



OPOLSKA  
IZBA  
LEKARSKA

Rok Założenia 1990

Marzec 2016

ISSN 1426-661X

# BIULETYN INFORMACYJNY

Nr 233

OPOLSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

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



*Fot. Jerzy Lach*



# NIE UMRE

Czemu Felix Kupsch (1885–1969) wybrał nagiego mężczyznę dosiadającego konia? Nie mógł wyrzeźbić listonosza czy kierownika zmiany, który pracował za drzwiami z napisem: „Nieupoważnionym wstęp surowo wzbroniony”? Dlaczego nie umieścił na cokole naczelnika poczty albo kasjerki, przecież ona zwilżała po sześć znaczków naraz, a jak umiała postawić stempel! (robiła zamach i z całej siły uderzała w sam róg koperty). Pewnego dnia chwyciła pistolet, wystrzeliła i trafiła w serce napastnika (trwała akurat Wielka Wojna, więc odznaczono ją orderem). Artysta pominął jednak urzędników na państwowych posadach i wykuł w kamieniu posłańca bogów.



Dzeus miał słabość do Hermesa – nic dziwnego, w końcu był jego synem. Wesoły chłopak zjednał też sobie przychylność innych Olimpijczyków. Apollina przekupił kitarą. Złapał żółwia, wypłoszył go z domku, a na skorupę naciągnął skręcone jelita ubitego wołu (stadko ukradł zresztą najpiękniejszemu z bogów). Hades nie mógł się wprost obejść bez „szybkonogiego”. Sam prawie nie opuszczał swojego pałacu, nie przepadał za słońcem, nie lubił też kwiatów (z wyjątkiem hiacyntów, co zwabiły Kore). Ustawiał cienie pod ścianą, wpatrywał się w szklaną kulę, układał mowy pochwalne dla wyróżnionych, a potępionych lub wadzących się z losem strącał do Tartaru. Ale ktoś musiał mu przy-

prowadzić duszyczki, inaczej królestwo mroków szybko by się wyludniło. To Hermes czekał przy łożu umierającego (zwykle niecierpliwy, rozbiegany, stawał się wtedy ciszą), potem kładł uwolnioną duszę na ramieniu i wyruszał z nią w zaświaty.

Pewnie znalazł się też u wezglowia Sir Isaiaha Berlina, znawcy historii idei wykładającego w Oksfordzie. – *Co pan myśli o śmierci?* – zagadnął go kolega z uczelni. – *Jest to niewątpliwie fakt, który wcześniej czy później każdy człowiek musi wziąć pod uwagę* – odparł. I przeszedł do szczegółów, życzył sobie, aby na pogrzebie zagrał mu Alfred Brendel, marzyło mu się andante z sonaty fortepianowej A-dur Schuberta. – *Chyba nie sprostą* – zmartwił się kompan – *to trudny kawałek*. – *W takim razie nie umrę!* – uciął profesor. Musiał zmienić zdanie, bo w roku 1997 odszedł na dłużej. Do dziś nie wiadomo, czy trafił do Elizjum. Tłumaczył, że istnieją dwie odmiany swobody: pozytywna *wolność do* i negatywna *wolność od*. Za życia mógł sobie wybierać, ale kto wie, co się zdarzyło później?

Profesorowi z berlińskiej szkoły rzemiosł artystycznych pozostawiono wolną rękę. Starożytny kostium pozwolił mu wyrazić to, co chciał, i jednocześnie ochronić dzieło przed dosłownością. Jak usprawiedliwić nagiego gońca? Mity podają, że Hermes wynalazł alfabet. Jesienią oglądał lecące kluczem żurawie, patrzył, jak kreślą linie i zostawiają znaki na niebie, jak zataczają koła, rysują zygzaki, haczyki, pętelki – i zaczął wymyślać symbole. Szkicował na piasku delty, gammy, lambdy i omegi, poprawiał, zwężał i skracał, ścierał litery i zaczynał od nowa. To on dał ludziom umiejętność pisania, pozwolił śmiertelnym zaznaczyć swoją obecność. Pokazał, jak dzielić się słowami, jak pisać kartki z pozdrowieniami, rozmawiać na papierze listowym, opowiadać o podróżach, prowadzić pamiętniki, notować nastroje, jak wyjawiać myśli i chronić chwile.

Posłaniec bogów upamiętnia obrońców opolskiej poczty poległych w czasie pierwszej wojny światowej. Zdaje się, że walczyli oni nie tyle o gmach, placówkę, biuro, o budowlę utrzymaną w stylu renesansu florenckiego, ile o ideę, swobodę wypowiedzi – o *wolność do*.

Możemy też pójść innym tropem i pod otoczką mitologii poszukać skrywanych niemieckich demonów, ujrzyć fobie i obsesje, przejawy megalomanii i skrajnej nietolerancji, niechęć do obcych i szukanie *wolności od*. Być może w roku 1930 Felix Kupsch odsłonił kłopotliwą prawdę. Pokazał, że historia Niemiec nader często znajduje się w złym miejscu i czasie, ale chyba trudno mieć pretensje wyłącznie do losu i przeznaczenia, obwiniać starożytnę *fatum*.

Agnieszka KANIA

Tekst ukazał się w Gazecie Wyborczej





Zima jakoś nie potrafi się zdecydować czy pokazać swoją moc, czy też się wycofać... Wiosna stoi już zapewne u naszych drzwi, ale też nie do końca jest zdecydowana... Bałagan w tej przyrodzie!!

Tymczasem z Ministerstwa Zdrowia dochodzą nas coraz to nowe wieści. A to pojawiają się propozycje uporządkowania systemu specjalizacji lekarskich i lekarsko-dentystycznych, a to odzywają pomysły na porady farmaceutyczne. Nasz nowy minister powołutku wprowadza zmiany, o których mówił w wywiadzie zamieszczonym przez mnie w poprzednim Biuletynie. To dobrze rokuje, ale – póki co – nie chwalmy dnia przed zachodem słońca. Zobaczmy, co będzie dalej.

Tymczasem przed Wami kolejny numer Biuletynu. Sporo w nim aktualności z naszego opolskiego podwórka (co bardzo mnie cieszy). Jest też parę materiałów prawnych (ciągle słyszę, że za mało takich tekstów) i parę innych ciekawych tekstów. Mam nadzieję, że jest o czym poczytać. A więc przyjemnej lektury

*Jerzy B. LACH*

\* \* \*

Komisja ds. Lekarzy Seniorów OIL w Opolu zaprasza na Wiosenne Spotkanie Lekarzy Seniorów, które odbędzie się w dniu 9 kwietnia 2016 r. (sobota) o godz. 13.00 w Willi Młynówka w Opolu, ul. Korfańskiego 4. W cza-



Koleżanki i Koledzy,

Jesteśmy na finiszu prac związanych z przygotowaniem siedziby Izby do generalnego remontu. Wybrana została firma, która będzie go realizować. Zastanawiamy się nad sposobem sfinansowania tego zadania. Na pewno niezbędne będzie wzięcie kredytu. W przysiarkach do budżetu na rok 2016 dyskutowaliśmy o możliwych oszczędnościach w ponoszonych przez Izbę kosztach, głównie poprzez racjonalizację wydatków. W dyskusji padała propozycja ograniczenia kosztów, związanych z wydawaniem i kolportowaniem Biuletynu (przechodzenie na formę elektroniczną, która zresztą od wielu miesięcy już funkcjonuje równolegle).

Ja osobiście nie jestem zwolennikiem rezygnacji z formy papierowej Biuletynu, a ostatnie dni dały mi duży argument do ręki. Otóż pod koniec ubiegłego roku, na

sie spotkania zostaną wręczone medale i dyplomy 39 lekarzom-seniorom, którzy przed 50 laty uzyskali dyplomy lekarskie.

Prosimy o zgłoszenie swego uczestnictwa w Biurze Izby (tel. 77/45-45-939) do dnia 6 kwietnia br.

Przewodniczący Komisji

*Dr n. med. Tadeusz CHOWANIEC*

## Absolwenci Akademii Medycznej Wrocław rocznik 1976

spotykają się w Bielawie  
w dniach 2–3 wrzesień 2016 r.

Kontakt z organizatorem Romanem Pileckim,  
tel. 601-790-940 oraz internetowo [rompil@wp.pl](mailto:rompil@wp.pl)

ZAPROSZENIE NA:

## Mistrzostwa Opolszczyzny Lekarzy w Tenisie Ziemnym

w dniach 4 i 5 czerwiec 2016 od godz. 8.00

Strzelce Op. ul. Budowlanych,  
korty „WINNER TENNIS”

Organizator: Ryszard Wileński tel. 602 670 528

email: [rysiekwil@gmail.com](mailto:rysiekwil@gmail.com),

strona kortów: <http://www.winnertennis.pl>

# SZPALTA PREZESA

wniosek naszej Komisji Lekarzy Emerytów, wprowadziliśmy do Funduszu Samopomocy nową pozycję – pomoc socjalną dla tak zwanych super-seniorów czyli lekarzy, którzy ukończyli 90 lat. Taki super-senior otrzymuje okolicznościowy dyplom oraz 1000 zł wsparcia finansowego. Na terenie samego Opola jest takich osób 10. Od 2 tygodni odwiedzam ich razem z Przewodniczącym Komisji Lekarzy Emerytów, dr Tadeuszem Chowańcem. I jakie było nasze zaskoczenie, gdy od kilkorga z nich usłyszeliśmy komentarze, odnoszące się do materiałów, publikowanych w naszym Biuletynie. Oni tym żyją, dla nich ta lektura jest czymś bardzo ważnym.

Wśród aktualnych lekarzy emerytów większość stanowią lekarze z „ery przedkomputerowej i przedinternetowej”. Część z nich nauczyła się korzystać z tego nowego medium, ale dla wielu z nich jest to jednak „coś obok”. I dla nich wersja papierowa Biuletynu jest konieczna.

*Jerzy JAKUBISZYN*

## POSIEDZENIE OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ

W dniu 27 stycznia br. odbyło się pierwsze w Nowym Roku posiedzenie. Program, spotkania obejmował:

1. Przyznanie praw wykonywania zawodu.
2. Rejestracja podmiotów prowadzących szkolenie po-dyplomowe lekarzy.
3. Zmiany w rejestrze indywidualnych praktyk le-karskich.
4. Przyznanie świadczeń z Funduszu Samopomocy, dofinansowanie udziału w imprezach sportowych oraz dofinansowanie zdarzeń kulturalnych.
5. Wyznaczenie przedstawicieli OIL do komisji kon-kursowych.
6. Zmiany w wysokości składki członkowskiej.
7. Wybory Prymariusza Opolskiego.
8. Wybór oferty pomocy prawnej dla członków OIL.
9. Sprawozdanie z posiedzenia Konwentu Prezesów ORL oraz Naczelnej Rady Lekarskiej.
10. Sprawozdanie członków Rady z działalności po-między posiedzeniami.
11. Sprawy różne i wolne wnioski.

Ad 1.

O wpis na listę członków OIL zwrócili się:

- lek. Łukasz Zientek – przeniesienie z Dolnośląskiej Izby Lekarskiej;
- lek. Kamil Stępiński – przeniesienie z Dolnośląskiej Izby Lekarskiej;
- lek. Michał Wrotyński – przeniesienie z Dolnośląskiej Izby lekarskiej.

Ponadto przyznano ograniczone prawo wykonywa-nia zawodu lek. dent. Weronice Turkiewicz.

Z powodu zmiany obywatelstwa na polskie, wydano nowe prawo wykonywania zawodu lek. Swietłanie Li-twiniec (poprzednie miała jako cudzoziemka). Wszyst-kie uchwały przyjęto jednogłośnie.

Ad 2.

Do Izby zwróciły się następujące podmioty szkolące z prośbą o przyznanie punktów edukacyjnych:

- „MEDICO-DENT Kompleksowe zaopatrzenie gabinetów stomatologicznych” przeprowadzi w dn. 27 lutego br. w Kędzierzynie-Koźlu szkolenie dla lekarzy den-tystów „Środki miejscowo znieczulające, bezpośred-nia odbudowa po leczeniu endodontycznym, sytuacje o podwyższonym ryzyku zakażenia w gabinecie sto-matologicznym” – przyznano 3 pkt edukacyjne.
- AMADER s.c. przeprowadziła w dn. 23 stycznia br. w Opolu szkolenie dla lekarzy dentystów „Opraco-wanie kanałów od komory do wierzchołka” – przy-znano 4 pkt edukacyjne.

- „MARKU – Przedsiębiorstwo Za-opatrzenia Medycznego”, zareje-strowane w OIL w Częstochowie, przeprowadzi w dn. 25 lutego br. w Opolu szkolenie dla lekarzy den-tystów „Leczenie kanałowe i re-konstrukcja korony po leczeniu en-dodontycznym – szybkie metody maszynowego opracowania i wypełniania kanałów ko-rzeniowych oraz rekonstrukcji zrębu korony zęba”.

Ponadto „MIP-PHARMA” przeprowadzi szkolenia dla lekarzy dentystów „Pacjent z cukrzycą w gabinecie sto-matologicznym” – 14 kwietnia oraz „Diagnostyka i le-czenie grzybic jamy ustnej” – 25 lutego. W/w kursy me-dyczne zostały zaakceptowane przez NRL.

Ad 3.

O wykreślenie z rejestru poprosiło troje lekarzy. Nato-miast z powodu śmierci lekarza wykreślono jedną prak-tykę. Wszystkie uchwały przyjęto jednogłośnie.

Ad 4.

Do Funduszu Samopomocy wpłynęło pismo z proś-bą o zapomogę, które w imieniu ciężko chorej córki na-pisała jej matka. Ponieważ formalnie regulamin FS nie przewiduje możliwości występowania o zapomogę przez członka rodziny, pismo podpisali jako współwnioskują-cy Jerzy Jakubiszyn oraz Jerzy Lach. Uchwałę o przy-znaniu zapomogi przyjęto jednogłośnie.

Ad 5.

Dyrektor Wojewódzkiego Specjalistycznego Zespo-łu Neuropsychiatrycznego w Opolu zwrócił się do Ra-dy z prośbą o wytypowanie przedstawicieli do komisji konkursowej na stanowisko ordynatora oddziału Psy-chiatrii Dzieci i Młodzieży (wyznaczono lek. Jarosława Mijasa jako przewodniczącego oraz lek. Ewę Pendzia-łek-Grunwald i lek. Andrzeja Pyziaka jako członków) oraz oddziału Diennej Rehabilitacji Psychiatrycznej (wyznaczono lek. Jerzego Lacha jako przewodniczące-go i lek. Elżbietę Sadowską i lek. Andrzeja Pyziaka ja-ko członków).

Ad 6.

O całkowite zwolnienie z opłacania składki z powo-du zaprzestania wykonywania zawodu zwróciła się jed-na osoba. Uchwałę przyjęto jednogłośnie.

Ad 7.

W tym roku członkowie ORL głosowali nad kandy-daturą lek. dent. Anny Szczombrowskiej. W głosowaniu wzięło udział 18 członków Rady. Głosowanie rozstrzygnę-ło się już w pierwszej turze. Tym samym decyzją Okrę-





gowej Rady Lekarskiej tegoroczna kandydatka otrzymała godność Prymariusza Opolskiego.

Ad 8.

Prezes Jakubiszyn przedstawił krótkie sprawozdanie z posiedzenia Konwentu Przewodniczących Izb Lekarskich. Podczas spotkania Konwentu poruszono temat realizacji uchwały podjętej przez ostatni Krajowy Zjazd Lekarzy, który dotyczył możliwości zatrudnienia lekarza w indywidualnej praktyce lekarskiej. Prezes poinformował, iż Komisja Legislacyjna zaproponowała, aby była możliwość zatrudnienia jednego lekarza na czas określony, natomiast Komisja Stomatologiczna zaproponowała, aby w takim zatrudnianiu nie było żadnych ograniczeń. Po dyskusji przy 3 głosach wstrzymujących podjęto Stanowisko, popierające propozycje Komisji Legislacyjnej.

Ponadto kol. Jakubiszyn poinformował, iż grupa lekarzy dentystów z Krakowa domaga się powołania Naczelnego Dentysty Kraju.

Natomiast na spotkaniu Naczelnej Rady Lekarskiej dyskutowano na temat kształtu szkolenia specjalizacyj-

nego, gościem był dyrektor CEM, prof. Klencki. Poruszono także temat autonomii lekarzy dentystów.

Ad 9.

Kol. Latała zdał relację ze styczniowego szkolenia zorganizowanego przez Komisję Stomatologiczną naszej Izby oraz PTS dla lekarzy dentystów, podczas którego dr n. med. Wojciech Pawlak z Katedry Chirurgii Szczerkowo-Twarzowej UM we Wrocławiu wygłosił wykład, pt. „Rotacje kompleksu szczękowo-twarzowego w chirurgicznym leczeniu wad zgryzu”.

Ad 10.

Kol. Olejnik poruszył problem działania Kontroli Skarbowych w gabinetach lekarskich. Po dyskusji postanowiono zwrócić się do Rady Prawnej naszej Izby o wyjaśnienie sytuacji, kiedy lekarz może ujawnić dane osobowe i medyczne pacjentów.

Po wyczerpaniu programu, na tym posiedzenie zakończono.

*Sekretarz ORL*

*lek. dent. Barbara HAMRYSZAK*

*Prezes ORL*

*dr n. med. Jerzy JAKUBISZYN*

## POSIEDZENIE KOMISJI STOMATOLOGICZNEJ OIL W OPOLU

W dniu 18 stycznia 2016 r. w siedzibie OIL w Opolu odbyło się pierwsze w Nowym Roku posiedzenie Komisji Stomatologicznej. Przewodnicząca dr J. Smerkowska-Mokrzycka powitała zebranych i przystąpiła do omawiania bieżących informacji.

1. Przewodnicząca przekazała zebranych informacje z posiedzenia Komisji Stomatologicznej Naczelnej Rady Lekarskiej w dn. 14 stycznia 2016 r.:

- gościem specjalnym na posiedzeniu Komisji była pani prof. I. Różyło-Kalinowska, która zaprezentowała temat: „Radiologia stomatologiczna w Polsce w 2016”. W wykładzie poruszyła problematykę opisu zdjęć radiologicznych – zgodnie z rozp. MZ z 18.02.2011 r. poza zdjęciami wewnątrzustnymi, opisami zdjęć zajmują się radiolodzy lub lek. dentyści po odpowiednim przeszkoleniu w zakresie radiologii szczękowej. Problemem jest fakt, iż do tej pory nie został ustalony program takiego przeszkolenia.
- omówienie zmian w przepisach dotyczących przepisywania recept: likwidacja umów upoważniających do wystawiania recept, konieczność uzyskania numerów recept od NFZ, ważność zawartych umów upoważniających, obowiązek poddania się kontroli, kary.
- omówienie ankiety dotyczącej wykonywania zawodu lekarza dentysty w Polsce.
- omówienie wyników ankiety „koszykowej” przez przewodniczącą zespołu ds. NFZ, dr A. Pacholec. Po-

stawienie końcowych wniosków zostało odłożone na kolejne posiedzenie KS NRL, ze względu na możliwość zaprezentowania do tego czasu przez Ministerstwo Zdrowia nowych propozycji dotyczących udzielania świadczeń stomatologicznych.

- omówienie projektu zarządzenia Prezesa NFZ w sprawie określenia kryteriów oceny ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i przyjętego w tej sprawie stanowiska nr 1/VII/2016 KS NRL.
  - zaprezentowanie przyjętego przez KS NRL stanowiska nr 2/VII/2016 w sprawie poszerzenia katalogu specjalizacji lekarsko-dentystycznych o specjalizacje w dziedzinie medycyny pracy i mikrobiologii lekarskiej.
  - zaprezentowanie projektu ustawy o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz ustawy o działalności leczniczej w zakresie dotyczącym zatrudniania innych lekarzy, lekarzy dentystów w indywidualnych i grupowych praktykach lekarskich, przesłanej do NRL.
2. Przedstawienie harmonogramu posiedzeń KS OIL do czerwca 2016 r. oraz informacja o terminie Okrę-



gowego Zjazdu Lekarzy (budżetowego) – 12 marca 2016 r.

3. Informacja o terminach sprawozdawczych lekarzy, lekarzy dentyków – przedsiębiorców, prowadzących praktyki zawodowe.

4. Informacje o szkoleniach:

- konferencja naukowo-szkoleniowa „Najnowsze trendy w stomatologii” w Kołobrzegu w terminie 19–21 luty 2016 r.
- PPHU „Amader” – „Opracowanie kanałów od komory do wierzchołka” – Opole, 23 stycznia 2016 r.

- firma „Marku” – „Leczenie kanałowe i rekonstrukcja korony po leczeniu endodontycznym – szybkie metody maszynowego opracowania i wypełniania kanałów korzeniowych oraz rekonstrukcji zrębu korony zęba” – Opole, 25 lutego 2016 r.

Medico-Dent – „Środki miejscowo znieczulające, bezpośrednia odbudowa zębów po leczeniu endodontycznym. Sytuacje o podwyższonym ryzyku zakażenia w gabinecie stomatologicznym” – Kędzierzyn-Koźle, 23 stycznia 2016 r.

*Przewodnicząca KS*

*Lek. stom. Jolanta SMERKOWSKA-MOKRZYCKA*

## KONFERENCJA ORTODONTÓW

W dniach 8–9 stycznia 2016 r. Opolskie Koło Regionalne Polskiego Towarzystwa Ortodontycznego zorganizowało VI już Ogólnopolską Konferencję, tym razem pt. „Nieprawidłowości zębowe”.

Organizowane przez nas konferencje tym różnią się od większości kursów i szkoleń firm komercyjnych, że wiedzą dzielą się z nami polscy lekarze praktycy, często nasi koledzy. Pozwala to na uniknięcie bariery językowej, a i realia organizacyjno-prawne w innych krajach często są inne i to one też determinują postępowanie terapeutyczne. Swobodną wymianę zdań i opinii umożliwia też brak, nazwijmy to tak, bariery „tytularnej”.

