



OPOLSKA
IZBA
LEKARSKA

Rok Założenia 1990

Czerwiec–Lipiec 2024

ISSN 1426-661X

BIULETYN INFORMACYJNY

Nr 330/331

OPOLSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

www.izbalekarska.opole.pl



zdj. Jerzy Lach

DUBAJ W CESARKIEJ KORONIE

Jeszcze w połowie XIX wieku Galeria Jana Cybisa była obok karczmy dla przewoźników konnych, takich co targali żelazo z huty Malapane w Hüttendorfie (Ozimku) do portu przeładunkowego nad Mühlgraben (Młynówką). Wpadali na fajerant i urzędowali, dopóki im nie wyszła sakiewka. Zapuszczoną oberżę kupiła przedsiębiorcza Selma Kehlers, wystrzątała i powiesiła ogromny szyld z napisem: „Grand Café” i „Restaurant Kaiserkrone”.

„Cesarska Korona” działała codziennie, od rana do nocy. Oferowała dania à la carte: nadziewane indyki, pieczone mięso wołowe, kluski z dziurką polane sosem imbirowym i dania à la stołówka. Za skromne siedemdziesiąt pięć fenigów kupowało się mittagstisch czyli miszmasz z odpadków. W kuchni rządził szef, a w pokoju bufetowym, który imię za-

wdzięczał zawałonemu bawarską kamionką byfjowi, królowały hoże śląskie kelnerki. To one donosiły klientom kufle beczkowego piwa i butelki leżakowanego wina. Smakoszki nie brakowało. Szczególnie, że Mateczka - jak zwracano się do pani Kehlers - sprzedawała na kreskę. Nie wszystkim, ma się rozumieć. Fory mieli żurnaliści, malarze, wierszokleci i co bystrzejsi pacykarze. Borg, co po niemiecku znaczy tyle co kredyt, groził co prawda więzieniem, ale Mateczka wcale się tym nie przejmowała. Spłukałaś się, kochanieńki? – pytała, głaszcząc delikwenta po głowie. Golnij sobie na zeszyt.

W 1909 roku, z okazji siedemdziesiątych urodzin Mateczki, „Oppelner Zeitung” zamieścił pean na jej cześć. Stała klientela (o wątpliwych dochodach i niewątpliwej fantazji) winowała jubilatce dobrego smaku, życzyła stu lat i dopływu dzianych frajerów z Monopoli i Germanii, gdzie zatrzymywali się przyjezdni. Setki Mateczka nie dożyła. Nie widziała więc, jak po drugiej wojnie światowej jej „Kaiserkrone” przerobiono na dancing „Gdynia”.

Nie zdążyła się „Gdynia” roztańczyć, bo już w 1949 roku zainkasowało ją Towarzystwo Przyjaźni Polsko-Radzieckiej. Odtąd przechodziła z rąk do rąk, ze związku w związek, z urzędu w biuro albo odwrotnie. Towarzystwo przehandlowało ją Związkowi Harcerstwa Polskiego, ten sprzedał „Gdynię” Związkowi Polskich Artystów Plastyków, za chwilę upomniało się o nią Biuro Wystaw Artystycznych, a potem Urząd Rejonowy. W 1994 roku Gdynię odbiło Muzeum Śląska Opolskiego i urządziło w niej Galerię Jana Cybisa.

Projekt wymyślili Małgorzata i Antoni Domiczowie. Zburzyli pokój bufetowy, kuchnię, schowki, korytarze i na środku „Cesarskiej Korony” stworzyli Dubaj.... Z betonem, stalą, szkłem, nagimi rurami wentylacyjnymi i metalowymi kotwami uczepionymi stropu. Już dla samej architektury warto tam zajrzeć. A przecież jest jeszcze największa na świecie kolekcja obrazów Jana Cybisa: dziewięćdziesiąt olejów, tysiące szkiców, gwaszy i akwareli, do tego rękopisy, wycinki z gazet, sztalugi, zapaćkane farbą szkatułki, pędzle, ołówki, strugaczki, butelki, czajniki i cała masa szpargałów potrzebnych do układania martwych natur. W Dubaju zmieściła się też domowa biblioteczka mistrza. Jan Cybis (1897-1972) czytał wszystko: klasykę rosyjską, francuską i poematy Mickiewicza, tyle że po niemiecku ...

Podczas Wielkiej Wojny wszyscy bracia Cybisowie walczyli w wojsku pruskim, najmłodszy zginął nad Marną. Starszym udało się przeżyć i zdać na wyższe uczelnie w ówczesnym Breslau (dzisiejszym Wrocławiu). Alois miał być doktorem i niemieckim Herr Doktorem został, Johannes miał być prawnikiem, ale uciekł z uniwersytetu i potajemnie zapisał się na Akademię Sztuk Pięknych i Rzemiosła Artystycznego (Akademie für Kunst und Kunstgewerbe). Za niedługo pożegnał akademię i pracownię Ottona Müllera, pożegnał Breslau, pożegnał nawet Johanna, aby już jako Polak – Jan – studiować na Akademii Sztuk Pięknych w Krakowie.

Fragment książki „Motyl i cement. Artystyczne niespodzianki polskich ulic”, która ukaże się jesienią.

Agnieszka KANIA





Drodzy Czytelnicy! Przedstawiam Wam kolejny numer naszego Biuletynu, w którym zamieszczam sprawozdanie z ostatniego Zjazdu Lekarzy wraz z jego skromnym dorob-

kiem dokumentacyjnym. Poza tym – jak zawsze – sprawozdania z dwóch ostatnich posiedzeń Rady Okręgowej. Jest też kolejny tekst w ramach „Gościnnych występow” i trochę materiałów związanych z wakacyjnymi podróżami. Życzę miłej lektury.

Jerzy B. LACH



Koleżanki! Koledzy!

Jak już wspominał w poprzednim wydaniu Biuletynu, Redaktor Naczelny Jerzy B.

Lach, cykl wydawniczy ma swoje prawa, stąd trudno pisać z takim wyprzedzeniem o sprawach bieżących. Piszę te słowa tuż przed Nadzwyczajnym XVI Krajowym Zjazdem Lekarzy. Gospodarzem tego wydarzenia w dniach 16-18 maja br. będzie Łódź. A na Zjeździe naprawdę sprawy dużej wagi. Będzie omawiany nowy regulamin Krajowej Komisji Wyborczej i okręgowych komisji wyborczych. Cel jest jeden – ułatwienie procesu głosowania oraz zwiększenie frekwencji wyborczej. Projektowane zmiany mają utrzymać dotychczasowe zasady głosowania osobistego i korespondencyjnego, a dodatkowo wprowadzić możliwości przeprowadzania wyborów elektronicznych. I druga ważna sprawa, nowelizacja Kodeksu Etyki Lekarskiej. Nie był on zmieniany od wielu, wielu lat (bodajże 20-stu), a przecież zaszły w tym czasie ogromne zmiany. Zespół pracujący pochylił nad nim swe czoła od początku IX kadencji, zebrał z całej Polski wiele uwag i wniosków, by w końcu przedstawić na Nadzwyczajnym XVI KZL ostateczną wersję, dostosowaną do współczesnych wyzwań i oczekiwań w obszarze medycyny. Projekt, bo z pewnością nie wszyscy o tym wiedzą, otrzymał w tej sprawie rekomendację Naczelnej Rady Lekarskiej na posiedzeniu w dniu 26 kwietnia 2024 r.

Wracając do naszych lokalnych spraw, chcę przekazać, że w dalszym ciągu trwają prace przygotowawcze do stworzenia indywidualnych kont członkom naszej Izby. Każdy będzie miał możliwość wejścia na swoje konto i sprawdzenia, jak ono finansowo się przedstawia. Istnie-

SZPALTA PREZESA

je już możliwość opłat składek członkowskich bezgotówkowo także w siedzibie Izby (karty płatnicze lub poprzez system płatności mobilnych BLIK). W najbliższym czasie czeka nas uruchomienie dużej inwestycji finansowej na terenie Izby, a konkretnie założenie instalacji fotowoltaicznej. Docelowo ma to zmniejszyć obciążenie finansowe za energię elektryczną, a zaoszczędzone w ten sposób pieniądze będzie można przeznaczyć na inne cele, których nigdy nie brakuje. Instalacja powstanie na części naszej zielonej murawy, ale jest tak pomyślana, by absolutnie nie zmniejszyć liczby miejsc parkingowych. Zostaną one zachowane, a dla posiadaczy pojazdów elektrycznych będzie udostępnione jedno stanowisko do ładowania samochodów. Z pewnością na czas realizacji tej inwestycji trzeba się liczyć z pewnymi utrudnieniami co do możliwości parkowania na terenie Izby, ale trzeba to po prostu „przeżyć”.

Aktywność naszych seniorów z Komisji ds. Lekarzy Emerytów i Rencistów zaowocowała piękną jednodniową wycieczką autokarem do Łosiowa, Małujowic i Brzegu, która odbyła się w dniu 18 maja br. Cieszę się, że nasi Seniorzy chcą się spotykać i razem spędzać czas poznając piękno Opolszczyzny.

Ostatnimi czasy ponownie były wybory uzupełniające do składu Prezydium OIL (kolejny lekarz musiał zrezygnować z prac w Prezydium na rzecz swojej rodziny). W wyborach przeprowadzonych przez członków Okręgowej Komisji Wyborczej zwyciężył kolega Adam Martyniszyn. Gratuluję wyboru i liczę na owocną współpracę.

Jolanta SMERKOWSKA-MOKRZYCKA

SPRAWOZDANIE Z XLIII OKRĘGOWEGO ZJAZDU LEKARZY OPOLSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ



W dniu 16 marca bieżącego roku odbył się 43 Okręgowy Zjazd Lekarzy. Spotkanie rozpoczęła pani Prezes Jolanta Smerkowska-Mokrzycka od przywitania przybyłych delegatów oraz gości: pana Igora Kochanowskiego - członka Rady Opolskiej Izby Lekarsko-Weterynaryjnej i naszego Kolegi Rafała Olejnika.

Następnie tradycyjnie wręczono po raz kolejny statuetki Prymariusza Opolskiego. Laureatami zostali dr Ewa Rogala oraz dr Rafał Olejnik. Statuetki, dyplomy oraz piękne kwiaty wręczyła pani Prezes.

Kolejnym punktem Zjazdu był wybór przewodniczącego Zjazdu. Pani Prezes zgłosiła kandydaturę dr Jerzego Jakubiszyna, który został jednogłośnie wybrany przez delegatów. Następnie dokonano wyboru sekretarzy - zgłoszono dwie kandydatury dr Annę Adamską oraz dr Barbarę Suzanowicz, obie zostały wybrane większością głosów przy jednym głosie wstrzymującym się. Protokołantem została dr Agnieszka Chomik-Rączy.

W dalszej części obrad dr Jakubiszyn zarządził głosowanie nad wnioskiem o przyjęcie porządku obrad (do projektu porządku zmieszczonego w materiałach zjazdowych nie było uwag - wniosek zatwierdzono jednogłośnie) oraz wnioskiem o przyjęcie regulaminu Zjazdu (również bez uwag - wniosek zatwierdzony jednogłośnie).

Następnie przewodniczący przedstawił propozycję kandydatów do Komisji Mandatowej: dr Tomasza Latałę, dr Henryka Bugiela i dr Teresę Sicińską-Werner. Delegaci w głosowaniu przyjęli propozycję jednogłośnie przy jednym głosie wstrzymującym się.

Do Komisji Uchwał i Wniosków zaproponowano: dr Bogusława Kudybę, dr Marka Błaszczuka, dr Mateusza Śnieżka. Także w tym głosowaniu wyboru dokonano jednogłośnie przy jednym głosie wstrzymującym się.

Następnie głos zabrał zaproszony gość Zjazdu pan Igor Kochanowski, który życzył zebrany owocnych obrad.

Kolejno głos zabrał dr Jakubiszyn, który poinformował, iż jedna z koleżanek zrezygnowała z mandatu członka ORL oraz że jej mandat pozostanie nieobsadzony do przyszłego zjazdu (nie było możliwości, aby z co najmniej 14-dniowym wyprzedzeniem zawiadomić delegatów, że zjazd będzie także zgromadzeniem wyborczym).

W kolejnym punkcie Zjazdu przewodniczący Komisji Mandatowej dr Latała odczytał protokół Komisji, w którym stwierdzono obecność 83 delegatów na 134, co stanowi niecałe 62% - tym samym został wypełniony warunek quorum. Zjazd jest prawomocny i ma zdolność podejmowania uchwał.

Następnie dr Jakubiszyn przypomniał, iż wszystkie sprawozdania organów i komisji naszej izby zostały zawarte w książeczce zjazdowej oraz poprosił autorów sprawozdań o ich ewentualny komentarz albo uzupełnienie.

Pierwsza zabrała głos dr Mokrzycka, która poinformowała, iż Kongres Kultury i Historii Lekarskiej, który odbył się we wrześniu 2023 r. zamknął się w kwocie ustalonej przez budżet ORL. Pani Prezes poinformowała, iż prawo wykonywania zawodu będzie dostępne w aplikacji mObywatel już w okolicach marca/kwietnia tego roku.

Następnie głos zabrał Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej, który podziękował swoim zastępcom za ciężką pracę.

Kolejno głos zabrał Rzecznik Praw Lekarzy, który poinformował, iż w siedzibie naszej izby dostępna jest książka, która jest zbiorem przepisów, rozwiązań prawnych mających zastosowanie przy problemach ze znanymi portalami internetowymi, które zamieszczają opinie na temat lekarzy i ich działalności.

Głos zabrała przewodnicząca Komisji Etyki Lekarskiej, która zwróciła uwagę na konieczność wprowadzenia dla każdego lekarza możliwości uczestniczenia on-line w krajowych zjazdach i sympozjach, a także dostępu do materiałów naukowych tych zdarzeń edukacyjnych.

Przewodniczący Komisji Bioetyki zwrócił uwagę na brak chętnych do pracy w komisji.

Następnie przewodniczący Komisji Rewizyjnej zawnioskował:

- o przyjęcie uchwały o zatwierdzeniu wykonania budżetu za rok 2023,
- o udzielenie Okręgowej Radzie Lekarskiej OIL absolutorium za rok 2023.

Przewodniczący Zjazdu poddał pod głosowanie uchwałę nr 1.

UCHWAŁA NR 1
XLIII Okręgowego Zjazdu Lekarzy w Opolu z dnia 16 marca 2024 r.
w sprawie zatwierdzenia sprawozdania Okręgowej Rady Lekarskiej w Opolu i udzielenia jej absolutorium

Na podstawie art. 24 pkt. 3 i 4 ustawy z dnia 2 grudnia 2009r. o izbach lekarskich (Dz.U. z 2021 r., poz. 1342) uchwala się co następuje:

§1

Przyjmuje się do wiadomości roczne sprawozdanie finansowe Opolskiej Izby Lekarskiej za rok 2023, które zamyka się sumą bilansową po stronie aktywów i pasywów w kwocie 5.488.508,40 zł.

§2

Zysk netto w kwocie 882.467,41 zł przeznacza się na podwyższenie funduszu zasadniczego.

§3

Po zapoznaniu się z całokształtem działalności Okręgowej Rady Lekarskiej w Opolu oraz po dokonaniu oceny wykonania budżetu Izby, działając na wniosek Okręgowej Komisji Rewizyjnej, XLIII Okręgowy Zjazd Lekarzy w Opolu udziela Okręgowej Radzie Lekarskiej absolutorium za okres między XLII a XLIII Okręgowym Zjazdem Lekarzy.

§4

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Uchwała została przyjęta jednogłośnie.

