



OPOLSKA
IZBA
LEKARSKA

Rok Założenia 1990

Grudzień/Styczeń 2020/2021

ISSN 1426-661X

BIULETYN INFORMACYJNY

Nr 289

OPOLSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

www.izbalekarska.opole.pl



*Spokojnych, rodzinnych
Świąt Bożego Narodzenia*

DELECTATIO DOLOROSA

Podkład jest prawie nieprzezierny, Rembrandtowski. Pozbawiony opowieści – tych wszystkich twierdz i stolic ze smugami pyłów. Ciemny jest mur i suknia zakwefionej kobiety, która tuli do piersi ciężko rannego mężczyznę – właściwie wyrośniętego młodzieńca. A on się jej wymyka, powoli odchodzi. Bo na fotografii umieranie nigdy się nie kończy, agonia trwa i trwa, półotwarte usta chcą zaczerpnąć powietrza, skóra matowieje, oddziela się od wątłego ciała. Po między nią a trzewiami pojawia się przezroczystość nadająca chłopcu anielskości. Lecz to anioł śmiertelny, zapłakany, próbuje złapać oddech, wyłamuje palce, płacze nogi i wiotczeje, przechodzi w nieskończoność. Wyraźnie widać, że to przenoszenie się sprawia mu ból.

Natomiast „zdjęta” aparatem fotograficznym kobieta – rozpoznajemy płeć, rękawiczki odsłaniają przecież białe przedramiona – gubi się pod całunem. Widzimy zaledwie jej kontur, jakąś nieprzeniknioną czernią. Ona przestaje być. Zresztą pod tą zasłoną może się ukrywać każda, która rozpamiętuje stratę i odgradza się od świata; każda zlekniiona, osamotniona i cierpiąca, która powtarza *larvatus provedo* – „idę zamaskowana”. I z lubością rozpamiętuje troskę każdą chwilną, co więcej – powtarza ją w sobie. Pod czarnym kwefem może być każda, która wątpi, nie dowierza, czegoś się boi. I zanurza się coraz głębiej i głębiej.

Oczy kobiety rozmywają się, nie patrzą. A mimo to widzi, lecz obrazy powstają poza oczami. To widzenie uwewnętrznione, zbudowane z pamięci i ukrytych znaczeń. Takie postrzeganie przypomina sen, pomaga zastygnąć w pustce, znaleźć się tam, gdzie wszystko już uporządkowane: i strata, i cisza, i samotność. Tylko tam – w najdalszej dali ciała, w ciemni bez zmysłów można znaleźć schronienie. Tylko tam można się uratować.

Pod zdjęciem mówią słowa. *To one odkrywają tajemnicę: Fatima al-Qaws przytula swojego syna Zayeda (18) cierpiącego*

wskutek rozpylenia gazu łzawiącego podczas ulicznej demonstracji, w której uczestniczył 15 października 2011 roku w jemeńskim Sanaa. Doszło wówczas do eskalacji protestów przeciwko trwającym trzydzieści trzy lata autorytarnym rządom prezydenta Ali Abdullaha Saleha.



Podpis pod zdjęciem jest ważny, bowiem fotografia prasowa to dokument. Odnosi się do konkretnego miejsca i czasu. Tu liczy się tożsamość, zupełnie jak na wojnie, gdzie ciało zabitego wroga nie wzbudza litości; przeciwnie – im więcej zabitych nieprzyjaciół, tym lepiej. Notatka pod portretem usprawiedliwia też mękę. Z niej dowiadujemy się, że chłopiec cierpiał za sprawę. Waga słów, szok fotografii – brzmiało hasło reklamowe ogłoszone przez francuski tygodnik „Paris Match” w 1949 roku. I nie straciło dziś nic na ważności. Bo choć zdjęcie wyraża myśli, to posługuje się językiem złożonym z gry światła i cieni, kompozycji, precyzji, czasem melodii. Potrzeba słów, aby odkodować ten zapis. Dopiero one pozwalają powrócić do tamtych wydarzeń, przenoszą nas do odległych krain, budują tło, drugą przestrzeń. Wyjaśniają, że młodzieniec walczył z opresyjną władzą, co więcej – jego ofiara nie była daremna. Zresztą wcale nie stracił życia, ocalał.

Jury konkursu World Press Photo 2012 wyróżniło malarckie ujęcie – portret podwójny, przypominający dzieła dawnych mistrzów. Obraz pokazuje piękno męskiego ciała, odcisnięty na nim ból i zaspokaja odwieczną potrzebę *delectatio dolorosa* – obsesyjnego rozpamiętywania męki, współodczuwania połączonego z gniewem. Na szczęście męka pochodzi z odległego świata. Tylko takie cierpienie jest do zniesienia.

Agnieszka KANIA



Fot. Samuel Aranda



Powoli dochodzi do kresu swej drogi Rok 2020. Był to bardzo burzliwy dla nas wszystkich czas. Czas, w którym przyszło się nam zmierzyć z niewyobrażalną potęgą przyrody. W dobie walki z coraz bardziej niekorzystnym

wpływem poczyną człowieka z otaczającą nas przyrodą i światem nieożywionym przyroda w bardzo bolesny, ale i skuteczny sposób „postawiła nas do pionu”. Pokazała jak potrafi być nieobliczalna i potężna. Nagle w ciągu tych mijających właśnie miesięcy mogliśmy się przekonać na własnej skórze, jak niewiele znaczymy na Ziemi. Wystarczy jedno mikroskopijne „stworzonko” i cały budowany przez nas przez pokolenia świat wali się nam na głowy. A my, obudowani całą tą techniką, rozległą wiedzą, komputerami, samochodami, samolotami itd. jesteśmy niezdarni i bezbronni, jak „dzieci we mgle” - wydani na jej łaskę i ślepy traf.

W chwili, gdy piszę te słowa jest połowa listopada i krzyczące z nagłówków gazet i internetu liczby nowych zachorowań, zgonów i ogrom cierpienia ludzkiego pora-

żają swą skalą. Mam nadzieję, że gdy będziecie czytać te słowa, to najgorsze będzie już za nami i pojawi się jakieś małe światełko w tym pełnym beznadziei i stresu tunelu. I jak tu świętować najpiękniejsze z polskich Świąt? Mimo to nie dajmy się, zawsze bowiem każda rzecz – także i pandemia Covid-19 - ma swój początek i koniec. Miejmy nadzieję, że mamy bliżej do tego drugiego.

Koleżanki i Koledzy walczący na pierwszej linii obrony naszego wspólnego zdrowia i życia! Życzę Wam, byście nie tracili nadziei i sił w tej walce. Pomimo tych wszystkich kretyńskich komentarzy bezmózgowców ludzie są Wam wdzięczni za Wasze poświęcenie, trud, pot i łzy. Na pohybel tym wszystkim koronasceptykom i nadętym politykom!! Kochani życzę Wam także - na przekór wszystkiemu - spokojnych, rodzinnych, a przede wszystkim ZDROWYCH Świąt Bożego Narodzenia!

Tym wszystkim, którzy nie są tak bardzo zaangażowani w tę wymagającą olbrzymiego wspólnego wysiłku walkę o lepsze jutro życzę z kolei na te Świąta i Nowy 2021 Rok nadziei na lepsze czasy, na powrót normalności i spokoju.

Jerzy B. LACH



Koleżanki ! Koledzy !

Gdy piszę te słowa jesteśmy przed głównym natarciem wirusa SARS-CoV-2, a w ochronie zdrowia jak jest, każdy wie, kto czynnie uprawia ten zawód. Nie będę tu pisać o rzeczach oczywistych dla każdego, drugi „lockdown” już trwa, a być może czeka nas „narodowy lockdown”. Ilość zakażonych, która jeszcze kilka tygodni temu była dla nas czystą abstrakcją, jest teraz na porządku dziennym. Wciąż jeszcze nie dotarliśmy do granicy trzydziestu tysięcy dziennych przypadków, ale czy w chwili otrzymania przez Was Biuletynu nie będzie to codziennością? Lekarze, lekarze dentyści jak zawsze zostali pozostawieni sami sobie, nakładane są coraz nowe obowiązki i wymagania, którym w żaden logiczny sposób sprostać nie można. Oczekuje się od nas cudu, a przecież wiemy, że to nie do nas należy. Każdy pracuje za dwie-trzy osoby i... nawet nie chce zdania kończyć.

Ostatnia ustawa „antycovidowa”, którą podpisał Prezydent Andrzej Duda i która czeka na opublikowanie, wprowadza klauzulę „Dobrego Samarytanina”. Klauzula ta tak naprawdę nic nie zmienia w sytuacji prawnej medyków. Wprowadzona w tej ustawie norma prawna jest bardzo, bardzo wąska i znajdzie zastosowanie w niewie-

lu sprawach, a przecież nie o to nam chodziło. Odnosi się jedynie do odpowiedzialności karnej lekarzy, a więc nie zwalnia ona z odpowiedzialności zawodowej i cywilnej (ma to zwłaszcza znaczenie dla lekarzy i lekarzy dentyistów wykonujących zawód na kontraktach) i dotyczy wyłącznie błędów medycznych popełnionych w ramach rozpoznawania lub leczenia COVID-19. Niejasne też jest sformułowanie, że nie popełnia przestępstwa lekarz „działając w szczególnych okolicznościach”. Te i inne zapisy tej ustawy (mam tu na myśli dodatek „covidowy”) nie tylko nie poprawiają sytuacji lekarzy, lekarzy dentyistów, ale wręcz przeciwnie, mogą bardzo negatywnie oddziaływać na środowisko lekarskie.

To wszystko sprawia, że nadchodzące Świąta Bożego Narodzenia mogą mieć zupełnie inny wymiar, niż do tej pory. Radość z bycia razem podczas Wieczery Wigilijnej i wspólne przeżywanie Świąt w gronie Rodziny nabiorą nowej, ale jakże ważnej rangi. Życzę więc, by Świąta dla każdego z nas były wspaniałe na przekór temu, co się dzieje. By były pełne miłości i radości z bycia razem w tych, jakże dziwnych czasach. Niech Nowy 2021 Rok przyniesie wiele zmian na dobre i niezmiennie dużo, dużo zdrowia!

Jolanta SMERKOWSKA-MOKRZYCKA

POSIEDZENIE OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ



W dniu 28 października 2020 r. z powodu pandemii COVID -19 odbyło się internetowo kolejne posiedzenie Rady Okręgowej, która zajmowała się następującymi problemami.

Przyznanie praw wykonywania zawodu

Do Rady wpłynął wniosek lek. dent Aleksandry Syrico o przyznanie Prawa Wykonywania Zawodu po zakończonym stażu podyplomowym - uchwałę podjęto jednogłośnie.

Rejestracja podmiotów prowadzących szkolenie podyplomowe lekarzy

Firma Nutrikon Sp. z o.o. zorganizuje w dniach 27-28 listopada 2020 r. w Kamieniu Śląskim XI Opolskie Warsztaty Medyczne „Aktualne wytyczne w leczeniu ran przewlekłych i leczeniu żywieniowym”. Kierownik szkolenia będzie dr n. med. Grzegorz Krasowski. Firma organizująca szkolenie zapewni uczestnikom szkolenia pełne bezpieczeństwo epidemiologiczne. Rada - przy jednym głosie sprzeciwu - przyznała 15.5 punktu edukacyjnego za to szkolenie.

Zmiany w rejestrze indywidualnych praktyk lekarskich

Wniosek o wykreślenie z rejestru praktyk lekarskich złożyła dwójka lekarzy oraz jedna grupowa praktyka lekarska. Wszystkie wnioski Rada zaakceptowała jednogłośnie.

Przyznanie świadczeń z Funduszu Samopomocy i dofinansowania imprez sportowych

Do Rady wpłynęły dwa wnioski o bezzwrotną zapomogę, które przyznano jednogłośnie.

Wyznaczenie przedstawicieli OIL do komisji konkursowych

Dyrektor Opolskiego Centrum Onkologii zwrócił się z prośbą o wyznaczenie przedstawiciela ORL do komisji konkursowej na stanowisko Pielęgniarki Oddziałowej Oddziału Ginekologii Onkologicznej. Prezydium zarekomendowało Radzie kandydaturę dr Lidii Czopkiewicz i propozycja ta została przyjęta jednogłośnie.

Podjęcie uchwał w sprawie zmiany wysokości składek członkowskich

Wnioski o zwolnienie z opłacania składek członkowskich z powodu nieosiągania przychodów złożyła trójka lekarzy. Prezydium pozytywnie opiniuje wszystkie wnioski, więc wszystkie uchwały podjęto jednogłośnie.

Sprawozdanie z Konwentu Prezesów ORL z dnia 15 października 2020 r. i posiedzenia NRL z dnia 16 października 2020 r.

Sprawozdanie z posiedzenia Konwentu Prezesów izb lekarskich przekazała dr Jolanta Smerkowska-Mokrzycka. Obrady obejmowały:

- omówienie aktualnej sytuacji epidemiologicznej oraz zamówień na szczepionki przeciwko grypie dla okręgowych izb lekarskich.

- krytykę Działu Medialnego NIL – zbyt wiele spraw przejmują OIL w Warszawie lub Prezesi tej Izby, co nie powinno mieć miejsca.

- omówienie bieżącej sytuacji nowego rejestru lekarzy i lekarzy dentystów, aneksu do zawartej umowy i kosztów obsługi oraz zabezpieczeniach finansowych. Każda z izb poniesie przez 27 m-cy koszt 1.000 zł + VAT, system Finn będzie uaktualniany w czasie pracy izb okręgowych, bez konieczności przerw technicznych.

- omówienie problemów wynikających ze wzmożonej aktywności kolegi Pachuckiego - rozważane jest podjęcie zbiorowego pozwu przeciwko niemu.

- omówienie działań Krajowej Komisji Wyborczej - wydłużenie kalendarza wyborczego wraz z ujednoliceniem terminów zjazdów sprawozdawczo-wyborczych.

- omówienie kampanii NIL i Rzecznika Praw Pacjenta „Niezbędne dla zdrowia”.

- kolejna próba ujednolicenia ściągania zaległych składek w izbach - rozważania na temat kierowania przez prezesów spraw do OROZ w stosunku do dłużników.

- omówienie sprawy dr J. Kozakiewicza - wystosowano do niego listu z prośbą o ustąpienie z funkcji Wiceprezesa NRL.

Sprawozdanie z posiedzenia Naczelnej Rady Lekarskiej przekazał z kolei dr Jerzy Jakubiszyn. Posiedzenie odbyło się w formie zdalnej za pośrednictwem aplikacji GoToMeeting. Posiedzenie prowadził Prezes NRL prof. A. Matyja.

- Kol. Czekalski przedstawił na jakim etapie są rozmowy z firmą FINN nt. modernizacji całego systemu związanego z prowadzeniem rejestrów lekarzy w izbach okręgowych i Centralnego Rejestru. Omówił harmonogram realizacji poszczególnych składowych tego systemu. Podkreślił, że bardzo istotnym docelowym efektem tej modernizacji, będzie dokonywanie replikacji do Rejestru Centralnego w czasie rzeczywistym (czyli w momencie dokonywania wpisu do rejestru okręgowego).

- Sekretarz NRL, kol. Jodłowski, przedstawił projekt rozwoju i modernizacji sprzętu i łączności informatycznych, które są niezbędne ze względu na zakup nowych powierzchni

do siedziby NIL oraz potrzeby NROZ (możliwość zdalnego przesłuchiwanie przy użyciu bezpiecznych łącz) oraz NSL (zapewnienie udziału w posiedzeniach przedstawicielom mediów i organizacji pozarządowych, ponieważ posiedzenia z mocy ustawy są jawne, a warunki lokalowe w dobie epidemii uniemożliwiają obecność na sali posiedzeń sądu). W głosowaniu NRL upoważniła Prezesa i Skarbnika do podpisania umowy na kwotę do 1,3 mln zł.

- Przewodnicząca Konwentu Prezesów kol. Wiśniewska poinformowała o wystosowaniu w imieniu Konwentu listu do Wiceprezesa NRL Jacka Kozakiewicza z prośbą o ustąpienie z funkcji z powodu wydania przez Sąd Pracy w II instancji wyroku uznającego, że miał miejsce mobbing w biurze Śląskiej Izby Lekarskiej. Podkreśliła, że uznając zasługi kol. Kozakiewicza w pracy na rzecz Samorządu, to ustąpienie jest honorowym wyjściem z sytuacji.

- Przewodniczący NSL Jacek Miarka, poinformował, że Okręgowy Sąd Lekarski w Poznaniu ukarał kol. Kozakiewicza karą nagany. Kol. Kozakiewicz wyraził zdumienie, że na forum NRL przekazywana jest informacja o wyroku, o którym on nic nie wie. Istotnie otrzymał informację o posiedzeniu OSL w Poznaniu, ale (w imieniu swoim i swojego obrońcy) przekazał prośbę o przesunięcie tego posiedzenia ze względu na sytuację epidemiczną w kraju. Przekazał, że nad listem Konwentu musi się zastanowić, ale na dziś nie widzi podstaw do podawania się do dymisji.

- Prezes poinformował o przebiegu prac legislacyjnych dotyczących projektu zniesienia w dobie walki z epidemią wobec lekarzy zagrożenia sankcjami karnymi, za wyjątkiem oczywiście sytuacji rażącego niedbalstwa.

- Przekazał, że w ostatnim czasie zostało powołanych trzech konsultantów krajowych (genetyka kliniczna, geriatria i angiologia), w stosunku do których Minister nie wystąpił o opinię NRL – w związku z tym wystosował odpowiednie pismo do Ministra w tej sprawie.

- Poinformował o pojawianiu się w przestrzeni publicznej wypowiedzi pseudoekspertów podważających stanowisko Samorządu w sprawie walki z epidemią COVID-19. Niestety są wśród nich osoby z censem naukowym (np. prof. Rutkowski z Białegostoku).

- Przekazał informację, że wystąpił do Ministra Zdrowia o zastosowanie w jesiennej sesji egzaminacyjnej podobnych zasad, jakie obowiązywały wiosną (tylko test, bez części ustnej).

- Wystąpił także do Ministra Zdrowia z prośbą o wyjaśnienie, czy wciąż obowiązuje produkt ubezpieczeniowy dla lekarzy w sytuacji zarażenia się COVID-19 (urzędnicy Ministerstwa nie umieli na to pytanie odpowiedzieć).

- Poinformował, że w Krakowie i Warszawie mają powstać dwa szpitale dedykowane do walki z COVID-19. W Krakowie mają na to zostać przekształcone budynki dotychczasowego Szpitala Klinicznego (pomieszczenia są puste po przeniesieniu Klinik do Prokocimia).

- Kol. Friediger zwrócił uwagę, że istotnie potrzebne są nowe obiekty i nowe łóżka, ale skąd weźmie się per-

sonel do ich obsługi. Podkreślił, że wymagane są decyzje centralne, bo wojewodowie, marszałkowie i starostowie z tym problemem sobie nie poradzą.

- Prezes przekazał, że zaproponował Ministrowi wykorzystanie osób, którym nie powiodło się na ostatnim LEK-u, wobec tego formalnie nie mają prawa wykonywania zawodu, ale mogliby (co też deklarują) wspomóc lekarzy walczących z epidemią.

- Kol. Stępień przypomniał, że już w marcu zgłosił wojewodzie propozycję wykorzystania pomieszczeń starego szpitala klinicznego, ale nie było żadnej reakcji.

- Prezes OIL w Koszalinie wyraziła zdziwienie, że Minister nie podejmuje decyzji o wstrzymaniu działalności sanatoriów i wykorzystaniu ich potencjału lokalowego i personalnego dla walki z epidemią.

- Kol. Hankiewicz odniósł się do informacji medialnej, że izby lekarskie nie kierują lekarzy do szpitali, gdzie leczeni są pacjenci COVID-19 dodatni. Podkreślił, że nie jest to rola izby. Prezes uzupełnił, że informacja oparta była o wypowiedzi Wojewody Warszawskiego oraz Opolskiego, którzy wydawali decyzje o oddelegowaniach w sposób nieprzemyślany. Kol. Katz dodał, że po ostatnim spotkaniu z Wojewodą Toruńskim uzyskał zapewnienie, że Wojewoda takich decyzji nie będzie podejmował.

- Kol. Wanecki przedstawił projekt powołania Funduszu Wydawniczego, który wspierać będzie wydawanie książek lub tworzenie produktów audio-wizualnych, autorstwa lekarzy. Dotacja może wynieść do 50% kosztów, maksymalnie 5.000 zł. Decyzje o rekomendowaniu Prezydium NRL przyznania takiej dotacji ma podejmować zespół pod przewodnictwem jednego z członków Prezydium, z udziałem 2 osób z Komisji Kultury i 2 osób z Ośrodka Historycznego. W związku z tym NRL podjęła uchwałę o utworzeniu Funduszu.

Prośba dr Romana Kolka

Dr R. Kolek zwrócił się prośbą o zamianę miejsca odbywania przeszkolenia. Prezydium zarekomendowało pozytywnie Radzie prośbę dr R. Kolka - Rada podjęła więc decyzję w tej kwestii jednogłośnie.

Sprawy różne i wolne wnioski

Zgodnie z wnioskiem ORL Prezes zwróciła się do Pełnomocnika ds Zdrowia Lekarzy OIL w Opolu, kol. Macieja Szczęśniaka w sprawie jednej z naszych koleżanek. Ze względu na otrzymanie jego odpowiedzi w tej sprawie tuż przed planowanym posiedzeniem Rady sprawę powołania komisji do oceny zdolności wykonywania zawodu przez w/w lekarza oraz ustalenie składu osobowego komisji zostaje przełożone na najbliższe posiedzenie Rady.

Przewodnicząca KEL kol. Radziewicz-Kabarowska przesłała pismo o czasowym zawieszeniu działalności Komisji z powodu pandemii.