Kilkunastu lekarzy ortodontów z ośrodków klinicznych i prywatnych praktyk przedstawiło często nowatorskie propozycje związane z rozpoznaniem i diagnostyką a przede wszystkim leczeniem szerokiej gamy tych zaburzeń. Dotyczą one, najogólniej mówiąc liczby, czasu i miejsca wyrzynania się zębów, a także ich kształtu. Występowanie tych nieprawidłowości u niejednego pacjenta często nie może być skorygowane tylko ortodontycznie, ale wymaga leczenia interdyscyplinarnego. Najczęściej oprócz lekarza ortodonta, zaangażowany jest stomatolog ogólnie praktykujący, specjalista chirurgii stomatologicznej i szczękowo-twarzowej, chorób przyzębia oraz protetyk. Omawiając poszczególne problemy, często nawiązywa-

no do właściwej i odpowiednio wcześniej wprowadzonej diagnostyki, czyli uważności lekarzy stomatologów, którzy są lekarzami pierwszego kontaktu. Ścisła współpraca i w szczególności wiedza, co jest, a co nie jest na poszczególnych etapach rozwoju wadą, jest kluczem do zastosowania adekwatnej do sytuacji terapii. Bardzo pouczający był wykład dr Marzanny Daneckiej, która pokazała, jak doskonale efekty można osiągnąć uzupełniając leczenie ortodontyczne, a nawet w przypadku, gdy pacjent świadomie z niego rezygnuje, zastępując je leczeniem z zakresu protetyki i implantologii. Wydaje się, że wciąż zbyt rzadko lekarze różnych specjalności spotykają się w celu doskonalenia współpracy. W jednym z biuletynów *American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics*, redaktor naczelny tego czasopisma Vincent G. Kokich w artykule wprowadzającym pytał: kiedy ostatnio zabrałeś na lunch lekarza, z którym współpracujesz? Czy grasz z nim co tydzień w koszykówkę? Tłumaczył, jak ważne są te nawet nieformalne spotkania. Każdy z nas pogłębia wiedzę w dziedzinie, która go interesuje. Jest jej tak wiele, że na opanowanie wiedzy ze wszystkich dyscyplin może nie starczyć czasu, a szybki jej rozwój powoduje, że oddalamy się od wiedzy wcześniej zdobytej, ale nie praktykowanej. Naszym obowiązkiem jest dbałość o to, abyśmy się w naszym postępowaniu



*Najpierw solidna porcja wiedzy przy pełnej sali...*





... a potem solidna porcja zabawy

niu terapeutycznym rozumieli wzajemnie i uzupełniali. W 2014 r. miałam okazję brać udział w Zimowej Sesji Amerykańskiego Towarzystwa Ortodontycznego w Las Vegas, gdzie hasłem przewodnim było „Zabierz swojego dentystę ze sobą”. Uczestniczyli w nim ortodontaści i dentyści. Istnieje pilna potrzeba zorganizowania wspólnych interdyscyplinarnych konferencji, w formule dającej możliwość swobodnego przedyskutowania problemów.

Obrady naszej VI Konferencji miały miejsce tradycyjnie w Hotelu Mercure w centrum miasta. W piątkowy wieczór na spotkaniu towarzyskim mieliśmy okazję nieco odreagować intensywny wysiłek umysłowy. Dobra kuchnia Restauracji Szpitalna13 i muzyka, a w szczególności zabawy w Fotobudce wprowadziły nastrój nieomalże karnawałowy. W sobotę już od 9<sup>00</sup> godziny stawiliśmy się w komplecie, aby kontynuować obrady.

Nasze Koło istnieje już 15 lat, a 12 lat temu było organizatorem corocznego, VIII Zjazdu Polskiego Towarzystwa Ortodontycznego, co przypomniała witając się na tegorocznej Konferencji była Prezes PTO, dr n. med. lek. dent. Izabella Dunin-Wilczyńska (Uniwersytet Medyczny w Lublinie). Mieliśmy również możliwość wysłuchania bardzo ciekawego wykładu obecnej Pani Prezes, dr hab. n. med. lek. dent. Ewy Czochorowskiej (Warszawski Uniwersytet Medyczny) o transplantacji przezwyrostkowej. Obecność znakomitych gości oraz bardzo duża liczba uczestników konferencji była uhonorowaniem naukowej działalności naszego środowiska.

*Przewodnicząca Opolskiego Koła Regionalnego  
Polskiego Towarzystwa Ortodontycznego  
Jolanta JARKA*

## KONGRES FDI 2016 POZNAŃ



**Poznań, Poland**  
**September 7-10. 2016**



Doroczny Światowy Kongres Stomatologiczny FDI (*FDI Annual World Dental Congress, AWDC*), wydarzenie bez precedensu w polskiej stomatologii, będzie się odbywał 7–10 września 2016 r. w Poznaniu.

O tym, że to właśnie Poznań będzie gospodarzem wydarzenia, Światowa Federacja Dentystyczna poinformowała 4 marca 2014 r. Od tego momentu rozpoczęły się intensywne prace organizacyjne.

Wyzwanie jest ogromne – AWDC to nie tylko spotkanie o charakterze naukowym, ale również towarzysząca mu wystawa sprzętu stomatologicznego i materiałów oraz obrady Światowego Parlamentu Stomatologicznego FDI. Spodziewamy się, że do Poznania przyjedzie ponad 12 tys. uczestników, z czego duża część – z całego

świata, wszak FDI jest najstarszą i największą organizacją lekarsko-dentystyczną na świecie, zrzeszającą ponad 200 krajowych organizacji stomatologicznych, reprezentującą ponad milion lekarzy dentyistów z całego świata.

Choć do rozpoczęcia kongresu pozostało jeszcze trochę czasu, już teraz zachęcamy do zapoznania się ze stroną internetową wydarzenia – [www.fdi2016poznan.org](http://www.fdi2016poznan.org). W poszczególnych zakładkach umieściliśmy informacje o ważnych datach, programie naukowym, warunkach rejestracji czy imprezach towarzyszących kongresowi. Część informacji pojawi się na witrynie w kolejnych miesiącach. Zachęcamy do regularnego odwiedzania zakładki „Aktualności”, poprzez którą będziemy przekazy-

► zywać najważniejsze informacje, zarówno dla uczestników, jak i wystawców.

Już teraz możemy obiecać, że to będzie wyjątkowe spotkanie. We wrześniu 2016 r. do Poznania przyjadą najwybitniejsi specjaliści ze wszystkich dziedzin stomatologii. Liczba zaplanowanych szkoleń i warsztatów przekroczy możliwości uczestnictwa w każdym z nich. Kongres będzie obejmował wszystkie dziedziny stomatologii oraz sesje interdyscyplinarne. Odbędą się cztery sesje równoległe, warsztaty i spotkania z ekspertami z całego świata. Jesteśmy przekonani, że każdy znajdzie coś dla siebie.

## PLATFORMA E-LEARNINGOWA

Szanowni Państwo,

Uprzejmie informuję, iż w ramach zakończonego projektu systemowego pn. *Poprawa jakości zarządzania w ochronie zdrowia poprzez popularyzację wiedzy na temat technologii ICT*, którego Beneficjentem było Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, dostępna wciąż pozostaje platforma e-learningowa, a wraz z nią interaktywne kursy specjalistyczne, które w prosty i przystępny sposób umożliwiają poszerzanie wiedzy oraz doskonalenie umiejętności związanych z wykorzystaniem technologii informacyjno-komunikacyjnych w codziennej pracy zawodowej. Platforma skierowana jest do pracowników podmiotów wykonujących działalność leczniczą, tj. lekarzy, lekarzy dentystów, pielęgniarek, położnych oraz kadry zarządzającej, zaś korzystanie z jej zasobów możliwe będzie przez okres trzech lat od zakończenia projektu, tj. do dnia 30 czerwca 2018 r.

Udostępnione na platformie e-learningowej ćwiczenia mają formę szkoleń elektronicznych, obejmujących swoim zakresem następujące zagadnienia tematyczne: elektroniczna karta pacjenta, historia leczenia pacjenta, terminarz, grafik dyżurów, systemy telemedyczne, interoperacyjność systemów EDM, systemy kodowania, ewidencja wywiadów, badań fizykalnych pacjenta i obserwacji lekarskich oraz ewidencja rozpoznań i danych wypisowych.

Dodatkowo, istnieje możliwość przećwiczenia umiejętności, m.in. w zakresie dodawania pacjenta do reje-

Nie ma wątpliwości, że Doroczny Światowy Kongres Stomatologiczny FDI w Poznaniu będzie okazją do nauki i wyjątkowych spotkań w międzynarodowym towarzystwie oraz szansą na prezentację sukcesów polskiej stomatologii świata.

Wierzymy, że Polska będzie dumnym gospodarzem tego ważnego wydarzenia, a nasza gościnność pozostanie w sercach zagranicznych uczestników na długie lata. Fanów mediów społecznościowych zapraszamy na nasz profil na Facebooku.

ORGANIZATORZY

stru pacjentów, weryfikacji uprawnień świadczeniobiorców, przeglądania listy zaplanowanych wizyt oraz listy pacjentów, przeglądania zaplanowanych wizyt w terminarzu, przeplanowania wizyt pacjenta na inny termin czy anulowania rezerwacji.

Na platformie e-learningowej dostępne są również materiały niezbędne do nabycia wiedzy, posiadające formę podręczników oraz prezentacji multimedialnych. Ponadto, po wykonaniu wszystkich ćwiczeń, możliwe jest przystąpienie do testu weryfikującego, którego pozytywny wynik skutkuje uzyskaniem elektronicznego certyfikatu ukończenia szkolenia.

Po założeniu konta na stronie <http://kompetencje-cyfrowe.csioz.gov.pl> ze wszystkich zasobów platformy można korzystać w sposób całkowicie bezpłatny.

Mając na uwadze powyższe oraz korzyści, jakie niesie ze sobą wykorzystanie platformy e-learningowej zwracam się z uprzejmą prośbą o przekazanie informacji dotyczącej jej funkcjonowania do możliwie najszerszego grona odbiorców. Z pewnością przyczyni się to do zwiększenia wiedzy w zakresie technologii ICT, możliwych do zastosowania w znacznej liczbie placówek medycznych.

Z poważaniem,

Dyrektor Centrum Systemów Informacyjnych  
Ochrony Zdrowia  
Marcin WĘGRZYŃIAK

## STRESSOWY ZŁAZ MEDYKA JUŻ CORAZ BLIŻEJ!!!

Kochani!!!

Już za niecałe 3 miesiące spotykamy się na **2 Reaktywowanym Stressowym Złazie Medyka**, który odbędzie się w dniach **27–29 maja 2016 r.** Bazę rajdową założyliśmy w ośrodku Vital & SPA Resort SZAROTKA w Zieleńcu ([www.szarotka.eu](http://www.szarotka.eu)).

Oплата wpisowa wynosi 450 PLN i w jej ramach każdy uczestnik Złazu otrzyma: znaczek, śpiewnik z nie-

spodzianką, 2 noclegi, śniadania w sobotę i niedzielę, piątkowe grillowanie z piwem, obiadokolację w sobotę oraz koncert.

Dla szczególnie spragnionych górskich wrażeń istnieje możliwość przyjazdu już w Boże Ciało, tj. w czwartek 26 maja – z dodatkową trasą w piątek. W takim przypadku dodatkowa оплата za nocleg z czwartku na piątek uiszczana jest już jednak indywidualnie. Z kolei ci,





Wolna Grupa Bukowina

którzy mogą wziąć udział w Złazie dopiero od soboty wpłacając 350 PLN (za obiadokolację i koncert w sobotę oraz nocleg i śniadanie w niedzielę).

**Wpłat należy dokonywać na konto Dolnośląskiej Izby Lekarskiej we Wrocławiu: 17-1540-1030-2001-7753-6075-0001 do 30 kwietnia 2016 r. z dopiskiem „Złaz Medyka”.** Jak więc widać czasu na podjęcie decyzji pozostało już niewiele. **Czekamy na Wasze zgłoszenia!!!**

Wstępnie program Złazu obejmuje:

**27 maja (piątek)** – rozlokowanie się i „nocne Polaków rozmowy” z grillowaniem przy ognisku, gitarach, śpiewie i... ;

**28 maja (sobota)** – po śniadaniu wymarsz na trasy, następnie powrót do Zieleńca i wieczorem koncert. Będzie się on składał z dwóch części: najpierw „Karawana Marzeń” – czyli poezja śpiewana autorstwa znanego wszystkim Kazia Pichlaka w wykonaniu Karkonoskiego Zespołu Folkowego „Szyszak” z Zachełmia, a potem nasi starzy znajomi „Wolna Grupa Bukowina” (granie i śpiewanie do oporu);

**29 maja (niedziela)** – śniadanie, tradycyjne zdjęcia i rozjazd do domów.

Ponieważ zapewne niewiele wiecie o grupie z Zachełmia, pozwolę sobie przytoczyć to, co sami wykonawcy piszą o sobie: „»Szyszak« utworzyliśmy w listopadzie 2010 r. Mamy za sobą już wieloletnią współpracę, grając muzykę ludową i najbardziej popularną, niezbędną w eventach parkietowych lub podestowych. [...] \* Wspólnie odkryliśmy olbrzymią niszę w tradycji i w kulturze Gór Olbrzymich. Muzyka, poezja i folklor od XVII w. odgrywały wielką rolę w życiu ówczesnych mieszkańców tego regionu i do dziś one istnieją, nawet w ich obecnej ojczyźnie.

W ostatnich latach, wraz z rozwojem turystyki, narodziło się zainteresowanie bogatą historią, licznymi zabyt-



Grupa Szyszak

kami i integralną tradycją Dolnego Śląska [...] Pojawiły się odwołania do tradycji i do sztuki na miarę poziomu tożsamości nowych mieszkańców, w postaci folkloru góralskiego, beskidzkiego, architektury tyrolskiej, austriackiej i tatrzańskiej. Zapragnęliśmy czegoś bardziej autentycznego, związanego mocniej z Karkonoszami i z Kotliną Jeleniogorską. [...] Zaowocowało to powstaniem zespołu i pozwoliło wydobyć z szuflad wiersze, melodie, napisane pod wpływem fascynacji górami i przyrodą, filozofii bycia z nimi w zgodnej harmonii. Niektóre pieśni są stąd. Ludowe, sentymentalne, a teksty w mniej lub bardziej swobodnym tłumaczeniu, ponieważ z całego serca identyfikujemy się z nimi i czujemy to samo, tym mocniej, gdyby miało nam tego zabraknąć.

W grudniu 2014 ujrzała światło dzienne nasza trzecia płyta »Karawana Marzeń«. Umieściliśmy na niej 6 piosenek z tekstami naszego przyjaciela z Zachełmia, znanego w regionie lekarza, chirurga, poety, fotografika, podróżnika, himalaisty, Kazimierza Pichlaka. Pomysł polegał na dołączeniu jej do tomiku poezji Kazia pod tym samym tytułem i tak też się stało, ale dotłoczyliśmy nieco egzemplarzy dla naszych miłych słuchaczy.”

Natomiast naszych drugich gości Wolna Grupę Bukowina nikomu chyba nie trzeba przedstawiać – znamy ich od lat, a ich piosenki towarzyszą nam już prawie od 45 na turystycznych szlakach i przy ogniskach na biwakach.

I jeszcze jedno!! Wszyscy ci, którzy grają na gitarach będą bardzo mile widziani wraz ze swoimi instrumentami podczas piątkowego wieczoru „Pieśni powszechnej”. Mikrofony i wzmacniacze do dyspozycji na miejscu.

W razie jakichkolwiek wątpliwości jesteśmy do dyspozycji. Do zobaczenia w Zieleńcu!!!

\* skróty moje (JBL)

Jerzy B. LACH  
jerzy.lach@poczta.onet.pl  
Ryszard ŚCIBORSKI  
sciborski@poczta.onet.pl



# TRAGICZNE ŻYCIE KRÓLOWEJ SZKOCJI I FRANCJI MARII STUART (1542–1587)

Maria Stuart urodziła się w dniu 8 grudnia 1542 r. na zamku Linlithgow w Szkocji, jako córka króla Szkocji Jakuba V i francuzki Marii de Guise. Tydzień po jej narodzinach ojciec Jakub V zmarł. W związku z tą tragedią rodzinną Maria Stuart została koronowana na królową Szkocji jako sześciodniowe niemowlę.

Od piątego roku życia wychowywana była na katolickim dworze królewskim w Paryżu, gdzie w roku 1558 poślubiła Delfina (następcę tronu) Franciszka w katedrze Notre Dame. Franciszek był synem króla francuskiego Henryka II i Katarzyny Medycejskiej oraz późniejszym królem Francji Franciszkiem II.

Po śmierci Marii Tudor (pisałem o niej w Biuletynie Informacyjnym OIL w sierpniu 2012) Maria Stuart w roku 1558 zgłosiła swoje pretensje do tronu angielskiego, a później do sukcesji po swojej kuzynce Elżbiecie I Tudor, która nie posiadała dzieci.

Po śmierci swojego męża Franciszka II w roku 1560 (przez rok była królową Francji), w roku następnym powróciła do Szkocji, gdzie musiała zaakceptować panującą powszechnie od czasów Henryka VIII religię protestancką – sama nigdy nie porzuciła wiary katolickiej.

W roku 1564 zawarła związek małżeński z lordem Henry Darnleyem w Edynburgu, z którym miała syna Jakuba, późniejszego króla Anglii i Szkocji (żył w latach 1566–1625 i panował jako Jakub I).

Rok później lord Darnley zginął w ogromnej eksplozji domu, w którym przebywał, o co posądzono kochankę Marii Stuart Bothwella, za którego wkrótce wyszła za mąż w roku 1567. Wywołało to wielki bunt lordów szkockich. Maria Stuart została uwięziona w zamku Loch Leven znajdującym się na wyspie, na środku jeziora i została zmuszona do abdykacji na rzecz swojego syna Jakuba. Uwięziona poroniła bliźniaki.

W roku następnym 10 maja 1568 Marii Stuart udało się jednak uciec do Anglii, ale 3 dni później królowa angielska Elżbieta I, obawiając się knowań i spisków przeciw sobie, kazała ją uwięzić. W więzieniach angielskich Maria Stuart spędziła 19 lat.

Niespodziewanie w roku 1586 szkocki szlachcic nienawidzący Anglii Anthony Babington zorganizował spisek mający na celu uwolnienie Marii Stuart. Niestety jego listy przechwycił sekretarz Elżbiety I Francis Walsingham. Babingtona i jego współników pojmano, odarto ze skóry, wykastrowano, wypruto wnętrzności i poćwiartowano (takie procedury obowiązywały w czasach średniowiecza). Marię Stuart oskarżono o spisek na życie Elżbiety I i po dwudniowym procesie skazano na śmierć przez ścięcie.



Elżbieta I Tudor

Maria Stuart

Egzekucja odbyła się w dniu 8 lutego 1587 roku (nie dawno minęła jej rocznica). Po położeniu głowy na katowskim pniu Maria Stuart miała wypowiedzieć słynne słowa: „In manus tuas Domine” (w twoje ręce Panie). Wzruszony kat musiał trzykrotnie użyć topora, aby odciąć głowę Marii Stuart. Kiedy w końcu chciał pokazać tłumowi jej głowę ta potoczyła się po szafocie, zaś w jego rękach pozostała tylko peruka. Prawdopodobnie Maria Stuart wyłysiała podczas wieloletniego pobytu w więzieniu. W chwili śmierci Maria Stuart liczyła 45 lat, z czego 19 lat spędziła w więzieniach angielskich.

Po śmierci Marii Stuart rzekomo Elżbieta I bardzo żałowała, że podpisała wyrok na jej śmierć. Tragiczne i dramatyczne życie królowej Szkocji i Francji Marii Stuart było kanwą licznych utworów literackich – wymienić tutaj należy Fryderyka Schillera i naszego Juliusza Słowackiego. Również Gaetano Donizetti napisał piękną operę opartą na życiu Marii Stuart.

*P.S. Podobnie całkowicie pozbawioną włosów na głowie była trzecia żona Kazimierza Wielkiego, piękna Krystyna Rokiczana, którą poznał na dworze cesarza Karola IV w Pradze. Kiedy Kazimierz Wielki odkrył, że jest całkowicie łysa i ma świerzb skóry głowy wygnął ją z Wawelu, co opisałem w swojej książce pt. „Żony władców królów polskich”.*

*Dr hab. n. med. Janusz KUBICKI*

\*\*\*

Z uwagi na żywą reakcję ze strony P.T. Koleżanek i Kolegów interesujących się historią, w miesiącu grudniu 2015 r. dokonałem dodruku mojej książki pt. „Żony władców i królów polskich”. Pozycję tą będzie nabyć w cenie 40 zł w Sekretariacie Opolskiej Izby Lekarskiej, przy ul. Grunwaldzkiej 23.