Przewodniczący przystąpił do omówienia preliminarza budżetowego na 2024 rok. Dr Jakubiszyn zwró-

cił uwagę na zwiększenie wydatków związanych bezpośrednio z lekarzami:

- wzrost kwoty na szkolenia (przy tej okazji omówił problem kursu z medycyny rodzinnej dla pediatrów i internistów pracujących w poz),
- wzrost kwoty przeznaczonej dla delegatur,
- wzrost kwoty na kulturę, sport i turystykę.

Na fundusz rezerwowy przeznaczono o 50.000 zł więcej (wydatki będą dotyczyły unowocześnienia systemu informatycznego oraz zastosowania odpowiednich zabezpieczeń przed nieuprawnionym dostępem, a także na planowane zainstalowanie fotowoltaiki).

Głos zabrał dr Kowarzyk, który poinformował, iż każdy lekarz będzie miał przydzielony indywidualny numer konta, na które powinien wpłacać składki na izbę. Już wkrótce na stronie naszej izby zostanie zamieszczony link, gdzie po kliknięciu i wpisaniu danych serwer odeśle indywidualny numer konta.

Przewodniczący przypomniał o wprowadzonej przez NRL nowej uchwale w sprawie treści pieczętki lekarskiej. Zwrócił uwagę, że lekarze, którzy chcą mieć na pieczętce nr telefonu, muszą go zamieścić razem z prefiksem międzynarodowym.

Następnie przewodniczący odczytał treść uchwały nr 2 i poddał ją pod głosowanie.

UCHWAŁA NR 2
XLIII Okręgowego Zjazdu Lekarzy w Opolu z dnia 16 marca 2024 r.
w sprawie uchwalenia budżetu Opolskiej Izby Lekarskiej na 2024 rok

Na podstawie art. 24 pkt. 2 ustawy z dnia 2 grudnia 2009r. o izbach lekarskich (Dz.U. z 2021 r., poz. 1342) uchwala się co następuje:

§1

Po zapoznaniu się z preliminarzem budżetowym na rok 2024 przedstawionym przez Okręgową Radę Lekarską, XLIII Okręgowy Zjazd Lekarzy w Opolu uchwala budżet Opolskiej Izby Lekarskiej na rok 2024 zgodnie z przedstawionym preliminarzem.

§2

Preliminarz budżetowy, o którym mowa w §1 niniejszej uchwały, stanowi jej załącznik.

§3

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia, z mocą obowiązującą od 1 stycznia 2024 r.

Uchwała została przyjęta jednogłośnie.

Do Komisji Uchwał i Wniosków nie wpłynął żaden wniosek.

W wolnych wnioskach rozpoczęła się dyskusja dotycząca m.in.:

- konieczności powiązania ustalania stopnia refundacji z rozpoznaniem ICD10 i zdjęciem z lekarza obowiązku ustalania tego stopnia,
- potrzeby uregulowania stosowania leków „off label”,
- bardzo niskiego współczynnika wynagrodzeń dla lekarzy,
- ustalenia przez ministra obowiązkowych podwyżek dla personelu pomocniczego pracującego w praktykach lekarskich i małych nzoach,
- kształcenia przyszłych lekarzy w szkołach wyższych bez akredytacji,
- coraz słabszej jakości egzaminów LEK i LDEK,
- braku zaangażowania młodych lekarzy w pracę izby lekarskiej.

Przewodniczący zobowiązał się do przygotowania na najbliższe posiedzenie ORL stanowisk dotyczących spraw refundacji, leków „off label” oraz problemów z dostosowaniem się małych podmiotów do ustawowo narzuconych podwyżek płac.\

Protokołowała Agnieszka CHOMIK-RĄCZY

POSIEDZENIA OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ W OPOLU



W dniu 20.03.2024 r. odbyło się posiedzenie Okręgowej Rady Lekarskiej, na którym Rada obradowała nad następującymi problemami:

Przyznanie praw wykonywania zawodu.

Wniosek o wydanie PWZ po odbyciu stażu podyplomowego złożyła lek. Antonina Domańska – uchwałę podjęto jednogłośnie.

Wnioski o wydanie PWZ w związku z przeniesieniem z DIL we Wrocławiu złożyli lek. Michał Jasiński i lek. Szymon Banach - uchwały podjęto jednogłośnie.

Wniosek o skreślenie z listy członków OIL w Opolu z powodu przeniesienia do DIL we Wrocławiu złożyła lek. Ewa Raczyńska - uchwałę podjęto jednogłośnie.

Wniosek o PWZ na określony zakres czynności zawodowych złożyli:

- lek. Yafim Trachyk - obywatel Białorusi (PWZ ważne do dn. 23.08.2028 r.), zatrudniony w Stobrawskim Centrum Medycznym Sp. z o.o. oraz decyzją Ministra Zdrowia w Powiatowym Centrum Zdrowia SA w Kluczborku (praca pod nadzorem lekarza specjalisty przez 5 lat),
- lek. Ivan Dulub - obywatel Białorusi (PWZ ważne do dn. 29.11.2028 r.), zatrudniony w ZOZ w Głuchołazach oraz decyzją Ministra Zdrowia w Powiatowym Centrum Zdrowia SA w Kluczborku (praca pod nadzorem lekarza specjalisty przez 5 lat).

Uchwały podjęto przy 1 głosie wstrzymującym się.

Wniosek o Warunkowe PWZ złożyła lek. Mariana Chereba, obywatelka Ukrainy (ukończyła Lwowski Państwowy Uniwersytet Medyczny we Lwowie, PWZ ważne do dn. 20.03.2029 r. - praca pod nadzorem lekarza specjalisty przez 5 lat) - uchwałę podjęto jednogłośnie.

Rejestracja podmiotów prowadzących szkolenie podyplomowe lekarzy

Firma „MedicaRescue Łukasz Szymczyszyn” zarejestrowana w naszej Izbie złożyła wniosek o przeprowadzenie kursu dla lekarzy stomatologów „Podstawowe i zaawansowane zagadnienia nagłych stanów zagrożenia życia - postępowanie w przypadku osób dorosłych i dzieci” (kier. naukowy szkolenia lek. Agata Michalczyk). Kurs odbędzie się 16.03.24 r. w Woli - uchwałę przyjęto jednogłośnie i przyznano 9 pkt. edukacyjnych.

Optima Medycyna SA z siedzibą w Opolu zarejestrowana w naszej Izbie złożyła wniosek o przeprowadzenie kursu dla lekarzy POZ „Opieka Koordynowana w POZ” (kier. kursu dr Artur Żerkowski). Kurs odbędzie się 06.04.24 r. w siedzibie OIL w Opolu - uchwałę podjęto jednogłośnie i przyznano 5 pkt. edukacyjnych.

Centrum Szkoleniowe 3Z Sp. z o.o. Wyższa Szkoła Inżynierii i Zdrowia w Warszawie złożyła wnioski o przeprowadzeniu kursów w dziedzinie stomatologii, medycyny

estetycznej, implantologii i chirurgii stomatologicznej oraz wnioski o przyznanie punktów edukacyjnych. Podmiot ma Uchwały NRL. Kursy odbędą się: 2-3.02.24 r. w Piekarach Śląskich (16,5 pkt.), 10.02 i 24.02.24 r. w Katowicach (po 8 pkt.), 16.03.24 r. w Katowicach (9 pkt.), 22.03.24 r. w Kaliszu (8 pkt.) i 6.04.24 r. w Warszawie (7pkt.). Uchwały podjęto przy 1 głosie wstrzymującym się.

Zmiany w rejestrze indywidualnych praktyk lekarskich

W związku z zaprzestaniem działalności medycznej wykreślono 11 praktyk lekarskich - uchwały podjęto jednogłośnie.

Przyznanie świadczeń z Funduszu Samopomocy

Wniosek o bezzwrotną zapomogę złożyły 2 osoby - uchwały podjęto jednogłośnie.

Jednogłośnie przyjęto uchwałę w sprawie Funduszu Samopomocy Okręgowej Izby Lekarskiej w Opolu dotyczącą przyznania pomocy socjalnej w wysokości 1000 zł lekarzom i lekarzom denty stom, którzy w 2024 r. ukończą 90 lat (21 osób).

Zmiany w wysokości składki członkowskiej

Wnioski o zwolnienie ze składki członkowskiej złożyły 2 osoby. W jednym przypadku uchwałę podjęto jednogłośnie. W drugim - wniosek zostanie rozpatrzony przez Komisję ds. zwolnień i obniżen wysokości składki członkowskiej i zostanie rozpatrzony na kolejnej Radzie w kwietniu br.

Wnioski o obniżenie składki członkowskiej złożyły dwie osoby. W jednym przypadku składka została obniżona do 60 zł na okres trzech miesięcy (III-V 2024 r.), a w drugim - na okres dwóch miesięcy (II-III 2024 r.). Uchwały podjęto jednogłośnie.

Wyznaczenie przedstawicieli Rady do komisji konkursowych

Dyrektor SP ZOZ Brzeskie Centrum Medyczne w Brzegu skierował prośbę o wyznaczenie przedstawiciela Opolskiej Izby Lekarskiej do komisji konkursowej na stanowisko Zastępcy Dyrektora ds. Medycznych. Rada jednogłośnie desygnuje dr Barbarę Suzanowicz.

Dyrektor SP ZOZ Opolskie Centrum Onkologiczne w Opolu skierował prośbę o wyznaczenie przedstawiciela Opolskiej Izby Lekarskiej do komisji konkursowej na stanowisko Naczelnej Pielęgniarki. Rada jednogłośnie desygnuje dr Lidię Czopkiewicz.

Nowelizacja uchwał

Jednogłośnie podjęto nowelizację uchwały w sprawie ustalenia obowiązujących Uchwał ORL. Wykreślono uchwały dotyczące Medbrokera i pokoi gościnnych w siedzibie Izby. Jednogłośnie podjęto nowelizację uchwały w sprawie zwiększenia ryczałtów dla OROZ i jego zastępców z kwoty 300 zł do 500 zł i dla członków OSL z 200 zł do 400 zł.

Sprawozdanie z posiedzenia Konwentu Prezesów ORL w dn. 7 marca 2024 r.

Informację przekazała Prezes Jolanta Smerkowska-Mokrzycka. Konwent zajmował się następującymi problemami:

- rezygnacji z funkcji Prezesa OIL w Warszawie,
- warunkach wydawania WPWZ (rozbieżność w ich wydawaniu w różnych OIL) - biuro prawne NIL ma opracować decyzję z uzasadnieniem wydania WPWZ jednolita dla wszystkich izb,
- wynagrodzeniu dla członków Komisji ds. orzekania o niezdolności lekarza do zawodu,
- propozycji NRL, aby wszystkie Apele i Stanowiska, które będą kierowane z OIL do NIL były rozwiązywane przez daną OIL,
- archiwizacją dokumentacji medycznej pacjentów z prywatnych praktyk lekarskich po zmarłych lekarzach.

Sprawozdanie z posiedzenia Naczelnej Rady Lekarskiej w dniu 8 marca 2024 r.

Informację przedstawił Wiceprezes Stanisław Kowarzyk.

- Spotkanie z Ministrem Nauki Dariuszem Wieczorkiem nie odbyło się - Minister odwołał je w ostatniej chwili.

• Zapowiedziano kontrole w uczelniach medycznych pod kątem reakredytacji. Przewodniczącym PKA jest prof. Uryasz. Nie wiadomo czy Samorząd będzie mógł uczestniczyć w opiniowaniu organizacji kształcenia przeddyplomowego. Uczelnie o negatywnej opinii PKA, które pomimo tego otrzymały pozytywną opinię ministerstwa i otworzyły kierunki lekarskie, są wezwane do złożenia nowych wniosków.

• Przedstawiono uchwały Naczelnej Rady Lekarskiej w sprawie przedstawienia Nadzwyczajnemu XVI Krajowemu Zjazdowi Lekarzy projektu Kodeksu Etyki Lekarskiej. Kolega Kowarzyk zgłosił poprawkę do art. 7 KEL zmieniającą jego treść. Z obecnej: „W szczególnie uzasadnionych wypadkach lekarz może nie podjąć się lub odstąpić od sprawowania opieki nad pacjentem, z wyjątkiem przypadków niecierpiących zwłoki, gdy zwłoka w jej udzieleniu mogłaby zagrażać życiu lub zdrowiu pacjenta.” na: „gdy zwłoka w jej udzieleniu mogłaby zagrażać życiu lub spowodować znaczne pogorszenie stanu zdrowia pacjenta w krótkim czasie. - poprawka została przyjęta.

• Podjęto uchwałę w sprawie upoważnienia NIL do zawarcia umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej dla organów NIL i OIL - wybrano PZU (niższa składka, lepsze warunki ubezpieczeniowe).

• Powołano Komitet Sterujący do spraw transformacji w ochronie zdrowia. Zadaniem Komitetu jest przygotowanie analizy dotyczącej możliwości i kierunków poprawy efektywności, jakości i sposobu finansowania systemu opieki zdrowotnej ze szczególnym uwzględnieniem poprawy sytuacji pacjentów. Skład Komitetu: Łu-

kaszk Jankowski – przewodniczący, Paweł Barucha, Stefan Bogusławski, Bartłomiej Chmielowiec, Urszula Demkow, Artur Drobniak, Małgorzata Kiljańska i Klaudiusz Komor.

• Przyjęto regulamin portalu przedstawiającego prawomocne orzeczenia sądów lekarskich.

• Przedstawiono projekt uchwały Okręgowej Rady Lekarskiej w Krakowie w sprawie zmiany regulaminu nadawania odznaczenia „Meritus pro Medicis” - projekt został odrzucony (niedopracowany regulamin oraz negatywna opinia Kapituły).

• Sprawozdanie Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej z działalności za rok 2023. Około 100 spraw o nadmierne wystawianie recept, leczenie metodami niezweryfikowanymi naukowo, nieuprawnione używanie tytułu specjalisty przez lekarzy spoza Unii z pozwoleniem na pracę z MZ.

• Przyjęto stanowisko w sprawie rozporządzenia MZ w sprawie ramowego programu kursu w dziedzinie medycyny rodzinnej - NRL pozytywnie opiniuje projekt (kursy mogą się toczyć online; zmniejszono ilość materiału). Nie wiadomo czy Izby będą mogły organizować takie kursy przy pozytywnej opinii CMKP.

• Dyskusja w sprawie postępowań okręgowych rad lekarskich dotyczących warunkowych praw wykonywania zawodu i praw wykonywania zawodu na określony zakres czynności po 24 czerwca 2024 r.

• Informacje z MZ: Lekarze z p wz „na określony zakres czynności” mogą pracować w innych podmiotach niż wskazane i na każdym rodzaju umowy, a lekarze z ograniczonym PWZ po stażu mogą pracować prywatnie lub na umowie kontraktowej. Wywołało to na Radzie burzliwą dyskusję, gdyż takie stanowisko MZ kłóci się ze stanowiskiem Samorządu - lekarze z WPWZ posiadają ograniczone prawo i mają pracować pod nadzorem, a praktyka prywatna kłóci się z nadzorem. Niektórzy w Polsce otwierają duże placówki. Są firmy, które oferują zapłatę za formalne bycie opiekunem lekarza z Ukrainy. Duży jest napór tych lekarzy na Warmię i Mazury. Jest chaos informacyjny - rozbieżne komunikaty z MZ.

• Sprawozdanie z podjętych działań członka NRL - Prezesa Okręgowej Rady Lekarskiej w Krakowie w sprawie realizacji apelu nr 2 Okręgowej Rady Lekarskiej w Krakowie z dnia 22 listopada 2023 r. oraz apelu Okręgowej Rady Lekarskiej w Katowicach z dnia 6 grudnia 2023 r. nie odbyło się - nieobecny referent.

• Sprawozdanie z podjętych działań członka NRL - Prezesa Okręgowej Rady Lekarskiej w Krakowie w sprawie realizacji apelu nr 3 Okręgowej Rady Lekarskiej w Krakowie z dnia 23 listopada 2023 r. nie odbyło się - nieobecny referent.

