



OPOLSKA
IZBA
LEKARSKA

Rok Założenia 1990

Grudzień 2016/Styczeń 2017

ISSN 1426-661X

BIULETYN INFORMACYJNY

Nr 242-243

OPOLSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

www.izbalekarska.opole.pl

Hipokrates Opolski 2016



Fot. Sławomir Mielnik

DOZNAĆ CZY ZROZUMIEĆ

Josif Brodski przekonywał, że „*Jest się tym, na co się patrzy*”. Kto zaufa poecie, niech obejrzy „*Tchnienie przestrzeni*” Józefa Chyżego. Uprzedzam, że może dojść do metamorfozy, jak po wizycie w gabinecie chirurgii plastycznej. Artysta zabiera nas w podróż do Wenecji. Omija Plac Świętego Marka, Rialto i Arsenał, nie zagląda do żadnego pałazu czy Akademii, ale porusza się po wodzie. Do jego gondoli i pontonów wsiadają chłopcy i roznegliżowane panny (ani jednego głośnego Niemca, dobrze odżywionego Amerykanina, zakolczykowanego Holendra czy farbowanego Rosjanina), gdzieś tam rozwijają się złote róże, pęcznią katedry i poważnieją kamienice – wszystko płynie, *panta rhei*. Jeśli woda jest obrazem czasu (który ucieka, zatrzymuje się,

z psem – gładkowłosym pinczerem o długim pysku. Z drugiej strony łąsi się już rybionosy, on także liczy na pieśczoły, najlepiej bez zobowiązań. Merda ogonem, podlizuje się, drży, łśni i Ignie. – *Popatrz i na mnie!* – podszczekuje. – *Zostaw dobermana. Czas na kundla z dobrymi manierami* – i robi skłon, taki w sam raz, jak kamerdyner od Hiltona. Na innym płótnie para, on podobny do autora, ona zbliża się do ideału. Może dzięki mgłę? Tamtejsza nebbia wygląda rysy, zamazuje przebarwienia, spłyca zmarszczki i tuszuje usterki. Owija postacie, działa jak maseczka, kokon albo krem za dwie nauczycielskie pensje. Osoby poruszające się we mgłę przypominają aktorów kabuki, upudrowanych, z bladym różem na policzkach i podkreślonymi oczami.

Zresztą i widz po wejściu do galerii zamienia się w oko (inne zmysły odlatują jak muchy na widok packi), jego ciało traci na wadze, zmniejsza się, kurczy i unieważnia. Króluje oczy. To one wypatrują kształtów, wychwytyują pobłyski i wyostrzają kontury. Przymrużone szukają ukrytych w brzezinach fortepianów, dobrze zapowiadających się pianistów, rajskich ptaków i modliszek, smoków, bazylijszków i maszkaronów, pegazów, bestii i nagich dziewczyn o chłopięcych figurach. Czemuż ta dziwna ferajna kręci się po obrazach, płacze się pomiędzy drzewami i okupuje gondole?

Wystan Hugh Auden najbardziej lubił słuchać mszy w nieznanym języku; siadał w tylnej ławce, z dala od lamp czy podświetlanych ikon, i zapadał w letarg. W półmroku z przymkniętymi powiekami czekał, aż pieśni chóralskie rozniosą się po świątyni. Zamiast liturgii dochodziły do

niego zawołania szamanów, czary, gusła i zaklęcia. Gdyby żył, pewnie oglądałby płótna Chyżego. W końcu chodzi o to, by doznać, a nie zrozumieć.

„*Tchnienie przestrzeni*” można oglądać w galerii „Panaecum” przy ulicy Pużaka 9 w Opolu. Na wystawę serdecznie zapraszam tych, którzy zechcą doznać, a także tych, którzy próbują rozumieć. **Życzę spokojnych Świąt Bożego Narodzenia i radosnego Nowego Roku.**

Agnieszka KANIA



Józef Chyży „*Tchnienie przestrzeni*” (akryl)

można się w nim zanurzyć i zapomnieć o świecie; niekiedy wpuszcza nas w kanał: najpierw się dłuży, obiecuje jakąś nieskończoność, by nagle przyśpieszyć, popędzić jak chart afgański za zającem), niech to będzie woda wenecka, falująca, ale niespiesznie, łagodna, ale pozbawiona nudy, harmonijna, ale niepowtarzalna. Obiecująca.

Malarzowi nie wystarczają zmaczone nurty, kilwater, wyśrubowane głębiny, urwane znaki ani ślady po wiosłach. Maluje również miłość i zdradę, kłótnię i pojednanie, namiętność i stratę. Panna, która zgubiła kawalera, rozmawia

BIULETYN INFORMACYJNY OPOLSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

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

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

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

NAKLAD: 2800 egz. ISSN 1426-661X



I znowu minął kolejny rok. Dzieje się wokół nas – oj dzieje! Także i w ochronie zdrowia. Nic więc dziwnego, że aktualny numer Biuletynu będzie zawierał same gorące tematy.

Zamieszczam kilka głosów dyskusji na temat czasu pracy lekarzy i obciążeniu ich pracami dodatkowymi. Jest również materiał będący odpowiedzią na propozycje ministerialne regulacji płac w ochronie zdrowia – to a propos wrześniowej manifestacji członków zawodów medycznych w Warszawie.



Koleżanki i Koledzy,

Zbliża się koniec roku, a więc koniec obowiązywania dotychczasowych umów, podpisywanych przez lekarzy i lekarzy dentystów z OOW NFZ na wystawianie recept refundowanych w prywatnych praktykach, a także dla siebie i najbliższej rodziny. Od nowego roku Fundusz będzie jedynie wydawał lekarzom zakresy numerów recept.

Na naszej stronie internetowej, już od pewnego czasu, zamieszczony jest komunikat, który szczegółowo informuje jak należy postępować. Są opisane różne warianty – dla lekarzy, którzy dotąd nie mieli umowy receptowej; dla lekarzy, którzy taką umowę mieli ale nie mieli dostępu do Portalu Funduszu; wreszcie dla lekarzy, którzy mają już dostęp do Portalu Funduszu. W komunikacie tym zawarte są linki do odpowiednich stron Oddziału Funduszu, które pozwolą na szybsze załatwienie formalności.

W odniesieniu do lekarzy emerytów, którzy mieli umowy na wystawianie recept refundowanych dla siebie i najbliższej rodziny, pracownicy Oddziału Funduszu wygenerowali odpowiednie wnioski z wpisanymi już danymi personalnymi i rozesłali do tych lekarzy. **Takie dokumenty trzeba tylko podpisać i odesłać do Funduszu.** Jeżeli więc ktoś z lekarzy emerytów, kto miał umowę na wystawianie recept dla siebie i rodziny nie otrzymał z Oddziału Funduszu listu z dokumentami do podpisu, niech jak najszybciej zgłosi się do Oddziału Funduszu na Głogowską (jeżeli zgłoszenie osobiste będzie nastręczało kłopoty można skontaktować się telefonicznie 77/54 95 275).

W ostatnich tygodniach wielu lekarzy prywatnie praktykujących „zaatakowanych” zostało pismami sygnowanymi przez Centralną Ewidencję Działalności Gospodarczych i Firm, sugerującymi konieczność dokonania wpłaty w kwocie 295 złotych (skan takiego pisma poniżej). **JEST TO WYLUDZANIE PIENIĘDZY.** Kilka osób niestety dało się nabrać i podaną kwotę wpłaciło.

Jest też ocena funkcjonowania rynku zdrowia z punktu widzenia menedżerów. Mam więc nadzieję, że podczas wolnych chwil przy choince znajdziecie czas na lekturę, do której gorąco zachęcam.

A ponieważ zbliżają się Święta i Nowy Rok, pozwolę sobie swoim wiernym czytelnikom złożyć najserdeczniejsze życzenia zdrowych, spokojnych, rodzinnych Świąt Bożego Narodzenia oraz lepszej perspektywy w Nowym 2017 Roku.

Jerzy B. LACH

SZPALTA PREZESA

W tekście pisma jest wprawdzie stwierdzenie, że opłata jest fakultatywna (czyli nieobowiązkowa), ale nie zawsze zwraca się uwagę na takie szczegóły. W piśmie ponadto jest zawarte przywołanie Dziennika Ustaw, które jest nieprawdziwe, a uwiarygodnia treść pisma. Dlatego skierowałem zawiadomienie do prokuratury o możliwości popełnienia przez podmiot rozsyłający te pisma przestępstwa.

Z OKAZJI ZBLIŻAJĄCYCH SIĘ ŚWIĄT BOŻEGO
NARODZENIA ORAZ NOWEGO 2017 ROKU
SKŁADAM WSZYSTKIM KOLEŻANKOM
I KOLEGOM NAJSERDECZNIEJSZE
ŻYCZENIA ZDROWIA, POMYŚLNOŚCI,
WYTRWAŁOŚCI I NIEUSTAJĄCEJ WIARY,
ŻE PRZYSZŁOŚĆ MOŻE BYĆ LEPSZA.

Jerzy JAKUBISZYN

DWA KOLEJNE POSIEDZENIA OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ W OPOLU

W dn. 26 października br. odbyło się kolejne posiedzenie Okręgowej Rady Lekarskiej. Spotkanie prowadził Prezes Jakubiszyn.

Przyznanie praw wykonywania zawodu

Jednogłośnie przyjęto uchwałę o wydaniu duplikatu prawa wykonywania zawodu lekarce, która zagubiła dokument.

Rejestracja podmiotów prowadzących szkolenie podyplomowe lekarzy

Do Izby z prośbą o przyznanie punktów edukacyjnych zwróciła się firma Nutrikon, która przeprowadzi szkolenie dla lekarzy pt.: „*Leczenie ran przewlekłych*” w dniach 25–26 listopada br. w Jarnołtówku – jednogłośnie przyznano 14 pkt. edukacyjnych.

Przyjęto też informację o kolejnym szkoleniu, organizowanym przez firmę MIP-Pharma, która przeprowadzi szkolenie dla lekarzy dentystów pt. „*Materiały bioktywne w stomatologii*” w dniu 24 listopada br. (firma posiada uchwałę NRL o spełnianiu warunków do prowadzenia szkolenia).

Zmiany w rejestrze indywidualnych praktyk lekarskich

Z powodu zgonu wykreślono z rejestru dwie praktyki lekarskie. Ponadto na wniosek zainteresowanej wykreślono z rejestru praktykę Małgorzaty Konopki-Fiutak.

Przyznanie świadczeń z Funduszu Samopomocy

Do Funduszu Samopomocy wpłynęły 4 podania o przyznanie zapomogi z powodu podeszłego wieku i/lub licznych przewlekłych schorzeń – uchwały przyjęto jednogłośnie.

Wyznaczenie przedstawicieli OIL do komisji konkursowych

Dyrektor Samodzielnego Wojewódzkiego Szpitala dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Branicach zwrócił się z prośbą o wytypowanie przedstawiciela do komisji konkursowej na stanowisko Pielęgniarki Oddziałowej w Oddziale Rehabilitacji Neurologicznej. Rada jednogłośnie wyznaczyła lek. Jerzego Lacha.

Podjęcie uchwał w sprawie zmiany wysokości składki członkowskiej

O zwolnienie z opłacania składek członkowskich z powodu nieosiągania przychodów zwróciły się dwie osoby – uchwały przyjęto jednogłośnie.

Sprawozdanie członków Rady z działalności pomiędzy posiedzeniami

Prezes poinformował o zamiarze wysyłania przez nasz oddział NFZ listów do lekarzy emerytów i rencistów z gotowymi formularzami dotyczącymi nowych umów na pobieranie numerów recept. Inni lekarze będą załatwiać te sprawy za pomocą Portalu Świadczeniodawcy. Odpowiednia informacja zostanie zamieszczona na stronie internetowej izby.

Kol. Latała zdał relację z ostatniego szkolenia zorganizowanego przez KS oraz PTS dla lekarzy dentystów, podczas którego prof. dr hab. n. med. Beata Dejak – Kierownik Zakładu Protetyki Stomatologicznej Katedry Stomatologii Odtwórczej UM w Łodzi wygłosiła wykład pt. „*Licówki ceramiczne*”.

Prezes uczestniczył w spotkaniu z przedstawicielami 8 samorządów zawodowych działających w naszym województwie, podczas którego podpisano list intencyjny tworzący „Opolskie Porozumienie Zawodów Zaufania Publicznego”. Organizacja ta ma na celu wspólne występowanie wobec władz różnego szczebla w sprawach dotyczących funkcjonowania samorządów zawodowych, wzajemne wspieranie się w sytuacjach zagrożeń wobec ich samorządności itp.

Sprawy różne i wolne wnioski.

Kol. Mijas poruszył sprawę projektu ustawy o nowym sposobie opodatkowania, co według niego będzie skutkować spadkiem liczby pracujących lekarzy, zwłaszcza emerytów. Prezes zobowiązał się poruszyć ten problem na najbliższym spotkaniu Konwentu.

Pod koniec zebrania gościliśmy kol. Krzysztofa Wiśniewskiego, który poinformował o szkoleniach dla biegłych organizowanych przez Śląską Izbę Lekarską. Kol. Kowarzyk zaproponował, aby Izba rekomendowała lekarzy, do odbycia ww. szkoleń.



Wobec wyczerpania porządku obrad na tym posiedzenie zakończono.

Sekretarz ORL
Lek. dent. Barbara HAMRYSZAK
Prezes ORL
Dr n. med. Jerzy JAKUBISZYN
* * *

W dniu 23 listopada odbyło się przedostatnie w tym roku posiedzenie Okręgowej Rady Lekarskiej. Posiedzenie prowadził prezes J. Jakubiszyn, który po powitaniu zebranych zaproponował wprowadzenie zmian do przedstawionego członkom Rady drogą elektroniczną programu spotkania. Prosił o wprowadzenie pkt. 6a, dotyczącego opinii Rady odnośnie kandydata na nowego Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie medycyny ratunkowej oraz pkt. 8a, dotyczącego konieczności podjęcia uchwał w sprawie zaciągnięcia kredytu na remont siedziby naszej Izby. Wszyscy zebrani jednogłośnie przyjęli propozycje zmian, a następnie zmieniony program posiedzenia Rady.

Zanim jednak rozpoczęto obrady, kol. Chowaniec poinformował zebranych o tym, że poprzedniego dnia podczas uroczystej gali wręczenia Hipokratesów Opolskich 2016 NTO, **Kapituła przyznała Honorowy Tytuł Hipokratesa Opolskiego naszemu Prezesowi – dr n. med. Jerzemu Jakubiszynowi.** W związku z powyższym wszyscy zebrani serdecznie pogratulowali tego zaszczytnego miana Laureatowi.

Przyznanie praw wykonywania zawodu

Jednogłośnie przyjęto uchwałę o wpisaniu na listę członków naszej Izby Katarzyny Kuźniar-Manaczyk (przeniesienie z Izby w Szczecinie).

W tym punkcie Prezes poinformował o wpłynięciu wniosku specjalnej Komisji ds. oceny przydatności do wykonywania zawodu lek. LWP. Pani doktor zgłosiła się wreszcie na posiedzenie komisji, przedstawiając opinię lekarzy, którzy nie stwierdzili u niej zaburzeń, uniemożliwiających wykonywanie zawodu. Wobec powyższego Komisja wnosiła o odwieszenie PWZ dla Pani Doktor. Rada – przy 2 głosach wstrzymujących się – przychyliła się do wniosku Komisji.

Rejestracja podmiotów prowadzących szkolenie podyplomowe lekarzy

Do Izby z prośbą o przyznanie punktów edukacyjnych zwróciła się dyrekcja Szpitala Wojewódzkiego, organizująca 3 Opolską Konferencję Ratowników Medycznych. W związku z tym wnioskiem wywiązała się krótka i burzliwa dyskusja, w trakcie której głos zabierali m.in. kol. kol. Dryja, Mazur, Wojtyłko, Kuzyszyn i Jakubiszyn. W jej wyniku stwierdzono, że choć zapewne wezmą w niej udział lekarze, to – jak wynika z jej programu – konferencja jest formą szkolenia dla ratowników

medycznych i w głosowaniu (przy 8 głosach przeciwnych i 8 wstrzymujących) nie przyznano tej konferencji punktów edukacyjnych. Prezes wystosuje odpowiednie pismo do Prezes Dzido.

Zmiany w rejestrze indywidualnych praktyk lekarskich

Do Rady wpłynął jeden wniosek o skreślenie praktyki z rejestru, co też Rada uczyniła jednogłośnie.

Przyznanie świadczeń z Funduszu Samopomocy

Do Funduszu Samopomocy nie wpłynęły żadne podania o przyznanie zapomogi.

Wyznaczenie przedstawicieli OIL do komisji konkursowych

Dyrektor Samodzielnego Wojewódzkiego Szpitala dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Opolu zwrócił się z prośbą o wytypowanie przedstawiciela do komisji konkursowej na stanowisko Pielęgniarki Oddziałowej w Oddziale Neurologicznym dla Dzieci i Młodzieży. Rada wyznaczyła lek. Ewę Sadowską. Uchwałę podjęto jednogłośnie.

Podjęcie uchwał w sprawie zmiany wysokości składki członkowskiej

O zwolnienie z opłacania składek członkowskich z powodu nie osiągnięcia przychodów zwróciło się 18 lekarzy po świeżo ukończonym stażu podyplomowym. Uchwały przyjęto jednogłośnie.

Przy tej okazji kol. Mijas zgłosił swoje wątpliwości, czy proceder ten nie będzie się rozrastał, bo lekarze po stażu mogą zwlekać z podjęciem dalszej pracy. Prezes stwierdził jednak, że do szybkiego podjęcia pracy obligują ich przepisy, związane z rozpoczynaniem specjalizacji.

Zaopiniowanie kandydatury na stanowisko nowego Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie medycyny ratunkowej

Prezes poinformował członków Rady, że Prezydium spotkało się w ubiegłym tygodniu z przedstawionym przez Wojewodę Opolskiego kandydatem na to stanowisko dr Kazimierzem Błońskim z Nysy. Podczas tego spotkania wysłuchano opinii kandydata dotyczących aktualnej sytuacji w tej gałęzi medycyny, ze szczególnym uwzględnieniem proponowanych zmian w prawie. Członkowie Prezydium w wyniku tego spotkania rekomendują Radzie zaakceptowanie tej kandydatury.

Wywiązała się bardzo burzliwa dyskusja, w której zabierali głos prawie wszyscy członkowie Rady. Generalnie nikt nie miał zastrzeżeń do samej kandydatury, jednakże – jak zwrócił uwagę kol. Wojtyłko – bezwa-

runkowe zaakceptowanie tej kandydatury jest jednocześnie „kapitulacją” z dotychczasowych działań Rady na rzecz wyjaśnienia okoliczności odwołania dotychczasowego Konsultanta, członka Rady kol. Dryji. W dyskusji powrócono do zapisów Stanowiska Rady z poprzedniego posiedzenia dotyczącego tej sprawy.

Prezes stwierdził, że dotarła opinia, którą na prośbę Rady przesłał Konsultant Krajowy w dziedzinie chirurgii dziecięcej, prof. Bohosiewicz (odnosiła się do sprawy dziecka, zmarłego 1.11.2015 w WCM). Opinia w wielu punktach była rozbieżna ze stwierdzeniami zawartymi w protokole prof. Ładnego Krajowego Konsultanta w dziedzinie Ratownictwa Medycznego, który wnioskował do Wojewody o odwołanie Marka Dryji.

W wyniku dyskusji przyjęto uchwałę o niezgłaszaniu formalnych zastrzeżeń do kandydatury. Ustalono jednocześnie, że Prezes wystosuje pismo do Wojewody, w którym zwróci się z prośbą o wstrzymanie się z decyzją powoływania nowego konsultanta do czasu wyjaśnienia wątpliwości, związanych z odwołaniem dr Dryji (Rada oczekuje jeszcze na opinię prof. Jakubaszki). Propozycja tekstu pisma zostanie przesłana drogą mailową, do zaakceptowania lub zgłaszania uwag do piątku rana.

Podjęcie uchwały w sprawie upoważnienia do podpisania umowy z Ministerstwem Zdrowia na przekazanie środków za zadania zlecone w roku 2016

Prezes poinformował, że wiosną Konwent Prezesów zaproponował, aby cała kwota przeznaczona na 2016 rok (6,7mln) została podzielona pomiędzy izby okręgowe według ich liczebności. Niestety po kontrolach NIK w Ministerstwie stanowisko MZ się zmieniło i aktualna propozycja uwzględnia liczbę wykonanych zadań w 2015 r. Dla naszej Izby oznacza to kwotę nieco większą, niż wynikałoby to z „pogłównego”. Prezes przekazał, że wszystkie Izby podpisują umowy zgodnie z propozycją Ministerstwa. Podjęto więc uchwałę upoważniającą Prezesa i Skarbnika do podpisania stosownej umowy z Ministerstwem (przy 1 głosie wstrzymującym się).

Podjęcie uchwały w sprawie harmonogramu posiedzeń Rady i jej Prezydium w I półroczu 2017 r. oraz o terminie zjazdu budżetowego

Prezes zaproponował terminarz spotkań Prezydium i Rady Okręgowej na I-półrocze przyszłego roku oraz Okręgowego Zjazdu Lekarzy. I tak Rada spotykać się będzie: 25 stycznia, 22 lutego, 22 marca, 26 kwietnia, 24 maja, 21 czerwca. Z kolei Prezydium spotykać się będzie w środy na tydzień przed posiedzeniami Rady. Okręgowy Zjazd Lekarzy odbędzie się 18 marca 2017 r.

Podjęcie uchwał w sprawie zaciągnięcia kredytu w banku PKO BP SA na remont siedziby Opolskiej Izby Lekarskiej

Kol. Kowarzyk poinformował zebranych o warunkach zaciągnięcia kredytu w wysokości 2,5 mln PLN na re-

mont naszej Izby na okres 18 lat. Kol. kol. Suzanowicz, Olejnik i Mazur prosili kol. Kowarzyka o przedstawienie szczegółowych warunków umowy kredytowej. Rata ma mieć stałą wysokość i nie przekraczać kwoty 30 tys. PLN. Ponadto obowiązuje 3-miesięczny okres wolny od spłaty, a zabezpieczeniem kredytu jest wpis do hipoteki budynku, cesja jego polisy ubezpieczeniowej oraz weksel in blanco podpisany przez Prezesa.

W dyskusji zwracano uwagę na niezbyt korzystne warunki kredytu (wysoka marża), ale kol. Lach zwrócił członkom Rady uwagę na fakt, że PKO BP SA jest jedynym bankiem, który zdecydował się na podjęcie rozmów w sprawie kredytu, choć – jak wyjaśniał kol. Kowarzyk – zwrócono się z takim zapytaniem do 5 banków. W wyniku dyskusji podjęto jednogłośnie uchwałę w sprawie warunków kredytu oraz uchwałę w sprawie jego zabezpieczeń.

Sprawozdanie z posiedzenia Naczelnej rady Lekarskiej (4.11.16) oraz Konwentu Prezesów orl (3.11.16)

Prezes Jakubiszyn przedstawił członkom Rady sprawozdanie z obrad Konwentu Przewodniczących izb lekarskich. Dyskutowano na nim głównie sprawę obowiązkowego odprowadzania podatku dochodowego przez izby. W opinii Katowickiej Izby Skarbowej, do której zwróciła się Małopolska Izba składki członkowskie są zwolnione z opodatkowania podatkiem dochodowym.

