



OPOLSKA  
IZBA  
LEKARSKA

Rok Założenia 1990

Grudzień/Styczeń 2019-20

ISSN 1426-661X

# BIULETYN INFORMACYJNY

Nr 277-8

## OPOLSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

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

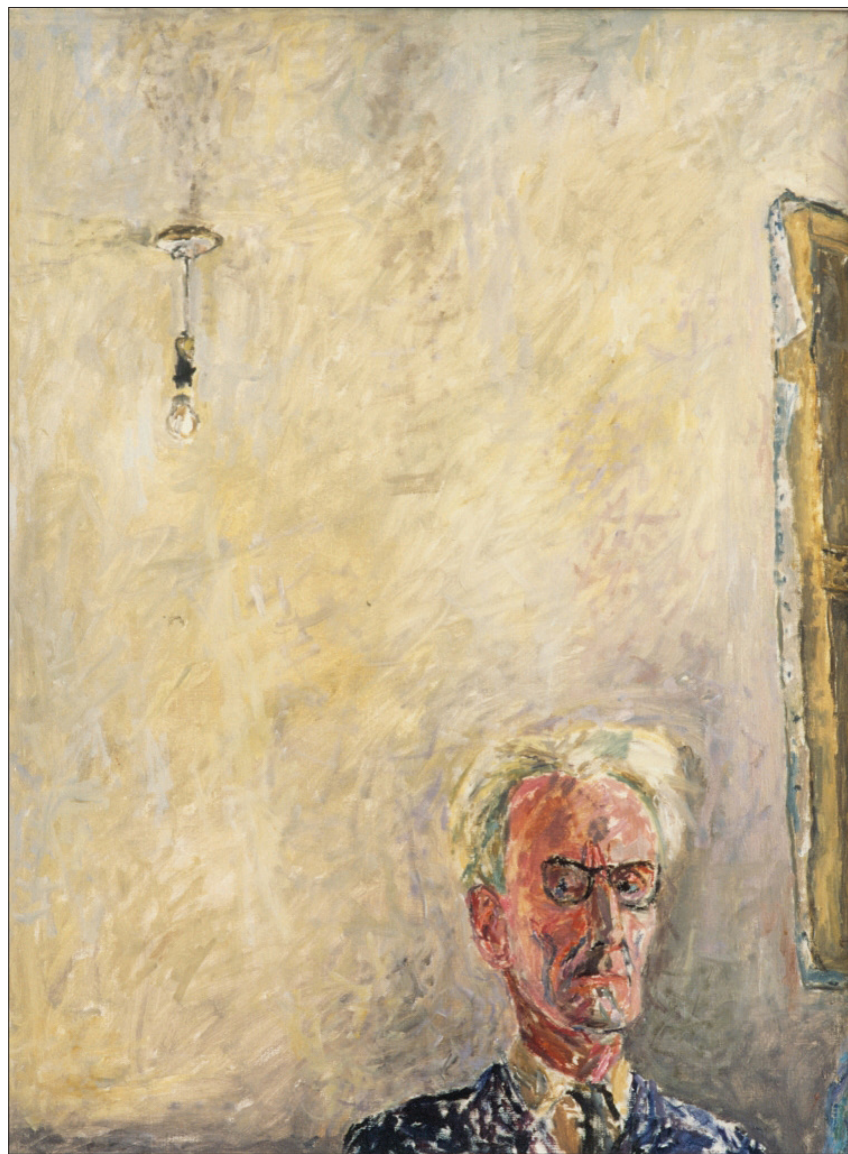


Zdrowych, spokojnych  
i rodzinnych Świąt  
Bożego Narodzenia  
oraz szczęśliwego  
Nowego 2020 Roku  
dla wszystkich!



# GŁOWA CZY BUKIET

Józef Czapski nie tylko patrzył (i to tak wnikliwie, że wydał *Patrząc*), nie tylko czytał (ogłosił więc *Czytając*), ale też słuchał i współodczuwał, kochał i cierpiał, tęsknił i zwodził, przyciągał do siebie lub zapominał o ludziach. I malował, to tak oczywiste. Malował osobność: barwną i szaroburą, ludzką i nieludzką, swoją i cudzą. Na *Aleje w parku* skundlony terier - pocieszny, kudłaty, z rudą łatą na mordce. Nad nim pałą się jesienne liście, ścieżka niknie w zaroślach, a pnie pochylają się jak starzy ludzie. Nikt jednak nie woła: Pikuś, do nogi! Może to bezpański piesek? Jeśli nawet, to i tak ma wię-



cej szczęścia niż woły z innego obrazu. Ich rozplątane tusze zwisają pod sufitem. Podłoga zawałona jest natomiast wielkowymi koszami ciężkimi od kości i zdartej skóry. O jeden z nich opiera się rower. Pewnie to bocykl rzeźnika, tego chudego, przygarbionego mężczyzny w czarnym fartuchu do kolan, który coś rachuje na palcach jednej ręki. Kiedyś żywe, dziś martwe przelicza na miedziaki.

Obraz *Cafe de la Concorde* pochodzi z 1954 roku. Uszaki obite fioletowym welurem zlepiły się bok do boku niczym fotele w przedziale pierwszej klasy. Nad oparciami brudne pej-

zaże w złożonych ramach. Przed każdym fotelem stolik – okrągły, nieduży, na filiżankę i talerzyk deserowy. W kawiarni pustojak w pudełku po butach, żadnych spotkań i pogaduszek, żadnego sam na sam. Dwadzieścia lat później Czapski znów zajrzał do kawiarni, jak zwykle ze szkicownikiem w kieszeni. I namalował parę: ona - wiotka, o jasnej cerze przysunęła się do krawędzi stołu, on świdruje ją wzrokiem jak David Cooperfield modelkę. Ot randka przy wygasłym kominku. Ale co tu robi ten

drugi mężczyzna? Obrócił się bokiem i nerwowo stuka palcami o blat stołu. Widzimy skrawek profilu: ogorzałą cerę, przymrużone oczy i perkaty nos. Może to tajniak? Czyżby śledził tych dwoje?

Lubię *Schody* z 1964 roku. Obraz przedstawia paryską kamienicę, taką z plafonami na sufitach i sztukaterią w amfiladowych pokojach. To jeden z tych budynków, w których rzeźbione drzwi otwierają się do środka, a kryształowe żyrandole budzą zajączkami lokatorów. Czapski wdrapał się na piętro, przechylił przez barierkę i namalował klatkę schodową: balustrady pozwijane w ślimaki, czerwoną poręcz wyslizganą palcami, granatowe kafle w czarne ciapki na półpiętrze i brudnozielone ściany obramowane złotymi ramami. Na parterze sofa. W kąt wcisnęła się kobieta. Skrzyżowała nogi, dłonie zakleszczyła na kopertownicy i usztywniła się jak pancernik. Biała sukienka z kreponu odsłania kolana. W języku barw biel oznacza czystość. Czyżby autor chciał się wytłumaczyć przed widzem? Bo uciął kobiecie głowę. Jakby nic nie znaczyła. Nie wyrażała człowieka. A jednocześnie fragment postaci dopowiada całość. Wzmacnia obecność. Dekapitacja zmienia tę osobę w zaszyfrowaną wiadomość.

Sam siebie też zresztą zgilotynował. Na obrazie przydymiona ściana, z brudnego sufitu zwisa goła żarówka. W kadrze wystarczyło jeszcze miejsca na postrzępiony rant płótna i głowę malarza. Odciętą. Jeśli zmrużyć oczy ta podłużna głowa z posiwiałą, wystrzępioną szczecinią przypomina zwiedły bukiet frezji kolebiący się na cienkiej łądydze szyi. Suche badyle ciasno zasznurowane krawatem.

Prawie sto lat hrabiego Józefa Marii Franciszka Hutten-Czapskiego herbu Leliwa (1896-1993)

przypada na czasy harmonii i szaleństwa, ładu i nieładu, miary i bezmiaru, na czasy przykute do muru i zerwane z łańcucha, zimne i gorące, cklive i cierpkie. Jak żyć w takim stuleciu? Wymościć sobie gniazdko przy ognisku czy odnaleźć się na uboczu? Zadbać o publiczność czy tworzyć do szuflady? Czapski, dziedzic pałacu, gnieżdżący się w pokoiku wielkości mysiej nory, próbował oswoić poboczność. Ale czasami czuł się jak tani bukietek frezji, do wyrzucenia gdy zwiędnie.

Agnieszka KANIA





Po raz kolejny ze zdziwieniem stwierdzam, że minął kolejny już rok. Miał rację Einstein, kiedy twierdził, że czas może płynąć nie zawsze tak samo. W miarę upływu lat – płynie coraz szybciej. I nie pomoże już nawet podśpiewywanie za Rosiewiczem: „*Gdy Cię czas dogania, przodem puszczaj drania...*”.

Kochani! Oddaję w Wasze ręce kolejny numer Biuletynu naszej Izby – tym razem kończącego Stary i zarazem otwierającego Nowy Rok. To czas wielu przemyśleń, podsumowań i ocen. Znajdziecie je w Szpalcie Prezesa. Ja natomiast staram się z jednej strony informować Was o tym co najważniejsze i aktualne w ochronie zdrowia, a jednocześnie Święta to okres bardziej spokojny – więc będzie też i trochę więcej luzu materiałowego.

Zachęcając do lektury, składam Wam wszystkim serdeczne życzenia wszelkiej pomyślności w nadchodzącym Nowym Roku, a na Święta Bożego Narodzenia – tylko dobrych myśli, bliskości bliskich i ciepła rodzinnego!

Jerzy B. LACH

PS Ponieważ to także czas dobroci, proszę o zainteresowanie się poniższym apelem Prezesa Kujawsko-Pomorskiej Izby Lekarskiej.

Uprzejmie proszę o wsparcie finansowe zbiórki na leczenie dra Pawła Drojeckiego, 43-letniego chirurga z Torunia walczącego z postępującym stwardnieniem zanikowym bocznym. Jedynym ratunkiem jest terapia przeprowadzana w Izraelu autologicznymi komórkami macierzystymi. Jest to obecnie jedyna na świecie metoda, która daje szansę na zatrzymanie postępu choroby a nawet na cofnięcie się niektórych objawów.

Niestety, to droga terapia; potrzeba 3 mln. złotych, ale dzięki akcji: <https://www.siepomagapl/zycie-pawla> suma od serca przekazywanych wpłat systematycznie rośnie, co napawa nadzieją na rozpoczęcie leczenia.

Bardzo proszę, w miarę Państwa możliwości, o włączenie się w tę akcję. Podobna sytuacja może spotkać każdego z nas. Z góry dziękuję za wszelką okazaną pomoc.

Wojciech Kaatz

Prezes Kujawsko-Pomorskiej Okręgowej Izby Lekarskiej w Toruniu



Koleżanki, Koledzy !

Koniec roku sprzyja refleksjom i posumowaniom. Często spoglądamy wstecz i staramy się odpowiedzieć sobie na pytanie: jaki był ten rok? Mimo woli budzi się taka refleksja i u mnie. Było burzliwie! Każdy miesiąc zaskakiwał nas nowymi problemami. Wchodząca w życie elektroniczna dokumentacja medyczna nabierała rozpędu i kolejne jej etapy były wdrażane w życie (teraz na horyzoncie od stycznia 2020 r. e-recepta). Dla stomatologów pojawił się obowiązek instalowania separatorów amalgamatu w unitach. Mamy za sobą manifestację środowiska lekarskiego, która odbyła 1 czerwca w Warszawie, a za nią przyszła akcja „Zdrowa Praca” i wypowiadanie klauzul opt-out. Latem „poczęstowano” nas nowelizacją ustawy o zmianie ustawy Kodeks Karny i nowym brzmieniem treści art. 155 Kodeksu Karnego. I ostatnie miesiące – akcja OIL w Warszawie „*Polska to chory kraj...*”, będąca swoistym manifestem najpilniejszych zmian w ochronie zdrowia którą poparły okręgowe izby lekarskie.

I wreszcie zupełnie świeża sprawa – zniesławianie i szkalowanie dobrego imienia lekarzy przez wpis na publicznie dostępnym fanpage’u Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Wiedzy o Szczepieniach „Stop Nop”, założonym na portalu społecznościowym Facebook na temat rze-

## SZPALTA PREZESA

komej eutanazji w polskich szpitalach. W materiale tym zarzucono lekarzom, pracującym na OIT, że podejmują takie działania, doprowadzając do śmierci pacjentów z pobudek finansowych. Nie mogliśmy obok tego przejść obojętnie. Dzień po ukazaniu się tego wpisu na fanpage’u Prezes Naczelnej Rady Lekarskiej i wszyscy Prezesi Okręgowych Izb Lekarskich podpisali się pod wnioskiem do Prokuratora Generalnego o wszczęcie z urzędu postępowania o czyn ścigany z oskarżenia prywatnego ze względu na ważny interes społeczny. Powołaniem lekarza jest ochrona życia i zdrowia ludzkiego, dlatego wszelkie działania, które godzą w dobre imię nas wszystkich będą zawsze przez samorząd potępiane.

By zmienić nieco nastrój chciałabym poinformować, że Kapituła Odznaczenia „Meritus Pro Medicis” Naczelnej Rady Lekarskiej na swoim posiedzeniu w dniu 17 października br. uhonorowała tym odznaczeniem naszych kolegów w osobach Stanisława Kowarzyka i Zbigniewa Kuzyszyna w dowód uznania ich pracy na rzecz Samorządu Lekarskiego. Serdecznie kolegom gratulujemy!

Na koniec życzę Wam wszystkim wspaniałych Świąt Bożego Narodzenia, wiele życzliwości i radości podczas rodzinnych spotkań, a w Nowym Roku wszelkiej pomyślności.

Jolanta SMERKOWSKA-MOKRZYCKA



## POSIEDZENIE OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ



W dniu 23 października br. odbyło się kolejne spotkanie członków Rady, które prowadziła Prezes Jolanta Smerkowska-Mokrzycka.

Na samym wstępie Prezes poinformowała o przyznaniu naszym Kolegom – Stanisławowi Kowarzykowi i Zbigniewowi Kuzyszynowi odznaczenia „Meritus Pro Medicis” i złożyła gratulacje obecnemu na posiedzeniu Rady kol. Kowarzykowi. Odznaczenia zostaną wręczone na uroczystościach 30-lecia reaktywacji Samorządu Lekarskiego organizowanych przez NIL w Warszawie 7 grudnia br. Po tym miłym akcencie przystąpiono do pracy. Rada obradowała nad następującymi problemami:

### Przyznanie praw wykonywania zawodu

Do Rady wpłynął wniosek lek. Marii Rak o przyznanie PWZ dla odbycia stażu podyplomowego oraz dwa wnioski o wpisanie na listę członków naszej Izby w związku z przeniesieniem od lek. Pawła Wąsowicza i lek. Grzegorza Świętka – oba przeniesienia z Dolnośląskiej Izby Lekarskiej. Uchwały podjęto jednogłośnie.

### Rejestracja podmiotów prowadzących szkolenie podyplomowe lekarzy

Brak wniosków.

### Zmiany w rejestrze indywidualnych praktyk lekarskich

Do Rady wpłynęły 3 wnioski o wykreślenie z rejestru praktyk lekarskich – uchwały podjęto jednogłośnie.

### Przyznanie świadczeń z Funduszu Samopomocy i dofinansowania imprez sportowych

Brak wniosków.

### Wyznaczenie przedstawicieli OIL do komisji konkursowych

Dyrektor Specjalistycznego Szpitala w Branicach zwrócił się do Prezes Izby o wyznaczenie przedstawiciela Rady do składu Komisji Konkursowej na stanowisko Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa. Prezydium zarekomendowało Radzie kandydaturę lek. Antoniego Junoszy-Szaniawskiego.

Z kolei Dyrektor Zespołu Opieki Zdrowotnej w Nysie zwrócił się z prośbą o powołanie członków Komisji Konkursowej na stanowisko Ordynatora Oddziału Internistyczno-Kardiologicznego Szpitala w Nysie. Prezydium zarekomendowało Radzie kandydatury: lek. lek. Stanisława Kowarzyka, Marka Dryji i Adama Bąka.

Rada jednogłośnie zaakceptowała wszystkie przedstawione kandydatury.

### Rekomendacja w sprawie powołań na konsultantów wojewódzkich

Prezes odczytała trzy pisma Wojewody. Jedno informujące o ponownym powołaniu na Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie Medycyny Pracy dla lek. Heleny Kozłowskiej. Drugie – odwołujące dr n. med. Jerzego Pietruszewskiego (w związku z jego rezygnacją z tej funkcji) dotychczasowego Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie Neurologii Dziecięcej. Trzecie pismo dotyczyło powołania na Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie Neonatologii dla dr n. med. Aliny Kowalczykiewicz-Kuty. Prezydium zarekomendowało Radzie tę ostatnią kandydaturę i uchwała została podjęta jednogłośnie.

Podjęcie uchwał w sprawie zmiany wysokości składki członkowskiej

Do Rady wpłynęły 3 wnioski o zwolnienie z opłacania składek członkowskich z powodu nieosiąganiu przychodów – uchwały podjęto jednogłośnie.

### Sprawozdanie z konwentu Prezesów ORL

Prezes zrelacjonowała posiedzenie Konwentu Prezesów OIL z dnia 17 października i NRL z dnia następnego, na których poruszano następujące problemy:

- złożenie wniosku do Sądu o niewywiązanie się z umowy przez firmę „Confido” Waldemar Dobrzyński,
- rozpatrzenie projektu stanowiska NRL w sprawie projektu Ustawy o zawodzie ratownika medycznego oraz samorządu ratowników medycznych,
- złożenie do Prokuratora Generalnego i Prokuratury Rejonowej Warszawa-Mokotów wniosków o wszczęcie postępowania przeciwko Ogólnopolskiemu Stowarzyszeniu Wiedzy o Szczepieniach „Stop Nop”, które zarzuca lekarzom pracującym na oddziałach OIT, że swoimi działaniami zmierzają bezpośrednio do spowodowania śmierci leczonych tam pacjentów, a czynią to dla osiągnięcia korzyści majątkowych z tego działania. Stowarzyszenie zamieściło takie informacje na Facebooku. Wniosek został poparty przez Ministra Zdrowia.
- o piśmie Prezesa NRL do OIL w Poznaniu, by w jego imieniu rozpoczęła działania skierowane do władz tego miasta o delegalizację stowarzyszenia „Stop Nop”,
- ściągłości składek członkowskich w poszczególnych izbach lekarskich.



## Sprawozdanie członków Rady z działalności pomiędzy posiedzeniami

Prezes zrelacjonowała obchody 30-lecia Warmińsko-Mazurskiej Izby Lekarskiej z siedzibą w Olsztynie.

Kol. Smerkoska-Mokrzycka powtórnie przypomniła o II Interdyscyplinarnej Ogólnopolskiej Konferencji Naukowej, której nasza izba jest współorganizatorem wraz z Izbą Adwokacką w Opolu. W związku z tym podjęto Uchwałę (przy jednym głosie wstrzymującym) o zarezerwowaniu kwoty 10.000 zł na sfinansowanie Konferencji.

Kol. Jakubiszyn zrelacjonował przebieg szkolenia skarbników izbowych, na którym poinformowano o zmianach w przepisach w Ustawie o VAT dotyczących leka-

rzy. Szczegółowe informacje dotyczące tych zmian będą zamieszczone w Biuletynie i na stronie internetowej.

