



OPOLSKA  
IZBA  
LEKARSKA

Rok Założenia 1990

Październik 2022

ISSN 1426-661X

# BIULETYN INFORMACYJNY

Nr 310

## OPOLSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

[www.izbalekarska.opole.pl](http://www.izbalekarska.opole.pl)



*zdj. Janusz Lewandowski*



# WRÓŻBITA

Pojechałam do Wiednia zobaczyć „Cranacha dzikiego”, bo taki tytuł nosi wystawa w Kunsthistorisches Muzeum. Znalazłam Cranacha wróżbitę.

Urodził się w 1472 roku w Kronach w Górnej Frankonii. Nie lubił strzelać z procy, bawić się w wojnę czy inne podchody, więc posłano go na lekcje rysunku, do (nomen omen) Hansa Malera. Niezły był z niego dziwak. Raz na rok spędzał hulaszczy wieczór w karczmie, resztę dni trwonił w fortecy górującej nad miasteczkiem. Odkąd miał ucznia, ciągnął go za sobą. Razem szkicowali wieże i wieżyczki, mury, tunele, baszty i brukowane ścieżki. Czasem zapuszczali się do lochów. Światło wciskało się tam wąską strużką, zmiękczało zawilgocone ściany i malowało na nich żywe obrazy.

– Bądź jak światło. Poruszaj – radził chłopcu Maler. Po latach nauki kazał mu ruszyć na południe. I wyruszył.

Około 1500 roku, już jako Lucas Cranach (nazwisko pożyzył od rodzinnego miasteczka), dotarł do Wiednia. Nie mógł liczyć na meldunek: nie miał ani tutejszej żony, ani papierów mistrzowskich. Miał za to fart. Pewnego dnia niczym kot wygrzewał się na schodach oberży. Po przekątnej pan-na doglądała kwiaty w przydomowym ogrodzie. Z niezwykłą troskliwością pielęła piwonie, jakby je wszywała w serwetę. Cranach wygrzebał z torby brulion i kreska po kresce czernił włosy opadające na ramiona dziewczyny, sznurował gorsecik i mnożył fałdy spódnicy. Na koniec wcisnął jej do ręki lampkę oliwną. – Będzie jedną z głupich dziewic biblijnych – wymamrotał do siebie.

– Może być też Madonną – rzucił mimochodem zachrypiał głos. Cranach spojrzał w górę. Oparty o futrynę męczyczna zamknął książkę. – Niedługo się wżenie w rodzinę szambelana cesarskiego – westchnął. – Szukam portrecisty.

Lekarz, poeta, wicekanclerz Uniwersytetu Wiedeńskiego Johannes Cuspinian (1473–1529) z obrazu Lucasa Cranacha Starszego (1472–1553) to typ wiecznego chłopca. Tęgawy blondyn z cienkimi kręconymi włosami, świdrującymi oczami i perkatym zaczerwienionym nosem. Ma krótką szyję i jasną karnację ludzi północy (pierwsze promienie słońca spieką go na raka). Na lnianą koszulę narzucił ciemny płaszcz podbity futrem. Upierścieniowanymi, pulchnymi jak serdelki palcami znaczy stronę oprawionej w skórę książki. Za nim pejzaż:



Lucas Cranach Starszy „Portret Johanna i Anny Cuspinianów”

rdzawe dolomity z twierdzą na szczycie (podobną do fortecy w miasteczku Kronach). Osobna skała dla samotnej czworokątnej wieży, na lewo lodowiec (widać, że malarz znał gleczer tylko z opowiadań). Na niebie ptactwo. Sowa, która pomyliła noc z dniem, chwyciła w szpony krzykliwego bażanta. Sroka i czapla fruwały po cichu. Pod nimi łąka. Spory ruch jak na alpejską dolinę: siedem kobiet, z tego trzy całkiem gołe. Krytycy sztuki mówią o nich „muzy”. Jest więc bogini pływania żabką, bogini prania bielizny, bogini wcierania wonnych olejków, bogini nicnierobienia i spacerów po lesie.

Na bliźniaczym obrazie Anna Putsch garbi się z lekka. Na głowie ma guz, który z bliska okazuje się czepcem. Nie do twarzy jej w tym hełmie. Za to suknia! Z ciemnoróżowego, ręcznie malowanego jedwabiu. Gorset i rękawy wykończono czarnym aksamitem. Stanik haftowany jak turecki kilim. Do tego złoto. Złoto siedmiu pierścionków (ile boginek, tyle ozdób), złoto paska, sprzączki, naszyjnika, błyszczą się nawet brwi i rzęsy. Tylko goździk pochwyciony w dwa palce lewej ręki pachnie skromnością.

Za plecami Anny przedłużenie landszaftu męża. Pasma szczytów wrzyna się w chmury. Gdzieś tam można dostrzec dzwonnice kościelną trawioną przez pożar. Zamiast nagich kobiet (albo muz, jak chcą krytycy) psy, skundlone pudle baraszkujące w trawie. Na gałęzi drzewa siedzi szkarłatna papuga. Wyłącznie jest. Trwa. Jest jakiś związek między Anną i ptakiem, którego Niemcy nazywają arą piekielnie czerwoną.

Agnieszka KANIA





## OD REDAKCJI



Powoli zaczynamy wchodzić w mroźne miesiące (choć już wrzesień dał nam poznać, co to permanentne deszcze i zimnica). Przed nami czas pełen niepewności. Z jednej strony, wobec ciągle sprzecznych informacji dotyczących zapasów węgla i gazu, strach przed mroźną i śnieżną zimą. Z drugiej zaś strony rosnąca stale liczba zachorowań na kolejne wersje COVID-19, co przyznał ostatnio nawet sam rząd. Miejmy jednak nadzieję, że (przynajmniej co do pogody) sprawdzą się prognozy Amerykanów mówiące o stosunkowo cieplej zimie. Jak będzie w „w temacie zażyć” – zobaczymy.

Kolejny Biuletyn zawiera najważniejsze tematy, które ciągle jeszcze zaprzatają uwagę środowisk związanych z opieką medyczną. Nadal wiele jest niejasności i kontrowersji wokół nich. Ciągłe również decydenci nie chcą przychylić ucha do rad i odpowiedzi płynących z Samorządu Lekarskiego i ekspertów medycznych. Ten chocholi taniec trwa już tak długo, że zaczynam wątpić, czy jeszcze kiedykolwiek uda się go przerwać zawołaniem rodem z sienkiewiczowskiego „Pana Wołodyjowskiego” – „LARUM GRAJĄ!”

Smutno! Tym nie mniej zachęcam do lektury najnowszego Biuletynu. „Do przeczytania” za miesiąc.

*Jerzy B. LACH*

## SZPALTA PREZESA



Powoli zaczynamy wchodzić w mroźne miesiące (choć już wrzesień dał nam poznać, co to permanentne deszcze i zimnica). Przed nami czas pełen niepewności. Z jednej strony, wobec ciągle sprzecznych informacji dotyczących zapasów węgla i gazu, strach przed mroźną i śnieżną zimą. Z drugiej zaś strony rosnąca stale liczba zachorowań na kolejne wersje COVID-19, co przyznał ostatnio nawet sam rząd. Miejmy jednak nadzieję, że (przynajmniej co do pogody) sprawdzą się prognozy Amerykanów mówiące o stosunkowo cieplej zimie. Jak będzie w „w temacie zażyć” – zobaczymy.

Kolejny Biuletyn zawiera najważniejsze tematy, które ciągle jeszcze zaprzatają uwagę środowisk związanych z opieką medyczną. Nadal wiele jest niejasności i kontrowersji wokół nich. Ciągłe również decydenci nie chcą przychylić ucha do rad i odpowiedzi płynących z Samorządu Lekarskiego i ekspertów medycznych. Ten chocholi taniec trwa już tak długo, że zaczynam wątpić, czy jeszcze kiedykolwiek uda się go przerwać zawołaniem rodem z sienkiewiczowskiego „Pana Wołodyjowskiego” – „LARUM GRAJĄ!”

Smutno! Tym nie mniej zachęcam do lektury najnowszego Biuletynu. „Do przeczytania” za miesiąc.

*Jolanta SMERKOWSKA-MORZYCKA*



## POSIEDZENIE RADY OKRĘGOWEJ

W dn. 10.08.2022 r. odbyło się kolejne posiedzenie Okręgowej Rady Lekarskiej, podczas którego obradowała ona nad następującymi problemami:

### **Przyznanie praw wykonywania zawodu**

Wniosek o wydanie warunkowego PWZ na określony zakres czynności zawodowych złożyła lek. Vladinova Olha (uchwała została podjęta przy 1 głosie wstrzymującym).

Wniosek o wydanie warunkowego PWZ złożyli:

- lek. Shanovska Valentyna,
- lek. Turovska Vanda,
- lek. Syzova Alina,
- lek. Zarembo Viktoria,
- lek. Soloviova Tetiana.

Uchwały podjęto jednogłośnie.

Wniosek o wydanie warunkowego PWZ pod nadzorem złożyli:

- lek. Ravliv Tetiana,
- lek. Tsiupka Iryna,
- lek. Krupko Mariana.

Uchwały podjęto jednogłośnie.

Wniosek o wydanie warunkowego PWZ na określony zakres czynności złożyła lek. Assanovich Marina (uchwała została podjęta przy 9 głosach za, 1 przeciw i 3 wstrzymujących).

Wnioski o warunkowe PWZ złożyli:

- lek. Paliy Dzmitry (uchwała podjęta przy 9 głosach za, 1 przeciw i 3 wstrzymujących).
- lek. Baravy Pavel (uchwała podjęta przy 12 głosach za i 1 wstrzymującym),
- lek. Shkliarenka Dzmitry (uchwała podjęta przy 9 głosach za i 4 wstrzymujących),
- lek. Aliakseyeva Nataliya (uchwała podjęta przy 12 głosach za i 1 przeciw).

Wniosek o warunkowe PWZ złożyła obywatelka Białorusi lek. Ihnatsenia Ina. Osoba ta posiada decyzję administracyjną Ministra Zdrowia na pracę w podmiocie do udzielania świadczeń zdrowotnych pacjentom chorym na COVID-19, a w związku z decyzją MZ z dnia 01.04.2022 r. takich podmiotów już nie ma, co skutkuje umorzeniem wniosku - uchwałę podjęto jednogłośnie.

### **Rejestracja podmiotów prowadzących szkolenie podyplomowe lekarzy**

Jednogłośnie przyznano 9 pkt. edukacyjnych za kurs prowadzony przez MedicaRescue Łukasz Szymczyszyn „Medyczne czynności ratunkowe w gabinecie stomatologicznym”. Szkolenia odbędą się w Kaliszu, Jarosławiu i w dwóch miejscach w Szczecinie.

### **Zmiany w rejestrze indywidualnych praktyk lekarskich**

Wnioski o wykreślenie praktyki lekarskiej z powodu zaprzestania działalności złożyło troje lekarzy dentystów - uchwały podjęto jednogłośnie.

### **Przyznanie świadczeń z Funduszu Samopomocy**

Podjęto decyzję o przekazaniu na ręce żony zmarłego lekarza gratyfikacji finansowej z tytułu ukończenia przez niego w tym roku 90 r.ż. (uchwałę podjęto jednogłośnie).

Lekarz z Ukrainy (członek naszej Izby) złożył wniosek o dofinansowanie kosztów transportu swej matki z Ukrainy do Polski celem dalszego leczenia, który był rozpatrywany dwukrotnie. W pierwszym głosowaniu za przyznaniem dofinansowania było 5 członków, wstrzymujących się - 4, przeciw - 2. Jednak po dodatkowych wyjaśnieniach przegłosowano jednogłośnie wniosek o reasumpcję głosowania i w drugim głosowaniu po 4 za i 7 głosów przeciw, wniosek został odrzucony.

### **Zmiany w wysokości składki członkowskiej**

Wniosek o zwolnienie ze składek w związku z nieosiąganiem przychodów z tytułu wykonywanego zawodu złożyła jedna osoba - uchwałę podjęto jednogłośnie.

### **Wyznaczenie przedstawicieli OIL do komisji konkursowych**

Brzeskie Centrum Medyczne zamierza ogłosić konkurs na stanowiska Pielęgniarek Oddziałowych: Oddziału Chirurgii Ogólnej, Oddziału Medycyny Paliatywnej i Oddziału Rehabilitacji Neurologicznej. Na przedstawiciela Izby wyznaczono jednogłośnie dr Barbarę Suzanowicz.

### **Sprawozdanie członków ORL z działalności pomiędzy posiedzeniami**

Prezes Jolanta Smerkowska-Mokrzycka w dniu 24 czerwca 2022 r. uczestniczyła w posiedzeniu Rady Społecznej OOW NFZ, na którym omawiano prognozy przychodów i kosztów na lata 2023-2025. Pozytywnie zaopiniowano plan finansowy OOW NFZ na rok 2023 (będzie więcej pieniędzy na świadczenia) oraz zaplanowano, by na kolejnym posiedzeniu Rady skupić się nad problemem świadczeń stomatologicznych, gdyż odpływ świadczeniodawców w ostatnim okresie wynosi około 20%.

### **Sprawy różne i wolne wnioski**

Podjęta została uchwała o wyznaczeniu osób uprawnionych do podpisywania dokumentów w zakresie praw i obowiązków majątkowych Opolskiej Izby Lekarskiej IX kadencji. Będą to: Prezes ORL lek. dent. Jolanta Smerkowska-Mokrzycka, Wiceprezesi: lek. dent. Barbara Hamryszak i lek. Stanisław Kowarzyk oraz Skarbnik ORL dr n. med. Zbigniewa Kowalika.

Omówiono propozycję NIL dotyczącą możliwości udzielenia okręgowym izbom lekarskim nisko oprocentowanej pożyczki finansowej. Opolska Izba Lekarska jest zainteresowana taką pożyczką, w związku z czym Prezes

Z-ca Sekretarza ORL  
Lek. Iwona GAJDA

Izby zwróci się pisemnie do NIL z wnioskiem o udzielenie takiej pożyczki.

Wobec wyczerpania programu, na tym posiedzenie zakończono.

Prezes ORL  
Lek. dent. Jolanta SMERKOWSKA-MOKRZYCKA

## POSIEDZENIA KOMISJI STOMATOLOGICZNEJ



W dniu 15 września br. odbyło się kolejne posiedzenie Komisji Stomatologicznej. Spotkanie rozpoczęła Przewodnicząca Barbara Hamryszak od przedstawienia osób wybranych do organów Naczelnej Komisji Stomatologicznej:

- Przewodniczący: Paweł Barucha,
- wiceprzewodniczący: Halina Borgiel-Marek,
- sekretarz: Marek Rogowski,
- zastępca sekretarza: Dariusz Samborski,
- członek prezydium: Dariusz Kutella.

Utworzono także trzy zespoły robocze:

- ds. kształcenia lekarzy dentystów, na którego czele stanęła Halina Borgiel-Marek,
- ds. systemu świadczeń stomatologicznych finansowanych ze środków publicznych, na którego czele stanęła Agnieszka Surdyka,
- ds. wykonywania działalności leczniczej, na czele którego stanął Rafał Kiełkowski.

Powstała Rada do spraw Stomatologii przy Ministrze Zdrowia. Utworzenie Rady, to postulat Samorządu Lekarskiego spełniony przez Ministerstwo Zdrowia po rozmowach z przedstawicielami NRL, związany z koniecznością wzmocnienia głosu lekarzy dentystów podczas planowania i organizowania systemu opieki stomatologicznej w Polsce. Do zadań Rady należy proponowanie rozwiązań i zgłaszanie postulatów w zakresie:

- kształcenia przeddyplomowego na kierunku lekarsko-dentystycznym;
- kształcenia przeddyplomowego w innych zawodach mających zastosowanie w stomatologii;
- kształcenia podyplomowego lekarzy dentystów ze szczególnym uwzględnieniem szkolenia specjalizacyjnego i umiejętności przeznaczonych dla lekarzy dentystów;
- rozwoju zawodowego, w tym nabywania nowych kwalifikacji przez przedstawicieli zawodów, o których mowa w pkt 2;
- zasad wykonywania zawodu lekarza dentysty oraz prowadzenia działalności leczniczej, w tym w szczególności praktyki zawodowej;

Sekretarz  
Lek. dent. Agnieszka CHOMIK-RĄCZY

- zakresu i wyceny świadczeń finansowanych ze środków publicznych.

W skład Rady wchodzi:

- Konsultant Krajowy w dziedzinie chirurgii stomatologicznej,
- Konsultant Krajowy w dziedzinie chirurgii szczękowo-twarzowej,
- Konsultant Krajowy w dziedzinie ortodoncji,
- Konsultant Krajowy w dziedzinie periodontologii,
- Konsultant Krajowy w dziedzinie protetyki,
- Konsultant Krajowy w dziedzinie stomatologii dziecięcej,
- Konsultant Krajowy w dziedzinie stomatologii zachowawczej z endodoncją,
- przedstawiciel Naczelnej Rady Lekarskiej,
- przedstawiciel Konferencji Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych,
- przedstawiciel Narodowego Funduszu Zdrowia,
- przedstawiciel Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji,
- przedstawiciel Departamentu Analiz i Strategii w Ministerstwie Zdrowia,
- przedstawiciel Departamentu Rozwoju Kadr Medycznych w Ministerstwie Zdrowia,
- przedstawiciel Departamentu Lecznictwa w Ministerstwie Zdrowia.