Z kolei na posiedzeniu Naczelnej Rady Lekarskiej spotkano się z wiceministrem Tombarkiewiczem, który informował o propozycjach zmian w ustawie o ratownictwie medycznym i odpowiadał na zastrzeżenia i obawy członków NRL, dotyczące bezpieczeństwa pacjentów. Kolejnym gościem posiedzenia NRL był Zastępca Głównego Inspektora Sanitarnego, który przedstawił członkom NRL aktualną sytuację dotyczącą szczepień profilaktycznych. W dyskusji zwrócono uwagę na ewidentne błędy popełniane przez media, które prezentują wyłącznie opinie przeciwników szczepień. Szczególnym przykładem takich działań był materiał TVP, wyemitowany poprzedniej nocy.

Sprawozdanie członków Rady z działalności pomiędzy posiedzeniami

W tym punkcie nikt nie zabrał głosu.

Sprawy różne i wolne wnioski

Prezes odczytał odpowiedź Konsultanta Krajowego w dziedzinie chirurgii dziecięcej prof. Bohosiewicza, który ocenił postępowanie lekarza pediatry SOR-u WCM w sprawie, w której doszło przed prawie rokiem do zgonu dziecka. Potwierdził, że przypadek był trudny diagnostycznie i (mając rozpoznanie sekcyjne) potwierdził, że przypadki takie kończą się zwykle bardzo dramatycznym i szybkim zgonem, bez względu na wysiłki lekarzy.

Jednocześnie nie podjął się oceny pracy samych ratowników medycznych, nie czując się kompetentnym do tego. Podkreślił jednak, że za organizację pracy SOR-u odpowiadają osoby zarządzające jednostką.

Kol. Jakubiszyn stwierdził, że do tej pory nie ma jeszcze opinii dr Jakubaszki – Przewodniczącego Towarzystwa Medycyny Ratunkowej, a w przeszłości wieloletniego Konsultanta Krajowego w tej dziedzinie.

Następnie przedstawił odpowiedź Dyrekcji WCM na stanowisko Rady z 5 października br. W końcowej części tej odpowiedzi zawarte zostały zarzuty pod adresem Marka Dryji (zarzuty niewywiązywania się z realizacji poleceń służbowych), które zainteresowany uznał za bezpodstawne i szkalujące jego imię, w związku z czym zapowiedział skierowanie sprawy na drogę sądową.

Sformułowania zawarte w tym ostatnim piśmie wywołały gorącą dyskusję, w której uczestniczyli prawie wszyscy członkowie Rady.

Kol. Mijas podkreślał, że przeprowadzona przez niego i dr Tubka na zlecenie Ministerstwa kontrola wykazała przede wszystkim błędy w organizacji pracy SOR, za co odpowiedzialna jest Dyrekcja WCM, a nie lekarze. Kol. Wojtyłko zaproponował, aby zwrócić się ponownie do Dyrekcji WCM o odpowiedź na stwierdzenia stanowiska. Prezes zwrócił jednak uwagę, że w Stanowisku nie było wymogu odpowiedzi na jego treść.

Wobec wyczerpania programu spotkania na tym posiedzenie zakończono.

Z-ca Sekretarza ORL

Lek. med. Jerzy B. LACH

Prezes ORL

Dr n. med. Jerzy JAKUBISZYN

POSIEDZENIE KOMISJI STOMATOLOGICZNEJ

W dniu 24 października br. w siedzibie Izby odbyło się kolejne posiedzenie Komisji Stomatologicznej OIL w Opolu. Przewodnicząca dr J. Smerkowska-Mokrzycka powitała zebranych i przystąpiła do omawiania bieżących informacji.

- Poseł Tomasz Piotr Nowak wystosował do MZ pytanie, dlaczego w planie finansowym NFZ na rok 2017 przeznaczona jest bardzo niska kwota pieniędzy na świadczenia stomatologiczne. W 2017 r. wynosić ma ok. 2,48% całości kosztów świadczeń opieki zdrowotnej, podczas, gdy w 2016 r. współczynnik ten przyjęto w wysokości 2,6% (zgodnie z założeniami reformy służby zdrowia, na świadczenia stomatologiczne powinno być przeznaczonych co najmniej 5% budżetu na opiekę zdrowotną). W odpowiedzi wiceminister zdrowia Piotr Gryza zapewnił, że sytuacja w stomatologii jest satysfakcjonująca i wydatki na leczenie stomatologiczne stale rosną.
- Termin wprowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej najprawdopodobniej ulegnie przesunięciu. Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia wraz z NFZ przygotowały szczegółowe badania dotyczące zaawansowania prac związanych z wprowadzaniem elektronicznej dokumentacji medycznej. Obecnie trwa analizowanie pozyskanych informacji. Samorząd lekarski będzie musiał pomóc lekarzom seniorom prowadzącym prywatne praktyki w uporaniu się z tym problemem.
- NFZ przypomina, że świadczeniodawcy mający kontrakt z NFZ na wyroby ortodontyczne i protetyczne muszą przestrzegać ustawy o wyrobach medycznych.
- Prezydium NRL zaapelowało do MZ o podjęcie prac legislacyjnych, umożliwiających członkom samorządu lekarskiego branie udziału w pracach Agencji Oceny

Technologii Medycznych i Taryfikacji z głosem doradczym. W AOT-MiT zapadają decyzje o istotnym znaczeniu dla funkcjonowania lekarzy i lekarzy dentystów w systemie powszechnego ubezpieczenia.

- W 2013 r. weszła w życie nowa ustawa o odpadach medycznych, niestety do dnia dzisiejszego nie pojawiły się rozporządzenia określające postępowania z odpadami medycznymi. MZ przygotowuje nowy projekt rozporządzenia do zaopiniowania.
- Sejm przyjął nowelizację przywracającą staże podyplomowe dla lekarzy i lekarzy dentystów. Stażyści będą mieli pełne prawo wykonywania zawodu. Pytania z egzaminów lekarskich mają być upublicznione po upływie 5 lat od ich przeprowadzenia.
- 21 października br. odbyło się posiedzenie KS NRL z nowym jej Przewodniczącym dr Leszkiem Dudzińskim. Dr J. Mokrzycka zreferowała najważniejsze zagadnienia omawiane na tym posiedzeniu.
- Minutą ciszy członkowie KS OIL w Opolu uczcili pamięć lekarzy stomatologów, którzy odeszli na wieczny dyżur: Prof. Zbigniewa Jańczuka, Dr Ewy Bryckiej, Dr Romana Łani.
- Odbyło się spotkanie Prezydium NRL z ministrem Radziwiłłem. W toku rozmów minister stwierdził, że nie widzi potrzeby utworzenia komórki zajmującej się stomatologią. MZ planuje opracowanie map potrzeb zdrowotnych w zakresie stomatologii.
- Przewodniczący KS NRL wystosował do MZ pismo dotyczące apelu nr 15 ostatniego Nadzwyczajnego Zjazdu Lekarzy, dotyczącego likwidacji list oczekujących w stomatologii. W odpowiedzi MZ informuje,



że listy takie są prowadzone w większości krajów europejskich. Z kolei eksperci KS NRL podają, iż tylko w kilku krajach takie listy są prowadzone.

- Kolejne pismo z 26 września br. nowego Przewodniczącego KS NRL do MZ dotyczyło apelu nr 19 KZL i wprowadzenia zmian w obowiązujących aktach prawnych ułatwiających uzyskanie akredytacji do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego przez indywidualne specjalistyczne praktyki lekarzy dentyków.
- Powstanie zespół mający na celu podjęcie rozmów z NFZ dotyczący niesprawiedliwych kryteriów kon-

traktowania. W skład tego zespołu wejdą: L. Dudziński, A. Pacholec, J. Szczurko, A. Cisło.

- Szkolenia:
 - Materiały bioaktywne w stomatologii. MIP PHARMA – 24 listopada br. – hotel „Mercure” w Opolu;
 - III Andrzejki Stomatologiczne – 25–27 listopada br. – hotel „Stok” w Wiśle;
 - XXIII EXPODENT 20–21 października 2017 r. w Toruniu.

Kolejne posiedzenie KS OIL w Opolu odbędzie się 15 grudnia 2016 r.

*Przewodnicząca KS
Lek. stom. Jolanta SMERKOWSKA-MOKRZYCKA*

LAUREACI HIPOKRATESÓW OPOLSKICH 2016

Już po raz ósmy Redakcja Nowej Trybuny Opolskiej zorganizowała wśród swoich plebiscyt na najlepszego lekarza ginekologa, chirurga, dermatologa, kardiologa i okulistę oraz najlepszy szpital naszego województwa. Jednocześnie po raz pierwszy w historii plebiscytu mieszkańcy wszystkich powiatów Opolszczyzny wybrali swoich faworytów w kategoriach: lekarz rodzinny, pediatra, stomatolog, pielęgniarka/położna, farmaceuta oraz przychodnia/gabinet.

W dn. 22 listopada br., podczas uroczystej gali ogłoszono wyniki plebiscytu oraz wręczono jego laureatom statuetki Hipokratesa autorstwa Andrzeja Czyżyły – opolskiego grafika, scenografa filmowego i satyryka.

Tradycyjnie też Kapituła Plebiscytu (w składzie: Violetta Porowska – Wicewojewoda Opolski i patron naszego plebiscytu, Roman Kolek – Wicemarszałek Województwa Opolskiego, Grażyna Kowcun – p.o. Dyrektora Opolskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ, Krystyna Ciemniak – przewodnicząca Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych na Opolszczyźnie i członek Prezydium związku krajowego, Aleksander Sachanbiński – onkolog i zarazem Opolski Hipokrates 2014 oraz reprezentacja Nowej Trybuny Opolskiej: Krzysztof Krupa – Prezes Pro Media, Krzysztof Żyzik – Redaktor Naczelny NTO i Iwona Kłopotcka – dziennikarka) przyznała honorowy tytuł **Opolskiego Hipokratesa 2016**, który otrzymał **dr n. med. Jerzy Jakubiś** – Ordynator Oddziału Laryngologicznego WCM, Prezes Opolskiej Izby Lekarskiej.

A oto pozostali laureaci plebiscytu:

1. Ginekolog Roku:

- I miejsce Marek Rajca
- II miejsce Bogusław Mróz
- III miejsce Damian Ziętek

2. Chirurg Roku:

- I miejsce dr n. med. Jerzy Ceglecki
- II miejsce Janusz Piechurski
- III miejsce Zbigniew Szczepanowski

3. Kardiolog Roku:

- I miejsce Lucjan Szela
- II miejsce dr n. med. Michał Ploch
- III miejsce Przemysław Lipski

4. Okulista Roku:

- I miejsce Ewa Kasprzyk-Michali
- II miejsce Lidia Sendal
- III miejsce Agnieszka Sobura-Ojeda

5. Dermatolog Roku:

- I miejsce Agnieszka Czernecka
- II miejsce Elżbieta Urbańska-Kmieciak
- III miejsce Ewa Kwiatek-Gniazdowska

6. Szpital roku:

- I miejsce Klinika Nova, Kędzierzyn-Koźle
- II miejsce Szpital Powiatowy, Głubczyce
- III miejsce Polska Grupa Medyczna – Regionalne Centrum Chorób Serca i Naczyń, Kluczbork

7. Lekarz Rodzinny Roku:

- I miejsce Renata Stefan
- II miejsce Urszula Langiewicz-Borysow
- III miejsce Barbara Galant-Tarnawska

8. Pediatra Roku:

- I miejsce dr n. med. Danuta Gmyrek
- II miejsce dr n. med. Jarosław Mijas
- III miejsce Beata Niwińska

9. Stomatolog Roku:

- I miejsce Jarosław Wrona
- II miejsce Marcin Nowosielski
- III miejsce Dariusz Parkitny

10. Przychodnia/Gabinet Roku:

- I miejsce Poradnia POZ Szpitala Vital Medic Centrum Leczenia Kręgosłupa
- II miejsce Przychodnia Lekarska „MEDICUS”,
- III miejsce NZOZ DOMED Zimnice Wielkie

Z kolei w poszczególnych powiatach laureatami zostali:

1. Powiat Opolski

- Lekarz Rodzinny Roku powiatu opolskiego – Izabela Bednarek,

- Pediatra Roku powiatu opolskiego – Iwona Sa-
chanbińska,
 - Stomatolog Roku powiatu opolskiego – Marta
Kozłowska,
 - Przychodnia/Gabinet Roku powiatu opolskiego –
NZOZ DOMED Zimnice Wielkie,
2. Powiat kędzierzyńsko-kozielski
- Lekarz Rodzinny Roku powiatu kędzierzyńsko-
kozielskiego – Lech Osiński,
 - Pediatra Roku powiatu kędzierzyńsko-kozielskie-
go – dr n. med. Danuta Gmyrek
 - Stomatolog Roku powiatu kędzierzyńsko-koziel-
skiego – Jarosław Wrona
 - Przychodnia/Gabinet Roku powiatu kędzierzyń-
sko-kozielskiego – Klinika Nova, Kędzierzyn-
Koźle,
3. Powiat prudnicki
- Lekarz Rodzinny Roku powiatu prudnickiego –
Janina Konrad
 - Pediatra Roku powiatu prudnickiego – Ewa Kluzek
 - Stomatolog Roku powiatu prudnickiego – Danu-
ta Jurczak-Rastelli,
 - Przychodnia/Gabinet Roku powiatu prudnickiego
– Przychodnia Lekarska „MEDICUS”, Prudnik
4. Powiat głubczycki
- Lekarz Rodzinny Roku powiatu głubczyckiego –
Barbara Galant-Tarnawska,
 - Pediatra Roku powiatu głubczyckiego – Janusz
Berezka,
 - Stomatolog Roku powiatu głubczyckiego – Bar-
bara Bednarczyk
 - Przychodnia/Gabinet Roku powiatu głubczyc-
kiego – Gminny Zespół Lecznictwa Otwarte-
go, Kietrz
5. Powiat kluczborski
- Lekarz Rodzinny Roku powiatu kluczborskiego
– Urszula Langiewicz-Borysow,
 - Pediatra Roku powiatu kluczborskiego – Róża
Bruzi-Bużowicz,
 - Stomatolog Roku powiatu kluczborskiego – Na-
talia Wicher,
 - Przychodnia/Gabinet Roku powiatu kluczborskie-
go – Poradnia POZ Szpitala Vital Medic Centrum
Leczenia Kręgosłupa
6. Powiat oleski
- Lekarz Rodzinny Roku powiatu oleskiego – Re-
nata Stefan
 - Pediatra Roku powiatu oleskiego – Grażyna Wasiak
 - Stomatolog Roku powiatu oleskiego – Danuta
Marcjasz
 - Przychodnia/Gabinet Roku powiatu oleskiego –
NZOZ Gorzów Śląski,
7. Powiat brzeski
- Lekarz Rodzinny Roku powiatu brzeskiego –
Aniela Damuć
- Pediatra Roku powiatu brzeskiego – Maria Tar-
czyńska-Kaczan
 - Stomatolog Roku powiatu brzeskiego – Korne-
lia Buczek
 - Przychodnia/Gabinet Roku powiatu brzeskiego –
Zakład Usług Medycznych KAMMED
8. Powiat namysłowski
- Lekarz Rodzinny Roku powiatu namysłowskie-
go – Przemysław Smolik
 - Pediatra Roku powiatu namysłowskiego – Janusz
Sebastian
 - Stomatolog Roku powiatu namysłowskiego –
Agnieszka Dębicka
 - Przychodnia/Gabinet Roku powiatu namysłow-
skiego – NZOZ Pro-Familia
9. Powiat nyski
- Lekarz Rodzinny Roku powiatu nyskiego – Gra-
żyna Biernacka
 - Pediatra Roku powiatu nyskiego – Piotr Ślizga
 - Stomatolog Roku powiatu nyskiego – Marta Ka-
łetkiewicz
 - Przychodnia/Gabinet Roku powiatu nyskiego –
NZOZ Medicus Poradnia Ginekologiczno-Po-
łożnicza
10. Powiat strzelecki
- Lekarz Rodzinny Roku powiatu strzeleckiego –
Elżbieta Kulisa
 - Pediatra Roku powiatu strzeleckiego – Jarosław
Mijas
 - Stomatolog Roku powiatu strzeleckiego – Da-
rriusz Parkitny
 - Przychodnia/Gabinet Roku powiatu strzeleckie-
go – Specjalistyczna Praktyka Lekarska lek. med.
Piotr Faryan Specjalista Chorób Wewnętrznych
11. Powiat krapkowicki
- Lekarz Rodzinny Roku powiatu krapkowickiego
– Roman Kucharski
 - Pediatra Roku powiatu krapkowickiego – Dag-
mara Pokrzywnicka-Maciak
 - Stomatolog Roku powiatu krapkowickiego – An-
na Milejska
 - Przychodnia/Gabinet Roku powiatu krapkowic-
kiego – Gabinet Ginekologiczny dr n. med. Ka-
tarzyna Seweryn-Serkis
12. Opole
- Lekarz Rodzinny Roku Opola – Małgorzata Sto-
larczyk
 - Pediatra Roku Opola – Beata Niwińska
 - Stomatolog Roku Opola – Marcin Nowosielski
 - Przychodnia/Gabinet Roku Opola – Ambasada
Uśmiechu – Klinika Stomatologii i Implantologii

**WSZYSTKIM LAUREATOM
BARDZO SERDECZNIE GRATULUJEMY!!!**

Na podstawie materiałów NTO – Jerzy B. LACH



Statuetki Hipokratesa Opolskiego



Laureaci tegorocznej edycji plebiscytu



Najlepsi pediatrzy



Najlepsze okulistki



Najlepszy szpital Opolszczyzny



*Najlepsi
ginekolodzy*



*Najlepsi
stomatolodzy*



Najlepsi lekarze rodzinni

Zdjęcia: Sławomir Mielnik

Autor dziękuje Redakcji NTO za udostępnienie zdjęć.

TORNADO

Na Pragę metro nie jeździ, tramwaje też pojawiają się nieczęsto, a o taksówce lepiej zapomnieć, szczególnie w niepogodę. Piętnastego października 2016 roku w Warszawie wiało. Co prawda nie szalał huragan, nie pojawiło się tornado, nie wyły syreny, a mieszkańcy stolicy nie kryli się w piwnicach, ale taryfy z miasta wywiało. – *Nikt nie kursuje* – tłumaczyła pani z „Sawy”. – *Nie widzi pani, co się dzieje?* – oburzył się pan z „Wawy”. W „Grosiku” usłyszałam: – *Przecież jest zawierucha!* Jak się dostać na rozdanie literackich nagród? Ruszyłam na wschód, najpierw marszem, potem biegiem, gdy nagle wydarzył się cud. Wolna żółta koło ronda generała Charles’a de Gaulle’a.

Siedem lat temu doktor Maria Żywicka-Luckner wymyśliła Konkurs Poetycko-Prozatorski „Puls słowa”. Tego roku do jury zaprosiła Marka Wawrzkiwicza, poetę i prezesa Związku Literatów Polskich, Aldonę Borowicz, poetkę i prezesa Warszawskiego Oddziału ZLP, doktor Alinę Chraśl-Surę, dyrektorkę praskiego ZOZ-u, i profesora Waldemara Hładkiego – poetę i prezesa Unii Polskich Pisarzy Lekarzy. Członkowie jury przeczytali prace aż 160 lekaerek i lekarzy. Teksty oznaczone godłem szły z całej Polski, przez kilka miesięcy listonosz przynosił na Jagiellońską 34 grube koperty z dopiskiem „Puls słowa”. – *Kiedy to się wreszcie skończy?* – pytał. – *Nie mam premii za nadbagaż.*

W piątek 30 września Joanna Matlachowska-Pala przyjmowała do późna. Na pocztę koło dworca dotarła już po zmroku, odstała w kolejce i nadała list do redakcji „Zdrowej Pragi”. Zdążyła w ostatniej chwili, bo o przyjęciu na konkurs decydowała data stempla pocztowego. Dzień wcześniej z tego samego okienka wyszła inna przesyłka, szara koperta ozdobiona znaczkami w ryby akwariowe, z naklejką „Priorytet” i tym samym odbiorcą.

Pośród sześciu nagród głównych do Opola trafiły dwie: III nagrodę w kategorii poezja wywalczyła Joanna Matlachowska-Pala, ja zaś zdobyłam I miejsce wśród prozaików. Jeśli doliczyć wyróżnienie dla Waltera Pyki z Popielowa, to wpadliśmy do stolicy jak tornado. Obyło się co prawda bez wycia syren na alarm, ale wśród pisarzy i pisarek z różnych stron Polski powiało grozą. – *To jakaś zmowa!* – szeptano. – *Należy wprowadzić ograniczenia. Na przykład jedna nagroda na powiat!*

Pomrukiwania zagłuszyła Joanna Rawik. Pieśniarka rozpoczęła recital „Romantycznością” Chopina. „Gdybym ja była słoneczkiem na niebie...” – rozniosło się po sali i nikt już nie szemrał, nie lamentował, nie stękał. Piosenki wywiały smutki i żale. Bo czyż można biadolić przy „Portofino” albo „Kryminalnym tangu”?

Agnieszka KANIA



TRAGICZNY TESTAMENT BOLESŁAWA KRZYWOUSTEGO (1086–138)

Ojcem Bolesława Krzywoustego był Władysław Herman, zaś matką Judyta Czeska. Judyta Czeska bardzo długo nie zachodziła w ciążę, dlatego też wysłano poselstwo z bogatymi darami do Rzymu z prośbą o modlitwy w intencji poczęcia następcy tronu. Jeszcze podczas pobytu poselstwa w Rzymie oświadczono, że dzięki darom i modlitwie Justyna zaszła w ciążę. Faktycznie po powrocie do Polski posłowie zobaczyli nowonarodzonego księcia Bolesława. Śpiewała o tym wydarzeniu niezapomniana Ewa Demarczyk również podczas Festiwalu Polskiej Piosenki w Opolu w pieśni pt.: „*O cudownym narodzeniu księcia Bolesława*”.

Niestety Judyta Czeska zmarła podczas porodu, co w tamtych czasach niejednokrotnie się zdarzało.

Nadano mu przydomek Krzywoustego prawdopodobnie z powodu porażenia nerwu twarzowego podczas porodu (w historiografii nadawano władcom takie przydomki jak Widłobrody, Szalony, Groźny, Żelazny, Laskonogi, Kropidło i in.). Wg innych hipotez niemieccy historycy nie mogący pogodzić się z militarnymi sukcesami Bolesława w wojnach z cesarzem niemieckim Henrykiem

V nadali mu przydomek Krzywokłamecy (Krzywoprzysięscy), ponieważ jego prowadzenie wojny polegało na nieustannym nękananiu wojsk Henryka V z ukrycia (można więc przyjąć, że był prekursorem wojny partyzanckiej).

Bolesław Krzywousty prowadził nieustannie wojny z cesarzem niemieckim Henrykiem V. Do historii przeszła obrona Głogowa, podczas której Niemcy w czasie oblężenia użyli tarcz z żywych ludzi. Natomiast wg niektórych historyków, m. in. prof. Suchońskiego z Uniwersytetu Opolskiego nigdy nie miała miejsca bitwa na Psim Polu koło Wrocławia i jest ona wytworem fantazji ówczesnych kronikarzy.