Pozdrawiam

*Dr hab. n. med. Janusz KUBICKI*





# PLAN SZKOLEŃ PROWADZONYCH W RAMACH KOMISJI KSZTAŁCENIA OIL NA I PÓŁROCZE 2016 r.

Termin	Kierownik naukowy	Temat	Miejsce
4.III.16 r. piątek godz. 12.00#	Dr n. med. Jerzy Jakubiszyn	Prowadzenie działalności w podmiotach leczniczych -przetwarzanie danych osobowych wg obowiązujących przepisów prawa. E-recepty	Opolska Izba Lekarska Opole, ul. Grunwaldzka 23
18.III.16 r. piątek godz. 10.00#	Dr n. med. Ewa Jaskowska	Kiedy pracownia protetyczna nie jest nam niezbędna – podściele- nie protezy w gabinecie, korony tymczasowe, jednowizytowe mo- sty adhezyjne	Opolska Izba Lekarska Opole, ul. Grunwaldzka 23
8–10.IV.16 r. oraz 15–17.IV.16 r. Dod. inf. 661–082–360	Konsultant wojewódzki w dzie- dzinie zdrowia publicznego Dr hab. n. med. Teresa Kokot	Zdrowie publiczne (dla lekarzy /lekarzy dentystów wszystkich spe- cjalności zakwalifikowanych do odbywania specjalizacji przed 1.X.14 r.)	Opolska Izba Lekarska Opole, ul. Grunwaldzka 23
22.IV.16 r. piątek godz. 10:00#	Mgr inż. Mariusz Szlachetko	Prowadzenie dokumentacji medycznej za pomocą programu mMe- dica (dla 25 lekarzy stomatologów)	Opolska Izba Lekarska Opole, ul. Grunwaldzka 23
6.V.16 r. piątek godz. 12.00# Dod. inf. 661–082–360	Konsultant wojewódzki w dzie- dzinie zdrowia publicznego Dr hab. n. med. Teresa Kokot	Senior – pacjentem podstawowej opieki zdrowotnej	Opolska Izba Lekarska Opole, ul. Grunwaldzka 23
20–22.V.16 r. oraz 28–29.V.16 r. Dod. inf. 661–082–360	Konsultant wojewódzki w dziedzi- nie medycyny ratunkowej Dr Marek Dryja	Ratownictwo medyczne (dla lekarzy/lekarzy dentystów wszystkich specjalności, specjalizujących się wg modułowego programu specja- lizacji, zakwalifikowanych do odbywania specjalizacji po 1.X.14 r.)	Opolska Izba Lekarska Opole, ul. Grunwaldzka 23
2–5.VI.16 r. Dod. inf. 661–082–360	Konsultant wojewódzki w dziedzi- nie medycyny paliatywnej Dr n. med. Jadwiga Pyszkowska	Medycyna paliatywna (dla lekarzy w trakcie specjalizacji z chorób we- wnętrznych, specjalizujących się wg modułowego programu specja- lizacji, zakwalifikowanych do odbywania specjalizacji po 1.X.14 r.)	Opolska Izba Lekarska Opole, ul. Grunwaldzka 23

# prosimy o zgłaszanie chęci uczestnictwa w tym szkoleniu telefonicznie: 77/454-59-39 do siedziby OIL w Opolu. Za uczestnictwo w szkoleniu przysługuje 5 pkt. edukacyjnych.

\* \* \*

**18.III.16 r. – Kiedy pracownia protetyczna nie jest nam niezbędna – podściele-  
nie protezy w gabinecie,  
korony tymczasowe, jednowizytowe mosty adhezyj-  
ne – Dr n. med. Ewa Jaskowska.**

Program:

- wskazania do podścielenia protez,
- rodzaje podścielen,
- podścielenia wykonywane samodzielnie w gabinecie – technika wykonania, materiały do podścielen,
- korony tymczasowe wykonywane przez pracownię i samodzielnie w gabinecie – zalety i wady,
- korony tymczasowe wykonane przez lekarza – materiały, sposób wykonania i osadzenia,
- mosty adhezyjne wykonane na bazie włókna szklanego – materiały, sposób wykonania, zalety i wady,
- kiedy i w jakich sytuacjach klinicznych możemy sobie poradzić sami, bez zlecenia pracy pracowni protetycznej.

\* \* \*

**Kurs**

**OCHRONA RADIOLOGICZNA PACJENTÓW**

Ośrodek Doskonalenia Zawodowego Lekarzy i Lekarzy Dentystów Naczelnej Izby Lekarskiej zaprasza le-

karzy dentystów z całego kraju na szkolenia „Ochrona radiologiczna pacjentów dla lekarzy dentystów wykonujących medyczne procedury radiologiczne”. Kursy są zakończone egzaminem (egzaminy płatne zgodnie ze stawkami określonymi w obowiązujących Rozporządzeniach MZ). Terminy kursów: 7 i 8 kwietnia 2016 r.

Zapisy: [www.odz.nil.org.pl](http://www.odz.nil.org.pl). Naczelna Izba Lekarska – Ośrodek Doskonalenia Zawodowego Lekarzy i Lekarzy Dentystów, Sobieskiego 110, 00-764 Warszawa, e-mail: [odz@hipokrates.org](mailto:odz@hipokrates.org) tel. 22 559 13 10, 22 559 13 44

\* \* \*

## **SZCZEPIENIA OCHRONNE – informacja dla lekarzy**

W nawiązaniu do komunikatu MZ dot. rozporządzenia z dnia 18 sierpnia 2011 r. w sprawie obowiązkowych szczepień ochronnych (Dz. U. nr 182 poz. 1086, z późn. zm.), proszę osoby zainteresowane szkoleniem „Kwalifikacyjne badania ochronne i wykonywanie szczepienia” o kontakt telefoniczny do Biura Izby 77/454-59-39 lub zgłoszenie na stronę: [www.opole.szkolenia@hipokrates.org](mailto:www.opole.szkolenia@hipokrates.org) do dnia 31 marca br. Informacja niniejsza dotyczy lekarzy, których program specjalizacyjny nie obejmował tej tematyki.

Małgorzata ŁUSZCZYŃSKA-OSTROWSKA

Z wielkim zażenowaniem przeczytałem w lutym numerze Biuletynu Informacyjnego OIL (nr. 232) list naszej koleżanki lek. med. Haliny Jakobi-Róż pt.: „W labiryncie praw i obyczajów”, która po 45 latach, pracy w jednym Szpitalu (rzadko spotykany ewenement) i Wojewódzkim, a następnie w Wojewódzkim Centrum Medycznym w Opolu została zwolniona z przyczyn „ekonomicznych i konieczności szukania oszczędności tj. redukcji kadr”.

W tym miejscu chciałbym podkreślić, że ojciec lek. med. Haliny Jakobi-Róż – Norbert Jakobi był jednym z pierwszych lekarzy, którzy po zakończeniu wojny osiedlili się w Opolu, a nawet był pierwszym Kierownikiem Wydziału Zdrowia w Opolu. Miałem przyjemność przez kilka lat pracować wspólnie z Dr Norbertem Jakobi cenionym dermatologiem w IV Miejskiej Przychodni Rejonowej w Nowej Wsi Królewskiej (Opole 8, ul. V festiwalu 86).

Kiedy byłem młodym asystentem w Wojewódzkim Specjalistycznym Szpitalu Ginekologiczno-Położniczym im. Dr Sergiusza Mossora (twórcy powojennej ginekologii opolskiej i budowniczego pierwszego Szpitala w Opolu przy ul. Reymona 8, którego nazwisko coraz bardziej przechodzi w zapomnienie) pojawiła się na stażu podyplomowym młoda przystojna lekarka Halina Jakobi, która zwracała uwagę swoją postawą etyczną, moralną i zaangażowaniem w pracy. W czasie kolejnych stażów podyplomowych poznała swojego męża lek. med. Andrzeja Róża (wspaniałego tenisisty i zdobywcy wielu pucharów na ogólnopolskich turniejach tenisowych lekarzy). Dr Andrzej Róż był jednym z wyróżniających się lekarzy pediatrów, wychowanków

Dr Aleksandry Pospieszalskiej Dyrektora Wojewódzkiego Szpitala Dziecięcego w Opolu. Nic też dziwnego, że wkrótce objął stanowisko ordynatora oddziału noworodkowego Szpitala w Tułowicach, który był oczkiem w głowie Dr Pospieszalskiej (obecnie Szpital ten przestał istnieć). Niestety niespodziewana i szybka śmierć Dr Andrzeja Róża była dla nas wszystkich wielkim zaskoczeniem, tym bardziej, że w opolskiej służbie zdrowia przepracował ponad 40 lat.

Wielokrotnie swoje pacjentki, zwłaszcza ciężarne konsultowałem laryngologicznie z Dr Haliną Jakobi-Róż, doceniając jej serdeczne podejście do pacjentek i profesjonalizm konsultacji. Dlatego też sposób rozwiązania umowy o pracę przez Dyрекcję Wojewódzkiego Centrum Medycznego w Opolu z sugestią, aby sama po 45 latach pracy złożyła wypowiedzenie jest nie tylko mało kulturalne, ale wręcz żenujące. Wszyscy bowiem musimy pamiętać, że okres aktywnej działalności lekarskiej zamyka czas najważniejszego i najpiękniejszego okresu życia i rozpoczyna – często nieznany i nieprzewidywalny – okres życia emerytalnego, bez działalności oddziałowej i koleżeństwa. Dlatego to przejście wymaga wielkiego taktu i empatii.

Myślę, że „stara” Dyrekcja WCM w Opolu dojdzie do wniosku, że rozwiązanie stosunku pracy z Dr Haliną Jakobi-Róż było niezbyt eleganckie, zaś do nowo wybieranej aktualnie Dyrekcji prośba moja i koleżeństwa – aby pożegnania seniorów, którzy całe swoje życie zawodowe poświęcali pacjentom były bardziej życzliwe i kulturalne

W liście Dr Haliny Jakobi-Róż podziwiam cytowane piękne strofy Antoniego Słonimskiego i niezapomnianego filozofa Tadeusza Kotarbińskiego, które świadczą o wielkim horyzoncie humanistycznym autorki.

W imienia Komisji Seniorów Opolskiej Izby Lekarskiej serdecznie zapraszamy Panią Doktor na spotkanie wiosenne 16 kwietnia 2016 r.

PS. Niech będzie niewielkim pocieszeniem dla naszej koleżanki fakt, że ja osobiście zostałem zwolniony z pracy po 43 latach w jednym szpitalu (Wojewódzki Szpital Specjalistyczny Ginekologiczno-Położniczy im. Dr Sergiusza Mossora, który od tamtego czasu już dwukrotnie zmieniał nazwę) przed 3 laty w dniu 30 listopada mimo, że miałem rozplanowane zabiegi operacyjne na miesiąc grudzień. Ominęło mnie również spotkanie oplatkowe z współpracownikami.

Opole, 4.02.2016

Dr hab. n. med. Janusz KUBICKI



## WYSIŁEK FIZYCZNY? TAK, ALE TYLKO REGULARNY

Aktywność fizyczna, obok prawidłowo zbilansowanej diety, to podstawa zdrowego stylu życia. Nie bez znaczenia jest jej rodzaj i częstotliwość. Najczęstszym błędem są zbyt intensywne i zbyt częste ćwiczenia fizyczne. Każda osoba powinna dobrać dla siebie taki rodzaj aktywności fizycznej, jaki lubi, i taką częstotliwość treningów, jaką będzie zdolna utrzymywać przez dłuższy okres, najlepiej trwale, a nie tylko przez czas odchudzania, by po zredukowaniu liczby i intensywności treningów nie mieć efektu jo-jo. Szczególnie zalecane są ćwiczenia dynamiczne, aerobowe (marsz, bieg, rower, basen, nordic walking). U osób nieuprawiających do tej pory wysiłku fizycznego można zacząć od zalecenia dłuższych spacerów szybszym tempem po 30–45 minut, minimum 3 razy w tygodniu, docelowo 5 razy.

Aktywność fizyczna definiowana jest jako każdy ruch mięśni szkieletowych, któremu towarzyszy zużycie energii.

### Czy Polacy regularnie podejmują wysiłek fizyczny?

W populacji polskiej preferowany jest wypoczynek bierny lub mało aktywny. Na czytanie i oglądanie telewizji przeciętny Polak przeznaczą 17–18 godzin tygodniowo. Umiarkowaną aktywność fizyczną deklaruje 71% badanych, a średni czas wysiłku fizycznego wynosi 8 godzin tygodniowo. Co trzeci Polak regularnie biega, pływa lub pracuje na działce. Intensywny wysiłek fizyczny podejmowali głównie mężczyźni do 30 roku życia, co trzeci był w wieku 15–19 lat, a co piąty – 20. Natomiast wśród kobiet intensywnie ćwiczyła fizycznie tylko co trzynasta 15–19-latką i co dwudziesta 20-latką (Raport GUS – Stan zdrowia ludności Polski). Badania przeprowadzone przez Drygasa i wsp. w ramach programu CINDI WHO (Countrywide Integrated Noncommunicable Disease Intervention) potwierdzają powyższe stwierdzenia. Blisko 70% dorosłych Polaków prowadzi siedzący tryb życia, a jedynie około 6–10% populacji dorosłych uprawia systematycznie sport. Dane te dotyczą również pracowników służby zdrowia – aktywność fizyczna w tej grupie zawodowej zawsze była na niskim poziomie z uwagi na pracę zmianową, dyżury medyczne i pracę w różnych miejscach dodatkowych.

Na szczęście w ostatnich 3 latach sytuacja w Polsce zaczęła się zmieniać i jest to zauważalne, zarówno wśród

kobiet, jak i mężczyzn w przedziale wiekowym od 20 do 60 lat, ze szczytem przypadającym na 25–45 rok życia. Akcje społeczne zachęcające do regularnej aktywności fizycznej, masowe imprezy sportowe i wzrost świadomości dzisiejszego młodego i średniego pokolenia sprawiły, że preferujemy wypoczynek czynny – bieganie, pływanie, grę w tenisa, piłkę nożną czy jazdę na rowerze. Ściągamy na telefony komórkowe aplikacje pozwalające na analizowanie przebiegu treningu czy konkurowanie z innymi uczestnikami, wykupujemy zajęcia z instruktorami personalnymi czy umawiamy się na grupowe uprawianie sportu z przyjaciółmi lub rodziną.

### Dlaczego ważne jest regularne podejmowanie wysiłku fizycznego?

Wysiłek fizyczny, obok odpowiedniego odżywiania się, jest ważnym elementem zdrowego stylu życia. Aktywność fizyczna wpływa na zwiększenie wydatku energetycznego i szybszą redukcję masy ciała, zmniejszenie ilości tkanki tłuszczowej, wzmocnienie układu mięśniowo-kostno-stawowego, zmniejszenie zaburzeń metabolicznych, obniżenie ciśnienia tętniczego, zmniejszenie insulinooporności, poprawę profilu węglowodanowego i lipidowego oraz zwiększenie wydolności fizycznej i poprawę nastroju.

### Jaki jest udowodniony wpływ wysiłku fizycznego na nasze zdrowie?

W licznych badaniach naukowych potwierdzono korzystne działanie aktywności ruchowej w prewencji wielu chorób (Framingham Multiple Risk Factor Intervention Trial – MRFIT; Harvard Alumni Study; Nurses Health Study). Udowodniono, że regularny wysiłek fizyczny związany z wydatkiem energii powyżej 1000 kcal/tydzień wiąże się, niezależnie od płci, wieku i chorób współistniejących, ze znaczną redukcją umieralności ogólnej (o 25–47%) i zmniejszeniem ryzyka choroby niedokrwiennej serca o 30–50%. Osoby z prawidłową masą ciała, niepalące tytoniu i podejmujące regularny wysiłek fizyczny żyją średnio o 5–7 lat dłużej od rówieśników nieprzestrzegających powyższych zasad. Wysiłek fizyczny jest czynnikiem ochronnym, niezależnym od obciążenia genetycznego i innych czynników ryzyka. Regularny wysiłek fizyczny poprawia wyrównanie cukrzycy, obniża ciśnienie tętnicze oraz zmniejsza za-

burzenia lipidowe. Efekt ochronny aktywności fizycznej zależy od dawki, czasu trwania i częstotliwości.

### Czy aktywność fizyczna jest bezpieczna?

Większość pacjentów, którzy zamierzają podjąć systematyczny, umiarkowany wysiłek fizyczny, nie wymaga wcześniejszej konsultacji lekarskiej i może bezpiecznie uprawiać sport. Konsultacje lekarskie są zalecane w przypadku osób z rozpoznanymi chorobami sercowo-naczyniowymi, z czynnikami ryzyka rozwoju chorób sercowo-naczyniowych – u kobiet powyżej 50, u mężczyzn powyżej 40 roku życia, z chorobami przewlekłymi. Z konsultacji specjalistycznych powinny skorzystać również osoby z bólami w klatce piersiowej do tej pory niediagnozowanymi, z uczuciem nierównego bicia serca, omdleniami lub zasłabnięciami w przeszłości, bólami stawów lub obrzękami, a także chorujące na cukrzycę. Osoby te powinny być zbadane przez lekarza i w uzasadnionych przypadkach poddane próbie wysiłkowej na bieżni ruchomej lub cykloergonometrze. Lekarz powinien zwrócić również uwagę na niepokojące objawy, które mogą pojawić się podczas wysiłku fizycznego, i przeszkolić pacjentów z cukrzycą o konieczności modyfikacji dawki insuliny czy leków doustnych lub spożycia dodatkowego posiłku przed planowaną sesją ćwiczeń fizycznych.

### Jak często należy podejmować wysiłek fizyczny?

Według wytycznych American College of Sports Medicine z 2007 r., każdy powinien podejmować umiarkowaną aktywność fizyczną minimum 5 razy w tygodniu przez około 30 min. lub o dużej intensywności 3 razy w tygodniu przez 20 min.

### Jakie ćwiczenia są preferowane w profilaktyce chorób sercowonaczyniowych?

W profilaktyce chorób sercowo-naczyniowych szczególnie zalecane są ćwiczenia dynamiczne, poprawiające ogólną kondycję organizmu, np. marsz, jazda na rowerze, pływanie, nordic walking. Nie zaleca się natomiast ćwiczeń siłowych i statycznych.

### Jak powinna wyglądać sesja ćwiczeń?

Wysiłek fizyczny należy dostosować do wieku, możliwości fizycznych oraz ogólnego stanu zdrowia pacjentów. Ćwiczenia powinny odbywać się co najmniej 2–3 razy w tygodniu i trwać minimum 30–45 minut. Każdy trening powinien składać się z 3 faz, z 10–15 min. rozgrzewki – skłony, przysiady (nieznaczne przyspieszenie akcji serca, wzrost temperatury ciała – zwiększony dopływ krwi do mięśni), treningu właściwego i stopniowego zmniejszania wysiłku (10–15 min.) – skłony tułowia, krążenie głową (stopniowe zwolnienie akcji serca).

### Zalecana aktywność ruchowa w prewencji pierwotnej chorób układu sercowo-naczyniowego

Aktywność ruchowa	American College of Sports Medicine (ACSM) 1998	American Heart Association (AHA) i American College of Cardiology 2001	Europejskie Towarzystwo Kardiologiczne (ESC) 2006
Częstotliwość w tygodniu	3–5	3–5	4–5
Intensywność	55/65–90% maks. tętna lub 40/50 – 85 % VO <sub>2</sub> max	50–70% maks. tętna lub 40–60% VO <sub>2</sub> max	60–75% maks. tętna odpowiedniego dla wieku
Czas trwania	20–60 minut	20–60 minut	30–45 minut
Rodzaj treningu	wytrzymałościowy	wytrzymałościowy	wytrzymałościowy
Trening oporowy	uzupeł. 2–3 × w tyg.	uzupeł. 2–3 × w tyg.	brak danych

### Jaki powinien być wydatek energetyczny sesji ćwiczeń?

#### Przewidywany wysiłek energetyczny podczas wybranych ćwiczeń fizycznych

Wydatek energetyczny	Rodzaj wysiłku
5 kcal/min (300 kcal/h)	marsz, jazda na rowerze, pływanie żabką
7 kcal/min (420 kcal/h)	tenis ziemny, taniec
9 kcal/min (540 kcal/h)	koszykówka
10 kcal/min (600 kcal/h)	gra w piłkę nożną, pływanie kraulem
11 kcal/min (660 kcal/h)	bieganie

Wydatek energetyczny danej sesji ćwiczeń powinien wynosić od 200 do 300 kcal/trening, ale powyżej 1000 kcal na tydzień. Docelowo wydatek energetyczny powinien się kształtować w granicy 2000 kcal/tydzień.

### Co to jest mała aktywność fizyczna? I czy jest ona niebezpieczna dla zdrowia?

Niedostateczna aktywność fizyczna to aktywność o intensywności poniżej 4–5 MET (50–70W), czyli nieprzekraczająca straty energetycznej 500 kcal/tydzień. Przyjmuje się też, że niedostateczny wysiłek fizyczny to taki, przy którym wydatek energetyczny jest mniejszy niż 10% całkowitej dobowej straty energii, a czas trwania wysiłku jest krótszy niż 25 minut dziennie. Mała aktywność fizyczna i siedzący tryb życia powodują



zmniejszenie masy mięśniowej, czego następstwem jest obniżenie wydatku energetycznego związanego zarówno z wysiłkiem fizycznym, jak i podstawową przemianą materii. Mała aktywność fizyczna stwierdzana była w badaniu NATPOL III Plus u 49% mężczyzn i 59% kobiet, zaś w badaniu WOBASZ (20–74 lata) odpowiednio u 49 i 56%, w badaniu WOBASZ senior (wiek > 74 lata) odpowiednio u 54% i 75%.

### Ciekawostki na temat aktywności fizycznej

NEAT (Nonexercise Activity Thermogenesis) – czas tzw. wydatkowania energii niezwiązanego z wysiłkiem fizycznym. Nawet najmniejsza aktywność fizyczna zwiększa tempo metabolizmu, np. zmiana pozycji ciała podczas siedzenia lub chodzenie z prędkością 1,6 km/godz. odpowiednio o 54 i 154% w porównaniu z pozycją siedzącą. Korzystniej jest: siedzieć niż leżeć (25 i 18 kcal/15 min.), stać niż siedzieć (28 i 25 kcal/15 min.), chodzić niż stać (50 i 28 kcal/15 min.).

### Endorfiny

Wysiłek fizyczny pobudza mózg do wytwarzania tzw. endorfin – hormonów szczęścia, które poprawiają samopoczucie i zmniejszają napięcie nerwowe, co tłumaczy poprawę nastroju po sesji ćwiczeń.

