



OPOLSKA  
IZBA  
LEKARSKA

Rok Założenia 1990

Sierpień-Wrzesień 2016

ISSN 1426-661X

# BIULETYN INFORMACYJNY

Nr 238-239

## OPOLSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

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



### GRATULUJEMY!

# GWIAZDKA Z NIEBA

Natura żyje tu z namalowanymi postaciami: podmywa ich stopy, przysłania brudnym błękitem i próbuje uwięzić na skrawku suchej ziemi. Na obrazie słońce jeszcze nie wzeszło, zza chmur wylania się dopiero gwiazda zaranna; jej zimne światło oddziela morze od nieba, rysuje linię widnokręgu, rozcina jednolitą noc i łącząc się z blaskiem dogasającego ogniska, wyostża kontury ludzi, którzy zerwali się o czwartej rano i przybiegli na brzeg. Pobłąski kładą się na policzkach chłopców i wydobywają z mroku zarysy kobiet, wystrojonych w powłóczyście szaty zapożyczone z jakiegoś mitu.

Panuje tu cisza, nie docierają hałasy z miasta, bo klaksony i gwizdki omijają ten zakątek świata. Ryby pluszczą, mewy unoszą się na wodzie, a wiatr puszcza bańki z morskiej piany. Zapachy też są łagodne i kojące, przypominają o nimfach, syrenach i grotach pełnych muszli z perłami. To chyba wybrzeże wyspy Lesbos, wslawionej przed tysiącem lat pieśniami Safony.

Malarz umyślnie nie wpłatał skomplikowanego krajobrazu (morze jest lekko zmarszczone, skały niegroźne, jakby ich przeznaczeniem było to, aby przycupnął tam wędkarz i pilnował pławika). Autor pozwolił widzowi skupić się na osobach. Można by mu wypomnieć romantyczne gesty, ale pewnie odburknie z dalszej okolicy: Ciekawe, jak miałem podkreślić sylwetki?! Myślisz, że nieskazitelne nie potrzebuje pozy? To tylko pozór.

Na twarzach wędrowców odbija się nadzieja, zaznacza się na nich podziw i smutek. W jakimkolwiek okresie życia Franciszek Żmurko (1859–1910) wziąłby pędzel do ręki, zawsze był to czas niepokoju i zamętu. A w takich chwila-

ch w umysłach artystów powstają obrazy ludzi żyjących w szczęściu i bezpieczeństwie, sztuka odzwierciedla wtedy tęsknotę za sielanką. Ludzie z sielanki żyją po prostu, bez pośpiechu, pielęgnują łagodność, spełniają dobre uczynki, nie poskramiają natury, ale spokojnie z nią obcuje. Sadzą hortensje i piwonie, wybierają łacińskie imiona zwierzętom, dzielą je na klasy, rzędy, rodzaje i gatunki.

Obraz z opolskiego muzeum przypomina trochę szkatułkę ze skarbami, bo autor postąpił jak poeta, który składa swój poemat z różnych strof (uważając, żeby się nie otrzeć o plagiat). Porusza się rozważnie i ostrożnie, łowi zestawienia wyrazów, podsłuchuje melodię słów, wystukuje rytm, podpatruje szyk, by zbudować własną opowieść. Oglądający dostrzeże tu echo malarstwa prerafaELITÓW: rudzielec w prawym dolnym rogu przypomina Lizzy Siddal – mużę Gabriela Rossattiego, po lewej wzdycha „Aurora” Artura Hughesa, a czarnula z odsłoniętym biustem przyszła chyba z płótna Johna Millaisa albo Williama Hunta. W każdym pociągnięciu pędzla wyczuwa się troskę o staranny dobór odcieni. Żmurko znał pomyłki swoich poprzedników i próbował je omijać. Nawet jeśli przeczuwał, że komponuje tylko blade odbicie tamtych dzieł, to przecież wierzył w swoją szczęśliwą gwiazdę. I nie mylił się, skoro Tadeusz Makowski pisał, że „u nas zbiera się Wywiórskich, Żmurków i innych podobnych”.

Agnieszka KANIA

„Gwiazdę zaranną” można oglądać w Muzeum Śląska Opolskiego.



## BIULETYN INFORMACYJNY OPOLSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

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

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

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

NAKŁAD: 2800 egz. ISSN 1426–661X



Kolejne dwa miesiące od naszego ostatniego kontaktu minęły bardzo szybko. Jesteśmy w środku wakacji większości z nas. A dookoła wiele się dzieje – i to zarówno w kraju, jak i poza nim. Niestety w większości nie są to wesołe i pogodne wieści. No ale zostawmy politykę politykom i wróćmy na nasze podwórko.

Macie przed sobą kolejny dwumiesięczny numer Biuletynu, a w nim piszę o kontynuacji dobrej passy naszych Kolegów. Oj rozsypał nam się szeroko worek odznaczeń w tym roku! Tym razem przybliżam Wam sylwetkę naszego Prezesa, który został ostatnio odznaczony Krzyżem Kawalerskim Orderu Odrodzenia Polski.



Koleżanki i Koledzy,

Gdy Konstanty Radziwiłł obejmował stanowisko Ministra Zdrowia całe nasze środowisko lekarskie wiązało z tym faktem duże nadzieje na zmiany, które ułatwią nam wykonywanie naszego zawodu. Wśród nich było oczekiwanie na odpowiednie regulacje płacowe, które wreszcie zrekompensują nakład pracy i uwzględnią odpowiedzialność, jaką ponosimy za zdrowie i życie naszych pacjentów.

Ministerstwo powołało zespół, który miał wypracować regulacje płacowe dla wszystkich fachowych pracowników ochrony zdrowia. Wiązało się to, między innymi, z ustaleniem odpowiedniej proporcji zarobków między poszczególnymi zawodami medycznymi. Niedawno wstępny projekt tych regulacji został przez Ministerstwo przedstawiony. I wielkie oczekiwania zamieniły się w wielkie rozczarowanie. Propozycje Ministerstwa są dalekie od propozycji, formułowanych przez Samorząd Lekarski od wielu lat (dwukrotność średniej krajowej dla lekarza bez specjalizacji, trzykrotność średniej krajowej dla lekarza specjalisty). Nadto dochodzenie do tych proponowanych kwot ma być rozłożone na lata.

## SPOTKANIE OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ W OPOLU

## OD REDAKCJI

W dalszej części znajdziecie relację z Mistrzostw Polski Lekarzy, informacje o kursach i materiały naszych stałych autorów: dr Agnieszki Kani i prof. Janusza Kubickiego.

W drugiej części zamieszczam materiały trochę (ale tylko trochę) lżejsze z biuletynów innych izb lekarskich, m. in. o leczeniu bólu, medycynie personalizowanej, herbacie, produktach „light” i rzecz o słynnym Wieniawie. Jest też tekst prawny o odstąpieniu od leczenia oraz krótki poradnik psychologii praktycznej.

W ostatniej części Biuletynu stałe rubryki: nowości wydawnicze i ogłoszenia. Życząc miłej i pouczającej lektury, żegnam się do października.

*Jerzy B. LACH*

## SZPALTA PREZESA

Niedawno miałem możliwość zapoznania się z organizacją systemu ochrony zdrowia w Finlandii. I po raz kolejny uzyskałem potwierdzenie, że polscy lekarze są w zasadzie cudotwórcami. Po pierwsze nakłady publiczne na ochronę zdrowia w Finlandii wynoszą 9,5% PKB, a u nas są w granicach 4,5%. Po drugie w Finlandii funkcjonuje współpłacenie przez pacjenta (płatne są pierwsze 3 wizyty w poz, pierwsza wizyta u specjalisty, koszty „hotelowe” i wyżywienie w szpitalu). Po trzecie – i tak są kolejki do lekarzy.

Nie wiem, kiedy nasi decydenci zrozumieją, że nakłady na ochronę zdrowia są zdecydowanie za małe, że współpłacenie ze strony pacjenta jest w Europie prawie powszechne, i że dalej tak się nie da!

W ubiegłym tygodniu skończyły się Mistrzostwa Europy w piłce nożnej. Większość meczów była bardzo wyrównana i zawodnicy do ostatnich minut walczyli o zmianę rezultatu. Wielu z nich pod koniec meczu było bardzo zmęczonych i – jak mówił jeden z komentatorów – „oddychało rękawami”. Niestety nasz system ochrony zdrowia już od pewnego czasu „oddycha rękawami”. Oby to jak najszybciej dotarło do świadomości naszych polityków.

*Jerzy JAKUBISZYN*

## CO SŁYCHAĆ W IZBIE

W dniu 22 czerwca 2016 r. odbyło się ostatnie przed wakacjami posiedzenie Okręgowej Rady Lekarskiej. Na początku prezes poprosił o wprowadzenie dodatkowego punktu, czyli 6A: Powołanie Komisji Kultury.



► **Obrady rozpoczęły się od bardzo milego akcentu. W siedzibie naszej Izby gościliśmy Wicewojewodę Opolskiego panią Wioletę Porowską, która w imieniu Prezydenta RP odznaczyła naszego Prezesa Krzyżem Kawalerskim Orderu Odrodzenia Polski. Serdecznie gratulujemy!!!**

#### **Przyznanie praw wykonywania zawodu**

Nie było nowych wniosków, Prezes przy okazji powrócił do sprawy lekarza A.B., który ponownie nie zgłosił się na posiedzenie komisji oceniającej stan jego zdrowia. Kol. Jakubiszyn poinformował też Radę o piśmie tego lekarza, w którym prosi on o przesunięcie terminu kolejnego posiedzenia na wrzesień br. z powodu swego złego stanu zdrowia. Komisja pod przewodnictwem kol. Kowarzyka rozpatrzy tę prośbę.

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

Do Izby zwrócił się Prezes Krapkowickiego Centrum Zdrowia z prośbą o przyznanie punktów edukacyjnych dla uczestników III konferencji szkoleniowej lekarzy neonatologów, która odbyła się w dn. 10 czerwca. Konferencja ta była połączona z obchodami 60-lecia funkcjonowania Oddziału Noworodkowego w Krapkowicach, stąd Prezes KCZ prosił również o wsparcie finansowe. Rada jednogłośnie przyznała 4,5 pkt. edukacyjnego Konferencji. Natomiast prośbę o dofinansowanie odrzucono

(4 członków Rady - za, 9 - przeciwnych i 4 wstrzymało się od głosu).

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

Wykreślono z rejestru jedną praktykę lekarską z powodu zgonu jej właściciela.

#### **Przyznanie świadczeń z Funduszu Samopomocy i dofinansowanie udziału w imprezach sportowych**

Z prośbą o wypłatę świadczenia z powodu bardzo podeszłego wieku i wielu przewlekłych chorób ogólnych do Funduszu Samopomocy wpłynęło pismo od dwójki lekarzy – w obu przypadkach świadczenia zostały przyznane.

Jedna osoba zwróciła się o pożyczkę szkoleniową w związku ze specjalizacją - przy 1 głosie wstrzymującym postanowiono pożyczkę przyznać.

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

Brak było wniosków.

#### **Podjęcie uchwał w sprawie zmiany wysokości składki członkowskiej**

O zwolnienie z opłacania składek członkowskich z powodu nie osiągnięcia przychodów zwróciła się do Izby jedna lekarka - uchwałę przyjęto jednogłośnie

#### **Powołanie Komisji Kultury**

Kol. Lach wnioskował utworzenie w naszej Izbie Komisji Kultury, do składu której zaproponował: Martę





Rodziewicz-Kabarowską, Małgorzatę Łuszczyńską-Ostrowską, Jerzego Lacha, Agnieszkę Kanię, Marka Kanię, Marka Błaszczyka oraz Jolantę Smerkowską-Mokrzycką. Uchwałę przyjęto jednogłośnie.

#### **Sprawozdanie z posiedzenia Naczelnej Rady Lekarskiej**

Prezes poinformował o najważniejszej sprawie, nad którą dyskutowano na ostatnim czerwcowym posiedzeniu NRL. Mianowicie w tajnym głosowaniu doszło do odwołania Wiceprezes NRL, lek. dent. Agnieszki Ruchały-Tyszler. Za odwołaniem głosowało 47 członków, przeciwnych było 12, a 2 się wstrzymało. Do czasu wyboru nowego wiceprezesa, czyli do posiedzenia NRL we wrześniu, funkcję tę pełnić będzie lek. dent. Andrzej Baszkowski.

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

Kol. Lach uczestniczył w spotkaniu redaktorów Biuletynów Informacyjnych Izb Okręgowych, które odbyło się w Olsztynie. Z kolei kol. Kowalik brał udział w spotkaniu Skarbników i Głównych Księgowych izb lekar-

skich, a kol. Hamryszak - w spotkaniu Dyrektorów i Sekretarzy izb.

#### **Sprawy różne i wolne wnioski**

Kol. Kowarzyk zaproponował, aby zawiesić funkcjonowanie uchwały o dofinansowaniu udziału członków Izby w wydarzeniach sportowych, ze względu na zwiększone obciążenia finansowe związane z potrzebą zaciągnięcia kredytu na remont siedziby Izby. Przy jednym głosie wstrzymującym postanowiono przyjąć zaproponowaną uchwałę.

Prezes poinformował o harmonogramie posiedzeń Prezydium i Rady w II półroczu. Biorąc pod uwagę plany urlopowe członków Rady wakacyjne posiedzenia zaplanowane zostały na 3.08.2016 (Prezydium) oraz 10.08.2016 (Rada).

Wobec wyczerpania porządku obrad, na tym posiedzenie zakończono.

Sekretarz ORL  
Lek. dent.  
Barbara HAMRYSZAK

Prezes ORL  
Dr n. med.  
Jerzy JAKUBISZYN

## **DR N. MED. JERZY JAKUBISZYN**

Dr n. med. Jerzy Jakubiszyn ukończył Wydział Lekarski Śląskiej Akademii Medycznej w Katowicach w 1978 r. Bezpośrednio po studiach rozpoczął pracę zawodową w Górniczym Zespole Opieki Zdrowotnej w swoim rodzinnym Bytomiu.

W początkach lat 80-tych zaangażował się w tworzenie Państwa Obywatelskiego, działając od samego początku w tzw. „Pierwszej Solidarności” w ochronie zdrowia. Pełniąc funkcję Przewodniczącego Komisji Zakładowej NSZZ „Solidarność” w ZOZ Górniczym w Bytomiu oraz Szefa Sekcji Ochrony Zdrowia w MKZ w Bytomiu, pomagał tworzyć ogniwa związku w innych jednostkach ochrony zdrowia na całym Górnym Śląsku.

W 1982 r. zdał egzamin na I stopień specjalizacji z laryngologii i w tym samym roku rozpoczął pracę jako asystent w Oddziale Laryngologicznym Wojewódzkiego Szpitala Zespólnego w Opolu. W 1987 r. zdobył II stopień specjalizacji z laryngologii, a w 1994 r. obronił pracę doktorską w Śląskiej Akademii Medycznej. W dwa lata później został zastępcą ordynatora, a w 2002 r. - ordynatorem Oddziału Laryngologicznego w Wojewódzkim Centrum Medycznym w Opolu. Pod jego kierunkiem kilkunastu lekarzy uzyskało specjalizację z otolaryngologii. W 2003 r. Wojewoda Opolski powołał go na funkcję Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie laryngologii, równocześnie od kilkadziesiąt lat orzeka jako biegły sądowy.

Do Samorządu Lekarskiego wszedł w 1993 r., gdy został wybrany na członka Okręgowej Rady Lekarskiej w Opolu, w której był członkiem Prezydium. Ze względu na swój duży autorytet w środowisku oraz przymioty swego charakteru, wielokrotnie pełnił rolę negocjatora Rady w najtrudniejszych spornych sprawach pojawiających się w środowisku i w trudnych rozmowach z decydentami o przyszłości ochrony zdrowia na Opolszczyźnie. Jego prostolinijność, bezkompromisowość i kompetencje przysporzyły mu szacunek Koleżanek i Kolegów oraz osób zajmujących kierownicze funkcje w administracji państwowej i samorządowej województwa opolskiego. To przyczyniło się do powierzenia mu w 1998 r. funkcji Prezesa Okręgowej Rady Lekarskiej w Opolu. Pełniąc funkcję Prezesa Izby, będąc jednocześnie członkiem Naczelnej Rady Lekarskiej, dał się poznać jako znakomity organizator i lider samorządowy. W kolejnej kadencji (2006-09) został wybrany ponownie na Prezesa OIL w Opolu i członka Naczelnej Rady Lekarskiej. Jako przedstawiciel Izby Lekarskiej w Opolu, był członkiem Regionalnego Komitetu Sterującego Województwa Opolskiego ds. Programu Restrukturyzacji w Ochronie Zdrowia, a w 2005 r. został członkiem Opolskiej Rady Zdrowia Publicznego. W kolejnej kadencji samorządu dr Jakubiszynowi powierzono funkcję Sekretarza Rady Okręgowej. Jednocześnie Krajowy Zjazd Lekarzy wybrał go po raz trzeci na członka Naczelnej Rady Lekarskiej i członka Krajowej Komisji Wyborczej. W 2009 r.

ponownie staje na czele Opolskiej Izby Lekarskiej i zostaje jej Prezesem, pełniąc tę rolę do chwili obecnej (już po raz drugi, drugą kadencję z rzędu!! Jednocześnie wolą wszystkich prezesów okręgowych izb lekarskich zostaje dwukrotnie wybrany na Przewodniczącego Konwentu Prezesów okręgowych izb lekarskich w Naczelnej Radzie Lekarskiej. Z ramienia NRL jest również członkiem Krajowej Komisji Egzaminacyjnej Centrum Egzaminów Medycznych w zakresie otolaryngologii oraz członkiem komisji akredytacyjnej, rozpatrującej wnioski podmiotów, które chcą prowadzić specjalizację z otorynolaryngologii.

W uznaniu swojego zaangażowania w pracy dla Samorządu Lekarskiego w 2008 r. zostaje uhonorowany najwyższym odznaczeniem Korporacji Lekarskiej „*Meritus pro Medicis*”, a w 2012 r. otrzymuje Honorowy Tytuł „*Prymariusza Opolskiego*” – najwyższe wyróżnienie Opolskiej Izby Lekarskiej

Dr Jakubiszyn działa aktywnie społecznie również poza Samorządem Zawodowym. *Czynnie uczestniczy w pracach Polskiego Towarzystwa Otolaryngologów, Chirurgów Głowy i Szyi. Już drugą kadencję jest Wiceprzewodniczącym Zarządu Oddziału Śląsko-Opolskiego, a od września 2014 także członkiem Zarządu Głównego Towarzystwa.* Od lat jest opiekunem medycznym Stowarzyszenia Laryngektomowanych w Opolu, udzielając porad medycznych, współorganizując spotkania i turnusy rehabilitacyjne dla pacjentów po tych okaleczających zabiegach, przyczyniając się tym samym do ich szybszego powrotu do zdrowia i aktywności zawodowej. *Jest współautorem, wydanej pod koniec 2014 roku, książki „Życie po laryngektomii”.*

## SPOTKANIE KOMISJI STOMATOLOGICZNEJ OIL W OPOLU

W dniu 20 czerwca br. w siedzibie OIL w Opolu odbyło się posiedzenie Komisji Stomatologicznej. Przewodnicząca dr J. Smerkowska-Mokrzycka powitała zebranych i przystąpiła do omawiania bieżących informacji.

- Przewodnicząca przypomniła, że przegląd techniczny kas fiskalnych w gabinetach powinien być wykonywany przez autoryzowany serwis nie rzadziej niż co 2 lata.
- Minister Zdrowia powołał szybki zespół ds poprawy zdrowia jamy ustnej dzieci. Celem tego zespołu jest stworzenie i wdrożenie koncepcji stomatologicznej opieki zdrowotnej nad dziećmi. Na opracowanie tego projektu członkowie zespołu mają 58 dni.
- Prezydium NRL prowadzi prace nad utworzeniem zespołów biegłych sądowych. Stowarzyszenie Prokuratorów Rzeczypospolitej Polskiej deklaruje pomoc w realizacji tego projektu.
- Na spotkaniu Rady Europejskiej Dentystów (20-21 maja br. w Hadze) przedstawiciele CED dyskutowali propozycję KE, aby od stycznia 2019 r. amalgamat był stosowany tylko w formie kapsułkowanej, a każdy gabinet stomatologiczny był wyposażony w separator amalgamatu. Polska była reprezentowana przez przedstawicieli Ministerstwa Środowiska. Tylko Polska i Węgry zgłosiły zastrzeżenia do tego projektu. Natomiast Holandia zgłosiła poprawkę, by separator amalgamatu były stosowane tylko w tych gabinetach, które stosują amalgamat, bądź usuwają wypełnienia amalgamatowe.
- Trybunał Konstytucyjny, na wniosek NRL, stwierdził niezgodność z Konstytucją przepisów ograniczających dostęp do pytań z egzaminów LEK, LDEK i PES. TK podzielił stanowisko NRL, że pytania eg-

zaminacyjne stanowią informację publiczną i nie ma powodu, aby prawo dostępu do informacji było ograniczane.

- Centrala NFZ przedstawiła projekt zarządzenia Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie stomatologiczne. NFZ proponuje wprowadzenie współczynnika korygującego wycenę punktową świadczeń dla dzieci i młodzieży do lat 18 w wysokości 1,2.
- 16 czerwca w Warszawie odbyło się otwarte posiedzenie KS NRL - krótkie sprawozdanie złożyła Przewodnicząca KS dr J. Smerkowska-Mokrzycka. Po Krajowym Zejeździe Lekarzy Prezes NRL dr M. Hamankiewicz złożył wniosek o odwołanie wiceprzewodniczącej NRL i zarazem Przewodniczącej KS NRL dr A. Ruchały-Tyszler. Posiedzenie NRL dedykowane temu wnioskowi odbyło się w siedzibie NIL w dniu 16 czerwca. W tajnym głosowaniu nad wnioskiem Prezesa za odwołaniem było 47 głosów, przeciw 12, a 2 osoby wstrzymały się od głosu. Wybory uzupełniające odbędą się we wrześniu.
- Szkolenia:
  - WIL organizuje Kongres Stomatologiczny w Lidzbarcu Warmińskim w dniach 25-28 sierpnia 2016 r.
  - Konferencja Naukowo-Szkoleniowa Lekarzy Dentystów Rytro – Jesień 2016 odbędzie się w dniach 28-30 października 2016 r. Tematem wiodącym będzie staw skroniowo-żuchwowy a postawa ciała.
- Kolejne posiedzenie KS odbędzie się 15 września br.



