



OPOLSKA
IZBA
LEKARSKA

Rok Założenia 1990

Luty–Marzec 2024

ISSN 1426-661X

BIULETYN INFORMACYJNY

Nr 326/327

OPOLSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

www.izbalekarska.opole.pl



Pogodnych i rodzinnych
Świąt Wielkiej Nocy

zdj. Jerzy Lach

POMNIK Z BLIZNĄ

Wieś ma prawie osiemset lat. Za Piastów należała do możnego Gosława, toteż czternastowieczna kronika pisze o niej Villa Goslavici. Wystarczyło zmienić imię, by Gosławitz spodobał się Czechom, Habsburgom, Prusakom i wreszcie samym Ślązakom. Ale do czasu. Po tym, jak w styczniu 1933 roku Hitler doszedł do władzy, NSDAP orzekło, że Gosławitz jest skundlone i odtąd ma być Ehrenfeldem. Polem chwały. Może dorf – przechrzta chciał się zrehabilitować? Wymyślił, że uhonoruje swoich poległych na Wielkiej Wojnie mężów, synów, faterów i szwigerfaterów. Związek Weteranów (Kriegerverein) wybrał komitet budowy pomnika. Trzydziestu trzech mężczyzn, przeważnie narodowców, bo Ehrenfeld w większości zapisało się do partii, zwerbowało wykonawcę i zaklepało cenę: tysiąc czterysta marek niemieckich. Na każdą ślepą starą, samotną matkę z drobnicą – rozbrykanymi pyrtkami, na każdego zgrabiałego rolnika, kulawą sklepikarkę, nawet na Alojza, któremu brakowało piątej klepki, przypadło sześćdziesiąt pięć reichsmarek (bochenek chleba kosztował trzydzieści jeden fenigów). Dorf gotował cienkie zupy, jadł nieoskrobane kartofle, ale pieniądze uzbierał. Miastowy artysta, Joseph Kokott, wyrzeźbił Ehrenfeldowi martwego chłopaka. Wymędział i kościsty, w za dużym mundurze i pikielhaubie, nieumalowany do truny (jak się tu mówiło na trumnę) leżał na niewysokim cokole jak na marach. Kobiety ze wsi przychodziły do niego pobejceć. Tworzyły krąg, paliły gromnice i cichutko powtarzały wypominki jak w czuwaniu, odwiecznym rytuale, który każe pilnować umrzyka dopóki nie wyschnie i stężeje na tyle, by go oddać ziemi. Kiedy zaczęły śpiewać? Jedni zaklinali się na łzy Najświętszej Pani, że pierwsza zaśpiewała Farysowa. Jej Peter zawieruszył się pod sam koniec Wielkiej Wojny. Właśnie się brała za pieczenie kuchty z jabłkami, gdy przydreptał garbaty Janetzko i po-

wiedział, że jej Peterka ubili. Z samego rana Farysowa przykuśtykała pod pomnik, obmyła kamienne ciało letnią wodą, wytarła lnianym ręcznikiem, nachyliła się i pocałowała w usta. A potem zaczęła zawodzić. Jej pieśń była przejmująca, stara, w tonie lamentacji. Śpiewy się skończyły, kiedy w trzydziestym dziewiątym mężczyźni ze wsi zaciągnęli się na der grosse deutsche Feldzug gegen Polen (wielką niemiecką kampanię przeciwko Polsce).

A zima 1945 roku była sroga. Z daleka żołnierze Armii Czerwonej wyglądali jak kuropatwy. Zbliżali się grupami, po trzech, czterech, dziesięciu. Krępi, obszarpani, z odmrożonymi policzkami, przegniłymi dziąsłami i robakami w zębach. Do Ehrenfeldu przywlekli wojnę: aresztowania, szpicli, pasiaki niemieckich obozów zagłady, malczuków wystrzelanych z erkaemów, pacyfikowane i palone gdzieś daleko wsie. Kobiety obserwowały Rusów przez wypucowane szyby i uciekały z domów – jamników. Ale nogi płały się w ciężkich mazelonkach. Łatwo było je wyłapać. Dziouchy kryły się w piwnicach. Przycupnąwszy za szafką z wekami liczyły, że Rusy ich nie znajdą. Wyłuskiwali po jednej, po dwie. Czasem kopali ciężkimi żołnierskimi butami po głowach, brzuchach, gdzie popadło. Czasem dźgali pordzewiałymi prętami albo tłukli wyrwanymi z płotów sztachetami. Czasem gwałcili i zabijali. Gertruda zaszyła się w kopcu pszenicy, słyszała jak Rusy przewracają kosze z drewnem, jak ukręcają łby kurom, przetrząsają chlewy. Wytargali.

Opole pożera coraz to nowe wsie, ich nazwy dostają dzielnice. W latach siedemdziesiątych ubiegłego wieku połąkno Gosławice (wczoraj Ehrenfeld, przedwczoraj Gosławitz, onegdaj Villae Goslavici). Na obsianych żytem polach zbudowało sobie osiedle. Z wielkiej płyty. W tysiącach M2 i M3 zmieściłby się całutki Żywiec albo i Augustów. Pomnik nie pasował do Związku Walki Młodych. Na początku XXI wieku Towarzystwo Pomocy Niemcom na Śląsku upomniało się o niego. Miał stanąć w nowym miejscu. Zadatkowano posąg wojownika u kamieniarza z Wrzosek. Nie miał talentu Josepha Kokotta, toteż replika przypomina Rumcajsa. Uroczyste odsłonięcie odbyło się 25 września 2010 roku. Byli przedstawiciele władz i utworzonej niedawno mniejszości Niemieckiej, grali „Nieznani Muzykanci”, składano kwiaty. Za niedługo wybuchła afera. Poszło o żelazny krzyż, hełm, karabin, cokół, miejsce itd. itp. Interweniował nadzór budowlany, wkroczyła prokuratura, ktoś rozbił płotek, ktoś obrzucił postument zgniłymi jajkami. W końcu o pomniku zapomniano. Porasta mchem jak stare groby.





I oto znowu minęło dwa miesiące! Już mamy luty! Przedstawiam Wam Drodzy czytelnicy kolejny numer naszego dwumiesięcznika (od jakiegoś czasu) izbowego. Znajdziecie w nim przypomnienie o ubezpieczeniu

OC – ważne ze względu na termin ubezpieczenia, sprawozdania z ostatnich w 2023 roku posiedzeń Rady Okręgowej i Komisji Stomatologicznej oraz informacje o laureatach plebiscytu „Hipokrates 2023”.

W części „zagranicznej” publikuję ostatnie krajowe reminiscencje z Kongresu Kultury i Historii Lekarzy oraz szereg aktualnych (w miarę) tekstów, które powinny Was zaciekać.

Ponieważ Wielkanoc w tym roku przypada na przełom marca i kwietnia, to pozwalam sobie na złożenie życzeń świątecznych. Aby ten radosny czas był także i Waszym udziałem. A poza tym życzę Wam przede wszystkim zdrowia, zdrowia i jeszcze raz zdrowia, bo masowe infekcje „przechołgały” nie tylko lekarzy POZ-tów.

Jerzy B. LACH



Koleżanki! Koledzy!

Chronologicznie wracając do wydarzeń, które miały miejsce w ostatnim czasie, chcę poinformować, że 30 listopada 2023 r. w Opolu odbyła się już kolejna III Interdyscyplinarna Ogólnopolska Konferencja Naukowa, organizowana wspólnie z Izbą Adwokacką w ramach cyklu „Prawo i medycyna”. Temat był bardzo specjalistyczny – „Prawnomaterialne, procesowe i medyczne aspekty postępowania w przedmiocie zastosowania środków zabezpieczających”. Krótki materiał z konferencji jest na stronie Izby. W tym miejscu jeszcze raz pragnę wszystkim przekazać, że ze względu na cykl wydawniczy „Biuletynu” - jeden raz na dwa miesiące - należy częściej zaglądać na stronę internetową, celem bycia na bieżąco ze wszystkim, co się dzieje aktualnie w Izbie.

Miło mi poinformować, że Komisja ds. Lekarzy Emerytów i Rencistów naszej OIL nie zwalnia tempa i cały czas rozwija swoją działalność. W grudniu ubiegłego roku zaprosiła wszystkich chętnych Seniorów do Multikina w Opolu na „Śnieżne Boże Narodzenie z Andre Rieu” (A. Rieu holenderski skrzypek, kompozytor, dyrygent) i jego Orkiestrą Johanna Straussa. W tym roku Komisja, przy finansowym wsparciu Izby, zorganizowała jak co roku spotkanie noworoczne w restauracji „Czardasz” z bogatym programem artystycznym (między innymi z recitalem gitarowym naszego kolegi dr Kazimierza Drosika).

Staramy się także, jako Izba, pomóc naszym członkom w rozwiązywaniu problemu, jakim jest dla lekarzy pediatrów i internistów, chcących dalej przyjmować pacjentów w poradniach POZ-tu po 01.01.2025 r. wymóg ukończenia kursu w dziedzinie medycyny rodzinnej do 31 grudnia 2024 r. Zgodnie z przepisami ustawy z dnia

SZPALTA PREZESA

27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej: art. 15 ust. 2 mówi (w dużym skrócie): „prowadzenie działalności szkoleniowej w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej może być prowadzone przez instytut badawczy lub uczelnię, w której jest prowadzone kształcenie na kierunku studiów w obszarze nauk medycznych”. Jasno stąd wynika, że izby lekarskie takich uprawnień do zorganizowania kursu nie mają. Mimo to podjęliśmy próby rozmów dotyczących tej kwestii z Przewodniczącym Rady Instytutu Nauk Medycznych Uniwersytetu Opolskiego. O wynikach prowadzonych rozmów z pewnością zainteresowanych lekarzy powiadomimy.

Wracając do spraw samorządowych, chciałabym przypomnieć wszystkim delegatom Opolskiej Izby Lekarskiej, że XLIII Okręgowy Zjazd Lekarzy odbędzie się 16 marca br. Proszę wszystkich o uwzględnienie tego wydarzenia w harmonogramie swoich planów zawodowo-osobistych na ten rok.

W sprawie ubezpieczeń odpowiedzialności cywilnej na okres 01.03.2024 - 28.02.2025 r. pragnę przypomnieć, że dokonanie tej czynności jest możliwe tylko internetowo. Dla osób, które będą zawierać ubezpieczenia po wymaganym czasie, będzie dostępny przez cały rok (do 31.12.2024 r.) link do strony ubezpieczyciela w zakładce: Aktualności-ważne informacje.

A przed nami Święta. Wielkanoc jest szczególnym czasem dla wielu z nas niezależnie od wiary. Symbolizuje odrodzenie, które jest w nas, w przyrodzie. Oderwijmy się w miarę możliwości od problemów dnia codziennego i spędźmy te Święta rodzinnie, radośnie, relaksowo. Słońca, pogody ducha i uśmiechu na twarzy w ten Świąteczny czas.

Jolanta SMERKOWSKA-MOKRZYCKA

OSTATNIE W 2023 ROKU POSIEDZENIA OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ



W dn. 29.11.2023 r. odbyło się przedostatnie w tym roku posiedzenie Okręgowej Rady Lekarskiej, które poprowadził wiceprezes Stanisław Kowarzyk.

Na wstępie przekazano informację o pozytywnym zaopiniowaniu przez Prezydium ORL kandydatury dr Rafała Olejnika na stanowisko konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie urologii.

Przyznanie praw wykonywania zawodu

Podjęto uchwały o rozszerzeniu o nowe miejsce pracy na wniosek lekarzy posiadających PWZ na określony zakres czynności zawodowych dwojgu lekarzom: Iwana Duluba i Viktorii Yurchyk (9 głosów za, 1 przeciw, 1 wstrzymujący).

Przeniesienia do Opolskiej Izby Lekarskiej:

- Ewa Pielka-Markiewicz,
- Krzysztof Dreliszek,
- Daria Kwaśniak,
- Aleksandra Bogocz,
- Yuliya Khaliavinskaya,
- Dzmitry Khaliavinski.

Głosowanie: 9 za, 1 przeciw, 1 wstrzymujący.

Przyznanie PWZ celem realizacji stażu podyplomowego:

- Alena Petpavets od 01.12.2023 r. (uchwałę przyjęto jednogłośnie),
- Anton Dziaryba od 01.01.2024 r. (uchwałę przyjęto jednogłośnie).

Przyznano PWZ lekarce Agnieszce Felix-Meyer (przeniesienie z Niemiec - osoba z polskim obywatelstwem) – w głosowaniu: 10 za i 1 wstrzymujący.

Rejestracja podmiotów prowadzących szkolenia podyplomowe lekarzy

Klinika Nova zgłosiła organizację warsztatów praktyczno-teoretycznych z wykorzystaniem techniki RiRS w leczeniu kamicy nerkowej - przyznano 9 pkt. za udział w warsztatach.

Zmiany w rejestrze indywidualnych praktyk lekarskich

Z rejestru w drodze uchwały wykreślono cztery praktyki lekarskie - uchwały podjęto jednogłośnie.

Przyznanie świadczeń z funduszu samopomocy

O zapomogę wystąpiła jedna lekarska i pozytywna decyzja w tej sprawie udzielona jednogłośnie.

Sprawy finansowe

Organizatorzy Balu Lekarza w Nysie wnioskowali o dofinansowanie ww. wydarzenia. Przyznano jednogłośnie dofinansowanie w wysokości 4 tys. zł

Rozpatrzono prośbę Delegatury Kluczborskiej o przyznanie dofinansowania w wysokości 3 tys. zł na organizację spotkania opłatkowo-wigilijnego - kwotę przyjęto jednogłośnie.

Zmiany w wysokości składki członkowskiej

W związku z nieosiąganiem przychodów zwolniono z opłacania składki członkowskiej czworo lekarzy.

Przedyskutowano sytuację dr Marii Karoń, która poinformowała Izbę o zakończeniu pracy gabinetu lekarskiego „ponad 2 lata temu”, jako odpowiedź na roszczenie Izby o niezapłacone składki członkowskie. Praktyka lekarska została skreślona z rejestru CEIDG z dniem 29.12.2022 r. o czym pani doktor nie poinformowała Izby. W związku powyższym postawiono wniosek, aby zaległość pani doktor powstałą do grudnia 2022 r. rozłożyć na 12 miesięcznych rat, a w stosunku do tegorocznej zaległości - odstąpić od roszczeń (głosowanie: 1 za, 1 przeciw).

Podjęcie Uchwał

Dyrektor SP ZOZ Olesno, Zakładu Opiekuńczo Leczniczego oraz Ośrodka Odwykowego poinformował Radę o terminach posiedzeń rad społecznych tych jednostek. Opolską IL reprezentować będzie dr Krystian Wartenberg.

Podjęto uchwałę w sprawie upoważnienia Prezesa i Skarbnika OIL do zawarcia umowy z Ministerstwem Zdrowia na przekazanie środków budżetowych na pokrycie kosztów czynności przejętych przez samorząd lekarski od organów administracji państwowej.

Sprawozdanie z posiedzenia Konwentu Prezesów ORL oraz z posiedzenia NRL

Przekazano sprawozdanie ze spotkania Konwentu Prezesów Okręgowej Izby Lekarskich w dn 19.10.2023 - w zastępstwie przewodniczącego konwentu posiedzenie odbyło się pod przewodnictwem dr Ryszarda Mondziela:

- Omówiono możliwości współpracy OIL przy organizacji szkoleń stażystów,
- Dyskutowano nad organizacją opieki w POZ,
- Omawiano wniosek prezesów OIL, by NIL zwróciła się w sprawie uregulowania opłat za rejestr podmiotów prowadzących szkolenia podyplomowe do MZ po powstaniu nowego rządu,
- Omówiono wyniki ankiety dotyczącej szpitalnictwa w Polsce,
- Omówiono trwające prace nad regulacjami dotyczącymi reklamowania się lekarzy,
- Omówiono możliwości ujednolicenia wpisów do RRWDL,

- Poinformowano o organizowanym szkoleniu w Łodzi dla pracowników Rejestrów Lekarzy.

Przekazano sprawozdanie z posiedzenia NRL:

- Wysłuchanie sprawozdania Prezes Zarządu Fundacji „Lekarze Lekarzom” dr Mariusz Janikowski z działalności Fundacji,

- Podjęto uchwałę w sprawie wykorzystania systemów informatycznych, narzędzi elektronicznych oraz dokumentów elektronicznych w sprawach przyznawania Prawa Wykonywania Zawodu lekarza i lekarza dentysty oraz prowadzenia rejestru lekarzy i lekarzy dentystów,

- Powołano Zespół ds. naruszeń w ochronie zdrowia,

- Podjęto uchwałę w sprawie zasad wydawania „Gazety Lekarskiej” w roku 2024 - będzie 6 numerów papierowych i 6 hybrydowych.

- Ustalono terminy posiedzeń Naczelnej Rady Lekarskiej w roku 2024: 26 stycznia, 8 marca, 26 kwietnia, 28 czerwca, 6 września Cetniewo, 22 listopada, 20 grudnia.

- Naczelna Rada Lekarska zaapelowała do Ministra Zdrowia o podjęcie pilnych działań zmierzających do zapewnienia znaczącego wzrostu finansowania świadczeń szpitalnych w zakresie pediatrii oraz psychiatrii dzieci i młodzieży.

Sprawozdanie członków ORL

Dr Wiesław Latała poinformował o wspólnym posiedzeniu Komisji Stomatologicznej i Opolskiego Oddziału PTS oraz o wykładzie dr Bednarza z zakresu periodontologii i implantologii.

Dr Barbara Hamryszak przekazała informację z posiedzenia Rady Społecznej NFZ z dnia 13.11.2023 r., na którym poinformowano o planie zakupów na 2024 rok uwzględniający krajowy i wojewódzki plan transformacyjny. W 2024 roku przewidziano brak 0.5 mld złotych w stosunku do 2023 r. Po trzecim kwartale zapłacono

wszystkie nadwykonania. 08.12.2023 odbędzie się wigilia w NFZ. Przekazano także, iż 50% skarg składanych do NFZ jest niezasadna. Z racji prowadzonych programów profilaktycznych opolski NFZ uzyskał tytuł ambasadora profilaktyki.

W dn. 29.11.2023 r. odbędzie się konferencja „Prawo i Medycyna”.

Dr Adam Bak przekazał informację ze spotkania Rzeczników Praw Lekarzy. Na podstawie analizy sytuacji stwierdzono, iż większość nakładanych przez NFZ kar za nieprawidłowe przepisanie refundacyjne mleka modyfikowanego Neocate jest mocno przeszacowana w porównaniu ze stratami NFZ z tego tytułu.

Dr Jerzy Jakubiszyn przekazał informację o nowych przepisach obowiązujących od 1.01.2025 r. dotyczących pracy lekarzy w POZ. Wykazał konflikt nowej i starej ustawy o POZ. Przekazał informację o konieczności rozmów z dyrektorem instytutu medycznego w sprawie organizowania kursu umożliwiającego lekarzom internistom i pediatrom pracę w POZ.

Dr Marek Błaszczuk poinformował o dużym zainteresowaniu spotkaniem lekarzy stażystów w restauracji Słociak

Do członkostwa w komisji NIL ds. szpitalnictwa – chętnych brak

Przeanalizowano apele i uchwały różnych Izb w sprawie wyrównania różnych wynagrodzeń lekarzy.

Przeanalizowano wnioski o nadanie odznaczenia Meritus Pro Medicis dla dr Małgorzaty Łuszczynskiej-Ostrowskiej i dr Jacka Mazura. Nie zgłoszono dodatkowych tez. Głosowanie nad wnioskami odbędzie się w NIL 8 grudnia 2023 r.

Na tym obrady zakończono.

Zastępca Sekretarza ORL
Lek. Iwona GAJDA

Wiceprezes ORL
Lek. Stanisław KOWARZYK

W dniu 20.12.2023 r. odbyło się ostatnie posiedzenie Okręgowej Rady Lekarskiej w tym roku, na którym Rada obradowała nad następującymi problemami:

Przyznanie praw wykonywania zawodu

Wniosek o wydanie PWZ lekarzowi cudzoziemcowi celem odbycia stażu podyplomowego złożyły:

- lek. Alina Drozd (obywatelka Białorusi)
- lek. Hanna Yakubchik (obywatelka Białorusi)
- lek. Khilda Simonovskaia (obywatelka Rosji)

W dwóch pierwszych przypadkach uchwały podjęto jednogłośnie, natomiast w ostatnim - przy 2 głosach sprzeciwu i 2 wstrzymujących się

Rejestracja podmiotów prowadzących szkolenie podyplomowe lekarzy

Brak wniosków.

Zmiany w rejestrze indywidualnych praktyk lekarskich

W związku z zaprzestaniem działalności medycznej wnioski złożyło czworo lekarzy - uchwały podjęto jednogłośnie.

Przyznanie świadczeń z Funduszu Samopomocy

Brak wniosków.