Pierwsza żona Bolesława Krzywoustego – Zbysława, córka Świętopełka księcia kijowskiego urodziła pierwszego syna Władysława. Druga jego żona Niemka Salomea, hrabianka Bergu urodziła pięciu synów: Leszka, który zmarł w dzieciństwie, Bolesława o przydomku Kędzierzawy, Mieszka nazywanego Starym (nie z powodu wieku, tylko zachowań, jak osoby dorosłej w młodości), Henryka Sandomierskiego oraz Kazimierza nazywanego



► Sprawiedliwym, który był pogrobowcem bowiem przyszedł na świat już po śmierci ojca.

Na łożu śmierci Bolesław Krzywousty popełnił kardynalny błąd dzieląc Polskę na dzielnice pomiędzy swoich synów. I tak najstarszy pierworodny Władysław otrzymał Śląsk, Bolesław – Mazowsze i Kujawy, Mieszko – Wielkopolskę, zaś Henryk – Ziemię Sandomierską. Dzielnicą senioralną obejmującą Pomorze i Małopolskę przypadać miała seniorowi, czyli najstarszemu księciu z rodu Piastów. Pierwszym księciem seniorem miał zostać pierworodny syn Krzywoustego Władysław, dziedziczny książę Śląska (1104-59).

Bolesław Krzywousty zmarł 28 października 1138 r. w wieku 52 lat. Panował 37 lat, korony królewskiej nie otrzymał, pochowany został w Katedrze w swoim ukończonym Płocku obok swojego ojca Władysława Hermana.

Wkrótce po śmierci Bolesława Krzywoustego koalicja młodszych braci, której przewodził Bolesław Kędzierzawy doprowadziła do wygnania księcia seniora Władysława z Polski. Władysław Wygnaniec schronił się na dworze cesarza niemieckiego, ponieważ jego żona Agnieszka Krystyna była siostrzenicą cesarza Konrada III. Mimo wielkich starań, w których prym wiodła jego żona, Władysław nigdy do Polski nie powrócił.

Rozpoczęła się dwustuletnia walka o tron senioralny, oto ich władcy:

- Bolesław Kędzierzawy (1127–73);
- Mieszko stary (1131–1202);
- Kazimierz Sprawiedliwy (1138–94), prawdopodobnie otruty podczas uczty po pokonaniu Jadźwingów;
- Leszek Biały (1188–1227), zamordowany w Gąsawie przez książąt pomorskich;
- Władysław Laskonogi (1168–1231);
- Bolesław Wstydlivy (1221–79), mąż św. Kingi;
- Leszek Czarny (1240–89);
- Henryk Probus (Prawy) (1248–90);
- Przemysław II (1257–96);
- król czeski Wacław II (1272–1305).

Z wymienionych władców należy podkreślić postacie: śląskiego Piasta Henryka Probuse, który ponad rok zasiadał na Wawelu oraz jedynego koronowanego na króla Polski wielkopolskiego Piasta Przemysława II zamordowanego przez margrabiów brandenburskich.

Najlepszym dowodem walk dynastycznych Piastów jest fakt, że każdy z nich jest pochowany w innej nekropolii:

- Bolesław Kędzierzawy: Katedra Wawelska,
- Mieszko Stary: Kościół św. Pawła w Kaliszu,
- Kazimierz Sprawiedliwy: Katedra Wawelska,
- Leszek Biały: Katedra Wawelska,
- Władysław Laskonogi: prawdopodobnie w Raciborzu,
- Bolesław Wstydlivy: Kościół oo. Franciszkanów w Krakowie,



Bolesław Krzywousty

- Leszek Czarny: Kościół oo. Dominikanów w Krakowie,
- Henryk Probus: Kościół św. Trójcy we Wrocławiu,
- Przemysław II: Katedra w Poznaniu,
- Wacław: Praga.

Dopiero w roku 1320 książę kujawski Władysław Łokietek (1260–1333), który toczył walkę o tron krakowski z Wacławem II, zjednoczył niektóre dzielnice z Małopolską i został koronowany na króla krakowskiego (ówczesny papież nie zgodził się na koronację na króla Polski).

Podobne walki o władzę toczyły się w poszczególnych dzielnicach, co doprowadziło do powstania rozmaitych gałęzi Piastów. Przykładem może być Opole, gdzie powstała linia Piastów opolskich, Piastów brzeskich (z pięknym zamkiem nazywanym „Małym Wawelem”) ale również niemodlińskich, raciborskich i innych. Tylko Nysa pozostała zawsze miastem biskupów wrocławskich.

Najsmutniejszym jest jednak fakt, że dynastia Piastów – która wydała ponad 120 książąt – szybko wygasła. Najpierw w 1370 r. wygasła linia Piastów krakowskich – ponieważ Kazimierz Wielki (1310–70), mimo że posiadał kilkoro synów i córek z nieprawego łoża (m.in. z Żydówką Esterką, z żoną dworzanina Niewierzy o imieniu Cudka) – nie doczekał się prawowitego następcy tronu.

W roku 1532 po śmierci Jana II Dobrego, który był bezżenny i bezdzietny – wygasła linia Piastów opolskich. Jest pochowany w Katedrze Opolskiej.

Najdłużej trwała brzeska linia Piastów do roku 1675, kiedy zmarł 15-letni książę Jerzy Wilhelm. Jest on pochowany w pięknej trumnie w podziemiach zamku brzeskiego.

Dr hab. n. med. Janusz KUBICKI

BÓL FUNKCJONALNY – ZESPÓŁ NIESPOKOJNYCH NÓG

Zaburzenia funkcjonalne oznaczają zmiany w funkcji narządów objętych bólem bez stwierdzenia w nich konkretnej patologii. Zespoły bólu funkcjonalnego charakteryzują się występowaniem nadwrażliwości na bodźce bólowe, bólem samoistnym i różnymi objawami współistniejącymi. Zaliczamy do nich: zespół jelita drażliwego, fibromię, śródmiąższowe zapalenie pęcherza moczowego, wulwodynię, przewlekły niespecyficzny ból krzyża, przewlekłe napięciowe bóle głowy, zespół dysfunkcji stawu skroniowo-żuchwowego i zespół niespokojnych nóg. [...]*

Zespół niespokojnych nóg (ang. *RLS – restless legs syndrome*) jest schorzeniem, które charakteryzuje się objawami ruchowymi i czuciowymi, wykazującymi wyraźną zależność od rytmu dobowego i najczęściej powodującymi u chorego zaburzenia snu.

Epidemiologia

RLS występuje u 5–8% populacji rasy kaukaskiej Europy Zachodniej. W Azji zaburzenie notowane jest znacznie rzadziej. W Europie kobiety chorują prawie dwukrotnie częściej. Badania przeprowadzone w USA i Kanadzie dowodzą, że problem dotyczy obu płci w równym stopniu. RLS może ujawnić się w każdym wieku, jednak najczęściej jest to problemem ludzi dorosłych, częstość oraz nasilenie dolegliwości narastają z wiekiem.

Kryteria rozpoznania

Rozpoznanie RLS jest stosunkowo proste i opiera się na wywiadzie z pacjentem i stwierdzanych objawach podmiotowych. Mimo to wykrywalność zespołu pozostaje niska. Przyczyną jest trudny do określenia charakter doznań czuciowych (drętwienie, mrowienie, cierpienie) poprzedzających przymus poruszania kończynami dolnymi, a także wysuwane przez ponad połowę chorych na pierwszy plan zaburzenia snu. Najbardziej typowe elementy obrazu klinicznego RLS zostały ujęte w międzynarodowych kryteriach diagnostycznych opublikowanych w 2003 r. Chorobę rozpoznaje się, jeśli u pacjenta występują cztery objawy:

- przymus poruszania kończynami dolnymi, zazwyczaj połączony z dyskomfortem i nieprzyjemnym odczuciem w kończynach dolnych lub przez nie wywołanym,

- przymus poruszania lub nieprzyjemne odczucia ujawniają się lub nasilają podczas odpoczynku lub bezczynności (leżenia, siedzenia),
- przymus poruszania lub nieprzyjemne odczucia częściowo lub całkowicie ustępują podczas ruchu (chodzenia, rozciągania), przynajmniej tak długo, jak czynności te są wykonywane,
- przymus poruszania lub nieprzyjemne odczucia są bardziej nasilone wieczorem i w nocy, niż w dzień lub występują tylko wieczorem i w nocy.
- Poza wymienionymi kryteriami podstawowymi określone są również trzy kryteria wspomagające:
- dodatni wywiad rodzinny,
- odpowiedź na terapię lekami dopaminergicznymi,
- występowanie okresowych ruchów kończyn podczas snu lub okresowych ruchów kończyn w okresie czuwania.

Bardzo istotnym elementem obrazu RLS są zaburzenia snu. Występują u ponad 2/3 pacjentów z RLS i prowadzą do zmęczenia i zaburzeń koncentracji. Dla blisko połowy pacjentów te dolegliwości stanowią najbardziej uciążliwy objaw choroby.

Patomechanizm

Do znanych czynników patofizjologicznych RLS zaliczamy: czynniki genetyczne, niedobór żelaza (żelazo jest kofaktorem w powstawaniu dopaminy) oraz zaburzenia czynności układu dopaminergicznego. Z dotychczasowych badań wynika, że pierwotną strukturą anatomiczną odpowiedzialną za powstawanie objawów RLS są obszary podkorowe, w których dochodzi do zaburzeń neurotransmisji w układzie dopaminergicznym. Skutkuje to obniżeniem hamującego wpływu struktur podkorowych na obszary czuciowo-ruchowe kory mózgowej i rdzeń kręgowy. Zaburzenia te mają związek z pierwotnym lub wtórnym niedoborem żelaza. Obniżenie stężenia żelaza u chorych z RLS potwierdzono zarówno w badaniach neuroobrazowych, jak i w badaniach płynu mózgowo-rdzeniowego.

RLS jest chorobą przewlekłą, w pierwszym etapie objawy występują okresowo, później codziennie. W miarę upływu czasu obserwuje się ich narastanie, tzn. objawy występują już wczesnym popołudniem, utrzymują przez większą część nocy i charakteryzują coraz większą intensywnością.

W 75% przypadków RLS jest zaburzeniem pierwotnym, uwarunkowanym rodzinnie. Gdy początek jest wczesny, chorobę dziedziczy się najprawdopodobniej w sposób autosomalny dominujący; gdy początek jest późny, najprawdopodobniej występują obydwa typy dziedziczenia, czyli także recesywne. Wydaje się, że za RLS odpowiada kilka genów, co tłumaczyłoby duże zróżnicowanie fenotypu. W pozostałych 25% przypadków RLS może pojawiać się w przebiegu różnych innych zaburzeń, stanów zdrowotnych i sytuacji, którym przypisuje się rolę czynnika sprawczego lub ujawniającego dolegliwości. Mówi się wtedy o zespole wtórnym.

Choroby współistniejące z RLS:

- przewlekła niewydolność nerek (RLS występuje u ponad 50% chorych),
- anemia spowodowana niedoborem żelaza (RLS u 33% chorych).
- W ciąży, szczególnie w trzecim trymestrze, RLS u 30% ciężarnych, ma przebieg zwykle łagodny, u większości tych kobiet objawy ustępują po porodzie.
- Inne sytuacje kliniczne, w przebiegu których RLS można zaobserwować częściej niż w populacji ogólnej:
- choroby nerwów obwodowych (neuropatie),
- dawcy krwi (RLS występuje u 15–25% dawców),
- choroby tarczycy (zarówno niedoczynność, jak i nadczynność),
- cukrzyca,
- choroby reumatyczne, zwłaszcza reumatoidalne zapalenie stawów oraz zespół Sjögrena,
- leczenie niektórymi lekami (metoklopramidem, TCA, mianseryną, mirtazapiną, lekami przeciwdepresyjnymi z grupy SSRI, węglanem litu, enarenalem, amlodypiną, cymetydyną, ranitydyną, famotydyną, cinnaryzyną, flunaryzyną, chlordiazepoksydem, difenhydraminą),
- ADHD, czyli zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi (RLS występuje u ponad 12% chorych),
- nadciśnienie tętnicze,
- otyłość,
- nadużywanie alkoholu, kawy, palenie papierosów.

Rozpoznanie różnicowe

Nie ma jednoznacznego testu diagnostycznego potwierdzającego RLS, a wykonywane badania pomocnicze służą wykluczeniu innych chorób, których symptomatologia może przypominać RLS. U każdego chorego z rozpoznaniem zespołu niespokojnych nóg trzeba oznaczyć stężenie ferrytyny (białka, które stanowi ustrojowy magazyn żelaza) w surowicy i, jeżeli wynosi ono mniej niż 45–50 µg/l, rozpocząć suplementację żelaza. Nie należy oznaczać wyłącznie żelaza, bo jego stężenie w su-

rowicy nie stanowi miarodajnego wskaźnika niedoboru tego pierwiastka w organizmie.

Wśród innych badań pomocniczych zaleca się oznaczenie: morfologii krwi, glikemii, stężenia kreatyniny i mocznika, witaminy B₁₂, kwasu foliowego, parathormonu i hormonów tarczycy (TSH, T₃, T₄). Częstość nasilenia objawów jest skorelowana z niskim stężeniem ferrytyny.

W przypadku wątpliwości diagnostycznych dotyczących przyczyny dolegliwości można wykonać badania dodatkowe, m. in.: badanie polisomnograficzne, test prowokowanego unieruchomienia, USG żył i tętnic kończyn dolnych, EMG, badania neuroobrazowe. Niekiedy najlepszym testem diagnostycznym jest dobra reakcja na specyficzne leki skuteczne w RLS.

Leczenie RLS

U około połowy pacjentów nasilenie objawów choroby osiąga stopień wymagający leczenia. We wtórnych postaciach zespołu niespokojnych nóg należy leczyć przede wszystkim choroby podstawowe. U pacjentów z niedokrwistością i niedoborem żelaza oprócz diety bogatej w ten pierwiastek zaleca się podawanie żelaza w tabletkach. Trzeba dążyć do tego, by stężenie żelaza i ferrytyny we krwi mieściło się w górnym przedziale prawidłowych wartości. Żelazo należy przyjmować na czczo, godzinę przed posiłkiem lub 2 godziny po nim, najlepiej łącznie z witaminą C, co zapewnia lepsze jego wchłanianie. W przypadku niedoboru magnezu należy również przyjmować preparaty zawierające magnez. W postępowaniu nefarmakologicznym zaleca się unikanie czynników nasilających objawy RLS, takich jak: niekorzystne leki, picie kawy w godzinach wieczornych, palenie tytoniu, spożywanie nadmiernej ilości alkoholu, poza tym zaleca się aktywność fizyczną w ciągu dnia.

W idiopatycznej postaci zespołu niespokojnych nóg oraz w tych jego postaciach wtórnych, w których leczenie choroby podstawowej nie doprowadziło do wystarczającej poprawy, rozważyć należy terapię lekami dopaminergicznymi. W Polsce najczęściej stosuje się lewodopę, ropinirol i pramipeksol. Leczenie powinien prowadzić neurolog, lekarz z poradni leczenia zaburzeń snu lub specjalista medycyny bólu. Co kilka miesięcy warto zmniejszyć dawkę leku, a nawet przerwać leczenie, ponieważ idiopatyczny zespół niespokojnych nóg ma przebieg falujący. W pewnych okresach leczenia konieczne może być zwiększenie dawki leków, ale będą również okresy, kiedy przyjmowanie leków nie będzie konieczne. Należy podkreślić, że terapia osób z tym zespołem jest leczeniem objawowym. Jeśli dolegliwości mają niewielkie nasilenie, a objawy nie przeszkadzają w życiu, pacjent się wysypia lub ma tylko nieznaczne zaburzenia snu, podawanie leków dopaminergicznych nie jest wskazane. W przypadku złej odpowiedzi na leki dopaminergiczne lub działań niepożądanych tych leków można stoso-

wać niektóre leki przeciwpadaczkowe, np. gabapentyne i pregabalinę. W ciężkich, opornych na leczenie postaciach zespołu niespokojnych nóg zaleca się małe dawki leków opioidowych, np. oksykodonu z naloksonem (Targin), preparatu zarejestrowanego do leczenia zespołu niespokojnych nóg.

Podsumowanie:

- rozpoznanie RLS należy postawić w oparciu o kryteria diagnostyczne (podstawowe, wspomagające) opracowane przez International Restless Legs Syndrome Study Group,
- badania dodatkowe powinny być wykonane w celu wykluczenia chorób o podobnej symptomatologii,

- w leczeniu RLS lekami z wyboru są leki dopaminergiczne,
- w leczeniu RLS bardzo istotne są zalecenia nefarmakologiczne.

Małgorzata MALEC-MILEWSKA
Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii
CMKP w Warszawie

Autorka nie zgłasza konfliktu interesów związanego z prezentowanymi w artykule zagadnieniami. Piśmiennictwo u autorki.

* skrót pochodzi od Redakcji opolskiej.

(przedruk z „Pulsu” nr 10/16)

JESZCZE ŻYWY? CZY JUŻ MARTWY? – OTO JEST PYTANIE!

(W poprzedniej części – przyp. Redakcji Opolskiej) otrzymaliśmy sporą dawkę wiedzy porządkującej nieco to, co jest niezbędne do przyjęcia oglądu, opartego na „kryteriach”, aby móc odpowiedzieć zespołowi reanimacyjnemu, także tak zwanej „Komisji Śmierci”, że niestety ich walka o świadomy powrót do Naszego Świata zakończyła się porażką. Jeśli istnieją ku temu warunki, pobierane są narządy do transplantacji, a osoba będąca dawcą przechodzi do następnego etapu – śmierci fizycznej. Prawie wszystko już uporządkowane, nie ma wątpliwości – bo przecież mózg przestał „żyć”, więc i jego właściciel też już umarł. A oto nieco informacji burzącej ten prawie uporządkowany świat, Świat Pogranicza Życia i Śmierci. Poniżej przytaczam informacje pochodzące z najbardziej wiarygodnego źródła. Jest nim dr Sam Parnia – szef zespołu reanimacyjnego Szpitala Uniwersyteckiego w Stony Brook w USA. Od wielu lat zajmuje się on „procesem umierania”.

„Niekiedy nie żyli od dziesięciu godzin, kilka osób leżało w kostnicy od dwóch dni, kiedy amerykański naukowiec Fred Gage pobrał od nich tkankę mózgową. Jego celem było wyhodowanie komórek pnia mózgu, aby zgłębić przyczyny chorób neuronalnych. Karmione substancjami odżywczymi komórki dzieliły się 30 razy. Należy podkreślić, że chodziło o komórki mózgowie, które przez wiele godzin, a nawet dni od momentu odcięcia ich od dostaw tlenu nie tylko nie obumarły, ale wręcz były zdolne do podziału. I właśnie tutaj pojawia się problem w określeniu śmierci: kiedy mózg jest nieodwracalnie martwy, a kiedy jest wprawdzie martwy, ale może zostać aktywowany? Pojęcie śmierci mózgowej istnieje dopiero od 1968 roku, a lekarze rozumieją pod nim „nieodwracalne ustanie całkowitej funkcji kresomózgowia, mózdzku i pnia mózgowego”. Czy jednak można ją stwierdzić w sposób niepozostawiający wątpliwości? Wiele usta-

Część 2

leń dokonanych przez lekarzy w minionych latach dowodzi, że rozróżnienie między życiem a śmiercią wcale nie jest tak łatwe.

– Obecnie nie wiemy, kiedy dokładnie faza śmierci odwracalnej przechodzi w nieodwracalną – twierdzi lekarz Sam Parnia. Wszystkie testy służące do diagnozy śmierci mózgowej sprawdzają tylko, czy funkcje mózgu ustały. Nie kontrolują przy tym, czy neurony rzeczywiście obumarły. Czy osoba znajdująca się w stanie śmierci mózgowej jest więc całkowicie martwa? Obserwacje amerykańskiego lekarza Alana Shewmona wykazały, że mózg pacjenta w stanie śmierci mózgowej wciąż jeszcze jest zdolny do tego, aby regulować temperaturę ciała lub wydalanie moczu. Wykonane czułym urządzeniem pomiarowym skany „martwego” mózgu wskazywały wręcz na to, że reaguje on na ból. Alan Shewmon opowiada ponadto o przypadkach, w których krwiobieg funkcjonował samodzielnie jeszcze 14 lat po postawieniu diagnozy o śmierci mózgowej. Nawiasem mówiąc: przy pobieraniu narządów od takich „martwych” pacjentów stosuje się – podobnie jak w trakcie intensywnej terapii – środki znieczulające i rozluźniające mięśnie. Zapobiegają one wystąpieniu tzw. syndromu Łazarza, kiedy osoba w stanie śmierci mózgowej podczas zabiegu zaczyna wymachiwać rękoma”.

Osobnym, bardzo ważnym i coraz bardziej fascynującym rodzajem zagadki jest transplantologia. Przeszczepiamy serce. Nowy organizm ma w sobie ważny organ dawcy, który fizycznie nie żyje. Co przyniósł ze sobą ten nowy organ? Czy jest to tylko perfekcyjna pompa, czy ma też ona własne „życie”, niezależne od mózgu? Aby nieco zgłębić się w problem najpierw trochę fizjologii. Już w 22 dni od zapłodnienia komórki jajowej serce embrionu zaczyna bić. Jest to mniej więcej 3 tygodnie przed powstaniem mózgu i rdzenia kręgowego. O tyle jest to cie-

► kawę, że dopiero w późniejszym okresie centralny układ nerwowy przejmuje kontrolę nad funkcjami organizmu, jego narządami. Badania, które opiszę za chwilę pokazują jednak, jak bardzo autonomicznym narządem jest właśnie serce. Serce stanowi najsilniejsze źródło siły elektromagnetycznej w ciele człowieka. Pole wytwarzane przez ten organ obecne jest we wszystkich komórkach ludzkiego organizmu – dlatego też prądy czynnościowe serca można zmierzyć za pomocą elektrod umieszczonych na klatce piersiowej, ramionach i nogach (ich zapis to powszechnie znany elektrokardiogram). To jednak nie koniec. Naukowcy odkryli, że serce – podobnie jak sonar, który nie tylko wysyła informacje, ale również je odbiera – otrzymuje „wiadomości” o stanie zdrowia. Działa ono od etapu życia płodowego aż do śmierci człowieka, bezustannie pompując krew. Jednak serce potrafi znacznie więcej. Naukowcy odkryli bowiem, że ten ważący 300–400 gramów organ dysponuje czymś w rodzaju odrębnej inteligencji – własnym „układem nerwowym”. Ponadto komunikuje się z ludzkim ciałem i mózgiem, a także wpływa na nasze odczucia, sposób myślenia oraz postępowania. Eksperymenty, które przeprowadził kardiolog profesor Rollin Mc Craty z Instytutu HeartMath, potwierdzają, że serca ludzi komunikują się ze sobą. Dzieje się to nieświadomie za sprawą pola elektromagnetycznego, które generowane jest przez pulsujące serce. Kiedy dwa pola elektromagnetyczne spotkają się, nakładają się na siebie i zmieniają. Możliwe, że właśnie to jest źródłem „miłości od pierwszego wejrzenia” – albo szczerzej niechęci. Radość, strach, stres i spokój: każde uczucie znajduje odzwierciedlenie w naszym sercu, ale nie tylko w jego rytmie. Ok. 40 tysięcy komórek tego organu stanowią neurony, które zajęte są przetwarzaniem informacji. Dysponuje on więc czymś w rodzaju własnej autonomii nerwowej. Serce to coś więcej niż tylko krew i mięśnie, za sprawą sieci neuroprzekazników, białek i neuronów organ ten wyposażony jest w struktury podobne do tych, którymi dysponuje mózg. Produkuje też hormony, np. oksytocynę. Tyle neurofizjologii. Teraz nieco zdumiewających faktów. Osoby po transplantacji serca bardzo często, po pewnym czasie, wykazują mniej lub bardziej nasilone, cechy postępowania, zachowań, a nawet umiejętności przeniesionych „od dawcy”, którego nie znają osobiście!! Tak więc transplantologia to nie tylko wymiana schorowanego narządu. To także danie biorcy czegoś więcej. Część „człowieczeństwa”, bardzo szeroko pojętego, także wiedzy – bo ona jest źródłem umiejętności, jaką posiadał dawca. Tak oto powoli pojawia się coraz więcej zagadek, w świecie medycznym, który przecież winien się kierować EBM, czyli Medycyną Opartą na Faktach. Czym zatem jest postrzeganie „pozazmysłowe”. Zaskakujące nas faktami, których nie da się wytłumaczyć w prosty sposób, nawet bardzo zawile, naukowymi kalamburami opartymi o niedoskonałość naszych zmysłów i narządów, którymi próbujemy je mierzyć i badać.