### Podsumowując

Wzrost świadomości społeczeństwa na temat zdrowego stylu życia, w tym regularnej aktywności fizycz-

nej, oraz liczne kampanie społeczne promujące aktywny wypoczynek przyczyniły się do znacznej poprawy sytuacji w tym zakresie, również u pracowników służby zdrowia. W ostatnich latach, z roku na rok, możemy zauważyć zwiększoną liczbę osób, w każdym przedziale wiekowym, czynnie, amatorsko uprawiających sport. Wprowadzenie kart „aktywny senior”, uprawniających do uzyskania zniżki, tańszych karnetów w klubach fitness w godzinach popołudniowych czy specjalnych zajęć dla osób w starszym wieku – uaktywniło i ośmieliło również osoby w tym przedziale wiekowym. Powoli społeczeństwo polskie zrozumiało, że weekend, dni wolne od pracy czy popołudnia nie służą tylko do siedzenia przed telewizorem, wylegiwania się godzinami w łóżku czy biesiadowania przy stole, ale można wykorzystać ten czas w sposób aktywny. Mamy nadzieję, że ten pozytywny trend ulegnie utrwaleniu i nie będzie tylko chwilowym zrywem, który minie po okresie pierwszego zauroczenia... lub pierwszej poważnej kontuzji...

*Paweł RAJEWSKI*

(przedruk z „Primum” nr 10/15)

Autor pracuje w Wojewódzkim Szpitalu Obserwacyjno-Zakaźnym im. T. Browicza w Bydgoszczy oraz w Centrum Leczenia Otyłości i Zaburzeń Metabolicznych CM Gizińscy w Bydgoszczy.

## WIEM CO JEM, ALE CZY WIEM CO PIJĘ?

Żeby być zdrowym, trzeba się zdrowo odżywiać – to wiedzą wszyscy. O ile jednak staramy się zwracać uwagę na to co jemy, to mniejszą wagę przykładamy do tego co pijemy.

Woda jest podstawowym składnikiem pokarmowym niezbędnym do życia, który musi być obecny w codziennej diecie. Biorąc pod uwagę fakt, że dla człowieka szkodliwy jest zarówno nadmiar, jak i niedobór wody, jej ilości dostarczane do organizmu powinny równoważyć codzienne straty. Ogólne zalecenia dotyczące wielkości pobrania wody przez człowieka dorosłego formułuje się w odniesieniu do masy ciała lub zalecanego pobrania energii z pożywieniem, przyjmując w przybliżeniu, że zapotrzebowanie na wodę wynosi: 30 ml/kg masy ciała, lub 1 ml/1 kcal wartości energetycznej spożywanej diety. To podstawowe zapotrzebowanie jest w znacznym stopniu modyfikowane m. in. przez aktywność fizyczną oraz temperaturę i wilgotność powietrza.

Istotą jest nie tylko ilość wody w diecie, ale także jej źródła. Można jednak zauważyć, że wśród zaleceń prawidłowego żywienia, na które zwraca uwagę przeciętny konsument, najczęściej pomijaną kwestią jest właśnie

dobór rodzajów płynów obecnych w diecie. Zwraca się zdecydowanie większą uwagę na skład i rodzaj spożywanych pokarmów, pomijając skład i rodzaj wypijanych płynów. A mogą być one źródłem składników dla organizmu korzystnych, uzupełniając dietę w składniki niedoborowe, lub niekorzystnych, sprzyjających chorobom cywilizacyjnym.

Uczucie pragnienia jest sygnałem informującym o zbyt małej ilości wody w organizmie, dlatego właśnie spożycie czystej wody jest idealną odpowiedzią na ten sygnał. Może być to filtrowana, przegotowana woda wodociągowa lub woda butelkowana. Obecnie na rynku możemy wybierać spośród setek wód butelkowanych, a dla przeciętnego konsumenta wody te nie różnią się niczym poza smakiem. Warto jednak zwrócić uwagę na mineralizację wody butelkowanej i zawartość w niej składników mineralnych, których w codziennej diecie zazwyczaj brakuje. Przed 2010 rokiem każda woda mineralna, jak sama nazwa wskazuje, była istotnym źródłem składników mineralnych. Jednak w latach 2010–11 ukazały się nowe przepisy dotyczące kwalifikacji wód butelkowanych. Aktualnie nazwa „woda mineralna” nie zależy od zawarto-

ści składników mineralnych, ale może być stosowana do wszystkich wód wydobywanych z „pokładów mineralnych” o stabilnym składzie, niezależnie od stopnia ich mineralizacji. Definicja wody mineralnej, podana w Ustawie o bezpieczeństwie żywności i żywienia brzmi: „*naturalna woda mineralna – woda podziemna wydobywana jednym lub kilkoma otworami naturalnymi lub wierconymi, różniąca się od wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi pierwotną czystością pod względem chemicznym i mikrobiologicznym oraz charakterystycznym stabilnym składem mineralnym, a w określonych przypadkach także właściwościami mającymi znaczenie fizjologiczne, powodującymi korzystne oddziaływanie na zdrowie ludzi*”. Wprowadzona zmiana spowodowała, że aktualnie każda woda podziemna, spełniająca określone warunki pierwotnej czystości, pochodząca ze stabilnego źródła, może być nazwana „naturalną wodą mineralną”, a tylko niektóre z nich mogą mieć korzystny wpływ na zdrowie. Wodę mineralną od źródlanej różni czasem tylko stabilny skład mineralny źródła, z którego jest pozyskiwana. Dlatego, aby świadomie wybierać wodę do picia warto zwracać uwagę na stopień jej mineralizacji i zawartość poszczególnych składników mineralnych.

**Naturalne wody mineralne** są podzielone na cztery kategorie:

- **wysokozmineralizowane** – zawierają powyżej 1500 mg/l składników mineralnych, przeznaczone są do picia dla zdrowych osób dorosłych w czasie upałów lub przy wysokiej aktywności fizycznej,
- **średniozmineralizowane** – zawierają od 500 do 1500 mg/l składników mineralnych. Są to wody o umiarkowanej ilości składników mineralnych. Ich pozytywną cechą jest to, że nie naruszają równowagi wodno-elektrolitowej organizmu oraz nie obciążają przewodu pokarmowego i nerek. Dlatego można je pić w dowolnej ilości w celu gaszenia pragnienia,
- **niskozmineralizowane** – zawierają nie więcej niż 500 mg/l składników mineralnych. Naturalne wody mineralne niskozmineralizowane i wody źródlane, ze względu na niewielką zawartość składników mineralnych, mogą być pite przez dzieci oraz są przydatne do przygotowywania posiłków, także dla niemowląt (powinny posiadać pozytywną opinię Instytutu Matki i Dziecka),
- **bardzo niskozmineralizowane** – nie więcej niż 50 mg/l składników mineralnych. Są to wody specjalnego przeznaczenia żywieniowego.

Wybierając wodę mineralną warto zwrócić uwagę na zawartość w niej m. in. wapnia i magnezu. Zalecane spożycie wapnia (RDA) dla osoby dorosłej wynosi ok. 1000 mg. Woda powinna zawierać co najmniej 10% RDA Ca w litrze, czyli ok. 100 mg Ca/l. Zapotrzebowanie na magnez wynosi 255-320 mg, woda powinna zawierać co najmniej 10% RDA, czyli 25-32 mg/l. Taka woda może uzupełniać niedobory tych pierwiastków w organizmie

i wywierać korzystne oddziaływanie na zdrowie. Warto sprawdzić także zawartość wodorowęglanów ( $\text{HCO}_3^-$ ), które występują we wszystkich naturalnych wodach mineralnych. Wody o wyższym poziomie wodorowęglanów zobojętniają kwas solny w żołądku, a więc korzystnie oddziałują przy nadkwasocie, ale nie są wskazane dla osób z niedokwaśnością soku żołądkowego. Mają znaczenie fizjologiczne dla organizmu, kiedy ich zawartość w wodzie wynosi powyżej 600 mg/l. Kontrowersyjnym składnikiem wód jest dwutlenek węgla ( $\text{CO}_2$ ). Działa on lekko drażniaco na błonę śluzową jamy ustnej, pobudza także wydzielanie soku żołądkowego, może prowadzić jednak do wzdęć i nieprzyjemnego odbijania. U osób zdrowych może wzmacniać procesy trawienne oraz diurezę, nieznacznie zwiększając także wchłaniania innych składników z wody i pożywienia. W wodzie ma działanie bakteriostatyczne, poprawia także akceptowalność konsumpcyjną wody, która przez wiele osób nie jest pita ze względu na „mdły” smak. Wody z zawartością powyżej 4000 mg  $\text{CO}_2$ /l są niewskazane dla osób ze skłonnością do nadkwaśności i owrzodzeniami błony śluzowej żołądka oraz ze znaczną niewydolnością układu krążenia, w schorzeniach gardła i strun głosowych, dla osób „pracujących głosem”, a także dla małych dzieci.

Na rynku można spotkać także **wody lecznicze**. Są to wody o udowodnionych właściwościach wspomagających leczenie niektórych schorzeń. Ich działanie wynika ze specyficznych cech farmakodynamicznych, które są spowodowane przeważnie dużą zawartością niektórych składników mineralnych lub zawartością tzw. składników swoistych albo też odpowiednimi proporcjami pomiędzy składnikami mineralnymi. Wody lecznicze nie nadają się do gaszenia pragnienia, ich spożycie powinno być ograniczone i bezwzględnie skonsultowane z lekarzem, ponieważ istnieje wiele przeciwwskazań do ich spożywania.

Warto zaznaczyć, że z punktu widzenia towaroznawczego nie istnieją wody smakowe. To, co popularnie nazywamy „wodą smakową” jest napojem, zawierającym cukry proste (lub słodziki), bardzo często w ich składzie znajdziemy także konserwanty takie jak benzoosan sodu (E211) lub sorbinian potasu (E202).

Półki w sklepach uginają się jednak od napojów innych niż woda. Są to między innymi:

- **soki** – zawierają 100% wsadu owocowego/warzywnego, i zgodnie z Dyrektywą 2012/12/UE z dnia 19.04.2012 nie można dodawać do nich cukrów,
- **nektary** – zawierają od 25 do 100% wsadu owocowego/warzywnego, produkowane są z dodatkiem wody i cukru/miodu/substancji słodzących,
- **napoje owocowe/warzywne** – zawierają od 20 do 100% wsadu owocowego/warzywnego, produkowane są z dodatkiem wody i cukru/miodu/substancji słodzących, można dodawać do nich barwniki, aromaty i inne związki dozwolone prawem,



- **inne napoje** – zawierają poniżej 20% wsadu owocowego/warzywnego, produkowane są z dodatkiem wody i cukru/miodu/substancji słodzących, można dodawać do nich barwniki, aromaty, inne związki dozwolone prawem.

Napoje te nie zawsze są wyraźnie oznakowane, nie trudno pomylić sok z napojem owocowym, dlatego świadomy konsument powinien czytać skład produktu, umieszczony na etykiecie.

Soki owocowe i warzywne mogą być dla nas źródłem witaminy C (pomarańczowy 43 mg/100 g), potasu (pomidorowy 260 mg/100 g), karotenoidów (marchwiowy 580 µg/100 g), błonnika pokarmowego (soki przecierowe i warzywne). Należy jednak pamiętać, że zawartość składników odżywczych i bioaktywnych w sokach jest mniejsza niż w owocach i warzywach, z których powstały.

Napoje owocowe/warzywne są mniej wartościowe od soków, zawierają mniejsze ilości witamin przy porównywalnej ilości cukrów. Dodaje się do nich najczęściej syrop fruktozowo-glukozowy lub słodziki, takie jak aspartam (E951), acesulfam K (E950), sukralozę (E955) i/lub sacharynian (E954).

Inne napoje to przede wszystkim coca-cola, pepsi, oranżady. Zawierają cukry dodane (lub słodziki), ale także kwas ortofosforowy (E338), który ogranicza wchłanianie wapnia i sprzyja występowaniu osteoporozy.

Niezależnie od rodzaju napoju (sok owocowy, nektar, inny napój) ich wartość energetyczna wynosi przeciętnie 40 kcal/100 ml i wynika z obecności ok. 10 g cukru. W sokach jest to cukier naturalnie występujący w owocach, w napojach są to cukry dodane podczas procesu technologicznego. Jak łatwo wyliczyć, szklanka soku/napoju owocowego zawiera ok. 5 łyżeczek cukru, którego smak maskowany jest naturalnymi kwasami owocowymi lub kwasem cytrynowym. Dlatego spożycie soków również powinno być ograniczone, najlepiej do jednej porcji dziennie (200 ml), a słodkie napoje nie powinny pojawiać się w diecie ogóle. W badaniach wykazano, że picie słodkich napojów sprzyja próchnicy, otyłości, cukrzycy, zaburzeniom lipidowym, przyspiesza starzenie komórek, prowadzi do problemów z pamięcią, zaburza także gospodarkę hormonalną organizmu.

Na rynku występują też **napoje energetyzujące lub izotoniczne**. Napoje energetyzujące zostały zaliczone do dietetycznych środków spożywczych, w których głównym źródłem energii są węglowodany, a ich wartość energetyczna jest nie mniejsza niż 19 kcal/100 ml (zazwyczaj 40-42 kcal/100 ml), zawierają one jeden lub więcej z następujących składników: kofeinę (zazwyczaj w ilości 32 mg/100 ml – porównywalnie do filiżanki kawy), guaranę, inozytol, glukuronolakton lub taurynę. Są to produkty, które mogą być okazjonalnie spożywane przez osoby dorosłe o wzmożonym wysiłku psychofizycznym. Producenci deklarują, że produkty te mają działanie zwiększające wydolność organizmu w warunkach obciążenia,

takich jak: długotrwała męcząca praca, stres, potrzeba większej koncentracji. W odróżnieniu od napojów tradycyjnych nie należy traktować ich jako nośników wody, czyli jako napojów gaszących pragnienie, lecz jak napoje funkcjonalne. Zaniepokojenie budzi fakt, że obecnie pojawiają się one systematycznie w codziennej diecie wielu osób, w tym także dzieci, a ich spożycie jest skorelowane z niewłaściwym trybem życia (brak snu, przewlekły stres, nieprawidłowe żywienie). Napoje izotoniczne mają służyć łatwemu nawodnieniu organizmu, ponieważ z założenia ich stężenie (osmolalność) jest takie samo, jak stężenie płynów w organizmie człowieka, dzięki czemu płyn powinien się szybko wchłaniać i uzupełniać składniki mineralne tracone w czasie wysiłku fizycznego. Warto jednak zwrócić uwagę na ich rzeczywisty skład, najczęściej jest to: woda, glukoza, maltodekstryna, regulatory kwasowości: kwas cytrynowy, cytrynian sodu, cytrynian potasu; stabilizatory: guma arabska, estrы glicerolu i żywicy roślinnej; barwniki: żółcień chinolinowa/tartrazyna/błękit brylantowy; substancje słodzące: acesulfam K, aspartam, sacharynian sodu; substancje wzbogacające: witaminy – niacyna, kwas pantotenowy, biotyna, witamina E, witamina B<sub>6</sub>; substancje konserwujące: sorbinian potasu, benzoosan sodu. Zawierają więc szereg dodatków do żywności, z tego powodu warto zastępować je rozcieńczonymi sokami warzywnymi lub wodą wysokozmineralizowaną.

Jednak do najbardziej rozpowszechnionych napojów na świecie należą kawa i herbata. Ich wartość energetyczna jest zerowa, jeśli pite są bez dodatków w postaci cukru, mleka, śmietanki. Ale już kawa latte to około 55 kcal/100 ml, co w porcji 330 ml daje 180 kcal. Zarówno napary kawy jak i herbaty mogą zawierać niewielkie ilości składników mineralnych i niektórych witamin oraz innych związków o działaniu fizjologicznym. Należą do nich: alkaloidy, takie jak kofeina/teina, które poza działaniem pobudzającym, nasilają diurezę, w związku z czym napary kawy lub herbaty nie są dobrym napojem nawadniającym organizm. W kawie i herbacie obecne są również antyoksydacyjne polifenole, w które szczególnie bogata jest herbata zielona. Napoje te zawierają jednak także kwas szczawiowy i taniny, które są związkami antyodżywczymi – tworzą nierozpuszczalne kompleksy ze składnikami mineralnymi, utrudniając ich wchłanianie i sprzyjają tworzeniu kamieni nerkowych (szczawiany). Regularne spożywanie umiarkowanych ilości kawy i herbaty może być korzystne dla zdrowia, jednak napoje te nie powinny stanowić podstawy w strukturze wypijanych płynów.

Badania wskazują, że świadomość żywieniowa społeczeństwa wzrasta, ale problem udziału napojów w niezbilansowaniu składu odżywczego diety i wynikających z tego konsekwencji zdrowotnych, nadal wymagają intensywnych działań edukacyjnych, w które warto się jednak zaangażować dla zdrowia obecnego i przyszłego pokolenia.

*Dr hab. inż. Joanna SADOWSKA*

(przedruk z „Vox Medici” nr 4/15)

## BYĆ LEKARZEM, BYĆ LEKARZEM...

Co należy zrobić, aby rozmowa lekarza z pacjentem przebiegała w sposób możliwie naturalny, aby lekarz był wiarygodny i dobrze postrzegany? Sposobów jest wiele. Rozmawiam o nich z dr Moniką BRAUN – aktorką, nauczycielką aktorstwa, reżyserii i technik przemawiania, trenerem i coachem komunikacji interpersonalnej, specjalistą od body-language, wykładowcą w Instytucie Dziennikarstwa i Komunikacji Społecznej Uniwersytetu Wrocławskiego.

**Magdalena Orlicz-Benedycka:** *Zaufanie – na nim opiera się praca lekarza. Jak je zyskać?*

**Monika Braun:** Kiedy słyszę, że lekarz ma być wiarygodny i ma zdobyć zaufanie, myślę o kilku kluczowych punktach, które powodują, że chcemy słuchać osoby, z którą się spotykamy, że jej wierzymy. Liczy się miejsce, światło, ale najważniejszy jest aspekt ludzki. Istotnym elementem jest „polubienie”. To wydaje się banalne, ale z głębokich powodów ewolucyjnych skupiamy uwagę na kimś, kto wydaje nam się sympatyczny, ciekawi nas to, co mówi, i kiedy właśnie – po prostu lubimy go. Instynktownie, intuicyjnie. Wtedy jesteśmy w stanie usłyszeć, zrozumieć i zaakceptować to, co do nas mówi i czego od nas chce.

Pacjent jest często istotą, która słabo słyszy i nie rozumie. Jest przerażony, w bólu, zdenerwowany. Dlatego celem lekarza jest uspokojenie tego kogoś, zdobycie jego uwagi i zaufania, pokazanie całym ciałem, że uwaga lekarza jest skierowana na drugą osobę. Właśnie – całym ciałem, a zatem sposobem mówienia, siedzenia, patrzenia. Na taki komunikat jako ludzie jesteśmy wrażliwi, znacznie mniej natomiast na słowa wg ich encyklopedycznych znaczeń, których rozumienie zajmuje więcej czasu i często wymaga fachowego przygotowania. Ważny jest też czynnik współczucia. Chory czeka na ten rodzaj uwagi, empatii. Zazwyczaj cierpi lub niepokoi się z jakiegoś powodu i pragnie, aby to zauważono. Jak to wygląda w praktyce? Dzieje się to przez bardzo spokojne, wyraźne nawiązanie kontaktu wzrokowego. Ileż razy jako pacjentka spotykam się z lekarzami, którzy wcale na mnie nie patrzą! Mówią do swoich notatek, patrzą gdzieś w bok albo równocześnie coś sprawdzają w komputerze.

Poza rutynowymi pytaniami o objawy warto pamiętać o pacjencie. W zakresie postawy i gestykulacji oznacza to zaangażowanie się. Lekarze (tłumacząc się często zmęczeniem) bywają fizycznie i werbalnie rozleniwieni, wyłączeni, działają wg gotowych algorytmów. Uwagę i energię lekarza pacjent odbiera często silniej niż słowa. Ułatwia mu to zwykle mówienie, co skutkuje prostą oszczędnością czasu dla lekarza. To, co wypowiada wobec pacjenta, musi być uporządkowane, uargumentowane, zrozumiałe. Chodzi naprawdę o tak elementarne zachowania jak wyraźne mówienie, kierowanie wypowiedzi

wprost do pacjenta z utrzymywaniem kontaktu wzrokowego, stosowanie przykładów i analogii. Pacjent chce rozumieć, choć nie zawsze ma odwagę pytać. Ważniejsze jest poczucie, że ktoś o niego dba, myśli o nim, że elementy terapii, jakie mu proponuje, jakiegokolwiek by nie były, są naprawdę dla jego dobra oraz, że są spójne. Trzeba podawać pacjentowi wyjaśnienia, mówić obrazowo, nie wystarczająco fachowe terminy. Leczonego człowiek przede wszystkim chce rozumieć, co będzie się z nim działo, co będzie czuł, czego doświadczy we wszystkich zakresach swego ludzkiego „ja”. Pewna ilość fachowej terminologii jest jednak niezbędna, ponieważ przybywa pacjentów, którzy czytają i posiadają sporą wiedzę. Nie chcą być traktowani jak głupcy. Ponadto, jeśli wszystko zostanie pacjentowi wyjaśnione, także w oparciu o „twardą” wiedzę medyczną, tworzy to wokół lekarza image profesjonalisty. Powstaje rodzaj społecznego teatru, dzięki któremu rośnie autorytet lekarza, zyskuje jego rola fachowca.

**Wielu pacjentów nie pyta o nic lub nie wie, że może pytać, że to jest ich prawo. Nie każdy lekarz lubi wyjaśniać i odpowiadać na pytania pacjenta...**

Warto zdać sobie sprawę, że pacjent, który rozumie i ufa jest mniej skłonny do niepotrzebnego „zawracania głowy” lekarzowi, hysterii, niesłusznych pretensji czy oskarżeń. Pacjent, który zrozumie, co go czeka, nie boi się i jest znacznie łatwiejszy we współpracy. Chętniej poddaje się trudnym, bolesnym zabiegom i nie zadaje potem kłopotliwych pytań. Nie robi różnych dziwnych rzeczy, wiedziony lękiem, pod presją bólu. To oszczędność nerwów i czasu dla lekarza. Natomiast pacjent, który się boi i nie rozumie, co się z nim dzieje, w momencie kiedy dojdzie do zabiegu lub do innych procedur medycznych, bywa nieprzewidywalny. Jeśli wtedy, pod presją, zacznie pytać czy protestować, może utrudnić pracę całemu personelowi.