Kol. Latała poinformował o ostatnim posiedzeniu Opolskiego Oddziału PTS. Jego głównym prelegentem był prof. dr hab. Jerzy Sokołowski, Kierownik Zakładu Stomatologii Ogólnej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi. Wygłoszony referat miał tytuł „Cementować, ale czym? Cementować, ale jak?”. Na wykład – jak zawsze – przybyli tłumnie opolscy stomatolodzy.

Wobec wyczerpania porządku obrad na tym posiedzenie zakończono.

*Sekretarz ORL*

*lek. Małgorzata ŁUSZCZYŃSKA-OSTROWSKA*

*Prezes ORL*

*lek. dent. Jolanta SMERKOWSKA-MOKRZYCKA*

## KOLEJNI OPOLANIE Z NAJWYŻSZYM ODZNACZENIEM SAMORZĄDU LEKARSKIEGO

Z wielką radością pragnę poinformować Czytelników Biuletynu, iż decyzja Kapituły Honorowej Odznaki „Meritus Pro Medicis” tytuł ten uzyskali ostatnio nasi dwaj koledzy – Stanisław KOWARZYK i Zbigniew KUZYSZYN. Serdeczne gratulacje!!! Poniżej przedstawiam sylwetki obu odznaczonych.

*Jerzy B. LACH*

\*\*\*

### Lek. Stanisław KOWARZYK

Lekarz Stanisław Kowarzyk ukończył z wyróżnieniem studia na Wydziale Lekarskim Akademii Medycznej we Wrocławiu w 1991 r.

W latach 1991-2007 pracował w Oddziale Wewnętrznym szpitala w Nysie. W początkowych latach pracy był mocno zaangażowany w pomoc materialną dla swego szpitala, organizując transporty leków i sprzętu medycznego z zagranicy w ramach swojej aktywności w organizacji „Lekarze Świata”.

W 1995 r. uzyskał z wyróżnieniem I stopień specjalizacji z chorób wewnętrznych, a w 1999 r. II stopień. W 2005 r. uzyskał tytuł specjalisty endokrynologa – jako jedyny w dotychczasowej historii powiatu nyskiego. Dzięki jego staraniom w 2000 r. udało się otworzyć w Nysie pierwszą w powiecie (i jak dotychczas jedyną) Poradnię Endokrynologiczną, którą prowadzi do dziś. Poradnia obejmuje swoją opieką pacjentów również z kilku ościennych powiatów. Otwarcie tej Poradni w znacznej mierze poprawiło dostęp do opieki endokrynologicznej chorych z południowej części Opolszczyzny.

W Samorządzie Lekarskim działa od 1993 r. W II kadencji pełnił funkcję Zastępcy Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej. W III, IV, V, VII i VIII kadencji był Wiceprzewodniczącym, a w VI ka-



dencji Przewodniczącym Okręgowej Rady Lekarskiej. W VI kadencji pełnił dodatkowo funkcję Przewodniczącego Okręgowej Komisji Wyborczej, a w IV kadencji – członka Krajowej Komisji Wyborczej. Przez cztery kadencje był członkiem Komisji Praktyk Prywatnych i Prywatyzacji Okręgowej Rady Lekarskiej w Opolu. Od III kadencji był regularnie wybierany na delegata Opolskiej Izby Lekarskiej na Krajowy Zjazd Lekarzy. Był osobą, na której spoczywał główny ciężar przeprowadzenia kapitalnego remontu siedziby naszej Izby w ostatnim czasie.

Aktywność społeczna Dr Stanisława Kowarzyka, jego zaangażowanie zawodowe oraz wielki wkład w rozwój i funkcjonowanie Samorządu Lekarskiego na Opolszczyźnie została w sposób szczególny uhonorowana. Kiedy w 2010 r. ustanowiono Honorowe Wyróżnienie Opolskiej Izby Lekarskiej „Prymariusza Opolskiego”, był w gronie pierwszych laureatów tego tytułu. Decyzją Kapituły Honorowej Odznaki „Meritus Pro Medicis” został w tym roku również wyróżniony tym zaszczytnym tytułem.

\*\*\*

### Dr n. med. Zbigniew KUZYSZYN

Ukończył Wydział Lekarski Akademii Medycznej we Wrocławiu w 1991 r. i podjął pracę w Oddziale Wewnętrznym ZOZ w Ozimku. Tam odbył staż podyplomowy, dyżurując również w Pogotowiu Ratunkowym. Przyjmował także pacjentów w przychodni przyzakładowej Huty „Małapanew” w Ozimku. Następnie w latach 1994-97 pracował w Gmin-





nym Ośrodka Zdrowia w Chrzastowicach pełniąc w nim funkcję Kierownika.

W 1996 r. zdobył I stopień specjalizacji z chorób wewnętrznych, a w 3 lata później II stopień specjalizacji. W 1997 r. powrócił do ZOZ w Ozimku, gdzie pełnił funkcję Kierownika, następnie Kierownika Działu Organizacji i Nadzoru, a potem został Zastępcą Ordynatora Oddziału Wewnętrznego szpitala w Ozimku.

W 1999 r. uzyskał uprawnienia kandydata na członka rad nadzorczych spółek Skarbu Państwa.

W 2002 r. rozpoczął pracę w ZUS w Opolu, początkowo jako lekarz orzecznik, a następnie członek Komisji Lekarskiej ZUS.

W 2003 r. uzyskał specjalizację z diabetologii. W rok później podjął studia podyplomowe z zakresu prawa medycznego, bioetyki i socjologii medycyny na Wydziale Prawa i Administracji Uniwersytetu Warszawskiego. Pomimo tyłu zajęć udaje mu się w 2005 r. obronić doktorat z diabetologii.

W 2008 r. został Ordynatorem Oddziału Wewnętrznego szpitala w Krapkowicach. W tym samym roku przeniósł się do pracy w Oddziale Wewnętrznym Szpitala Wojewódzkiego w Opolu, gdzie pracuje do dnia dzisiejszego.

Od 2003 r., oprócz pracy w szpitalu, związany jest dodatkowo z Wojewódzkim Specjalistycznym Zespołem Neuropsychiatrycznym w Opolu, gdzie jest konsultantem z zakresu chorób wewnętrznych. W latach 2009-13 był także wykładowcą i Dyrektorem Instytutu Zdrowia Publicznego Państwowej Medycznej Wyższej Szkole Zawodowej w Opolu.

Mimo rozlicznych obowiązków w latach 2002-12 pracował w Poradniach Diabetologicznych w Opolu, Ozimku i Krapkowicach.

Jest członkiem Towarzystwa Internistów Polskich, Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego, Polskiego Towarzystwa Endokrynologicznego oraz Polskiego Towarzystwa Orzecznictwa Lekarskiego.

W Samorządzie Lekarskim w IV i V kadencji był Zastępcą Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej, a w VI i VII Okręgowym Rzecznikiem Odpowiedzialności Zawodowej. Przez dwie kadencje pracował również w Komisji Etyki Lekarskiej OIL. W VIII kadencji Samorządu jest Zastępcą Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej.

Decyzją Kapituły Honorowej Odznaki „Meritus Pro Medicis” został w tym roku wyróżniony tym szacownym tytułem.

## SPOSÓB POZYSKANIA CERTYFIKATU UPORAWNIAJĄCEGO DO WYPISYWANIA E-RECEPT

Koleżanki i Koledzy!

Od 1 stycznia 2020 r. wchodzi obowiązek wystawiania recept elektronicznie (tzw. e-recept). Poza pewnymi wyjątkami obowiązek ten dotyczy wszystkich lekarzy, niezależnie od sposobu wykonywania zawodu (podmiot publiczny, kontrakt, praktyka lekarska).

Jeżeli prowadzisz indywidualną praktykę lekarską musisz wygenerować odpowiednie certyfikaty, aby mieć możliwość wystawiania e-recept w programie do obsługi dokumentacji elektronicznej. Poniżej przedstawiam krok po kroku jak to zrobić.

Należy zalogować się do RPWDL: <https://rpwdl.csioz.gov.pl>

Z bocznego menu wybieramy „**utwórz wniosek praktyka lekarska**”.

Ze środkowego panelu z tytułem „**wybierz akcję**” wybieramy „**wniosek o założenie konta w P1 i wygenerowanie certyfikatów**”.

Wypełniamy dane we wniosku.

Po wypełnieniu naciskamy „**pobierz generator plików CSR**”.

Pobrany plik zapisujemy w komputerze np. na pulpicie, a następnie klikamy na niego aby go otworzyć.

Naciskamy „**generuj pliki CSR**”.

Ustanawiamy hasło (bez polskich znaków, minimum 6 znaków).

Hasło należy zapamiętać lub zapisać.

Naciskamy „**generuj pliki CSR**”.

Pojawiło się okno „**wybierz folder...**”. Tworzymy na pulpicie np. folder „**certyfikaty**” i zapisujemy w nim pliki CSR.

Zamykamy generator plików CSR.

Następnie przechodzimy na naszej otwartej stronie rpwdl do kroku nr 3: „**dołącz wygenerowane pliki**” naciskamy „**przełącz**” i wyszukujemy zapisany plik wss.csr w naszym folderze „**certyfikaty**”, który w poprzednim kroku utworzyliśmy na pulpicie.

Klikamy „**otwórz**”.

Następnie przechodzimy do kolejnego przycisku „**przełącz**” i wyszukujemy zapisany plik tls.csr w naszym folderze „**certyfikaty**”.

Klikamy „**otwórz**”.

Zaznaczamy okienko „**akceptuję warunki korzystania z systemu P1**”.

Wyrażamy zgodę na przetwarzanie danych osobowych, zaznaczając okienko wyboru.

Naciskamy „**wyslij**”.

Pojawia się komunikat o przyjęciu wniosku. Klikamy „**ok**”.





Na kolejnej stronie klikamy na zielone certyfikaty, aby pobrać do nich linki – zapisujemy linki koniecznie do tego samego folderu co poprzednie pliki.

Otwieramy ponownie „**Generator plików CSR**” (jak w pkt. 5).

Wybieramy środkowy przycisk „**Po złożeniu wniosku generuj pliki certyfikatu**”. (Uwaga: jeżeli nie zamknąłeś „Generatora certyfikatów CSR” w punkcie 11, potrzebny przycisk nie będzie widoczny. Należy teraz generator zamknąć i ponownie otworzyć, aby pokazały się przyciski).

Naciskamy wczytaj pliki.

W oknie wybierz folder wyszukujemy nasz folder „**certyfikaty**” i naciskamy „**wybierz**”.

Odpowiednie pliki pojawią się w pustych okienkach generatora.

Wpisujemy hasło, które ustanowiliśmy w punkcie 7.

Naciskamy „**generuj pliki certyfikatów**”.

Ponownie wybieramy nasz folder „**certyfikaty**” i klikamy „**zapisz**”.

W folderze „**certyfikaty**” pojawiły się pliki: certyfikat WSS i certyfikat TLS.

Teraz możesz zaimplementować certyfikaty do swojego programu gabinetowego i wystawiać e-recepty.

Na deser można usunąć z komputera „**Generator plików CSR**”, aby nie zaśmiecać dysku.

Prawda, że proste? Tak czy inaczej chciałbym dostać w swoje ręce tego, kto wymyślił tę „przyjazną” dla zwykłych ludzi procedurę. To zapewne geniusz informatyki i mistrz empatii...

Stanisław KOWARZYK  
Z-ca Sekretarza ORL w Opolu

*PS: Jeżeli wystawiasz ogólnie mało recept, możesz skorzystać z programu on-line do e-recept na stronie: **gabinet.gov.pl**. Nie musisz więc kupować komercyjnego programu i nie musisz generować dodatkowego certyfikatu.*

*Wadą takiego rozwiązania jest to, że program nie zapamiętuje danych pacjenta i istnieje konieczność wpisywania peselu i adresu za każdym razem, kiedy chcesz wygenerować e-receptę. Te recepty podpisuje się profilem zaufanym ePUAP, albo certyfikatem ZUS.*

## TRAGICZNA MIŁOŚĆ NASTĘPCY TRONU AUSTRO-WĘGIER ARCYKSIĘCIA RUDOLFA



Arcyksiążę Rudolf był jedynym synem cesarza Franciszka Józefa I i jedynym następcą tronu austriacko-węgierskiego. Matką Rudolfa była Elżbieta z Wittelsbachów zwana „Sissi”. Żoną Rudolfa była Stefania, córka króla Belgii, jednak to małżeństwo od początku było nieudane i faktycznie w stanie rozpadu.

Rudolf miał wiele kochanek, wśród których nie brakowało Polek. Można tu wymienić:

- arystokratkę Klementynę Potocką,
- panią Oraczewską, spokrewnioną również z Potockimi,
- hrabinę Rzewuską.

Największą miłością stała się jednak Maria Vetsera. Kim była Maria Vetsera? Pochodziła z dobrego domu. Jej ojciec był generałem armii austriackiej, którego za zasługi nobilitowano nadając mu tytuł barona. Matka natomiast pochodziła z rodziny bogatych bankierów greckich. Jednak była to arystokracja „drugiego rzędu”, której nie przyjmowano na dworze cesarskim.

Po raz pierwszy arcyksiążę Rudolf ujrzał baronównę Marię Vetserę w roku 1887 na „Balu Polskim” w Wiedniu, podczas karnawału, na którym reprezentował osobę cesarza. Maria Vetsera została zauroczona przystojnym następcą tronu w galowym mundurze generalskim. Również Rudolf nie spuszczał spojrzenia z urodziwej szesnastolatki, przy czym nie zamieniali ani jednego słowa. Faktycznie Maria Vetsera miała 16 lat, była panną

młodą, interesującą, śnieżnobiałą cerą, pięknych oczach, ładną, ale wg współczesnych nie piękną.

Po „Polskim Balu” Maria wraz z rodzicami wyjechała do Egiptu, gdzie przeżyła „namiętny” romans z angielskim oficerem, którego nazwiska nie znamy. Do Wiednia Maria wróciła w kwietniu 1888 r. po śmierci ojca. Maria pierwsza napisała do następcy tronu płomienny list, w którym wyznawała wielką miłość, co zapoczątkowało jej burzliwy romans arcyksięciem, o którym wkrótce szumiał cały Wiedeń.

Wieczorem 28 stycznia 1889 r. Rudolf wraz z Marią przybył do myśliwskiej rezydencji Mayerling. Jakież było zdziwienie przyjaciół Rudolfa, którzy rankiem 30 stycznia wyważyli drzwi jego sypialni znajdując Rudolfa w łóżku z roztrzaskaną głową od kuli pistoletowej, zaś obok ciało Marii.

Początkowo dwór cesarski, próbował zatuszować samobójczą śmierć następcy tronu wydając oficjalny komunikat, że zmarł on z powodu „udar serca”. Dopiero 2 lutego 1889 poinformowano opinię publiczną, że Rudolf odebrał sobie życie z powodu „obłędu umysłowego”. Przyczyną takiego komunikatu był fakt, że Austria uchodziła za kraj bardzo katolicki, a kościół uważał samobójstwo za grzech śmiertelny odmawiając prawa do pogrzebu katolickiego.

Istnieją rozmaite hipotezy samobójczej śmierci arcyksięcia Rudolfa. Mimo, że na co dzień był bardzo otwar-

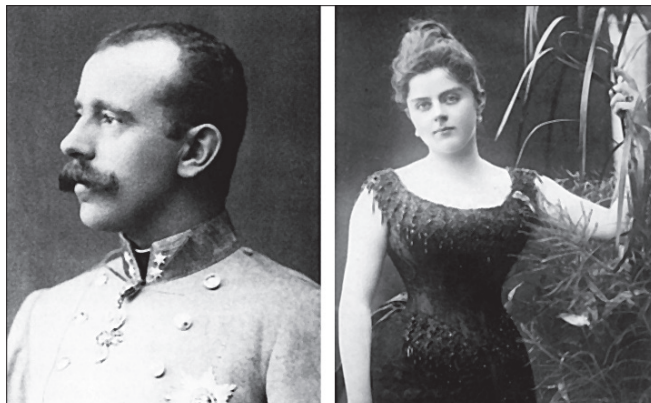


ty, wesoły i dowcipny, to dręczyła go depresja spowodowana następującymi faktami:

- jego ojciec Franciszek Józef I trzymał w swoich rękach mocno władzę, którą nie chciał dzielić się z synem (podobnie w dzisiejszych czasach 90-letnia królowa angielska Elżbieta II nie chce przekazać władzy synowi Karolowi, bądź wnukowi Williamowi). Franciszek Józef po tragedii w Mayerlingu panował jeszcze 27 lat i zmarł jeszcze przed zakończeniem przegranej przez Austrię I Wojny Światowej, którą sam wywołał po zamachu na arcyksięcia Ferdynanda w Sarajewie,
- Rudolf uważał, że stan cesarstwa jest niedobry i wymaga radykalnych reform, a zwłaszcza przestarzałej armii, której był głównym inspektorem,
- wreszcie Rudolf zaangażował się w działalność spiskową, mianowicie Węgrzy mieli mu zaproponować koronę królewską,

Jednak prawdziwą przyczyną samobójczej śmierci Rudolfa była wielka romantyczna miłość do Marii Vetsery, która nie mogła być ukoronowana małżeństwem, ponieważ ani ojciec, ani papież nie zgodziliby się na rozwód ze Stefanią.

Istnieje inna ciekawa hipoteza samobójstwa Rudolfa. Otóż 13 stycznia 1889 Maria Vetsera zorientowała się, że jest w 12-tygodniowej ciąży. Obawiając się skandalu, za zgodą Rudolfa, poddała się zabiegowi aborcji, który w tamtych czasach polegał na wprowadzeniu do jamy macicy drenu, który usuwano po upływie doby. Była to bardzo niebezpieczna metoda, która często powodowała przebicie macicy i krwotoki. Za wersją o nieudanej aborcji może przemawiać fakt, że tuż przed wyjazdem do Mayerlingu Rudolf i Marię odwiedziła akuszerka Teresa Miller, która miała dokonać tej aborcji. Maria dostała krwotoku podczas pobytu w Mayerlingu. Rudolf niewiele w tym przypadku mógł pomóc, ponieważ najbliższy szpital znajdował się w odległości ponad 16 kilometrów, zaś jazda kareta po oblodzonych drogach (był styczeń) mogła trwać ponad 4 godziny. I tak na oczach Rudolfa umierała z powodu krwotoku jego wielka miłość, co mogło go pchnąć do samobójczego kroku.



Istniały również teorie o morderstwie Rudolfa przez zawiedzonych w swych nadziejach spiskowców węgierskich, jak również przez międzynarodowy spisek, na czele którego stał premier Francji Clemenceau. Spiskowcy mieli namawiać Rudolfa do zamachu stanu i odsunięcia Franciszka Józefa od władzy oraz zerwania sojuszu z Prusami. Rudolf miał odrzucić tę propozycję i dlatego też musiał zginąć.

Ciała Marii Vetsery nie wydano rodzinie. Jej pogrzeb odbył się potajemnie nocą w asyście policji na cmentarzu Klasztoru Heiligen Kreuz. Nie przeprowadzono również sekcji.

Ostatecznie papież wyraził zgodę na katolicki pogrzeb arcyksięcia Rudolfa. Spoczął on w kryptach cesarskich kościoła OO Kapucynów na wiedeńskim Ringu. Jego trumna na niskim katafalku spoczywa pomiędzy wysokimi katafalkami ojca Franciszka Józefa i matki Elżbiety. W tej samej krypcie pochowany jest ostatni cesarz Austro-Węgier Karol i jego żona Zyta zmarła po II Wojnie Światowej.