W postrzeganiu pozazmysłowym sceptycy przytaczają teorie behawioralne, fundamentalnie oparte o niedotlenienie mózgu. Jak jednak wytłumaczyć komunikację pomiędzy zmysłami różnych osób, w stanie beczynności mózgu, jego „śmierci” opartej o zupełnie płaski zapis EEG, bez pośrednictwa mowy? Tu powstaje bardzo ważny rodzaj spostrzeżenia. Otóż świadomość może istnieć bez ciała. Nie jest to funkcja mózgu, bo działa wtedy, gdy mózg, w oparciu o kryteria nam znane, nie żyje. Nieco faktów płynących z losów pacjentów. Przypadek kobiety, mieszkanki Wlk. Brytanii, która urodziła się jako wcześniak w 22 tygodniu ciąży. Była prowadzona w inkubatorze, bardzo prymitywnym, zasilanym w 100% tlen. W wyniku intensywnej tlenoterapii doszło do nieodwracalnego uszkodzenia nerwów wzrokowych. Była niewidoma. W wieku dorosłym uległa ciężkiemu wypadkowi komunikacyjnemu. W ciężkim stanie trafiła do szpitala. Tam wielokrotnie była reanimowana. Po ustabilizowaniu się chorej, wybudzeniu z długotrwałej śpiączki zaczęła opowiadać o tym, co „widziała”. Pojawiały się zaskakujące informacje o otoczeniu, w którym przebywała, jak byli ubrani ludzie ją reanimujący, jak wyglądały sprzęty i urządzenia używane do reanimacji. Także opowiadała o szczegółach wyglądu osób ją odwiedzających, o tym co miały ze sobą w ręku. Ona nigdy nie widziała, a to co opowiadała było formą zaskakującego „postrzegania pozazmysłowego”. Innym zaskakującym przypadkiem jest historia młodego człowieka, który był głuchy od urodzenia. W stanie „śmierci klinicznej”, reanimowany, w wyniku ciężkiego urazu, przebywał dłuższy czas w stanie śpiączki mózgowej. Po wybudzeniu się potrafił w szczegółach opowiedzieć to, o czym mówili ludzie w trakcie prowadzonym działaniach ratunkowych i kiedy chcieli ich już zaprzestać pamiętał szczegóły rozmowy i pojęcia medyczne nigdy wcześniej mu nie znane. Informacje przytoczone powyżej skłaniają badaczy do postawienia bardzo ważnego pytania. Czym jest świadomość? Wydaje się, że wkraczamy w sferę pojęć, których na dziś nie jesteśmy w stanie zbadać obiektywnie. Zwyczajnie nie posiadamy stosownych narzędzi i umiejętności. Bo jak zobiektywizować zaskakujący rodzaj doznań: „nie słyszenie – lecz czytanie w myślach – nie widzenie ale przekaz pozazmysłowy obrazów – wzrok i słuch umysłu?”. Tutaj rodzą się kolejne pytania. Pierwiastek duchowy jest czymś niezależnym od ciała. Ciało wydaje się być „domem duszy”, ale jest nim tak długo, dopóki „dusza” nie staje się uwięziona w ciele. Zaskakujące są dane płynące z hipnozy. Otóż niektórzy ludzie potrafią opowiedzieć o swojej śmierci, losach z poprzednich wcieleń. Mówią czasem językami, które są martwe od setek lat. Tu wkraczamy w obszar także z pogranicza życia i śmierci. To pojęcia związane z reinkarnacją. Są one wspólne dla wielu religii. Zaskakująco podobne pierwiastki nadziei. Ludzie, którzy sami doświadczyli bardzo złożonych stanów du-

cha i ciała, często formułują poglądy będące pochodną ich przeżyć osobistych.

Doświadczenia NDE, mimo że z punktu widzenia fizjologii nie są obecnie wytłumaczalne, mogą zmienić psychikę człowieka. Osoby, które ich doznały, często opowiadają o uczuciu głębokiego spokoju, harmonii, odwagi. Twierdzą, że teraz nie boją się śmierci, są przekonane o istnieniu życia wiecznego. Wielu z nich jest wdzięcznych za drugą szansę i stara się ją w pełni wykorzystać. Nieliczni potrafią ubrać w słowa wrażenia, których wtedy doświadczyli. Neurochirurg Eben Alexander, mający za sobą osobiste, intensywne doświadczenie NDE, relacjonuje: – „*To jest tak, jakby mała na jeden dzień stała się człowiekiem, a później miała opowiedzieć innym małym o cudzie bycia człowiekiem.*” Poglądem powszechnie głoszonym przez niego jest to, że od tamtej pory wierzy w nieśmiertelność świadomości. Jest on autorem książki dostępnej w Polsce „Dowód. Prawdziwa historia neurochirurga, który przekroczył granice śmierci i odkrył niebo.” Ludzie, którzy wiele razy uczestniczą w zdarzeniach NDE, z racji pracy zawodowej charakteryzują się, wraz z latami doświadczeń coraz większym dystansem do tego co doświadczyli i uznają te doświadczenia za bramę do świata, który dziś jest „przeczuwany”, a z czasem może stanie się możliwym do poznania. Poniżej przytaczam bardzo ciekawy wywiad Katarzyny Pinkosz z cytowanym wyżej dr Tomaszem Kubikiem.

Katarzyna Pinkosz: Panie Doktorze, kiedy człowiek umiera?

Dr Tomasz Kubik: *Tego nie wiem, bo ani medycyna, ani bioetyka nie są w stanie stwierdzić momentu śmierci człowieka. Próbuje go wskazać, ale to się zmienia, definicja momentu śmierci ewoluuje. Z metafizycznego punktu widzenia można by powiedzieć, że śmierć następuje wtedy, gdy dusza opuszcza ciało. Próbuje określić, kiedy to następuje. Były różne badania, na przykład ważono człowieka, który umierał, i mówiono, że spadek masy o 21 gramów to może wynik tego, że właśnie w tym momencie dusza ulatuje z ciała.*

Myślałam, że będzie Pan mówił o medycznych znakach końca życia, a Pan mówi o duszy...

Bo jestem człowiekiem wierzącym. Według współczesnej wiedzy nie można wskazać momentu śmierci. Przez wiele lat posługiwaliśmy się kryterium krążeniowo-oddechowym: uważano, że człowiek umiera z chwilą oddania ostatniego oddechu. W XIX w. za moment śmierci uznano czas, kiedy serce przestaje bić. Medycyna jednak nauczyła się przywracać funkcje poszczególnych organów. W czasie epidemii polio, gdy chorzy mieli problemy z oddychaniem, wprowadzono metody sztucznej wentylacji. Okazało się, że nie trzeba oddychać w sposób spontaniczny, człowieka może wspomóc respirator. W przypadku ustania akcji serca można przeprowadzić reanimację.

Techniki intensywnej terapii są coraz bardziej zaawansowane, na pewien czas możemy zastąpić pracę niemal wszystkich narządów. Nie da się tylko zastąpić mózgu. Trwały i nieodwracalny brak funkcji mózgu i ośrodkowego układu nerwowego oznacza śmierć.

Czyli śmierć człowieka to śmierć mózgu?

Umieranie to pewien proces prowadzący do biologicznego rozkładu. Nie ma jednego momentu, w którym moglibyśmy powiedzieć, że w tej sekundzie człowiek jeszcze żyje, a w tej już nie. Opieramy się na nieodwracalności tego, co się dokonało.

W takim razie osoby, które protestowały pod wrocławskim szpitalem, gdzie umierał 17-letni Kamil, miały rację? Skoro nie można jednoznacznie określić momentu śmierci...

Współcześnie uważamy, że warunkiem wystarczającym do stwierdzenia śmierci człowieka jest nieodwracalna niewydolność mózgu, czyli śmierć mózgu.

Jak ją się stwierdza?

Przeprowadza się dwu- albo kilkietapową procedurę, w której bada się, czy są zachowane funkcje mózgu. Wychodzą z niego nerwy, które można zbadać przy pomocy odruchów.

To na przykład odruch kolanowy?

Nie, odruch kolanowy jest odruchem z rdzenia kręgowego. W przypadku Kamila była podobna sytuacja: matka włożyła rękę w jego dłoń, a on ją ścisnął. Ale to nie był odruch świadomy, to nie był odruch z mózgu, tylko z rdzenia kręgowego. Odruchy z mózgu są determinowane przez pień mózgu i nerwy z niego wychodzące: odpowiadają one między innymi za unerwienie twarzy i receptory słuchu, wzroku, równowagi. Chcąc przekonać się, czy pracuje mózg, badamy odruch źrenic na światło, rogówki na podrażnienie, kaszlowy, wymiotny – nawet gdy osoba znajduje się w głębokiej śpiączce, te odruchy ma zachowane. Potem przeprowadzamy test sprawdzający, czy człowiek oddycha: najpierw stabilizuje się u pacjenta parametry krążenia, ciśnienie, temperaturę, a następnie odłącza od respiratora. Jeśli nie oddycha, a dodatkowo nie ma odruchów z pnia mózgu, to pierwsze badanie wskazuje na to, że mózg przestał pracować. Taki test trzeba jednak powtórzyć.

Czyli mózg może podjąć pracę?

Tak, dlatego powtarzamy badanie. W zależności od rodzaju uszkodzenia mózgu powtarzne testy przeprowadza się w różnym czasie: od 3 do 24 godzin (u dzieci nawet po trzech dniach). W tym czasie można, a czasem należy wykonać badanie sprawdzające, czy krew przepływa przez mózg, tj. angiografię, albo wykonać badanie funkcji elektrycznej mózgu, czyli EEG. U dzieci takie dodatkowe badania są konieczne. Niewiele jest procedur w medycynie obwarowanych tyłoma przepisami i warunkami jak stwierdzenie śmierci mózgu. Tu nie ma mowy o żadnej dowolności. Musimy też być pewni, co doprowadziło do uszkodzenia pracy mózgu: może być ono skutkiem

urazu np. w wyniku wypadku komunikacyjnego, ale też wynikiem jakiegoś schorzenia. W tym drugim przypadku trzeba zbadać, czy nie mamy do czynienia z imitacją śmierci mózgu.

Jakie to może być schorzenie?

Na przykład encefalopatia wątrobowa, ciężka niewydolność nerek w przebiegu mocznicy: człowiek ma tak uszkodzony organizm, że jest w głębokiej śpiączce pod wpływem różnego rodzaju toksyn, a mózg jest wygłuszony. Musimy taką sytuację wykluczyć. Konieczne jest też wyczerpanie wszystkich możliwości terapeutycznych. Dopiero gdy mamy pewność, że nic już nie można zrobić, by pomóc, możemy wysunąć podejrzenie śmierci i rozpocząć wykonywanie testów.

Pamięta Pan sytuację, gdy pierwsze badanie wskazywało na to, że nastąpiła śmierć mózgu, a drugie – że jednak nie?

Tak. Być może zbyt wcześnie wprowadzono procedurę diagnostyczną śmierci mózgu, np. pacjent miał ślad odruchu kaszlowego, ale nam wydawało się, że go nie ma. Wtedy odступujemy od procedury diagnozowania śmierci mózgowej. Próbuje dalej leczyć pacjenta, obserwujemy. To wcale nie oznacza, że ten człowiek na pewno przeżyje, jednak walka trwa nadal.

A jeśliby poczekać dłużej niż 24 godziny? Może to za krótko, może trzeba dać człowiekowi dłuższą szansę?

To ważne pytanie. W Japonii nie pobiera się narządów od osób, u których nie ustala akcja serca. Czekają na zatrzymanie krążenia: czasem jest to kilka godzin, czasem kilka dni, tygodni – nawet tyle serce potrafi pracować mimo śmierci mózgu. Jednak nigdy taki człowiek nie odzyskał świadomości i nie zaczął oddychać. W ciągu 40 lat, od kiedy diagnozuje się śmierć mózgową, nie było przypadku odwrócenia śmierci mózgu.

Nie jest możliwa pomyłka i „przebudzenie” osoby po śmierci mózgu?

Nie. Śmierci mózgu nie stwierdza jedna osoba. Jest kilku lekarzy: radiolog, neurolog, anestezjolog. Gdy oni stwierdzą śmierć mózgu, powołuje się komisję złożoną z trzech specjalistów. Jeśli mają wątpliwości, mogą przeprowadzić dodatkowe badania. I jeszcze jedno: tu nie ma głosowania, np. 2 do 1. Żeby stwierdzić śmierć mózgu, wszyscy muszą być jednomyślni. Trudno w takiej sytuacji o pomyłkę.

Pod szpitalem we Wrocławiu młodzi ludzie oskarżali, że w Polsce pobiera się organy od żywych ludzi.

Jest niewielka grupa sceptyków na świecie, która nie akceptuje śmierci mózgu. Powtarzam jednak: nie było żadnego przypadku „wybudzenia” po śmierci mózgu.

Zdarza się jednak, że ludzie budzą się po latach...

Tak, ale ze śpiączki. W przypadku śpiączki ludzie samoistnie oddychają, mają zachowane wszystkie odruchy: bólowe, kaszlu, przełykania, mają otwarte oczy, ich pień mózgu działa. Nie ma tylko z nimi kontaktu, czekają na przebudzenie. Niektórzy z nich przebudzą się po kilku ty-

godniach, miesiącach, inni po latach, zdarzył się przypadek wybudzenia po 30 latach. Niektórzy nie obudzą się nigdy. To są schorzenia z grupy stanów wegetatywnych, stanów minimalnej świadomości, w których zniszczona jest kora mózgowa, jednak pień mózgu funkcjonuje. Według kryteriów medycznych te osoby żyją.

Nie było możliwości, żeby Kamil z Wrocławia był w śpiączce?

Nie. Tych stanów nie można pomylić.

Młodzi ludzie protestujący pod szpitalem wyrażali lęk, czy nie ma nacisków, by szybko diagnozować śmierć mózgu, aby pobrać narządy. Jest duża grupa osób oczekujących na przeszczep, są transplantolodzy...

Moim zadaniem, jako koordynatora transplantacyjnego, jest to, żeby pobranie narządów po pierwsze odbywało się zgodnie z prawem (czyli po uzyskaniu pewności, że człowiek zmarł), a po drugie – zgodnie z intencją zmarłego. Nie pobiera się narządów, jeśli zmarły czy rodzina są przeciwni. Większość ludzi akceptuje oddanie swoich narządów po śmierci, niektórzy jawnie to deklarują, niektórzy noszą przy sobie oświadczenie woli. Mówię: „Jak umrzesz, to nie zabieraj swoich narządów do nieba. To dar życia. Twoje serce może bić w piersi innego człowieka. Zaufaj lekarzom”.

Pytanie jednak, czy ludzie mają do nich zaufanie...

Myślę, że tak. Rozumiem jednak, że ludzie nie godzą się ze śmiercią. Ja też się nie godzę. Ale obcuje z nią, widzę, jak ludzie umierają. Nie zawsze możemy ich uratować. Młodzi ludzie, którzy protestowali pod szpitalem, też nie godzili się ze śmiercią, gwałtowną, niepotrzebną, beznadziejną. Może nie do końca wszystko rozumieli, nie znali procedur, nie wiedzieli, na czym polega śmierć mózgu.

Zdarzają się Panu rozmowy z rodzinami w podobnych sytuacjach jak w przypadku Kamila?

Tak. I też spotykam się z różnymi emocjami: ludzie oskarżają nas, że karetka przyjechała za późno albo że rok temu ich bliski był zapisany na operację, ale nie było terminów. Mają żal. A ja nie mogę im pomóc, nie mogę im nic zaoferować. W dodatku chcę od nich uzyskać akceptację pobrania narządów. Mielśmy podobne sytuacje jak Kamila. Na przejściu przez jezdnię 16-latkę zabił samochód. Rodzice byli w rozpacz...

Zgodzili się na pobranie narządów?

Tak. Testy odruchów wykonuję często w obecności rodziny. Nie chcę niczego kryć. Mówię: „Chodźcie, wszystko wytłumaczę”. Pokazuję próbę bezdechu, dotykam rogówki, badam reakcję źrenicy na światło. Jeśli rodzina chce, pokazuję film, na którym jest osoba po śmierci mózgu, która ma zachowane odruchy rdzeniowe. Rozmawiam z rodziną. Trzeba dać jej wsparcie, czasem nawet przytulić. Nikt nie wymaga od rodziców akceptacji śmierci, ona zawsze będzie beznadziejna, zła, niepotrzebna. Najważniejsze jest jednak to, żeby zrozumieli, że to jest koniec. Śmierci się nie odwróci, dalej będzie już tyl-

ko powolny rozkład ciała, przestaną działać nerki, zatrzyma się serce. Tak jak to się stało u Kamila.

A Pan ma przy sobie oświadczenie woli?

Tak. Noszę je w portfelu.

Im więcej pytamy – tym więcej jest pytań bez odpowiedzi. Im bardziej zagłębialiśmy się w mroczny, metafizyczny, stan z pogranicza życia i śmierci tym bardziej zaczynamy myśleć o tym co jest wielką tęsknotą człowieka. To tęsknota za czymś tak trudnym do dotknięcia, a tak bardzo nam bliskim. To pojęcia i doznania ze świata pozazmysłowego. Tak należy analizować to co nas otacza lub dotyczy w sposób nie do objęcia zmysłami. A jeżeli istnieje, a wiele na to wskazuje, „dusza” nieśmiertelna jako stan nie umierającej świadomości? Jeżeli istnieją dowody na komunikację pozazmysłową, to tak naprawdę już bardzo blisko do tego, aby w stanie nasze-

go ducha znalazło się miejsce na „Boski Pierwiastek”, ubrany często ubogo, w pojęcia i określenia na miarę wiedzy i potęgi umysłu wyznawców. Ten rodzaj pozazmysłowej tęsknoty pozwala spojrzeć na nasze życie bardzo inaczej. Nagle wiele z tego co nas otacza staje się błahe i bez znaczenia. Wiele razy, każdy z nas, widział wśród swoich chorych rodzaj stanu ducha, który był już TAM, a za chwilę tylko ciało zostało TU. Myślę, mam nadzieję, że to co ubrałem w słowa, z pewnym trudem, obawą, aby nie być naiwnym lub „bezmyślnym”, będzie dla każdego z Was drodzy czytelnicy zachętą do refleksji i podzielenia się swoimi przemyśleniami z szerokim gronem Medyków czytających, dociekających i świadomych swej trudnej roli na pograniczu życia i śmierci...

Marek STACHOWICZ

(przedruk z Biuletynu Okręgowej Izby Lekarskiej w Koszalinie nr 2/16)

PROFILAKTYKA ZAKAŻEŃ W GABINECIE STOMATOLOGICZNYM

Z dr hab. n. med. Martą WRÓBLEWSKĄ, kierownikiem Zakładu Mikrobiologii Stomatologicznej WUM oraz Zakładu Mikrobiologii SP CSK w Warszawie, rozmawia Małgorzata SKARBEK.

Jakie są najważniejsze zasady profilaktyki zakażeń?

Podstawowa czynność to higiena rąk, obejmująca ich mycie, suszenie i/lub dezynfekcję. Obecnie zaleca się jak najczęstszą dezynfekcję skóry rąk, gdyż zajmuje mniej czasu niż mycie, jest bardziej skuteczna, a jednocześnie mniej drażniąca dla skóry. Mycie rąk jest jednak konieczne w określonych sytuacjach, np. przed rozpoczęciem pracy w danym dniu i po jej zakończeniu, przed posiłkiem, po skorzystaniu z toalety, a także gdy mamy uczucie, że ręce są nieświeże lub zabrudzone. Mycie rąk jest też konieczne podczas kontaktu z pacjentem zakażonym lub skolonizowanym *Clostridium difficile*, gdyż środki do dezynfekcji rąk produkowane są na bazie alkoholu, a więc nie działają na przetrwalniki wytwarzane przez tę bakterię.

Po umyciu rąk należy je przed zdezynfekowaniem wysuszyć, by nie rozcieńczyć środka dezynfekcyjnego, który w niższym stężeniu może utracić właściwości biobójcze. Do tego celu trzeba stosować jednorazowe ręczniki papierowe, a nie suszarki do rąk. Czasami w gabinetach są chusteczki do sprzętu nasączone preparatem dezynfekcyjnym, należy jednak pamiętać, że nie nadają się do dezynfekcji skóry rąk.

Mycie i/lub dezynfekcję rąk należy wykonywać według znanego powszechnie schematu, ze zwróceniem uwagi na przestrzenie międzypalcowe, okolice paznokci i kciuki. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) zaleca pięć punktów, zgodnie z którymi powinny być wy-

konywane procedury higieny rąk: przed i po kontakcie z pacjentem, przed wykonaniem procedury wymagającej aseptyki, po kontakcie z wydzielinami pacjenta i z powierzchniami, z którymi pacjent miał kontakt. Rękawiczki powinny być nałożone tuż przed badaniem pacjenta lub wykonaniem u niego zabiegu. Należy pamiętać, by po ich nałożeniu nie dotykać lampy, dokumentacji i innych przedmiotów, przed użyciem u pacjenta. Konieczne jest zwrócenie uwagi, że stosowanie rękawiczek nie zwalnia z obowiązku wykonania procedury higieny rąk po ich zdjęciu. Jak wcześniej wspomniałam, podczas pracy przy pacjencie lekarz dentysta powinien stosować także środki ochrony osobistej w postaci maseczki oraz okularów i/lub przyłbicy. Zabezpieczają one drogi oddechowe oraz błony śluzowe (w tym spojówki oka) pracownika przed drobnoustrojami szerzącymi się drogą oddechową i przed ekspozycją na krew, stanowiąc jednocześnie ochronę pacjenta przed drobnoustrojami pochodzącymi z dróg oddechowych pracownika.

Kontakt krwi ze zdrową skórą nie jest uważany za ekspozycję, jednak błony śluzowe oka (spojówki), jamy ustnej czy nosa nie stanowią bariery przeciw wirusom szerzącym się przez krew. Ryzyko zakażenia się w ten sposób jest dużo mniejsze niż wskutek zakłucia się, ale istnieje (w przypadku HVC – 0,09%).