**A pacjenci roszczeniowi, trudni? Co z nimi zrobić?**

Takie same pytania padają podczas szkoleń dla prawników i nauczycieli, tyle że dotyczą one trudnych klientów bądź uczniów. Będąc sama nauczycielem, także mam do czynienia z pewnego rodzaju uczniem czy studentem, z którym muszę sobie poradzić.

Prawie każdego człowieka, poprzez język ciała i głębokie, pozytywne nastawienie, można skłonić do uwagi i przekonać do swoich racji. Ciało lekarza czy nauczyciela

powinno komunikować – ja jestem dla ciebie, słucham cię. Poza tym, mówiąc do konkretnej osoby, trzeba tak dobrać język i sposób przekazu, aby dostosować się do odbiorcy. Pacjent (ani student) nie powinien poczuć się gorszy, głupszy. Trzeba znaleźć dla niego proste słowa i analogie, które pozwolą mu zrozumieć sytuację i zamiary lekarza. Poprzez spokojny i uważny w stosunku do drugiej osoby sposób zachowania, w większości przypadków udaje się pacjenta uspokoić czy załagodzić sytuację. Wobec pacjenta obowiązują lekarza te same zasady, które prawdopodobnie stosowałby wobec kobiety, na której mu zależy, wobec szefa, u którego chciałby się zatrudnić itp. Ubrałby się absolutnie elegancko. Starałby się, patrzył w oczy, uważnie słuchał, zachowywał uprzejmie. Znam lekarza, który od wielu lat robi na mnie wrażenie ogromną elegancją swojego ubioru, kiedy idzie spotkać się z pacjentami. Odnosi ogromne sukcesy jako lekarz, a także sukcesy finansowe. Jest zawsze nienagannie ubrany, skoncentrowany. Obserwuję to z uwagą.

Przez wiele lat mieszkalam we Francji. Miałam tam do czynienia z medycyną w różnych jej zakresach. Byłam zdumiona ogromną, bezwzględną grzecznością lekarzy. Każdy podawał mi rękę. Sama robię to dalej w Polsce, ale nie dla wszystkich lekarzy jest to oczywiste. Nie każdy pacjent odważy się też wyciągnąć dłoń do lekarza. Według etykiety to zresztą lekarz w gabinecie powinien podać rękę. Jej podanie jest gestem ludzkim. W różnych sytuacjach między lekarzem a pacjentem to pierwsze podanie ręki z uważnym spojrzeniem w oczy może złagodzić pewne możliwe początkowe niechęci, obawy czy napięcia pacjenta. Wystarczy spokojnie potrzymać czyjąś dłoń w swojej dłoni. Jeżeli lekarz się spieszy, w istocie ignoruje obecność pacjenta, stale patrzy w komputer, nie patrzy natomiast na człowieka – transmituje mu napięcie i zwątpienie w możliwość poprawy, znalezienia remedium na jego dolegliwości. Dzieje się to przez język ciała, ale także poprzez sposób posługiwania się narzędziami lekarskimi, komputerem, receptami, indeksami leków itd. Być może lekarze, którzy skarżą się na swoich pacjentów, nie wiedzą, że sami prowokują ich dziwactwa. Nie wiedzą o tym, że sami są źródłem ich nerwowości czy złości płynącej – z reguły – z lęku.

#### ***Dobry wygląd to podstawa?***

Na sukces komunikacyjny, czyli budzenie zaufania i budowanie autorytetu składa się też wygląd zewnętrzny, tzw. dress-code. Udowodniono, że większość pacjentów wierzy lekarzowi bardziej, jeżeli całość jego „roli”, a więc i „kostium” – lekarski fartuch, także widoczny spod fartucha krawat, elegancka koszula, czyste buty (wypastowane, dobrej jakości) – jest spójna. Wzmacnia to dobre wrażenie, dodaje inteligencji i powagi w oczach pacjenta. No tak, taki ktoś na pewno jest „na poziomie”, to ktoś poważny – tak oceniają ludzie. Niezależnie od tego jak jest naprawdę, lekarz uprzejmy, porządnie ubrany, wyraźnie i jasno się wypowiadający, jest wyżej punk-

towany przez nieświadome części naszego mózgu. Lekarz ma wtedy znacznie większą szansę, że cokolwiek powie, będzie przyjęte z dobrą wiarą przez pacjentów, otrzymuje znacznie większy kredyt zaufania. Jeśli natomiast zlekceważy uprzejmość, będzie prezentował swoją profesjonalną wyższość – nie pomoże mu wtedy ani porządne ubranie, ani perfekcyjnie dopięte guziki, ani markowe buty czy zegarek. Powrócę na chwilę do moich doświadczeń we Francji. Byłam zaskoczona, że za każdym razem w gabinecie lekarskim witał mnie za dbany/a, grzeczny/a, elegancki/a kobieta, mężczyzna. To było zdumiewające. Często nie nosili fartuchów lekarskich. Te bowiem, traktowane jak element rytualnego kostiumu wiążącego się tradycyjnie z bólem, zabiegami, zwiększają napięcie u pacjenta.

Lekarz w przychodni, w zależności od specjalizacji i rodzaju kontaktu z pacjentem, może mieć fartuch lub nie. Tam gdzie jest dużo kontaktu fizycznego z człowiekiem czy jego wydzielinami, gdzie wymagana jest pełna sterylność, wymagany też jest fartuch. To chroni obie strony. W innych przypadkach dobrze, gdy pacjent widzi, że fartuch nałożony jest na eleganckie ubranie. Sam fartuch powinien być czysty. Wszystko powinno być zharmonizowane i nienaganne. I nie chodzi tylko o budowanie prestiżu, jakąś nadmierną elegancją. Bardziej o wrażenie, że konsultacja czy wizyta nie odbywa się w przelocie, że lekarz pod każdym względem przygotował się na kontakt z drugim człowiekiem, że go szanuje jako osobę i nie odznacza go wyłącznie na długiej liście osób do przyjęcia.

***Mam wrażenie, że wiele osób nie przywiązuje wagi lub nie zdaje sobie sprawy, jak istotny jest zadbany wygląd lekarza, elegancki, dobrze dopasowany kostium czy dobrze skrojony i dobrany garnitur. Dobrą wizytówką lekarza jest też jego zdrowy, wysportowany wygląd i dobra sylwetka.***

Obecnie wprowadza się więcej swobody w wystrój szpitali, korytarzy, placówek medycznych i celowo mniejszy rygor w strojach lekarzy. Eliminuje się fartuchy, aby zmniejszyć stres pacjentów, co wynika z utrwalonego i opisanego na gruncie socjologii stosunku do uniformu. Personel medyczny zbyt rzadko pamięta, że szpital jest dla swoich klientów taką samą „instytucją totalną” (pisze o tym na przykład Erving Goffman) jak koszary, więzienie, internat. Warto zadbać, aby scenografia i rekwizytornia zawodów medycznych nie była wyłącznie przerażająca i nie wywoływała dodatkowego stresu. W książce „Człowiek w teatrze życia codziennego” Goffmana cała teatralizacja zawodu lekarza jest szeroko omówiona. Powoduje, że pacjent wierzy lub nie wierzy lekarzowi, lubi go i ufa mu lub nie. Umysł ludzki kieruje się bardzo prostymi kategorizacjami. Odpowiedni kostium może budować poczucie przychylnego pacjentowi autorytetu lekarza, zmniejszyć jego obawy.

(przedruk z „Medium” nr 10/15)



# WIEDZA TRANSFUZJOLOGICZNA ZALECANA DO PRZYPOMNIENIA

z dr n. med. Katarzyną BŁASZKIEWICZ, kierownikiem Działu Krwiolecznictwa SPSK nr 4 w Lublinie, rozmawia Marek DERKACZ

***Czy lekarze powinni raz na jakiś czas powtarzać wiedzę z transfuzjologii i czy w rzeczywistości to robią?***

Jest to konieczne. Nie można opierać się na wiedzy uzyskanej kilkanaście lat temu, w ramach zdanej specjalizacji, bo często okazuje się ona niewystarczająca. Ministerstwo Zdrowia ma plan wprowadzenia dla lekarzy szkoleń z dziedziny transfuzjologii, obowiązujących raz na dziesięć lat. Niezależnie od tego, lekarze powinni sobie tę wiedzę odświeżać i ugruntowywać. Lekarze zatrudnieni w SPSK-4 na pewno są na bieżąco z wiedzą i obowiązującymi przepisami transfuzjologicznymi. Uczestniczą nie tylko w okresowych szkoleniach z zakresu transfuzjologii organizowanych w szpitalu, ale w ubiegłym roku obowiązkowo sprawdzili swoją wiedzę i znajomość procedur transfuzjologicznych poprzez rozwiązanie przygotowanego testu.

***Do zagadnień, które trzeba sobie odświeżać, należy procedura w sytuacji, kiedy pacjent się wykrwawia, a nie ma jeszcze oznaczonej grupy krwi.***

Przypominam, że wynik oznaczenia grupy krwi, na podstawie którego lekarz może dokonać transfuzji, to oryginalny wynik grupy krwi lub krewkarta, ważna z dokumentem tożsamości. Niedopuszczalne jest zamawianie krwi na podstawie wpisu grupy w karcie informacyjnej, czy wyniku grupy podanego ustnie.

Jeśli pacjent się wykrwawia i nie znamy jego grupy krwi, mamy do dyspozycji koncentrat krwinek czerwonych (KKCz) grupy 0, który można przetoczyć wszystkim pacjentom w sytuacji zagrożenia życia. Szpitalny bank krwi zawsze dysponuje zapasem kilku jednostek krwi grupy 0 RhD ujemnej i 0 RhD dodatniej. W pierwszej kolejności bank krwi wydaje krew 0 RhD ujemną, a dla kobiet w wieku rozrodczym oraz dziewczynek dodatkowo Kell ujemną. Gdy brak jest krwi 0 RhD ujemnej dla ratowania życia możliwe jest przetoczenie krwi 0 RhD dodatniej.

Przy ciężkim krwotoku i znacznej utracie krwi, każda minuta jest na wagę złota, dlatego nie wolno czekać na oznaczenie grupy i dobranie krwi. Jeśli krwotok zagraża życiu, należy jak najszybciej zamówić i przetoczyć krew grupy 0 „na ratunek”, tj. przed wykonaniem próby zgodności. Przed transfuzją krwi należy (jeśli to tylko możliwe) pobrać dwie próbki krwi, jedną na oznaczenie grupy krwi, drugą na wykonanie próby zgodności. W masowym krwotoku podanie tylko koncentratu krwinek czerwonych jest błędem w sztuce lekarskiej. Pacjent traci wszystkie składniki krwi i wszystkie nale-

ży przetoczyć, zaś bank krwi nie dysponuje krwią pełną, tylko jej składnikami. Do momentu oznaczenia grupy krwi pacjenta należy niezwłocznie przetaczać także osocze świeżo mrożone grupy AB. Pacjent masowo krwawiący będzie wymagał również przetoczenia koncentratu krwinek płytkowych, ale wtedy z reguły grupa krwi pacjenta jest już oznaczona.

***Jakie, poza masowym krwotokiem, są inne wskazania do przetoczenia krwi?***

Te wskazania są dość jasno określone, ale pamiętajmy, że każdą transfuzję krwi należy rozpatrywać nie szablonowo, tylko indywidualnie. Lecznym celem przetoczenia krwinek czerwonych jest usprawnienie zdolności przenoszenia tlenu. Przy podjęciu decyzji o przetoczeniu koncentratu krwinek czerwonych niezbędna jest indywidualna analiza wszystkich kryteriów niedokrwistości, tj. objawów klinicznych, parametrów laboratoryjnych (wartości hemoglobiny i hematokrytu), wydolności mechanizmów kompensacyjnych i czynników ryzyka oraz przyczyn niedokrwistości. Należy jednocześnie pamiętać o tym, że samo stężenie hemoglobiny nie jest wystarczającym parametrem do oceny stopnia dostarczenia tlenu do tkanek, zaś w przypadku hipowolemii wartość hematokrytu może nie określić rzeczywistego niedoboru krwinek czerwonych. Również czynniki indywidualne mogą stanowić wskazanie do transfuzji, odbiegające od ogólnych zaleceń. Uważa się, że przy hemoglobinie  $>6-8\text{g/dl}$  i wystarczającej kompensacji bez objawów klinicznych niedokrwistości oraz braku czynników ryzyka nie ma wskazań do przetoczeń KKCz. Wskazania te pojawiają się, gdy przy tym poziomie hemoglobiny występuje ograniczona zdolność kompensacji anemii wobec istniejących czynników ryzyka. Objawy kliniczne niedokrwistości są wskazaniem do podania pacjentowi KKCz, nawet przy wyższych wartościach hemoglobiny.

Racjonalnym wskazaniem do stosowania osocza świeżo mrożonego (FFP) jest niedobór wielu osoczowych czynników krzepnięcia krwi. Biorcami są chorzy ze złożonymi koagulopatiami, przygotowujący do zabiegów operacyjnych, u których podanie osocza ma ograniczyć krwawienie operacyjne lub pacjenci z objawami krwawienia. Osocze podaje się przy masowych transfuzjach, niedoborze czynnika V i XI lub kompleksu ADAMTS 13, przy plazmaferezie.

***Jakie błędy podczas przetwarzania krwi popełniamy najczęściej, my, lekarze?***

Przetoczenie krwi i jej składników to de facto przeszczep obcej tkanki, niosący obok korzyści również ryzyko dla pacjenta. Niewłaściwe wskazania do transfuzji, nieprzestrzeganie procedur transfuzjologicznych,

obowiązujących w każdym szpitalu, brak identyfikacji pacjenta przez lekarza przed transfuzją, brak obecności lekarza przy rozpoczęciu transfuzji każdej jednostki/opakowania krwi lub jej składnika, niepełna dokumentacja transfuzji w historii choroby i książkach transfuzyjnych, brak odnotowania transfuzji w karcie informacyjnej (naruszenie praw pacjenta) – to grzechy lekarzy stosujących krwiolecznictwo w Polsce. Absolutnym błędem jest pogląd, że obecność lekarza przy rozpoczęciu transfuzji dotyczy tylko przetaczania koncentratu krwinek czerwonych, nie zaś osocza, krioprecypitatu, koncentratu krwinek płytkowych.

#### ***Jak rozpoznać nagłe powikłania poprzetoczeniowe i jak postępować w przypadku ich wystąpienia?***

Przed transfuzją każdej jednostki krwi lub jej składnika, po piętnastu minutach jej trwania oraz po zakończeniu mierzone są parametry życiowe pacjenta: ciśnienie tętnicze krwi, tętno, temperatura ciała. Przy wystąpieniu groźnych powikłań poprzetoczeniowych parametry te ulegają zaburzeniu. Przy nagłych powikłaniach zagrażających życiu jest to szczególnie zaznaczone. Nie można również bagatelizować wszystkich objawów zgłaszanych przez pacjenta, bo one mogą sugerować rozpoczynające się groźne powikłanie, wcześniej niż zmiana parametrów życiowych. Również pacjent operowany, któremu jest przetaczana krew, musi być szczególnie obserwowany. Nagłe pojawienie się powierzchniowego krwawienia, wynikające z zaburzeń krzepnięcia oraz brunatne zabarwienie moczu mogą wskazywać na najgorsze powikła-

nie, odczyn hemolityczny z powodu przetoczenia krwi niezgodnej grupowo.

Podstawą leczenia przy podejrzeniu powikłania poprzetoczeniowego jest jak najszybsze zatrzymanie transfuzji. Przy wczesnych hemolitycznych reakcjach poprzetoczeniowych wdrożyć należy natychmiast leczenie przeciwwstrząsowe, ze szczególnym uwzględnieniem hemodynamiki krążenia, wydolności oddechowej i funkcji nerek.

#### ***Jakie powikłania potransfuzyjne występują najczęściej?***

Najczęściej są to łagodne reakcje alergiczne w postaci pokrzywki, pojawiające się średnio raz na 50–100 transfuzji, niehemolityczne reakcje gorączkowe obserwowane średnio u jednego z 300 biorców krwi oraz alloimmunizacja biorcy antygenami krwinek czerwonych. Główną przyczyną reakcji alergicznych jest nadwrażliwość biorcy na składniki białkowe dawcy, znajdujące się w przetaczanej krwi, najczęściej obserwowana u pacjentów z wywiadem alergicznym. Przyczyną niehemolitycznych gorączkowych reakcji poprzetoczeniowych jest obecność leukocytów i ich fragmentów w przetaczanych składnikach krwi oraz obecność przeciwciał antyleukocytarnych, wykrywanych u biorców krwi. Kolejną przyczyną gorączki niehemolitycznej mogą być pirogenne cytokiny, interleukiny nagromadzone w składnikach krwi w czasie przechowywania. Po wystąpieniu takich reakcji, pacjentowi należy przetrzącać ubogoleukocytarny koncentrat krwinek czerwonych, w miarę możliwości o krótkim okresie przechowywania.

(przedruk z „Medicusa” nr 4/15)

## PRAWO NA CO DZIEŃ

# ZMIANY W ZASADACH PROWADZENIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

8 grudnia 2015 r. opublikowano nowe rozporządzenie regulujące zasady prowadzenia dokumentacji medycznej. Wprowadzono szereg zmian i nowych zapisów. Przedstawiamy syntetyczny opis wprowadzonych modyfikacji i nowych zasad.

***Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 roku w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania.***

### **I. Wprowadzone zmiany dotyczą:**

1. Wzorów i obowiązku stosowania książeczki zdrowia dziecka.
2. Zakresu danych, jakie powinno zawierać skierowanie na badanie diagnostyczne, konsultację specjalistyczną lub leczenie w przypadku gdy są finansowane ze środków publicznych (uzupełnienie o kod

resortowy – VIII część systemu resortowych kodów identyfikacyjnych).

3. Dokumentacji medycznej Państwowego Ratownictwa Medycznego, w zakresie systemu powiadamiania ratunkowego.
4. Regulacji dotyczących prowadzenia dokumentacji medycznej w przypadku wystawiania recept dla siebie i członków najbliższej rodziny dotyczą również pielęgniarek i położnych.
5. Wyłączenia stosowania okołooperacyjnej karty kontrolnej w przypadku operacji w trybie natychmiastowym,
6. Dokumentacji medycznej prowadzonej w ramach nocnej i świątecznej opieki lekarskiej i pielęgniarskiej – prowadzenie dokumentacji zbiorczej księgi porad, bez dokumentacji indywidualnej.

7. Dokumentacji lekarzy, pielęgniarek i położnych wystawiających recepty dla siebie albo dla małżonka, zstępnych lub wstępnych oraz rodzeństwa oraz książeczkę zdrowia dziecka jako szczególnych rodzajów dokumentacji medycznej.
8. Jednolitego wzoru karty przebiegu znieczulenia.
9. Zmiany dostosowujące prowadzenie dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej.
10. Odstąpienia od prowadzenia kartoteki środowisk epidemiologicznych.

#### ***Książeczka zdrowia dziecka:***

- lekarz podmiotu leczniczego, w którym nastąpił poród albo do którego przyjęto noworodka urodzonego w warunkach pozaszpitalnych, wydaje książeczkę zdrowia dziecka, przy wypisie ze szpitala,
- w przypadku przyjmowania porodu w warunkach domowych przez lekarza albo położną, książeczkę zdrowia dziecka wydają odpowiednio ten lekarz albo położną,
- książeczka zdrowia dziecka jest wydawana przedstawicielowi ustawowemu dziecka, za pokwitowaniem, zawiera informacje o stanie zdrowia, udzielanych świadczeniach zdrowotnych oraz inne informacje istotne dla oceny rozwoju dziecka od urodzenia do uzyskania pełnoletności,
- wpisy w książeczce zdrowia dziecka są dokonywane przez lekarza, pielęgniarkę, położną lub inną osobę wykonującą zawód medyczny, niezwłocznie po udzieleniu świadczenia zdrowotnego, a w przypadku gdy nie jest to możliwe, są uzupełniane w trakcie następnej wizyty na podstawie dokumentacji wewnętrznej.

#### ***Dokumentacja medyczna Państwowego Ratownictwa Medycznego, w zakresie systemu powiadamiania ratunkowego:***

- dysponenti zespołów ratownictwa medycznego nie muszą posiadać w swojej strukturze stanowiska dyspozytora,
- informacje dotyczące zgłoszenia zawarte będą w dokumentacji indywidualnej (karcie zlecenia wyjazdu zespołu ratownictwa medycznego), przechowywanej przez dysponenta zespołu ratownictwa medycznego,
- dokumentacja zbiorcza tworzona i przechowywana będzie przez centrum powiadamiania ratunkowego,
- w zakresie karty zlecenia wyjazdu zespołu ratownictwa medycznego – zmiana kodów pilności wyjazdu.

#### ***Regulacje dotyczące prowadzenia dokumentacji medycznej w przypadku wystawiania recept dla siebie i członków najbliższej rodziny dotyczą również pielęgniarek i położnych:***

- prowadzenie wykazu zawierającego podstawowe informacje o pacjencie oraz przepisany lek, środkiem spożywczym specjalnego przeznaczenia żywieniowego albo wyrobie medycznym.