Ciekawostką jest fakt, że nie zachowały się żadne dokumenty z tragedii w Mayerlingu – zarówno w archiwach Franciszka Józefa, jak również ówczesnego premiera Edwarda von Taaffe oraz w dokumentach watykańskich. Sekcji ciała Rudolfa również nie przeprowadzono.

PS Tragiczna miłość arcyksięcia Rudolfa i Marii Vetsery trwała zaledwie 6 miesięcy.

*Dr hab. n. med. Janusz KUBICKI*

## PLAN SZKOLEŃ PROWADZONYCH W RAMACH KOMISJI KSZTAŁCENIA OIL NA II PÓŁROCZE 2019



Termin	Kierownik naukowy	Temat	Miejsce szkolenia
7.XII.2019 r. (sobota) godz. 9.00–13.00	dr Jarosław Kostyła	„Pierwsza pomoc w gabinecie lekarskim – postępowanie praktyczne”	Opolska Izba Lekarska Opole, ul. Grunwaldzka 23

Osoby zainteresowane wzięciem udziału w kursie proszone są o zgłaszanie się poprzez formularz zgłoszeniowy dostępny na stronie OIL (w zakładce kształcenie) do dnia 25 listopada br.

O uczestnictwie decyduje kolejność zgłoszeń – maksymalna ilość uczestników – 18 osób.

*Małgorzata ŁUSZCZYŃSKA-OSTROWSKA*



# OPOLANIN NA TENISOWYCH MISTRZOSTWACH ŚWIATA LEKARZY

Wilno w dniach 3–12 sierpnia 2019 r. było areną zmagania 321 zawodników z 29 krajów w ramach 49. Tenisowych Mistrzostw Świata Lekarzy. Na czterech pięknych obiektach rozegrano łącznie 869 pojedynków w 48 kategoriach. Polska reprezentacja zanotowała najlepszy w historii występ zdobywając 31 medali (8 złotych, 5 srebrnych i 19 brązowych) i wygrywając klasyfikację medalową przed ekipami USA (7-5-0) i Litwy (6-5-16).

Nasza narodowa drużyna kobiet w składzie: Olesja Szpak, Agata Wojciuk, Anna Komar, Agnieszka Widziszowska, Grażyna Martini-Kamińska i Bożena Kędzierska po dramatycznych bojach wygrała NATION CUP – po raz pierwszy w 49-letniej tradycji tych zawodów. Okazałe trofeum będzie gościło w Polsce przez rok, aż do następnych Mistrzostw Świata, które zorganizują w październiku 2020 lekarze z Turcji.

Władze WMTS (World Medical Tennis Society) przyznały Polsce organizację Mistrzostw w roku 2024 – to wielkie wyróżnienie i jednocześnie wyzwanie.

Równocześnie z zawodami sportowymi odbyła się 2-dniowa konferencja naukowa, w trakcie której wybitni specjaliści, m.in. z medycyny sportowej i ortopedii, dzielili się swoją wiedzą z uczestnikami szkolenia.

Warto podkreślić wspaniałą organizację zawodów, pięknie przygotowane obiekty sportowe i niezawod-

ny transport. Nad wszystkim czuwał główny organizator – Rektor Akademii Medycznej w Wilnie prof. Remigijus Žaliūnas. Zwieńczeniem imprezy była wykwintna kolacja na dziedzińcu Zamku Księżąt Litewskich, w takcie której wręczono zwycięskim drużynom piękne puchary.

Niezwykła starówka Wilna, gościnność gospodarzy, a przede wszystkim cudowna atmosfera stworzona przez uczestników Mistrzostw Świata sprawiły, że sierpniowy tydzień spędzony na Litwie pozostanie na długo w pamięci każdego z uczestników.

Polscy zawodnicy nie zapomnieli również o odwiedzeniu grobów wielkich Polaków na cmentarzu na Rossie i w kryptach Katedry Wileńskiej, a także wspaniałych zabytków i historycznych miejsc w Wilnie i okolicach.

*Litwo – mamy nadzieję tu wrócić i zagrać jeszcze raz* – powiedział kapitan męskiej drużyny niemieckiej Alexander Schamberger trzymając w rękach puchar Nation Cup. Podpisuje się pod tym cała 40-osobowa ekipa z Polski, w której Opolską Izbę Lekarską reprezentował **Zbigniew Nanowski** – zdobywca brązowego medalu w deblu w kategorii +75.

*Lech BORKOWSKI*  
Wiceprezes PSTL

## CO PISZĄ INNI

## MEDYCZNY NOBEL 2019, CZYLI O ŻYCIODAJNYM TLENIE

Laureaci Nagrody Nobla 2019 w dziedzinie medycyny i fizjologii odkryli mechanizmy molekularne, dzięki którym nasze tkanki reagują na zmieniające się poziomy tlen i prawidłowo wykorzystują go w procesach życiowych. Amerykanie: William G. Kaelin Jr. i Gregg L. Semenza oraz Anglik Peter J. Ratcliffe, prowadząc swoje badania nad metabolizmem tlenowym, doprowadzili do zrozumienia, w jaki sposób – niezależnie od wahań zawartości tlenu we krwi i innych tkankach – może prawidłowo przebiegać metabolizm komórkowy, a co za tym idzie – funkcje fizjologiczne podtrzymujące życie.

Oddychając i wprowadzając tlen do krwi, a następnie do komórek i dalej – do mitochondrialnej maszyny produkującej energię, uruchamiamy w tkankach mechanizmy molekularne sterujące wykorzystaniem życiodajnego tlenu w procesach życiowych. Organizm potrafi także szybko adaptować się do warunków niedotlenienia. Dochodzi wówczas do nasilenia produkcji

hormonu jakim jest erytropoetyna (EPO), zwiększającego produkcję czerwonych krwinek. Możliwe staje się wydajniejsze gospodarowanie tlenem. Kontrola hormonalna erytropoezy znana już była w początkach XX w., niemniej tajemnicą pozostawał mechanizm, w jaki tlen wpływa na ten proces.

### Badania na Nobla

W latach 90. poprzedniego wieku Gregg L. Semenza badał gen EPO i regulowanie jego aktywności w warunkach zmieniającego się poziomu tlenu. Wykazał swoimi badaniami, że sekwencje DNA w bezpośrednim sąsiedztwie genu EPO pośredniczą w odpowiedzi na niedotlenienie. Odkrył kompleks białkowy, który wiąże się z tymi fragmentami DNA i nazwał go czynnikiem indukowanym hipoksją (HIF). W warunkach dużego dostępu do tlenu komórki są ubogie w HIF. Gdy poziom tlenu spa-





da, ilość HIF rośnie, a czynnik ten przyłącza się do genów EPO i reguluje ich aktywność.

Z kolei Peter Ratcliffe, także badając zależną od tlenu regulację genu EPO, udowodnił, że mechanizm molekularny odpowiedzi na zmiany poziomu tlenu działa również w innych tkankach, a nie wyłącznie w komórkach nerek, które fizjologicznie wytwarzają erytropoetynę.

Uczeni wykazali następnie, że w normalnych warunkach HIF ulega szybkiej degradacji, a w przypadku hipoksji czynnik ten jest chroniony. Szybka degradacja HIF okazała się mieć związek z aktywnością genu VHL, którego mutacje prowadzą do zespołu chorobowego von Hippel-Lindaua – zwiększającego ryzyko rozwoju nowotworów ośrodkowego układu nerwowego i nerek. Odkryto, że białko VHL może oddziaływać z HIF i jest niezbędne w procesie jego degradacji. Ustalono też, jak poziom tlenu reguluje relację między VHL i HIF, i w tym swoje zasługi ma trzeci z noblistów – William Kaelin Jr. Badacz ten wykazał też, że komórki rakowe pozbawione funkcjonalnego genu VHL cechuje wysoki poziom aktywności genów regulowanych przez hipoksję. Wykazana została więc rola VHL jako czynnika zaangażowanego w kontrolowanie odpowiedzi na niedotlenienie.

#### Co z tych badań wynika

Mechanizm regulacyjny opisany przez tegorocznych noblistów ma znaczenie w terapii szeregu chorób. Po-

zwala rozumieć np. anemię związaną z chorobami nerek i upośledzoną produkcją erytropoetyny. Daje też szansę na skuteczną walkę z nowotworami. Komórki nowotworowe, szybko proliferując i rozbudowując swoją populację, wymagają dostaw tlenu. Możliwości odcięcia komórek nowotworowych od krwiobiegu, zablokowania dostępu tlenu są obiecującymi strategiami terapii onkologicznych. Inne przykłady możliwego wykorzystania tej wiedzy to terapie zawału mięśnia sercowego czy niedokrwiennego udaru mózgu. Z niedotlenieniem mamy też do czynienia w warunkach wysokogórskich, w których organizm stymuluje proces tworzenia czerwonych krwinek. Ten efekt wykorzystują też sportowcy na obozach wysokogórskich – po powrocie na niziny są gotowi do wzmoczonego wysiłku. Zrozumienie działania hormonu erytropoetyny było też podstawą jednej z metod nielegalnego doping w sporcie. Nasz układ odpornościowy, a także rozwój łożyska dostawiają się do aktualnego poziomu tlenu wykrywanego w komórkach.

Marek JURGOWIAK

**Dr n. med. Marek JURGOWIAK** jest pracownikiem Katedry Biochemii Klinicznej CM UMK, członkiem Rady Programowej Centrum Nowoczesności Młyn Wiedzy.

(przedruk z „Primum” nr 10/19)

## KOLEJNE ZMIANY W RECEPTACH

Zasady wystawiania recept zmieniają się jak w kalejdoskopie. Tym razem znalazły się w ustawie o zmianie niektórych ustaw w związku z wdrażaniem rozwiązań w obszarze e-zdrowia (Dz. U. z 2019 r., poz. 1590). Zgłoszone istotne zmiany postaram się podać w punktach, aby je łatwiej wychwycić.

Recepty „**pro auctore**” i „**pro familiae**” mogą być wystawiane **w postaci elektronicznej albo papierowej**.

Ilość produktu leczniczego w e-receptce wyliczonego na podstawie określonego na receptce sposobu dawkowania można wystawić na 360 dni, a na receptce papierowej na 120 dni.

Receptę papierową można realizować do 30 dni od jej wystawienia, albo od naniesionej na receptce daty realizacji „od dnia”, a w przypadku recepty elektronicznej do 365 dni. W przypadku realizacji recepty elektronicznej, po upływie 30 dni od daty jej wystawienia albo naniesionej na receptce daty realizacji „od dnia”, recepta jest realizowana z wyłączeniem dni stosowania, które już upłynęły.

**Lekarze specjaliści od 1 lipca 2020 r. będą mogli wystawiać na receptce elektronicznej bezpłatne leki dla pacjentów 75+.** Recepty te będzie można

wystawiać w czasie udzielania ambulatoryjnej porady specjalistycznej (ale dana placówka musi mieć umowę z NFZ o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej) lub przy wypisywaniu pacjenta z oddziału szpitalnego do domu. Jednak przed wystawieniem takiej recepty specjalista będzie zobowiązany do sprawdzenia za pośrednictwem systemu elektronicznego, przepisanych pacjentowi leków w innych placówkach medycznych. Ten system ma zabezpieczyć przed wypisywaniem pacjentowi tych samych leków w różnych placówkach medycznych. Zmiany te mają ułatwić życie pacjentom, bo nie będą musieli z receptą specjalisty udawać się do lekarza POZ o ponowne przepisanie recepty. Jednak zmiany te nie ułatwią życia specjalistom, którzy będą musieli znaleźć czas na sprawdzanie wypisanych leków w systemie elektronicznym. W tej samej nowelizacji ustalono, że recepta elektroniczna będzie mogła być ważna przez rok.

**Recepty w postaci papierowej będzie można wystawiać do 7 stycznia 2020 r.**

Jerzy JAKUBOWICZ

(przedruk z „Medicusa” nr 11/19)



# Uproszczona procedura postępowania dot.e-recepty

## ZACZYNAMY !

### PODMIOT LECZNICZY

### PRAKTYKA ZAWODOWA

Chcę SYSTEM GABINETOWY i pełny EDM

Minimalistycznie spełniamy tylko i wyłącznie obowiązek e-recepty\*

NIE MAM P1

PROCEDURA PODŁĄCZANIA DO P1

Mam Certyfikat P1

Mam Profil Zaufany

nie mam Profilu zaufanego

Posiadam SYSTEM GABINETOWY spełniający wymagania e-recepty

Posiadam SYSTEM GABINETOWY nie spełniający wymagań e-recepty

nie posiadam SYSTEMU GABINETOWEGO

Pytamy producenta, czy dostosuje system ?

TAK

NIE

Po dostosowaniu programu

Rozważam używanie gabinet.gov.pl

NIE

TAK

Wybór dostawcy oprogramowania

profil zaufany

1. Zakładam konto na PZ.GOV.PL nadaje mu nazwę i hasło
2. Odnajduję punkt potwierdzający
3. Udaję się do punktu osobiście
4. Weryfikuję moją tożsamość dowodem osobistym

Mam potwierdzony Profil Zaufany

gabinet.gov.pl

Sukces !

Sukces !

\*Usługodawcy, inni niż wskazani w ust. 4a, są obowiązani do zgłoszenia Jednostce podległej ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, właściwej w zakresie systemów informacyjnych ochrony zdrowia, gotowości podłączenia swoich systemów do systemu, o którym mowa w art. 7 ust. 1, oraz do podłączenia się do tego systemu, nie później niż do dnia 31 grudnia 2019 r.

## W OBRONIE PRAWA DO PRYWATNOŚCI

Samorządy zawodów zaufania publicznego alarmują, że służby i organy państwa coraz częściej chcą sięgać po wrażliwe dane konkretnych osób, zgromadzone w archiwach instytucji i gabinetów. Jednocześnie przedstawiciele tych zawodów próbuje się w różny sposób nakłaniać lub wręcz zmuszać do wyjawienia informacji przekazanych im w zaufaniu przez klientów lub uzyskanych w toku wykonywania zawodowych obowiązków. Po co? Jak to budzi zagrożenia?

O znaczeniu tajemnicy zawodowej dyskutowano podczas specjalnej debaty przedstawicieli zawodów zaufania publicznego, zorganizowanej pod koniec września w redakcji „Dziennika Polskiego” w Krakowie. Debatę przeprowadzono we współpracy z samorządami: adwokatów, radców prawnych, notariuszy, biegłych rewidentów, doradców podatkowych, komorników i lekarzy, współdziałającymi ze sobą w ramach Forum Zawodów Zaufania Publicznego w Krakowie. Jej uczestnikami byli:

- **Joanna Greguła**, członek Rady Izby Notarialnej w Krakowie,
- **Justyna Zając-Wysocka**, wiceprzewodnicząca Małopolskiej Okręgowej Krajowej Izby Doradców Podatkowych,
- **Michał Krok**, wicedziekan Okręgowej Izby Radców Prawnych,
- **Anna Borowiec-Rogalska**, członek Polskiej Izby Biegłych Rewidentów,
- **Wojciech Bergier**, rzecznik Okręgowej Rady Adwokackiej,
- **Henryka Bednorz-Godyń**, wiceprzewodnicząca Rady Izby Komorniczej w Krakowie,
- **Lech Kucharski**, wiceprezes Okręgowej Rady Lekarskiej w Krakowie.

Spotkanie prowadził redaktor Zbigniew Bartuś.

Pełny zapis debaty został opublikowany na łamach „Dziennika Polskiego” 4 października br. Poniżej zamieszczamy wybrane fragmenty tej dyskusji.

**Wojciech Bergier:** – W tajemnicy zawodowej adwokatów, ale też radców prawnych, lekarzy i innych zawodów zaufania publicznego nie chodzi o to, że my przy pomocy naszych samorządów chcemy chronić nasze korporacyjne tajemnice. Chronimy prywatne informacje powierzane nam w zaufaniu przez klientów, pacjentów, przedsiębiorców... Obywateli. Do nas przychodzą ludzie z jakimś problemem. (...) Żeby pomóc go rozwiązać, musimy dowiedzieć się o tym problemie, ale też o człowieku, jego życiu, bliskich bardzo wiele. (...) Człowiek nie może się obawiać, że jak przedstawi swój problem, to za dwa dni albo rok przyjdzie np. pan prokurator i wręczy adwokatowi, radcy prawnemu, lekarzowi itd. zwolnienie z ta-

jemnicy i ten adwokat, lekarz itd., powiernik obywatela, wszystko „władzy” ujawni. (...) Bez zaufania nie da się uprawiać naszych profesji. A nie będzie zaufania bez bezwzględного obowiązku dochowania tajemnicy zawodowej. To jest fundament naszej działalności. (...) Największe zagrożenie dla prywatności obywateli, a więc także ich wolności, widzimy ze strony władzy. Zrobiliśmy badania za ostatnie trzy lata i wynika z nich, że mamy znaczny wzrost wniosków prokuratorów o uchylenie tajemnicy i wzrost liczby postanowień sądów uchylających tajemnicę. (...) To uderza w sam fundament zawodów zaufania. Skutek będzie taki, że obywatele zostaną pozbawieni realnej pomocy fachowców. (...)

**Joanna Greguła:** – Notariuszy cechować musi bezstronność, niezależność i obiektywizm, ale częścią tego samego zawodowego kanonu, występującą w rocie ślubowania wszystkich notariuszy, jest obowiązek dochowania tajemnicy zawodowej.

**Red.:** – Przecież sensem istnienia notariuszy jest wytwarzanie urzędowych dokumentów – aktów własności, darowizn, potwierdzenia umów itp. (...), które można znaleźć np. w ogólnie dostępnym systemie, jak Krajowy Rejestr Sądowy?

**Joanna Greguła:** – (...) Jawność wydawanych przez nas dokumentów, o których pan wspomniał, jest dobra: służy bezpieczeństwu obywateli. Np. jak ktoś zamierza kupić jakąś nieruchomość, to chce być pewny, że jej hipoteka jest czysta. Równocześnie jednak, podobnie jak inne grupy zawodów zaufania publicznego, jesteśmy powiernikami stron. (...) Do notariusza człowiek przychodzi ze wszystkim. (...) Musi być pewny, że powierzone nam informacje, wszelkie okoliczności sprawy, w tym wahania i dywagacje towarzyszące decyzji, jaką zamierzają zawrzeć w akcie notarialnym, pozostaną między nami.

**Lech Kucharski:** – Czym jest tajemnica? Czymś, czego nie chcemy komuś ujawnić. Tajemnica lekarska jest chyba najstarszą z tajemnic zawodowych. 400 lat przed narodzinami Chrystusa ukazały się na piśmie zalecenia dotyczące pracy lekarza, a wśród nich to, by wszystko, co powie nam pacjent, pozostało w relacji pacjent-lekarz. Tajemnice zawodowe różnią się sferą działania, natomiast ich sens pozostaje ten sam. I cel też jest ten sam – chodzi o zaufanie człowieka, który przychodzi do nas ze swoim problemem. (...)

**Red.:** – Komu lekarz może wyjawiać tajemnice pacjenta?

**Lech Kucharski:** – Przede wszystkim osobom i instytucjom wskazanym przez samego pacjenta. Czyli za jego zgodą. Pacjent może przy tym zastrzec, że pewne informacje przekazane nam przez niego, poza niezbędnymi





do ratowania jego życia, pozostaną tajemnicą na zawsze, także po jego śmierci. (...)