Profilaktyka zakażeń obejmuje również stosowanie przez pracowników gabinetu odpowiedniej odzieży ochronnej. Należy ją zmieniać codziennie na czystą, gdyż po całym dniu pracy ulega skażeniu drobnoustro-

jami. Jeżeli praktyka stomatologiczna znajduje się na terenie szpitala, lekarz dentysta i inny personel nie powinien wychodzić z gabinetu w fartuchu, zwłaszcza do stołówek, kawiarni czy do innych podobnych miejsc. Zapobieganie zakażeniom obejmuje nie tylko częstą zmianę używanego fartucha na czysty, lecz także noszenie ubrań z krótkim rękawem. Długi rękaw ułatwia bowiem kontakt z odzieżą pacjenta (szczególnie w praktyce stomatologicznej) i w ten sposób może dochodzić do przenoszenia się bakterii. W Anglii od prawie dziesięciu lat obowiązuje zasada „nic poniżej łokcia”, zgodnie z którą pracownik medyczny nie tylko powinien nosić ubranie z krótkim rękawem, lecz także zrezygnować z ozdób na dłoniach i nadgarstkach, takich jak pierścionki, bransoletki, a nawet zegarek. Udowodniono bowiem, że niemożliwa jest dezynfekcja rąk z biżuterią. Kobiety mające w pracy kontakt z pacjentami nie powinny nosić tipsów ani nawet lakierować paznokci, gdyż może to sprzyjać długotrwałej kolonizacji dłoni przez bakterie.

Wykazano niedawno, że nawet łańcuszek wielokrotnego użytku, którym jest przypinana jednorazowa serwetka chroniąca ubranie pacjenta podczas wizyty u stomatologa, może sprzyjać przenoszeniu się bakterii i innych drobnoustrojów, ze względu na trudność w przeprowadzeniu skutecznej dezynfekcji takiego przedmiotu o powierzchni z licznymi zagłębieniami.

Jak dezynfekować sprzęty i aparaturę?

Niezmiernie ważne jest przestrzeganie zasad dezynfekcji i/lub sterylizacji sprzętu medycznego. Ten, którym dotykamy tylko nienaruszonej skóry pacjenta, np. stetoskop, nie musi być sterylizowany, lecz jedynie dezynfekowany po każdym pacjencie. Z kolei sprzęt chirurgiczny, a także używany w zabiegach, w których może wystąpić przerwanie ciągłości tkanek, bezwzględnie musi być sterylny. Obecnie uważa się, że w opiece zdrowotnej najlepszą metodą sterylizacji jest autoklawowanie, o ile sprzęt może być poddany temu procesowi. Trzeba jednak sprawdzać skuteczność sterylizacji za pomocą różnych wskaźników. Pomiar czasu trwania cyklu, temperatury i ciśnienia w komorze autoklawu to tzw. wskaźniki fizyczne. Druga grupa to wskaźniki chemiczne, które zmieniają kolor, jeśli sterylizator działa prawidłowo. Kontrola prawidłowości procesu sterylizacji obejmuje również stosowanie wskaźników biologicznych, zawierających przetrwalniki bakterii.

Oczywiście należy stosować sprzęt jednorazowego użytku wszędzie tam, gdzie jest to możliwe (igły, strzykawki, także końcówki do ślinociągów są jednorazowe). Trzeba jednak zwrócić uwagę na termin przydatności do użycia jednorazowych igieł i strzykawek, gdyż podczas długotrwałego przechowywania w gabinecie mogą ulec przeterminowaniu. W 2013 r. ukazało się rozporządzenie ministra zdrowia, które zobowiązuje pracodawców do stosowania wszelkich dostępnych środków w celu eliminacji lub ograniczenia do minimum ryzyka narażenia

pracownika opieki zdrowotnej na zranienia ostrymi narzędziami, m.in. przez ocenę ryzyka ekspozycji parenteralnej i zapewnienie ostrego sprzętu z mechanizmem chroniącym pracownika przed zranieniem. Obecnie dostępny jest tzw. bezpieczny ostry sprzęt medyczny, w którym ostrze po użyciu zostaje zasłonięte, co zapobiega zakłuciu się pracownika.

Rozporządzenie to zawiera też zakaz ponownego zakładania osłonek na ostre narzędzia (np. na zużytyą igłę), potencjalnie skażone materiałem biologicznym, gdyż jest to związane z dużym ryzykiem zakłucia się, a więc ekspozycji parenteralnej na niebezpieczne drobnoustroje, szczególnie wirusy szerzące się przez krew. Niestety, jest to ciągle powszechna praktyka w gabinetach stomatologicznych (wielu lekarzy dentystów wkłada igłę do osłonki zanim przekaze ją asystentce) i w innych placówkach ochrony zdrowia. W raportach dotyczących parenteralnych ekspozycji pracowników medycznych zakłucia igłą podczas nakładania na nią osłonki ciągle stanowią jedną z najczęstszych przyczyn zranień. Należy pamiętać, że wszystkie przypadki ekspozycji na krew lub inny potencjalnie zakaźny materiał biologiczny muszą być zgłaszane zwierzchnikom, by jak najszybciej wdrożyć właściwe postępowanie.

Trzeba mieć świadomość, że drobnoustroje mogą być również obecne na powierzchniach w tzw. strefie pacjenta (unitu stomatologicznego, fotela dentystycznego, stolików, klamek, uchwytów) – w miejscach, z którymi pacjent ma kontakt. W dużo mniejszym stopniu dotyczy to innych powierzchni (umywalk, podłogi, ścian), choć ze względu na specyfikę praktyki dentystycznej i stosowanie szybkoobrotowego sprzętu istnieje ryzyko skażenia także bardziej odległych powierzchni.

Czy w stomatologii obowiązują szczególne zasady utylizacji odpadów?

Lekarzy dentystów, podobnie jak innych lekarzy prowadzących praktykę lekarską, obowiązują przepisy prawne dotyczące postępowania z odpadami, w tym z odpadami medycznymi. Zgodnie z nimi odpady potencjalnie skażone trzeba usuwać do odpowiednio oznakowanych worków (lub pojemników) jednorazowego użytku koloru czerwonego, a następnie przekazywać do miejsca utylizacji tego typu odpadów. Z kolei odpadów komunalnych nie należy wrzucać do czerwonych worków (pojemników), gdyż to znacznie podnosi koszty ich utylizacji. Aktualizowane rozporządzenia ministra zdrowia szczegółowo określają zasady znakowania i częstotliwość usuwania tych potencjalnie niebezpiecznych odpadów.

Wydawałoby się, że wszystkie przytoczone zasady są znane i oczywiste, a ich stosowanie dość proste. Aż dziwne, że trzeba je powtarzać.

Rzecz jasna wspomniane wcześniej zasady są znane pracownikom medycznym, jednak w codziennej praktyce należy dołożyć wszelkich starań, by były ściśle przestrzegane, mimo natłoku obowiązków. Prowadzone okreso-

wo kontrole wykazują, że zdarzają się nieprawidłowości. Z danych opartych na badaniach ankietowych opublikowanych w 2012 r. wynika, że we wszystkich (43) praktykach stomatologicznych objętych analizą (na terenie całej Polski) stosowano sterylizację przy użyciu autoklawów, ale w wielu placówkach stwierdzono nieprawidłowości, np. brak kontroli procesów sterylizacji (tylko około 10% dentystów stosowało odpowiednie wskaźniki chemiczne, a 50% nie przeprowadzało kontroli biologicznej) oraz niewłaściwe postępowanie z końcówkami stomatologicznymi (prawie 60% stomatologów nie sterylizowało ich, lecz jedynie poddawało dezynfekcji polegającej na przecieraniu ich chusteczkami nasączonymi środkiem dezynfekcyjnym). Autorzy publikacji wskazują konieczność pogłębienia wiedzy polskich stomatologów na temat zasad dekontaminacji sprzętu, kwalifikacji narzędzi do właściwego cyklu sterylizacji oraz prawidłowości prowadzenia dokumentacji tych procesów. Miejmy nadzieję, że te wskaźniki poprawiły się w ostatnich latach.

W literaturze naukowej istnieją też doniesienia z innych krajów wskazujące błędy w zakresie zapobiegania zakażeniom w praktyce stomatologicznej, m.in. nieprawidłowości w wykonywaniu procedur higieny rąk, niezmienianie rękawiczek przed rozpoczęciem leczenia kolejnego pacjenta, niestosowanie przez personel gabinetu dentystycznego środków ochrony osobistej (maseczek, osłony oczu i twarzy) tak ważnych w praktyce stomatologicznej.

Na zakończenie chciałabym podkreślić konieczność ścisłego przestrzegania zasad kontroli zakażeń w praktyce dentystycznej, gdyż – ze względu na jej specyfikę – istnieje duże ryzyko szerzenia się drobnoustrojów różnymi drogami podczas badania lub leczenia pacjenta przez stomatologa. Należy pamiętać, że jest to interakcja dwustronna: pacjent – pracownik oraz pracownik – pacjent.

(przedruk z „Pulsu” nr 11/16)

CO PISZĄ INNI

MEDYCZYNY NOBEL I AUTOFAGIA

Poznanie tajemnic życia komórkowego – a nasze ciało to ponad 60 bilionów komórek występujących w 250 odmianach – przynosi nie tylko satysfakcję czysto intelektualną, ale stanowi wprost o postępie w naukach medycznych, co umożliwi rozumienie oraz leczenie szeregu chorób. I takie znaczenie mają odkrycia tegorocznego noblisty w dziedzinie medycyny i fizjologii dotyczące zjawiska autofagii (od gr. *auto* – samo, *phagy* – zjadanie).

Laureat tegorocznego Nobla to Yoshinori Ohsumi, urodzony w japońskim Fukuoka w 1945 r. Po studiach kilka lat przebywał w USA (Uniwersytet Rockefellera), a po powrocie do Japonii założył w 1988 r. własny zespół badawczy (Uniwersytet Tokijski). Od roku 2009 Yoshinori Ohsumi jest profesorem Tokijskiego Instytutu Technologicznego. Japonia może się już poszczycić sześcioma laureatami nagrody Nobla w dziedzinie fizjologii i medycyny, a tegoroczny laureat jest już 23 noblistą urodzonym w Kraju Kwitnącej Wiśni.

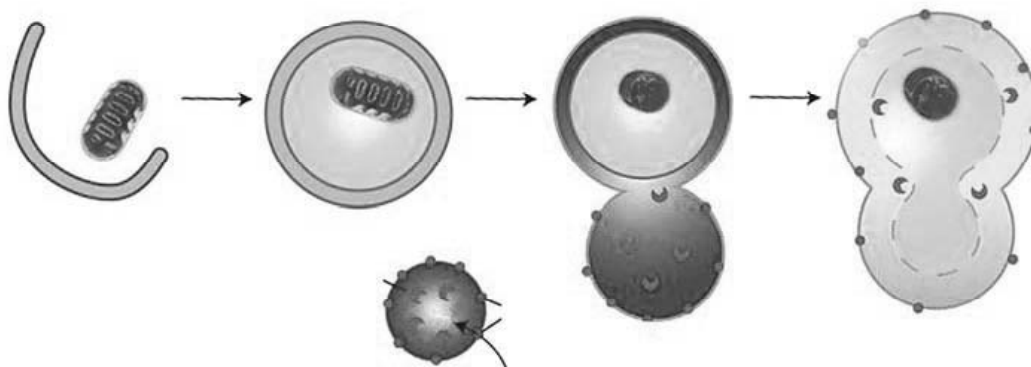
Za co ten Nobel?

Japoński badacz odkrył skomplikowany mechanizm autofagii (autofagocytozy), który polega na trawieniu przez komórkę uszkodzonych bądź zbędnych dla niej elementów struktury. Mechanizm ten występuje u wszystkich organizmów eukariotycznych, więc oprócz człowieka także np. u drożdży, co znacznie ułatwiło badania nad jego mechanizmem.

Proces przebiega zarówno w komórkach prawidłowych, jak i uszkodzonych (patologicznych). Biologiczne znaczenie autofagii sprowadza się do utrzymania homeostazy komórkowej, zapewniającej równowagę między wytwarzaniem a degradacją składników komórki. W pewnych jednak warunkach autofagia może także doprowadzić do całkowitej destrukcji komórki. Za regulację autofagii odpowiada szereg genów znanych jako atg (autophagy related genes). Produktami genów atg są białka Atg, uczestniczące w kolejnych etapach tego procesu. Dotychczas zidentyfikowano, zarówno u drożdży, jak i eukariontów, ponad 30 białek sterujących autofagią.

Podwaliny pod te współczesne odkrycia dały wcześniejsze, bo prowadzone już w latach 50. XX wieku, badania (z roku 1974) innego noblisty – Belga Christiana de Duve nad rolą lizosomów odpowiadających za trawienie wewnątrzkomórkowe. Badacz ten już w roku 1963 wprowadził, dla obserwowanych przez siebie zjawisk, pojęcie „autofagia”, czyli samopożeranie.

Niemniej fundamentalne znaczenie autofagii, także w aspekcie medycznym, ujawniły dopiero prowadzone w latach 90. błyskotliwe eksperymenty Yoshinori Ohsumiego. Dzięki tym badaniom wiemy, że autofagia pozwala na pozyskiwanie budulca i energii dla komórki ze zbędnych elementów komórkowych, ale także na obronę komórki przed wnikającymi do niej patogenami. Autofagia uruchamiana jest np. w odpowiedzi na infekcje bakteryjne lub wirusowe, a także stres komórkowy czy



też jako reakcja na niedobór substancji odżywczych. Odgrywa też rolę w procesach ontogenezy – czyli rozwoju organizmu na każdym etapie tego procesu.

Obecnie nie ulega też wątpliwości, że autofagia związana jest z rozwojem chorób nowotworowych, sercowo-naczyniowych, neurodegeneracyjnych, a także chorób wątroby.

Jak działa ten mechanizm?

Aktywacja autofagii rozpoczyna się od uformowania fagoforu. Otacza on w formie specjalnego pęcherzyka elementy przeznaczone do zniszczenia. Fagofor zwiększa rozmiary i tworzy się autofagosom. Ostatecznie autofagosom łączy się z lizosomem (zawierającym enzymy rozkładające np. białka, kwasy nukleinowe, węglowodany, tłuszcze) i następuje trawienie składników komórki przez enzymy lizosomalne. Jako produkt trawienia powstają tzw. ciała resztkowe, które też dalej podlegają rozkładowi z udziałem specjalnych białek. Każdy z etapów kontrolowany jest przez odpowiednie białka, będące produktem genów komórkowych – zatem autofagia to precyzyjnie sterowany proces z udziałem aparatu genetycznego komórki. Same autofagosomy, jak wiadomo obecnie, trwają w komórce tylko około 10–20 minut, po czym łączą się z lizosomem. Yoshinori Ohsumi w swoich błyskotliwych badaniach wykorzystał często stosowany przez badaczy obiekt modelowy, jakim są komórki drożdży *Saccharomyces cerevisiae*. Pomocne w badaniach stały się mikroskopia elektronowa i radiografia.

Tegoroczny noblista zidentyfikował co najmniej 15 genów (atg) odpowiedzialnych za aktywację autofagii. Później obecność podobnych genów i mechanizmów potwierdzono u ssaków, co przeniosło badania nad autofagią także na poziom wyższych organizmów, w tym człowieka.

Co na to medycyna?

Komitet Noblowski docenia praktyczny wymiar badań pretendujących do nagrody. I te znakomicie warunków spełniają. Doświadczenia na modelu mysim potwierdziły, że autofagia to nie tylko odpowiedź komórki na brak substancji odżywczych czy uszkodzenie.

Ma ona też znaczenie dla specjalizacji komórek (różnicowania) w procesie embriogenezy, a nawet swój udział

w procesach starzenia organizmu. Prawdziwym przełomem było natomiast potwierdzenie udziału autofagii w powstawaniu nowotworów piersi i jajnika. U chorych kobiet stwierdzono obecność wadliwego na skutek mutacji genu BECN-1 – białka Beclin-1. To odpowiednik genu ATG-6, zidentyfikowanego wcześniej przez tegorocznego noblistę u drożdży. Autofagia może hamować rozwój procesu nowotworowego na wczesnych etapach jego inicjacji, natomiast wyłączenie autofagii przez wyłączenie np. genu Beclin-1 może być czynnikiem promującym rozwój nowotworu.

Niedawne badania wskazują też na indukowanie autofagii w komórkach transformowanych nowotworowo jako efekt stosowania chemio- i radioterapii. Ciekawe są z kolei obserwacje, że u myszy, u których wyłączono odpowiedniki genów ATG-5 i ATG-7, pojawiały się uszkodzenia mózgu, opóźnienie rozwoju, problemy z motoryką.

Wiedzę o autofagii i jej mechanizmach próbuje się obecnie wykorzystać w terapii nowotworów, chorób neurodegeneracyjnych czy infekcji bakteryjnych i wirusowych.

Komitet Noblowski argumentował o przyznaniu nagrody tak: *Badania Ohsumiego pozwoliły nam lepiej zrozumieć, w jaki sposób komórka przetwarza swoją zawartość. Jego odkrycia otwierają ścieżkę do analizy autofagii, kluczowej dla wielu procesów fizjologicznych, takich jak reakcja na głodzenie czy odpowiedź na infekcję. Tak brzmi oficjalny komunikat Karolinska Institutet, a sam nagrodzony stwierdził: Miałem szczęście ponieważ na początku lat 60. XX wieku rozkwitły badania biologii molekularnej. I na tym postanowiłem się skupić.*

Marek JURGOWIAK

Rada Programowa PRIMUM,

Sekretarz Rady Programowej Centrum Nowoczesności

Młyn Wiedzy w Toruniu,

Katedra Biochemii Klinicznej Collegium Medicum UMK

Do poczytania (uzupełniająco):

Lisiak N. et al., *Autofagia, nowe perspektywy w terapii przeciwnowotworowej*. Postępy Hig Med Dosw (online), 2014;68; 925–935;

Artykuły-Biotechnologia.pl „Trzeba umrzeć, aby żyć... czyli słów kilka o autofagii.” 2012, 10.11.

PRZYMUS CZY WOLNA WOLA, CZYLI PRACA NON STOP

Pracownicy Szpitala Powiatowego w Białogardzie znaleźli w dyżurce martwą anestezjolog. 44-letnia kobieta zmarła na zawał serca, prawdopodobnie z przepracowania, po prawie 94 godzinach nieprzerwanego dyżuru. Prokuratura rejonowa prowadzi postępowanie w tej sprawie. Do tej tragicznej śmierci, opisywanej w mediach, doszło na początku sierpnia. Wojciech Jajszczyk, rzecznik prasowy białogardzkiego szpitala, tłumaczył wówczas, że nikt nie zmuszał kobiety, aby dyżurowała tak długo. Co więcej, podkreślał, że lekarka nie pełniła dyżuru w ścisłym tego słowa znaczeniu przez 94 godziny. Przez część tego czasu pozostawała w gotowości do pracy.

To nie pierwszy taki przypadek śmierci na dyżurze szpitalnym. W 2012 r., w piątą dobę dyżuru, zmarł anestezjolog z opolskich Głubczyc. Pracował ponad 100 godzin z rzędu. Zarówno lekarka z Białogardu, jak i doktor z Głubczyc nie byli etatowymi pracownikami – prowadzili działalność gospodarczą i nie obowiązywały ich obostrzenia co do maksymalnej liczby przepracowanych godzin wynikających z Kodeksu pracy.

Przyczyna: Nikt nie będzie jeździł na jeden dyżur

Takie maratony czasowe na dyżurach nie należą do wyjątków. O tych dwóch przypadkach zrobiło się akurat głośno, bo zakończyły się tragicznie. – *To jest codzienność wielu szpitali, zwłaszcza powiatowych. W mniejszych miejscowościach brakuje specjalistów i trzeba ich ściągać z dużych miast. Lekarz zaś, gdy ma jechać 150 km tylko na 24 godziny dyżuru, kalkuluje sobie, że bardziej mu się opłaca wziąć pod ręką dwie-trzy doby* – mówi anestezjolog z Mazowsza. Zaś Krzysztof Bukiel, szef OZZL, przyznaje, że tak długie dyżury są popularne nie tylko wśród anestezjologów. Dotyczą ogólnie specjalizacji zabiegowych, w tym m. in. chirurgów czy położników.

Potwierdzają to dane z kontroli NIK, która badając przestrzeganie standardów opieki okołoporodowej na oddziałach ginekologiczno-położniczych, sprawdziła przy okazji stan kadr. W 17 podmiotach leczniczych, do których wkroczyli pracownicy NIK, czas pracy lekarzy zatrudnionych na podstawie umów cywilnoprawnych znacznie przekraczał 24 godziny. Wynosił bowiem od 31 do nawet 151 godzin (6,3 dnia) bez przerwy. NIK zaznaczyła w wystąpieniu pokontrolnym, że główną przyczyną tych nieprawidłowości były absencje, czyli urlopy, zwolnienia i fakt, że rzeczywiście lekarze kontraktowi są niechętni, by dojeżdżać do szpitala na jeden dyżur. Takie przypadki NIK wykryła m. in. na oddziale położniczo-ginekologicznym spółki szpitalnej w powiecie bytowskim, gdzie w latach 2013–15 w lipcu i w sierpniu siedmiu lekarzy

udzielało świadczeń przez ponad 24 godziny bez przerwy, czyli od 31 do 151 godzin bez odpoczynku.

Podobne maratony odbywały się w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Kaliszu. Położnicy nieprzerwanie świadczyli usługi od 31,5 do 72 godzin, a anestezjolodzy od 30 do 77 godzin. Dyrektor kaliskiej placówki tłumaczył pracownikom NIK podczas kontroli, że „dyżurowy” z reguły nie jest czasem w 100% wypełnionym pracą i pozwala w chwilach niewykonywania zadań służbowych na doraźny odpoczynek. Tyle że doraźny odpoczynek miała też mieć zapewniony anestezjolog dyżurujący w szpitalu w Białogardzie. Przecież pozostawała przez część dyżuru w gotowości do pracy...

Pracując na umowie cywilnoprawnej (kontrakcie) czy na umowie-zleceniu, lekarz może sobie ze szpitalem dowolnie ustalać miesięczną liczbę godzin. Obowiązuje swoboda umów. Dlatego związki zawodowe postulują, aby ją ograniczyć i do umów cywilnych wprowadzić takie same obostrzenia, jakie są przewidziane dla umów o pracę (możliwość świadczenia usług maksymalnie 7 godzin 35 minut na dobę i 37 godzin i 55 minut na tydzień). Tak przewiduje ustawa o działalności leczniczej. Do tego czasu pracy wlicza się także czas pełnienia dyżurów.

Lekarstwo: Ograniczyć czas pracy także na kontraktach

– *Trzeba zabronić lekarzom pracować powyżej tych norm czasu pracy. Bo jak widać, to jest niebezpieczne dla ich zdrowia. Przy okazji z niedospania mogą zrobić krzywdę pacjentom* – mówi Krzysztof Bukiel.

Zdania prawników co do wprowadzenia takiego ograniczenia są podzielone. – *Możliwe jest wprowadzenie ustawy analogicznych ograniczeń związanych z czasem pracy również wobec lekarzy pracujących na kontraktach. Pewne zasady konstytucyjne, a w tym zasada wolności gospodarczej, której beneficjentami są lekarze-przedsiębiorcy pracujący na umowach cywilnoprawnych, mogą doznawać ograniczeń z uwagi na ważny interes publiczny, którym w tym przypadku jest niewątpliwie życie i zdrowie ludzkie* – uważa dr Joanna Ostojńska-Kołodziej, adwokat w Kochański Zięba i Partnerzy.

