowy Zjazd Lekarzy w Opolu uchwała budżet Opolskiej Izby Lekarskiej na rok 2014 zgodnie z przedstawionym preliminarzem.

§ 2

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

§ 3

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia, z mocą obowiązującą od 1 stycznia 2014 r.

Sekretarz XXXIII Okręgowego Zjazdu Lekarzy w Opolu

Paweł MIELCZAREK

Przewodniczący XXXIII Okręgowego Zjazdu Lekarzy w Opolu

Jerzy B. LACH

Delegaci nie zgłosili żadnych zastrzeżeń, więc uchwała została przyjęta przez Zjazd jednogłośnie.

Ponieważ nie podjęto dyskusji nad innymi materiałami zjazdowymi Przewodniczący poprosił kol. Stempniewicza z Komisji Uchwał i Wniosków o przedstawienie projektów dokumentów zgłoszonych do Komisji.

Kol. Stempniewicz zaprezentował projekt stanowiska Zjazdu w sprawie zapowiedzi ministra Arłukowicza dotyczących pacjentów z chorobą nowotworową.

Autor tego stanowiska kol. Jakubiszyn dodał, że wszyscy oczekujemy szczegółów związanych z tymi propozycjami. Ponieważ nie było propozycji zmian w tym dokumencie, kol. Lach poddał go pod głosowanie i Zjazd przyjął go przy 2 głosach wstrzymujących się.

Stanowisko Nr 1

XXXIII Okręgowego Zjazdu Lekarzy w Opolu

z dnia 29 marca 2014 r. w sprawie propozycji Ministra Zdrowia związanych ze skracaniem kolejek

XXXIII Okręgowy Zjazd Lekarzy wyraża obawę, że zapowiedziane przez Ministra Zdrowia Bartosza Arłukowicza na konferencji prasowej w dniu 21 marca szczególne i priorytetowe potraktowanie pacjentów z podejrzeniem choroby nowotworowej – co samo w sobie jest rozwiązaniem słusznym – bez towarzyszącego temu rozwiązaniu ewidentnego zwiększenia finansowania ambulatoryjnej opieki specjalistycznej oraz badań diagnostycznych kosztochłonnych, doprowadzi do wydłużenia kolejki pacjentów oczekujących na inne, nieonkologiczne, świadczenia medyczne.

XXXIII Okręgowy Zjazd Lekarzy oczekuje na pilne przedstawienie przez Ministra Zdrowia szczegółowego planu wdrażania i sposobu finansowania poszczególnych – proponowanych na konferencji prasowej – rozwiązań systemowych. Zjazd wyraża głęboką nadzieję, że nie będą to jedynie utopijne idee, o wymiarze populistycznym, których wdrożenie okaże się niemożliwe w aktualnej sytuacji kadrowej i ekonomicznej polskiej opieki zdrowotnej.

Sekretarz XXXIII Okręgowego Zjazdu Lekarzy w Opolu
Paweł MIELCZAREK

Przewodniczący XXXIII Okręgowego Zjazdu Lekarzy w Opolu
Jerzy B. LACH

Kolejnym projektem, z jakim zapoznał delegatów kol. Stempniewicz, było stanowisko w sprawie stosowania leków poza wskazaniami. Do pierwotnej wersji dokumentu kol. kol. Stempniewicz, Paweł Mielczarek, Aleksander Wojtyłko i Jarosław Karoń zgłosili kilka uwag, które autor projektu – kol. Jakubiszyn przyjął jako autopoprawki. W głosowaniu delegaci także i to stanowisko – przy 4 głosach wstrzymujących się - przyjęli.

Stanowisko Nr 2

XXXIII Okręgowego Zjazdu Lekarzy w Opolu

z dnia 29 marca 2014 r. w sprawie ordynowania leków zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego

XXXIII Okręgowy Zjazd Lekarzy zwraca uwagę na duże problemy, jakie niesie ze sobą przestrzeganie zapisów ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych w odniesieniu do ordynowania leków zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego, zwłaszcza u małych dzieci. Ścisłe przestrzeganie zapisów ustawy refundacyjnej prowadzi do ograniczenia możliwości skutecznego leczenia oraz uniemożliwia korzystanie z najnowszych badań klinicznych i leczenie zgodne z zaleceniami wynikającymi z tych badań.

XXXIII Okręgowy Zjazd Lekarzy przypomina – co zresztą wielokrotnie w swoich stanowiskach wyrażała Naczelna Rada Lekarska – że obowiązkiem lekarza i lekarza dentystry, wynikającym z zapisów Kodeksu Etyki Lekarskiej oraz ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry, jest ordynowanie leków zgodnie z aktualnymi wskazaniami wiedzy medycznej.

XXXIII Okręgowy Zjazd Lekarzy zaleca, aby informować pacjentów, rodziców lub opiekunów prawnych o stosowaniu leku poza wskazaniami ChPL i pobierać od nich świadomą zgodę na takie leczenie.

Sekretarz XXXIII Okręgowego Zjazdu Lekarzy w Opolu
Paweł MIELCZAREK

Przewodniczący XXXIII Okręgowego Zjazdu Lekarzy w Opolu
Jerzy B. LACH

Ponieważ zgłoszona została gotowość przeprowadzenia wyborów, dalszą część dyskusji nad projektami dokumentów zjazdowych przerwano. Po zakończeniu procedury głosowania powrócono do obrad nad zgłoszonymi materiałami.

Kol. Stempniewicz przedstawił projekt uchwały zobowiązującej Okręgową Radę Lekarską do podjęcia starań o zmianę Regulaminu wyborów do organów izb lekarskich, uzasadniając swoje (bo on był autorem tego projektu) propozycje chęcią uproszczenia procedury wyborczej. Prezes Jakubiszyn stwierdził w dyskusji, że decyzję o kształcie Regulaminu podejmuje Krajowy Zjazd Lekarzy, a ten odbędzie się dopiero za dwa lata. K. Stempniewicz zaproponował, aby jego propozycje przekazać do dalszego procedowania przez Radę, tak by przygotować odpowiedni dokument dla Zjazdu Krajowego.

Wobec powyższego kol. Jakubiszyn zaproponował projekt uchwały zobowiązującej Okręgową Radę Lekarską do pracy nad propozycjami zmian. Kol. Stempniewicz zaakceptował taki sposób realizacji jego pomysłu i Zjazd jednogłośnie przyjął ten dokument.

Uchwała Nr 3

XXXIII Okręgowego Zjazdu Lekarzy w Opolu

z dnia 29 marca 2014 r. w sprawie zobowiązania Okręgowej Rady Lekarskiej Opolu do przygotowania propozycji zmian w regulaminie wyborczym

Na podstawie art. 24 pkt 4 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. Nr 219, poz. 1708, z późn. zm.) uchwała się co następuje:

§ 1

1. Zobowiązuje się Okręgową Radę Lekarską do przygotowania propozycji zmian w uchwale nr 12 X Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 29 stycznia 2010 r. w sprawie regulaminu wyborów do organów izb lekarskich, na stanowiska w organach i trybu odwoływania członków tych organów i osób zajmujących stanowiska w tych organach oraz wyborów komisji wyborczych.

2. Materiał wyjściowy do opracowania propozycji zmian stanowi załącznik do uchwały.

§ 2

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Sekretarz XXXIII Okręgowego Zjazdu Lekarzy w Opolu

Paweł MIELCZAREK

Przewodniczący XXXIII Okręgowego Zjazdu Lekarzy w Opolu

Jerzy B. LACH

Innych projektów delegaci już nie zgłaszali do Komisji, wobec czego Przewodniczący oddał głos kol. Grzybowskiemu-Substelnemu z Komisji Skrutacyjnej, która przedstawiła wyniki wyborów uzupełniających na Zastępców Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej:

- lek. med. Józef Maciołek
- oraz do Okręgowego Sądu Lekarskiego:
- lek. dent. Jerzy Drzyzga
- lek. med. Anna Kaźmierczak
- dr n. med. Krzysztof Stempniewicz
- lek. med. Dariusz Zwoliński.

W związku z wyczerpaniem porządku obrad kol. Lach podziękował wszystkim zebrany za udział w Zjeździe i zamknął obrady XXXIII Okręgowego Zjazdu Lekarzy

Jerzy B. LACH



SPRAWOZDANIE Z POSIEDZENIA OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ W OPOLU W DNIU 26 MARCA 2014

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

- 1) Przyznanie praw wykonywania zawodu.
- 2) Rejestracja podmiotów prowadzących szkolenie podyplomowe lekarzy.
- 3) Zmiany w rejestrze indywidualnych praktyk lekarskich.
- 4) Przyznanie świadczeń z Funduszu Samopomocy i dofinansowanie udziału w imprezach sportowych.
- 5) Podjęcie uchwały w sprawie dofinansowania Mistrzostw Polski Lekarzy w siatkówce.
- 6) Wyznaczenie przedstawicieli OIL do komisji konkursowych.
- 7) Podjęcie uchwał w sprawie zmiany wysokości składki członkowskiej.
- 8) Omówienie sprawy związanej z publikacjami prasowymi dotyczącymi lekarzy.
- 9) Sprawozdanie z lutowego posiedzenia NRL, posiedzeń Konwentu Prezesów orl i XII Krajowego Zjazdu Lekarzy.
- 10) Sprawozdanie członków Rady z działalności pomiędzy posiedzeniami.
- 11) Sprawy różne i wolne wnioski.

Ad 1.

O wydanie prawa wykonywania zawodu lekarza dentystry po zakończeniu stażu podyplomowego zwróciła się lek. dent. Joanna Szynol.

O wpis na listę członków OIL zwrócili się:

- lek. Emilia Rzeszotarska – przeniesienie z DIL-u,
- lek. Dorota Sawicka – przeniesienie ze Śląskiej Izby Lekarskiej,
- lek. Michał Kuboth – przeniesienie z Małopolskiej Izby Lekarskiej,
- lek. Radosław Gamrot – przeniesienie z Wojskowej Izby Lekarskiej,
- lek. Alla Urbanowicz – przeniesienie z DIL-u,
- lek. dent. Katarzyna Pietrzak – przeniesienie z DIL-u.

Uchwały podjęto przy jednym głosie wstrzymującym.

Ad 2.

W ramach rejestracji zajmowano się wnioskami:

Firmy „Medius Artykuły Medyczne i Stomatologiczne” z Nysy, której przyznano 6 punktów edukacyjnych za szkolenie dla lekarzy dentyistów 5.04.14 r.,

- Firmy „Ivoclar Vivadent” z Warszawy, której przyznano 6 punktów za szkolenie dla lekarzy dentyistów 28.03.14 r.,

- Firmy „Psychoedukacja i Psychoterapia - Teresa Spławińska” z Krakowa, której przyznano 4 punkty za szkolenie dotyczące wypalenia zawodowego w praktyce lekarskiej,
- Firmy „Amader” z Opolą, której przyznano 6 punktów za szkolenie dla lekarzy dentyistów 4.04.14 r.

Ponadto przyznano 5 punktów edukacyjnych „IV Oleśskim Spotkaniom z Interną” organizowanym 12.04.14 r. przez Oddział Wewnętrzny Szpitala w Oleśnie. Wszystkie uchwały podjęto jednogłośnie.

Ad 3.

Brak było wniosków dotyczących zmian w rejestrze praktyk lekarskich.

Ad 4.

Do Funduszu Samopomocy wpłynął jeden wniosek o przyznanie zapomogi. Członkowie ORL przyznali zapomogę przy jednym głosie przeciwnym i jednym wstrzymującym.

Delegatura z Kędzierzyna-Koźła zwróciła się z prośbą o przyznanie świadczenia dla lekarki, która wprawdzie niedawno otrzymała zapomogę, ale nagle zmarł jej mąż, który był jedynym żywicielem rodziny. Mimo, że nie minęło 8 miesięcy od przyznania zapomogi z Funduszu, członkowie Rady poparli wniosek o wyjątkowe potraktowanie przypadku i - przy jednym wstrzymującym się głosie - przyznali dodatkowe świadczenie.

Drużyna żeglarska poprosiła o dofinansowanie ich udziału w zawodach żeglarskich w Szczecinie w klasie Omega, które zostało przyznane jednogłośnie.

Ad 5.

Rada podjęła jednogłośnie uchwałę o dofinansowaniu kwietniowych Mistrzostw Polski Lekarzy w Siatkówce, których organizatorem jest Okręgowa Izba Lekarska w Opolu, kwotą 2000 złotych.

Ad 6.

Brak było wniosków o wyznaczenie przedstawicieli OIL do komisji konkursowych w jednostkach ochrony zdrowia Opolszczyzny.

Ad 7.

Do Rady wpłynęły trzy podania o zwolnienie z opłacania składek: jedno na 2 miesiące w związku z przebywaniem na urlopie wychowawczym, jedno do 2016 r. ze względu na zawieszenie z powodów zdrowotnych wykonywania

praktyki i jedno bezterminowe oraz jedno podanie o obniżenie składki do 10 zł. Uchwały przyjęto jednogłośnie.

Ad 8.

W związku z poruszoną na poprzedniej Radzie Okręgowej sprawą mnożących się publikacji przedstawiających w złym świetle lekarzy, Prezes wrócił do ustaleń z poprzedniej Rady. Kol. Jakubiszyn podzielił się swoimi wątpliwościami drogą mailową z członkami Rady i przedstawił projekt pisma kierowanego do Redaktora Naczelnego NTO. Ponieważ pierwotna propozycja Prezesa wzbudziła szereg uwag, autorstwa kol. kol. Wojtyłki i Mijasa, po długiej dyskusji, postanowiono, że Prezes napisze list do redakcji NTO z zaproszeniem na spotkanie do OIL, na którym przedstawimy nasz punkt widzenia na aktualne problemy w ochronie zdrowia.

Ad 9.

Prezes przekazał zebraniem, że na lutowym posiedzeniu Konwentu Prezesów orl został ponownie wybrany jego Przewodniczącym. Oba (lutowe i marcowe) posiedzenia Konwentu były poświęcone przede wszystkim wypracowaniu parytetu izbowego przy wyborze członków NRL na Krajowym Zjeździe Lekarzy. Opracowana została lista osób rekomendowanych do NRL przez Konwent. Zawierała ona nazwiska 38 lekarzy (na 35 miejsc mandatowych) oraz 19 lekarzy dentystów (na 15 miejsc mandatowych). Po wyborach okazało się, że wśród wybranych lekarzy jedynie 3 było spoza tej listy, a wśród lekarzy dentystów – tylko 2.