#### ***Dokumentacja medycznej prowadzona w ramach nocnej i świątecznej opieki lekarskiej i pielęgniarstwa:***

- zakres informacji, jakie powinna ona zawierać,
- prowadzenie dokumentacji zbiorczej – księgi porad,
- brak wymogu prowadzenia dokumentacji indywidualnej

## **II. Najważniejsze szczegółowe zmiany:**

1. Dokumentację indywidualną wewnętrzną stanowi w szczególności (dodano) także karta uodpornienia, o której mowa w ustawie z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2013 r. poz. 947, z późn. zm.).
2. Dokumentację indywidualną zewnętrzną stanowią w szczególności (dodano):
  - książeczka zdrowia dziecka,
  - książeczka szczepień, o której mowa w ustawie z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi.
3. Sposób oznaczania dokumentacji:
  - w przypadku dokumentacji prowadzonej w postaci papierowej pierwsza strona dokumentacji indywidualnej zawiera oznaczenie pacjenta zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 2, a kolejne strony – co najmniej imię i nazwisko pacjenta.
  - w przypadku sporządzania wydruku z dokumentacji indywidualnej prowadzonej w postaci elektronicznej, przepis ust. 1 stosuje się odpowiednio do stron wydruku.
  - w dokumentacji medycznej wpisuje się nazwę i numer statystyczny rozpoznania choroby, problemu zdrowotnego lub urazu.
4. Błędne wpisy w dokumentacji medycznej dodatkowo się przekreśla (pozostałe czynności jak wcześniej).
5. W dokumentacji indywidualnej wewnętrznej zamieszcza się lub dołącza do niej: oświadczenie pacjenta o upoważnieniu do uzyskiwania informacji o jego stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych, ze wskazaniem imienia i nazwiska osoby upoważnionej oraz danych umożliwiających kontakt z tą osobą; oświadczenie pacjenta o upoważnieniu do uzyskiwania dokumentacji, ze wskazaniem imienia i nazwiska osoby upoważnionej; oświadczenie pacjenta o wyrażeniu zgody albo zezwolenie sądu opiekuńczego na przeprowadzenie badania lub udzielenie innego świadczenia zdrowotnego, na zasadach określonych w rozdziale 5 ustawy z dnia



6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, zwanej dalej „ustawą”, a w przypadku gdy pacjent nie złożył oświadczenia, adnotację o tym zamieszcza się w dokumentacji indywidualnej wewnętrznej.

- oświadczenia te, złożone w postaci elektronicznej za pośrednictwem systemu, o którym mowa w art. 7 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2015 r. poz. 636, z późn. zm.), przechowywane w Systemie Informacji Medycznej, o którym mowa w art. 10 tej ustawy.

6. W dokumentacji medycznej wpisuje się nazwę choroby (obok numeru statystycznego rozpoznania choroby).

Aktualnie skierowanie na badanie diagnostyczne, konsultację lub leczenie, zawiera:

- oznaczenie podmiotu wystawiającego skierowanie, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 1;
- oznaczenie pacjenta, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 2;
- oznaczenie rodzaju przedsiębiorstwa podmiotu, do którego kieruje się pacjenta;
- rozpoznanie ustalone przez osobę kierującą;
- inne informacje lub dane, w zakresie niezbędnym do przeprowadzenia badania, konsultacji lub leczenia;
- datę wystawienia skierowania;
- oznaczenie osoby kierującej, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 3.

a ponadto:

- kod resortowy – VIII część systemu resortowych kodów identyfikacyjnych,
- zlecenie na badania laboratoryjne zawiera informacje i dane określone w przepisach wydanych na podstawie art. 17 ust. 4 ustawy z dnia 27 lipca 2001 r. o diagnostyce laboratoryjnej (Dz. U. z 2014 r. poz. 1384 i 1491 oraz z 2015 r. poz. 1087).

7. W przypadku porodu z zastosowaniem analgezji regionalnej prowadzi się kartę przebiegu znieczulenia.

8. Wzór karty obserwacji porodu określa załącznik nr 2 do rozporządzenia.

9. Historia choroby, w części dotyczącej wypisania pacjenta ze szpitala w przypadku zgonu pacjenta, poza informacjami wymienionymi w § 20 pkt 1–4, zawiera m. in. (zmieniono brzmienie) adnotację o wykonaniu albo niewykonaniu sekcji zwłok, a w przypadku określonym w art. 31 ust. 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, adnotację o zaniechaniu sekcji zwłok z powodu sprzeciwu;

10. Karta informacyjna z leczenia szpitalnego zawiera m. in. rozpoznanie choroby w języku polskim

wraz z numerem statystycznym, o którym mowa w § 7 ust. 1 ustawy.

11. Kartę informacyjną z leczenia szpitalnego wydaje się w dniu wypisu, a w przypadku, o którym mowa w art. 29 ust. 1 pkt 2 lub 3 ustawy o działalności leczniczej, bez zbędnej zwłoki.

12. Historia zdrowia i choroby zawiera informacje dotyczące pielęgniarstwa długoterminowego.

13. Historia zdrowia i choroby w części dotyczącej ogólnego stanu zdrowia, chorób, problemów zdrowotnych lub urazów zawiera w szczególności informacje (dodano) o orzeczeniu o niepełnosprawności, orzeczeniu o stopniu niepełnosprawności albo innych orzeczeniach traktowanych na równi z tym orzeczeniem

14. Historia zdrowia i choroby w części dotyczącej porad ambulatoryjnych lub wizyt domowych zawiera (dodano) adnotacje o zleceniach na zaopatrzenie w wyroby medyczne wydanych pacjentowi

15. Historia zdrowia i choroby w części dotyczącej opieki środowiskowej oraz pielęgniarstwa długoterminowego zawiera:

- opis warunków zamieszkania;
- uzyskane na podstawie wywiadu informacje o warunkach nauczania, wychowania lub pracy;
- datę rozpoczęcia i zakończenia opieki pielęgniarstwa lub położniczej;
- rodzaj i zakres czynności pielęgniarki lub położnej, w szczególności rozpoznanie problemów pielęgnacyjnych i psychospołecznych, plan opieki pielęgniarstwa lub położniczej oraz adnotacje związane z wykonywaniem czynności, w tym wynikających ze zleceń lekarskich;
- oznaczenie pielęgniarki lub położnej, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 3.

16. W przypadku prowadzenia dokumentacji w postaci papierowej wyniki badań diagnostycznych lub konsultacji, o których mowa w ust. 4 pkt 6 i 7, dołącza się do historii choroby w formie oryginału albo kopii bądź zamieszcza się w niej ich dokładny opis.

17. Do historii zdrowia i choroby dołącza się, istotną dla procesu diagnostycznego, leczniczego lub pielęgnacyjnego dokumentację medyczną udostępnioną przez pacjenta, w szczególności karty informacyjne z leczenia szpitalnego.

18. Karta przebiegu ciąży w części dotyczącej ogólnego stanu zdrowia zawiera informacje (dodano) o czynniku Rh.

19. Znacznie zmienione zapisy – § 46. 1.

Księga porad ambulatoryjnych w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, opatrzona numerem księgi, zawiera:

- oznaczenie podmiotu, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 1;

- numer kolejny wpisu;
  - datę i godzinę zgłoszenia się pacjenta;
  - imię i nazwisko, numer PESEL – jeżeli został nadany (w przypadku noworodka – numer PESEL matki, a w razie braku numeru PESEL – rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość) oraz adres miejsca zamieszkania pacjenta;
  - opis udzielonego świadczenia zdrowotnego;
  - oznaczenie osoby udzielającej świadczenia zdrowotnego, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 3. 2 – podmiot leczniczy udzielający świadczeń zdrowotnych nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej nie prowadzi dokumentacji indywidualnej wewnętrznej.
20. Pracownia protetyki stomatologicznej i ortodoncji prowadzi dokumentację zbiorczą w formie księgi pracowni.

Księga pracowni, opatrzona numerem księgi, zawiera:

- oznaczenie podmiotu, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 1;
- oznaczenie pacjenta, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 2;
- oznaczenie lekarza zlecającego, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 3 lit. a;
- datę przyjęcia i datę zakończenia zlecenia;
- rodzaj i opis zleconej pracy, w tym diagram zębowy;
- dane o użytych materiałach;
- imię i nazwisko osoby wykonującej zlecenie;
- oznaczenie osoby wykonującej zlecenie, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 3.3. Do księgi pracowni dołącza się zlecenie lekarza.

21. Przepisy dotyczące wykazu – wykaz, opatrzony imieniem i nazwiskiem pielęgniarki lub położnej, zawiera:

- numer kolejny wpisu;
- datę wystawienia recepty;
- imię i nazwisko pacjenta, a w przypadku gdy dane te nie są wystarczające do ustalenia jego tożsamości, także datę urodzenia lub numer PESEL pacjenta;
- rozpoznanie choroby, problemu zdrowotnego lub urazu;
- międzynarodową lub własną nazwę leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego albo rodzajową lub handlową nazwę wyrobu medycznego;
- postać, w jakiej lek, środek spożywczy specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrób medyczny ma być wydany, jeżeli występuje w obrocie w więcej niż jednej postaci;
- dawkę leku lub środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego, jeżeli występuje w obrocie w więcej niż jednej dawce;
- ilość leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrobu medyczne-

go, a w przypadku leku recepturowego – nazwę i ilość surowców farmaceutycznych, które mają być użyte do jego sporządzenia;

- sposób dawkowania w przypadku przepisania:
  - a) ilości leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrobu medycznego, niezbędnej pacjentowi do maksymalnie 120-dniowego stosowania wyliczonego na podstawie określonego na receptce sposobu dawkowania,
  - b) leku gotowego dopuszczonego do obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, który zawiera w swoim składzie środek odurzający lub substancję psychotropową,
  - c) leku recepturowego zawierającego w swoim składzie środek odurzający lub substancję psychotropową.

22. Nowe przepisy dotyczące książeczek zdrowia (§ 72).

- podmiot leczniczy, w którym nastąpił poród albo do którego przyjęto noworodka urodzonego w warunkach pozaszpitalnych, wydaje książeczkę zdrowia dziecka, przy wypisie ze szpitala.
- w przypadku przyjmowania porodu w warunkach domowych przez lekarza, o którym mowa w § 58, albo położną, o której mowa w § 64, książeczkę zdrowia dziecka wydają odpowiednio ten lekarz albo położna.
- książeczka zdrowia dziecka jest wydawana przedstawicielowi ustawowemu dziecka, za pokwitowaniem.
- książeczka zdrowia dziecka zawiera informacje dotyczące okresu prenatalnego, porodu, stanu zdrowia po urodzeniu, wizyt patronażowych, badań profilaktycznych, w tym stomatologicznych, przebytych chorób zakaźnych, uczuleń i reakcji anafilaktycznych, zaopatrzenia w wyroby medyczne, zwolnienia z zajęć sportowych oraz inne informacje istotne dla oceny prawidłowości rozwoju dziecka od urodzenia do uzyskania pełnoletności.
- wpisy w książeczce zdrowia dziecka są dokonywane przez lekarza, pielęgniarkę, położną lub inną osobę wykonującą zawód medyczny, niezwłocznie po udzieleniu świadczenia zdrowotnego, a w przypadku gdy nie jest to możliwe, są uzupełniane w trakcie następnej wizyty na podstawie dokumentacji wewnętrznej.
- książeczka zdrowia dziecka zawiera kartki formatu A5, dwustronnie zadrukowane, w oprawie zeszytowej i tekturowych okładkach.
- wzór książeczki zdrowia dziecka określa załącznik nr 6 do rozporządzenia.

*Rafał Piotr JANISZEWSKI  
Kancelaria Doradcza*

# CZY KOBIETA MA PRAWO DECYDOWAĆ... O SOBIE?

## Poród to zdarzenie fizjologiczne czy procedura medyczna?

Poród pochwowy, jako naturalna konsekwencja ciąży i fizjologiczny sposób jej ukończenia, najczęściej nie jest traktowany jako procedura medyczna sensu stricto i nadal nie wymaga się zgody pacjentki na jego przeprowadzenie. Zdarza się tak pomimo tego, że w większości przypadków odbywa się w szpitalach, w asyście wykwalifikowanego personelu medycznego. Jako coś nieuniknionego – porody pochwowe po prostu się dzieją, a ciężarne muszą w nich uczestniczyć. Czy aby na pewno?

Biorąc pod uwagę roszczenia i orzecznictwo sądowe, dla prawników i sądów poród pochwowy stał się już dawno temu zdarzeniem medycznym. Wobec tego niezwykle istotną pozostaje teraz odpowiedź na pytanie: czy – w świetle aktualnego stanu wiedzy medycznej i rozwoju społecznego – również w praktyce położniczej nie powinien być traktowany jako procedura medyczna, na którą pacjentka powinna wyrazić zgodę? Jeśli tak, to immanentną częścią uświadomionej zgody pacjentki na podejmowaną procedurę medyczną jest udzielenie pełnej i zrozumiałej dla niej informacji, zgodnej z aktualną wiedzą medyczną, dotyczącej zarówno pozytywnych, jak i negatywnych konsekwencji wynikających z zastosowania procedury. Czy zatem pacjentka w świecie medycyny, w którym to pacjent podejmuje decyzję i ponosi konsekwencje działań medycznych, może wybrać, że nie chce urodzić pochwowo i poprosić o cięcie cesarskie (CDMR Cesean Delivery on Maternal Request)?

## Rzeczywistość dotycząca statystyk cięć cesarskich

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) zaleca, aby odsetek cięć cesarskich nie przekraczał 15%. Zwiększanie liczby cięć po przekroczeniu pewnej granicy nie poprawia wyników chorobowości i śmiertelności związanej bezpośrednio z porodem. Ewidentnie to ustalenie odnosi się tylko i wyłącznie do wskaźników okołoporodowych i nie ma odzwierciedlenia w realnych danych dotyczących zdrowia oraz życia matki i płodu.

Obecnie cięcie cesarskie wykonywane jest u około 30–40% ciężarnych, a o jego zastosowaniu decyduje lekarz specjalista położnictwa i ginekologii na podstawie wskazań medycznych. Poprawa statystyk położniczych nastąpiła głównie dzięki postępowi diagnostyki perinatalnej i opiece okołoporodowej, ale procedurą leczniczą i prewencyjną, która w największym stopniu wpłynęła na ich poprawę, było cięcie cesarskie.

Trudno określić, jaki odsetek cięć cesarskich odbywa się bez wskazań medycznych, ale biorąc pod uwagę, że

w niektórych ośrodkach znacznie przekracza on 50%, a w prywatnych jednostkach osiąga poziom nawet 80–100%, można przyjąć, że CDMR jest realnie występującą procedurą. Nadal jednak nie odbywa się to w majestacie prawa.

Jeśli chodzi o zagadnienia prawne, to należy zauważyć, że wzrastająca ilość pozwów sądowych i roszczeń dotyczących opieki położniczej skupia się nie na tym, że wykonano niepotrzebnie cięcie cesarskie, ale że albo nie wykonano go wcale, albo zrobiono je zbyt późno. Inną kwestią, do której jeszcze powrócę, jest prawo pacjenta do decydowania o zastosowanej procedurze medycznej i uświadomiona zgoda na poniesienie konsekwencji podjętej decyzji.

## Czy można zażądać cięcia cesarskiego i nie zgodzić się na poród pochwowy?

W aktualnej praktyce klinicznej w jednostkach finansowanych z pieniędzy publicznych (Narodowy Fundusz Zdrowia) ciężarna nie ma możliwości wyboru drogi porodu. Przy przeciwwskazaniach do porodu pochwowego lub nieakceptowalnym w opinii lekarza ryzyku, przewyższającym korzyści porodu naturalnego – proponuje się pacjentce cięcie cesarskie ze wskazań medycznych. Na tę procedurę pacjentka musi wyrazić zgodę i jest zwykle informowana o korzyściach, zagrożeniach i ryzyku oraz o wynikających z tej procedury konsekwencjach.

Poród pochwowy zwykle traktuje się jako zdarzenie fizjologiczne, w związku z czym pacjentka nie jest informowana o zagrożeniach, ryzyku, jakie niesie, ani jego konsekwencjach. Tym samym nie rozważa się z ciężarną szans na powodzenie porodu pochwowego i jego zakończenia bez powikłań ani nie przedstawia się jej też potencjalnych zagrożeń wynikających z porodu nawet w ciąży fizjologicznej. Pacjentek nie informuje się choćby o tym, że prawdopodobieństwo zakończenia porodu w ciąży fizjologicznej bez uszkodzeń krocza i stosowania procedur operacyjnych występuje zaledwie u połowy rodzących. Podobnie informacje o odległych następstwach uroginekologicznych porodu pochwowego, przez to, że ujawniają się średnio po 34 latach od porodu, nie są przekazywane kobietom.

A zmiany w dniu miednicy u pierworódek (niezależnie od obrażeń zewnętrznych pochwy i krocza) zdarzają się nawet u co drugiej rodzącej, co powoduje, że pierwszy poród pochwowy jest głównym czynnikiem ryzyka zaburzeń statyki narządów miednicy i nietrzymania moczu i/lub stolca. Również konsekwencje dla sfery emocjonalnej oraz następstwa porodu pochwowego dla życia seksualnego nie są dyskutowane z rodzącą.



Nadal, przy braku ściśle określonych wskazań medycznych do cięcia cesarskiego, nie pozostaje ono alternatywą dla porodu pochwowego, a ciężarna nie może dokonać wyboru, w jaki sposób chce urodzić, na podstawie subiektywnej oceny przedstawionych jej informacji.

### **Zwiastun zmian. To ciężarna decyduje, w jak sposób urodzi!**

Sytuacja ta być może wkrótce ulegnie zmianie, a właściwie już ulega! Dotarcie tych zmian do Polski pozostaje zapewne jedynie kwestią czasu i w mojej ocenie za kilka lat rozważania na ten temat nie będą miały w ogóle miejsca.

Kształt medycyny w Wielkiej Brytanii i rekomendacje RCOG (Royal College of Obstetricians and Gynaecologists) oraz wytyczne NHS (National Health Service) pozostają jednymi z najbardziej wpływowych w odniesieniu do kształtowania opinii medycznych i podejmowania sposobów leczenia nie tylko w Anglii, Szkocji czy Irlandii, ale oddziałują też silnie na Europę i oczywiście Australię i Nową Zelandię.

Właśnie w Wielkiej Brytanii (11 marca 2015 r.) Sąd Najwyższy (The Supreme Court of the United Kingdom) wydał decyzję odnośnie apelacji wniesionej przez Nadine Montgomery, dotyczącej porodu, który odbył się prawie szesnaście lat temu. W trakcie porodu doszło do dystocji barkowej, w wyniku której dziecko doznało poważnego uszczerbku na zdrowiu. Dystocja barkowa stanowi jedno z najbardziej dramatycznych powikłań porodu i w większości przypadków nie da się ani jej przewidzieć, ani zapobiec, ale należy wziąć pod uwagę czynniki, które zwiększają ryzyko jej wystąpienia. Jednym z nich jest cukrzyca i niezależnie od jej wyrównania, czy też wystąpienia w jej konsekwencji makrosomii płodu (która stanowi niezależny czynnik ryzyka dystocji barkowej) prawdopodobieństwo dystocji jest nadal zwiększone. Z taką sytuacją miała do czynienia dr Dina McLellan, która o ryzyku wystąpienia dystocji barkowej, szacowanym na 9–10%, nie poinformowała swojej pacjentki. Pani Montgomery wnosila w apelacji, że gdyby została poinformowana o ryzyku dystocji barkowej i mogących wiązać się z nią konsekwencjach dla niej lub jej dziecka oraz gdyby przedstawiono jej alternatywę pod postacią cięcia cesarskiego, które minimalizuje to ryzyko, to optowałaby za porodem operacyjnym. Przywołuję tak szczegółowo przypadek Nadine Montgomery nie bez powodu, uważam bowiem, że sprawa ta stanowi tło do ciekawego uzasadnienia Sądu Najwyższego, które zmienia pozycję ciężarnej jako pacjentki i stawia ją w centrum podejmowanych decyzji!

W uzasadnieniu przyjęcia apelacji Lord Kerr i Lord Reed uznali za błędne założenie, że pacjent może być niezdolny do zrozumienia konsekwencji medycznych podjętych wyborów terapeutycznych, albo że powinien polegać tylko na decyzji lekarskiej. U podstaw zajętego

stanowiska leży prawo do samostanowienia. Sąd Najwyższy uznał, że ciężarna powinna zostać poinformowana zarówno o korzyściach, jak i potencjalnym ryzyku związanym z porodem pochwowym oraz że należało przedstawić jej alternatywne możliwości zakończenia ciąży. To właśnie pacjentka powinna zdecydować i tym samym ponieść odpowiedzialność za wybór mający wpływ na jej zdrowie i życie w przyszłości. Obowiązkiem lekarza zaś pozostaje udzielenie pełnej informacji i zapewnienie pacjentce odpowiedniego poziomu wiedzy dotyczącej konsekwencji podjętego leczenia. Założono bowiem, że jeśli tylko dorosła pacjentka, zdolna do podejmowania decyzji, otrzyma odpowiednie informacje, to ma prawo dokonać wyboru z przedstawionych jej opcji terapeutycznych, a oświadczenie dotyczące tego wyboru (zgoda pacjentki) powinno być przyjęte przed udzieleniem procedury medycznej. W dalszej części uzasadnienia Lady Hale podniosła, że ciąża, i tym samym poród, to dobra ilustracja tego, że wykonanie żadnej procedury medycznej nie może być rozważane w oderwaniu od innych możliwości czy alternatyw. Skoro konsekwencje porodu pochwowego mogą dotyczyć nie tylko dziecka, ale i matki, lekarz powinien przedstawić argumenty przemawiające za i przeciw porodowi pochwowemu w porównaniu z cięciem cesarskim. Pacjentka ma prawo do własnej oceny przedstawionych argumentów i dokonania wyboru, który musi być uszanowany.