Sprawozdania członków ORL z działalności pomiędzy posiedzeniami

Kol. Jerzy Jakubiszyn przedstawił Stanowiska, które zostały zgłoszone na Zjeździe Lekarzy.

Stanowisko nr 1
Okręgowej Rady Lekarskiej w Opolu z dnia 20 marca 2024 r.
w sprawie koniecznych zmian legislacyjnych związanych z wystawianiem recept przez lekarzy i lekarzy dentystów

Okręgowa Rada Lekarska w Opolu stwierdza, że konieczne jest dokonanie zmian legislacyjnych, m.in. w ustawie z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych, które nie będą ograniczały lekarzy i lekarzy dentystów w przepisywaniu refundowanych leków zgodnie z aktualnymi standardami postępowania, zmuszając do bezwzględnego stosowania się do Charakterystyki Produktu Lekczniczego.

Charakterystyki te często nie nadążają za aktualną wiedzą medyczną, nie pozwalają też na stosowanie tych le-

ków w pewnych grupach wiekowych, mimo, że są ewidentne dowody naukowe, które tym ograniczeniom przeczą.

Odejście od sztywnego przestrzegania Charakterystyki Produktu Lekczniczego oraz zdjęcie z lekarza obowiązku określania stopnia refundacji są niezbędne do tego, aby wymóg wynikający zarówno z ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, jak i z Kodeksu Etyki Lekarskiej - lekarz ma obowiązek wykonywać zawód, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej - mógł zostać w pełni zrealizowany.

Sekretarz ORL
Lek. Małgorzata ŁUSZCZYŃSKA-OSTROWSKA

Prezes ORL
Lek. dent. Jolanta SMERKOWSKA-MOKRZYCKA

Stanowisko nr 2
Okręgowej Rady Lekarskiej w Opolu z dnia 20 marca 2024 r.
w sprawie regulacji placowych w ochronie zdrowia

Okręgowa Rada Lekarska w Opolu stwierdza, że regulacje placowe, wynikające z podwyższania płacy minimalnej oraz stosowania odpowiednich przeliczników, mogą być dla małych podmiotów (praktyk lekarskich i nzo-ów) trudne, a czasem wręcz niemożliwe do zrealizowania bez

ograniczenia zatrudnienia, a co za tym idzie - bez ograniczenia liczby udzielanych przez te podmioty świadczeń.

Okręgowa Rada Lekarska w Opolu podkreśla, że ustawowe zwiększanie kosztów działalności placówek ochrony zdrowia musi być rekompensowane zapewnieniem wyższych przychodów.

Sekretarz ORL
Lek. Małgorzata ŁUSZCZYŃSKA-OSTROWSKA

Prezes ORL
Lek. dent. Jolanta SMERKOWSKA-MOKRZYCKA

Stanowiska zostały podjęte jednogłośnie.

Sprawy różne i wolne wnioski

Prezes odczytała pismo Aleksandry Kułakowskiej - studentki VI-go roku Kierunku Lekarskiego Uniwersytetu Opolskiego, w którym w imieniu Międzynarodowego Stowarzyszenia Studentów Medycyny IFMSA - Poland Oddział Opole przedstawiła prośbę o wsparcie finansowe i objęcie patronatem Konferencji Ogólnopolskiej w Medycynie pt. „Interdyscyplinarność drogą do sukcesu terapeutycznego” - konferencja odbędzie się w dniach 14-15.06.2024 r. w Opolu. Rada jednogłośnie podjęła uchwałę w sprawie dofinansowania konferencji w kwocie 4000 zł oraz objęciem jej honorowym patronatem.

Delegatura w Nysie przekazała podziękowanie za dofinansowanie Balu Lekarza, w którym wzięło udział 114 osób.

Kol. Marek Dryja wnioskował o zakup defibrylatora AED na potrzeby izby i zabezpieczenie kwoty 5000 zł na jego zakup. Rada podjęła uchwałę jednogłośnie.

Kol. Marek Błaszczuk zgłosił wniosek o dofinansowanie szkolenia dla lekarzy POZ organizowanego przez

OPTIMA MEDYCYNĄ SA, pod nazwą V-tej edycji Akademii Optimy, która odbędzie się 06.04.24 r. Rada podjęła uchwałę przy 4 głosach wstrzymujących się i przyznała dofinansowanie szkolenia w kwocie 6000 zł.

Prezes odczytała pismo przewodniczącego Komisji ds. Emerytów i Rencistów dr Bogusława Kudyby z prośbą o przyjęcie w poczet komisji lek. dent. Danuty Bilińskiej i lek. Zofii Domańczyk – uchwałę podjęto jednogłośnie.

Prezes przedstawiła pismo Wojewody Opolskiego z prośbą o zaopiniowanie i wniesienia ewentualnych uwag dotyczących projektu Rozporządzenia MZ zmieniającego Rozporządzenie w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarki i położne bez zlecenia lekarzy - uwagi zostaną przekazane po konsultacji z lekarzami różnych specjalności.

Wobec wyczerpania porządku obrad na tym posiedzeniu zakończono.

Sekretarz ORL
Lek. Małgorzata ŁUSZCZYŃSKA-OSTROWSKA

Prezes ORL
Lek. dent. Jolanta SMERKOWSKA-MOKRZYCKA

W dniu 24.04.2024 r. odbyło się kolejne posiedzenie Okręgowej Rady Lekarskiej, na którym Rada obradowała nad następującymi problemami:

Przyznanie praw wykonywania zawodu

Wniosek o wydanie PWZ celem odbycia stażu podyplomowego złożyła lek. Yuliya Yeudzionak, obywatelka Białorusi - uchwałę podjęto przy 1 głosie wstrzymującym się.

Wnioski o wpis do rejestru OIL w związku z przeniesieniem z DIL we Wrocławiu złożył lek. Igor Matkowski - uchwałę podjęto jednogłośnie.

Wniosek o wydanie PWZ złożył lek. dent. Sergiej Stasin, który w lutym br. złożył rezygnację z prawa, ale teraz postanowił powrócić do wykonywania zawodu - uchwałę podjęto przy 3 głosach wstrzymujących się i 2 przeciw.

Wniosek o przedłużenie ważności prawa wykonywania zawodu złożyła lek. Vira Stanuchowska, obywatelka Ukrainy, której prawo wykonywania zawodu traci ważność pod koniec kwietnia. Uchwałę podjęto jednogłośnie.

Wniosek o wydanie warunkowego PWZ złożyła lek. Svitlana Telehina, obywatelka Ukrainy, która ukończyła Zaporowski Państwowy Uniwersytet Medyczny w Zaporozu. Uchwałę podjęto jednogłośnie (WPWZ z datą ważności do dn.24.04.2029 r., praca pod nadzorem lekarza specjalisty przez 5 lat).

Wniosek o wydanie PWZ na określony zakres czynności zawodowych złożył lek. Roman Bohuta obywatel Ukrainy, który ukończył Lwowski Państwowy Uniwersytet Medyczny we Lwowie. Uchwałę podjęto jednogłośnie (PWZ z datą ważności do dn. 24.04.2029 r.).

Wniosek o wydanie warunkowego PWZ złożył także lek. dent. Dmytro Shanovskiy. Dr Jakubiszyn przekazał, że razem z dr Hamryszak spotkali się z nim, niestety znajomość języka polskiego była bardzo ograniczona. Sprawa była omawiana na Prezydium i Prezydium nie rekomenduje przyznania prawa. Przy 1 głosie wstrzymującym się podjęto uchwałę o odmowie przyznania WPWZ, przyjęcia lekarza dent. do Opolskiej Izby Lekarskiej i wpisu na listę członków.

Rejestracja podmiotów prowadzących szkolenie podyplomowe lekarzy

Firma „MedicaRescue Łukasz Szymczyszyn” zarejestrowana w naszej Izbie złożyła wnioski o przeprowadzenie kursów dla lekarzy stomatologów „Podstawowe i zaawansowane zagadnienia nagłych stanów zagrożenia życia - postępowanie w przypadku osób dorosłych i dzieci” (kier. naukowy szkolenia lek. Agata Michalczyk). Kursy odbędą się: 27.04.24 r. w Wejherowie, 25.05 br. w Myślenicach, 08.06 br. w Żorach, 18.06 br. we Włodzimierzowie, 22.06 br. w Kolbuszowej Dolnej i 30.06 br. w Poznaniu. Firma złożyła wnioski o przyznanie punktów edukacyjnych. Uchwały przyjęto jednogłośnie i przyznano 9 pkt. edukacyjnych za każde szkolenie.

Kliniczne Centrum Ginekologii, Położnictwa i Neonatologii w Opolu organizuje szkolenie pt.: „Praktyczny

kurs histeroskopii operacyjnej” (kier. naukowy dr Magdalena Zawadzka-Duliniec). Szkolenie obejmuje wykłady i zajęcia praktyczne. Termin zostanie podany w terminie późniejszym. Przyznano 8 pkt. edukacyjnych.

Zmiany w rejestrze indywidualnych praktyk lekarskich

W związku z zaprzestaniem działalności medycznej wykreślono 4 praktyki lekarskie. Z kolei z powodu zgonu wykreślono 3 praktyki lekarskie – uchwały podjęto jednogłośnie.

Przyznanie świadczeń z Funduszu Samopomocy

Wniosek o bezzwrotną zapomogę złożyło 2 lekarzy oraz koledzy w imieniu jednego lekarza - uchwały podjęto jednogłośnie.

Zmiany w wysokości składki członkowskiej

Wnioski o zwolnienie ze składki członkowskiej złożyło dwoje lekarzy, a o umorzenie składek członkowskich za ubiegły rok z powodu urlopu macierzyńskiego 1 lekarka. Uchwały podjęto jednogłośnie.

Obniżenie składki członkowskiej na 3 miesiące z 120 zł do 60 zł (V-VII 24 r.) przyznano jednej lekarce (zaległe składki mają zostać uregulowane) - uchwałę podjęto przy 1 głosie sprzeciwu.

Wyznaczenie przedstawicieli członków ORL do komisji konkursowych

Dyrektor ZOZ w Oleśnie skierował prośbę o wyznaczenia przedstawicieli Opolskiej Izby Lekarskiej do komisji konkursowej na stanowiska:

- Ordynatora Oddziału Ginekologiczno-Położniczego - Rada jednogłośnie desygnuje jako Przewodniczącego dr n. med. Aleksandra Wojtyłko oraz członków: dr n. med. Krzysztof Wiśniewski i dr Krystian Wartenberg;
- Ordynatora Oddziału Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej - Rada jednogłośnie desygnuje jako Przewodniczącego dr n. med. Aleksandra Wojtyłko oraz członków: dr n. med. Sławomir Panek i dr Krystian Wartenberg.

Dyrektor Regionalnego Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa skierowała prośbę o wyznaczenie przedstawiciela Opolskiej Izby Lekarskiej do komisji konkursowej na stanowisko Zastępcy Dyrektora ds. Medycznych - Rada jednogłośnie desygnuje dr n. med. Jerzego Jakubiszyna.

Dyrektor USK w Opolu skierował prośbę o wyznaczenie przedstawiciela Opolskiej Izby Lekarskiej do komisji konkursowej na stanowisko Zastępcy Kierownika / Dyrektora ds. Lecznictwa - Rada jednogłośnie desygnuje lek. dent. Jolantę Smerkowską-Mokrzycką.

Wybory uzupełniające

W związku z rezygnacją z pełnionej funkcji członka Prezydium przez kol. Kingę Szczepańską odbyły się wybory uzupełniające. Pod nadzorem Okręgowej Komisji Wyborczej i po zgłoszeniu kandydatur w tajnym głosowaniu został wybrany kol. Adam Martyniszyn - uchwałę podjęto jednogłośnie.

Sprawozdania członków ORL z działalności pomiędzy posiedzeniami

Kol. Latała przekazał informacje ze spotkania naukowo-szkoleniowego Opolskiego Oddziału PTS i Komisji Stomatologicznej OIL Opole,

Kol. Martyniszyn przekazał relację ze spotkania klubu motocyklowego DoctorRiders.

Kol. Jakubiszyn przekazał informacje ze 52 Zgromadzenia Delegatów IFMSA POLAND w Opolu oraz podziękowanie za wsparcie w realizację tego przedsięwzięcia, które odbyło się w dniach 19-21.04.24 r.

Prezes Jolanta Smerkowska-Mokrzycka przekazała krótkie sprawozdanie z posiedzenia Rady Społecznej OOW NFZ.

Sprawy różne i wolne wnioski

Rada jednogłośnie uchyliła uchwałę w sprawie powołaniu Komisji orzekającej w przedmiocie niezdolności lekarza do wykonywania zawodu w związku z jego zgonem.

Z-ca Dyrektora ds. Lecznictwa Szpitala Wojewódzkiego w Opolu Sp. z o.o. Roman Kolek poinformował, że lek. Younes Omar nie może zostać przyjęty na staż podyplomowy z przyczyn formalnych (brak zaświadczenia o niekaralności).

Rada jednogłośnie podjęła uchwałę w sprawie podpisania przez Prezesa i Skarbnika Izby umowy na instalację fotowoltaiki w siedzibie Opolskiej Izby Lekarskiej w kwocie do 200.000 zł.

Wydział Zdrowia Opolskiego Urzędu Wojewódzkiego poinformował, że zostali powołani kandydaci na stanowiska konsultantów wojewódzkich w dziedzinach:

- geriatria - lek. Katarzyna Bojkowska-Otrębska,
- medycyna sportowa – lek. Bogdan Niewiadomski,
- neurologia - dr hab. n. med. Beata Łabuz-Roszak,
- chirurgia naczyniowa - dr n. med. Jacek Hobot.

Prezes odczytała pisma sekretarza NIL Grzegorza Wrony z prośbą o wskazanie kandydatów na stanowisko Konsultanta Krajowego w dziedzinach: endokrynologia, farmakologia kliniczna, neurochirurgia, ortopedia i traumatologia narządu ruchu, neurologia dziecięca, psychiatria, seksuologia i stomatologia dziecięca.

Rada nie zgłasza kandydatów.

Kol. Suzanowicz złożyła wniosek o zmianę ordynacji wyborczej do izb lekarskich ponieważ uważa, że zbyt mało młodych lekarzy zasiada w ORL. Kol. Jakubiszyn jako Przewodniczący OKW poinformował, że taki wniosek może wpłynąć do Rady tylko od młodych lekarzy.

Wobec wyczerpania porządku obrad posiedzenie zakończono.

Sekretarz ORL

Lek. Małgorzata ŁUSZCZYŃSKA-OSTROWSKA

Prezes ORL

Lek. dent. Jolanta SMERKOWSKA-MOKRZYCKA

NIL

**Ośrodek
Kształcenia**

**Dyrektor Centralnego Ośrodka Badań, Innowacji
i Kształcenia Naczelnej Izby Lekarskiej
dr n. med. Artur Drobnik**

NRLW-000481/04/24

ODZ.62.1.2024

Warszawa, 06 maja 2024 r.

**Prezesi Okręgowych Rad
Lekarskich**

**Szanowna Pani Prezes,
Szanowny Panie Prezesie**

Z przyjemnością przekazuję Państwu informację, iż ruszyły zapisy na przygotowane przez Ośrodek Kształcenia COBIK Naczelnej Izby Lekarskiej szkolenia w sesji wiosenno – letniej.

W odpowiedzi na potrzeby lekarzy zorganizowaliśmy wiele ciekawych propozycji szkoleń, które obejmują szeroki zakres tematów, takich jak:

- Dedykowana wiedza medyczna w poszczególnych specjalizacjach,
- Rozwijanie kompetencji miękkich i umiejętności komunikacyjnych,
- Dbanie o własne zdrowie i dobrostan,
- Zrozumienie i funkcjonowanie w systemie ochrony zdrowia,
- Zarządzanie sobą i placówkami medycznymi,
- Prawo medyczne,
- Innowacje w medycynie.