Zmiany w wysokości składki członkowskiej

Wnioski o nieosiąganiu przychodów złożyły dwie osoby - uchwały podjęto jednogłośnie.

Podjęcie uchwał

Uchwała w sprawie zwołania XLIII Okręgowego Zjazdu Lekarzy i ustalenia terminów posiedzeń ORL i jej prezydium w I półroczu 2024 r. Okręgowy Zjazd Lekarzy zwołuje się na dn.16 marca 2024 r.

Uchwała w sprawie dofinansowania lekarzy seniorów. Dotyczy ona dofinansowanie pobytów sanatoryjnych w kwocie po 500 zł. Dofinansowanie otrzymuje sześcioro seniorów lekarzy/lekarzy dentyistów – uchwały podjęto jednogłośnie.

Sprawozdanie z posiedzenia Konwentu Prezesów ORL w dniu 14.12.2023 r. oraz z posiedzenia NRL w dniu 15.12.2023r.

Posiedzenie Konwentu Prezesów ORL - informacje przekazała Prezes Jolanta Smerkowska- Mokrzycka. Konwent zajmował się następującymi problemami:

- skierowano Apel do OIL o dofinansowanie uczestnictwa w zawodach piłki nożnej dla lekarzy, którzy wezmą udział w światowych zawodach piłki nożnej lekarzy w Australii w 2024 r.

- Prezes NIL Ł. Jankowski przekazał informacje ze spotkania z Minister Zdrowia Izabelą Leszczyną,

- kontynuacja rozmów dot. elektronicznego PWZ,

- o planowanych audytach w okręgowych izbach lekarskich,

- o zgłaszaniu uwag do projektu nowego Kodeksu Etyki Lekarskiej, który będzie nowelizowany. Debata odbędzie się na Zjeździe Lekarzy w 2024 r.

Posiedzenie NRL - sprawozdanie z obrad przekazał wiceprezes Stanisław Kowarzyk.

- O godz. 10:00 odbyło się spotkanie z Minister Zdrowia Izabelą Leszczyną. Przedstawiono najważniejsze problemy do rozwiązania: szczepionki p-covidowe, leki p-wirusowe, masowe otwieranie nieakredytowanych kierunków lekarskich na różnych uczelniach, problem psychiatrii dziecięcej, system no-fault. Minister zadeklarowała szeroką współpracę podkreślając, że lekarze są najważniejszym ogniwem w systemie ochronie zdrowia.

- Na początku posiedzenia minutą ciszy uczczono pamięć zmarłego niedawno prof. Tadeusza Tołłoczko.

- Dyskusja w sprawie nowoutworzonych wydziałów lekarskich oraz standardów, jakie mają spełniać kierunki lekarskie. Gościem w dyskusji był prof. Zbigniew Gaciąg - Rektor Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. Przyjęto stanowisko w sprawie wymogów gwarantujących wysoką jakość kształcenia na kierunkach lekarskich. Wskazano, że w związku z postępującą w ostatnich latach degradacją kształcenia lekarzy potrzebny jest pakiet zmian, a w nim m.in. zmiana składu osobowego Polskiej Komisji Akredytacyjnej - z uwzględnieniem kandydatur wskazanych przez Naczelną Radę Lekarską, większy zakres uprawnień Polskiej Komisji Akredytacyjnej - aby opinie Polskiej Komisji Akredytacyjnej były wiążące dla Ministra Edukacji i Nauki, konieczność zamknięcia lub wygaszenia uczelni, które nie uzyskały pozytywnej opinii Polskiej Komisji Akredytacyjnej.

- Przyjęto apel w sprawie działań podejmowanych przez Rzecznika Praw Pacjenta. Zaznaczono w nim, że jak wynika z dotychczasowych praktyk Rzecznika Praw Pacjenta jego działania niejednokrotnie wykraczają po-

za przysługujące RPP kompetencje - nadużywanie przez Rzecznika Praw Pacjentów instrumentów ustawowych, które umożliwiają mu dokonywanie ocen praktyk lekarskich bez jakiegokolwiek przygotowania merytorycznego stanowią istotne zagrożenie dla funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w Rzeczypospolitej Polskiej. Znamienne jest to, że wydając decyzję o nakazaniu zaniechania przez danego lekarza praktyki Rzecznik nadaje takiej decyzji rygor natychmiastowej wykonalności. Naczelna Rada Lekarska stoi na stanowisku, że istnieje pilna potrzeba zmian ustawowych, eliminująca problem przewagi władzy urzędniczo-sądowej nad merytoryczną wiedzą lekarzy. Wadliwe rozwiązania prawne, w ostatecznym rezultacie zagrażające, a nie chroniące prawa pacjentów, winny być korygowane, a do czasu korekty, stosowane z największą ostrożnością.

- Przyjęto apel w sprawie odpowiedzialności karnej w ochronie zdrowia. Samorząd zawodowy lekarzy zaapelował do Ministra Zdrowia i Ministra Sprawiedliwości o pilną zmianę przepisów dotyczących odpowiedzialności karnej za tzw. błędy medyczne i stworzenia systemu, który będzie z jednej strony odpowiadał słusznym oczekiwaniom społecznym w zakresie jakości opieki medycznej, dostępności pacjentów do świadczeń opieki zdrowotnej i dostępu do lekarza, prawa do rekompensaty w razie poniesienia uszczerbku na zdrowiu, a z drugiej strony będzie przywracał lekarzom możliwość bezpiecznego wykonywania zawodu, szczególnie w specjalizacjach lekarskich lub w miejscach pracy, w których ryzyko wystąpienia niepowodzenia leczniczego jest stosunkowo wysokie.

- Upoważniono uchwałą Prezesa i Skarbnika do zawarcia umowy kupna lokalu Sobieskiego 110U w Warszawie.

- Podjęto uchwałę zmierzającą do zbycia lokalu NIL przy ul. Konduktorskiej w stolicy.

- Podjęto uchwały w sprawie zmiany składów komisji i zespołów Naczelnej Rady Lekarskiej: Komisji ds. Szpitalnictwa, Komisji Młodych Lekarzy. Nie powołano członka Zespołu ds. naruszeń w ochronie zdrowia z powodu braku kandydatów – apel do izb okręgowych o zgłaszanie – jest 1 wakat.

- Odbyła się prezentacja programu wyborów elektronicznych w Izbie Lekarskiej (Piotr Kalkowski).

- Dyskusja nad apelami orl do NRL dotyczącymi eliminacji dysproporcji pomiędzy wynagrodzeniem lekarzy/lekarzy dentyistów specjalistów, a wynagrodzeniem w trakcie specjalizacji i pilnej wyceny świadczeń leczenia retinopatii wcześniaków. Do procedowania tych kwestii w odpowiednich instytucjach wyznaczono autorów tych apeli.

Wyznaczenie przedstawicieli członków ORL do komisji konkursowych

Dyrektor SP ZOZ OCO w Opolu zwrócił się z wnioskiem o wyznaczenie przedstawiciela ORL do komisji konkursowej na stanowisko Naczelnej Pielęgniarki.

Rada desygnuje dr Lidzię Czopkiewicz - uchwałę podjęto jednogłośnie.

Sprawozdania członków ORL z działalności pomiędzy posiedzeniami

Kol. W. Łatała przekazał informacje ze wspólnego posiedzenia KS OIL i członków Opolskiego Oddziału PTS,

Kol. A. Marciniszyn przekazał relację ze spotkania oplatkowego z lekarzami Delegatury w Kluczborku,

Prezes przekazała informacje ze spotkania z przedstawicielami studentów medycyny IF MSA w Opolu,

Kol. A. Bąk poinformował o problemach dyżurowych na Oddziale Neurologii Dziecięcej w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Opolu,

Kol. B. Hamryszak przekazała sprawozdanie z posiedzenia Rady Społecznej OOW NFZ w Opolu, na którym

poinformowano, że wszystkie nadwykonania świadczeń zdrowotnych będą sfinansowane,

Kol. M. Dryja zrelacjonował spotkanie z Rady Społecznej USK w Opolu.

Sprawy różnie i wolne wnioski

Prezes poinformowała, że Konsultantem Wojewódzkim w dziedzinie urologii został dr n. med. Rafał Olejnik.

Kol. M. Błaszczyk przekazał informacje ze spotkania, które odbyło się 27.10.23 r. w hotelu „Słociak” w Opolu z młodymi lekarzami i zaapelował, żeby takie spotkania stały się tradycją i były wspierane przez Izbę.

Prezes zaapelowała o zgłaszanie do końca br. kandydatów do odznaczenia „Prymariusz Opolski”.

Wobec wyczerpania porządku obrad na tym posiedzenie zakończono.

Sekretarz ORL

Lek. Małgorzata ŁUSZCZYŃSKA-OSTROWSKA

Prezes ORL

Lek. dent. Jolanta SMERKOWSKA-MOKRZYCKA

DWA OSTATNIE POSIEDZENIA KOMISJI STOMATOLOGICZNEJ W 2023 ROKU



W dniu 9 listopada 2023 r. odbyło się kolejne spotkanie KS. Jego gościem był Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej dr Paweł Olszewski, który poruszył temat współpracy Zastępców Rzecznika (lekarzy stomatologów i jednocześnie członków komisji stomatologicznej) z samym Rzecznikiem, jak i również z pracownikiem biura, która zajmuje się obsługą biura rzecznika.

W dalszej części zajęto się następującymi sprawami:

1. Do AOTiM wpłynęły wnioski w sprawie nowej wy ceny procedur ze stomatologii dziecięcej i zachowawczej.

2. Naczelna Komisja Stomatologiczna skierowała pismo do ZUS w sprawie równego traktowania lekarzy pracujących na umowę o pracę i na własnej działalności.

3. Będzie szkolenie organizowane przez NIL z cyberbezpieczeństwa dokumentacji medycznej.

4. W dniach 6 – 8 .06.24 r. odbędzie się konferencja stomatologiczna w Augustowie.

5. Dr Ewa Rogala opowiedziała, ku przestrodze, o przypadku sfalszowania dokumentacji medycznej na SOR jednego z opolskich szpitali, który wydarzył się przy braku wylogowania się z konta informatycznego lekarza prowadzącego pacjenta.

6. Komisja poruszyła problem braku miejsc specjalizacyjnych z zakresu stomatologii na Opolszczyźnie.

Kolejne posiedzenie Komisji, połączone ze spotkaniem oplatkowym, odbędzie się 18.12 2023 r.

Przewodnicząca KS

Lek. dent. Barbara HAMRYSZAK

W dniu 18 grudnia 2023 r. odbyło się kolejne posiedzenie Komisji Stomatologicznej. Spotkanie rozpoczęła przewodnicząca dr Barbara Hamryszak od uczczenia minutą ciszy koleżanek i kolegów, którzy odeszli od nas w 2023 roku:

- Jan Bochenek,
- Rozalia Swaryczewska-Krzywda,
- Jerzy Wyszkiowski,
- Maria Rajca-Dul,
- Krystyna Świdzka-Hul.

Następnie przewodnicząca zdała relację ze spotkania Naczelnej Komisji Stomatologicznej. Najważniejszą informacją było ogłoszenie przez CED (Council of European Dentists) stanowiska wyjaśniającego różnicę pomiędzy lekarzem dentystą a lekarzem dentystą – specjalistą. Lekarz dentysta, po odbyciu podstawowego szkolenia stomatologicznego, uprawniony jest do wykonywania wszystkich czynności wykonywanych przez lekarza specjalistę, o ile czynności te objęte są programem nauczania i nie

można mu zabronić wykonywania jakichkolwiek czynności lekarza dentystry specjalisty.

Następnie Komisja jednogłośnie przyjęła wniosek o zgłoszenie dr Ewy Rogali do tytułu Prymariusza Opolskiego.

Sekretarz KS
Lek. dent. Agnieszka CHOMIK-RĄCZY

Prezes Opolskiego Oddziału Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego, kol. Piotr Wiśniewski zachęcił do wstępowanie w szeregi tegoż Towarzystwa, a najbliższe szkolenie odbędzie się 10 lub 17.02.2024.

Przewodnicząca KS
Lek. dent. Barbara HAMRYSZAK

UBEZPIECZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI CYWILNEJ NA 2024 R.



Koleżanki i Koledzy,

Od 1 marca 2024 r. kontynuować będziemy program Ubezpieczenia Odpowiedzialności Cywilnej oraz ubezpieczenie Ochrony Prawnej Lekarza. Oferta na nie zmienionych zasadach i warunkach finansowych (OC PZU S.A.; Ochrona Prawna InterRisk TU S.A.) obowiązywać będzie do końca lutego 2026 r.

Podobnie, jak w roku ubiegłym, tak i na kolejny okres istnieje możliwość przystępowania do ubezpieczenia bezpośrednio przez stronę internetową <https://oc-lekarza.polisagrupowa.pl> lub poprzez baner zamieszczony na stronie Izby, do czego zachęcamy wszystkich członków Opolskiej Izby Lekarskiej. Aktualnie będzie to jedyna forma możliwości skorzystania z wynegocjowanego programu ubezpieczenia na preferencyjnych warunkach. Możliwość zawarcia ubezpieczenia na kolejny okres zostanie Państwu udostępniona od 15 stycznia 2024 r.

Prosimy o nieodkładanie kontynuacji ubezpieczenia do ostatniej chwili. Szczegóły dotyczące możliwości zawarcia umowy ubezpieczenia znajdują się na końcu tego artykułu.

Przypomnienie warunków programu. Sposób zawarcia ubezpieczenia

Obowiązek ubezpieczenia spoczywa na każdym lekarzu czy lekarzu dentyście, który wykonuje zawód w for-

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

Rozporządzenie Ministra Finansów doprecyzowało zasady tego ubezpieczenia. Obejmuje ono szkody, jakie mogą być wyrządzone w czasie udzielania świadczeń zdrowotnych albo powstałe wskutek zaniechania udzielenia takich świadczeń. Ubezpieczenie obowiązkowe nie obejmuje zabiegów chirurgii plastycznej oraz zabiegów kosmetycznych i estetycznych, poza zabiegami wykonywanymi w przypadku wad wrodzonych oraz następstw urazów czy chorób.

Rozporządzenie wprowadziło minimalną sumę gwarancyjną dla tego ubezpieczenia – w przypadku lekarza (lekarza dentystry) wynosi ona 75.000 Euro na 1 zdarzenie i 350.000 Euro na wszystkie zdarzenia w okresie ubezpieczenia. Zwracamy uwagę na fakt, iż 75.000 Euro to niezbyt wysoka suma ubezpieczenia, dlatego zachęcamy do rozważenia wykupienia ubezpieczenia z ubezpieczeniem nadwyżkowym (informacja poniżej).

Ubezpieczenie obowiązkowe proponowane członkom Opolskiej Izby Lekarskiej przez PZU wraz z ochroną prawną InterRisk TU S.A. uwzględnia podział na trzy grupy specjalności:		
Grupa I (składka 454 zł)	Grupa II (składka 202 zł)	Grupa III (składka 124 zł)
<ul style="list-style-type: none">- Anestezjologia i intensywna terapia- Chirurgia ogólna- Chirurgia dziecięca- Chirurgia naczyniowa- Chirurgia onkologiczna- Chirurgia plastyczna- Torakochirurgia- Kardiochirurgia- Neurochirurgia- Chirurgia szczękowo-twarzowa- Chirurgia stomatologiczna- Urologia- Urologia dziecięca- Ortopedia i traumatologia- Ginekologia i położnictwo- Ginekologia onkologiczna- Medycyna ratunkowa- Neonatologia	<ul style="list-style-type: none">- Medycyna sportowa- Radioterapia- Lekarz dentysta nie posiadający żadnej specjalizacji oraz- pozostałe specjalności stomatologiczne poza chirurgią stomatologiczną np.:<ul style="list-style-type: none">• ortodoncja• periodontologia• protetyka stomatologiczna• stomatologia dziecięca• stomatologia zachowawcza z endodoncją.	<p>Wszystkie pozostałe specjalności</p> <p>Uwaga: Jeżeli lekarz z III grupy wykonuje jakies zabiegi chirurgiczne, endoskopowe, z zakresu radiologii interwencyjnej czy inne wymagające pisemnej zgody – musi się ubezpieczyć jak w grupie II.</p>

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

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

• W przypadku lekarzy będących w trakcie specjalizacji, nieposiadających żadnej innej specjalizacji, nalicza się składkę przewidzianą dla grupy ryzyka obejmującej faktycznie wykonywaną specjalizację.

W dalszym ciągu istnieje możliwość bardzo korzystnego ubezpieczenia pakietowego (połączenie ubezpieczenia obowiązkowego z dobrowolnym) tzw. klauzulą nadwyżkową. Pozwala to nie tylko podwyższyć sumę gwarancyjną ubezpieczenia, ale objąć ubezpieczeniem sytuacje czy zdarzenia, których nie zawiera ubezpieczenie obowiązkowe:

• udzielanie pierwszej pomocy (także w sytuacji, w której lekarz, ratując czyjeś życie, udzielał jej po spożyciu alkoholu),

• udzielanie świadczeń medycznych okazjonalnych (niezbędnej pomocy medycznej - nie dotyczy stałej pracy) poza terenem Polski – np. podczas wyjazdu wypoczynkowego lub podejmowanych w ramach stażu, praktycznej nauki zawodu, delegacji służbowej, udziału w konferencjach naukowych oraz wyjazdów interwencyjnych z pomocą medyczną obywateli RP,

• uwzględnienie w składce podstawowej zabiegów estetycznych i kosmetycznych,

• koszty ekspertów, biegłych, zastępstwa prawnego – poniesionych za zgodą PZU S.A. lub zasądzonych,

• niezbędne koszty sądowej obrony przed roszczeniami, niezbędne koszty sądowej obrony w postępowaniu karnym poniesione za zgodą PZU S.A. lub zasądzone,

• koszty postępowań sądowych, w tym mediacji lub postępowania pojednawczego poniesione za zgodą PZU S.A. lub zasądzone,

• koszty poniesione na minimalizowanie wyrządzonej szkody,

• odpowiedzialność cywilna za szkody wyrządzone osobom trzecim w wynajmowanym sprzęcie oraz w pomieszczeniu praktyki (do kwoty 50.000 zł) – z możliwością indywidualnego podwyższenia,

• szkody rzeczowe wyrządzone w mieniu pacjenta w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, ubezpieczenie od innych zdarzeń odpowiedzialności cywilnej, związanych z miejscem wykonywania praktyki, ale nie związanych z udzielaniem świadczeń (np. zalanie sąsiada wskutek awarii w gabinecie, uderzenie przedmiotem spadającym z okna gabinetu czy dachówką spadającą z dachu domu lub poślizgnięcie się pacjenta na mokrej posadzce w pomieszczeniu, w którym jest gabinet itp.),

• szkody związane z utratą, uszkodzeniem mienia przechowywanego do 5.000 zł np. mienie pacjenta pozostawione w poczekalni lub depozycie,

• szkody nie związane ze szkodą osobową lub rzeczową (limit 100.000 zł)

• w ramach ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej lekarza, PZU S.A. dla każdego Ubezpieczonego, or-

ganizuje i pokrywa koszty usługi Asysty Prawnej (usługa assistance). Nr telefonu Centrum Alarmowego dla Asysty Prawnej: 22/505-16-04.

Usługa asysty prawnej polega na:

• udzielaniu telefonicznie lub udzielaniu w formie elektronicznej konsultacji prawnych,

• przesyłaniu w formie elektronicznej wzorów umów i wzorów pism należących do powszechnego obrotu prawnego,

• przesyłaniu w formie elektronicznej tekstów obowiązujących lub archiwalnych (obowiązujących na dany dzień) aktów prawnych prawa polskiego,

• informacje o obowiązujących procedurach sądowych i kosztach prowadzenia sporów prawnych oraz dochodzenia lub ochrony swoich praw,

• przesłanie danych teleadresowych instytucji (sąd, prokuratura, kancelarie prawne).

W ramach składki ubezpieczeniowej ubezpieczenia pakietowego uzyskuje się również:

• ubezpieczenie na wypadek szkód wynikających z naruszenia praw pacjenta w tym również szkód nie będących szkodą osobową czy rzeczową (np. badanie pacjenta bez zachowania intymności),

• ubezpieczenie szkód wyrządzonych w związku z uczestnictwem w eksperymencie medycznym lub badaniach klinicznych (jeżeli sponsor wykupił ubezpieczenie obowiązkowe),

• ochronę prawną (ubezpieczaną przez TU Inter Risk S.A.) do kwoty 50.000 zł. Ubezpieczenie ochrony prawnej ma na celu zagwarantować lekarzowi bezwarunkowe pokrycie kosztów ochrony prawnej w przypadku wystąpienia do lekarza z roszczeniem odszkodowawczym przez poszkodowanego pacjenta, NFZ, czyli: koszty wynajęcia adwokata, radcy prawnego, który odpisze na pozew, będzie reprezentował go w Sądzie, koszty powołania biegłych; koszty te pokrywane są do 50.000 zł w granicach wynagrodzenia określonego przez rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości, który wyznaczył minimalne należne wynagrodzenie adwokatom, radcom prawnym, (konieczne jest zgłoszenie przez lekarza wniosku na piśmie).