Prezes poinformowała, że ze względu na konieczność znalezienia przyczyny zalewania podziemia Izby po intensywnych opadach (grzyb na ścianach, kilkucentymetrowa warstwa wody po opadach), zmuszeni jesteśmy





przeprowadzić prace, które pozwolą poznać przyczynę i ustalić koszt finansowy eliminacji zalewania podziemia. Przedstawiony koszt nie jest więc kosztem ostatecznym, ale takie prace należy wykonać. Firma „Polbau” zakończyła z nami współpracę 30 czerwca br. i nie poczuwa się do usunięcia przyczyny zalegania wody w podziemiu i stale powiększającego się obszaru zagrożenia

Sekretarz ORL

Lek. Małgorzata ŁUSZCZYŃSKA-OSTROWSKA

Prezes ORL

Lek. dent. Jolanta SMERKOWSKA-MOKRZYCKA

DRAMATYCZNE LOSY ELŻBIETY BOŚNIACZKI ŻONY KRÓLA LUDWIKA WĘGERSKIEGO I MATKI KRÓLOWEJ POLSKI JADWIGI ANDEGAWEŃSKIEJ



Władysław Łokietek (1260-1333) oprócz jedyne go syna Kazimierza (1310-70), nazwanego później Wielkim, miał również córkę Elżbietę, która przeszła do historii jako Łokietkówna. Wyszła ona za mąż za króla węgierskiego Karola Roberta. Po przyjeździe na Węgry Elżbieta Łokietkówna sprowadziła dużą liczbę Polaków, wśród których była młoda księżniczka Elżbieta Kujawska słynąca z wielkiej urody.

W 1324 r. Elżbietę Kujawską wydano za mąż za bana Bośni Stefana II. W 1340 r. urodziła się im córka, którą na cześć swojej protektorki Elżbiety królowej Węgier nazwano Elżbietą (1340-87).



Ludwik Węgierski
(1326-1382)

W wieku dziesięciu lat mała Elżbieta Bośniaczka została ściągnięta na dwór węgierski w Budzie, gdzie na tronie zasiadał wówczas syn Karola Roberta i Elżbiety Łokietkówny przystojny Ludwik (1326-82). Jego pierwsza żona Małgorzata zmarła w połogu, nic też dziwnego, że przystojny i młody król Ludwik liczący zaledwie dwadzieścia cztery lata i urodziwa również młoda Elżbieta Bośniaczka pobrali się w roku 1353. Mał-

żeństwo królewskie w tak młodym wieku w ówczesnych czasach nie należało do rzadkości (przeważnie mężowie byli o wiele lat starsi). Tutaj należy podkreślić, że Węgrzy nadali Ludwikowi przydomek Wielkiego z uwagi na zasługi dla kraju m. in. reorganizację wojska.

Po długim oczekiwaniu, dopiero po 17 latach małżeństwa urodziła się im córka Katarzyna, która niestety zmar-

ła na ścianach. W przyszłości należy rozważyć wkroczenie na drogę sądową, ale ważniejsze teraz jest zlikwidowanie przyczyny. Rada po zapoznaniu się z ofertą na wykonanie w/w prac brukarskich przy budynku Izby Lekarskiej podjęła uchwałę jednogłośnie.

Wobec wyczerpania porządku obrad na tym posiedzeniu zakończono.

ła w ósmym roku życia. Na szczęście w następnym roku przyszła na świat córka Maria i wreszcie trzecia córka Jadwiga (1372-99).

Po śmierci Kazimierza Wielkiego w 1370 r. (formalnie swojego wuja) Ludwik Węgierski natychmiast przybył na Wawel i koronował się na króla Polski obawiając się, że o tron polski będą walczyć Piastowie oraz ulubiony wnuk Kazimierza Wielkiego Każko Słupski. Po koronacji na króla Polski Ludwik Węgierski natychmiast powrócił na Węgry, zabierając ze sobą polskie insygnia królewskie (vide serial „Korona królów”). Zresztą w przyszłości Ludwik rzadko bawił w Krakowie twierdząc, że klimat miasta mu nie służy.

Ludwik Węgierski zmarł w roku 1382 prawdopodobnie z powodu syfilisu szerzącego się wówczas w Europie (dlatego też nadano mu nazwę „przymiotu dworskiego”). Zgodnie z wcześniejszymi ustaleniami starsza córka Ludwika Węgierskiego i Elżbiety Bośniaczki – Maria zasiadła na tronie węgierskim i poślubiła Zygmunta Luksemburskiego, który niespodziewanie po ich ślubie opuścił Węgry.

Natomiast młodsza córka Jadwiga przewidziana była do objęcia tronu polskiego po mariażu z Wilhelmem Habsburgiem. W tym miejscu należy wspomnieć, że - jak to się często w średniowieczu zdarzało - roczna Jadwiga „pro futuro” poślubiła czteroletniego Wilhelma Habsburga. Będąc dziećmi wspólnie wychowywali się na dworze w Budzie i się polubili. Niestety ze względów politycznych - zbliżenia Królestwa Polskiego i Wielkiego Księstwa Litewskiego przed rosnącą potęgą Zakonu Krzyżackiego - doszło do ślubu Jadwigi z Wielkim Księciem Litewskim Jagiełłą. Wielkim orędownikiem mariażu Jadwigi z Wilhelmem Habsburgiem był najpotężniejszy Piast śląski Władysław Opolczyk, pełniący z ramienia Ludwika Węgierskiego funkcję namiestnika Rusi Czerwonej. To właśnie on kilkakrotnie umożliwiał na Wawelu tajne kontakty Wilhelma Habsburga z Jadwigą. Później niespodziewanie Władysław Opolczyk zmienił orientację polityczną i stał się zwolennikiem Jagiełły. Brał udział w jego chrzcie i od niego właśnie nadano Jagielle imię Wła-



Jadwiga Andegaweńska
(1372–1399)

dysław (vide pamiątkowa tablica w kościele o.o. Franciszkanów w Opolu). Za swoje grzechy Władysław Opolczyk ufundował na Jasnej Górze w Częstochowie klasztor i sprowadził do niego o.o. Paulinów. Odrzucony Wilhelm Habsburg opuścił Polskę i nigdy już się nie ożenił.

Po prawie równoczesnej śmierci matki Elżbiety Łokietkówny (1380) i męża Ludwika Węgierskiego (1382), rządy

na Węgrzech przejęła Elżbieta Bośniaczka mimo, że formalnie żyła jeszcze jej córka Maria. Rządy Elżbiety Bośniaczki były kontrowersyjne m.in. z powodu jej romansu z możnowładcą Mikołosem Garaiem (liczyła wówczas już 42 lata), którego w końcu zamordowano w zamachu na jadącą za nim karetę w 1386 r. Ostatecznie przeciwko Elżbiecie Bośniaczce i jej córce Marii zawiązał się spisek. Obie zostały osadzone w zamku w Novigradzie nad Adriatykiem. Wówczas na pomoc wyruszył nienawidzony przez Elżbietę Bośniaczkę Zygmunt Luxemburski, który rozpoczął oblężenie zamku. Kiedy spiskowcy pod wodzą niejakiego Jánoša Horváta, udusili Elżbietę Bośniaczkę na oczach jej córki Marii i powiesili jej ciało na wieży zamkowej Zygmunt Luxemburski odstąpił od dalszego oblężenia zamku (1387) i w niedalekim Białogardzie koronował się na króla węgierskiego.

Zwłoki Elżbiety Bośniaczki zostały pochowane w kościele w miejscowości Zadar nad Adriatykiem, gdzie w przeszłości często lubiła przebywać. Po latach sędziwy już Zygmunt Luxemburski przeniósł jej szczątki do nekropolii królów węgierskich w Székesfehérvár, gdzie spoczęły obok męża Ludwika Węgierskiego.

P. S. Elżbieta Bośniaczka nie była nigdy koronowana na królową Polski, ale używała tytułu „Regina Poloniae”.

PORADNIK E-SKIEROWANIA – CZĘŚĆ PIERWSZA

TEKST
SPONSOROWANY

Kolejne ułatwienie w pracy z pacjentami: e-skierowania

Obowiązujące od początku 2020 roku e-recepty okazały się doskonałym rozwiązaniem wielu problemów, wywołanych przez epidemię COVID-19. Stanowiły jednocześnie kolejny krok, po teleporadach i elektronicznych zwolnieniach, na drodze do informatyzacji polskiej ochrony zdrowia. Ten marsz ku pełnej cyfryzacji usług medycznych staje się coraz szybszy. W styczniu 2021 roku wejdzie do codziennej praktyki e-skierowanie.

Wprowadzenie e-skierowań będzie ważne dla lekarzy POZ i poradni specjalistycznych, ponieważ uprości proces kierowania i rejestrowania pacjentów na wizyty czy badania, zmniejszy biurokratyczne obciążenia i pozwoli wystawiać skierowania podczas teleporady, bez potrzeby osobistej wizyty. Da im również lepszy dostęp do wiedzy na temat ścieżki leczenia i medycznych danych pacjentów, którymi się opiekują.

E-skierowania będą dotyczyć finansowanych przez NFZ ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych, leczenia szpitalnego oraz części badań diagnostycznych, takich jak badania medycyny nuklearnej, tomografii komputerowej, rezonansu magnetycznego,

badania endoskopowe przewodu pokarmowego oraz EKG płodu. Tomografia komputerowa i medycyna nuklearna musi podlegać e-skierowaniu także, jeśli jest finansowana prywatnie. Katalog świadczeń, na które można wystawić e-skierowanie opisuje rozporządzenie MZ z 15 kwietnia 2019 roku.

Do wystawiania e-skierowań lekarze mogą używać systemów gabinetowych – ich producenci opracowali lub kończą przygotowywać odpowiednie oprogramowanie. Stan gotowości dostawców IT jest monitorowany przez Centrum e-Zdrowia (CeZ) i dostępny na portalu ezdrowie.gov.pl: <http://bit.ly/gotowosc>.

Niezależnie od systemów gabinetowych, lekarz może również wystawiać e-skierowanie przy pomocy bezpłatnej aplikacji dostępnej pod adresem gabinet.gov.pl. Korzystanie z niej jest proste, zwłaszcza dla kogoś, kto opanował już sztukę wystawiania e-recept. Instrukcja jest dostępna na kanale YouTube Centrum e-Zdrowia – www.youtube.com/CentrumEzdrowia.

E-skierowanie jest podpisywane elektronicznie – czyli certyfikatem ZUS, Profilem Zaufanym, podpisem osobistym zawartym w e-dowodzie lub podpisem kwalifikowanym. Cały proces – od momentu wystawienia e-skierowania do wizyty czy badania ujętego

we wspomnianym rozporządzeniu MZ – jest oparty o system informatyczny oraz udokumentowany na serwerach Centrum e-Zdrowia. Lekarze mogą wystawiać e-skierowania również zdalnie, czyli po zbadaniu pacjenta podczas e-wizyty lub teleporady.

Korzyści ze stosowania e-skierowań:

- znika obowiązek dostarczenia oryginału skierowania w terminie 14 dni
- znika konieczność gromadzenia i archiwizowania papierowych skierowań
- wystarczy rejestracja przez telefon, wówczas pacjent podaje 4-cyfrowy kod i numer PESEL
- można śledzić wystawione e-skierowania na Internetowym Koncie Pacjenta (IKP) w serwisie pacjent.gov.pl
- lekarz może kontrolować przebieg leczenia pacjenta, który udostępnił mu swoje dane – o ile system gabinetowy daje mu taką możliwość
- zmniejszą się kolejki i kłopoty spowodowane tym, że pacjenci zapisują się do kilku placówek na podstawie jednego skierowania

E-skierowania już są wśród nas!

Od października 2019 r., kiedy podsumowano pilotaż e-skierowania, rozpoczęło się ich wdrażanie w całej Polsce. Obecnie wystawia je lub realizuje wiele tysięcy indywidualnych praktyk, poradni i szpitali. Dziennie wystawianych jest ponad 40 tys. e-skierowań.

NFZ premiuje finansowo przychodnie POZ i AOS, które obsługują e-skierowania. Przychodnia POZ, która ma 5 tys. pacjentów i wystawi ponad 90 proc. skierowań w postaci elektronicznej, może otrzymać miesięcznie dodatkowe 3,5 do 4,4 tys. zł (jeśli posiada również certyfikat akredytacyjny). Natomiast AOS prowadzący 15 poradni specjalistycznych, który udzieli w miesiącu świadczeń na kwotę 835 tys. zł może otrzymać miesięcznie dodatkowo nawet do 30 tys. zł, jeśli minimum 20 proc. rejestrowanych skierowań jest w postaci elektronicznej a e-skierowania wystawia podczas 30 proc. porad.

Od 8 stycznia 2021 r. wszystkie placówki będą zobowiązane do obsługi e-skierowań. Do tego czasu pacjent z elektronicznym skierowaniem może się zapisać na wizytę lub badania ujęte we wspomnianym rozporządzeniu także w placówce, która jeszcze nie obsługuje e-skierowania. Musi wtedy podać 4-cyfrowy kod dostępu oraz numer PESEL (w przypadku jego braku – serię i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość), podać podstawowe informacje dotyczące e-skierowania i złożyć oświadczenie, że na podstawie tego dokumentu zapisał się tylko w jednym miejscu. Zapisanie możliwe jest także przez telefon – wówczas należy podać wyżej wymienione informacje i złożyć ustne oświadczenie. Wydruk informacyj-

ny nie musi być podpisany przez lekarza, natomiast podpisany wydruk nie wymaga już złożenia oświadczenia przez pacjenta.

Wszystkich pracowników poradni, przychodni i szpitali Centrum e-Zdrowia zaprasza na bezpłatne szkolenia. Z powodu epidemii odbywają się online. Na stronach CeZ są informacje o terminach, można także zapisać się na wybrany kurs: <https://cez.gov.pl/akademia-cez>. Materiały edukacyjne dostępne są na: <http://bit.ly/e-skierowanieCeZ>.

Centrum e-Zdrowia zaprasza wszystkich lekarzy do kontaktu i zadawania pytań przy pomocy – numer 19 457 – lub na adres: e-skierowanie@csioz.gov.pl. W następnym wydaniu opublikujemy odpowiedzi na najczęściej zadawane pytania.

Partnerem artykułu jest Centrum e-Zdrowia

@skierowanie

Skierowanie do poradni

Poradnia Kardiologiczna (1100)



01020304050607080910111213141516171819202127

ID zb.w. 2.16.840.1.113883.3.4424.7.4.2 432232

Kod dostępu **9987**

Wystawiono 12.04.2020

Pacjent	Mieczysław Kowalski
	PESEL 62011699999
	ur. 16.01.1962, pł. M
	Odkryta 41 lok. 12
	01-134 Warszawa
Wystawca	Poradnia Lekarza Rodzinnego ALFA
	Rynek 5
	23-345 Małe Ciche
	tel: +48 68 580 90 06
	Kod res. I-000000003657
	V-01; VII-001; VIII-0010
	REGON 43251260700026
	Umowa z 07 NFZ 03-16-01-02990-01

Rozpoznanie

I25 – Choroba niedokrwienowa serca

Inne informacje

Proszę o objęcie specjalistyczną opieką

Osoba wystawiająca

lek. Adam Zadrożny

Specjalista medycyny rodzinnej

(podpis osoby wystawiającej)

Niniejszy dokument (tzw. informacja o e-skierowaniu) opatrzony podpisem osoby wystawiającej e-skierowanie, jest równoważny ze skierowaniem w postaci papierowej. Wejdź na pacjent.gov.pl i poznaj szczegóły.

FARMAKOTERAPIA COVID-19 – OCENA SYTUACJI

Od publikacji na łamach „Primum” mojego artykułu poruszającego problematykę farmakoterapii COVID-19 minęło kilka miesięcy (patrz – Biuletyn Informacyjny nr 283 z czerwca 2020 r. – przyp. Red.). Miniony czas w znacznym stopniu przyczynił się do pogłębienia wiedzy i odrzucenia licznych błędnych hipotez nieznajdujących naukowego uzasadnienia. Oczywiście, co zrozumiałe, zaczęliśmy praktycznie od zera. Początek pandemii COVID-19 spowodował pewien chaos terapeutyczny, który ironicznie możemy porównać do błędzenia we mgle. Początkowo wybór strategii terapeutycznej w dużym stopniu opierał się na doświadczeniu klinicznym, nie zaś na wiarygodnych, randomizowanych badaniach. Można by zapytać – dlaczego? Odpowiedź jest prosta – nie posiadaliśmy takich danych.

Ze względu na zaangażowanie środowisk naukowych i nakłady finansowe przemysłu farmaceutycznego oraz publicznych jednostek badawczych w krajach Unii Europejskiej i w USA, dysponujemy już wynikami kolejnych badań klinicznych weryfikujących zasadność stosowania wybranych schematów terapeutycznych u pacjentów z COVID-19. Należy jednak podkreślić, że pomimo progresu, jaki obserwujemy w tym aspekcie, droga do celu wydaje się być odległa.

Oczywiście oczekiwania społeczne szybkiego opracowania nowego skutecznego leku są ogromne, co wynika z rosnącej zachorowalności i niepewności wśród Polaków. Ale podejźmy do problemu farmakoterapii racjonalnie. Większość badań nad nowymi lekami trwa kilkanaście lat. W wyjątkowych przypadkach i przy odrobinie szczęścia udaje się ten okres skrócić. Jednak chcąc uzyskać wiarygodne wyniki na reprezentatywnej grupie chorych, od pierwszej do trzeciej fazy – potrzebujemy czasu. I praktycznie nie ma innej możliwości, czego każdy badacz jest świadomy. Każda próba pójścia na skróty będzie wiązała się z ryzykiem uzyskania wyników prowadzących do przedwczesnych i błędnych wniosków.

Inaczej wygląda sytuacja w przypadku poddania ocenie skuteczności w terapii COVID-19 dostępnych na rynku farmaceutycznym starszych leków zarejestrowanych w innych jednostkach chorobowych. Tu procedury badawcze są szybsze, tańsze i łatwiejsze do przeprowadzenia. Obserwujemy wyraźny wzrost zainteresowania właśnie tym kierunkiem, co przy pomyślnej weryfikacji danych znaczenie skróci czas badań.

W poprzednim artykule odniosłem się do pierwszych prac poruszających problematykę farmakoterapii COVID-19. Część z przytoczonych przeze mnie badań zakończyła się i właśnie do nich chciałbym się odnieść. Natomiast publikacje wyników pozostałych badań, zgodnie z informacją zawartą na stronie clinicaltrials.gov, planowane są na 2021 r.

Remdesivir w terapii COVID-19

Remdesivir dostępny jest w postaci preparatu dożylnego. Pod względem chemicznym to prolek, nukleotydowy analog adezozyny. Aktywny metabolit – trifosforan nukleozydu (RDV-TP) łączy się z łańcuchem RNA z udziałem polimerazy wirusa, w wyniku czego dochodzi do przedwczesnego zakończenia transkrypcji RNA i w konsekwencji zaburzenia procesu replikacji.

Skuteczność leku oceniono w kilku badaniach klinicznych dotyczących leczenia COVID-19. FDA dopuszcza stosowanie leku u pacjentów COVID-19 w ciężkim stanie klinicznym. Remdesivir rekomendowany jest u pacjentów zakażonych COVID-19 z cechami obustronnego zapalenia płuc i obniżoną saturacją. Wyniki badań wskazują na skuteczność leku w czasie pięciodniowej terapii. Uzyskany efekt był podobny u chorych leczonych dzień dni. Jednak liczebność grupy badanej w obu przypadkach była stosunkowo niska (odpowiednio 600 i 400 chorych). Pewne wątpliwości nasuwa pytanie, czy lek ma istotny wpływ na redukcję śmiertelności oraz czas hospitalizacji pacjentów z chorobami układu oddechowego. Ciągłe jednak oczekujemy na wyniki trwających badań, które mam nadzieję ostatecznie rozwiążą nasze wszelkie wątpliwości. Niemniej jednak, w świetle aktualnej wiedzy, remdesivir należy zaliczyć do priorytetowych leków w racjonalnej farmakoterapii COVID-19.

Azytromycyna w terapii COVID-19

Ze względu na plejotropowe mechanizmy działania przeanalizowano skuteczność leku u pacjentów COVID-19. Niestety wyniki uzyskanych badań nie są obiecujące. Retrospektywna analiza (n=1438) wykazała, że azytromycyna w monoterapii, jak też w skojarzeniu z HQ nie wpływa na redukcję śmiertelności ani czas hospitalizacji chorych. Należy podkreślić, że azytromycyna hamuje aktywność CYP3A4, co może prowadzić do poważnych interakcji, zwłaszcza u osób starszych, przyjmujących statyny, doustne antykoagulanty z grupy antagonistów witaminy K (acenokumarol, warfaryna). Dlatego też, w świetle dostępnych badań, stosowanie azytromycyny u chorych na COVID-19 nie znajduje uzasadnienia.

Stosowanie glikokortykosteroidów u pacjentów z COVID-19

Skuteczność tej grupy leków budzi spore kontrowersje. Po wybuchu pandemii COVID-19 wyniki większości opublikowanych badań negowały zasadność ich stosowania. W ostatnim artykule powołałem się na przegląd dokonany przez Yang Z. i wsp., który jednoznacznie wskazywał, że taka interwencja może wiązać się ze zwiększoną śmiertelnością u chorych. W lipcu 2020 r. w czasopiśmie *The New England Journal of Medicine* opublikowano wyniki badania



RECOVERY – wskazujące na wyraźne korzyści terapii deksametazonem, zwłaszcza w grupie pacjentów wymagającej wentylacji mechanicznej lub tlenoterapii. Włączenie deksametazonu istotnie zmniejszało ryzyko zgonu oraz czas hospitalizacji w obu grupach. Nie zaobserwowano korzystnego wpływu glikokortykoidu w przypadku chorych niewymagających wspomaganie funkcji oddechowych.

Dysponujemy sprzecznymi, wykluczającymi się wynikami badań, dość trudnych do interpretacji w praktyce. Opublikowane dane wskazują pośrednio na wymierne korzyści związane z redukcją stanu zapalnego w zaawansowanym stadium choroby manifestującej się niewydolnością oddechową. W pozostałych przypadkach decyzja o włączeniu glikokortykoidów opiera się głównie na doświadczeniu klinicznym, nie zaś na merytorycznych przesłankach.

Chlorochina w terapii COVID-19

Z lekiem tym wiązano niewątpliwie ogromne nadzieje. Pomimo, że nie byliśmy w stanie przedstawić istotnych dowodów jego skuteczności, chlorochina przez kilka miesięcy znajdowała się w głównym nurcie leków przeciw COVID-19. Oczywiście stosowanie leku wiązało się z licznymi działaniami niepożądanymi, zwłaszcza u starszych pacjentów, co opisałem w poprzednim artykule. Od tego czasu sytuacja uległa istotnej zmianie. Pierwszym punktem zapalnym była publikacja w czasopiśmie *Lancet*, z której dowiadujemy się, że lek jest nieskuteczny w terapii COVID-19. Ze względu na wątpliwości dotyczące merytorycznej strony badań, artykuł został wycofany z publikacji. Jednak badanie RECOVERY potwierdziło wcześniejsze wątpliwości. Dzisiaj możemy stwierdzić, że nasz optymizm był przedwczesny, tak samo jak duże nadzieje pokładane w tym leku.