Sesja wiosenno – letnia obejmuje 10 szkoleń stacjonarnych, które odbędą się w siedzibie NIL w centrum szkoleniowo-konferencyjnym oraz 70 szkoleń online.

Każde szkolenie i warsztat organizowany przez Ośrodek Kształcenia COBIK NIL są akredytowane, co gwarantuje, że uczestnicy otrzymują punkty edukacyjne, niezbędne do spełnienia obowiązku doskonalenia zawodowego w Polsce.

Szkolenia organizowane przez Ośrodek Kształcenia są bezpłatne i skorzystać z nich mogą lekarze i lekarze dentyści z całego kraju po zarejestrowaniu się i aktywowaniu konta na stronie Naczelnej Izby Lekarskiej. Zakres tematyczny jest różnorodny, umożliwiając doskonalenie swoich umiejętności klinicznych oraz podnoszenie jakości świadczonych usług. Zapisy prowadzone są przez Internet.

Ośrodek Kształcenia Naczelnej Izby Lekarskiej zaprosił polskie towarzystwa lekarskie do współpracy w zakresie kształcenia. W ramach tej współpracy organizujemy różnorodne szkolenia, kursy, które obejmują szeroki zakres tematyczny, od specjalizacji medycznych po nowoczesne metody diagnostyki i terapii. Dzięki temu lekarze mają możliwość nie tylko pogłębienia swojej wiedzy, ale także zapoznania się z najnowszymi osiągnięciami naukowymi.

Ponadto Ośrodek Kształcenia współpracuje z uczelniami wyższymi, państwowymi jednostkami, stowarzyszeniami i fundacjami, co pozwala na ciągłe poszerzanie oferty kształcenia.

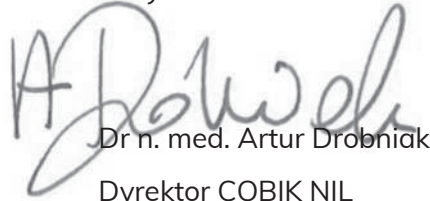
Posiadamy również w ofercie dla lekarzy szkolenia na żądanie w placówkach medycznych, umożliwiając indywidualne dostosowanie edukacji do potrzeb i wymagań konkretnej placówki.

Współorganizujemy także wydarzenia edukacyjne wspólnie z okręgowymi izbami lekarskimi.

Zachęcam Państwa do promowania kształcenia ustawicznego wśród lekarzy oraz informowania o organizowanych przez Ośrodek Kształcenia Naczelnej Izby Lekarskiej szkoleniach w swoich izbach lekarskich.

Przesyłam link do zamieszczenia na Państwa stronach internetowych, w social mediach, newsletterach: [NIL - Kursy i szkolenia](#)

Z wyrazami szacunku



Dr n. med. Artur Drobnik
Dyrektor COBIK NIL

WZRUSZ MOJE SERCE

Rok rozpoczął się intensywnie i nie zwalnia. Zarówno w pracy, jak i w teatrze, dużo się dzieje. Za nami dwa spotkania z nową ministrami. Kurtuazję odwiedzin przy Sobieskiego i jubileuszowe prezenty z Łodzi zastąpiła bieżączka codzienności i wypatrywanie obiecaney zmiany. Było miło, ale i tak dryfujemy w nieznane. Cóż więc może mas poruszyć?

Czy mogłaby to być pozjazdowa rozmowa o Kodeksie Etyki Lekarskiej? Mogłaby, ale jak się rozejrzę wokół, to raczej nie jest, mimo długiej i merytorycznej debaty delegatów. Dlaczego? Nowe – stare przepisy, mimo wszystko, poprawiają niewiele, ale tak naprawdę, co niby miałyby wnieść nadzwyczajnie odmiennego. Pierwotny spór między frazami „powinien” vel „ma obowiązek” to nie jest rewolucja normy etycznej. To może nawet dobrze. Dlatego warto świętować kompromis różnych punktów widzenia. Ten moment był szczerze wzruszający. I będzie miał wielu ojców.

Czy mogłaby zatem poruszyć koleżanki i kolegów, nie będących działaczami izbowymi, dyskusja o zasadach głosowania w kolejnych wyborach lekarskich? Mogłaby, gdyby zainteresowanie elekcją było wyższe niż kilkanaście procent. Ułatwienie procesu wyborczego, poprzez budowę aplikacji elektronicznej, to przecież tylko wstęp. Ale jaki mocny! Poza kręgiem rozważań pozostaje wciąż celowość. Slogany z 1989 roku nie trafiają już do wyborców. Nie poruszają mas, albo poruszają negatywnie. Samorząd nie aktywizuje młodych. Krzyżyk stawiany w telefonie nie zastępuje programu na przyszłość. Dokąd zatem zmierzamy? Czy izba to trampolina karier? Co robić, by być skutecznym w procesie legislacji? Czy samorząd powinien stawiać na docelową jedność poglądów, która, jak do tej pory, była, jest i... – zaryzykuję – będzie, nieosiągalna?

Teatralno-filmowo-wystawienniczy rok rozpocząłem bardzo intensywnie. W ciągu czterech miesięcy obejrzałem kilkadziesiąt spektakli, koncertów, filmów i wernisarzy. Jak nigdy wcześniej czasy są takie, że w głowie może się zakręcić od propozycji repertuarowych, jakimi sypią, niczym z rękawa obfitości, placówki kultury i sztuki. Przy większości postawiłem sobie plus, mniejszy większy, ale plus zachwytu, dobrze wydanych pieniędzy, czasu, który warto było poświęcić, mimo coraz cięższej pracy z pacjentami i pędu domowych spraw. Starość goni wszystkich, także najmłodszych. Ten oczywisty fakt, tak bardzo zaskakuje następne pokolenie, że niepostrzeżenie zaczyna zachowywać się tak jak ci, których z taką werwą krytykowali. Czas – straszny lekarz, każdego wpędzi w choro-

bę niepamięci słów, których się wstydzi, zastępując je nowymi, godnymi uśmiechu wywodami o zepsutej młodzieży. To mnie zawsze porusza, gdy „nie pamięta wół, jak cielęciem był”.

W ciągu dwóch lat sprowadziłem pisanie felietonów do recenzji teatralnych. Nie jest mi z tym źle. Wybór spektaklu opieram na odczuciu, że jakaś część inscenizacji dotyka spraw środowiska lekarskiego. Taki pretekst do podtekstu. Prawda jest jednak taka, że o każdej sprawie można opowiadać z poziomu medycyny i jej organizacji, bo zawsze znajdzie się wspólny mianownik rozpoznania lub terapii. Najczęściej biorę na tapetę przedstawienia oglądane przed chwilą, z programem leżącym na biurku i czekającym na katalogowy numer. Tak jest najłatwiej. Świeża pamięć, nowe skojarzenia, porównania z przeszłością, szybki przegląd podobnych tematów i scen. Gotowiec. Godzina i tekst może być wysłany do wydawcy. Zaczynamy?

Teatr Ateneum w Warszawie wywołałem całkiem niedawno w Gazecie Lekarskiej. Wówczas z dużą euforią, którą teraz odebrał mi dramat Hanocha Levina „Wzrusz moje serce”. Publiczności było po brzegi, ale w mojej percepcji, porównując recenzje prasowe, niestety legły w gruzach. Znanie nazwiska nie pociągnęły słabego scenariusza. Łukasz Simlat się zmęczył. Julia Kijowska, mimo rozdwojenia ról, nie zbudowała postaci aż do końca, swój fragment udźwignął jedynie Grzegorz Damiński. I perkusista. Walenie w bęben było najbardziej porywające, ale czy wzruszające?

Weźmy coś innego. „Król Lear” Szekspira w Narodowym z Janem Englertem. Recenzje skrajnie złe. Publiczność po brzegi. Owacja. Spektakl nie tak zły, jak go obsmarowali i nie tak dobry, żeby wstać. Ale zawsze to lepiej niż „Wieczór Trzech Króli” na tej samej scenie, gdzie wszystko było cudne – scenografia, kostiumy, tekst, gra aktorska i muzyka, a inscenizacja okazała się katastrofą. Zawiodł znany reżyser. Zabrakło spoiwa, choć tak świetnie zaplanowano pojedyncze rozwiązania.

Co zatem wzrusza moje serce w przeddzień teatralnego lata i po obradach Krajowego Zjazdu Lekarzy w Łodzi? Naiwna wiara, że autor, reżyser i aktor nie zawiodą, dając z siebie wszystko, by było warto wstać lub głosować. Z aplikacją lub bez. Nie dlatego, że powinienem, czy mam obowiązek, ale dlatego, że znam ideę gry, na którą patrzę.

Jarosław WANECKI

Ośrodek Kultury i Dziedzictwa Historycznego NIL



CZY LECI Z NAMI LEKARZ?

Kilka praktycznych rad przy udzielaniu pomocy medycznej w trakcie komercyjnego lotu samolotem pasażerskim

Może się zdarzyć, że zapadając w przyjemną drzemkę w czasie podróży lotniczej usłyszymy ogłoszenie stewardessy: If there is a medical professional on board the aircraft, would you please contact a member of the cabin crew?

Nasuwać się wtedy pytania. Czy powinniśmy zareagować, jaki sprzęt i leki dostępne są na pokładzie, czy nasze umiejętności wystarczą? Odpowiedź na pierwsze pytanie z etycznego punktu widzenia to oczywiście „TAK”, ale ma ona również aspekt medyczno-prawny.

Udzielanie pomocy przez pasażera – profesjonalnego pracownika medycznego (lekarz, pielęgniarka, paramedyk) skutkuje nawiązaniem zależności medyczno-prawnej z pacjentem-pasażerem. Ewentualna odpowiedzialność prawna zależy głównie od kraju rejestracji linii lotniczych, gdyż na pokładzie samolotu, obowiązują regulacje narodowe i międzynarodowe ratyfikowane przez dany kraj. Także narodowość pacjenta i lekarza oraz miejsce startu i lądowania mają znaczenie. Najbardziej jednoznaczna sytuacja dotyczy przewoźników amerykańskich – gdzie od 1998 roku obowiązuje Aviation Medical Assistance Act, który prawnie chroni personel medyczny. Ponadto USA, Kanada (wyjątek Quebec) i Wielka Brytania nie nakładają na lekarza obowiązku świadczenia usług ratownictwa medycznego podczas komercyjnego lotu. Prawny obowiązek udzielenia takiej pomocy istnieje natomiast w Australii i wielu krajach europejskich w tym w Polsce. Dodatkowo niektórzy przewoźnicy jak Lufthansa, Swiss, Japan, czy Austrian Airlines poprzez programy „lekarz na pokładzie” dysponują listami aprobowanych wcześniej ochotników lekarzy-pasażerów zapewniając im szkolenia i ochronę prawną w przypadku konieczności udzielania pomocy w trakcie lotu. Istnieje generalna zasada, że ochotnik medyczny, który postanowił udzielić pomocy nie powinien się znajdować pod wpływem alkoholu, środków nasennych, być bardzo zmęczony bądź w inny sposób osłabiony. Jeśli linia lotnicza prosi o pomoc medyczną na pokładzie – zazwyczaj ponosi odpowiedzialność związaną z tą prośbą. Zawsze należy poprosić o informacje dotyczącą odpowiedzialności prawnej wyższą rangą stewardesę/a (Purser/Cabin Service Director).

Ważna jest wiedza o sprzęcie medycznym i lekach dostępnych na pokładzie. Tu również istnieją różnice zależne od linii lotniczych i dystansów lotów, na których

operują. Zasadniczo w samolotach przewożących więcej niż 100 pasażerów, szczególnie na długich lotach, powinny się znajdować trzy rodzaje zestawów medycznych. Podstawowy to tzw. zestaw pierwszej pomocy (First Aid Kit) zawierający zazwyczaj środki opatrunkowe, sfigmomanometr, stetoskop, termometr oraz doustne leki typu OTC (słabe analgetyki, antyemetiki, przeciwbiegunkowe, antyhistaminowe, czy antacida). Drugi zestaw – którego użycie wiąże się już z uruchomieniem procedur, w tym powiadomienia kapitana i służb naziemnych – to Zestaw Ratownictwa Medycznego (Emergency Medical Kit). Zawiera najistotniejszy sprzęt oraz leki stosowane w kwalifikowanej pomocy przedszpitalnej i szpitalnej – włączając w to AED i źródło tlenu. Trzeci to tzw. uniwersalny zestaw ochronny (Universal Precaution Kit) stosowany z zagrożeniu biologicznym (COVID, Norovirus, Ebola). W przypadku długodystansowych lotów największych linii lotniczych możemy się spodziewać na pokładzie zestawów monitorujących (EKG-12, pulsoksymetria, kapnografia, NIBP) z opcją bezpośredniej telemetrii do lądowych centrów wsparcia medycznego. Systemy naziemnego wsparcia medycznego (MedAire MedLink, Stat-MD) są obecnie powszechnie używane przez linie lotnicze. Jest to bezpośrednie satelitarne połączenie z lekarzami medycyny ratunkowej w Emergency Dept. w Banner University Medical Center w Phoenix AZ lub University of Pittsburgh Medical Center PA, USA. Lekarz-doradca Assistance Center dysponuje wiedzą dotyczącą możliwości oraz granic terapii na pokładzie (sprzęt/leki) oraz czy ewentualna zmiana kursu samolotu i awaryjne lądowanie powinny być brane pod uwagę. Ostateczną decyzję w tej kwestii podejmuje zawsze kapitan statku powietrznego w oparciu o opinię personelu medycznego opiekującego się chorym na pokładzie. Są to krytyczne i kosztowne decyzje z punktu widzenia linii lotniczych. Dlatego wsparcie naziemnych doradców – w nie zawsze jednoznacznych sytuacjach klinicznych, gdzie z powodu hałasu czasem trudno zmierzyć ciśnienie tętnicze – jest bardzo istotne.

Odpowiedź na pytanie czy nasze umiejętności są wystarczające jest zawsze bardzo indywidualna. Aerospace Medical Association i American College of Emergency Physicians wspierają i rekomendują udział ochotników w udzielaniu pomocy medycznej w trakcie przelotu. Jest wysoce prawdopodobne, że wśród kilkuset pasażerów Boeinga 777 czy Airbusa 330 są jeszcze inni przedstawiciele zawodów medycznych, którzy mogą nam pomóc lub sami oczekują profesjonalnego wsparcia. Dodatkowo mo-

żemy liczyć na asystę – przynajmniej jedna osoba z załogi samolotu, która wg. zaleceń IATA posiada certyfikację BLS+AED. Z pewnością biegłość języka angielskiego oraz znajomość aktualnych standardów ACLS/PALS/ITLS będą bardzo pomocne w bezpośrednim słownym kontakcie/koordynacji działań medycznych z naziemnym Assistance Center.

Szczegółowy opis patofizjologii i postępowania w stanach nagłych w trakcie lotu na dużej wysokości przekracza objętość tej publikacji. Jednak w uproszczeniu można to przybliżyć czytelnikowi posilkując się prawem Boyle’a, wg. którego wraz ze spadkiem ciśnienia rośnie objętość gazu ($P=1/V$). W kabinie samolotu pasażerskiego lecącego na pułapie (9 000 – 12 000 m n.p.m), utrzymywane jest ciśnienie odpowiadające ciśnieniu atmosferycznemu panującemu w górach na wysokości 1800–2500 m n.p.m, a więc jest niższe od ciśnienia na poziomie morza. Rozrzedzające się powietrze to niższe FiO₂, paO₂ i niższa SatO₂ (zazwyczaj ok. 93%), co może mieć znaczenie w przypadku istniejącej wcześniej patologii krążeniowo-oddechowej (hypoxic hypoxia). Inny efekt kliniczny to wzrost objętości gazów w zamkniętych przestrzeniach ludzkiego ciała, szczególnie jeśli następuje to w krótkim okresie czasu. Dotyczy to zarówno pospolitego bólu/ciśnienia w uchu jak i potencjalnie groźnego dopełnienia odmy opłucnowej czy stanów niedrożności jelit we wczesnych okresach pooperacyjnych. Dodatkowymi

negatywnymi czynnikami pogarszającymi sytuację kliniczną w trakcie lotów dalekiego zasięgu (>8 h) są odwodnienie, stres/niepokój, unieruchomienie/wymuszona pozycja ciała, hałas i wibracje.