Opolska Izba Lekarska po XII Krajowym Zjeździe Lekarzy zdecydowanie powiększyła swoją reprezentację w naczelnym organie naszego Samorządu. Do składu NRL wybrany został kol. Jerzy Lach (w NRL jest więc 2 przedstawicieli naszej OIL); do składu NSL wybrani zostali kol. kol. Jacek Miarka (był w już członkiem NSL poprzedniej kadencji) oraz Rafał Pędich. Z kolei Zastępcą Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej została kol. Marta Rodziewicz-Kabarowska (była już członkiem tego organu w poprzedniej kadencji). Prezes dodał też, że kol. Lach uhonorowany został najwyższym odznaczeniem samorządu lekarskiego „Meritus Pro Medicis”, które to odznaczenie odebrał w czasie Zjazdu.

Ponadto bardzo zauważalnym, opolskim akcentem Zjazdu, był ponad godzinny występ zespołu „Kardio-band”. Gra zespołu została entuzjastycznie przyjęta, towarzyszyła mu ad hoc stworzona zabawa taneczna.

Na Zjazd nie przybył Minister Zdrowia. Jego słynna konferencja prasowa, w której prezentował propozycje „antykojłkowe” była śledzona w czasie Zjazdu na telebimach, ale proponowane rozwiązania spotkały się z powszechną dezaprobatą Delegatów. Prezes zapowiedział, że przedstawi na Zjeździe w dniu 29.03. stanowisko w tej sprawie.

Prezes poinformował również, że jedna z uchwał zjazdowych jest dla nas bardzo istotna z powodów finansowych. Otóż od 1 lipca br. odpis na NRL wynosić będzie nie 15% składki należnej, ale 15% składki rzeczywiście zebranej.

Ad 10.

Kol. Latała poinformował o odbytym szkoleniu dla lekarzy dentystów pt. „Powikłania leczenia endodontycznego zębów”. Z kolei kol. Hamryszak przekazała informacje o posiedzeniu Rady Społecznej OOW NFZ, a kol. Suzanowicz przekazała informację o zakończeniu protestu pielęgniarek w Brzeskim Centrum Medycznym.

Ad 11.

W związku z ustąpieniem ze stanowiska Konsultanta Wojewódzkiego Pani dr Marii Bober-Paluch, Wojewoda Opolski zwrócił się do naszej izby z prośbą o opinię na temat dwóch kandydatur – rekomendowanej przez ustępującego konsultanta lek. Hanny Kardynał-Klimkiewicz (Z-cy ordynatora Oddziału Okulistycznego WCM) oraz dr n. med. Pawła Szkaradka, kierującego Oddziałem Okulistycznym Szpitala w Kędzierzynie-Koźlu, członka Śląskiej Izby Lekarskiej. Po dyskusji, w której padały dosyć rozbieżne propozycje (np. odroczenie decyzji do spotkania Prezydium Rady z oboma kandydatami), ostatecznie członkowie Rady postanowili nie zgłaszać zastrzeżeń do żadnego z kandydatów (7 głosów za taką uchwałą, 5 przeciwnych i 3 wstrzymujących się).

Prezes przedstawił problem odprowadzania podatku za szkolenia dla lekarzy i lekarzy dentystów, organizowane bezpłatnie przez Komisję Kształcenia Izby Lekarskiej. Według Ministerstwa Finansów takie szkolnie jest przychodem lekarza i Izba powinna wystawić PIT, a lekarz odprowadzić podatek.

Kol. Wojtyłko zwrócił się z prośbą o dofinansowanie konferencji pt.: „Interdyscyplinarność w procesie odbudowy postawy ciała i funkcji organizmu”, organizowanej przez Wydział Wychowania Fizycznego i Fizjoterapii Politechniki Opolskiej w dniu 29.03.br. Rada podjęła uchwałę o dofinansowaniu tej imprezy w kwocie 500 zł.

Prezes przedstawił problem, zasygnalizowany jakiś czas temu przez lekarzy powiatu nyskiego, którzy wystąpili do Starosty Nyskiego z zapytaniem, czy w powiecie jest osoba wyznaczona do wystawiania kart zgonu w sytuacjach, w których osoba zmarła nie leczyła się nigdzie w ciągu ostatnich 30 dni oraz do stwierdzania zgonu, jeżeli do najbliższego lekarza jest zbyt duża odległość. Prezes zapytanie podobnej treści skierował do wszystkich starostów. Nie wszystkie odpowiedzi spłynęły, ale z tych, które już są wyłania się zupełnie indywidualne i rozbieżne podejście do problemu w poszczególnych starostwach (od stwierdzenia, że osobą odpowiedzialną jest Zastępca Dyrektora Szpitala w danym powiecie, przez stwierdzenie, że problem jest tak sporadyczny, że przy nieprecyzyjnych regulacjach prawnych nie ma potrzeby a priori kogoś wyznaczać, do stwierdzenia, że próby znalezienia takiej osoby rozbijają się o aspekty finansowe czyli, że nikt nie chce się zgłosić). Sprawa wymaga dalszego monitorowania.

Wobec wyczerpania porządku obrad, na tym posiedzenie zakończono.

Sekretarz ORL

Lek. stom. Barbara HAMRYSZAK

KOLEJNE SPOTKANIE KOMISJI STOMATOLOGICZNEJ

W dniu 24.03.2014 r. w siedzibie OIL w Opolu odbyło się kolejne posiedzenie KS OIL VII Kadencji. Zebranych powitała dr J. Smerkowska-Mokrzycka. Przewodnicząca przedstawiła najnowsze informacje z:

XII Krajowego Zjazdu Lekarzy, który odbył się w Warszawie w dniach 20-22.03.2014 r.

Prezesem NIL ponownie został wybrany Maciej Hamankiewicz, a Naczelnym Rzecznikiem Odpowiedzialności Zawodowej Grzegorz Wrona.

Nasz kolega Jerzy Lach otrzymał odznaczenie „Merit Pro Medicis” oraz został członkiem NRL.

W Naczelnym Sądzie Lekarskim działać będą Jacek Miarka i Rafał Pędich, a szeregi Zastępców Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej zasili Marta Rodziewicz-Kabarowska.

Na XII Zjeździe Lekarzy przyjęto wiele apeli i stanowisk. Przewodnicząca odczytała uchwałę programową XII Zjazdu na lata 2014-2017.

KS NRL w styczniu 2014 r. wystosowała pismo do Ministra Zdrowia dotyczące zmian w regulacjach prawnych w zakresie warunków stosowania promieniowania jonizującego w stomatologii. Odpowiedź na to pismo nadeszła 5.03.2014 r. Przewodnicząca odczytała obszernie fragmenty pisma, w którym MZ nie podziela poglądu, by regulacje prawne w tym zakresie, tj. w stomatologii, były zbyt rygorystyczne.

Przewodnicząca odczytała pismo dr A. Baszkowskiego dotyczące pracy w soboty w ramach kontraktów sto-

matologicznych z NFZ oraz przypomniała stanowisko KS NRL dotyczące naboru na studia lekarsko-dentystyczne. Limit przyjęć na ten kierunek studiów powinien wynikać z możliwości dydaktycznych uczelni, by zapewnić kształcenie odpowiedniej jakości.

Dr Mokrzycka poinformowała także, że w 2016 r. Światowy Parlament Stomatologiczny oraz Doroczny Światowy Kongres Dentystyczny odbędą się w Polsce w Poznaniu.

Przewodnicząca KS poinformowała również o nowych obowiązkach wytwórców zakaźnych odpadów medycznych (rozporządzenie Ministra Środowiska w sprawie dokumentu potwierdzającego unieszkodliwienie zakaźnych odpadów medycznych lub weterynaryjnych z dnia 13.01.2014 r.).

9.04.2014 r. firma Marrodent organizuje kurs „Estetyka łatwa do osiągnięcia – bezpośrednia technika korekty kształtu i licowania przebarwionych powierzchni zębów za pomocą materiałów kompozytowych”. Miejsce kursu – Opole, Szara Willa, koszt 190 zł.

Kolejne posiedzenia KS OIL:

17.04.2014

26.05.2014

23.06.2014.

Sekretarz KS

Lek. stom. A. ADAMSKA

Przewodnicząca KS

Lek. stom. J. SMERKOWSKA-MOKRZYCKA

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

Termin	Kierownik naukowy	Temat	Miejsce szkolenia
6-8.V.14 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. Końskiego 55
17.V.14 r. Sobota godz. 10:00-14:00	Prof. dr hab. n. med. Jerzy Krupiński	Antybiotykoterapia w pracy stomatologa	Izba Lekarska w Opolu ul. Grunwaldzka 23
Przeniesiony na październik - dokładny termin w trakcie ustalania*	Dr Andrzej Sznajder Konsultant Wojewódzki w dziedzinie radiologii i diagnostyki obrazowej	Radiologia i diagnostyka obrazowa	Zakład Diagnostyki Obrazowej WCM w Opolu al. Witosa 26
Przeniesiony na listopad - dokładny termin w trakcie ustalania*	Dr Wiesława Budzin Konsultant Wojewódzki w dziedzinie chorób zakaźnych	Zakażenia HIV i choroby AIDS	Izba Lekarska w Opolu ul. Grunwaldzka 23

* - Kursy wymagane do specjalizacji, zgłoszenia: strona internetowa: www.opole.szkolenia.@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 te nie dają 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 przysługuje 5 pkt. edukacyjnych.

Małgorzata ŁUSZCZYŃSKA-OSTROWSKA

Komisja ds Lekarzy Seniorów organizuje w I połowie czerwca br. wyjazd do Muzeum Ziemi w Krasiejowie. Chętni proszeni są o zgłaszanie uczestnictwa w Biurze Izby (77/454-59-39) do końca maja.

Pododdział Endokrynologii Oddziału Chorób Wewnętrznych
Szpitala Wojewódzkiego w Opolu

oraz Konsultant Wojewódzki w dziedzinie Endokrynologii
lek. med. Elżbieta Łomna-Bogdanov

mają zaszczyt zaprosić na konferencję pt.
**WYBRANE ASPEKTY WSPÓŁPRACY
ENDOKRYNOLOGA I LEKARZA RODZINNEGO**

Program Konferencji:

- **Postępy w rozpoznawaniu i leczeniu osteoporozy** - prof. dr hab. Marek Bolanowski kierownik Kliniki Endokrynologii, Diabetologii i Leczenia Izotopami
- **Niedoczynność tarczycy** - lek. med. Aneta Czarnik, Szpital Wojewódzki w Opolu
- **Nadczynność tarczycy** - lek. med. Joanna Tabora-Ciszewska, Szpital Wojewódzki w Opolu
- **Choroby nadnerczy na podstawie wybranych przypadków klinicznych: choroba Cushinga, choroba Addisona, feochromocytoma** - lek. med. Elżbieta Łomna-Bogdanov, Szpital Wojewódzki w Opolu

Konferencja odbędzie się w dniu 17 maja 2014 o godz. 10.00 w Opolu w Sali konferencyjnej Restauracji „Wenecja” przy ul. Szpitalnej 13. Konferencja została zorganizowana dzięki wsparciu firmy „Merck”.

Zaproszenie na:

Mistrzostwa Opolszczyzny Lekarzy w Tenisie Ziemnym
Strzelce Op. ul. Budowlanych, korty „WINNER TENNIS”
25 maja 2014 od godz. 8.00

Organizator: Ryszard Wileński tel. 602-670-528, email: rysiekwil@gmail.com
strona kortów: <http://www.winnertennis.pl/>

DLACZEGO FLAGI OPOLA I UKRAINY MAJĄ IDENTYCZNE BARWY NIEBIESKO-ŻÓŁTE?

Żyjemy obecnie w niezwykle ważnym momencie historii, kiedy Ukraina walczy o przystąpienie do Unii Europejskiej. Wszystkich nas może interesować pytanie dlaczego flagi Opola i Ukrainy posiadają identyczne barwy niebiesko-żółte.

Aby odpowiedzieć na to pytanie należy sięgnąć do postaci Władysława Opolczyka, jednego z najwybitniejszych, ale również kontrowersyjnych książąt opolskich, o którym pisałem dziesięć lat temu w Biuletynie Informacyjnym OIL (nr 1/2002). Aktualnie chciałbym przedstawić nowe fakty z życia Władysława Opolczyka.

Władysław Opolczyk urodzony w roku 1330 był najstarszym synem opolskiego księcia Bolka II i Elżbiety córki księcia Bernarda Świdnickiego (oboje pochowani są w kryptach kościoła Franciszkanów w Opolu). Władysław Opolczyk był człowiekiem wykształconym i był nawet brany pod uwagę jako kandydat do korony polskiej w razie braku potomka Kazimierza Wielkiego.

Swoją karierę polityczną związał z królem Ludwikiem Węgierskim (ojcem królowej Jadwigi Andegaweńskiej). Ludwik Węgierski doceniając talenty administracyjne i dyplomatyczne młodego księcia opolskiego nadał mu godność wojewody królestwa węgierskiego (*Comes Palatinus Regni Hungariae*).

W roku 1370 po bezpotomnej śmierci Kazimierza Wielkiego, Ludwik Węgierski (otrzymał również przydomek Wielkiego) objął tron Polski i dwa lata później w roku 1372 mianował Władysława Opolczyka namiestnikiem Rusi Czerwonej (*Dux Opolensis et Russiaque Dominum*) ze stolicą we Lwowie, a wkrótce Wielkorządcą całej Polski.

W roku 1382 przy udziale licznie zgromadzonego duchowieństwa Władysław Opolczyk dokonał dla „zbawienia duszy” historycznego aktu fundacji Klasztoru Paulinów na Jasnej Górze w Częstochowie. Równocześnie wyposażył ich bogato w sąsiednie ziemie, nadał szero-

kie przywileje, wreszcie ofiarował Klasztorowi obraz „Czarnej Madonny” przywieziony z Rusi Czerwonej, który wkrótce zyskał sobie sławę czynienia cudów, przez to ściągając pielgrzymki z całej Polski. Wg. świadków „Czarna Madonna” była dziełem św. Łukasza Ewangelisty i miała pochodzić z Bizancjum. Św. Łukasz do dzisiaj jest patronem malarzy.