Zgłoszenie szkody z ubezpieczenia ochrony prawnej:
CORIS LEX SERVICES SP.Z.O.O., tel. (22) 647-56-10
(7 dni w tygodniu 9-21), fax. (22) 568-98-99 (24 h), e-mail: interrisk@asysta.prawnika.pl (24 h).

A oto warianty tego ubezpieczenia pakietowego:

Kwota, o którą zwiększa się suma gwarancyjna OC	Grupa I specjalności – składka łączna	Grupa II – składka łączna	Grupa III – składka łączna
100.000,00 zł	545,00 zł	265,00 zł	161,00 zł
200.000,00 zł	643,00 zł	298,00 zł	173,00 zł
300.000,00 zł	669,00 zł	304,00 zł	180,00 zł
400.000,00 zł	701,00 zł	314,00 zł	188,00 zł
500.000,00 zł	715,00 zł	320,00 zł	192,00 zł
700.000,00 zł	727,00 zł	324,00 zł	196,00 zł
800.000,00 zł	735,00 zł	335,00 zł	215,00 zł

Kwota, o którą zwiększa się suma gwarancyjna OC	Grupa I specjalności – składka łączna	Grupa II – składka łączna	Grupa III – składka łączna
1.300.000,00 zł	903,00 zł	402,00 zł	243,00 zł
1.500.000,00 zł	990,00 zł	420,00 zł	290,00 zł
2.500.000,00 zł	1.722,00 zł	733,00 zł	453,00 zł
3.000.000,00 zł	1.940,00 zł	820,00 zł	540,00 zł
3.500.000,00 zł	2.090,00 zł	870,00 zł	590,00 zł

• za dodatkową składkę 20 zł można podnieść sumę gwarancyjną do 500.000 zł na szkodach w ruchomościach i nieruchomościach użytkowanych na podstawie umowy najmu, dzierżawy lub innego stosunku prawnego – chodzi o szkody w użytkowanym obcym sprzęcie np. medycznym

Lekarz (lekarz dentysta) niewykonujący praktyki lekarskiej i niepodlegający ubezpieczeniu obowiązkowemu może skorzystać z ubezpieczenia dobrowolnego OC lekarza. Daje ono ochronę przy udzielaniu pierwszej pomocy (nawet pod wpływem alkoholu w sytuacjach ratujących życie) oraz pokrywa szkody rzeczowe wyrządzone pacjentowi przy udzielaniu tej pierwszej pomocy. Daje również ochronę w innych sytuacjach udzielania świadczeń zdrowotnych, niezwiązanych z pracą etatową i niewymagających założenia prywatnej praktyki.

A oto warianty tego **ubezpieczenia dobrowolnego**:

Suma gwarancyjna OC	Grupa I – składka	Grupa II – składka	Grupa III – składka
100.000,00 zł	256,00 zł	139,00 zł	82,00 zł
200.000,00 zł	301,00 zł	155,00 zł	93,00 zł
300.000,00 zł	340,00 zł	169,00 zł	103,00 zł
400.000,00 zł	350,00 zł	180,00 zł	110,00 zł
500.000,00 zł	375,00 zł	190,00 zł	115,00 zł
700.000,00 zł	402,00 zł	197,00 zł	117,00 zł
800.000,00 zł	420,00 zł	203,00 zł	122,00 zł
1.300.000,00 zł	519,00 zł	243,00 zł	145,00 zł
1.500.000,00 zł	540,00 zł	255,00 zł	165,00 zł
2.500.000,00 zł	994,00 zł	436,00 zł	268,00 zł
3.000.000,00 zł	1.050,00 zł	470,00 zł	340,00 zł
3.500.000,00 zł	1.090,00 zł	540,00 zł	420,00 zł

Każdy, kto wykupi jeden z wariantów ubezpieczenia OC (niezależnie czy tylko obowiązkowe, czy tylko dobrowolne, czy pakietowe) może za dodatkową składkę zawrzeć ubezpieczenie rozszerzone dodatkowo o zarażenie

Oto warianty tego dodatkowego ubezpieczenia (wszystkie kwoty podane są w złotych):

Świadczenie	10.000	10.000	10.000	20.000	50.000	100.000	100.000	100.000
WZW								
Świadczenie-razowe z tytułu HIV	10.000	10.000	10.000	20.000	50.000	100.000	100.000	100.000
Koszty leczenia	3.000	5.000	10.000	10.000	10.000	10.000	10.000	10.000
Świadczenie na wypadek śmierci z tytułu NNW	10.000	10.000	10.000	10.000	10.000	10.000	20.000	50.000
Składka	86	110	170	180	210	259	299	417

się wirusami WZW lub HIV, koszty leczenia powstałe na skutek ekspozycji na materiał zakaźny oraz świadczenie na wypadek śmierci z tytułu NNW.

Przystąpienie do ubezpieczenia

Od 15 stycznia 2024 r. zostanie udostępniona możliwość przystąpienia do ubezpieczenia przez stronę internetową <https://oc-lekarza.polisagrupowa.pl> lub poprzez baner zamieszczony na stronie Izby.

Zawarcie ubezpieczenia zajmuje kilka minut bez konieczności wychodzenia z domu, a cała dokumentacja wraz z potwierdzeniem ochrony trafia do Państwa w czasie rzeczywistym. Zawierając ubezpieczenie OC Lekarza przez stronę internetową otrzymujecie bezpośrednio na swojego maila potwierdzenie zawarcia umowy ubezpieczenia OC Lekarza oraz Ochrony Prawnej co pozwoli na zaoszczędzenie czasu. Składkę będzie można uiścić przelewem na konto bankowe Opolskiej Izby Lekarskiej w terminie 7 dni od daty wystawienia potwierdzenia ubezpieczenia.

Członkowie Izby, którzy do tej pory zawarli ubezpieczenie za pośrednictwem internetu otrzymają przypomnienie SMS o możliwości kontynuacji ubezpieczenia.

Dedykowane dla naszej Izby Lekarskiej rozwiązania internetowe pozwala zapoznać się z szeregiem informacji dodatkowych dotyczących programu ubezpieczenia. Daje także możliwość skorzystania ze zniżek przysługującym lekarzom na ubezpieczenia indywidualne.

Informujemy, że ze względu na duże obciążenie obowiązkami pracowników Izby w tym roku, jak i kolejnych zawarcie ubezpieczenia na wynegocjowanych przez Izbę preferencyjnych warunkach będzie możliwe tylko i wyłącznie online. Wspólnie z Brokerem będziemy Państwu przypominać o kończącym się okresie ubezpieczenia.

Niestety w przypadku opóźnienia w zgłoszeniu istnieje ryzyko powstania luki w okresie ochrony ubezpieczenia. Prosimy nie pozostawiać tej sprawy do ostatniej chwili.

Uruchomienie możliwości zawarcia ubezpieczenia online – od 15 stycznia 2024 r.

Informujemy także, że nasz Broker zobowiązał się do udzielenia Państwu wsparcia w zawarciu ubezpieczenia online poprzez możliwość dodatkowego kontaktu telefonicznego:

1. Jadwiga Kołodziejczyk – 662-246-213,
2. Jadwiga Senecka – 604-269-575.

Jolanta SMERKOWSKA-MOKRZYCKA

PLEBISCYT „HIPOKRATES 2023” ROZSTRZYGNIĘTY!



20 listopada 2023 r. na Zamku w Mosznej odbyła się opolska gala plebiscytu „Hipokrates 2023”, podczas której wręczono nagrody laureatom wojewódzkim i powiatowym tegorocznej edycji jednego z największych plebiscytów medycznych w Polsce.

Należy tutaj przypomnieć, że kandydaci do tej nagrody nominowani byli przez swoich pacjentów. Wśród nominowanych do plebiscytu byli lekarze rodzinni i pediatrzy, stomatolodzy, chirurdzy, fizjoterapeuci, a także pielęgniarki i położne. Głosowano także na ginekologów, kardiologów, ortopedów, okulistów, dermatologów, ratowników medycznych, laryngologów oraz farmaceutów/techników farmaceutycznych. Czytelnicy „NTO” – opolskiego organizatora konkursu wybierali też najlepsze - ich zdaniem - przychodnie i gabinety lekarskie oraz szpitale.

Poniżej lista laureatów konkursu:

Kategorie powiatowe:

1. Lekarz rodzinny i POZ roku

- Opole: Agata Kulkowska-Gaj
- Powiat brzeski: Dorota Kęcka
- Powiat głubczycki: Barbara Galant-Tarnawska
- Powiat kędzierzyńsko-kozielski: Henryk Mazur
- Powiat kluczborski: Krzysztof Hadzik
- Powiat krapkowicki: Andrzej Szczepański
- Powiat namysłowski: Zdzisław Karczewski
- Powiat nyski: Wojciech Cieślik
- Powiat oleski: Małgorzata Niesłony
- Powiat opolski: Paweł Wartenberg
- Powiat prudnicki: Małgorzata Woźniak
- Powiat strzelecki: Adam Tomczyk

2. Pediatra roku

- Opole: Malwina Chmielewska-Lellek
- Powiat brzeski: Mariusz Polikowski
- Powiat głubczycki: Mariola Gawłowska
- Powiat kędzierzyńsko-kozielski: Anita Pierończyk
- Powiat kluczborski: Róża Bruzi-Bużowicz
- Powiat krapkowicki: Stefania Rayad
- Powiat namysłowski: Zdzisław Karczewski
- Powiat nyski: Piotr Plizga
- Powiat oleski: Krystyna Parzelska
- Powiat prudnicki: Aleksandra Sosnowska
- Powiat strzelecki: Robert Knosala

3. Stomatolog roku

- Opole: Michał Chojna
- Powiat brzeski: Marta Sochacka-Kil
- Powiat głubczycki: Maciej Wierzchowicz
- Powiat kędzierzyńsko-kozielski: Lidia Sosnowska
- Powiat krapkowicki: Małgorzata Brodacka
- Powiat nyski: Izabella Karuga
- Powiat oleski: Marcin Stański
- Powiat opolski: Agnieszka Pałczyńska
- Powiat strzelecki: Jerzy Drzyzga

Kategorie wojewódzkie:

4. Ginekolog roku

- I miejsce: Agnieszka Ledniowska
- II miejsce: Wojciech Niemczyk
- III miejsce: Bartosz Siciak

5. Chirurg roku

- I miejsce: Bogusław Maj
- II miejsce: Marek Niewiadomski
- III miejsce: Piotr Sokół

6. Laryngolog roku

- I miejsce: Dariusz Domagała
- II miejsce: Anna Łuczyńska-Sopel
- III miejsce: Małgorzata Dawiskiba-Kwiatkowska

7. Dermatolog roku

- I miejsce: Grażyna Wąsik
- II miejsce: Dagmara Bartosik-Graczyk
- III miejsce: Beata Rekucka

8. Okulista roku

- I miejsce: Kamilla Pustelnik
- II miejsce: Tadeusz Olszewski
- III miejsce: Anna Banaś-Cebula

9. Kardiolog roku

- I miejsce: Szymon Barabach
- II miejsce: Dariusz Knaga
- III miejsce: Wojciech Bujak

10. Neurolog roku

- I miejsce: Iwona Wierzbicka
- II miejsce: Katarzyna Barzykowska
- III miejsce: Maria Cisiecka

11. Urolog/nefrolog roku

- I miejsce: Rafał Olejnik
- II miejsce: Jacek Chełchowski
- III miejsce: Sebastian Ciszewski

12. Ortopeda roku

- I miejsce: Grzegorz Maurer
- II miejsce: Jakub Bednarek
- III miejsce: Arman Manukyan

Z kolei 8 grudnia 2023 r., na Sali Balowej Zamku Królewskiego w Warszawie odbyła się uroczysta ogólnopolska gala tego jednego z największych plebiscytów medycznych w Polsce. Do stolicy z różnych stron kraju, dojechali laureaci ze wszystkich wojewódzkich edycji plebiscytu organizowanych przez dzienniki grupy Polska Press. Łącznie do tegorocznej edycji nominowano 44 tysięcy kandydatów.

Milo mi poinformować, że pośród laureatów ogólnopolskiej gali znalazła się dwójka Opolan. W kategorii „Stomatolog Roku 2023” trzecie miejsce przypadło dr Agnieszce Pałczyńskiej z Zawady, a w kategorii „Kardiolog Roku 2023” również trzecie miejsce zdobył dr Szymon Barabach z Kluczborka.

Serdecznie gratulujemy wszystkim nagrodzonym Koleżankom i Kolegom!!

Jerzy B. LACH

CUKIEREK

W teatrze nie tylko interesujący jest spektakl. Nie raz, nie dwa, równie ciekawe przedstawienie rozgrywa się na widowni. Zachowanie publiczności in gremio zmieniało się w zależności od epoki, ale także otoczenia: miejsca, czasu i architektury. Dlatego fascynują mnie sytuacje, w których wykracza się poza umowę kupna biletu i powiązanego z nim regulaminu. Łatwiej wtedy zrozumieć, jak nieporadnie łamie się normy, które co do zasady akceptujemy, ale...

Kiedy pierwszy skrzypek zaczyna delikatnie poruszać smyczkiem po strunach, widownia nadstawia ucha, a aparaty słuchowe i pętle indukcyjne, pracują na najwyższym poziomie. Wtedy właśnie – zawsze wtedy, miła pani w skromnej sukience, rozpoczyna szukanie landrynek opakowanych w szeleszczący celofan. Muzyka wschodzącego, operowego słońca i konsekwentnie rozwijany cukierek, zamiast wprowadzać w błogi nastrój, pobudza adrenalinę i przełykanie bezgłośnych przekleństw. Skrzypcowy dźwięk się oddala, pryska czar a papiererek szeleści i nawet poszturchiwanie miłej pani nie pomaga, zwłaszcza gdy uzna, że inni także chcieliby skorzystać ze słodczych ukrytych w foliowej torebce dobrego smaku.

Kilka minut później, oburzony zachowaniem miłej pani, elegancki pan w muszce, którą zakłada niezależnie od gatunku teatralnego i okoliczności, niespodziewanie słyszy sygnał własnego smartfonu. Jesteś szalona, mówię Ci... Publiczność wstrzymuje oddech i odwraca automatycznie głowy, gdy tymczasem tenor deklaruje całowanie wszystkich blondynek i brunetek. Dystyngowany pan, spokojnie... odbiera połączenie, zasłaniając mikrofon dłonią. Polityk? Coraz więcej wokół ludzi, którzy mają wobec innych wielkie wymagania, ale sami się raczej do nich nie stosują. Proste wezwanie do wyłączenia telefonów komórkowych, jest nagminnie nieskuteczne. Może zatem jest docelowo bezcelowe? Jeszcze trzy dekady temu telefonowanie było reglamentowane, a teraz trudno nam (tak, piszę przecież także o sobie) przez godzinę obyć się bez stałego kontaktu ze światem zewnętrznym. W kościele, filharmonii, urzędzie, sądzie, podczas wizyty lekarskiej, lekcji języków obcych, konferencji naukowej, obrad plenarnych samorządu. Byłem świadkiem sytuacji, gdy telefon zadzwonił w kieszeni marynarki dyrektora teatru, gdy składał widowni życzenia noworoczne. Publiczność nagrodziła scenkę owacyjnymi oklaskami!

Krzysztof Materna w krakowskim Teatrze Bagatela im. Tadeusza Boy-Żeleńskiego (lekarza, tłumacza, pisa-

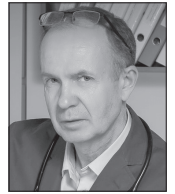
rza, kąśliwego recenzenta i artysty kabaretowego), nagrał powitanie, w którym nazwał korzystanie z telefonu podczas spektaklu, grzechem. Ciekaw byłem konsekwencji pasterskiego pouczenia w świątyni sztuki. Na widowni 90% stanowili licealiści. Przyjechali na Wesele Figara. Większość odświętnie ubranych, co mnie nawet zaskoczyło. Telefon odezwał się już pierwszej części. Zgrzeszyła seniorka. Może wykluczenie cyfrowe nie pozwoliło, siwej pani, na wyciszenie aparatu. Rekcja nie była natychmiastowa. Zdziwiona pani i raczej niespieszona solówką... odebrała! Księżu proboszczu – oddzwonię później!

Teatr widzów szeleści papierkami od cukierków. Szura. Buja fotelami i kopie sąsiadów po kostkach. Głośno smarcze, kaszle i kicha, jak po machorce. Bez namysłu odbiera telefon włączony na cały discopolowy regulator. Szepcze i komentuje. A potem wszyscy stoją w owacji. Bez stopniowania aplauzu, bezwarunkowo, na oślep i w owczym pędzie. Słodziaki...

Pewnego pięknego wieczora, niemniej piękny intendent Iwan Dmitriewicz Czerwiakow siedział w drugim rzędzie krzeseł i patrzył przez lornetkę na scenę, gdzie grano „Dzwony Kornewilskie”. Patrzył i czuł się u szczytu błogości. Lecz nagle... — w opowiadaniach często spotyka się to „nagle” — autorowie mają słuszość: życie tak pełne jest niespodzianek! Nagle więc... zmarszczył twarz, przewrócił oczyma, wstrzymał oddech... apczchii! Kichnął, jak widzicie. Nikomu i nigdzie nie wzbrania się kichać. Kichają chłopci i policmajstry, a czasami nawet i tajni radcy. Wszyscy kichają, Czerwiakow wcale się nie zmieszał, wytarł nos chustką i jako człowiek grzeczny, obejrzał się naokoło, czy nie przeszkodził komu swoim kichnięciem. I teraz dopiero odczuł pewne zmieszanie. Zobaczył mianowicie, że staruszek, który siedział przed nim w pierwszym rzędzie krzeseł, wycierał sobie starannie rękawiczką łysinę i szyję, mrużąc coś pod nosem. W staruszkę poznał Czerwiakow cywilnego generała z wydziału komunikacji, Bryzzałowa.

Teatralne kichnięcie, jak w opowiadaniu doktora Antoniego Czechowa, może powodować Śmierć urzędnika. Realnie psuje tylko odbiór spektaklu. Podobnie jest w życiu, gdy papiererek cukierka odrywa naszą uwagę od fałszywej nuty skrzypiec.

Jarosław WANECKI
Ośrodek Kultury i Dziedzictwa Historycznego NIL



NOWE, WIELKIE EPIDEMIE NAM NIEGROŻNE? NIC PODOBNEGO!

Prawie setka osób chorych, 7 z nich zmarło, miliony zaszczepiono, a Wrocław na wiele tygodni zamknięto przed światem zewnętrznym – tak wyglądała epidemia ospy prawdziwej, która 60 lat temu wybuchła we Wrocławiu.

Czy tragedie, takie jak tamta, nie grożą nam dzisiaj? Czego powinniśmy się obawiać i o czym pamiętać? O tym wszystkim opowiada prof. dr hab. n. med. Andrzej Gładysz, wrocławski zakaźnik, były wieloletni konsultant krajowy w dziedzinie chorób zakaźnych.

Z prof. dr. hab. n. med. Andrzejem Gładyszem rozmawia Maciej Sas

Maciej Sas: Dlaczego pana zdaniem latem 1963 roku we Wrocławiu doszło do epidemii ospy?

Andrzej Gładysz: W moim przekonaniu sprawa jest skomplikowana z punktu widzenia epidemiologicznego – w tym czasie ospa prawdziwa była dla Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) priorytetowym problemem – dążono już wówczas do całkowitego jej wyeliminowania. Akcja z tym związana już wtedy dawała nadzieję na sukces. W latach 60. XX wieku uznano, że jesteśmy bliscy wytępienia i opanowania tego zakażenia. I tak się wkrótce stało. 9 grudnia 1979 roku został podpisany akt całkowitego zwalczenia choroby przez międzynarodową komisję, której przewodniczył profesor Jan Kostrzewski – polski epidemiolog, wtedy ekspert WHO.

Brak pokory zgubił polskie społeczeństwo?

– Brak pokory i przewidywania. No i, niestety, lekceważono wtedy szczepienia. Co gorsza, w tym przypadku to wiązało się także z pewnego rodzaju niedopełnieniem obowiązków polegających na wydaniu tzw. żółtej książeczki (będącej dowodem pełnego szczepienia) osobie, która tego szczepienia nie przeszła!

Oszustwo?!

– Można to tak nazwać. Jak się później okazało bardzo kosztowne społecznie. Tym bardziej, że w związku z tym nie można było wykluczyć sytuacji, gdy ktoś kto udaje się w region endemiczny, to znaczy taki, na którym ospa ciągle jeszcze istniała, nie ulegnie zakażeniu. Człowiek, który przywiózł zakażenie do Polski, był nieuodporny, a będąc w Azji, uległ ekspozycji, skoro po prawie dwóch tygodniach od powrotu rozwinęła się u niego choroba. Co więcej, był to czas, kiedy w Europie Centralnej, a szczególnie u nas już sobie nie wyobrażano, że ospa w ogóle może się zdarzyć. W latach 60. XX wieku jej ogniska występowały głównie w Azji, Afryce i Ameryce Południowej.