Przewodniczącym Rady przez pierwsze pół roku został Paweł Barucha.

Komisja przypomina, iż od dnia 9 października br. lekarze stomatolodzy nie będą mogli stosować wypełnień amalgamatowych. Zastąpić je mają materiałami kompozytowymi.

W naszej izbie pojawiło się 7 nowych lekarzy dentystów: Katarzyna Babuška, Nina Machowska, Maciej Cisa-kowski, Julia Geisler, Jan Miszkiewicz, Michał Płaszewski, Agnieszka Szlachetko. Komisja bardzo serdecznie zachęca do zapisów na kursy i szkolenia organizowane przez naszą izbę, jak i organizowane przez NIL.

Przewodnicząca  
Lek. dent. Barbara HAMRYSZAK



# TAJEMNICE BITWY POD WARNA (1444)



W roku 1443 król Polski i Węgier, nazwany później Warneńczykiem (najstarszy syn Kazimierza Jagiellończyka I Elżbiety Rakuszanek), pokonał tureckiego sułtana Murada II zdobywając Sofię. Nazwano go wówczas ostatnim krzyżowcem Europy.

Sułtan Murad II poprosił wówczas Władysława o dziesięcioletni rozejm. Rozejm ten zawarto w miejscowości Szeged na Węgrzech i dlatego nazwano go szegedyńskim. Władysław przysiągł na publicznie wystawiony krucyfik, że wypełni wszystkie warunki zawartego rozejmu.

Tymczasem ówczesny papież Eugeniusz IV naciskał na Władysława, aby podjął się nowej wyprawy przeciwko Turkom twierdząc, że przysięga złożona innowiercom jest nieważna. Równocześnie złożył obietnicę pomocy militarnej wielu władców krajów europejskich. Decyzję papieża

Władysławowi przekazał kardynał Juliusz Cesarini.

Tymczasem pod Warnę nie dotarła żadna pomoc militarna nawet Habsburgów, którzy byli największymi orędownikami wojny z Turkami. Nic też dziwnego, że bitwa pod Warną zakończyła się sromotną klę-

ską. W Europie za przyczynę tej klęski przyjęto krzywoprzysięstwo Władysława Warneńczyka, który zerwał rozejm szegedyński. Część winy składano na karb kardynała Juliusza Cesariniego.

Tymczasem nasz wielki kronikarz Jan Długosz w swoich „Rocznikach” przyczynę klęski pod Warną przypisuje homoseksualizmowi Władysława Warneńczyka. Wg niego noc przed bitwą król spędził w łóżku ze swoim paziem, zaś w czasie samej bitwy oddalił się wraz ze swoim ulubionym rycerzem w ustronne miejsce.

Nie wiadomo, czy Władysław Warneńczyk zginął podczas bitwy. Nie było świadków jego śmierci, nie znaleziono także na polu bitwy jego ciała, a było to bardzo łatwe do rozpoznania, ponieważ król miał po sześć palców u stóp.

W Polsce bardzo długo czekano na powrót Władysława Warneńczyka do kraju, ponieważ jego sobowtóry pokazywały się w licznych krajach europejskich m.in.: w Portugalii, Hiszpanii, Albanii, Wenecji, a nawet w Konstantynopolu. Królem, dopiero po 3 latach, wybrano Kazimierza Jagiellończyka młodszego brata Władysława Warneńczyka.

Na polu bitwy pod Warną stoi mauzoleum poświęcone polskiemu i węgierskiemu królowi licznie, odwiedzane przez Polaków. Zaś w Katedrze Wawelskiej oglądać można jeden z najpiękniejszych sarkofagów – Władysława Warneńczyka, znajdujący się naprzeciwko sarkofagu jego ojca Władysława Jagiełły.

Okrutna śmierć spotkała kardynała Juliana Cesariniego, który zbiegł z pola bitwy pod Warną. Został on zamordowany podczas przeprawy przez Dunaj, przez przevoznika wynajętej łódki.

*Dr hab. n. med. Janusz KUBICKI*



Władysław Warneńczyk



Władysław Warneńczyk pod Warną



Mauzoleum Władysława Warneńczyka w Warnie

## KOmb!n0w@nie

**Dostałem nowy adres e-mail. Zanurzony w domenie @nil.org.pl. Doskonały. Moje teksty będą teraz zaszyfrowane na amen. Dla felietonisty to duże ułatwienie. Nie musi kodować znaczeń. Pisać wprost, z jednoczesnym zapewnieniem, że czytelnik dostanie wszystko wspaniale lub odwrotnie, daje dużo nowych możliwości. Intelktualna gra literackich podtekstów. Cudownie!**

Test pierwszy to opis współczesności na informacji mediów publicznych.

System ochrony zdrowia w Polsce zmierza we właściwym kierunku. Władza się ogarnęła i jest świetnie. Wprowadzane reformy mają sens, a ich rezultaty są odczuwalne dla każdego. Od noworodków, aż po umierających w błogostanie spełnień starców dwustuletnich. Biały personel uśmiecha się niczym przodownicy pracy w pierwszomajowym pochodzie. Kolejki, limity, niskie płace, frustracja z powodu wypalenia zawodowego, zła organizacja pracy, masowe zwalnianie się z oddziałów, zaburzona ścieżka specjalizacji i szara strefa prywatnych praktyk, stają się na naszych oczach hasłami przeszłości. Sielanka. Koordynacja, budżet powierzony i nie sen przelotny. Aż strach, jak to wszystko pięknie się układa.

Test drugi, nieco trudniejszy, to odcyfrowanie znaczeń z przeszłości na podstawie „Rozmyślań” Marka Aureliusza, ponownie wydanych w języku polskim, po 110 latach od przetłumaczenia.

„Jak się mówi: Asklepios zalecił temu jazdę konną albo zimne kąpiele, albo chodzenie boso, tak i powiedzieć można: natura wszechrzeczy zaleciła temu chorobę albo kaleczność, albo stratę, albo coś innego w tym rodzaju. Tam bowiem: przepisał, zalecił oznacza tyle, co: zalecił mu to jako stosowne dla zdrowia. A tu to, co się każdemu wydarza, jakby mu zostało zalecone jako stosowne dla losu przeznaczonego. Tak bowiem mówimy i my, że coś się mam składa, jak budowniczowie mówią o kamieniach kwadratowych w murach lub piramidach, że się składają, gdy się łączą z sobą w pewnym powiązaniu. W ogóle bowiem ist-

nieje jedna harmonia. A jak z wszystkich ciał wszechświat wypełnia się w ciał tak pełne, tak z wszystkich przyczyn wypełnia się całość, przyczyna najwyższa: los. Wiedzą o tym zaś co mówię, i ludzie zupełnie prości. Mówią bowiem: to mu się zdarzyło. A więc to było darowane albo to mu było zalecone. Przyjmijmy więc to tak, jak zalecenia Asklepiosa. I w nich bowiem jest wiele goryczy, a przecież przyjmujemy je chętnie dla zdrowia. Zachowuj się wobec tego, co jest wypełnieniem i wykończeniem przepisów wszechnatury, jak wobec swego zdrowia. I chętnie przyjmuj każde wydarzenie, chociażby się zdawało zbyt przykre, bo ono prowadzi tam, prowadzi do zdrowia wszechświata, do powodzenia i pomyślności Zeusa. Nie byłby on bowiem tego nikomu nadarzył, gdyby to nie było zarazem darem dla całości. Albowiem i jakkolwiek natura nie zdarza nic niestosownego dla przedmiotu, którym rządzi. Dla dwu więc powodów należy z miłością przyjmować to, co się wydarza: po pierwsze dlatego, że tobie się to stało i tobie zostało zlecone, i do ciebie w jakimś pozostało stosunku, sprzężone z tobą od wieków, z przyczyn przedwiecznych, po wtóre zaś dlatego, że dla zarządcy świata jest i to, co jednostkom się wydarza, czynnikiem powodzenia i doskonałości wszechświata, a – na Zeusa – nawet samego istnienia. Kalczy się bowiem całość, gdybyś nawet w drobności przerwał związek i spójnię tak części fizycznych, jak i przyczyn. Przerywasz zaś – o ile to w twojej mocy – jeżeli się czujesz z czegoś niezadowolonym, jakoby niweczysz”.

Informatyk zakodował mój adres kryptonimem: KOmb!n0w@nie. Nie chcąc, by podstępna myśl, sprowadziła mnie na drogę niweczenia szczęśliwego losu, natychmiast zmieniłem hasło. Rozleniwiony lekką pracą bez biurokracji i spełniony zawodowo, stanę się wkrótce częścią wszechświata, w którym Asklepios przepisał stosowne reformy komunikowania się. Stosowne dla zdrowia.

Jarosław WANECKI

kierownik Ośrodka Kultury i Dziedzictwa Historycznego NIL

## CO PISZĄ INNI

## CZY JEST SIĘ CZEGO OBAWIAĆ?

Obserwowane letnie wzrosty zakażeń SARS-CoV-2, związane z subwariantami BA.4 i BA.5 wariantu omicron, nazywane falą letnią, to kolejny dowód na to, że pandemia koronawirusa SARS-CoV-2 trwa nadal. Trwa

pomimo tego, że z końcem marca 2022 r. wiele osób ją odwołało. Przestaliśmy pandemię w Polsce w odpowiedni sposób nadzorować – a w zasadzie od końca marca bagatelizujemy ją, nie wykonując odpowiedniej liczby te-





stów, znosząc izolację czy czynną promocję szczepień p/COVID-19.

**Wciąż nie wiemy na jakim jej etapie rzeczywiście jesteśmy.** Raportowane codzienne liczby zakażeń są z całą pewnością niedoszacowane, ich rzeczywista liczba jest wielokrotnie wyższa. Spowodowane jest to z jednej strony tym, że wielu chorych, mając objawy wskazujące na zakażenie SARS-CoV-2, nie wykonuje testów lub robi je na własną rękę za pomocą szeroko dostępnych szybkich testów antygenowych, nie raportuje zwrotnie otrzymanych pozytywnych wyników ani nie zgłasza się do lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej. Z drugiej zaś strony większość osób zakażonych przechodzi obecnie zakażenie w sposób bezobjawowy lub skąpoobjawowy, najczęściej nie zdając sobie sprawy, że mogą być zakażeni. Związane jest to z dominującymi obecnie subwariantami wariantu omicron, które są bardziej zakaźne, ale mniej agresywne, z mniejszym powinowactwem do tkanki płucnej, stąd obserwujemy mniej ciężkich śródmiąższowych zapaleń płuc, mniej osób wymaga wysokoprzepływowej tlenoterapii czy respiratoroterapii, mniej osób jest hospitalizowanych. Można zatem powiedzieć, że jest to już zupełnie „inny” wirus, znacznie bardziej łagodny niż pierwotny SARS-CoV-2 i jego warianty alfa, beta, gama czy delta, wywołujące ciężkie przebiegi COVID-19 (fale od I do IV), z burzą cytokinową, niewydolnością oddechową czy dużą liczbą powikłań zakrzepowo-zatorowych. W licznych przypadkach bardziej przypomina zwykłe przeziębienie niż ciężką, potencjalnie śmiertelną chorobę, stąd wielu badaczy sugeruje, że obecnie powinniśmy używać nazwy COVID-22, a nie COVID-19 dla podkreślenia odmiennego przebiegu choroby.

Tak się dzieje również dzięki odporności populacyjnej, którą nabyliśmy, szczepiąc się przeciw COVID-19 i przechodząc uprzednio, podczas minionych fal, zakażenie SARS-CoV-2.

**Obecnie nie są raportowane nowe, potencjalnie groźne czy niepokojące warianty koronawirusa.** Stąd zarówno fala letnia, jak i najpewniej fala VI, która pojawi się jesienią, nie powinny zagrozić wydolności polskiej ochrony zdrowia ani spowodować ograniczeń dostępności leczenia chorób innych niż COVID-19. Większość chorych będzie chorowała łagodnie lub bezobjawowo, a zakażenia najczęściej będą stwierdzane przypadkowo.

Niestety osoby starsze, z wielochorobowością, z niedoborami odporności, leczeni immunosupresyjnie, z chorobami nowotworowymi czy dializowani mogą chorować ciężko i wymagać hospitalizacji, tlenoterapii i to one mogą mieć zwiększone ryzyko zgonu, nawet w zetknięciu z tak łagodnymi subwariantami koronawirusa. Często zakażenie

SARS-CoV-2 wywołuje u nich zaostrzenie chorób przewlekłych, które są bezpośrednią przyczyną hospitalizacji. To właśnie na nich powinno się obecnie zwracać szczególną uwagę i położyć nacisk na odpowiednią edukację, profilaktykę i szybki dostęp do lekarza w razie potrzeby.

Dlatego te osoby przede wszystkim powinny przyjąć kolejną dawkę przypominającą szczepionki przeciw COVID-19 i już teraz zaopatrzyć się w maseczki ochronne typu FFP2/ FFP3 oraz unikać skupisk ludzkich, szczególnie w zamkniętych pomieszczeniach: kościołach, sklepach, galeriach handlowych czy komunikacji publicznej. A w przypadku pojawienia się pierwszych objawów sugerujących możliwość zakażenia SARS-CoV-2 powinny natychmiast udać się do lekarza POZ i mieć wykonany test, a w przypadku wyniku dodatniego, natychmiast włączone leki zmniejszające ryzyko ciężkiego przebiegu COVID-19.

Te osoby powinny też pamiętać o corocznym szczepieniu przeciw grypie i o szczepieniu przeciw pneumokokom, jeśli jeszcze nie zostały zaszczepione.

**Wciąż aktualnym problemem medycznym, zarówno u dzieci, jaki dorosłych, jest zespół pocowidowy,** czyli tzw. long covid, który może pojawić się niezależnie od wariantu koronawirusa, którym byliśmy zakażeni czy od ciężkości choroby. Można go podejrzewać w przypadku objawów lub zaburzeń funkcji narządów utrzymujących się  $\geq 4$  tygodni po ostrej fazie COVID-19. Natomiast według definicji WHO zespół ten można rozpoznać u chorych z prawdopodobnym lub potwierdzonym zakażeniem SARS-CoV-2. Jego objawy występują zwykle po upływie 3 miesięcy od wystąpienia COVID-19, trwają  $\geq 2$  miesięcy i nie są związane z inną diagnozą.

Spektrum objawów czy zajętych narządów jest bardzo duże, od dermato-trychologicznych (zmiany skórne, wypadanie włosów), poprzez neuro-psychiatryczne (bezsennosc, depresja, zaburzenia pamięci, koncentracji, przewlekłe zmęczenie, bóle głowy, zaburzenia węchu i smaku), sercowo-naczyniowe (incydenty zakrzepowo-zatorowe, zapalenie mięśnia sercowego, zaburzenia rytmu serca) czy pulmonologiczne (kaszel, duszność, trwałe zmiany zapalne i/lub zwłóknienie płuc).

Paweł RAJEWSKI

*O autorze: dr med. Paweł Rajewski, prof. WSN oZ, MBA, specjalista chorób wewnętrznych, specjalista chorób zakaźnych, hepatolog, specjalista transplantologii klinicznej, konsultant wojewódzki w dziedzinie chorób zakaźnych dla województwa kujawsko-pomorskiego, kierownik Oddziału Internistyczno-Zakaźnego Wojewódzkiego Szpitala Obserwacyjno-Zakaźnego w Bydgoszczy, rektor Wyższej Szkoły Nauk o Zdrowiu. (przedruk z „Primum” nr 9/22)*

## LEKARZ BEZ WINY

System no fault [ang. bez winy] od lat sprawdza się w wielu krajach Europy i Stanach Zjednoczonych. W Polsce natrafia jednak na silny opór rządu. Na czym polega

system? Jakie są szanse na jego wprowadzenie? Co mogą zrobić lekarze, żeby doczekać się zmian?



## O winie, bez szukania winnych

System no fault to właściwie no fault compensation, czyli system umożliwiający uzyskanie odszkodowania bez orzekania o winie. Najprościej mówiąc, chodzi w nim o to, by poszkodowany pacjent jak najszybciej otrzymał odszkodowanie (na przykład z funduszu kompensacyjnego). Jednocześnie wyjaśnianie przypadku ma się skupić na szukaniu problemów systemowych, które można poprawić, a nie na doszukiwaniu się winy lekarza.