W czasach „Potopu” szwedzkiego obraz uszkodzony przez żołnierza szwedzkiego (do dzisiaj można zaobserwować dwa cięcia szablą na prawym policzku Matki Boskiej) był przechowywany w Kościele w Mochowie nieopodal Prudnika, zaś sam król Jan Kazimierz znalazł schronienie w zamku w Głogówku (w „Trylogii” Sienkiewicza to Głogowa). W rocznicę 600-lecia ufundowania Klasztoru Paulinów na Jasnej Górze przez Władysława Opolczyka w prezbiterium Kościoła Franciszkanów w Opolu wmurowano pamiątkową tablicę z białego marmuru.

Po śmierci swojego protektora Ludwika Węgierskiego (rok 1382). Władysław Opolczyk był początkowo zwolennikiem małżeństwa jego córki Jadwigi Andegaweskiej koronowanej na Króla Polski (jedynej ewenement w historii Polski koronowania kobiety) z Wilhelmem Habsburskim (z którym zresztą Jadwiga była zaręczona w młodości), jednak szybko zmienił orientację polityczną i stał się zwolennikiem Wielkiego Księcia Litewskiego – Jagiełły. Podczas chrztu Jagiełły w roku 1386 ojcem chrzestnym był właśnie Władysław Opolczyk i od niego Jagiełło otrzymał imię Władysław. Matką chrzestną Jagiełły była natomiast wdowa po Ottonie z Pilczy (byłym namiestniku Rusi Czerwonej).

Od Ludwika Węgierskiego w uznaniu za zasługi Władysław Opolczyk otrzymał olbrzymie majątki na Pomorzu (m. in. Ziemię Dobrzyńską, Bydgoszcz, Wałcz), ale

wkrótce z powodu kłopotów finansowych zaczął sprzymierzać się z Krzyżakami, m. in. z Konradem Wallenrodem i Ulrykiem von Jungingenem. Przyznał im wiele przywilejów na swoim terytorium, co budziło wielkie zgorszenie książąt polskich i śląskich jak również samego Jagiełły. Równocześnie stale forsował do godności biskupiej, a nawet prymasowskiej swojego bratanka księcia opolskiego Jana Kropidłę, który w końcu został biskupem w wieku 20 lat (vide Biuletyn Informacyjny OIL nr 7/2002). Opuszczony przez wszystkich bardzo zadłużony Władysław Opolczyk zmarł bezdomnie w Opolu w dniu 8 maja 1401 r. i pochowany został pod chórem Kościoła Franciszkanów w Opolu. Jedną z pamiątek po Władysławie Opolczyku jest znajdujący się w kaplicy książęcej Franciszkanów tryptyk przedstawiający klęczącego Władysława Opolczyka ofiarującego Matce Boskiej makietę Klasztoru Jasnogórskiego.

Skąd w takim razie identyczne barwy niebiesko-białe na flagach Opola i Ukrainy. Możemy to zawdzięczać właśnie Władysławowi Opolczykowi. Otóż w okresie kiedy był namiestnikiem Rusi Czerwonej ze stolicą we Lwowie (obecnie tereny Ukrainy) okazał się bardzo energicznym administratorem. Znacznie ożywił gospodarkę, handel i rzemiosło w tym olbrzymim terytorialnie kraju o zupełnie odmiennych warunkach geopolitycznych, ustrojowych i społecznych, różniących się od Śląska, Węgier i Polski, gdzie sprawował dotąd władzę. Wg historyków jego wielką zasługą było również integracja ludności ruskiej i polskiej oraz masowe sprowadzenie osadników ze Śląska, co znacznie ożywiło gospodarkę tych ziem.

W Opolu mamy ulicę Jana Kropidły (na Pasiece), Jana II Dobrego, jednak brak ulicy Władysława Opolczyka, ojca chrzestnego króla Władysława Jagiełły.

Dr hab. n. med. Janusz KUBICKI



ROZMOWA JEST CZĘŚCIĄ PROCESU LECZENIA

We współczesnej medycynie relacja lekarz–pacjent ma istotny wymiar medyczny, moralny, etyczny i ekonomiczny. Dobre porozumienie z pacjentem jest warunkiem skutecznej terapii i ma podstawowe znaczenie dla wysokiej jakości opieki medycznej. W rozmowach z chorym istnieje również płaszczyzna określana jako „pozamedyczna”, lecz ściśle związana z leczeniem i towarzyszeniem w cierpieniu. W tej płaszczyźnie rozmowa z pacjentem jest spotkaniem człowieka z człowiekiem. W obu aspektach cel nawiązania porozumienia z chorym jest ten sam, lecz istnieje między nimi subtelna odmienność. Rozmowa z chorym jest więc częścią procesu leczenia i czynnikiem wspólnoty międzyludzkiej w trudnej sytuacji choroby.

Wobec socjologicznych zmian społecznych, zjawiska agresji w opiece zdrowotnej, ogromnej ilości obowiązków lekarzy i przerostu biurokracji – właściwe porozumienie z chorym staje się coraz trudniejsze i obciążające emocjonalnie. Fakty te powodują wzrost zainteresowania praktyczną wiedzą na temat komunikacji klinicznej. Edukacja w zakresie kompetencji komunikacyjnych jest od kilkunastu lat integralną częścią wykształcenia klinicznego w większości europejskich i amerykańskich uczelni medycznych. Od kilku lat dużym zainteresowaniem cieszą się prowadzone w naszej izbie szkolenia z tego zakresu, publikujemy też informacje i artykuły temu poświęcone. Zamierzamy tematykę tę poszerzać i kontynuować.

Celem przygotowanego cyklu z zakresu komunikacji klinicznej jest przedstawienie aktualnego stanu wiedzy i narzędzi, które mogą być pomocne lekarzom we współpracy z pacjentami.

* * *

PRZEKAZYWANIE NIEPOMYŚLNYCH WIADOMOŚCI W PRAKTYCE LEKARSKIEJ

Dobre porozumienie między lekarzem a pacjentem pozwala na prawidłową realizację terapii. Pierwsze rozmowy dotyczące rozpoznania poważnej choroby zazwyczaj stają się jednymi z najtrwalej zapisanych w pamięci pacjentów i ich rodzin zdarzeń, wyznaczając charakter dalszej relacji lekarza z pacjentem. Zapamiętany zostaje zwłaszcza ich emocjonalny kontekst oraz stosunek lekarza do pacjenta. Właściwe przekazanie pacjentowi złych wiadomości jest jednym z najtrudniejszych i najbardziej obciążających emocjonalnie zadań lekarza. Istotnego znaczenia właściwego rozpoczęcia współpracy z chorym dowiodły badania F. Fanga, w których wykazano, że przyczyną samobójstw u pacjentów onkologicznych jest diagnoza, a nie niekorzystny przebieg choroby. Wy-

kazano bardzo silny związek między uzyskaniem informacji o rozpoznaniu choroby nowotworowej i datą zgonu z powodu samobójstwa (Fang F, Fall K, Mittleman M, Sparen Pet al., Suicide and cardiovascular death after a cancer diagnosis; The New England Journal of Medicine 2012, 366,14, s. 1310–1318).

W protokołach medycznych procedur takich jak resuscytacja krążeniowo-oddechowa lub postępowanie w kwasicy ketonowej każdy krok musi zostać właściwie przeprowadzony, a udana realizacja kolejnego etapu zależy od prawidłowego przeprowadzenia i zakończenia etapu poprzedzającego. Postępowanie lekarza w czasie przekazywania informacji o rozpoznaniu poważnej choroby wymaga podobnej świadomości znaczenia poszczególnych etapów tego procesu oraz delikatności, precyzji, czujności i konsekwencji.

Istotne jest nie tylko werbalne przekazanie treści wiadomości, ale również umiejętność pozawerbalnego wsparcia pacjenta, umiejętność radzenia sobie ze stresem wywołanym przez oczekiwania pacjentów i zaangażowanej rodziny, stworzenie możliwości udziału pacjenta w podejmowaniu decyzji medycznych, odpowiedź na emocjonalne reakcje pacjenta oraz znalezienie odpowiedzi na pytanie: jak dać nadzieję, gdy sytuacja jest trudna

EMPATIA, na kanwie tego słowa – klucza, powstał prze-myślany i łatwy do zapamiętania kilkietapowy protokół, ułatwiający lekarzowi przekazywanie niepomyślnych informacji w sposób pozwalający na zbudowanie – na tej trudnej podstawie – dalszej współpracy medycznej z pacjentem.

Stworzone narzędzie powstało na podstawie doświadczeń Kliniki Pediatrii, Hematologii i Onkologii Collegium Medicum w Bydgoszczy Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu oraz analizy danych zaczerpniętych z literatury.

EMPATIA – protokół przekazywania informacji o rozpoznaniu choroby nowotworowej

E – Emocje

Głęboki kontekst emocjonalny pozostaje nieodłącznym elementem przekazania diagnozy poważnej choroby. Kontekst ten obejmuje zarówno emocje pacjenta, jak i lekarza.

Otrzymanie wiadomości o poważnej chorobie jest z natury odbierane przez pacjenta jako wrogie, bywa opisywane jako – „uderzenie w głowę” albo „wybuch bomby”.

Lekarz przekazujący informacje o poważnym zagrożeniu dla zdrowia i życia również doświadcza wielu negatywnych emocji. Istnieją różne strategie obronne stosowane przez pracowników opieki medycznej w takich sytuacjach. Niektóre z nich pozwalają na budowanie zaufa-

nia pacjenta, a inne mogą być przyczyną zaprzepaszczenia szansy na dobrą współpracę. Błędna strategia w sytuacji przekazywania złych wiadomości to np. maksymalne skracanie rozmowy, nadmierna medykalizacja języka, utrudniająca pacjentowi pełne zrozumienie jego sytuacji, lub zupełnie inny biegun w postaci używania pseudo żartobliwych określeń typu: „ma pan kalafiora w d...”. Takie postępowanie w trakcie rozmowy pogłębia w pacjencie poczucie uprzedmiotowienia i lekceważenia.

Ze względu na silne emocje, które zwykle wiążą się z tą rozmową – przed przystąpieniem do niej zawsze należy poświęcić kilka chwil na przygotowanie jej planu, uwzględniającego treść i kolejność przekazywanych pacjentowi informacji.

Stworzenie planu obejmuje: staranną znajomość szczegółowego rozpoznania, dotychczasowego przebiegu choroby, jej aktualnego stadium, planów leczenia i rokowania.

M – Miejsce, osoby i czas

Konieczne jest znalezienie odpowiedniego, spokojnego miejsca, które pozwalałoby na przeprowadzenie rozmowy na siedząco i bez ingerencji osób trzecich.

Do pacjenta należy decyzyja, czy w czasie tej rozmowy chce być sam z lekarzem czy chciałby, żeby uczestniczyła w niej jeszcze jakaś inna osoba wspierająca go. W przypadku, kiedy rozmowa dotyczy dzieci kluczowa jest obecność obojga rodziców. Natomiast kwestię obecności dziecka w trakcie tej rozmowy rozstrzygają rodzice i lekarz, kierując się między innymi wolą pacjenta, jego wiekiem i dojrzałością emocjonalną.

Czas tej rozmowy powinien być przeznaczony wyłącznie na nią. Lekarz nie powinien w jej trakcie odbierać telefonu ani rozwiązywać innych problemów.

P – Perspektywa pacjenta

Przed przekazaniem wiadomości trzeba wysłuchać krótkiej opinii pacjenta o jego stanie zdrowia oraz zapytać o towarzyszące mu obawy. To pozwala poznać poziom wiedzy chorego i jego nastawienie. Wysłuchanie pacjenta pozwala uniknąć omawiania faktów, które są dla niego jasne, dostosować formę i język rozmowy do potrzeb i gotowości do przyjęcia informacji oraz poznać jego perspektywę widzenia choroby. Pacjent w trakcie tej wypowiedzi przekazuje lekarzowi wiele informacji pozawerbalnie, dlatego w tym czasie szczególnie istotny jest kontakt wzrokowy z nim.

A – Adekwatny język

W trakcie udzielania informacji należy dołożyć starań, aby używany język był dostosowany i zrozumiały dla pacjenta. Ważne jest unikanie żargonu medycznego.

T – Treść wiadomości

Bezpośrednio przed podaniem złej wiadomości warto powiedzieć tak zwane zdanie ostrzegające, pozwalają-

jące pacjentowi „podnieść gardę”. Może być to zdanie w rodzaju: „Wolałbym, żeby ta wiadomość była lepsza.” lub „Bardzo mi przykro, że nie mogę mieć dla pana lepszych informacji.”. Treść wiadomości należy przekazać bezpośrednio i jak najprościej. Po przekazaniu wiadomości należy unikać pokusy natychmiastowego pocieszenia pacjenta. Chwila milczenia po jej przekazaniu jest odbierana przez pacjentów jako szacunek dla nich.

I – Informacje dodatkowe

Kolejnym etapem rozmowy jest przedstawienie planu leczenia, planu postępowania, szczegółów rokowania, zapewnienie o dalszej opiece i stałej gotowości wsparcia oraz udzielenie odpowiedzi na pytania pacjenta.

Pacjent, ze względu na przeżywany stres, zwykle jest w stanie zapamiętać tylko część z przekazywanych mu w trakcie tej rozmowy informacji. Z tego powodu warto przedstawić mu konkretny termin kolejnej rozmowy, w trakcie której będzie mógł uzyskać odpowiedź na pojawiające się pytania. Czas między tymi dwoma rozmowami pozwoli pacjentowi sprecyzować wątpliwości. Warto zaproponować mu zapisanie pytań. Taki plan pozwala uniknąć poczucia niedoinformowania oraz wielokrotnych, nie satysfakcjonujących pacjenta i zabierających czas lekarza, rozmów.

Szczególnie trudne są rozmowy w sytuacji poważnego rokowania czy wyczerpania możliwości terapeutycznych. Nawet wtedy w trakcie rozmów z pacjentem nie powinny pojawiać się sformułowania w rodzaju: „nic nie można zrobić” lub „nie ma już żadnej nadziei”. Ważne jest, żeby mówić prawdę i jednocześnie niezależnie od sytuacji zdrowotnej pacjenta pozostawiać mu nadzieję. W niektórych przypadkach będzie to nadzieja na czas bez bólu, pozwalający na realizację jakichś marzeń chorego, lub nieokaleczające leczenie, a w innych na całkowite wyzdrowienie. Istotne jest udzielenie emocjonalnego wsparcia pacjentowi.