Skuteczność tocilizumabu u pacjentów z COVID-19

Ciekawą propozycją w leczeniu objawowym COVID-19 może okazać się rekombinowane przeciwciało monoklonalne anty IL-6. Oczywiście muszę ponownie poruszyć problem dostępności badań, niemniej jednak redukcja tzw. burzy cytokinowej u pacjentów z wysokim stężeniem IL-6 znajduje w mojej ocenie racjonalne uzasadnienie. Wstępne dane dotyczące pacjentów z ostrym zespołem oddechowym (COVID-19) wskazują, że uwalnianie cytokin istotnie zwiększa śmiertelność. Stanley C. Jordan i wsp. przeprowadzili pilotażowe badania w grupie 28 pacjentów z zapaleniem płuc (saturacja tlenem <90%) zakażonych COVID-19. Tocilizumab w dawce 400 mg powodował obniżenie CRP, IL-6 i temperatury. Zapotrzebowanie na tlen i leki wazopresyjne zmniejszyło się. Autorzy badań stwierdzają we wnioskach końcowych, iż tocilizumab poprzez zmniejszenie stężenia IL-6, zwłaszcza u chorych z wysokim stężeniem IL-6 w surowicy, poprawia rokowania pacjentów [Stanley C Jordan i wsp.]. Badanie to zasługuje na szczególną uwagę, ponieważ problem niewydolności wielonarządowej w następstwie burzy cytokinowej to moment krytyczny, w którym nie wirus, a zwiększona aktywność układu immunologicznego wiąże się z istotnym ryzykiem powikłań i zgonu u pa-

cjentów COVID-19. Wciąż jednak oczekujemy na kolejne dowody weryfikujące skuteczność leku.

Niedobór witaminy D jako czynnik predykcyjny i prognostyczny COVID-19?

Bardzo wartościowego przeglądu piśmiennictwa (141 artykułów, 41 badań) w tej kwestii dokonała Linda N. Benskin. Wyniki z przeprowadzonych badań zostały opublikowane w czasopiśmie *Front Public Health* we wrześniu bieżącego roku. Autorka wykazała, że prawidłowe stężenie witaminy D w surowicy zwiększa odporność na infekcje wirusowe i pomaga zapobiegać wszystkim objawom COVID-19, które prowadzą do zgonów. Wyjaśnia, dlaczego dzieci wydają się względnie chronione, i dlaczego osoby starsze, mężczyźni i osoby posiadające wysokie stężenie melaniny w skórze są szczególnie wrażliwe. Przeprowadzone modelowanie przyczynowe wykazało, że niższe stężenie 25 (OH) D było liniowo powiązane z cięższymi następstwami COVID-19. Przedstawione dowody zdecydowanie sugerują, że niedobór witaminy D jest łatwo modyfikowalnym czynnikiem ryzyka [Linda L. Bansky]. Chciałbym podkreślić, że nie powinniśmy postrzegać witaminy D jako panaceum na wszystko, w tym COVID-19, bo byłoby to nadużycie, jednak nie można pominąć klinicznych implikacji wynikających z niedoboru witaminy D, co zwłaszcza w naszej szerokości geograficznej wydaje się szczególnie ważne.

Ogrom badań pojawiających się lawinowo w czasie ostatnich miesięcy niewątpliwie przyczynił się do pogłębienia naszej wiedzy na temat COVID-19. Nie mogę jednak oprzeć się pokusie, żeby stwierdzić, że wciąż oczekujemy na przełom. Na weryfikację schematów farmakoterapii, jednoznaczność prezentowanych wyników, dzięki którym będziemy w stanie odpowiedzieć na nurtujące nas pytania kliniczne. Sytuacja, w której się znaleźliśmy, jest nietypowa dla środowiska naukowego. Musimy toczyć nierówną i szybką walkę z obcym wrogiem. Nie chciałbym, aby nasza wiedza opierała się na pochopnych wnioskach ze szczątkowych badań eksperymentalnych o znikomej wartości naukowej. Jestem przekonany, że tak intensywne, wielokierunkowe działania różnych środowisk naukowych muszą ostatecznie przynieść pożądane efekty. Próbowujemy, podejmujemy kolejne wyzwania, przeprowadzamy badania – na tym polega nauka.

Piśmiennictwo

Stanley C Jordan, Phillip Zakowski, Hai P Tran, Ethan A Smith, Cyril Gaultier, Gregory Marks, Rachel Zabner, Hayden Lowenstein, Jillian Oft, Benjamin Bluen, Catherine Le, Rita Shane, Noriko Ammerman, Ashley Vo, Peter Chen, Sanjeev Kumar, Mieko Toyoda, Shili Ge, and Edmund Huang. Compassionate Use of Tocilizumab for Treatment of SARS-CoV-2 Pneumonia. *Clin Infect Dis*. 2020 Jun 23 : ciaa812. Published online 2020 Jun 23. doi: 10.1093/cid/ciaa812

Linda L. Benskin. A Basic Review of the Preliminary Evidence That COVID-19 Risk and Severity Is Increased in Vitamin D Deficiency. *Front Public Health*. 2020; 8: 513. Published online 2020 Sep 10. doi: 10.3389/fpubh.2020.00513

O autorze: dr hab. n. med. prof. UMK Michał Wiciński od wielu lat zajmuje się farmakologią eksperymentalną z zakresu neurofarmakologii, chorób układu krążenia oraz teo-

rią receptorową. Współpracuje z ośrodkami naukowymi w Polsce i na świecie. Jest autorem licznych publikacji o zasięgu międzynarodowym oraz cenionym dydaktykiem. Trzykrotny laureat konkursu „Wykładowca Roku”. Obecnie pełni funkcję kierownika Katedry Farmakologii i Terapii CM UMK oraz prodziekana ds. studenckich CM UMK.

(przedruk z „Primum” nr 11/20)

WZMOCNIENIE ZDROWIA PUBLICZNEGO TO ZADANIE DLA POLITYKÓW, A NIE DLA LEKARZY

Z prof. dr hab. n. med. Tomaszem Zdrojewskim, kierownikiem Zakładu Prewencji i Dydaktyki Katedry Nadciśnienia Tętniczego i Diabetologii Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego, Przewodniczącym Komitetu Zdrowia Publicznego PAN w latach 2011-20, rozmawia Ryszard Sterczyński.

Z raportu Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego-PZH na temat sytuacji zdrowotnej Polaków wynika, że ok. 80% z nas dobrze ocenia swoje zdrowie. Czy to uzasadniony optymizm?

Odsetek Polaków, którzy dobrze oceniają swoje zdrowie, rzeczywiście wzrósł w ostatnich latach. Prawdopodobnie Polacy odnoszą się tu nie tylko do własnej kondycji, ale także do swojego bezpieczeństwa zdrowotnego i dostępu do lekarza.

Ale dostęp do lekarza jest fatalny. Kolejki do specjalisty mierzymy już w latach.

Właśnie, wysoki odsetek Polaków, którzy są w miarę zadowoleni i dobrze oceniają swoje zdrowie, kłóci się z obrazem trudnego dostępu do lekarza. Należałoby dobrze prześledzić wyniki długofalowych badań w ramach projektu Diagnoza Społeczna realizowanego od 2000 r. przez prof. Janusza Czaplińskiego, ponieważ Polacy na tego typu pytania odpowiadają w sposób dość niespodziewany. Kiedy pytamy ogólnie o ocenę usług medycznych, to jest ona zła albo bardzo zła. Ale gdy zadamy konkretne, szczegółowe pytanie o indywidualne doświadczenia z ostatniego okresu, nierzadko wypada ona dokładnie odwrotnie. Często okazuje się, że większość respondentów przez ostatni rok nie miała negatywnych doświadczeń i przy tak sformułowanych pytaniach w sumie dobrze ocenia poziom ochrony zdrowia. Tę niejednoznaczność należy rozpatrywać bardziej w kategoriach socjologicznych i psychologii społecznej, a także wpływu mediów na kształtowanie się i utrwalanie naszych poglądów. Dlatego zdecydowanie preferuję ocenę sytuacji zdrowotnej Polaków i systemu ochrony zdrowia w Polsce na podstawie obiektywnych wskaźników. Wśród nich najważniejsza jest przewidywana długość życia rodaków. W przypadku tego parametru wiadomość jest jednoznacznie zła. To naprawdę dramatyczna informacja, że od 2014 r. obserwujemy zatrzymanie wzrostu długości życia w Polsce. Podobne zjawisko wystąpiło w naszym kraju ostatni raz w okresie stanu wojennego w latach 80. ubiegłego wieku.

No właśnie, mimo że poprawił się sposób odżywiania i zwiększyła aktywność fizyczna, na tle innych państw europejskich długość życia w Polsce już nie rośnie.

Przewidywana długość życia jest uznanym i powszechnie używanym na świecie wskaźnikiem do oceny stanu zdrowia populacji. I Polska w tym porównaniu wypada aktualnie bardzo źle. Od 2014 r. do teraz mamy zatrzymanie się wzrostu długości życia Polaków, które wynosi obecnie 73-74 lat dla mężczyzn i 81-82 dla kobiet. O ile w latach 90. długość życia przyrastała szybko i nadrabialiśmy zaległości do 15 krajów starej UE, to już w pierwszej dekadzie XXI w. tempo przyrostu było niewielkie, a od 2014 r. obserwujemy proces naprawdę dramatyczny. Wzrost długości życia zatrzymał się. W Polsce mężczyźni żyją o 7 lat krócej niż w Szwecji!

Czy coś szczególnego zaszło w 2014 r., że ten wzrost się zatrzymał?

Jak zaznaczyłem już wcześniej, zatrzymanie wzrostu długości życia Polaków zdarzyło się tylko raz w najnowszej historii, czyli po II wojnie światowej. Był to przełom lat 70. i 80. Dość trudno jest ocenić przyczyny obecnych problemów. Tak naprawdę nie możemy przeprowadzić bardzo dobrych szczegółowych analiz, z uwagi na fatalną jakość kodowania przyczyn zgonów w naszym kraju. Do tego stopnia złą, że organizacje międzynarodowe, takie jak WHO przestały włączać Polskę do porównań szczegółowych przyczyn zgonów. Dla naszego kraju grupują przyczyny np. łącznie choroby serca i naczyń. System kodowania zgonów, prowadzony przez GUS, z powodu niedofinansowania przez ostatnie 20 lat praktycznie przestał spełniać swoje zadanie. Ministerstwo Zdrowia próbuje to naprawić, ale dzieje się to bardzo powoli i do dzisiaj nie ma efektów.

Wróć do raportu NIZP-PZH. Aż 20% badanych uważa, że o ich zdrowiu decydują wyłącznie czynniki, na które nie mają wpływu. To wiele mówi o rzeczywistym stosunku do kwestii zdrowotnych.

Odpowiedzialność za złą sytuację zdrowotną Polaków rozkłada się równo na polityków, media i społeczeństwo. Uważam, że media kreują rzeczywistość, która jest nieprawdziwa. Polacy ruszają się mniej w ostatnich kilku latach niż to było na początku XXI w. Twarde dane z badań ogólnopolskich wykonanych na próbach reprezentatywnych, oceniających aktywność fizyczną, wskazują, że ten



bardzo ważny dla zdrowia element stylu życia uległ znaczącej redukcji. Tymczasem media w kolorowych magazynach pokazują co innego, wobec czego społeczeństwu wydaje się, że sytuacja się poprawiła. Równocześnie politycy lekceważą wnioski z największych ogólnopolskich badań, takich jak NATPOL czy WOBASZ. Polska, spośród krajów, które w 2015 r. oceniły na zlecenie Komisji Europejskiej i Biura Regionalnego WHO dla Europy, plasuje się pod względem aktywności fizycznej na 24. miejscu. Wśród osób w wieku 15 lat i więcej tylko 18% mieszkańców naszego kraju wypełnia zalecenia WHO i Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego. W dodatku, wyniki tych badań, które realizowało Ministerstwo Sportu, nie zostały nawet u nas opublikowane. Powyższe fakty pokazują skalę lekceważenia problemu bardzo niskiej aktywności fizycznej Polaków i Polek nie tylko przez polityków czy decydentów, ale także przez media i społeczeństwo.

Czyli uważa Pan, że ludzie odpuścili sobie dbanie o zdrowie, aktywność fizyczną i zmianę stylu życia, a media kreują model, który nie istnieje?

Tak. Dlatego Komitet Zdrowia Publicznego PAN, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego-PZH i Polskie Towarzystwo Kardiologiczne przygotowują obecnie narodowe rekomendacje aktywności fizycznej dla Polski. Czynimy to wzorem Stanów Zjednoczonych, których rząd wydał w 2018 roku profesjonalne, nowoczesne, ale zarazem przystępne i zdroworozsądkowe zalecenia. Niestety mamy duże trudności w zgromadzeniu choćby minimalnych środków potrzebnych na sfinansowanie tego przedsięwzięcia.

Widzi się wiele osób się na rowerach lub uprawiających jogging.

Niestety w rzeczywistości tak samo jak u dorosłych, bardzo źle jest z aktywnością fizyczną u młodszych Polaków. Aktywność fizyczną dzieci i młodzieży w Polsce najlepiej jest ocenić za pomocą badania HBSC (The Health Behaviour in Schoolaged Children) realizowanego w 49 krajach na świecie wśród osób w wieku 9-17 lat w reprezentacyjnej w skali danego kraju próbie szkół. Badania w latach 2017-18 pokazały, że rekomendacje co do zalecanej aktywności fizycznej spełnia niecałe 16% ankietowanych polskich nastolatków i odsetek ten systematycznie się obniża. Obecnie polska młodzież w wieku 11-15 lat spędza średnio ponad 2,5 godziny dziennie, korzystając w różnych celach (filmy, nauka) z komputera i urządzeń mobilnych oraz dodatkowo 1,5 godziny na gry komputerowe lub na konsoli. Niedawno czytałem stenogramy z posiedzeń rządu prowadzonych przez Józefa Piłsudskiego. Wielką wagę przykładał do poprawy aktywności fizycznej i zdrowia młodego pokolenia. Mniemam, że obecnych polityków popędziłby, gdzie... Te alarmujące dane dla polskiej młodzieży są groźne dla zdrowia Polaków w niedalekiej przyszłości.

Identycznie ma się rzecz z odżywianiem. Z dokumentów FAO (Organizacja Narodów Zjednoczonych do spraw Wyżywienia i Rolnictwa) wynika, że o ile w latach 90. zdecydowanie poprawiliśmy stosunek spożycia tłuszczów nie-

nasyconych do nasyconych, to w ostatnich 20 latach nie dokonała się praktycznie żadna istotna zmiana w tej kwestii i znowu mamy duże, narastające zaległości w porównaniu z innymi krajami. Od 2002 r. notujemy też dramatyczny, jeden z najwyższych na świecie, wzrost spożycia alkoholu z 6,5 do ponad 11 litrów czystego spirytusu na głowę mieszkańca. Z tych faktów jasno wynika, że w Polsce dużo więcej do powiedzenia w ostatnich dwóch dekadach mieli ministrowie finansów i rolnictwa od ministrów zdrowia.

Wymienione powyżej czynniki to prawdopodobnie właśnie te elementy, które najbardziej składają się na zły stan zdrowia Polaków i zatrzymanie się wzrostu długości życia. Niższa aktywność fizyczna, gorsza dieta, olbrzymi wzrost spożycia alkoholu plus palenie papierosów i e-papierosów (szczególnie niepokoją wzrosty u młodych Polek) wywołują później takie choroby jak nadciśnienie, cukrzyca, miażdżycza, zawały, udary, nowotwory, depresja itd.

Czy właśnie w tych czynnikach upatruje Pan największe zagrożenia zdrowotne Polaków? Czy zmiana tego stanu rzeczy będzie w najbliższej dekadzie największym wyzwaniem dla lekarzy?

Od 50 lat kraje cywilizowane opierają politykę zdrowotną na twardych dowodach dostarczonych przez ekspertów powołanych przez kanadyjskiego ministra zdrowia Marca Lalonda, co ciekawe prawnika i menedżera, a nie lekarza. Otóż wiadomo, że 50-70% naszego stanu zdrowia zależy od stylu życia. U nas wiedzą już o tym i rządzący, i społeczeństwo, i media, ale niestety to lekceważą. Wszyscy za to przykładają najwyższą wagę i dyskutują o dostępie do najnowocześniejszego leczenia. A to wpływa w zaledwie 10-20% na długość życia i zdrowie. Dramatyczna nierównowaga w Polsce między medycyną naprawczą a zdrowiem publicznym jest olbrzymim błędem. Wybitny, nieżyjący już polski demograf prof. Strzelecki dużo mówił i pisał w ostatniej dekadzie o potrzebie zmiany paradygmatu, ale do dzisiaj nikt go nie posłuchał.

Jakiego paradygmatu?

Kilka razy za mało inwestujemy w zdrowie publiczne, np. edukację społeczeństwa. W dodatku ulegamy okresowym modom. Teraz ulegliśmy modzie na problem nowotworów, ale tak naprawdę mamy równie duże lub większe zaległości, jeśli chodzi o choroby układu krążenia. I to w aspekcie interesującym ministra finansów, bo w Polsce w wieku produkcyjnym śmiertelność z powodu choroby wieńcowej jest trzy razy wyższa niż w Danii czy Holandii. Podkreślam: różnica nie wynosi 30%, tylko 300%! Jest to zatem różnica cywilizacyjna. Jak powiedziałem wcześniej, nie monitorujemy prawidłowo przyczyn zgonów Polaków, zaś ich styl życia w XXI w. stale się pogarsza. Nic dziwnego, że niektóre kraje na świecie, startujące z takiej pozycji jak Polska na początku XXI w., np. Korea Południowa, w ostatnich latach zdecydowanie nas wyprzedziły. Kiedy ostatnio w Stanach Zjednoczonych zatrzymał się przyrost długości życia, Amerykanie natychmiast zareagowali, przeprowadzili badania i analizy, znaleźli odpowiedzi

na kluczowe pytania i w tej chwili wdrażają programy polityki zdrowotnej, żeby odwrócić niekorzystne tendencje.

Które zagrożenia uważa Pan za największe, na co powinniśmy już teraz reagować?

Przede wszystkim musimy o co najmniej 30% obniżyć liczbę zachorowań i tym samym znacząco ograniczyć liczbę osób chorych na choroby serca i nowotwory, inwestując w prewencję, czyli poprawę stylu życia rodaków. Trzeba zacząć od przestraszenia polityków konkretnymi prognozami już na najbliższe lata, żeby sobie zdali sprawę z tego, że proces starzenia się Polaków postępuje bardzo szybko i brak poprawy stylu życia będzie skutkować podwójnie szybkim wzrostem liczby osób chorych, które będą chciały być nowoczesnie leczone. Z jednej strony znaczny przyrost liczby ludzi starszych, a z drugiej brak redukcji zachorowalności spowoduje, że system w tej postaci może w ciągu 5-10 lat zbankrutować. Trzeba więc potrząsnąć politykami i mediami, by w ra-

mach instynktu samozachowawczego wywołać dyskusję. Trzeba też wdrożyć działania, które obniżą koszty leczenia, co oczywiście może być bardzo niepopularne.

Wskaźniki zdrowotne Polaków pokazują, że znajdujemy się w obliczu kryzysu i jego zażęgnięcie w postaci zdecydowanego wzmocnienia zdrowia publicznego to zadanie ewidentnie dla polityków, a nie lekarzy, bo to państwo odpowiada za zdrowie publiczne.

Pandemia ujawniła liczne zaniedbania i niedoinwestowanie w zakresie chorób zakaźnych. System informacyjny działa tylko fragmentarycznie, jest zupełnie niewydolny i niezintegrowany w relacji do potrzeb. W efekcie w niektórych ważnych analizach w czasie pandemii Polska w ogóle nie bierze udziału lub z dużym opóźnieniem zbiera się dane, np. w European Mortality Monitoring - EuroMOMO. Oby to był dzwonek alarmowy.

(przedruk ze „Świata Lekarza” nr 6/20)

TO NIE WIRUS JEST AGRESYWNY, TO MY

Rosnące napięcie, agresja – już nie tylko ze strony pacjentów, ale także między lekarzami, medialna nagonka, poczucie niepewności, strach o siebie i bliskich – nie jest łatwo dziś być lekarzem. O mechanizmach rządzących społeczeństwem i metodach radzenia sobie w trudnych czasach, „Panaceum” rozmawia z prof. UŁ, dr hab. Katarzyną Wałęcką-Matyją z Zakładu Psychologii Społecznej i Badań nad Rodziną, z Instytutu Psychologii Uniwersytetu Łódzkiego.

„Panaceum”: Wyzwiska, publiczne obrażanie – takie zachowania nie są już rzadkością. Z pewnością ma to związek z rosnącym napięciem i niespokojną sytuacją pandemii. Jak żyć, pracować i nie zwariować, będąc lekarzem w 2020 w Polsce?

Prof. UŁ, dr hab. Katarzyna Wałęcka-Matyja: – Znaleźliśmy się w sytuacji, którą najlepiej opisuje określenie „3N”: niestabilność, nieprzewidywalność i nieuchronność zmiany. Odczuwamy zagrożenie, a ono uruchamia myślenie indywidualistyczne, stajemy się bardziej skoncentrowani na sobie. W tak trudnej sytuacji widzimy wiele ciekawych zjawisk, jak choćby opisany pod koniec lat 60 ubiegłego wieku przez Edwarda C. Banfielda familizm amoralny, czyli poczucie moralnego obowiązku niesienia pomocy tylko członkom własnej rodziny. Wyraża się w przekonaniu, że jedynie najbliższym członkom rodziny można ufać i pomagać, natomiast wszyscy inni ludzie są obcy, zatem zaufanie w stosunku do nich powinno być ograniczone.

Te uniwersalne zależności sprawiają, że w ludziach jest tyle agresji, złości, poczucia niesprawiedliwości, teorii spiskowych?

Mówiąc ogólnie, nie tylko w kontekście pandemii, na agresję mają wpływ czynniki, które wiążą się z cechami konstytucjonalnymi, wrodzonymi człowieka: większą podatnością na oddziaływanie frustracji, brakiem zaspoko-

jenia ważnych dla nas potrzeb. Są też czynniki społeczne – oparte na mechanizmach uczenia się, np. przejmowanie zachowań od fałszywych autorytetów. Pandemia może uruchamiać w człowieku to, co na co dzień jest chowane pod maską uprzejmości, poprawności, relacyjności.