„W Polsce próbuje się pociągać lekarzy do odpowiedzialności karnej z artykułów 155, 156 i 160 Kodeksu karnego. Jednak z danych Prokuratury Krajowej wynika, że wśród wszystkich spraw o tzw. błędy medyczne zakończonych wydaniem decyzji merytorycznej, tylko w ok. 7% przypadków skierowano do sądu akt oskarżenia lub wnioski o dobrowolne poddanie się karze” – pisze Piotr Pawliszak, pełniący funkcję prezesa ORL w Warszawie, przewodniczący Zespołu ds. Reformy Systemu Zgłaszania i Rejestrowania Zdarzeń Niepożądanych i Szkód w Ochronie Zdrowia NRL. – „Oznacza to, że w ponad 90% takich spraw nie dopatrzono się cech przestępstwa. Stąd logiczne jest, że karanie za błędy medyczne następuje jedynie w przypadkach moralnie uzasadnionych, czyli głównie rażącego niedbalstwa (tzn. gdy przewinienia są tak ewidentne, że ich ocena nie wymaga wiedzy szczególnej). W pozostałych – nie służy ani lekarzom, ani pacjentom, ani państwu” [źródło: [www.nil.org.pl](http://www.nil.org.pl)].

Tymczasem minister Adam Niedzielski zapowiedział, że nie będzie w Polsce systemu „no fault, jaki jest wyobrażeniem wielu lekarzy”.

### System skandynawski

Pierwszym państwem, które wprowadziło system odpowiedzialności bez winy, była Nowa Zelandia (1974). Szwecja zrobiła to rok później w ramach umowy pomiędzy administracją regionalną a konsorcjum towarzystw ubezpieczeniowych (1 stycznia 1997 system usankcjonowano w formie ustawy). Usprawnił on wypłatę odszkodowań poszkodowanym chorym za szkody poniesione w trakcie leczenia. Dlatego za Szwecją poszły inne kraje skandynawskie: Finlandia (1978), Norwegia (1988), Dania (1992) i Islandia (2000) [źródło: „Rynek Zdrowia”]. W Polsce możemy raczej mówić o systemie fault-fault.

### „Ratowanie życia to nie przestępstwo”

Pod tym hasłem 3 sierpnia odbyła się w Warszawie konferencja ekspercka zorganizowana przez Naczelną Izbę Lekarską. W konferencji wzięli udział: lek. Łukasz Jankowski, prezes Naczelnej Rady Lekarskiej, adw. Przemysław Rosati, prezes Naczelnej Rady Adwokackiej, Ewelina Nazarko-Ludwiczak z Fundacji MY PACJENCI, Stanisław Iwańczak, pełnomocnik dyrektora ds. bezpieczeństwa pacjentów w Katowickim Centrum Onkologii i dr Robert Mołdach, członek Rady Ekspertów przy Rzeczniku Praw Pacjenta, współzałożyciel Instytutu Zdrowia i Demokracji [relację z konferencji można obejrzeć między innymi na Facebooku OIL w Łodzi – post z 3 sierpnia].

– Doszliśmy do wniosku, że musimy wziąć sprawę we własne ręce – mówi Łukasz Jankowski, prezes NRL. – Chcemy postawić diagnozę obecnego systemu i wskazać, gdzie znajdują się jego niedostatki. W drugiej kolejności przedstawimy pomysły, jak ten system poprawić.

NRL pracuje nad propozycją ustawy, która będzie oparta na trzech filarach:

1. Rejestr zdarzeń niepożądanych – wprowadzenie rejestru umożliwiającego analizy skutkujące eliminowaniem błędów medycznych.

2. Kompensacja – wdrożenie funduszu kompensacyjnego, gwarantującego pacjentom lub ich rodzinom szybką wypłatę świadczenia, niezależnie od udowodnienia winy.

3. Odpowiedzialność karna lekarzy – wyłączenie lekarzy z odpowiedzialności karnej (z zachowaniem tej odpowiedzialności wyłącznie w przypadku zgonu pacjenta lub rażącego błędu, którego ocena nie wymaga wiadomości specjalnych), przy niezmienniej odpowiedzialności cywilnej i zawodowej. –

– Kompensacja jest niezwykle ważna – podkreśla prezes Ł. Jankowski. – Dziś pacjent zostaje z tym problemem zupełnie sam. To powoduje także pogorszenie relacji pacjent–lekarz, bo w sposób naturalny, pacjent pozostawiony bez pomocy, zwróci się przeciw swojemu lekarzowi.

Chcę też podkreślić, że nie jesteśmy za tym, by całkowicie znieść odpowiedzialność karną lekarzy – dodaje Jankowski. – To mit, który jest powtarzany przez urzędników państwowych i media, a ma za zadanie wypaczyć rozumienie systemu no fault w dyskusji publicznej.

### Trzeba o tym mówić głośno

Podczas sierpniowego posiedzenia Prezydium ORL w Łodzi również dyskutowało o systemie bez winy.

– W no fault najistotniejsze wydaje się wypracowanie procedur, które uniemożliwią popełnianie podobnych błędów w przyszłości – podkreślił dr Paweł Czekalski, prezes ORL w Łodzi.

– W naszym społeczeństwie pokutuje przekonanie, że jeśli doszło do błędu, trzeba znaleźć winnego i przykładnie go ukarać – mówi dr Grzegorz Mazur, członek Prezydium ORL w Łodzi. – Zmiana tego myślenia może zająć lata, a być może nawet dziesięciolecia.

– Panuje przekonanie, że trzeba znaleźć winnego, bo zawsze zawinił człowiek – dodaje dr Łukasz Jasek, wiceprezes ORL w Łodzi. – Zmiana tego myślenia zajmie wiele czasu, ale naszą rolą jest uświadamianie w tym zakresie.

Warto podkreślić, że system no fault jest niezbędny dla środowiska także z innego powodu. – Młodzi ludzie trafiający do zawodu nie chcą wybierać specjalizacji zabiegowych, w których mogą być narażeni na pozwy sądowe – mówi dr Mateusz Kowalczyk, wiceprezes NRL i wiceprezes ORL w Łodzi. – Obserwujemy pogłębiający się kryzys osobowy między innymi w chirurgii. System no fault może być odpowiedzią na to co się dzieje w ochronie zdrowia i receptą na pogłębiające się braki kadrowe. Dlatego ten temat jest jednym z filarów nowej kadencji samorządu lekarskiego.



Jakie działania można podjąć, by system no fault przestał być tylko sloganem? – Naszą rolą jest przede wszystkim propagowanie rzetelnej wiedzy na ten temat – wyjaśnia dr Kowalczyk. – Przeciętny człowiek nie wie co kryje się za słowami no fault. Nie rozumie, że system ten działa przede wszystkim w interesie pacjenta, jest za to bombardowany informacjami o tym, że lekarze domagają się bezkarności. To nieprawda. – Zdaniem dr Kowalczyka rola NIL, a także okręgowych Izb Lekarskich ma polegać przede wszystkim na przekazywaniu rzetelnych informacji. – Przygotowujemy kampanię medialną na temat no fault, która ma dotrzeć do mediów, a za ich pośrednictwem do opinii publicznej.

NIL pracuje nad projektem ustawy no fault.. – Projekt ustawy jest odpowiedzią na to co usłyszeliśmy od Ministerstwa Zdrowia, które proponuje wprowadzenie systemu będącego wydmuszką i nie spełniającego najważniejszych kryteriów. Pomimo wielu spotkań, przedstawiania danych z Europy Zachodniej, gdzie system doskonale się sprawdza, ministerstwo nadal pozostaje głuche na logiczne argumenty. Stwierdziliśmy więc, że weźmiemy sprawy w swoje ręce i jako środowisko lekarskie przedstawimy projekt ustawy – mówi dr Kowalczyk. – Dokument jest już prawie gotowy, pracuje nad nim sztab ekspertów z różnych dziedzin, będziemy gotowi żeby go przedstawić, wczesną jesienią.

Justyna KOWALEWSKA  
(przedruk z „Panaceum” nr 9/22)

## KTO SIĘ BOI SYSTEMU NO FAULT?

W stacji telewizyjnej Discovery jest emitowany serial dokumentalny „Katastrofy w przestworzach”. Oglądam i podejrzewam, że wiele innych osób również. Ten dokument i to, co w nim zwraca moją uwagę, to fakt, że badający katastrofy w pierwszej kolejności poszukują jej przyczyn, a nie winnych.

W przypadku ustalenia przyczyny katastrofy wydaje się odpowiednie zalecenia wszystkim przewoźnikom i producentom samolotów na świecie w celu usunięcia usterek czy błędów technicznych lub „ludzkich”. Dotyczy to wszystkich statków powietrznych, bez względu na ich wielkość i zastosowanie. Wina jest sprawą drugorzędną. Taka jest istota dbania o bezpieczeństwo pasażerów samolotów.

Rodzi się pytanie, czy taki system jest możliwy w opiece zdrowotnej? Czy, zamiast szukać winnych i ekscytować się ich porażkami w licznych publikacjach, nie zastosować systemu, który temu zapobiegnie, a przez to ochroni pacjentów przed kolejnymi niepowodzeniami w leczeniu. Odpowiedź jest prosta: TAK.

System taki istnieje i sprawdza się w jednym kraju w Europie od blisko 50 lat. Szwecja, bo o niej tu mowa, wprowadziła system „no fault” w latach 70. Idea takiego systemu jest prosta. Należy odpowiedzieć na pytanie: czy pacjent doznał szkody, a nie „kto zawinił?”.

System no fault usprawnił wypłatę odszkodowań pacjentom, którzy ponieśli szkody w trakcie leczenia oraz znacznie poprawił ich bezpieczeństwo. Trzeba przyznać, że próbowaliśmy iść tą drogą, bo z grubsza podobna idea przyświecała, kiedy powoływano w 2012 r. Wojewódzkie Komisje ds. Orzekania o Zdarzeniach Medycznych. Z definicji są to organa, które umożliwiają dochodzenie roszczeń za zdarzenia medyczne w szpitalu. Komisje orzekają o wystąpieniu takiego zdarzenia. Umożliwia to uzyskanie odszkodowania lub zadośćuczynienia w czasie dużo krótszym niż w przypadku sprawy sądowej.

Aby ustalić, czy w szpitalu doszło do „zdarzenia medycznego” komisje prowadzą postępowania dowodowe

- czasochłonne i kosztowne. Nie wnikając w cały proces postępowania przed komisjami, uwagę zwraca fakt, że w ponad 200 sprawach komisje orzekły o zaistnieniu zdarzenia medycznego. Ugody pomiędzy wnioskodawcą a placówką medyczną lub ubezpieczycielem zawarto jedynie w ponad 30 sprawach.

Po co zatem wyważać otwarte drzwi (to zresztą nasza specjalność), skoro są sprawdzone systemy odszkodowawcze, sprawne i efektywne? Co w zamian?

Projekt systemu no fault powstał w naszym kraju dwa lata temu. Koszt tego systemu byłby niewielką częścią kosztów przeznaczanych na opiekę zdrowotną. Jednocześnie wprowadzenie go nie oznaczałoby braku odpowiedzialności w związku z wykonywanym zawodem. Postępowania w tych sprawach muszą być oddzielone od postępowań w sprawach odszkodowawczych.

Gdy dojdzie do niepowodzenia medycznego, nie orzeka się, z czyjej winy ono nastąpiło. Wystarczy udowodnić, że wystąpiło, a pacjent poniósł szkodę, za którą należy mu się rekompensata.

W takich warunkach wymierną korzyścią byłoby zmarginalizowanie tzw. medycyny defensywnej. W krajach, gdzie system no fault funkcjonuje, lekarze nie obawiają się zgłaszać niepowodzeń medycznych, mając na uwadze, że rejestr takich zdarzeń i ich analiza przynosi korzyści zarówno lekarzom, jak i pacjentom. Dyskusja prowadzona w Polsce na ten temat nosi niestety charakter polityczny.

Obecny system, opresyjny wobec lekarzy, skutkuje mniejszą liczbą chętnych do specjalizacji zabiegowych. Skutkuje rozwojem medycyny defensywnej. Politykom podoba się bat, jaki mają na lekarzy w postaci postępowań prokuratorskich w przypadku niepowodzeń diagnostyczno-terapeutycznych. Nie biorą pod uwagę tego, że celem lekarza jest niesienie pomocy i nikt nie podejmuje się leczenia z zamiarem wyrządzenia krzywdy pacjentowi. System no fault, o którym marzyliśmy wszyscy, jest kontrowersją i to trzeba otwarcie powiedzieć.



My, jako uczestnicy systemu ochrony zdrowia, jesteśmy do niego w stu procentach przekonani, ale na poziomie politycznym - nie wymieniając konkretnych resortów - jest trudny do wytłumaczenia - stwierdził 22 kwietnia minister zdrowia Adam Niedzielski, podczas konferen-

cji Bezpieczeństwo Pacjenta, zorganizowanej przez Uniwersyteckie Centrum Kliniczne w Gdańsku. Szkoda.

Stefan KOPOCZ

Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej  
Śląskiej Izby Lekarskiej w Katowicach  
(przedruk z „Pro Medico” nr 7-8/22)

## REWOLUCJA W POZ... CZYŻBY?

Minister zdrowia Adam Niedzielski i konsultant krajowa w dziedzinie medycyny rodzinnej prof. Agnieszka Mastalerz-Migas przedstawili podczas czerwcowej konferencji założenia reform w podstawowej opiece zdrowotnej. W spotkaniu wzięli również udział m.in. Agnieszka Jankowska-Zduńczyk, prezes Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce, oraz lek. Waldemar Gadziński, konsultant medycyny rodzinnej dla województwa kujawsko-pomorskiego. Zebranych gości poinformowano o wdrożeniu w ciągu 10 dni „rewolucyjnych” zmian polegających na zwiększeniu liczby badań zlecanych przez lekarzy POZ oraz stopniowym wprowadzaniu opieki koordynowanej.

### W największym skrócie

Od 1 lipca lekarze POZ uzyskali możliwość zlecenia badań dodatkowych (zostały one wypisane w tabelce nr 1), na które dotąd mogli kierować wyłącznie inni specjaliści. Od 1 października rozpocznie się stopniowe wprowadzanie opieki koordynowanej (OK) w zakresie: kardiologicznym, diabetologicznym, alergologicznym, pulmonologicznym, endokrynologicznym dla dorosłych pacjentów. Stawka kapitacyjna pozostanie nadal podstawowym system finansowania w POZ, ale pojawi się więcej płatności zadaniowych oraz premie za profilaktykę, m.in. w zakresie realizacji programu CHUK (profilaktyki chorób układu krążenia). Zostaną również wprowadzone rozliczenia wybranych porad pielęgniarskich oraz zmiana w zakresie stawki kapitacyjnej na 3,2 za opiekę nad chorymi przewlekłe.

**Tabela 1. Porównanie wyceny badań dodatkowych wg. NFZ z cenami wg. laboratorium**

	Wycena NFZ (zł)	Koszty dla POZ (zł)
ferrytyna	20	14-19
witamina B12	21	15-25
kwas foliowy	16	15-25
anty-CCP	57	40-49
CRP – szybki test ilościowy	14	7-10
przeciwciała anty-HCV	22	14-25
Antygen H. pylori w kale test kasetkowy	23	10-27
Antygen H. pylori w kale badanie laboratoryjne	61	20-47
Strep-test	12	10

Konferencja zrodziła wiele pytań, na które nie uzyskano odpowiedzi – m.in. o sposoby administrowania nowymi zadaniami, sprawozdawczość wykonanych świadczeń, sposoby przygotowania czy pozyskania kadry do nowych czynności czy rekompensacji kosztów. Z jednej strony uzyskanie zleceń nowych badań laboratoryjnych umożliwi podjęcie leczenia bez konieczności konsultacji specjalistycznych – pacjenci nie będą musieli czekać w kolejce do innych specjalistów po skierowanie na niektóre badania, np. diagnostykę różnicową niedokrwistości, zaburzeń tarczycy, wykluczenie zakażenia wzw typu C czy *Helicobacter pylori*. Dodatkowo lekarze POZ będą mogli wykonać szybkie testy diagnostyczne przy czyn infekcji, co pomoże w ordynowaniu racjonalnej antybiotykoterapii. Z drugiej strony poprzez polepszenie udzielania porad w leczeniu schorzeń wydłużą się wizyty przeznaczone na pacjenta, zwiększy się obciążenie lekarzy POZ, co może utrudnić realizację innych zadań POZ. W ramach OK odpowiedzialność za brak dostępności innych specjalistów zostanie przerzucona na lekarzy POZ, co wzmocni tylko funkcjonujące duże, wielospecjalistyczne zakłady opieki zdrowotnej.