Z kolei zdaniem dr hab. Moniki Gładoch wprowadzenie ograniczeń nie jest możliwe, gdyż Polskę obowiązuje unijna dyrektywa o czasie pracy. Mówi ona, że jeśli lekarz podpisze klauzulę opt-out, może pracować nawet i w wymiarze 78 godzin w tygodniu. – *Gdyby lekarze mieli świadczyć pracę maksymalnie 7 godzin 35 minut na dobę, to większość oddziałów szpitalnych padłaby, bo zabrakłoby kadr do obsadzania dyżurów* – zauważa dr Gładoch. – *A tych brakuje w całej UE, skoro dyrektywa unijna dopuszcza odstępstwa od kodeksowe-*

go czasu pracy. W Polsce jednak nie chodzi tylko o organizację czasu pracy. Wynagrodzenia są niskie – dodaje. W praktyce więc widać, że zapis z ustawy o działalności leczniczej o tym, iż lekarz pracuje zasadniczo 7 godzin 35 minut, a dodatkowo musi mieć zapewnione 11 godzin na dobę nieprzerwanego odpoczynku, nijak ma się do rzeczywistości.

Przyczyna: Na życie trzeba zarobić

Lekarzy jest za mało, a ci, którzy nie wyemigrowali, narzekają na zbyt niskie wynagrodzenia z podstawowego wymiaru czasu pracy. Lekarskie związki zawodowe podają bowiem, że zasadnicza pensja specjalisty waha się w granicach 4 tys. zł brutto. Zaś z danych Ministerstwa Zdrowia z 2015 r. wynika, że lekarz bez specjalizacji odpowiednio zarobi brutto 3247 zł, a z dodatkami, czyli najczęściej dyżurami, 5,5 tys. brutto. Osoba z drugim stopniem specjalizacji zarobi zasadniczo 4342 zł brutto, a z dodatkami 7,2 tys. zł. – *Trzeba jakoś zarobić na utrzymanie rodziny. Ponadto wymaga się od nas, abyśmy stale podnosili kwalifikacje zawodowe. Do tego zobowiązuje nas zresztą Kodeks Etyki Lekarskiej. A trzydniowy kurs dla specjalisty może kosztować i 3 tys. zł. Z podstawowej pensji tego nie opłacimy* – mówi anonimowo anestezjolog.

Toteż Krzysztof Bukiel uważa, że wprowadzając ograniczenia co do czasu pracy, trzeba podnieść pensje zasadnicze lekarzom. – *Specjalista powinien zarabiać trzy średnie krajowe, czyli ok. 12 tys. zł brutto* – mówi.

Jednak większości szpitali nie stać, aby płacić lekarzom etatowym większe stawki. Dlatego w wielu placówkach są oni zmuszani do przechodzenia na kontrakty, by po etatowym czasie pracy dyżurować na podstawie umowy cywilnoprawnej. Kontrakty mogą być tańsze dla wielu pracodawców, bo nie muszą się oni martwić o odprowadzanie składek na ubezpieczenie społeczne za pracownika. – *Dyrektorzy szpitali nieoficjalnie zmuszają nas do pracy ponad normę. Jeśli się nie zgodzimy, to możemy dostać grafik pracy, który uniemożliwi nam dorabianie np. w prywatnych placówkach, w inne dni, gdy nie mamy dyżurów* – komentują lekarze.

Nieoficjalnie mówi się, że specjaliści, w tym anestezjolodzy, na kontrakcie mogą zarobić 100 zł brutto za godzinę pełnienia dyżuru, a bywa tych godzin i 170 w miesiącu. Od tego lekarz musi zapłacić 19% podatek dochodowy, minimalny ZUS w kwocie 1 tys. zł, dodatkowo składkę na ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej. W przypadku anestezjologów suma gwarancyjna ubezpieczenia to 400 tys. zł. W innej swojej kontroli z ubiegłego roku NIK stwierdziła, że wbrew pozorom kontrakty wcale nie poprawiają sytuacji finansowej szpitali. W 22 placówkach personel na kontraktach pracował zarówno w tych szpitalach, które osiągnęły zysk, jak i w tych, które wykazały stratę. Umowy kontraktowe umożliwiały m. in. obejście ustawowo zagwaranto-

wanego prawa do 11-godzinnego wypoczynku bezpośrednio po dyżurze. I tak pełnienie takich dyżurów przez lekarzy kontraktowych, zatrudnionych często w tych samych placówkach, na tych samych oddziałach również w ramach umowy o pracę, przede wszystkim łagodziło skutki niedoboru personelu.

Złudzeń co do pracy ponad przeciętny dopuszczalny ustawą o działalności leczniczej wymiar czasu pracy nie pozostawiają też kontrole inspekcji pracy. W 2015 roku okręgowi inspektorzy pracy sprawdzili

ponad 5 tys. placówek udzielających stacjonarnych i całodobowych świadczeń. Oszacowali, że personel medyczny dwa razy wykonywał tę samą pracę w tej samej dobie. 1420 pracowników na 6891 skontrolowanych przepracowało łącznie prawie 80,7 tys. godzin z przekroczeniem przeciętnej tygodniowej normy czasu pracy. Wynikało to z planowania i wykonywania pracy w godzinach nadliczbowych w dni wolne od pracy oraz zatrudniania pracowników, głównie pielęgniarek i lekarzy, przeciętnie powyżej pięciu dni w tygodniu, w przyjętym okresie rozliczeniowym, a także w niedziele i święta.

Lekarstwo: Pamiętaj o etyce

Inspekcja pracy może jednak zakazywać pracy ponad dopuszczalną normę tylko w przypadku pracowników zatrudnionych na etaty. Do umów cywilnoprawnych, w tym samozatrudnienia, nie odnosi się i nie może też nikogo ukarać. Ministerstwo Zdrowia pomimo tragicznego zdarzenia w Białogardzie czy wyników kontroli inspekcji pracy nie zamierza jednak ulegać postulatom związków zawodowych i wprowadzać ograniczenia do czasu pracy lekarzy kontraktowych. To oznaczałoby zapewne, że trzeba by podnieść pensje zasadnicze.

– *Zawód lekarza należy do grupy tzw. wolnych zawodów, co powoduje, że uregulowania prawne muszą pozostawiać swobodę m. in. co do wyboru formy jego wykonywania* – zaznacza Milena Kruszewska, rzecznik prasowy ministra zdrowia. Przedstawiciele resortu wskazują też, że lekarz, podpisując kontrakt, powinien też brać pod uwagę późniejszą możliwość faktycznej realizacji postanowień umowy, na której zawarciu wyraża zgodę. – *Kodeks Etyki Lekarskiej, do którego przestrzegania zobowiązany jest każdy lekarz, wskazuje jako nadrzędną zasadę dobro chorego. Określa przy tym, że z przestrzegania tej zasady nie zwalniają lekarza wymagania administracyjne, naciski społeczne czy też mechanizmy rynkowe* – mówi Milena Kruszewska.

Część lekarzy przyznaje też nieoficjalnie, że może czasem i mogliby nie pracować ponad normę, ale jeśli widzą możliwość dodatkowego zarobku, to trudno z niej zrezygnować...

Katarzyna NOWOSIELSKA

(przedruk z „Medical Tribune” nr 9/16)

(NIE) CHCEMY UMIERAĆ NA DYŻURACH!

W sierpniu całą Polskę obiegła informacja o śmierci lekarki anestezjologa, która zmarła w szpitalu powiatowym w czasie czwartej doby pełnionego non stop dyżuru. Tydzień wcześniej placówka zawiesiła działalność Oddziału Intensywnej Opieki Medycznej z powodu braku wymaganej obsady anestezjologicznej.

Rzecznik prasowy spółki zarządzającej szpitalem zaznaczył, że lekarka nie była pracownikiem etatowym: „Prowadziła jednoosobową działalność gospodarczą, w związku z tym sama regulowała rytm i tempo pracy. Ponieważ była zainteresowana komasowaniem godzin pracy, a i my byliśmy zainteresowani takim rozwiązaniem, umowa została zawarta i była realizowana. Żaden przepis prawny nie zabrania takiej praktyki. W związku z tym, że lekarka nie była naszym etatowym pracownikiem, normy wynikające z kodeksu pracy nie obowiązywały”.

A tak fakt śmierci koleżanki komentowali lekarze na łamach portalu medycznego Esculap.com:

„Pracowałem kiedyś w szpitalu, który przejęła inna spółka. Niestety, wszyscy lekarze (100%), którzy kiedyś tam pracowali, albo sami odeszli, albo zostali zwolnieni. Właściciel spółki (lekarz bez specjalizacji) po prostu drastycznie obniżył zatrudnienie tak, że np. na dwa oddziały zostawała na dyżurze jedna pielęgniarka. Policzcie: jeśli ta pielęgniarka zarabiała brutto powiedzmy 2 tys. zł, to po zwolnieniu dziesięciu w ciągu jednego miesiąca zostało właścicielowi w kieszeni 20 tys. zł. Proste? Właściciel łączył oddziały, tzn. zmniejszał liczbę łóżek o połowę i łączył dwa oddziały na jednym piętrze (np. ortopedię z chirurgią), przy czym piętro zajmowane przez ortopedię zostawało puste. Ordynator, który się temu przeciwstawił, został zwolniony dyscyplinarnie, ale w sądzie sprawę wygrał i właściciel musiał mu zapłacić wszystkie koszty i wypłacić trzymiesięczną odprawę. Dyżurów też trzeba było brać kilka w tygodniu, gdyż nie miał kto dyżurować. Dyżury były ciężkie, gdyż brakowało pielęgniarek, lekarzy i sprzętu. Zakładem radiologii kierował lekarz z I stopniem specjalizacji, na dyżurze przez ponad rok nie było radiologa i wszyscy musieliśmy radiogramy (łącznie z CT) oceniać sami. Teraz w szpitalu jest pięć pięter nieużywanych, niesprzątanых i nieoświetlanych, po których nikt się nie porusza. Pacjenci z wszystkich oddziałów cisną się na czterech piętrach, wszędzie są dostawki, łóżka na korytarzach, niczego się nie naprawia, nie tylko aparatury medycznej, ale też np. sedesów. Gdy przychodzi kontrola, wyciąga się z magazynu zepsuty sprzęt, mówiąc, że jest w naprawie. Kontrole to jakoś kupują, ale sprzęt z powrotem idzie do magazynu i żadnej mowy o naprawie nie ma. Przy następnej kontroli sytuacja się powtarza i znowu wszystko jest OK”.

„Nigdy specjalnie nie interesowano się, ile czasu pracujemy. Wielkie emocje budzi, co lekarz ma w garażu. Nikogo nie obchodzi, jakim kosztem. Obawiam się, że nadal tak będzie. Ten zgon Koleżanki (nie pierwsze i nie ostatnie odejście na wieczny dyżur wskutek przepracowania) będzie krótkotrwałą sensacją. Potem – do roboty”.

W związku ze śmiercią młodej lekarki pojawiły się głosy, aby ograniczyć prawnie czas pracy lekarzy (bez względu na liczbę miejsc pracy oraz formę zatrudnienia). O zdanie na ten temat zapytaliśmy samych zainteresowanych. W internetowej ankiecie na łamach portalu Esculap.com wzięto udział 900 lekarzy. Trzy czwarte uczestników (76%) opowiedziało się za wprowadzeniem takiego rozwiązania do polskiego systemu prawnego, jedna piąta (20%) była temu przeciwna, a 4% przyznało, że trudno im udzielić odpowiedzi na to pytanie. Oto niektóre komentarze dopisane pod ankietą:

„Po dziesięciu latach pracy warunki są gorsze niż na początku. Przy podpisywaniu opt-out wywalczyliśmy godne stawki dyżurowe. Niestety, jakiś czas temu komuś się to nie spodobało. Zmusił nas, specjalistów, do dyżurów kontraktowych. Nie było mowy o innym sposobie dyżurowania. Efekt teraz jest taki, że podstawa wynagrodzenia nie przekracza nawet 2 tys. zł netto, a dyżury... No cóż, nie możesz zachorować. I tyrasz, w ciąży, nie ciąży, chora czy nie – do roboty...”

„Gdyby społeczeństwo wiedziało, w jakim stanie umysłu (i zdrowia) działają medycy, już dawno ograniczono by pracę lekarzy. Jednak zarządzający wolą utrzymywać lekarzy na 1,5–2 etatach, ponieważ szybko okazałoby się, jak olbrzymie są braki kadrowe i że pracujemy jak osły (bo dwa razy za dużo)”.

„Nie do końca rozumiem. Na etacie faktycznie byłam zmuszana do brania większej liczby dyżurów niż chciałam, ponieważ nie było chętnych – ciężka praca marnie płatna. Na kontrakcie naprawdę nie ma przymusu. Jeżeli chcesz więcej zarobić, bierzesz więcej dyżurów, jeżeli jedziesz do odległego miejsca, to nie opłaca się na jedną dobę. Stawki są istotnie większe niż na etacie. A stawki w niektórych specjalizacjach istotnie wyższe niż w pozostałych...”

„Jest jeszcze inny, ważny problem. Lekarze podkupują jedni drugich i to w złą stronę, oferując swoje usługi za niższą cenę. Chodzi o to, aby lek. X nie wziął dyżuru albo wizyty domowej, to lek. Y weźmie to za 50%. Nie cenimy siebie ani swojej ciężkiej pracy”.

„Istotą umów cywilnoprawnych jest ich niemal całkowita dowolność, a to, co w nich jest – brutalnie mówiąc – zależy od stron umowy, co wynegocjują. Wiem, co mówię, ponieważ mam umowę od lat w publicznym szpitalu i mam 21 dni płatnego urlopu i 5 dni płatnego urlopu szkoleniowego, bez obowiązku załatwiania zastępstwa.

Ale wiem, że w tym samym szpitalu są ludzie, którzy mają jeszcze lepsze umowy, ale też gorsze. Najgorszą rzeczą w tych umowach nie jest brak urlopu, ale brak obrony pracownika (pseudofirmy) przed nadużyciami pracodawcy (pseudokontrahenta) oraz całkowita katastrofa w przypadku choroby (czytaj: brak środków do życia)”.

„Wara od mojej umowy cywilnoprawnej. Każdy ma swój rozum i zawiera taką umowę, jaka mu pasuje. Nie ma przymusu, choć czasami są »zgnile« kompromisy. Związkowcy ze swoimi pomysłami regulowania i kontrolowania wszystkiego niech spadają na drzewo!”.

„Jeszcze nigdy nie widziałam biednego kolegi, koleżanki lekarza. Żaden z nas nie pogardzi pieniędzmi od przedstawicieli medycznych ani dyżurami, ani prywatną praktyką. Może trzeba znaleźć umiar w tej pogoni za pieniądzem? Lekarz to nie ochroniarz, który może pracować po kilka zmian bez przerwy i nikomu nie robi tym krzywdy. Wielu ludzi powie, że za mało zarabia. Taki mamy poziom płac w Polsce. Ale trzeba szanować swoje zdrowie i zdrowie innych”.

Tymczasem fakty są brutalne. Dziewięć lat temu Śląska Izba Lekarska przeprowadziła badanie długości życia lekarzy na swoim terenie. Na podstawie średniej wieku zgonów 600 medyków zarejestrowanych w ŚIL obliczono, że tamtejsi lekarze żyją o 2,4 roku krócej niż inni mężczyźni w Polsce, a lekarki umierają ponad 11 lat wcześniej niż Polki wykonujące inne zawody.

Problem „nadumieralności” tych, którzy mają ratować zdrowie i życie innych, dotyczy zapewne całego kraju. „Niedawno do szpitala, w którym pracuję, przywieziono w ciężkim stanie mego kolegę lekarza, z perforowanym wrzodem żołądka. Dolegliwości odczuwał przez kilka miesięcy, ale nie miał czasu, aby się leczyć, ponieważ wciąż odrywały go od tego obowiązku służ-

bowe. Został uratowany w ostatniej chwili. Miał więcej szczęścia od swojej żony, też lekarki. Zmarła wskutek zapalenia otrzewnej. Bagatelizowała objawy i zaniedbała leczenie, gdyż nie mogła się oderwać od swoich pacjentów” – pisał siedem lat temu na łamach „Służby Zdrowia” dr Ryszard Kijak.

A jak wygląda sytuacja Anno Domini 2016? Najtrafniej podsumował ją jeden z uczestników wrześniowej ankiety na łamach Esculapa: „Ten, kto sam nie dyżurował, ten nie wie. My, lekarze, każdego dnia dajemy pacjentom mnóstwo zaleceń dotyczących zdrowego trybu życia. Narzekamy, gdy ich nie wypełniają. A jak wygląda ich realizacja w naszym wykonaniu na dyżurze? Czy na dyżurze trwającym cztery doby non stop ktoś wychodzi na trwający co najmniej godzinę spacer? Czy ktoś ma szansę poćwiczyć kilkadziesiąt minut? Czy mamy możliwość zjedzenia czegoś nawiązującego do piramidy zdrowego żywienia? Czy mamy szansę na relaks? Jak wygląda po kilkunastu latach takiej pracy noc osoby przewlekłe poddawanej deprywacji snu? Pomijam już życie osobiste i rodzinne, choć i ono ma swoje prawa. Może by pan rzecznik szpitala, wypowiadający się z takim cynizmem po śmierci tej młodej kobiety, spędził kilka takich dyżurów w owej »wygodnej dyżurce«, pozbawiony domowych pieleszy, z nieustannie dzwoniącym telefonem, w ciągłej gotowości. Może by tak potem wsiał i jechał do domu kilkaset kilometrów (wypadki!), zanim zaproponuje komuś następnemu taki »system« pracy”.

Inną kwestią pozostaje, że my sami – lekarze, godzimy się na taki „system”. Czy zatem chcemy umierać na dyżurach? Czy naprawdę warto?

Jarosław KOSIATY

Autor jest lekarzem, nauczycielem akademickim.

(przedruk z „Pulsu” nr 10/16)

OSTATNI ZGASI ŚWIATŁO?

Od dwóch lat rośnie liczba lekarzy wyjeżdżających do pracy zagranicę – alarmuje Naczelna Rada Lekarska (w latach 2006–16 Polskę opuściło łącznie 10 tys. medyków). W tym roku może zostać pobity rekord w liczbie wydawanych w tym celu zaświadczeń. Jednocześnie jesteśmy świadkami niekorzystnych zjawisk demograficznych. Towarzystwo Chirurgów Polskich informuje, że połowa przedstawicieli tej specjalizacji w naszym kraju ma już skończone 50 lat, czyli zwiększa się luka pokoleniowa. Gwałtownie starzeje się całe społeczeństwo, GUS ostrzega, że odsetek osób mających 60 lat i więcej wzrośnie z 22% obecnie do ponad 40% w 2050 r.

Mamy najgorszy w państwach Unii Europejskiej wskaźnik liczby lekarzy na 100 tys. mieszkańców. Rozwiązaniem problemu ma być zwiększenie naboru na istniejących uczelniach medycznych (w tym roku o 15–30%) oraz otwieranie wydziałów lekarskich w kolejnych miastach (na uniwersytetach w Kielcach, Rzeszowie i Zielonej Górze oraz w uczelniach prywatnych: Akademii im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego w Krakowie i Warszawskiej Uczelni Łazarskiego). Jednak wy-

kształcenie lekarza trwa co najmniej kilkanaście lat, a ponadto większość studentów medycyny już teraz deklaruje chęć wyjazdu i pracy zagranicą. Jak zatem zatrzymać ich w kraju?

Nasze koleżanki i koledzy z dłuższym doświadczeniem zawodowym dobrze pamiętają nakazy pracy wręczane po ukończeniu studiów. Czy ten relikwini minionej epoki ma szansę powrócić w nowej formie? W czerwcu 2016 r. w wywiadzie radiowym marszałek Senatu Stani-

sław Karczewski (61-letni chirurg z Warszawy) powiedział: – *Rocznie wyjeżdża z Polski nawet tysiąc lekarzy. (...) Lekarze powinni odpracować swoje studia w Polsce. Nie wiem przez jaki czas -15, 20 lat. I choć informacja o takich planach została szybko zdementowana przez ministra zdrowia, pomysł podchwyciły inne osoby.*

Wiktor Król, prezes Ogólnopolskiego Związku Pracodawców Szpitali Powiatowych, zaproponował taką zmianę aktualnych przepisów, by lekarze po studiach musieli określony czas pracować w kraju, także w szpitalach powiatowych. Jego zdaniem byłby to sposób na częściowe uzupełnienie braków kadrowych w tych placówkach.

Przeciwny wprowadzeniu nakazów pracy jest Andrzej Sokołowski, prezes Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Szpitali Prywatnych. W wywiadzie udzielonym serwisowi parlamentarny.pl powiedział m.in.: – *Jestem lekarzem w czwartym pokoleniu. Mój ojciec dostał nakaz pracy i wcale nie była to dobra rzecz. Nakazy pracy lekarzy rezydentów czy stażystów – o tym należałoby zapomnieć, to nie ten system. Dziś lekarze przyjdą do pracy, jeżeli szpital będzie ładny, warunki płacy dobre, a lekarzy odpowiednia liczba.*

Tyle menedżerowie placówek medycznych. Zapytaliśmy o zdanie samych lekarzy. W internetowej ankiecie na łamach portalu Esculap.com wzięło udział ponad 1700 medyków. Na pytanie „Czy lekarz powinien odpracować swoje studia w Polsce?” twierdząco odpowiedziała co trzecia osoba (34%), ale wiele dopisało pewne zastrzeżenia. Dwie trzecie (64%) ankietowanych było zdecydowanie przeciwnych pomysłowi odpracowywania studiów medycznych. Nieliczni (3%) nie potrafili zająć stanowiska w tej kwestii.

Oto niektóre uwagi i komentarze:

„Zakaz wyjazdu z kraju i nakaz pracy? [...] Nikogo nie zabiłem, nie okaleczyłem. Może dlatego, że nie piję, nie okradam i tyram codziennie po 12–14 godzin, często nie mając nawet wolnego w wakacje czy w inne wolne dni. Jaką przyszłość mają mieć młodzi lekarze? Jak mają leczyć starzejące się społeczeństwo? Młodzi i tak wyjadą, bo życie jest tylko jedno, a pomysły polityków odbijają się jak zwykle na pacjentach, bo to oni, a nie politycy zapłacą więcej za wizytę. Pacjenci zapłacą za to więcej z dwóch powodów: mniejsza liczba lekarzy podyktuje wyższe stawki, w stawkach za wizytę trzeba będzie uwzględnić też cenę ubezpieczenia lekarza za tzw. błędy. Istnieje też inny, bardzo prawdopodobny scenariusz: zastraszeni lekarze będą leczyć wszystkich paracetamolem, jak w Wielkiej Brytanii. I tak garstka niedowartościowanych polityków upodli do końca etos jednego z najbardziej szanowanych zawodów na świecie, a poziom usług medycznych sprowadzą do poziomu ze średniowiecza”.

„Ciekawe, jak miałyby wyglądać to spłacanie kredytu za studia. Studiowałem w latach 1992–1997. Potem był staż, założenie rodziny i tak około 2000 r. wybrałem się

do banku w celu uzyskania kredytu na zakup mieszkania (naiwny młody doktor, pracujący na ponad dwóch etatach: szpital, dyżury, pogotowie, tyrający 350–400 godzin w miesiącu; żona na etacie). I wtedy okazało się, że... nie mam zdolności kredytowej (sic!). I w jaki sposób miałbym jeszcze spłacać kredyt za studia? To takie współczesne niewolnictwo”.