A – Adnotacje w dokumentacji

Wskazane jest sporządzenie krótkiej notatki z treści rozmowy oraz podpisanie jej przez lekarza i pacjenta. Pacjent powinien otrzymać kopię dokumentu.

Każda sytuacja kliniczna jest inna i każdy pacjent jest inny, dlatego rozmowy lekarzy z pacjentami nigdy nie są takie same. Protokół EMPATIA jest ogólnym szkicem, stworzonym jako wsparcie dla lekarza stojącego przed jednym z trudniejszych zadań w swojej praktyce.

Dr n. med. Katarzyna JANKOWSKA

Klinika Pediatrii Hematologii i Onkologii CM UMK

*Członek grupy roboczej Assessment w European Association
for Communication in Healthcare;
aktualne zainteresowania badawcze: komunikacja w opiece
medycznej*

(przedruk z „Primum Non Nocere” nr 2/14)

NIE BAĆ SIĘ PSYCHOONKOLOGA

Psychoonkologia to interdyscyplinarna dziedzina medycyny, która zajmuje się psychologicznymi aspektami choroby nowotworowej. Można by rzec, że stanowi ludzką twarz opieki onkologicznej zogniskowaną wokół poprawy jakości życia pacjentów i ich rodzin. W jej obrębie fundamentalną rolę odgrywa włączanie problemów psychoonkologicznych do programu nauczania studentów i personelu medycznego, a także działalność naukowo-badawcza.

Do głównych zadań psychoonkologii należy praca w zakresie wsparcia emocjonalnego pacjenta i jego bliskich – na każdym etapie choroby. Są to również działania psychoedukacyjne ukształtowane na potrzeby zrozumienia pewnych słów, zachowań, emocji. W dużym stopniu składa się na indywidualne wsparcie poprzez rozmowę, terapię całej rodziny, wsparcie dzieci oraz w okresie żałoby.

W psychoonkologii terapeuta wykorzystuje określone techniki wsparcia, m.in.: interwencję kryzysową, indywidualną, doraźną rozmowę. Ponadto prowadzi zajęcia relaksacyjne oraz warsztaty dla chorych i ich rodzin. Nie małą rolę odgrywa w tym przypadku tzw. grupa wsparcia.

Poszczególne etapy pracy z pacjentem obejmują:

- a) fazę diagnostyczną (od zauważenia zmian do czasu postawienia diagnozy, etap lęku, stresu, wahania emocjonalnego),
- b) fazę leczenia (potrzeba łagodzenia objawów leczenia onkologicznego: zmęczenia, zaburzeń snu itp.),
- c) fazę wznowy procesu nowotworowego (pomoc w łagodzeniu reakcji związanych z takim stanem pacjenta),
- d) fazę okresu remisji (stany, kiedy to ustąpiły objawy choroby nowotworowej, samoobserwacja, lękowe spojrzenia na oczekiwanie przyszłości),
- e) fazę opieki paliatywnej (okres wsparcia psychoonkologicznego w tak zwanym leczeniu objawowym),
- f) fazę stanu terminalnego (zaspokojenie potrzeb psychicznych i duchowych chorego).

Możliwości leczenia ogromnie wzrosły, ale nadal niecierpliwie oczekujemy na przełom w terapii takich chorób jak: rak jelita, piersi, jajnika.

W pogoni za pieniędzmi zapominamy o naszym zdrowiu – nie odżywiamy się regularnie, nie robimy okresowych badań kontrolnych. A to tylko wierzchołek góry lodowej... Życiem i sobą zaczynamy się przejmować, gdy przychodzi trudna diagnoza „rak”. Wtedy pojawia się gonitwa emocji pod postacią bezradności, poczucia beznadziejności i na końcu śmierć... Najczęściej spotykaną reakcją na śmiertelną chorobę jest zaprzeczenie. Pojawia się lęk przed nieznanym. Każdy z nas dysponuje pewną wiedzą na temat nowotworów, przyczyn choro-

by i jej źródeł. To powoduje, że boimy się utraty kondycji psychofizycznej, ról życiowych, kontaktów interpersonalnych, integralności umysłowej. W końcu tracimy nadzieję... To jest właśnie ten moment, kiedy psychoonkolog odgrywa bardzo ważną rolę, zaczyna się opiekować pacjentem, rodziną. Pozwoli zrozumieć emocje i pomoże w ich wyrażaniu, przeżywaniu. Wspólnie określi znaczenie choroby dla pacjenta i dla jego rodziny. Będzie rozpoznawał potrzeby członków rodziny, pomoże w komunikacji z chorym w różnym stadium choroby. Pozwoli na przygotowanie się na moment rozstania. Nazwie emocje, które pacjent wyraża w całym procesie leczenia, nazwie szok, złość, smutek. Określi przyczyny lub po prostu źródła tych emocji poprzez niespodziewane wiadomości w naszym życiu. Psychoonkolog wskaże, jak sobie poradzić z bezradnością, która towarzyszy choremu: „nie mogę planować, wydaje mi się, jakbym już nie żył”, pomoże rozpoznać objawy depresji: „straciłem chęć do życia, na raka nie ma lekarstwa”, nie zostawi pacjenta samego ze swoją chorobą. Terapeuta zastosuje techniki przezwyciężania kryzysu, kiedy u pacjenta nastąpi trudny etap i emocjonalnie obciążający.

Jak udowodniono, pełna zaufania, udana komunikacja przyczynia się do zacieśnienia więzów pomiędzy lekarzem, psychoonkologiem i pacjentem, motywuje do współpracy. Taki rodzaj relacji i przywiązania powoduje, że chory nie czuje się osamotniony w walce z nowotworem. Często z ust psychoonkologa padają zatem słowa: „Chciałbym, aby Pan/Pani wiedział/a, że jestem tutaj z Panem/Panią, niektóre rzeczy, jakie powiem, mogą być trudne do zrozumienia, więc chciałbym, aby Pan/Pani swobodnie przerywał mi, jeżeli coś, co okaże się niejasne, albo się nie zgadza, jesteśmy tu razem i będziemy przez to razem przechodzić”.

Pacjent z nowotworem popada w różne stany emocjonalne zależne od etapu przebiegu choroby. Pierwszy z nich (tzw. etap wstępny) następuje wtedy, gdy od zauważenia objawów do momentu postawienia diagnozy dochodzi w rozumieniu pacjenta zakłócenie stanu równowagi psychicznej, wynikającej właśnie z poczucia zagrożenia, lęku, niepewności i przewidywania złej diagnozy. Następnym etapem jest tzw. etap przewlekły: wówczas zajmujemy się czasem rozwoju choroby i jej leczenia. Etap ten trwa długo i zmusza do bytowania w różnych ośrodkach, co często wiąże się z niekorzystnymi i trudnymi do przyjęcia zmianami w życiu, np. rezygnacją z pracy zawodowej.

Wszystko ma jednak swoje granice, wszystko jest po coś, w pewnym momencie przychodzi czas na tzw. etap terminalny: przeważnie poprzedza śmierć, trwa od kilku dni do kilku tygodni. U pacjenta na tym etapie dochodzi do emocjonalnego załamania, pogłębiają się dolegliwości fizyczne, chory ogranicza kontakt z otoczeniem i coraz wyraźniej uzależnia się od rodziny.

Dr Ewa Kübler-Ross podzieliła postawy psychiczne dot. godzenia się ze śmiercią własną i bliskich na 5 etapów:

- 1) zaprzeczenie i izolacja: związana z zastosowaniem negacji jako podstawowego mechanizmu obronnego, jest to etap konieczny i potrzebny, aby oswoić się z bolesną prawdą o chorobie.
- 2) gniew, bunt, agresja: etap szukania winnego, często pojawiają się wtedy pytania: „Dlaczego właśnie ja?”; położenie, w jakim znalazł się chory, wywołuje konflikt wewnętrzny.
- 3) targowanie się: to dla chorego czas, w którym szuka rozwiązania trudnej sytuacji poprzez układy i targowanie się z losem, życiem, siłą wyższą, składa wtedy przyrzeczenia, np.: „Jeśli wyzdrowieję, będę codziennie chodził do kościoła” – skutkiem takich zobowiązań, często mało realistycznych, bywa obawa przed karą za niedotrzymanie zobowiązań.
- 4) cechy depresji: dominuje smutek i żal – to czas, kiedy trzeba przygotować się do rozstania z życiem; pierwszy etap depresji przebiega na ogół z żywą ekspresją ze strony chorego, drugi w milczeniu, będąc wyrazem duchowego przygotowania się do tego, co go czeka.
- 5) etap akceptacji: pacjent odzyskuje równowagę i wewnętrzny spokój, wykazuje mniejsze zainteresowanie otoczeniem, ogranicza ekspresję werbalną; jest wyraźnie osłabiony fizycznie, dlatego potrzebuje dużo snu – to etap bezpośrednio poprzedzający śmierć.

W społeczeństwie nadal nie brakuje stereotypowego myślenia typu: „To ja spowodowałem chorobę”, „Czuję się źle, nie ma poprawy, to moja wina”, „Nie myślę pozytywnie, to dlatego”. Pamiętajmy o tym, że nasza relacja z pacjentem jest bardzo ważnym elementem leczenia, ale nie jego zasadniczą częścią.

Zapewne nadejdzie moment, kiedy pacjent zada nam pytanie: „Czy ja umrę?”. Obawa przed śmiercią – szczególnie w przypadku choroby nowotworowej – jest czymś zupełnie naturalnym. Przyznam szczerze, że o „raku” nauczyliśmy się myśleć w kategoriach rzeczy ostatecznych. Nie ma sensu uciekać od trudnych myśli, zacho-

wań, ale może warto się im przyjrzeć i zastanowić, jak można emocjonalnie sobie z nimi poradzić. Nikt z nas nie wie, co przyniesie przyszłość, ale możemy zmienić to, co się dzieje tu i teraz, czyli zadbać o terażniejszość. Niektórych pacjentów uspokajają stwierdzenia: „Rokowania wielu chorych na raka są bardzo dobre”. Większość nowotworów może być leczona z sukcesem. Niech główną motywacją do życia nie będzie obawa przed śmiercią, a świadomość, że życie jest kruche i zawsze za krótkie. Warto porozmawiać z pacjentem (lub jego rodziną) i zadać pytania np.: „Co każe Panu/Pani stawiać pytania dot. sensu życia i śmierci?”, „Co Pan/Pani myśli na ten temat, dlaczego akurat tu i teraz jest tak ważne?”, „W jaki sposób Pan/Pani odpowiadał na takie pytania we wcześniejszych sytuacjach kryzysowych?”.

„Gdy masz siedemnaście lat, śmierć wydaje Ci się gwiazdą odległą o tyle lat świetlnych, że nawet przez potężny teleskop ledwie ją widać. Potem starzejesz się i odkrywasz, że to nie gwiazda, tylko wielki jak nieszczęście asteroid, który leci prosto na Ciebie i jeszcze trochę, a przyladuje Ci w ciemię” (Jonathan Carroll, „Drewniane morze”). Pamiętam historię pacjenta, który „przeczuwał”, że nie przeżyje operacji. Tuż przed nią powiedział do swojej żony: „Za każdym razem, kiedy pocujesz na twarzy lekki powiew wiatru, to będę ja, przybędę, by Cię ucałować”. Faktem jest, że ludzi doceniamy głównie wtedy, gdy jawi się przed nami ich ostateczna utrata. Pamiętajmy jednak, że „Ci, których kochamy, nie umierają nigdy, bo miłość jest nieśmiertelna” (Emily Dickinson).

Marcin MAĆKOWIAK

Autor: absolwent psychoonkologii Szkoły Wyższej Psychologii Społecznej w Warszawie. Posiada wykształcenie wyższe teologiczne, psychologiczne i medyczne, specjalista ds. promocji zdrowia i opieki psychopedagogicznej. Pracował m.in. w NZOZ w Zaborze na Oddziale Psychiatrii Dziecięcej oraz w NZOZ Hospicjum Boni-fratrów im. św. Jana Bożego we Wrocławiu.

(przedruk z „Medium” nr 10/13)

PRAWO NA CO DZIEN

WSZYSTKO CO CHCIELIBYŚCIE WIEDZIEĆ O EDM, A NAWET NIE WIECIE, O CO PYTAĆ

Ustawa o systemie informacji medycznej nakłada na placówki służby zdrowia obowiązki informatyzacji dokumentacji medycznej. Dobra wiadomość: resort zdrowia planuje przesunięcie terminu, do którego można używać dokumentacji papierowej z zapowiadanego 1 sierpnia 2014 na 2017 rok.

Elektroniczna Dokumentacja Medyczna to pożegnanie z papierem w dokumentacji medycznej już na dobre?

Wydaje się, że tak i to pożegnanie nieuniknione, bo zyski przejścia z „papieru” do dokumentacji prowadzonej w formie elektronicznej są oczywiste. Szybki dostęp do informacji o pacjencie, proste i szybkie udostępnianie

dokumentacji na zewnątrz, to oszczędność czasu lekarza i pacjenta. Znikają koszty kserowania, przenoszenia dokumentów, nie potrzeba już miejsca na przechowywanie tysięcy kart pacjentów itp. To również łatwość przygotowania analiz danych medycznych, dostęp do historii choroby pacjenta w różnych miejscach Polski.

To jednak nie wszystko – EDM to także wejście z informacją medyczną do sieci publicznej, gromadzenie tam danych dotyczących wszystkich pacjentów. Każdy lekarz, pielęgniarka co najmniej raz dziennie będzie prostym kliknięciem generował komunikaty dotyczące pacjentów z komputera, na którym pracuje do Systemu Informacji Medycznej.

I to jedno kliknięcie sprawi że...