Przewodnicząca Komisji  
Lek. stom. Jolanta SMERKOWSKA-MOKRZYCKA

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



Termin	Kierownik naukowy	Temat	Miejsce szkolenia
2–5.VI.2016 r. Dodatkowe informacje Tel. 661 082 360	Dr n. med. Jadwiga Pyszkowska Konsultant Wojewódzki w dziedzinie medycyny paliatywnej	Medycyna paliatywna (dla lekarzy w trakcie specjalizacji z chorób wewnętrznych, specjalizujących się wg modułowego programu specjalizacji, zakwalifikowanych do odbywania specjalizacji po 1.X.14 r.)	Opolska Izba Lekarska Opole ul. Grunwaldzka 23
24.VI.2016 r. piątek godz. 12:00 <sup>#</sup>	Dr n. med. Jerzy Jakubiszyn	Prowadzenie działalności w podmiotach leczniczych, przetwarzanie danych osobowych wg obowiązujących przepisów prawa	Opolska Izba Lekarska Opole ul. Grunwaldzka 23
14.X.2016 r. piątek godz. 10.00 <sup>#</sup>	Mgr Jerzy Nowosielski	Aktualne przepisy BHP dla lekarzy i lekarzy dentystów	Opolska Izba Lekarska Opole ul. Grunwaldzka 23
7–9.X.2016 r. piątek–niedziela oraz 15–16.X.2016 r. sobota–niedziela cz. I kursu*	Prof. nadzw. Teresa Kokot Konsultant Wojewódzki w dziedzinie zdrowie publiczne	Zdrowie publiczne (dla lekarzy/lekarzy dentystów wszystkich specjalności - modułowy program specjalizacji, zakwalifikowanych do odbywania specjalizacji po 1.X.14 r.)	Opolska Izba Lekarska Opole ul. Grunwaldzka 23
21–23.X.2016 r. piątek–niedziela cz. II kursu*	Lek. med. Korneliusz Michali	Orzecznictwo lekarskie	Opolska Izba Lekarska Opole ul. Grunwaldzka 23
4–6.XI.2016 r. piątek–niedziela*	Prof. nadzw. Teresa Kokot Konsultant Wojewódzki w dziedzinie zdrowie publiczne	Prawo medyczne (dla lekarzy/lekarzy dentystów wszystkich specjalności - modułowy program specjalizacji, zakwalifikowanych do odbywania specjalizacji po 1.X.14 r.)	Opolska Izba Lekarska Opole ul. Grunwaldzka 23

<sup>#</sup> prosimy o zgłaszanie chęci uczestnictwa w w/w szkoleniach telefonicznie – 77/454-59-39 do siedziby OIL w Opolu. Za uczestnictwo w szkoleniu przysługuje 5 pkt. edukacyjnych.

\* kursy wymagane do specjalizacji, zgłoszenia: strona internetowa: [opole.szkolenia@hipokrates.org](mailto:opole.szkolenia@hipokrates.org), informacja o kursach będzie zamieszczona na stronie internetowej [www.cmkp.edu.pl](http://www.cmkp.edu.pl) (w zakładce kursy specjalizacyjne); będzie tam również zamieszczony formularz zgłoszenia - szkolenia bez przyznawanych punktów edukacyjnych.

\* \* \*

## Aktualne przepisy BHP dla lekarzy i lekarzy dentystów (14.X.2016 r.)

Program:

1. Regulacje prawne z zakresu bezpieczeństwa i higieny pracy, z uwzględnieniem przepisów związanych z pracą lekarza i lekarza dentysty.
2. Przepisy związane ze szkodliwymi czynnikami występującymi w procesach pracy oraz zasady i metody likwidacji lub ograniczenia oddziaływania tych czynników na pracowników – z uwzględnieniem zmian w technologii, organizacji pracy i stanowisk pracy, stosowania środków ochrony zbiorowej i indywidualnej, wprowadzenia nowych urządzeń, sprzętu i narzędzi pracy
3. Przepisy związane z postępowaniem w razie wypadku w czasie pracy i w sytuacjach zagrożeń (np. pożaru, awarii),
4. Przepisy dotyczące charakterystycznych dla wykonywanej pracy chorób zawodowych oraz związanej z nimi profilaktyki.

*Małgorzata ŁUSZCZYŃSKA-OSTROWSKA*

## V MISTRZOSTWA POLSKI LEKARZY W LEKKOATLETYCE - PODSUMOWANIE

2-3.07.2016 r. na Stadionie Miejskim w Opolu odbyły się XXVI Mistrzostwa Polski Weteranów i V Mistrzostwa Polski Lekarzy w Lekkiej Atletyce.

**Patronat nad zawodami sprawowali:** Witold Bańka - Minister Sportu i Turystyki RP, Jerzy Skucha - Prezes Polskiego Związku Lekkiej Atletyki, Andrzej Buła - Marszałek Województwa Opolskiego, Arkadiusz Wiśniewski - Prezydent Miasta Opola, Maciej Hamankiewicz - Prezes Naczelnej Izby Lekarskiej w Warszawie, Jerzy Jakubiszyn - Prezes Okręgowej Izby Lekarskiej w Opolu.





W 26 MPW i 5 MPL uczestniczyło łącznie 400 zawodników w tym 26 lekarzy (6 + 20). Podczas 26. Mistrzostw Polski Weteranów w Opolu poprawionych zostało 64 rekordów, w tym 21 rekordów Polski oraz 43 rekordy Mistrzostw Polski.

V Mistrzostwa Polski Lekarzy zorganizowano wspólnie z XXVI MPW. Zawodnicy-lekarze uczestniczyli w rywalizacji w ramach MPW – kobiety od 30 r. życia, mężczyźni od 35 r. życia. Młodszy brali udział w ramach MPW jako PK (poza konkursem). Dodatkowo wyniki, które uzyskali były zaliczane do rywalizacji w ramach V MPL. W mistrzostwach lekarzy wzięło udział 26 osób w tym 6 kobiet.

Rywalizacja w ramach MPL odbyła się w 19 konkurencjach dla mężczyzn i 7 dla kobiet. Nagradzano medalami za pierwsze 3 miejsca w kat. „open” po przeliczeniu poszczególnych wyników na punkty (sposób liczenia stosowany w sporcie weteranów LA, uwzględniający poszczególne kategorie wiekowe w przedziałach pięcioletnich letnich, pozwalający również porównać wartość wyników w poszczególnych konkurencjach).

### **Pucharami zostali wyróżnieni:**

#### **1. Prezesa Naczelnej Izby Lekarskiej Macieja Hamankiewicza – dla najlepszej zawodniczki i zawodnika V Mistrzostw Polski Lekarzy w LA**

- Małgorzata Gąsowska (K35, Płock) - 400 m: 1:00,77 s. - 924 pkt;
- Julian Pełka (M65, Toruń) - skok w dal: 4,95 m – 10;

#### **2. Przewodniczącego Komisji Sportu NIL Jacka Tętnowskiego - 2 wynik mężczyźni**

- Stefan Madej (M65, Sosnowiec) – kula: 11,56 m - 967 pkt;

#### **3. Prezesa Okręgowej Izby Lekarskiej w Opolu Jerzego Jakubiszyna - 2 wynik kobiety**

- Jolanta Pełka-Witt (K40, Rozgarty) - skok w dal: 4,24 m - 688 pkt.

### **Najwięcej medali zdobyli:**

#### **1. Kobiety**

- Małgorzata Gąsowska (Płock): 2 złote w sprintach (200 i 400 m);
- Jolanta Pełka-Witt (Toruń): 3 złote (100 m, skok w dal, trójskok), 1 srebrny (200 m);
- Beata Warzecha (Lębork): 2 złote (kula, dysk);
- Joanna Cieplucha (Wiśniowa Góra): 1 srebrny (100 m), 1 brązowy (200 m);
- Marzena Morawiec-Trzensiok (Mikołów): 1 srebrny (skok w dal), 1 brązowy (100 m).

#### **2. Mężczyźni**

- Leszek Stecula (Bytom): 3 złote (100 m ppł, 400 m ppł, tyczka), 3 brązowe (200 m, skok w dal, skok wzwyż);
- Julian Pełka (Toruń): 3 złote (skok w dal, skok wzwyż, trójskok), 1 srebrny (200 m);
- Stefan Madej (Sosnowiec): 2 złote (kula, oszczep), 2 srebrne (dysk, młot);
- Andrzej Niemirski (Warka): 2 złote (5.000 m, 10.000 m) i 1 srebrny (1.500 m);
- Zenon Krukowski (Międzyrzecz): 2 złote (dysk, młot), 2 srebrne (kula, oszczep);
- Robert Gajda (Pułtusk): 2 złote (800 m, 1.500 m), 1 brązowy (400 m);
- Stanisław Kołodziej (Ostrowiec Św.): 2 złote (chód 3.000, 5.000 m);
- Andrzej Fraś (Słupia Wlkp): 2 złote (200 i 400 m);
- Leszek Albiniak (Olkusz): 1 złoty (100 m), 1 brązowy (dysk);
- Andrzej Kacała (Wieluń): 3 srebrne (skok w dal, skok wzwyż, trójskok);
- Konrad Bońda (Brwinów): 3 brązowe (kula, oszczep, młot);
- Piotr Gawda (Lublin): 1 srebrny (100 m);
- Wojciech Zboński (Koszalin): 1 srebrny (800 m);
- Robert Szuszek (Kraków): 1 srebrny (400 m);
- Janusz Sorbian (Parczew): 1 brązowy (100 m).

Serdeczne podziękowania dla Prezesa Naczelnej Izby Lekarskiej w Warszawie Macieja Hamankiewicza i Przewodniczącego Komisji Sportu Jacka Tętnowskiego oraz dla kolegów z Polskiego Związku Weteranów Lekkiej Atletyki, na czele z Prezesem Wacławem Krankowskim za okazaną pomoc finansową i organizacyjną.

Prezesowi Okręgowej Izby Lekarskiej w Opolu za ufundowanie pucharów. Szczególnie podziękowania dla wszystkich koleżanek i kolegów za udział w zawodach.

*Julian PEŁKA - organizator zawodów  
Kujawsko-Pomorska Okręgowa  
Izba Lekarska w Toruniu*



# Wraz z narastającą falą islamizacji współczesnego świata powstaje pytanie: **DLACZEGO BOHATER NARODOWY POLSKI I WĘGIER GENERAŁ JÓZEF BEM PRZESZEDŁ NA ISLAM?**

Józef Zachariasz Bem urodził się w Tarnowie w dniu 14 marca 1794 r. Ukończył Szkołę im. Bartłomieja Nowodworskiego w Krakowie (w której kształcił się również Jan III Sobieski, jego syn Jakub i in. -vide Biuletyn Informacyjny OiL nr 231, styczeń 2016).

Brał aktywny udział w Powstaniu Listopadowym 1831 r., podczas którego otrzymał tytuł generała brygady artylerii. Po upadku Powstania Listopadowego wyemigrował do Francji, ale w chwili wybuchu tzw. „Wiosny Ludów” w roku 1848 wziął czynny udział w „rewolucji wiedeńskiej” (wówczas do władzy doszedł długowieczny cesarz Franciszek Józef), a po jej upadku - w Powstaniu Węgierskim przeciwko wojskom austriackim. Przywódca Powstania Lajos Kossuth mianował Józefa Bema naczelnym wodzem powstańców, zaś jego osobistym adiutantem został wielki poeta węgierski Sándor Petőfi. Przez Węgrów Józef Bem został uznany za bohatera narodowego, czego dowodem jest fakt, że udekorowano go gwiazdą wyjętą z korony pierwszego króla węgierskiego Stefana I Świętego. Węgrzy dobrotliwie nazywali go „ojczulkiem”. Niestety wezwana przez Austriaków 100. 000 armia rosyjska pod dowództwem generała Iwana Paszkiewicza stłumiła krwawo powstanie węgierskie i Józef Bem wraz z około 20 oficerami polskimi i węgierskimi przekroczył granicę turecką.

Wkrótce Bem doszedł do wniosku, że chcąc nadal walczyć o wolność Polski i innych narodów musi przejść na islam. W obozie dla uchodźców w bułgarskim mieście Szumen Józef Bem i inni oficerowie zostali obrzezani i zapoznani z zasadami Koranu. Bem potraktował zmianę wiary wyjątkowo poważnie. Po przejściu na islam pilnie przestrzegał muzułmańskich postów, nauczył się języka tureckiego i arabskiego oraz zaczął nosić burnus.

W Polsce decyzja popularnego generała wywołała wielką konsternację. Przywódca emigracji po Powstaniu Listopadowym książę Adam Czartoryski w Paryżu stwierdził, że Józef Bem porzucając chrześcijaństwo „zatracił duszę”. Wcale natomiast decyzją Bema nie był zgorszony nasz najwybitniejszy wieszcz narodowy Adam Mickiewicz, który również znalazł się w Stambule. Po-

dobnie Józefa Bema usprawiedliwiał najmłodszy z naszych wieszczów narodowych Zygmunt Krasiński - tym bardziej, że cała Europa spodziewała się rychłego wybuchu wojny Rosji z Turcją.

W Turcji Józef Bem przyjął imię Murada Paszy i wkrótce został mianowany wojskowym gubernatorem miasta Aleppo (tego samego o które toczą się obecnie ciężkie walki z reżimem prezydenta Asada). Obronił miasto przed najazdem pustynnych Beduinów. Kiedy w okolicy odkryto bogate złoża sale-

try, jako artylerzysta postanowił zbudować w Aleppo odlewnię dział dla armii tureckiej i założyć nowoczesną szkołę artylerii. Wreszcie jego marzeniem było utworzenie kawalerii polsko-tureckiej celem wezwania muzułmańskich poddanych cara rosyjskiego do dżihadu, czyli świętej wojny z niewiernymi.

Niestety plany te nie zostały zrealizowane ponieważ generał Józef Bem zmarł z powodu szalejącej w tamtych czasach malarii w dniu 10 grudnia 1850 r. w Aleppo w wieku 56 lat. Tutaj należy wspomnieć, że za zasługi w Turcji został mianowany generałem armii tureckiej.

Po śmierci trumnę ze zwłokami generała Bema dopiero w roku 1929 przewieziono do Polski przez Stambuł i Budapeszt, gdzie zęgały go tysiące Węgrów. W Krakowie jego trumnę wystawiono na dziedzińcu wawelskim, ponieważ Katedra była zarezerwowana tylko dla chrześcijan. Bohatera dwóch narodów nie można było pochować w kościele, więc zbudowano specjalne mauzoleum w Parku Strzeleckim w Tarnowie na sztucznej wyspie, gdzie jego trumna spoczywa na trzech kilkumetrowych kolumnach.

P. S. Sułtani tureccy w wielkim poważaniu mieli zawsze Polaków. Od XVI w. na dworze każdego władcy w Stambule znajdowali się polscy posłowie, dyplomaci, lekarze. Powszechnie znany jest fakt, że po rozbiorach Polski w czasie przyjęć dyplomatycznych sułtani zawsze zadawali pytanie, czy obecny jest poseł z Lechistanu.

Prawdziwym muzułmaninem był również generał Ludomił Rajski, jeden z współtwórców polskiego lotnictwa. Po Powstaniu Styczniowym (1863) i emigracji



*General Józef Bem*



*Mauzoleum generała Józefa Bema w Tarnobrzegu*

do Turcji przeszedł na islam. Po powrocie do Polski po pierwszej wojnie światowej w swojej kamienicy urządził prywatny meczet wraz z minaretem. Kamienicę tę można oglądać do dzisiaj w centrum Krakowa na rogu ulicy Długiej i Pędzichów.

Zgodnie z przewidywaniami, dwa lata po śmierci generała Józefa Bema wybuchła Wojna Krymska (vide Biuletyn Informacyjny OiL nr 151 – wrzesień 2014). Wywołał

ją car rosyjski Mikołaj I, który obserwując kryzys Imperium Tureckiego postanowił objąć kontrolę nad cieśninami Bosforem i Dardanelami. W roku 1853 jego ulubiony feldmarszałek Iwan Paszkiewicz (on stłumił Powstanie Listopadowe i „Wiosnę Ludów” na Węgrzech) zaatakował zależne od sułtana tureckiego Mołdawię i Wołoszczynę, zaś flota rosyjska dowodzona przez admirała Nachimowa rozbiła całkowicie flotę turecką. Dlatego też rząd turecki zwrócił się o pomoc do Anglii i Francji, które wkrótce przyłączyły się do Wojny Krymskiej, aby nie dopuścić do imperialistycznych planów Mikołaja I. Punktem kulminacyjnym Wojny Krymskiej było oblężenie Sewastopola przez żołnierzy angielskich, francuskich i tureckich. Twierdzy sewastopolskiej bronił książę admirał Aleksander Mienszików, padła ona dopiero po roku oblężenia we wrześniu 1856 roku. Do historii przeszła w czasie tej wojny „Szarża lekkiej brygady” angielskiej zdziesiątkowanej przez artylerię rosyjską. Załamany niepowodzeniami wojennymi car Mikołaj I zmarł 2 marca 1855 - podobno śmiercią samobójczą po zażyciu trucizny.

W tym samym roku 1855 zmarł na cholerę w Stambule nasz największy wieszcz narodowy Adam Mickiewicz, który planował utworzenie na emigracji Legionu do walki z Rosjanami podczas Wojny Krymskiej.

Należy wspomnieć, że właśnie podczas Wojny Krymskiej angielska arystokratka Florencja Nightingale zorganizowała kobiecy korpus wolontariuszek i założyła pierwszy na świecie polowy szpital wojskowy, który uratował życie setkom żołnierzy. Została ona patronem pielęgniarstwa i do dzisiaj w Państwowej Medycznej Wyższej Szkole Zawodowej w Opolu w czasie uroczystego tzw. „czepkowania” zapalana jest oliwna lampka jej imienia.

*Dr hab. n. med. Janusz KUBICKI*

## CO PISZĄ INNI

## INTEGRACJA I KOORDYNACJA: NOWE PRYNCYPIA OPIEKI

Guus Schrijvers jest profesorem zdrowia publicznego, redaktorem naczelnym International Journal of Integrated Care. Pełni również funkcję przewodniczącego Międzynarodowej Fundacji Opieki Zintegrowanej. W przyszłym roku ukaże się jego książka „Teoria Opieki Zintegrowanej”. Spotykamy się, aby porozmawiać o praktyce ochrony zdrowia zogniskowanej wokół pacjenta.

**Istnieje wiele definicji „zintegrowanej opieki”. Czy mógłby Pan Profesor przytoczyć najbardziej adekwatną?**

Zgadzam się z definicją zintegrowanej opieki opracowaną przez Światową Organizację Zdrowia w 2014 roku: „zarządzanie i świadczenie usług zdrowotnych w taki sposób, aby zapewnić ludziom ciągłość w zakresie promocji zdrowia, zapobiegania chorobom, diagnozy, leczenia, postępowania w stanie chorobowym, reha-

*bilitacji i opieki paliatywnej, na rozmaitych poziomach i w różnych miejscach świadczenia opieki w ramach systemu zdrowia, zgodnie z ich potrzebami, przez cały okres życia”.*

Zintegrowana opieka znana jest również pod pojęciem zintegrowanego zdrowia, skoordynowanej opieki, kompleksowej opieki, kompleksowego systemu opieki zdrowotnej (ang.: *integrated health, coordinated care, comprehensive care, seamless care and transmural care*). Przeciwnością tego pojęcia jest opieka rozdrobniona. W przeszłości zintegrowana opieka skupiała się na podstawowej opiece zdrowotnej oraz opiece nad osobami cierpiącymi na przewlekłe choroby, w szczególności na podażowej stronie profesjonalnej opieki lekarskiej. Dzisiaj zakres tej opieki jest szerszy i obejmuje usługi z zakresu zdrowia psychicznego świadczone w szpitalu psychiatrycznym, jak i poza nim, integrację nieformalnej opieki przez pacjentów i formalnej opieki przez pracowników służby zdrowia, zintegrowane świadczenie opieki paliatywnej, integrację podstawowej opieki zdrowotnej i zdrowia publicznego oraz, co jest nie mniej ważne, integrację świadczeń zdrowotnych i społecznych.

Starając się zrozumieć założenia opieki zintegrowanej, warto odnieść się do tzw. Potrójnego Celu Berwicka, definiującego główne intencje polityki opieki zdrowotnej na poziomie makro, mezo i mikro, oraz dla wszystkich stron - pacjenta, pracownika służby zdrowia, instytucji opieki zdrowotnej oraz ubezpieczyciela. Jakże są to cele? Po pierwsze poprawa zdrowia populacji, po drugie poprawa jakości opieki zdrowotnej, po trzecie - obniżenie składek na ubezpieczenie zdrowotne. Z myślą o tych trzech priorytetach opieka zdrowotna powinna zostać przeddefiniowana w myśl koncepcji opieki zintegrowanej.

#### **Jak te założenia przenieść na praktykę systemów ochrony zdrowia?**

Należy zwrócić uwagę na trzy aspekty o równorzędnym znaczeniu: innowacje opieki, innowacje finansowe i innowacje cyfrowe. Te trzy aspekty funkcjonują tylko wtedy, gdy są zintegrowane, a lekarze, pielęgniarki, kierownicy, jednostki administracyjne i towarzystwa ubezpieczeniowe mają przed oczami ten sam, potrójny cel. Mówiąc o innowacyjności mam na myśli wprowadzenie takich rozwiązań, które pozwalają doskonaląc obecne procesy. Weźmy na przykład innowacje w opiece, gdzie chodzi to, aby troska o pacjenta i wykonywane świadczenia miały charakter ciągły planowany, wychodziły znacznie dalej poza granice zdefiniowane dla usług medycznych, przenikając się ze środowiskiem życia chorego i innymi aspektami jego funkcjonowania. Na prowadzenie wychodzi edukacja zdrowotna, diagnoza, wczesne wykrywanie zagrożeń i profilaktyka, zastępując tradycyjne myślenie o zdrowiu.

Opieka zintegrowana, która realnie przekłada się na korzyści dla pacjentów, musi obejmować edukację zdrowotną, wsparcie dla samodzielnego zarządzania, wspól-

ne podejmowanie decyzji i wpływ pacjentów na tworzenie polityki. Informacja pełni tutaj kluczową rolę. Pacjent nie może być elementem systemu, któremu narzuca się pewne rozwiązania, biernym pionkiem w skomplikowanej strukturze, gdzie autorytatywnie podejmuje się decyzje dotyczące jego stanu zdrowia, wpływające na wiele aspektów życia. Każda usługa medyczna ma swoje konsekwencje i te powinny być również uwzględniane, tłumaczone pacjentowi. Wydukowany zdrowotnie pacjent jest pacjentem świadomym, współpracującym z pracownikami ochrony zdrowia, rozumiejącym swoje obowiązki. Staje się centrum systemu opieki, zharmonizowanym z zewnętrznymi politykami i działaniami.

#### **Czy mógłby Pan Profesor podać kilka przykładów projektów, które skupiają się na zintegrowanej opiece oraz ich rezultaty?**

Na świecie funkcjonuje wiele dobrych praktyk, pozwolę sobie wymienić tylko kilka z nich: Miasto Almere w Holandii ze zintegrowaną podstawową opieką zdrowotną; Kinzigstal w Niemczech z programami zintegrowanego zarządzania finansowego i postępowania w stanie chorobowym; Programy Kaiser Permanente w Kalifornii wykorzystujące zintegrowaną podstawową opiekę zdrowotną i opiekę szpitalną; projekt Christchurch w Nowej Zelandii; projekt zintegrowanej opieki dla Eskimosów na Alasce. Są one na tyle ważne, że pokazują konkretne korzyści opieki zintegrowanej w postaci lepszych wyników zdrowotnych, wyższej jakości opieki przy jednoczesnym obniżaniu kosztów. Nic dziwnego, przy „scalaniu” usług, oszczędności wynikają przede wszystkim z racjonalizacji łańcucha świadczeń i jego koordynacji, w przeciwieństwie do trochę chaotycznego i powszechnie obowiązującego modelu rozdrobnionych usług. Dodatkową korzyścią dodaną, o ogromnym potencjale, jest sam pacjent, który włącza się w proces leczenia lub profilaktyki.