Na lekarzu spoczywa obowiązek udzielenia informacji i przekazania ich tak, aby pacjent miał szansę je zrozumieć, ocenić i podjąć świadomą decyzję. W orzeczeniu Sądu zwraca się uwagę na trzy ważne aspekty: odpowiednie oszacowanie ryzyka (które jest najważniejszym z elementów konsultacji z pacjentką), a nie tylko przedstawienie danych procentowych; zaangażowanie lekarza w udzielanie informacji i podjęcie dialogu z pacjentką oraz na to, że powinno się unikać stosowania wyjątków od tej zasady.

Tym samym lekarz ma obowiązek poinformować pacjentkę także o naturalnych konsekwencjach i ryzyku wynikającym z porodu fizjologicznego, również tych, o których często się zapomina lub całkowicie je pomija w rozmowie z nią.

### **Nowa odsłona awantury o cięcie cesarskie**

Na kanwie uzasadnienia w powyższej sprawie ponownie rozgorzała dyskusja dotycząca CDMR. Co niezwykle ciekawe, powszechna dostępność informacji medycznych powoduje, że wyniki badań naukowych przestały być już tajemnicą zarezerwowaną jedynie dla lekarzy, a jednym z najlepszych przykładów na to jest wypowiedź Pauline M. Hall. Ta dziennikarka z Calgary w Kanadzie na łamach ostatniego z numerów BJOG (International Journal of Obstetrics and Gynaecology – jeden z najbardziej opiniotwórczych periodyków wpływających na praktykę położniczo-ginekologiczną) przypominała, że sto-

sowanie się do rekomendacji NICE z 2011 r. (The National Institute for Health Care and Excellence CG132 evidence based recommendations) powinno umożliwić kobietom cięcie cesarskie na prośbę pacjentki. Według rekomendacji NICE:

*„Jeśli po rozmowie i zaoferowaniu wsparcia (włączając w to poradę psychologiczną z zakresu perinatologii dla osób bojących się porodu) pacjentka nadal nie jest w stanie zaakceptować porodu pochwowego, to kobietom proszącym o cięcie cesarskie powinno się zaoferować planowe cięcie cesarskie. Położnik, który nie chce przeprowadzić cięcia cesarskiego, powinien skierować kobietę do położnika, który wykona procedurę.”* Pauline Hall uczestniczyła w spotkaniach grupy roboczej NICE ds. cięcia cesarskiego w 2011 oraz 2013 r. i zdradziła, że z wersji, która ukazała się drukiem w listopadzie 2011 r., z fragmentu rekomendacji *„Jeśli (...) poród pochwowy jest dalej nieakceptowany, to wszystkim kobietom proszącym o cięcie cesarskie, powinno się zaoferować planowe cięcie (...)”* usunięto słowo „wszystkim”. Dodatkowo w oświadczeniu dla prasy RCOG, jeszcze przed jego publikacją, oświadczyło, że rekomendacje NICE z 2011 r., *„nie są propozycją, która stwierdza, że kobiety mają automatycznie prawo do cięcia cesarskiego”*. Pani Hall zarzuca, głównie angielskiemu NHS, manipulowanie informacją, którego celem jest przeciwstawianie się z przyczyn ekonomicznych cięciu cesarskiemu na prośbę pacjentki (CDMR), co nie ma żadnego uzasadnienia w danych medycznych. Ofiarami takiej polityki ekonomicznej stają się, według pani Hall, pacjentki i lekarze, którzy pociągani są do odpowiedzialności prawnej. Co ciekawe – w raporcie z audytu klinicznego (CG132 Clinical Raport Tool) i w kolejnym oświadczeniu NICE w 2013 r. (2013 QS32) znajduje się informacja, że cięcie cesarskie powinno być zaoferowane bez wyjątków (*„with no exceptions”*) wszystkim pacjentkom, które zostały poinformowane o konsekwencjach i wyraziły uświadomioną zgodę na tę procedurę i medyczną. Pomimo tego w większości ośrodków w dalszym ciągu powszechną praktyką była nieco inna interpretacja tych zaleceń. Prośbę o cięcie cesarskie traktowano jako wiążącą jedynie w przypadku, kiedy nie udało się pacjentki odwieść od tego zamiaru. Tymczasem zalecenia NICE proponują zaoferowanie wsparcia, którego celem wcale nie jest zmiana decyzji ciężarnej, ale umożliwienie jej podjęcia świadomej decyzji. Takie postępowanie, w sensie prawnym, stawia kobietę w centralnej pozycji osoby podejmującej decyzję o sposobie rozwiązania ciąży.

Głos w toczącej się aktualnie dyskusji na ten temat zabrał również jeden z najbardziej znanych i prominentnych położników, prof. Frank A. Chervenak, który jest dyrektorem Kliniki Medycyny Matczyno-Płodowej w New York Presbyterian Hospital i kierownikiem Katedry Położnictwa i Ginekologii Weil Medical College w Cornell University. Chervenak, używając bardzo

dystyngowanego języka, oskarżył Hall na łamach BJOG, że angażuje się w najbardziej ekstremalną formę redukcjonizmu na gruncie etyki położniczej, bowiem chciałaby ją oprzeć jedynie na prawach matczynych, pomijając prawo lekarzy/położników do podejmowania decyzji w oparciu o wiedzę medyczną. W rezultacie prowadzi to do sytuacji, gdzie prośba ciężarnej jest najważniejsza i odsuwa na dalszy plan rozważania natury etycznej dotyczące cięcia cesarskiego. Według prof. Chervenaka ten ekstremizm wiąże się z trzema problemami. Po pierwsze, z założeniem, że prawa matczyne są najważniejszymi w praktyce położniczej, a tymczasem są ważnym czynnikiem, ale nie jedynym. Po drugie, położnik musi zrównoważyć prawo do autonomii ciężarnej z troską o dobrostan zarówno matki, jak i mającego za chwilę przyjść na świat płodu. Po trzecie, biorąc pod uwagę brak danych dotyczących korzyści z zastosowania procedury CDMR, w środowisku położniczym rosną obawy związane z ryzykiem związanym z kolejnymi ciążami po przebytym cięciu cesarskim oraz potencjalnym ryzykiem pediatrycznym. W związku z czym prof. Frank Chervenak apeluje, aby nie wykonywać cięć cesarskich bez wskazań medycznych.

Lawina negatywnych komentarzy, jaka posypała się po odpowiedzi profesora F. Chervenaka, nie dotyczyła kwestii etycznych, ale wskazywała na liczne badania dotyczące niekorzystnego wpływu porodu pochwowego na zdrowie kobiety, głównie na powikłania uroginekologiczne i seksuologiczne. Powoływano się także na liczne prace dotyczące braku sprawdzonej informacji o istotnych klinicznie niebezpieczeństwach cięć cesarskich dla płodów!

**Zatem po raz kolejny powraca pytanie: dlaczego to lekarz ma podejmować decyzje dotyczące zdrowia i życia dorosłej pacjentki?**

## **Praktyka położnicza w Polsce**

Rzeczywistość położnicza na całym świecie jest dość mocno spolaryzowana, jeśli chodzi o CDMR. Z jednej strony są ośrodki, w których ciężarna nie ma możliwości decydowania o tym, w jaki sposób chce urodzić, z drugiej zaś istnieją miejsca, gdzie CDMR funkcjonuje, ale pod przykrywką naciąganych wskazań lub fikcyjnych rozpoznań. Nota bene ciekawy jest głos samych położników w sprawie CDMR. W badaniach dotyczących opinii położników mężczyzn, w jaki sposób chcieliby, aby urodziło się ich dziecko, ponad 80% optowało za cięciem cesarskim. W tych samych badaniach kobiety specjalistki położnictwa w ok. 60% wołałyby urodzić z wyboru cięciem cesarskim.

W Polsce, w większości przypadków, to nie kobieta podejmuje decyzję o sposobie porodu, ale być może sytuacja ta ulegnie wkrótce zmianie i tym samym będziemy mieli szansę zaobserwować fundamentalną metamorfozę na gruncie medycyny. Jako lekarzom, pozo-

staje nam śledzenie nie tyle dyskusji na ten temat, co wyników badań, aby móc rzeczowo poinformować ciężarną o korzyściach oraz ryzyku wynikającym z oferowanych procedur medycznych.

Według Sądu Najwyższego Wielkiej Brytanii – to nie lekarze, ale ciążarna, jako dorosła osoba, dokonuje wyboru i decyduje się ponieść konsekwencje podjętej decyzji. To, co wydaje się niepokojące w tej sytuacji, to fakt, że lekarze oddali pola prawnikom i sędziom, którzy wydają wyroki w sprawach dotyczących powikłań okołoporodowych, tymczasem tego typu zmiany powinny znaleźć oparcie w badaniach medycznych i zaleceniach nadążających za zmieniającym się światem. Póki co konsekwencje prawne ponoszą najczęściej lekarze.

Maciej W. SOCHA

**Dr n. med. Maciej W. SOCHA** jest lekarzem specjalistą położnictwa, ginekologii i ginekologii onkologicznej, pracuje w Szpitalu Uniwersyteckim nr 2 im. Bizziela; jest w trakcie specjalizacji z perinatologii w Klinice Medycyny Matczyno-Płodowej, Ginekologii i Neonatologii Wiospecjalistycznego Szpitala Miejskiego w Bydgoszczy; jest adiunktem w Katedrze i Klinice Położnictwa, Chorób Kobiety i Ginekologii Onkologicznej CM UMK; pracuje też jako biegły w Zakładzie Medycyny Sądowej Collegium Medicum UMK i Zakładzie Medycyny Sądowej Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego oraz prywatnie w LEKARZE Mostowa 4.

(przedruk z „Primum” nr 12-1/15-16)

## SUKCESJA I ZMIANA FORMY PRAWNEJ GABINETU

Sukcesja dokonuje się samoczynnie zawsze z chwilą śmierci przedsiębiorcy prowadzącego gabinet. Tyle, że taki nieprzygotowany wcześniej proces sukcesji często powoduje „śmierć firmy wraz ze śmiercią jej właściciela”, zwłaszcza gdy jest ona prowadzona w formie jednoosobowej działalności. Pisaliśmy na ten temat bardziej szczegółowo we wcześniejszych artykułach. Pozostawienie sukcesji samej sobie może spowodować szereg negatywnych konsekwencji, które w praktyce przysparzają licznych problemów spadkobiercom, a bywa, że wręcz uniemożliwiają kontynuowanie budowanej przez lata firmy. Dlatego warto zawniczyć się o zaplanowanie i przygotowanie sukcesji, prawo przewiduje bowiem szereg mechanizmów umożliwiających kontrolowane przekazanie gabinetu następcy.

### Po co sukcesja?

Przekazywanie biznesu powinno być dokonywane na drodze ewolucji. Jest to proces obejmujący w szczególności: dobór najwłaściwszej ścieżki przekazania przedsiębiorstwa, najczęściej jego przekształcanie, optymalizację podatkową, przygotowanie stosownych zapisów umowy spółki dotyczących wpływu seniora na spółkę (uprawnienia kontrolne), wprowadzenie do umowy spółki zapisów dotyczących dziedziczenia, zabezpieczenie majątkowe seniora po przekazaniu przedsiębiorstwa następcy. Ale sukcesja to nie tylko proces formalno-prawny. To również stopniowe wprowadzanie następcy w tajniki firmy, przekazywanie mu coraz większej władzy, a także zaszczepianie w świadomości pacjentów, kontrahentów i pracowników informacji o dokonującej się zmianie pokoleniowej w przedsiębiorstwie.

### Dobór optymalnej formy prawnej – cesja czy przekształcenie?

Nawet jeżeli nie czujemy się gotowi na myślenie o tym, co stanie się z firmą w przypadku śmierci, warto zadać

sobie pytanie, czy forma prawna, w jakiej obecnie funkcjonujemy, jest optymalna. Czy jest najkorzystniejsza pod względem przepływów finansowych, sposobu wykorzystywania majątku (w tym nieruchomości), odpowiedzialności, podatków. Zarówno sukcesja, jak i zmiana formy prawnej mogą być przeprowadzone zasadniczo w dwojaki sposób – poprzez utworzenie nowej firmy w miejsce poprzedniej (tzw. cesja) albo poprzez przekształcenie dotychczasowej formy prawnej w inną (tj. bez potrzeby zakładania nowej działalności).

W tym pierwszym przypadku konieczne jest przeniesienie praw i obowiązków z dotychczasowego podmiotu na nowy w drodze odrębnych uzgodnień z poszczególnymi kontrahentami, a w tym drugim – skutek taki następuje automatycznie z chwilą przekształcenia (z bardzo nielicznymi wyjątkami). Przekształcenie firmy to zmiana jej „garnituru prawnego”. Polega na zmianie typu podmiotu (np. spółki), bez potrzeby zmiany przedmiotu jej działalności, czy też sposobu jej prowadzenia, przekształcenie nie oznacza bowiem rozwiązania dotychczasowego podmiotu i powstania w jego miejsce nowego. Podmiot podlegający przekształceniu pozostaje ten sam, zmianie ulega natomiast jego dotychczasowa forma prawna. Spółka przekształcona jest kontynuatorem dotychczasowej działalności. Dla wielu gabinetów kluczowym kontrahentem jest Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ), wobec czego bardzo istotne okazuje się bezpieczne przekazanie umów z NFZ nowemu podmiotowi. W przypadku pierwszego z opisanych sposobów, tj. cesji, konieczne jest uzyskanie zgody dyrektora oddziału wojewódzkiego NFZ na taką cesję. Zgodnie bowiem z art. 155 ust. 5 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, „jeżeli umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej nie stanowi inaczej, przeniesienie na osobę trzecią praw i obowiązków wynikających z umowy wymaga pisemnej zgody dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu”. Przywołany prze-



pis nie określa jednak przesłanek, od których spełniania uzależniona jest zgoda dyrektora, w związku z czym nigdy nie można mieć pewności, że w konkretnym przypadku, przy uwzględnieniu okoliczności danej sprawy, taka zgoda zostanie udzielona. Natomiast w przypadku przekształcenia – zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa, z chwilą dokonania przekształcenia, na nowy podmiot (powstały wskutek przekształcenia), z mocy prawa przechodzą wszystkie prawa oraz obowiązki, w tym umowa z NFZ. Dlatego też rekomendujemy korzystanie ze ścieżki przekształcenia, jako bezpieczniejszej aniżeli cesji. Z uwagi na to – poniżej kilka uwag na temat przekształceń.

### Kto może się przekształcić?

W zasadzie każdy przedsiębiorca, prowadzący działalność w każdej formie, ma możliwość przekształcenia, dopuszczalne w tym zakresie są bowiem wszelkie konfiguracje podmiotowe. Może dojść do przekształcenia:

- spółki cywilnej w każdą spółkę handlową (np. sp. jawną, sp. komandytową, sp. z o.o.);
- przedsiębiorcy będącego osobą fizyczną w jednoosobową spółkę z ograniczoną odpowiedzialnością lub spółkę akcyjną;
- spółek osobowych w inne spółki osobowe (np. sp. jawna w sp. komandytową);
- spółek osobowych w spółki kapitałowe (np. sp. jawna w sp. z o.o.);
- spółek kapitałowych w inne spółki kapitałowe (np. sp. z o.o. w S.A.);
- spółek kapitałowych w spółki osobowe (np. sp. z o.o. w sp. komandytową).

### Dlaczego warto myśleć o przekształceniu?

Wypada rozpocząć od wskazania celów przekształcenia. Mogą one zależeć od różnych czynników i są uwarunkowane między innymi tym, w jakiej formie prawnej przedsiębiorca aktualnie prowadzi swoją działalność.

Dla lekarzy prowadzących działalność jednoosobowo, którzy mają zawartą umowę z NFZ, a jednocześnie chcieliby pracować w innym podmiocie, który również udziela świadczeń w ramach NFZ, problem stanowi art. 132 ust. 3 o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Zgodnie z jego brzmieniem, „nie można zawrzeć umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z lekarzem, pielęgniarką, położną, inną osobą wykonującą zawód medyczny lub psychologiem, jeżeli udzielają oni świadczeń opieki zdrowotnej u świadczeniodawcy, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z Funduszem”. Jeżeli jednak lekarz ten zmieni formę swej działalności na spółkę handlową, wówczas powyższy zakaz nie będzie go dotyczył.

Decyzja o przekształceniu jednoosobowego przedsiębiorcy, spółki cywilnej lub spółki jawnej w sp. z o.o. może być podjęta w związku z chęcią zmniejszenia ryzyka w zakresie osobistej odpowiedzialności wspólników za zobowiązania spółki, a tym samym ochroną majątku osobistego (domu, mieszkania, czy samochodu). Z kolei przekształcenie w spółkę komandytową sprawia, że część wspólników (tzw. komandytariusze) ponosi odpowiedzialność finansową tylko do określonej wysokości (do tzw. sumy komandytowej), np. do 1000 zł. Motywacją dla przekształcenia może stanowić chęć intensywnego rozwoju prowadzonej przez przedsiębiorcę działalności leczniczej. Na przykład, zwiększenie się liczby wspólników w spółce osobowej może niekiedy utrudniać sprawne prowadzenie prężnie rozrastającego się jej przedsiębiorstwa, z uwagi na potrzebę rozdzielenia funkcji właścicielskiej od zarządczej, którą to może spełnić spółka kapitałowa (np. sp. z o.o.). Przekształcenie spółki jawnej w spółkę komandytową może być związane z potrzebą pozyskania nowych inwestorów (ich wkładów do spółki), jak również planowanych zmian struktury właścicielskiej. Na przekształcenie w dużej mierze mogą mieć zaś wpływ względy podatkowe. Chodzi o przejście z zasady tzw. podwójnego opodatkowania dochodów wspólników w ramach spółki, na jednokrotne (np. w ramach spółki jawnej czy komandytowej).

### Ile trwa przekształcenie gabinetu?

Cała procedura realnie trwa nie krócej niż 4–6 miesięcy, ponieważ obejmuje czynności przygotowawcze, rejestrację w sądzie, zmianę w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą i aneksowanie umów zawartych z Narodowym Funduszem Zdrowia. Korzyści z przekształcenia mogą być odczuwalne od razu (pojedyncze opodatkowanie), jak i również długofalowo (zabezpieczenie firmy na wypadek śmierci, zmniejszenie ryzyka związanego z prowadzonym biznesem).

#### Podstawy prawne:

- Ustawa z dnia 15 września 2000 r. – Kodeks spółek handlowych (Dz. U. 2013.1030 ze zm.).
- Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. 2008.164.1027, ze zm.).
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 roku w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. 2008.81.484).

Krzysztof KOZIK  
Dr n. praw. Bartosz PAWELCZYK  
Kancelaria Radców Prawnych  
PAWELCZYK-KOZIK

(przedruk z biuletynu Wielkopolskiej Izby Lekarskiej nr 1/15)

## ŚP. WITOLD JASIŃSKI

Cieężko o swoim Tacie pisać w czasie przeszłym. Jednak nieubłagane koleje życia toczą się tylko Panu wiadomym rytmem. W dniu 21 stycznia zmarł dr Witold Jasiński. Odszedł cicho i szybko. Mówi się, że dobrzy ludzie mają dobrą śmierć, o ile w ogóle śmierć jest dobra... Jego zabrała niemal na posterunku. Bo mimo swoich 78 lat (a za dwa tygodnie miałby 79) do końca pracował.

Któż go nie znał? To chyba retoryczne pytanie. Leczył tysiące mieszkańców naszego powiatu. Był długoletnim, bo od początku lat 70. Ordynatorem szpitala w Gogolinie, a po jego zamknięciu, jeszcze przez lat parę – Oddziału Wewnętrznego Szpitala w Otmęcie. O gogoliński szpital, który z mozołem remontował i wyposażał, walczył, by go nie zamknęto. Przyjmował w niemal wszystkich przychodniach publicznych, zakładowych, a i prywatnych w Krapkowicach, Otmęcie i w Gogolinie. Pracował w Pogotowiu Ratunkowym i „starym” Szpitalu w Krapkowicach. Wychował dziesiątki lekarzy młodszych pokolenia, którzy praktykowali u Niego i robili specjalizacje pod Jego kierunkiem. W latach 60. prowadził wraz z moją mamą Aleksandrą – Ośrodek Zdrowia w Malni. Leczył ludzi od 1961 r. To 55 lat...

Nie chcę pisać tu Jego noty biograficznej. Na to pewno przyjdzie czas. Zapewne wraz z nim, odchodzi spory kawałek lokalnej historii służby zdrowia. Urodził się w 1937 r. w Kolbuszowej na Rzeszowszczyźnie, studiował medycynę we Wrocławiu, lecz całe swoje pracowite życie spędził w powiecie krapkowickim, dokąd przybył za ukochaną kobietą – swoją żoną. Zyskiwał sympatię setek pacjentów, przez okazywanie empatii. Zawsze miał czas, by wysłuchać każdego chorego, a oni zwierali Mu się nie tylko ze swoich chorobowych przypadłości. Cechował się bowiem wysoką kulturą osobistą i poczuciem humoru. Był człowiekiem niezwykle ciepłym i przyjaznym. W ostatnich latach był lekarzem górażdżańskiego ZOŁ-u i prowadził Poradnię Reumatologiczną krapkowickiego ZOZ-u. Zawsze też miał nadkomplet pacjentów.

Dla mnie Tata był niedościgłym wzorem – męża, ojca, opiekuna i doradcy. Podchodził do wielu

spraw z filozoficznym dystansem, choć potrafił być też energiczny i stanowczy, jeśli wymagała tego sytuacja. Imponował mi pod wieloma względami. Zawsze doświadczałem Jego miłości i zrozumienia, nawet w sprawach bardzo kontrowersyjnych, i nawet wtedy, gdy musiał wyjeżdżać na kursy i egzaminy na kolejne specjalizacje. Bardzo lubił podróżować, szczególnie z rodziną, ostatnie lata także z wnukiem Jakubem. Starał się być aktywny fizycznie, dopóki zdrowie mu pozwalało. Przed laty chadzał w góry z moją harcerską drużyną i tak też spędzał, na tatrzańskich, sudeckich czy bieszczadzkich szlakach całe urlopy, z naszą mamą, ze mną, córką Agnieszką, z której był bardzo dumny, że poszła w Jego ślady kończąc wrocławską medycynę i broniąc doktorat. Ze mną (tylko we dwójkę), też wiele razy wybierał się w góry. Uwielbiał długie spacerować po okolicy. W latach siedemdziesiątych jeździliśmy rodzinnie na wczasy, tam, gdzie było to wtedy możliwe. Był zapalonym fajczarzem. Lubiał dobry tytoń, a Jego kolekcja fajek, to zapewne kilkadziesiąt egzemplarzy, choć w ostatnich latach już nie palił. Uwielbiał dobrą, staropolską kuchnię.