### Zarząd Kolegium Lekarzy Rodzinnych wyraził zaniepokojenie...

...stanem przygotowań do dawno zapowiadanej zmiany funkcjonowania i finansowania podstawowej opieki zdrowotnej (stanowisko opublikowane 23.06.2022 r.). „Po raz kolejny specjaliści medycyny rodzinnej zmuszeni są do obrony gwarantowanego w konstytucji równego dostępu do świadczeń dla wszystkich pacjentów, niezależnie od obszaru kraju i wielkości miejscowości zamieszkania. Zarówno budżet powierzony, jak i opieka koordynowana to pojęcia, które w przedstawionych przez Ministerstwo Zdrowia planach są słabo zdefiniowane, nieokreślone co do zakresu, warunków organizacji, wymaganych kwalifikacji profesjonalistów medycznych oraz wyposażenia poradni POZ. Braki kadrowe w poradniach specjalistycznych systemu publicznego próbuje się załatać zmuszeniem lekarzy rodzinnych do poszukiwania na własną rękę specjalistów i sfinansowania ich pracy oraz niezbędnych specjalistycznych badań diagnostycznych w niewiadomy sposób, za nieznaną obecnie kwotę. Opiekę lekarza sprowadza się do sztywnych diagramów diagnostyki i leczenia. Dodatkowo tworzy się biurokrację i wprowadza konieczność wypełniania kolejnych do-



kumentów. W proponowanych zmianach brak jakiegokolwiek zainteresowania indywidualnymi potrzebami poszczególnych pacjentów, często cierpiących z powodu wielu chorób. Instrumentalne traktowanie specjalistów medycyny rodzinnej oraz ich pacjentów nie zagwarantuje poprawy jakości stanu zdrowia społeczności lokalnych. Uniemożliwienie budowania relacji partnerskich oraz współudziału pacjenta w podejmowaniu decyzji o terapii i diagnostyce przeczy nie tylko idei medycyny rodzinnej, na której ma się opierać podstawowa opieka zdrowotna, ale przede wszystkim narusza podmiotowość i indywidualność każdego pacjenta” – ostrzega Kolegium.

Różnica jest również w perspektywie patrzenia na ideę opieki koordynowanej, co zostało zapisane w ustawie o podstawowej opiece zdrowotnej z roku 2017. Już jesienią ma zostać wprowadzona opieka koordynowana nad pacjentem w wybranych jednostkach chorobowych (rysunek 1). Lekarz rodzinny ma otrzymać wsparcie koordynatora, a do jego zadań należy umówienie wizyt, ustalenie badań, koordynacja drogi pacjenta w systemie. W ramach tej opieki, podczas wizyty kompleksowej, lekarz rodzinny ustali indywidualny plan opieki medycznej – zdiagnozuje pacjenta, ustali rozpoznanie i w razie potrzeby przeprowadzi konsultację z lekarzem specjalistą (wysyłając pacjenta na badanie do poradni specjalistycznej bądź konsultując przypadek pacjenta osobiście – mini konsylium lekarz-lekarz). Dzięki temu lekarz rodzinny będzie mógł pogłębić diagnostykę, wystawiając skierowanie na badania dodatkowe (tabelka nr 2). Badania przewidziane w POZ w ramach koordynacji będą finansowane dodatkowo z tzw. budżetu powierzonego. Ponadto pacjent ma uzyskać porady edukacyjne realizowane przez pielęgniarki i dietetyczne – realizowane przez dietetyków. Wprowadzenie tych zmian ma spowodować, że do AOS będą trafiać pacjenci, którzy „rzeczywiście” potrzebują specjalistycznej opieki. Konsultant krajowa wspominała, że zmiany dotyczące opieki koordynowanej będą wprowadzane stopniowo i nie wszystkie placówki POZ muszą dołączyć do realizowania OK i mogą kontynuować swoją działalność na dotychczasowych warunkach.

**Tabelka 2. Badania diagnostyczne w budżecie powierzonym w ramach opieki koordynowanej**

Kardiologia / Diabetologia	Endokrynologia	Pulmonologia / Alergologia
• próba wysiłkowa EKG	• anty-TPO	• spirometria
• Holter EKG 24, 48, 72h	• anty-TSHR	• spirometria z próbą rozkurczową
• Holter RR	• anty-TG	
• USG Doppler tętnic szyjnych, naczyń kończyn dolnych	• biopsja aspiracyjna cienkoigłowa tarczycy	

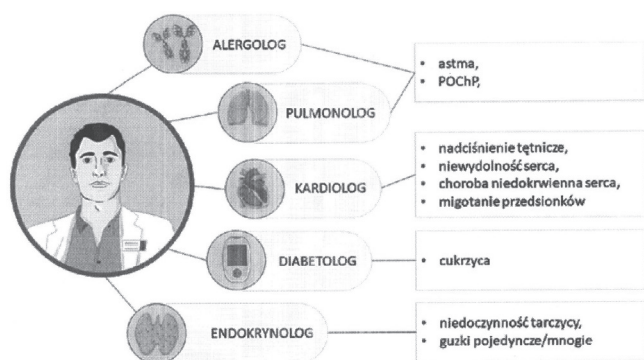
Kardiologia / Diabetologia	Endokrynologia	Pulmonologia / Alergologia
• ECHO serca przezskłatkowe		
• BNP (NT-pro-BNP)		
• albuminuria		
• UACR		
• tomografia komputerowa, gdy zdjęcie rentgenowskie wykaże zmiany wskazujące na konieczność pogłębienia diagnostyki		

### **Opinia Federacji Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia Porozumienie Zielonogórskie**

Dodatkowo inna organizacja potwierdza, że przy rosnących kosztach i konieczności poszukiwania oraz utrzymania personelu obecne wyceny nie odpowiadają realnym potrzebom placówek. Największe obawy mają przedstawiciele POZ, bo świadczenia udzielane przez nich zostały wycenione najniżej. „W małych placówkach jest dużo trudniej o pozyskanie wykwalifikowanego personelu, przy czym warto zaznaczyć, że problemy i potrzeby pacjentów są takie same jak w dużych miastach. Brak odpowiedniej motywacji dla personelu medycznego, przy obecnej inflacji i błyskawicznie rosnących kosztach, może doprowadzić już nie do zatoru, ale zapaści systemu. Organizacje pacjenckie od lat apelują o wyrównanie dostępu do opieki zdrowotnej, bo mają poczucie, że nie wszyscy chorzy mogą liczyć na taką samą opiekę. Dlatego dziwi mnie, że nadal brak działań systemowych, które pozwolą rozwijać opiekę medyczną na równych zasadach w całej Polsce. A dziwi tym bardziej, że to cios wymierzony w pacjentów z małych ośrodków” – mówi Anna Osowska, prezes Warmińsko-Mazurskiego Związku Lekarzy Pracodawców Porozumienia Zielonogórskiego. Zaprezentowana „reformacja POZ” polegająca na wprowadzeniu dodatkowych badań laboratoryjnych i opieki koordynowanej – to projekt niedopracowany, skomplikowany i całkowicie niejasny, który zaburzy obecne, względnie stabilne funkcjonowanie POZ, a w najlepszym razie doprowadzi do zróżnicowanej dostępności świadczeń zdrowotnych. Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce od ponad 30 lat wspiera wdrażanie rozwiązań dotyczących podstawowej opieki zdrowotnej – wynikających z międzynarodowych standardów i opartych na doświadczeniach krajów, w których POZ funkcjonuje najefektywniej i jest najlepiej oceniane przez pacjentów. Z raportu badawczego Siemens Healthineers – „Doświadczenia pacjenta w Polsce” – wynika, że doświadczenia pacjenta w szpitalach i przychodniach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS) są w zauważalny sposób gorsze niż w przychodniach podstawowej opieki zdrowotnej, które zapewniają pacjentom łatwo dostępną i kompleksową opiekę w miejscu zamieszkania. Odejście od kluczowej roli praktyk lekarzy rodzinnych oraz dążenie do centralizacji świadczeń nie zapewni poprawy efektywności całego systemu. Zepchnięcie POZ do roli podrzędnej w syste-



mie opieki zdrowotnej znacząco obniży jakość świadczeń i przyczyni się do pogorszenia oceny wystawianej temu elementowi systemu opieki zdrowotnej przez pacjentów.



### Niech czas pokaże

Zmiany są potrzebne w całym systemie ochrony zdrowia. Idealnie by było, gdyby były przeprowadzane w atmosferze wzajemnego rozumienia potrzeb, dostrzegania zagrożeń. Reforma została już wprowadzona, więc możemy ocenić wstępne rezultaty. Specjaliści medycyny rodzinnej dotychczas dobrze radzili sobie z leczeniem chorób przewlekłych, np. doradzali wykonanie odpłatnie powyższych badań laboratoryjnych (tabela 1) w celu przyspieszenia diagnostyki. Dzięki powiększonemu budżetowi jest skromna możliwość uzyskania dodatkowego finansowania placówki. Zarówno pacjent, jak i lekarze rodzienni mają narzędzie do podejmowania dalszych decyzji diagnostyczno-leczniczych, np. by wytłumaczyć rodzicom, że antybiotyk nie jest wskazany dla ich dziecka, gdy wynik Strep-Test wyjdzie ujemny, bądź stężenie CRP poniżej 30 mg/l. Tworzy się też oczekiwana platforma do komunikacji między lekarzem rodzinnym a specjalistą wąskich dziedzin medycyny. Jednakże czy poprawi się opieka nad chorymi przewlekle? Czy wprowadzona standaryzacja przywróci podmiotowość lekarza rodzinnego, czy zdevaluje jego pozycję, ogra-

niczy jego rolę do ślepego przestrzegania opieki koordynowanej? Wreszcie – czy reforma POZ się uda? Niech czas pokaże...

Na podstawie:

- ZARZĄDZENIE NR 79/2022/DSOZ PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA z dnia 29 czerwca 2022 r. w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 czerwca 2022 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (dodatkowe badania)
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 czerwca 2022 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (ChUK)
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 czerwca 2022 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie programu pilotażowego „Profilaktyka 40 PLUS”
- Stanowisko Zarządu Głównego Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce z dnia 23 czerwca 2022 r.
- Stanowisko Stowarzyszenia Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce dotyczące propozycji zmian w POZ Związku Powiatów Polskich z dnia 07.07.2022 r.
- Raport badawczy Siemens Healthineers „Doświadczenia pacjenta w Polsce” (siemens-healthineers.com)
- Komunikaty porozumienia Zielonogórskiego
- Webinar z dnia 04.07.2022 r. „Zmiany w POZ”, Polskie Towarzystwo Medycyny Rodzinnej

Mariusz GAWRYCH

O autorze: specjalista w dziedzinie medycyny rodzinnej, prezes Kujawsko-Pomorskiego Oddziału Wojewódzkiego KLRwP, członek Okręgowej Rady Lekarskiej Bydgoskiej Izby Lekarskiej, asystent Katedry Medycyny Rodzinnej, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu.  
(przedruk z „Primum” nr 9/22)

## OPIEKA KOORDYNOWANA

1 października 2022 r. podstawowa opieka zdrowotna ma wejść na wyższy poziom – opieki koordynowanej. Już wiadomo, że nie stanie się to ani w całym kraju, ani nawet w jego większej części. Lekarze rodzienni, zarówno z Federacji Porozumienie Zielonogórskie, Porozumienia Pracodawców Ochrony Zdrowia, jak i Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce, oceniają, że najłatwiej i najszybciej na koordynację przejdą placówki POZ z wielkich miast, w tym – z Warszawy. Czy tak się jednak na pewno stanie?

Zmiany w POZ projektowane są z perspektywy stolicy. Tymczasem Warszawa ma zupełnie inną strukturę podstawowej opieki zdrowotnej niż dominująca w pozostałej części kraju – można usłyszeć od liderów Federacji Porozumienie Zielonogórskie, którzy od wielu tygodni apelują

do Ministerstwa Zdrowia o rozmowy na temat warunków wdrażania opieki koordynowanej w „reszcie kraju” – tam, gdzie przeważają małe poradnie POZ, którym trudniej niż wielkomiejskim przychodniom, zwłaszcza tym, które funkcjonują w ramach SP ZOZ, skoordynować opiekę nad pacjentami choćby ze specjalistami w ramach Ambulatoryjnej Opieki Specjalistycznej. Niewątpliwie w przypadku Warszawy, a także przynajmniej części innych dużych miast, organizacyjnie będzie to mniejsze wyzwanie.

Co wiadomo? Opieką koordynowaną zostaną objęci chorujący na cukrzycę, choroby układu krążenia lub choroby tarczycy. „To najczęstsze choroby przewlekłe, które lekarze POZ diagnozują w trakcie udzielania świadczeń” – czytamy w „Ocenie skutków regulacji” dołączonej do



skierowanego w sierpniu do konsultacji publicznych projektu rozporządzenia. Resort zdrowia podkreśla, że w tej chwili postawienie pełnej diagnozy i udzielenie kompleksowych świadczeń są utrudniane przez niedostępność badań diagnostycznych. W efekcie pacjentów kieruje się do specjalistów, co generuje coraz dłuższe kolejki.

Największą niewiadomą są na razie pieniądze (i być może to właśnie one zadecydują o sukcesie lub porażce planów resortu zdrowia). Lekarze POZ uważają, że sukcesem będzie, jeśli w opiekę koordynowaną w początkowym okresie wejdzie powyżej 10%, może kilkanaście procent, poradni POZ. Na większy odsetek nie ma co liczyć, zwłaszcza ze względu na ogromne perturbacje finansowe związane z realizacją ustawy o wynagrodzeniach minimalnych oraz zapytania dotyczące poziomu finansowania POZ w 2023 r. (według planu finansowego, zaakceptowanego przez Komisję Zdrowia w lipcu, wzrost nakładów na POZ będzie mniejszy niż wskaźnik inflacji).

W trudnej sytuacji są nie tylko małe poradnie POZ. Podczas sierpniowej konferencji poświęconej przede wszystkim konsekwencjom finansowym ustawy podwyżkowej dla szpitali powiatowych wiceprezydent Warszawy Renata Kaznowska informowała, że po raz pierwszy w historii warszawskie placówki lecznictwa ambulatoryjnego (czyli również POZ, działająca w strukturach wielkich ZOZ, obejmujących całe dzielnice stolicy) zamkną rok ze stratą liczoną w dziesiątkach milionów złotych. Takie uwarunkowania nie dają przestrzeni do zmian, w które wpisane muszą być dodatkowe koszty, nawet w przypadku „wielkich”, a więc mających odpowiednio duży potencjał koordynacji, placówek.

Zwłaszcza, że niejasne są też kwestie finansowe dotyczące samej opieki koordynowanej. Z projektu rozporządzenia ministra zdrowia wynika, że roczny koszt jej funkcjonowania ministerstwo ocenia na około 900 mln zł. W przeliczeniu na jednego przewlekłe chorującego pacjenta, który leczy się w POZ (rozporządzenie szacuje liczbę beneficjentów na 3,2 mln), to niecałe 24 zł miesięcznie. Te pieniądze mają wystarczyć na badania, konsultacje specjalistyczne, koordynację opieki od strony poradni POZ oraz jej kompleksowość, czyli np. porady edukacyjne czy dietetyczne.

To jednak nie wszystko. W sierpniu odbyło się posiedzenie w AOTMiT poświęcone wycenie świadczeń, które będzie obejmować „duży” budżet powierzony. Jednak informacje ciągle są utajnione. Nie wiadomo również, jak NFZ będzie limitować te świadczenia (w małym budżecie

powierzonym, który wszedł w życie 1 lipca, limity i wyceny budzą na tyle duże wątpliwości, że część poradni POZ nie przystępuje do kontraktowania i zlecania szerszego panelu badań, bo lekarz musiałby dokładać do stawek NFZ z innych źródeł). Problemy pogłębia inflacja – wyceny NFZ nie są nawet zbliżone do warunków rynkowych. (Niezależnie od tego, poradnie zrzeszone w FPZ nie mają aneksów, bo fundusz jednostronnie próbuje przeforsować wydłużenie okresu wypowiedzenia z 45 do 90 dni i, mimo że lekarze podpisali aneksy, wykreślając sporny punkt, oddziały traktują je jak nieistniejące).

Lekarze POZ i właściciele poradni – nawet tych sieciowych, zainteresowanych szybkim wdrożeniem opieki koordynowanej – obawiają się braku zainteresowania ze strony specjalistów (nie narzekają oni na brak chętnych na wizyty w gabinetach prywatnych i przychodniach działających na zasadach komercyjnych), jeśli wyceny wiążące dla świadczeniodawców w ramach opieki koordynowanej (w tym sensie, że NFZ więcej im nie zrefunduje) nie będą zbliżone do obowiązujących w prywatnym sektorze opieki medycznej.

Warto jednak zwrócić uwagę na jeszcze jeden aspekt, który może być ważny w warunkach takich, w jakich działa leczenie ambulatoryjne np. w Warszawie, gdy w strukturze jednego ZOZ są i poradnie POZ, i AOS. Mianowicie, jeśli wyceny badań i konsultacji nie będą choć trochę wyższe niż obowiązujące w AOS, zwłaszcza teraz, gdy leczenie ambulatoryjne na pewno zanotuje milionowe straty, zarządzający nie będą mieć najmniejszej motywacji, żeby przenosić opiekę nad pacjentami chorymi przewlekłe z AOS do POZ.

Mogą też nie mieć – zarówno małe, jak i duże podmioty – potencjału. Choć bowiem ustawa o wynagrodzeniach minimalnych uderza nie tylko w POZ, ale również w szpitale (przede wszystkim powiatowe), z wypowiedzi ministra zdrowia wynika, że sytuację finansową placówek POZ uważa on za na tyle dobrą, że według niego to poradnie „wysysały” kadry, przede wszystkim pielęgniarskie, ale również lekarskie, ze szpitali. Mniejsze współczynniki wyrównujące wydatki na nowe, wyższe wynagrodzenia mają ten trend odwrócić, a przynajmniej zatrzymać. Jak to pogodzić z wymagającą na pewno większej liczby pracowników opieką koordynowaną i hasłami o wzmacnianiu fundamentu systemu opieki zdrowotnej, jakim deklaratorywnie jest POZ, i zapowiedziami (obietnicami?) „odwracania piramidy świadczeń”?