#### **Duże rozdrobnienie opieki jest wynikiem słabej komunikacji pomiędzy różnymi podmiotami w opiece zdrowotnej. W jaki sposób rozwiązania e-zdrowia mogą wspomóc integrację opieki?**

Na zagadnienie proponuję spojrzeć dwustronnie. Jeżeli komunikacja pomiędzy podmiotami jest słaba, wówczas same systemy informatyczne to za mało. Z kolei jeśli systemy IT są nieodpowiednie w znaczeniu integracji i interoperacyjności, może to prowadzić do osłabienia standardów komunikacyjnych. W opiece zintegrowanej informacja jest podstawą osiągnięcia innowacyjności. A tam, gdzie informacja odgrywa kluczową rolę, rozwiązania e-zdrowia stają się koniecznością. Przestańmy polegać na telefonach, faksach lub listach w zakresie usług zdrowotnych, postawmy na cyfrową jakość, która spaja wszystkich uczestników rynku w jeden, spójny organizm. Z mojego punktu widzenia, wszystkie informacje zebrane na temat pacjenta przez pracownika służby zdrowia powinny być dostępne w formie elek-

troniczej. Wynika to z fundamentalnej zasady opieki zintegrowanej, w której pacjent stanowi kluczowy element. Nie można mówić o zaangażowaniu bez dostępu do informacji. Jeżeli jakieś dane chowane są za plecami chorego, nie uzyskamy zaufania do systemu, kooperacji, świadomości. W sytuacji, gdy pracownicy jednego podmiotu nie wiedzą, jakie usługi wykonano pacjentowi w innej placówce lub w przeszłości, nie ma mowy o koordynacji i efektywności. Harmonia informacyjna przywrócona rozwiązaniami e-zdrowia to absolutny fundament opieki zintegrowanej.

Jako dobry przykład promowania innowacji informacyjnych podałbym rozwiązania wprowadzone w USA, gdzie funkcjonują zachęty finansowe promujące technologie informacyjne, wymianę danych pomiędzy podmiotami. Komunikacja pomiędzy pracownikami ochrony zdrowia pozwala zaoszczędzić znacznie środki i z pewnością taka praktyka jest opłacalna w długookresowej perspektywie.

(przedruk z „Ogólnopolskiego Systemu Ochrony Zdrowia OSOZ” nr 2/16)

## MEDYCYNĄ PERSONALIZOWANĄ ZYSKUJE NA ZNACZENIU

Medycyna personalizowana, jeszcze niedawno traktowana przez niektórych lekarzy w kategoriach fantastyki naukowej, zdobywa dziś coraz większe grono zwolenników. Dowodem słuszności tej tezy jest niedawne powstanie Polskiego Towarzystwa Medycyny Personalizowanej. Jednym z podstawowych statutowych celów towarzystwa jest rozwój i pozycjonowanie medycyny personalizowanej w systemie ochrony zdrowia na świecie i w Polsce. Na szczeblu europejskim zinstytucjonalizowanie zagadnienia nastąpiło znacznie wcześniej, bo już w 2009 r., kiedy powołano Europejskie Stowarzyszenie na rzecz Medycyny Personalizowanej. Kilka lat później powstała Europejska Koalicja ds. Medycyny Personalizowanej (EAPM).

Na pytanie, czym tak naprawdę jest medycyna personalizowana, można by odpowiedzieć, przytaczając motto umieszczone na stronie internetowej EAPM: „*Właściwa profilaktyka i leczenie dla właściwego pacjenta we właściwym czasie*”. Medycyna personalizowana otwiera zupełnie nowe możliwości dla profilaktyki i terapii. Zgodnie z jej założeniem interwencja skierowana do konkretnej osoby powinna być jak szyty na miarę garnitur - uwzględniać indywidualne cechy poszczególnych pacjentów. Wychodzi ponadto z założenia, że obecne terapie i działania prewencyjne, projektowane dla przeciętnego Kowalskiego z przeciętną charakterystyką danego problemu zdrowotnego, w wielu przypadkach okazują się najzwyczajniej nieskuteczne. Wyniki badań potwierdzają tę tezę, wskazując, że organizmy licznych pacjentów nie odpowiadają na pierwszą standardową terapię. W największym stopniu problem dotyczy takich dziedzin medycyny jak: onkologia, diabetologia, choroby psychiczne i neurodegeneratywne, choroby zapalne stawów, choroby układu oddechowego. Dowiedziono również, że powodem takiego stanu rzeczy są różnice genetyczne występujące u poszczególnych pacjentów.

Kluczem do rozwoju medycyny personalizowanej jest więc dostęp do diagnostyki molekularnej. W ciągu

ostatnich lat możemy zaobserwować znaczące obniżenie kosztów badań genetycznych. Diagnostyka ta pozwala nie tylko uwzględnić różnice genetyczne poszczególnych chorych, ale również określać np. profil genetyczny nowotworu. Niepodważalnym atutem podejścia profilowanego do konkretnej wąskiej grupy pacjentów jest wysoka skuteczność leczenia. Jeżeli terapie są skuteczne i powodują mniej działań niepożądanych, chorzy częściej stosują się do zaleceń lekarza.

Medycyna personalizowana przynosi również korzyści w przypadku badań klinicznych. Trwają one krócej, ze względu na mniejszą grupę uczestników, którzy przed włączeniem do badania klinicznego poddawani są dodatkowo badaniom genetycznym. Krótszy okres prowadzenia badań klinicznych wpływa natomiast na lepszą dostępność nowoczesnych terapii, gdyż mogą być zastosowane u pacjentów odpowiednio wcześniej.

Skoro medycyna personalizowana niesie ze sobą tyle korzyści terapeutycznych, dlaczego nie jest jeszcze powszechnie wykorzystywana w systemach ochrony zdrowia? Jak każda innowacja, napotyka wiele barier w rozwoju. Jedną z podstawowych jest brak dostępu chorych do bezpłatnej diagnostyki molekularnej. Innowacyjne, profilowane terapie stanowią też pewne wyzwanie dla płatników świadczeń zdrowotnych. Przy rzetelnej ocenie kosztów terapii trzeba mieć jednak na względzie ich wysoką skuteczność, mniejszą ilość działań niepożądanych oraz fakt, że płatnik ogranicza koszty finansowania świadczeń w związku z tym, że terapia jest refundowana wąskiej grupie pacjentów. Potrzeba zatem debaty, w ramach której rozważymy korzyści wynikające z wdrożenia założeń medycyny personalizowanej w systemie ochrony zdrowia.

O tych oraz innych aspektach medycyny personalizowanej dyskutowano w marcu 2016 r. na I Międzynarodowym Forum Medycyny Personalizowanej w Warszawie.

Piotr DĄBROWSKI  
(przedruk z „Pulsu” nr 4/16)

# BÓL - TO SIĘ LECZY!

Z ekspertami w dziedzinie leczenia bólu rozmawia Magdalena Orlicz-Benedycka

O możliwościach i konieczności leczenia bólu rozmawiam z dr n. med. Aleksandrą Ciałkowską-Rysz, kierownikiem Pracowni Medycyny Paliatywnej Katedry Onkologii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, prezesem Polskiego Towarzystwa Medycyny Paliatywnej. Tytuł Lidera Medycyny 2015 r. otrzymała za projekt dotyczący organizowania cyklicznych konferencji pn. „Oswoić ból”, które przyczyniają się do poprawy sytuacji w tym obszarze medycyny, a jednocześnie propaguje ideę skutecznego zapobiegania cierpieniu chorym na nowotwory i inne choroby przewlekłe. Moim rozmówcą jest także dr hab. n. med. Wojciech Leppert z Katedry i Kliniki Medycyny Paliatywnej Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu.

**Magdalena Orlicz-Benedycka:** *O jakości życia chorych z bólem przewlekłym mówił Pan sporo podczas wrocławskiej konferencji poświęconej opiece hospicyjnej i paliatywnej. Czy to aż taki problem?*

**Dr hab. n. med. Wojciech Leppert:** Jednym z ważnych aspektów bólu przewlekłego, czyli takiego, który trwa nieprzerwanie ponad 3 miesiące, jest wielowymiarowość cierpienia doświadczanego przez pacjentów. Podstawowym problemem dla chorych jest skuteczne leczenie bólu, w taki sposób, aby można było prowadzić normalną aktywność, która nie będzie ograniczana przez dolegliwości bólowe. Aspekt fizyczny bólu nie wyczerpuje jednak problemów związanych z jego długotrwałym występowaniem. U wielu pacjentów, zwłaszcza u chorych na nowotwory, istnieje wiele innych objawów somatycznych, np. duszność, utrata apetytu, utrata masy ciała, osłabienie i inne. Trzy ostatnie wymienione objawy często określane są mianem zespołu anoreksja-kacheksja-astenia, który towarzyszy zaawansowanej fazie nowotworu i wielu innym chorobom o charakterze przewlekłym.

Należy zwrócić uwagę na aspekt psychiczny bólu. Wydaje się, że przewlekły ból sprzyja występowaniu i nasilaniu się depresji/zespołów lękowych. Z drugiej strony, zarówno depresja, jak i lęk powodują większe trudności w leczeniu bólu. Trzeci istotny aspekt chorych z bólem przewlekłym dotyczy funkcjonowania socjalnego pacjentów. Ból może powodować istotne ograniczenie aktywności chorych, może być powodem ograniczenia lub utraty pracy, a więc pogorszenia pozycji społecznej pacjentów, utraty bądź zmiany roli pełnionej w rodzinie. Może wią-

zać się również z problemami finansowymi, wynikającymi z ograniczenia możliwości zarobkowych i zwiększeniem wydatków na leczenie. W tym ostatnim wymiarze istotny jest także negatywny wpływ bólu na rodzinę i opiekunów chorych. I wreszcie aspekt najtrudniejszy do zbadania i najbardziej intymny - duchowy, który należy traktować jako jeden z najważniejszych wymiarów życia chorych. Wymiar duchowy wydaje się być szczególnie istotny u pacjentów ze schorzeniami przewlekłymi, których nie sposób „wyleczyć”, pojawiają się wówczas pytania natury egzystencjalnej: dlaczego spotkało to właśnie mnie?, jak można odwrócić czy zmienić niekorzystne rokowanie związane z postępującą chorobą?, jaki jest bilans mojego dotychczasowego życia?

Z tych krótkich rozważań można wyciągnąć pewne wnioski praktyczne. Po pierwsze podstawowym zadaniem, ale i obowiązkiem lekarza i innych pracowników ochrony zdrowia, jest udzielanie wszechstronnej pomocy w zakresie jak najbardziej skutecznego leczenia bólu, szczególnie o charakterze przewlekłym. Ponieważ zadanie to często przekracza możliwości jednej osoby, zalecane jest tworzenie jednostek wielodyscyplinarnych leczenia bólu i opieki paliatywnej, w skład których wchodzi specjalistów z różnych dziedzin: lekarze medycyny bólu i medycyny paliatywnej, pielęgniarki, fizjoterapeuci, psychologowie, pracownicy socjalni, kapelani, wolontariusze. Ważna wydaje się również świadomość społeczna problematyki bólu, powszechności zjawiska, często konieczności akceptacji choroby przewlekłej, która jest przyczyną bólu, a jednocześnie świadomości, iż należy oczekiwać od ochrony zdrowia jak najbardziej skutecznego postępowania przeciwbólowego. Pomimo braku możliwości całkowitego wyeliminowania bólu, zwykle przy prawidłowym postępowaniu, jego natężenie można zmniejszyć.

Wiele jest do poprawienia w systemie naszej ochrony zdrowia w zakresie szeroko rozumianego leczenia bólu. Przez wiele lat obszar ten nie był należycie traktowany przez decydentów ochrony zdrowia, ale również przez samych pracowników. Ostatnio jednak medycyna bólu staje się coraz bardziej popularną dziedziną wśród lekarzy, medycyna paliatywna jest specjalnością lekarską. Przy odpowiednim finansowaniu procedur istnieje szansa na zapewnienie właściwej opieki pacjentom z bólem przewlekłym. Potrzebne jest do tego zaangażowanie zarówno decydentów, pracowników ochrony zdrowia, jak i budowanie świadomości społecznej.

**Magdalena Orlicz-Benedycka:** *Pacjenci sygnalizują często, że lekarze nie przywiązują wagi do leczenia bólu, stosując przestarzałe metody. Medycy nie wiedzą*



natomiast, gdzie mogliby nabyć praktyczną wiedzę z tego zakresu, dysponując mało aktualnymi informacjami na temat grupy leków opioidowych...

**Dr n. med. Aleksandra Ciałkowska-Rysz:** Bada-  
nia dotyczące zużycia leków opioidowych w świecie lo-  
kują Polskę daleko na końcu. Ból nowotworowy nie jest  
dobrze leczony, jeszcze gorsza sytuacja dotyczy lecze-  
nia bólu nienowotworowego. Stosowanie leków opioi-  
dowych w tej grupie pacjentów jest praktycznie znikome.  
Wiedza lekarza pracującego poza jednostkami specjali-  
stycznymi, zajmującymi się leczeniem bólu lub medycy-  
ną paliatywną, jest niewielka. Przeciętny absolwent wy-  
działu lekarskiego polskiej uczelni medycznej posiada  
niewielką wiedzę na temat leczenia bólu lub nie posia-  
da jej wcale. Niestety programy nauczania na uczelniach  
medycznych są różne w całej Polsce. Istnieje zatem róż-  
ny sposób nauczania medycyny paliatywnej, są uczelnie,  
gdzie takiego przedmiotu w ogóle nie wprowadzono lub  
jest on realizowany w ramach innych przedmiotów. Idąc  
dalej, mamy kształcenie specjalizacyjne. Sprawdziłam  
program kształcenia w zakresie medycyny rodzinnej, je-  
dyny kurs, na którym lekarz może uzyskać informacje  
na temat leczenia bólu, to kurs „Onkologia z elementa-  
mi medycyny paliatywnej”. Trwa on zaledwie dwa dni,  
czyli na samo leczenie bólu można poświęcić 3-5 godzin.  
W ramach specjalizacji z interny kurs dotyczący pro-  
blemów medycyny paliatywnej trwa cztery dni, z cze-  
go ok. 1/3 czasu powinna być poświęcona leczeniu bólu.  
To zdecydowanie za mało, aby uzyskać wystarczającą  
wiedzę z zakresu leczenia bólu. W dużej grupie specja-  
lizacji w trakcie kształcenia specjalizacyjnego problem  
leczenia bólu w ogóle nie jest poruszany. Szans, aby na-  
uczyć się leczenia bólu niezależnie od programu specja-  
lizacji, jest także niewiele, bo niewiele jest profesjona-  
lnych kursów z tego zakresu.

Wśród lekarzy rodzinnych jest grupa osób, która w ra-  
mach stażu fakultatywnego, realizowanego w hospi-  
cjach lub na oddziałach medycyny paliatywnej, zdoby-  
wa niezbędną wiedzę, jednak obecnie takich lekarzy jest  
niewiele. Kolejnym problemem jest brak recept RPW,  
niezbędnych do przepisywania większości leków opio-  
idowych. Aby móc prawidłowo leczyć ból, lekarze ro-  
dzinni powinni takie recepty posiadać.

Poza ośrodkami specjalizującymi się w leczeniu bó-  
lu pacjentowi trudno uzyskać fachową pomoc. Chory  
cierpiący z powodu bólu może znaleźć się na każdym  
oddziale szpitalnym. Jednak lekarze tam pracujący czę-  
sto nie będą mieli wystarczającej wiedzy, dotyczącej  
skutecznego łagodzenia tej dolegliwości. Dodatkowym  
problemem może okazać się brak odpowiednich leków  
w receptariuszach szpitalnych. Dotyczy on zwłaszcza  
nowoczesnych leków opioidowych. Sytuacja jest trud-  
na, a problem lekceważony. Zła kontrola bólu to nara-  
żanie pacjentów na cierpienie.

**M.OB.: Niedawno otrzymała Pani tytuł Lidera Ro-  
ku 2015 w ochronie zdrowia, przyznanego w katego-  
rii działalność edukacyjno-szkoleniowa za projekt  
„Oswoić ból”, którego jest Pani autorką i kierowni-  
kiem merytorycznym. Projekt został uznany za szcze-  
gólnie wyróżniający się w krajowej medycynie. Jaka  
jest jego idea?**

**A.CR.:** Projekt „Oswoić ból” polega na organizowa-  
niu konferencji w poszczególnych województwach, któ-  
rych tematem jest medycyna paliatywna oraz leczenie bó-  
lu. Ma on na celu promowanie wiedzy i dobrych praktyk  
w tym obszarze medycyny, który wciąż jest mało rozpo-  
znany nie tylko w społeczeństwie, ale też wśród przed-  
stawicieli lokalnych władz oraz pracowników ochrony  
zdrowia, nie wyłączając lekarzy. Program służy zmia-  
nom w tym obszarze medycyny, a jego innowacyjność  
polega na tym, że prowadzony jest dwutorowo. Organi-  
zujemy kursy dla pracowników placówek zdrowotnych,  
zwłaszcza lekarzy rodzinnych i onkologów, podczas któ-  
rych uczymy, gdzie i jak należy leczyć ból. Drugim kie-  
runkiem jest budowanie świadomości społecznej potrzeby  
leczenia bólu oraz poprawy jakości i dostępności do opie-  
ki paliatywnej. Wtedy ból będzie leczony w większym  
stopniu przez specjalistów. Dlatego szkolenia są skiero-  
wane do różnych adresatów. Z jednej strony do lekarzy  
i pracowników służby zdrowia, a z drugiej do urzędni-  
ków odpowiedzialnych za politykę zdrowotną w danym  
województwie, dalej przedstawicieli płatnika, czyli NFZ,  
pacjentów i mediów, które mają propagować świadomość  
i konieczność leczenia bólu w swoim środowisku. Spotka-  
nia odbywają się na terenie poszczególnych województw.  
Edukujemy środowisko lekarzy i społeczeństwo, obala-  
my stereotypy dotyczące leków opioidowych.

**M.OB.: Program realizowany jest nieprzerwanie.  
Jakie dostrzega Pani problemy? Może warto włączyć  
do współpracy izby lekarskie, aby dotrzeć do większe-  
go grona medyków?**

**A.CR.:** Jest jeszcze wiele do zrobienia. Trzeba ten pro-  
gram modyfikować w zależności od województwa, sytu-  
acji lokalnej czy targetu. Są rejony, gdzie program cieszy  
się dużym zainteresowaniem, są i takie, gdzie to zainte-  
resowanie jest nikłe. Zastanawiamy się, czy nie powtó-  
rzyć w takich miejscach spotkania. Nie wiemy, jaka jest  
przyczyna małego zainteresowania. Na Dolnym Śląsku  
odbyło się takie spotkanie, wypadło dobrze, zaintereso-  
wanie było spore, choć bywają rejony gdzie pojawiają  
się tłumy. Tu było umiarkowanie. Największe zaintere-  
sowanie tą inicjatywą było w województwach wschod-  
nych. Chętnie powtórzymy spotkanie w ramach programu  
„Oswoić ból” i nawiążemy współpracę izbami lekarski-  
mi. Spotkanie trwa kilka godzin i jest bezpłatne.

Akcja rozpoczęła się w połowie października 2014 r. konferencją zorganizowaną w Szczecinie, zatytułowaną „Leczenie bólu i promocja idei opieki paliatywnej” - ten tytuł towarzyszy wszystkim naszym spotkaniom. W tym samym miesiącu zorganizowaliśmy konferencję w Rzeszowie, a w grudniu ubiegłego roku był jeszcze Białystok. Kolejne spotkania w 2015 r. odbyły się jeszcze: w Warszawie, w Lublinie, we Wrocławiu, w Poznaniu, w Bydgoszczy, w Krakowie i w Gdańsku, w najbliższym czasie zawitamy do Olsztyna, a następnie ponownie odwiedzimy Warszawę. Jak zatem widać, nie we wszystkich miastach wojewódzkich odbyły się nasze konferencje, do takich należy m. in. Łódź, ale w najbliższym czasie nadrobimy tę zaległość. Wszystkie nasze dotychczasowe konferencje z cyklu „Oswoić ból” miały podobny przebieg. Rozpoczynały się sesją z udziałem zaproszonych gości - przedstawicieli władz lokalnych oraz dyrektorów placówek ochrony zdrowia, poświęconą finansowaniu oraz organizacji systemu opieki paliatywnej w Polsce, a także wycenie i kontraktowaniu świadczeń. W czasie tej sesji dokonywano również oceny poziomu opieki paliatywnej w danym województwie i zastanawiano się nad rozwiązaniami usprawniającymi jej działanie, co w konsekwencji ma doprowadzić do wyrównania znacznych różnic w tym zakresie, istniejących między poszczególnymi regionami. Natomiast druga sesja w całości poświęcona była merytorycznym wykładom przeznaczonym dla lekarzy i innych pracowników opieki zdrowotnej, podczas których omawiane były metody leczenia stosowane w opiece paliatywnej, najczęściej popełniane w tej dziedzinie błędy i sposoby ich eliminowania, w tym zwłaszcza w zakresie leczenia bólu.

Jednym z naszych zasadniczych celów jest zwalczanie opioidofobii wśród lekarzy. Panuje przekonanie, że wywołują one silne działania niepożądane, prowadząc m. in. do uzależnienia i niekorzystnych zmian w obsza-

rze percepcji otoczenia, wyrażania świadomych opinii itp. Takie wątpliwości mają również pacjenci i ich rodziny. To zrozumiałe, ale lekarz powinien je umiejętnie rozwiewać, tylko jak ma to zrobić, kiedy sam nie posiada wiedzy na temat mechanizmów działania i zasad stosowania tej grupy leków? Jednocześnie zaś nie wie, że w gruncie rzeczy niesteroidowe leki przeciwzapalne, które chętnie przepisuje, powodują więcej objawów niepożądanych niż leki opioidowe.

**Dr n. med. Aleksandra Ciałkowska-Rysz** - od lat realizuje misję poprawy sytuacji medycyny paliatywnej w Polsce. Kieruje Pracownią Medycyny Paliatywnej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi oraz Oddziałem Medycyny Paliatywnej Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego im. WAM - Centralny Szpital Weteranów, współpracuje też z Wojewódzkim Szpitalem Specjalistycznym im. M. Kopernika w Łodzi. W październiku 2015 r. została prezesem Polskiego Towarzystwa Medycyny Paliatywnej, jest redaktorem naczelnym czasopisma „Medycyna Paliatywna” i autorką licznych publikacji naukowych z tej dziedziny medycyny. Pełniła funkcję konsultanta wojewódzkiego (2004-08) oraz konsultanta krajowego w dziedzinie medycyny paliatywnej (2008-14), przewodniczyła Zespołowi ekspertów ds. opieki paliatywnej Ministerstwa Zdrowia (2013-14). Od trzynastu lat jest prezesem Stowarzyszenia Hospicjum Łódzkie, a od kwietnia 2015 r. - opiekunem merytorycznym Obywatelskiego Porozumienia na Rzecz Medycyny Paliatywnej.