Czy to będzie jedno kliknięcie na koniec dnia pracy, czy lekarz będzie klikał po każdej wizycie pacjenta, zależy będzie od decyzji placówki: szpitala, przychodni czy samego lekarza prowadzącego gabinet,

oraz konstrukcji programu, który będzie tam używany. Ale dzięki temu informacje o pacjencie znajdą się w SIM w tym samym dniu, w którym pacjent skorzystał z porady. Inni lekarze dzięki temu od razu – jeśli będzie taka potrzeba – dotrą do najaktualniejszych informacji o chorym. Słowem, jeśli Kowalski miał wczoraj kolkę i był u lekarza w Gdańsku, a dziś jest w podróży w Nowym Sączu i ma atak, lekarz wyświetla jego profil i wie wszystko: data, diagnoza, badania, leki. Pod względem technicznym i medycznym to możliwość nie do przecenienia. A i pacjent nie musi pamiętać, wozić ze sobą dokumentów itp. To wyeliminuje wiele stresujących, niejasnych sytuacji.

Ale uzależni szpitale, przychodnie i gabinety od Internetu.

To są wady tego systemu. Ustawa o systemie informacji wymaga na bieżąco wprowadzania do systemu danych, przynajmniej raz dziennie. Wystarczy brak dostępu do Internetu, a lekarz nie wygeneruje komunikatu, nie zapisze wizyty. Co wtedy? Większość firm nie gwarantuje przecież stałego całodobowego dostępu, wręcz przeciwnie, z doświadczenia wiemy, że takie awarie się zdarzają. Internet to jedno, ale są też zwykłe problemy techniczne związane z obsługą komputera, programów komputerowych, zawiesza się system, są pomyłki. W umowie trzeba wpisać stały kontakt z informatykiem, który zabezpieczy natychmiastową pomoc informatyczną w razie awarii. Tylko pytanie – czy to się w praktyce da zrobić?

A co jeśli lekarz źle wpisze dane, źle kliknie i je utraci albo zdarzy się inna katastrofa, której nie umiemy nawet dziś przewidzieć?

Raz zapisanego komunikatu nie można usunąć, błędne wpisy poprawiamy przez nowe poprawne wpisy, a stare zostają w systemie. Widać historię zmian, kto, kiedy, w czym się pomylił. Ale to nie przeszkadza lekarzowi w pracy, on będzie widział te najaktualniejsze zapisy. Zapisane informacje nie mogą zniknąć, pomieszać się itp.,

to podstawa leczenia. Dlatego już dziś trzeba wiedzieć, co w razie pomyłki, jakiejś technicznej wpadki, czy za wszystko odpowiada lekarz? Informatyk stwierdzi, że jego program spełnia wymagania i tak naprawdę lekarz może sam zostać z problemem. Dlatego uczulamy lekarzy, żeby starali się wymagać takich sformułowań w umowie z firmą, od której kupią program, żeby chociaż częściowo podzielić się ewentualną odpowiedzialnością.

Przy oczywistych korzyściach te konieczne warunki: stały dostęp do Internetu, sprawny komputer i niezawodny program mogą „nawalić” bez udziału lekarza.

Przecież tak od lat działają systemy bankowe. Kiedyś bankier siedział przy biurku, miał szpilkę, na którą nakłuwał kwitki, a dziś wszystkie nasze pieniądze są wirtualne. Czy giną na masową skalę, czy systemy padają? A lotnictwo... mamy wirtualne bilety, wirtualne bagaże. Niewiele jest już dziedzin w życiu, w których nie ma informatyzacji. Zawsze na początku jest obawa, że to się na pewno nie powiedzie, a później trudno sobie wyobrazić bez tych ułatwień życie.

Lekarz sam wybiera i kupuje program do obsługi EDM, skąd ma wiedzieć jaki, gdzie, jak skonstruować umowę z firmą, jak się zabezpieczyć?

Ustawodawca nie przewidział koncesjonowania, nie ma instytucji, która dopuszcza do użytkowania oprogramowania obsługujące EDM. Firma musi dać gwarancję, że jej program spełnia ustawowe wymagania. Właśnie po to, aby lekarzy nie zostawić samym sobie, OIL w Gdańsku stworzyła specjalny zespół, który sprawdza rynek istniejących programów pod kontem ich funkcjonalności. Bierzemy pod uwagę przejrzystość, intuicyjność, zabezpieczenia, funkcjonalność. Prowadzimy też wykłady dla lekarzy, jak się w problemach związanych z EDM poruszać.

I pacjenci i lekarze obawiają się o dostępność do informacji na temat pacjenta. Dlaczego mój stomatolog ma wiedzieć, że leczyłem się na depresję czy zrobiłam sobie lifting? – denerwują się pacjenci.

Do danych pacjenta dostęp może być selektywny, nie każdy i nie wszystko. Może będzie podstawowy profil, gdzie znajdują się informacje neutralne, nieprzynoszące ujemy, a dostęp do tych wrażliwszych będzie możliwy tylko dla niektórych. Każdy, kto wpisuje dane: lekarz czy pielęgniarka, jest identyfikowany w sieci przez kod, podpis. Wysyła komunikat „proszę o udostępnienie danych medycznych” i system je odblokowuje

tylko po zweryfikowaniu danych, nie ma więc obawy, że ktoś nieuprawniony będzie podglądał informacje o chorych. Zresztą dostęp do nich mają nie tylko lekarze, ale wszystkie podmioty wymienione w ustawie o prawach pacjenta, czyli sądy lekarskie, prokuratura, NFZ, minister zdrowia, ZUS – każdy w zakresie, w jakim upoważnia go do tego ustawa. Wcale nie oznacza to więc rozszerzenia uprawnień, tak jest i dziś, tylko sąd pisze pismo z prośbą o udostępnianie danych z określonego powodu.

A Kowalski będzie mógł zobaczyć swój cały profil?

Pacjent będzie miał dostęp do całości Systemu Informacji Medycznej, nie wiemy jeszcze, w jaki sposób, czy z kartą ubezpieczenia zdrowotnego, czy przez kod. Będzie mógł oczywiście tylko zobaczyć, nie zmienić czy dopisać.

Trzy lata to niedużo, tym bardziej, że są lekarze prowadzący gabinety, przychodnie pracujące cały czas z papierową dokumentacją.

Większość szpitali czy lekarzy prowadzących gabinety pracuje już z komputerową kartoteką pacjenta, oni nie zauważą dużej różnicy po wprowadzeniu EDM. Problem może być rzeczywiście z niedużymi przychodniami, w których karty pacjenta cały czas znajdują się w specjalnych szafkach i są zanoszone przez rejestratorów lekarzowi na biurko. Tu pracownicy będą musieli po prostu nauczyć się obsługi programu i prowadzenia dokumentacji za pomocą komputera.

To oczywiście uniemożliwia na razie wymianę danych w formie elektronicznej pomiędzy szpitalami a placów-

kami POZ, a taka jest między innymi idea EDM. Ale to tylko kwestia czasu, każda placówka musi to wprowadzić, prawdopodobnie do 1 sierpnia 2017 roku, jeśli planowane zmiany dojdą do skutku. OIL na pewno zrobi wszystko, żeby przede wszystkim rekomendować lekarzom dobre programy i przedstawić wszelkie zagrożenia związane z umowami, obsługą programów, wymianą danych.

Dziękuję za rozmowę.

Rozmawiała: Alicja KATARZYŃSKA

Mecenas Iwona Kaczorowska-Kossowska jest radcą prawnym, od 18 lat związanym z biurem prawnym OIL w Gdańsku. Od 2004 pracuje w Kancelarii Prawa Medycznego i Farmaceutycznego w Gdyni, jest też redaktorem merytorycznym miesięcznika „Menadżer Placówki Medycznej”, a od 2013 roku – ekspertem serwisu „Prawo i Zdrowie” Wolters Kluwer.

(przedruk z „Pomorskiego Magazynu Lekarskiego” nr 4/14)

MEDYCYNĄ PO DYPLomie

W ZWIĄZKU Z ŻYWNOSCIĄ

Nie zawsze wodą, ale często herbatą, kawą, sokami lub mlekiem - tak często pijamy tabletki przepisane przez lekarza lub kupione samodzielnie. Tymczasem skuteczność oraz odpowiednia siła działania farmaceutyków pozostają w ścisłym związku ze spożywanymi napojami oraz pokarmami.

Na czczo czy po posiłku?

Problem spożywania leków przed lub po posiłku jest bardzo szeroki. Spotkać można zarówno zwolenników spożywania leków na czczo, a także tych, którzy nie wyobrażają sobie połknąć tabletki na „pusty żołądek”. Każda z tych grup będzie miała trochę racji, jednak diabeł tkwi w szczegółach.

W trakcie podawania leku na czczo zachodzi szybkie opróżnianie żołądka, a co za tym idzie następuje szybki wzrost stężenia leku we krwi. W przypadku spożycia posiłku, proces ten opóźnia się, co powoduje wydłużenie czasu wchłonięcia leku do ustroju. Dla leków, które trudno lub wcale nie rozpuszczają się w środowisku jelita cienkiego jest to zjawisko korzystne. Do takich leków zaliczyć można np. **digoksynę** (leczenie niewydolności krążenia) i **kortykosteroidy** (leki o działaniu przeciwzapalnym). Zaleganie pokarmu w żołądku może też wywołać skutki niepożądane, takie jak opóźnienie i zmniejszenie maksymalnego stężenia leku w ustroju. Dzieje się tak np. w przypadku **penicyliny i amoksycyliny** (leczenie zakażeń bakteryjnych) oraz **kaptoprylu** (leczenie nadciśnienia tętniczego krwi), których wchła-

nianie może ulec opóźnieniu lub zahamowaniu. Innym ważnym problemem jest możliwość tworzenia się niewchłanianych przez organizm związków pomiędzy lekami, a składnikami zawartymi w pożywieniu. Jako przykład można podać tutaj związki żelaza dostarczane z pożywieniem (wątróbka, szpinak), które wiążą substancje czynne zawarte w lekach, jak **teracyklina, cyprofloksacyna, lomefloksacyna, enoksacyna** (leczenie zakażeń bakteryjnych) oraz jony wapnia (zawarte w nabiałe) wchodzące w interakcję z **tetracykliną i doksycykliną**. Wiele związków, takich jak **penicyliny** (leczenie zakażeń bakteryjnych), **digoksyna** (leczenie niewydolności krążenia), **didanozyna, lamiwudyna, indynawir, zydowudyna, zalcytabina** (leczenie zakażenia wirusem HIV), **fenytoina** (stosowana w leczeniu padaczki), **amitryptylina, imipramina** (leczenie depresji) jest absorbowanych między innymi przez błonnik zawarty w pokarmie, przez co ich wchłanianie jest znacznie utrudnione, a stężenie we krwi nie jest wystarczające do prowadzenia skutecznej terapii. Występują grupy leków, które powinny być bezwzględnie stosowane tylko na czczo. Do tej grupy należą bez wątpienia wszelkie preparaty stosowane na osteoporozę, zawierające **alendronian i etydronian disodowy**, a także takie leki jak **felodypina** (stosowana w leczeniu nadciśnienia i zaburzeń krążenia), oraz **astemizol i terfenadyna** (stosowane w leczeniu alergii). Innym przykładem jest **gryzeofulwina** (stosowana w leczeniu grzybic układowych), która wchłania się w większym stopniu wraz z posiłkiem niż na czczo.

Pokarm może faktycznie spełniać funkcję osłaniającą błonę śluzową przewodu pokarmowego przed niepożądanym działaniem leków, takich jak **niesteroidowe leki przeciwzapalne (NLPZ)**, do których można zaliczyć **kwas acetylosalicylowy, ibuprofen, ketoprofen, diklofenak** itp., a które są powszechnie stosowane przez każdego z nas.

Herbata

Zawarta w herbacie tanina (garbnik) z łatwością adsorbuje na powierzchni różne substancje w tym również leki. Warto zwrócić uwagę na tę interakcję w przypadku pacjentów stosujących preparaty **flufenazyny** (leki stosowane w przypadku ostrej i przewlekłej schizofrenii i psychozy paranoidalnej) oraz **preparaty haloperidolu** (leki stosowane w leczeniu stanów urojeniowych i maniakalnych). W przypadku obu substancji herbata może zmniejszać ich działanie nawet o 90%! Nie należy również popijać herbatą **preparatów żelaza** stosowanych m. in. w leczeniu niedokrwistości, gdyż znacząco hamuje ich wchłanianie. Tani-
na zawarta w herbacie tworzy z żelazem bardzo trudno wchłaniające się związki chemiczne, co w przypadku leczenia niedokrwistości może skutkować brakiem efektu terapeutycznego i wydłużeniem czasu trwania leczenia.

Kawa i produkty zawierające kofeinę

Kawa zawiera alkaloid - kofeinę; obecna jest ona również we wszelkiego rodzaju napojach energetycznych i innych. Kofeina wchodzi w interakcje z **ciprofloksacyną, enoksacyną, norfloksacyną** (leczenie zakażeń bakteryjnych), które to mogą spowalniać eliminację kofeiny z ustroju, a co za tym idzie - utrzymywać stan pobudzenia wywołany przez ten alkaloid. Wrażenie silniejszego działania kofeiny mogą również wywołać niektóre **leki antykoncepcyjne**, a także te zawierające **cymetydynę** (leczenie choroby wrzodowej żołądka i dwunastnicy). Efekt ten może być szczególnie niekorzystny w porach wieczornych, kiedy organizm bardziej domaga się wypoczynku niż stanu pobudzenia. Należy również unikać spożycia kofeiny w czasie leczenia **aminofiliną** czy **teofiliną** (leki przeciwastmatyczne). Teofilina i kofeina mają podobną budowę chemiczną i wywołują podobny skutek, dlatego łączenie obu substancji może wywołać efekt podobny do przedawkowania. Podobnie może być w przypadku spożywania leków i suplementów diety zawierających kofeinę, co może prowadzić do bólów głowy, bezsenności, zaburzenia koncentracji, zaburzenia rytmu serca, objawów dyspeptycznych. Substancja ta może również powodować interakcje u pacjentów, którzy zażywają **aminofenazon** (lek przeciwbólowy, przeciwzapalny), **kwas acetylosalicylowy** (lek przeciwbólowy, przeciwzapalny) wywołując zwiększone działanie obu leków.