Konstrukcja samolotu Boeing Dreamliner czy Airbus 350 pozwala na uzyskiwane wyższych ciśnień w kabinach – poziom 1700–1800 m n.p.m. W samolotach sanitarnych o wzmocnionej konstrukcji kadłuba i przy przelocie na niższym pułapie (ok. 7000 m n.p.m) można uzyskać w kabinie ciśnienia tzw. poziomu morza (sea level flight) co pozwala na transport bardzo obciążonych pacjentów.

Wg. statystyk personel pokładowy linii lotniczych doskonale daje sobie radę w ok. 70% wszystkich raportowanych nagłych zdarzeń medycznych. Dla nas profesjonalistów pozostaje te 30% cięższego kalibru. Wtedy warto przyjąć zasadę (Expedition and Wilderness Medicine), że nie należy działać powyżej swojego poziomu kompetencji, ale powinniśmy pamiętać, że nasza pomoc jest cenna i lepsza niż przypadkowej osoby bez wykształcenia medycznego.

Wojciech PIETRZYK

Dr n. med. Wojciech Pietrzyk – specjalista anestezjologii i intensywnej terapii oraz specjalista medycyny ratunkowej, lekarz okrętowy. W latach 2018–2023 pracował w zespole zabezpieczającym medyczny transport lotniczy w regionie Australazji jako flight doctor.

(przedruk za zgodą z „Eskulapa Świętokrzyskiego” nr 11–12/23)

AWIOFABIĘ DA SIĘ POKONAĆ

Strach przed lataniem dotyczy nawet 30% społeczeństwa, a nawet połowa z nas odczuwa dyskomfort, podróżując samolotem. Jeśli lęk jest paraliżujący i niweczy plany rajskich wakacji, należy zastanowić się, jak go pokonać. Bo da się i zdecydowanie warto to zrobić!

Lęk przed lataniem samolotem jest dość powszechną fobią, ale ma różną formę: jedni nie są w ogóle w stanie wsiąść do samolotu, inni – stosując np. techniki oddechowe – jednak „zmuszają się” do podróżowania nad ziemią, czując się niekomfortowo, szczególnie podczas startu i lądowania. Ci pierwsi często ograniczają kierunki wakacyjne tylko do miejsc, do których można dostać się drogą lądową (lub morską). Jeśli żyją sami, to można powiedzieć: „taka ich decyzja”, ale jeśli z powodu czyjegoś lęku przed lataniem cierpi np. cała rodzina, to zdecydowanie problem wymaga rozwiązania. – Naprawdę warto pochylić się nad awiofobią, by móc doświadczać dalekich kultur, krajobrazów. A niestety widzę, że do gabinetów terapeutów zgłaszają się głównie pacjenci, którzy zmuszeni są do korzystania z samolotów w celach służbowych. Biznesowe podróże zagraniczne z reguły odbywają się drogą lotniczą, więc pacjenci muszą się uporać z awiofobią, bo inaczej stracą pracę – wyjaśnia Rania Al-Mashan, psycholożka z Poradni Zdrowia Psychicznego Harmonia, Grupy LUX MED.

Co więcej, tak jak w innych obszarach życia i zdrowia – problem nieleczony wcale nie znika, a wręcz pogłębia się. – Najczęstszy błąd to unikanie bodźca awersyjnego, czyli lękotwórczego. Człowiek z awiofobią pozostawiony sam sobie jeszcze mocniej odczuwa strach i lęk na myśl o wejściu na pokład samolotu – tłumaczy Rania Al-Mashan.

Skąd się wziął strach przed lataniem?

Gdy spytamy osób, które boją się latać, co tak naprawdę napawa je lękiem, najczęściej słyszymy: „trudno mi pojąć, że tak ogromna i ciężka maszyna może unosić się w powietrzu”, „nie mam żadnej sprawczości nad tym, co się dzieje”, „oczami wyobraźni widzę katastrofę samolotu, którym lecę”, „turbulencje są tak straszne, że myślę, że zaraz spadniemy”. Na wszystkie te zdania psycholożka kiwa twierdząco głową. – W czasach prehistorycznych lęki i strach pełniły rolę adaptacyjną. Dziś zamiast pomagać i mobilizować – paraliżują i nie są adekwatne. W przypadku awiofobii często lęk pojawia się na samą myśl o wejściu na pokład samolotu. Nazywamy to lękiem oczekiwania – wyjaśnia Rania Al-Mashan.

Tak, jak w przypadku innych fobii, czynników może być wiele: nauka potwierdza, że lęki mogą mieć podłoże genetyczne. Często są to również czynniki środowiskowe: lęk i strach mogą być zachowaniem wyuczonym od

osób z otoczenia, które często reagują w sposób nadmierne lękowy, a więc z okresu naszego dzieciństwa możemy nieść багаż w postaci różnych schematów poznawczych, błędnych przekonań czy zniekształceń myślowych, takich jak np. katastrofizacja czy nadmierne uogólnianie. Przez to bardzo łatwo tracimy obiektywizm w myśleniu i ocenianiu rzeczywistości – więc jesteśmy bardziej predysponowani do odczuwania lęku i wystąpienia fobii.

Oczywiście reakcje lękowe mogą także być indukowane przez traumatyczne wydarzenia: – I nie chodzi tu tylko o śmierć bliskiej osoby w katastrofie lotniczej, bo to niezwykle rzadka sytuacja. To może być np. utrata kogoś, kto zginął w wypadku samochodowym, jadąc na wakacje – wyjaśnia ekspertka. I dodaje: – Miałam pacjenta z zespołem Aspergera z lękiem przed podróżami, bo kompulsywnie oglądał filmy z katastrof lotniczych. Pokonaliśmy tę fobię podczas kilkumiesięcznej terapii – tłumaczy psycholożka.

Ale odlot? To nie dla mnie!

Osoby z awiofobią nie mają łatwego życia. Czasem niepokój ogarnia ich już na myśl o podróży, a im bliżej lotniska, tym czują się gorzej. Lękowi towarzyszą naprawdę przykre objawy: przyspieszony oddech, zawroty głowy, wzmożone napięcie mięśniowe, nudności, potliwość. Współtowarzysze podróży nie mają z nimi łatwo, bo do osób w takim stanie nie trafiają komunikaty rzeczowe. – Nie ma sensu przywoływać statystyk i tłumaczyć, że to najbezpieczniejszy środek transportu, choć to prawda. Osoba z objawami lękowymi nie posłucha też historii o szczęśliwym finale awaryjnego lądowania. Ale najgorsze, co może zrobić współpasażer, to umniejszać problem, mówić: „przesadzasz”, „nie histeryzuj, uspokój się”. Czy ktoś kiedykolwiek uspokoił się po takich słowach? Nie, za to takie stwierdzenia pogłębiają poczucie braku bezpieczeństwa, a osoba bojąca się latać czuje się jeszcze bardziej osamotniona ze swoim problemem – wyjaśnia Rania Al-Mashan.

Co zatem powinien zrobić ktoś, kto podróżuje z osobą bojącą się latać? – Okazać wsparcie. Na przykład wziąć tę osobę za rękę albo położyć jej rękę na swojej klatce piersiowej i pokazać swój spokojny, regularny oddech. Zachęcić do technik oddechowych, mówić miłe komunikaty spokojnym, miarowym głosem. Można wtedy wprowadzić elementy wizualizacji tak, aby mentalnie odseparować taką osobę od sytuacji powodującej stres – zachęca ekspertka.

Nie strzelaj kielicha

Każda osoba z awiofobią z pewnością natknęła się na radę, by strach przed lataniem zniwelować alkoholem. „Strzelisz

kielicha, wyluzujesz się i strach minie”, jest jednak szkodliwą rekomendacją. – Alkohol nigdy nie jest dobrym środkiem na regulowanie emocji – przestrzega psycholożka. – Najczęściej po ustąpieniu upojenia, lęk wraca ze zdwojoną siłą. Poza tym alkohol może zwiększać dyskomfort związany ze zmianami ciśnienia w samolocie. Dodatkowo alkohol nasila zaburzenia lękowe, gdyż jest substancją prozapalną, a jak wiemy, stan zapalny w układzie nerwowym jest charakterystyczny dla osób zmagających się z lękiem. Tak więc jest wiele powodów, dla których alkohol nie powinien być lekiem na stres związany z lataniem – przypomina Rania Al-Mashan.

Dać sobie pomóc

Prawdziwym ratunkiem jest oswojenie lęku przed lataniem pod okiem specjalisty. – Najczęściej w przypadku awiofobii stosujemy psychoterapię w nurcie poznawczo-behawioralnym. Jednym ze skutecznych narzędzi dla pacjentów z lękiem przed lataniem jest desensytyzacja, która polega na przezwyciężaniu strachu poprzez stopniową ekspozycję na obiekt. W przypadku strachu przed lataniem są to rozmowy, pokazywanie zdjęć pokładów samolotów, filmy instruktażowe, wizualizacje – wymienia ekspertka. Można spróbować także psychoterapii w nurcie psychodynamicznym, w którym pacjent wspólnie z terapeutą wraca do przeszłości i szuka źródeł lęku w sytuacjach niezwiązanych bezpośrednio z lataniem samolotem

Rania Al-Mashan radzi, by pochylić się nad swoim lękiem i podjąć pracę, by go ośwoić. Można to robić także innymi krokami. – Do codziennych praktyk warto włączyć trening Jacobsona lub trening autogenny Schultza. To dwie znakomite metody głębokiej relaksacji. Z tym ostatnim pracowali nawet żołnierze jednostki GROM i trening ten ma świetne rezultaty w walce nawet z przewlekłym stresem i lękiem. Poleca się go generalnie osobom, które chcą żyć lepiej, bardziej świadomie regulować emocje. Warto o to zawalczyć dla siebie i naszych bliskich – podsumowuje psycholożka.

Terapia trwa różnie, to bardzo indywidualna kwestia, zależna od zasobów danej jednostki – czasem jest to kilka miesięcy, czasem rok. Jeśli pacjent, nawet po udanej terapii, odczuwa strach bezpośrednio przed planowaną podróżą, dobrą opcją będzie wybranie się do psychoterapeuty na jednorazową sesję-konsultację przed wyjazdem. Można też skorzystać z pomocy psychiatry i wprowadzić środki farmakologiczne, jeśli zajdzie taka potrzeba.

Agnieszka DANOWSKA-TOMCZYK
(przedruk za zgodą z „Panaceum” 7-8/23)

SZTUCZNA INTELIGENCJA

Obecnie jesteśmy świadkami rewolucji technologicznej, która w najbliższym czasie może zmienić sposób, w jaki diagnozujemy i leczymy chorych. W swojej skali, zakresie i złożoności taka transformacja będzie całkowicie nową jakością – zoptymalizuje proces terapeutyczny

i zwiększy bezpieczeństwo leczenia pacjentów. Rozwój sztucznej inteligencji jest faktem i dzisiaj wielu naukowców stawia pytanie – już nie „czy”, ale „kiedy” sztuczna inteligencja zacznie podejmować za nas decyzje terapeutyczne. Czy my – lekarze – będziemy w stanie zaakcepto-

wać podejmowanie decyzji klinicznych przez algorytm? Jak bardzo będą musiały zmienić się akty prawne w zakresie odpowiedzialności?

Co to jest sztuczna inteligencja?

Pojęcie sztuczna inteligencja (AI – artificial intelligence) stanowi pewien postulat lub skrót myślowy służący do określenia zbioru zasad, które są zapisane w postaci algorytmu. Sztuczna inteligencja to utrwalenie wiedzy eksperckiej lub postępowania w danej sytuacji zapisanego w formie binarnej, które może być odtwarzane po wprowadzeniu danych wejściowych, zgodnie z pierwotnymi założeniami – wzorcem. Sztuczna inteligencja nie stanowi niezależnego bytu, a jedynie fragment inteligencji ludzkiej zapisanej w postaci określonych zasad i reguł. Wyobraźmy sobie obrazy zdjęć radiologicznych, które są dla komputera zbiorem odcieni szarości tzw. pikseli zapisanych w sposób cyfrowy. Wykorzystując odpowiednie algorytmy, możemy spróbować nauczyć komputer interpretacji sumy i zestawienia odcieni szarości zapisanych pikseli i udzielenia odpowiedzi w postaci opisu zdjęcia RTG. Warunkiem uczenia się sztucznej inteligencji jest zgromadzenie dużej ilości dobrze opisanych, powtarzalnych danych. Proces analizy danych może być mniej lub bardziej elastyczny w zależności od stopnia skomplikowania wykorzystywanego algorytmu, analizującego np. uczenie maszynowe, uczenie głębokie lub sztuczne sieci neuronowe.

Czy to jest możliwe?

Systemy interpretacji obrazów radiologicznych oparte na sztucznej inteligencji uzyskały akceptację amerykańskiej FDA (Food and Drug Administration) oraz Komisji Europejskiej do analizy np. badań rezonansu magnetycznego gruczołu krokowego w diagnostyce raka prostaty, tomografii komputerowej płuc w przebiegu infekcji wirusem COVID-19 lub obrazów histopatologicznych. Chociaż w wielu przypadkach ustępują one czułością oraz swoistością analizom eksperckim, to już dzisiaj pełnią nieocenioną rolę pomocniczą w miejscach, gdzie dostęp do wysoce wykwalifikowanych specjalistów jest ograniczony.

Z uwagi na możliwość cyfrowego zapisu każdej czynności wykonywanej przez dłoń chirurga zasiadającego przy konsoli robotycznej, technologie robotyczne stanowią największą perspektywę wykorzystania sztucznej inteligencji do rozwoju chirurgii. Poprzez analizę ergonomii, precyzji ruchu dłoni chirurga algorytmy bazujące na wzorcach postępowania są w stanie wskazywać operatorowi w czasie rzeczywistym najbardziej optymalny zakres ruchu i pomagają podjąć decyzję, która będzie wiązała się z jak najmniejszym ryzykiem powikłań dla pacjenta. Choć powyższe algorytmy są na razie w fazie badań i są głównie wykorzystywane w treningu umiejętności chirurgii robotowej na trenażerach, to z pewnością w przyszłości, wraz z gromadzeniem większej ilości danych, będą stanowiły podstawę do rozwoju systemów

autonomicznych. Rozwój techniki robotycznej i laparoskopowej, gdzie chirurg prowadzi zabieg wykorzystując cyfrowy obraz z umieszczonej w polu operacyjnym kamery, stwarza nowe możliwości dla rozwoju rozszerzonej rzeczywistości. Wyobraźmy sobie fuzję obrazów radiologicznych TK, NMR widzianą w czasie rzeczywistym przez prowadzącego zabieg chirurga. Zeskanowanie struktur operowanego narządu z precyzyjnym zaznaczeniem ogniska guza na obrazie rzeczywistym, widzianym w kamerze przez oko chirurga, pozwoli z dużo większą precyzją zachować czystość onkologiczną i oszczędzić krytyczne struktury.

Czy to jest możliwe?