Małgorzata SOLECKA  
(przedruk z „Pulsu” nr 9/22)

## TELEPORADA – ZAMIAST?

Zawód lekarza jest poniekąd zawodem aktorskim. Z jednej strony na scenie w theatrum medicum występuje człowiek z odczuciami (dolegliwość) i uczuciami (obawy), co z uwagą odbiera lekarz, po czym następuje

zamiana ról. W dalszej części dramatu (bo choroba jest zawsze mniejszym lub większym dramatem) to lekarz wciela się w głównego aktora, który, przejmując emocje pacjenta, musi je przekształcić i wiarygodnie przedsta-



wić jako proces terapeutyczny. Jeżeli chory nie zgadza się na proponowane leczenie, to zawsze jest to winą lekarza, który, choć działa zgodnie ze swoim sumieniem, nie potrafi wzbudzić w partnerze akceptacji i zaufania.

Wraz z rozwojem technologii, bezpośredni kontakt wzrokowy, słuchowy i inny, właściwy dla królestwa Melpomeny, wypełniła telewizja. A w medycynie? Możliwości technologiczne w 1993 roku stworzyły telemedycynę, która dla jednych oznacza detronizację zawodu, a dla innych instrument pracy niewymagający bezpośrednich relacji z pacjentem, a nawet personalizacji podmiotu.

„Szerokie otwarcie” dla telemedycyny w Polsce dokonało się przez konsekwentną legislację i wraz ze zmianą w 2015 roku art. 42 ustawy o zawodach lekarza, w którym stwierdzono, że lekarz orzeka o stanie zdrowia... za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności.

My, lekarze, mamy w tym względzie istotny wkład historyczny. Otóż wynalazca telefonu, dr Alexander Graham Bell, lekarz ze Szkocji, pracując z osobami głuchoniemymi zauważył, że w komunikacji między pacjentami pewną rolę odgrywają drgania powietrza, a jest to istotą przenoszenia się dźwięku. Wystarczyło skonstruować odpowiednią membranę przetwarzającą przepływ prądu, i w 1876 roku opatentował telefon, który po modyfikacjach stał się dla polskich lekarzy w XXI wieku, czyli w czasie pandemii COVID-19, podstawowym narzędziem pracy na odległość.

Podobnie z zastosowaniem systemów teleinformatycznych w medycynie. Wprowadzony do praktyki klinicznej w 1901 roku zapis elektrycznej czynności serca został przez holenderskiego lekarza W. Einthovena w 1905 roku przekazany na odległość. Dzisiaj przesyłanie sygnału ekg jest podstawą nadzoru kardiologicznego oraz w ratownictwie medycznym. Telemedycyna zastąpiła lekarzy w zakresie badania podmiotowego (chorzy mogą wypełnić ankietę), analizy wszelkiego rodzaju badań obrazowych, czynnościowych, laboratoryjnych i ich interpretacji, a także w zakresie leczenia, nawet zabiegowego. W 2001 roku operację u pacjenta w Strasburgu przeprowadził chirurg będący w Nowym Jorku.

Teleporady, które miały zapobiec paraliżowi całej polskiej służby zdrowia, nie są ministerialnym wymysłem na czas pandemii, lecz mają swoją historię umiejscowioną w naszym kraju. Pierwsza teleporada została przesłana telegraficznie (dawniej: depesza, obecnie: e-mail lub SMS) do Spały koło Tomaszowa Mazowieckiego (woj. łódzkie) w roku 1912 z dalekiej Syberii. Jej adresatem była caryca Aleksandra Fiodorowna Romanowowa, a dotyczyła stanu zdrowia następcy tronu, carewicza Aleksego, jedynego syna panującego cara Wszechrusi – Mikołaja II.

Ośmioletni carewicz w czasie przejażdżki łódką po petersburskich kanałach Newy uderzył się w biodro i, pomimo utrzymujących się dolegliwości, wziął udział w uroczystych obchodach setnej rocznicy bitwy z woj-

skami Napoleona pod Borodino, a stamtąd, bo niedaleko, dwór panujący wyjechał na wakacje do Królestwa Polskiego. Po polowaniach w Białowieży carska rodzina pojechała do Spały, gdzie dolegliwości carewicza się nasiliły, gorączka skoczyła do 40,5 stopni, tętno było słabo wyczuwalne. Prawdopodobną przyczyną był zakażony krwiak stawu biodrowego. 8 października 1912 roku stan zdrowia dziecka z carskiej rodziny pogorszył się tak bardzo, że udzielono mu ostatniego namaszczenia. Caryca Aleksandra, w matczynej rozpacz, wysłała prośbę o ratunek do Grigorija Rasputina, niewykształconego syberyjskiego chłopca, który, jako duchowny, uzdrowiciel, a we współczesnym znaczeniu tajemniczy i kontrowersyjny moralnie celebryta, obracał się na carskim dworze. Rasputin nie był lekarzem, ale w swojej działalności leczniczej stosował środki z medycyny ludowej, jak na przykład korę dębową, której ekstrakty można do dziś zakupić w polskich aptekach (Cortex quercus).

W przesłanym telegramie do Aleksandry Fiodorowny Rasputin pocieszał matkę, ale, co ważniejsze, zakazał udziału nadwornych lekarzy w leczeniu Aleksego i polecił, aby chłopcu natychmiast odstawiono wszystkie zalecane przez nich lekarstwa. Takim nowym, cudownym lekiem przeciwbólowym była w owym czasie aspiryna wprowadzona na rynek w 1899 roku przez firmę Bayer. Niestety, do drugiej połowy XX wieku nie znano jej działań ubocznych: hamowania agregacji płytek, działania przeciwzakrzepowego i wydłużenia czasu krwawienia. Fizjologiczne właściwości i skuteczność aspiryny wyjaśnił dopiero John R. Vane z Royal College of Surgeons – za co otrzymał w 1982 roku nagrodę Nobla.

Teleporada Grigorija Rasputina przesłana telegrafem do carskiej rezydencji w Spale, a więc odsunięcie dworskich lekarzy, miała decydujący wpływ na wyleczenie młodego Aleksego, gdyż zaprzestano leczenia aspiryną. Udowodniły to przeprowadzone badania DNA odnalezionych szczątków carewicza, który w 1918 roku wraz z rodzicami i czterema siostrami został zamordowany w Jekaterynburgu. Rosyjscy i amerykańscy naukowcy w 2007 roku potwierdzili, że u Aleksego Romanowa wystąpiła genetyczna mutacja odpowiedzialna za hemofilię typu B, a więc carewicz miał niedobór czynnika IX (Christmasa) z kaskady krzepnięcia. Dalsze badania wykazały, że wadliwy gen przekazała następcy tronu Rosji – księżniczka heska Alicja – (po prawosławnym chrzcie Aleksandra Fiodorowna, która została żoną cara Mikołaja II), czyli wnuczka królowej Zjednoczonego Królestwa Wielkiej Brytanii i Irlandii – Wiktorii. Za sprawą córek królowej Wiktorii, które wydano za mąż w rodzinach panujących w Europie, także na dworach Hiszpanii i Prus występowały przypadki hemofilii.

Dzisiaj wiadomo, że stosowanie pochodnych kwasu acetylosalicylowego przy zaburzeniach krzepnięcia jest błędem w postępowaniu lekarskim, bo nasila krwotoki. U pacjenta Aleksego Mikołajowicza Romanowa ta-





ka terapia mogła skończyć się zejściem śmiertelnym lub doprowadzić do jatrogennego zniszczenia stawu, czyli artropatii hemofilowej. Grigorij Rasputin kilkakrotnie wykorzystywał swój bezpośredni wpływ na małego pacjenta, carewicza Aleksego w celach leczniczych i z pozytywnym skutkiem. Tak było w grudniu 1915 roku,

kiedy Aloszeńka, odziany w przepisowy mundur, który nie chronił żołnierzy przed mrozem, wraz z ojcem, carem Mikołajem II, wizytował oddziały wojskowe na froncie południowym – uległ przeziębieniu z zapaleniem

ucha środkowego oraz obfitym krwawieniem. Ewakuowano się do Carskiego Sioła, skąd można było zatelefonować do Rasputina (sieci Play nie było!). Po połączeniu przekazano słuchawkę telefonu (carewicz nie miał swo-

jej komórki), a „świętobliwy mąż” osobiście rozmawiał z małym 11-letnim pacjentem, którego uspokoił i objawy ustąpiły.

Po tych przykładach trudno negować skuteczność terapeutyczną teleporad, których uzasadnienie mieści się pomiędzy bezpieczeństwem chorego i lekarza, a wygodą w uzyskiwaniu bądź udzielaniu świadczeń zdrowotnych.

*Dr n. med. Mieczysław DZIEDZIC  
Okręgowy Rzecznik Praw Lekarza ŚIL  
(przedruk z „Pro Medico” nr 9/22)*

## CERTYFIKOWANIE UMIEJĘTNOŚCI

Od dłuższego czasu w rozmowach Komisji Stomatologicznej NRL z Ministerstwem Zdrowia podnoszony był temat konieczności wprowadzenia certyfikowania umiejętności lekarskich i lekarsko-dentystycznych jako alternatywy dla trudno dostępnych specjalizacji dla lekarzy dentystów. Aktualnie dostępny jest projekt rozporządzenia ministra zdrowia w tej sprawie z 21 lipca 2022 r.

Rozporządzenie określa:

1) rodzaje i kody umiejętności zawodowych, w których lekarz i lekarz dentysta mogą uzyskać certyfikat umiejętności zawodowej oraz

2) kwalifikacje lekarza i lekarza dentysty stanowiące warunek ubiegania się o certyfikat umiejętności zawodowej.

Zatem w tabeli obok „umiejętności” podano, jakimi „kwalifikacjami” powinien wykazać się lekarz lub lekarz dentysta, aby móc otrzymać certyfikat danej umiejętności zawodowej. Projekt wymienia 37 rodzajów umiejętności, w tym z zakresu stomatologii.

Na pozycji 17 znajduje się „implantologia stomatologiczna”, o certyfikat której mogą ubiegać się specjaliści z dziedziny: chirurgia stomatologiczna, ortodoncja, chirurgia szczękowo-twarzowa, periodontologia, protetyka stomatologiczna, stomatologia dziecięca, stomatologia zachowawcza z endodoncją oraz lekarze dentyści posiadający 5-letni staż pracy związany z udzielaniem świadczeń zdrowotnych w dziedzinie stomatologii. Na pozycji 26 mamy „medycynę estetyczną”, o certyfikat umiejętności mogą się ubiegać lekarze wszystkich specjalności lekarskich i lekarsko-dentystycznych, jak również inni lekarze i lekarze dentyści posiadający prawo wykonywania zawodu.

Na pozycji 36 znajduje się „radiologia szczękowo-twarzowa”, o certyfikat której mogą ubiegać się lekarze dentyści ze wszystkimi specjalnościami, specjaliści chirurgii szczękowo-twarzowej oraz radiologii i diagnostyki ob-

razowej. O certyfikat z zakresu umiejętności „chirurgia rekonstrukcyjna” mogą ubiegać się natomiast specjaliści chirurgii szczękowo-twarzowej.

Ponadto lekarze dentyści posiadający jakąkolwiek specjalizację mogą ubiegać się o certyfikaty z zakresu takich umiejętności, jak „organizacja ochrony zdrowia wojsk” oraz „orzecznictwo lekarskie”. O certyfikat z zakresu „medycyna bólu” mogą ubiegać się specjaliści chirurgii szczękowo-twarzowej, chirurgii stomatologicznej, ortodoncji, protetyki stomatologicznej, stomatologii dziecięcej oraz stomatologii zachowawczej z endodoncją. Zwraca uwagę brak możliwości ubiegania się przez lekarzy dentyistów o certyfikat z zakresu „bezpieczna sedacja w krótkich zabiegach”, a przecież coraz powszechniejsze staje się leczenie stomatologiczne w sedacji.

Według założeń projektu: „certyfikat umiejętności zawodowej przyznawać będzie towarzystwo naukowe o zasięgu krajowym prowadzące działalność naukową od co najmniej 5 lat poprzedzających datę złożenia pierwszego wniosku o certyfikację danej umiejętności zawodowej albo państwowy instytut badawczy, o którym mowa w art. 21 ustawy z dnia 30 kwietnia 2010 r. o instytutach badawczych (Dz. U. z 2022 r., poz. 498), uczestniczący w systemie ochrony zdrowia, właściwe dla danej umiejętności zawodowej wpisane do rejestru prowadzonego przez dyrektora Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego”. Katalog umiejętności zawodowych został opracowany na podstawie efektów pracy dwóch powołanych przez ministra zdrowia zespołów ekspertów z udziałem przedstawicieli różnych instytucji, propozycji zgłaszanych przez konsultantów krajowych, Narodowy Instytut Kardiologii oraz Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowy Instytut Badawczy.

Minister zdrowia stworzenie oficjalnej listy umiejętności lekarskich tłumaczy wykonaniem upoważnienia



ustawowego zawartego w art. 17 ust. 26 ustawy z 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz. U. z 2021 r., poz. 790, z późn. zm.).

Jednak co naprawdę kryje się za wprowadzeniem certyfikatów (nie) trudno w tej chwili zgadnąć. Można się domyślać, że staną się one ważne przy zawieraniu kontraktów z NFZ. Natomiast mało prawdopodobne jest, aby certyfikaty mogły zastąpić szkolenia specjalizacyjne.

Jednocześnie w Dzienniku Ustaw z 18 sierpnia 2022 r., poz. 1731 ukazało się Obwieszczenie Marszałka Sejmu w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry. Na 118 stronach dokumentu można zaznaczyć się z ustawą z 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry wraz ze zmianami, również najnowszymi z lat 2020, 2021 i 2022.

Patrycja PROC  
(przedruk z „Panaceum” nr 9/22)

## BORELIOZA CO TO WŁAŚCIWIE JEST ZA CHOROBA?

*Z dr. n. med. Marcinem Czarneckim z Wrocławia, specjalistą chorób wewnętrznych i zakaźnych, rozmawia Robert Migdał.*

**Robert Migdał: Borelioza. Co to właściwie jest za choroba? Jak można się nią zarazić**

**Marcin Czarnecki:** Boreliozę powodują krętki z gatunku *Borrelia*. Krętki te przenoszą kleszcze – są one głównym organizmem, który przenosi tę bakterię ze zwierząt na człowieka. Na pewno komary czy pluskwiaki tej choroby nie przenoszą. Borelioza jest chorobą bakteryjną, która może powodować rozmaite manifestacje: od wczesnych skórnych, dolegliwości ze strony narządu ruchu. Może powodować zapalenie stawów, dolegliwości związane z układem nerwowym zarówno ośrodkowym, jak i obwodowym, zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych, porażenie nerwu twarzowego, bądź też bolesne zapalenie korzeni nerwowych. W przypadku zajęcia mięśnia sercowego może dojść do bloków przedsionkowo-komorowych. Rzadko rozwijają manifestacje okulistyczne zakażenia jak na przykład zapalenie spojówek, zapalenie siatkówki. Natomiast najczęstszą wczesną postacią boreliozy jest rumień wędrujący. 75% osób zakażonych krętkiem będzie miało właśnie rumień wędrujący.

**R.M.: Co to jest takiego ten rumień wędrujący?**

**M.Cz.:** To jest zmiana plamista na skórze, która się stopniowo powiększa. Pacjenci często uważają, że określenie rumień wędrujący oznacza, że cały rumień będzie wędrował, będzie się przemieszczał po powierzchni ciała. A tak się nie dzieje – wędrują granice rumienia, który systematycznie będzie się powiększał. Świąd, dolegliwości bólowe, pieczenie, łuszczenie naskórka chorobowo zmienionej skóry występują rzadko. Typowy rumień wędrujący to plama z wyraźnymi czerwonymi granicami, z przejaśnieniem w środku i z ciemniejszym miejscem, w którym wkłuł się kleszcz. Przypomina nieco wyglądem tarczę strzelniczą. Rumień wędrujący może rozwijać się od kilku do kilkunastu dni po ukłuciu. 40% pacjentów z rumieniem wędrującym w ogóle nie zauważa, że zostali ukłuci przez kleszcza.

**R.M.: To, że ktoś ma jakąś zmianę na skórze i twierdzi, że z całą pewnością nie był w tym miejscu ukłuty przez kleszcza, to wcale nam boreliozę nie wyklucza.**

**M.Cz.:** Po prostu kleszcz jest na tyle drobny, że możemy nie spostrzec, że zostaliśmy ukłuci. Kleszcz może albo sam odpaść, albo przypadkowo możemy go zdrapać np. paznokciem czy też zerwać ubraniem.