Soki cytrusowe

Sok grejpfrutowy najczęściej powoduje zwiększenie stężenia leków w ustroju, co może okazać się bardzo

niebezpieczne dla zdrowia, a nawet życia pacjenta. Może wchodzić w interakcje z **blokerami kanału wapniowego** takimi jak: **nifedypina, felodypina, werapamil** (pacjent może odczuwać bóle głowy, występuje zaczerwienienia skóry), a także z **lekami przeciwhistaminowymi - astemizolem** oraz szczególnie **terfenadyną**, co skutkować może niebezpieczną dla zdrowia nieregularnością pracy serca. Należy również zwrócić uwagę na interakcje z **cyklosporyną** (lekiem immunosupresyjnym stosowanym po przeszczepie organów), **benzodiazepinami, midazolamem, triazolamem, alprazolamem** (leki psychotropowe), **cyzaprydem**, a także **simwastatyną i lowastatyną** (leki stosowane w celu obniżenia cholesterolu).

Sok pomarańczowy może natomiast wpływać na wchłanianie aluminium z niektórych, powszechnie stosowanych **preparatów stosowanych w nadkwaśności**. Zwiększone i utrzymujące się na niebezpiecznym poziomie stężenie aluminium we krwi może odpowiadać za ośpienie umysłowe. Radzi się, aby między zażyciem leku zawierającego aluminium, a spożyciem cytrusów zachować 2-3 godzinną przerwę. Soki cytrusowe odpowiedzialne są również za interakcje z antybiotykami m.in. **penicyliną i erytromycyną**, zaburzając wchłanianie obu leków, a co za tym idzie również ich działanie.

Blonnik

Blonnik zawarty jest przede wszystkim w pokarmach jak otręby, płatki owsiane, razowe pieczywo. W przypadku blonnika dochodzi do bardzo groźnych i niebezpiecznych interakcji polegających na zmniejszonym wchłanianiu leków z powodu ich adsorpcji. Bardzo groźnym następstwem jest w tym przypadku zmniejszenie wchłaniania **preparatów naparstnicy (digoksyna)** stosowanych w leczeniu niewydolności krążenia i zaburzeniach rytmu serca, w efekcie czego może dojść do zaostrenia niewydolności krążeniowej oraz wystąpienia powikłań zatorowych, takich jak udar mózgu. Blonnik może również w znaczący sposób zmniejszyć wchłanianie **trójpierścieniowych leków antydepresyjnych (imipramina, amitryptylina itp.)** stosowanych w leczeniu stanów depresyjnych, czego konsekwencją może być brak efektu terapeutycznego, nie wystąpienie działania przedwiekowego i przeciwdepresyjnego.

Nabiał

Produkty zawierające dużo jonów wapniowych takie jak mleko, sery, jogurty mogą zmniejszyć lub nawet całkowicie uniemożliwić wchłanianie niektórych leków z powodu tworzenia z nimi nierozpuszczalnych w wodzie soli wapnia. Interakcje te dotyczą przede wszystkim leków zawierających fluorochinolony - **ciprofloksacy-na, norflokacyna, tetracykliny w tym doksycykliny** (leczenie zakażeń bakteryjnych) czy **etydronian disodowy** (lek stosowany w leczeniu osteoporozy). Przyjmowanie tych leków w czasie spożywania mleka czy innych pro-

duktów mlecznych może zmniejszyć ich stężenie nawet o 50%, co może skutkować brakiem efektu terapeutycznego. Inną znaczącą interakcją jest również zahamowanie wchłaniania żelaza o 50-60%. Przyjmuje się, że między przyjęciem leku, a spożyciem nabiału (bogatego w wapń - mleko i płatki z mlekiem, naleśniki z twarogiem, jogurty i płatki z jogurtem itp.) powinna być zachowana co najmniej dwugodzinna przerwa.

Równie niekorzystne jest równoczesne spożywanie nabiału z lekami zawierającymi **bisakodyl**. W tym przypadku może dojść nie tylko do zaburzonego wchłaniania i działania leku, ale również mogą u pacjenta wystąpić takie objawy jak nudności i ostre bóle brzucha. Reakcje te spowodowane są rozpuszczeniem otoczki tabletki oraz uwolnieniem substancji czynnej w żołądku, poza jelitem cienkim, co spowodowane jest obniżeniem pH soku żołądkowego. To w konsekwencji prowadzi do podrażnienia śluzówki żołądka i ostrego bólu brzucha.

Tyramina

Żywność zawierająca tyraminę to przede wszystkim: sery typu Blue, Brie, Camembert, Cheddar, Emmentaler, Mozarella, Parmesan, Roquefort, awokado, przejrzałe banany, bób, czekolada, drożdże i ich pochodne, figi, kawior, ryby, pepperoni, salami, wątróbka z kurczaka, wątroba wołowa, wina - Vermouth i Chianti. Tyramina zawarta w pożywieniu wchodzi w bardzo niebezpieczne interakcje z **inhibitorami MAO** (monoaminooksydazy), dlatego zażywanie tych leków powszechnie stosowanych w psychiatrii (leczenie depresji) powinno łączyć się z bezwzględnyim przestrzeganiem diety przez pacjenta oraz zwróceniem mu uwagi na istniejące niebezpieczeństwo. Interakcja ta w szczególności prowadzi do ekstremalnego wzrostu ciśnienia krwi, co grozić może udarem. Objawami wystąpienia interakcji są: bóle głowy, sztywny kark, kołatanie serca, niepokój i lęk, wysokie ciśnienie, dreszcze, błądność, bóle w klatce piersiowej, pocenie się. Powyższe objawy mogą skutkować zapaścią, śpiączką, a nawet zgonem.

Związki indolowe i witamina K

Związki indolowe występują przede wszystkim w warzywach: brukselce, kapuście, rzepie, kalafiorze. Wchodzi one w interakcje z takimi substancjami jak **fenacetyna** (działanie przeciwbólowe), **fenazon** (niesteroidowe leki przeciwzapalne), **barbital** (leki nasenne i uspokajające), powodując znaczne zmniejszenie tych substancji leczniczych we krwi. Natomiast pokarmy bogate w witaminę K takie jak sałata, brokuły, szpinak, zielony groszek zmniejszają działanie **warfaryny i acenokumarolu** (leki przeciwzakrzepowe), co powodować może bardzo poważne konsekwencje zdrowotne w postaci zatorów płucnych, zakrzepów, udarów, zawałów serca ze względu na zwiększoną krzepliwość krwi.

Pokarmy bogate w tłuszcze

Tłusta dieta nie tylko ogólnie źle wpływa na organizm, powodując m. in. otyłość, ale może mieć również wpływ na przyjmowane leki. Jest niewskazana w przypadku przyjmowania leków, które w dużym stopniu łączą się z białkami (90% powinowactwa). Zaliczyć do nich możemy **warfarynę, furosemid, diazepam, chloropromazynę, gryzeofulwinę, teofilinę, chinapryl, p-adrenolityki (atenolol, metoprolol, pindolol, sotalol i inne)**. We wszystkich przypadkach dochodzi do gwałtownego wzrostu stężenia leku w ustroju, co może za sobą pociągnąć przykre konsekwencje, jak np. w przypadku p-adrenolityków to niewydolność serca. Niebezpieczne jest również łączenie diety bogatej w tłuszcze z lekami o niskim indeksie terapeutycznym, takimi jak **fenytoina, kwas walproinowy**.

Interakcje niestandardowe

Zdarzają się również interakcje bardziej niestandardowe z produktami spożywczymi, których byśmy raczej o to nie podejrzewali. Mimo wszystko nie są one mniej niebezpieczne, niż te wcześniej opisane. Do nich bez wątpienia można zaliczyć interakcje zachodzące pomiędzy smażonymi, a przede wszystkim grillowanymi potrawami i **lekami przeciwastmatycznymi zawierającymi teofilinę**. Wykazano, że substancje powstające podczas smażenia czy grillowania sprawiają, że nasza wątroba pracuje szybciej i intensywniej, a co za tym idzie metabolizm leków wzrasta szczególnie w przypadku teofiliny, czego skutkiem może być zaostrzenie się objawów astmatycznych u pacjenta.

Nie mniej problemów może przysporzyć spożycie produktów zawierających lukrecję, a to za sprawą jej naturalnego składnika, jakim jest glicyryzyna. Posiada ona działanie antyalergiczne, immunostymulujące, przeciwojotokowe, wykrztuśne, przeciwzapalne, przeciwbakteryjne, przeciwwirusowe, moczopędne, przeciwobrzękowe, redukujące zaczerwienienia, antyoksydacyjne i łagodzące. Nieznacznie podnosi również ciśnienie krwi. Jest również szeroko stosowana w przemyśle kosmetycznym oraz cukierniczym, szczególnie w cukierkach, żelkach, dropsach. Spożywanie więcej niż 30 gramów lukrecji dziennie może powodować bóle mięśni, zatrzymanie wody w organizmie, osłabienie, zaburzenia równowagi hormonalnej, przemęczenie, nadciśnienie, zaburzenia sfery seksualnej, niedowład, niedobór potasu (bardzo niebezpieczny mogący prowadzić do zaburzeń krążenia). Lukrecja wchodzi w interakcje z **lekami moczopędnymi nieoszczędzającymi potas i digoksyną**. Są one szczególnie niebezpieczne, gdyż dotyczą układu sercowo-naczyniowego i mogą powodować znaczny wzrost ciśnienia, zaburzenia rytmu serca, a nawet jego zatrzymanie.

Interakcje odwrotne

Pamiętajmy, że nie tylko żywność ma wpływ na spożywane przez nas leki, ale również leki mają wpływ na

substancje odżywcze dostarczane do organizmu wraz z pożywieniem. Wynikiem takiej interakcji są wszelkiego rodzaju niedobory żywieniowe. Możemy odżywiać się prawidłowo, może nam się wydawać, że dostarczamy organizmowi wszystkiego, czego mu potrzeba, a tymczasem wcale tak nie jest. Substancjami, na jakie należałoby zwrócić uwagę, szczególnie w przypadku długotrwałego stosowania, są **pankreatyna, sulfasalazyna**, które to powodują niedobór kwasu foliowego. Badania wykazały, iż niedobór zarówno kwasu foliowego, jak i witaminy B₆ może prowadzić do miażdżycy. **Omeprazol** z kolei hamuje wchłanianie witaminy B₁₂, natomiast **etydronian disodowy, esomeprazol, pantoprazol, lansoprazol**, jak również wspomniany już **omeprazol** (inhibitory pompy protonowej stosowane w nadkwasocie i leczeniu wrzodów żołądka) mogą zakłócać wchłanianie żelaza z pokarmów. Wykazano również, że leki stosowane w celu obniżenia stężenia cholesterolu we krwi mogą osłabiać wchłanianie witamin A, D, K, B₁₂, kwasu foliowego, wapnia, żelaza i cynku.

Jak zapobiegać interakcjom leków z pożywieniem?

Stosując terapię lekami należy przestrzegać kilku podstawowych wytycznych:

- unikać przyjmowania leków tuż po spożyciu posiłku bogatego w składniki zawierające dużą ilość błonnika;
- unikać spożywania posiłków bogatych w błonnik dwie godziny przed oraz godzinę po spożyciu leku;
- pamiętać, że między przyjęciem leku a spożyciem nabrała powinna być zachowana co najmniej dwugodzinna przerwa przed przyjęciem leku oraz jednogodzinna przerwa po spożyciu preparatu leczniczego;
- nie popijać leków mlekiem lub jego przetworami;
- pamiętać, aby między zażyciem leku zawierającego aluminium, a spożyciem cytrusów zachować 2-3 godzinną przerwę;

- nie popijać leków sokami cytrusowymi, a także nie spożywać owoców cytrusowych tuż przed i tuż po przyjęciu leku;
- nie popijać leków kawą lub herbatą;
- ograniczyć spożycie lub unikać produktów zawierających dużą ilość kofeiny;
- ograniczyć picie nadmiernej ilości kawy i herbaty;
- unikać spożycia produktów o wysokiej zawartości tyraminy, takich jak sery dojrzewające, pieczywo z rodzynekami, wątróbki przechowywane kilka dni, salami, pepperoni, produkty wędzone, ryby marynowane i wędzone, pasta z krewetek, dziczyzna, kawior, anchois, bób, pomidory i ich przetwory, sos chili, kiszona kapusta, przejrzałe banany, awokado, figi, rodzyunki, maliny, wina, likiery, szampan, bezalkoholowe wina i piwa, czekolada, kawa;
- ograniczyć spożycie warzyw kapustnych (sałata, brokuły, szpinak, zielony groszek) bogatych w związki indolowe i witaminę K;
- ograniczyć spożycie tłuszczów;
- pamiętać, że leki najlepiej popijać czystą, przegotowaną wodą.

Piśmiennictwo:

- 1) Sobotta Ł., Suliburska J., Mielcarek J.: Interakcje lek - żywność, Bromatologia i Chemia Toksykologiczna 2011,44 (1), s. 95-103
- 2) Graedon J., Graedon T.: Niebezpieczne interakcje leków. Wyd. Anta, Warszawa 1998, s. 55-56
- 3) Jarosz M.A.: Interakcje żywność-leki - ważny problem zdrowia publicznego, Zdrowie Publiczne 2005, 115 (3), s. 352-358
- 4) Korzeniewska K., Jabłeczka A.: Interakcje leków z pożywieniem. Farmacja Współczesna 2008, 1 (1), s. 24-30

Magdalena STAFIŃSKA

Sekcja Baz Farmaceutycznych, OSOZ

(przedruk z „Ogólnopolskiego Systemu Ochrony Zdrowia” nr 10/13)

OGŁOSZENIA

Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego w Warszawie w partnerstwie z **Ministerstwem Zdrowia** realizuje projekt systemowy pn. „**Wsparcie systemu kształcenia ustawicznego personelu medycznego w zakresie opieki geriatrycznej**”, współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego, którego celem jest poprawa opieki nad osobami starszymi w Polsce.

W ramach projektu przygotowano innowacyjną ofertę szkoleń w ramach doskonalenia zawodowego dla lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej (POZ), którzy

w swojej codziennej praktyce rozwiązują problemy zdrowotne osób 65 +.

Szkolenia w formie kursów doskonalących dla lekarzy POZ z zakresu opieki geriatrycznej realizowane są na podstawie programów kształcenia opracowanych przez zespoły eksperckie pod kierunkiem wybitnych specjalistów z zakresu geriatry i stanowią nowość na rynku ofert szkoleniowych w Polsce w tym zakresie.