Nie byliśmy na to przygotowani?

– Oczywiście, że nie byliśmy. Bo przecież w Polsce były szczepienia. Nie było zmiłuj się, czyli nie było możliwości uniknięcia zaszczepienia. Jednocześnie pojawienie się nietypowych objawów choroby u tego człowieka okazało się dla lekarzy ogromnym zaskoczeniem, choć to co mnie dzisiaj najbardziej dziwi to fakt, że mimo że wtedy jeszcze nie było szczepień przeciwko ospie wietrznej, lekarze zbyt łatwo byli skłonni zmiany skórne zaobserwowane u chorego przypisać tzw. wiatrówce. Jest to dla mnie zaskakujące, bo przecież wiadomym było, że około 90% populacji przechodziło wiatrówkę w dzieciństwie. Popołniono więc błąd diagnostyczny związany z założeniem, że ospa prawdziwa nie może u nas wystąpić. Takim podejściem skompromitowali się ówcześni nasi specjaliści chorób zakaźnych. I dopiero logiczne powiązanie pewnych faktów związanych z zachorowaniami wśród pracowników służby zdrowia, którzy opiekowali się tamtym pacjentem (i ich rodzin), obudziło refleksję. W efekcie której epidemiolodzy zaczęli inaczej patrzeć na sprawę. Ale tak powinno być zawsze – cały czas powtarzam, że nie ma nic gorszego, niż kataryczne wykluczenie możliwości wystąpienia narażenia na zakażenie niepoparte starannym wywiadem lekarskim.

Czyli bezpodstawne założenie, że coś nam nie grozi?

– Że nie grozi nam ebola, gruźlica albo jeszcze kilkadziesiąt innych chorób zakaźnych – to najpoważniejszy błąd w myśleniu epidemiologicznym!

Polska medycyna wyciągnęła wiele wniosków z tamtej epidemii – te zdarzenia stały się podstawą wielu prac magisterskich, doktorskich, habilitacji, filmów i książek. Czy więc te wnioski zabezpieczają nas na przyszłość? Czy dzisiaj możemy powiedzieć, że nic podobnego nam się nie może już zdarzyć?

– Ależ nic podobnego! Wystarczy przypomnieć epidemię ptasiej grypy, czy w ogóle grypy, które przewinęły się w ostatnim 30-leciu przez nasz kraj czy w ogóle przez świat. Ostatnia epidemia COVID-19 też to pokazała. Przez dłuższy czas myślano, że to będzie tak jak z SARS-CoV-1 sprzed ponad 20 lat, ale mimo że to jest ta sama rodzina wirusów, to jednak one bardzo się od siebie różniły. Zakażenie tamtym wirusem było bardziej dramatyczne w przebiegu, ale sam patogen trudniej się przenosił. Natomiast teraz mamy do czynienia z wirusem, który niósł się jak chmura pyłu. Nam się wydawało, że on w jakiś sposób musi gdzieś wyhamować, ale to okazało się błędnym myśleniem – to wyciszyło naszą czujność.

Z tego, co pan mówi, wynika, że nie możemy zaniedbać ostrożności i pokory względem mikrobow?

– Oczywiście, że nie, bo świat mikrobow istniał, istnieje i będzie istniał przez tysiące lat, mając się doskonale!

Wirusy nie są głupsze od nas?

– Z całą pewnością nie! Co więcej, mikroby namnażają się o wiele szybciej niż my – w ich świecie do powielenia populacji wystarczy doba albo dwie – nie doceniamy tego. Zwróćmy uwagę na to, ile mamy mutacji COVID-19 po trzech latach epidemii. Widzimy, że ewolucja idzie w kierunku łatwiejszego, szybszego rozprzestrzeniania się, a naszą czujność może uspokajać to, że przebieg choroby jest nieco łagodniejszy. Ale jest to spowodowane m.in. naszym doświadczeniem i postępem nauki – szybkim wyprodukowaniem szczepionki i wprowadzeniem odpowiednich metod prewencji. Choć odnośnie do tej ostatniej muszę podkreślić moje rozżalenie. Sądziłem, że COVID zwiększy i utrwali w nas skłonność do utrzymania niektórych sposobów prewencyjnych. Nie mogę zrozumieć, dlaczego nie da się na stałe wprowadzić choćby dezynfekcji rąk i w ogóle higieny rąk na co dzień. To powinno obowiązywać we wszystkich miejscach, w których ludzie przebywają masowo: w marketach, obiektach publicznych, środkach transportu.

Wchodzimy, wychodzimy – myjemy ręce?

– I to wszędzie tam, gdzie wykonujemy wiele czynności (dotykamy towarów, witamy się itd.) i nie zawsze mamy czas pomyśleć o konsekwencjach tego. Przecież raz się dotkniemy okolicy oka, nosa, kiedy indziej polizemy palec, przewracając kartkę, a zapominamy o tym, że ten palec jest brudny. Weźmy pod uwagę telefony komórkowe czy laptopy – wystarczy, że kilka razy nieumyętymi rękami dotkniemy klawiatury lub użyje go kilka osób i każda z nich miała – nazwijmy to – luźny stosunek do czystości swoich rąk. Tam mamy siedlisko różnych mikrobow, które ze sobą konkurują. Od naszej konsekwencji prewencyjnej zależy, które i ile z tych mikrobow się utrzyma, czy z czasem staną się bardziej agresywne i chrobotworcze, czy też nie.

Które bakterie, wirusy, grzyby, pierwotniaki (czy jeszcze inne patogeny) stanowią dzisiaj, pana zdaniem, największe zagrożenie. W ostatnich latach pojawiają się w mediach rozmaite egzotyczne nazwy: ebola, inne gorączki krwotoczne, rozmaite odmiany grypy itd. Co może stanowić epidemiczną bombę z opóźnionym zapłonem?

– Bombą z opóźnionym zapłonem będzie przede wszystkim zaniedbanie sprawdzonej prewencji, a więc szczepień! Poza nowymi chorobami, głównie wirusowymi (jest ich około 30), boję się też powrotu chorób standardowych – takich jak gruźlica, odra, polio. 67 milionów dzieci na świecie nie poddano obowiązkowi szczepień m.in. na te choroby w czasie trwania pandemii SARS-CoV-2. Światowa Organizacja Zdrowia dążyła do tego, by polio wyeradykować tuż po ospie. Nie powiodło się,

bo są kraje Dalekiego Wschodu, w których nie ma obowiązkowych szczepień przeciw tej chorobie. Żeby tam za szczepić dziecko, zgodę musi wyrazić mężczyzna, głowa rodziny. Dlatego np. w Pakistanie tylko 60% dzieci jest zaszczepionych przeciwko polio, więc mamy prawo się tego bać! Tym bardziej że pojedyncze przypadki zakażenia pojawiły się ostatnio w Wielkiej Brytanii, w kilku innych krajach europejskich, ale też w Izraelu, w Ukrainie. Co gorsza, ten wirus jest wykrywany w ściekach! To samo jest z Covidem – w ściekach jest go cała masa, bo go przecież wydalamy. Ale lekceważenie gruźlicy też może się źle skończyć. W tej chwili mamy u siebie uchodźców, imigrantów, gości z terenów, na których rozwijała się gruźlica wielolekooporna. I ona ma się całkiem nieźle.

To znaczy, że my też możemy być narażeni?

– Oczywiście, bo teraz mamy wiele osób z upośledzoną odpornością (w tym starszych), a gruźlica rozprzestrzenia się drogą powietrzną – podobnie jak COVID-19. Wystarczy więc kichnięcie osoby zakażonej i już w otoczeniu są niezwykle agresywne prątki gruźlicy. Niby walczymy z nią od setek lat, a tu taka niespodzianka.

Polio wywołuje dreszcz na plecach tych, którzy znają ludzi dotkniętych tą chorobą. A przecież ona ciągle pojawia się nawet w tzw. cywilizowanych państwach.

– I się rozszerza. Nawet w Stanach Zjednoczonych w Nowym Jorku czy w Izraelu zarejestrowano niedawno postacie porażenne. Poza tym pojawiają się wirusy poliopodobne – to enterowirusy, które się szerzą łatwo drogą ścieków, a więc i brudnych rąk. Nadal mocno straszy ebola – w kilku krajach Afryki wprowadzono kontrole pasażerów, którzy przebywali w Ugandzie, bo tam pojawiła się ta choroba wywołana nowym szczepem tego wirusa. A kto pamięta o chorobach takich jak nipah czy denga? Ta druga występuje endemicznie w 100 państwach i mamy wzrost zachorowań, a – co gorsza – zbliża się do granic Europy. Dzieje się tak za sprawą zmian klimatu. Narasta też problem związany z cholerą, której ogniska pojawiły się m.in. w Ukrainie. Chikungunya jest kolejnym takim zagrożeniem w Brazylii, Indiach, Tajlandii, a więc tam, gdzie chętnie jeździmy. Mamy też małpiałą ospę – to jest wirus bardzo podobny do ospy prawdziwej, od której zaczęliśmy naszą rozmowę. Od 1980 roku zaniechano szczepienia przeciwko ospie prawdziwej (Variola vera), przez co populacja światowa stała się nieodporną na wirusy z tej rodziny. W związku z tym wirus ospy małpiej ma dużą szansę rozprzestrzeniania się. To są zagrożenia, o których nie wolno zapomnieć!

Nie brzmi to dobrze, bo z pańskich słów wynika, że nie muszą się nam dać we znaki egzotyczne wirusy i bakterie, ale te, z którymi mamy do czynienia od setek lat.

– Naturalnie! Ruchy antyszczepionkowe są. Sam nie wiem, czy to takie zbrodnicze wyrachowanie pewnej grupy społeczeństwa, czy też jest to po prostu efekt głupoty ludzkiej. Bo przecież wystarczy znajomość zasad biologii otaczającego nas świata i rzeczowego wyciągania

wniosków z dotychczasowych epidemii oraz podstaw epidemiologii, by pewne rzeczy przewidzieć. Cały czas zachęcam choćby do prewencji w postaci czystych rąk – w ostatnich latach nauczyliśmy się zachowania pewnego dystansu i ostrożności epidemiologicznej w kontaktach społecznych. I nie powinniśmy zawrócić z tej drogi tylko dlatego, że formalnie ogłoszono zakończenie pandemii! Zwłaszcza, że najgorsze w epidemiologii są tzw. nisze, czyli małe ogniska drobnoustrojów chorobotwórczych.

A spójrzmy na placówki medyczne – trwa ciągła walka z zakażeniami szpitalnymi? Ktoś powie, że poprawił się standard higieniczny. Pewnie, ale niestety, powszechnie nadużywamy antybiotyków. W efekcie od kilkudziesięciu lat walczymy z antybiotykoopornością. Z jakim skutkiem? Czy poradzimy sobie z tym problemem? Nie! Bo 70% potencjalnych pacjentów przyznaje: „Poszedłem do lekarza, bo się czułem źle i wymusiłem antybiotyk”. Co gorsza, niezależnie od tego, że ktoś prosi o antybiotyk, to lekarze przepisują go na wszelki wypadek. Zatem to sami lekarze się do tego przyczyniają – np. rozpoznając grypę lub przeziębienie (choroby wywołane rinowirusami), na wszelki wypadek ordynują pacjentowi antybiotyk. Tak było, niestety, również na początku pandemii SARS-CoV-2. Nie dziwi więc, że w ten sposób pojawiają się takie bakterie, jak *Klebsiella pneumoniae* New Delhi odporne na wszystkie antybiotyki. Owszem, niedawno opracowano nowy skuteczny antybiotyk. Ale cóż z tego, skoro najpierw musiały zginąć dziesiątki jak nie tysiące pacjentów, którym nie można pomóc, bo zakażili się podczas pierwszej (a często jedynej) krótkiej wizyty w placówce medycznej tą *Klebsiellą* szpitalną, oporną na wszelkie leki.

Niby prostym mikroblem znanym od setek lat.

– Właśnie. A kto zwraca uwagę na to, że bije się na alarm z powodu wzrostu liczby zakażeń paciorkowcem ropnym? Tu dramat polega na tym, że takie zakażenie jest obarczone wysoką śmiertelnością. A wielu, którzy przeżyją, staje się inwalidą, bo to zakażenie często prowadzi do martwicy, np. fragmentów kończyn. Moim zdaniem ogromną słabością ochrony zdrowia w naszym kraju jest brak edukacji społeczeństwa, a w każdym razie jej bardzo niski poziom. O tych zagrożeniach powinno się mówić nie na zasadzie straszenia, ale w celu uświadamiania sposobów zapobiegania tym zagrożeniom. Bo każdy uraz może być źródłem zakażenia. Ważne, by tego nie zlekceważyć. I jeszcze jedna ważna sprawa: narasta epidemia cukrzycy. To choroba metaboliczna, która niestannie kontrolowana ogromnie rujnuje organizm, m.in. za sprawą zwiększonej podatności na zakażenie.

A jak polski system ochrony zdrowia jest przygotowany na te wszystkie zagrożenia?

– Ostatnio uczestniczyłem w konferencji poświęconej najczęstszym współczesnym infekcjom wirusowym i bakteryjnym. Wykłady kilku ekspertów były dramatyczne w wymowie – ujawniały nasze nieprzygotowanie

na potencjalne epidemie wynikające nie z braku wiedzy, ale z systemowego nieprzygotowania. Nie mamy tzw. regulacji prewencyjnych, co eksperci uważają za najgorsze. U nas przypomina to gaszenie pożarów zamiast zadbać o ich zapobieganie.

Jak sobie z tym poradzić?

– Prosta sprawa – trzeba zadbać o odpowiednią organizację systemu. Niedawno miałem okazję konsultować pacjenta, który wskutek gorączki został przyjęty do jednego z wrocławskich szpitali. Zaimponowano mi – okazało się, że ten człowiek zarówno etap SOR-u (gdzie godzinami wyczekuje się wśród innych ludzi), jak i przyjęcie na oddział odbył w izolacie. Dopiero po wykluczeniu potencjalnych infekcji zniesiono mu obostrzenia przeciwepidemiczne. Od 1982 roku (jako członek krajowego zespołu konsultacyjnego) walczyłem wspólnie z kilkoma kolegami o konsekwentną kontrolę i rejestrację zakażeń szpitalnych. Powiodło się to, niestety, tylko przejściowo – teraz znowu jesteśmy w kryzysie.

Udajemy, że zakażeń szpitalnych nie ma?

– Tak – niejako pogodziliśmy się z napotykanymi wielorakimi trudnościami. I to jest dramat! Bo przecież wiemy, że np. nosicielstwo lekoopornych gronkowców wśród personelu medycznego sięga 40-60%. Dlatego zdrowy pacjent, trafiając do szpitala, już po kilku dniach jest skolonizowany przez ten drobnoustrój. Jakie mogą być tego konsekwencje zależy od tego, jakim procedurom medycznym zostanie poddany. Zdarza się więc (wcale nie tak rzadko), że pacjent, wychodząc ze szpitala po doskonale wykonanym zabiegu operacyjnym, po paru dniach wraca do szpitala, bo rozwinęło się zakażenie miejsca operowanego i jest to spowodowane bakterią antybiotykooporną.

Po pańskich słowach strach iść do szpitala...

– Jako stary doktor nie mam odwagi tego powiedzieć wprost, ale... No tak – zgadzam się z panem. I, niestety, potwierdzenie tego spotykam w pracy w Wojewódzkiej Komisji do spraw Orzekania o Zdarzeniach Medycznych.

Wcale nie musimy wyjeżdżać na drugi koniec świata, żeby sobie „zorganizować” porządną epidemię.

– Pewnie, że nie! Kiedyś dużo podróżowałem zawodowo i zawsze się zastanawiałem nad tym, dlaczego Japończycy i Koreańczycy, latając samolotem, zawsze zakładali maski. Z czasem to zrozumiałem – oni pochodzili z terenów niezwykle gęsto zaludnionych. Mieli wpojoną zasadę: zmieniasz środowisko, przez wiele godzin przebywasz w samolocie, przemieszczasz się w ciągu kilku godzin z jednej strefy do drugiej, a to wpływa na twój organizm! Oni po prostu w mądry sposób stosowali dostępną formę prewencji na ekspozycję, a tym samym dbali o swoje zdrowie. A co my teraz robimy? Nie zapomnę „filozoficznych” dyskusji na temat tego, przed czym nas chroni maseczka, a przed czym – nie. W ten sposób można co najwyżej udawać walkę z epidemią, bo tak naprawdę tylko sprzyjamy drobnoustrojom. Jasne, ktoś powie,

że w tej chwili nie ma problemu. Naprawdę? A przecież występujące zakażenia toksynami *Clostridium difficile*, drobnoustrojem będącym współcześnie przyczyną zakażeń szpitalnych, to dla mnie wykładnik oceny jakości higienicznej szpitala.

Co pan ma na myśli?

– Mam na myśli to, że zakażenia wywołane toksynami tego drobnoustroju są coraz częściej odporne na antybiotyki, a wywołując ciężkie biegunki, stają się też przyczyną śmierci. Te bakterie są odporne niemal na wszystkie antybiotyki – nie reagują nawet na wankomycynę. A są to są pałeczki jelitowe.

Czyli choroba brudnych rąk?

– Tak, to typowa choroba brudnych rąk. Gdzie się rozprzestrzenia najbardziej? W placówkach medycznych. Dlaczego? Nie chcę tu nikogo obrazić, ale bywa, że pracownik medyczny ma na rękach rękawiczki, których nie zmienia, a więc jeśli w tych samych rękawiczkach będzie wykonywał czynności przy kilku pacjentach, jest to gorsze niż w sytuacji, gdyby miał gołe ręce. Dlaczego? Bo wtedy szybciej pomyślałby o ich umyciu. Niestety, z racji wieku zdarza mi się bywać w szpitalach jako pacjent, więc ośmielam się powiedzieć, jak to wygląda od tej strony...

Swoją drogą mają z panem w szpitalu przechłapanie...

– (śmiech) Docierały do mnie informacje, że personel ostrzegał się nawzajem: „Gładysz leży na tej sali, więc przestrzegaj zasad higieny!”.

No ale nie można Andrzeja Gładysza w każdej placówce zdrowia postawić. Proponuję zakończyć naszą rozmowę czymś konstruktywnym: kiedy i pod jakim warunkiem będziemy skutecznie zabezpieczeni przed wszystkimi takimi zagrożeniami epidemicznymi?

– Potrzeba głównie edukacji i konsekwencji we wdrażaniu zasad prewencji zakażeń. Trzeba więc mówić o standardowych zagrożeniach i wyjaśniać to, w jaki sposób i dlaczego będą się szerzyły. Dzieci się rodzą i wchodzi w środowisko. One automatycznie są podatne na wszelkie infekcje związane ze swoim wiekiem. Dlatego obowiązkowe szczepienia zabezpieczają je przed tymi patogenami, które przez tysiące lat zbierały najgorsze żniwo nie tylko w postaci zgonów, ale również ciężkich powikłań. Czy ktoś sobie w tej chwili zdaje sprawę z tego, do czego może prowadzić przechorowana odra?! Jak słyszę o tych „odra party”, to po prostu serce mnie boli. Dlaczego? Nikt sobie nie zdaje sprawy, że nawet niepowikłana klinicznie odra może spowodować późniejsze (ujawnia-

jące się niekiedy po wielu latach) konsekwencje dotyczące centralnego układu nerwowego. Czy zdajemy sobie sprawę, w jaki sposób szerzy się polio? To kolejna typowa choroba brudnych rąk. Wystarczy więc z pozoru banalne zaniedbanie w tym zakresie. Gdyby więc w szkołach prowadzono lekcje dotyczące higieny osobistej, kształtujące odpowiednie nawyki, byłoby fantastycznie! Niech wychowawcy dają przykład, że kiedy zaczyna się przerwa śniadaniowa, najpierw trzeba umyć ręczki, a dopiero potem rozpakować bułeczkę i zjeść. Również po każdym skorzystaniu z toalety należy bezwzględnie umyć ręce! Nauczmy młodych ludzi przynajmniej jednej rzeczy – mycia rąk! Środek dezynfekcyjny nie jest rzeczą nieodzowną – niezbędne są natomiast mydło, ciepła woda i utrwalony nawyk korzystania z nich.

Marzyło mi się, żeby po epidemii SARS- CoV-2 we wszystkich marketach i innych miejscach, w których się ludzie gromadzą (galerie handlowe, teatry, kina itd.), pozostał sprzęt dezynfekcyjny do rąk. Wchodzę do sklepu – dezynfekuję ręce, wychodzę – tak samo. Najbardziej zaskakuje mnie fakt, że nawet niektóre placówki medyczne zaniedbują to. Zapowiedź pana ministra dotycząca tego, że zbliżamy się ku końcowi epidemii spowodowała, że w wielu dużych poważniejszych (jak mi się zdawało...) marketach też zlikwidowano stanowiska do dezynfekowania rąk.