Prof. Andrzej W. Nowak z UAM na łamach tego numeru „Panaceum” przekonuje, że obecna napięta sytuacja wynika również z braku neutralnego autorytetu, który jednoznacznie powiedziałby nam, Polakom, jak mamy żyć w pandemii.

Zgadzam się z opinią Pana Profesora. W sytuacji katastrofy, na przykład przyrodniczej, takiej jak np. tsunami, pożaru itp., potrzebny jest lider, który da jasny przekaz, co trzeba zrobić. W tak stresującym i pełnym emocji momencie ludzie „tracą rozum” i zaczynają zachowywać się nieracjonalnie. Nawet na terenach sejsmicznych w domach są instrukcje zachowań w razie trzęsienia ziemi. Można sądzić, że to niepotrzebne, skoro mieszkają w tych domach ludzie zaznajomieni z tymi zjawiskami. Jednak ma to ogromny sens, bo za każdym razem jest to zdarzenie zagrażające zdrowiu. W takiej chwili racjonalne myślenie jest utrudnione, a prosta instrukcja często ratuje życie. Stąd dobrze, by w sytuacjach trudnych i niepewnych, autorytet wskazywał drogę. Takimi autorytetami w naszym społeczeństwie powinni być eksperci, którzy są blisko danego problemu – w dzisiejszych czasach: najważniejsze zdanie w kwestii leczenia, profilaktyki i działań powstrzymujących COVID powinni mieć lekarze.

Ale nawet tu środowisko nie jest jednomyślne w kwestii postępowania z wirusem, coraz więcej pojawia się opinii à rebours, na temat chociażby zasad bezpieczeństwa wprowadzanych przez rząd.



Jeśli chodzi o przekaz medialny, oceniam, że ze strony środowiska lekarskiego płynie, mimo wszystko, pewna jednoznaczność opinii. Jednak oddziaływanie informacji na ludzi, rozumiane jako wpływ społeczny to już kwestia pozamedyczna. Psychologowie społeczni prowadzili badania dotyczące komunikacji trudnych treści. Wynikają z nich następujące wnioski: jeśli będziemy ludzi bardzo mocno straszyć jakimś zjawiskiem, to oni nie podejmą żadnych działań, bo doznają tak wysokiego poziomu lęku, który uniemożliwi im działanie. Uznają, że problem jest tak duży, że oni jako jednostka nie mogą nic z tym zrobić. Jesteśmy na etapie, że bardzo wiele osób mówi: „przecież i tak wszyscy zachorujemy, to po co nosić maseczki, po co dystans, po co kwarantanny i zamykanie siłowni, to nic nie da, żyjmy jak dotychczas”. Nie tędy droga. Jeśli jednak w ogóle tego strachu nie wywołamy, odbiorcy uznają, że problemu nie ma. Badania z zakresu psychologii społecznej pokazują, że skuteczny komunikat, mający na celu modyfikację zachowania cechuje umiejętność „wyśrodkowania” poziomu wzbudzania lęku, by był on umiarkowany. By poziom lęku był optymalny i wówczas motywował nas, pobudzał do pozytywnego działania.

A nie jest tak, że każdy znajduje w innym miejscu ten czynnik motywujący? Jednemu wystarczy wykres z krzywą zachorowań, inny musi zobaczyć ciężarówkę wypełnioną trumnami, jak we Włoszech na wiosnę...

Korzystnie byłoby traktować społeczeństwo jako dojrzałe i rozumne. Jako grupę, z którą można prowadzić dialog, której można tłumaczyć, w jakim celu podejmowane są określone działania, a nie tylko budować atmosferę strachu i niepewności. Z kolei działania ze strony osób decyzyjnych powinny mieć charakter konsekwentnych oddziaływań, a nie ambiwalencji. Bo te wykluczające się decyzje, wypowiedzi, np. nagły lockdown, a potem zniesienie go bez pozostawienia części obostrzeń mogą przyczyniać się do powstawania rozbieżnych sądów i opinii społecznych na temat wirusa.

Co jeszcze mogłoby pomóc obniżyć poziom agresji w obecnych czasach?

Trzeba powiedzieć, że nastroje podburza przekaz medialny: całymi dniami oglądamy statystyki zachorowań i zgonów, jesteśmy straszeni katastrofalną kondycją ochrony zdrowia i zapowiedziami kryzysu gospodarczego. W zalewie złych wiadomości, z pewnością przydałyby się komunikaty dające nadzieję. Na przykład pokazanie tych dobrych stron pandemii, gestów solidarności, pomocy seniorom. Wiosną, jak pandemia się zaczynała, dużo się o tym mówiło. Dziś ta strona dobrego ludzkiego oblicza pandemii została nieco zaniedbana, a media koncentrują się głównie na informacjach budzących lęk.

Czy z tego samego powodu najpierw były brawa dla lekarzy, a teraz medycy słyszą, że brak im zaangażowania w walce z pandemią?

W każdej trudnej sytuacji człowiek szuka wyjaśnień i osób odpowiedzialnych, kogoś, kogo można za ten kryzys obwiniać. Choć początkowo lekarze byli wręcz glo-

ryfikowani, to na przestrzeni tyłu tygodni z pewnością zdarzały się błędy jatrogenne lub pojedyncze sytuacje, które zaczęły wpływać na odbiór społeczny środowiska, tworząc z lekarzy tzw. kozła ofiarnego. Mam tu na myśli te głośne historie, np. że lekarz nieświadomie zarażał pacjentów koronawirusem. Społeczeństwo przestało patrzeć na medyków jako na źródło wsparcia, pomocy czy wiedzy specjalistycznej, którą lekarze niewątpliwie posiadają. Zaczęto patrzeć na tę grupę zawodową jako na siewców potencjalnego zagrożenia.

Dziś lekarze to wyjątkowo przeciążona grupa zawodowa, bez szans na odpoczynek. Ludzie rozprawili się z mitem, że lekarz pomoże we wszystkim i są zawiedzeni, rozczarowani, bo zapominają, że lekarze to też ludzie, zwykli śmiertelnicy ze swoimi mocnymi, ale i słabymi stronami.

Bycie lekarzem w Polsce generalnie nie jest proste, a teraz jeszcze doszły trudne czasy. Jak lekarze powinni sobie radzić z tą sytuacją?

To rzeczywiście czas próby dla całego środowiska, ale myślę, że szczególnie ciężko jest młodym lekarzom, dopiero wkraczającym na ścieżkę zawodową. Większość z nich miała jakieś wyobrażenie o rozwoju swojej kariery, a tymczasem rzeczywistość stawia przed nimi nieoczekiwane wyzwania. Nikt im zapewne nigdy nie mówił, że w pracy będzie miło, lekko i przyjemnie, ale zderzenie z covidową rzeczywistością może być bardzo bolesne, pełne lęku, niepokoju, wątpliwości we własne umiejętności i obraną po maturze drogą. Tu chciałabym zaapelować do starszych lekarzy, którzy w tak trudnym momencie powinni okazać wsparcie młodszym kolegom. Stać się mentorami i służyć nie tylko merytoryczną radą. Czasem wystarczy przechodząc korytarzem, poklepać kogoś po ramieniu, powiedzieć mu, że dobrze pracuje. Przez ostatnie lata nie mieliśmy tak poważnej sytuacji, która by tak intensywnie eksploatowała środowisko medyczne.

Młodzi lekarze też ciężko znoszą hejt, który rozlewa się po Internecie w dobie pandemii. Jak sobie radzić z obraźliwymi komentarzami

Młodzi lekarze potrzebują wzmacniania ze strony swoich przełożonych. Służą temu tzw. komunikaty sponsorowane, które odwołują się do faktów i do zasobów pracowników. W tej koncepcji chcemy „przyłapać” podwładnego na... czymś dobrym, nawet jeśli jest to drobiazg. Warto chwalić za ciekawe pomysły, zauważać pozytywne działania – młodzi lekarze są na etapie inkubacji, potrzebują takiego wzmacniania. Rolą dobrego kierownika jest stworzenie mocnej drużyny, która wzajemnie będzie się wspierała.

Trudno o budowanie mocnej drużyny w sytuacji, gdy obsada dyżurów rozchodzi się w szwach, a lekarze boją się posyłać dzieci do szkół w obawie przed przyniesioną z placówki kwarantanną, która wyłączy ich z pracy i jednocześnie przymusi do dodatkowych dyżurów kolegów i koleżanki.

Byłoby bardzo dobrze, gdyby wystąpiła możliwość zorganizowania spotkań w małych grupach, z zachowaniem

reżimu sanitarnego, z psychologiem, z kimś, kto mógłby powiedzieć jedną ważną rzecz: wszyscy jesteśmy w takiej samej trudnej sytuacji. Każdy może trafić na kwarantannę lub zachorować. I odwracanie się od siebie nie przynosi perspektyw. Warto skupić się na rozwiązaniach: zastanowić się, jak się czuje osoba, która nie ze swojej winy jest na kwarantannie, jak się czują ci, którzy mogą w takiej sytuacji pomóc. Co czują ci, którzy odmawiają pomocy. Szczera rozmowa może czasami pomóc te emocje wskazać, nazwać, zrozumieć, a nawet część wyrzucić z siebie.

Pandemia weryfikuje ludzkie postawy i to też może być źródło konfliktów w środowisku pracy. Wartości moralne, rodzinne, w przypadku lekarzy – Kodeks Etyki Lekarskiej czy wartości związane z religią, w sytuacji niepewności

powinny stać się kompasem, który wytycza nasze wybory, decyzje i działania. W sytuacjach zwątpienia – ten kodeks powinien być wskazówką, jak się zachować, co robić. Najważniejsze, by pamiętać, że wciąż jesteśmy ludźmi i wartości wyższe, takie jak miłość, wrażliwość na innych ludzi czy okazywanie szacunku, wyróżniają nas na tle innych gatunków. Walcząc dziś, myślmy o jutrze. Znaleźliśmy się w trudnej sytuacji, ale pamiętajmy o młodszych pokoleniach, które nas obserwują, patrzą, jak reagujemy, uczą się od nas.

Dziękuję za to piękne podsumowanie i rozmowę.

Rozmawiała Agnieszka DANOWSKA-TOMCZYK

(przedruk z „Panaceum” nr 11/ 20)

CZY LEKARZ JEST FUNKCJONARIUSZEM PUBLICZNYM?

Narastające napięcia między ludźmi, wynikające z trudnej sytuacji, sprawiają, że lekarze coraz częściej stają się ofiarami przemocy (słownej, fizycznej) ze strony pacjentów. Są obrażani w Internecie i nagrywani w trakcie pracy. Jak mogą skutecznie się bronić?

Znane są i to wcale nierzadkie akty agresji wobec lekarzy i słownej, i przybierającej postać naruszeń nietykalności cielesnej, czy też nawet groźniejszych ataków: Pijany napastnik wykrzyczał do ordynatora oddziału ortopedycznego nazwisko pacjenta, który jest jego szwagrem, a potem pięściami powalił lekarza na podłogę, a leżącego kopnął w twarz. Mąż pobił lekarza ginekologa drewnianą pałką, bo był niezadowolony ze sposobu badania jego żony. Mężczyzna w izbie przyjęć szpitala zaatakował lekarza, który zwrócił uwagę jemu i jego dziewczynie, aby nie zakłócali spokoju. 38-latek pobił specjalistę medycyny pracy za odmowę wydania zaświadczenia, że jest zdolny do pracy zawodowej.

W siedlisku zarazy w Wuhan krewny pacjenta zmarłego z powodu koronawirusa pogryzł, okładał pięściami i kopał opiekującego się kuzynem lekarza. Nie można wykluczyć, że w Polsce dojdzie do podobnych incydentów, wobec odnotowywanego generalnie wzrostu agresji, a także wskutek wypowiedzi i działań prominentnych przedstawicieli władzy wobec środowiska lekarskiego, poczynwszy od Marszałka w roku 2007 (wysyłanie lekarzy „w kamasze”) przez Ministra Sprawiedliwości w roku ubiegłym (wprowadzenie specjalnych komórek w prokuraturach okręgowych do zajmowania się błędami medycznymi), po Wicepremiera („Część personelu medycznego nie jest zaangażowana w walkę z epidemią koronawirusa”) teraz.

W środowisku medycznym rozpowszechnione jest przekonanie, że obowiązujący system prawny zapewnienia medykom ochronę taką, jak funkcjonariuszom publicznym. Zakres tego dobrodziejstwa jest jednak ograniczony. W świetle obowiązujących regulacji prawnych lekarze – co do zasady – nie są uznawani z racji wykonywania zawodu za urzędników państwowych. Dla uznania lekarza

za funkcjonariusza publicznego konieczne jest połączenie faktu wykonywania zawodu lekarza z konkretną funkcją, na przykład dyrektora publicznego zespołu opieki zdrowotnej czy ordynatora oddziału wykonującego świadczenia z umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia w publicznym i niepublicznym zakładzie opieki zdrowotnej. W związku z pełnieniem takich funkcji lekarz korzysta z takiej samej ochrony prawnej jak prezydent, poseł, czy pracownik kontroli NIK-u. Sąd Najwyższy w wyroku z 27 listopada 2000 r. rozstrzygnął, że lekarz zatrudniony w publicznej służbie zdrowia może być uznany za funkcjonariusza publicznego jedynie wówczas, gdy swój zawód łączy z funkcjami o charakterze administracyjnym. Sędziowie sądów lekarskich jako osoby orzekające w organie dyscyplinarnym, działającym na podstawie ustawy, są zakwalifikowani wprost do grona funkcjonariuszy publicznych. Z takim stanem wiążą się zarówno korzyści, ale i zastrzeżona odpowiedzialność, o czym dalej.

Posiadanie przez lekarza przymiotu funkcjonariusza publicznego należy odróżnić od przyznania lekarzowi, na podstawie art. 44 ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentystry, ochrony prawnej należnej (takiej samej jak) funkcjonariuszom publicznym, w określonych sytuacjach. Powołany przepis uzależnia udzielenie ochrony od okoliczności, w których lekarz podejmuje czynności medyczne w ramach pomocy doraźnej lub tak zwanego „przymusu ustawowego” (art. 30 ustawy o zawodzie lekarza...), to jest obowiązku udzielania pomocy w każdej sytuacji, gdy zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia, jak również w innych przypadkach niecierpiących zwłoki.

Ochrona lekarza zaczyna się z chwilą podjęcia przez niego opisanych czynności, a ustaje wraz z ich zakończeniem. Podobnie z ochrony przewidzianej dla funkcjonariuszy publicznych korzysta lekarz sądowy (art. 3 ustawy o lekarzu sądowym). Lekarz objęty ochroną art. 44 lub





art. 3 nie jest funkcjonariuszem publicznym, co oznacza, że nie będzie ponosił szczególnej, wzmożonej odpowiedzialności właściwej dla funkcjonariuszy publicznych.

Korzyści z rozszerzonej ochrony wynikającej z ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentystry są dwojakie. W wypadku czynnej napaści (energiczne, intensywne, zaczepne wystąpienie sprawcy z zastosowaniem przemocy), naruszenia ich nietykalności cielesnej (uderzenie, popchnięcie, szarpnięcie za włosy, oblanie wodą) czy znieważenia czynności organów wymiaru sprawiedliwości są podejmowane w trybie publicznoskargowym, a więc organy te mają obowiązek przeprowadzić postępowanie przygotowawcze z własnej inicjatywy oraz wniesić i popierać przed sądem akt oskarżenia. Natomiast przestępstwa zniewagi i naruszenia nietykalności cielesnej popełnione na szkodę osób, którym nie przysługuje status funkcjonariusza publicznego, są ścigane w trybie prywatnoskargowym, a więc obowiązki związane ze skierowaniem oskarżenia i popieraniem go przed sądem spoczywają na samych pokrzywdzonych, którzy też muszą wyłożyć koszty tego postępowania. Różnica między powszechną ochroną integralności cielesnej i godności a ochroną tych dóbr w przypadku funkcjonariuszy publicznych polega także na określeniu ustawowego wymiaru kary w wyższych granicach, co stanowi silniejszy element odstraszenia.

Natomiast lekarze będący funkcjonariuszami publicznymi podlegają restrykcyjnej odpowiedzialności w zakresie normy karnej dotyczącej tak zwanego łapownictwa biernego, które polega na przyjęciu korzyści majątkowej lub osobistej albo jej obietnicy w związku z pełnieniem funkcji.

Objęcie ochroną prawnokarną przynależną funkcjonariuszom publicznym lekarzy, które podejmując rozmaite działania w interesie i spotykają się z tego tytułu z różnego rodzaju nieuzasadnionymi atakami, jest oczywiście w pełni uzasadnione. Pozostają do rozważenia dwa zagadnienia – czy dopuszczalna jest możliwość rejestrowania obrazu w gabinecie i poczekalni lekarskiej w celu zapobiegania zdarzeniom natury kryminalnej oraz czy ochronę właściwą dla funkcjonariuszy publicznych należałoby rozciągnąć na wszystkich lekarzy.

Nagrywanie oceniłbym jako wykroczenie przeciwko prawu do ochrony wizerunku, a w przypadku przeprowadzania badania czy wykonywania zabiegu – naruszenie prawa do intymności. Z artykułu 20 ustawy o prawach pacjenta wynika, że jakiegokolwiek próby rejestracji wizerunku lub głosu pacjenta są wykluczone, ze względu na naruszenia jego godności. (Ograniczone stosowanie monitoringu dopuszcza Iwona Kaczorowska-Kossowska, Monitoring w podmiotach wykonujących działalność leczniczą – bezpieczeństwo pacjentów i lekarzy, czy ingerencja w ich prawa?, opublikowanym w wydawnictwie ABC).

Natomiast konieczne jest teraz – moim zdaniem – objęcie ochroną przynależną funkcjonariuszom wszystkich medyków, niezależnie od miejsca i podstawy udzielania świadczeń opieki zdrowotnej (ze środków publicznych czy własnych pacjenta), gdyż wszyscy lekarze narażeni są w równym stopniu na negatywne zachowania pacjentów. Oczywiście intencją takiej propozycji, nie jest tworzenie „kasty” osób o szczególnych uprawnieniach, ale realne zabezpieczenie lekarzy w czasach pandemii. Niestety takie postulaty – jak się wydaje – nie mają siły sprawczej, wobec braku woli politycznej decydentów i prawdopodobnego sprzeciwu suwerena. Głosów przeciwnych można się będzie spodziewać także w samym środowisku lekarskim. Przypomnę tu opinię Jacka Sobczaka (W kwestii potrzeby ochrony praw lekarza, „Medyczna Wokanda” 2010, wydawnictwo Naczelnej Izby Lekarskiej): Wiele aktów agresji wywołanych jest przez samych lekarzy, którzy zapominają o treści staropolskiego przysłowia, że „między Bogiem a doktorem różnica jest spora, bo Bóg się nie ma za doktora”. Daleki jestem od deprecjonowania praw pacjentów i stoję na stanowisku, że chory powinien być traktowany szczególnie, z zachowaniem empatii, zrozumienia i zwiększonej tolerancji, jako że lekarz Bogiem nie jest i nie powinien być. Jednak jest granica, której przekraczać mu nie wolno. Pojawienie się agresji, wyzwisk, poniżania, podważania wiedzy lekarza i jego kompetencji uważam za taką właśnie granicę.

Jerzy CIESIELSKI

(przedruk z „Panaceum” nr 11/20)

W CIĄGU 20 LAT LICZBA ZACHOROWAŃ WZROSŁA O 50%. KOSZTY LECZENIA – ZNACZNIE BARDZIEJ. ILE EUROPA WYDAJE NA WALKĘ Z RAKIEM

Na leczenie nowotworów wydajemy w Europie coraz więcej pieniędzy. Nie zawsze jednak wzrost nakładów przekłada się na korzyści w postaci poprawy wyników terapii. Nadal też, mimo upływu wielu lat, wyraźnie widoczne są różnice w finansowaniu działań medycznych i w efektach leczenia pomiędzy europejskimi krajami. Szwedzcy

naukowcy podjęli się analizy wydatków na diagnostykę i leczenie nowotworów (ze szczególnym uwzględnieniem raka płuca) oraz efektywności terapii w krajach europejskich, biorąc pod lupę dane z lat 1995-2018.

Należy zaczynać od złych wiadomości. Zachorowalność na raka w ciągu ostatnich ponad 20 lat wzrosła w ca-

łej Europie o 50%. Druga wiadomość jest lepsza i wskazuje, że mimo tak dużego wzrostu krzywej zapadalności śmiertelność wzrosła tylko o 20%. – Główną determinantą trendów w zakresie zachorowalności i śmiertelności jest starzenie się populacji, choć można też zauważyć niekorzystny wpływ zmiany stylu życia – uważa prof. Nils Wilking z Instytutu Karolinska w Sztokholmie, współautor badania.

W Europie, podobnie jak w roku 1995, nadal widoczne są duże różnice w 5-letniej przeżywalności pomiędzy poszczególnymi krajami, a głównie różnice pomiędzy krajami Europy Zachodniej a Środkowo-Wschodniej. W przypadku raka płuca Szwajcaria, Austria czy Islandia notują ponad 20% 5-letnią przeżywalność, natomiast Czechy, Słowacja czy Rumunia – około 10%. Najgorsza sytuacja jest w Bułgarii, gdzie zanotowano wynik poniżej 10%. Polska ze swoją około 15% przeżywalnością mieści się w grupie krajów o średnich wynikach. I choć w ciągu minionych 23 lat wskaźniki te uległy poprawie i nieco się wyrównały, to jednak obie krzywe: dawna i współczesna, wciąż wyglądają podobnie – różnice w obrębie Europy nadal istnieją.

– Zwiększenie przeżywalności przekłada się na zmniejszenie liczby utraconych lat pracy zawodowej. Wskazuje to na poprawę w wykrywalności, diagnostyce i leczeniu praktycznie w całej Europie. Z pewnością duże znaczenie, szczególnie jeżeli mówimy o raku płuca, ma też prewencja. Restrykcje dotyczące palenia w miejscach publicznych czy zwiększenie opodatkowania wyrobów tytoniowych zrobiły tu swoje – zauważa Nils Wilking. – W niektórych krajach widać znaczącą poprawę, czyli zmniejszenie utraty lat pracy, np. w Czechach, Hiszpanii, na Węgrzech czy w Danii. To zjawisko jest zauważalne również w Polsce, która plasuje się wśród państw o średnich osiągnięciach w tym zakresie.