**R.M.: Jak można stwierdzić, że ktoś jest chory na boreliozę? Robi się jakieś badania krwi?**

**M.Cz.:** Żeby rozpoznać chorobę, pacjent musi mieć przede wszystkim objawy specyficzne dla danej choroby. To muszą być konkretne, specyficzne dla boreliozy dolegliwości. Dopiero wtedy, gdy one wystąpią, celowe jest wykonywanie badań serologicznych. Sam dodatni wynik badania serologicznego, bez towarzyszących objawów chorobowych, absolutnie nie może stanowić podstawy do rozpoznania boreliozy. Pozytywny wynik badania serologicznego w oderwaniu od obrazu klinicznego to nie choroba!

**R.M.: Dlaczego?**

**M.Cz.:** Z tego względu, że bardzo często dochodzi do zakażeń bezobjawowych i przeciwciała przeciw *Borrelia* ma około 15% zdrowej populacji w Europie. Aż 50% pracowników leśnych pracujących w Europie – zdrowych – ma dodatnie wyniki badań serologicznych w kierunku boreliozy, właśnie z racji tego, że osoby te są często kłute przez kleszcze. Każde ukłucie kleszcza może wiązać się z tym, że wstrzyknie on nam tę bakterię. Natomiast nie każde zakażenie jest równoznaczne z rozwojem choroby. Może okazać się bowiem, że kleszcz wstrzyknie nam zbyt mało komórek bakteryjnych, żeby wywołać chorobę, natomiast wystarczająco dużo, aby sprawić, że nasz układ odpornościowy zareaguje produkcją przeciwciał, które później będziemy wykrywali. Może też zdarzyć się tak, że nasz organizm sam świetnie poradzi sobie z tym zakażeniem i układ immunologiczny po prostu zniszczy bakterię w miejscu jej wnikięcia i to nie jest wcale taką rzadkością: o, czyli leczą się same.

**R.M.: Czy leczenie jest bardzo trudne? Skomplikowane i długotrwałe?**





**M.Cz.:** Absolutnie nie. Leczenie jest bardzo proste i tanie. Zgodnie z obowiązującymi wytycznymi towarzystw naukowych, towarzystw chorób zakaźnych, czy też Polskiego Towarzystwa Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych leczenie polega na podawaniu pacjentowi antybiotyków. W zależności od tego z jaką formą choroby mamy do czynienia, to antybiotykoterapia wynosi od 14 do 28 dni. Lekiem najchętniej stosowanym jest doksycyklina, która charakteryzuje się naprawdę bardzo wysoką skutecznością i świetną penetracją do wszelakich tkanek, w tym także do ośrodkowego układu nerwowego, co w zasadzie gwarantuje eliminację krętka z wszystkich tych miejsc, do których mógł on trafić.

**R.M.:** Czy borelioza jest taką chorobą, którą przechodzimy raz i jesteśmy już na nią odporni, czy też możemy się nią zarazić kilka razy?

**M.Cz.:** Niestety, możemy zarazić się kilka razy. Przebycie choroby nie pozostawia trwałej odporności, ponieważ te przeciwciała, które są wytwarzane podczas zakażenia, to nie są przeciwciała neutralizujące, czyli takie, które chroniłyby nas przed powtórным zakażeniem. Natomiast jest wyjątkowo mało prawdopodobne, że to zakażenie jest w stanie przetrwać prawidłowo prowadzoną antybiotykoterapię. Prawidłowo przeprowadzona antybiotykoterapia w zasadzie gwarantuje zniszczenie krętka.

**R.M.:** A jak możemy się chronić przed zakażeniem? Czy są jakieś szczepionki przeciwko boreliozie?

**M.Cz.:** Przede wszystkim trzeba po każdym powrocie ze spaceru – z pola, z łąki, lasu – oglądać swoje ciało. Niestety, kleszcze są wszędzie. Można je spotkać także w dużych miastach, nie tylko na terenach mało zurbanizowanych, leśnych – nie tylko na wsi, ale również w parkach wielkomiejskich, na ogródkach działkowych. Kleszcze występują wszędzie tam, gdzie są ich żywicieli: ptaki, drobne gryzonie czyli myszy szczury, ale też sarny, zające. Nie mamy jeszcze szczepionki przeciwko boreliozie, natomiast trwają badania i należy się spodziewać, że w ciągu najbliższych kilku lat taka szczepionka będzie wyprodukowana, zarejestrowana i dopuszczona do użytku, i będziemy mogli z tej szczepionki wszyscy korzystać.

**R.M.:** A czy warto przed spacerem na łąkę, do lasu, „psikać się” jakimiś odstraszacami dla owadów?

**M.Cz.:** Warto, ale trzeba koniecznie, jak już wspominałem, każdorazowo po powrocie z takiego spaceru uważnie obejrzeć swoje ciało, czy nie ma na nim kleszcza: rozebrać się nawet z bielizny i sprawdzić te wszystkie okolice ciała, w których kleszcze lubią się przyczepić.

**R.M.:** Jakie są to najczęściej miejsca?

**M.Cz.:** Wszędzie tam, gdzie mamy cienką i delikatną skórę: pachwiny, pachy, doły podkolanowe, okolice pępka, okolice fałdu międzypośladowego, okolice krocza – to są miejsca bardzo chętnie wybierane przez kleszcze do żerowania.

**R.M.:** I gdy znajdziemy takiego kleszcza to go pęsetą usuwamy...

**M.Cz.:** Tak i to jak najszybciej. Trzeba go mechanicznie usunąć – absolutnie nie należy takiego kleszcza smarować żadnymi perfumami, alkoholem, masłem, smołą, olejem... Niczym takim, ponieważ może to spowodować, że kleszcz zwymiotuje, a tym samym wprowadzi więcej komórek bakteryjnych, co zwiększa ryzyko zakażenia. Im szybciej kleszcza usuniemy, tym bardziej zmniejszamy ryzyko zakażenia. Jeżeli kleszcz zostanie usunięty w ciągu pierwszych 24 godzin, to w zasadzie ryzyko zakażenia, jeżeli chodzi o krętka *Borrelia*, spada do zera. Wynika to stąd, że bakteria przebywa w jelicie grubym kleszcza – nie ma jej w śliniankach. Kleszcz musi się wkułnąć, napić krwi i dopiero obecność krwi w jego jelicie grubym stanowi sygnał dla bakterii: zmienia wtedy ona antygeny na swojej powierzchni, zmienia swoją budowę i przenosi się do ślinianek kleszcza. To wszystko zajmuje około 24 godzin.

**R.M.:** Trzeba usunąć całego kleszcza?

**M.Cz.:** Jeżeli jakiś fragment kleszcza pozostanie w skórze, to naprawdę nie ma żadnego znaczenia. Nie ma sensu wpadać w panikę i za wszelką cenę to usuwać. Takie nieumiejętne manipulacje przy pozostałym fragmencie przynoszą niekiedy większą szkodę niż jego pozostawienie. Ten kawałek kleszcza ma takie samo znaczenie, jak wbita w skórę drzazga: owszem, może powodować pewien dyskomfort, ale prędzej czy później, on po prostu odpadnie, złuszczy się z naskórkiem.

**R.M.:** Na koniec możemy uspokoić: samo ukłucie kleszcza nie sprawi, że od razu zachorujemy na boreliozę.

**M.Cz.:** Jest dokładnie tak jak pan mówi. Ponieważ ryzyko przeniesienia bakterii z kleszcza na człowieka wynosi około 4%. Nie zaleca się podawania antybiotyku każdemu ukłutemu człowiekowi. Takie postępowanie przynosi pacjentom więcej szkody niż pożytku.

**R.M.:** Borelioza jest popularną chorobą?

**M.Cz.:** Jest bardzo często rozpoznawana. W ostatnich latach mamy powyżej 20 tys. zgłoszonych przypadków rocznie, natomiast bardzo często jest to rozpoznawanie stawiane nieco pochopnie i na wyrost. Niestety, bywa że sam fakt ukłucia przez kleszcza jest interpretowany i zgłaszany jako zachorowanie na boreliozę. Natomiast są oczywiście pewne grupy zawodowe, które są szczególnie na boreliozę narażone: To wszystkie osoby aktywnie spędzające czas poza domem: leśnicy, sportowcy, właściciele psów, ogródków działkowych... Wszystkie osoby, które spędzają powyżej 10 godzin tygodniowo aktywnie poza domem, muszą liczyć się, niestety, ze zwiększonym ryzykiem pokłucia przez kleszcze, a tym samym mogą być bardziej narażone na zachorowanie.

**R.M.:** Częściej chorują kobiety? Mężczyźni? Dzieci?

**M.Cz.:** Nie, nie ma takiego rozróżnienia. Ta choroba jest bardzo demokratyczna: tak samo dotyka wszystkich...

(przedruk z „Medium” nr 7-8/22)



## ZESTRESOWANY MÓZG LEKARZA

„Niech Pan/Pani unika stresów!” – czasami tak zwracamy się do naszych pacjentów. Mówimy to w dobrej intencji, ale... sytuacji stresowych nie da się uniknąć. Przeżywamy je codziennie, lecz możemy ograniczać ich negatywne skutki zarówno u samego lekarza, jak i u pacjenta.

Stresy mogą być ostre (eustresy), których skutki mijają szybko, oraz przewlekłe (distresy), które są zawsze szkodliwe, jeśli sobie z nimi nie radzimy. Wiemy, że stres jest stanem organizmu, w którym nadmierne emocje powodują przekroczenie wszelkich norm: fizjologicznych, biochemicznych, a nawet anatomicznych. Wiemy także, że przekroczenie norm jest patologią, którą trzeba leczyć, więc skutki stresu wymagają leczenia!

### Medyczny podział stresu przewlekłego

Dla lekarza najważniejszy jest podział stresu przewlekłego na niekontrolowany i kontrolowany. Kiedy stres przejmuje kontrolę nad nami (niekontrolowany) i mówimy: „Nie dam rady”, wydzielamy 10 razy więcej kortyzolu, niż wtedy, gdy przejmujemy kontrolę nad stresem (kontrolowany) i mówimy: „Dam radę”. To wiadomość o zasadniczym znaczeniu, bo jako lekarze zdajemy sobie sprawę z tego, jak niszczący potrafi być kortyzol w dużych stężeniach. Mając tego świadomość, powinniśmy w każdej trudnej sytuacji życiowej zmieniać nasze przekonania z „Nie dam rady” na „Dam radę”. Tak możemy sobie pomóc. Tego samego możemy uczyć pacjentów, aby pomóc im poradzić sobie z ciężką chorobą i zwiększyć skuteczność ordynowanych przez nas terapii.

### Niszczące działania wysokich stężeń kortyzolu

Kortyzol oddziałuje, między innymi, na mózg. Wywołuje uszkodzenia neuronów w korze przedczołowej. Zauważamy wtedy problemy z uczeniem się, pamięcią, koncentracją, planowaniem przyszłości, kreatywnością. Coraz trudniej przychodzi nam rozwiązywanie nawet błahych problemów. Dotkliwiej odczuwamy strach, lęk, smutek, zauważamy, że mamy problemy z opanowaniem emocji. Najgorsze jednak jest to, że w silnym stresie, traumie, przestajemy rozpoznawać dobro i zło. U osoby, która jest ofiarą bicia, molestowania seksualnego itp., zmiany anatomiczne zachodzące w jej mózgu mogą doprowadzić do zaburzeń osobowości. Może ona stać się osobą antyspołeczną, a nawet psychopatyczną.

Destrukcyjne zmiany pojawiają się także w hipokampie, czego skutkiem są zaburzenia snu. Bezsenność oznacza, że żyjemy w przewlekłym stresie, bądź mamy skutki traumy. Ważna jest świadomość, że z jednym i z drugim można sobie poradzić. W rozmowie z pacjentem dobrze

jest zapytać o problemy ze snem, gdyż w przypadku odpowiadającej wiemy już, że konieczny jest pogłębiony wywiad. Uszkodzony hipokamp powoduje także zaburzenia rozpoznawania emocji i radzenia sobie z nimi oraz zaburzenia pamięci. W przewlekłym stresie jądra migdałowe w mózgu ulegają z kolei powiększeniu. Wówczas pojawia się wzmożony lęk i agresja. Im dłużej trwa stres, z którym sobie nie radzimy, tym bardziej się boimy. Wobec tego nie dokładamy sobie dodatkowych bodźców: oglądania horrorów, czytania książek i informacji w internecie o przerażającej treści, słuchania tragicznych informacji w telewizji czy przebywania z toksycznymi osobami. Im mniej negatywnych bodźców, tym mniejszy lęk.

Jednocześnie w stresie bywamy agresywni. Krzyki, przekleństwa, kłamstwa, nie są sposobami na rozładowanie stresu. Przeciwnie, zwiększają negatywne emocje i jeszcze bardziej niszczą nas samych. U chorych mechanizm jest taki sam: im gorzej pacjent radzi sobie ze stresem, tym bardziej jest agresywny i bardziej się boi. To wskaźnik dla lekarza, że choremu trzeba pomóc i w tej kwestii.

### Zaburzona komunikacja lekarz – pacjent

W dużym stresie dochodzi do pobudzenia prawej półkuli odpowiedzialnej za emocje i do hamowania lewej półkuli odpowiedzialnej za logikę, w której znajdują się ośrodki mowy. Ośrodek Broki jest odpowiedzialny za wypowiedzanie słów, a jego zahamowanie lub uszkodzenie w stresie nie pozwala człowiekowi na przełożenie myśli i uczuć na słowa. Często zdarza się, że z przerażenia lub pod wpływem silnej emocji jest on tak silnie hamowany, iż mówimy z dużym trudem lub zaczynamy się jękać. Siła stresora bywa nawet tak wielka, że czasem nie potrafimy wypowiedzieć nic. Jest to tzw. „nieme przerażenie”, niezależne od woli człowieka. Często ofiary wypadków, gwałtów, przemocy domowej itd. siedzą w izbie przyjęć w milczeniu i nieruchomo. Nawet po wielu latach mają ogromne trudności, żeby powiedzieć innym, co je spotkało, a gdy słowa zawodzą, traumatyczne przeżycia zapisywane są w obrazach powracających jako koszmary sennie.

Kolejnym problemem jest brak możliwości zrozumienia słów, za co odpowiedzialny jest ośrodek Wernickego, znajdujący się także w lewej półkuli mózgu i, podobnie jak ośrodek Broki, hamowany w czasie silnego stresu. Chorzy nie rozumieją czasami, co do nich mówimy i to nie dlatego, że mówimy skomplikowanym, medycznym językiem, ale właśnie dlatego, że hamowany ośrodek



w stresie nie pozwala im zrozumieć i zapamiętać. Wyjściem z takiej sytuacji mogą być krótkie zdania, najlepiej zapisane jednocześnie na kartce, aby pacjent mógł je przeczytać w domu, kiedy już stres będzie mniejszy.

#### **Rola naszych myśli w funkcjonowaniu mózgu**

Myśli wywołujące negatywne emocje znacznie zmniejszają przepływ krwi do mózgu i zaburzają jego funkcje. Można to zobaczyć na zdjęciach tomografii emisyjnej pojedynczych fotonów (SPECT). To zjawisko dotyczy zarówno chorych mających przygnębiające, depresyjne myśli o swoim stanie zdrowia, jak i zdrowych, którzy bezrefleksyjnie oszukują, zazdroszczą i nienawidzą.

Badania neuroobrazowe mózgu pozwalają stwierdzić, że zachowania człowieka, powstawanie relacji międzyludzkich, kształtowanie osobowości, doświadczanie przyjemności, bólu, smutku itd. wiążą się zawsze ze zmianami w mózgu. Tak więc, w świetle współczesnych badań, takie zagadnienia jak etyka, moralność czy sumienie, nabierają zupełnie nowego, biologicznego charakteru i pokazują, że nasze wybory pomiędzy dobrem a złem związane są także z funkcjonowaniem na poziomie neuronalnym.

#### **Skutki stresu niekontrolowanego**

Skutki zmian funkcjonalnych i anatomicznych w mózgu spowodowane przewlekłym stresem, bądź traumą, to lęki, depresja, zespół stresu pourazowego (PTSD), zaburzenia somatyczne, zaburzenia osobowości itd. Jeżeli nie zadamy o to, aby nasi pacjenci dobrze radzili sobie ze stresem w chorobie, to zauważymy, że zaordynowa-

ne leczenie nie przynosi oczekiwanych rezultatów. Dziwimy się, że uznane i zalecane powszechnie kuracje nie są skuteczne, a przecież wysokie stężenia kortyzolu to także szkodliwe oddziaływanie na układ immunologiczny, który jest hamowany. W takich warunkach nawet dobrze przeprowadzone znieczulenia do zabiegów, jak i same zabiegi operacyjne, mogą się kończyć powikłaniami lub zgonem. Najnowsze doniesienia naukowe z 2020 roku wyraźnie dowodzą, że wysokie stężenia kortyzolu są przyczyną nieskutecznych terapii w chorobach nowotworowych.

W nowoczesnej medycynie coraz częściej mówi się w związku z tym o onkologii integracyjnej, o nowej metodzie – prehabilitacji (metodzie polecaniej chorym przed operacją, w której psychoterapia odgrywa szczególną rolę) i wielu innych jeszcze zespolonych działaniach.