**Dr hab. n. med. Wojciech Leppert** - specjalista chemioterapii nowotworów, medycyny paliatywnej i onkologii klinicznej. Katedra i Klinika Medycyny Paliatywnej Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu.

(przedruk z „Medium” nr 3/16)

### Zasady farmakoterapii bólu

1. U każdego pacjenta dokonać diagnostyki bólu, określając jego lokalizację, natężenie, dynamikę i charakter, a następnie niezwłocznie rozpocząć jego leczenie.
2. Lek wybrać w zależności od natężenia bólu i konkretnej sytuacji klinicznej. Uwzględnić dotychczas stosowane leczenie i preferencje pacjenta.
3. W przypadku bólu łagodnego zastosować niesterydowy lek przeciwzapalny lub paracetamol (jeśli nie ma przeciwwskazań).
4. Ból o natężeniu umiarkowanym można leczyć słabym opioidem (tramadol, dihydrokodeina, kodeina) lub niską dawką silnego opioidu. Unikać maksymalnych dawek słabych opioidów.
5. W przypadku bólu o natężeniu umiarkowanym do silnego zastosować silny opioid.
  - a) Jako lek pierwszego wyboru zalecić morfinę, oksykodon podane doustnie, najlepiej w formie tabletek o kontrolowanym uwalnianiu.
  - b) Alternatywnie, w przypadku stabilnego bólu, zastosować buprenorfinę lub fentanyl w plastrze. Pamiętać, że efekt przeciwbólowy pierwszego plastra wystąpi po ok. 12 godzinach - w tym czasie należy podawać leki o krótkim czasie działania.
  - c) Metadon zaleca się stosować przez doświadczonych specjalistów.
  - d) Petydyna i pentazocyna w bólu nowotworowym są przeciwwskazane

6. Leczenie silnymi opioidami rozpocząć od niskich dawek i zwiększać (miareczkować) do minimalnych dawek skutecznych. Silne opioidy nie mają dawki maksymalnej.
7. Do leku o długim czasie działania, podawanego w regularnych odstępach czasu, zawsze dołączyć jednocześnie lek ratunkowy o krótkim czasie działania w celu uśmierzenia zaostrzeń bólu. Pacjent otrzymuje dwie recepty: na lek na ból podstawowy i lek na ból przebijający.
8. W przypadku bólu neuropatycznego, do opioidu dodać lek przeciwdrgawkowy (karbamazepina, gabapentyna, pregabalina).
9. W bólu opornym na leczenie (brak skuteczności pomimo wysokich dawek) lub w sytuacji wystąpienia działań niepożądanych należy rozważyć zmianę drogi podania lub zamianę opioidu na inny (rotację).
10. 6. Objawy niepożądane opioidów takie jak nudności i wymioty, senność, zawroty głowy zazwyczaj mają charakter przemijający, nie zawsze wymagają leczenia. Depresja oddechowa przy prawidłowym stosowaniu się do zaleceń praktycznie nie występuje, zwykle jest wynikiem nieprawidłowego stosowania opioidów (np. zbyt szybko zwiększana dawka).
11. Jedynym działaniem niepożądanym, które nie przemija, ale nasila się wraz ze stosowaniem opioidów, jest zaparcie stolca. Zawsze wraz z rozpoczęciem stosowania opioidu zalecić lek przeczyszczający. Alternatywą jest stosowanie analgetyku opioidowego w połączeniu z antagonistą.
12. Przy wyborze leku oraz drogi podania uwzględnić sytuacje szczególne związane ze stanem klinicznym pacjenta (wiek podeszły, zaburzenia połykania, zaburzenia świadomości, zespoły uciskowe, niewydolność nerek lub wątroby, wyniszczenie). Terapia bólu powinna być zindywidualizowana.
13. Należy poinformować pacjenta i jego opiekunów o sposobie leczenia, konieczności regularnego stosowania leków, objawach niepożądanych i możliwościach ich łagodzenia.

Źródło: Ciałkowska-Rysz A., Dzierżanowski T, Podstawowe zasady farmakoterapii bólu u chorych na nowotwory inne przewlekłe, postępujące, zagrażające życiu choroby, Medycyna Paliatywna 2014; 6(1): 1-6. Za zgodą dr n. med. A. Ciałkowskiej-Rysz (przedruk z „Medium nr 3/16)

## ŻYWNOŚĆ TYPU „LIGHT” – ZAWIEDZONE NADZIEJE

Jednym z czynników decydujących o wprowadzeniu na rynek żywności produktów typu light była chęć korekty nieprawidłowości obserwowanych w żywieniu, takich jak nadkaloryczność diety, nadmiar w niej cukrów prostych czy nasyconych kwasów tłuszczowych. Są one jedną z przyczyn zwiększania się odsetka osób z nadmierną masą ciała i stanowią czynnik ryzyka rozwoju dietozależnych chorób cywilizacyjnych. W przekonaniu wielu osób włączenie do diety produktów zaliczanych do żywności funkcjonalnej, w tym produktów typu light, jest skutecznym sposobem na redukcję masy ciała. Część osób spożywa te produkty także przypadkowo, nie zwracając uwagi na rodzaj nabywanej żywności.

Definicja żywności light nie została dokładnie sprecyzowana i brakuje jej prawnego usankcjonowania. Zgodnie z Rozporządzeniem nr 1924/2006 Parlamentu Europejskiego i Rady w sprawie oświadczeń żywieniowych i zdrowotnych dotyczących żywności z dnia 20 grudnia 2006 r., oświadczenie, że produkt jest „lekki” oraz każde oświadczenie, które może mieć taki sam sens dla konsumenta, musi spełniać takie same warunki jak te, które ustalono dla terminu „zmniejszona zawartość”, oświadczeniu temu towarzyszy ponadto wskazanie na właściwość (właściwości), które sprawiają, że środek spożywczy staje się produktem „lekkim”. Oświadczenie „obniżona zawartość” może być stosowane tylko wówczas, gdy obniżenie zawartości wynosi co najmniej 30% w porównaniu

z podobnym produktem. Nie musi ono dotyczyć wartości energetycznej, ale może obejmować zawartość białka, tłuszczu czy węglowodanów. Można obniżyć w produkcie zawartość węglowodanów zastępując je tłuszczem i napisać, że produkt jest „light”, mimo że wartość energetyczna nie ulegnie zmianie. Może więc zdarzyć się, że konsument otrzyma produkt o takiej samej, a czasem nawet wyższej, wartości energetycznej niż jego tradycyjny odpowiednik. Jednak konsumentom żywność light kojarzy się tylko z produktami o obniżonej kaloryczności. Producenci stosują także wiele chwytów marketingowych, które mogą wprowadzać konsumentów w błąd. Dlatego nie należy sugerować się jedynie nazwą „lekki” czy „light”, i mieć świadomość, że produkt tak oznakowany nie zawsze musi być artykułem o istotnie obniżonej wartości energetycznej. Istotne jest śledzenie informacji umieszczonych na opakowaniach i porównywanie produktów light z produktami tradycyjnymi. Jednak, jak wynika z badań, konsumenci zwracają większą uwagę na umieszczone na opakowaniach oświadczenia żywieniowe niż na informacje żywieniowe.

Do podstawowych metod otrzymywania żywności typu light można zaliczyć zmniejszenie ilości tłuszczu i/ lub cukru w artykule tradycyjnym poprzez stosowanie zamienników tych składników pokarmowych o mniejszej lub zerowej wartości energetycznej. Dla producentów takie zmiany nie są zabiegiem łatwym, ponieważ

zarówno cukier jak i tłuszcz odgrywają ważną rolę nie tylko smakową, ale także organoleptyczną i technologiczną: biorą udział w tworzeniu konsystencji, struktury, wyglądu, zapachu. Warto zastanowić się, co sprawia, że czekolada bez cukru jest nadal słodka, a majonez odtłuszczony wciąż ma „tłustą” konsystencję. Usuwając tłuszcz lub cukier, trzeba produkt poddać dodatkowym zabiegom technologicznym, dodając substancje, które zastąpią usunięty składnik oraz sprawia, że produkt nadal będzie atrakcyjny sensorycznie.

Do zamienników cukru można zaliczyć: polialkohole, tj. sorbitol (E420), mannitol (E421), izomalt (E953), maltitol (E965), laktitol (E966), ksylitol (E967) oraz substancje intensywnie słodzące, do których należą: acesulfam K (E950), aspartam (E951), kwas cyklaminowy i jego sole: sodowa i wapniowa (E952), sacharyna i jej sole: sodowa, potasowa, wapniowa (E954), taumatyna (E957), neohesperydyna DC (E959) i neotam (E961).

Wartość energetyczną produktów można również obniżyć stosując zamienniki tłuszczu. Do grupy substancji zastępujących tłuszcz należą:

- **substytuty tłuszczu** – nie są one rozkładane przez enzymy trawienne w przewodzie pokarmowym człowieka, w związku z czym nie dostarczają organizmowi wartości energetycznej. Można do nich zaliczyć, np. poliestry sacharozy zwane Olestrą, wykorzystywane głównie w produkcji słonych przekąsek i krakersów,
- **tłuszcze wytwarzane z oleju palmowego i kokosowego**, zawierające średniołańcuchowe kwasy tłuszczowe. Charakteryzują się one nieco mniejszą wartością energetyczną niż długołańcuchowe kwasy tłuszczowe. Wynosi ona 8,3 kcal/g (długołańcuchowe – 9 kcal/g),
- **mimetyki** – substancje zmodyfikowane w celu zbliżenia ich cech do cech tłuszczu. Można wyróżnić dwie grupy mimetyków: otrzymywane z substratów węglowodanowych, np. gumy, pochodne skrobi, celulozy, które służą głównie jako substancje zagęszczające i żelujące, oraz mimetyki otrzymywane z substratów białkowych, tj. albuminy, globuliny, kazeiny. Posiadają właściwości zagęszczające, emulgujące i wiążące wodę oraz nadają odpowiednią smarowność produktom,
- **emulgatory** – ich zastosowanie w produktach umożliwia wytworzenie stabilnej i trwałej emulsji. Zaliczamy do nich np. lecytynę oraz mono- i diacyloglicerole kwasów tłuszczowych.

Wprowadzenie na rynek żywności light wiązało się z dużymi oczekiwaniami ze strony konsumentów. Sądzono, że rozwiąże ona problem nadmiernej masy ciała i będzie można ją traktować jako element zdrowego stylu życia. Biorąc pod uwagę fakt nadal wzrastającej częstości występowania otyłości, pomimo obecności żywności typu light na rynku, można przypuszczać, że żywność

ta nie spełniła oczekiwań odbiorców, a czasami stwarza dodatkowe ryzyko zdrowotne związane z niekorzystnym oddziaływaniem na organizm człowieka składników, którymi zastępuje się komponenty eliminowane z żywności tradycyjnej. Przykładem takiego składnika jest aspartam, który stosowany jest jako zamiennik sacharozy. Podczas trawienia rozkładany jest on na fenyloalaninę i z tego powodu nie może być spożywany przez osoby cierpiące na fenyloketonurię. Badania na szczurach wykazały ponadto, że może mieć działanie rakotwórcze. Jednak obecne spożycie aspartamu nie powinno stanowić zagrożenia dla konsumentów, gdyż jest 4-krotnie niższe niż jego dopuszczalne dzienne spożycie (ADI). Zagrożenie dla zdrowia w postaci odwodnienia, strat witamin i składników mineralnych może stanowić również nadmierne spożycie zamienników cukru, tj.: sorbitolu, mannitolu i ksylitolu. Nadmierna podaż tych substancji może wywołać niestrawność, biegunki i wzdęcia. Sacharoza zastępowana jest głównie słodzikami, zdarza się jednak, że wykorzystywana jest również w tym celu fruktoza. Posiada ona większą siłę słodzącą niż sacharoza i ma niższy indeks glikemiczny. Jednak zbyt duże spożycie produktów bogatych we fruktozę może przyczynić się do wzrostu stężenia triacylogliceroli i cholesterolu we krwi, a w konsekwencji do rozwoju chorób układu krążenia, odkładania tłuszczu okołonarządowego oraz otyłości.

Nadmierna konsumpcja produktów light może skutkować również niedoborem tłuszczów w diecie. Ponadto obniżenie zawartości tłuszczu w celu zmniejszenia wartości energetycznej produktów skutkuje obniżeniem zawartości w tej żywności witamin rozpuszczalnych w tłuszczach (A, D, E i K). Niekorzystne dla zdrowia okazują się również substytuty, którymi zastępuje się tłuszcz w żywności. Wykazano, że Olestra zmniejsza absorpcję witamin rozpuszczalnych w tłuszczach i może wywoływać takie dolegliwości jak: biegunki, wzdęcia i nudności. Udowodniono również, że obecność Olestry w diecie może wiązać się z nadmiernym apetytem i wzmocnionym pobieraniem pokarmu.

Przykładem emulgatorów, poprawiających konsystencję produktów, są roztwory preparatów białkowych z jaj lub mleka. Wymienione produkty, należące do częstych alergenów, mogą stanowić istotne zagrożenie dla zdrowia konsumentów żywności light, nieświadomych ich obecności w spożywanych produktach. Ponadto substancje te są preparatami białkowymi, w związku z czym zwiększają ogólną zawartość białka w gotowym produkcie, a tym samym w diecie, co nie jest obojętne dla zdrowia.

Pojawiły się także doniesienia kwestionujące niebezpieczeństwo stosowania karagenu, który jest związkiem biologicznie aktywnym, stosowanym jako substancja zagęszczająca. Wysłunięto hipotezę, że związek powstający w wyniku hydrolizy karagenu może zwiększać częstotliwość występowania raka sutka.

Wykazano także, że osoby sięgające po żywność light często zjadają jej więcej, prowadząc tym samym do powstania dodatniego bilansu energetycznego. Konsumenci nie zawsze są świadomi, że żywność light nie musi charakteryzować się niższą wartością energetyczną, a część z nich rekompensuje jej pozornie zmniejszoną kaloryczność większym spożyciem. Przeprowadzono także badania, w których szczury karmiono jogurtem słodzonym glukozą lub sacharyną. Stwierdzono, że zwierzęta karmione sztucznym dodatkiem słodzącym spożywały w ciągu całego dnia więcej kalorii niż grupa kontrolna, szybciej przybierały na wadze oraz miały wyraźnie większe problemy z jej utratą. Przyczyną była najprawdopodobniej zdolność słodzika do zaburzania równowagi pomiędzy uczuciem głodu i sytości. Wykazano także, że metabolizm badanych szczurów wykazywał adaptację do spożywania sacharyny. W naturalnych warunkach temperatura ciała rośnie, gdy zwierzę przygotowuje się do posiłku. Po pewnym czasie karmienia jogurtem z sacharyną okazało się jednak, że organizm szczurów wykazywał brak naturalnego związku pomiędzy wartością energetyczną słodkich produktów i ich smakiem, a wzrost temperatury przed posiłkiem był znacznie mniejszy – metabolizm szczura przedstawiał się najprawdopodobniej na tryb „oszczędzania energii”. Ponowna zmiana metabolizmu podczas powrotu do konsumpcji posiłków słodzonych tradycyjnie trwała dłuższy okres czasu, podczas którego zwierzęta nadal zużywały mniej energii, choć przyjmowały jej znacznie więcej.

Ograniczenie ilości cukru czy tłuszczu nie pozbawia żywności innych niepożądanych dla zdrowia składników. Pijąc colę w wersji light, „oszczędzamy” na szklance ok. 100 kcal, ale pamiętajmy, że zarówno ta z cukrem, jak i light zawiera kofeinę, karmel amoniakalno-siarczynowy i kwas ortofosforowy, który zakwasza organizm oraz zaburza gospodarkę wapniową.

Należy jednak zauważyć, że Polskie Towarzystwo Badań nad Otyłością i Polskie Towarzystwo Diabetologiczne potwierdzają bezpieczeństwo stosowania niskokalorycznych substancji słodzących w produktach żywnościowych i rekomendują zastępowanie nimi sacharozy przez osoby z rozpoznaną nadwagą i otyłością, szczególnie w sytuacji występowania zaburzeń gospodarki węglowodanowej (nieprawidłowej glikemii na czczo, nietolerancji glukozy i cukrzycy typu 2).

Jednak spożywanie produktów spożywczych, których kaloryczność została obniżona dzięki zastosowaniu niskokalorycznych substancji słodzących czy substytutów tłuszczu, nie może być jedynym elementem zmian stylu życia. Jest tylko sposobem na zaspokojenie potrzeby odczuwania słodkiego smaku, bez spożywania mono- i disacharydów. U osób zdrowych gwarancję utrzymania lub uzyskania prawidłowej masy ciała dają tylko racjonalna, prawidłowo zbilansowana dieta i regularna aktywność fizyczna.

## Literatura

1. Borowy T., Kubiak M. 2013. Dodatki kształtujące strukturę żywności – część I. Przegląd Żywnościowo-Młynarski, 8, 8-9.
2. Borowy T., Kubiak M.S. 2013. Dodatki kształtujące strukturę żywności” cz. II Przegląd Żywnościowo-Młynarski, 9, 16-17.
3. Bravata D.M., Sanders R., Huang J., Krurnholz H.M., Olkin I., Gardner C.C. 2003. Efficacy and safety of low-carbohydrate diets. A systematic review. JAMA, 289(14), 1837-1850.
4. Butchko H.H., Stargel W.W., Comer C.P., et al. 2002. Aspartame: Review of Safety. Regulatory Toxicology and Pharmacology, 35, 1-93.
5. Flaczyk E., Kobus J., Korczak J. 2006. Assessment of consumption of „light” food by students. ACTA Scientiarum Polonorum Technologia Alimentaria, 5(1), 173-181.
6. Gajewska D., Bawa S., Myszkowska-Ryciak J. 2010. Strategie leczenia dietetycznego otyłości - czy istnieje optymalna dieta? Kosmos. Problemy Nauk Biologicznych, 59, 3-4, 385-393.
7. Rozporządzenie nr 1924/2006 Parlamentu Europejskiego i Rady w sprawie oświadczeń żywieniowych i zdrowotnych dotyczących żywności z dnia 20 grudnia 2006 r.
8. Seneff S., Wainwright G., Mascitelli L. 2011. Is the metabolic syndrome caused by a high fructose, and relatively low fat, low cholesterol diet? Archives of Medical Science, 7(1), 8-20.
9. Stanowisko Polskiego Towarzystwa Badań nad Otyłością i Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego w sprawie stosowania niskokalorycznych substancji słodzących. Endokrynologia, Otyłość i Zaburzenia Przemiany Materii 2012, 8, 4 143-144.
10. Świąder K., Waszkiewicz-Robak B., Świdorski F. 2011. Substancje intensywnie słodzące – korzyści i zagrożenia. Problemy Higieny i Epidemiologii, 92(3), 392-396.
11. Swithers S.E., Baker C.R., Davidson T.L. 2009. General and persistent effects of high-intensity sweeteners on body weight gain and caloric compensation in rats. Behavioral Neuroscience, 123(4), 772-780.
12. Swithers S.E., Davidson T.L. 2008. A role for sweet taste: calorie predictive relations in energy regulation by rats. Behavioral Neuroscience, 122(1):161-73. doi: 10.1037/0735-7044.122.1.161.
13. Tobacman J.K., Wallace R.B., Zimmerman M.B. 2001. Consumption of carrageenan and other water-soluble polymers used as food additives and incidence of mammary carcinoma. Medical Hypotheses, 56(5), 589-598.

Dr hab. inż. Joanna SADOWSKA  
(przedruk z „Vox Medici” nr 2/16)



# JAK POKONAĆ NADCIŚNIENIE TĘTNICZE

**Z dr. n. med. Aleksandrem Prejbiszem z Kliniki Nadciśnienia Tętniczego Instytutu Kardiologii w Warszawie rozmawia Małgorzata Skarbek**

***Dane statystyczne nie pozostawiają złudzeń. Nadciśnienie tętnicze to prawie epidemia.***

Nadciśnienie tętnicze należy w Polsce do najczęściej występujących chorób. Cierpi na nie około 1/3 dorosłych mieszkańców, czyli blisko 11 mln ludzi. Wiele osób w ogóle nie zdaje sobie sprawy, że ma nadciśnienie tętnicze. Wyniki badania NATPOL 2011 mówią o około 1/4 chorych. To jest dużo. Osoby te nie mają wykonywanych pomiarów ciśnienia, nie znają stanu swojego zdrowia.

Polskie Towarzystwo Nadciśnienia Tętniczego zaleca, aby u każdej dorosłej osoby raz w roku wykonywany był pomiar ciśnienia tętniczego. Na pewno okazją do tego są badania okresowe, których wykonanie część pracodawców egzekwuje dość skrupulatnie. Spotykamy się z przypadkami wykrycia nadciśnienia w efekcie takich badań. Ale pomiar powinien być wykonany podczas każdej wizyty w gabinecie

lekarskim, nawet wtedy, gdy chory przychodzi z zupełnie innym problemem zdrowotnym. Powinien go robić nie tylko lekarz rodzinny, ale każdy specjalista.

Następna grupa to osoby, które wiedzą, że mają nadciśnienie, ale się nie leczą. Tu dochodzimy do istotnego problemu związanego z tą chorobą. Różni się ona od innych tym, że jest bezbolesna i bezobjawowa przez długi czas. Przekonać kogoś, kto ma 40 lat, aby do końca życia co rano brał tabletkę, a czasami kilka w ciągu dnia, jest trudno. Szczególnie w przypadku choroby, która nie boli. Dawniej bywało nawet tak, że gdy pacjent zaczynał się leczyć, pojawiała się więcej dolegliwości, niż miał wcześniej. Obecnie już tak nie jest, bo dostępne leki hipotensyjne na ogół nie powodują działań niepożądanych. Istnieją preparaty leków długo działających, stosowane raz na dobę, również w postaci preparatów złożonych. Zatem nawet jeśli trzeba stosować dwa - trzy leki, zwykle są zawarte w jednej tabletkce. Tak jak wspomniałem, odsetek działań niepożądanych jest niewielki. Można brać leki przez całe życie i nie mieć żadnych ubocznych dolegliwości, a wręcz odwrotnie, tylko odnosić korzyści z leczenia. Zapobiegamy przecież udarom mózgu i zawałom serca.

***Jakie są docelowe wartości ciśnienia tętniczego?***

Obecnie uważa się, że w przypadku większości chorych należy dążyć do wartości niższych niż 140/90 mm Hg. U chorych z cukrzycą rozkureczowe ciśnienie tętnicze powinno być obniżone do wartości mniejszych niż 85 mm Hg, natomiast u pacjentów w wieku bardzo podeszłym, czyli powyżej 80. roku życia, skurczowe ciśnienie tętnicze docelowo powinno wynosić mniej niż 150 mm Hg.