**Red.: – A jakie prywatne informacje chronią komornicy?**

**Henryka Bednorz-Godyń:** – W najnowszej ustawie o naszej profesji komornik sądowy został określony jako funkcjonariusz publiczny działający przy sądzie rejonowym, jest organem egzekucji sądowej... Doktryna przyznawała komornikowi status zawodu zaufania publicznego. Ministerstwo Sprawiedliwości absolutnie tego statusu nam odmawia, w nowym komentarzu do ustawy o komornikach sądowych mowa jest o tajemnicy służbowej, bo komornik to jest teraz „służba komornicza”. Mimo to jako samorząd stoimy na stanowisku, że jesteśmy zawodem zaufania publicznego. (...) Dla mnie tajemnica komornika to tajemnica stron i uczestników postępowania komorniczego. Obejmuje nie tylko komorników, ale i asesorów komorniczych, aplikantów, wszystkich pracowników kancelarii. Mamy informacje nie tylko o rachunkach bankowych dłużnika, o wszystkim, co on posiada, ale często – jak w sprawach o egzekucję alimentów czy podział majątku – uzyskujemy też wiedzę o życiu osobistym, stosunkach rodzinnych. Wchodząc do domu dłużnika, komornik widzi wszystko...

**Red.: – I dzieli się tą wiedzą z sądem i prokuratorem, jeśli ci zwolnią go z obowiązku jej zachowania?**

**Henryka Bednorz-Godyń:** – To się zdarza najczęściej w sprawach alimentacyjnych. Komornik występuje w charakterze świadka. Zeznaje, ile wynosi dług, w jakich okolicznościach powstał i na czym polegają problemy w egzekucji. Staramy się ograniczyć informacje do minimum niezbędnego, by ustalić stan faktyczny. (...)

**Red.: – Czyli nie podzieli się pani z prokuratorem swymi obserwacjami poczynionymi w trakcie wchodzenia do czyjeś domu?**

**Henryka Bednorz-Godyń:** – Przyznam, że teraz może być z tym pewien problem, bo od 1 stycznia mamy nagrywać wszystkie czynności. (...)

**Red.: – Resort sprawiedliwości uspokaja, że reprezentanci profesji zaufania publicznego mają obowiązek raportowania właściwym organom władzy swych podejrzeń związanych wyłącznie z największymi zagrożeniami, jak pranie brudnych pieniędzy, karuzele VAT, terroryzm...**

**Michał Krok:** – Ja nie mogę, wykonując zawód adwokata (...) głowić się, czy to, co klient mi powiedział w zaufaniu, podpada pod obowiązek społecznego donoszenia do służb, czy może już pod ustawowy obowiązek donoszenia. Moim zadaniem i obowiązkiem jest zagwarantowanie przychodzącemu do mnie człowiekowi poufności.

**Red.: – Nawet jeśli to jest bardzo zły człowiek?**

**Wojciech Bergier:** – Mec. Tadeusz de Virion, podczas wywiadu na temat etyki adwokacko-radcowskiej, użył ciekawego porównania: załóżmy, że w zamachu na Jana Pawła II na placu Świętego Piotra zostaje ranny nie tyl-

ko nasz papież, ale i zamachowiec. Gdyby Ali Agca trafił do kliniki Gemelli, tamtejsi lekarze ratowaliby jego życie tak samo, jak życie Ojca Świętego. Widać tu podobieństwo etyki zawodowej lekarzy i adwokatów oraz radców prawnych. Nie oceniamy. Pomagamy.

**Michał Krok:** – Nie zamienimy etosu naszych zawodów na etos drukarza, który odmawia druku ulotek z uwagi na ich treść. (...)

**Wojciech Bergier:** – Radca prawny czy adwokat bierze sprawę niezależnie od prywatnych sympatii czy antypatii. Nie może odmówić pomocy prawnej. I tu wracamy do tajemnicy zawodowej. Jak idę do lekarza, to on mnie pyta o sposób życia, bycia, czym się stresuję, jakie środki biorę. Bardzo bym nie chciał, żeby te informacje wyciekały na zewnątrz albo były używane przez kogoś do oczernienia czy wręcz niszczenia mnie. (...)

**Red.: – Nawet jeśli władza nie podejrzewa was o nieczne czyny i intencje, to wie, że możecie dysponować informacjami cennymi dla różnych służb...**

**Wojciech Bergier:** – Ale próba sięgnięcia po te informacje to jest totalne wygodnictwo! Zamiast robić to, co do nich należy, pozyskiwać wiedzę operacyjną i legalnych świadków, służby przychodzą po wiedzę do nas, powierników ludzi, którzy nam zaufali. To jest niebezpieczne i dla poszczególnych osób, i dla całego systemu prawnego.

**Red.: – Paragraf 2 artykułu 180 Kodeksu postępowania karnego mówi: „Osoby obowiązane do zachowania tajemnicy notarialnej, adwokackiej, radcy prawnego, doradcy podatkowego, lekarskiej, dziennikarskiej lub statystycznej oraz tajemnicy Prokuratury Generalnej, mogą być przesłuchiwane co do faktów objętych tą tajemnicą tylko wtedy, gdy jest to niezbędne dla dobra wymiaru sprawiedliwości, a okoliczność nie może być ustalona na podstawie innego dowodu (...)”.**

**Wojciech Bergier:** – Co to znaczy „niezbędne dla wymiaru sprawiedliwości”? Jak trzeba, to wszystko będzie niezbędne. Jaki to jest gniot! (...) Tłumaczę aplikantom, że nie ma żadnego podziału na tajemnice warte i niewarte zachowania. Jest jedna tajemnica, obejmująca wszystkie informacje uzyskane przeze mnie w toku udzielania pomocy klientowi. I choćby cięli mnie na kawałki, nie wolno mi jej ujawnić. (...)

**Michał Krok:** – Na co dzień przeciętny człowiek nie ma świadomości, jak ważne jest – przede wszystkim dla niego samego – to, że w zawodach zaufania publicznego obowiązuje tajemnica. Prosty przykład: musiałem skonsultować z lekarzem psychiatrą treść opinii biegłego o poczytalności autora testamentu. Wychodząc, chcę zapłacić i pytam, czy można kartą. Pani odpowiada, że można, ale się dziwi. I wyjaśnia, że ludzie unikają płacenia kartą, żeby w zestawieniu ich wydatków, do którego mogą mieć dostęp przeróżne osoby, od bankowców po służby, nie było śladu, że korzystali z konsultacji psychiatrycznej. Ufają przy tym lekarzowi, że on tego nikomu nie wyjawia.





**Joanna Greguła:** – Państwo ma coraz większą chęć wchodzenia w obszar prywatnych spraw naszych klientów. Przejawem tego jest m.in. wprowadzenie w Prawie o notariacie art. 18, który mówi, że obowiązek zachowania tajemnicy nie dotyczy informacji udzielanej Głównemu Inspektorowi Informacji Finansowej na podstawie ustawy o walce z praniem brudnych pieniędzy i terroryzmem. To oznacza, że notariusz jest de facto informatorem państwa. Co budzi olbrzymie obawy. (...) Przepisy nakazują mi i wszystkim nam tu obecnym prowadzenie przy każdej okazji mini-śledztw zmierzających do ujawnienia potencjalnie złych uczynków lub zamiarów ludzi. To jest rażąco sprzeczne z fundamentalną zasadą obowiązującą zawody zaufania publicznego, czyli zachowaniem tajemnicy. (...)

**Lech Kucharski:** – Naturalnym odruchem jest całkowita utrata zaufania. Dotyczy to wszystkich zawodów zaufania publicznego. Podkreślę jeszcze raz: my nie tworzymy jakiejś mafii, która kryje się za tajemnicą. W przypadku lekarzy my przecież nie chronimy siebie, tylko naszego pacjenta. Każda władza chce jak najwięcej wiedzieć o swych podopiecznych i ma tendencję, by jak najwięcej informacji o nich zbierać. Pojawiły się nawet zakusy, by dostęp do tajemnic pacjentów można było uzyskiwać nie w sądzie, ale już na etapie postępowań przedsądowych. Udało nam się wspólnie te zakusy odeprzeć. O ewentualnym ujawnieniu tajemnicy i zakresie jej udostępnienia decyduje sąd. Dotyczy to także informacji o osobach zmarłych – przepisy, które obowiązywały od 2016 r. nakazywały nam w przypadku takich osób

ujawniać całość informacji na żądanie bliskich. W tym roku to zostało zmienione. To jest sukces naszego samorządu (...).

**Justyna Zając-Wysocka:** – Krajowa Izba Doradców Podatkowych mówi kategorycznie „nie” próbom zwalniania nas z tajemnicy zawodowej, poprzez przepisy wprowadzone w nowelizacji ordynacji podatkowej oraz w ustawach dotyczących naszych profesji...

**Red.:** – **Przepisy o schematach podatkowych to była inicjatywa Unii Europejskiej skierowana przeciwko podmiotom celowo wyłudającym pieniądze od państwa.**

**Justyna Zając-Wysocka:** – Czyli przeciwko podmiotom nieprowadzącym normalnego biznesu. Ale dyrektywa mówi o obowiązku raportowania schematów transgranicznych. Wprowadzone w Polsce przepisy są z nią niezgodne, bo mówią o schematach krajowych. (...) Z objaśnień wynika, że jeśli przedsiębiorca ma do wyboru dwa legalne – powtarzam: legalne – sposoby zapłacenia podatku i wybiera korzystniejszy dla siebie albo pyta o taki korzystniejszy wariant np. doradcy podatkowego, notariusza, to już ma się rodzić podejrzenie wymagające raportowania. Raportowaniu do fiskusa podlega każda informacja, także ta pozyskana na grillu u sąsiada. Uważamy, że takie przepisy nie powinny obowiązywać w demokratycznym państwie prawa i dlatego zamierzamy je zaskarżyć do Trybunału Konstytucyjnego.

Zbigniew BARTUŚ, *Dziennik Polski*  
(opr.: JGH)

(przedruk z „Galicyskiej Gazety Lekarskiej” nr 5/19)

## POŻEGNANIE Z DOKTOREM JUDYMEM

W bólach partych rodzi się nowy etos polskiego lekarza. Do finału pewnie jeszcze daleko, ale już powoli gaśnie szkodliwy mit doktora Judyma – lekarza pracującego za bezcen i jeszcze poświęcającego pracy swoje życie prywatne. W świadomości społecznej doktor Judym wciąż niestety ma się dobrze. Jesteś lekarzem – masz być na każde zawołanie i nie patrzeć na wynagrodzenie. Mówi się, że to służba. Ja bym dorzuciła: służba specjalna łamana przez zakon, tyle że to fałszywe stawianie sprawy.

Utrwalony społecznie model dobrego lekarza, wzorowany bezrefleksyjnie na postaci doktora Judyma, ignoruje fakt, że jego twórca opisał tragiczne losy człowieka przegranego zawodowo i osobiście. Skutek jest taki, że w narodowej mitologii dobry lekarz to taki, który poświęca wszystko dla zawodu i nie żąda za to pieniędzy. Tymczasem prawda wygląda zupełnie inaczej. Starsi koledzy przez lata cierpień i praktyki nauczyli się żyć w systemie, który nakładał im maski Judymów, ale wielu z nich znalazło niszę, żeby żyć w miarę godnie. Młodzi koledzy już się na to nie zgadzają. Rezydenci walczą o normalność – o prawo do adekwatnego wynagrodze-

nia, do zachowania zdrowia i do czasu dla rodziny. Dość dyżurowania po trzy, cztery doby non stop, dość umierania lekarzy podczas dyżurów. Jaki może być pożytek dla pacjenta ze zmęczonego, chorego albo martwego lekarza? Na pewno nie skrócenie kolejek.

Mówienie o pieniądzach w kontekście zawodu lekarza wciąż jest medialnym nietaktem. Publiczne usługi medyczne stają się coraz bardziej nieosiągalne. O ile w dobrze zorganizowanych POZ jeszcze można w miarę na bieżąco uzyskać poradę, o tyle w AOS terminy są tak odległe, że pacjent w oczekiwaniu na wizytę może samoistnie wyzdrowieć lub trafić do szpitala w ciężkim stanie albo pożegnać się ze światem. Rekordziści wśród poradni specjalistycznych potrafią zaoferować pacjentowi wizytę za pięć lat. To absurd. W tej sytuacji trwa dość żwawa komercjalizacja usług medycznych, bo pacjent, słysząc propozycję absurdalnie odległego terminu wizyty, decyduje się skorzystać z usług sektora prywatnego albo wykonać komercyjnie potrzebne, nawet kosztowne, badanie. Dobrze sprzedają się pakiety do prywatnych sieciówek i towarzystw ubezpieczeniowych mających umo-





wy z placówkami medycznymi – w tej opcji pacjent może liczyć na racjonalny termin porady. Tymczasem walka rezydentów nie tylko o godne zarobki, ale i o możliwość skutecznego leczenia pacjentów, ma nieszczęśliwą prasę. „Młodzi to tylko na pieniądze patrzą”. „Od razu by chcieli mieć dużo”. Tak komentują nie tylko pacjenci. Na sztandarach ma być doktor Judym, a pacjent ma przestać liczyć na swoje składki i, chcąc nie chcąc, wchodzi na ścieżkę komercyjną, bo inaczej trudno mu się leczyć.

Spotykam się z Norbertem. Znalazł mnie przez Internet, przedstawił się jako właściciel przychodni, zaproponował rozmowę o podjęciu w niej pracy.

– *Jestem ekonomistą z wykształcenia, ale pracuję w branży medycznej już kilka lat. Zakładam przychodnię.*

– *Ile masz tych przychodni?*

– *W tej chwili siedem, dwie właśnie sprzedałem.*

– *To dobry biznes?*

– *No pewnie! – śmieje się Norbert. – Jeden z lepszych. Jeść i leczyć się ludzie będą zawsze, więc klientów nie zabraknie. To nawet lepszy biznes niż piekarnia, bo trudniej upiec dobry chleb niż zatrudnić dobrego lekarza.*

– *Masz z tego zysk, jesteś na granicy rentowności czy... dokładasz?*

– *Nie narzekam.*

Trudno w to nie wierzyć, patrząc na zegarek na nadgarstku Norberta i auto, którym przyjechał na spotkanie.

– *To jak, może byś popracowała dla mnie?* – Norbert przechodzi do sedna spotkania.

Podaję cenę. Twarz mojego rozmówcy ściąga się, ręka nerwowo zaciska.

– *Dla mnie za drogo.*

Kończymy rozmowę, nie dobijemy targu. W tej grze role są rozdane: ja mam pracować, on ma zarabiać, pacjent ma płacić. Tyle że Norbert nie jest lekarzem, więc jego chęć zysku nie wzbudzi niczyjego zdziwienia, nie musi być jak doktor Judym. Tylko lekarz ma być jak Judym, czyli nie oczekiwać wynagrodzenia i najlepiej nie mieć rodziny, bo mogłaby odciągać go od pracy, która szczęścia jej nie przysporzy. Właściwie lekarz w wersji Judyma to dobry materiał na zakonnik – całkowite poświęcenie się pracy non profit plus celibat.

Patrzę za odchodzącym zirytowanym Norbertem i myślę: tu nie chodzi tylko o pieniądze. Przede wszystkim chodzi o wzajemny szacunek. Godne wynagrodzenie oznacza uszanowanie czasu poświęconego przez lekarza na przygotowanie się do swojej misji i na jej spełnianie, szacunek dla dźwigania ciężaru odpowiedzialności za czyjeś zdrowie i życie. Finansowanie opieki zdrowotnej ze środków publicznych ma zapewnić ten szacunek nie tylko lekarzowi, ale i pacjentowi, a wyrażać się powinien w zapewnieniu poczucia bezpieczeństwa i szybkiej pomocy choremu człowiekowi.

Kwestia finansów w opiece zdrowotnej będzie wracała coraz częściej, chociaż wciąż ma status niezręcznego tematu, jako przeciwieństwo narodowego mitu doktora Judyma. Nie ma możliwości uzdrowienia systemu bez uporządkowania tego zagadnienia, a to zadanie karłomorne i niewdzięczne. Doktor Judym raczej by sobie z nim nie poradził.

Hanna ODZIEMSKA

lekarz specjalista chorób wewnętrznych POZ,  
absolwentka Wydziału Zarządzania UW

(przedruk z „Pulsu” nr 11/19)

## JEŚLI NIE SPEŁNIMY OCZEKIWAŃ MŁODYCH LEKARZY, TO RZUCĄ PAPIERAMI

O tym, dlaczego rezydenci irytują starszych kolegów z dr. Jerzym Gryglewiczem, ekspertem rynku medycznego z Instytutu Zarządzania w Ochronie Zdrowia Uczelni Łazarskiego w Warszawie, rozmawia Iwona Dudzik

**MT: Powiedział pan, że takiego konfliktu pokoleń między starymi i młodymi lekarzami w Polsce jeszcze nie było. W czym on się przejawia?**

DR JERZY GRYGLEWICZ: Nigdy wcześniej młodzi lekarze nie mieli tak silnej pozycji jak teraz. To efekt tego, że na rynku pracy dramatycznie ich brakuje. Każdy z nich w dowolnej chwili może powiedzieć pracodawcy „Rezygnuję” i od ręki znajdzie pracę u innego. Dotyczy to nie tylko dużych miast, gdzie zawsze jest wiele opcji, ale również powiatów, choć czasem może się to wiązać z koniecznością dojazdu.

Ponadto zmieniło się przywiązanie lekarzy do jednego szpitala. Wielu z nich wybiera model pracy w kilku miejscach, na kilku etatach. To dodatkowo zwiększa

ich poczucie bezpieczeństwa finansowego. Jeśli w jednym miejscu atmosfera lub zarobki są niezadowalające, lekarz przenosi aktywność w inne miejsce.

Lekarze dyktują więc warunki nie tylko finansowe, ale i organizacyjne. Trochę to wszystko przypomina sytuację z chorwackimi kelnerami, którzy słyną z nieuprzejmości. Nie muszą zawsze być mili, skoro turystów jest tam zatrzęsienie, a restauracji brakuje.

**MT: Starsi lekarze pamiętają, że nie zawsze tak było?**

J.G.: Ich ścieżka kariery była związana najczęściej z jednym szpitalem. Nie zawsze były wolne etaty, więc jeśli lekarz zdobył pracę, musiał przystosować się do zastanych warunków. Często początkowo wykonywał mniej wdzięczne zajęcia.

Zdobywanie specjalizacji odbywało się w ramach etatu w danym szpitalu. Teraz etaty rezydenckie finansowane są z budżetu Ministerstwa Zdrowia, a przez to więź takiego lekarza ze szpitalem jest słabsza. Często dyrek-





torzy mówią: „Owszem, mamy rezydentów, ale jak możemy im cokolwiek nakazać, jeśli ich pracodawcą jest minister zdrowia?”.

**MT: Jak przebiega symboliczny podział między pokoleniami?**

J.G.: W problemie, o którym rozmawiamy, linię podziału wyznaczają oczekiwania młodych. Starsi lekarze do pozycji i satysfakcjonujących zarobków dochodzili przez kilkanaście lat. Tak było od zawsze, ale czasy się zmieniły. Młodzi są niecierpliwi. Żyją szybciej i chcą godziwie zarabiać od razu, a nie czekać kilkanaście lat. Ich sukces w negocjacjach z Ministerstwem Zdrowia pokazał, że jest możliwe osiągnięcie statusu materialnego zdecydowanie szybciej, niż to było kiedyś. W każdej chwili mogą też wyjechać za granicę i wielu młodych lekarzy to robi. Dawniej takich możliwości nie było. Przed wejściem Polski do Unii Europejskiej zdobycie pracy za granicą było drogą przez mękę. Dziś te bariery zniknęły. Młode pokolenie perfekcyjnie zna język angielski, dyplomy są uznawane w wielu państwach, a rynek pracy jest zupełnie inny. Uzyskanie informacji nie stanowi żadnego problemu. Powstało mnóstwo portali, na których wymienia się oferty pracy. Także każde niewłaściwe traktowanie podwładnych przez pracodawców może być upublicznione i nagłośnie.