A wirusy też to słyszały i nie posłuchały...

– Ba, usłyszały, bardzo się z tej zapowiedzi cieszą i biją brawo, ponieważ to stwarza idealne warunki do ich dalszego rozwoju!

Prof. dr. hab. n. med. Andrzej Gładysz - emerytowany wieloletni konsultant krajowy w dziedzinie chorób zakaźnych, kierownik Katedry i Kliniki Chorób Zakaźnych, Chorób Wątroby i Nabytych Niedoborów Odpornościowych Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu, obecnie profesor Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej im. Witelona w Legnicy. Autor i współautor kilkunastu monografii i podręczników medycznych oraz ponad trzystu publikacji naukowych. Laureat Zespołowej Nagrody Jędrzeja Śniadeckiego PAN za test szybkiego wykrywania wirusowych zapaleń wątroby. Wielokrotnie odznaczany i wyróżniany nagrodami państwowymi. W 2005 roku wyróżniony wraz z zespołem katedry i kliniki nagrodą prezydenta Wrocławia, a w 2018 roku odznaką honorową „Zasłużony dla Województwa Dolnośląskiego”.

(przedruk za zgodą z „Medium” nr 7-8/23)

CZY JESTEŚMY GOTOWI NA SREBRNE TSUNAMI?

„Geriatrya jest dziedziną medycyny, która skupia się na problemach zdrowotnych osób 60+. Charakteryzuje się kompleksowym podejściem do leczenia chorób, które występuje w tej grupie wiekowej”... czytamy na stronie Ministerstwa Zdrowia pacjent.gov.pl

Geriatrya jest dziedziną medycyny, która pomaga spojrzeć na pacjenta holistycznie – spriorytetyzować leczenie i diagnostykę u chorego z długą listą rozpoznań i jeszcze dłuższą rozpiską leków (rekordziści potrafią przyjmować codziennie kilkadziesiąt tabletek). Jest oszczędnością dla

systemu – pomaga zachować jak najdłużej samodzielność chorego w wieku podeszłym.

Leczenie pozorowane, czyli „dam tabletkę, żeby rozwiązać problem” – w tej grupie chorych się nie sprawdza (dwudziesta pierwsza tabletka na liście najpewniej tylko zaszkodzi). Niestety, senior z grubą teczką z wynikami i wypisami, spowolniały, ma nikłą szansę na rzetelny wywiad (który wypadałoby przeprowadzić w obecności rodziny) w warunkach POZ.

Pacjent w wieku podeszłym, będący pod opieką geriatry, nie generuje kolejek – w ramach poradni geriatrycznej można leczyć typowe dla wieku zaburzenia pamięci czy nastroju, diagnozować osteoporozę, czy zawroty głowy. Warto wspomnieć, że osoby z ograniczeniami w poruszaniu się często nie są w stanie dotrzeć do wielu różnych specjalistów.

Częstym błędem lekarskim w tej grupie wiekowej jest zaniechanie właściwej diagnostyki zaburzeń otępiennych. Przy zaburzeniach funkcji poznawczych łatwo wpisuje się diagnozę: Otępienie nieokreślone (F03), nie zadając sobie pytania, jaki to rodzaj otępienia i czy na pewno jest wynikiem procesu neurodegeneracji, czy może objawem zupełnie innej choroby (guza mózgu, depresji, niedoczynności tarczycy, niedoboru wit. B12 itp.) Poszukiwanie odwracalnych przyczyn zaburzeń pamięci, umożliwia wdrożenie właściwego leczenia i uzyskanie poprawy. Natomiast diagnoza otępienia na podłożu neurodegeneracji pozwala na lepsze zrozumienie przez rodzinę choroby seniora, co sprzyja przygotowaniu się rodziny do sytuacji, które mogą nastąpić w związku z nieuniknionym postępem choroby otępiennej. Częstość występowania otępienia jest zależna od wieku. U osób powyżej 60 r.ż. dotyczy ok. 1% populacji, natomiast w grupie osób po 85 r.ż. ok. 10-35% osób wykazuje cechy otępienia. Szacuje się, że na różne formy otępienia cierpi około pół miliona Polaków, a połowa z nich to chorzy z chorobą Alzheimera. Dlaczego formalna diagnoza otępienia jest tak rzadka, skoro występuje ono tak często? Lekarze przywykli do traktowania problemów z pamięcią, jako naturalnych dla osób w wieku podeszłym. Rozpoznanie opóźnia również zlecanie pseudoleków na demencję (piracetam, nicergolina, winpocetyna, ginkgo-biloba). Wiedza na temat zaburzeń pamięci wśród personelu medycznego jest stale niedostateczna. Cegielkę dokłada często brak zainteresowania chorym ze strony bliskich i udawanie, że wszystko jest w najlepszym porządku. A opieka nad osobą z postępującą demencją jest olbrzymim wyzwaniem, o czym wie każdy kto kiedykolwiek opiekował się taką osobą. Opieka nad pacjentem z rozsianą chorobą nowotworową to „pestka” w porównaniu z wyzwaniem jakie stawia przed opiekunami, a także systemem ochrony zdrowia, opieka nad chorym z otępieniem. Wiedza lekarzy neurologów kończy się na ogół na postawieniu diagnozy i przepisaniu leków prokognitywnych (które, jak wiadomo, tylko spowalniają postęp choroby), natomiast lekarze rodzin-

ni rzetelnego przeszkolenia w tej materii nie mają w ogóle, jeśli sami nie są zdeterminowani by się doksztalcić.

Powszechnym problemem jest mylenie majaczenia i otępienia. Zmiany w stanie somatycznym starszych chorych (takie jak zaburzenia elektrolitowe czy infekcje), objawiające się nieraz jedynie jakościowymi zaburzeniami świadomości, są diagnozowane z opóźnieniem.

Brak edukacji pracowników medycznych – zarówno lekarzy, ale także pielęgniarek, ratowników i opiekunów medycznych – w zakresie kontaktu z osobą z zaburzeniami funkcji poznawczych sprawia, że rozwiązaniem większości problemów są leki o charakterze sedatywnym, których zastosowanie pogłębia dezorientację pacjentów, zwiększa ryzyko upadków, częstości zapaleń płuc oraz odleżyn. Lekarze specjalizujący się w takich dziedzinach jak: medycyna paliatywna, psychiatria, rehabilitacja medyczna w swoim programie szkolenia nie mają stażu z geriatric. Dlaczego? Czyżby autorytety medyczne piszące ww. programy także nie miały świadomości w zakresie palącej potrzeby rzetelnego przygotowania lekarzy do pracy z osobami w wieku podeszłym?

Niestety, niskie finansowanie geriatric przez świadczeniodawcę – NFZ – nie skłania dyrektorów szpitali do rozwoju w tym kierunku. Wolą otworzyć dochodową urologię, kardiologię czy ortopedię. Endoprotezoplastyka stawu biodrowego jest dobrze finansowana, ale diagnozowanie dlaczego pacjent się przewrócił (czy też stracił przytomność), a także rehabilitacja po zabiegu – już nie. Również leczenie osteoporozy w naszym kraju jest rzadkością - nawet już po złamaniu osteoporotycznym mało który pacjent przyjmuje bisfosfoniany. Sytuację tę mogłoby poprawić – wzorem krajów zachodnich – tworzenie oddziałów ortogeriatricznych lub przynajmniej wprowadzenie obowiązkowych konsultacji geriatricznych pacjentów przyjętych po takim zdarzeniu do szpitala.

System finansowania ambulatoryjnej opieki zdrowotnej również nie zachęca do zawierania nowych kontraktów: za wizytę geriatriczną NFZ płaci tyle samo, ile za endokrynologiczną lub ortopedyczną, a trwa ona jednak zwykle kilkukrotnie dłużej, ponieważ w swym założeniu ma dotyczyć oceny całego pacjenta, a nie tylko jednej choroby.

Geriatric nie jest atrakcyjna dla absolwentów wydziałów lekarskich. Słyszą od starszych kolegów: „po co geriatric, przecież wszyscy leczymy seniorów; ta nasza interna/kardiologia/gastrologia – to przecież czysta geriatric!”. Ale najczęściej kończy się to tak, że rodzina otrzymują informację: „to jest starość proszę pani, nic się nie da zrobić” i pozostają bez wsparcia i wskazówek. To zwykle ci sami lekarze, którzy uważają, że to normalne, że senior zaczął się przewracać, ma problemy z pamięcią i mówi, że nie chce mu się już żyć.

Wczesne wdrożenie profilaktyki upadków, screening pod kątem zaburzeń pamięci, ograniczenie polipragmatyzacji – to elementy, które składają się na zdrowe starzenie

i opóźnianie instytucjonalizacji. A przecież wszystkim nam zależy na tym samym – dla nas i dla naszych najbliższych: komfortowej, ale samodzielnej starości. Coraz więcej rodzin opiekujących się osobami w wieku podeszłym odbija się od ściany, gdy potrzebuje pomocy medycznej dla swojego seniora. Lekarze rodzinni przeciążeni obowiązkami „rzucają tylko okiem” w czasie krótkich wizyt lekarskich (rzadko w domu pacjenta) zapisując leki, które mogłyby się sprawdzić u 40- 50- czy nawet 60-latka, ale u pacjenta 75-letniego tylko pogorszą jego stan. Także hospitalizację seniorów w oddziałach szpitalnych, choć zażegnują objawy zaostrzenia jakiejś przewlekłej choroby, ostatecznie kończą się pogłębieniem niesamodzielności pacjenta oraz nasileniem zaburzeń poznawczych oraz zaburzeń nastroju. Oddziały szpitalne nie są przystosowane do opieki nad chorym, u którego w szybkim tempie postępuje zanik mięśni oraz szybko tworzą się odleżyny, ponieważ taki pacjent sam nie potrafi o siebie zadbać, zjeść odpowiedniej ilości białka i kalorii. Także w czasie hospitalizacji ilość osób i miejsc zmieniających się wokół pacjenta, nie służy poprawie funkcji poznawczych, co doprowadza do postępującej alienacji i poczucia zagubienia w otaczającej rzeczywistości. Bo opieka geriatryczna nad pacjentem to nie tylko preskrypcja leków, ale cała filozofia i system postępowania ze starszym człowiekiem, tak aby minimalizować czynniki jatrogenne, a wzmacniać zasoby własne pacjenta, tak długo jak to tylko możliwe.

W ciągu ostatniego roku przybyło w Polsce 16 geriatrów. W województwie podkarpackim są 3 poradnie geriatryczne i 3 oddziały geriatry. Łączna ilość poradni geriatrycznych w Polsce to 104, w większości województw – kilka. To kropla w morzu potrzeb. Oddziałów geriatrycznych mamy w kraju 71 (na Podkarpaciu 3), choć

tajemnicą poliszynela jest, iż wiele z nich nazywa się tak tylko z tego powodu, że ma konsultującego geriatrę (wyobrażają sobie Państwo nazwać oddział wewnętrzny - pulmonologicznym, „bo czasem do niektórych pacjentów z chorobami płuc przyjdzie na konsultację pulmonolog”?...). A ilość pacjentów powyżej 60 roku życia będzie tylko przybywać. Według prognoz GUS w ciągu następnych 20 lat ilość osób powyżej 60 r.ż. wzrośnie o około 3 mln.

Ta sytuacja nie zmieni się, jeśli finansowanie procedur nie będzie adekwatne, a absolwentów Uczelni Medycznych nie będzie się inspirować do wybierania specjalizacji z geriatry. Ale o czym tu mówić, jeśli obecni studenci wydziału lekarskiego Uniwersytetu Rzeszowskiego nie mają w ogóle praktycznych zajęć z geriatry, gdzie mogliby się przekonać jak bardzo inspirującą, ciekawą i dającą poczucie sprawstwa dziedziną medycyny jest geriatra. Jacy nauczyciele, tacy uczniowie... Czyżby nie było w naszym województwie geriatrów, którzy chcieliby swoją pracą inspirować młodych lekarzy? A może system wynagradzania wykładowców uczelnianych jest nie przystający do finansowej rzeczywistości? To pytania otwarte...

Za chwilę, my lekarze w średnim wieku, będziemy emerytami i ktoś będzie nas leczył? W każdej studenckiej grupie klinicznej, przynajmniej jedna osoba pragnie poświęcić się w przyszłości leczeniu dzieci. Pragnących zostać geriatrami, jeszcze nie spotkałyśmy...

Paulina DĘBOWSKA

specjalista geriatry i medycyny paliatywnej

Maria GRZEGORZEWSKA

specjalista chorób wewnętrznych i medycyny paliatywnej

(przedruk za zgodą z Biuletynu Rzeszowskiej Izby Lekarskiej nr 7-8/23)

DOKĄD PROWADZI POSTĘP?

Sztuczna inteligencja i tzw. innowacje technologiczne towarzyszą nam od lat. Przyzwyczailiśmy się do aplikacji, które uruchamiają ogrzewanie domu przed powrotem z urlopu, informują o niedomkniętej szybie w samochodzie, albo włączają iRobota, który przed niezapowiedzianą wizytą gości ogarnia koty z kątów. Naturalnie – kto się przyzwyczaił, ten się przyzwyczaił, nie każdy posiada te nowinki, a niektórzy, mimo że posiadają, to ich nie używają. Ale o tym może kiedy indziej.

Te i inne cudenka służą nam, ułatwiają codzienne funkcjonowanie – to jasne. Czy bez nich poradziłibyśmy sobie? Niektórym trudno to sobie wyobrazić, ale prawda jest taka, że powrót do analogowego życia, polegającego na myciu naczyń w zlewie, teoretycznie jest możliwy, ale już powrót do świata bez booking.com, telefonów komórkowych, a przede wszystkim internetu i dostępnych w nim wszelakich aplikacji – wydaje się

nie do przejścia. Zwłaszcza dla tych, którzy urodzili się po cyfrowej rewolucji.

A co przed nami w medycynie? Powstające dookoła ośrodki badań innowacji, grupy robocze ds. sztucznej inteligencji, a przede wszystkim coraz większa oferta rynku, wskazują jeden kierunek – rozwój i nieuchronność. Na razie część świata przeżywa w związku z tym fazę zakochania. Zachwyt, kategorię stawianie na postęp, który w wielu dziedzinach oznacza szybszą diagnostykę, bezbłędne (?) algorytmy, analizujące wprowadzone dane i podpowiadające rozpoznanie, zabiegi na odległość przy użyciu pincet robotów.

Jednakże, równolegle do okrzyków szczęścia, pojawiają się ostrożnościowe, a nawet sceptyczne oceny. Niektórzy zauważają, że rozwój technologii już pozbawił całe pokolenie umiejętności, które jeszcze 30-20 lat temu były podstawą wykonywania zawodu lekarza, a mianowicie –

umiejętności badania manualnego. Słysząc od starszych lekarzy, że niektórzy koledzy czasem w ogóle nie dotykają pacjenta. Bo po co, jeśli można zrobić od razu USG? Słysząc, że lekarze nie znają dawek leków. Bo po co, jak można sprawdzić w aplikacji? I sprawdzają codziennie te same leki, nie starając się zapamiętać. Bo po co? Za chwilę program, na podstawie wprowadzonych informacji, podpowie, jakie zlecić badania, a po załączeniu wyników, rozstrzygnie o jednostce chorobowej i zasugeruje leczenie. I pytanie, czy w przyszłości będzie sens w ogóle kształcić lekarzy, nie jest tym najbardziej oczywistym. Bowiem to, co rodzi grozę, to pytanie: A co, jak wyłączą internet? Niemożliwe? A wojna na czołgi w Europie była możliwa (czyt. wyobrażalna) jeszcze kilka lat temu?

Czasami się zastanawiam, jak mogło dojść do upadku takich cywilizacji, jak grecka czy rzymska. Każdy, kto widział rzymskie rzeźby i porówna je z dokonaniem rzeźbiarzy od średniowiecza do XXI w. (może z wyjątkiem Michała Anioła) rozumie, o czym myślę. To samo dotyczy rozwiązań architektonicznych czy urbanistycznych. Tymczasem dawne rozwinięte cywilizacje padały pod naciskiem prymitywnych najeźdźców. Niewyobrażalne. Musiało się coś wydarzyć tuż przed. Wewnętrzne pęknięcie. Osłabienie. Rozkład. Zgłupienie. Szaleństwo. Mówią o ołowiu w rurach wodociągowych albo rozleniwieniu wskutek bogactwa i dobrobytu. Mam obawy nie o to, że sztuczna inteligencja nas przerośnie, zacznie nami rządzić i uczyni z nas niewolników. Obawiam się, że w przyszłości będzie to jedyna „inteligencja”, a człowiek

zredukuje się do poziomu: włącz-wyłącz, niezauważalnie pozbawiając się zdolności krytycznych, analitycznych i pamięciowych. Ten felieton mogła napisać sztuczna inteligencja; możliwe, że byłby znacznie lepszy. Ale nie wysługuję się nią dlatego, żeby ćwiczyć mózg. A także dlatego, żeby podzielić się żywą opinią, refleksją realnego człowieka, w przeciwieństwie do „sztucznego”, bo depersonalizowanego informacyjnego bigosu. Bo pamiętajmy, że generatory tekstów, takie jak popularny chatGPT, wypłuje zgrabną opowieść na każdy temat, będącą kompilacją dostępnych w sieci tekstów, których autorów nigdy nie zidentyfikujemy, jak również czasu i kontekstu, w których powstały. Badacze tego nowego narzędzia już biją na alarm, bowiem liczba nieprawdziwych informacji zgromadzonych w jego bazie jest ponoć szokująco duża, co jest szczególnie niebezpieczne dla uczniów, którym chatGPT zastąpił podręczniki, bryki, a nawet Wikipedię.

Myślę, że w dobie ogólnego przebudźcowania, wyręczenie się technologią jest bardzo kuszące. I do pewnego momentu na pewno sprzyjać będzie naszemu zdrowiu i szczęściu. Ale granica jest cienka i nawet nie rozpoznamy, że jesteśmy po drugiej stronie. Więc dobrze byłoby uczyć się na błędach przodków i wyhamować taki postęp, który może nas, paradoksalnie, doprowadzić do cywilizacyjnej i mentalnej zapaści.

Joanna ANDRZEJEWSKA

Dyrektor Biura ŚIL

(przedruk za zgodą z „Pro Medico” nr 6/23)

NAPRAWA DROGOWSKAZU

Konieczność nowelizacji Kodeksu Etyki Lekarskiej jest dzisiaj oczywista dla każdego lekarza. Upływ 32 lat od chwili uchwalenia jego obecnej wersji i 20 lat od ostatniej nowelizacji sprawia, że wiele zapisów wówczas aktualnych i właściwych dzisiaj uległo dezaktualizacji i wymaga zmian.

Jak zawsze w przypadku tworzenia nowej wersji tak ważnego dokumentu pojawiają się z różnych ośrodków propozycje – nierzadko sprzeczne – wymagające wspólnych dyskusji i próby zredagowania ostatecznej wersji. Pamiętajmy, że mówimy o dokumencie, który jest podstawowym aktem prawnym regulującym pracę lekarza i jego zapisy w nowej wersji będą przez długie lata stanowiły drogowskaz etyczny i moralny pracy lekarza.

Doceniając rangę prac nad nowelizacją tego dokumentu przewodniczący Komisji ds. Etyki Lekarskiej Naczelnej Rady Lekarskiej dr n. med. Artur de Rosier zwołał specjalne wspólne posiedzenie Komisji ds. Etyki Lekarskiej wszystkich Okręgowych Rad Lekarskich, które odbyło się w dniach 6-8 października 2023 r. w Gdańsku. Organizatorami posiedzenia była Naczelna Izba Lekarska oraz Okręgowa Izba Lekarska w Gdańsku i Śląska Izba

Lekarska. Tematem wspólnego posiedzenia było przedstawienie aktualnego stanu prac nad nowelizacją Kodeksu Etyki Lekarskiej.