Istnieją kontrowersje dotyczące zagadnienia, do jakich wartości obniżać ciśnienie tętnicze. Niektórzy

badacze uznają tzw. zjawisko krzywej J za miernik zależności między wysokością ciśnienia tętniczego a ryzykiem sercowo-naczyniowym. Obniżenie ciśnienia tętniczego do zbyt małych wartości może być bowiem ich zdaniem związane ze zwiększeniem ryzyka sercowo-naczyniowego. Uważa się, że zjawisko krzywej J może występować u chorych bardzo obciążonych, z nasiloną miażdżycą tętnic wieńcowych. U pozostałych pacjentów raczej nie występuje, szczególnie w odniesieniu do ryzyka udaru mózgu

***Hipertensjologia stosunkowo niedawno stała się odrębną dziedziną. Kiedy kierować chorego do hipertensjologa?***

W województwie mazowieckim można kierować chorych do poradni nadciśnienia tętniczego zarówno działających przy klinikach nadciśnienia tętniczego, jak i pracujących samodzielnie. Powinni być do nich kierowani przede wszystkim chorzy z objawami wskazującymi na wtórne nadciśnienie tętnicze oraz tacy, u których nie udaje się kontrolować ciśnienia tętniczego za pomocą trzech leków hipotensyjnych, z uwzględnieniem diuretyku, czyli chorzy z nadciśnieniem tętniczym opornym.

***Jaka jest rola pomiarów ciśnienia tętniczego poza gabinetem lekarskim?***

Na przestrzeni ostatnich lat opublikowano wiele badań, które pozwoliły na wyodrębnienie szeregu sytuacji klinicznych, w których pomiary ciśnienia tętniczego poza gabinetem lekarskim mają szczególną rolę

Istnieje m. in. grupa osób, które mają prawidłowe ciśnienie w gabinecie lekarskim, a podwyższone poza nim. Mówimy wówczas o tzw. nadciśnieniu tętniczym ukrytym. Niektóre badania wskazują, że nawet 10% populacji może cierpieć na taki rodzaj nadciśnienia. Wtedy rozpoznanie opiera się na pomiarach samodzielnych i całodobowej rejestracji. Chorzy ci charakteryzują się wyższym ryzykiem sercowo-naczyniowym, niż pacjenci z prawidłowym ciśnieniem tętniczym w pomiarach poza gabinetem. Jest ono porównywalne z ryzykiem u chorych z podwyższonymi wartościami ciśnienia tętniczego zarówno w pomiarach w gabinecie, jak i poza nim. Według europejskich wytycznych postępowania w nadciśnieniu tętniczym chorzy z tzw. ukrytym nadciśnieniem powinni być leczeni hipotensyjnie.

U niektórych pacjentów występuje odwrotne zjawisko: wartości ciśnienia mierzonego w domu są prawidłowe, w gabinecie – podwyższone. Nazywamy to nadciśnieniem „białego fartucha”. U tych osób pomiar w gabinecie związany jest z niepokojem, stresem. W tej chwili coraz większy nacisk kładzie się na weryfikację rozpoznania nadciśnienia w gabinetach. Przed rozpoczęciem leczenia pacjenta, któ-

ry ma nieznacznie podwyższone wartości ciśnienia w gabinecie, zalecamy samodzielne pomiary w domu albo całodobową rejestrację. To zweryfikuje rozpoznanie.

Wytyczne brytyjskie dla lekarzy rodzinnych kilka lat temu, jako pierwsze na świecie, zalecały, aby chorych z nadciśnieniem rozpoznany po raz pierwszy w gabinecie lekarskim kierować na całodobową rejestrację ciśnienia tętniczego. Najnowsze wytyczne Polskiego Towarzystwa Nadciśnienia Tętniczego częściowo poszły w tym kierunku. Pacjentom z nadciśnieniem pierwszego stopnia i umiarkowanym ryzykiem sercowo-naczyniowym polecamy sprawdzanie jego wartości poza gabinetem lekarskim w celu weryfikacji rozpoznania nadciśnienia tętniczego.

***Wśród pacjentów utrzymuje się przekonanie, że pomiary domowe są mniej wiarygodne, że nie wszystkie aparaty są dokładne.***

Obowiązujące wytyczne zalecają, by chorzy pomiary w domu robili według następującego schematu. Przed wizytą u lekarza należy wykonywać przez siedem dni dwa pomiary rano i dwa wieczorem. Ranne - przed przyjęciem leków i przed śniadaniem. Wieczorne - przed posiłkiem i przyjęciem leków, jeżeli się je stosuje. Zapis wyników chory przynosi na wizytę. Wiemy z badań, że takie pomiary są zgodne z całodobowymi pomiarami ciśnienia, a więc wiarygodne. Poza siedmiodniowymi okresami wystarczy wykonywanie pomiarów ciśnienia raz - dwa razy w tygodniu. Nie ma potrzeby mierzenia częściej. Jeżeli chory ma wątpliwości co do wiarygodności swojego aparatu, powinien przynieść go na wizytę lekarską. Wtedy można porównać pomiary aparatem pacjenta i lekarza.

(przedruk z „Pulsu” nr 10/15)

## HERBATA JEST DOBRA NA WSZYSTKO...

Jest najstarszym spożywanym przez człowieka napojem zawierającym kofeinę (teinę). W Polsce pije ją regularnie 96% mieszkańców. Najczęściej jest to herbata czarna, ale coraz częściej Polacy piją herbatę zieloną. Już od 4 tys. lat stosowana jest w medycynie chińskiej. Zнали ją starożytni Grecy i chętnie zalecali w przypadku astmy i przeziębień. Była nazywana „liściem bożym” czy „eliksirem życia”. Według legendy herbatę odkrył chiński cesarz i zielarz Shennong. Do Europy sprowadzili ją Holendrzy na początku XVII w. Anglicy niemal natychmiast uznali ją za napój narodowy - na początku pili ją rano, potem przy każdej okazji, aż do czasu gdy księżna Bedford w połowie XIX w. wprowadziła zwyczaj picia herbaty o piątej po południu (five o'clock). Początkowo uważano, że jest ona panaceum na wszystkie dolegliwości. Do Polski dotarła z Francji pod koniec XVII w. i była traktowana jako ziele lecznicze, a ze względu na wysoką cenę przez długi czas spożywana była tylko przez bogatą szlachtę i mieszczaństwo.

Z tego samego krzaka można uzyskać różne rodzaje herbat w zależności od technologii obróbki - czarna, zielona, biała, czerwona, żółta i inne. W Europie najczęściej spożywana jest herbata czarna i zielona.

Czarną otrzymuje się w wyniku skomplikowanego procesu, który obejmuje: wędnięcie, zwijanie, suszenie, fermentację i ponowne suszenie. Należy zalewać ją wrzącą wodą na okres 3-5 minut. Początkowo pobudza, później uspokaja. Substancjami pobudzającymi są alkaloidy - teina, teobromina i teofilina. Najbardziej aktywnej teiny herbata zawiera 2-5%. Działa podobnie jak kofeina - skutecznie usuwa zmęczenie, poprawia koncentrację, zwiększa sprawność, nieznacznie podnosi ciśnienie krwi. Działanie pobudzające jest jednak krótkotrwałe. Po kilku minutach do wody przenikają katechiny i tani-

na, wiążące teinę - co sprawia, że napój powoli nabiera działania uspakajającego.

Natomiast herbatę zieloną uzyskuje się poddając ją działaniu pary wodnej, co powstrzymuje proces fermentacji, a w listkach pozostają wszystkie najważniejsze składniki. Nie należy zaparzać jej wrzącą wodą, natomiast przegotowaną wodę nieco ostudzić, wsypać herbatę i odczekać 3-5 minut.

Duża zawartość składników mineralnych sprawia, że możliwe jest trzykrotne zaparzenie listków. Pije się ją bez cukru i 30 minut po posiłku! Wartość zdrowotną zielona herbata zawdzięcza prozdrowotnym składnikom. Dzięki unieczynnieniu w procesie produkcyjnym oksydazy polifenolowej, zawartość wartościowych polifenoli - katechin wynosi nawet 80% i jest znacznie wyższa niż w herbacie czarnej (20-30%). Polifenole wykazują właściwości antyoksydacyjne (przeciwutleniające). Zmniejszają aktywność agregacyjną płytek, wykazują osłonowe działanie na śródbłonek naczyń krwionośnych i powodują uwalnianie substancji rozszerzających naczynia. Hamują także migrację komórek mięśni gładkich z blaszki środkowej tętnic przez błonę podstawną, opóźniając rozwój zmian miażdżycowych. Korzystny wpływ na gospodarkę lipidową polifenole wywierają hamując aktywność lipazy w przewodzie pokarmowym. Według naukowców z amerykańskiego National Center Institute - katechiny zawarte w zielonej herbacie mogą hamować namnażanie się komórek nowotworowych. Potwierdzili to badacze z Japońskiego Instytutu Genetycznego. Wyizolowali oni z tej herbaty katechinę, działającą także antynowotworowo chroniąc komórkę przed uszkodzeniem, a jednocześnie pobudzając ją do wytwarzania enzymów antyoksydacyjnych. Jest to galusan epigallokatechiny (EGCG). Odkrycie to potwierdzają również na-

ukowcy z Instytutu Karolińska w Sztokholmie. Substancja ta hamuje w ogniskach nowotworowych powstawanie nowych naczyń (angiogeneza), co wpływa na opóźnienie rozwoju nowotworu i zwiększa szansę na leczenie. Potwierdzili także, że ta substancja usuwa wolne rodniki odpowiedzialne m. in. za proces starzenia się organizmu, zapobiega degradacji mózgu - co zapewnia dobrą pamięć. Kilka lat temu naukowcy z Kalifornii opublikowali wyniki swoich prac, dowodzące, że picie czarnej lub zielonej herbaty może hamować rozwój raka prostaty. Przedstawiono także prace, z których wynika, że kobiety, które piją co najmniej dwie filiżanki herbaty dziennie, są mniej narażone na rozwój raka jajnika, niż ich rówieśniczki nie pijące herbaty. Te efekty są wynikiem m. in. blokowania przez polifenole nitrozoamin i aktywności kancerogenów. Natomiast naukowcy Uniwersytetu Okayama w Japonii opublikowali badania, które dowodzą, że w przypadku osób w starszym wieku, regularne picie zielonej herbaty zmniejsza ryzyko rozwoju chorób układu krążenia o 70% (wspomniane wyżej działanie przeciwmiażdżycowe).

Herbacie przypisuje się również wiele innych korzyści - na przykład, że pomaga w zwalczaniu wirusów i bakterii, pomaga w leczeniu biegunek, przeciwdziała powstawaniu próchnicy zębów, poprawia elastyczność skóry, a nawet zapobiega zakrzepicy (tylko w przypadku herbaty zielonej). Herbata zawiera liczne witaminy - C, B, K, PP, E, A oraz związki mineralne.

Ważne jest też, jak się pije herbatę. W Chinach i Japonii, jest to skomplikowany rytuał. Anglicy natomiast piją herbatę z mlekiem, które najpierw wlewa się do kubka,

a dopiero po nim napar. Polacy herbatę piją najczęściej z cukrem lub miodem i cytryną. Picie z cytryną należy jednak ograniczyć, ponieważ w liściach herbaty znajduje się glin, który łączy się z kwasem cytrynowym i powstaje cytrynian glinu. Jest to związek łatwo przyswajalny przez organizm, a niektórzy naukowcy uważają, że może przyspieszać powstanie choroby Alzheimera. Także cytryna i garbnik z herbaty - tanina, wiąże się z cząsteczkami żelaza z pokarmu lub leku i utrudnia wchłanianie do organizmu i tkanek. Po spożyciu leku z żelazem należy odczekać co najmniej 30 minut, aż żelazo ulegnie wchłonięciu. Nie należy pić herbaty zielonej z półek sklepowych, ponieważ zawiera niewielką ilość ekstraktu tej herbaty (około 0,15%) oraz zawiera cukier, a także winny otyłości syrop glukozowo-fruktozowy.

Reklamowane są tzw. herbaty funkcjonalne, które mają odchudzać - nie jest to jednak zgodne z prawdą. Same herbaty nie odchudzają.

Ważny jest również sposób przechowywania herbaty. Światło, wysoka temperatura, otoczenie oraz tlen pozabawiają ten napój polifenoli (badania z Uniwersytetu w Glasgow), a herbata zielona traci wartości zdrowotne po czterech miesiącach.

Powszechnie uważa się, że herbata jest zdrowsza od kawy. Jednak na wszystkich dużych konferencjach, sympozjach, w programach obrad organizatorzy piszą: „przerwa na kawę”. Ale jest tam zarówno kawa, jak i herbata dobra na wszystko - można więc wybierać!

Włodzimierz JANISZEWSKI  
Lekarz specjalista epidemiolog  
(przedruk z „Doktora” nr 4/15)

## WSZYSCY KŁAMIAJ – CZY DR HOUSE MIAŁ RACJĘ?

„Największą karą dla kłamcy jest nie to, że ktoś mu nie uwierzy, ale to, że on sam nie potrafi uwierzyć nikomu”.  
George Bernard Shaw (1856-1950)

*Everybody lies* („Wszyscy kłamią”) - taki napis na koszulce nosił główny bohater popularnego serialu telewizyjnego „Dr House”, w którego przez osiem sezonów wcielał się brytyjski aktor, scenarzysta filmowy, pisarz i muzyk Hugh Laurie. Czy tak jest rzeczywiście?

Prof. Robert Feldman, psycholog z University of Massachusetts w Amherst, uważa, że średnio co 10 minut wypowiadamy trzy kłamstwa. - *Sam bytem zaskoczony, kiedy to odkryłem. Zanim rozpocząłem badania, sądziłem, że kłamstwo zdarza się rzadko* - mówi Feldman i przypomina, że już dzieci między drugim a trzecim rokiem życia uczą się tej umiejętności. Udadą wtedy płacz lub śmiech, aby zwrócić na siebie uwagę.

Ale zostawmy dzieci. Już jako dorośli najczęściej oszukujemy na randkach i podczas rozmów o pracę. Steven D. Levitt, autor książki „Freakonomika”, jako

przykład podaje wyniki własnych badań, które dowodzą, że nieprawdziwe informacje znalazły się w ponad połowie CV.

Kłamstwom sprzyjają nowe narzędzia komunikacji. Jak wynika z badań Mattitiahu Zimblera z University of Massachusetts w Amherst, opublikowanych na łamach „Journal of Applied Social Psychology”, posługiwanie się kłamstwem łatwiej przychodzi nam w e-mailach i SMS-ach, niż w sytuacjach, gdy jesteśmy z rozmówcą twarzą w twarz (badanie przeprowadzono na grupie 220 studentów).

A jaka jest skala i zakres tego zjawiska w relacjach lekarz-pacjent? Interesujące wyniki uzyskała Klinika Kardiologii Szpitala Uniwersyteckiego nr 1 w Bydgoszczy, która przez dwa lata obserwowała 200 osób po zawale serca. - *Wszystkich pytaliśmy, czy regularnie bio-*

► *raę leki i stosują się do wytycznych. 95% odpowiedziało twierdząco, tylko 5% przyznało, że niekoniecznie* - mówi prof. Jacek Kubica, szef kliniki. Jednak lekarze nie uwierzyli w otrzymane deklaracje i postanowili sprawdzić, jak wygląda stan faktyczny. Przepisane w klinice leki były refundowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Wystarczyło zatem sprawdzić, ilu chorych wykupiło leki wymienione na receptach. Warto w tym miejscu dodać, że podstawowa terapia po zawale serca nie jest droga, jej koszt to około 35 zł miesięcznie. - *Okazało się, że połowa pacjentów nie zrealizowała recept. A skoro nie kupili leków, to nie mogli ich zażywać, choć tak deklarowali* - mówi prof. Kubica i z żalem podsumowuje: - *Jesteśmy ofiarami swojego sukcesu. Kiedy dochodzi do zawału serca, chory odczuwa ogromny ból, boi się śmierci. Jednak gdy wykonamy angioplastykę, czyli półgodzinny zabieg udrażniający naczynia, ból ustępuje, a pacjent czuje się dobrze. Po co brać leki, skoro nic nie boli? Tak myśli wiele osób. Nie rozumieją, że leki nie są po to, by leczyć zawał, bo ten już był, ale by zapobiegać kolejnym. Trzeba powiedzieć jasno: chory, który rezygnuje z brania leków, naraża się na śmierć.*

Szersze badania na ten temat przeprowadził największy w Polsce serwis internetowy dla lekarzy [Esculap.com](http://Esculap.com). Elektroniczną ankietę wypełniło 1350 medyków. Niespełna połowa (48%) na pytanie „Czy Twoi pacjenci kłamią?” odpowiedziała: „Tak, od czasu do czasu”, prawie co trzeci lekarz (29%) wybrał odpowiedź „Tak, bardzo często”, a jedynie co szósty (16%) zaznaczył, że wprowadzie jego pacjenci kłamią, ale czynią to rzadko. Tylko 4% medyków biorących udział w badaniu odpowiedziało, że ich pacjenci zawsze starają się mówić prawdę. 3% lekarzy udzieliło „wymijającej” odpowiedzi, że nie mają bezpośredniego kontaktu ze swoimi pacjentami.

Uczestnicy ankiety podzielili się jednocześnie doświadczeniami z własnej praktyki. „Pacjent wezwał karetkę. Zadaję mu pytanie: - Co Panu dolega? - Jest Pan lekarzem, to Pan powinien to wiedzieć - pada odpowiedź. Ja na to: - Jestem lekarzem, ale nie jestem Bogiem. Smutne jest to, że do kłamstw namawiają pacjentów... inni lekarze. Często chorzy ukrywają bądź symulują objawy oraz sposoby leczenia. Od kilku lat, aby uzyskać szybki dostęp do badań w szpitalu, podają fałszywe objawy, np. krwawienie z przewodu pokarmowego (nieraz do wyszkoleni przez nieuczciwych medyków, oczywiście chwalonych za to przez lud). Stąd znaczna ilość badań gastro- oraz kolonoskopowych, finansowanych przez NFZ” - napisał jeden z medyków. Inny zauważył, że „pacjenci często kłamią co do daty powstania np. obrażenia, ponieważ nie chcą z tym iść do lekarza rodzinnego i do poradni chirurgicznej lub ortopedycznej. Wolą kłamać po wyjściu na SOR lub izbę przyjęć w szpitalu. Po krótkiej rozmowie wielu przyznaje się, że lekarz rodzinny im »poradził«: - Niech pan/-i idzie do szpitala i powie, że stało się to dzisiaj, bo wtedy muszą pana/

-ią przyjąć i zrobić komplet badań. Dzięki temu nie będzie musiał/a pan/-i czekać w kolejce do poradni”. Część chorych kłamała, gdyż chciała „sprawdzić” rozpoznanie u innego lekarza: „Wykonuję badania ultrasonograficzne. Często zdarza się, że pacjenci podczas badania USG lub Dopplera nie podają poprzednich wyników badań, by po wyjściu na korytarz porównać uzyskany właśnie wynik z innymi”.

Kłamanie nie jest niestety obce także rodzicom przychodzącym do lekarza z chorym dzieckiem: „Rodzice kłamią zwykle wtedy, kiedy uważają, że mogli w jakiś sposób zaszkodzić swemu dziecku (jestem lekarzem pediatrą). Albo gdy chcą uzasadnić wizytę z dzieckiem w izbie przyjęć szpitala inaczej niż niechęcią do stania w kolejce u lekarza rodzinnego, a istotnych powodów zdrowotnych ku temu nie ma. Najbezpieczniej jest jednak zawsze przyjąć, że rodzic mówi prawdę i najpierw pomóc dziecku, a potem dopiero deliberować”. Część pacjentów kłamię, nie zdając sobie do końca sprawy z niebezpieczeństwa takiego postępowania. Nieraz niezgodnie z prawdą mówią, że nic nie jedli i nie pili w okresie przedoperacyjnym, mimo pouczeń i podpisywanego oświadczenia. Szczególnie często kłamią, gdy chodzi o ich własne dzieci tuż przed znieczuleniem: „On tak prosił, a przecież jest w szpitalu i nie pozwolicie, żeby mu się przez to coś stało”.

Na szczęście reguła ta nie dotyczy najmniejszych gości gabinetów pediatrycznych: „Moi pacjenci to dzieci. One, przede wszystkim te młodsze, nie potrafią jeszcze kłamać. Starszym dzieciom to już się niestety zdarza (vide: ucieczka przed sprawdzianem w szkole)”. Część chorych mija się z prawdą, gdyż... nie chce martwić swoich lekarzy: „Najczęstsze kłamstwo to zaniżanie wyników glikemii. Kiedyś trafił mi się pacjent z... dwiema książeczkami profilu glikemii - prawdziwą i sfałszowaną. Pomyliły mu się i wszystko wyszło na jaw. Nie chciał martwić lekarza (sic!), bo niestosował zalecanej diety, ale wartości HbA1c nie udało mu się już zmienić”.

Są też sytuacje, w których szczególnie trudno uzyskać od pacjenta prawdziwe i pełne informacje. „Seksuologia, to dziedzina, w której szcera rozmowa, zaufanie i wstyd przeplatają się przez cały czas. Dużo czasu mija zanim pacjenci naprawdę przestają mieć hamulce przed powiedzeniem lekarzowi o tym, czego nie chcą powiedzieć nikomu. A to właśnie często podstawa dobrej i pełnej diagnozy, a co za tym idzie i możliwości wdrożenia prawidłowego i skutecznego procesu leczenia. Kłamią nie z powodu złej woli czy braku wiary w wyliczenie. Nie wierzą w to, że ich ktoś naprawdę wysłucha, zrozumie i nie będzie oceniał. Kłamią, bo dopóki nie zobaczą, że warto opowiedzieć o traumach czy np. głupotach, w które sami się wpędzili, i nie zostaną skrytykowani, do prawdy będzie daleko. W normalnym procesie leczenia mało który lekarz ma czas porozmawiać z pacjentem, wysłuchać go, wypytać. Te kilka minut, któ-

re mamy dla pacjenta, nie daje mu szans na otworzenie się, bo i po co... I tak nic z tego nie wyniknie. Lekarz to powinien być ktoś bliski, znajomy, zaprzyjaźniony... No prawie jak spowiednik bez prawa do odpuszczenia grzechu, ale i bez prawa do wygłaszania opinii”. Zdarzają się również pacjenci, którzy do samego końca idą w zaparte: „Miałam kiedyś pacjentkę, która była u mnie rano w przychodni i po długiej wizycie wyszła nie do końca zadowolona, że nie potwierdzam po pełnym i wnikliwym badaniu ciężkiej - według niej - choroby oczu. Wieczorem trafiła do mnie do pogotowia okulistycznego, nie poznała mnie w stroju szpitalnym i dowiedziałam się, że była rano u lekarki, która nie chciała jej zbadać, i dlatego musiała przyjść na dyżur”. Jeszcze inni znajdują sobie szczególne „usprawiedliwienia”: „Pacjent przyszedł do mojego gabinetu dość mocno zawiany, ledwie trzymał się na nogach, ale po moim stwierdzeniu: - Pan jest przecież pijany, stwierdził: - Pani doktor, ja jestem tylko bardzo zmęczony”.