**MT: Sukces uskrzydlił rezydentów, dzięki czemu wydali oni wojnę odwiecznym patologiom: mobbingowi, niekończącemu się czasowi pracy. Nieważne, jak było do tej pory. Skoro było źle, my to zmienimy. Rezydent Bartosz Fiałek nagrał rozmowę z wygrażającym mu dyrektorem szpitala, po czym ten drugi stracił stanowisko. Rezydenci rządzą, to dobrze?**

J.G.: Ktoś, kto pracuje wiele lat w systemie nieracjonalnym i nieefektywnym, przyzwyczaja się do niego i w jakiś sposób uznaje go za normę. Dlatego rewolucje przeprowadzają młodzi, krytyczni wobec rzeczywistości. Przy okazji postulatów płacowych własnej grupy, rezydenci postawili warunki dotyczące głębszych zmian w ochronie zdrowia. Bo przecież widzą, jak ten system działa w innych państwach, jak nasza ochrona zdrowia jest zacofana i niedofinansowana.

Walczą z mobbingiem, bo nie powinno się pozwalać na niewłaściwe traktowanie osób na niższych stanowiskach, relacje muszą się opierać na wzajemnym poszanowaniu. Rzeczywistości w szpitalach nie kształtują tylko indywidualne zachowania związane z temperamentem szefa, ale szerszy kontekst.

**MT: Ordynatorzy, przyzwyczajeni do tradycji, nie zawsze potrafią się w tym odnaleźć. Niektórzy z nich mówią, że przez całe życie podlegali mobbingowi, tylko nie wiedzieli, że tak to się nazywa. Nie podobają im się zmiany?**

J.G.: W szpitalach mamy dwa systemy: ordynatorski i konsultancki. System ordynatorski opiera się na podległości służbowej i odpowiedzialności ordynatora. Jest

on bardziej autorytarny i sprzyja mobbingowi. W systemie konsultanckim pojedynczy lekarz ma inne uprawnienia i działa na własny rachunek.

Każda z dziedzin ma swoje standardy, każdy oddział swoje reguły postępowania. Nie ma jednego rozwiązania optymalnego dla wszystkich.

Niedawno przysłuchiwałem się dyskusji, podczas której przedstawiciele Polskiego Towarzystwa Chirurgicznego opisywali zagrożenia dla chirurgii. Skarżyli się między innymi na to, że młodzi lekarze, wchodząc do zawodu, od razu mocno artykułują oczekiwania finansowe. Do tej pory lekarz, przychodząc na chirurgię, musiał przede wszystkim wiele się nauczyć. Zaczynał od trzymania haków, parzenia kawy i prowadzenia dokumentacji medycznej. Teraz rezydenci chcą przejść tę drogę na skróty, co czasami może stanowić zagrożenie dla pacjenta. To starszych lekarzy irytuje. Choć pojęcie, kto jest starym chirurgiem nie jest ostre. Średnia wieku w tym zawodzie to 58 lat. Chirurdzy, którzy mają mniej niż średnia, uważają siebie za młodych.

**MT: Relacja mistrz – uczeń, tak ważna w procedurach zabiegowych, nie jest zagrożona?**

J.G.: Ona wciąż jest aktualna, ponieważ wykonywania operacji nie da się nauczyć z książek. To wciąż sztuka oparta na zdolnościach manualnych, doświadczeniu i ćwiczeniach.

**MT: Czy pokolenie młodych lekarzy jest wyjątkowe? Dlaczego starsi lekarze nie buntowali się, kiedy byli rezydentami, przeciwko pracy ponad normy godzin i wykorzystywaniu młodych na SOR-ach?**

J.G.: Trudno powiedzieć, że to jest wyjątkowe pokolenie. Po prostu co jakiś czas mamy klimat na zmiany. Protest rezydentów był takim przełomem. Zakończył się sukcesem i pokazal, że dysponują oni siłą zdolną wywołać takie zmiany, których wcześniej nie udawało się przeprowadzić. Dodatkowo korzystne jest to, że wszyscy zgadzają się co do najważniejszych problemów. Nikt nie kwestionuje, że mamy jedno z najniższych nakładów na zdrowie i najmniejszą liczbę specjalistów na tle innych państw UE. Diagnoza jest więc znana, postulaty słuszne, podpisane jako porozumienie przez ministra zdrowia Łukasza Szumowskiego i w przygotowanym projekcie ustawy o zawodzie lekarza.

Ale przypomnę, że poprzednie pokolenia też się buntowały. Również 20 lat temu był potężny bunt anestezjologów. Porozumieli się, złożyli wypowiedzenia, szpitale pracowały w trybie ostrych dyżurów. Odniesli spektakularny sukces, a wywalczone wtedy standardy anestezjologiczne obowiązują do dziś, dzięki czemu ryzyko operacyjne dla pacjentów zmniejszyło się. Nie był to jednak konflikt pokoleń, lecz protest łączący całą grupę zawodową.

**MT: Czy starsi lekarze poprą protest, który rozpocznie się w październiku? Może starsi ordynatorzy obawiają się, że młodzi zbyt szybko urosną w siłę i im zagrożą?**





**Rezydenci już w tej chwili zastąpili starych wyjadaczy w izbach lekarskich, tak się stało np. w stolicy.**

J.G.: Jestem sceptyczny jeśli chodzi o masowy udział lekarzy w proteście organizowanym przez Porozumienie Rezydentów OZZL z zupełnie innego powodu. W ciągu ostatniego roku nastąpił istotny wzrost płac. Lekarze zarabiają nieźle, a w takich warunkach trudno jest wywołać powszechną akcję protestacyjną. Ale to, że środowisko lekarskie włączyło się w nurt reformowania ochrony zdrowia i mocno artykułuje konieczność zmian w finansowaniu opieki zdrowotnej w Polsce, oceniam pozytywnie.

**MT: Co łączy pokolenie młodych i starszych lekarzy? Jest jakaś wspólnota interesów?**

J.G.: Oczywiście, nie jest tak, że lekarze młodzi i starszy są jednorodną, zwartą drużyną. Ale nie ma konfliktu totalnego. Konfliktu pokoleń nie ma. Co ważne, nie ma też w tym wszystkim elementu destrukcyjnego. Nie jest tak, że jedni zwalczają drugich, nazywają ich leśnymi dziadkami czy młodymi głodnymi wilkami.

Tak mogłoby się zdarzyć dawniej, kiedy lekarze rywalizowali. Dziś brakuje ich tak bardzo, że każdy z nich traktowany jest przez pozostałych kolegów jako odciążenie i szansa na większy komfort pracy. Odejście któregośkolwiek lekarza oznacza dla pozostałych więcej obowiązków, takich jak dyżury i operacje.

**MT: Jaki przewiduje pan scenariusz, jeśli protest, w którym rezydenci będą domagać się realizacji porozumienia z ministrem zdrowia, nie powiedzie się?**

J.G.: Oczywiście jest, że lekarze nie zarabiają teraz mniej, tylko więcej. Minimalnie 6750 zł, przy czym wielu zarabia 20-40 tys. I właśnie ten wzrost wynagrodzeń spowodował liczne problemy. Miliardy złotych na podwyżki pochodzą z NFZ, odbywa się to kosztem świadczeń. Szpitale nie mogą udźwignąć tych kosztów i się zadłużają. Są też inne problemy, takie jak np. organizacja pracy. Lekarze nie chcą tak dłużej pracować. Chcą leczyć pacjentów na odpowiednim poziomie, krótszych kolejek, chcą mieć mniej kłopotów z limitowaniem świadczeń i traceniem czasu na niepotrzebną biurokrację.

Chcą transformacji i tego, abyśmy w Polsce przyspieszyli finansowanie ochrony zdrowia do poziomu europejskiego. Jeśli politycy podejmą taką decyzję, będzie to sukces.

Rządzący powinni zrozumieć, że zmiana pokoleniowa wśród lekarzy polega na tym, że młodzi czują presję, bo przecież mają kredyty, zobowiązania, dzieci. Będą stawiać żądania. Co, jeśli nie zostaną one spełnione? Rzucą papierami i wyjadą.

(przedruk z „Medical Tribune” nr 10/19)

## MINDFULNESS – ZDROWY SPOSÓB NA ZDROWY WYSIŁEK

Uważność i medycyna to praktyczny poradnik, jak dbać o siebie, gdy stres jest częścią życia. Odwołuję się do sytuacji trudnych, związanych z napięciem, pośpiechem i wykonywaniem wielu zadań jednocześnie. Przedstawiam techniki radzenia sobie ze stresem, wywodzące się z programu MBSR (Mindfulness Based Stress Reduction).

### Cała gama korzyści

Mindfulness to inaczej uważność, czyli obecność w tym, co robimy. Trenując czy pracując – możemy być w pełni świadomi tego, co się z nami dzieje. Dzięki temu zwiększamy kontrolę nad ciałem i umysłem. Mindfulness to obecność bazująca na ciekawości i akceptacji tego, co jest bieżącą chwilą i co się z nami dzieje.

W jaki sposób sport korzysta z uważności? Przede wszystkim pomaga nam ona zauważać myśli, emocje i towarzyszącą im reakcję naszego organizmu. Pełna świadomość oddechu podczas treningu prowadzi do rozluźnienia ciała i umysłu. Pozwala to w poznaniu i rozumieniu organizmu. Dzięki temu można poprawić wyniki sportowe i uniknąć kontuzji.

Badania naukowe potwierdzają korzyści płynące z treningu mindfulness w sporcie. Są to: obniżenie stresu, zwiększenie koncentracji, wzmocnienie odporności, lep-

sze radzenie sobie z bólem, redukcja stanów zapalnych, obniżenie ciśnienia krwi, poprawa jakości snu.

### Nowy mózg sportowców

Trening uważności wpływa na aktywność mózgu. Dzięki temu potrafi on wdrożyć konkretne strategie radzenia sobie z trudnościami. Czasami oznacza to zmianę działania, a czasem odpuśczenie jakichkolwiek działań. Bywa więc zwiększeniem wysiłku lub jego zaniechaniem. Trening uważności uczy, jak wypracować świadomą odpowiedź na stres, zamiast nawykowej impulsywnej reakcji. W sporcie pozwala wyćwiczyć cierpliwość, opanowanie i elastyczność. A jak wiadomo są one niezbędne podczas treningu i zawodów.

Mindfulness uczy skupienia się na procesie. Badania udowadniają, że koncentracja tylko na wyniku obniża motywację sportowców. W uważnym sporcie, na przykład bieganiu, chodzi też o jakość pokonywania kolejnych kilometrów. Dźwięki, zapachy, odczucia pojawiające się w ciele i wrażenia wzrokowe – trenowanie uważności uczy, jak się do nich dostroić. Kładziemy wtedy większy nacisk na długoterminowy rozwój i wzrost umiejętności niż realizację krótkoterminowych ambicji.





## Uważne wsłuchanie się w sygnały płynące z ciała

Nauka dostrojenia się do wrażeń płynących z ciała podczas treningu jest podstawą mindfulness. Słuchanie swojego ciała z uważną świadomością może stać się przełomowym krokiem dla naszego zdrowia. Pozwala rozpoznać, jakie symptomy mówią, by przeć do przodu, a jakie, że trzeba sobie odpuścić. Odróżnianie dobrego bólu od złego nie jest proste. Nawet profesjonalści próbują przesunąć granice swojej wytrzymałości, powodując przy tym szkody. Inni z kolei rezygnują przy pierwszych oznakach dyskomfortu, co uniemożliwia im rozwój. Tymczasem uważna autodiagnoza pozwala świadomie zbadać swój ból.

### Trening czyni umiejętność

Mindfulness można trenować. Tak samo jak mięśnie. Uważność trenują zawodowcy i sportowcy amatorzy. Można ją wygenerować poprzez regularne powtarzanie konkretnych ćwiczeń. Warto też pamiętać, że mindfulness to przeciwieństwo stresu. A wszyscy wiemy, jak stres osłabia nasze siły i zabiera motywację. W miarę treningu uważności, gdy tworzą się nowe szlaki bodźców ner-

wowych, mindfulness staje się naturalnym stylem uprawiania sportu czy po prostu życia. Uczy konfrontować się z bólem, zmęczeniem, nudą, zdenerwowaniem czy niską samooceną poprzez wewnętrzną obserwację, a nie krytykę. Uczy jak reagować w najbardziej korzystny, możliwy w danym momencie sposób.

Dorota WOJTCZAK

**Dorota WOJTCZAK** jest certyfikowanym przez Institute for Mindfulness-Based Approaches trenerem programu redukcji stresu przez uważność (MBSR – mindfulness based stress reduction), obecnie w trakcie certyfikacji MBCT (terapii poznawczej leczenia depresji opartej na uważności przy Wydziale Psychiatrii Uniwersytetu w Oksfordzie), psychologiem biznesu, ekspertem w zakresie rozwoju kompetencji osobistych i społecznych w służbie zdrowia i edukacji, członkiem Polskiego Towarzystwa Terapeutycznego, autorką bloga „My way – uważność i empatia”, pisze artykuły do Mindfulness Business&Life; jest współautorką książki „Psychologia w coachingu”. Zrealizowała ponad dwadzieścia 8-tygodniowych otwartych kursów redukcji stresu MBSR, w których udział brali także lekarze i psychoterapeuci.

(przedruk z „Primum” nr 10/19)

## ZNACHORZY I UZDROWICIELE

W okresie międzywojennym niezwykle sukces kasowy odniósł film „Znachor” z 1937 r. Była to adaptacja powieści Tadeusza Dołęgi-Mostowicza, która ukazała się pod tym samym tytułem. Żona znanego chirurga prof. Wilczura ucieka z kochankiem i zabiera ze sobą ich kilkuletnią córeczkę Marysię. Złamany lekarz, włócząc się po mieście, trafia do podrzędnego szynku, gdzie zostaje ograbiony i pobity, na skutek czego traci pamięć. Nie mogąc sobie przypomnieć, kim jest, po kilkunastu latach włóczęgi zamieszkuje na wsi u młynarza. Z czasem zyskuje sławę jako znakomity znachor.

Film kręony był w malowniczej mazowieckiej wiosce Sikórz (nazywanej Mazowiecką Szwajcarią), a w profesora medycyny wcielił się niezapomniany Kazimierz Junosza-Stępowski (1880-1943). 44 lata później, w 1981 r., Jerzy Hoffman nakręcił kolejną filmową adaptację poczytnej powieści Tadeusza Dołęgi-Mostowicza, w której główne role zagrali Jerzy Bińczycki (1937-1998) i Anna Dymna (1951). W obu filmach znachorem był jednak w rzeczywistości lekarz, absolwent studiów medycznych na wyższej uczelni. Tymczasem w języku potocznym określenie to dotyczy osoby bez wykształcenia z ww. dziedziny, która leczy za pomocą ziół, zaklęć i czarów.

Żyjemy w erze niezwykłych osiągnięć nauki i techniki. Ludzie wylądowali na Księżycu, nasze geny mają przed nami coraz mniej tajemnic, potrafimy błyskawicznie komunikować się za pomocą niewidzialnych fal radiowych. Skąd zatem trwająca nadal popularność usług znachorów i uzdrowicieli? Dr nauk hum. Wojciech Ślu-

sarczyk tak pisze w artykule „Trup w farmacji ludowej”: *„Lud polski jeszcze w przed II wojną światową cechowała głęboko zakorzeniona obawa przed lekarzami i aptekarzami. Miało na to wpływ wywodzące się z czasów starożytnych, a pokutujące jeszcze wówczas przeświadczenie, iż los człowieka (fatum) jest z góry określony i musi się wypełnić bez względu na wszystko”.*

Stronienie od oficjalnej medycyny i farmacji wynikało również z wysokich cen usług lekarzy oraz leków. *„Zachowaj mnie Panie od łaski lekarzy i rachunków aptekarzy”* – mawiali polscy włościanie u progu XX w.

Zarówno lekarz, jak i aptekarz nie cieszyli się zaufaniem prostego ludu. Chłopi zażywali przepisywane im lekarstwa niechętnie lub wcale. Porady szukali najczęściej u wróżów, zamawiaczy, guślarzy i znachorów. Byli oni bowiem postrzegani jak osoby *„od Boga obdarzone najwyższymi przymiotami duszy i mocą dokonywania cudów”.*

Niektóre metody, stosowane jeszcze nie tak dawno na polskiej wsi, wydają się nam dzisiaj bardzo drastyczne. Oto przykłady zaczerpnięte z ww. artykułu:

Pod Piotrkowem znamię na twarzy (tzw. płomień) likwidowano przez kilkakrotne potarcie chorego miejsca palcem trupa. Tą samą metodą leczono różnego rodzaju narośla na ciele, wrzody oraz reumatyzm.

Na Wileńszczyźnie walczone z bólem zęba dotykając go drzazgą z trumny, na Śląsku zaś używano w tym celu gwoździ trumiennych. Choroba miała bowiem *„wyjść z zęba”* i przenieść się na palec, kość, drzazgę lub gwoździć.





W Poznańskim ziemia z grobu lub z cmentarza, noszona w woreczku na szyi, chroniła od febrы.

Na Lubelszczyźnie umierające dzieci próbowano leczyć kąpielą w wodzie, do której dodawano trzy porcje piasku z mogił zmiecionego miotłą wziętą z cmentarza.

W celu oduczenia pijaka picia należało dodać mu do wódki mydlin pozostałych po umyciu włosów.

Inne przykłady znajdziemy na kartach naszej literatury narodowej, np. w pochodzącej z 1880 r. noweli Bolesława Prusa pt. „Antek”. Rozalka – kilkuletnia siostra tytułowego bohatera, ciężko zachorowała. Matka próbowała leczyć ją własnymi metodami, tj. „szturchańcami i wódką z piołunem”, a następnie wezwała znachorkę. Gdy nie pomogły inne sposoby, dziewczynkę za radą znachorki umieszczono w rozpalonym piecu („gdyż musi się wypocić”), co skończyło się śmiercią dziecka.

Powróćmy do ciekawej pracy Wojciecha Ślusarczyka, który pisze na zakończenie: „*Farmacja ludowa stosowana powszechnie jeszcze w początkach XX w. stanowiła groźną konkurencję dla praktyk lekarskich oraz działalności aptekarzy*”. A jak jest dzisiaj, Anno Domini 2018? Wystarczy przeczytać nagłówki artykułów w wielu kolorowych czasopismach...

Próby uporządkowania współczesnych ogłoszeń z zakresu bioenergoterapii i przybliżenia nam tajemnej wiedzy z tej dziedziny podjął się prof. dr hab. n. med. Andrzej Gregosiewicz:

„Praterapeuta: Dążę do zjednoczenia z praistotą światła boskiego. Wykorzystuję energię świetlistą do leczenia wielu schorzeń. Dysponuję 20 rodzajami energii leczniczej”.

„Voltoterapeuta: Mój zabieg trwa około 10-15 min. To wystarczy, bo ja mam 22 milivolty między dłońmi. Usunąłem guzy nowotworowe u około 200 osób”.

„Glinoterapeuta: Wykonuję okłady z glinki zielonej. Leczę nowotwory”.

„Czakroterapeuta: Do czakry podstawowej wchodzę tylko mentalnie, gdyż znajduje się ona w kroczu. Syn zadzwonił do mnie... trzeba pomóc choremu na raka. Po pięciu zabiegach choremu wyrzuciło na posładkach mnóstwo wrzodów. Jakby w ten sposób uciekała z niego choroba”.