„Przypominam, że przymus pracy jest niewolnictwem. Jeśli jest przymus pracy, to państwo powinno zapewnić wszystkim lekarzom dostęp do wybranej specjalizacji oraz kształcenie na odpowiednim poziomie, a także przymus kształcenia dla kierowników specjalizacji. Szpitale powinny zapewniać młodym lekarzom czas na kształcenie. Pan Król widzi wszystko jednostronnie. Tzn. wykorzystać tanią siłę roboczą, wycisnąć jak cytrynę. A ja Panu powiem: to się obróci przeciw takiemu myśleniu. Efektem będzie brak kadr i konieczność zamykania oddziałów, a nawet całych szpitali. Zapewniam, że zagranicą nie pozwolą, by wyspecjalizowani adepci medycyny wracali do Polski. I nie będą to nakazy czy zakazy, ale odpowiednie wynagrodzenie za wiedzę oraz umiejętności i pracę w jednym miejscu. Karanie to nie droga do zwiększenia kadr. To droga do katastrofy HR w polskiej medycynie”.

„Rozumiem, że dzieci, których rodzice biorą 500+, nie mają prawa nigdy wyjechać z Polski, jedynie może na krótki, 7-dniowy wypoczynek. I tylko pracować w Polsce aż do śmierci. Przecież to my, obywatele, uczestniczymy w kosztach ich wychowania, wykształcenia itd.”.

„Powinniśmy zmienić konstytucję tak, aby nauka w szkołach wyższych była chociaż częściowo odpłatna. Wtedy żadna z grup zawodowych, a w szczególności lekarze, na których studia (jedne z najdroższych) łożą wszyscy uczciwie płacący podatki w Polsce, nie będzie się czuć pokrzywdzona obowiązkiem odpracowania tego, z czego wcześniej nieodpłatnie korzystała. Popieram wypowiedź marszałka Karczewskiego i mam nadzieję, że szybko zostanie urzeczywistniona”.

„Mnie nie wykształciło państwo, tylko moi rodzice i to im winien jestem wdzięczność. Ciężką pracą zapłacili za moje studia! Ale mam propozycję, żeby posłowie i senatorowie odpracowywali 15–20 lat za swoje niewywiązywanie się z obietnic i żerowanie na publicznych pieniądzach!”.

„Moja córka skończyła studia w Szwecji za darmo, będąc Polką, i jakoś Szwecja nie każe jej zostać. Tylko pytanie, po co ma wracać do Polski?”.

„Niewolnictwo i odpracowywanie studiów? Cały czas to samo. We wszystkich mediach pisze się tylko o pijanych lekarzach albo o błędach bądź innych patologiach. Ale o tysiącach udanych operacji, o milionach diagnoz i o uratowanych pacjentach, już nie. Dla mnie kuriozum była sprawa wrocławskiego urologa, który raz w życiu pomylił się i niestety wyciął nie tę nerkę. Natychmiast zapomniano o tysiącach ludzkich istnień, którym prze-

► dłużył życie. Oczywiście natychmiast pojawiły się głosy: »partacz«, »morderca« itd. Prawda jest taka: jesteście ludźmi, często bardzo zmęczonymi... Pracujemy bardzo dużo. Oczywiście w komentarzach piszecie, że dla kasy. A co my robimy w tych wszystkich miejscach? Siedzimy tylko? Jak nas w tych miejscach dodatkowych nie będzie, to kto zoperuje albo przyjmie chorego? Może jakiś polityk? Ja czekam z utęsknieniem na wprowadzenie zakazu konkurencji... Jeden etat i tyle. Ale nikt tego nie zrobi niestety, bo się wszystko wtedy zawali”.

„Studiowałam w latach 1973–1979. Wyjeżdżałam w czasie wakacji do pracy zagranicę, co było nie lada wyzwaniem, bo: zdobycie paszportu, czekanie, konieczność zdania egzaminów. I najważniejsze: rodzice poświadczali notarialnie, że gdy nie wrócę, oni będą płacić za studia. Oczywiście nie było UE, ale umiano wycenić moje studia medyczne na 200–150 tys. zł. W USA też wszyscy biorą kredyty na studia, stypendia z wojska czy miejskie i muszą je spłacić. Studia medyczne na całym świecie są najdroższymi studiami. A teraz każdy młody lekarz chciałby robić tylko intratne specjalizacje: kardiologię inwazyjną, dermatologię, okulistykę...”

„Typowy temat zastępczy. Nie ma bowiem aktualnie możliwości ani zakazania wyjazdu z Polski komukolwiek, ani wyegzekwowania zwrotu za studia w przypadku, gdy ktoś wyjedzie. Niby z czego miałyby to być ściągane? Z konta ROR funkcjonującego od debetu do debetu?”

„Proponuję zrobić ze służby zdrowia formację na wzór wojska czy zakonu, wprowadzić nakaz pracy, wyboru specjalizacji, częściowo ubezwłasnowolnić, odebrać paszporty, wytatuować na twarzy celownik z napisem »tu uderzać«, żeby pacjent mógł celnie przywalić. Myślę, że to zakończyłoby wszystkie problemy ze służbą zdrowia”.

Przy okazji dyskusji na temat odpracowywania studiów i nakazów pracy przypomniał mi się inny sposób na likwidację braków kadrowych w naszej ochronie zdrowia. Pod koniec 2005 r. lekarze Porozumienia Zielonogórskiego nie chcieli podpisywać kontraktów z NFZ, domagając się zwiększenia stawki na jednego pacjenta. Ludwik Dorn, który był wtedy ministrem spraw wewnętrznych i administracji w rządzie PiS, zaproponował, aby „jeżeli wystąpi i będzie się nasilało niebezpieczeństwo dla obywateli”, brać lekarzy w kamasze (sic!).

Zainspirowany tą groźbą portal Esculap.com przeprowadził szybką ankietę. Na pytanie „W jakiej formacji wojskowej chciałbyś służyć po powołaniu do armii?” odpowiedziało 1395 naszych koleżanek i kolegów. Zwyciężyły lotnictwo (24%) oraz służby kwatermistrzowskie (24%). Na kolejnych miejscach uplasowały się: wojska desantowe (17%). Marynarka Wojenna (16%), wojska pancerne (8%), piechota (6%). Najmniejszą popularnością (zapewne ze względu na hałas) cieszyła się artyleria (5%).

Jednak żarty na bok. Skala emigracji lekarzy z Polski rośnie i sprawa jest bardzo poważna. Kiedy nasi politycy i menedżerowie rozumieją wreszcie, że jedynym sposobem na zatrzymanie medyków w kraju jest stworzenie im godnych warunków wykonywania zawodu? W czasie ostatniej manifestacji rezydenci nieśli transparent „Chcemy żyć i pracować w Polsce!”. Niestety, bez zasadniczych zmian już niedługo nie będzie komu go nieść dalej. Jego autorzy będą leczyli chorych w innych krajach...

Jarosław KOSIATY

Autor jest lekarzem i nauczycielem akademickim.

(przedruk z „Pulsu” nr 11/16)

PRACODAWCY CHCĄ ZMIAN W SYSTEMIE

Pracodawcy ochrony zdrowia sformułowali długą listę życzeń i oczekiwań pod adresem ministra zdrowia. Spośród 93 propozycji 14 dotyczy lekarzy, ich pozycji i roli w systemie ochrony zdrowia.

W czasie zorganizowanego z dużym rozmachem I Kongresu Zdrowia Pracodawców RP (29–30 września, Warszawa) wiele dyskusji dotyczyło kształcenia, warunków pracy i roli lekarzy. Dla środowiska lekarskiego niewątpliwie ciekawe jest zapoznanie się z tymi postulatami, bo dzięki nim można zrozumieć, w jaki sposób patrzą na zatrudnianych przez siebie lekarzy ich pracodawcy – menedżerowie i właściciele placówek medycznych

Koordynator opieki nad pacjentem

Dyskusję nad pozycją lekarza w systemie ochrony zdrowia zdominował wątek zapowiedzianych przez mi-

nistra zmian organizacji podstawowej opieki zdrowotnej. Szczególnie rozwijano temat roli lekarza poz jako koordynatora terapii i opieki nad pacjentem. Poparciem cieszy się hasło „lekarz poz jako gatekeeper”, odnoszące się do zamiaru powierzenia tej grupie budżetu na konsultacje specjalistyczne i diagnostykę. Równolegle powinni oni otrzymać „rzeczywistą możliwość dysponowania wszelkimi informacjami o pacjencie i jego leczeniu”, tak aby koordynacja opieki nad nim mogła się odbywać na podstawie pełnej dokumentacji medycznej. Pracodawcy wskazują także, że w związku z tym docelowo wszyscy lekarze w poz powinni posiadać specjalizację z zakresu medycyny rodzinnej.

Menedżerowie i właściciele oczekują jednak wyższej efektywności opieki nad pacjentem, osiągananej dzięki pracy zespołowej i konsultacjom z przedstawicielami innych specjalizacji Chcieliby, aby głównym miernikiem sku-

teczności pracy lekarza była efektywność terapeutyczna i satysfakcja pacjenta.

Niedobory kadrowe większe niż podają statystyki

Kwestii kształcenia kadr medycznych poświęcony był jeden z paneli dyskusyjnych. Uczestnicy zwracali uwagę na to, że Ministerstwo Zdrowia powinno podejmować działania potrzebne do zapewnienia właściwej liczby specjalistów. Prof. WTML Mariusz Fraczek, wojewódzki konsultant w dziedzinie chirurgii ogólnej, ocenił, że braki kadrowe są w rzeczywistości o wiele większe niż mówią statystyki. Na przykład w województwie mazowieckim liczba pracujących chirurgów jest o połowę niższa od oficjalnych danych.

Jako pierwszy krok do regulacji w tym zakresie, zaproponowali przez pracodawców eksperci wskazują opracowanie długoterminowej strategii rozwoju kadr medycznych, którą poprzedzi rzetelna analiza sytuacji bieżącej oraz prognoza na nadchodzące lata. Analiza ta powinna zapoczątkować monitoring w zakresie kształcenia i migracji personelu medycznego, ponieważ aktualnie brakuje w pełni miarodajnych danych.

Minister Konstanty Radziwiłł podkreślił, że braki lekarzy i pielęgniarek występują właściwie we wszystkich krajach i Polska nie jest tutaj odosobniona. Szef resortu zdrowia zapowiedział, że w przyszłym roku zostanie zwiększona o kolejnych 600 liczba studentów przyjętych na pierwszy rok uczelni medycznych. Ministerstwo rozważa też powrót do kształcenia pielęgniarek w innej formie niż wyższe studia magisterskie. Możliwe są także kolejne zmiany zakresu kompetencji poszczególnych zawodów medycznych

Przestarzały model nauczania

W postulatach zgłoszonych do ministra zdrowia znalazły się także propozycje, aby programy kształcenia lekarzy i pielęgniarek zawierały obszerne moduły poświęcone zdrowiu publicznemu oraz zagadnieniom związanym z bezpieczeństwem pacjenta, ryzykiem w medycynie i procesem zarządzania tym ryzykiem. Zdaniem prof. Jadwigi Mireckiej z Wydziału Lekarskiego Krakowskiej Akademii im. A. Frycza Modrzewskiego, pilną potrzebą jest położenie nacisku na praktyczne umiejętności w procesie kształcenia. *„Jeśli studenci są dalej kształceni na podstawie kliniki, to profil pacjentów, z którymi mają do czynienia, jest ograniczony. Studenci nie podejmują czynności lekarskich”* – mówiła prof. Mirecka. W jej opinii, wciąż dominuje u nas nauczanie przez obserwację zamiast o wiele skuteczniejszego nauczania przez działanie.

Uczestnicy dyskusji poświęconej procesowi kształcenia zwracali uwagę także na uaktualnienie standardów kształcenia przed- i podyplomowego. Dr Grażyna Wójcik z Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego stwier-

dziła, że wyższe uczelnie nie nadążają za zmianami na rynku, które następują bardzo szybko. Innym problemem jest optymalne wykorzystanie kompetencji wszystkich przedstawicieli zawodów medycznych, zwłaszcza w kontekście braków kadrowych w zespołach lekarskich. Rezerwy można dostrzec także w roli, jaką dziś odgrywiają lekarze medycyny pracy, którzy mogliby świadczyć pacjentom o wiele szerszą opiekę i przysparzać znacznie więcej korzyści profilaktyki, monitoringu zdrowia, niż to się dzieje obecnie. Pracodawcy mogliby czerpać z tego wymierne korzyści w postaci niższego poziomu absencji chorobowych czy utraty produktywności pracowników.

Potrzebna wizja rynku medycznego

Lista wniosków i oczekiwań, przekazana ostatniego dnia kongresu ministrowi Konstantemu Radziwiłłowi, stanowiła swoiste podsumowanie dyskusji w ramach 16 warsztatów tematycznych. Inne poruszane w nich kwestie dotyczyły dostosowania oferty szpitali do potrzeb pacjentów, roli pacjenta w systemie opieki zdrowotnej, inwestycji w zdrowie, odwróconej piramidy świadczeń, innowacji, finansowania służby zdrowia oraz roli, jaką odgrywają w niej prywatni przedsiębiorcy.

Odnosząc się do zapowiadanych zmian w sposobie finansowania świadczeń szpitalnych dr Andrzej Sokołowski, prezes Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Szpitali Prywatnych apelował o stworzenie przez rząd długookresowej wizji rynku usług medycznych oraz zagwarantowanie równych warunków działania wszystkim podmiotom (zwłaszcza prywatnym w porównaniu do publicznych). Oceniał, że planowany przez ministerstwo nowy system *„z założenia niektórych eliminuje”*. Nie zgadzając się z taką oceną, minister Radziwiłł zaznaczył, że prywatne podmioty nadal będą wchodziły w system publicznego finansowania.

W poszukiwaniu utraconego zaufania

W postulatach pracodawców wspomniano także o wartościach i postawach etycznych, których nie powinno zabraknąć w procesie kształcenia lekarzy. Wzrost zaufania ważny jest także przy podnoszeniu bezpieczeństwa terapii, z czym wiąże się m.in. zgłaszanie zdarzeń medycznych i dzielenie się doświadczeniami w tym zakresie.

Wśród propozycji pracodawców znalazło się stwierdzenie, że należy udostępnić lekarzom *„niepenalizujące środowisko prawne i organizacyjne promujące dzielenie się doświadczeniami”*. Pracodawcy apelują także, aby odbudować zaufanie do zawodów medycznych i systemu opieki zdrowotnej, którego potrzebują wszystkie strony zaangażowane w ochronę zdrowia.

Krzysztof JAKUBIAK

(przedruk z „Pulsu Medycyny” nr 16/16)

XII FORUM RYNKU ZDROWIA: SŁUŻBA CZY OCHRONA ZDROWIA?

Większość pracowników medycznych, pomimo zbyt małych uposażeń w relacji do kompetencji i odpowiedzialności, ma poczucie misji, zatem służba zdrowia powinna stanowić połączenie owej misji z wysoką jakością leczenia – mówił Konstanty Radziwiłł podczas sesji inauguracyjnej XII Forum Rynku Zdrowia, „Służba zdrowia czy ochrona zdrowia – znacznie więcej niż spór o słowa”.

Aby ta jakość została zapewniona, niezbędna jest naturalnie rzetelna wycena świadczeń – stwierdził minister zdrowia. – Ustawa o jakości i bezpieczeństwie jest obecnie przygotowywana – dodał.

Spór o powrót do PRL-u

Minister odniósł się również do kwestii finansowania szpitali na zasadzie ryczałtu podkreślając, że słyszy wiele opinii porównujących to rozwiązanie do powrotu do PRL-u.

– Moim zdaniem zdrowie nie jest jednak takim samym towarem jak każdy inny, podobnie jak rynek usług medycznych nie jest takim samym rynkiem jak inne. Przykłady wielu rozwiniętych krajów pokazują, że jest to tam doskonale rozumiane. Jeśli zyski pochodzące z działalności medycznej są wysoko opodatkowane, oznacza to, że zdrowie traktowane jest w sposób szczególny. Pamiętajmy również, że ponieważ ochrona zdrowia w Polsce finansowana jest ze składek na ubezpieczenie zdrowotne, to powinna być traktowana jako służba – ocenił.

Konstanty Radziwiłł przypomniał, że w ciągu ostatnich jedenastu miesięcy resort zdrowia przeprowadził wiele zmian w tym kierunku.

– To chociażby ustawa hamująca komercjalizację i prywatyzację, która już weszła w życie, ale także IOWISZ, ustawa o sieci szpitali, kwestia upowszechnienia dostępu do służby zdrowia bez podziału na uprawnionych i nieuprawnionych do korzystania ze świadczeń, czy zespoły pracujące nad uaktualnieniem i urealnieniem koszyka świadczeń gwarantowanych – wymieniał minister.

– Naturalnie istnieje konieczność podniesienia nakładów na ochronę zdrowia. Ich systematyczny wzrost zacznie się od roku 2018 i już wtedy istnieje realna perspektywa zwiększenia środków na ten cel o 8 mld zł – dodał.

Radziwiłł zauważył ponadto, że nie twierdzi, iż wszystko, czego dokonali jego poprzednicy, było złe i należy się od tego odciąć.

– Przykładem niech będzie pakiet onkologiczny. Nie likwidujemy go, tylko naprawiamy – stwierdził szef resortu zdrowia.

Beata Małecka-Libera, posłanka PO, zastępcza przewodniczącego sejmowej Komisji Zdrowia argumentowała z kolei, że zmiany w systemie ochrony zdrowia powinny przebiegać ewolucyjnie, nie rewolucyjnie.

– To, co robi minister Radziwiłł, stanowi jednak wywrócenie rzeczywistości do góry nogami i cofa nas do prehistorii. Od lat zmagamy się z realiami siermiężnej służby zdrowia i dopiero ostatnie lata zmieniły tę optykę. Pytanie, gdzie znajdziemy się po wdrożeniu zapowiadanych zmian – mówiła Małecka-Libera.

Potrzebujemy porozumienia

– Uważam także, iż minister zbyt koncentruje się na misji przywrócenia służby zdrowia, gdy tymczasem jego najważniejszym zadaniem jest podniesienie zdrowotności polskiego społeczeństwa – zauważyła posłanka Platformy.

W ocenie Tomasza Latosa, posła PiS, zastępcy przewodniczącego sejmowej Komisji Zdrowia, do systemu ochrony zdrowia zbyt mocno wchodzi polityka.

– Jedni uważają, że wyłącznie oni mają receptę na właściwe zmiany, inni te zmiany kontestują. To nas do niczego nie doprowadzi. Wyłącznie dialog i ponadpartyjne porozumienie umożliwi nam stworzenie trwałego, wartościowego systemu, który będzie mógł podlegać wspomnianej już ewolucji – przekonywał poseł Latos.

Zofia Małas, prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych apelowała o zrozumienie dla pielęgniarek, które walczą o większe uposażenia.

– Patrząc z perspektywy tego zawodu nie sposób się nie zgodzić, że praca pielęgniarki jest służbą. Ale każda misja, także i ta, kosztuje – mówiła prezes NRPiP.

– Jeżeli spojrzymy z kolei na system jak na ochronę zdrowia, to ciężar odpowiedzialności za zdrowie należy przenieść na każdego obywatela, który musi być świadomy co jest dla jego zdrowia dobre i co ma robić, aby zachować je jak najdłużej. Tutaj niezbędna jest edukacja – zauważyła Zofia Małas.

Anna Rulkiewicz, prezes zarządu Lux Med Sp. z o.o. oraz prezes zarządu Pracodawcy Medycyny Prywatnej wskazywała, że ona także traktuje tę działalność w sposób misyjny, a placówka ochrony zdrowia nie jest – jej zdaniem – typowym przedsiębiorstwem.

– Zgadzam się jednakże z uwagą, że odpowiedzialność za zdrowie musi przyjąć na siebie każdy z nas. Państwo nie będzie w stanie podołać temu zadaniu w stosunku do 38 mln obywateli. Po prostu go na to nie stać – mówiła.

Zysk to nic złego

– Jeśli natomiast chodzi o reformy, które planowane są obecnie w ochronie zdrowia, nie ma co ukrywać, że wszyscy, którzy działają w sektorze prywatnym, są pełni obaw. Po latach inwestowania w placówki i rozwijania zakresu usług medycznych nie bardzo wiemy co nas czeka. Trudno nie odnieść wrażenia, że zmiany, o których słyszymy, mocno preferują jednak sektor publiczny. Mamy nadzieję, że ostatecznie okażą się one rozsądne i wyważone na tyle, by nie zburzyć naszego dorobku ostatnich 25 lat – zaznaczyła Anna Rulkiewicz.

Odniosła się również do kwestii zysku w ochronie zdrowia.

– Jeśli regulator jasno określi zasady, nie ma w nim nic złego, daje nam bowiem możliwość dalszego inwestowania – wyjaśniła.

Romuald Krajewski, wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej zauważył natomiast, że w środowisku lekarskim opinie dotyczące ochrony zdrowia i służby zdrowia są zróżnicowane.

– W mojej ocenie służba zdrowia nie będzie panaceum na rozwiązanie problemów ochrony zdrowia: zapotrzebowanie na świadczenia nie zostanie w pełni zaspokojone. Chodzi jedynie o to, aby nowy system, który ma powstać po zmianach, był jak najbardziej zbliżony do naszych realiów – podkreślił Romuald Krajewski.

– System ochrony zdrowia musi istnieć, ale chodzi o to, aby służba zdrowia stała się sposobem na funkcjonowanie w nim pracowników medycznych i wszystkich, którzy wiążą z nim swoją działalność, np. dostawców – precyzował minister Radziwiłł.

– Jeżeli chodzi o ewolucję systemu, pełna zgoda, ale pod warunkiem, że pojęcie ewolucji nie jest rozumiane jako trwanie, a jako rozsądne zmiany, bo na pozostawienie wszystkiego tak jak jest nie możemy się zgodzić – podkreślił szef resortu zdrowia.

Sesja zakończyła się głosowaniem wśród obecnych na sali uczestników tego wydarzenia. 45% opowiedziało się za używaniem określenia „ochrona zdrowia”, 13% było zwolennikami „służby zdrowia”, ponad 41% uznało, że obu określeń można używać zamiennie.

(przedruk za „Rynkiem Zdrowia”, 26 października 2016)

POSPOLITE RUSZENIE WŚRÓD PRACOWNIKÓW MEDYCZNYCH

Porozumienie Zawodów Medycznych zbiera podpisy pod obywatelskim projektem ustawy gwarantującej określone minimalne płace dla pracowników ochrony zdrowia.

W odpowiedzi na krytykowany przez wszystkich ministerialny projekt ustawy o wynagrodzeniu minimalnym Porozumienie Zawodów Medycznych przygotowało własny. – Sklasyfikowaliśmy zawody tak, by była pewna ich równość. Powiedzieliśmy, że wszystkie zawody medyczne, poza lekarzem, startowe mają półtorej średniej krajowej do maksymalnie dwóch. Natomiast lekarze zaczynają od dwóch średnich, a kończą na trzech. Każdy zawód medyczny ma trzy grupy. Wtedy współczynnik jest 1,5, 1,75 oraz 2,0. Natomiast u lekarzy 2,0 2,5 oraz 3,0. Wszystko to zależy od tego czy ktoś ma średnie czy wyższe wykształcenie i czy posiada jeszcze specjalizację – mówi przewodniczący Krajowego Związku Zawodowego Pracowników Ratownictwa Medycznego Roman Badach-Rogowski. – Oprócz tego w projekcie są zapisy np. że dochodzenie do ustalonej stawki wynagrodzenia nastąpi w ciągu trzech lat, czyli w trakcie trwania tego rządu. Poza tym mamy inną gradację, jeśli chodzi o zawody medyczne i stawka wynagrodzenia zasadniczego liczona jest, biorąc pod uwagę aktualne prze-

ciętne wynagrodzenie w gospodarce narodowej. Całość jest podobna, bo przecież chodzi o to samo. Różnica jest w tempie dochodzenia i wysokości płac – dodaje Roman Badach-Rogowski.