Wyniki pierwszych badań wykorzystujących rzeczywistość rozszerzoną (AR – augmented reality) w chirurgii uroonkologicznej pokazały ogromny potencjał tej techniki – szczególnie w wykonywaniu zabiegów oszczędzających pęczki naczyniowo-nerwowe w raku gruczołu krokowego, które są odpowiedzialne za prawidłową erekcję prącia. Ponadto użycie tej techniki minimalizuje ryzyko dodatknych marginesów onkologicznych.

Wirtualna rzeczywistość obrazowana za pomocą gogli VR (VR – virtual reality) stanowi genezę pojęcia metawersum, które wciąż nie ma swojej precyzyjnej definicji. Uogólniając, metawersum odnosi się do całkowicie wirtualnego i alternatywnego świata cyfrowego, który został stworzony na wzór realnego, natomiast jego zasady funkcjonowania i wygląd są precyzyjnie określone jedynie przez autora programu. Infrastruktura metawersum zapewnia przestrzeń dla wykorzystania i rozwoju sztucznej inteligencji, blockchain, NFT, a całość jest napędzana przez superszybką sieć 5G. Zarówno lekarze, jak i pacjenci mogą korzystać z jego potencjału – począwszy od interpretacji objawów chorób za pomocą czujników podpiętych do pacjenta, poprzez przeprowadzanie multidyscyplinarnych dyskusji zespołowych, które mogą odbywać się w wirtualnym pokoju z wykorzystaniem cyfrowych awatarów unikalnych dla każdego uczestnika (NFT), gdzie różni specjaliści (np. urolog, onkolog, radioterapeuta) mają szansę analizować dane kliniczne pacjenta wraz z obrazami diagnostycznymi w czasie rzeczywistym.

Wydaje się że to jest możliwe

Aktualnie prace koncentrują się na tworzeniu większych medycznych baz danych i dalszym rozszerzaniu technik sztucznej inteligencji. Być może w niedalekiej przyszłości, otrzymując odpowiednio zapisane i zdefiniowane dane kliniczne, wykorzystując lub nawet tworząc własne algorytmy sztuczna inteligencja będzie w stanie ustalić najbardziej optymalny sposób postępowania w danej jednostce chorobowej. Upłynie wiele czasu zanim „maszyna” zastąpi rękę chirurga, ale z pewnością warto już dzisiaj uświadomić sobie, że powstają pomocne nam systemy tworzące wirtualne obrazy rzeczywistego pacjenta we współpracy z nowym asystentem w postaci sztucznej inteligencji.

Bartosz BRZOSZCZYK, Piotr JARZEMSKI

O autorach: dr n. med. Bartosz Brzoszczyk jest specjalistą urologiem FEBU, andrologiem klinicznym, pracuje w Katedrze i Klinice Urologii Szpitala Uniwersyteckiego nr 2 im. dr. Jana Biziela w Bydgoszczy. Dr hab. med. Piotr Jarzemski, prof. UMK, jest kierownikiem Katedry i Kliniki Urologii w Bieleży.

Przypisy:

Hameed BMZ, Somani S, Keller EX, et al. Application of Virtual Reality, Augmented Reality, and Mixed Reality in Endourology and Urolithiasis: An Update by YAU Endourology and Urolithiasis Working Group. *Front Surg.* 2022;9:866946. Published 2022 Apr 1. doi:10.3389/fsurg.2022.866946

Hameed BMZ, S Dhavileswarapu AVL, Raza SZ, et al. Artificial Intelligence and Its Impact on Urological Diseases and Management: A Comprehensive Review of the Literature. *J Clin Med.* 2021;10(9):1864. Published 2021 Apr 26. doi:10.3390/jcm10091864

Checucci E, Cacciamani GE, Amparore D, et al. The Metaverse in Urology: Ready for Prime Time. The ESUT, ERUS, EULIS, and ESU Perspective. *Eur Urol Open Sci.* 2022;46:96-98. Published 2022 Nov 8. doi:10.1016/j.euros.2022.10.011

(przedruk za zgodą z „Primum” nr 5/23)

CO PRODUKUJE LEKARZ?

W pierwszym odruchu to głupie pytanie, ale podobno nie ma głupich pytań. Są tylko głupie odpowiedzi. Potem padnie odpowiedź, udzielona przez tych z „owłosionymi mózgami”, zarządzających zdrowiem publicznym, specjalistycznym i ministerialnym. Oni wiedzą, że lekarz to usługi, a nie produkcja. Szewc robi buty ze skóry, a dermatolog też od skóry. Stolarz przerabia kości na klej, a ortopeda też coś ma wspólnego z kośćmi (choć może poprawniej dla nich brzmi kośćciami). Chirurg to rzeźnik itd., itp. Jak się wspomniani myśliciele – organizatorzy ochrony zdrowia społeczeństwa obrazili, to dobrze, bo to nie dla nich tekst.

To pytanie padło z ust profesora B. na inauguracji moich studiów podyplomowych. O profesorze jeszcze wspomnę i ujawnię jego personalia. Wracam do wykładu. Pytanie padło. Może niegramatyczne, ale profesor leciutko się uśmiechał, zachęcał do dyskusji. Pierwsze odpowiedzi z sali. Lekarz produkuje zdrowie.

Jest jednak małe „ale”. Młodemu mężczyźnie z guzem kości udowej amputowano kończynę dolną. Czy on jest zdrowy? U młodej kobiety wykryto guz jajnika. Z powodu jego złośliwego utkania, w ramach leczenia, wycięto narząd rodny. Czy będzie szczęśliwa w swojej bezdzietności? Atmosfera na sali zagrzała się, dyskusja trwała w najlepsze. Odpowiedzi były coraz dziwniejsze. Profesor przerwał burzę mózgów naszej grupy. A potem udzielił odpowiedzi absurdalnej. Lekarz produkuje „jakość”.

Dyskusja osiągnęła temperaturę wrzenia wody. Z głów parowało. Wtedy Profesor B. przeprowadził wywód. Zaczął od pytania: Kto ma dziecko/dzieci ręka do góry? Spora grupa podniosła ręce. Kolejne pytanie: Czy wasze dzieci chorowały? Ten sam las rąk w górę. I ostatnia kwestia: Czy zaprowadziliście dziecko do lekarza czy do najlep-

szego lekarza w waszej okolicy? Zapadła cisza. Podobnie jak inni szukamy najlepszego. Lekarz produkuje jakość. Pozornie bezsensowna odpowiedź, na niegramatyczne pytanie, ale o to chodzi w naszym zawodzie.

Na każdym szczeblu kariery, w każdym miejscu ordynacji, pracujemy na opinię o nas. Popelniamy błędy, ale jak jesteśmy „najlepsi”, to chory i rodzina dodają, że nie udało się, ale jak temu doktorowi się nie udało, to nie udałoby się nikomu. Piszę te słowa, bo zawsze bronię zawodu, choć jestem zagorzałym zwolennikiem usuwania czarnych owiec ze stada.

Ta „jakość” ma wynikać z wiedzy i umiejętności. Medycyna nie jest przyjemna, iniekcje, pobieranie krwi czy rwanie zębów oraz wiele innych procedur, nigdy nie będą miłe, ale my lekarze zlecamy je dla dobra

pacjenta/chorego. Nie schodzimy ze szlaku wiedzy. Nie głosimy nagle teorii o leczeniu ziołami boreliozy. My wiemy, że każdy miecz jest obosieczny i dlatego powikłania będą się zdarzać. Musimy nauczyć się kontaktu z chorym, niezależnie od jego poziomu wiedzy i inteligencji. Pora wyjaśnić kim jest Profesor B. Wybrałem się uzupełnić wiedzę na studiach podyplomowych. Z racji wygodnictwa na Wydziale Organizacji i Zarządzania Politechniki Śląskiej. Wydział mieścił się w Zabrze, dokładnie 1800 metrów od domu. Dziekanem był prof. dr hab. inż. Józef Bendkowski. Mogę tylko życzyć każdej koleżance i koledze „jak najwięcej jakości”. Produkcja jakości nieustannie. Kończąc, życzę Wam wszystkim uprawiającym zawód lekarza Rodzinnych i Radosnych Świąt i mnóstwo prezentów, a na Nowy Rok, jeszcze więcej „jakości”. Każdy musi znaleźć swój klucz do sukcesu.

Dr n. med. Andrzej WOJCISZEK
(przedruk za zgodą „Pro Medico” nr 12-1/23-24)

ODCZAROWANIE OTYŁOŚCI

Wywiad z Prof. dr hab. n. med. Pawłem Bogdańskim z Katedry i Zakładu Leczenia Otyłości, Zaburzeń Metabolicznych oraz Dietetyki Klinicznej Uniwersytetu Me-

dycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu. Prezes Polskiego Towarzystwa Leczenia Otyłości

Już niemal sześć dekad temu otyłość wpisano na listę chorób (ma swój kod w ICD-10 i jest to E66). Co zdecydowało o tym, że otyłość oficjalnie uznano za groźną, przewlekłą chorobę? I dlaczego wciąż o tym zapominamy?

Według jednej z definicji chorobą nazywamy nieproporcjonalne do wieku uszkodzenia struktury i funkcji narządu lub zespołu narządów ciała. Otyłość to choroba nawrotowa, z niezwykle długą listą powikłań (ponad 200), która wpływa niekorzystnie zarówno na dobrostan fizyczny, jak i psychologiczny i społeczny. W związku z faktem, że otyłość istotnie zmienia wygląd i w przebiegającej większości wynika ona z występowania tzw. dodatniego bilansu energetycznego przyjęło się, że jest pewnego rodzaju defektem wynikającym z zaniedbań osoby chorującej na otyłość. Jest to oczywiście bardzo uproszczone i błędne założenie.

Jakie są zatem najczęstsze mity dotyczące otyłości?

Mitów jest wiele. Ale chyba najczęściej spotykam się z tym związanym z „winą pacjenta” oraz z błędnym i jednocześnie stygmatyzującym przeświadczeniem, że „wystarczy mniej jeść i więcej się ruszać”. Tymczasem patogeneza tej groźnej i przewlekłej choroby jest niezwykle złożona, a współczesna nauka potrafi co najwyżej zidentyfikować czynniki ryzyka rozwoju i postępu choroby otyłościowej.

Trafiają do Pana osoby, które mają za sobą długą drogę w szukaniu odpowiedniej diagnozy, zanim ktoś powie: „Choruje Pan/Pani na otyłość”. W Polsce nadal brakuje specjalizacji obesitologicznej. Kto zatem powinien leczyć otyłość?

Najlepiej cały zespół interdyscyplinarny pod kierownictwem lekarza. Lekarz ten powinien posiadać zarówno kompetencje jak i doświadczenie w tej dziedzinie. Tymczasem w programie studiów medycznych tematyka dotycząca choroby otyłościowej stanowi margines wiedzy przekazywanej studentom. Zawsze podkreślam niezwykle istotną rolę zespołowego leczenia pacjentów. Specjaliści dietetyki, fizjoterapii i psychologii współpracujący ze sobą pod kierownictwem lekarza, pozwalają na leczenie choroby zgodne ze standardami i wytycznymi w tym zakresie.

A jak w takim razie wygląda sprawa leczenia otyłości na świecie? Gdzie funkcjonuje specjalizacja obesitologiczna? Gdzie otyłość leczy się najlepiej i od kogo możemy się uczyć?

Jeśli chodzi o dane na temat specjalizacji, odniosę się do raportu Instytutu Zarządzania w Ochronie Zdrowia Uczelni Łazarskiego (IZWOZ). Obejmuje on dane z obszaru profilaktyki i leczenia choroby otyłościowej. Spośród 13 analizowanych państw (Polska, Czechy, Dania, Francja, Hiszpania, Irlandia, Kanada, Niemcy, Portugalia, Rumunia, Węgry, Włochy, Wielka Brytania), tylko w jednym, a mianowicie w Kanadzie, działa ta specjalizacja.

W Europie mamy więc przed sobą ogrom pracy, ale pocieszające jest to, że została ona rozpoczęta. Krajem

wzorcowym w Europie jest na pewno Wielka Brytania: państwo wspiera programy z zakresu edukacji zdrowotnej prowadzone już wśród najmłodszych, w szkołach: w zakresie żywienia i zwiększenia aktywności fizycznej. W ramach działań w obszarze zdrowia publicznego funkcjonuje system ewaluacji wskaźników otyłości wśród dzieci. Z publicznych pieniędzy finansuje się tam poradnictwo dietetyczne oraz chirurgię bariatryczną. Co ważne, zbudowano w tym celu dobrze działający mechanizm: w całości jest to pokrywane z wpływów pochodzących z podatku cukrowego.

Dobre praktyki wprowadziła i stosuje także Francja. Jak mówią dane WHO z 2022 r. Francja ma jeden z najniższych wskaźników występowania otyłości. W placówkach edukacyjnych i opiekuńczych dla dzieci do 18 r. ż. obowiązuje zakaz nieograniczonego oferowania słodzonych napojów za darmo lub po stałej cenie, w szkołach zakazane są automaty do produktów typu snack i słodzonych napojów gazowanych. Francja wypracowała także trzystopniowy system, obejmujący POZ, AOS i szpitale oraz wysokospecjalistyczne ośrodki dla najtrudniejszych przypadków z zakresu medycyny i chirurgii. Działa tam niemal 40 ośrodków leczenia otyłości, które zapewniają multidyscyplinarną opiekę nad chorymi. W ramach państwowego ubezpieczenia działa refundacja zabiegów bariatrycznych dla pacjentów z BMI powyżej 40 lub z BMI powyżej 35 z towarzyszącymi powikłaniami oraz refundacja leczenia.

Warto wspomnieć też o Hiszpanii, która jest niestety wysoko na liście krajów z największym wskaźnikiem otyłości, jednak w ostatniej dekadzie z sukcesem wprowadza wiele środków zaradczych: m.in. opracowała Narodowy Plan Strategiczny na Rzecz Redukcji Otyłości oraz Strategię Żywienia, Aktywności Fizycznej i Zapobiegania Otyłości. Chirurgia bariatryczna jest refundowana wg takich samych zasad jak we Francji, ale dodatkowo chory może tam liczyć także na systemową opiekę psychologiczną.

Wg najnowszych badań, wykonanych na potrzeby opracowania „Jak wspierająco mówić o chorobie otyłościowej. Praktyczny słownik” - aż 31% chorych na otyłość spotkało się z obraźliwymi komentarzami ze strony lekarza lub personelu medycznego. Jak lekarz powinien zakomunikować pacjentowi, że powinien zacząć leczyć otyłość tak, aby go nie zniechęcić? Jakie słowa nigdy nie powinny paść ze strony lekarza?

Jeżeli pacjent zwraca się o pomoc do lekarza, najczęściej szuka kompleksowej porady. Jednak rozmowa dotycząca leczenia otyłości może stanowić trudność dla pacjenta i wyzwanie dla specjalisty. Starajmy się to odczarować. Trzeba normalizować komunikację dotyczącą tej choroby. Po pierwsze należy wskazać, że otyłość to choroba, a nie kwestia wyglądu. Zapewnić, że istnieją skuteczne metody leczenia i że pozostajemy wsparciem dla naszego pacjenta przez cały czas terapii. Słuchajmy

tego, co mówi do nas pacjent, starajmy się być przewodnikiem, bądźmy gotowi do współpracy z innymi specjalistami, nie udzielajmy porad bez zgody pacjenta, a jeśli w danym momencie nie jest gotowy do podjęcia dalszych kroków, powróćmy do tematu po czasie. Pamiętajmy, że język ma siłę kształtowania rzeczywistości. Znam niestety przypadki, w których pacjenci słyszeli od lekarza komentarze w stylu: „wystarczy więcej się ruszać, mniej jeść”, „załóż kłódkę na lodówkę” albo że „w czasie wojny nie było otyłych” czy „weź się za siebie”. Takie ośmieszanie pacjentów, deprecjonowanie choroby, z jednoczesnym wskazywaniem na winę pacjenta nasila stres i poczucie niskiej wartości. To nie służy terapii z oczywistych względów.