„Speedterapeuta: Nie wyglądało to dobrze. Porządna gula wystawała mu z szyi. Obejrzałem ją i przyłożyłem ręce. Po chwili guz zaczął się w oczach zmniejszać. W końcu całkiem zniknął”.

„Longterapeuta: Moje biopole oddziałuje na odległość 100 metrów. Dodatkowo energetyzuję wodę i chusteczki. Po przyłożeniu chusteczek ustępują bóle kończyn i goją się rany”.

„Magterapeuta: Wyjmuję kręgosłup z ciała pacjenta. (...) Potem wkładam kręgosłup z powrotem. Jest już po wszystkim”.

„Stratoterapeuta: Ładowanie kogoś swoją energią to tylko trick. Ja przekazuję promień energii, który ściągam z góry”.

„Krystalochromoterapeuta: Zbudowałem kryształową lampę do leczenia kolorami. Fala koloru wzmacniana jest trzykrotnie. Leczy wszystko”.

„Hydroterapeuta: Energetyzuję butelkę wody mineralnej i polecam codziennie pić w domu. Wyleczyłem w ten sposób ciężkie złamanie kości piętowej”.

„Walkterapeuta: Spaceruję po chorym. Metoda polega na przekazie energetycznym połączonym z masażem całego ciała stopami. Wyleczyłem guz nowotworowy płuca”.

„Optoterapeutka: Działam na nich białym światłem, smugą bezinteresownej, przepełnionej miłością energii, którą wysyłam w kierunku osoby cierpiącej”.

„Tam-tamterapeutka: Na brzuchu, piersiach, za głową i przy stopach stawiam misy o różnych rozmiarach. Uderzam w misy i przysłuchuję się dźwiękom. W ten sposób uzdrawiam także ciało subtelne. Potem korzystam jeszcze z dwóch innych rodzajów dzwonków wysokośpiewających, których zadaniem jest oczyszczanie, oraz tybetańskich, których dźwięk ma dawać połączenie z niebem i ziemią”.

„Termoterapeuta: Leczę dotykiem rąk (...) osiągających temperaturę 38,6°C”.

„Regeneroterapeutka: Moja metoda to energetyczny przekaz do kręgosłupa. Niedawno uzdrowiłam kobietę po wypadku samochodowym. Miała niemal zdruzgotany kręgosłup, ledwie się ruszała. Po kilku zabiegach kręgosłup zregenerował się”.

„Uzdrowiciel Boży: Mam energię od Boga, podłączoną pod umysł. Moja myśl jest sprawczą”.

„Plazmoterapeuta: Zdejmuję bioplazmę chorobową. Wystarczy, że przejadę ręką i czuję wszystkie zakłócenia w organizmie. Od razu odbieram jakby uderzenie w dłoń”.

„Chromoterapeuta: Widzę nie tylko choroby, które przeszliśmy, lub te, które nam grożą. Widzę także kolory i nimi leczę. Do każdej choroby stosuję inny kolor. Gdy niebieski nie pomaga, dodaję inny. Do leczenia głowy nie wolno stosować czerwonego, żółtego i pomarańczowego. Do złamania zaś kości jak najbardziej”.

„Naturopoterapeuta: Nie badając, jestem w stanie stwierdzić, co jest przyczyną dolegliwości pacjenta. Nie muszę go nawet widzieć. Wystarczy, że będę miał jego zdjęcie lub podpis. W ten sposób wyleczyłem już niejedną osobę, nawet z nowotworem trzustki czy paraliżem”.

„Netterapeutka: Kilka tygodni temu otrzymałam przez Internet fotkę chorego na białaczkę. Dzięki swojej energii uzdrawiam, widząc tylko wydruk z komputera”.

„Rezonoterapeuta: Wchodzę w świadomość pacjenta. Doprowadzam do rezonansu z nim. Albo dopasowuję swoją częstotliwość do chorego, albo odwrotnie”.

„Skolioterapeutka: Wzrokiem potrafię nastawić kręgosłup, poprawić skoliozę”.

Jarosław KOSIATY

(przedruk z „Pulsu” nr 11/18)

# ANIOŁY BOŻEGO NARODZENIA

Tych niebieskich duchów są nieprzebrane krocie. Bywają inwencją dla poetów, muzyków, rzeźbiarzy i dekoratorów. Zapełniają obrazy. Polubiła je sztuka ludowa. Te nieprzeliczone zastępy aniołów tworzą różne kręgi. Jedne zajmują bardzo wysoką pozycję w hierarchii bytów, stojąc przy tronie Boga i w Jego imieniu rządzą światem. Są wśród nich sześcioskrzydli serafini i ważniejsi od nich cherubini uważani za strażników miejsc świętych, ale wyjątkową funkcję sprawują archaniołowie, z których znamy zwłaszcza: Michała, Gabriela i Rafała. Artyści przedstawiają ich jako pięknych, zbudowanych jak greccy herosi, uskrzydlonych młodzieńców. Każdy z nich spełnia ważną powinność w królestwie Boga.

Archanioł Gabriel to główny wysłannik stwórcy, duch prawdy. Brał udział w pogrzebie Mojżesza, stoi na czele zastępów niebieskich strzegących bram Edenu, to on ma dźwiękiem trąby wezwać na Sąd Ostateczny.

Archanioł Michał w zbroi rycerskiej uznany jest za świętego ducha, opiekuna Kościoła, obrońcę wiernych, pogromcę szatana. Z płomienistym mieczem strzeże bram raju. Ma w ręku szale wagi, na których będzie ważył dusze na Sądzie Ostatecznym.

Archanioł Rafał w imieniu Boga prowadził rozmowy z Adamem. Jest ideałem Anioła Stróża, opiekunem chorych i słabych, uznanym za patrona lekarzy.

Ta arystokracja niebieska rzadko pojawia się na ziemi, ludziom bowiem towarzyszą zupełnie inne, bo zwykle anioły z nizin niebieskich, które nie mają archanielskiej dostojności. Poznajemy je m.in. dzięki refleksjom ks. Jana Twardowskiego, gdy opisuje, jak: „...*chodzą po świecie i zbierają okruchy życia ludzi, którym towarzyszyli, by coś po nich pozostało*”. Nieraz są gapowaci, stoją jak „malowane lale”, zamiast ostrzegać przed niebezpieczeństwem, pomyłkami i błędami. Niektóre z nich są jak małe, psotne dzieci i robią ludziom złośliwe dowcipy. Nieraz łamią mostki pod człowiekiem, zapominając, że w odróżnieniu od nich ma on ciało i może „*stłuc sobie sępię*”. Anioły te świetnie czują się wśród dzieci, uwielbiają kawały przez nie robione i bawią się razem z nimi. Są zachwycone światem, a zdumione jego pięknem po krzykują „*O jejku!*”. Kochają muzykę i na wszystkim potrafią zagrać: „*Na szarotce, na babiego lata nitkach, na góralskich skrzypkach*”. Strzegą gór, by były „*wciąż te same*”. Mimo różnych gaf i sprawek te anioły bardzo się starają, często jednak doznają ludzkiej niewdzięczności. Ciągłe się od nich czegoś wymaga – a to cierpliwości, a to opieki, traktując ich jak chłopców na posyłki. Nikt nie troszczy się o ich skrzydła, nie przytula, nie ukrywa przed okropnym współczesnym światem.

To takie anioły i aniołki, plebejusze niebiescy, często zrobione niewprawną dziecięcą ręką z bibułki, słomki czy piernika kołyszają się na świerkowych gałązkach, błyszczą

na choinkowych bombkach, uśmiechają się na świątecznych straganach, skrzą się na skwerach, placach i w przydomowych ogródkach.

Wśród nich uwija się nadzwyczajnie jeden z archaniołów wyraźnie inny od pozostałych. Przedstawia go nam Zbigniew Herbert w wierszu „Siódmy anioł”. Nie dorasta on do pięć złotych Gabrielowi, podporze tronu, ani Rafałowi stroicielowi chórów, ani Izraelowi – kierowcy planet, geometrze nieskończoności, doskonałemu znawcy fizyki teoretycznej. To „*nie to, co hetman zastępów Michał, cały w luskach i pióropuszcach*”. Ani Azrafael, dekorator świata, opiekun bujnej roślinności ze skrzydłami jak dwa dęby. Ani nawet Dedrael, apologeta i kabalista. To Szemiel – „*czarny i nerwowy, wielokrotnie karany za przemyt grzeszników do nieba*”. Szemiel jest niezwykle pracowity, „*między otchłanią a niebem (trwa) jego tupot nieustanny*”. Nie ceni swojej godności i chodzi „*w starej wyleniającej aureoli*”. Malarze bizantyjscy odtwarzają Szemielą podobnego do tamtych archaniołów, bo sądzą, że popadliby w herezję, gdyby wymalowali go takim, jakim jest.

Ale najważniejszym aniołem Bożego Narodzenia jest archanioł Gabriel, ten który zwiastował przyjście na świat Syna Bożego.

Najpierw pojawił się w El-Karaim, w domu kapłana Zachariasza i jego żony Elżbiety. Byli oni bezdzietni, posunięci w latach, całe życie czekali bezowocnie na dziecko. I oto Zachariaszowi ukazał się Anioł Pański, oznajmiając mu, że modlitwy małżonków zostały wysłuchane i Elżbieta porodzi syna, któremu nada imię Jan. Zachariasz nie uwierzył i Gabriel zesłał na niego za karę niemotę do momentu narodzenia syna. Gdy przepowiednia się spełniła i Zachariaszowi urodził się syn, kapłan, odzyskawszy mowę, nadał mu imię Jan. A był to późniejszy św. Jan Chrzciciel.

W sześć miesięcy po poczęciu Jana Bóg posłał Gabriela do Marii z Nazaretu, zaręczonej z cieślą Józefem z rodu Dawida. Archanioł objawił Marii, że zostanie matką Syna Bożego. Maria z pokorą przyjęła te słowa, mówiąc: „*Niech mi się stanie według słowa twego*”. I w tym momencie stała się ona brzemienna, a nie mieszkała wtedy jeszcze z Józefem.

Józef był mężem sprawiedliwym i nie chcąc narazić Marii na zniesławienie, zamierzał oddalić ją potajemnie. Gdy powziął takie postanowienie, pojawił mu się we śnie Gabriel, wyjaśniając mu tajemnicę Marii, i polecając, by nie oddalał małżonki, a narodzonemu synowi nadał imię Jezus. Przypomniał mu także słowa Pana, objawione przez proroka Izajasza: „*Oto dziewica pocznie i porodzi Syna, któremu nadadzą imię Emanuel*”.

Gdy zbliżał się dla Marii czas rozwiązania, oboje z Józefem udali się do Betlejem, by uniknąć spisu ludności, zarządanego przez cezara Augusta prześladowającego imi-





grantów. Tam Maria porodziła syna w nędznej gospodzie, bo nie było gdzie indziej dla nich miejsca. Po narodzinach Jezusa archanioł Gabriel udał się do pasących w pobliżu swe trzody pasterzy, a oznajmiwszy im nowinę o narodzinach Zbawiciela, nakazał im iść do Betlejem i złożyć hołd Temu, który – jak śpiewamy w kolędzie – „Ośłodzi wasze troski, wybawi od piekła i postawi w niebieskich pałacach”.

Po pastuszkach hołd Jezusowi złożyli Trzej Królowie. A że nie donieśli władcy Judei Herodowi, gdzie znaleźli Jezusa, mimo że ich do tego zobowiązywał, ten postanowił zabić wszystkich chłopców w wieku do lat dwu w Galilei. I znów pojawił się Gabriel, który we śnie nakazał Józefowi, by z Marią i Jezusem uchodził do Egiptu, gdzie miał

pozostać do śmierci Heroda. Gdy ten umarł, archanioł Gabriel powiedział do Józefa: „Wstań, weź Dziecię i Marię, idź do ziemi Izraela, bo już umarli ci, którzy czyhali na życie Dziecięcia”. Tak uczynili, udając się do Nazaretu, gdzie „Dziecię rosło i nabierało mocy, napełniając się mądrością, a łaska Boża spoczywała na nim”.

Archanioł Gabriel zaś wrócił do tronu Pana, bo tam było jego miejsce. Ale w kolejnym roku pojawi się znowu, by rozpocząć misterium Bożego Narodzenia, a aniołki-ozdoby, pieczolowicie przechowywane przez cały rok, znów zaczną tańczyć na jodłowych gałązkach.

Barbara KACZKOWSKA

(przedruk z „Galicyskiej Gazety Lekarskiej” nr 6/18)

## MEDYCYNA PO DYPLOMIE

### SEN – CO KAŻDY LEKARZ O NIM WIEDZIEĆ POWINIEN?

Bezsenna nie jest chorobą samą w sobie. Jest objawem, oraz w wielu przypadkach maską innych chorób. Najczęstsze wtórne przyczyny zaburzeń snu to: ból różnego pochodzenia, świąd (niezależnie od przyczyny), zespół bezdechu sennego, zespół niespokojnych nóg, zaburzenia emocjonalne (lęk, depresja, uzależnienia), stosowanie substancji psychoaktywnych.

Prawidłowy sen to jeden z filarów zdrowego stylu życia. Znaczenie snu jest kluczowe zarówno dla procesów fizjologicznych organizmu, jak i prawidłowego i efektywnego myślenia oraz emocji. Sen stanowi jeden z kluczowych warunków utrzymania zdrowia, rozumianego holistycznie zgodnie z definicją WHO, jako nie tylko brak choroby, ale dobrostan fizyczny, psychiczny i społeczny.

Zapotrzebowanie na sen zależy od wieku człowieka i wraz z wiekiem maleje. Średni czas snu, który jest niezbędny do efektywnego wypoczynku, wynosi 6-8 godzin dla osób dorosłych. Niedobór snu prowadzi do poczucia zmęczenia, ograniczenia zdolności poznawczych, kreatywności oraz zapamiętywania.

Niedobór i nadmiar snu prowadzą do chorób somatycznych, zaburzeń psychicznych, a nawet przedwczesnej śmierci.

Oceniając prawidłowość snu należy zwrócić uwagę nie tylko na jego długość, ale także jakość i efektywność – ocenianą poprzez samopoczucie w ciągu dnia i zdolność do normalnego funkcjonowania oraz aktywności fizycznej i umysłowej.

Prawidłowy sen składa się z dwóch faz, które naprzemiennie po sobie następują w ciągu nocy. Faza REM (rapid eye movement) jest mniej efektywny, charakteryzuje się szybkimi ruchami gałek ocznych, wzrostem aktywności mózgu oraz występowaniem marzeń sennych. Jest to tzw. sen płytki. Faza NREM (non-rapid eye movement) jest fazą regene-

racji organizmu, wyciszenia procesów fizjologicznych oraz zwolnienia aktywności mózgu – sen głęboki. Czynniki, które prowadzą do wybudzania, mogą uniemożliwiać przejście w fazę NREM lub istotnie ją skracają, co w konsekwencji prowadzi do zmniejszenia efektywności snu.

W analizie prawidłowości snu ważnym elementem jest także tzw. latencja snu, czyli czas jaki upływa od chwili położenia się do zaśnięcia. Jest to czynnik, który wymaga omówienia z pacjentem, gdyż subiektywne poczucie, że ten czas jest zbyt długi, bardzo szybko nasila zaburzenia snu. Pacjent staje się niecierpliwy, denerwuje się brakiem możliwości zaśnięcia, co dodatkowo uniemożliwia zaśnięcie.

#### Kiedy mówimy o bezsenności?

Nie każdy pacjent, który zgłasza lekarzowi problem ze snem, cierpi na bezsenność. Prawidłowo zebrany wywiad oraz postawiona diagnoza to niezbędne elementy do podjęcia decyzji o ewentualnym leczeniu. Pominiecie lub zbyt powierzchowne potraktowanie tego etapu przez lekarza może prowadzić do zbędnej farmakoterapii, a przede wszystkim do braku skuteczności podjętych działań terapeutycznych.

#### Klasyfikacja bezsenności

1. Bezsenna przygodna – objawy trwają do kilku dni i są najczęściej wywołane zaburzeniami cyklu dobowego lub nagłym stresującym wydarzeniem w życiu pacjenta – reakcja na ostry stres, podróż, jet-lag itp.
2. Bezsenna krótkotrwała – utrzymuje się do 3 tygodni i także najczęściej wynika z nagłej sytuacji w życiu pacjenta, prowadzącej do wzrostu poziomu stresu.
3. Bezsenna przewlekła – objawy występują powyżej miesiąca. Trudności w zasypianiu, utrzymaniu snu





lub przedwcześnie budzenie muszą występować powyżej miesiąca, minimum 3 razy w tygodniu oraz zaburzenia snu muszą prowadzić do znacznie gorszego samopoczucia lub zaburzać funkcjonowanie w codziennym życiu.

Jeśli zatem pacjent zgłasza problem związany ze snem, ale nie wpływa to na jego funkcjonowanie w ciągu dnia, należy przede wszystkim przeanalizować przyczynę jego odczuć i ją wyeliminować poprzez właściwą higienę snu, a nie rozpoznać bezsenność.

### Przychodzi pacjent do lekarza...

Jak wspomniano powyżej, w diagnostyce zaburzeń snu kluczowe jest zebranie szerokiego wywiadu lekarskiego. Przy nagłych, krótkotrwałych zaburzeniach snu, wywołanych przez konkretne czynniki zewnętrzne, można szybko rozpocząć leczenie farmakologiczne pamiętając, że powinno być ono krótkotrwałe.

90% pacjentów pojawiających się u lekarza z powodu zaburzeń snu, zgłasza objawy przewlekłe lub okresowo nawracające. W tej grupie kluczowe jest zbadanie ilości i jakości snu poprzez jego obserwację oraz analizę czynników wywołujących, przed ewentualnym rozpoczęciem leczenia farmakologicznego. Włączanie leczenia przed poznaniem przyczyny i bez zmiany nawyków pacjenta jest postępowaniem błędnym, które jedynie niweluje objawy. Skuteczność takiego leczenia jest krótkotrwała i często prowadzi do uzależnienia od leków nasennych, ich nadużywania oraz powikłań z tym związanych.

Analiza snu pacjenta opiera się na prowadzeniu przez niego dzienniczka snu. Wzory dzienniczków są dostępne w Internecie, ale pacjent powinien otrzymać dzienniczek od lekarza w gabinecie. Przez 10-14 dni powinien skrupulatnie prowadzić obserwację swoich nawyków i stylu życia w ciągu dnia i przed snem, samego snu, czynników zaburzających oraz swojego samopoczucia.

Lekarz, po przeanalizowaniu razem z pacjentem zapisów w dzienniczku, jest w stanie wskazać nieprawidłowości i pomóc pacjentowi wprowadzić zmiany. To proste narzędzie powinno być szeroko stosowane w codziennej praktyce przez lekarzy różnych specjalności.

W diagnostyce bezsenności lekarz może posłużyć się skalami oceny zaburzeń snu, które są ważnym narzędziem diagnostycznym oraz porównawczym, służącym do analizy skuteczności terapii (np. Ateńska Skala Bezsenności, Kwestionariusz Jakości Snu Pittsburgh, Kwestionariusz Oceny Snu Leeds, Skala Nasilenia Bezsenności). Skale są dostępne m.in. na stronie internetowej Ośrodka Medycyny Snu: [www.sen-institut.pl](http://www.sen-institut.pl).

Dla pacjenta kluczowe jest przestrzeganie zasad higieny snu, które pacjent także powinien otrzymać na pierwszej wizycie. Analiza własnych nawyków oraz czynników zewnętrznych, które mogą wpływać na ilość lub jakość snu pozwalała na szybką eliminację nieprawidłowości.