Całkowite koszty opieki medycznej nad chorymi na raka płuca, łącznie z diagnostyką, w Europie w latach 1995-2018 wzrosły ze 129 do 173 mld euro. I tu widać spore różnice w poziomach wzrostu kosztów w poszczególnych krajach. W państwach o bogatszym budżecie jest to wzrost na poziomie od 15, 20 do maksymalnie 60%. W krajach, które w latach 90. ub. wieku dysponowały mniejszymi środkami, ten wzrost sięga nawet 200%. Takie dane świadczą, że – choć bardzo powoli – kraje dążą do wyrównania poziomów leczenia.

Spadły natomiast wszędzie koszty „niebezpośrednie” leczenia raka płuca. Są to koszty związane z np. utratą zdolności do pracy. Taki trend wynika zarówno ze zmniejszonej śmiertelności, jak i z poprawy jakości i warunków leczenia. W krajach „bogatszych” spadek ten sięga 15-20%. W krajach z mniejszym budżetem wyjściowym oscyluje on w granicach 10%.

Wszystkie kraje europejskie na leczenie raka wydają od 4 do 7% swoich budżetów przeznaczonych na zdrowie. 195 euro – to średnia kwota wydawana per capita

w całej Europie, przeliczona z uwzględnieniem siły nabywczej pieniądza. Najmniej wydaje Rumunia – 70 euro, najwięcej Szwajcaria – 352. Polska – niecałe 100 euro. Mniej od nas przeznaczają na ten cel m.in.: Rumunia, Bułgaria, Hiszpania, Chorwacja czy Węgry.

Znacząco natomiast wzrosły wydatki na leki stosowane w terapii nowotworów. W roku 2008 Europa wydawała na ten cel niecałe 13 mld euro, a dziesięć lat później już 32 mld. – Wydaje się, że dzieje się tak, ponieważ wzrasta liczba chorych, a także pojawia się dość dużo nowych preparatów, które początkowo mają bardzo wysokie ceny – tłumaczy prof. Wilking. – Poza tym chorzy żyją dłużej, więc są dłużej leczeni, dostają więcej cykli, a wiele leków stosuje się w nowych wskazaniach, dotychczas niebranych pod uwagę. Wyraźnie częściej korzysta się też z terapii kombinowanych.

Polska, niestety, znalazła się w grupie krajów wydających na leki onkologiczne najmniej w Europie. Średnia europejska to 60 euro per capita, a polska – 15 euro. Pocięzać nas może to, że w ciągu ostatnich 10 lat nastąpiła znacząca poprawa, bo w roku 2008 wydawaliśmy jedynie 5 euro, podczas gdy średnia europejska wynosiła 30. Badanie wskazuje też, że nasz kraj wydaje stosunkowo mało środków na nowoczesne metody, takie jak immunoterapia i terapia celowana.

– Okazuje się jednak, że choć odpowiednie nakłady na leczenie to podstawowy warunek zwiększenia przeżywalności, to nie zawsze duże wydatki przekładają się w sposób prosty i bezpośredni na przeżywalność. Tak dzieje się np. w Szwajcarii – komentuje Nils Wilking. – Wszystkie kraje europejskie muszą więc zdecydowanie inwestować więcej środków w leczenie nowotworów, aby uzyskać wzrost przeżywalności, ale niektóre państwa powinny przyrzeć się efektywności swoich wydatków. W przypadku raka płuca korelacja między zwiększeniem wydatków a wzrostem przeżywalności jest bardzo prosta, ale już w przypadku innych nowotworów, szczególnie raka piersi, widać, że po osiągnięciu pewnej granicy wydatków krzywa przeżywalności się wypłaszcza, zamiast nadal rosnąć, co oznacza, że wzrost nakładów nie przynosi poprawy wyników leczenia.

Zdaniem szwedzkich badaczy, konieczne jest wprowadzenie cancer planu dla całej Europy. Powinien on proponować nowatorskie podejście do ustalania cen i wyceny świadczeń, podejście elastyczne, oparte na wynikach, co pomoże zachęcić do wprowadzania innowacyjnych leków i nowoczesnych, spersonalizowanych metod terapii.

Nils Wilking przedstawił „Compare report on cancer in Europe 2019. Disease burden, cost and access to medicines” podczas zorganizowanego online w lipcu V Międzynarodowego Forum Medycyny Spersonalizowanej.

Joanna SIERADZKA

(przedruk z „Galicyjskiej Gazety Lekarskiej” nr 2/20)

CZY LEKARZE BOJĄ SIĘ ŚMIERCI?

Jak powinien się zachować lekarz, gdy wie, że to już ostatnie chwile życia chorego? Choć prawo obliuguje lekarza do mówienia prawdy pacjentowi, to zarówno ustawa o zawodzie lekarza, jak i Kodeks Etyki Lekarskiej, dopuszczają w takich przypadkach zastosowanie „przywileju terapeutycznego”. Tak zwane „białe kłamstwo” dozwolone jest tylko wtedy, gdy przemawia za tym dobro pacjenta. Z dr n. med. Magdaleną Jarosz, specjalistą radioterapii onkologicznej, specjalistą medycyny paliatywnej i psycho-onkologiem, rozmawia Magdalena Olszar.

Jeszcze kilkadziesiąt lat temu lekarze żywo dyskutowali, czy mówić pacjentowi o rozpoznaniu choroby nowotworowej i niekorzystnym rokowaniu. Wielu uważało, że tzw. białe kłamstwo jest nie tylko dozwolone, ale konieczne. Z biegiem lat odchodzono od tej praktyki, często na rzecz bezwzględnej szczerości z pacjentem.

Mówimy o dwóch skrajnych sytuacjach w komunikacji z pacjentem - pierwsza, wywodząca się z paternalistycznej relacji lekarz - pacjent, to ukrywanie prawdy przed pacjentem w imię wyższych wartości („dla dobra pacjenta”). Druga to tzw. model amerykański, czyli konkretna i rzeczowa informacja o diagnozie i rokowaniu, podana bez względu na okoliczności. Żadna z tych opcji nie jest wzorcowa i uniwersalna. Zasadą, jaką należy się kierować w relacji z pacjentem, jest dostosowanie przekazywanych treści do sytuacji i potrzeby konkretnego pacjenta. Przed przekazaniem niepomyślnej informacji obowiązkiem lekarza jest zatem zbadanie, czy pacjent jest na taką informację gotowy. Niepomyślna informacja to taka, która w niekorzystny sposób może wpłynąć na postrzeganie swojej przyszłości przez pacjenta. Od stopnia rozbieżności między tym, jak swoją obecną sytuację ocenia pacjent a rzeczywistością medyczną, zależeć będzie waga przekazywanej informacji. Aby ją ocenić, należy rozpoznać, co pacjent już wie o swoim stanie zdrowia oraz zbadać, ile chce wiedzieć.

Podczas rozmowy, której celem ma być przekazanie niepomyślnej informacji, pytam pacjenta, czy chce taką treść usłyszeć. Zasygnalizowanie niepomyślnego charakteru przekazywanej treści literatura tematu nazywa „strzałem ostrzegawczym” - mówię na przykład, że informacja, którą mam do przekazania, nie jest dobra. Jeśli pacjent da mi przyzwolenie na kontynuowanie, mogę tę trudną informację przekazać. Jeśli jednak pacjent wyraźnie powie, że nie chce takiej informacji usłyszeć, absolutnie nie łamię takiej bariery.

Podstawowym błędem lekarza jest założenie z góry (bez sprawdzenia), że pacjent chce bądź nie chce usłyszeć prawdy. Jeszcze pod koniec ubiegłego wieku to lekarz decydował o tym, czy oraz jak będzie rozmawiał z pacjentem. Takie zachowanie było społecznie w pełni akceptowane. Od tego czasu zaszły ogromne zmiany, zarówno w środowisku lekarskim, jak i w społecznym pojmowa-

niu relacji lekarz - pacjent. Obecnie uznajemy pacjenta za partnera relacji, a nie za osobę, która jest nam podległa.

Czyli zawsze prawda?

Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty, Kodeks Etyki Lekarskiej oraz Karta Praw Pacjenta dają pacjentowi pełne prawo do uzyskania informacji o jego stanie zdrowia. Lekarz ma obowiązek przekazania wszystkich informacji w sposób rzeczowy i zrozumiały dla pacjenta. Zarówno Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty, jak i Kodeks Etyki Lekarskiej, dają jednak lekarzowi możliwość odstąpienia od przekazania informacji, jeżeli lekarz jest przekonany, że może się ona przyczynić do pogorszenia stanu pacjenta. Jest to tzw. przywilej terapeutyczny. Skorzystanie z przywileju terapeutycznego jest, zgodnie z prawem, możliwe, powinno jednak być w każdym przypadku poprzedzone przez lekarza oceną poziomu gotowości pacjenta na przyjęcie niepomyślnych informacji na temat jego stanu zdrowia.

Wiele osób wciąż uważa, że jeśli o śmierci się nie rozmawia, to ona nie nadchodzi.

Bardzo często wśród rodzin leczonych przez nas pacjentów obserwujemy sytuację niepełnej komunikacji. Szczególnie niekorzystną jest forma podwójnego zaprzeczenia, gdy zarówno pacjent, jak i rodzina, wiedzą, że zbliża się ostatni etap życia pacjenta, natomiast żadna ze stron nie przyznaje tego przed drugą. Taki sposób komunikacji prowadzić może do dużego osamotnienia w przeżywaniu tego szczególnego etapu życia. Umiejętność rozmowy w tym niepowtarzalnym przecież czasie może być dużą wartością. Rodziny, które chcą i potrafią rozmawiać o śmierci, są w stanie fantastycznie wykorzystać ten czas. Może to być np. wspólne porządkowanie fotografii rodzinnych. Pacjent jest często najstarszą osobą w rodzinie i jako jedyne może rozpoznać na zdjęciach przodków. Może przekazać dalszym pokoleniom nieznane rodzinne historie, zapomniane anegdoty, rodzinne sekrety czy cenne przepisy kulinarne. Czasami samo poddanie takiego pomysłu na wykorzystanie czasu, jaki pozostał, sprawia, że pacjent chce żyć dłużej. Że, pomimo zmęczenia czy fizycznej anergii, odzyskuje poczucie sprawstwa. Wie, że ma jeszcze coś do zrobienia, że warto walczyć o każdy kolejny dzień.

Na ile taka wola życia pozwala zatrzymać zbliżającą się śmierć?

Myślę, że pozwala żyć dłużej. Organizm człowieka jest funkcjonalną całością. Wiemy, że ośrodki mózgu odpowiedzialne za emocje, nastrój, odczuwanie bólu i odporność, są ze sobą blisko związane. Stąd kondycja psychiczna ma wpływ na długość życia pacjenta.

To jedno z najtrudniejszych zadań lekarza onkologa i lekarza medycyny paliatywnej - wzbudzić w pacjencie chęć życia w momencie, gdy wiemy, że śmierć jest bliska i nieuchronna.

Dawanie nadziei może wydawać się skrajnie trudne lub irracjonalne w sytuacji, gdy zarówno lekarz, jak i pacjent wiedzą, że nie ma już możliwości dalszego leczenia przyczynowego. Tę symboliczną i często enigmatycznie brzmiącą „Nadzieję” zamienić wtedy można na małe, możliwe do zrealizowania „nadziejki”. Nawet jeśli nie możemy już myśleć o wyleczeniu, możemy mieć nadal szansę na życie bez bólu, na życie w komforcie, pod opieką rodziny. To składa się na dobrą jakość końcowego etapu życia. Źródłem nadziei może być też dobra jakość umierania. Określa się ją w mniej popularnej (w odróżnieniu od pierwowzoru) skali The Quality of Dying Apgar na podstawie kilku parametrów, stopnia kontroli bólu i innych objawów somatycznych, poziomu rozpoznania i realizacji woli pacjenta odnośnie miejsca umierania i sposobu prowadzenia leczenia w ostatnim okresie życia, oceny, czy pacjent zdążył pozatłatwić wszystkie ważne dla niego sprawy (np. rodzinne, duchowe) oraz czy czas agonii nie był przedłużany (czy nie podejmowano niepotrzebnych działań).

Czy pacjenci pytają o to, jak będzie wyglądał moment śmierci?

Pacjenci pytają najczęściej o to, co może się medycznie wydarzyć, jakich objawów mogą się spodziewać. Takie pytanie może być dobrym pretekstem do rozmowy z chorym i jego rodziną o medycznych „scenariuszach”,

których możemy się spodziewać na podstawie rozpoznania, lokalizacji i zaawansowania choroby. Taka rozmowa pomaga przygotować pacjenta i rodzinę na możliwe do przewidzenia zdarzenia, oswoić lęk związany z chorobą. Zdarzają się też pytania o aspekty duchowe okresu końca życia. Nie zawsze czuję, że mam kompetencje, aby podejmować tematy sfery duchowej - wtedy dobrze posiłkować się wsparciem np. kapelana.

Śmierć jest codziennością zarówno dla onkologów, jak i lekarzy medycyny paliatywnej. Czy da się wyjść z pracy i zostawić wszystko za drzwiami szpitala?

W tych specjalizacjach medycznych chyba nie jest to możliwe. Najważniejsze jednak to znaleźć dobre proporcje między życiem osobistym a zawodowym. Trzeba mieć również poukładaną kwestię własnej śmiertelności. Często przyczyną lęku czy niepewności lekarskiej jest to, że nie jesteśmy oswojeni z myślą, że my także kiedyś umrzemy. Jeśli zaakceptujemy fakt, że jesteśmy śmiertelni, będziemy mogli lepiej pracować z pacjentem zbliżającym się do śmierci. Patrząc na ludzi, którzy umierają wokół nas, docenia się wartość każdego dnia. Nie wiem, co będzie jutro, nie wiem co będzie za dwa tygodnie. Wiem, że powinienam cieszyć się tym, co mam teraz. I takie rozumienie życia staram się roztaczać wśród swoich pacjentów.

(przedruk z „Pro Medico” nr 4/20)

OD DIAGNOZY DO ZAKOŃCZENIA LECZENIA. JAK WSPIERAĆ PACJENTA NA KAŻDYM ETAPIE CHOROBY?

Nie ingerować w naturalny proces psychiczny

Po pierwsze nie szkodzić - to bardzo stara i mądra zasada etyczna w medycynie. Jeśli będziemy ją stosować w przypadku każdego działania, jakiego się podejmujemy, otrzymamy solidną przesłankę, że postępujemy właściwie. Kiedy przychodzi do nas człowiek poruszony emocjonalnie tym, że coś z jego zdrowiem nie jest w porządku, musimy przede wszystkim nauczyć się szanować proces, który będzie naturalnie zachodził na naszych oczach.

„Szanować proces” to znaczy zbytnio w niego nie ingerować, a zamiast tego wspierać jego naturalny przebieg. Na tym etapie brzmi to osobiście, mam jednak nadzieję, że wraz z kolejnymi zdaniem przekaz stanie się bardziej zrozumiały. Człowiek jako taki posiada zasoby i możliwości, aby przeżywać i przechodzić przez ciężkie sytuacje oraz związane z nimi trudne emocje. Tak jak naturalnym jest doświadczanie negatywnych emocji: strachu, beznadziei, żalu, złości, a nawet rozpacz, tak samo naturalnym - wpisanym w nasze psychiczne zasoby - jest przechodzić przez nie i z nich ostatecznie wychodzić.

Emocje są niestałe i ograniczone w czasie. Pojawiają się w nas jako odpowiedź na wydarzenia, a dokładniej - odpowiedź na naszą interpretację wydarzeń. Zadanie oso-

by towarzyszącej choremu w doświadczaniu choroby, od strony psychologicznej, polega tylko (i aż) na stwarzaniu przestrzeni do naturalnego przeżywania i wyrażania tych emocji. Jeśli ingerujemy w swobodnie zachodzący proces emocjonalny, spowalniamy jego działanie. To zupełnie tak, jakby chcieć przejechać z Wrocławia do Zakopanego w prostej linii, niczym palcem po mapie, nie zważając na lasy, pola, zabudowania i inne elementy wkomponowane w teren. Aby dojechać do celu, mamy zwykle do pokonania pewną liczbę zakrętów. W takim rozumieniu zakręty te nie są przeszkodami na drodze, lecz elementem tej drogi. Tak też należy patrzeć na trudne, niekonstruktywne stany, myśli i emocje pacjenta pojawiające się na drodze do miejsca, w którym jest on pogodzony z zaistniałą sytuacją i gotowy do działania. One są potrzebne, aby osiągnąć prawdziwą, ugruntowaną akceptację, a nie wymuszoną przez zachęty bliskich i lekarza.

Jak motywować pacjenta?

Jest wiele rzeczy, które warto dla pacjenta robić, towarzysząc mu niejako w procesie chorowania, leczenia i powrotu do zdrowia. Motywowanie to jedno z tych działań, których nie trzeba, a nawet nie warto podejmować. Co mam przez to na myśli?





To, w jaki sposób reagujemy na określone wydarzenia w naszym życiu, jest w dużej mierze oparte na nawykach (zachowania wyuczone). Nasze osobiste, ugruntowane, emocjonalne sposoby reagowania na różne sytuacje nie są podatne na perswazję i tłumaczenie, są bardzo sztywne. W praktyce oznacza to, że nie możemy oczekiwać od pacjenta, który jest niejako wytrenowany przez całe lata swojego życia do reagowania strachem, aby się uspokoił, napełnił optymizmem i wolą walki, kiedy otrzyma informację, że coś z jego zdrowiem nie jest w porządku. Wszystkie zdania wypowiedziane w dobrej wierze, które brzmią np.: „Niech pan spojrz na plusy”, „Na pana korzyść przemawia bardzo dużo”, „Pan nie może tak czarno na to patrzeć”, „Pan musi wierzyć”, „Ma pan powody do radości, czemu pan się smuci?” są tylko stratą czasu i energii obojga: zarówno lekarza, jak i pacjenta. Możemy chwilowo doświadczyć pożądanego efektu, kiedy pacjent wydaje się być zarażony naszym optymizmem podczas wizyty. Potem jednak chory powraca do nawykowego myślenia. Szybko uświadamiamy sobie, że czeka nas powtarzanie tych samych treści. Zamiast więc motywować pacjenta w ten sposób, lepiej wysłuchać jego aktualnych, prawdziwych emocji, by mogły one zostać w pełni przeżyte w bezpiecznym środowisku.

Co oznacza bezpieczne środowisko dla przeżywania emocji i bólu?

Kiedy chcę wyrazić swoją złość, ale się boję, że inni będą zbulwersowani albo zmartwieni moim „atakami”, bądź kiedy bardzo chcę mi się płakać, ale kryję łzy, żeby nie śledziły mnie zmartwione spojrzenia i dobre rady, to znaczy, że nie mam bezpiecznych warunków doświadczenia emocji.

Bezpieczne warunki do wyrażenia emocji to takie, w których pacjent może czuć się dokładnie tak, jak tego potrzebuje. Zostaje wysłuchany i zauważony przez kogoś, kto się nie boi jego emocji, nie jest nimi nazbyt zmartwiony, przyjmuje je naturalnie i swobodnie, a jednocześnie z zaangażowaniem. Kiedy mamy poczucie, że nie jesteśmy odbierani jako niestabilni i „do wskazania psychiatrycznego”, a nasze emocje znajdują zrozumienie, wówczas środowisko dla przeżywania emocji i bólu uznać należy za bezpieczne. Nieprostowane, niełagodne, niepodlegające negocjacji - tak powinny być traktowane nasze emocje w sytuacji, kiedy mamy je przeżyć. I w taki właśnie sposób złość naturalnie znika - przemija po tym, jak zostanie kilka razy realnie usłyszana. A z za bezbrzeżnego smutku - po tym, jak zostanie wyrażony, a nie stłumiony przez pocieszenie - wyłania się prawdziwa radość.

Być może brzmi to jak historia z bajki, w której bohaterami są emocje. Ale tak to właśnie wygląda. Tak można sobie to wyobrazić.

Czego potrzebuje lekarz, aby stworzyć pacjentowi bezpieczne środowisko do przeżywania emocji w swoim towarzystwie?

Poznaliśmy rodzaje drzew na biologii, miejsca złóż węgla w Polsce na geografii itd., ale nie zgłębiliśmy wiedzy związanej z ludzką emocjonalnością. A to, czego musimy się nauczyć, aby naprawdę pomagać psychicznie osobom podczas procesu zachodzącego od momentu diagnozy aż do zakończenia leczenia, to akceptowanie ich emocji, bez przekształcania ich na ładniejsze, łżejsze, bardziej akceptowalne, mniej straszne.

Trzeba w pełni oswoić się z ekspresją emocjonalną, taką jaka ona jest, czyli „nieładną”. To oznacza, że należy nauczyć się słuchać, gdy ktoś mówi: „to wszystko już nie ma sensu”, zamiast go strofować, żeby tak nie mówił. Wymaga to umiejętności spojrzenia prosto w twarz człowieka, który ze złością twierdzi, że ma dość wszystkiego i wszystkich. I nie umniejszać tej złości.

Proces emocjonalny potrzebuje obserwatora, który nie boi się emocji. Stanowi to element wsparcia psychicznego i swoisty wentyl emocjonalny. Wsparciem są też słowa wyrażające akceptację i zrozumienie dla myśli i uczuć pacjenta. Proste zdania, które część z nas stosuje intuicyjnie, brzmią: „Widzę, że jest pani bardzo trudno. Widzę, że to, czego się Pani dzisiaj dowiedziała bardzo panią wstrząsnęło. Widzę też, że jest pani wściekła na nas wszystkich. Wiem, że ma pani w tym momencie dosyć całego szpitala. Wiem, słyszę...”

Jakie są etapy godzenia się z chorobą?

Proces godzenia się z chorobą zawiera takie same etapy jak każdy inny proces żałoby. Aby zaakceptować to, co dzieje się w naszym organizmie, i móc patrzeć w przyszłość z wiarą i chęcią do działania, trzeba niejednokrotnie sięgnąć przysłowiowego dna, przechodząc przez: zaprzeczanie, złość, negocjowanie i smutek (depresję).