Szczegółowe wyjaśnienia przedstawionych zjawisk i sposoby przeciwdziałania negatywnym skutkom stresu prezentuję w swoich książkach: „Rozmowy przy kawie. O stresie, lęku i traumie” oraz „Więcej nadziei.

O raku, stresie i nowych szansach”, opartych łącznie na prawie 700 recenzowanych artykułach naukowych z piśmiennictwa światowego. [www.rozmowyprzykawie.com](http://www.rozmowyprzykawie.com)

*Prof. dr hab. n. med. Jadwiga JOŚKO-OCHOJSKA  
kierownik Katedry i Zakładu  
Medycyny i Epidemiologii  
Środowiskowej SUM  
(przedruk z „Pro Medico” nr 9/22)*

## **EPIDEMIA OTYŁOŚCI. JESZCZE RAZ O TZW. DIECIE – W OBRONIE WĘGLOWODANÓW**

Na wstępie chcę zaznaczyć, że słowo „dieta” kojarzy się ze stosowaniem posiłków głównie w okresach ostrych schorzeń, głównie po zabiegach operacyjnych, lub w stanach żywienia pozajelitowego. Na co dzień użyłabym określenia „sposób odżywiania”/„styl życia”.

Otyłość jest uwarunkowana wieloma czynnikami: metabolicznymi, endokrynologicznymi, genetycznymi, środowiskowymi, a także psychologicznymi i behawioralnymi. Prawidłowa równowaga energetyczna człowieka zależy od właściwego zbilansowania poboru energii z jej wydatkowaniem. Jeśli jej pobór jest większy niż jej wydatek, to tłuszcz zaczyna się gromadzić w ustroju. W bilansie energetycznym dowóz energii w postaci spożywanego pokarmu jest zużytkowany na podstawową przemianę materii, wysiłek fizyczny, termogenezę. W dobowym wydatku energii wynoszącym około 1700–2000 kcal wydatek związany z codzienną aktywnością ruchową stanowi 15–30%, termogeneza poposiłkowa – 10%, 60–74% to spoczynkowa przemiana materii. Udział aktywności ruchowej w bilansie energetycznym jest więc niewielki. Nadmiar dostarczanej energii zostaje zmag-

zynowany w tkance tłuszczowej – jako główną przyczynę podaje się więc czynniki środowiskowe.

Otyłość wtórna występuje w niektórych chorobach endokrynologicznych, genetycznych, przy stosowaniu leków sprzyjających tyciu, jak neuroleptyki, leki przeciwdepresyjne, przeciwpadaczkowe, sterydy,  $\beta$ -adrenolityki, insulina, pochodne sulfonilomocznika. Otyłość definiowana jest obecnie na podstawie parametrów takich jak wskaźnik masy ciała – BMI (obliczanie BMI: podzielenie masy ciała podanej w kilogramach przez kwadrat wysokości mierzonej w metrach; norma 20–25, nadwaga 25–30, otyłość powyżej 30). Ważne jest rozmieszczenie tkanki tłuszczowej – wskaźnik talia/biodra, tj. WHR (norma dla kobiety – do 80 cm, dla mężczyzn – 94 cm). Otyłość wisceralna łączy się z wieloma czynnikami ryzyka chorób przewlekłych.

Metabolizm to wysoce zorganizowana i ukierunkowana aktywność organizmu, która przez współpracę licznych układów enzymatycznych pozwala pozyskiwać energię ze środowiska i dzięki niej realizować ważne funkcje życiowe, tj. syntetyzować różne związki che-



miczne, utrzymywać gradienty elektryczne, wykonywać pracę mechaniczną, wytwarzać ciepło i światło. Proces metaboliczny umożliwia przetwarzanie energii zawartej w pożywieniu (węglowodany, białka, tłuszcze), magazynowanie jej w postaci ATP (katabolizm).

Węglowodany i tłuszcze dostarczane w pokarmach są zdecydowanie bardziej wykorzystywane jako źródło energii niż białka. Węglowodany są głównym źródłem kalorii. Do szczególnych cech należy ich samowystarczalność metaboliczna w pozyskiwaniu energii w cyklu Krebsa (szczawiooctan, acetylo-CoA). Kwasy tłuszczowe nie mogą być całkowicie przekształcane w szczawiooctan, który pochodzi z metabolizmu glukozy. Stąd słynne kiedyś określenie, że tłuszcze spalają się w ogniu węglowodanów.

Drugą cechą jest wyjątkowa zdolność do generowania ATP w warunkach beztlenowych oraz hipoksji. Z tego względu węglowodany, które dostarczają glukozę, są niezbędnym metabolitem w ustroju człowieka. Na straż prawidłowego stężenia poziomu glukozy w organizmie stoją głównie dwa hormony trzustkowe: insulina i glukagon.

Węglowodany złożone są przekształcane w cukry proste. Wszystkie komórki ludzkie zużywają glukozę w celu uzyskania energii. Niektóre komórki są całkowicie glukozależne, jak erytrocyty, komórki mózgowe (mózg pracuje na glukozie), a większość tkanek wymaga glukozy do syntezy innych składników.

Małe stężenie glukozy we krwi sygnalizuje spadek stężenia poziomu insuliny w stosunku do stężenia glukagonu. Glikogen jest zapasową formą glukozy. Największe zapasy są w mięśniach szkieletowych (75%), wątrobie (25%). W wątrobie glikogen jest syntetyzowany po posiłku, gdy zwiększa się we krwi stężenie glukozy oraz poziom insuliny. Zwiększenie stężenia glukagonu i spadek stężenia insuliny w stanie głodu hamuje proces syntezy glikogenu w wątrobie.

Glukoneogeneza jest to synteza glukozy z aminokwasów i innych substratów. Prekursorami syntezy glukozy są mleczany, glicerol, aminokwasy, szczególnie alanina i glutamina. Glukoneogeneza jest szczególnie nasilona w wątrobie w stanie głodu lub długiego wysiłku fizycznego. Na straż homeostazy glukozy stoi też nerkowa produkcja glukozy (25%). W stanach przedłużającego się głodu tkanki zużywają energię z tkanki tłuszczowej, spada zużycie glukozy w mózgu do około 40 g na dobę, wzrasta zużycie ciał ketonowych. Ciała ketonowe powstają w wątrobie jako alternatywny produkt utleniania wolnych kwasów tłuszczowych, w stanach ketozy zastępują glukozę w szlakach metabolicznych jako źródło energii. Na dłuższą metę obciąża to wątrobę i nerki.

Tak zwana dieta ketonowa powoduje objawy uboczne: osłabienie, bóle głowy, nudności, zaparcia. Należy zachować szczególną ostrożność przy schorzeniach nerek (z obniżoną frakcją GFR), a także wątroby. Lipi-

dy, spożywane w pokarmach (ok. 80 g na dobę), pełnią wielorakie funkcje: jako składnik energetyczny ustroju, składnik błon komórkowych, hormonów, witamin, przekaźników nerwowych. Wolne kwasy tłuszczowe są transportowane do komórek tkanki tłuszczowej, mięśni, serca, wątroby. Są to głównie nasycone kwasy tłuszczowe – palmitynowy, stearynowy. Kwasy nienasycone roślinne – olejowy, linolenowy – służą jako materiał energetyczny lub zapasowy.

Co kilka lat zmienia się tabela zalecanych pokarmów. Tak zwana piramida żywienia określa procentową ilość białka, węglowodanów, tłuszczów, soli mineralnych i witamin na dobę. Dotyczy to zarówno ilości, jak i jakości spożywanych pokarmów. Aktualnie zalecana ilość węglowodanów to 40–50%.

Nie można stosować tej samej miary w procesie odchudzania u osoby młodej i aktywnej zawodowo oraz osoby w wieku 60, 70 lat, obciążonej schorzeniami przewlekłymi.

Wszystkie stosowane diety eliminacyjne są szkodliwe dla zdrowia. Złotym środkiem jest umiar. Pierwsza zasada – jeść regularnie, druga – nie objadać się do oporu. Nie jeść w nocy – ostatni posiłek do godziny 20. Posiłki urozmaicone – bogate w warzywa, błonnik. Zapotrzebowanie kaloryczne powinno wynosić dla kobiet 1200–1500 kcal, dla mężczyzn – 1500–1800 kcal. Podczas odchudzania około 1200 kcal. Aktualnie w piśmiennictwie przytacza się trzy zestawy z ograniczeniem jednego ze składników pokarmowych: węglowodanów, tłuszczów lub białka.

Eliminacja węglowodanów dotyczy cukrów prostych, zawartych głównie w napojach słodzonych, tak popularnych miodach, dżemach, słodkich ciasteczkach. Pokarmy węglowodanowe są źródłem energii. W zależności od szybkości wchłaniania, trawienia i wzrastania stężenia cukru we krwi określa się więc indeks glikemiczny. Glukoza oznaczona jest nr 100 – należy wybierać te produkty z niskim indeksem, tj. poniżej 50. Nie powodują wtedy wzrostu insuliny, która zwiększa uczucie głodu. Pokarmy o niskim indeksie glikemicznym to: zielone warzywa, warzywa strączkowe, dziki ryż, kasze, pieczywo pełnoziarniste, błonnik.

Podstawowe znaczenie w odchudzaniu ma deficyt w bilansie energetycznym, a nie proporcja poszczególnych składników. Ważna jest też ilość wypitych płynów – osiem szklanek na dzień, bez cukru.

Diety eliminacyjne na dłuższą metę są szkodliwe dla zdrowia, bo jak długo można stosować bezkarnie jedzenie tylko mięsa i tłuszczów? Dotyczy to chorych z przewlekłą chorobą nerek, mających ograniczenia w spożyciu białka, oraz osób ze schorzeniami wątroby (głównie niealkoholowe stłuszczenie).

W profilaktyce badań pacjentów 40+ zlecono następujące badania: MF, moczu, glukoza, próby wątrobowe, cholesterol, TG, poziom kwasu moczowego.





Z praktyki lekarza diabetologa wiem, że większość pacjentów otyłych ma też, oprócz cukrzycy, inne składowe zespoły metabolicznego, jak wysoki poziom kwasu moczowego.

Kwas moczowy – jako efekt metabolizmu puryn – powoduje w nadmiarze ataki dny moczanowej, kamicę nerkową oraz zaburzenia metaboliczne. W przypadku hyperurykemii obowiązuje dieta ubogopurynowa, a więc eliminacja głównie mięsa, tłuszczów, owoców morza, szpinaku, rabarbaru, alkoholu.

Jak widać, nie da się u jednej osoby z wieloma schorzeniami zastosować diety bogatej tylko w tłuszcze i białko, z wyłączeniem węglowodanów. Problemem jest to, że osoba, która chce zredukować masę ciała, wytrzymuje trzy miesiące na ograniczeniach, a następnie wraca do starych nawyków. A to nie tędy droga. Chodzi o przeźmblowanie swojego stylu jedzenia na stałe, z drobnymi odstępstwami na urodziny czy święta.

Problemem jest kompletny brak edukacji społeczeństwa, reklama niezdrowej żywności, promocja produktów przetworzonych. Trzeba zacząć od przedszkola i szkoły. Wiemy, jakim problemem była zmiana produktów w szkolnych sklepikach. A wszystkie dziecięce imprezy gdzie się odbywają? Oczywiście w McDonalddie.

Uzdrowienie widzę w tym, aby ceny produktów ekologicznych były dwa razy niższe niż tych przetworzonych. Ale obecnie liczy się tylko pieniądź, a nie zdrowie obywateli. To pieniądź rządzi światem, a coraz bogatsi właściciele korporacji branżowej wykorzystują coraz biedniejszych konsumentów. Powinniśmy przejrzeć na oczy – po prostu kupować mniej, a skupić się na jakości. Stara zasada – popyt napędza podaż – jest aktualna.

Czytajmy etykiety i spis zawartych składników w produktach, wszystkie na ogół zawierają cukier, a także nadmiar soli, co przyczynia się do wzrostu schorzeń narządu krążenia. Wprawdzie wprowadzono tzw. podatek cukrowy, ale koszty ponosi konsument. W poradach specjalistycznych nie ma porad co do profilaktyki, jak również psychologa.

Z badań psychologicznych wynika, że sięganie po jedzenie stało się potrzebą nie tyle fizjologiczną, ile w dużej mierze emocjonalną. U osób otyłych zjadanie emocji poprawia nastrój, ale na krótko, uczucie ulgi mija i znów sięga się po kawałek czegoś podnoszącego poziom serotoniny. Jest to mechanizm błędnego koła, które napędza cykliczne zjadanie emocji prowadzące do wzrostu masy ciała.

W zaawansowanej otyłości mamy obecnie nowoczesne leki – agoniści receptora GLP-1, ale niestety barierą jest często ich cena. Ważne są też priorytety. Często wydajemy o wiele większe pieniądze na papierosy i używki, napoje energetyczne, zaśmiecające organizm suplementy. Pozostaje jeszcze operacja bariatryczna, która obecnie jest refundowana. Ale zarówno przed zabiegiem, jak i po nim obowiązuje dyscyplina dietetyczna.

Reasumując, jak w słynnej piosence, że „Do tanga trzeba dwojga” (myślę, że więcej), potrzebujemy więcej zaangażowania w leczeniu otyłości w związku z jej masowym wzrostem na świecie.

Krystyna ŁASKARZEWSKA-RESIAK  
specjalista internista, diabetolog

(przedruk z Biuletynu Warmińsko-Mazurskiej Izby  
Lekarskiej nr 7/22)

## OGŁOSZENIA

Zapraszamy lekarzy i lekarzy dentystów wraz z rodzinami do korzystania z Bazy Noclegowej w Warszawie należącej do Śląskiej Izby Lekarskiej. To samoobsługowy obiekt z 16 pokojami do wynajęcia w centrum Warszawy (ul. Sobieskiego 102a). Lokalizacja, komfort i przystępna cena są największymi zaletami tego miejsca.

Zachęcamy do obejrzenia filmu, w którym krok po kroku tłumaczymy, co należy zrobić, by skorzystać z Bazy Noclegowej: <https://www.youtube.com/watch?v=zma7JW-kuB6g&t=6s>

Cena za dobę pobytu wynosi 150 zł za pokój dwuosobowy oraz 180 zł za pokój trzyosobowy. Istnieje możliwość wynajmu łóżek w pokoju trzyosobowym. Koszt wynajmu wynosi 75 zł.



**Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach** w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój jest realizatorem projektu „Kształcenie podyplomowe lekarzy - rozwój kształcenia praktycznego z wykorzystaniem technik symulacji medycznej SUM”. Głównym założeniem projektu jest rozwój kompetencji zawodowych i kwalifikacji lekarzy oraz lekarzy rezydentów, poprzez organizację kursów min. z zakresu kardiologii

**W dniach 18-20.10.2022 r. organizowane będą kolejne edycje bezpłatnego 3-dniowego kursu „Podstawowe techniki diagnostyki inwazyjnej układu krążenia”** i wykorzystaniem Symulatora do diagnostyki i interwencji naczyniowej, a także Symulatora do nakłucia tętnicy udowej i promieniowej. Kursy odbywają się w małych grupach ok. 10-osobowych.

Kurs skierowany jest do lekarzy kardiologów lub szkolących się w kardiologii, którzy zamierzają stosować techniki inwazyjne w leczeniu pacjentów. Formuła kursu umożliwia naukę poszczególnych etapów zabiegu krok po kroku z możliwością powtarzania i reagowania na najczęstsze powikłania w warunkach wirtualnych.

W projekcie mogą wziąć udział czynni zawodowo lekarze z całej Polski. Liczba miejsc jest limitowana, a o przyjęciu na kurs decydować będzie kolejność zgłoszeń. Uczestnikom zamieszkałym powyżej 50 km od miejsca kursu zostanie zapewnione bezpłatnie zakwaterowanie.

Na stronie internetowej: <http://ksztalcenie.podyplomowe.iekarzy.sum.edu.pl/> dostępne są informacje dotyczące sposobu aplikowania, a także tematy oraz terminy pozostałych kursów.

Prowadzona jest także rekrutacja na pozostałe kursy z zakresu kardiologii/ kardiochirurgii tj.:

1. Funkcja transseptalna i zabiegi na przegrodzie międzyprzedsionkowej;
2. Elektroterapia w niewydolności serca;
3. Zastosowanie praktycznych technik w operacjach małoinwazyjnych zastawki mitralnej;
4. Echokardiografia przezprzełykowa w zabiegach przezcewnikowego zamknięcia nieprawidłowych połączeń wewnątrzsercowych, wad zastawkowych oraz zamknięcia uszka lewego przedsionka.

W związku z powyższym zwracam się z uprzejmą prośbą o rozpowszechnienie informacji o rozpoczętej rekrutacji oraz możliwości zapisu pod nr tel. 32/208-36-44,

Uprzejmie informuje, że ze strony Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach Kierownikiem kursu z zakresu diagnostyki inwazyjnej jest dr hab. n. med. Mariusz Skowerski, natomiast za część organizacyjną odpowiadają Panie Anna Gardocka oraz Sandra Werner dostępne pod nr tel. 32/208-36-44 oraz e-mailem: [swerner@sum.edu.pl](mailto:swerner@sum.edu.pl) lub [ksztalcenie-lekarzy@sum.edu.pl](mailto:ksztalcenie-lekarzy@sum.edu.pl).