Lecz najbardziej zadziwił mnie Jego intelekt. Miał wszechstronną wiedzę z różnych dziedzin. Niekiedy nawet z takich, o które nikt by Go nie podejrzewał, np. z fizyki czy astronomii. Znał się na sztuce, a nawet sporcie i muzyce rozrywkowej. Przede wszystkim jednak, był humanistą z krwi i kości. Wielkim erudyta i patriotą. Zaczytywał się esejami filozofów i klasyką. Pasjonował się historią. Jego biblioteka pęka w szwach. To tysiące książek z różnych dziedzin, które nie mieszczą się już dawno w Jego gabinecie. I On je wszystkie przeczytał. Lektura bowiem i żywe zainteresowanie teraźniejszością, to prócz leczenia ludzi, Jego największa miłość i pasja. Jakże często mówił do mnie: „*Musisz to przeczytać*”, podsuwając mi co rusz nową lekturę bądź artykuł prasowy. Książki traktował swojście. Na marginesach dopisywał swoje uwagi, podkreślał zdania, robił wykrzykniki, dołączał wycinki z gazet i zapisane przez siebie karteluszkę. Potrafił wychwycić w nich każdy, nawet najmniejszy błąd merytorycz-

ny, gramatyczny czy ortograficzny, a nawet komputerowy, przeoczony przez korektora. Czytał uważnie. Zatapiał się w lekturze. I nieważne, czy była to książka czy gazeta. Na końcu każdej książki robił adnotację, kiedy, gdzie, a nawet o której godzinie skończył ją czytać. Jakże mi było miło, kiedy i ja mogłem w nich robić taki dopisek. Często komentowałem moje felietony w TK. Wiem, że i je lubił czytać. Półki w Jego w gabinecie, dosłownie zavalone książkami, zdobi wiele dziwnych figurek i pamiątek z miejsc, w których bywał, a na ścianach wiszą obrazy, fotografie, także ze spotkania z Janem Pawłem II i patriotyczne symbole.

Banałem jest stwierdzenie, że człowiek żyje tak długo, jak pamięć o nim. Ja na pewno mojego Ojca nigdy nie zapomnę, a sądzę, że wielu, wielu ludzi także. Szkoda tylko, że nie uległem namowom

Naczelnej TK i nie przeprowadziłem z nim rozmowy – wywiadu rzeki na temat dziejów leczenia w regionie. Ale On nie chciał. Był bowiem człowiekiem nad wyraz skromnym. Mógł sięgać po duże zaszczyty i większe apanaże. Nie dbał o to, jak i o kilka medali, które dostał. Bardziej cenił choćby pamiątki ze Złotego Jubileuszu ślubu z mamą. Był człowiekiem kompletnym, mimo, że przez ostatnie lata zmagał się z ułomnościami ciała. Odebrał staranne wykształcenie, które do końca pogłębiał. Przeżył głęboko wojnę; ale w głębi duszy pozostał oddanym pacjentom lekarzem, których setkom uratował lub przedłużył życie. Był tzw. lekarzem „starej daty” w dobrym tego słowa znaczeniu. I tak niech zostanie.

Wawrzyniec JASIŃSKI

## OGŁOSZENIA



Szanowni Państwo!

Zapraszamy do Poznania na pierwszą konferencję organizowaną przez EFORT i PTOiTr. Jej celem jest przedstawienie aktualnego stanu wiedzy na temat najważniejszych zagadnień ortopedycznych, takich jak endoprotezoplastyka biodra i kolana, artroskopia, ortopedia dziecięca, traumatologia, chirurgia kończyny górnej i inne. Przedstawimy również sprawozdanie z kongresu EFORT w Genewie. Wykładowcami będą uznani ortopedzi europejscy wytypowani przez EFORT i wykładowcy z Europy Wschodniej wytypowani przez towarzystwa narodowe.

Zapraszamy do wysłuchania wykładów i do dyskusji. Planujemy również warsztaty organizowane przez firmy oraz warsztaty kadawerowe. Jesteśmy przekonani, że nie zabraknie też czasu na spotkania towarzyskie i wspólną kolację.

*prof. Klaus-Peter Günther,*

*prof. Per Kjaersgaard-Andersen,*

*prof. Marek Synder, prof. Leszek Romanowski*

**Termin:** 3–5 listopada 2016 r.

**Miejsce:** Centrum Kongresowo-Dydaktyczne Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu, ul. Przybyszewskiego 37A

**Partnerstwo merytoryczne i nadzór naukowy:** European Federation of National Associations of Orthopaedics and Traumatology (EFORT) i Polskie Towarzystwo Ortopedyczne i Traumatologiczne

**Organizator wykonawczy:**

Wydawnictwo Termedia

**Partonat:**



**Biuro organizacyjne:** Wydawnictwo Termedia, ul. Kleeberga 2, 61-615 Poznań, tel./faks +48 61 656 22 00 [szkolenia@termedia.pl](mailto:szkolenia@termedia.pl), [www.termedia.pl](http://www.termedia.pl)

\* \* \*



Terapia podciśnieniowa staje się na naszych oczach standardem w leczeniu ran i zaburzeń gojenia. Zakres jej zastosowań nieustannie się poszerza, a postęp technologiczny pozwala na coraz łatwiejszy do-



► bór sprzętu i opatrunków dla konkretnego pacjenta i konkretnej sytuacji klinicznej.

Rok temu w Poznaniu spotkał się po raz pierwszy w gronie użytkowników i entuzjastów terapii podciśnieniowej. Wydaje się, że spotkanie to stworzyło możliwość nie tylko prezentacji aktualnej wiedzy w zakresie terapii podciśnieniowej, lecz także – jeśli nie przede wszystkim – wymiany doświadczeń i inspiracji.

Wiele zasygnalizowanych wtedy zagadnień wartych jest dalszych dyskusji. Dynamicznie rozwijają się nowe techniki terapii podciśnieniowej, rozszerza zakres jej zastosowań, zwiększa się wiedza na jej temat.

Dlatego musimy kontynuować nasze rozmowy podczas kolejnej edycji konferencji **Terapia podciśnieniowa – kolejny krok**. Musimy się spotkać, by wyjaśnić kolejne wątpliwości. Nauczyć podstaw tych, którzy dopiero zaczynają stosować terapię podciśnieniową, doskonalić tych, którzy są w niej niemal perfekcyjni. Zaprezentować sukcesy i szukać przyczyn porażek. Porozmawiać zawodowo i towarzysko. Po prostu zrobić następny krok.

Zapraszamy serdecznie!

W imieniu Komitetu Naukowego

*prof. dr hab. Tomasz Banasiewicz*

**Termin:** 1–2 kwietnia 2016 r.

**Miejsce:** Poznań, Hotel IBB Andersia, plac Andersa 3

**Przewodniczący Komitetu Naukowego:** prof. dr hab. Michał Drews

**Wiceprzewodniczący Komitetu Naukowego:** prof. dr hab. Tomasz Banasiewicz, dr n. med. Bartosz Mańkowski, dr n. med. Maciej Zieliński

**Partnerstwo merytoryczne i nadzór naukowy:** Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Endokrynologicznej i Onkologii Gastroenterologicznej Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu

**Organizator:** Wydawnictwo Termedia

**Biuro organizacyjne:** Wydawnictwo Termedia, ul. Kleeberga 2, 61-615 Poznań, tel./faks +48 61 656 22 00 [szkolenia@termedia.pl](mailto:szkolenia@termedia.pl), [www.termedia.pl](http://www.termedia.pl)

\* \* \*

Szanowni Państwo. Drogie Koleżanki i Koledzy!

Jest nam niezmiernie miło zaprosić Państwa do uczestnictwa w **XXVI Sympozjum Sekcji Ortopedii Dziecięcej Polskiego Towarzystwa Ortope-**

**dycznego i Traumatologicznego**, które odbędzie się w Poznaniu 19–21 maja 2016 r.

Tym razem zajmiemy się tematyką nowatorskich metod operacyjnych w ortopedii dziecięcej oraz złamań nasad kości długich u dzieci. Tradycją naszych corocznych spotkań w gronie zaprzyjaźnionych ortopedów i chirurgów leczących dzieci jest dzielenie się swoją wiedzą i doświadczeniami z kolegami. Sesje naukowe i spotkania towarzyskie, które odbywają się w czasie każdego sympozjum PPOS, umożliwiają nam wymianę doświadczeń i spostrzeżeń na temat codziennej pracy z chorym dzieckiem w nieco luźniejszej formie. Stąd też czerpią inspiracje kolejne pokolenia ortopedów, którzy kontynuują chlubną tradycję spotkań zapoczątkowaną przed 26 laty.

W ramach Sympozjum zostanie przeprowadzony kurs na temat nowoczesnych metod leczenia wad wrodzonych kończyn dolnych – stanowiący przedsmak sesji naukowych. Dzięki obecności wykładowców krajowych i zagranicznych uczestnicy będą mieli okazję do zapoznania się z najnowszymi trendami w ortopedii dziecięcej.

W imieniu własnym oraz Komitetu Naukowego i Organizacyjnego serdecznie zapraszamy do odwiedzenia stolicy Wielkopolski i udziału w XXVI Sympozjum Sekcji Ortopedii Dziecięcej Polskiego Towarzystwa Ortopedycznego i Traumatologicznego.

*Dr med. Maciej Idzior*

*Prof. dr hab. med. Marek Józwiak*

**Termin:** 19–21 maja 2016 r.

**Miejsce:**

Poznań, IBB Andersia Hotel, plac Andersa 3

**Organizator:** Wydawnictwo Termedia

**Partnerstwo merytoryczne i nadzór naukowy:** Sekcja Ortopedii Dziecięcej Polskiego Towarzystwa Ortopedycznego i Traumatologicznego, Katedra Ortopedii i Traumatologii Dziecięcej Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu

**Kierownik Naukowy:** prof. dr hab. Marek Józwiak

**Przewodniczący Komitetu Organizacyjnego:** dr n. med. Maciej Idzior

**Biuro organizacyjne:** Wydawnictwo Termedia, ul. Kleeberga 2, 61-615 Poznań, tel./faks +48 61 656 22 00, [szkolenia@termedia.pl](mailto:szkolenia@termedia.pl)

\* \* \*



Serdecznie zapraszamy do udziału w **Kongresie Forum Pediatrii Praktycznej „Cztery pory roku”**, który odbędzie się w maju 2016 roku w Galerii Szyb Wilson w Katowicach.

Tematyka konferencji dopasowana została do 4 pór roku i dobrana w taki sposób, by każdy uczestnik otrzymał jak największą dawkę praktycznej wiedzy, którą będzie mógł wykorzystać w swojej codziennej pracy z pacjentami. Przedstawione zostaną zagadnienia dotyczące profilaktyki, symptomatologii, możliwości diagnostycznych i zasad leczenia chorób wieku dziecięcego.

**Kierownik Naukowy:** dr hab. Piotr Albrecht

**Konferencja pod patronatem:** FORUM Pediatrii praktycznej

**Biuro Organizacyjne:** Forum Media Polska Sp. z o.o. ul. Polska 13, 60-595 Poznań, tel. 61/66-55-800, Infolinia: 801-88-44-22, e-mail: [bok@forum-media.pl](mailto:bok@forum-media.pl)

\* \* \*

Okręgowa Izba Lekarska w Gdańsku zaprasza na VII Ogólnopolskie Regaty Żeglarskie Lekarzy w klasie PUCK, które odbędą się w dniach 27–29 maja 2016 r. (sobota, niedziela) na Zatoce Puckiej.

**Organizator:** Komisja Kultury Sportu i Rekreacji OIL w Gdańsku

**Współorganizator:** Harcerski Ośrodek Morski

**Biuro regat:** Harcerski Ośrodek Morski, 84-100 Puck, ul. Żeglarzy 1, tel. (58) 673 21 50, [hom@hom-puck.org](mailto:hom@hom-puck.org)

**Informacji udziela:** Marcin Szczęśniak tel. 603-696-160 – organizator regat oraz Komendant HOM Sławomir Dębicki tel. 501-674-698 i 58/673-21-50 (sprawy techniczne)

**Zgłoszenia:** do dnia 10 maja 2016 r. Okręgowa Izba Lekarska Gdańsk (wyłącznie mailowo [oil@oilgdansk.pl](mailto:oil@oilgdansk.pl)) – druk zgłoszenia do regat do pobrania ze strony [www.oilgdansk.pl](http://www.oilgdansk.pl) zakładka „Po pracy – Sport, Kultura, Rozrywka” (należy wypełnić, ze-

skanować i wraz z zeskanowanym potwierdzeniem wpłaty wpisowego na konto HOM przesłać na adres mailowy [oil@oilgdansk.pl](mailto:oil@oilgdansk.pl))

**Ilość miejsc:** ograniczona do 25 załóg (decyduje kolejność zgłoszeń)

**Wymagania od uczestników:**

- liczba członków załogi – 3 lub 4 osoby (w tym minimum 2 lekarzy),
- prowadzący jednostkę minimum w stopniu żeglarsza jachtowego (musi być lekarzem),
- znajomość przepisów PZZ, przepisów Regatowych, przestrzeganie instrukcji żeglugi, umiejętność pływania.

**Sposób prowadzenia regat:** przewiduje się rozegranie 5 wyścigów w sobotę 28 maja i 4 wyścigów w niedzielę 29 maja – szczegóły poda Sędzia Główny w instrukcji żeglugi i komunikacie sędziowskim. Regaty zostaną uznane za ważne przy rozegraniu min. 2 wyścigów.

**Wpisowe do regat:** 150 zł/osoba, płatne na konto: Bank Spółdzielczy Puck nr 96 8348 0003 0000 0000 3896 0001, HOM 84-100 Puck, ul. Żeglarzy 1 (z dopiskiem: VII Regaty Lekarzy – pobyt w HOM imię i nazwisko uczestników); opłata protestowa 150 zł

**W ramach wpisowego organizator zapewnia:**

- wyżywienie od śniadania 28.05 do obiadu 29.05.2016 r.
- zakwaterowanie 27–29.05.2016 r. (w zgłoszeniu proszę podać ile osób i z ilu noclegów będzie korzystać).

**Uwaga!!! Nie rezerwujecie Państwo noclegów w trakcie trwania regat indywidualnie w HOM w Pucku! Miejsca noclegowe będą przydzielane przez organizatorów na podstawie zgłoszeń do regat. Ewentualny nocleg dla osób towarzyszących możliwy będzie jedynie po zamknięciu listy zgłoszeń do regat i zakwaterowaniu uczestników regat, jeśli zostaną wolne miejsca noclegowe w HOM. Jeśli chcecie przyjechać do Pucka kilka dni wcześniej przed regatami, można zarezerwować indywidualnie pobyt w HOM (kontakt bezpośrednio z HOM-em w Pucku)**

- ubezpieczenie NW uczestników,
- łodzie do regat oraz kamizelki asekuracyjne dla uczestników regat,
- nagrody dla uczestników.

Informacje o regatach i łodzi PUCK na stronie [www.klasapuck.org](http://www.klasapuck.org)

\* \* \*

Okręgowa Izba Lekarska w Szczecinie zaprasza na imprezy kulturalno-sportowe organizowane przez Komisję ds. Kultury, Sportu i Rekreacji ORL w Szczecinie:

VI edycja Międzynarodowego Konkursu Lekarzy Śpiewających „Musica Mores Confirmat” – 13–15 maja 2016 r., Szczecin;

XVI Mistrzostwa Polski Lekarzy w Golfie: Modry Las Golf Club – 27 maja 2016 r. oraz Binowo Park Golf Club – 28–29 maja 2016 r.;

X Mistrzostwa Polski Lekarzy w Siatkówce Plażowej – 10–12 czerwca 2016 r., Niechorze; .

XIII Ogólnopolskie Mistrzostwa Izb Lekarskich w Żeglarskim klasa Omega o Puchar Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej – 10–12 czerwca 2016 r. jezioro Miedwie, Morzyczan;

Szczegółowe informacje: [www.oil.szczecin.pl](http://www.oil.szczecin.pl) zakładka: Sport, kultura, rekreacja.

ZAPRASZAMY!

\* \* \*

**SP ZOZ Kędzierzyn-Koźle zatrudni lekarzy specjalistów z pediatrii oraz chorób wewnętrznych.** Kontakt tel. 77/406-25-55.

\* \* \*

**Dyrekcja Zespołu Opieki Zdrowotnej w Nysie, zatrudni lekarza, chcącego robić specjalizację z otorynolaryngologii w Oddziale – w ramach miejsca stażowego.** Kontakt: Dyrekcja Zespołu Opieki Zdrowotnej w Nysie, ul. Bohaterów Warszawy 34 48-300 Nysa, tel.: 77/408-78-30 (sekretariat)

\* \* \*

**Gabinet stomatologiczny Praxi-Dent zatrudni lekarza stomatologa.** Wymagana wysoka kultura osobista i dokładność w pracy. Preferowany wiek do 35lat. Zapewniamy nowoczesny sprzęt, wysokie wynagrodzenie i miłą atmosferę. Pacjenci wyłącznie prywatni. Tel. 692-953-161, e-mail: [gabinet@praxident.pl](mailto:gabinet@praxident.pl)

\* \* \*

**Wynajmę nowe gabinety lekarskie w centrum Opola.** Kontakt telefoniczny: 508-202-754.

\* \* \*

**Wynajmę gabinety lekarskiej w budynku przychodni „TAR-MED” S.p. lekarzy w Tarnowie Op., ul. Świerczewskiego 1.** Kontakt: 77/403-22-95 , 608-509-015, 608-509-016.

\* \* \*

**SPÓŁKA POSIADAJĄCA W KĘDZIERZYNIE-KOŹLU NOWY OBIEKT MEDYCZNY Z PRZYCHODNIĄ I BLOKIEM OPERACYJNYM SZUKA OPERATYWNYCH PARTNERÓW LUB INWESTORÓW DO ROZWINIĘCIA DZIAŁALNOŚCI – RÓWNIEŻ INDYWIDUALNYCH LEKARZY. MOŻLIWY TAKŻE WYNAJEM LUB INNE OPCJE.**

**KONTAKT 790 400 547, [cmv.k@wp.pl](mailto:cmv.k@wp.pl)**

**WYNAJMĘ NOWO WYBUDOWANY WOLNOSTOJĄCY DOM NA DZIAŁALNOŚĆ PRZYCHODNI REJONOWEJ, REHABILITACJI, LUB INNEJ MEDYCZNEJ. POW. 500 M2 NA DZIAŁCE 800 M<sup>2</sup> PROPOZYCJE – PYTANIA: [rystransport@wp.pl](mailto:rystransport@wp.pl)**

## **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; NAKŁAD: 2.500 egz. ISSN 1426-661X



## OGŁOSZENIE

**Zespół Opieki Zdrowotnej w Kłobucku, ul. 11 Listopada 5c, 42-100 Kłobuck**  
**zatrudni:**

➤ **lekarzy** posiadających specjalizację w dziedzinie:

- **medycyny rodzinnej**
- **chorób wewnętrznych**
- **pediatrii**

do pracy w **podstawowej opiece zdrowotnej** (ośrodki zdrowia) na terenie powiatu kłobuckiego.

Istnieje ponadto możliwość podjęcia dyżurów w ramach ambulatoryjnej nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej (ambulatorium w Kłobucku i Krzepicach).

➤ **lekarzy**

- **internistów lub**
- **chcących specjalizować się w dziedzinie chorób wewnętrznych (również w trybie pozarezydenckim)**

do pracy w Oddziale Chorób Wewnętrznych Szpitala Rejonowego w Krzepicach

Zespół zapewnia elastyczność w zakresie wyboru formy i wymiaru zatrudnienia.  
 Zespół dysponuje również mieszkaniami służbowymi.

Informacji na temat zatrudnienia udziela

Dyrektor Zespołu – lek. Marian Nowak tel. 604 555 638 lub

Z-ca Dyrektora ds. administracyjno-organizacyjnych mgr Gabriela Łacna tel. 604 555 793

Sekretariat – tel. 34 317 22 06



**Przeznacz 1%**

**Pomóż nam pomagać innym!**

Fundacja Lekarze Lekarzom znajduje się w wykazie organizacji pożytku publicznego uprawnionych do otrzymania 1% podatku dochodowego od osób fizycznych za rok 2015.

Procedura przekazania 1% podatku jest wyjątkowo prosta, wystarczy że w składanym zeznaniu rocznym wskażemy organizację pożytku publicznego, którą chcemy wesprzeć. Należy tylko wpisać w konkretnej rubryce numer KRS oraz kwotę, jaką przekazujemy Fundacji.

ul. Sobieskiego 110; 00-764 Warszawa  
 e-mail: fundacja@hipokrates.org  
 www.flil.nil.org.pl

**Nr KRS Fundacji Lekarze Lekarzom: 0000409693**

**Przeznacz 1% podatku Fundacji Lekarze Lekarzom**

Poznań

7-10 września 2016



POZNAŃ 2016

# Doroczny Światowy Kongres Stomatologiczny

WYDARZENIE ROKU ŚRODOWISKA STOMATOLOGICZNEGO!

● Poznań



[facebook.com/FDI2016POZNAN](https://facebook.com/FDI2016POZNAN)

[www.fdi2016poznan.org](http://www.fdi2016poznan.org)