Zaprzeczanie, jakkolwiek bywa uciążliwe dla lekarza, jest jednocześnie absolutnie naturalnym etapem wstępnym asymilowania szokującej informacji przez pacjenta. Można powiedzieć, że umysł pacjenta nie jest początkowo gotowy, by informację przyswoić. Jest ona na tyle szokująca, że nie pasuje do schematu, więc zrozumienie jej wymaga czasu. I należy ten czas dać pacjentowi, nie oczekując, że od razu pojmie zupełnie nową, znacząco zaburzającą dotychczasowy obraz rzeczywistości wiadomość. Na drodze do ostatecznego urealnienia sytuacji pacjenta lekarz powinien serdecznie, cierpliwie, jasno i rzeczowo powtarzać, jak wygląda ona z jego perspektywy.

Kiedy pacjent urealni nową rzeczywistość, czyli swój stan zdrowia, przychodzi zwykle czas na złość. To nasz naturalny, ludzki mechanizm obronny przed tym, co nas boli, co nam się nie podoba, jest nie po naszej myśli, czego się boimy, i na co się nie zgadzamy. Nasze duże NIE wobec tego, w czym upatrujemy swojej krzywdy.

Najczęściej popełniany błąd w postępowaniu z osobami, które się złością, to uspokajanie ich. Szczególnie, jeśli w jakiś sposób upokarza to adresata: „Tak się nie zachowują stabilne osoby”, „Proszę zachowywać się jak doro-

sły, odpowiedzialny człowiek”, „Proszę panować nad sobą itd.”. Dobrze jest pamiętać, że człowiek zezłoszczony to człowiek, który nie radzi sobie z tym, co się dzieje w jego wnętrzu. Wszystkie strategie zorientowane na stłumienie złości u pacjenta bardzo spowalniają cały proces żałoby. Gdy zahamujemy złość, nadal będzie się ona tliła w podświadomości. Zupełnie tak, jakby ukryć wyrażenie widoczny problem, udając, że nie istnieje. Znacznie lepiej złości się przyjrzeć, bo wyrażona i usłyszana, będzie mogła przeminąć. Zbawienną rolę lekarza jest więc usłyszenie złości: bez strachu, bez oceny, ze zrozumieniem - jako naszej wspólnej, naturalnej, ludzkiej reakcji na to, co nas boli i przeraża.

Dla swojego dobra musimy się też nauczyć obcować ze złością pacjenta, nie biorąc jej przy tym do siebie. Może nadejść taki dzień, kiedy pacjent będzie na nas zły, bo nasza terapia nadal nie przynosi pożądanych rezultatów. Ma prawo do tej złości i frustracji, gdyż oczekuje efektów. Rozumiemy te emocje, ale jednocześnie nie bierzemy za nie odpowiedzialności - nie bierzemy na siebie winy za złość drugiej osoby, kiedy wykonujemy naszą pracę z największą starannością.

Zaraz po złości pojawia się zwykle etap negocjacji. Dzieje się on w głównej mierze na poziomie mentalnym i łączy się bezpośrednio z poczuciem winy na poziomie emocjonalnym. Silne poczucie winy, podsycane przez analizowanie przeszłości i zastanawianie się, co można było zrobić inaczej, uniemożliwia pójście dalej. Zamiast uciszać rozważania pacjenta w najbardziej znany nam sposób: „Nie ma co patrzeć wstecz, to już było, to niczego nie zmieni” należy pochylić się z pacjentem nad tym, co go w przeszłości zatrzymuje. Możemy mu na tym etapie bardzo pomóc.

Gdy pacjent koncentruje się na poszukiwaniu swoich błędów i niedopatrzeń, próbując zrozumieć, czym ściągnął na siebie aktualne nieszczęście, potrzeba kogoś, kto będzie stanowić mądrą przeciwwagę dla jednostronnej,

autoagresywnej postawy. Potrzeba kogoś, kto pomoże pacjentowi zobaczyć i zrozumieć swoje własne „błędy”. Gdy pacjentka wciąż i wciąż odtwarza w głowie pytanie, czy gdyby poszła wcześniej na USG, to nie straciłaby ciąży, potrzebuje adwokata w swojej własnej sprawie. Kogoś, kto pomoże jej dostrzec, dlaczego wtedy na USG nie poszła, co stało się na przeszkodzie, albo przypomni, że w ogóle wtedy o tym nie pomyślała, co przecież słyszała wiele razy, aby nie panikować przy każdej boleści w brzuchu. Niemal każde działanie, które z perspektywy czasu uważamy za błędne, możemy uzasadnić. Takim właśnie adwokatem powinniśmy być dla swoich pacjentów, kiedy oni sami grzęzną w poczuciu winy.

Kolejny etap żałoby (przedostatni) to smutek (depresja). Smutek jest niejako efektem odarcia się z poszczególnych warstw myśli i emocji. Tu już nie ma miejsca na negocjacje z rzeczywistością, nie ma już oporu i złości. Zaistniała sytuacja jest postrzegana zgodnie ze stanem faktycznym i wywołuje dużo smutku. Nie można pacjentowi przeszkadzać, rozweselać go. Nie można przyspieszać jego radzenia sobie ze smutkiem ani z nim negocjować na korzyść pozytywnego myślenia. Tak jak ze wszystkimi innymi emocjami, trzeba pozwolić mu zaistnieć i zapewnić przestrzeń do jego wyrażania, bez cenzury, a samemu okazywać zrozumienie. Gdy smutek przeminie, przychodzi czas na akceptację. Jest to tak naturalne jak to, że po burzy pojawia się słońce.

Życzę czytelnikom „Medium” otwartości i cierpliwości, by z łatwością mogli Państwo towarzyszyć pacjentom w procesie emocjonalnym. To może być piękna podróż, o ile odrzucimy przymus.

Mgr Anna Masternak - psycholog, trener komunikacji. Prowadzi szkolenia dla lekarzy z zakresu budowania relacji z pacjentem, komunikacji, asertywności oraz zarządzania emocjami. Kontakt: a.masterin@gmail.com (przedruk z Medium” nr 3/20)

ROSZCZENIA PACJENTÓW - BYŁY, SĄ I BĘDĄ

Wprowadzenie wojewódzkich komisji ds. orzekania o zdarzeniach medycznych i zmian w ustawie o prawach pacjenta w 2012 r. było próbą budowania w Polsce systemu no fault (bez winy), funkcjonującego chociażby w krajach skandynawskich. Rozwiązanie to miało m.in. znacznie ograniczyć liczbę postępowań sądowych. Niestety, tego celu nie udało się osiągnąć.

- Komisje ds. orzekania o zdarzeniach medycznych mają za zadanie wyłącznie stwierdzić, czy w szpitalu doszło do zdarzenia medycznego, czy nie. Komisja nie orzeka o winie personelu medycznego, stwierdza jedynie, że dane zdarzenie medyczne miało miejsce. W założeniu ustawodawcy, komisje miały więc zapewnić szyb-

ką ścieżkę dochodzenia roszczeń - przypomina dr Stefan Kopocz, okręgowy rzecznik odpowiedzialności zawodowej w Śląskiej Izbie Lekarskiej.

Pacjent składa wniosek, wpłaca 200 zł, a wojewódzka komisja powinna wydać orzeczenie nie później niż w ciągu czterech miesięcy od jego złożenia. Powstanie komisji miało odciążyć nie tylko sądy, ale i rzeczników odpowiedzialności zawodowej w izbach lekarskich. Tak się jednak nie stało.

- Liczba skarg kierowanych do rzeczników od kilku lat utrzymuje się na podobnym poziomie, natomiast z moich informacji wynika, że maleje liczba wniosków wpływających do komisji wojewódzkich - zaznaczał dr Kopocz





podczas spotkania pt. „Rozmowy o zdrowiu” (Katowice, 30 sierpnia 2019 r.) zorganizowanego przez redakcję Rynku Zdrowia.

Nie tak miało być

Wprowadzenie wojewódzkich komisji ds. orzekania o zdarzeniach medycznych i zmian w ustawie o prawach pacjenta z 2012 r. było próbą budowania w Polsce systemu no fault (bez orzekania winy). System ten pozwala na ograniczenie występowania zdarzeń medycznych poprzez odpowiednie opracowanie bezpiecznych i przejrzystych procedur postępowania z pacjentem, także m.in. poprzez rzetelne raportowanie takich zdarzeń oraz ich analizowanie.

- Niestety, takiego mechanizmu nadal nie udało się w Polsce wprowadzić. Przez jedną kadencję byłem członkiem wojewódzkiej komisji ds. orzekania o zdarzeniach medycznych. Prawda jest taka, że pacjent jak najszybciej chce otrzymać pieniądze. Tymczasem komisja prowadzi normalne postępowanie wyjaśniające. Wysłuchuje obu stron, ich pełnomocników, świadków, gromadzony jest materiał dowodowy itd. Dopiero po przeprowadzeniu takiego postępowania wydawane jest orzeczenie. To już się pacjentom tak bardzo nie podoba... - przyznaje dr Kopocz.

Mówiąc kolokwialnie, wojewódzkie komisje ds. orzekania o zdarzeniach medycznych miały „załatwić szybko pieniądze” dla pacjenta. Założeniem takiego systemu nie jest rozpatrywanie winy lekarza, ale spojrzenie na szpital jako na jednostkę ochrony zdrowia, w której doszło do zdarzenia lub nie. Niestety, nie wdrożono narzędzia będącego istotą systemu no fault w innych krajach. W modelowej wersji tego systemu, jaki działa w Szwecji, lekarz popełniający błąd medyczny nie tylko nie ponosi odpowiedzialności, ale kiedy sam przyzna się do błędu, jest za to chwalony. Komisja sprawdza wówczas w katalogu zdarzeń, jakie odszkodowanie należy się pacjentowi.

Unikajmy mieszania pojęć

Dr Stefan Kopocz wskazuje, że w Polsce, mimo wprowadzania kolejnych regulacji prawnych, nadal dość często mylone są takie pojęcia, jak: błąd medyczny, zdarzenie niepożądane, zdarzenie medyczne, powikłanie. - Błąd medyczny jest bardzo ściśle zdefiniowany - to podjęcie działań lub ich zaniechanie przez lekarza w granicach jego możliwości i dostępnych środków - tłumaczy.

Zwraca uwagę, że potocznie, w popularnym obiegu, błąd medyczny bywa utożsamiany z powikłaniem. Tymczasem definicja powikłania też jest dość jasna: - To niepowodzenie medyczne spowodowane schorzeniami pacjenta. Innym zaś pojęciem jest zdarzenie niepożądane. To również niekorzystny wynik leczenia, jednak nie mający związku z chorobą, z powodu której pacjent został przyjęty do szpitala - np. chory wypadł z łóżka czy przewrócił się na korytarzu - podaje przykłady.

- Wreszcie mamy stosunkowo nowe pojęcie, czyli wspomniane już zdarzenie medyczne - wprowadzone w 2012 r. do ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjen-

ta, m.in. w części tych przepisów regulujących funkcjonowanie wojewódzkich komisji ds. orzekania o zdarzeniach medycznych. Ta definicja jest bliźniaczo podobna do błędu medycznego. Wniosek do komisji może dotyczyć wyłącznie leczenia szpitalnego - przypomina dr Kopocz.

Prokurator powinien wiedzieć

Wskazuje też na niektóre aspekty odpowiedzialności karnej lekarzy: - W województwie śląskim działa w Prokuraturze Okręgowej największy w kraju wydział zajmujący się błędami medycznymi. Bardzo często informację o tym, że w szpitalu stało się coś niedobrego, otrzymuję właśnie z prokuratury, a nie z placówki medycznej - mówi okręgowy rzecznik odpowiedzialności zawodowej w Śląskiej Izbie Lekarskiej.

- Zdarza się też, iż prokurator pyta nas, czy w izbie prowadzimy postępowanie dotyczące danej sprawy. Dzieje się tak, ponieważ nierzadko pacjenci omijają wszelkie inne możliwe drogi w naszym systemie prawnym i od razu zgłaszają skargę w prokuraturze - mówi dr Kopocz. Dodaje, że Śląska Izba Lekarska nawiązała współpracę z prokuraturami: - To ważne, ponieważ okazało się, że wiedza wielu prokuratorów o tym, czym jest błąd medyczny, a czym powikłanie, była żadna. Na wspólnych spotkaniach wyjaśnialiśmy, że są to różne pojęcia - stwierdza.

Z danych opublikowanych przez Prokuraturę Krajową wynika m.in., że w 2017 r. prokuratury w całym kraju prowadziły 5.678 postępowań dotyczących błędów medycznych. To o 15% więcej niż w 2016 r., kiedy prokuratorzy prowadzili 4.963 takie sprawy. Spośród tych wszystkich postępowań aż 60% stanowiły sprawy ze skutkiem w postaci śmierci pokrzywdzonego pacjenta (3.374 postępowania).

Nie jest bezpiecznie

Czy wprowadzenie do systemu prawnego wojewódzkich komisji ds. orzekania o zdarzeniach medycznych, a także rosnąca liczba roszczeń pacjentów i coraz wyższe kwoty odszkodowań skutkują podnoszeniem poziomu zarządzania ryzykiem medycznym w polskich szpitalach?

Z jednej strony rosnąca liczba oraz wartość roszczeń i zmiany wprowadzone w 2012 roku, uświadomiły zarządzającym szpitalami skalę konsekwencji wynikających ze wspomnianych zdarzeń czy błędów. Z drugiej strony pacjenci - poszkodowani czy też potencjalnie poszkodowani - uzyskali kolejne narzędzie, zresztą bardzo niedoskonałe, by dochodzić swoich racji.

- Funkcjonujący obecnie w Polsce system prawny jest źródłem jeszcze jednego bardzo niepokojącego zjawiska. Otóż wielu lekarzy, właśnie obawiając się m.in. odpowiedzialności karnej, rezygnuje ze stosowania nowatorskich metod leczenia, kiedy wszystkie inne dostępne terapie nie przynoszą oczekiwanych rezultatów - podsumowuje dr Stefan Kopocz.

Szpitala podejmują różne działania

Szpitala w różny sposób starają się minimalizować ryzyka związane z roszczeniami pacjentów. Część placó-

wiek korzysta z odradzającej się od kilku lat w Polsce formuły ubezpieczeń wzajemnych. Inne bardziej ostrożnie podchodzą do tego modelu.

- W sytuacji narastającego problemu roszczeń pacjentów zasada wzajemności może stanowić pewne zagrożenie dla placówek medycznych. Jeśli np. wystąpi duża szkoda lub spora liczba zgłoszonych (zasądzonych) roszczeń, odszkodowania dla wszystkich członków (towarzystw ubezpieczeń wzajemnych - red.) są zmniejszane lub wręcz wszyscy udziałowcy proszeni są o dopłatę składki. Taka sytuacja w zasadzie nie dotyczy ubezpieczonych w towarzystwach ubezpieczeniowych - informuje nas Marcin Sygut, dyrektor Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego nr 2 PUM w Szczecinie. I dodaje: - Członkowie, w zależności od statutu, mogą być proszeni o coroczną, dodatkową opłatę członkowską. Firmy ubez-

pieczeniowe dysponują większym kapitałem, co wpływa bezpośrednio na ich stabilność finansową.

- W naszym szpitalu od 1,5 roku działa komisja ds. zdarzeń niepożądanych, na której omawiane są wszelkie zdarzenia ryzykowne, zdefiniowane według kryteriów CMJ i uzupełnione o sytuacje specyficzne dla naszej jednostki. W zespole są przedstawiciele każdej kliniki. Zespół spotyka się co miesiąc, omawia poszczególne zdarzenia i opracowuje algorytmy służące unikaniu takich zdarzeń w przyszłości. Dodatkowo na poziomie każdej kliniki i oddziału odbywają się cykliczne spotkania personelu lekarskiego i pielęgniarskiego, gdzie omawiane są zdarzenia niepożądane z danej jednostki - podsumowuje Marcin Sygut.

Wojciech KUTA

(przedruk z „Rynku Zdrowia” nr 1-2/2020)

OTYŁOŚĆ – CIĘŻKI PROBLEM NASZYCH CZASÓW

„W Polsce olbrzymim problemem jest otyłość i cukier, którego spożywamy gigantyczne ilości. Rocznie na jedną osobę w naszym kraju przypada 100 litrów wypitych napojów słodzonych. To pokazuje skalę. Szczegółowe analizy wykazały, że u dzieci 40 do 60% zapotrzebowania kalorycznego na dobę jest pokrywane ze słodzonych napojów gazowanych. Mamy dramatyczną sytuację” - ostrzega minister zdrowia Łukasz Szumowski. „Cukier to nie tylko otyłość. To są choroby układu sercowo-naczyniowego w przyszłości, nowotwory, a także problemy z cukrzycą typu II” - dodaje uzasadniając wprowadzenie tzw. „podatku cukrowego”.

Neurolog Agnieszka Klimowicz, znana na Facebooku jako „Doktor Agnieszka”, opublikowała wpis, w którym przypominała, że otyłość nie jest problemem wyłącznie estetycznym. Zaapelowała, aby „w imię poprawności politycznej nie akceptować patologii” i mówić głośno o problemie otyłości. Została za to ostro skrytykowana przez niektóre użytkownicy serwisu.

Lekarze o dodatkowych kilogramach

Czy podejmować ten trudny temat przy okazji każdej wizyty pacjenta? Co myślą o otyłości (własnej i pacjentów) inni lekarze? Zapytałem o to na łamach portalu medycznego Esculap. Poniżej wypowiedzi koleżanek i kolegów medyków:

„Niedawno, przy wejściu na siłownię w moim mieście, można było zobaczyć zdjęcie dziewczyny z napisem: »Tego lata chcesz być syreną czy wielorybem?« Jedna z kobiet odpowiedziała na to w Internecie: »Wieloryby są zawsze otoczone przez przyjaciół (delfiny, foki, ludzie), mają bardzo aktywne życie seksualne i wychowują swoje dzieci z dużą czułością. Bawią się jak szalone z delfinami i jedzą tyle krewetek, ile dusza zapragnie. Pływają przez cały dzień i odwiedzają niesamowite miejsca. Są to niezwykle

i bardzo kochane zwierzęta, które każdy broni i podziwia. Syreny zaś nie istnieją, ale... gdyby żyły, stałyby zapewne w kolejce do psychologa po pomoc w ustaleniu, czy są kobietami czy rybami. Nie miałyby życia seksualnego i nie mogłyby mieć dzieci. W czasach, gdy media wmawiają nam, że tylko chude jest piękne, wolę jeść lody z moimi dziećmi, obiad z mężem, jeść, pić i bawić się z przyjaciółmi... Nie osądzajmy innych według tuszy, ważna jest osobowość i serce.«”

„Przeczytałam ostatnio, w jaki sposób niektórzy mężczyźni po 40-tce tłumaczą swój duży brzuch. Otóż »przybierają oni na wadze tylko dlatego, że uzbierane przez lata doświadczenia, wiedza, mądrość, opiekuńczość, roztropność i inne uczucia, nie mieszczą się już w głowie i muszą jakoś zmieścić się w ciele. :-)<”.

„Do wszystkich obrońców »pulchnych«. Przyczepiliście się do pani neurolog, która napisała na FB prawdę. Sam walczę już nie z nadwagą, ale otyłością (z różnym skutkiem - staram się przede wszystkim bardzo dużo ćwiczyć: biegi długodystansowe, pływanie, itd.), ale zdarza mi się podjadanie późno w nocy podczas siedzenia przy komputerze i dlatego efekty są, jakie są. Zawzięłem się jednak i będę walczył dalej. Pisanie, że grube jest piękne może było aktualne w czasach Rubensa (gdzie średnia wieku oscylowała wokół czterdziestki), ale dzisiaj świadczy o braku szacunku dla własnego organizmu i zaniechaniu jego elementarnych potrzeb. Nie piszę, że chodzi o uzyskanie sylwetki gimnazjalistki, ale facet z bębnem z przodu czy kobieta w kształcie beczułki, to jest proszę Państwa lenistwo. I to mówię ja - gruby facet, będący od kilku lat na wojnie z własnym tłuszczem.”

„Moja mama zawsze miała dużą, żeby nie powiedzieć wielką, otyłość. 160 cm wzrostu i 120 kg masy ciała. Tato zawsze mówił, że kochanego ciała nigdy za wiele, a sam





był do 60-tki dobrze zbudowany, ruchliwy i nigdy nie miał problemu z nadwagą. I wszyscy twierdzili, że moja ma-mato wulkan energii, zawsze ruchliwa, pełna energii, że ma kobiece kształty. I tak mówili, jak miała 30 lat, 40 lat, 50 lat. . . tyle, że później zaczęły się problemy z sercem, nadciśnieniem, biodrem, kolanami, bólami kręgosłupa, bezsennością, bo może spać w ograniczonej liczbie pozycji. I teraz jak ma 70 lat, to nikt nie mówi, że jest cool i że ma kobiece kształty. Teraz to serce boli, jak patrzę na grymas na jej twarzy, gdy chce wstać z krzesła i zrobić kilka kroków do kuchni. Naprawdę cholernie boli patrzenie na jej stan. Mam też znajomego rówieśnika mojej mamy, który ma 78 lat, świątek, piątek czy niedziela, świeci słońce czy pada deszcz codziennie 8-10 kilometrów spacerem. I wygląda na 50, a nie 78 lat. Więc moi drodzy, lekarka w mało wyrafinowany sposób, ale miała rację mówiąc głośno o naszej ogólnej akceptacji dla patologii.”

A co na to eksperci?

Prof. Maciej Michalik, prezes Sekcji Chirurgii Metabolicznej i Bariatrycznej Towarzystwa Chirurgów Polskich, zwraca uwagę na konieczność zmiany świadomości postrzegania otyłości nie tylko wśród społeczeństwa, ale i wśród lekarzy, a szczególnie tych, którzy na co dzień jej nie leczą. „Traktuje się ją jako wyraz słabej woli, łakomstwa i złego trybu życia, a to choroba jak każda inna. Ona nie rozwija się tylko u osób o słabej woli. To choroba wieloczynnikowa, wynikająca z mechanizmów odpowiedzialnych za przyjmowanie energii do organizmu, jej rozkład i zużycie” - tłumaczy prof. Michalik.*

„Co prawda w rozwoju otyłości znaczenie może mieć wiele genów odpowiedzialnych m. in. za produkcję białek kontrolujących łaknienie, ale całej winy na nie zrzucać nie

można. Czynnikiem sprzyjającym zachorowaniu na otyłość mogą być niektóre leki, np. antydepresyjne i hormonalne, zmiany endokrynologiczne w organizmie wywołane przez pewne choroby, a ponadto depresja, problemy emocjonalne i fobie. Współczesny styl życia nie pomaga w byciu szczupłym. Niski poziom aktywności fizycznej i siedzący tryb życia sprzyjają zyskiwaniu dodatkowych kilogramów, podobnie jak większe tempo życia i obciążenie stresem” - ostrzega prof. dr hab. Magdalena Olszanecka-Glinianowicz, prezes Polskiego Towarzystwa Badań nad Otyłością.*

„Nie chciałam obrazić, ale zwrócić uwagę na problem”

W odpowiedzi na liczne, negatywne komentarze na FB, autorka wpisu - Agnieszka Klimowicz napisała: „Nie było moją intencją obrażanie kogokolwiek, tylko zwrócenie uwagi na stale rosnący problem otyłości.” Dodała, że docierają do niej głosy lekarzy, trenerów, fizjoterapeutów, pielęgniarek, których pacjenci „każdą uwagę na temat dodatkowych kilogramów odbierają jako atak. „A przecież otyłość to poważny problem metaboliczny, psychologiczny, społeczny i ekonomiczny” - podsumowała lekarka.