Teleporady na tapecie

Spośród dwóch wymienionych artykułów zdecydowanie łatwiejszy do znowelizowania okazał się ten dotyczący teleporad. W toku dyskusji w gronie lekarzy i prawników na forum NIL i akcji „Zadaj pytanie” wypracowano treść tego artykułu, która zostanie przedstawiona do ostatecznej akceptacji uczestnikom Nadzwyczajnego Zjazdu Lekarzy w Łodzi w maju 2024 r. Przewodniczący KEL NIL dr Artur de Rosier zaproponował następujące brzmienie nowej wersji artykułu 9 KEL: Osobisty kontakt lekarza z pacjentem jest najważniejszą formą relacji lekarz – pacjent. Przed rozpoczęciem udzielania świadczenia w formie teleporady, lekarz ma obowiązek zweryfikować tożsamość pacjenta oraz zadbać o poufne warunki przeprowadzenia teleporady. Obowiązkiem lekarza jest poinformowanie pacjenta o ograniczeniach teleporady w porównaniu z osobistym kontaktem z pacjentem, a w szczególności wskazanie objawów uzasadniających wizytę osobistą bądź, jeżeli zachodzi taka konieczność,

zalecenie kontaktu z placówką medyczną. Teleporada może być udzielana, szczególnie w leczeniu stanów przewlekłych, celem konsultacji w toku prowadzonego leczenia lub dla zapewnienia ciągłości leczenia do czasu możliwie najbliższej wizyty osobistej. Nie zaleca się udzielania teleporad pacjentom dotąd nieleczonym przez danego lekarza lub zgłaszającym nowy problem zdrowotny. Niedopuszczalne jest prowadzenie diagnostyki i terapii pacjenta jedynie w drodze teleporad.

Problem z reklamą lekarza

Zdecydowanie trudniejsza okazała się nowelizacja artykułu dotyczącego reklamy w pracy lekarza. Powstanie i burzliwy rozwój mediów społecznościowych oraz nowych kanałów informacyjnych sprawiły, że dotychczasowe brzmienie tego artykułu nie wyczerpuje wszystkich możliwości aktywności lekarzy w Internecie.

Artykuł dotyczący reklamy musi być dostosowany do wymogów prawa Unii Europejskiej. Również Ustawa o wyrobach medycznych z dnia 7 kwietnia 2022 roku wprowadziła zakaz uczestnictwa w reklamie wyrobów medycznych osób ze środowiska medycznego, tzn. zarówno lekarzy, jak i osób podających się za lekarzy lub sugerujących, że wykonują taki zawód (art. 55 ustawy). Ten zapis Ustawy jednoznacznie zabrania uczestnictwa i sugerowania uczestnictwa w reklamie osób wykonujących zawody medyczne. Ale Komisja ds. Etyki Lekarskiej NIL uważa, że zakaz powinien dotyczyć nie tylko leków i wyrobów medycznych, ale należy go rozszerzyć także na reklamę kosmetyków i produktów żywnościowych. Ma to na celu zwiększenie wiarygodności do zawodu lekarza czy farmaceuty, a także uniknięcie sytuacji, w której odbiorca mógłby błędnie odebrać reklamę wyrobu jako produktu leczniczego.

Prace nad sformułowaniem ostatecznej wersji tego artykułu nadal trwają przy istotnym współudziale prawników. Do współpracy nad treścią tego artykułu zostali zaproszeni dwaj wybitni prawnicy, który również uczestniczyli w posiedzeniu w Gdańsku: prof. dr hab. Paweł Łuków – bioetyk i filozof z Uniwersytetu Warszawskiego oraz prof. Piotr Piesiewicz – adwokat, współtwórca prac nad nowelizacją Kodeksu Etyki Adwokackiej.

Poza wymienionymi powyżej, dwoma artykułami Kodeksu Etyki Lekarskiej, uczestnicy spotkania zgłaszali konieczność dalszych prac nad nowelizacją kolejnych artykułów Kodeksu. Komisja Etyki Lekarskiej Śląskiej Izby Lekarskiej zwróciła uwagę na brak w projektowanej nowej wersji KEL artykułu dotyczącego roli etyki wobec zastosowań sztucznej inteligencji w medycynie. Po uzgodnieniu z przewodniczącym KEL NIL Arturem de Rosier ustalono, że nasza Komisja przygotuje projekt takiego artykułu i przedstawi go do dyskusji na forum NIL.

Prace nad nowelizacją KEL będą trwały do końca stycznia 2024 r., i do tego czasu możemy zgłaszać swoje uwagi i propozycje. Można je przysyłać drogą mailową na adres: kel@nil.org.pl. Wówczas projekt znowelizowanego KEL zostanie opublikowany i rozesłany do delegatów na Nadzwyczajny Krajowy Zjazd Lekarzy, który odbędzie się 16-18 maja 2024 r. Na stronach internetowych NIL publikowane są na bieżąco dotychczasowe propozycje zmian artykułów KEL.

*Prof. dr hab. n. med. Jarosław MARKOWSKI
wiceprezes Okręgowej Rady Lekarskiej ŚIIL,
przewodniczący Komisji ds. Etyki Lekarskiej ŚIIL
(przedruk za zgodą z „Pro Medico” nr 12-1/23-24)*

MEDICI PRO MUSICA W STOLICY (O)POLSKIEJ PIOSENKI

Długo na to czekaliśmy – z początkiem września br. odbył się Kongres Kultury i Historii Lekarskiej w Opolu, którego najważniejszą dla nas część stanowił Lekarski Przegląd Piosenki Polskiej. O przygotowaniach do tego wydarzenia wspominałam już w „Biuletynie”, w tekście „O koncertach niezaśpiewanych”, plany organizacji kongresu opolskiego rozpoczęły się bowiem w roku 2020. Każdy z dziesięciu chórów lekarskich przygotował dwie piosenki z archiwum opolskiego festiwalu – my wybraliśmy „Pamiętajcie o ogrodach” oraz „Śpiewać każdy może”. Utwory te miały zabrzmieć w pierwszej części koncertu, w drugiej natomiast zaplanowano występ zaproszonej gwiazdy i wspólne wykonanie jednego utworu. W środowisku chodziły różne słuchy, aż w końcu dowiedzieliśmy się, że gościem specjalnym Lekarskiego Przeglądu Piosenki Polskiej będzie Stanisław Soyka. Zaczęły się zatem przygotowania do wspólnego wykonania „Tolerancji” – jednego z największych przebojów artysty, opracowanego na chór przez Marcina Wawruka.

Autokar ozdobiony elegancką planszą „Medici pro Musica” z logo Warmińsko-Mazurskiej Izby Lekarskiej wyjechał z Olsztyna w godzinach rannych. Jak zwykle był to bardzo rozśpiewany pojazd. Basia Sapała na tyłach ćwiczyła swoją partię w duecie z Prezesem, inne sopran-y z przednich siedzeń cichutko dopieszczały intonację, a wierni wielbicieli Markowej gitary wyśpiewywali nieśmiertelne hity woryckich wieczorów przy kominku. Nasz najmłodszy tenor, Hubert, śpiewał z pamięci wszystkie podrzucane przeboje, niezależnie z której muzycznej epoki pochodziły.

Opole przywitało nas pięknym słońcem i zachwycało swoją urodą. Na ile pozwalał nam napięty grafik, spacerowaliśmy po mieście i zachwycaliśmy się: a to murałem z wizerunkiem Krzysztofa Krawczyka, a to uroczymi uliczkami starówki, a to znów Muzeum Polskiej Piosenki. W pierwszym dniu zaplanowano warsztaty chór-ralne z Marcinem Wawrukiem, kierownikiem muzycznym koncertu, oraz próbę z udziałem Stanisława Soyki.

Mistrz przybył na nią wyluzowany, w niemal plażowym wydaniu, zaśpiewał, pochwalił i pozwolił uwierzyć w sukces przedsięwzięcia.

Koncert odbył się w sobotni wieczór, 9 września, na scenie Teatru im. Jana Kochanowskiego w Opolu. Jego organizacja została przemyślana w najdrobniejszych szczegółach przez Jarosława Waneckiego z Naczelnej Rady Lekarskiej. Obrotowa scena wydobywała z mroku kolejne chóry, a kiedy nadeszła nasza kolej, wykorzystaliśmy dany nam czas najlepiej, jak potrafiliśmy. Nasze „Ogrody” zabrzmiały bardzo lirycznie, a utwór „Śpiewać każdy może” chyba przekonał słuchaczy, że jednak nie każdy może, jeśli piosenka ma zabrzmieć nie tylko czysto, ale też trafnie pod względem interpretacyjnym. Oczywiście ostateczny efekt zależy w dużej mierze od kierownika zespołu. My mamy swoją Małgosię, dyrygentkę obdarzoną ogromną wrażliwością estetyczną i doskonałym rozumieniem słowa w muzyce, a także wsparcie jej męża Marcina, który gdy pojawia się potrzeba, dzieli się swoim talentem kompozytora, dyrygenta, aranżera i wokalisty. Przy fortepianie zasiadł nie kto inny, tylko Rafał Gajewski, już zupełnie „nasz” artysta, który doskonale czuje medycjańskie sceniczne i pozasceniczne fluidy.

Gość specjalny, Stanisław Soyka, nie zawiódł swoich wielbicieli. Nie bez powodu wokalista odsłonił w 2011 r. własną gwiazdę w Alei Gwiazd na opolskim rynku. Na kameralny, wręcz intymny recital złożyły się zaśpiewane tylko z towarzyszeniem fortepianu piosenki, przeplatane dowcipnymi anegdotami. Koncert zauroczył słuchaczy poetyckim nastrojem i świetnym wykonaniem. Nam szczególnie do gustu przypadł utwór „Tylko brać” („Jak pięknie jest rano”) z tekstem Agnieszki Osieckiej, o którego opracowanie na chór natychmiast poprosiliśmy naszego nadwornego aranżera. W finale zjednoczone chóry lekarskie zaśpiewały wspólnie z mistrzem „Tolerancję”. Na swoim fanpage’u Soyka napisał: „Nigdy wcześniej nie słyszałem 240 śpiewaków, którzy śpiewają razem. Fascy-

nujący koncert chórów z całej Polski. Tolerancję zaśpiewaliśmy wszyscy razem. Opracowanie na chór i solistę – Marcin Wawruk. Lekarski Przegląd Piosenki Polskiej w Opolu 09.09.2023”.

Jak zwykle przy tego typu okazjach mogliśmy przyrzeć się bliżej temu, co dzieje się w innych chórach lekarskich, obserwować postępy warsztatowe, składy i repertuar, wymienić się pomysłami, nawiązać nowe kontakty. Podczas uroczystego bankietu organizatorzy, kierownicy zespołów i inne zasłużone dla całego przedsięwzięcia osoby otrzymały Opolanki (nie mylić z Karolinką – nagrodą dla najlepszego debiutanta na opolskim festiwalu) – ceramiczne statuetki przedstawiające dziewczynę w stroju ludowym. Ponieważ dwie nagrody powędrowały do nas (otrzymali je Małgosia i Marcin), a każda statuetka, która trafiła do rąk obdarowanych, różniła się od pozostałych, nasze Opolanki wywołały wśród niektórych chórzystów serię wzbudzających wesołość hipotez co do samopoczucia, wyrażanych emocji, a nawet pełnionych ról, jakie próbowaliśmy odczytać z wyrazu twarzy i innych atrybutów glinianych panien. Integracyjną wartość nadało wieczorowi wspólne muzykowanie lekarskich zespołów, zainicjowane (trzeba dodać: „jak zawsze”) przez Marka Matyjewicza i Medici. Nasz kochany Kudłaty do późnych godzin wieczornych akompaniował na gitarze spragnionym (nie tylko opolskich) przebojów chórzystom, wybierając tonację na przemian „dla Sławińskiej” (altową) i „dla Sapały” (sopranową).

Lekarski Przegląd Piosenki Opolskiej był dla nas ważnym, długo oczekiwanym i niezwykle satysfakcjonującym wydarzeniem. Małgosiu, Marcinie, Jakubie – gorące podziękowania za Waszą pracę! Dziękujemy też Warmińsko-Mazurskiej Izbie Lekarskiej za sfinansowanie naszego udziału w tym muzycznym święcie.

*Dr n. hum. Małgorzata SŁAWIŃSKA
(przedruk za zgodą z Biuletynu Warmińsko-Mazurskiej Izby
Lekarskiej w Olsztynie nr 180)*

MEDYCYNĄ PO DYPLOMIE

RELACJA INTERPERSONALNA LEKARZ–PACJENT. MIĘDZY EMPATIĄ BOLESNĄ A EMPATIĄ PROFESJONALNĄ

Empatia jest psychologicznym rezonansem na los, sytuację radosną lub krytyczną drugiego człowieka. Brak reagowania empatią lub demonstrowanie empatii irracjonalnej jest bądź to szczególnym symptomem zaburzeń psychicznych (np. autyzmu, quasi-autyzmu, psychozy), bądź też może być wyrazem pewnego standardu kultu-

rowego. Przykładem tego rodzaju standardu jest wiktorianańska Anglia, w której z nieokazywania emocji uczyniono obyczajową zasadę.

W piśmiennictwie polskim analizę zjawiska empatii i syntonii emocjonalnej zawdzięczamy lekarzowi J. Mazurkiewiczowi (1959, 1957) i psychologowi K. Obuchow-

skiemu (1965, 1995). Etyka zawodów medycznych nadała empatii postaci zasady, niekoniecznie wyrażonej *expressis verbis*: „Z dostępnych skutecznych technik diagnostycznych i terapeutycznych stosuj te, które są najmniej uciążliwe dla organizmu i psychiki pacjenta”.

Każdy kontakt interpersonalny z drugim człowiekiem jest nośnikiem wielu bodźców: silnych, słabych i podprogowych. Kontakt lekarza z cierpiącym pacjentem jest odbiorem bodźców, jakie generuje każda relacja interpersonalna, ale i dodatkowo spostrzeganiem symptomów o wartości diagnostycznej, a nawet konfrontacją z sytuacjami granicznymi. Czynnikiem uwikłanym w proces rozpoznawania symptomów są emocje towarzyszące ustalaniu stanu zdrowia pacjenta, jak i kwestia odpowiedzialności za formułowane rozstrzygnięcia diagnostyczne i terapeutyczne.

O ile wiele uwagi poświęcono emocjonalnym doznaniom chorujących pacjentów, o tyle w mniejszym stopniu kierowano uwagę na proces formowania się kompetencji zawodowych lekarza i towarzyszące temu procesowi emocje.

Edukacja medyczna i wielopokoleniowa tradycja ustaliły szczególną drogę formowania kompetencji profesjonalnych lekarza. Z psychologicznego punktu widzenia jest to proces swoistego budowania odporności na liczne sytuacje traumatyzujące związane z wkraczaniem w obszar tabu ludzkiego organizmu, z obrazem pola interwencji operacyjnej czy konfrontacją z ludzką śmiercią itd. Mamy tu do czynienia z procesem integracji osobowości wokół szczególnych problemów praktyki lekarskiej. Powstaje pytanie, jakie psychiczne zmiany dokonują się w procesie formowania kompetencji profesjonalnych lekarza w kontekście tak szczególnych

doświadczeń?

Oto przykład konfrontacji ze śmiercią dziecka hospitalizowanego na oddziale pediatrycznym szpitala. W godzinach porannych przejmująca dyżur doświadczona lekarka zastała poprzedniczkę – lekarzkę tuż po uzyskaniu dyplomu – w stanie silnego wzruszenia emocjonalnego połączonego ze smutkiem, któremu towarzyszyły łzy. Pełniąca nocny dyżur lekarka była świadkiem śmierci kilkuletniego chłopca. Opisana skróto reakcja to przykład empatii bolesnej. Empatia bolesna bywa przeżywana przez lekarzy u progu kariery zawodowej. Jest to stan psychiczny blokujący działanie. Z drugiej strony jest to ważne i naturalne doświadczenie osobiste, które toruje drogę do „obiektywizacji” stanów chorobowych, a nawet takiego doświadczenia jak asystowanie przy śmierci bez przeżywania obciążającego dyskomfortu psychicznego. Zrozumienie zjawiska odrzuca pochopną ocenę dyskredytującą osobę z powodu zareagowania empatią bolesną.

Alternatywą empatii bolesnej byłby jej brak, tj. skrajna dehumanizacja, która naruszałaby zasady lekarskiej etyki. Obserwacja praktyki lekarskiej wskazuje, że między ekstremami dymensji empatia bolesna–skrajna dehu-

manizacja mieści się zjawisko jakościowo odrębne, które można nazwać „empatia profesjonalna”. Chociaż pojęcie „empatia profesjonalna” nie funkcjonuje jeszcze w psychologicznej terminologii, to mamy podstawy, żeby takie zjawisko opisać. Istotą empatii profesjonalnej jest redukcja dezorganizującego pobudzenia

emocjonalnego destabilizującego działanie w sytuacji trudnej. Szczegółowo rzecz ujmując: empatia profesjonalna polega na skutecznej realizacji procedur diagnostycznych i terapeutycznych – o różnym poziomie inwazyjności – z zachowaniem wrażliwości na stan zdrowia, zróżnicowane reakcje i odległe skutki terapeutyczne. Istnieją dane pozwalające sądzić, że empatia profesjonalna jest właściwością osobowości, która tworzy się w wyniku kumulacji specjalistycznych doświadczeń i wiedzy skutkującej przesterowaniem procesów regulacji psychicznej oraz jest psychologicznym rezultatem tego procesu przesterowania.

Wyjaśnienia wymaga odpowiedź na pytanie, na czym polega ów proces przesterowania regulacji psychicznej? Pomocna może tu być analiza wyników badań eksperymentalnych z zakresu funkcjonowania człowieka w sytuacjach krytycznych H.O. Mowrera (1960). Mowrer na przedmiot badań obrał różnice w reakcjach osób na traumatyzujący epizod, jakim jest skok spadochronowy. Skoczkowie „młodzi” ujawnili rosnący i dezorganizujący wzrost napięcia emocjonalnego wraz z towarzyszącymi reakcjami fizjologicznymi w miarę zbliżania się momentu wykonania pierwszego skoku. W tym samym czasie skoczkowie „doświadczeni” zachowywali spokój, a nawet demonstrowali swego rodzaju poczucie humoru. Bliższa analiza wykazała, że w miarę oswojania się „doświadczonych” skoczków spadochronowych ze skokiem spadochronowym następowało wygaszanie dezorganizującego wpływu emocji w sytuacji realnego skoku i przeniesienie napięcia emocjonalnego na okres poprzedzający. Niepokój okresu poprzedzającego stymulował wykonywanie czynności decydujących o powodzeniu, tj. osobiste zwijanie spadochronu i przygotowanie mentalne. Tak więc ta sama sytuacja trudna w sensie obiektywnym staje się sytuacją odmienną psychologicznie. Dla skoczków „młodych” jest to sytuacja trudna emocjonalnie, podczas gdy dla skoczków „doświadczonych” jest to sytuacja trudna instrumentalnie. Sytuacja trudna emocjonalnie to taka, w której w centrum świadomości pojawia się zagrożenie wartości osoby: utrata dobrego imienia, zdrowia lub życia... Sytuacja trudna instrumentalnie polega na wygaszeniu dezorganizujących napięć emocjonalnych i na utrzymywaniu się modulowanego poziomu napięcia emocjonalnego usprawniającego czynności operacyjne. Funkcjonowanie w kategoriach sytuacji trudnej instrumentalnie staje się możliwe dzięki opanowanej wiedzy specjalistycznej i umiejętnościom fachowym. Nie bez znaczenia są tu również wzorce społeczne pełnionej roli zawodowej, np. relacja z mistrzem.

Z przedstawionej analizy wynika, że jednym z warunków uformowania się empatii profesjonalnej, jako reakcji na sytuację trudną, jest osiągnięcie wysokiej kompetencji zawodowej. Nie bez znaczenia jest również format osobowości samego lekarza. Niemniej wyodrębnić można szereg czynników sprzyjających przesterowaniu procesu regulacji psychicznej w kierunku empatii profesjonalnej. Należy wskazać tu na odizolowane zainteresowanie (detached concern, Zimbardo i Ruch 1998) polegające na ograniczeniu spostrzeganego pola operacyjnego do obszaru ciała podlegającego interwencji chirurgicznej. Tym samym redukcji ulega spektrum bodźców frustrujących, a nieistotnych dla procesu terapeutycznego. Kolejnym mechanizmem jest intelektualizacja – technika psychologiczna neutralizująca niekorzystne reakcje emocjonalne typu odraza, lęk, poprzez wskazanie na opis drastycznego przypadku jako mieszczącego się w kategoriach nozologicznych znanych nauce i praktyce. Bliskie mechanizmowi intelektualizacji jest definiowanie casusu w kategoriach związków funkcjonalnych,

w jakich pozostaje pacjent ze specjalistą, np. w miejsce szczegółowego opisu określenie przypadku w kategoriach: „mój żołądek”, „mój przypadek” itp. Duże znaczenie w kształtowaniu się empatii profesjonalnej ma także mechanizm określany jako dyfuzja odpowiedzialności. Jest to wsparcie, jakiego udziela zespół specjalistów wobec trudnego przypadku poprzez instytucję konsylium lekarskiego i podział ról w zespole.

Sensem wymienionych czynników sprzyjających formowaniu się empatii profesjonalnej jest z jednej strony wspieranie pracy, którą mogłyby zaburzyć niekontrolowane stany emocjonalne, i z drugiej strony obrona przed zdehumanizowanym i zbiurokratyzowanymi relacjami międzyludzkimi otwierającymi drogę do przedmiotowego, a nie podmiotowego traktowania pacjenta przez lekarza.