Najciekawszy przykład kłamstwa opisała lekarka z dużego miasta na północy Polski: „Pacjentka przyjęta poprzez Kliniczny Oddział Ratunkowy do kliniki nefrologii z objawami odmiedniczkowego zapalenia nerek, które nijak w badaniach nie chciało się potwierdzić. Chora jednak upierała się, że gorączkuje i że boli ją w okolicy lędźwiowej, była więc szeroko przebadana, łącznie z tomografią komputerową. Przy okazji pacjentka często wychodziła »na przepustki«, jako że czworo dzieci ponoć płakało w domu (najmłodsze zaś roczek miało i nikomu oprócz niej nie pozwalało się kąpać). Mąż przychodził i zabierał często żonę do domu, do stęsknionych dzieci. Dziwiło mnie tylko, jak ona zajmuje się tym rocznym dzieckiem z takimi długimi, kolorowymi tipsami na palcach rąk. Pacjentka prosiła też o zaświadczenia, że jest hospitalizowana, bo jako ważny pracownik urzędu skarbowego miała ponoć w sądzie tenże urząd reprezentować, a ponieważ była chora, to nie mogła. Oczywiście zaświadczenie dostała. Po kilku miesiącach od wypisu ja oraz pani ordynator otrzymałyśmy wezwania na po-

licję w sprawie naszej pacjentki. Okazało się, że... żaden mąż nie istnieje, żadne dzieci, żaden urząd skarbowy. Pacjentka była poszukiwana listem gończym za poważne przestępstwa finansowe, które popełniała w czasie hospitalizacji, a właściwie w czasie owych »przepustek« do dzieci. Omal nie zostałyśmy posądzone o krycie przestępczyni! Jacy to jesteśmy naiwni, wierząc we wszystko, co mówią pacjenci! Potem przypominałam sobie, że jednak od początku te długie tipsy na palcach nijak do kąpienia niemowlaka mi nie pasowały”.

Na zakończenie powróćmy do prof. Roberta Feldmana z University of Massachusetts w Amherst, który przez 25 lat zajmował się badaniem natury kłamstwa. W opublikowanym niedawno wywiadzie stwierdził: „W zasadzie nie powinniśmy pytać, czy ludzie kłamią, ale jak często i dlaczego to robią. Bo ludzie kłamią z natury. Jedynymi istotami, które zachowują całkowitą uczciwość, są płazińce *Diplozoon paradoxum* - u nich dorosła samica zrasta się z samcem na całe życie i żadne z nich nie ma wyboru, musi dochować wierności. W wypadku ludzi lepiej najpierw sprawdzić biling telefoniczny, a dopiero potem zaufać”.

Czy zatem rację miał główny bohater serialu „Dr Morse”, nosząc koszulkę z napisem „Everybody lies”? Odpowiedź na to pytanie pozostawiam Państwu, przypominając jedynie, że ostatni, 177. odcinek tego popularnego serialu (wyświetlanego w 66 krajach na świecie) nosił tytuł... „Everybody dies” („Wszyscy umierają”) i w tym miejscu niepotrzebna jest żadna ankieta, aby potwierdzić stuprocentową słusność tego stwierdzenia...

Jarosław KOSIATY

Autor jest lekarzem, wykładowcą w CMKP w Warszawie oraz w Szkole Biznesu Politechniki Warszawskiej. Od 2000 r. pełni obowiązki redaktora naczelnego portalu dla lekarzy [Esculap.com](http://Esculap.com). Artykuł ukazał się w magazynie „Dama Pik” nr 5/13.

(przedruk z „Pulsu” nr 5/16)

## POPROSZĘ „HEY JUDE” BEATLESÓW I COŚ JAZZOWEGO PRZECIWBÓLOWO

„Premedykujemy – proszę włączyć pacjentowi »So What« z płyty »Kind of blue« Milesa Davisa”. Czy ta sytuacja to pieśń przyszłości czy melodia jutra? Nadchodzi kolejny element w schemacie leczenia – dźwięk, muzyka. Rozsiądźmy się wygodnie, włączam PLAY.

Muzyka człowiekowi towarzyszyła od zawsze. Jest elementem wypełniającym wszystkie sfery naszego życia. Od hipermarketów, gdzie specjalnie dobrana ma wpływać na nasze decyzje zakupowe, po głośniki w samocho-

dzie, z których płynie, zagłuszając nasze myśli – uwaga, gdy słuchamy znanych nam utworów za kółkiem, jeździmy szybciej. Co więcej, muzyka człowiekowi towarzyszy już w brzuchu mamy. Maluchy są w stanie reagować na bodźce dźwiękowe od 16 tygodnia ciąży, a jak wiemy, woda przewodzi dźwięki pięć razy szybciej niż powietrze. Powiedzenie, że miłość do muzyki wyssaliśmy z mlekiem matki, nabiera nowego znaczenia. Każdy zapewne zauważył, że muzyka w nas, w naszej głowie wy-



wołuje określone stany emocjonalne (OK, są ludzie obojętni na muzykę, jest to niewielki odsetek i bardzo im współczujemy). Muzyka wpływa na wydzielanie neuroprzekazników, aktywuje autonomiczny układ nerwowy, wpływa na układ nagrody i motywację. Myślę, że każdy, kto czyta ten tekst, pamięta, jak choć raz tańczył w domu lub stukał w kierownicę, gdy leciał w radio jego ulubiony kawałek. Osobiście polecam w tej sytuacji rozejrzeć się wokoło, obserwując reakcje innych kierowców stojących w korku. Co ciekawe, udowodniono, że nie musimy być wirtuozem startującym w Konkursie Chopinowskim, aby dźwięki powodowały wlanie strumienia endorfin wprost w otwarte drzwi układu nagrody w naszym mózgu. Wykształcenie muzyczne nie ma wpływu na odbiór doznań, słuchając np. The Beatles. Wystarczy być wrażliwym na dźwięki.

Ale wróćmy do sali operacyjnej. Udowodniono działanie muzykoprofilaktyki. Chapeau bas przed kolegami chirurgami. Śmiem twierdzić, że jako pierwsi podczas zabiegów włączyli muzykę jako formę obniżenia poziomu stresu przy stole operacyjnym, poprawiając komfort pracy i relacje interpersonalne. Muzyka obniża również poziom zmęczenia i motywuje do pracy. Mam nadzieję, że nie czytają tego pracownicy NFZ, bo może się okazać, że obligatoryjnie umieszczą głośniki w gabinetach lekarskich, a nasz czas pracy ulegnie wydłużeniu. Darmowe głośniki w miejscu pracy – „wiedz, że coś się dzieje”.

Ale co z naszym pacjentem? Grupie pacjentów podczas pobytu na sali pooperacyjnej włączano muzykę jazzową. Monitorowanie akcji serca wykazało znacznie niższe wartości w kolejnych pomiarach w porównaniu ze stanem wyjściowym. Dodatkowo inne badania wskazują na spadek poziomu bólu u pacjentów, którzy podczas zabiegu i pobytu na sali pooperacyjnej słuchali muzyki.

Czerpiąc z badań, słuchajmy muzyki niezależnie od nastroju (chyba, że mamy ochotę na ciszę – czasami to też jest zbawienne). Włączajmy radio w pracy, w gabinecie lekarskim, zabiegowym, sali operacyjnej. Głęboko wierzę, że nowe badania pokażą to, co w 1959 oku Milesowi Davisowi nawet się nie śniło, gdy komponował utwory na przełomowy krążek w historii muzyki: muzyka wejdzie w standardy postępowania medycznego.

*Jakub PIOTRKOWSKI*

Jakub Piotrkowski – lekarz stażysta, swoją drogę medyczną rozpoczął na Gdańskim Uniwersytecie Medycznym; pasjonat dźwięków: medycznie – ultradźwięków, po godzinach – bluesa i jazzu. Uwielbia spędzać czas w kuchni lub podróżować i poznawać jej tajniki lokalnie. Zgłębia arkaną enologii, szukając jej związków z medycyną. Nie wyobraża sobie dnia bez kilku stron dobrej książki. Wykładowca uniwersytetu trzeciego wieku.

(przedruk z „Meritum” nr 2/16)

## Gen. Bolesław Wieniawa-Długoszowski 1881–1942 PIERWSZY UŁAN II RZECZYPOSPOLITEJ, DYPLOMATA I LEKARZ

Wieniawa połączył w swoim życiu tak różne postaci, że stał się legendą. Był lekarzem, adiutantem i przyjacielem marszałka Józefa Piłsudskiego, towarzyszem zabaw i bohaterem wierszy największych ówczesnych polskich poetów – Antoniego Słonimskiego, Juliana Tuwima i Mariana Hemara. Był ambasadorem Rzeczypospolitej we Włoszech i przez dwa dni we wrześniu 1939 r. następcą prezydenta Ignacego Mościckiego..

### **Beniaminek Warszawy**

Pozostała po nim legenda beniaminka Warszawy, bywalca knajpek i kabaretów, arbitra elegancji i wdzięku, niestrudzonego uwodziciela i pojedynkowicza. Ale też kawalera wielu najwyższych orderów polskich i zagranicznych, a nawet tytułu księcia, który otrzymał od króla Afganistanu.

Bolesław Długoszowski urodził się w 1881 r. w rodzinnym majątku Bobowa na Podkarpaciu. Był przedstawicielem rodziny, z której pochodził też słynny kronikarz Jan

Długosz. Po maturze wybrał studia medyczne w ukochanym Lwowie na Uniwersytecie im. Jana Kazimierza. Na studiach uczył się wręcz celująco, zdawał egzaminy bez problemu i w 1906 r. otrzymał dyplom doktora wszech nauk medycznych. W tym samym roku poślubił Stefanię Calvas i młodzi małżonkowie wyjechali do Paryża – on miał studiować okulistykę, a ona kształcić swój głos. Jednak w Paryżu Bolesławowi więcej czasu zajmowało studiowanie życia paryskiego, niż medycyny, z której ostatecznie zrezygnował. Za to poznał wielu później sławnych ludzi. W lutym 1914 r. Wieniawa był w Paryżu na odczycie Piłsudskiego i to spotkanie zmieniło całe jego życie. Jak napisał do brata Kazimierza: „*Od dziś uważam się za żołnierza, bo nareszcie mam Wodza*”. I w ślad za Piłsudskim pojechał do Krakowa, aby walczyć z zaborcami. Tak narodził się Wieniawa, pierwszy ułan II Rzeczypospolitej. Znalazł się w składzie słynnej Pierwszej Kompanii Kadrowej, która 6 sierpnia 1914 r. wyruszyła na front z krakowskich Oleandrów. Wkrótce jako

ochotnik dołączył do słynnego oddziału kawalerii Władysława Beliny Prażmowskiego. Szybko zdobył uznanie kolegów za swoją odwagę i brawurę połączoną z talentem organizacyjnym, beztróską i specyficznym humorem. Zachwyty budziły teksty jego piosenek legionowych, układane do melodii ówczesnych przebojów.

Na energicznego ułana zwrócił uwagę Józef Piłsudski i tak Wieniawa został adiutantem Komendanta, który go nie tylko lubił ale traktował wręcz jak syna, za co Wieniawa odpłacał mu bezgranicznym oddaniem. Po uwięzieniu Piłsudskiego w Magdeburgu, Wieniawę zdegradowano, wcielono do armii austriackiej, gdzie pełnił funkcję lekarza (został ordynatorem oddziału chorób wewnętrznych w Cieszynie). Jednak na polecenie Rydza-Śmigłego, Wieniawa zdezerterował z wojska austriackiego i przedostał się w ramach działalności wywiadowczej do ogarniętej rewolucją Rosji, aby nawiązać kontakt z gen. St. Hallerem. Wraz z francuską misją wojskową miał bezpiecznie wrócić do kraju.

### Wieżień Łubianki

Jednak bolszewicy wagon dyplomatyczny zrewidowali i będących w nim Polaków aresztowali. Cudem uniknęli rozstrzelania, ale i tak Długoszowski wylądował w katowni Czeki na Łubiance. W próbach jego uwolnienia uczestniczyli Ignacy Daszyński, a nawet sam Feliks Dzierżyński. Ostatecznie ocalała go żona adwokata Berensona, Bronisława, piękna kobieta, z którą nawiązany romans zamienił się w wielką miłość zakończoną w 1919 roku ślubem. W rok później urodziła się im córka Zuzanna, której ojcem chrzestnym został Piłsudski. Wieniawie udało się nielegalnie przedostać z Rosji do Warszawy, a tam właśnie powrócił uwolniony z więzienia Piłsudski. Komendant ucieszył się z powrotu ulubieńca i chciał z niego zrobić dyplomatę. Uważał, że człowiek o takiej inteligencji, znający biegle osiem języków, uroczy światowiec o artystycznych zamiłowaniach, o fantastycznej prezencji spełni te nadzieje. I tak się stało, ale dopiero po śmierci Komendanta. Marzeniem Długoszowskiego było zostać dowódcą szwoleżerów i został nim pod koniec 1926 r. Informując go o nominacji Piłsudski powiedział: „*Śluchajcie Wieniawa, macie mi pilnować szwoleżerów, żeby za dużo nie pili! – Rozkaz Komendancie! Obiecuję posłusznie, że nie będą pili więcej ode mnie! – odpowiedział Wieniawa. – To mnie wcale tak bardzo nie pociesza – powiedział z rezygnacją Marszałek*”.

Wieniawa uważał, że prawdziwy kawalerzysta powinien mieć zamiłowanie do „trzech K”: koni, kobiet i koniaku. I trzeba przyznać, że tym słabościom ulegał prawie przez całe życie. Piłsudskiemu tłumaczył, że nie nadaje się na dyplomatę ponieważ „*w kawalerii można robić głupstwa, ale świństw nigdy, w dyplomacji na odwrót: czasem robi się świństwa, ale nigdy głupstwa*”. Jednak Marszałek wysyłał dość często Wieniawę w misjach

specjalnych do różnych krajów i z tych poleceń wywiązywał się on zawsze znakomicie.

Po zakończeniu wojny z bolszewikami w 1920 r., w której brał udział u boku Marszałka, Wieniawa mógł w pełni oddać się życiu towarzyskiemu. Poznał wtedy najważniejsze postaci świata kultury stolicy.

Śniadanie najczęściej jadał w Hotelu Europejskim, na kawę zaglądał do „Ziemiańskiej”, na kolację szedł do „Astorii” przy Nowym Świecie. Jeżeli był z żoną lub z przyjaciółmi wieczór kończył na dansingu w „Oazie” lub „Adrii”. Lubiał alkohol, wykazując jednocześnie wprost nadzwyczajną odporność na jego działanie. Dansingi kończyły się o czwartej rano, panie odwożono do domu, a imprezę należało gdzieś kontynuować. Najczęściej odwiedzano słynny szynk „U Joska” przy ul. Gnojnej. Wieniawa zajeżdżał z kompanami dorożką, którą sam powoził, w kaszkiecie woźnicy na głowie. Powracał do domu z jeszcze większym szykiem, bo aż trzema dorożkami. W pierwszej jechał on, w drugiej jego szabla, a w trzeciej rękawiczki.

Piłsudski znalazł wreszcie sposób na uspokojenie niesfornego kawalerzysty. W 1928 r. mianował go dowódcą garnizonu warszawskiego. Długoszowski natychmiast przestał pić, wprowadził wśród wojskowych w Warszawie ostre rygory, ale był rozsądnym przełożonym.

Był ostatnim człowiekiem, który prywatnie odwiedził konającego Marszałka. Jego śmierć wywarła na nim wstrząsające wrażenie. Podczas uroczystości pogrzebowych i przejazdu konduktu do Krakowa, prawie cały czas stał obok trumny z obnażoną szablą.

### Ambasador w Rzymie

Po tej tragedii wybawieniem dla Długoszowskiego okazała się jego nominacja na ambasadora RP w Rzymie, chociaż wyjeżdżając z Warszawy mówił, że „*czuje się jak niezamężna panna przed porodem*”. Po objęciu stanowiska został abstynentem i doskonale sprawdził się w służbie dyplomatycznej. W Rzymie był też czułym mężem i ojcem.

Jak każdy nowy ambasador w Rzymie, Wieniawa musiał złożyć wizytę premierowi Benito Mussolinemu. Duce przyjmował w swojej siedzibie w Pałacu Weneckim. Panował zwyczaj, że ambasador wchodząc do jego olbrzymiego gabinetu musiał się obowiązkowo zatrzymać i pierwszy odezwać. Tymczasem

Wieniawa wszedł i milczał, a zniecierpliwiony Duce musiał się odezwać pierwszy. Wówczas Długoszowski, jakby wyrwany z głębokiego zamyślenia powiedział: „*Wodzu, przepraszam, ale miałem wrażenie, że ujrzałem Juliusza Cezara!*” Mussolini był zachwycony, a nasz ambasador miał z nim ułatwiony kontakt. To dzięki ambasadorowi Długoszowskiemu do dzisiaj jest w Rzymie plac i pomnik Marszałka Józefa Piłsudskiego, pod którym ostatnio składał wieniec Prezydent RP Andrzej Duda.

Kiedy wybuchła wojna 1939 roku Wieniawa chciał natychmiast wracać do kraju. Odmówiono mu jednak zgody i pozostał nad Tybrem. Kiedy Prezydent i Naczelny Wódz opuścili walczącą jeszcze Polskę, Wieniawa rozplakał się z upokorzenia. Zgodnie z postanowieniem konstytucji kwietniowej z 1935 r. Ignacy Mościcki mianował go Prezydentem RP. Wieniawa przyjął nominację, ale koła emigracyjne z Władysławem Sikorskim i Stanisławem Strońskim zaprotestowały. Nie zapomniano mu złośliwych piosenek pod swoim adresem, a przede wszystkim tego, że był piśsudczykiem. Dla dobra Polski Wieniawa zrezygnował z prezydentury i powrócił do Rzymu, gdzie ponownie objął swoje obowiązki. Zajął się przerzutem polskich uciekinierów do Francji, w tym żony gen. Sikorskiego, pokazując kolejny raz swoją klasę jako człowiek i mąż stanu. Zorganizował akcję dostarczania paczek żywnościowych dla polskich jeńców w obozach niemieckich.

Po przystąpieniu Włoch do wojny, polska ambasada w Rzymie musiała być zlikwidowana. Minister spraw zagranicznych Włoch, Galeazzo hr. Ciano (zięć Duce), który był z nim bardzo zaprzyjaźniony, zagwarantował mu wraz z rodziną bezpieczny pobyt we Włoszech. Wieniawa odmówił, bo chciał walczyć o wolną Polskę. Wraz z personelem ambasady przedostał się do Portugalii, ale tam dowiedział się, że nie otrzyma prawa wjazdu do Wielkiej Brytanii, gdzie było polskie wojsko. Za wła-

sne pieniądze wyjechał wraz z rodziną do USA. Znalazł się tam bez środków do życia, utrzymywał się z dorywczej pracy jako dziennikarz i introligator.

Sytuacja jego nie uległa poprawie, pomimo spotkania się z Sikorskim w 1941 r. w USA. Otrzymał nominację na ambasadora na Kubie, było to stanowisko nikomu niepotrzebne, była to kpina. Wieniawa zrozumiał drwinę, ale przyjął ją ze spokojem. Czekał na nominację, aby zapewnić rodzinie rentę po nim.

### Pożegnanie w Nowym Jorku

Swe życie Bolesław Wieniawa-Długoszowski zakończył tragicznie, popełnił samobójstwo 1 lipca 1942 r., wyskakując z balkonu domu przy Riverside Drive w Nowym Jorku. Zostawił list pożegnalny do żony i córki z przeprosinami, że zostawia je same, ale w fali oszczerstw i upokorzeń nie może już dłużej żyć. List zakończył słowami „*Boże, zbaw Polskę*”. Pochowano go z honorami na wojskowym cmentarzu Calgarey w Nowym Jorku. W 1990 r. szczątki Wieniawy przeniesiono na cmentarz Rakowicki w Krakowie. Pozostał w pamięci Polaków jako wielki patriota, godny następcy marszałka Józefa ks. Poniatowskiego i płk. Jana Kozińskiego, ostatni polski ułan. Człowiek honoru, który przeżył swoje życie tak, jak chciał.

Jerzy JAKUBOWICZ  
(przedruk z „Medicusa” nr 12/15)

## PRAWO NA CO DZIEŃ

# ODSTĄPIENIE OD LECZENIA – KIEDY JEST ZGODNE Z PRAWEM

Lekarze, a nawet całe przychodnie, coraz śmielej korzystają z prawa do odstąpienia od leczenia, w sytuacji gdy dalszy kontakt z pacjentem staje się niemożliwy lub po prostu nie do zniesienia. Przypominamy zatem warunki, które muszą zostać spełnione, by takie odstąpienie było zgodne z prawem. Opisane niżej zasady postępowania dotyczą odstąpienia od leczenia w zwykłym trybie, tj. nie odnoszą się do tzw. klauzuli sumienia.

### Podstawy prawne:

Ramy prawne odstąpienia od leczenia regulują przepisy ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry oraz Kodeks Etyki Lekarskiej.

Zgodnie z ustawą o zawodach lekarza i lekarza dentystry:

Art. 38.

1. *Lekarz może nie podjąć lub odstąpić od leczenia pacjenta, o ile nie zachodzi przypadek, o którym mowa w art. 30, z zastrzeżeniem ust. 3.*

2. *W przypadku odstąpienia od leczenia, lekarz ma obowiązek dostatecznie wcześniej uprzedzić o tym pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego bądź opiekuna faktycznego i wskazać realne możliwości uzyskania tego świadczenia u innego lekarza lub w podmiocie leczniczym.*

3. *Jeżeli lekarz wykonuje swój zawód na podstawie stosunku pracy lub w ramach służby, może nie podjąć lub odstąpić od leczenia, jeżeli istnieją poważne ku temu powody, po uzyskaniu zgody swojego przełożonego.*

4. *W przypadku odstąpienia od leczenia lekarz ma obowiązek uzasadnić i odnotować ten fakt w dokumentacji medycznej.*

Uzupełnieniem wymienionego przepisu ustawy jest odpowiedni zapis Kodeksu Etyki Lekarskiej, zgodnie z którym:

*Art. 7. W szczególnie uzasadnionych wypadkach lekarz może nie podjąć się lub odstąpić od leczenia chorego, z wyjątkiem przypadków nie cierpiących zwłoki. Nie podejmując albo odstępując od leczenia lekarz winien wskazać choremu inną możliwość uzyskania pomocy lekarskiej.*

#### **Po pierwsze - wyłącznie prawo lekarza**

Źródłem prawa do odstąpienia od leczenia są więc przepisy regulujące zasady wykonywania zawodu lekarza, a nie działalności leczniczej jako takiej. Od leczenia odstępuje więc lekarz, nigdy przychodnia lub szpital. Jeśli z jakichkolwiek przyczyn decyzja o rozstaniu z pacjentem podejmowana jest przez wszystkich lekarzy danego podmiotu, każdy z nich musi złożyć wobec pacjenta oświadczenie o skorzystaniu z prawa do odmowy leczenia i kroku tego nie zastąpi oświadczenie pracodawcy. Pracodawca może podjąć się zapewnienia strony organizacyjnej, czyli wysłania oświadczeń, nie może jednak złożyć takiego oświadczenia za swoich pracowników.