A mnie przypomniła się stara anegdota: „Żona mówi do męża stojącego w łazience na wadze: - Myślisz, że jak wciągniesz brzuch, to coś ci pomoże?” - Tak, będę widział wagę...

Jarosław KOSIATY

* - „Tycie skraca życie”, Mariusz Tomczak, „Gazeta Lekarska”, nr 5-6/2017

(przedruk z Biuletyn Okręgowej Izby Lekarskiej OIL w Koszalinie nr 4/20)

TRADYCJE ZWIĄZANE ZE ŚWIĘTAMI BOŻEGO NARODZENIA (z Podlasia)

Wigilia Świąt Bożego Narodzenia jest szczególnym dniem w roku. Często określana była jako Dzień Godny lub Święto Godnie. Nazwy te wywodzą się jeszcze z okresu średniowiecza, około XV w., ówczesni w wigilię Świąt Bożego Narodzenia obchodzili również zakończenie starożytności. Zgodnie z wierzeniami był to dzień, którego skutki odczuwane będą przez cały kolejny rok. Wszystkie zdarzenia jakie miały miejsce w Wigilię miały się powtarzać, aż do następnego grudnia. Dlatego też dzień ten stawał się okazją do pogodzenia się skłóconych sąsiadów czy zwaśnionych rodzin. Stąd właśnie wzięły się nazwy Gody lub Święta Godnie, które można jeszcze spotkać w niektórych regionach województwa podkarpackiego. Wierzono, że wszystko co wydarzy się w Wigilię będzie miało konsekwencje w całym następnym roku, dlatego

też dzień ten wypełniony był nie tylko krzątaniną, przygotowaniami do uroczystej wieczerzy, ale również odczytywaniem przyszłości i prowokowaniem losu - respektowanie zwyczajowych zakazów i nakazów miało przynieść w nadchodzącym roku pomyślność, urodzaj i zdrowie.

Uważano, że nie można być w ten dzień leniwym. Dlatego też pracę rozpoczynano już od wczesnych godzin rannych. Dobra gospodyni nie mogła usiąść i odpocząć, aż do rozpoczęcia wieczerzy wigilijnej, kobiety musiały cały czas pracować, aby zapewnić urodzaj i związaną z tym pracę w gospodarstwie. Natomiast mężczyźni, przynosili z lasu kilka drewniaków, a w późniejszych wiekach choinkę, aby zapewnić „przybywanie”, „darzenie” w gospodarstwie. W związku z tym, że na Podkarpaciu mieszały się kultury różnych krajów pojawił się zwyczaj

strojenia choinki. Przyjął się on dość późno bo dopiero na przełomie XIX i XX wieku. Pojawienie się bożonarodzeniowego drzewka wiąże się z przybyciem niemieckich czy też austriackich kolonistów, którzy mieszkali na terenie naszego kraju podczas zaborów. Najpierw zwyczaj zdobienia drzewka przejęli mieszkańcy miast. Na wsiach dość długo dominowała ludowa ozdoba, tak zwana „podłaźniczka”. Była to ucięta gałąź sosny, świerku lub jodły wieszana pod sufitem. Na niej również wieszano dekoracje, które potem przeniesiono właśnie na choinkę. Dawniej na wsiach przyniesienie choinki do domu miało cechy kradzieży obrzędowej: gospodarz rankiem w Wigilię udawał się do lasu, a wyniesiona z niego choinka czy gałęzie, „ukradzione” innemu światu, za jaki postrzegany był las, miały przynieść złodziejowi szczęście. Dawnymi tradycyjnymi zdobieniami choinkowymi były ciastka, pierniczki (wypiekane często w kształcie serca), orzechy, małe, czerwone tzw. rajskie jabłuszka, własnoręcznie wykonywane w czasie adwentu ozdoby z bibuły, kolorowych papierów, piórek, wydmuszek, słomy i źdźbeł traw, kłosów zbóż itp. Na gałązkach w wieczór wigilijny zapalano świece i tzw. zimne ognie. Każda z ozdób zawieszona na choince miała swoje znaczenie. Gwiazda Betlejemka, którą umieszczano na szczycie drzewka od ubiegłego wieku, miała pomagać w powrotach do domu z dalekich stron. Oświetlenie choinki broniło dostępu złym mocom, a także miało odwrócić nieżyczliwe spojrzenia ludzi. Jabłka zawieszane na gałązkach symbolizowały biblijny owoc, którym kuszeni byli przez diabła Adam i Ewa. Później zastąpiono je małymi rajskimi jabłuszkami. Pierwotnie zapewnić miały zdrowie i urodę. Orzechy zawijane w sreberka nieść miały dobrobyt i siłę. Papierowe łańcuchy przypominały o zniewoleniu grzechem, zaś w ludowej tradycji uważano, że łańcuchy wzmacniają rodzinne więzi oraz chronią dom przed kłopotami. Dzwonki oznaczają dobre nowiny i radosne wydarzenia. Natomiast anioły mają opiekować się domem. Choinka nie mogła się wywrócić, ponieważ wróżyło to rychłą śmierć kogoś z domowników.

Skrupulatnie przestrzegano zakazu pożyczania cegół, a także wynoszenia odzieży i zboża z komory aby w domu nie ubywało. Nie można było używać igły ani niczego naprawiać, aby w ciągu następnego roku nic się nie psuło i nie wymagało naprawy. Wierzono również, że należy oddać wszystkie długi, aby stare nie ciążyły a nowych nie trzeba było zaciągać. Z kolei pożyczanie jakiegokolwiek przedmiotu od Żyda miało zapewnić pomyślność.

Wierzono także, że jeśli ktoś wstając kichnął, miał być szczęśliwy i zdrowy przez cały następny rok. Uważano, że gdy drzewa w sadzie wigilijnym rankiem pokryte były szronem, to rok miał być urodzajny. Po Wigilii natomiast szło się do sadu i obuchem siekiery uderzało się w drzewa żeby dobrze rodziły, każde drzewo obwiązywało się powrosem ze słomy żeby się darzyło. Unikano też picia wody sądząc, że wypicie jej w wigilię spowoduje

ciągłe pragnienie. Ponadto wodę uważano za główne pożywienie roślin dlatego też człowiek nie powinien jej zabierać. Wierzono też, że w wodzie zamieszkują złe moce, demony, które mogą zagrażać człowiekowi, dlatego nie jedzono podczas wieczerzy potraw pochodzących z wody. Wielu etnografów zauważa, że popularnych wspólnie ryb dawniej nie było wśród wigilijnych potraw. Spożywało się jedynie to, co się rodzi w lesie, ogrodzie i na polu, czyli orzechy laskowe, miód, grzyby, warzywa, owoce, płody rolne.

Ciekawym przesądem był ten, który mówił, iż jeśli któraś mężatka pragnie śmierci męża, wystarczy, że wczesnym rankiem zmówi pod najbliższą gruszą 7 pacierzy, a życzenie zostanie spełnione. Ten sam rytuał miał dotyczyć też marzenia panny o zamążpójściu. Mówiono, że z której strony w Wigilię pierwszy pies zaszczeka to z tej strony przyjdzie do panny przyszły kawaler. W niektórych wsiach panny po wyjściu na dwór wołały: „Szczekaj pies, gdzie mój jest”. Taki sam przesąd dotyczył palenia zapałki, w którą stronę przekrzywi się spalone drewno z tej przyjdzie kawaler. Gdzie indziej nawoływały i czekały z której strony odezwie się echo. Liczyły też kołki w płocie powtarzając kolejno: „kawaler, wdowiec” lub „młody, stary” lub zrzucały buty z nóg w stronę drzwi - jeśli but upadł noskiem, panna miała wyjść za mąż, gdy zaś spadł obcasem - pozostać w nadchodzącym roku w stanie panieńskim. W niektórych wsiach dziewczyny ciągnęły spod obrusa źdźbła siana - ta która wyciągnęła zielone miała się wydać za mąż. Ciekawą wróżba było rzucanie kotu tzw. „kogutków” wigilijnych, czyli kluszek doprawianych tak jak kutia. Ta panna, której kluski kot pierwszej spróbował miała wyjść następnego roku za mąż, panny więc maczały rzucane kluski w tłuszczu, obtaczały w cukrze i innych łakociach, tak by zachęcić kota do zjedzenia tej, a nie innej. W niektórych wsiach zamążpójście wróżono także z cebuli, którą rozbiegano na tyle łupin ile panien w domu i sypano do nich sól. Tej, której sól zawilgotniała wróżono zamążpójście. Gwarancję znalezienia pracownitego męża dawało zaś uprzedzenie choćby jednej nici lnu przez pannę. Jeśli dziewczyna chciała być piękna i zdrowa, wystarczyło, iż umyje się wodą, do której uprzednio wrzuciła czosnek lub srebrną monetę.

Ważne też było kto tego dnia odwiedza dom. Jeśli pierwsza do domu weszła kobieta, to znak, że albo ktoś umrze, albo dom nawiedzą inne nieszczęścia, dlatego widząc nadchodzącą niewiastę ryglowano drzwi lub wyrzucano ją siłą, tak by nie przekroczyła progu domu. Mężczyzna oznaczał szczęście, pod warunkiem jednak, że nie był ubrany w kozuch, bo wówczas zwiastował choroby. W niektórych powiatach także i odwiedziny kobiety mogły stanowić dobrą wróżbę.

W powiecie jasielskim np. wierzono, że gdy dom pierwsza w Wigilię odwiedzi niewiasta, to w gospodarstwie na wiosnę wylęgną się same kokoszki, gdy zaś mężczyzna – to koguty. W przeworskim przyjście kobiety oznacza-



ło urodzenie cieliczki, mężczyzny zaś – byczka. W większości miejscowości kobieta jednak oznaczała nieszczęście, stąd też praktykowano między sąsiadami zwyczaj wysyłania wczesnym rankiem nawzajem do siebie młodych chłopców, by to oni jako pierwsi nawiedzili dom sąsiada. „Połaźnicy”, zwani też „szczęściarzami” recytowali wierszowane życzenia: „Winszuje Wom szczyńścio, zdrowio, samego dobrego, roku fortunnego, a po śmierci królestwa niebieskiego” lub „Daj Wam Boże na ten Nowy Rok, żeby Was nie bolała głowa ani bok. Żeby się Wam darzyło, mnożyło w każdym kątku po dzieciątku. Byście mieli wołków, jak w płocie kołków, cieliczek – jak w lesie mrowiczek, By na Waszym polu stał snop przy snopie, kopa przy kopie. A gospodarz między kopami, jak miesiąc między gwiazdami” albo „Daj Wam Boże pełno wszędzie, w kumorzach i na grzędzie. By się Wam dzieci chowały, byście mieli pełno bydła, by cielęta i źrebięta w oborze skakały, a krowy po skopcu mleka dawały, by się Wam pszczoły roiły w pasiekach, byście mieli pełno zboża w sasiakach!”. W zamian za takie życzenia dostawali „szczodraki” – dorośli wódkę, a dzieci pieczywo. Tradycja ta wywodzi się z kresów wschodnich i w niektórych regionach podtrzymywana jest do dnia dzisiejszego, chociaż częściej w dzień Nowego Roku niż w Wigilię.

Przepowiadano też pogodę. W tym celu patrzono jakie jest niebo – jeśli gwieździste, żniwa miały być suche i słoneczne. Innym zwyczajem było rozbieranie cebuli na 12 łupin i wsypywanie do każdej soli. Ustawione rzędem łódki z solą ustawiano na oknie przed „pośnikiem”, a o północy sprawdzano, w której z nich sól zawilgotniała, co znamionowało deszczowy miesiąc.

Przed wieczerzą, zwaną też „pośnikiem” lub „łobiodem” gospodarz wrzucał do miski z wodą monety, by wszyscy myjąc się nią, zapewnili sobie dostatek na kolejny rok. Pod stołem lub na stole kładziono siekierę lub inne metalowe narzędzie, co chroniło wszystkich od bólu w krzyżach. Na stole kładziono też nożyczki na zamążpójście panien lub ożenek kawalerów oraz klucze, by do domu nie dostał się żaden złodziej. Układano również ząbki czosnku, których obecność miała pozwolić odpędzić „złego”, który miał być tak łatwo wyczuwalny jak zapach czosnku. Obecność czosnku miała także przeciwdziałać chorobom gardła.

Przed wieczerzą nie wypatrywano wówczas – jak dziś – pierwszej gwiazdki. Wigilia zaczynała się od wejścia gospodarza, który wnosił jeden lub cztery snopy zboża różnych gatunków i ustawiał je w kątach izby. Dopiero gdy gospodarz zaprosił na wieczerzę, dzielono się opłatkiem maczanym w miodzie i jedzono równocześnie czosnek, często nawet w koszulce, czyli nieobrani, tradycja ta żyje nadal w niektórych okolicach. Natomiast zgodnie z najstarszą tradycją, sięgającą jeszcze średniowiecza, kolacja wigilijna nie była podawana na stole, ale jedzono ją na stojąco, nabierając jedną łyżką ze wspólnej mi-

sy, ustawionej na środku izby. Gdy w XIX stuleciu upowszechniły się wieczerze przy stole, zasiadano do nich boso. Uważano bowiem, że jest to tak ważna uroczystość, że buty mogłyby zszargać jej świętość. Uważano, że do kolacji musiała zasiadać parzysta liczba osób, co miało dać gwarancję, że wszyscy spotkają się przy stole wigilijnym za rok. Jeśli w rodzinie nie było parzystej liczby do stołu sadzano kota lub tzw. „dziada”, czyli snopek zboża ubrany po męsku, który symbolizował dusze zmarłych krewnych. Wigilia miała dawniej charakter zaduszkowy, o czym świadczy m.in. zwyczaj przygotowywania miejsca zmarłym. Uważa się, że tzw. „miejsce dla wędrowca”, czy też „miejsce dla nieznajomego” to pozostałość właśnie po miejscu przygotowanym dla dusz zmarłych członków rodziny. W niektórych wsiach wierzono, że zmarli uczestniczą w „pośniku” pod postacią niewidzialnych ptaków, w innych wsiach istniał zwyczaj chodzenia z poczęstunkiem, zwanym „kolędą” na groby zmarłych po wieczerzy wigilijnej. Potraw wigilijnych powinno być dwanaście, ze względu na – jak przyjmowano w poszczególnych miejscowościach – liczbę apostołów lub liczbę miesięcy. W tym drugim przypadku wierzono, iż gdyby zabrakło którejś z dwunastu potraw to w brakujący miesiąc zaplanuje głód. Potrawy podawano w dużych misach, z których jedzono wspólnie, a każdy musiał skosztować każdej z potraw, gdyż inaczej sprowadziłby na dom nieszczęście. Nie wolno też było odłożyć podczas całego „łobiodu” łyżki, ani wstać od stołu, aby nie narazić się na bóle krzyży podczas żniw. W niektórych regionach wierzono natomiast, że nie można było w trakcie Wigilii odchodzić od stołu, bo to przynosiło śmierć lub nieszczęście. Wyjątek od tej reguły stanowiła gospodyni, która donosiła kolejne potrawy. Podczas Wigilii przy stole należało siedzieć ze skrzyżowanymi nogami, nie można było w trakcie wieczerzy odkładać łyżki i do każdej potrawy trzeba było zjeść choć kęs chleba.

Łyżkę przewiązywało się źdźbłem siana, żeby gospodarce „trzymać w kupie” albo u innych mówiono „żeby się krowy nie żyły”.

Wieczerzy towarzyszyły rozmaite zwyczaje związane z potrawami mające sprowadzić szczęście i urodzaj. Pod misy z jedzeniem podkładano każdorazowo opłatek. Gdy przywarł on do naczynia wróżyło to urodzaj rośliny, z której przyrządzono danie. Przy jedzeniu grochu w zwyczaj było zapraszanie wilka do stołu, co miało go udobruchać i zapobiec napadaniu na domostwo. Gospodarz brał łyżkę grochu i rzucając przez okno lub próg wołał: „Wilku, wilku chodź do grochu, jeśli nie przyjdiesz teraz, nie przychodź w ciągu roku” lub „Wilku, wilku choć do grochu, żeby Cię tu nie było tego roku”. Przy jedzeniu białego barszczu mierzwiono sobie włosy i wołano: „Wiąż się żytko, wiąż!”, natomiast przy ziemniakach: „Wiążcie się ziemniaczki jak kocie łby!”. Jedząc kapustę łapano się za głowy aby rodziły się kapusty wielkości ludzkich głów i mówiono „Składaj się kapustko składaj”, zaś podczas

jedzenia grochu trącano się łokciami, by „strączki ładnie się wiły”. W niektórych wsiach Podkarpacia istniał zwyczaj, iż podczas jedzenia kutii gospodarz rzucał jej łyżkę do powały i patrzył ile ziaren pszenicy i maku się do niej przylepi. Była to wróżba mówiąca ile kop pszenicy i żyta zbierze z pola w przyszłym roku. W innych miejscowościach zaś wróżono w ten sposób zamążpójście panny - jeśli kutia przylepiła się do powały, dziewczyna miała się wydać, jeśli nie - zostać w stanie panieńskim przez najbliższy rok. Urodzaj upraw wróżono też rzucając delikatnie talerz na podłogę. Jeśli upadł dnem do góry stanowił dobrą wróżbę. Gdy stanął w normalnym położeniu oznaczał głód na kolejny rok. W niektórych domach brano połowę chleba psennego i połowę żytniego, wkładano między nie nóż i tak zostawiano na noc na oknie. Rano sprawdzano od której strony nóż zarzdewiał - jeśli od chleba żytniego, to żyto miało obrodzić, gdy zaś od psennego - urodzaj miał być na pszenicę. Na koniec Wigilii jadło się łyżkę miodu, żeby się przez cały rok było zdrowym. Podczas Wigilii obserwowano cień rzucany przez płomień świecy. Uważano, że kto nie widział swojego cienia lub był on niewyraźny, nie doczeka następnej Wigilii. Po wieczery opłatki zanosili

łó się zwierzętom domowym, sianko ze stołu po Wigilii też dawało się zwierzętom, czasem pod obrus oprócz sianka wkładano np. owies kurom lub czosnek, który się w ciągu roku jadło na zdrowie. Zwierzęta karmiono po wieczery tzw. „kolędą”, czyli odkładaną jedną lub trzy - w zależności od wsi - łyżki każdej z wigilijnych potraw dodawano opłatek i chleb. Do dnia dzisiejszego przetrwała wiara w to, że po „kolędzie” zwierzęta mówią do siebie ludzkim głosem, jednak kto by tę ich rozmowę usłyszał musiałby umrzeć.

Wigilia to czas magiczny, tak wierzyli nasi przodkowie i pewnie podświadomie wielu z nas tak uważa. W wielu domach do dnia dzisiejszego przestrzega się wielu przesądów i zwyczajów opisanych powyżej. Jest to jednak głęboko zakorzenione w naszej tradycji i kulturze. Przekazywane z pokolenia na pokolenie nadal żyją swoim życiem, choć niekiedy wydają się niezrozumiałe lub dziwne innym, razem fantastyczne, a nawet magiczne, mają jednak swoje określone miejsce w naszej obyczajowości.

Opr. Lek. Agnieszka BĄK

(przedruk z Biuletynu Okręgowej Izby Lekarskiej w Rzeszowie nr 4/19)

DOKTORZE, UCIEKAJ W LAS!

Epidemia zaważadnęła naszą codziennością. Zachorowania, hospitalizacje i zgony rosną, za to my się kurczymy. Indywidualnie, gdyż zżera nas zmęczenie i stres, oraz w całej masie, bo ogrom pracy nas przytłacza, a końca nie widać. I jak tu nie nabawić się lęków i depresji? Jak nie ulec frustracji? Po prostu, uciekajmy w las!

Gdy w średniowieczu epidemie dziesiątkowały ludność, popularne było zalecenie: *Cito, longe fugeas et tarde redeas*, co oznacza: Prędko i daleko uciekaj i nierychło wracaj. I ludzie z miejsc objętych epidemią rzeczywiście uciekali, zwykle na oślep, roznosząc zarazę jeszcze bardziej.

Jednak nie o takiej ucieczce „na oślep” dziś piszę, lecz o „ucieczce w las” przed zmęczeniem, depresją, lękami, frustracją i stresem, czyli o terapeutycznym zanurzeniu się w lesie na porządnym i niejednym spacerze, by prze-trwać ten trudny czas. I nie jest to żadna fanaberia, szamanizm czy metoda z kręgu medycyny alternatywnej, gdyż o pozytywnych dla zdrowia skutkach leśnych spacerów wiele dziś mówi nauka.

Lasoterapia, czyli terapia leśna lub tzw. kąpiel leśna to odwiedzanie lasu lub wykonywanie różnych działań w środowisku leśnym w celu poprawy zdrowia i samopoczucia fizycznego i psychicznego. Zaczniemy od tego drugiego, tak nam dziś potrzebnego.

I tu dobra wiadomość. Jak pokazują badania, u osób korzystających z leśnych spacerów znacząco zmniejsza się poziom depresji, lęku, stresu i złości. Dla nas – jak znalazł.

O takim korzystnym wpływie lasu na depresję mówi m.in. praca będąca systematycznym badaniem przeglądowym pt. *Effects of Forest Therapy on Depressive Symptoms among Adults: A Systematic Review*. Objęło ono 28 badań interwencyjnych, z co najmniej jedną grupą porównawczą, które ukazały się w ciągu ostatnich kilku lat, potwierdzając tym samym, że terapia leśna staje się jednym z ważnych podejść terapeutycznych i zyskuje na popularności.