Do najważniejszych zasad higieny snu zalicza się:

1. unikanie kawy i innych napojów z kofeiną, pobudzających, ok. 8 godzin przed snem;
2. unikanie alkoholu – minimum 3 godziny przed snem;
3. unikanie sytuacji stresowych ok 1-2 godziny przed snem – emocjonalne rozmowy, TV, książki, pobudzająca głośna muzyka, intensywna praca, planowanie (gonitwa myśli);
4. unikanie posiłku minimum 3 godziny przed snem;
5. właściwe przygotowanie miejsca do spania – łóżko, materac, pomieszczenie, temperatura w sypialni, ograniczenie dźwięków i innych czynników rozpraszających i wybudzających;
6. regulacja rytmu snu – stała godzina kładzenia się do łóżka i wybudzania, eliminacja drzemek w ciągu dnia;
7. eliminacja innych niż sen i zbliżenia intymne, czynności wykonywanych w sypialni/łóżku (oglądanie TV, czytanie, praca);
8. przy problemach z zaśnięciem unikanie długotrwałego leżenia i oczekiwania na zaśnięcie – po ok. 20 minutach, jeśli pacjent nie zaśnie, powinien wstać, wyjść z sypialni, zadbać o relaks i ponownie wrócić do łóżka dopiero, kiedy poczuje senność.

### Zaburzenia snu – różnicowanie

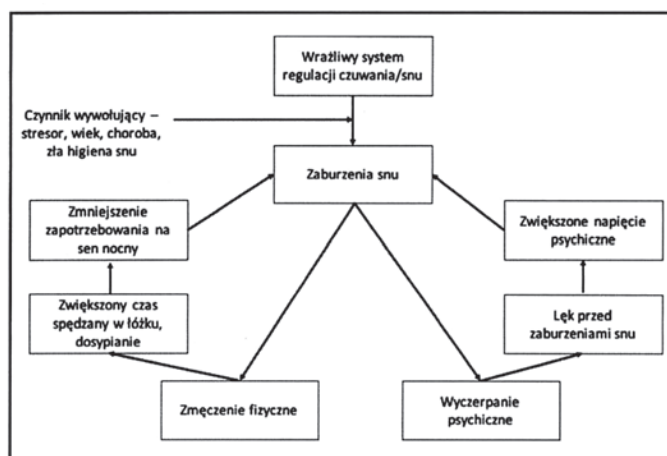
Bezsennność nie jest chorobą samą w sobie. Jest objawem, oraz w wielu przypadkach maską innych chorób. Najczęstsze wtórne przyczyny zaburzeń snu, to ból różnego pochodzenia, świąd (niezależnie od przyczyny), zespół bezdechu sennego, zespół niespokojnych nóg, zaburzenia emocjonalne (lęk, depresja, uzależnienia), stosowanie substancji psychoaktywnych. Ich identyfikacja jest kluczowa dla skuteczności terapii.

### Leczenie zaburzeń snu

Podstawową formą leczenia bezsenności przewlekłej jest psychoterapia (terapia poznawczo-behawioralna) oraz przestrzeganie higieny snu. Działania te mają na celu identyfikację i przerwanie „błędnego koła” bezsenności.

### Błędne koło bezsenności

([www.sen-institut.pl](http://www.sen-institut.pl))





Przy braku skuteczności leczenia lub krótkotrwanie (na początku terapii) u pacjenta należy rozważyć leczenie farmakologiczne. Leki stosowane w leczeniu bezsenności przedstawia tabela 1. Rozpoczynając terapię bezsenności należy mieć na uwadze zagrożenia i najczęstsze błędy z nią związane, które w Polsce są często popełniane przez lekarzy różnych specjalności.

#### Grupy leków stosowane w leczeniu bezsenności (www.sen-instytut.pl)

Grupa leków	Przykłady	Uwagi
benzodiazepiny	alprazolam, lorazepam, estazolam, diazepam, oksazepam	Powstawanie tolerancji i duże ryzyko rozwoju uzależnienia Maksymalny czas stosowania – 4 tygodnie Zbyt często zalecane i stosowane przez pacjentów, nadmiernie przepisywane w Polsce, zbyt długa terapia Odstawienie może wywoływać bezsenność z odbicia
Niebenzodiazepinowi agoniści receptora GABA – leki nasenne II generacji	zopiklon, zolpidem, zaleplon	Opracowanie wyłącznie do leczenia zaburzeń snu Możliwe powstanie tolerancji i uzależnienia Dozwolony czas leczenia – maksymalnie 4 tygodnie
Leki przeciwdepresyjne, neuroleptyki, leki przeciwhistaminowe	amitryptylina, doksepina, opipramol, mianseryna, trazodon, promazyna, olanzapina, kwetiapina	Powinny być stosowane jako leczenie przyczynowe w bezsenności wtórnej, adekwatnie do przyczyny. Nie powinny być stosowane w bezsenności pierwotnej – brak potwierdzonej skuteczności. Zalecane przy konieczności prowadzenia farmakoterapii powyżej 4 tygodni, jeśli metody nefarmakologiczne i leczenie przyczynowe nie jest wystarczająco skuteczne.
Preparaty dostępne bez recepty	melatonina, melisa, szyszki chmielu, waleriana	Wskazane w zaburzeniach rytmu okołodobowego, zespołach jet-lag Wspomagająco w innych zaburzeniach

Każdy lekarz powinien pamiętać, że leczenie farmakologiczne jest bardzo atrakcyjne z punktu widzenia pacjenta (szybki efekt, nie wymaga zmiany nawyków i stylu życia, jest ogólnodostępne i powszechnie akceptowane, nie wymaga zaangażowania pacjenta). Jest to jednak wyłącznie leczenie objawowe i jego negatywne skutki pojawiają się z opóźnieniem.

Pacjent, u którego podjęte działania nie przynoszą skuteczności, powinien być skierowany na konsultację psychiatryczną lub do ośrodków specjalizujących się w terapii zaburzeń snu w celu pogłębienia diagnostyki i właściwej terapii.

#### Najczęstsze błędy w rozpoznawaniu i leczeniu bezsenności

Nadużywanie farmakoterapii w leczeniu bezsenności pierwotnej – zbyt pochopne i wczesne włączanie leków, nieangażowanie pacjenta w proces zmiany stylu życia.

Nadużywanie i przewlekłe leczenie benzodiazepinami i lekami nasennymi II generacji – powyżej 4 tygodni.

Stosowanie zbyt dużych dawek leków nasennych – leczenie należy rozpoczynać od najmniejszych dawek, a ich zwiększanie powinno być poprzedzone dokładną analizą dzienniczka snu i ewentualnych czynników ograniczających skuteczność terapii.

Brak właściwej diagnozy:

- błędne różnicowanie bezsenności pierwotnej i wtórnej, rozpoznanie chorób, dla których zaburzenia snu są objawem maskującym (najczęściej depresja) i ich przyczynowe leczenie;
- nadrozpozniwalność zaburzeń snu – podczas zbierania wywiadu należy rozważyć, czy subiektywnie zgłaszane zaburzenia snu nie są jedynie nierealistycznym oczekiwaniem pacjenta co do jego długości. Zjawisko to często występuje u osób w wieku podeszłym, które kładą się spać wcześniej (ok. 21.00-22.00), czas snu niezbędny dla nich do efektywnego odpoczynku wynosi około 5-6 godzin, a wybudzenie i brak możliwości ponownego zaśnięcia od około godziny 5.00-6.00 interpretują jako bezsenność. Biorąc pod uwagę ich zapotrzebowanie na sen należy stwierdzić, że ich sen jest prawidłowy, ale niewłaściwa higiena snu;
- deprywacja snu;
- zaburzenia rytmu okołodobowego – opóźniona faza zasypiania lub przyspieszona pora zasypiania – wynikające najczęściej z wcześniejszych utrwalonych nawyków (praca, nauka, podróże itp.).

#### Jak śpią lekarze?

Zaburzenia snu często występują u lekarzy, i niestety, równie często są bagatelizowane. Z uwagi na dyżurowy tryb pracy oraz wysoki poziom stresu, wypalenie zawodowe i inne czynniki, lekarze są narażeni na zaburzenia snu – zarówno pod względem ilościowym, jak i jakościowym. Jak wspomniałam na początku artykułu, nieefektywny sen ma istotny wpływ na zdrowie, prowadzi też do zaburzeń somatycznych, emocjonalnych i poznawczych. Zaburzenia snu są istotnym czynnikiem prowadzącym do wypalenia zawodowego oraz do błędów medycznych, mniejszej empatii, zaangażowania w relację lekarz – pacjent. Warto więc zadać sobie pytanie – jak wygląda mój sen oraz co na co dzień robię, by dbać o moją higienę snu?

*Dr n. med. Agnieszka MUSZYŃSKA*

**Lekarz medycyny rodzinnej** specjalizujący się w medycynie stylu życia, coach zdrowia. Ukończyła Wydział Lekarski Akademii Medycznej we Wrocławiu, a następnie obroniła doktorat oraz uzyskała specjalizację z medycyny rodzinnej. Na co dzień pracuje jako lekarz, z pasją i zaangażowaniem pomagając swoim pacjentom odzyskać zdrowie. Pracę zawodową zaczęła już w trakcie studiów w Katedrze i Zakładzie Medycyny Rodzinnej, a następnie pracowała jako asystent w Katedrze Zdrowia Publicznego UM we Wrocławiu, gdzie dzieliła się swoją wiedzą i doświadczeniem, kształcąc studentów na kierunku zdrowie publiczne. Jest autorką i współautorką kilkunastu publikacji i rozdziałów w podręcznikach dla studentów i lekarzy. Jako wykładowca i uczestnik brała i bierze udział w kongresach i konferencjach naukowych poświęconych medycynie rodzinnej, profilaktyce i promocji zdrowia oraz zdrowemu stylowi życia. Przedstawicielka Europejskiego Towarzystwa Medycyny Stylu Życia w Polsce. Prowadzi Instytut Stylu Życia we Wrocławiu.

(przedruk z „Medium” nr 9/19)

## OPIEKA STOMATOLOGICZNA W SZKOŁACH

W dniu 12 września br. weszła w życie ustawa z 12 kwietnia 2019 r. o opiece zdrowotnej nad uczniami (Dz. U. poz. 1078), zgodnie z postanowieniami której, organ prowadzący szkołę w przypadku braku znajdującego się na terenie szkoły gabinetu dentystycznego, powinien zawrzeć porozumienie z gabinetem dentystycznym posiadającym kontrakt z Narodowym Funduszem Zdrowia zlokalizowanym poza szkołą lub z dentobusem.

W Polsce jest 25 tys. szkół, spośród których zaledwie 720 ma na swoim terenie szkolny gabinet stomatologiczny. Dalsze 7 tys. szkół ma już zawartą umowę na leczenie stomatologiczne uczniów w ramach refundacji NFZ z gabinetem stomatologicznym poza terenem budynku szkolnego. Ustawa o opiece zdrowotnej nad uczniami jest kolejnym etapem działań Ministerstwa Zdrowia, mającym poprawić dostępność dzieci i młodzieży do leczenia stomatologicznego w ramach środków publicznych. Przypomnijmy, że od IV kwartału 2017 r. na terenie kraju funkcjonuje 16 dentobusów, czyli mobilnych gabinetów stomatologicznych. Zakup 16 samochodów, uruchomienie ich i późniejsza wycena prowadzonych tam świadczeń leczniczych były szeroko komentowane zarówno w samorządach, jak i w kularowych rozmowach lekarzy dentystów. Wówczas przeważały opinie negatywne, jednak dość szybko znaleźli się chętni lekarze dentyści do pracy w warunkach mobilnych. Według danych „Gazety Prawnej” z 10 kwietnia 2019 r., z leczenia w dentobusach skorzystało w całej Polsce ponad 34 tys. dzieci. Najwięcej, bo ponad 4 tys. pacjentów przyjęto w województwie łódzkim. Najmniej, bo zaledwie 581 – w Wielkopolsce. Teraz mówi się już o 52 tys. takich uczniów. Ponadto ministerstwo zdrowia przeznaczyło w 2018 r. 5 mln zł na wsparcie zakupu wyposażenia gabinetów w szkołach.

Naczelna Komisja Stomatologiczna starała się w sposób czynny brać udział w pracach nad projektem ustawy. Zwróciła uwagę na liczne problemy, w tym na konieczność ustalenia wzorów umów między szkołą i gabinetem, jak i zasad korzystania z puli punktów przeznaczonych na leczenie szkolnych dzieci. To ostatnie zostało doprecyzowane Zarządzeniem Prezesa NFZ nr 120/2019/DSOZ wydanym 11 września 2019 r., wprowadzającym do umowy zapis o „odrębnych kwotach zobowiązania” w celu sfinansowania „świadczeń udzielonych uczniom zgodnie z przepisami o opiece zdrowotnej nad uczniami w zakresach:

- świadczenia ogólnostomatologiczne;
- świadczenia ogólnostomatologiczne dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18. roku życia;

- świadczenia ogólnostomatologiczne dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18. roku życia udzielane w dentobusie”.

Dodatkowo został wprowadzony zapis o tzw. „nadwykonaniach” tj. „jeżeli wartość wykonanych świadczeń, [...] przekroczy kwotę zobowiązania dla danego zakresu, na wniosek świadczeniodawcy składany po upływie kwartału, w którym nastąpiło to przekroczenie, zwiększeniu ulega kwota zobowiązania z tytułu realizacji umowy”. Należy podkreślić też, że 27 czerwca 2019 r. prezes NFZ podpisał zarządzenie nr 76/2019/DSOZ, które wprowadziło zmianę tzw. współczynnika korygującego wycenę świadczeń stomatologicznych dla dzieci i młodzieży, podnosząc go z 1,3 na 1,5 w stosunku do wyceny świadczeń ogólnostomatologicznych.

Wszystkie te działania zostały pozytywnie zaakceptowane przez samorząd, z drugiej strony jednak wzbudziły obawy o przesunięcie całej puli środków publicznych na leczenie stomatologiczne dzieci szkolnych, a tym samym uszczuplenie środków na leczenie stomatologiczne osób dorosłych. Istnieją też obawy, co do liczby dostępnych gabinetów stomatologicznych z umową z NFZ, mogących realizować umowy ze szkołami.

Są też inne drobniejsze, ale równie istotne kwestie wymagające dalszego doprecyzowania, dotyczące: konieczności promocji leczenia stomatologicznego wśród uczniów, usprawiedliwienia ich nieobecności na czas wizyty stomatologicznej i przyjmowania w placówce „poza kolejnością”, wyrażania zgody opiekunów na leczenie u nieletnich oraz ich odpowiedzialności za ewentualne szkody materialne wyrządzone w gabinecie czy roli pielęgniarki szkolnej mającej w myśl ustawy koordynować cały proces.

Najważniejszą kwestią pozostaje jednak brak adekwatnej wyceny świadczeń stomatologicznych oraz niska ogólna kwota przeznaczona w budżecie na leczenie stomatologiczne w ramach publicznej opieki zdrowotnej. „Od dekady spada procentowy udział pieniędzy przeznaczanych na leczenie stomatologiczne w ramach NFZ w stosunku do nakładów na opiekę zdrowotną; ogółem z 3,8% do niespełna 2%. Nakłady nominalne także od lat nie rosną” – podkreśla Andrzej Cisko, szef Naczelnej Komisji Stomatologicznej.

opr. Patrycja PROC

Źródła:

<https://www.nil.org.pl/>;  
<https://www.polsatnews.pl/>;  
<http://www.infodent24.pl/l>.

(przedruk z „Panaceum” nr 9-10/19)



# BŁĄD MEDYCZNY, CZYLI NIEUMYŚLNE SPOWODOWANIE ŚMIERCI?

Fatalny obraz stanu legislacji w Polsce ukazuje raport przygotowany przez Grant Thornton Polska - „*Barometr stabilności otoczenia prawnego w polskiej gospodarce. Edycja 2019*”. Raport dotyczy roku 2018, w którym średni okres powstawania ustawy wyniósł 99 dni, czyli bardzo krótko. Tworzenie prawa tak szybko w sposób oczywisty wpływa na jego jakość. Większość projektów ustaw powstaje bez dyskusji, bez konsultacji społecznych (43% rządowych projektów ustaw nie ma dokumentacji z konsultacji publicznych), a rola parlamentu ogranicza się często jedynie do maszynki do głosowania.

Nie dziwi pierwsza pozycja Polski (wśród krajów UE) pod względem niestabilności prawa. Jak wynika z obliczeń Grant Thornton, w latach 2012-14 w Polsce wprowadzono w życie w ciągu roku średnio prawie 56 razy więcej przepisów niż w Szwecji.

## Podmuch huraganu

Ostatnie zmiany, którym poddany został Kodeks karny (kk), są doskonałym potwierdzeniem przytoczonych uwag na temat stabilności i jakości stanowionego prawa.

Zmiany, o których mowa, w sposób szczególny oburzyły środowisko lekarskie. W czerwcu br. Sejm, działając jak zwykle w tempie sprintera, uchwalił bardzo szerokie (mocno restrykcyjne) zmiany w treści Kodeksu karnego. Prace nad tą nowelizacją przedstawiono opinii publicznej jako konieczność, wynikającą z dążenia do zaostrzenia kar za czyny o charakterze pedofilskim. Tyle przekaz oficjalny. Pod opakowaniem, które przedstawiono społeczeństwu, znalazła się jednak obszerna treść, która zmieni Kodeks karny w sposób bardzo poważny. Przestępstwa związane z pedofilią, o których była mowa w oficjalnym przekazie, stanowią jedynie niewielki wycinek wprowadzanych zmian. Ta, która odbiła się szerokim echem w środowisku medycznym, dotyczy treści art. 155 kk, czyli przestępstwa nieumyślnego spowodowania śmierci innego człowieka. Zarzut popełnienia takiego właśnie czynu dość często pojawia się w aktach oskarżenia kierowanych przez prokuraturę przeciwko lekarzom.

Nie jest dobrze, gdy głównym pomysłem władzy na politykę karną jest zaostrzanie sankcji za przestępstwo. Aktualnie panuje u nas niestety przekonanie (w środowiskach sprawczych), że im surowiej, tym skuteczniej, bo wysoka kara odstrasza. Rzeczywistość kryminologiczna tej tezy nie potwierdza.

## Nowa treść art. 155

Żeby zrozumieć skalę zmiany, która może dotknąć art. 155 kk (patrz ramka), należy porównać wersję przed

nowelizacją i wersję po wprowadzeniu projektowanych pierwotnie zmian.

Są dwa problemy: po pierwsze mamy do czynienia z dużym zaostrzeniem sankcji karnej - dolna granica możliwej do wymierzenia kary pozbawienia wolności wzrasta (w paragrafie pierwszym) z trzech miesięcy do roku, a górna granica szybuje z pięciu lat do dziesięciu; po drugie - pojawia się przepis dodatkowy, którego przed nowelizacją Kodeksu karnego nie było. Chodzi tutaj o paragraf drugi, który dotyczy spowodowania śmierci więcej niż jednej osoby. W tym wypadku zagrożenie karą jest bardzo surowe, bo minimalny jej wymiar to dwa lata pozbawienia wolności, zaś maksymalny to aż piętnaście lat.

### PORÓWNANIE PARAGRAFÓW

#### Wersja przed zmianami art. 155

*Kto nieumyślnie powoduje śmierć człowieka, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5.*

#### Wersja po zmianach art. 155

§ 1. Kto nieumyślnie powoduje śmierć człowieka, podlega karze pozbawienia wolności od roku do lat 10.