#### **Po drugie - nigdy w nagłych przypadkach**

Art. 38 wyłącza możliwość odstąpienia od leczenia w sytuacjach opisanych w art. 30 ustawy, czyli w każdym przypadku gdy zwłoka w udzieleniu pomocy mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia, oraz w innych przypadkach niecierpiących zwłoki.

#### **Po trzecie - zgoda przełożonego**

Ponieważ zgodnie z Kodeksem pracy za ewentualną szkodę wyrządzoną przez pracownika odpowiada pracodawca, ustawa przewiduje konieczność uzyskania zgody przełożonego na odstąpienie od leczenia, gdy lekarz, który chce skorzystać z tego prawa wykonuje zawód na podstawie stosunku pracy lub w ramach służby. Wymóg ten pozwala pracodawcy ocenić zasadność odmowy leczenia zapobiec ewentualnym nieprawidłowościom w tym zakresie, które mogłyby rodzić dla niego odpowiedzialność cywilną lub karną.

#### **Po czwarte - zawiadomić odpowiednio wcześniej**

Przepisy prawa nie narzucają formy, w której nastąpić powinna odmowa, by była zgodna z prawem. Oznacza to, że odmowa zadeklarowana ustnie, połączona z udzieleniem pacjentowi wymaganych informacji, będzie zgodna z prawem. Pozostaje jednak pytanie, jak wykażać prawidłowość swojego postępowania, jeżeli mimo spełnienia wszystkich wymogów pacjent stawia zarzut odmowy bezprawnej. Najdalej idącym zabezpieczeniem będzie więc oczywiście przekazanie pacjentowi tych informacji na piśmie i uzyskanie potwierdzenia ich przekazania. Będzie to możliwe szczególnie wówczas, gdy rozstanie z pacjentem planowane jest wcześniej, wówczas jest bowiem czas na spokojne przygotowanie treści

informacji, która zostanie udzielona pacjentowi. Dostatecznie wcześnie powiadomienie pacjenta o odstąpieniu od leczenia jest także kategorią płynną i w każdym przypadku musi być dostosowane do okoliczności. Przyjmuje się jednak, że przy ocenie „dostatecznie wcześnie” uprzedzenia należy brać obecnie pod uwagę m. in. kolejki oczekujących, czyli uwzględnić, czy pacjent będzie mógł zapisać się na listę oczekujących w innym podmiocie na zbliżony termin.

#### **Po piąte - odnotować w dokumentacji**

W dokumentacji medycznej należy odnotować nie tylko fakt odstąpienia od leczenia, ale i przyczynę tej decyzji. Nie jest to jedynie wymóg formalny, ponieważ zapis w dokumentacji pomaga zachować w pamięci motywy decyzji lekarza, która może być przez pacjenta kwestionowana. Może stanowić jednocześnie wskazówkę dla lekarza przejmującego leczenie, gdyż zapis w dokumentacji poinformuje go o sytuacji zaistniałej na wcześniejszych etapach udzielania świadczeń zdrowotnych.

#### **Podsumowanie**

By odstąpienie od leczenia było zgodne z prawem, należy zachować następujące warunki:

- odmowa nie może dotyczyć świadczenia koniecznego z uwagi na niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia,
- w przypadku zamiaru odstąpienia od leczenia już prowadzonego - należy pacjenta (lub jego przedstawiciela) uprzedzić o tym dostatecznie wcześniej, by mógł on zwrócić się o dalsze leczenie do innej placówki lub gabinetu,
- konieczne jest wskazanie takiej placówki lub gabinetu, gdzie uzyskanie przez pacjenta dalszej opieki będzie realnie możliwe (oznacza to, że jeżeli świadczenie, którego potrzebuje pacjent, ma charakter specjalistyczny, należy wskazać mu ZOZ lub gabinet, w którym świadczeń udziela lekarz dysponujący odpowiednimi kwalifikacjami, a także - jeżeli pacjent leczy się w ramach ubezpieczenia zdrowotnego — pamiętać o tym, by wskazany pomiot działał również w ramach tego ubezpieczenia),
- jeżeli lekarz zamierzający skorzystać z możliwości odmowy jest pracownikiem podmiotu leczniczego - musi uzyskać uprzednio zgodę swojego przełożonego,
- odmowa, wraz z uzasadnieniem, musi zostać odnotowana w dokumentacji medycznej.

*Iwona KACZOROWSKA-KOSSOWSKA  
Radca prawny*

(przedruk z „Pomorskiego Magazynu Lekarskiego” nr 3/16)

## Praktyczna psychologia dla lekarzy i stomatologów BUDOWANIE RELACJI Z PACJENTEM – PODSTAWA EFEKTYWNEJ WSPÓŁPRACY

Dlaczego postawienie właściwego rozpoznania i zalecenie odpowiedniego leczenia nie gwarantuje sukcesu terapeutycznego? Dlaczego pacjenci nie stosują się do zaleceń lekarza lub robią to w ograniczonym zakresie? Dlaczego nie wprowadzają w życie zachowań prozdrowotnych? Dlaczego ulegamy naciskom i prośbom? Odpowiedzi na te i podobne pytania nie są proste. Zapewne opisanym sytuacjom sprzyjają okoliczności zewnętrzne (np. organizacja służby zdrowia, specyfika nacechowanej emocjami sytuacji lekarz – pacjent, stan chorego, presja czasu itd.), ale także zależą one od poziomu specyficznych umiejętności lekarza – umiejętności psychologicznych. Według ojca socjologii medycyny Talcotta Parsonsa aktywność lekarza obejmuje tzw. **czynności instrumentalne**, ukierunkowane na postawienie rozpoznania oraz wykonanie zabiegów terapeutycznych (badanie fizykalne, pomiar ciśnienia, EKG, USG itp.) oraz **ekspresywne** – ukierunkowane na stan emocjonalny pacjenta (eliminacja negatywnych emocji, budowanie poczucia bezpieczeństwa, motywowanie, wspieranie itp.) Z badań psychologów społecznych wynika, że oczekiwania pacjentów wobec zachowań lekarzy dotyczą głównie czynności ekspresywnych. Dlatego związane z nimi umiejętności psychologiczne są tak istotne.

Jedną z fundamentalnych umiejętności psychologicznych jest umiejętność budowania relacji interpersonalnych. Czym są relacje? W słowniku synonimów słowo to jest jednym z równoważników słowa więź – inne określenia to: związek, spójnia, więzy, współzależność, sprzężenie. Psychologowie relacje interpersonalne określają jako związki między ludźmi, których istotę stanowią wzajemne interakcje w zakresie czterech obszarów:

- wzajemne zrozumienie i poznawanie się,
- tworzenie klimatu bezpieczeństwa i wzajemnego zaufania,
- wywieranie wpływu i pomaganie,
- rozwiązywanie problemów i konfliktów.

Dobre relacje to relacje, z których satysfakcję czerpią obie strony, obie strony realizują swoje cele, dochodzą do porozumienia nawet w obliczu sytuacji trudnych, a także potrafią akceptować odmiennosć poglądów.

Takie relacje mają szansę zaistnieć, gdy strony interakcji dbają o wzajemną sympatię, starają się być dla siebie atrakcyjne, obdarzają się zaufaniem, jasno i konkretnie

wyrażają poglądy i oczekiwania, nie wahają się mówić „nie” i akceptują różnorodność. Badania psychologów społecznych przynoszą wiele dowodów na to, że:

- sympatii sprzyjają: okazywanie szacunku i zainteresowania, podobieństwo partnerów, atrakcyjność, obdarowywanie się (np. komplementowanie się), wzajemna wiedza o sobie, częstość kontaktów (im jest ich więcej, tym większa szansa na pozytywne nastawienie, pod warunkiem że pierwsze wrażenie nie było skrajnie negatywne);
- atrakcyjność sprzyja sympatii i zwiększa uległość, atrakcyjność to nie tylko wygląd zewnętrzny – schludny ubiór, stosowna fryzura, lekki uśmiech na twarzy, ale także wystrój gabinetu, otoczenie przychodni, używane określenia, podejmowane tematy rozmowy itp.;
- zaufanie opiera się na konsekwencji i przewidywalności, posiadanie autorytetu wzmacnia zaufanie, autorytet to nie tylko tytuł, stanowisko, kwalifikacje, wiedza, ale także nie mniej ważne atrybuty zewnętrzne: biały fartuch, stetoskop, okulary, zegar itp.;
- jasne i konkretne wyrażanie poglądów oraz oczekiwań z poszanowaniem praw i godności partnera, czyli zachowanie asertywne, to sposób na budowanie partnerskich relacji.

Z opisanych zależności wynikają konkretne wnioski praktyczne...

### Aby budować i podtrzymywać relacje

dbaj o powierzchowność, wygląd gabinetu, przychodni, wykorzystuj zewnętrzne atrybuty bycia profesjonalistą (np. tytuły, dyplomy, osiągnięcia itp.);

- nawiązuj kontakt, wykorzystuj efekt pierwszego wrażenia – powitaj pacjenta, uśmiechnij się, zaprosz do gabinetu, przedstaw się;
- świadomie pobudzaj sympatię – okazuj zainteresowanie, wskazuj na wspólne cele (takim celem jest np. postawienie trafnego rozpoznania, doprowadzenie do ustąpienia dolegliwości), doceniaj i komplementuj, twórz atmosferę aprobaty i zrozumienia, potwierdzaj: „Tak”, „Rozumiem”, „Prawda, że...”, używaj pozytywnych sformułowań i wypowiedzi budzących miłe skojarzenia u osoby, do której są kierowane;
- odzwierciedlaj stan emocjonalny drugiej osoby (wyrabiaj w sobie nawyk obserwowania innych



pod kątem emocji, które demonstrują i dostrajają się do nich);

- bądź konsekwentny i odpowiedzialny – sposobem na okazanie tych cech jest np. informowanie o tym, co będzie się działo, w jakiej kolejności, planowanie kolejnych kroków, ustalanie i dotrzymywanie terminów;
- bądź konkretny i stanowczy (czyli asertywny) – dbaj o jasność komunikacji (komunikuj się tak, aby twoje intencje spotykały się z właściwymi interpretacjami), przedstawiaj powody, wyjaśniaj wątpliwości, upewnij się, czy wszystko zostało zrozumiane, prowadź dialog.

A teraz przyjrzyjmy się dwóm opisom rozmowy lekarza z pacjentem.

### **Scenka 1**

**R (rodzic):** Dzień dobry panie doktorze.

**L (lekarz):** Dzień dobry, proszę siadać (nie patrząc w kierunku pacjentki w dalszym ciągu wypełnia dokumenty), słucham?

**R:** Panie doktorze przyszedliśmy, ponieważ Adaś jest chory, od wczoraj gorączkuje do 38 stopni, boli go gardło, nie chce jeść...

**L:** Dobrze, proszę podejść. Adaś otwórz buzię.

**D (dziecko):** Nieee!

**L:** No szybko, Adam powiedz AAA...

**D:** Aeee (placze)

**L:** Proszę go rozebrać (lekarz szybko i sprawnie bada dziecko)

Po zbadaniu dziecka.

**L:** Proszę się już ubrać.

Lekarz zaczyna wypisywać receptę. Potrzebne jest zwolnienie?

**R:** Nie, jestem na urlopie. Czy wiadomo już, co dolega mojemu dziecku?

**L:** Tak, to początek anginy. W tej sytuacji konieczne będzie przeprowadzenie dziesięciodniowej terapii antybiotykowej.

**R:** Terapii antybiotykiem? Nie, może nie będzie to potrzebne, do tej pory pomagały nam stare sprawdzone metody – miód, czosnek, zioła i gorąca herbata.

**L:** Ależ proszę państwa, bądźmy poważni. W anginie leczenie antybiotykiem to absolutna norma, to najlepsza pomoc, jaką może w tej sytuacji otrzymać państwa dziecko.

**R:** Nie damy truć naszego dziecka jakąś chemią. Sami się nim zajmujemy.

**L:** Nazywanie sprawdzonej terapii „truciem jakąś chemią” jest, delikatnie mówiąc, nie na miejscu. Mamy 2016 rok i w obecnej sytuacji powoływanie się na staroświeckie metody jest dość śmieszne.

**R:** Dla nas śmieszne jest trucie dzieciaków niepotrzebnymi chemikaliami. Te sposoby, które pan tak chętnie wyśmiewa, utrzymują nas w zdrowiu po dziś dzień. Wypraszam sobie pańskie uwagi, sami zajmujemy się dzieckiem. Do widzenia.

**L:** Ależ proszę pani... Do widzenia.

Jak widać rozmowa skończyła się niepowodzeniem. Dla obu stron opisana sytuacja była zapewne źródłem negatywnych emocji. Dlaczego tak się stało? W przedstawionej scenie lekarz popełnia kilka błędów zamykających drogę do zbudowania chociaż namiastki relacji i w konsekwencji do uzyskania porozumienia:

nie okazuje szacunku i zainteresowania – brak kontaktu wzrokowego, wypełnianie dokumentów;

nie buduje klimatu rozmowy (klimat akceptacji i zaufania) – przechodzi szybko do badania, nie inicjuje dialogu, traktuje pacjenta instrumentalnie;

nie docieka przyczyn stanowiska rodzica – nie precyzuje, co kryje się pod określeniem „trucie jakąś chemią” (może kryją się za nim negatywne doświadczenia związane z wystąpieniem objawów ubocznych?);

przyjmuje postawę konfrontacyjną, deprecjonuje rodzica – lekceważy jego poglądy, w efekcie matka dziecka jest skoncentrowana na obronie poczucia własnej wartości, co skutecznie blokuje nawet najbardziej racjonalne i trafne argumenty;

posługuje się ogólnikowymi argumentami – argumenty przemawiające za podjęciem antybiotykoterapii są powierzchowne i ogólnikowe: „leczenie antybiotykiem to absolutna norma”, „najlepsza pomoc jaką może w tej sytuacji otrzymać państwa dziecko”.

A teraz spójrzmy na sytuację, w której lekarz świadomie stara się unikać opisanych wyżej błędów.

### **Scenka 2**

**R (rodzic):** Dzień dobry panie doktorze.

**L (lekarz):** Dzień dobry, (lekarz wstaje, wskazuje miejsce). Cześć Adaś. Proszę siadać. Co Państwa sprowadza?

**R:** Panie doktorze przyszedliśmy, ponieważ Adaś jest chory, od wczoraj gorączkuje do 38 stopni, boli go gardło, nie chce jeść...

**L:** A dzisiaj jaka była temperatura?

**R:** 37,8

**L:** Adaś, proszę podejść tutaj, popatrz, mamusia jest cały czas obok, otwórz buzię.

**D (dziecko):** Nieee!

**L:** Adaś chcę zobaczyć twoje gardelko, aby móc je wyleczyć. Otworzysz buzię na chwilę, ja dotknę języka tym patyczkiem i będzie po wszystkim. Powiedz aaa. Dziękuję gardelko i migdałki są bardzo czerwone. Proszę go rozebrać (szybko i sprawnie bada dziecko)

Po zbadaniu dziecka.

**L:** Dziękuję. Proszę już się ubrać. Adaś byłeś bardzo dzielny – proszę to dla ciebie (podaje drobny prezent).

**R:** Czy wiadomo już, co dolega mojemu dziecku?

**L:** Tak, po zbadaniu państwa dziecka okazało się, że jest to początek anginy. W tej sytuacji konieczne będzie przeprowadzenie dziesięciodniowej terapii antybiotykowej.

**R:** Terapii antybiotykiem? Nie, nie będzie to potrzebne... sami w rodzinie od zawsze leczymy się starymi sprawdzonymi metodami – miód, czosnek, zioła i gorąca herba-

ta, jeszcze nigdy nas nie zawiodły. Nie damy truć naszego dziecka jakąś chemią. Sami się nim zajmujemy.

**L:** Z tego co usłyszałem, rozumiem, że stosują państwo naturalne i sprawdzone metody leczenia. To są dobre, wspomagające leczenie sposoby, jednakże angina jest chorobą poważną, mogącą spowodować groźne powikłania, zatem konieczne jest zastosowanie terapii antybiotykiem.

**R:** Naprawdę nie chcemy karmić dzieci niepotrzebnymi chemikaliami.

**L:** Czym spowodowane są państwa obawy przed zastosowaniem antybiotyku, czy macie jakieś negatywne doświadczenia?

**R:** Tak, ostatnim razem nie dość że leczenie nie przyniosło efektu, to spowodowało trudną do powstrzymania biegunkę u dziecka.

**L:** Lek, który zapiszę, posiada udokumentowane skuteczne działanie, dzięki niemu leczenie będzie efektywne i pozwoli na uniknięcie powikłań. Zapewniam, iż leczenie to jest bezpieczne, a ewentualne objawy uboczne występują rzadko. Aby je zminimalizować do antybiotyku dołączymy probiotyk. Stosowane przez państwa metody będą doskonałym uzupełnieniem podjętego leczenia. Rozumiem, że mogę wypisać receptę?

**R:** Dobrze, zastosujemy się do pańskich zaleceń.

**L:** Dziękuję za zrozumienie i podjęcie dobrej decyzji.

Powiecie Państwo – wszystko to ładnie brzmi, ale na to potrzebny jest czas – a ja mam go tak mało. I trudno się z tym nie zgodzić – to nasza rzeczywistość.

Ponieważ budowanie relacji jest procesem złożonym, wymagającym różnego rodzaju umiejętności i zachowań, a warunki zewnętrzne ich pełnemu wykorzystaniu nie sprzyjają, warto, wprowadzając zmiany, odwołać się do tzw. „strategii jedzenia słonia” – skoro nie da się go zjeść w całości, trzeba go zjeść po kawałku.

Rozpocznijmy więc od wdrożenia w życie jednego elementu, np. od jutra każdego pacjenta zapraszam do ga-

binetu, witam się z nim i przedstawiam się, dopiero gdy czynność ta, wielokrotnie powtarzana, stanie się moim nawykiem, skoncentruję się na wprowadzaniu kolejnego, np. będę wyjaśniał mechanizm zgłaszanych dolegliwości i uzasadniał konieczność podejmowania określonych działań. Tym sposobem „słoń” bez trudu zostanie zjedzony, a umiejętnie budowane partnerskie relacje z pacjentami oparte na zaufaniu, sympatii, asertywności i atrakcyjności będą źródłem jeszcze większej skuteczności terapeutycznej i satysfakcji z wykonywanej pracy. Czego państwu i sobie życzę.

#### Piśmiennictwo:

Argyle M., Psychologia stosunków międzyludzkich, PWN, Warszawa, 1991.

Heszen I., Sęk H. Psychologia zdrowia, PWN, Warszawa, 2007.

Nęcki Z., Komunikacja międzyludzka, Kraków, 1996.

Aronson E., Akert Robin M., Wilson D. Tomothy, Psychologia społeczna – serce i umysł, Zys i sp-ka, Warszawa, 2012.

Wrześniewski K., Skuza B., (red.) Wybrane zagadnienia medycyny psychosomatycznej i psychologii chorego somatycznie, Wydawnictwo Uniwersytet Medyczny w Warszawie, Warszawa, 2007.

*Lek. Dariusz DELIKAT*

Lekarz laryngolog i psycholog. Absolwent Akademii Medycznej we Wrocławiu oraz Uniwersytetu SWPS. Posiada wieloletni staż pracy w szpitalu i przychodni oraz w branży farmaceutycznej, gdzie m. in. zarządzał działem HR i Działem Szkoleń. Autor wielu programów szkoleniowych z zakresu szeroko pojętych umiejętności psychologicznych. Od 3 lat prowadzi cieszące się zainteresowaniem szkolenia w Dolnośląskiej Izbie Lekarskiej (Wywieranie wpływu na zachowania i postawy pacjentów, Lekarz asertywny..., Analiza transakcyjna na co dzień..., Wypalenie zawodowe, Psychologia pacjenta...), współpracownik Wrocławskiego Oddziału Uniwersytetu SWPS.

(przedruk z „Medium” nr 4/16)

## OGŁOSZENIA



Zapraszamy na VI Krajowe Spotkania Reumatologiczne ważne wydarzenie naukowe nie tylko dla środowiska reumatologicznego, lecz także lekarzy innych specjalności, którzy w codziennej praktyce zajmują się osobami z chorobami układu mięśniowo-szkieletowego. Jest to kolejna oferta Wrocławia, który w ciągu kilku wrześniowych dni będzie nie tylko Europejską Stolicą Kultury, ale także Polską Stolicą Reumatologii.

**Termin:** 22–24 września 2016 r.

**Miejsce:** Wrocław, Wrocławskie Centrum Kongresowe Hala Stulecia, ul. Wystawowa 1

**Patronat honorowy:** Prezydent Wrocławia Rafał Dutkiewicz, JM Rektor Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu prof. dr hab. Marek Ziętek

**Organizatorzy:** Zarząd Główny Polskiego Towarzystwa Reumatologicznego, Dolnośląski Oddział Polskiego Towarzystwa Reumatologicznego

**Partnerstwo merytoryczne i nadzór naukowy:** Katedra i Klinika Reumatologii i Chorób Wewnętrznych Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu oraz Klinika Reumatologii i Chorób Wewnętrznych Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego we Wrocławiu

**Przewodniczący Komitetu Naukowego:** prof. dr hab. Piotr Wiland

**Sekretariat Naukowy i Organizacyjny:** Klinika Reumatologii i Chorób Wewnętrznych Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego we Wrocławiu, ul. Borowska 213, 50-556 Wrocław, tel.: 71 734 33 50, faks: 71 734 33 09, e-mail: [klr@usk.wroc.pl](mailto:klr@usk.wroc.pl)

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

Uczestnicy otrzymają punkty edukacyjne.

\* \* \*



**10 Lat Leczenia Biologicznego Chorób Reumatycznych w Polsce**  
**10-Lecie Oddziału Klinicznego, Kliniki Reumatologii i Układowych Chorób Tkanki Łącznej Szpitala Uniwersyteckiego im. dr Jana Biziela w Bydgoszczy, Collegium Medicum UMK w Toruniu**

Szanowni Państwo, Koleżanki i Koledzy!

W imieniu komitetu naukowego i organizacyjnego mam zaszczyt i przyjemność zaprosić Państwa na konferencję będącą podsumowaniem 10 lat leczenia biologicznego chorób reumatycznych.

Tematem przewodnim konferencji będzie prezentacja wspólnych doświadczeń z ostatniej dekady leczenia biologicznego chorób reumatycznych w Polsce i na świecie oraz przedstawienie aktualnych wytycznych i perspektyw terapii biologicznej.

W trakcie konferencji swoją wiedzę podzielą się zaproszeni reumatolodzy z Polski i innych krajów Europy.

Jednocześnie pragniemy wraz z Państwem uczcić obchody 10-lecia Oddziału Klinicznego i Kliniki Reumatologii i Układowych Chorób Tkanki Łącznej Szpitala Uniwersyteckiego nr 2 im. dr Jana Biziela w Bydgoszczy, Collegium Medicum UMK w Toruniu.