Podstawowe informacje dla lekarzy zainteresowanych uczestnictwem w kursie:

- czas trwania kursu – 21 godzin = 3 dni (robocze lub weekendowe),
- kurs przeznaczony dla lekarzy POZ, niezależnie od posiadanej specjalizacji oraz dla lekarzy odbywających specjalizację z medycyny rodzinnej,
- kurs bezpłatny,
- uczestnicy otrzymują dofinansowanie na pokrycie kosztów dojazdów i noclegów,
- za udział w kursie uczestnik otrzymuje 16 punktów edukacyjnych w oparciu o Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 6 października 2004 r. w sprawie sposobu dopełnienia obowiązku doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentystów (Dz. U. Nr 231, poz. 2326, z późn. zm.).

Najbliżej województwa opolskiego kursy realizuje **Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach** pod kierownictwem naukowym **Pana dr hab. n. med. Jana Szewieczka**.

Poniżej lista kursów wraz z terminami realizacji:

- 1) Kurs nr: L/2-744/0-00-002-2014, w dniach 14 - 16.03.2014 r.
- 2) Kurs nr: L/2-744/0-00-003-2014, w dniach 04 - 06.04.2014 r.
- 3) Kurs nr: L/2-744/0-00-004-2014, w dniach 23 - 25.05.2014 r.
- 4) Kurs nr: L/2-744/0-00-005-2014, w dniach 13 - 15.06.2014 r.
- 5) Kurs nr: L/2-744/0-00-006-2014, w dniach 10 - 12.10.2014 r.
- 6) Kurs nr: L/2-744/0-00-007-2014, w dniach 15 - 17.11.2014 r.
- 7) Kurs nr: L/2-744/0-00-008-2014, w dniach 12 - 14.12.2014 r.

Zgłoszenia na kursy należy nadsyłać na adres e-mail: smr2@cmkp.edu.pl lub telefonicznie pod nr (22) 56 01-080 lub 608 590 580 (osoba upoważniona do kontaktu – Pani Teresa Witkowska, Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, ul. Kleczewska 61/63, 01 – 826 Warszawa).

Zapraszam wszystkich lekarzy POZ do wzięcia udziału w innowacyjnym przedsięwzięciu, którego realizacja może przyczynić się do stworzenia podstaw dla nowej jakości opieki nad seniorami w Polsce.

Więcej informacji nt. projektu znajdą Państwo na stronach internetowych www.cmkp.edu.pl i www.geriatria.mz.gov.pl

* * *

Fundacja Pomocy Dzieciom z Chorobą Nowotworową zachęca do udziału w **multimedialnym programie edukacyjnym pt. „Nowotwory u dzieci. Epidemiologia, etiologia, wczesne objawy”**, którego autorem jest Konsultant Krajowy w dziedzinie Onkologii Hematologii Dziecięcej prof. dr hab. n. med. Jerzy R. Kowalczyk.

Udział w programie jest bezpłatny i możliwy w każdym czasie i miejscu. Jest bowiem emitowany on-line w sieci internetowej z ograniczonym dostępem pn. Medyczna Platforma Edukacyjna (www.medycyna.org.pl), w kategorii kursy nieodpłatne, poz. 1 - Programy edukacyjne Fundacji Pomocy Dzieciom z Chorobą Nowotworową.

Program przeznaczony jest dla lekarzy objętych obowiązkiem doskonalenia zawodowego, zgodnie z art. 18 ust.1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2011 r. Nr 277 poz. 1634). Pozytywny wynik testu wiedzy uprawnia do uzyskania 5 punktów edukacyjnych.

* * *



II Ogólnopolski Kongres Starzenia Sie

Zapraszamy w maju 2014 r. do Sopotu na spotkanie dotyczące opieki nad pacjentem 65+ w gabinecie lekarza rodzinnego, internisty i innych specjalistów.

W najbliższych latach, w związku z wchodzeniem w starość roczników powojennego wyżu demograficznego, prognozuje się dalsze przyspieszenie tempa starzenia się populacji Polski. Z tego powodu, niezależnie od specjalizacji, wszyscy powinniśmy się stać po części geriatrami. W codziennej praktyce lekarza zajmującego się osobami starszymi kluczowa jest umiejętność rozpoznawania i leczenia chorób silnie związanych z wiekiem podeszłym, na przykład demencji, delirium, depresji, zaburzeń czynności zwieraczy, upadków, osteoporozy, a także schorzeń, których przebieg jest w istotnym stopniu odmienny u osób starszych, takich jak nadciśnienie, cukrzyca czy przewlekła obturacyjna choroba płuc. Niestety, w przypadku starszych chorych często to nie wystarczy i musimy pełnić funkcję nie tylko lekarza, lecz także rehabilitanta, psychologa, architekta wnętrz i pracownika socjalnego. Co więcej, powinniśmy leczyć zarówno pacjenta, jak i jego opiekunów. **Uczestnicy Kongresu otrzymają punkty edukacyjne.**

- **Termin:** 30-31 maja 2014 r.
- **Miejsce:** Sheraton Sopot Hotel, ul. Powstańców Warszawy 10, 81-718 Sopot
- **Kierownik Naukowy:** prof. dr hab. Tomasz Grodzicki
- **Organizatorzy:** Katedra Chorób Wewnętrznych i Gerontologii Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medium, wydawnictwo *Termedia*
- **Komitety Honorowi:** Prezydent Miasta Sopotu - Jacek Karnowski, Przewodnicząca Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego - prof. dr hab. med. Katarzyna Wieczorowska-Tobis

- **Biuro organizacyjne:** Termedia sp. z o.o. ul. Kleberga 2, 61-615 Poznań, tel./faks +48 61 822 77 81, szkolenia@termedia.pl, www.termedia.pl



V Naukowy Zjazd Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego KARDIODIABETOLOGIA XXI WIEKU

Serdecznie zapraszamy na V Zjazd Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego Specjaliści lekarzom praktykom, który odbędzie się 23-24 maja 2014 r. w Poznaniu. Spotkanie będzie miało charakter nie tylko naukowy, znaczna jego część zostanie poświęcona aspektom praktycznym kardiologii i diabetologii. Zaprośiliśmy wybitnych wykładowców, którzy poruszą ważne zagadnienia dotyczące patogenezy, diagnostyki i terapii najczęstszych powikłań kardiologicznych u chorych na cukrzycę. Z każdym rokiem poznajemy nowe elementy patogenezy i terapii w kardiologii i diabetologii. W ostatnich latach dokonał się znaczny postęp w leczeniu, który wzbogaca obowiązujące wytyczne. Są one stale uzupełniane o nowe trendy diagnostyczno-terapeutyczne. Poruszymy tematykę leczenia zdarzeń sercowo-naczyniowych w cukrzycy. Osobne sesje zostaną poświęcone terapii cukrzycy. Większość naszych chorych stara się opóźnić rozpoczęcie insulinoaterapii. Czy nowe leki z grupy inkretyn pozwolą poprawić jakość terapii i ograniczyć przyrost masy ciała u otyłych chorych? Postęp w farmakologii jest olbrzymi – nowe preparaty, nowe sposoby podawania leków, a także nowe stenty w ostrych zespołach wieńcowych umożliwiają poprawę jakości życia pacjentów. Uczestnicy Zjazdu będą mieli okazję uzupełnienia swojej wiedzy poprzez udział w warsztatach EKG oraz w warsztatach diabetologicznych.

- **Termin:** 23-24 maja 2014 r.
- **Miejsce:** Poznań hotel ibb ANDERSIA, pl. Andersa 3
- **Organizatorzy:** Polskie Towarzystwo Kardiologiczne, Katedra i Klinika Chorób Wewnętrznych, Zaburzeń Metabolicznych i Nadciśnienia Tętniczego Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, wydawnictwo Termedia
- **Przewodnicząca Komitetu Naukowego:** prof. dr hab. n. med. Danuta Pupek-Musialik
- **Patronat Honorowy:** JM Rektor Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu prof. dr hab. Jacek Wysocki, Prezydent Miasta Poznania Ryszard Grobelny

- **Biuro organizacyjne:** Termedia sp. z o.o. ul. Kleberga 2, 61-615 Poznań, tel./faks +48 61 822 77 81, szkolenia@termedia.pl, www.termedia.pl



Wiosenna Szkoła Tyreologii

Zapraszamy do udziału w pierwszej konferencji z cyklu Wiosenna Szkoła Tyreologii, która odbędzie się 23-24 maja 2014 r. w Międzyzdrojach.

Spotkanie będzie okazją do zapoznania się z aktualnościami z zakresu diagnostyki oraz leczenia chorób tarczycy. Tematyka konferencji obejmuje najnowsze zagadnienia z tyreologii, które przedstawia wybitni specjaliści reprezentujący większość ośrodków endokrynologicznych w Polsce.

Mamy nadzieję, że zaproponowany program zainteresuje nie tylko endokrynologów, chirurgów czy onkologów, lecz także lekarzy rodzinnych, którzy powinni być pierwszym ogniwem w rozpoznawaniu chorób tarczycy.

Uczestnicy konferencji otrzymają punkty edukacyjne.

- **Termin:** 23-24 maja 2014 r.
- **Miejsce:** Międzyzdroje, Amber Baltic, Promenada Gwiazd 1,
- **Kierownik naukowy:** prof. dr hab. med. Andrzej Lewiński
- **Biuro organizacyjne:** Termedia sp. z o.o. ul. Kleberga 2, 61-615 Poznań, tel./faks +48 61 656 22 00, szkolenia@termedia.pl, www.termedia.pl

Ogólnopolski Plener Ceramiki Artystycznej dla Lekarzy. Plener odbędzie się w dniach od 10 do 12 października br. w Wiśle – „Villa Japonia”. Jego organizatorem jest Śląska Izba Lekarska w Katowicach. Wpisowe 100 zł prosimy wpłacać na konto Śląskiej Izby Lekarskiej w Katowicach nr konta: PKO 43 1020 2313 0000 3102 0020 0246 z dopiskiem „Plener Ceramiki”. Organizator zapewnia noclegi ze śniadaniem oraz materiały plastyczne.

Termin zgłoszeń upływa 31.08.2014 r. Ilość miejsc jest ograniczona - decyduje kolejność zgłoszeń. Szczegółowych informacji udziela: lek. stom. Stanisław Mysiak, tel.(32) 252 97 51; kom. 605 256 335.

Drodzy Przyjaciele - **absolwenci Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie:**

- Lekarze - rocznik 1978 – 1984 oraz
- Lekarze Dentyści - rocznik 1979 – 1984

W 2014 roku obchodzimy NASZ JUBILEUSZ!!! Trzydzieści lat minęło... Czas na spotkanie po latach...

Iza Doniec oraz Mariusze – Zarzycki i Pietrzak (samozwańczy organizatorzy) zapraszają w dniach 10 -12 października 2014 r. na spotkanie jubileuszowe do Niechorza (Dworek Prawdzic). Osoby zainteresowane prosimy o dokonanie do dnia 31 maja 2014 r. przedpłaty 100 zł na konto ING Bank Śląski w Szczecinie nr 98 1050 1559 1000 0022 1716 8034 z dopiskiem „rocznik 84-Zjazd”.

Koszt spotkania – około 450 zł. W piątek (10.10.14 r.) spotkanie w auli Rektoratu PUM w Szczecinie z Rektorem PUM oraz z Prezesem ORL w Szczecinie i odnowienie „Przysięgi Hipokratesa”. Wieczorem spotkanie grillowe w Dworku Prawdzic. O szczegółach poinformujemy osoby, które wpłacą tą skromną zaliczkę. Wszelkie pytania prosimy kierować do: Izy Doniec - izabella@fabrykausmiechu.com, lub Mariusza Zarzyckiego marioz58@wp.pl lub Mariusza Pietrzak mario241@op.pl. Pozdrawiamy i zapraszamy - nie może Ciebie zabraknąć.

* * *

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

- **lekarza ginekologa** celem świadczenia konsultacji specjalistycznych (usługa w ramach kontraktu NFZ) w przychodni MegaMed w Dobrzem Wielkim, ul. Reymonta 2,
 - **lekarza psychiatrę** (usługa komercyjna) w przychodni MegaMed w Opolu, ul. Chabrow 117
- Kontakt: tel. 77 423 66 50, 601 079 783

* * *

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.**

* * *

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

* * *

Szpital w Branicach zatrudni specjalistę psychiatrę z możliwością objęcia stanowiska zastępcy ordynatora oraz internistę. Oferujemy bardzo dobre warunki

placowe oraz mieszkanie służbowe. Tel.: 77/403-43-07, e-mail: sws.kadry@op.pl.

* * *

Szpital w Branicach zatrudni lekarza specjalistę rehabilitacji medycznej na stanowisku p.o. ordynatora oddziału rehabilitacji neurologicznej. Oferujemy bardzo dobre warunki placowe oraz mieszkanie służbowe. Tel: 77/403-43-07, e-mail: sws.kadry@op.pl.

* * *

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Opolskie Centrum Onkologii w Opolu im. prof. T. Koszarowskiego w Opolu zatrudni lekarza specjalistę w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii. Kontakt telefoniczny – Sekcja Kadr i Organizacji 77/441-60-98 lub sekretariat 77/441-60-01.

* * *

Zespół Opieki Zdrowotnej w Ostrowcu Św. zatrudni lekarzy pediatrów i neonatologów. Wakaty obejmują następujące stanowiska:

- Kierownika,
- Z-cy Kierownika,
- Starszego Asystenta,
- Młodszego Asystenta.

Posiadamy również wolne miejsca specjalizacyjne w ramach rezydentury lub etatu:

- Oddział Pediatrii – 2 miejsca,
- Oddział Neonatologii – 1 miejsce.

Dodatkowe informacje można będzie uzyskać od Dyrektora Naczelnego i Z-cy Dyrektora ds. Lecznictwa pod numerem telefonu 41/266-44-21 lub w Dziale Kadrowo-Płacowym pod numerem 41/266-44-40 wew. 121.

* * *

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.

* * *

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

* * *

Zakład Opiekuńczo-Lecniczy prowadzony przez Siostry Franciszkanki w Opolu przy ul. Prószkowskiej 72 zatrudni lekarza specjalistę w dziedzinie chorób wewnętrznych lub medycyny rodzinnej lub geriatрії. Bliższych informacji udzielamy pod numerem telefonu 77/40-23-701 lub w siedzibie ZOL w Opolu.