§ 2. Jeżeli sprawca powoduje śmierć więcej niż jednej osoby, podlega karze pozbawienia wolności od lat 2 do 15.

## Stanowczy sprzeciw

Niezadowolenie środowiska medycznego wynika zarówno z zaostrzenia sankcji karnej za przestępstwo z paragrafu pierwszego art. 155 kk (minimum rok pozbawienia wolności), jak również z wprowadzenia nowego przestępstwa - nieumyślnego spowodowania śmierci więcej niż jednej osoby (minimum dwa lata więzienia). Środowiska protestujące przeciwko tym zmianom przypomniały dodatkowo, iż zgodnie z regułami ogólnymi, którymi rządzi się Kodeks karny, nie można warunkowo zawiesić kary przekraczającej rok pozbawienia wolności.

Oburzenie jest zrozumiałe. Oczywiście jest, iż projektowane zmiany skrajnie negatywnie wpłyną na komfort wykonywania zawodu lekarza. Szczególnie mocno nowelizację „docenią” lekarze o specjalizacjach zabiegowych. Nowo wprowadzony paragraf drugi art. 155 (nieumyślne spowodowanie śmierci więcej niż jednej osoby) będzie z pewnością „motywował” do pracy np. w specjalizacji: ginekolog-położnik.

Cytowany przez RMF24 wiceprezes NRL dr Krzysztof Madej alarmuje, że może pojawić się zjawisko tzw. medycyny asekuracyjnej, polegającej na „unikaniu przez lekarzy podejmowania działań w sytuacjach bardzo trudnych, skrajnych i obarczonych większym ryzykiem powikłań losowych”. Jego zdaniem zmiany w przepisach mogą do-



▷ prowadzić do opinii, że zawód lekarza jest „zawodem wysokiego ryzyka prawnego i finansowego”, co spowoduje zniechęcenie młodych ludzi do wybierania tej profesji (źródło: „Rzeczpospolita”).

### Ważne kompetencje sądu

Pomimo wszystko, nie należy poddawać się czarnym wizjom przyszłości. Warto zwrócić uwagę na dwie możliwości pozostające w kompetencji sądu.

Pierwsza kwestia to możliwość warunkowego zawieszenia orzeczonej kary pozbawienia wolności. Słusznie przytacza się w komentarzach, że sąd może warunkowo zawiesić karę pozbawienia wolności jedynie w sytuacji, gdy nie przekracza ona roku. Wiemy też, że nowy art. 155 § 1 kk podniósł minimalne zagrożenie do kary roku pozbawienia wolności. Czy zatem skazanemu (z nowej treści przepisu) na minimalną przewidzianą tam karę sąd może warunkowo zawiesić jej wykonanie? Owszem może, albowiem karę pozbawienia wolności wymierza się w miesiącach i latach, czyli krótko mówiąc: tylko w przypadku skazania na karę w wysokości roku i miesiąca pozbawienia wolności (lub na karę surowszą) sąd nie zawiesi orzeczonej kary. Jeśli zostanie nam wymierzony rok pozbawienia wolności, wykonanie takiej kary sąd będzie mógł zawiesić.

Problem powyższy nie jest oczywiście aktualny w odniesieniu do art. 155 § 2 kk, ponieważ tam minimalna kara pozbawienia wolności wynosi 2 lata, a więc nawet przy założeniu, że zostanie orzeczone w wymiarze najniższym, jej wykonanie nie będzie zawieszane.

Należy także wspomnieć o instytucji nadzwyczajnego złagodzenia kary. Sąd, decydując się na skorzystanie z tego środka, może wymierzyć karę poniżej minimum określonego przez Kodeks karny lub wymierzyć karę innego rodzaju (ograniczenie wolności lub grzywnę).

### Co mówi resort

Oficjalne stanowisko Ministerstwa Sprawiedliwości uzasadnia projekt zmian w treści art. 155 kk w następujący sposób:

*„Znowelizowany przepis odnosi się do pospolitych przestępstw. Chodzi o takie przypadki, gdy np. bandyta śmiertelnie dźgnie ofiarę nożem, a jego czyn zostanie zakwalifikowany jako nieumyślne spowodowanie śmierci. Dotychczas za to groziło zaledwie od 3 miesięcy do 5 lat więzienia, tyle samo co za sfalszowanie legitymacji szkolnej czy malowanie graffiti na budynku. Kara została więc podwyższona do 10 lat, a w przypadku nieumyślnego spowodowania śmierci więcej niż jednej osoby - do 15 lat.*

*Błąd medyczny nie musi być kwalifikowany jako nieumyślne spowodowanie śmierci. Często traktowany jest on jako spowodowanie bezpośredniego niebezpieczeństwa dla życia lub zdrowia człowieka. Wtedy możliwe jest orzeczenie grzywny lub ograniczenia wolności. Co więcej, możliwe jest warunkowe umorzenie postępowania.*

*Jednak nawet zakwalifikowanie błędu medycznego jako przestępstwa nieumyślnego spowodowania śmierci nie oznacza, że w świetle nowych regulacji nie jest możliwe warunkowe zawieszenie wykonania kary. Kara roku więzienia nadal będzie mogła być warunkowo zawieszana - tu nowe przepisy nic nie zmieniają.*

*Ponadto nadal istnieje możliwość skorzystania z nadzwyczajnego złagodzenia kary i sąd może orzec tylko grzywnę czy karę ograniczenia wolności”* (źródło: Biuro Komunikacji i Promocji Ministerstwa Sprawiedliwości).

### Permanentna niepewność

Rząd, chcąc złagodzić zaostrzoną karę za popełnienie przestępstwa nieumyślnego spowodowania śmierci człowieka, postanowił wprowadzić do Kodeksu karnego poprawkę zgodną z oczekiwaniami środowiska lekarskiego. Nowe brzmienie przepisu art. 155 kk przewidywało złagodzone zagrożenie sankcją karną. Kara za to przestępstwo miała zawierać się w przedziale od 6 miesięcy do 8 lat. Rządowy plan przewidywał wprowadzenie poprawki już po uchwaleniu nowelizacji w brzmieniu pierwotnym.

W tym miejscu na scenę wkroczył prezydent, wobec czego autopoprawka rządu, zgodna z oczekiwaniami środowiska medycznego, straciła chwilowo rację bytu. Uchwalone zmiany Kodeksu karnego zostały przez prezydenta odesłane do Trybunału Konstytucyjnego. Prezydent nie kwestionuje zmiany treści art. 155. Wręcz przeciwnie, w swoich wypowiedziach podkreśla zasadność kodeksowej nowelizacji.

Wątpliwości prezydenta wzbudził głównie tryb uchwalenia nowelizacji Kodeksu karnego, jeśli zaś chodzi o merytoryczną zawartość znowelizowanego kodeksu, przepis dotyczący odpowiedzialności menedżerów spółek z udziałem skarbu państwa za czyny o charakterze korupcyjnym.

Tak czy inaczej, cała sprawa jest zawieszona do czasu wydania orzeczenia przez TK.

Krzysztof IZDEBSKI  
Rzecznik Praw Lekarza  
Kujawsko-Pomorskiej Okręgowej Izby Lekarskiej  
w Toruniu

(przedruk z „Medical Tribune” nr 10/19)





**Galeria Sztuki  
Współczesnej**

## Wystawy:

**World Press Photo 2019 – do 15 grudnia 2019 r.**

**Wystawa Nie Do Widzenia – 6 grudnia 2019 r. do 26 stycznia 2020 r.**

Aneks GSW. Interdyscyplinarna wystawa realizowana z Fundacją Szansa dla Niewidomych.

## Wydarzenia:

**Nocne Zwiedzanie World Press Photo – 6 grudnia 2019 r.** (do godz. 22.00)

**Prezenty – Naturalnie! – 7 grudnia 2019 r.**

Warsztaty z wykonywania naturalnych prezentów (zapisy od 28 listopada, program: [galeriaopole.pl](http://galeriaopole.pl))

**Artoteka – 10 grudnia 2019 r.**

Klub czytelników sztuki – teksty w j. angielskim.

\* \* \*

**Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „MEDYK” Sp. z o.o.** poszukuje lekarzy chętnych do pełnienia dyżurów w **Nocnej i Świątecznej Opiece Medycznej w Niemodlinie**. Kontakt telefoniczny 602-641-765.

\* \* \*

**Specjalistyczny Szpital w Branicach zatrudni:**

- lekarzy specjalistów psychiatrów,
- lekarzy w trakcie specjalizacji lub chętnych do specjalizacji w psychiatrii,
- lekarza specjalistę rehabilitacji medycznej lub chętnych do specjalizacji z rehabilitacji medycznej,
- lekarza internistę.

Oferujemy bardzo dobre warunki płacowe oraz mieszkanie służbowe. Tel.: 77/40-34-307 lub e-mail: [sws.kadry@op.pl](mailto:sws.kadry@op.pl).



\* \* \*

**Stobrawskie Centrum Medyczne Sp. z o.o. z siedzibą w Kup** poszukuje **lekarzy ze specjalizacją z rehabilitacji medycznej lub balneologii i medycyny fizykalnej lub reumatologii** do pracy na Oddziale Rehabilitacyjnym Szpitala w Pokoju w charakterze:

- 1) Zastępcy Kierownika Oddziału Rehabilitacyjnego
- 2) Starszego asystenta Oddziału Rehabilitacyjnego

Forma zatrudnienia do uzgodnienia – umowa o pracę lub umowa kontraktowa. Kontakt telefoniczny: 77/403-28-51 lub mailowy: [kadry@szpital-kup.eu](mailto:kadry@szpital-kup.eu)

\* \* \*

**Stobrawskie Centrum Medyczne Sp. z o.o. z siedzibą w Kup** poszukuje **lekarzy ze specjalizacją z ortopedii i traumatologii narządu ruchu** do pracy na Oddziale Rehabilitacyjnym Szpitala w Pokoju w charakterze starszego asystenta Oddziału Rehabilitacyjnego. Forma zatrudnienia do uzgodnienia – umowa o pracę lub umowa kontraktowa. Kontakt telefoniczny: 77 403-28-51 lub mailowy: [kadry@szpital-kup.eu](mailto:kadry@szpital-kup.eu)

\* \* \*

Wynajmę piękny, nowy gabinet w centrum Opola, ok. 26 m. Wysoki standard: poczekalnia , pomieszczenie socjalne. Agnieszka Czernecka tel. 602-741-037.



## **Niemcy praca - specjalizacje [www.pro-medicus.org](http://www.pro-medicus.org)**



Atrakcyjne oferty pracy w Niemczech  
dla lekarzy specjalistów,  
lekarzy w trakcie specjalizacji i po stażu.  
Możliwość otwarcia lub kontynuowania  
specjalizacji  
w różnych kierunkach medycznych.

Wszelkie informacje na naszych stronach internetowych:

[www.pro-medicus.org](http://www.pro-medicus.org)

E-Mail: [info@pro-medicus.org](mailto:info@pro-medicus.org)  
Telefon informacyjny: 0602 813 298

**Wszelka pomoc gratis !!!**

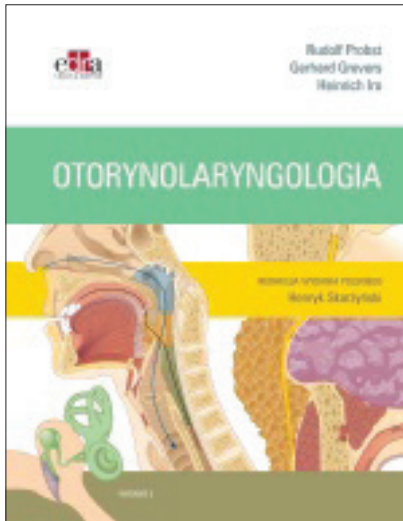




Fot. pixabay.com/pl/



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



## Otorinolaryngologia

H. Iro, R. Probst, G. Grevers

red. H. Skarżyński, rok wydania: 2019

ISBN: 978-83-66310-17-9, format: 210 x 270, opr. miękka, 440 stron, cena: 179.10 zł (398 EUP pkt)

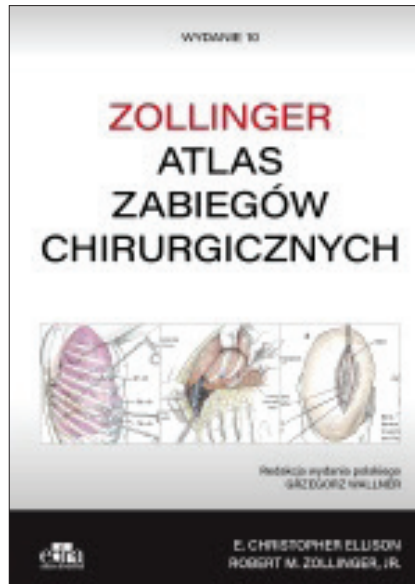
Zespół redakcyjny polskiego wydania monografii pt. Basic Otorhinolaryngology: A Step-by-Step Learning Guide, której autorami są trzech uznani w środowisku światowym specjaliści, przekazuje kolejną, cenną pozycję do biblioteki i lektury w naszej specjalności.

W niniejszym podręczniku w sposób nowoczesny, chociaż czasem odmienny od tradycyjnego podejścia, zostały przedstawione główne problemy z zakresu otorinolaryngologii.

Ta pozycja wkomponowuje się w nowe trendy myśli, nie tylko europejskiej. W różnych, bardzo szczegółowych niekiedy kwestiach nasze tradycyjne podejście do procesu diagnostyki, a szczególnie terapii może być nieco odmienne. Tym bardziej polecam, zwłaszcza specjalizującym się w otorinolaryngologii lub lekarzom ogólnym zapoznanie się z filozofią lekarskiego myślenia i sposobem podejmowania decyzji zaprezentowanymi na łamach tej monografii przez doświadczonych klinicystów. Zwarty tekst zmusza do konkretnego myślenia i działania. W tym podręczniku zostały pokazane współczesne kierunki rozwoju tej specjalności na bazie treści płynących z nauk podstawowych i specjalności pokrewnych.

Prof. Henryk Skarżyński

\* \* \*



## Atlas zabiegów chirurgicznych. Zollinger

E.Ch. Ellison, Jr. R.M. Zollinger

wyd. 10, red. G. Wallner

rok wydania: 2019

ISBN: 978-83-66310-30-8, format: 250 x 350, opr. twarda, 978 stron, cena: 224.10 zł (498 EUP pkt)

Rynek wydawnictw medycznych obfituje w coraz nowsze publikacje z zakresu chirurgii. Zmiany zachodzące w technikach operacyjnych, wprowadzanie nowoczesnych narzędzi chirurgicznych, minimalizacja dostępu operacyjnego, wynikające z rozwoju wiedzy i systematycznego postępu technologicznego, wymuszają na autorach opracowywanie kolejnych edycji oraz ciągłe ich uaktualnianie.

Oddajemy w Państwa ręce drugie polskie wydanie Atlasu zabiegów chirurgicznych, będące tłumaczeniem 10. Edycji angielskojęzycznej. W porównaniu z poprzednimi aktualne wydanie zostało wzbogacone nie tylko w doskonałej jakości ryciny, ale też o aktualną wiedzę z zakresu wskazań do wykonywania poszczególnych operacji oraz postępowania pooperacyjnego. Ostatnie lata niosą ze sobą ciągły postęp technologiczny. Przekłada się on na nowoczesną chirurgię, jak w mało której dziedzinie medycyny. Nowe narzędzia i możliwości obrazowania śródoperacyjnego, zastępowanie technik operacyjnych opartych na otwartym dostępie technikami minimalnie inwazyjnymi wszędzie tam, gdzie tylko jest to możliwe, zmusza do weryfikacji i aktualizacji treści Atlasu.

W niniejszym wydaniu znalazły się zupełnie nowe rozdziały dotyczące laparoskopowej miotomii przełyku, rękawowej resekcji żołądka w przypadku otyłości patologicznej, przeziornościowej resekcji przełyku i resekcji prze-

łyku z dostępu przez klatkę piersiową. Bardzo dokładnie zredagowano i zilustrowano chirurgię przepuklin z zastosowaniem laparoskopii, z precyzyjnym rozdzianiem składowych ścian jamy brzusznej. Ukłonem w stronę transplantologii są rozdziały poświęcone pobraniu nerki od żywego dawcy metodą laparoskopową oraz przedstawienie techniki jej przeszczepienia. Dodano 19 nowych procedur chirurgicznych, a około 50 rozdziałów prawie zupełnie zmodyfikowano i unowocześniono. Patrząc z perspektywy czasu, na naszym rynku wydawniczym atlas podstawowych technik chirurgicznych o tak szerokiej zawartości merytorycznej, a jednocześnie tak zwarty, nie był dostępny przed pierwszym polskim wydaniem.

Nowe pokolenie chirurgów drugiej dekady XXI wieku, wyrastające w dobie przełomu technologicznego, zwraca się przede wszystkim w kierunku minimalizacji dostępu i urazu operacyjnego u pacjentów wymagających leczenia chirurgicznego. Jest to bardzo korzystne z punktu widzenia pacjenta. Należy mieć jednak świadomość, że brak znajomości podstaw otwartych technik operacyjnych często uniemożliwia samodzielne kontynuowanie zabiegu w przypadku konwersji. Znajomość anatomii chirurgicznej oraz umiejętność wykonywania zabiegów chirurgicznych z otwartych dostępu operacyjnych jest niezbędna każdemu adeptowi chirurgii. Niniejszy Atlas stanowi doskonałe narzędzie do nauki dla studentów chcących zgłębić podstawy chirurgii, ale przede wszystkim dla rezydentów i specjalistów z zakresu chirurgii ogólnej, jak też z innych dyscyplin zabiegowych. Zwięzły tekst i doskonałe ryciny znacząco upraszczają zrozumienie technik operacyjnych w zakresie podstaw szycia, wykonywania zespołów w obrębie przewodu pokarmowego czy naczyń. Ponadto w jasny sposób obrazują najbardziej zaawansowane zabiegi chirurgiczne.

W Atlasie znalazły się podstawowe procedury chirurgiczne, które są objęte programem szkolenia rezydentów, ale i zabiegi wysoko specjalistyczne. Nie wszystkie przedstawione metody operacyjne są spójne z przyjętymi w Polsce. Tłumacząc, nie chcieliśmy zmieniać tego, co jest nieco odmienne w Stanach Zjednoczonych Ameryki Północnej, a co znalazło się w oryginalnej wersji Atlasu. Mamy nadzieję, że zaprezentowana wiedza i doskonale graficznie przedstawione ryciny stwarzają podstawy do bardziej efektywnego studiowania i analizowania technik i metod leczenia chirurgicznego kolejnym pokoleniom chirurgów i uzmysłowi im, że końcowy, pozytywny wynik leczenia chirurgicznego jest składową wielu elementów: odpowiedniej kwalifikacji, prawidłowej techniki operacyjnej i opieki okołoperacyjnej.

prof. dr hab. med. Grzegorz Wallner

dr n. med.

Michał Solecki

# OPOLSKA IZBA LEKARSKA

**Biuro:** 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)

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

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

**Administracja Biura Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności  
Zawodowej:** tel. 77/453-75-72; [opole.rzecznik@hipokrates.org](mailto:opole.rzecznik@hipokrates.org)

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

## BIULETYN INFORMACYJNY OPOLSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

WYDAWCA: Opolska Izba Lekarska, 45-054 Opole, ul. Grunwaldzka 23, tel. 0 77 454 59 39,  
www.izbalekarska.opole.pl;  
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