*Z wyrazami szacunku*

*Prorektor*

*ds. Rozwoju i Transferu technologii*

*Śląskiego Uniwersytetu Medycznego*

*w Katowicach*

*prof. dr hab. n. med. Edmund WYLĘGAŁA*

---

**Prezes Zarządu Szpitala Wojewódzkiego w Opolu sp. z o.o. zatrudni od zaraz lekarza specjalistę lub lekarza w trakcie specjalizacji w dziedzinie dermatologii i wenerologii** do pracy w Poradni Skórno-Wenerologicznej Szpitala Wojewódzkiego w Opolu sp. z o.o. Oferujemy atrakcyjne warunki zatrudnienia. Prosimy o kontakt: tel. (77) 44-33-100, e-mail: [rekrutacja@szpital.opole.pl](mailto:rekrutacja@szpital.opole.pl).

**Dyrekcja Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Opolu, al. Witosa 26 poszukuje osoby na stanowisko Kierownik Szpitalnego Oddziału Ratunkowego.** Kandydaci powinni spełniać wymogi kwalifikacyjne określone w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 20 lipca 2011 r. w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami.

Zakres obowiązków: kierowanie oddziałem zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa oraz regulacjami wewnętrznymi, w sposób umożliwiający sprawne funkcjonowanie oddziału, zapewniający właściwą opiekę nad pacjentami, w tym m.in.:

- planowanie i organizacja pracy podległego zespołu celem osiągnięcia jak najlepszej jakości usług medycznych, motywowanie zespołu do pogłębiania wiedzy, zachęcanie do pracy naukowej, prowadzenia prac badawczych, organizowanie szkoleń wewnątrzoddziałowych, informowanie na bieżąco o wszystkich nowościach z dziedziny wiedzy medycznej,

- nadzór nad fachowym zabezpieczeniem obsługi aparatury i sprzętu medycznego, nad gospodarką lekami, środkami sanitarnymi i opatrunkowymi oraz ewidencją i rozchodem środków odurzających i silnie działających, nad dokumentacją medyczną- jej prawidłowym i terminowym sporządzaniem i przechowywaniem, nad Punktem Przyjęć Planowych,

- dbanie o przestrzeganie przez personel medyczny praw pacjenta i wywiązywanie się z obowiązków względem pacjenta, kontrolowanie dyscypliny pracy, wspólne omawianie sposobu ustalania rozpoznania i metod leczenia wybranych przypadków chorobowych,

- przeprowadzanie analizy kosztów jednostkowych i ogólnych oraz czuwanie nad ich racjonalizacją, wybieranie najkorzystniejszych ofert zaopatrzeniowych w trybie zamówień publicznych, kontrolowanie sprzętów administracyjno-gospodarczych pod kątem celowości zakupu, ewidencji, konserwacji, likwidacji itp.

- utrzymanie właściwego stanu sanitarno-higienicznego oraz ładu i porządku w oddziale, m.in. przepisów bhp, p.poż. oraz dotyczących zakażeń wewnątrzszpitalnych.

Współpracując z nami, zyskasz:

- Elastyczność w zakresie rodzaju współpracy: kontrakt/ umowa zlecenie/ umowa o pracę,

- Możliwość rozwoju kompetencji zawodowych w oparciu o specyfikę miejsca pracy,

- Możliwość uczestniczenia w szkoleniach w ośrodkach klinicznych w Polsce i Europie,

- Szansę rozwoju naukowego oraz pracy dydaktyczno-naukowej,

- Warunki pracy na najnowszym sprzęcie i aparaturze medycznej, w zmodernizowanym w 2021r. oddziale,

- Środowisko profesjonalnych zespołów medycznych, dla których liczy się człowiek,

- A także - w przypadku umowy o pracę- pakiet socjalny (m.in. „wczasy pod gruszą”, dofinansowania do wypoczynku dla dzieci, zapomogi losowe, pożyczki mieszkaniowe) oraz dodatek stażowy do wynagrodzenia w wysokości 5%-20%.

Jeśli rozważasz zmianę oraz chęć poszerzenia swych doświadczeń zawodowych w dynamicznym środowisku, jakie tworzy nasz szpital to serdecznie zapraszamy do złożenia swej aplikacji (CV, podanie o pracę) na adres e-mail: [rekrutacja@usk.opole.pl](mailto:rekrutacja@usk.opole.pl). Pytania kierować można pod nr tel.: 77/45-20-133, 77/45-20-125.

---

**Gabinet Stomatologiczny Golda-Dent Opole ul. Grottgera 1a nawiąże współpracę z lekarzem dentystą.** Informacje pod nr tel. +48 785 758 555.



**Edra Urban & Partner Sp. z o.o.**  
**50-011 Wrocław, ul. Kościuszki 29**  
**Zamówienia: [ksiegarnia@edraurban.pl](mailto:ksiegarnia@edraurban.pl)**  
tel.: 42/680-44-09, fax: 42/680-44-86



## **BADANIE STANU PSYCHICZNEGO. ROZPOZNANIA WEDŁUG ICD-11**

*red. P. Gałęcki*

*rok wydania 2022*

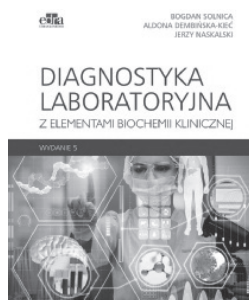
*ISBN 978-83-66960-56-5, format 210 x 270, oprawa miękka, str. 296, cena 89,10 zł*

Badanie psychiatryczne jest kluczowym etapem w procesie diagnostycznym i terapeutycznym w pracy klinicznej z osobami z zaburzeniami psychicznymi i to od tego elementu w znaczącym stopniu zależy postawienie poprawnej diagnozy i wprowadzenie trafnego leczenia.

Zespół znakomitych lekarzy psychiatrów i psychologów pod kierunkiem Profesora Piotra Gałęckiego pod-

jął się ambitnego zadania przedstawienia w obszernej monografii i kluczowych aspektów psychopatologii oraz przebiegu badania psychiatrycznego, w tym oceny stanu psychicznego i stawiania rozpoznania w kontekście szerokiego zakresu zaburzeń psychicznych, pogrupowanych według najnowszej wersji klasyfikacji międzynarodowej ICD-11.

*Fragment recenzji prof. dr. hab. n. med. Marcina Wojnara*



## **DIAGNOSTYKA LABORATORYJNA Z ELEMENTAMI BIOCHEMII KLINICZNEJ WYD.5**

*B. Solnica, A. Dembińska-Kieć, J.W. Naskalski*

*Rok wydania 2022*

*ISBN 978-83-66960-82-4, format 210 x 270, oprawa miękka, str. 1088, cena 179,10 zł*

Rozwój nauk medycznych, w tym medycyny laboratoryjnej znajduje odzwierciedlenie także w obecnym, piątym wydaniu podręcznika Diagnostyka laboratoryjna z elementami biochemii klinicznej. Zostało ono wzbogacone o rozdziały/podrozdziały na temat diagnostyki mikrobiologicznej, chorób układu nerwowego i niepłodności,

a pozostałe treści podręcznika – uaktualnione i uzupełnione, m.in. o opis zastosowań badań molekularnych.

Medycyna jest obecnie w większym niż dotychczas stopniu grą zespołową. Lekarze mają do dyspozycji potężne narzędzia diagnostyczne, w tym rosnącą liczbę badań laboratoryjnych. Optymalne wykorzystanie tych



ostatnich w praktyce klinicznej wymaga od lekarzy odpowiedniej wiedzy i bieżącej współpracy z diagnostami laboratoryjnymi, którzy są do tego właściwie przygotowani.

Wierzmy, że nasz podręcznik dobrze wpisuje się we współczesną diagnostykę laboratoryjną i praktykę kliniczną. Dostarcza studentom kierunku lekarskiego i lekarzom wiedzy potrzebnej do właściwego doboru badań laboratoryjnych oraz rozumienia, interpretacji i wyciągania wniosków z ich wyników, a także zapoznaje ich ze współczesną metodyką tych badań. Z kolei studenci analityki medycznej i diagnostyki laboratoryjnej znajdą w nim

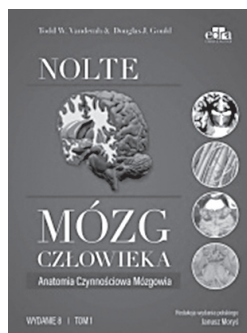
informacje niezbędne w codziennej pracy, w tym w laboratoryjnej interpretacji wyników oraz rozmowach z lekarzami w ramach konsultacyjnych funkcji medycznych laboratoriów diagnostycznych. Staraliśmy się także dostarczyć w podręczniku wiedzy w zakresie przydatnym dla osób przygotowujących się do egzaminu specjalizacyjnego z medycznej diagnostyki laboratoryjnej.

*Z Przedmowy*

*Prof. dr hab. med. Bogdan Solnica*

*Prof. dr hab. med. Aldona Dembińska-Kieć*

*Prof. dr hab. med. Jerzy W. Naskalski*



## **MÓZG CZŁOWIEKA. ANATOMIA CZYNNOŚCIOWA MÓZGOWIA. TOM 1**

*T.W. Vanderah, D.J. Gould*

*wyd. 8, red. J. Moryś*

*rok wydania 2022*

*ISBN 978-83-66960-84-8, format 215 x 290, oprawa twarda, str. 408, cena 134,10 zł*

Tajemniczość pracy mózgu wciąż budzi ciekawość nie tylko osób zajmujących się w sposób profesjonalny jego budową i czynnością, ale też specjalistów z różnych profesji medycznych jak neurologów, neurochirurgów, psychiatrów czy psychologów, a także osób po prostu ciekawych poznania tajników wiedzy o tym wspaniałym organie naszego ciała.

Obecne, ósme już wydanie tego znakomitego i niezwykle popularnego podręcznika, łączącego budowę anatomiczną na poziomie makroskopowym i mikroskopowym oraz, co niezwykle ważne, w powiązaniu z czynnością tego wciąż nie do końca poznanego narządu, przygotowane zostało przez profesora Todda W. Vanderaha z Uniwersytetu w Arizonie oraz prof. Douglasa J. Goulda z Oakland University w Rochester. Obaj profesorowie od lat zajmują się budową i czynnością mózgu, a swoją wiedzę i pasję starali się podzielić z czytelnikami tej książki. Będziecie więc Państwo wraz z autorami wędrowali przez tajemną wiedzę o budowie mózgowia od poziomu molekularnego, po współczesne techniki obrazowania jego pracy, a w końcu dziesiątki schorzeń w różny sposób zaburzających prawidłową funkcję mózgu i prowadzących do objawów, jakie możemy zaobserwować u pacjentów. Nie jest to prosta wiedza, ale została przedstawiona w sposób jasny i logiczny, a podążając za autorami, poznajemy se-

krety pracy najważniejszych układów czynnościowych. Piękna szata graficzna, dziesiątki rycin i zdjęć doskonale obrazują myśl autorów. Nie bez znaczenia są też liczne odnośniki do historii badań ośrodkowego układu nerwowego i zaburzeń jego funkcji przez pryzmat obserwacji klinicznych. Uwagi kliniczne zawarte w ramach pozwalają lepiej zrozumieć zawłości towarzyszące budowie i czynności ośrodkowego układu nerwowego.

Mamy nadzieję, że przygotowany podręcznik stanowił będzie niezbędny zasób wiedzy o budowie i czynności ośrodkowego układu nerwowego dla wszystkich osób specjalizujących się w neuroanatomii i neurobiologii, neurologów, neurochirurgów, neuropatologów i psychiatrów, ale również dla osób, które pragną zgłębić tajemnice tej niezwyklej struktury.

*Prof. dr hab. med. Janusz Moryś*

*Z Przedmowy do wydania polskiego*

### **W PUBLIKACJI**

- Aktualnie obowiązujące mianownictwo
- Zaktualizowane ryciny, tabele i ilustracje
- Najnowsze informacje z zakresu technik obrazowania medycznego
- Ramki kliniczne oparte na najbardziej aktualnym piśmiennictwie i statystykach



## **MEDYCYNĄ BÓLU. KOLANO. ANALIZA PRZYPADKÓW KLINICZNYCH**

S.D. Waldman

red. A. Borowski

rok wydania 2022

ISBN 978-83-66960-91-6, format 135 x 235, oprawa twarda, str. 232, cena 107,10 zł

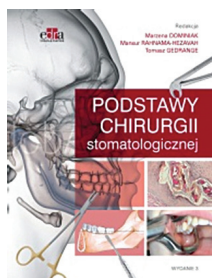
Kolano z serii Medycyna bólu. Analiza przypadków klinicznych to pozycja wyróżniająca się na tle większości podręczników medycznych.

Autor w nowatorski sposób przedstawia złożone problemy kliniczne pacjentów z dolegliwościami bólowymi kolana, opierając się na metodycznym omówieniu przypadków, z jednej strony w sposób niezwykle drobiazgowy, z drugiej w formie wyjątkowo przystępnej dla czytelnika.

Układ podręcznika sprawia, że odbiorca bez wysiłku jest w stanie w sposób naturalny opanować zagadnienia związane z przyczynami bólu stawu kolanowego. Da-

je szeroki przekrój przez liczne rozległe dysfunkcje stawu kolanowego. Pozwala szybko odszukać odpowiedzi na poszukiwane rozwiązanie problemu. Zastosowany algorytm opisywania przypadków klinicznych, od objawów poprzez badania dodatkowe, finalnie do ustalenia rozpoznania i propozycji leczenia, daje sposobność przystępnego przyswajania wiedzy, szczególnie w dobie ograniczonego kontaktu z pacjentem.

*Z Przedmowy do wydania polskiego  
Prof. Andrzej Borowski*



## **PODSTAWY CHIRURGII STOMATOLOGICZNEJ WYD.3**

wyd. 3, red. M. Dominiak, T. Gedrange, M. Rahnama

rok wydania 2022

ISBN 978-83-66960-12-1, format 210 x 275, oprawa twarda, str. 392, cena 170,10 zł

Oddajmy w ręce Państwa trzecie poszerzone wydanie Podstaw chirurgii stomatologicznej, pierwsze wieloosrodkowe. Do redakcji nowej edycji zostali zaproszeni, obok poprzednich autorów, szanowani i uznani profesorem, doktorzy, a także lekarze specjaliści, których wiedza i autorytet są gwarantem wysokiej jakości tej publikacji. Jest to pierwsza od ponad 40 lat pozycja polskich autorów, w całości dotycząca wyłącznie chirurgii stomatologicznej. Zagadnienia w niej poruszane skupiają się wokół podstaw chirurgii stomatologicznej i w całości są jej poświęcone.

Zebrane treści w niezwykle nowatorski, współczesny i kompleksowy sposób opisują standardy, jak i najnowsze osiągnięcia w chirurgii stomatologicznej. Powoduje to, że książka ta jest niezbędna dla studenta stomatologii, medycyny oraz dla lekarzy stomatologów, którzy mogą do niej sięgnąć w celu przypomnienia zdobytej wiedzy podczas studiów lub też podczas specjalizacji.

- Histogeneza i budowa narządu zębowego z wyszczególnieniem wszystkich jego elementów strukturalnych i funkcjonalnych

- Badanie pacjenta z uwzględnieniem współczesnych sposobów oceny stanu zdrowia jamy ustnej

- Ocena ogólna pacjenta i sposoby leczenia stomatologicznego u pacjenta z różnymi schorzeniami ogólnoustrojowymi

- Sposoby znieczulenia miejscowego i ogólnego w stomatologii

- Narzędzia oraz techniki ekstrakcji zębów

- Sposoby gojenia zębodołu poekstrakcyjnego z uwzględnieniem implantacji natychmiastowej

- Materiały stosowane do regeneracji kości zębów

- Laseroterapia stomatologiczna, podstawy i jej aplikacja w chirurgii wyrostka zębodołowego

*Z Przedmowy  
Prof. dr hab. n. med. Marzena Dominiak*





Wakacje w wielkim mieście?



Zapraszamy do Bazy Noclegowej  
Pro Medico w Warszawie



## OPOLSKA IZBA LEKARSKA

**Biuro:** tel. 77/454-59-39, [opole@hipokrates.org](mailto: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](mailto:opole.rejestr@hipokrates.org)

**Praktyki Prywatne:** [opole.praktyki@hipokrates.org](mailto: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](mailto:opole.skladki@hipokrates.org)

**Administracja Biura Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej:**

tel. 77/453-75-72; [opole.rzecznik@hipokrates.org](mailto:opole.rzecznik@hipokrates.org)

**Administracja Biura Okręgowego Sądu Lekarskiego:**

tel. 77/454-85-75; [opole.sad@hipokrates.org](mailto:opole.sad@hipokrates.org)

### 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](http://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

NAKLAD: 2800 egz. ISSN 1426-661X