Jakie są najczęstsze błędy w leczeniu otyłości?

Trudno mówić o błędach w leczeniu, bo tak naprawdę choroby otyłościowej w Polsce jeszcze się nie leczy na dużą skalę. Aby leczyć chorobę, trzeba ją najpierw rozpoznać. Z tym mamy problem w polskim systemie. U pacjenta często lekarz rozpoznaje nadciśnienie, cukrzycę typu 2, obturacyjny bezdech senny, zaburzenia lipidowe, a tymczasem choroba, która jest przyczyną powyższych powikłań, pozostaje nierozpoznana. Przynajmniej oficjalnie. Lekarze deprecjonują tę chorobę. Część z nich nadal uważa, że to wyłącznie kwestia diety i że nie mają nic do zaproponowania pacjentom. Czasem brakuje im w tym zakresie wiedzy, a czasem mają silne przekonanie, że to problem, z którym pacjent powinien poradzić sobie sam, wyłącznie za pomocą modyfikacji stylu życia. Problemem w naszym systemie pozostaje też trudność w uzyskaniu porady w ramach zespołu interdyscyplinarnego.

W kontekście otyłości dużo mówi się także o ruchu body positive. Jak ten trend ma się do choroby otyłościowej?

Postrzeganie choroby otyłościowej nie ma nic wspólnego z ruchem body positive. Punkt wyjścia tego ruchu nie jest rozsądny: „Mam akceptować siebie bez względu na to, jak wyglądam, co się ze mną dzieje”. To trochę tak, jakby osoba, u której pojawiają się na skórze zmiany nowotworowe, powiedziała: „OK, muszę zaakceptować nowotwór, nie będę podejmować leczenia”. To byłby taki cancer positive. Body positive oznaczałoby myślenie:

„Nie będę podejmował żadnych działań, akceptuję siebie takim, jakim jestem, z coraz bardziej zrujnowanym zdrowiem, przyjmującego coraz większą liczbę tabletek”. Nie – jeżeli siebie akceptuję, to staram się zadbać o swoje zdrowie. Nie można traktować choroby otyłościowej przez pryzmat kosmetyczny. Tu nie chodzi o wygląd, odchudzanie. Mówimy o leczeniu poważnej choroby, powodującej ponad 200 powikłań. Jeśli mamy ciśnienie tętnicze 180/100, to nie mówimy: „Taki już jestem, taka moja uroda, po co te tabletki?”. Tak samo nie chodzi o to, żeby zaakceptować nadmierną masę ciała i powiedzieć: „Taka moja uroda”.

Celem kampanii „Porozmawiajmy szczerze o otyłości” jest budowanie społecznej świadomości, że otyłość jest chorobą, która może prowadzić do rozwoju ponad 200 powikłań i w sposób istotny zagrażać życiu i zdrowiu chorego. Organizatorem kampanii jest firma Novo Nordisk. Patronat merytoryczny sprawuje Polskie Towarzystwo Leczenia Otyłości. W czerwcu 2023 r. ruszyła 4. edycja kampanii pod hasłem „Zmień spojrzenie”, która koncentruje się na budowanie wspierającej komunikacji o otyłości i osobach nią dotkniętych. Jej celem jest również zwrócenie publicznej uwagi na poważne konsekwencje stygmatyzacji, hejtu i wykluczenia z powodu nadmiernej masy ciała. Tegoroczna edycja kampanii została objęta patronatem honorowym Ambasady Królestwa Danii.

Partnerami kampanii są: Instytut Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej, Fundacja FLO – na rzecz Leczenia Otyłości, Fundacja SIŁA, Polskie Towarzystwo Farmaceutyczne, Polskie Towarzystwo Endokrynologiczne, Polskie Towarzystwo Medycyny Rodzinnej, Polskie Towarzystwo Medycyny Stylu Życia, Polskie Towarzystwo Kardiologiczne, Polskie Towarzystwo Lipidologiczne, Polskie Towarzystwo Nadciśnienia Tętniczego, Polskie Towarzystwo Farmakoekonomiczne. Patronat nad kampanią objął Zakład Ubezpieczeń Społecznych.

Fragment opracowania „Jak wspierająco mówić o chorobie otyłościowej. Praktyczny słownik”. Całość można pobrać tu: <https://ootylosci.pl/sownik-otylosci/>.

(przedruk z biuletynu OIL w Rzeszowie nr 4/23)

UWAŻNOŚĆ – REMEDIUM NA STRES W PRACY LEKARZA

Od kilku lat wiele się słyszy o tzw. mindfulness. Termin ten jest tłumaczony jako uważność, uważna obecność lub też pełnia obecności. Najczęściej cytowana definicja mindfulness określa ją jako szczególny rodzaj uwagi: świadomej, nieosądzającej i skierowanej na bieżącą chwilę (Jon Kabat-Zinn, 1990), odnosi się tym samym do doświadczenia świata, które znajduje się poza naszymi oczekiwaniami i jest rodzajem doświadczenia rzeczy „takimi, jakimi są” (Ray, 2002). Uważność nie jest niczym nowym. W tradycji buddyjskiej korzysta się z niej od ponad 2500 lat.

Technika mindfulness jest formą umysłowego treningu, który zmniejsza skłonność do reagowania na pojawiające się wewnętrzne i zewnętrzne bodźce, powodujące i nasilające stres, napięcie emocjonalne, a w niektórych przypadkach nawet podtrzymujące stany chorobowe (np. depresję, uogólniony zespół lękowy, zaburzenia odżywiania). Stosowanie tej techniki nie wymaga osiągnięcia określonego stanu, takiego jak relaksacja czy też zmiana własnych odczuć i myśli. Przeciwnie – celem mindfulness jest nauczenie się dostrzegania i przyjmowania każdej

pojawiającej się emocji, myśli, odczucia, jako obiektów obserwacji, z którymi jednak nie należy się identyfikować. Technika mindfulness nie jest ani ucieczką, ani walką z niechcianymi myślami czy odczuciami. Jest raczej wyjściem im naprzeciw. Sam fakt dostrzeżenia niepołączonych aspektów i stanów własnego umysłu prowadzi do (pozytywnej) zmiany. Mindfulness odnosi się zarówno do praktyki, jak i podejścia, które polega na byciu całkowicie obecnym wobec doświadczenia płynącego zarówno z zewnątrz (inni ludzie), jak z wewnątrz (własne myśli, uczucia, wrażenia) w każdej chwili. Trening uważności nie jest formą psychoterapii ani treningiem relaksacyjnym – chociaż oczywiście może po części spełniać obie te funkcje. Praktyka uważności sprawia, że inaczej podchodzimy do swojego życia, doświadczenia i emocji.

TRENING UWAGAŃNOŚCI

Tolerancja stresu

Wszyscy odczuwamy emocje, tak zostaliśmy zaprojektowani. Dzięki nim możemy sprawnie działać w otaczającym nas świecie, ponieważ nadają znaczenie – pozytywne lub negatywne – zdarzeniom, przedmiotom, ludziom i zjawiskom. Trzeba dodać, że nie wszystkie są przez nas uświadamiane i wyraźne, dlatego czasami tak trudno jest nam się zorientować w swoich odczuciach. Niektóre emocje są przyjemne, inne nieprzyjemne – nie lubimy, kiedy jest nam gorąco, zimno, kiedy chce nam się jeść albo coś nas boli, fizycznie lub psychicznie. Problem polega na tym, że nieprzyjemne wydarzenia i emocje są częścią życia. Jest ogromna różnica pomiędzy nielubieniem nieprzyjemnych emocji, ale akceptowaniem ich jako nieodłącznej części życia, a odczuwaniem ich jako czegoś absolutnie nie do zniesienia, czegoś, czego trzeba się pozbyć, uniknąć. Kiedy nie potrafimy znieść własnych emocji, możemy wpaść w kolejne problemy, które znacznie pogorszą naszą sytuację.

Nietolerowanie stresu – brak odporności na stres

Lekarze często przemęczeni i przepracowani wykazują coraz mniejszą odporność na stres. Każdy z nas ma inną, indywidualną odporność na stres.

Jest wiele modeli opisujących odporność oraz hardość psychiczną, ale wszystkie podkreślają, że osoba „odporna” jest przekonana o istnieniu sensu w życiu, o tym, że życiem można kierować i mieć nad nim pewną kontrolę. Osoba taka ma też zdolność dostrajania się do innych ludzi.

Nieumiejętność znoszenia nieprzyjemnych, niewygodnych emocji i desperacka potrzeba uciekania przed ich odczuwaniem zwykle wynika ze strachu przed własnymi emocjami (fobia emocji). Niektóre osoby boją się wszystkich swoich emocji, inne mają jedną emocję, która wydaje im się szczególnie groźna.

Żeby lepiej zrozumieć swoją emocjonalność, warto zastanowić się, jak rodzą się w nas emocje czy uczucia. Warto zaznaczyć, że tylko Ty jesteś odpowiedzialny za ich powstawanie! Już Epiktet, rzymski filozof, zauważył,

że „fakty nie powodują naszego zdenerwowania, ale raczej nasza opinia o tych faktach”. A trzeba dodać, że nie istnieje rzecz, na którą każdy człowiek zareaguje w ten sam sposób. Odczuwanie emocji to kwestia indywidualna. Są osoby, które lubią energetyzujące działanie złości, inni uwielbiają się bać i pasjami oglądają horrory, u pewnych osób smutek wyzwala kreatywność i również nie jest problemem.

Każda emocja jest potrzebna. Zwykle kiedy czegoś nie chcemy, pozbywamy się tego. Ta strategia świetnie działa w wielu przypadkach (np. głód, pragnienie, ból, zimno), niestety w przypadku emocji jest inaczej. Im bardziej z nimi walczymy, unikamy, tym bardziej rosną w siłę. Mechanizm jest taki sam, jak w każdej fobii czy w atakach paniki. Lęk i unikanie stresu wzmacnia stres.

Uciekanie od stresu – metody

Coraz częściej dominującą strategią radzenia sobie ze stresem jest unikanie, np. sytuacji, miejsc, osób, aktywności. Przykłady: unikasz członka zespołu, który wzbudza złość, unikasz tematu, który wzbudza frustrację, unikasz wspomnień, bo czujesz smutek, unikasz załatwiania spraw z powodu lęku.

Można również unikać poprzez używki, alkohol, narkotyki. Również przez nadmierne spanie, jedzenie, nadmierne zakupy, nadmierny seks, granie w gry komputerowe czy oglądanie telewizji. Sposobów jest wiele. Samouszkodzenia są również metodą radzenia sobie ze stresem, napięciem i silnymi emocjami. Ale wszystkie z wymienionych metod działają tylko krótkoterminowo, w dłuższej perspektywie powodują wiele nowych problemów i znacznie zwiększają stres.

Akceptacja

Akceptacja nie oznacza poddania się, polubienia, lecz zaprzestanie walki z doświadczeniem. Oznacza powiedzenie sobie: ok, mam te emocje, nie będę z nimi walczyć, po prostu pozwolę im być, poznam je, zobaczę, jakie one są. Będę z nimi żyć. Jest to kluczowe, ponieważ zmienia relację z emocjami i zmienia emocje. Nie da się tego opowiedzieć, trzeba tego doświadczyć. Po prostu spróbuj tak postąpić ze średnim nasileniem emocji. Następnym razem zamiast unikać, po prostu obserwuj swoją emocję, przeżyj ją. Zamknij oczy i poczuć jak się zmienia. Można stosować techniki wizualizacji i wyobrazić sobie emocje:

- jako wielką falę na oceanie, która cię unosi (walka z falą prowadzi jedynie do wyczerpania),
- jako chmurę na niebie, która przepływa lub rozplywa się na wietrze,
- jako pędzący pociąg, którego nie da się zatrzymać, można go tylko obserwować,
- jako kamień, który wrzucasz do jeziora.

Usiądź wygodnie i skoncentruj się na tym, jak odczuwasz swój oddech. Spróbuj zauważyć, jakie części ciała poruszają się w rytm twojego oddechu. Być może czujesz oddech w brzuchu, może w klatce piersiowej. Może nie czujesz go wcale. Zauważ, jak jest tak po prostu.

Bez oceniania. Zauważ, jakiej długości jest twój wdech, wydech. Poświęć trochę czasu koncentracji na oddechu.

Jeżeli:

- nieustannie się zamartwiasz, nie możesz przestać myśleć o pracy, terminach,
- chwilami odczuwasz tak duży niepokój, że wydaje ci się, że zwariujesz,
- masz problemy z oddychaniem, serce bije ci jak zwarenowane,
- unikasz pewnych ludzi, miejsc, sytuacji, bo boisz się konfrontacji lub wydaje ci się, że nie podołasz trudnym sytuacjom,
- masz poczucie winy lub wstydu, nieustannie się martwisz o rezultat, osiągnięcia, nie możesz sprostać swojemu perfekcjonizmowi,
- czujesz znudzenie lub/i niechęć wobec codziennych obowiązków,
- ciągle denerwujesz się na siebie i innych,
- masz poczucie, że nie kontrolujesz swojego życia, że jesteś niczym automat,
- nie możesz się skoncentrować, czujesz się skonfundowany, czujesz, że utknąłeś,
- czujesz się zirytowany, niecierpliwy, szczególnie jeżeli inni działają wolniej od ciebie...

To może warto poćwiczyć uważność, bycie w chwili obecnej z pełną uwagą i bez osądzania, czy ta chwila jest dobra, czy zła – objęcie pełnią świadomości tu i teraz, zauważenie przelotnej myśli, nazwanie pojawiającej się w nas emocji, oglądanie codzienności ciągle świeżym umysłem, zachwyt nad chwilą, dostrzeżenie kropel deszczu na szybie i kształtu chmur na niebie. Proste? Bardzo! Tyle że niełatwe.

Przerwij na chwilę czytanie. Zamknij oczy. Zwróć uwagę na swój oddech. Jaki jest teraz – długi czy krótki? Jak się czujesz, obserwując siebie? Dzięki twojej uwadze ta chwila przestała być zwykłą chwilą, podobną milionowi innych zagubionych w pędzie. Różnica polega na tym, że ten moment przeżywasz świadomie. Warto przeżywać więcej takich chwil w ciągu dnia.

Dla ułatwienia kilka podstawowych zasad uważności:

1. Oddychaj świadomie. Oddech to pomost, który łączy cię z chwilą obecną. Za każdym razem, gdy odczuwasz rozproszenie, po prostu skieruj uwagę na oddech. „Zauważ” wdech, „zauważ” wydech. Wystarczy 10 takich świadomych oddechów, by wrócić do „tu i teraz”.

2. Skup uwagę na jednej rzeczy jednocześnie. Jeśli obieirasz pomarańczę, to miej pełną świadomość tego, że ją obierasz, i skup na tym swoją całą uwagę. Zauważ fakturę skórki, kształt, to, jak układa się w twojej dłoni, jaki wydaje odgłos. Gdy choć raz obierzysz pomarańczę tak uważnie, stwierdzisz, że twoja uwaga uczyniła z tej banalnej czynności prawdziwe święto. Nieważne, co robisz – idziesz, oddychasz, pijesz kawę – każda z tych czynności może stać się wydarzeniem i treningiem uważności.

3. Wyłącz autopilota. Zrób coś inaczej niż zwykle. Przygotuj sobie wystawne śniadanie w środku tygodnia, pójdz do pracy inną drogą, na lunch wyjdź z biura do knajpki z egzotycznym jedzeniem, popatrz na bliską osobę, jakby to było wasze pierwsze spotkanie. Takie zmiany w codziennej rutynie nadadzą chwilom rangę przeżyć i sprawią, że zerwiesz z rutyną i odzyskasz chwilę obecna.