– Ustawą ujęliśmy wszystkie podmioty wchodzące w PZM, niezależnie od tego czy reguluje je odrębna ustawa, a także wydzieliliśmy „inne zawody medyczne”, tak, aby ich płaca również była godna – tj. od 0,75 średniej krajowej (ok. 3000 zł brutto) dla osób z wykształceniem zawodowym lub niższym, 1 średnia dla osób z wykształceniem średnim (ok. 4200 zł brutto) oraz 1,25 średniej (ok. 5000 zł brutto) dla osób z wyższym wykształceniem. Uważamy, że każdy pracownik wykonujący zawód medyczny powinien być objęty ustawą. Legislatorzy, za czym idzie MZ i Rząd ograniczyli się do 5 zawodów – przy czym jest oczywista – nie chcą wydawać pieniędzy, nie mają zgody politycznej na uregulowanie tego w sposób przejrzysty. A to ich błąd. Przecież 1,5 mln pracowników ochrony zdrowia, największego sektora branżowego, plus ich rodziny, to z 5 mln potencjalnych wyborców. Oni dalej tego nie rozumieją, nawet w czysto populistycznym i korzystnym dla siebie ujęciu – piszą przedstawiciele PZM na FB.

Potrzeba co najmniej 100 tysięcy podpisów.

(przedruk za FB/Medexpress)

	Grupy zawodowe		Współczynnik pracy
Pracownicy wykonujący zawody medyczne	Lekarze i lekarze dentyści	Lekarz, lekarz dentysta bez specjalizacji, w tym lekarz rezydent	2
		Lekarz, lekarz dentysta ze specjalizacją	3
	Pielęgniarki i położne	Pielęgniarka i położna bez specjalizacji	1,5
		Pielęgniarka i położna ze specjalizacją	1,75
		Pielęgniarka i położna z tytułem magistra oraz ze specjalizacją	2
	Fizjoterapeuci	Technik/licencjat fizjoterapii	1,5
		Magister fizjoterapii	1,75
		Specjalista w dziedzinie fizjoterapii	2
	Farmaceuci	Magister farmacji bez specjalizacji	1,75
		Magister farmacji ze specjalizacją	2
	Ratownicy medyczni	Ratownik medyczny	1,5
		Starszy ratownik medyczny ze średnim wykształceniem (po 5 latach pracy)	1,75
		Ratownik medyczny z wykształceniem wyższym po 5 latach pracy (asystent ratownictwa medycznego)	2



– Gwarantuję ciekawe wykłady i dobre informacje, interesującą dyskusję oraz ogrom wiedzy i możliwość jej sprawdzenia – mówi dr hab. Piotr Leszczyński, prof. UMP, przewodniczący Komitetu Naukowego konferencji **Zdrowe Kości**. Podczas wydarzenia najlepsi specjaliści w dziedzinie chorób metabolicznych kości i osteoporozy z całej Polski podzielą się swoją wiedzą. Uczestnicy otrzymają punkty edukacyjne.

W poprzedniej edycji po raz pierwszy konferencji towarzyszyła interaktywna debata, w której wzięli udział eksperci chorób metabolicznych kości i osteoporozy. Tematem tej dyskusji były dwa odmienne leki pierwszego rzutu. Na końcu to uczestnicy konferencji zdecydowali w głosowaniu, który z leków jest najlepszym wyborem w codziennej praktyce. **UWAGA: PROMOCJA! Do 31 stycznia obowiązuje niższa opłata rejestracyjna!**

Termin: 3–4 marca 2017 r.

Miejsce: Poznań, IBB Andersia Hotel, pl. Andersa 3

Kierownik naukowy: dr hab. Piotr Leszczyński, prof. UMP

Organizator: Wydawnictwo Termedia

Partnerstwo merytoryczne i nadzór naukowy: Sekcja Chorób Metabolicznych Kości i Osteoporozy Polskiego Towarzystwa Reumatologicznego, Katedra Reumatologii i Rehabilitacji Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Oddział Reumatologii i Osteoporozy Szpitala im. J. Strusia w Poznaniu

Patronat Honorowy: Fundacja JaTyMy

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



Podczas przyszlusorocznej konferencji **Trendy w reumatologii** zaprezentujemy najnowsze osiągnięcia z dziedziny reumatologii, które opisywano w renomowanych czasopismach naukowych w 2016 roku. Z wiedzy tej z pewnością skorzystają nie tylko lekarze zajmujący się na co dzień chorobami układu kostno-stawowego, lecz także lekarze innych specjalności. Do 19 stycznia obowiązują promocyjne opłaty!

Termin: 30–31 marca 2017 r.

Miejsce: Wrocław, Hotel IBIS STYLES, ul. Plac Konstytucji 3 Maja 3

Kierownik naukowy: prof. dr hab. Piotr Wiland

Organizator: Wydawnictwo Termedia

Partnerstwo merytoryczne i nadzór naukowy: Katedra i Klinika Reumatologii i Chorób Wewnętrznych Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu oraz Oddział Dolnośląski Polskiego Towarzystwa Reumatologicznego

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

„PRZYCHODZI WENA DO LEKARZA”

Do 5 marca 2017 r. można przesyłać prace na Ogólnopolski Konkurs Literacki im. prof. Andrzeja Szczeklika „Przychodzi wena do lekarza”. Prace można nadsyłać na adres: wena@mp.pl. Uroczysta Gala wręczenia nagród odbędzie się 25 maja 2017 r. w Teatrze im J. Słowackiego w Krakowie. Szczegółowe informacje o konkursie na stronie: www.mp.pl/wena.

W konkursie może wziąć udział każda osoba mająca tytuł lekarza lub lekarza dentystry. Prace konkursowe przyjmowane są

w trzech kategoriach: poezja, proza non-fiction oraz opowieść pacjenta – opowieść lekarza. W jury zasiadają: Anna Dymna, Ewa Lipska, Maria Szczeklika, Bronisław Maj, Waldemar Hładki, Jarosław Wanecki i Adam Zagajewski.

Ogólnopolski Konkurs Literacki „Przychodzi wena do lekarza” został ogłoszony z inicjatywy profesora Andrzeja Szczeklika we wrześniu 2011 roku. Po śmierci Profesora, która nastąpiła przed ogłoszeniem wyników pierwszej edycji, konkursowi nadano Jego imię. Organizatorem Konkursu, a także Gali wręczenia nagród laureatom, jest wydawnictwo Medycyna Praktyczna. Ideą Konkursu jest zwrócenie uwagi, poprzez twórczość literacką, na szczególną wrażliwość, jaka musi cechować dobrego lekarza, by potrafił właściwie odczytywać potrzeby Chorego. Co roku w konkursie bierze udział kilkuset lekarzy z całej Polski.

Z pozdrowieniami,

Anka Wierchowska-Woźniak

WYDZIAŁ LEKARSKI AM W BIAŁYMSTOKU Z ROKU 2002 ORAZ KOLEŻANKI I KOLEDZY STUDIUJĄCY W LATACH 1996 – 2002

Spotkanie koleżeńskie z okazji XV rocznicy ukończenia studiów odbędzie się 23 września 2017 r. w hotelu „3trio” (<http://www.hotel3trio.pl/>). Informacje: Sylwia Marcinkiewicz-Rybołowicz (kom. 606-157-526, sylamarcinkiewicz@wp.pl, www.facebook.pl; Sylwia Marcinkiewicz-Rybołowicz lub UMB zjazd).

Opłata uczestnika zjazdu 250 zł. Promocja dla par małżeńskich / związków partnerskich – za dwie osoby 450 zł. Wpłaty do dn. 15.07.2017 r. na konto S. Marcinkiewicz-Rybołowicz PKO BP – 77-1020-1332-0000-1602-0141-7237, koniecznie z dopiskiem „ZJAZD” oraz podaniem nazwiska (kobiety w nawiasie nazwisko panieńskie). Noclegi w hotelu „3trio” – rezerwacja indywidualna (na hasło 15-lecie studiów otrzymacie zniżkę).

Impreza w hotelu od godz. 20:00. Chcielibyśmy rozpocząć oficjalnie – AULA w Pałacu Branickich godz. 12 (obecność obowiązkowa, będą pamiątkowe zdjęcia).

Koleżanki i Koledzy, nawet jeśli sami nie będziecie uczestniczyć w spotkaniu, przekażcie proszę tę informację potencjalnie zainteresowanym.

Poszukujemy lekarza w trakcie bądź z ukończoną specjalizacją z medycyny rodzinnej lub chorób wewnętrznych. Praca w Krapkowicach (woj. opolskie, pow. krapkowicki) w poradni Podstawowej Opieki Zdrowotnej. Placówki **SAMED** cechuje przede wszystkim wykwalifikowany personel, panującą w przychodni przyjazna atmosfera oraz najwyższa jakość obsługi klienta. Wszelkie pytania oraz oferty prosimy kierować na: m.klement@samed.pl lub pod numer 502-505-761.

SP ZOZ Kędzierzyn-Koźle zatrudni lekarzy specjalistów:

- w dziedzinie **pediatrii** w Oddziale Pediatrii i Poradni Patologii Noworodka w wymiarze 2 etatów;
- w dziedzinie **neonatologii** w Oddziale Neonatologii i Poradni Patologii w wymiarze 1 etatu;
- w dziedzinie **laryngologii** w Poradni Laryngologicznej w wymiarze 1 etatu;
- w dziedzinie **chirurgii ogólnej** w Oddziale Chirurgii Ogólnej w wymiarze 1 etatu (umowa o pracę lub kontrakt) oraz w zakresie pełnienia dyżurów (kontrakt).

Kontakt: 77/406-25-55.

Poszukujemy kandydatów na stanowisko: **lekarza – specjalisty Chirurgii Ogólnej oraz lekarza – specjalisty Położnictwa i Ginekologii**. Zainteresowanych prosimy o składanie dokumentów w siedzibie **Prudnickiego Centrum Medycznego**,

ul. Szpitalna 14, 48-200 Prudnik. Szczegółowe informacje – tel. (77)4067890, e-mail: pcm@pcm.prudnik.pl. Prezes Wiesława Gajewska, tel. 572-905-991.

* * *

Zatrudnię lekarza dentystę w prywatnym, nowoczesnym gabinecie stomatologicznym. Zapewniam pełną bazę pacjentów. Zainteresowanych proszę o kontakt pod numerem telefonu: 664-081-444.

* * *

Centrum Stomatologii MADEJDENT zatrudni lub nawiąże współpracę z Lekarzem Dentystą. Oferujemy:

- Nowoczesne zaplecze lokalowe i sprzętowe;
- trzy w pełni wyposażone gabinety stomatologiczne
- rejestrację pacjentów
- pracownię RTG PANO CEFALO na miejscu
- komfortowe zaplecze socjalne
- Wykwalifikowany personel pomocniczy
- dyplomowane asystentki stomatologiczne
- dyplomowane higienistki stomatologiczne
- profesjonalna rejestracja pacjentów
- menedżer
- Współprace z zespołem medycznym MADEJDENT
- lekarze protetycy
- lekarze chirurgii stomatologicznej
- lekarz chirurg – implantolog
- Bazę około 10 000 pacjentów
- Elastycznie dopasowane godziny pracy
- Atrakcyjne warunki finansowe

Więcej informacji udzieli nasz Menedżer Łukasz Madej, tel.: 607-912-055, email: lukasz.madej@madejdent.pl. www.madej-dent.pl – zakładka „Praca”

* * *

Centrum Stomatologii MADEJDENT zatrudni lub nawiąże współpracę z Lekarzem Ortodontą. Oferujemy:
Nowoczesne zaplecze lokalowe i sprzętowe:

- trzy w pełni wyposażone gabinety stomatologiczne
- rejestrację pacjentów
- pracownię RTG PANO CEFALO na miejscu
- komfortowe zaplecze socjalne
- Wykwalifikowany personel pomocniczy
- dyplomowane asystentki stomatologiczne
- dyplomowane higienistki stomatologiczne
- profesjonalna rejestracja pacjentów
- menedżer
- Współpracę z zespołem medycznym MADEJDENT
- lekarze protetycy
- lekarze chirurgii stomatologicznej
- lekarz chirurg – implantolog
- Bazę około 10 000 pacjentów
- Elastycznie dopasowane godziny pracy
- Atrakcyjne warunki finansowe

Więcej informacji udzieli nasz Menedżer Łukasz Madej, tel.: 607-912-055, email: lukasz.madej@madejdent.pl. www.madej-dent.pl – zakładka „Praca”

* * *

OPOLSKA IZBA LEKARSKA

Biuro: tel. 77/454-59-39, fax 77/454-67-09, opole@hipokrates.org

czynne: poniedziałek, wtorek, czwartek 7:30 – 15:30; środa 7:30 – 16:00; piątek 7:30 – 15:00

Rejestr Lekarzy: opole.rejestr@hipokrates.org

Praktyki Prywatne: opole.praktyki@hipokrates.org

Składki: opole.skladki@hipokrates.org

Administracja Biura Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej: tel. 77/453-75-72; opole.rzecznik@hipokrates.org

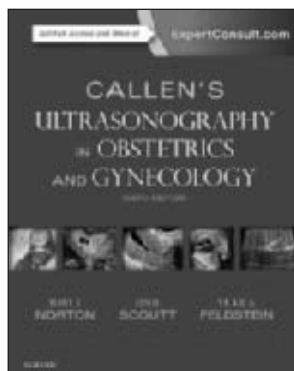
Administracja Biura Okręgowego Sądu Lekarskiego: tel. 77/454-85-75; opole.sad@hipokrates.org

W miejscowości Bębło powiat krakowski (bezpośrednio przy trasie nr 94 Olkusz-Kraków)

sprzedam teren budowlany

o powierzchni 0,8252 ha idealny **pod DOM SENIORA** – opieki osób starszych. Od strony drogi na działce znajduje się budynek murowany z poddaszem użytkowym o powierzchni 250 m² i wolnostojący garaż na 2 pojazdy. Teren jest częściowo ogrodzony i w pełni uzbrojony w gaz, prąd, wodę i kanalizację. Tylna część posesji (3 działki budowlane 52,5 ara) gotowa jest pod inwestycje z dodatkowym dojazdem od tyłu. Teren nasłoneczniony – krajobrazowo-wypoczynkowo-turystyczny opodal Ojcowskiego Parku Narodowego.

Kontakt tel. 732-827-740.

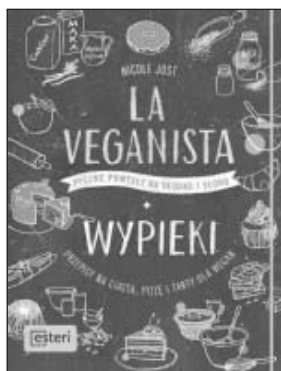


Callen's Ultrasonography in Obstetrics and Gynecology; M.E. Norton; wyd. VI; rok wydania: 2016 ISBN: 9780323328340, format: 276 x 216, opr. twarda, 1272 strony, cena: 423.90 zł

Get outstanding guidance from the world's most trusted reference on OB/GYN ultrasound. Now brought to you by lead editor Dr. Mary Norton, **Callen's Ultrasonography in Obstetrics and Gynecology** has been completely and exhaustively updated by a team of obstetric, gynecologic, and radiology experts to reflect the most recent advances in the field. It addresses the shift in today's practice to a collaborative effort among radiologists, perinatologists, and OB/GYNs, with new emphasis placed on genetics and clinical management. This must-have resource covers virtually all aspects of fetal, obstetric and gynecologic ultrasound – from the common to the rare – in one essential clinical reference, allowing you to practice with absolute confidence.

Key Features:

- Highly templated, full-color format allows you to locate information more quickly.
- Full-color medical illustrations present key anatomic details in a clear manner.
- Thousands of digital-quality images depict the complete range of normal and abnormal imaging presentations.



La Veganista. Wypieki

N. Just; 2016; ISBN: 978-83-65373-70-0, format: 187 x 247, twarda, 192 strony, cena: 43.20 zł (108 EUP pkt)

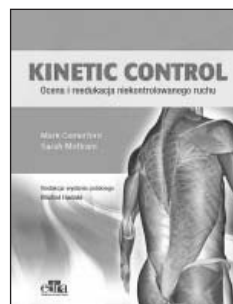
Pieczenie bez jajek i mleka – La Veganista (Nicole Just) zebrała w swojej książce ponad 90 wegańskich przepisów na ciasta. Wegańskie muffinki, pyszny placek lub wegańskie torty z kremem – każda miłośniczka pieczenia znajdzie tu z pewnością swój ulubiony przepis.

Czy wiecie, że La Veganista nie tylko pysznie gotuje, ale też piecze? W swojej nowej książce udowadnia, że wegańska kuchnia nie oznacza rezygnacji z radości jedzenia. Bez dodatku jajek, mleka i masła możesz bowiem wyczarować naprawdę coś wyjątkowego.

Dzięki odpowiedniej zamianie składników powstaną rozprawające się w ustach ciasta czekoladowe, sycące torty z kremem, kolorowe cake pops czy chrupiące bułeczki. Wszystko to przygotujesz bez zbędnej gonitwy za wyszukаныmi składnikami, bo La Veganista jak zwykle podaje nieskomplikowane i łatwe do przygotowania przepisy.

Produkty pochodzenia zwierzęcego możesz zastąpić zwykłymi wegańskimi składnikami dostępnymi w sklepach ze zdrową żywnością lub w supermarketach.

La Veganista gwarantuje, że każde ciasto według jej przepisu się uda i będzie po prostu pyszne. Obiecuję też, że nikt nie będzie już tęsknił za słodyczami z dodatkiem produktów pochodzenia zwierzęcego.



Kinetic Control. Ocena i reedukacja niekontrolowanego ruchu; M. Comerford, S. Mottram; red. M. Hadała; rok wydania: 2016; ISBN: 978-83-65625-18-2, format: 220 x 280, opr. broszurowa, 541 str. cena: 178.20 zł (396 EUP pkt)

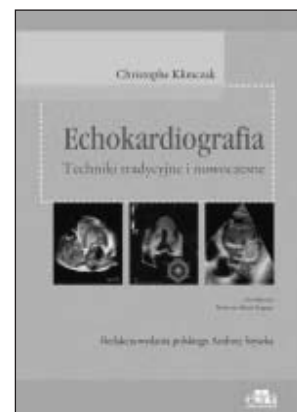
Umiejętność oceny niekontrolowanego ruchu oraz przywracania kontroli ruchu należy do kluczowych kwalifikacji wszystkich zajmujących się leczeniem bólu mięśniowo-szkieletowego, rehabilitacją, profilaktyką urazów, a także promocją zdrowia, medycyną sportową i medycyną pracy.

Niniejszy podręcznik, oparty na wynikach najnowszych badań, pozwoli czytelnikom:

- rozwinąć umiejętności kliniczne w zakresie oceny niekontrolowanego ruchu oraz przywracania kontroli ruchu;
- wypracować warsztat diagnostyczny, który ułatwi określanie dysfunkcji, tkanek wrażliwych na ból i mechanizmów bólu;
- korzystać z testów kontroli ruchu w diagnostyce niekontrolowanego ruchu.

W książce przedstawiono zagadnienia dotyczące dysfunkcji w zakresie kontroli ruchu, w tym unikatowe narzędzie klasyfikacji i oceny Kinetic Control. Zawiera ona też bezcenne wskazówki na temat postępowania krok po kroku w zaburzeniach motoryki w obrębie kręgosłupa, a także stawów ramiennych i biodrowych.

Podręcznik ten, oparty na 25-letnim doświadczeniu autorów, stanowi cenne źródło wiedzy dla każdego klinicysty, który chce poszerzyć swoje kompetencje w zakresie leczenia zaburzeń mięśniowo-szkieletowych.



Echokardiografia. Techniki tradycyjne i nowoczesne; C. Klimczak; red. A. Szyszka; rok wydania: 2016; ISBN: 978-83-65625-10-6, format: 165 x 235, opr. broszurowa, 326 str. cena: 89.10 zł (198 EUP pkt)

Ultrasonografia kardiologiczna, zwana echokardiografią, zajmuje dzisiaj czołowe miejsce w diagnostyce kardiologicznej. Za pomocą tej techniki można zwizualizować w czasie rzeczywistym struktury serca w cyklu sercowym.

Do codziennej praktyki zostały wdrożone z sukcesem nowe techniki (3D, kontrast, speckle tracking...), co świadczy o tym, że echokardiografia jest techniką żywą i rewolucjonizującą podejście do pacjenta.

Ogrom informacji, których dostarczają nowe techniki, jest dość trudny do interpretacji, zwłaszcza w codziennej rutynowej praktyce. Ta książka ma umożliwić ich syntezę oraz ułatwić zrozumienie i zapoznanie się z metodologią.

Dr Christophe Klimczak

W książce poruszonych jest wiele aspektów dydaktycznych i omówionych zastosowań klinicznych; znakomicie scala ona nowości techniczne i wykorzystanie w diagnostyce kardiologicznej oraz uwzględnia ich znaczenie prognostyczne.

Profesor Albert Hagège
Kierownik Oddziału Kardiologii
Szpital Europejski im. Georges'a
Pompidou, Paryż
Prezes Francuskiego Towarzystwa
Kardiologicznego

TECHNO-DENT

Niewiora Marcin

Naprawa, Sprzedaż Sprzętu

Medycznego

47-325 Kamień Śląski

Ul. Bronisławy 5

Tel. Kom 604 655 982, www.technodent.info

Chirana Cheese Easy
Cena: 42 000 pln



Autoryzowany przedstawiciel

Stern Weber Polska

Chirana Medical

Melag



Stern Weber s200

Cena: 56 000 pln

- Sprzedaż
- Montaż
- Serwis
- Przeglądy techniczne



Zestaw radiowizjografii Myray

Cena: 22 000 pln



Autoklawy MELAG

Cena od 14 000 pln

„Przychodzi wena do lekarza”

Ogólnopolski Konkurs Literacki
im. Profesora Andrzeja Szczeklika

Edycja VI



Jury: Anna Dymna, Waldemar Hładki, Ewa Lipska, Bronisław Maj,
Maria Szczekliki, Jarosław Wanecki, Adam Zagajewski

- W konkursie może wziąć udział każda osoba mająca tytuł lekarza lub lekarza dentysty.
- Prace konkursowe będą przyjmowane w 3 kategoriach:
Poezja
Proza *non-fiction*
Opowieść pacjenta – opowieść lekarza
- Termin nadsyłania prac konkursowych do 5 marca 2017 roku pocztą elektroniczną pod adresem **wena@mp.pl**
- Prosimy o zapoznanie się z regulaminem konkursu dostępnym na stronie internetowej: **www.mp.pl/wena**

Informacji udziela:

Anna Wierzchowska-Woźniak

Medycyna Praktyczna, ul. Gazowa 14A, Budynek C

31-060 Kraków, tel. 12 293 42 68

e-mail: **wena@mp.pl**