Dr Adam BOROWICZ

emerytowany pracownik

Uniwersytetu Przyrodniczego w Poznaniu

(przedruk za zgodą z Biuletynu Wielkopolskiej

Izby Lekarskiej nr 9/23)

MOŻLIWOŚCI PREWENCJI CHOROÓB SERCOWO-NACZYNIOWYCH W ŚWIETLE NAJNOWSZYCH BADAŃ CO JESZCZE TRZEBA ZROBIĆ?

Jest lepiej, ale jeszcze wiele pracy przed nami – tak można podsumować najnowsze wyniki dużych polskich badań w zakresie czynników ryzyka i prewencji chorób sercowo-naczyniowych, jakie zaprezentowano podczas niedawnej krakowskiej konferencji Kardiologia Prewencyjna. Lepiej panujemy nad nadciśnieniem tętniczym i znacząco poprawiły się warunki socjoekonomiczne Polaków, ale przyszły nowe zagrożenia: coraz większe zanieczyszczenie powietrza i wielki cios w nasze zdrowie, jakim była pandemia COVID-19.

Badanie Polsenior-2 wyraźnie wskazuje, że znacząco wzrósł odsetek chorych w starszym wieku z nadciśnieniem tętniczym.

– Cieszymy się z tego! To jest efekt niespotykanego wzrostu skuteczności leczenia – stwierdził prof. Tomasz Zdrojewski, kierownik Zakładu Prewencji i Dydaktyki Katedry Nadciśnienia Tętniczego i Diabetologii Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego. – Myślicie państwo, że coś mi się pomyliło, ale nie – to wcale nie jest wniosek paradoksalny, lecz całkowicie racjonalny i logiczny. Mamy tylu chorych, ponieważ dzięki skutecznemu leczeniu udało nam się ich uchronić przed najgorszymi konsekwencjami i wydłużyć życie.

Jak podkreślił prof. Zdrojewski, mamy obecnie do dyspozycji ogromną baterię leków, a wśród osób starszych panuje wręcz moda na leczenie nadciśnienia oraz – co

niezwykle istotne – na samodzielne monitorowanie ciśnienia. Seniorzy nie boją się już ciśnieniomierzy i chętnie sami w domu dokonują pomiarów. To wielki sukces edukacji zdrowotnej. Nadal jednak możemy wiele zrobić. – Porównując się z krajami o najlepszej kontroli nadciśnienia tętniczego, mamy dużą rezerwę do dalszej poprawy – podkreślał kardiolog: – By wykorzystać tę rezerwę, należy istotnie poprawić kontrolę ciśnienia przede wszystkim u osób w wieku średnim i młodszych.

Nie zapominając oczywiście o seniorach, działania prewencyjne i edukacyjne należy obecnie skierować również do osób młodszych, aby jak najwcześniej wyłapać tych, którzy wymagają leczenia. Okazuje się bowiem, że o ile większość 60- czy 70-latków kontroluje regularnie swoje ciśnienie, to 40-latkowie nie badają go praktycznie wcale.

Ciekawe wnioski przyniosła analiza wyników długofalowego projektu HAPIEE Kraków, poświęconego ocenie wpływu zmiany pozycji socjoekonomicznej na umieralność i zapadalność na choroby układu krążenia. Z jednej strony – niespodzianek nie ma, ponieważ badanie jednoznacznie pokazało znaczącą redukcję ryzyka zgonu wraz ze wzrostem pozycji socjoekonomicznej i jest to zjawisko niezależne od płci.

– Nie ma natomiast istotnej zależności pomiędzy pozycją społeczno-ekonomiczną w dzieciństwie a zapadalnością i umieralnością ani u mężczyzn, ani u kobiet – tłumaczy

czyła dr hab. Magdalena Kozela z Katedry Epidemiologii i Badań Populacyjnych Uniwersytetu Jagiellońskiego. – Ale z kolei w dorosłości widzimy wyraźną manifestację tego związku u kobiet, gdzie blisko 40-proc. redukcja ryzyka zachorowania jest widoczna u kobiet o wysokim statusie, w porównaniu do tych o niskiej pozycji.

Badanie to pokazało też niezwykle ciekawe zjawisko, z jakim mamy do czynienia tylko w naszej części Europy, czyli tzw. wertykalną mobilność. Polega ona na zmianie w ciągu życia przynależności do grupy czy klasy społecznej.

– Region, w którym żyjemy, stanowi dość unikalne miejsce do badań w tym zakresie, ponieważ nie tak dawno – trzy dekady temu – doświadczyliśmy transformacji ustrojowej i w naszej części Europy zaszły bardzo głębokie zmiany społeczno-ekonomiczne – mówiła dr Kozela: – Bardzo wiele osób zmieniło swoją pozycję, czyli nastąpiła wertykalna mobilność społeczna. I w tym samym okresie zaobserwowano duże zmiany umieralności z powodu chorób układu krążenia – odwrócenie trendu i zmniejszenie tendencji.

Zaobserwowano również zjawisko o odwrotnym kierunku, ale jedynie wśród kobiet. U tych, których pozycja znacząco się pogorszyła, niemal dwukrotnie wzrasta ryzyko zachorowania i aż czterokrotnie ryzyko zgonu z powodu chorób układu krążenia.

Czy po pandemii COVID-19 czeka nas epidemia zaburzeń sercowo-naczyniowych? Możemy się tego obawiać, ponieważ dopiero teraz zaczynamy widzieć, jak wielkie spustoszenie w naszych organizmach poczynił koronawirus.

– Jestem zaskoczony skalą pocovidowych dolegliwości u wielkiej rzeszy pacjentów, i to wcale nie tych, którzy byli hospitalizowani, lecz tych, którzy chorowali w domu. I nie najstarszych, lecz tych w średnim wieku – mówił dr Michał Chudzik z Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, który już drugi rok pracuje nad projektem „stop-covid”. Jest to forma opieki oraz rejestru pacjentów, którzy COVID-19 przechorowali w domu. – Zadaliśmy sobie pytanie, jak ci pacjenci chorowali i jakie były i są dla nich tego konsekwencje – wyjaśniał dr Chudzik. Okazało się, że u ponad 60% osób po trzech miesiącach objawy nadal się utrzymują. Chorzy z long covid cierpią na chroniczne osłabienie i zmęczenie, wypadają im włosy, mają zaburzenia koncentracji, które znamy jako „mgłę mózgową”, mają problemy ze snem. Wielu pacjentów cierpi na utrzymujące się zaburzenia węchu i smaku, które na dłuższą metę stają się dla nich tragedią. Chorzy skarżą się, że nie mogą jeść ze względu na to, iż cały czas „czują wstrętny odór” lub np. czują zapach dymu i spalenizny, co powoduje też życie w ciągłym strachu, że coś w ich domu się pali. Takie dolegliwości mogą prowadzić do poważnych zaburzeń psychicznych i psychosomatycznych.

– Covid nauczył mnie innego spojrzenia na kardiologię – uważam teraz, że to właśnie czynniki ryzyka, w tym zdrowie psychiczne, mają największe znaczenie dla zdrowia pacjenta – przyznaje dr Chudzik. – Wstępne analizy wykazały, że na ciężkość przebiegu COVID-19 i wystąpienie późniejszych problemów, poza BMI czy astmą, to właśnie stres czy praca w nocy miały istotny wpływ. U seniorów najsilniejszym czynnikiem lekkiego przebiegu była... aktywność fizyczna. A więc rzeczywiście tzw. zdrowy tryb życia ma ogromne znaczenie i chroni także przed long covidem.

Zabija nas też smog. I to dosłownie, jak wynika z dużego badania, w którym starano się ocenić wpływ zanieczyszczeń powietrza na pojawienie się oraz progresję chorób sercowo-naczyniowych. W tym celu przeanalizowano 2 miliony przypadków hospitalizacji z powodu niewydolności serca w całej Polsce. Najwięcej odnotowano w województwach łódzkim i lubelskim, natomiast najmniej w województwie pomorskim. O tym jednak, że jest źle, świadczy fakt, że te 300 hospitalizacji na Pomorzu to 30% więcej od średniej europejskiej. Normy zanieczyszczeń przekroczone są w każdym województwie, a badanie wykazało, że wzrost zawartości pyłów zawieszonych w powietrzu wiąże się ze wzrostem liczby hospitalizacji z powodu niewydolności serca. Naukowcy zdefiniowali też coś takiego jak „polski smog”, który jest inny niż wcześniej nam znany smog z Londynu czy Los Angeles. Ma inny skład chemiczny i powstaje w innych warunkach (np. na „ścianie wschodniej”, gdzie mamy niską emisję, złą jakość spalanych paliw i szczególne warunki atmosferyczne). Nie koncentruje się w dużych miastach, lecz w małych miasteczkach i ma wyraźny związek z sytuacją społeczno-ekonomiczną mieszkańców.

– Jednym z silniejszych predyktorów hospitalizacji okazała się... liczba aut przypadająca na mieszkańca – relacjonował dr Łukasz Kuźma, kierownik projektu badawczego z Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku. – Z kolei większa lesistość i większa liczba ścieżek rowerowych zmniejszały liczbę hospitalizacji. Oceniamy, że działania zmierzające do zmiany organizacji tkanki miejskiej, np. budowa ścieżek rowerowych, rozwój transportu zbiorowego, mogą mieć znaczący wpływ na liczbę hospitalizacji z powodu niewydolności serca. Widzimy też, że liczbę tę zmniejsza wzrost wydatków na opiekę zdrowotną na poziomie powiatowym. Ten wzrost nakładów wcale nie dotyczy opieki wysokospecjalistycznej, bo porównywalne albo nawet o wiele większe efekty możemy uzyskać budując sieć jednostek bliskich pacjentowi, jak chociażby gabinety lekarza rodzinnego, czy nawet pielęgniarki środowiskowej, ośrodek zdrowia.

Joanna SIERADZKA
(przedruk za zgodą z „Galicyskiej Gazety Lekarskiej” nr 6/22)

MAŁOLETNI PACJENT W PRAKTYCE LEKARSKIEJ

Dziecko to wyjątkowy pacjent nie tylko dlatego, że samo co do zasady nie może podejmować decyzji, ale również dlatego, że z lekarskiego punktu widzenia sytuacja prawna dziecka jest decydująca w kolejnych aspektach udzielenia świadczenia, począwszy od wyrażenia zgody na jego udzielenie, a skończywszy na udzieleniu informacji o stanie jego zdrowia.

Kim jest małoletni?

Małoletni to osoba, która nie ukończyła 18 roku życia, do ukończenia lat 13 nie ma zdolności do czynności prawnych, a po ukończeniu 13 roku życia ma ograniczoną zdolność do czynności prawnych. Ogólna reguła jest taka, że z zastrzeżeniem wyjątków przewidzianych w ustawie, do ważności czynności prawnej, przez którą osoba ograniczona w zdolności do czynności prawnych zaciąga zobowiązanie lub rozporządza swoim prawem, potrzebna jest zgoda jej przedstawiciela ustawowego (art. 10 §1, w związku z art. 12, w związku z art. 15, w związku z art. 17 kodeksu cywilnego).

Małoletni a zgoda na udzielenie świadczeń zdrowotnych

Lekarz może przeprowadzić badanie lub udzielić innych świadczeń zdrowotnych, z zastrzeżeniem wyjątków przewidzianych w ustawie, po wyrażeniu zgody przez pacjenta, natomiast jeżeli pacjent jest małoletni, wymagana jest zgoda jego przedstawiciela ustawowego, z kolei gdy pacjent nie ma przedstawiciela – zezwolenie sądu opiekuńczego. Podkreślenia wymaga fakt, że jeżeli zachodzi potrzeba przeprowadzenia badania osoby małoletniej, zgodę na przeprowadzenie badania może wyrazić także opiekun faktyczny (art. 32 ust. 1, 2, 3 ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentysty, dalej u.z.l.).

Wskazać jednak należy, że w przypadku małoletniego pacjenta, dla lekarza istotna jest granica wieku 16 lat, jeżeli bowiem pacjent ukończył 16 lat, wymagana jest także jego zgoda, istnieje więc w tym wypadku wymóg uzyskania tzw. zgody kumulatywnej. Sytuacja komplikuje się, jeżeli małoletni, który ukończył 16 lat, sprzeciwia się czynnościom medycznym, poza zgodą jego przedstawiciela ustawowego albo w przypadku niewyrażenia przez nich zgody wymagane jest zezwolenie sądu opiekuńczego. Jeżeli natomiast pacjent małoletni nie ma przedstawiciela ustawowego ani opiekuna faktycznego albo porozumienie się z tymi osobami jest niemożliwe, lekarz po przeprowadzeniu badania może przystąpić do udzielania dalszych świadczeń zdrowotnych dopiero po uzyskaniu zgody sądu opiekuńczego, chyba że co innego wynika z przepisów ustawy (art. 32 ust. 5, 6, 8 u.z.l.).

Co więc wynika z przepisów ustawy? Otóż badanie lub udzielenie pacjentowi innego świadczenia zdrowotnego bez jego zgody jest dopuszczalne, jeżeli wymaga on niezwłocznej pomocy lekarskiej, a ze względu na stan zdrowia lub wiek nie może wyrazić zgody i nie ma możliwości porozumienia się z jego przedstawicielem ustawowym lub opiekunem faktycznym. Decyzję o podjęciu czynności medycznych w ww. okolicznościach, lekarz powinien w miarę możliwości skonsultować z innym lekarzem, a okoliczności te lekarz zawsze odnotowuje w dokumentacji medycznej pacjenta (art. 33 u.z.l.).

Lekarz może wykonać zabieg lub zastosować metodę leczenia, lub diagnostyki stwarzającą podwyższone ryzyko dla pacjenta, wobec pacjenta małoletniego, po uzyskaniu zgody jego przedstawiciela ustawowego, a gdy pacjent nie ma przedstawiciela lub gdy porozumienie się z nim jest niemożliwe – po uzyskaniu zezwolenia sądu opiekuńczego, natomiast jeżeli pacjent ukończył 16 lat, wymagana jest także jego pisemna zgoda (art. 34 ust. 3, 4 u.z.l.).

Jeżeli przedstawiciel ustawowy pacjenta małoletniego nie zgadza się na wykonanie przez lekarza ww. czynności, a są one niezbędne do usunięcia niebezpieczeństwa utraty przez pacjenta życia lub ciężkiego uszkodzenia ciała bądź ciężkiego rozstroju zdrowia, lekarz może wykonać takie czynności po uzyskaniu zgody sądu opiekuńczego. Istnieje również okoliczność, że lekarz może wykonać czynności bez zgody przedstawiciela ustawowego pacjenta bądź zgody właściwego sądu opiekuńczego, gdy zwłoka spowodowana postępowaniem w sprawie uzyskania zgody groziłaby pacjentowi niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia. W takim przypadku lekarz ma obowiązek – o ile jest to możliwe – zasięgnąć opinii drugiego lekarza, w miarę możliwości tej samej specjalności. O wykonywanych czynnościach lekarz niezwłocznie zawiadamia przedstawiciela ustawowego, opiekuna faktycznego lub sąd opiekuńczy, a także dokonuje odpowiedniej adnotacji wraz z uzasadnieniem w dokumentacji medycznej.

Jeżeli z kolei w trakcie wykonywania zabiegu operacyjnego albo stosowania metody leczniczej lub diagnostycznej wystąpią okoliczności, których nieuwzględnienie groziłoby pacjentowi niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkim uszkodzeniem ciała lub ciężkim rozstrojem zdrowia, a nie ma możliwości niezwłocznie uzyskać zgody przedstawiciela ustawowego pacjenta, lekarz ma prawo, bez uzyskania tej zgody, zmienić zakres zabiegu bądź metody leczenia lub diagnostyki w sposób umożli-

wiający uwzględnienie tych okoliczności. W takim przypadku lekarz ma obowiązek – o ile jest to możliwe – zasięgnąć opinii drugiego lekarza, w miarę możliwości tej samej specjalności. Lekarz dokonuje również odpowiedniej adnotacji w dokumentacji medycznej oraz informuje przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego albo sąd opiekuńczy (art. 35 ust. 1 i 2 u.z.l.).

Kto ma prawo do informacji o stanie zdrowia małoletniego pacjenta?

Pacjent, w tym małoletni, który ukończył 16 lat, lub jego przedstawiciel ustawowy mają prawo do uzyskania od osoby wykonującej zawód medyczny przystępnej informacji o stanie zdrowia pacjenta, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu, w zakresie udzielanych przez tę osobę świadczeń zdrowotnych oraz zgodnie z posiadanymi przez nią uprawnieniami, należy jednak podkreślić, że ustawowy przedstawiciel małoletniego pacjenta ma prawo do wyrażenia zgody na udzielenie informacji innym osobom. Z kolei pacjent małoletni, który nie ukończył 16 lat, ma prawo do uzyskania od osoby wykonującej zawód medyczny informacji, w zakresie i formie potrzebnej do prawidłowego przebiegu procesu diagnostycznego lub terapeutycznego (art. 9 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, dalej: u.p.p.).

Obecność osoby bliskiej pacjenta małoletniego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych

Przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych małoletniemu pacjentowi może być obecna osoba bliska, można odmówić obecności osoby bliskiej w dwóch przypadkach: istnienia prawdopodobieństwa wystąpienia zagrożenia

epidemicznego oraz ze względu na bezpieczeństwo zdrowotne pacjenta. Odmowę odnotowuje się w dokumentacji medycznej (art. 21 u.p.p.).

Uzyskanie zgody sądu opiekuńczego

Należy wskazać, że sądem opiekuńczym właściwym miejscowo do udzielania zgody na wykonywanie czynności medycznych jest sąd, w którego okręgu czynności te mają być wykonane, czyli upraszczając, będzie to sąd rejonowy właściwy dla podmiotu leczniczego, w którym udzielane jest małoletniemu świadczenie zdrowotne (art. 32 ust. 10 u.z.l.).

Charakter prawny pełnomocnictwa notarialnego

Oświadczenie o przekazaniu opieki nie rodzi skutków prawnych, co oznacza, że rodzice nie są zwolnieni z odpowiedzialności za wykonywanie przez nich władzy rodzicielskiej, osoba lub osoby wskazane w pełnomocnictwie nie są upoważnione do działania i podejmowania decyzji w sprawach dziecka. Notariusz może potwierdzić delegowanie sprawowania faktycznej opieki nad dzieckiem w formie oświadczenia. Jednak w świetle przepisów taki dokument nie pozwala podejmować żadnych decyzji w sprawach istotnych dla dziecka, takich jak leczenie.

Podsumowując powyższe rozważania, wskazuję, że każdy lekarz przyjmujący małoletniego pacjenta winien poświęcić więcej uwagi stronie formalno-prawnej, takie zachowawcze podejście pozwoli uniknąć odpowiedzialności czy to zawodowej, czy też cywilnej. Jednocześnie wskazuję, że należy każdą uzyskaną informację o sytuacji prawnej dziecka odnotowywać w dokumentacji lekarskiej.

*Radca prawny Emilia ANTczak
kierownik Biura OROZ OIL w Łodzi
(przedruk za zgodą z „Panaceum” nr 5/23)*

ODESZLI OD NAS

NIEKTÓRZY LUDZIE SĄ Z SOBĄ CAŁE ŻYCIE...

Walentynkowe wspomnienie doktorostwa Mazurkiewiczów

*Kochać tak
jak się całuje chleb
na klęcząco
w świętym milczeniu
Być tak
jak bywa Bóg
zawsze cały
i jakby trochę w cieniu
Dawać tak*

*że już nic
nie zostaje
a jest się bogatym
po brzegi
Żyć tak
że już bardziej
nie można
(ks. Jerzy Szymik)*



Poznali się w 1952 roku na studiach. Ona była drobna, energiczną dziewczyną z Przemysła i starościną grupy, a on przystojnym, postawnym chłopakiem ze Śląska, który po kilku tygodniach studiowania farmacji i mieszkania w Łodzi, postanowił jednak zostać lekarzem. Od razu między nimi „zaiskrzyło”. I od tej pory byli nierozłączni. Przeżyli razem 70 lat...

W lipcu 2022 roku odeszła Ona - pani dr Henryka Mazurkiewicz (Rysia, Rysiunia, jak ją między sobą nazywaliśmy), która całe swoje zawodowe życie związała z nyską pediatrią. Od 1961 do 1992 roku pracowała na Oddziale Dziecięcym razem z Wielkimi Pediatrami, których nie ma już wśród nas - p. dr Magdaleną Kozarzewską i p. dr Martą Tomecką.

I ja stawiałam przy niej pierwsze kroki jako pediatra. Czego mnie uczyła?

- całkowitego i bezwzględного oddania choremu dziecku,
- uwagi, szacunku i zrozumienia dla rodziców małych pacjentów,
- myślenia klinicznego i ufania intuicji lekarskiej.

To było piękne, spełnione, szczęśliwe lekarskie życie, poświęcone mozolnej pracy, nauce, służbie. Były też radości - wyjazdy nad morze, spektakle teatralne, które Rysia uwielbiała (jeździła na Festiwalu Teatralne), książki czytane i zbierane z pasją.