Jestem przekonany, iż spotkanie będzie ważnym wydarzeniem naukowym, interesującym zarówno dla osób z wieloletnim doświadczeniem, jak i dla szkolących się lekarzy.

Do zobaczenia w Bydgoszczy!

*Sławomir Jeka*

**Termin:** 4-5 listopada 2016 r.

**Miejsce:** Centrum Kongresowe Opera NOVA w Bydgoszczy, ul. Marszałka F. Focha 5

**Organizator:** Polskie Towarzystwo Reumatologiczne Oddział Kujawsko-Pomorski

**Partnerstwo merytoryczne i nadzór naukowy:** Klinika Reumatologii i Układowych Chorób Tkanki Łącznej w Bydgoszczy

**Przewodniczący Komitetu Naukowego:** prof. dr hab. Marek Brzóska

**Przewodniczący Komitetu Organizacyjnego:** dr hab. Sławomir Jeka

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

Uczestnicy otrzymają punkty edukacyjne.

\* \* \*



Zapraszamy do Poznania na **Orthopaedic Convention For Eastern Europe** - pierwszą konferencję organizowaną przez EFORT i PTOiTr. Jej celem jest przedstawienie aktualnego stanu

wiedzy na temat najważniejszych zagadnień ortopedycznych, takich jak endoprotezoplastyka biodra i kolana, artroskopia, ortopedia dziecięca, traumatologia, chirurgia kończyny górnej i inne. Przedstawimy również sprawozdanie z kongresu EFORT w Genewie. Wykładowcami będą uznani ortopedzi europejscy zaproszeni przez EFORT i wykładowcy z Europy Wschodniej wskazani przez towarzystwa narodowe. Podczas spotkania odbędą się również warsztaty praktyczne.

Zachęcamy szczególnie do zapoznania się z programem ramowym, który dostępny jest na stronie konferencji w trzech wersjach językowych - angielskiej, rosyjskiej i polskiej. Wykłady odbywać się będą w języku angielskim.

**Termin:** 3-5 listopada 2016 r.

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

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

**Organizator wykonawczy:** Wydawnictwo Termedia

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

\* \* \*



Szanowni Państwo!

Z największą przyjemnością, już po raz siódmy, zapraszam do Poznania na konferencję Forum Neurologii Dziecięcej. Tegorocznym tematem przewodnim naszego spotkania są SUKCESY W NEUROLOGII DZIECIĘCEJ.

Proponuję Państwu ciekawe spotkanie naukowe, którego głównymi zagadnieniami będą diagnostyka i leczenie stanów napadowych u dzieci, choroby demielinizacyjne, rytmy okołodobowe, a także niezwykle praktyczna i ciekawa kazuistyka w neurologii dziecięcej.

Myślę, iż atmosfera miejsca oraz sprzyjający obradom klimat pięknego miasta Poznania pozwoli nam skoncentrować się na trudnych, ale ciekawych zagadnieniach współczesnej neurologii dziecięcej, a także skłoni uczestników do szerokiej dyskusji podczas sesji i w kuluarach.

Swoim doświadczeniem podzielę się z nami najlepsi specjaliści zajmujący się leczeniem zaburzeń neurologicznych u dzieci. Swoją wiedzę zapowiedziało wielu ekspertów, których ogromna wiedza i doświadczenie z pewnością przyczynią się do wielu ciekawych dyskusji, często kontrowersyjnych, wzbogacających przygotowany dla Państwa atrakcyjny program.

Zachęcam gorąco Szanowne Koleżanki i Kolegów do wzięcia udziału w naszym kolejnym spotkaniu! Z wyrazami szacunku,

*Przewodnicząca Komitetu Naukowego Konferencji*

*Prof. dr hab. n. med. Barbara Steinborn*

Uczestnicy konferencji otrzymają punkty edukacyjne!

**Termin:** 7-8 października 2016 r.

**Miejsce:** Kino „Kinopolis”, ul. B. Krzywoustego 72, Poznań

**Przewodnicząca Komitetu Naukowego:** prof. dr hab. n. med. Barbara Steinborn

**Organizator:** Forum Media Polska Sp. z o.o., ul. Polska 13, 60-595 Poznań, tel. 61 66 55 800, infolinia: 801 88 44 22, fax: 61 66 55 888, e-mail: [bok@forum-media.pl](mailto:bok@forum-media.pl)

\* \* \*

Realizując zadania statutowe Fundacji Pomocy Dzieciom z Chorobą Nowotworową informuję, że istnieje możliwość udziału w multimedialnym programie edukacyjnym Pt. „Lekarz POZ w opiece nad dzieckiem z chorobą nowotworową”, którego autorem jest Konsultant Krajowy w dziedzinie Onkologii i Hematologii Dziecięcej prof. dr hab. n. med. Jerzy R. Kowalczyk.

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

Program przeznaczony jest dla lekarzy objętych obowiązkiem doskonalenia zawodowego, zgodnie z art. 18.1 ustawy z dnia 5.12.1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2011 r. nr 277 poz. 1634). Pozytywny wynik testu wiedzy uprawnia do uzyskania 5 pkt. edukacyjnych.

*Prezes Zarządu Fundacji  
Daniela Mroczek*

\* \* \*

### **I Ogólnopolski Konkurs Poetycko-Literacki „Lekarze dzieciom”**

Komisja Kultury Okręgowej Rady Lekarskiej w Lublinie ogłasza I Ogólnopolski Konkurs Poetycko-Literacki „Lekarze dzieciom”. Patronat honorowy nad konkursem objęli Prezes Naczelnej Izby Lekarskiej Pan dr n. med. Maciej Hamankiewicz oraz Prezes Lubelskiej Izby Lekarskiej Pan dr Janusz Spustek. Patronat medialny został objęty przez Radio Lublin, Gazetę Lekarską oraz miesięcznik Lubelskiej Izby Lekarskiej „Medicus”.

Szczegółowe informacje o Konkursie znajdują się na stronie internetowej: [www.kultura.oil.lublin.pl/konkurs-lekarze-dzieciom](http://www.kultura.oil.lublin.pl/konkurs-lekarze-dzieciom). Prace należy nadsyłać do 31 sierpnia 2016 r., natomiast rozstrzygnięcie konkursu nastąpi 30 września 2016 r.

\* \* \*



### **IV Międzynarodowy Salon Fotografii Artystycznej Lekarzy „PhotoArtMedica 2016” w Częstochowie OTWARTY!**

Zapraszamy do udziału w Salonie PhotoArtMedica 2016 lekarzy, lekarzy dentystów oraz nauczycieli akademickich i studentów uniwersytetów medycznych.

Zgłoszenia do 28 SIERPNIA 2016 r.

Dwie kategorie: Krajobraz miejski i Temat wolny

Grand Prix, 14 medali, nagrody specjalne, wyróżnienia, nagrody rzeczowe ufundowane przez Partnera ubezpieczeniowego lekarzy INTER oraz Olympus i National Geographic Polska

Informacje i zgłoszenia: [www.photoartmedica.pl](http://www.photoartmedica.pl)

Okręgowa Izba Lekarska w Częstochowie

\* \* \*

### **Ogólnopolska Wystawa Fotograficzna Lekarzy pod hasłem „Wakacje w gabinecie lekarza”**

W Klubie Lekarza w Łodzi przy ul. Czerwonej 3 odbędzie się w październiku, tradycyjnie jak co roku, powakacyjna Ogólnopolska Wystawa Fotograficzna Lekarzy - tym razem pod hasłem „Wakacje w gabinecie lekarza”. Realizację tego tematu pozostawiamy inwencji i wyobraźni lekarzy i lekarzy dentystów, chcących wziąć udział w tegorocznej Wystawie.

Tegorocznej edycji Wystawy, podobnie jak poprzednich, towarzyszyć będzie konkurs, w którym prace oceni jury złożone z profesjonalistów. Wernisaż wystawy planujemy na 23 października 2016 roku (niedziela) o godz. 17. Wystawa potrwa do 28 października br.

Zapraszamy do udziału w prezentacji zdjęć Koleżanki i Kolegów, nie tylko z łódzkiej OIL, ale ze wszystkich okręgowych izb w Polsce. Prace prosimy nadsyłać na nasz adres nie później niż do 12 października br.

Fotogramy winny być nie mniejsze niż w formacie A5, wykonane w technikach dowolnych, opatrzone następującymi informacjami: imię i nazwisko, specjalizacja i miejscowość zamieszkania Autora, a także ewentualnie tytułem.

Kontakt: Iwona Szelera, Sekretariat Okręgowej Izby Lekarskiej, 93-005 Łódź, ul. Czerwona 3, tel. 42/683-17-01.

\* \* \*

### **Zapraszamy na Zjazd Absolwentów 1975-1981**

Zapraszamy wszystkich Absolwentów Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej w Poznaniu, rocznik 1975-1981 na spotkanie „35 lat minęło”, w dniu 15 października 2016 r. o godz. 16.00. Miejsce spotkania: Restauracja Hotel Meridian's, Poznań ul. Litewska 22. Wszystkie informacje i zapisy na stronie [www.absolwenci1981-poznan-am.pl](http://www.absolwenci1981-poznan-am.pl).

*W imieniu Komitetu Organizacyjnego  
Jerzy Harasymczuk*

\* \* \*

**SP ZOZ Centrum – Przychodnia Centrum w Opolu** zatrudni lekarzy do POZ. Telefon: 77/402-03-98, 77/402-03-21, 77/402-03-83.

\* \* \*

Prywatna, nowoczesna przychodnia stomatologiczna „Duodental s.c. A. Kulikowska-Dziewońska, M. Zembik-Wojciechowicz” nawiąże współpracę z lekarzem specjalistą ortodontą lub w trakcie specjalizacji z ortodontą.

Praca 1-2 razy w miesiącu w Siechnicach, woj. dolnośląskie.

Warunki finansowe do uzgodnienia.

Więcej informacji pod nr tel.: 501-357-722, 509-838-755

\* \* \*

**Wynajmę gabinety lekarskie** w budynku przychodni „TAR-MED” Sp. lekarzy w Tarnowie Op., ul. Świerczewskiego 1. Kontakt – 77/403-22-95; 608-509-015; 608-509-016.

\* \* \*

**Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Zaodrze” w Opolu** pilnie poszukuje lekarza do świadczenia usług medycznych w poradni ogólnej POZ oraz lekarza pediatrii do Poradni pediatrycznej. Telefon kontaktowy: 77/474-77-78, 77/457-33-38.

\* \* \*

Do praktyki stomatologicznej mieszczącej się w obiekcie „Błękitna Wstęga” w Opolu przyjmę do współpracy lekarza stomatologa (najchętniej z doświadczeniem).

**SPECJALISTYCZNA PRAKTYKA**

**STOMATOLOGICZNA**, Opole, ul. Horoszkiewicza 6 pok. III, tel. 77/454-88-90 lub 602-776-429.

\* \* \*

OPOLSKA IZBA LEKARSKA

**Biurowo:** tel. 77/454-59-39, fax 77/454-67-09, [opole@hipokrates.org](mailto:opole@hipokrates.org)

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

**Rejestr Lekarzy:** [opole.rejestr@hipokrates.org](mailto:opole.rejestr@hipokrates.org)

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

**Składki:** [opole.skladki@hipokrates.org](mailto:opole.skladki@hipokrates.org)

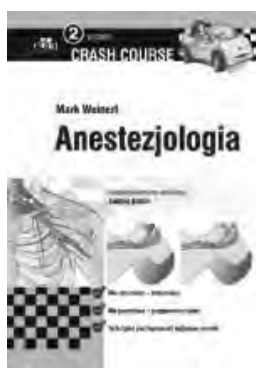
**Administracja Biura Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej:** tel. 77/453-75-72;

[opole.rzecznik@hipokrates.org](mailto:opole.rzecznik@hipokrates.org)

**Administracja Biura Okręgowego Sądu Lekarskiego:** tel. 77/454-85-75; [opole.sad@hipokrates.org](mailto:opole.sad@hipokrates.org)

## NOWOŚCI WYDAWNICZE

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



### Anestezjologia Crash Course

M. Weinert

wyd. II, red. A. Kübler

rok wydania: 2016

ISBN: 978-83-65373-47-2, format: 175 x 252, opr. broszurowa, 189 stron, cena: 39.60 zł (88 EUP pkt)

Książka przedstawia nie tylko anestezjologię kliniczną oraz intensywną terapię, ale także medycynę przypadków nagłych, leczenie bólu, a nawet wprowadzenie do medycyny paliatywnej. Jest to zakres wiedzy obejmujący szkolenie specjalistyczne w zakresie anestezjologii.

Publikacja ta będzie przydatna dla studentów dzięki jasności i zwięzłości zawartych w niej treści. Powinna być też interesująca dla przedstawicieli innych specjalności, którzy chcą poznać aktualną problematykę anestezjologiczną. Będzie to na pewno publikacja cenna dla rezydentów z dziedziny anestezjologii i intensywnej terapii.

Bardzo istotną zaletą tej książki jest przedstawienie wiedzy niezbędnej dla pełnego wykształcenia anestezjologicznego na podstawie klasycznego kanonu „czte-

rech nóg współczesnej anestezjologii”: znieczulenia, intensywnego leczenia, resuscytacji i leczenia bólu.

Wydanie drugiej tej publikacji zostało po 8 latach poddane gruntownej aktualizacji i powinno posłużyć jako podstawa wiedzy zarówno dla studentów, jak i dla lekarzy.

\* \* \*



### DSM-5. Diagnostyka różnicowa

M.B. First

rok wydania: 2016

ISBN: 978-83-65373-53-3, format: 180 x 255, opr. broszurowa, 348 stron, cena: 88.20 zł (196 EUP pkt)

Proces diagnostyczny wymaga umiejętności uzyskania informacji od pacjenta, rozpoznania objawów i ustalenia ich wzorca, określenia możliwych przyczyn oraz ostatecznego ustalenia odpowiedniej diagnozy. Doświadczeni specjaliści z zakresu zdrowia psychicznego wiedzą, że rozpoznanie różnicowe jest sztuką, ale też złożoną umiejętnością naukową, dlatego chętnie sięgają po narzędzia, które je wspomagają.

DSM-5® Podręcznik diagnostyki różnicowej służy pomocą w rozwijaniu umiejętności niezbędnych do opracowania kompleksowego rozpoznania różnicowego.

W książce przedstawiono rozmaite metody postępowania, w tym sześć etapów schematu diagnostycznego, 29 drzew decyzyjnych oraz 66 tabel diagnostyki różnicowej do wykorzystania po ustaleniu wstępnego rozpoznania. Podręcznik opiera się na klasyfikacji DSM-5, ułatwia kodowanie i prezentuje wszystkie rozpoznania DSM-5, które należy wziąć pod uwagę przy opracowaniu diagnostyki różnicowej.

Publikacja DSM-5® Podręcznik diagnostyki różnicowej przedstawia podejście uwzględniające złożoność ludzkiej osobowości oraz użyteczność strukturalną klasyfikacji DSM-5. Będzie niezwykle przydatna dla wszystkich, którzy stoją przed tym zasadniczym wyzwaniem diagnostyki psychiatrycznej, jakim jest rozpoznanie różnicowe.

\* \* \*



### Przepisy dla diabetyków. Pełnia przyjemności i kontrola cukru we krwi

M. Riedl

seria: *Jedzmy zdrowo* 2016

ISBN: 978-83-65373-66-3, format: 167 x 206, broszurowa, 192 strony, cena: 38.40 zł (96 EUP pkt)

W książce czytelnik znajdzie wskazówki, jak cieszyć się życiem pomimo choroby. Autor opracował swoje przepisy na podstawie najnowszych badań z dziedziny

ny medycyny i udowadnia, że diabe-tycy stosując odpowiedni sposób odży-wnia, mogą rozkoszować się smakiem i najeść się do syta.

Najnowsze badania naukowe pokazują, że życie z cukrzycą nie jest już tak skomplikowane jak niegdyś i dlatego też oso-by na nią chorujące, chcąc się odpowiednio odżywiać, nie muszą już przestrzegać dawnych nakazów żywieniowych.

Zebrane w tej książce przepisy są do-wodem na to, że można przygotować wy-kwintne i świeże potrawy bez jakichkol-wiek ograniczeń – warzywa, orzechy, tłuszcze najwyższej jakości, ryby i mięso są filarami współczesnej diety, i nie tylko tej przeznaczonej dla diabe-tyków. A naj-ważniejsze jest to, że możesz pozbyć się zbędnych kilogramów i rozkoszować się smakiem. Jedzenie ma ogromny wpływ na nasze samopoczucie i dlatego to, co znajdzie się na naszym talerzu, powin-no być smaczne i sycące. Diabe-tycy mo-gą śmiało zaufać przedstawionemu w tej książce planowi odży-wnia, ponieważ autor opracował go na podstawie wiedzy jednego z najbardziej wiodących lekarzy z dziedziny leczenia cukrzy-ty. Oprócz przepisów zamieszczono w książce naj-nowsze informacje dotyczące problematyki życia z cukrzycą na co dzień. Au-tor wyjaśnia we wstępie, jak bez lęku żyć z cukrzycą i pełnymi garściami czerpać radość z życia.

\* \* \*



### **Optyczna tomografia koherentna**

J.S. Duker, N.K. Waheed, D.R. Gold-  
man

wyd. I, red. I. Grabska-Liberek  
rok wydania: 2016

ISBN: 978-83-65373-42-7, format: 151  
x 228, opr. twarda, 179 stron, cena:  
71.11 zł (158 EUP pkt)

Optyczna koherentna tomografia (OCT, optical coherence tomography) została od-kryta w późnych latach osiemdziesiątych ubiegłego wieku przez Jamesa Fujimoto i je-go współpracowników. W 1996 r. technika

ta została przejęta przez spółkę handlową, a wkrótce potem urządzenie zaczęło być sprzedawane komercyjnie. Obecnie śmia-ło można stwierdzić, że OCT jest jednym z najbardziej pomocnych badań w okulisty-ce i bezdyskusyjnie jednym z najważniej-szych badań w diagnostyce siatkówki.

Mając na względzie to, jak ważne jest OCT w praktyce klinicznej, autorzy pod-ręcznika skupili się na krótkim i przejrzys-tym omówieniu jednostek chorobowych, doskonałym materiale zdjęciowym i do-brze udokumentowanych objawach pa-tologicznych

\* \* \*



### **Kliniczna farmakologia okulistyczna**

wyd. II, red. M.E. Prost, R. Jachowicz,  
J.Z. Nowak

rok wydania: 2016

ISBN: 978-83-65373-34-2, format: 168  
x 238, opr. twarda, 570 stron, cena:  
115.20 zł (256 EUP pkt)

Niniejsza książka została pomyślana jako całościowe opracowanie poruszające wszystkie aspekty leczenia chorób oczu. Czytelnik znajdzie w niej informacje doty-czące zasad stosowania leków do oczu, ich penetracji do tkanek oka, farmakokinetyki i farmakodynamiki. Omówiono rów-nież wady i zalety różnych postaci leków do oczu, działania niepożądane, interakcje i toksykologię leków, metody sporządzania leków recepturowych, podstawy prawne wystawiania recept, wpływ środków konserwujących na tkanki oczu.

Książka adresowana jest nie tylko do lekarzy okulistów, lecz także do farma-ceutów, farmakologów i lekarzy innych specjalności leczących chorych, u których poza chorobą podstawową będą równo-cześnie występowały schorzenia narządu wzroku. Mogą z niej korzystać rezydenci w zakresie okulistyki, studenci farmacji i medycyny. Prof. dr hab. n. med. Marek E. Prost

\* \* \*



### **Chirurgia okulistyczna**

G.L. Spaeth, H. Danesh-Meyer, I.  
Goldberg, A. Kampik

wyd. IV, red. J. Szaflik, J. Izdebska  
rok wydania: 2016

ISBN: 978-83-65373-56-4, format: 220  
x 280, opr. twarda, 700 stron, cena:  
255.60 zł (568 EUP pkt)

Chirurgia okulistyczna to podręcz-nik opracowany przez międzynarodową grupę znanych i renomowanych eksper-tów. W książce przedstawiono najnowsze osiągnięcia w zakresie kluczowych tech-nik operacyjnych z różnych podspecjali-zacji okulistyki, w tym dotyczące lecze-nia zaćmy, schorzeń rogówki, zaburzeń refrakcji, jaskry, nieprawidłowości ciała szklстого i siatkówki oraz guzów narzą-du wzroku. Poruszono też zagadnienia chirurgii plastycznej i zabiegów w obrębie mięśni okoruchowych. Dzięki tak obszernej tematyce przedstawionej w publikacji pozwala ona zyskać pewność działania na sali operacyjnej.

W książce:

- Omówienie poszczególnych procedur krok po kroku.
- Najważniejsze informacje z zakresu licznych technik chirurgicznych.
- W nowym wydaniu:
- Część dotycząca chirurgii refrakcyjnej, w której przedstawiono najnowsze osiągnięcia w dziedzinie zabiegów la-serowych, stanowiących obecnie stan-dardowe postępowanie.
- Nowe opracowanie zawierające ponad 800 ilustracji w pełnym kolorze, uak-tualnione i poprawione schematy, ko-lorowe ryciny i prezentacje procedur krok po kroku.
- Rozszerzony zespół redakcyjny, skła-dający się z międzynarodowych spe-cjalistów gwarantujących przedstawi-enie problemów chirurgii okulistycznej z perspektywy światowej.





Patronat Polskiego  
Komitetu Olimpijskiego

# XIV IGRZYSKA LEKARSKIE ZAKOPANE

14-18. 09. 2016

informacje: [www.igrzyskalekarskie.org](http://www.igrzyskalekarskie.org)



## II Konferencja Onkologiczno-Paliatywna Hospicjum im. ks. E. Dutkiewicza SAC w Gdańsku

### Gdańsk, 13-15 października 2016 r.

**Wśród poruszanych tematów:**  
wsparcie żywieniowe seniorów i etyczne aspekty żywienia,  
emocje chorego i jego rodziny, oksykodon vs fentanyl,  
radioterapia w leczeniu bólu, pracownik socjalny w hospicjum,  
kompetencje pielęgniarki hospicyjnej,  
leki podawane drogą podskórną

[www.konferencja-dutkiewicza.pl](http://www.konferencja-dutkiewicza.pl)

HOSPICJUM  
W GDAŃSKU

FUNDACJA  
HOSPICYJNA

PATRONAT MERYTORYCZNY

PARTNER  
KONFERENCJI

Konsultant Krajowy  
w dziedzinie Medycyny  
Paliatywnej  
dr Wiesława Pokropska

Konsultant Województwa  
w dziedzinie Medycyny  
Paliatywnej  
dr Aleksandra Modlińska

Olgierdowa Izba Lekarska  
w Gdańsku

Zakład Medycyny Paliatywnej  
Katedra Medycyny Endokrynologicznej

Polskie Towarzystwo  
Hospicyjne i Paliatywne





**FDI 2016**  
**See You in Poznań!**

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

ANNUAL WORLD DENTAL CONGRESS | POZNAŃ, 7-10.09.2016