Co wykazali badacze? Mianowicie to, że lasoterapia jest skuteczna w łagodzeniu depresji, szczególnie u osób dorosłych. Podzielili też terapię leśną na trzy poziomy kontaktu. Pierwszy – oglądanie przyrody, drugi – przebywanie w bliskości przyrody oraz trzeci – aktywne uczestnictwo i zaangażowanie w przyrodę.

Choć wszystkie działania przyniosły korzyści zdrowotne w postaci poprawy samopoczucia, to jednak w niektórych sytuacjach samo „oglądanie przyrody” lub „przebywanie w pobliżu natury” okazało się niewystarczające, aby mieć znaczący wpływ na poziom depresji.

Dlatego też – jak podkreślają badacze – przyszłe badania testujące efekty „leśnej terapii” muszą uwzględnić swego rodzaju „dawkę terapeutyczną lasu”, a także zobiektywizowane metody pomiaru natężenia depresji, nie tylko oparte na kwestionariuszach psychologicznych, ale też mierzalne parametry fizjologiczne.

Jednym z nich może być np. ocena zmienności rytmu serca (HRV), będąca markerem funkcjonowania współ-





czulnego i przywspółczulnego układu nerwowego, a także wskaźnikiem stresu i depresji. Oczywiście HVR nie jest jedyną miarą fizjologiczną tych stanów. Są jeszcze inne, jak np. aktywność amylazy ślinowej czy poziom kortyzolu w ślinie i surowicy. Dlatego też, jak zaznaczają badacze, przyszłe prace oceniające wpływ terapii leśnej na depresję i stres powinny uwzględniać wiele miar fizjologicznych, aby uchwycić pełny obraz terapeutycznych skutków terapii leśnej.

Na szczęście las dobry jest nie tylko na depresję, ale także na lęki i o tym mówi m.in. praca pt. *Psychological Benefits of Walking through Forest Areas*. Opisuje ona badanie, w którym udział wzięło 585 uczestników. Każdy z nich miał w ciągu 15 minut przejść wyznaczone trasy: przez obszary leśne (testowe) i miejskie (kontrolne). Przed spacerem i po nim u każdego dokonano pomiaru nastroju i poziomu lęku jako cechy, z użyciem odpowiednich kwestionariuszy (Kwestionariusz Profilu Stanu Nastroju i Inwentarz Stanu - Cechy Lęku).

Co ujawniły wyniki? Mianowicie, że chodzenie po terenach leśnych zmniejszyło negatywne nastroje w zakresie „depresji-przygnębienia”, „lęku przed napięciem”, „złości-wrogości”, „zmęczenia” i „zagubienia” oraz poprawiło pozytywny nastrój w zakresie „wigor”, w porównaniu

z chodzeniem po obszarach miejskich. Co ciekawe, bardziej efektywne zmniejszenie poczucia „depresji-przygnębienia” po przejściu przez tereny leśne zaobserwowano u uczestników z wysokim poziomem lęku jako cechy, niż u osób z normalnym i niskim poziomem lęku jako cechy.

Ale i to nie wszystko, gdyż las wciąż nas zaskakuje. Pozytywnie oczywiście, jak się bowiem okazuje, terapia lasem działa korzystnie nie tylko na psychikę, ale też na ciało. I tak leśne spacery poprawiają odporność, łagodzą nadciśnienie, ułatwiają kontrolowanie cukrzycy i pracy serca, zwiększają pojemność płuc i elastyczność tętnic. Wytwarzane przez las fitoncydy mają też działanie antynowotworowe i przeciwbólowe.

Czy las powiedział ostatnie słowo? Zdecydowanie nie! Badania naukowe na ten temat dopiero się rozkręcają, ale my nie musimy czekać na ich wyniki. O dobroczynnym wpływie lasu możemy przekonać się sami na własnym ciele i własnej psychice. I to już teraz, spędzając jak najwięcej resztek czasu na leśnych spacerach. Doktorze, epidemia przygniała? Uciekaj w las!

Bogumiła KEMPIŃSKA-MIROŚLAWSKA

(przedruk z „Panaceum” nr 11/20)

O JODZE Z LEKARSKIEJ PERSPEKTYWY. MODNA GIMNASTYKA CZY WSZECHSTRONNA INTERWENCJA PSYCHOFIZYCZNA WSPIERAJĄCA ZMIANĘ NAWYKÓW?

Joga i medycyna

Jeszcze nie tak dawno wydawać by się mogło, że te dwa światy nie mają ze sobą nic wspólnego i szukanie między nimi jakichkolwiek mostów to próżny trud. Lekarz odwiedzając wypełnioną zapachem kadzidła i obwieszoną portretami wschodnich mistrzów szkołę jogi, słysząc o pozycjach uzdrawiających tarczycę albo otwierających „czakry”, może poczuć się w najlepszym przypadku jak Alicja w Krainie Czarów. Ezoteryczna retoryka oparta na dość abstrakcyjnych z zachodniej perspektywy założeniach może budzić zrozumiałą frustrację w umysłach ścisłych, tak bardzo przyzwyczajonych do szukania uzasadnień i analizowania biochemicznych mechanizmów. Jednak jak twierdzą liczni psycholodzy, to właśnie we frustracji swój początek ma rozwój i poszukiwanie odpowiedzi. Choć joga zdawała się być zupełnie nieprzetłumaczalna na język nauki, to jednak baza badań naukowych Pubmed na hasło „yoga” obdarza nas już aż 5710 publikacjami (i liczba ta sukcesywnie się zwiększa). Część z nich to niezbyt dobrze skonstruowane badania oparte na słabej jakości danych, ale przeglądy systematyczne dotyczące jogi jako wsparcia terapii onkologicznej, walki z depresją i zaburzeniami lękowymi

mi czy nadciśnieniem są więcej niż obiecujące i zachęcają do przyjrzenia się tematowi.

Ale jak to wszystko ma działać? Joga w swojej współczesnej formie stanowi połączenie wzmacniająco-rozciągających ćwiczeń fizycznych, treningu oddechowego, praktyki uważności, medytacji i relaksacji. Jest to jednak dosyć niejednorodny worek praktyk psychosomatycznych różniących się dosyć znacznie w zależności od konkretnego stylu jogi i samego nauczyciela (co utrudnia analizę badań naukowych i wyciąganie z nich spójnych wniosków). Rozkładając jednak poszczególne elementy na czynniki pierwsze, wyodrębnić możemy kilka podstawowych mechanizmów, które sprawiają, że joga – czasem subiektywnie, innym razem całkiem wymiernie – korzystnie wpływa na dobrostan psychofizyczny.

W aspekcie praktyki fizycznej joga to zwykle dosyć łagodna gimnastyka, oparta na ruchach wielostawowych, pracy powięziowej i zwiększaniu mobilności stawów. Jej rytm jest wolny, często zsynchronizowany z oddechem i pozostawiający przestrzeń na uważną obserwację odczuć i tym samym budowanie świadomości ciała. Pozwala nie tylko pozbywać się gromadzących się w ciele napięć, ale także nauczyć się je lokalizować i zapobiegać

im (a tym samym może być skutecznym orężem wspomagającym walkę z bruksizmem, napięciowymi bólami głowy, bólami menstruacyjnymi czy bólem kręgosłupa związanym z zaburzoną biomechaniką ciała). Pozycje jogi kładą także duży nacisk na wzmacnianie gorsetu mięśni głębokich, a wykorzystanie pomocy (kocy, pasków, wałków) umożliwia pracę nad konkretnymi asanami (czyli pozycjami w jodze) także osobom o obniżonej sprawności, mogąc stanowić także element rehabilitacji (oczywiście jedynie pod okiem doświadczonego nauczyciela). Techniki oddechowe stosowane w jodze z jednej strony sprzyjają reedukacji oddechowej, opierając się na oddechu dolnożebrowym prowadzonym przez nos, a także na zmniejszeniu hiperwentylacji (będąc tym samym pomocnymi w terapii astmy), z drugiej natomiast poprzez wpływ częstotliwości i głębokości oddechu na układ anatomiczny pozwalają na wspieranie jego gałęzi przywspółczulnej wspomagając redukcję stresu i znajdując tym samym zastosowanie między innymi w stanach lękowych czy problemach ze snem.

Czy jest na sali (nieprzemęczony) lekarz?

Praktyki uważności i medytacji, stanowiące nieodłączny element jogi (a wręcz będące jej absolutną podstawą, wbrew współczesnym wyobrażeniom o akrobatycznych wygibasach) same w sobie stanowią dość popularny obiekt badań nie tylko z zastosowaniem metod jakościowych, ale także z użyciem technik neuroobrazowania. Ich skuteczności upatruje się m.in. w zmniejszaniu stanu błędzenia myślami i ograniczaniu ruminacji, zwiększonej samoświadomości i umiejętności modulowania swoich zachowań, promocji bardziej prospołecznego i mniej skoncentrowanego na swojej osobie sposobu postrzegania świata. Medytacja pozytywnie wpływa także na uwagę, interocepcję, przetwarzanie somatosensoryczne, samoregulację, poziom stresu, ciśnienie krwi, funkcje immunologiczne czy sen. Zdają się to także potwierdzać badania neuroobrazowe wykazując liczne zmiany w aktywności poszczególnych obszarów mózgu (m.in. obszaru wyspy, hipokampa czy przedniego zakrętu obręczy) zarówno w trakcie samej medytacji, jak i u osób regularnie praktykujących techniki koncentracyjne. Każde zajęcia jogi kończą się kilkuminutową relaksacją, prowadzącą do całkowitego wyciszenia i rozluźnienia ciała. I nie ma wśród nas osoby, której taki moment zawieszenia w ciszy i absolutnego „nicnierobienia” nie byłby potrzebny! Żyjemy w wiecznej gonitwie, między pracą, obowiązkami domowymi a realizacją niekończących się celów samorozwojowych, wciąż stawiając sobie poprzeczkę coraz wyżej. I jakby tych codziennych bodźców było nam mało, jednocześnie fundujemy sobie nieustanną stymulację stresową roztrząsając przeszłość i martwiąc się przyszłością. Warunkujący reakcję stresową całego organizmu układ współczulny to szalenie przystosowawczy mechanizm, ale najskuteczniej wtedy, gdy uruchamiamy go, żeby raz na jakiś czas uciec przed lwem, a nie

za każdym razem, gdy stoimy w korku i oglądamy serwis informacyjny w TV. Dlatego właśnie metody uważnej pracy z ciałem i medytacji to prawdziwe zbawienie dla przestymulowanych umysłów i napiętych, zestresowanych ciał. Nie tylko lekarskich!

Poprawia sen, niweluje stres

Liczne badania sugerują, że joga może stanowić wartą uwagi wsparcie w terapii pacjentów odwiedzających gabinety nie tylko lekarzy rodzinnych, ale też specjalistów psychiatrii, ortopedii, onkologii, kardiologii, pulmonologii czy dermatologii. Co może zaoferować jednak samym lekarzom? Otóż okazuje się, że także sporo!

W 2019 roku „Journal of Clinical Medicine” opublikował przegląd systematyczny badań analizujących zastosowanie jogi w zapobieganiu wypaleniu zawodowemu i zwiększaniu umiejętności zarządzania zasobami w stresie wśród pracowników opieki zdrowotnej. Jak konkludują jego autorzy, joga jest efektywną metodą zapobiegania i radzenia sobie z zaburzeniami natury psychologicznej i mięśniowo-szkieletowej mogącymi pojawiać się u pracowników ochrony zdrowia. Podkreślają oni także pozytywny wpływ jogi i praktyk medytacyjnych na jakość snu, poziom stresu i odczuwanie wypalenia zawodowego. Zaznaczając konieczność przeprowadzenia dalszych, lepiej zaprojektowanych badań na większych grupach, uznają oni jogę za dobre narzędzie wspierające osoby pracujące w ochronie zdrowia w utrzymywaniu równowagi psychicznej, dobrego stanu fizycznego i podnoszące ich umiejętności w radzeniu sobie ze stresem.

Skąd jednak ten tekst w tym miejscu? Jako zafascynowana psychosomatyką młoda lekarka, nie tylko praktykuję jogę i medytację, ale staram się także promować te metody jako proste, ale niezwykle skuteczne interwencje realnie wpływające na samopoczucie i jakość życia. Podziw dla osiągnięć nauki i wykorzystanie zaawansowanych farmakologicznie form terapii nie powinny przesłaniać nam, tak oczywistych we wschodnich nurtach medycyny, wszechobecnych zależności psychosomatycznych i nieprzecenionego znaczenia najprostszych interwencji z obszaru medycyny stylu życia. Głęboko wierzę, że jest to nie tylko wiedza, którą przekazywać powinniśmy pacjentom, ale przede wszystkim wykorzystywać w dbaniu o własny dobrostan, bo to właśnie on jest podstawą do pomagania innym.

Katarzyna ZYDEK

Korzystałam z:

The Use of Yoga to Manage Stress and Burnout in Healthcare Workers”: A Systematic Review Rosario Andrea Cocchiara 1, Margherita Peruzzo 2, Alice Mannocci 3, Livia Ottolenghi 4, Paolo Villari 5, Antonella Polimeni 6, Fabrizio Guerra 7, Giuseppe La Torre 8. „The principles and practise of yoga in health care”, Sat Bir Singh Khalsa, Lorenzo Cohen, Timothy McCall, Shirley Telles (przedruk z „Panaceum” nr 10/20)

DR RYDSZARD PICHURSKI

24 października 2020 r. na Cmentarzu Komunalnym w Opolu pożegnaliśmy Nestora Opolskiej Chirurgii, przez wielu z nas nazywanego „Prymariuszem”, Doktora Ryszarda Pichurskiego.

Urodził się 29 stycznia 1928 r. w Tarnopolu. W 1940 r. został deportowany wraz z rodziną do Kazachstanu. Kilkunastoletni młodzieniec w ekstremalnie trudnych warunkach, ciężko pracował by przeżyć i pomóc najbliższym. Często wspominał niewyobrażalną biedę, odarcie z ludzkiej godności, głód, chorych umierających bez jakiegokolwiek pomocy medycznej. W tych dramatycznych okolicznościach swojego życia postanowił zostać lekarzem i choć wtedy wydawało się to niedościgłym marzeniem, to jednak osiągnął swój cel.

W 1946 r. rodzina Pichurskich powróciła do Polski i zamieszkała w Opolu. Ojciec Ryszarda - Antoni po zesłaniu na Syberię do Kołymy wstąpił do armii generała Władysława Andersa i wraz z nią przeżył cały szlak bojowy, biorąc czynny udział w bitwie pod Monte Cassino. Po powrocie do ojczyzny m.in. organizował powstanie Wojewódzkiej Stacji Pogotowia Ratunkowego w Opolu.

Doktor Ryszard Pichurski ukończył liceum ogólnokształcące w Opolu, a następnie studiował medycynę na Wydziale Lekarskim Śląskiej Akademii Medycznej w Zabrze. W 1954 r. świeżo upieczony absolwent medycyny rozpoczął pracę w Oddziale Chirurgii Ogólnej Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Opolu. Po uzyskaniu specjalizacji pełnił funkcję Zastępcy Ordynatora, którym był Docent Klemens Kiriłowicz. Wraz z nim w 1963 r. był współzałożycielem Oddziału Opolskiego Towarzystwa Chirurgów Polskich. W 1995 r. za wybitne zasługi w doskonaleniu wiedzy i sztuki chirurgicznej został wyróżniony godnością Członka Honorowego TChP. Jak dotąd jedynie trzech chirurgów Opolszczyzny dostąpiło tego zaszczytu. Wyszkolił blisko 30 specjalistów I i II stopnia w dziedzinie chirurgii ogólnej. Wielu z nich zostało później ordynatorami oddziałów chirurgicznych. W dowód uznania za pracę zawodową otrzymał liczne odznaczenia państwowe i resortowe.

W latach 1978-1991 Doktor Ryszard Pichurski pełnił funkcję Ordynatora Oddziału Chirurgii Ogólnej szpitala MSWiA w Opolu.

Poznałem Pana Doktora Ryszarda Pichurskiego jesienią 1983 r., gdy po zakończeniu stażu podyplomowego szukałem zatrudnienia w Oddziale Chirurgicznym. Praca na chirurgii była w tamtym czasie marzeniem niemal każdego absolwenta medycyny. Wiele się od tamtej pory zmieniło... Nigdy nie zapomnę naszego pierwszego spotkania i mojej wielkiej radości, gdy zgodził się mnie zatrudnić na etacie młodszego asystenta w swoim Oddziale.



Trudno wyobrazić sobie lepszego Szefa. Był prawdziwym pasjonatem chirurgii i swoją pasję, która towarzyszyła mu do końca życia, potrafił przekazywać swoim uczniom. Był wielkim autorytetem dla nas chirurgów. Zawsze imponowała mi jego umiejętność podejmowania trafnych decyzji. W czasach, kiedy nie było wyrafinowanych metod diagnostycznych, kierując się swoją wiedzą, doświadczeniem, a także swoim „chirurgicznym nosem”, potrafił bezbłędnie postawić rozpoznanie, zaplanować leczenie. Wielką przyjemnością było asystowanie Szefowi przy operacjach. Spokojne, celowe ruchy, doskonała technika, skupienie...

Po przejściu na emeryturę przez 5 lat był członkiem Komisji Bioetycznej Okręgowej Izby Lekarskiej w Opolu.

Zafascynowanie chirurgią potrafił też zaszczyć u swojego starszego syna – Janusza, który swoją karierę zawodową związał z Oddziałem Chirurgii Ogólnej Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Opolu, i którego przez wiele lat był Ordynatorem.

Odszedł mój Mistrz, Dobry Człowiek, Wspaniały Nauczyciel. To był wielki zaszczyt i honor móc spotkać kogoś tak wyjątkowego na ścieżce swojego życia.

Edward CHORAŹKA
Ordynator Oddziału Chirurgii Ogólnej
SP ZOZ MSWiA w Opolu

Poradnia MegaMed (dwie lokalizacje na terenie Opola) **poszukuje lekarzy rodzinnych, internistów, lekarzy nieposiadających lub będących w trakcie specjalizacji do pracy w POZ** (tylko dorośli).

Oferujemy:

- atrakcyjne warunki wynagrodzenia,
- elastyczny czas pracy,
- przyjazną atmosferę,
- pracę w zgranym zespole,
- wsparcie doświadczonych kolegów,
- możliwość rozwoju zawodowego (od wiosny 2021 wolne jedno miejsce rezydentkie).

Kontakt: Joanna Łopuszańska, mailowo: jlopuszanska@megamed.pl, telefonicznie: 602-327-590.

Poradnia MegaMed (dwie lokalizacje na terenie Opola) **poszukuje do współpracy:**

- lekarza medycyny pracy,
- dermatologa,
- okulistę.

Praca w ramach NFZ oraz usługi komercyjne.

Oferujemy:

- atrakcyjne warunki wynagrodzenia,
- elastyczny czas pracy,
- przyjazną atmosferę,
- pracę w zgranym zespole.

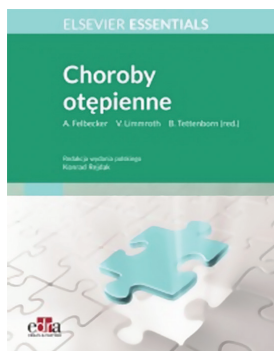
Kontakt: Joanna Łopuszańska, mailowo: jlopuszanska@megamed.pl, telefonicznie: 602-327-590.

Specjalistyczny Szpital w Branicach zatrudni: lekarza psychiatrę, internistę i lekarza rehabilitacji medycznej lub chętnych do specjalizacji w zakresie psychiatrii i rehabilitacji medycznej.

Oferujemy bardzo dobre warunki płacowe oraz mieszkanie służbowe. Kontakt: tel. 77/403-43-07; e- mail: sws.kadry@op.pl.

Zatrudnię lekarza stomatologa. Bardzo atrakcyjne warunki. **DENTISTAR Stomatologia Opole.** tel: 573-099-675.

EDRA URBAN & PARTNER Sp. z o.o. • 50-011 Wrocław, ul. Kościuszki 29
Zamówienia: ksiegarnia@edraurban.pl • tel.: 42/680 44 09, fax: 42/680 44 86w



CHOROBY OTĘPIENNE ELSEVIER ESSENTIALS

A. Felbecker, V. Limmroth, B. Tettenborn

red. K. Rejdak

rok wydania 2020

ISBN 978-83-66310-89-6, format 210 x 270, oprawa miękka, stron 168, cena: 80.09zł

We wszystkich krajach zachodnich choroby otępienne nabierają coraz większego znaczenia w codziennej praktyce lekarskiej. Głównym tego powodem jest rozwój demograficzny z rosnącym udziałem osób starszych w społeczeństwie. Poprawie

uległy również możliwości wczesnego zdiagnozowania otępienia. I wreszcie, wzrost świadomości chorób otępiennych w populacji sprawia, że w razie wystąpienia problemów poznawczych osoby dotknięte chorobą oraz ich bliscy wcześniej szukają wyjaśnienia. Te różnorodne czynniki powodują, że także lekarze niebędący specjalistami są w swej codziennej pracy coraz częściej konfrontowani z pytaniami dotyczącymi chorób otępiennych.

Książka ELSEVIER ESSENTIALS Choroby otępienne oferuje możliwość wszechstronnego prześledzenia różnych form otępienia, profilaktyki, diagnostyki, a także opcji terapeutycznych. Ilustracje, informacje na temat życia z otępieniem i listy kontrolne ułatwiają opiekę medyczną nad pacjentem. Udzielenie rzetelnej porady medycznej pacjentom i ich krewnym oraz wspieranie ich w życiu z otępieniem stanie się prostsze.

W niniejszej publikacji m.in.:

- na początku rozdziału – szybki przegląd omówionych zagadnień,
- wytyczne i dowody naukowe – dla zabezpieczenia decyzji lekarskich,
- zalecenia dla pacjentów oraz ich rodzin i opiekunów – istotne wskazówki (zwięźle i przekrojowo),
- ciekawe przypadki z praktyki lekarskiej – dla wzbogacenia praktycznej wiedzy medycznej.

OPOLSKA IZBA LEKARSKA

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

czynne: poniedziałek, wtorek, czwartek **7.30–15.30**; środa **7.30–16.00**; piątek **7.30–15.00**

Rejestr Lekarzy: opole.rejestr@hipokrates.org

Praktyki Prywatne: opole.praktyki@hipokrates.org

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

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

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

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