Rysia, Rysiunia... nieduża, drobna, a wypełniała sobą przestrzeń, w której się znalazła, przyciągała uwagę.

Przez ostatnie lata zniknęła z życia publicznego pokonana przez dolegliwości, zamknęła się w domu. Nie chciała być pacjentem, powtarzała: Do szpitala? Tylko w białym fartuchu, nigdy w piżamie! Ale trafiła w końcu i Ona do szpitala jako pacjentka. A potem do hospicjum...

Siadywałam przy Jej łóżku w hospicjum i myślałam o niezwykle paradoksie - ten niecierpliwy, szybki i zdecydowany lekarz, był nadzwyczaj cierpliwym pacjentem, do końca uśmiechniętym, wdzięcznym za troskę, opiekę i dziękującym za wszystko...

Czuwał przy Niej godzinami mąż - p. dr Mazurkiewicz, szepcząc, mówiąc najczulsze, najpiękniejsze słowa miłości i żebrząc u Pana Boga o miesiąc życia ukochanej żony, żeby się móc Nią nacieszyć... I dał im Pan Bóg ten miesiąc...

Ostatnie tygodnie Rysia spędziła przykuta do łóżka, otoczona troską i miłością nie tylko męża, ale i Aniołów z Hospicjum. Nie cierpiała, była szczęśliwa, uśmiechnięta prawie do ostatnich chwil. Przychodzili do niej kolejni ludzie - młodsze koleżanki i koledzy z siwymi już głowami i brodami, z którymi przez lata pracowała i uczyła ich medycyny

Powtarzała zdumiona: popatrz Martuniu, to nie zapomnieli o mnie? To tyle osób o mnie pamięta? To ja jestem dla nich ważna?

15 lipca miała imieniny. W torcik imieninowy wetknęłam małą świeczkę, poprosiłam: pomyśl życzenie Rysiuniu i zdmuchnij - tak zrobiła. „Torcik” zjadł Zbynio (to

była mała, drożdżowa bułeczka z jagodami). Zapytałam o życzenie, a Ona: żebym tak wyszła stąd na własnych nogach. To się nie stało...

Na hospicyjnej szafeczce przy łóżku, zostały ostatnie imieninowe prezenty od tych, którzy ją kochali: gałązka kwitnącego krzewu i kartka z życzeniami, którą kazała sobie czytać co chwilę, mały gipsowy aniołek, najlepsze krople do oczu i krem „na piękność”, którym tak lubiła być smarowana przy wieczornej toalecie...

Nie odeszła całkiem Rysiunia, zostały w nas całe pokłady DOBRA i czułości, które wskrzesiła przez ten ostatni miesiąc chorowania. Został Zbynio,...

Towarzyszyłam Doktorowi przez ponad rok, po śmierci Jego żony (zmarła w lipcu 2022 roku, a On we wrześniu 2023 roku). Przyjeżdżałam w niedzielne popołudnia, zawsze wydawał się zaskoczony, że znalazłam czas, że mi się chciało... Witał mnie serdecznie. To był trudny rok dla Niego. Smutny i samotny pytał mnie ciągle: po co, dla kogo mam żyć?

Po śmierci żony nie chciał już żyć, spędzili ze sobą ponad 70 lat. Nie chciał opuszczać mieszkania, gdzie każdy kąt, każda rzecz przypominała mu Rysiunię. Doświadczał chyba „świętych obcowania”. Opowiadał mi historie, kiedy zagubiony, nie mógł znaleźć jakichś ważnych dokumentów czy rzeczy, szturmował wtedy niebo i zawsze to coś się znalazło! Mozolnie i powoli wydobywał się ze smutku, wracała mu chęć i radość życia, witał mnie uśmiechnięty, zadbany, elegancki. Cekał na wieści ze świata, zdarzało nam się nawet pośmiać.

Wielu z nas pamięta Doktora, bo doświadczyło jego medycznej troski i pomocy. Był lekarzem uważnym, lubił pacjentów, umiał ich słuchać, lubił z nimi rozmawiać, cierpliwie tłumaczył istotę choroby i sposób leczenia. Dlatego nie mógł pojąć, że teraz wszystko dzieje się tak szybko, że nikt nikogo nie słucha, że nikt dla nikogo nie ma czasu.

Chętnie uczył młodych lekarzy, idealnie nadawał się do konsyliów, dzielił się swoją wiedzą, doświadczeniem. Dziś, ci młodzi lekarze mają już siwe włosy.

Potem zniknął ze szpitala, z przychodni, ale wpisany był ciągle w krajobraz naszego miasta. W jasnym ubraniu przemierzał nieśpiesznie rynek, przypominał mędrca/filozofa wędrującego po greckiej agorze, chętnie odpowiadał na powitania, przystawał, rozmawiał z napotkanymi ludźmi, podsuwał niebanalne i zaskakujące uwagi, zmuszające do refleksji. Może czas przypomnieć sobie nauki naszego mędrca? Uważność, niespieszność, czas dla drugiego... Mam nadzieję, że to nie był ostatni rozdział życia Doktora. Kolejne napiszemy my - Jego uczniowie.

Pytał mnie wielokrotnie czy wierzę, że jest coś po śmierci. Zapewniałam, że tak, że wierzę w życie pozagrobowe. Ożywał się wtedy i mówił, że niedługo spotka się ze swoim słońcem - tak nazywał żonę po ponad 70 latach wspólnego życia. Kiedy myślę o Nich obojgu, towarzyszy mi spokój. To było PIĘKNE, DOBRE, SPEŁNIONE ŻYCIE...

Teraz ja doświadczam „świętych obcowania”, czasem patrzę w niebo i pytam: jak tam? A oni oboje z Rysiunią, jedno przez drugie nucą:

*Pan jest moim pasterzem, nie brak mi niczego.
Pozwala mi leżeć na zielonych pastwiskach.
Prowadzi mnie nad wody, gdzie mogę odpocząć:
orzeźwia moją duszę.
Wiedzie mnie po właściwych ścieżkach
przez wzgląd na swoją chwałę.
(...)*

*Tak, dobroć i łaska pójdą w ślad za mną
przez wszystkie dni mego życia
i zamieszkam w domu Pańskim
po najdłuższe czasy /PS. 23/*

Pamięci dr dr Henryki i Zbigniewa Mazurkiewiczów,
z wdzięcznością za Przyjaźń, Miłość i Mądrość jakiej wie-
lu z nas od Nich doświadczyło.

Marta RUSZECKA



WSPOMNIENIE O KRYSYŃIE ŚWIDERSKA-HULL



1 grudnia 2023 r. po ciężkiej chorobie, w wieku 69 lat, odeszła na wieczny dyżur nasza Koleżanka Krystyna Świdarska-Hull.

Krysia urodziła się w Grabowie, a wczesne dzieciństwo i lata szkolne spędziła w Łomży. W latach 1973-1978 studiowała na Oddziale Stomatologicznym Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej w Białymstoku. Pracę

zawodową, jako lekarz dentysta rozpoczęła 15.09.1978 r. w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Łomży.

W Prudniku zamieszkała w 1979 r, gdzie przeprowadziła się wraz z mężem, któremu zaproponowano pracę oraz mieszkanie zakładowe w Prudnickim Zakładzie Przemysłu Bawełnianego „FROTEX”. Od 02.11.1979 r. do 30.03.1986 r. pracowała w ZOZ w Prudniku. Od 01.04.1986 r. do 31.12.1999 r. zatrudniona była w Zarządzie Służby Zdrowia MSW w Opolu w Poradni Stomatologicznej w Prudniku. Od 01.01.2000 r. rozpoczęła pracę, jako specjalista ortodonta w NZOZ Centrum Stomatologiczne w Prudniku, w którym pracowała do swojego odejścia. Całe swoje życie zawodowe i osobiste związała z Prudnikiem. Tutaj urodziły się Jej dwie córki: Justyna i Dominika.

W Prudniku pracowała i zdobywała zawodowe umiejętności. Tytuł Specjalisty I stopnia ze Stomatologii Ogólnej uzyskała 1989 r., a w roku 1996 r. tytuł Specjalisty II stopnia z Ortodoncji. Była świetnym specjalistą w obu dziedzinach. Cały czas podnosiła swoje kwalifikacje zawodowe, szkoląc się na kursach w kraju i zagranicą. Zawsze uważała, że aby być dobrym lekarzem należy cały czas się uczyć. Doceniania przez swoich kolegów lekarzy, pacjentów i ich bliskich. Nie obojętna na los drugiego człowieka. Zawsze wszystkim pomagała - sąsiadom, pacjentom, kolegom i koleżankom, ale również osobom obcym. Była człowiekiem „SŁONECZKIEM”. Gdzie się pojawiła, tam czyniła dobro.

Jej choroba i związane z nią szybkie odejście jest dużym ciosem dla najbliższych, ale także dla mnie i moich koleżanek i kolegów lekarzy dentystów.

Krystę pożegnaliśmy 08.12.2023 r. na Cmentarzu Grabiszyńskim we Wrocławiu. W ostatniej drodze Krysi towarzyszyła oprócz najbliższej rodziny i sąsiadów, bardzo duża grupa przyjaciół, w tym prawie wszyscy ortodonci z województwa opolskiego.

Mam nadzieję, że tam, dokąd trafiłaś masz już spokój oraz brak cierpienia i bólu, które towarzyszyły Ci do ostatniego dnia życia. Nie ma Cię już wśród nas, ale zawsze pozostaniesz w moim sercu oraz wszystkich ludzi, z którymi się spotkałaś zarówno prywatnie, jak i zawodowo.

Justyna GRZYBOWSKA-SUBSTELNA

9 grudnia 2023 r. na cmentarzu w Opolu-Półwsi pożegnano dr Mariannę Pędich, sanitariuszkę z Powstania Warszawskiego pseudonim „Bogna” i znanego opolskiego pediatrę.

*Łączymy się w bólu z rodziną
Przyjaciół*

Prudnickie Centrum Medyczne Spółka Akcyjna w Prudniku zatrudni lekarza specjalistę na stanowisko Ordynatora Oddziału Chorób Wewnętrznych. Obowiązkiem ordynatora będzie kierowanie oddziałem wraz z udzielaniem świadczeń lekarskich, z możliwością pełnienia dyżurów medycznych.

Oferujemy atrakcyjną stawkę do indywidualnych negocjacji. Ordynator będzie miał możliwość doboru własnej kadry lekarskiej. Oddział posiada miejsca specjalizacyjne dla 3 lekarzy rezydentów. W ramach oddziału rozwijamy leczenie niewydolności oddechowej oraz realizujemy program lekowy leczenia Choroby Gouchera.

Lokalizacja w niezwykle malowniczej okolicy i bliskości ośrodków turystycznych Gór Opawskich.

Dla lekarzy spoza rejonu oferujemy atrakcyjne warunki mieszkaniowe i pomoc w zagospodarowaniu.

Lekarzy zainteresowanych dołączeniem do naszego zespołu serdecznie zapraszam do kontaktu.

Paweł Rubiński
Prezes Zarządu

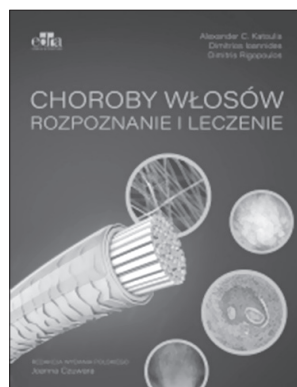
Kontakt przez Biuro Zarządu: tel. 77/406-78-90, kom: 660-747-285, email: pcm@pcm.prudnik.pl

Szpital Specjalistyczny MSWiA w Głuchołazach im. św. Jana Pawła II zatrudni Lekarzy specjalistów chorób płuc, chorób wewnętrznych, rehabilitacji medycznej, kardiologii do pracy na Oddziałach Chorób Płuc i Gruźlicy, Rehabilitacji Pulmonologicznej, Rehabilitacji Kardiologicznej.

Jednocześnie informuję, że Szpital posiada miejsca szkoleniowe dla lekarzy chcących podjąć specjalizację w zakresie chorób płuc.

Proponujemy bardzo dobre warunki pracy oraz możliwość mieszkania służbowego. Telefon: (77) 40-80-155.

Specjalistyczny Szpital w Branicach zatrudni lekarza specjalistę rehabilitacji medycznej, lekarzy w trakcie specjalizacji lub chętnych do specjalizacji z rehabilitacji medycznej oraz lekarza internistę. Oferujemy bardzo dobre warunki płacowe oraz mieszkanie służbowe. Kontakt: tel. 77/403-43-07; e-mail: sws.kadry@op.pl.



Choroby włosów. Rozpoznanie i leczenie

A.C. Katoulis, D. Rigopoulos

red. J. Czuwara

rok wydania: 2023

ISBN: 978-83-67447-74-4, oprawa twarda, format: 210 x 275, 256 str., cena: 152.10 zł

Mieszek włosowy tworzy jedną z bardziej skomplikowanych morfologicznie struktur przydatkowych skóry właściwej, dlatego też choroby włosów i owłosionej skóry głowy są bardzo wymagające w diagnostyce i leczeniu,

zwłaszcza te związane z gwałtownym lub powolnym, ale trudnym do zatrzymania wypadaniem włosów. Choroby włosów mogą również współistnieć z wieloma zaburzeniami ogólnoustrojowymi, co dodatkowo utrudnia ustalenie rozpoznania i wdrożenie skutecznego leczenia.

Książka Choroby włosów. Rozpoznanie i leczenie autorstwa międzynarodowych ekspertów w tej dziedzinie to obszerne źródło informacji dla praktykujących dermatologów. Opisowi każdego schorzenia towarzyszy bogaty materiał ilustracyjny, a także omówienie wyników najnowszych narzędzi diagnostycznych, w tym dermoskopii.

OPOLSKA IZBA LEKARSKA

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

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

Rejestr Lekarzy: opole.rejestr@hipokrates.org

Praktyki Prywatne: opole.praktyki@hipokrates.org

Radca prawny – tel. kontaktowy: 601 708 952, przyjmuje:
poniedziałek 9.00–10.30, środa 14.30–17.00, czwartek 14.00–16.00,
piątek – po uprzednim ustaleniu telefonicznym.

Składki: opole.skladki@hipokrates.org

Administracja Biura Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej:

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

Administracja Biura Okręgowego Sądu Lekarskiego:

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



Precyzyjne elementy retencyjne w praktyce stomatologicznej

M. Pancerz-Łoś

Rok wydania 2023

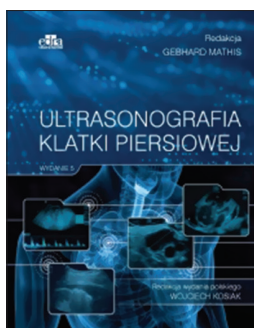
ISBN 978-83-67447-71-3, format 210 x 275, oprawa twar-
da, str. 128, cena 134,10 zł

Precyzyjne elementy retencyjne (PER) są od wielu lat sto-
sowane we współczesnej protetyce stomatologicznej. Mają

one na celu poprawę estetyki, funkcjonalności oraz komfor-
tu pacjentów w użytkowaniu protez ruchomych.

W publikacji omówiono m.in. :

- kwalifikację i przygotowanie pacjenta
- kanony estetyczne w stomatologii
- analizę funkcjonalno-estetyczną
- wskazania do stosowania, wady i zalety protez per
- rozwiązania protetyczne
- leczenie kompleksowe przy obniżonej wysokości zwarcia
- rodzaje, wady i zalety precyzyjnych elementów reten-
cyjnych
- korony teleskopowe
- protezy overdenture
- zatrzaski kulkowe
- teleskopy
- belki
- montowanie łuku twarzowego
- wycisk sytuacyjny



Ultrasonografia klatki piersiowej

G Mathis

wyd. 6, red. W. Kosiak

rok wydania 2023

ISBN 978-83-67447-75-1, format 210 x 275, oprawa twarda, str.
256, cena 152,09 zł

Książka ta, powszechnie uważana za standardową publikację
w tej dziedzinie, przedstawia aktualny stan wiedzy na temat dia-
gnostyki ultrasonograficznej klatki piersiowej. Dostarcza czytel-
nikowi zwięzłych informacji na temat wszystkich aspektów stoso-
wania tej metody, w tym wskazań, najnowszych technik badania
oraz artefaktów i pułapek diagnostycznych. Autorzy przekazują
czytelnikom liczne porady i wskazówki oraz omawiają potencjal-
ne źródła błędów diagnostycznych, co może być niezwykle po-
mocne w codziennej praktyce klinicznej.

W publikacji m.in.:

- bogaty materiał ilustracyjny
- wytyczne dotyczące ultrasonografii ze wzmocnieniem kon-
trastowym (CEUS)
- zastosowanie przyłóżkowej ultrasonografii klatki piersio-
wej (PoCUS)
- dodatkowy rozdział na temat ultrasonografii klatki piersio-
wej u dzieci



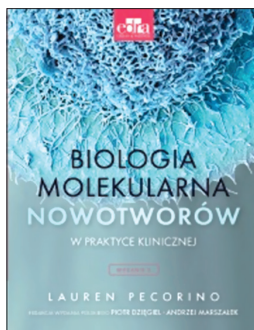
Kryteria diagnostyczne DSM-5-TR

red. P. Gałęcki

rok wydania 2023

ISBN 978-83-67447-78-2, format 125 x 190, str. 420, cena 125,10 zł

Publikacja DESK REFERENCE Kryteria diagnostyczne DSM-
5-TR™ zawiera w pełni zmienioną klasyfikację diagnostyczną, a
także wszystkie kryteria diagnostyczne DSM-5-TR. Stanowi nie-
zastąpione narzędzie w praktyce klinicznej wszystkich specjali-
stów zajmujących się zdrowiem psychicznym – zapewnia szyb-
ki dostęp do niezbędnych informacji umożliwiających ustalenie
rozpoznania zaburzeń psychicznych, począwszy od tych najczęst-
szych, a skończywszy na tych najrzadszych.



Biologia molekularna nowotworów w praktyce klinicznej, wyd. 5

L. Pecorino

red. P. Dzięgiel, A. Marszałek

rok wydania 2023

ISBN 978-83-67447-36-2, format 190 x 245, oprawa miękka,
str. 460, cena 134,10 zł

Podręcznik Biologia molekularna nowotworów w praktyce klinicznej przeznaczony jest dla lekarzy, studentów medycyny, biologii, biotechnologii i kierunków pokrewnych, a także pracowników przemysłu farmaceutycznego, zainteresowanych poszerzeniem wiedzy na temat procesu transformacji komórki prawidłowej w nowotworową i teoriami wyjaśniającymi złożone zależności między nimi. Informacje w nim zawarte umożliwiają zrozumienie możliwości zastosowania tej wiedzy w opracowywaniu nowych metod diagnostycznych i terapeutycznych w walce z chorobą. W ostatnich latach obserwujemy ciągły rozwój wiedzy z zakresu biologii molekularnej nowotworów. Zmiany te zostały uwzględnione w najnowszym, piątym już wydaniu tego podręcznika, gdzie oprócz omówienia podstawowych pojęć zaprezentowano nowe teorie i aktualizację koncepcji wcześniejszych.

W nowym wydaniu:

- wykorzystanie błędów w transkrypcji i alternatywnym składaniu (splicingu) RNA jako nowego źródła neoantygenów do szczepionek,
- zastosowanie sztucznej inteligencji,
- pozachromosomowe koliste DNA, stanowiące główne źródło ekspresji onkogenów i heterogenności nowotworu.



Badanie obwodowego układu nerwowego

M. O'Brien

wyd. 6, red. W. Turaj

rok wydania 2024

ISBN 978-83-67447-43-0, format 165 x 235, oprawa miękka,
str. 165, cena 48,60 zł

Od ponad 80 lat Badanie obwodowego układu nerwowego jest niezbędnym przewodnikiem do oceny pacjentów z uszkodzeniami nerwów obwodowych i innymi zaburzeniami nerwowo-mięśniowymi, docenianym zarówno przez pokolenia studentów, jak i doświadczonych lekarzy.

Publikacja obejmuje mononeuropatie, uszkodzenia nerwów obwodowych, techniki badania i anatomie obwodowego układu nerwowego, a wszystko to ilustruje doskonałymi schematami i wysokiej jakości zdjęciami.

W bieżącym wydaniu m.in.

- dodatkowe schematy kręgosłupa i korzeni nerwów rdzeniowych
- diagramy nerwów obwodowych z typowymi miejscami ucisku i uwięźnięcia
- schematy przedstawiające dermatomy i unerwienie obwodowe okolicy pachwinowej u mężczyzny i krocza u kobiety

BIULETYN INFORMACYJNY OPOLSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

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

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

ŁAMANIE i DRUK: Wydawnictwo i Drukarnia Świętego Krzyża w Opolu, ul. Katedralna 8A

NAKŁAD: 2800 egz. ISSN 1426-661X