Organizatorzy:

Naczelna Izba Lekarska

Komisja Kultury Sportu
i Turystyki OIL
w Warszawie

SZPZLO Warszawa
Praga-Północ

Patronat medialny:

Gazeta Lekarska

Puls

Zdrowa Praga

Informacji udziela:

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

V Ogólnopolski Konkurs Poetycko-Prozatorski dla lekarzy i lekarzy dentystów

PULS SŁOWA

Regulamin konkursu

1. Warunkiem uczestnictwa w konkursie jest nadesłanie **pięciu wierszy o dowolnej tematyce lub prozy do dziesięciu stron maszynopisu, w czterech egzemplarzach**. Każdy utwór powinien być opatrzony godłem. Nadesłane prace nie mogą być wcześniej nagradzane ani publikowane.
2. Do zestawu należy dołączyć zaklejoną kopertę, podpisaną tym samym godłem, zawierającą dane autora: imię i nazwisko, adres, numer telefonu, e-mail oraz godło.
3. Prace należy nadsyłać do dnia 30 czerwca 2014 r. (decyduje data stempla pocztowego) na adres: **Redakcja „Zdrowej Pragi” 03-719 Warszawa ul. Jagiellońska 34 z dopiskiem: Konkurs Poetycko-Prozatorski „Puls Słowa”**.
4. Jury, w skład którego wejdą znani literaci i krytycy oraz przedstawiciele komitetu organizacyjnego przyzna nagrody i wyróżnienia o łącznej wartości 3 000 zł.
5. Nagrodzone utwory zostaną opublikowane w antologii pokonkursowej.
6. Jury zastrzega sobie prawo do innego podziału nagród.
7. O terminie i miejscu ogłoszenia wyników konkursu i wręczenia nagród laureaci zostaną powiadomieni specjalnym zaproszeniem.
8. Odbiór nagrody możliwy jest wyłącznie podczas imprezy finałowej.

BARDZO SERDECZNIE ZAPRASZAMY DO UDZIAŁU W KONKURSIE

Organizatorzy

NOWOŚCI WYDAWNICZE

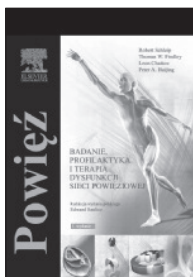
Elsevier Urban & Partner Sp. z o.o.

50—011 Wrocław, ul. Kościuszki 29

Zamówienia: www.elsevier.pl; tel. 42/680-44-09,

fax: 42/680-44-86

e-mail: zamowienia@elsevier.com



Powięź. Badanie, profilaktyka i terapia dysfunkcji sieci powięziowej

R. Schleip, T.W. Findley, L. Chaitow, P.A. Huijing
wyd. I polskie, red. E. Saulicz, rok wydania: 2014

ISBN: 978-83-7609-889-0, format: 190 x 245, opr. broszurowa, 598 stron, cena: 165.60 zł (368 ELS pkt)

Książka jest efektem cennej współpracy między praktykami terapii manualnej i naukowcami wielu dys-

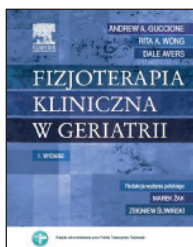
cyplin, która nawiązywała się dzięki ostatnim kongresom International Fascia Research (Boston, Amsterdam, Vancouver). Książka została przygotowana przez ponad 100 specjalistów z całego świata. Stanowi idealne narzędzie dla profesjonalistów, zainteresowanych powięziami i ruchem ciała - fizjoterapeutów, osteopatów, terapeutów manualnych, masażystów oraz lekarzy, którzy zajmują się układem mięśniowo-szkieletowym oraz rehabilitacją.

W publikacji:

- Wyjaśnienie zagadnień od anatomii do fizjologii, poprzez poszczególne stany kliniczne i związane z nimi metody terapii do niedawno opracowanych technik badawczych,
- Przedstawienie roli powięzi jako systemu komunikacji w całym organizmie,
- Najnowsze dostępne informacje na temat przeniesienia siły na drodze mięśniowo-powięziowej, co pomaga ustalić naukowe podstawy dla przykładów klinicznych,
- Omówienie znaczenia powięzi jako organu czuciowego, w tym jej czynności proprioceptywnej

- i nocyceptywnej, mających wpływ na powstawanie bólu krzyża,
- Opis nowych metod obrazowania, które potwierdzają łączność pomiędzy narządami i tkankami,
- Nowe wiadomości z zakresu medycyny alternatywnej, jak np. teoria meridian wywodząca się z tradycyjnej medycyny chińskiej czy wpływ akupunktury na powięzi.

* * *



Fizjoterapia kliniczna w geriatrici

A.A. Guccione, R.A. Wong, D. Avers

wyd. I polskie, red. M. Żak, Z. Śliwiński, rok wydania: 2014

ISBN: 978-83-7609-858-6, format: 210 x 275, opr. broszurowa, 684 strony, cena: 188.10 zł (418 ELS pkt)

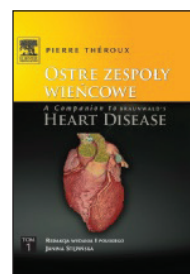
Książka rekomendowana przez Polskie Towarzystwo Fizjoterapii.

„Podstawy wiedzy o starzeniu i odmiennościach w przebiegu chorób starszych pacjentów, a także schorzeń związanych z wiekiem są nieodzowne nie tylko dla lekarzy, pielęgniarek, psychologów, ale również dla osób zajmujących się rehabilitacją. (...)”

Bardzo szerokie spojrzenie na zagadnienia fizjoterapii, które znacznie wykracza poza jej tradycyjne pojmowanie, sprawia, że książka ta powinna stać się podstawowym podręcznikiem nie tylko dla fizjoterapeutów, ale również dla geriatrów oraz lekarzy rehabilitacji. Obok tak istotnych dla fizjoterapeutów zagadnień, jak zaburzenia postawy i ruchu, ocena równowagi, upadki, protezowanie, fizjoterapia domowa. Autorzy znaczną część podręcznika poświęcili kwestiom często marginalizowanym (...) omówiono zagadnienia niezbędne do właściwego postępowania w terapii osób starszych - adaptacja otoczenia, motywacja i edukowanie pacjenta, rola rodziny w procesie terapeutycznym. Na uwagę zasługują także rozdziały opisujące sport seniorów i rolę fizjoterapii w okresie terminalnym. Rekomendując podręcznik, nie można pominąć treści poświęconych wielkim problemom geriatrycznym, jak zaburzenia funkcji poznawczych, nietrzymanie moczu, ból, odleżyny i wielochorobowość.(...)”

Prof. dr hab. med. Tomasz Grodzicki,
ultant Krajowy w dziedzinie Geriatrii

* * *



Ostre zespoły wieńcowe. A Companion to Braunwald's Heart Disease. Tom 1 i 2

P. Théroux

wyd. I polskie, red. J. Stępińska, rok wydania: 2014

Tom 1 - ISBN: 978-83-7609-803-6, format: 220 x 280, opr. twarda, 196 stron, cena: 129.60 zł

Tom 2 - ISBN: 978-83-7609-711-4, format: 220 x 280, opr. twarda, 202 strony, cena: 129.60 zł

Znakomita publikacja w całości poświęcona ostrym zespołom wieńcowym, której autorami są najwybitniejsi eksperci ze Stanów Zjednoczonych, Kanady i Europy. Książka prezentuje nowoczesną i aktualną wiedzę opartą na zasadach EBM. Publikacja podzielona została na pięć głównych części, w których szczegółowo omówiono zagadnienia z zakresu epidemiologii, patogenezy, rozpoznania i stratyfikacji ryzyka jak również postępowania w ostrych zespołach wieńcowych i rozwoju nowoczesnych oddziałów kardiologicznych. Książka skierowana jest przede wszystkim do kardiologów oraz lekarzy innych specjalności, którzy pragną poszerzyć swoją wiedzę na temat ostrych zespołów wieńcowych.

W Tomie 1:

- Epidemiologia
- Patogeneza
- Rozpoznanie i stratyfikacja

Cześć I poświęcona jest epidemiologii; uwzględniono w niej najbardziej aktualne dane z rejestrów, m. in. INTERHEART, REACH, Euro Heart Survey. Patogeneza to część II, poświęcona kierunkom rozwoju nowoczesnych oddziałów kardiologicznych, uwzględniająca mechanizmy molekularne, immunologiczne, a także farmakogenomikę oraz mechanizmy regeneracji śmierci komórek mięśni serca. W części III, dotyczącej rozpoznania i stratyfikacji ryzyka w ostrych zespołach wieńcowych, jest mowa o biomarkerach, również tych, które nie są powszechnie stosowane, o ocenie blaszki miażdżycowej, a także o powszechnie stosowanych metodach: echokardiografii, kardiologii nuklearnej i tomografii komputerowej. Cześć tę zamyka rozdział o stratyfikacji ryzyka u chorych z OZW bez uniesienia odcinka ST, napisany m.in. przez Profesora Elliota M. Antmana, twórcę skal ryzyka nie tylko w OZW bez uniesienia ST (NSTEMI), ale również (wraz z Morrowem) dla chorych z OZW z uniesieniem odcinka ST (STEMI).

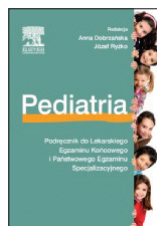
W Tomie 2:

- Postępowanie w ostrych zespołach wieńcowych
- Podstawy rozwoju nowoczesnych oddziałów kardiologicznych i wytyczne postępowania

W części IV, poświęconej postępowaniu w OZW, jest mowa o zabiegach rewaskularyzacji, ale również o towarzyszącym im leczeniu przeciwplatekciowym i przeciwzakrzepowym. Bardzo nowocześnie napisane są rozdziały dotyczące braku reakcji na leczenie przeciwplatekowe, a także powikłań krwotocznych stosowanego leczenia. Omówione są również wskazania i ograniczenia stosowania w OZW: leków beta-adrenolitycznych, blokerów kanału wapniowego, nitratów i donorów tlenu azotu. Osobny rozdział poświęcony jest zjawisku hartowania serca, stabilizacji blaszki miażdżycowej, a także problemowi pacjentów z oporną na leczenie dławicą piersiową. Autorzy zwracają uwagę na konieczność rozpoczęcia edukacji w zakresie prewencji wtórnej, w tym oczywiście rehabilitacji, jeszcze w czasie hospitalizacji. Podane są zasady interwencji żywieniowej, a także treningu fizycznego po OZW. Książkę zamyka część V, w założeniu przedstawiająca europejskie i amerykańskie wytyczne dotyczące diagnostyki i leczenia ostrych zespołów wieńcowych bez uniesienia ST, a także opisano w niej nowoczesny oddział intensywnej terapii kardiologicznej.

Z przedmowy do wydania polskiego

* * *



Pediatrya. Podręcznik do Państwowego Egzaminu Lekarskiego i Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego, wyd. II

red. A. Dobrzańska, J. Ryżko, rok wydania: 2014

ISBN: 978-83-7609-855-5, format: 240 x 170, opr. broszurowa, 1092 strony, cena: 113.40 zł (252 ELS pkt)

Drugie wydanie podręcznika Pediatryi jest opracowaniem rozszerzonym, uaktualnionym i wzbogaconym o nowe treści. Podręcznik stanowi niezbędny materiał do przyswojenia przez studentów medycyny oraz lekarzy specjalizujących się w poszczególnych dziedzinach medycyny, z modułem pediatrycznym. Podana w poszczególnych rozdziałach wiedza to niezbędne informacje w przygotowywaniu się do egzaminów testowych: Państwowego Egzaminu Końcowego oraz Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego. Na zakończenie poszczególnych rozdziałów podano przykładowe pytania, które ułatwią przygotowywanie się do określonych sprawdzianów wiedzy. Wybitni specjaliści chorób dzieci, autorzy przygotowujący poszczególne

rozdziały, dołożyli wszelkich starań aby przejrzysty układ i zwięzła, ujednolicona forma wszystkich części podręcznika, ułatwiały przyswajanie wiedzy. Podane w rozdziałach wiadomości i zalecenia są aktualne i zgodne z najnowszymi danymi z piśmiennictwa w określonym temacie, zarówno polskiego jak i światowego.

- Najnowsza wiedza obowiązująca na Państwowym Egzaminie Końcowym oraz Państwowym Egzaminie Specjalizacyjnym.
- Nowy, bardziej przejrzysty układ rozdziałów.
- Najnowsze schematy resuscytacyjne.
- Pytania wraz z odpowiedziami na końcu każdego rozdziału.

* * *



Dietetyka kliniczna

M. Width, T. Reinhard

wyd. I polskie, red. J. Chojnacki, G. Klupińska, rok wydania: 2014

ISBN: 978-83-7609-918-7, format: 110 x 180, opr. broszurowa (spiral), 370 stron, cena: 81.00 zł (180 ELS pkt)

„Dietetyka kliniczna” to wypełniony aktualną wiedzą zwięzły, kieszonkowy przewodnik, który dietetycy mogą wykorzystywać w swojej codziennej praktyce. Książka może być również przydatna studentom medycyny zainteresowanym tematem odżywiania oraz lekarzom pracującym w szpitalu czy domach opieki. Praktyczny, przejrzysty układ książki i niewielki format to atuty, które zachęcają do regularnego korzystania z podręcznika.

W pierwszej części omówiono sposób oceny zapotrzebowania u różnych osób na różnych etapach życia (np. u kobiet w ciąży, osób starszych, dzieci) oraz u specyficznych pacjentów np. po amputacjach czy urazach rdzenia kręgowego. Część druga opisuje zagadnienie odżywiania w licznych schorzeniach, jak: choroby nowotworowe, choroby układu sercowo-naczyniowego, cukrzyca, choroby przewodu pokarmowego, wątroby, trzustki, nerek i układu oddechowego. Wszystkie rozdziały dotyczące grupy schorzeń mają jednolity format, a w obrębie każdego z nich opisano zwięzłe przebieg choroby, leczenie, rodzaj interwencji dietetycznej, a także omówiono zagadnienia edukacji pacjenta. W ramach rozdziału przewidziano także miejsca na notatki użytkownika.

Na końcu książki znajdują się przydatne dodatki na temat interakcji żywności z lekami i interpretacji badań laboratoryjnych.