4. Zauważaj myśli i emocje. Zaczynj orientować się, co dzieje się w twoim umyśle. Zadawaj sobie co jakiś czas pytania: Jaka jest dla mnie ta chwila? Co teraz czuję? O czym myślę? Takie pytania są jak znak STOP. Uczą samoświadomości i uważności. Każdorazowe uświadomienie sobie myśli i emocji to krok do pełni szczerzej relacji z samym sobą.

5. Po prostu bądź. Przetaw się z trybu działania w tryb bycia. Nie próbuj niczego osiągnąć, nigdzie dojść, niczego wykonać. To, co ma być zrobione, spontanicznie zrodzi się z twojej uważności. Cele zaczną realizować się same, gdy zaczniesz działać z poziomu głębokiego kontaktu z samym sobą i zauważysz, że w gruncie rzeczy nie ma niczego do osiągnięcia, gdyż najważniejsze – twoja obecność w chwili obecnej – zostało osiągnięte.

Praktykując uważność możesz nauczyć się:

- konstruktywnego radzenia sobie z problemami
- procesu aktywnego skupiania uwagi
- aktywnego doświadczania rzeczywistości
- doświadczania poczucia własnej skuteczności, aktywnej postawy
- umiejętności świadomego relaksowania się i obniżania objawów psychosomatycznych spowodowanych stresem
- wzmacniania siły koncentracji

Liczne badania naukowe potwierdzają dobroczynne skutki praktykowania uważności: redukcję stresu, niepokoju, zmęczenia, bezsenności oraz symptomów wielu chorób, odzyskanie równowagi wewnętrznej, rozwój samoświadomości i empatii oraz umiejętności radzenia sobie z trudnymi sytuacjami, emocjami i myślami.

Referencje:

- J. Teasdale, M. Williams, Z. Segal, „Praktyka uważności. Ośmiotygodniowy program ćwiczeń pozwalający uwolnić się od depresji i napięcia emocjonalnego”, Wydawnictwo UJ 2016
- B. Stahl, E. Goldstein, „Uważność – trening redukcji stresu metodą mindfulness”, GWP, Sopot 2015
- L. Hall, „Uważny coaching. Jak uważność może zmienić twoją praktykę coacha”, Co&Me publishing, Warszawa 2015
- J. Kabat-Zinn, „Praktyka uważności dla początkujących”, Wyd. Czarna Owca, 2014

Alicja GAŁĄZKA
(przedruk za zgodą z „Galicyskiej Gazety Lekarskiej” nr 5/23)

INFORMACJA UDZIELANA PACJENTOWI PRZED LECZENIEM CZYLI BIEG Z PRZESZKODAMI

W ostatnim czasie napływają – w coraz większej ilości – sygnały o roszczeniach pacjentów, stanowiących konsekwencję problemów, związanych z informacją, którą pacjent powinien otrzymać od lekarza przed wyrażeniem zgody na leczenie i rozpoczęciem udzielania świadczeń zdrowotnych.

W poniższym tekście postaram się opisać podstawowe kwestie, związane z ciążącym na lekarzu obowiązkiem informacyjnym wobec pacjenta. Wskażę także konsekwencje zaniechania przekazania pacjentowi informacji, do której jest uprawniony.

Na wstępie należy podkreślić, że informacja przekazywana przez lekarza (szerzej – personel medyczny) pacjentowi przed wyrażeniem przez niego zgody na zabieg, terapię czy diagnostykę jest jednym z najbardziej podstawowych praw pacjenta. O prawie tym mówi zarówno ustawa z 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta Dz.U.2023.1545 t.j. – w art. 9 jak również ustawa z dnia 5 marca 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty Dz.U.2023.1516 t.j. – w art. 3.

Należy w tym miejscu wskazać, że udzielona przez pacjenta zgoda na leczenie, podpisana nawet w wielu egzemplarzach, w oparciu o rozbudowane formularze – jeśli nie będzie poprzedzona właściwą informacją przed zgody tej udzieleniem – oznacza nieważność takiej zgody. Sam zabieg zaś, będzie w tym przypadku pod względem prawnym – zabiegiem nielegalnym.

Zakres informacji

Odnosząc się do zagadnienia zawartości informacji przekazywanej pacjentowi, należy w pierwszej kolejności odwołać się do zapisów ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, która reguluje wspomniane kwestie w art. 31.

W przepisie tym czytamy: „lekarz ma obowiązek udzielać pacjentowi lub jego ustawowemu przedstawicielowi przystępnej informacji o jego stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu”.

Próbując bardziej precyzyjnie określić zakres informacji, które powinny być przekazywane pacjentowi, warto sięgnąć do bogatego w tym zakresie orzecznictwa sądowego. Poniżej przedstawię najbardziej charakterystyczne tezy, płynące z wybranych orzeczeń sądów:

- „Celem spoczywającego na lekarzu obowiązku wyjaśnienia pacjentowi skutków zabiegu operacyjnego jest,

by pacjent podejmował decyzję o wyrażeniu zgody na zabieg z pełną świadomością tego, na co się godzi i czego, w tym jakich powikłań, może się spodziewać.” (wyrok SN z 18.01.2013 r., IV CSK 431/12, wcześniej tak samo wyrok SN z 20.11.1979 r., IV CR 389/79, OSNC 1980/4, poz. 81).

- „Lekarz powinien poinformować pacjenta o rodzaju i celu zabiegu oraz o wszystkich jego następstwach, które są zwykle skutkiem zabiegu, tj. pożądanym – ze względu na jego cel – skutkach zabiegu, jak i o innych jego skutkach (tzw. skutkach ubocznych). Informacja powinna w szczególności obejmować te dające się przewidzieć możliwe następstwa zabiegu, zwłaszcza jeżeli są to następstwa polegające na znacznym i istotnym uszczerbku zdrowia, które – jako skutek uboczny – wprawdzie występują rzadko lub bardzo rzadko, ale nie można ich wykluczyć, i powinna określać stopień prawdopodobieństwa ich wystąpienia.” (Wyrok SN z dnia 28 września 1999 r., sygn. akt II CKN 511/98)

- „Nie można domagać się od lekarza, by uprzedzał pacjenta o wszelkich mogących wystąpić komplikacjach, zwłaszcza takich, które zdarzają się niezmiernie rzadko, mając charakter incydentalny. Takie uprzedzenie mogłoby prowadzić do zbędnego pogorszenia samopoczucia pacjenta i do bezpodstawnej odmowy wyrażenia zgody na dokonanie zabiegu. Sposób pouczenia przy odbieraniu zgody na zabieg musi być uzależniony od rodzaju zabiegu.” (wyrok SN z 8.07.2010 r., II CSK 117/10).

- „Pacjent nie może być traktowany jak przedmiot rozstrzygnięć innej osoby i nie może być pozbawiony swobody decyzji dotyczącej swojego zdrowia. Nie oznacza to jednak, że w każdym wypadku lekarz ma obowiązek informowania o wszelkich możliwych skutkach zabiegu operacyjnego niezależnie od rodzaju zabiegu i prawdopodobieństwa ich wystąpienia. Sprzeciwia się temu zarówno wzgląd na ochronę chorego, jak i na ochronę lekarza.” (wyrok SN z 1.04.2004 r., II CK 134/03, M. Praw. 2007/7, s. 369). (patrz: Eleonora Zielińska (red.), Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Komentarz, wyd. III Opublikowano: WKP 2022)

Z powyższych orzeczeń płyną następujące wnioski praktyczne: udzielając pacjentowi (lub innej uprawnionej osobie) informacji, lekarz zobligowany jest do uwzględnienia rodzaju, celu zabiegu oraz jego skutków – zarówno tych poświadczonych jak i tych, które dla pacjenta są niekorzystne (mowa tu o „bezpośrednich i zwykłych skutkach”). Sąd Najwyższy podkreślił, że nie trzeba in-

formować pacjenta o wszystkich możliwych skutkach, lecz o tych zwykłych, a także o najpoważniejszych (np. śmierć, ciężki uszczerbek na zdrowiu). Przy udzielaniu informacji, należy także pamiętać o uwzględnieniu oceny prawdopodobieństwa wystąpienia powyższych skutków.

Alternatywne metody leczenia

Pamiętajmy o poinformowaniu pacjenta o możliwych, alternatywnych metodach leczenia bądź diagnostyki danego schorzenia (jeśli takowe, różne metody istnieją). W takich sytuacjach należy opisać pacjentowi każdą z możliwych do realizacji metod i wskazać która – zdaniem lekarza – jest dla pacjenta najbardziej korzystna. Wybór konkretnego sposobu postępowania należy do pacjenta.

Powyższy pogląd znajduje potwierdzenie w orzecznictwie sądowym:

- „Pacjent aby mógł dokonać świadomego wyboru, musi zostać o alternatywnej metodzie leczenia czy też diagnostyki poinformowany. W sytuacji, gdy istnieją alternatywne metody diagnostyczne lub lecznicze, wybór jednej z nich należy do pacjenta. Wybór ten lekarz ma obowiązek uszanować, nawet jeśli jego zdaniem nie jest on trafny.” (Wyrok SN z 16 maja 2012 r., III CSK 227/11).

- „W przypadku możliwych do zastosowania konkurencyjnych metod leczenia pacjent powinien być poinformowany o wszystkich metodach wraz ze wskazaniem możliwych konsekwencji i ryzyk płynących z zastosowania każdej z metod.” (wyroki SA: w Łodzi z dnia 18 września 2013 r., I ACa 355/13; w Gdańsku z dnia 26 lutego 2010 r., I ACa 51/10).

Pacjent może nie chcieć informacji

Omawiane przepisy ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty jednoznacznie wskazują, że jeśli pacjent zażąda aby nie przekazywać mu informacji związanych z leczeniem – lekarz zwolniony jest z obowiązku udzielania mu takich informacji. Warto w takich sytuacjach pamiętać, aby żądanie pacjenta, o którym mowa zostało odzwierciedlone w dokumentacji medycznej.

Przywilej terapeutyczny

Rozważając kwestię informacji przekazywanej pacjentowi, nie sposób pominąć problematyki tzw. przywileju terapeutycznego.

Przepisy ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, przewidują wyjątkową sytuację, kiedy to lekarz decyduje o zakresie przekazywanych pacjentowi informacji. Należy jednak pamiętać, że możliwość skorzystania przez lekarza z przywileju terapeutycznego uwarunkowana jest zaistnieniem konkretnych, wskazanych przez przepisy prawa, przesłanek. Dotyczy to wyjątkowych przypadków, kiedy rokowania co do zdrowia pacjenta są niepomysłne. W takich sytuacjach lekarz może ograniczyć informację, ale tylko w zakresie stanu zdrowia pacjenta i rokowania. Omawiany przepis uprawnia lekarza do nieprzekazywania informacji wyłącznie wówczas, gdy według oceny lekarza przemawia za tym dobro pacjenta.

Lekarz, ograniczając przekazywane pacjentowi informacje, powinien w pełnym zakresie udzielić ich przedstawicielowi ustawowemu lub osobie upoważnionej przez pacjenta.

Należy pamiętać, że w sytuacji, gdy pacjent zażąda podania mu pełnego zakresu informacji, wówczas lekarz zobligowany jest zastosować się do tego żądania.

Odpowiednikiem powyższej regulacji jest art. 17 Kodeksu Etyki Lekarskiej, stanowiący, że w razie niepomysłnej dla chorego prognozy lekarz powinien poinformować o niej chorego z taktem i ostrożnością. Wiadomość o rozpoznaniu i złym rokowaniu może nie zostać choremu przekazana tylko w przypadku, jeśli lekarz jest głęboko przekonany, że jej ujawnienie spowoduje bardzo poważne cierpienie chorego lub inne niekorzystne dla zdrowia następstwa; jednak na wyraźne żądanie pacjenta lekarz powinien udzielić pełnej informacji.

Słuchajmy małoletnich (także poniżej lat 16)

W kontekście przekazywania informacji pacjentowi – lekarz posiada pewne zobowiązania także wobec pacjenta małoletniego, który nie ukończył 16 lat. W takiej sytuacji na lekarzu ciąży ograniczony obowiązek przekazania informacji temu pacjentowi w zakresie i formie potrzebnej do prawidłowego procesu diagnostycznego lub terapeutycznego. Lekarz powinien także wysłuchać zdania pacjenta, nie będąc zdaniem tym związany.

Mówmy tak, żeby nas zrozumieli

Aby pacjent mógł podjąć świadomą decyzję (udzielić świadomej zgody) co do tego czy poddać się danej terapii lub diagnostyce, informacja przekazana przed podjęciem takiej decyzji, musi być dla pacjenta zrozumiała. Powyższe oznacza kolejny, ważny aspekt omawianej problematyki – tj. sposób przekazywania informacji. Kierowana do pacjenta informacja, powinna być komunikowana w formie dla niego zrozumiałej. Należy także umożliwić pacjentowi zadawanie pytań związanych z treścią przekazanej mu informacji. Sposób przekazu powinien być dostosowany do poziomu obycia, wykształcenia oraz inteligencji pacjenta. Powyższe wskazania, znajdują pełne odzwierciedlenie w treści orzeczeń wydawanych przez sądy. Jako reprezentatywny przykład, można wskazać treść wyroku wydanego przez Sąd Apelacyjny w Katowicach w dniu 15 stycznia 2015 r.:

„Lekarz powinien udzielać informacji z uwzględnieniem okoliczności, dbając o to, żeby pacjent zrozumiał treść przekazywanego mu komunikatu. Sposób przekazywanych informacji musi uwzględniać zdolności intelektualne konkretnego pacjenta. Informacja ma być podana pacjentowi w sposób przystępny. Wszystko to ma umożliwić pacjentowi podjęcie świadomej zgody na zabieg.” (wyrok SA w Katowicach z dnia 15 stycznia 2015 r., I ACa 856/14, LEX nr 1649237; wyrok SN z dnia 18 stycznia 2013, IV CSK 431/12, LEX nr 1275006).

Konsekwencje braku prawidłowej informacji

Konsekwencje braku udzielenia właściwej informacji pacjentowi mogą być dla lekarza bardzo dolegliwe. Na-

leży przy tym pamiętać, że to lekarz powinien udowodnić (np. w postępowaniu przed sądem), że dopełnił ustawowego obowiązku udzielenia pacjentowi prawidłowej informacji (wyrok SN z dnia 17 grudnia 2004 r., II CK 303/04). Należy także podkreślić, że pomimo braku ustawowego obowiązku zachowania określonej formy, w jakiej ma być przekazana informacja dla pacjenta, to dla celów dowodowych (własnego bezpieczeństwa) właściwe będzie zachowanie formy pisemnej.

Naruszenie przez lekarza obowiązku właściwego poinformowania pacjenta może skutkować jego odpowiedzialnością zawodową, a także odpowiedzialnością odszkodowawczą z tytułu czynu niedozwolonego (wyrok SA w Szczecinie z dnia 15 listopada 2012 r., I ACa 596/12; wyrok SN z dnia 18 stycznia 2013 r., IV CSK 431/12; wyrok SA w Katowicach z dnia 26 października 2012 r., I ACa 575/12; wyrok SA w Warszawie z dnia 18 marca 2005 r., I ACa 784/04).

Ciążącemu na lekarzu obowiązkowi udzielenia informacji odpowiada prawo pacjenta do jej uzyskania – o czym wprost stanowi art. 9 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Brak informacji lub udzielenie jej w sposób niewłaściwy, stanowić będzie naruszenie praw pacjenta, co może być podstawą do zasądzenia od lekarza zadośćuczynienia za naruszenie praw pacjenta na podstawie art. 4 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

Jak zostało już wcześniej wspomniane, brak prawidłowej informacji oznacza nieważność wyrażonej póź-

niej przez pacjenta zgody na leczenie. Wykonywanie zabiegu leczniczego bez zgody pacjenta, jest przestępstwem opisanym w art. 192 kodeksu karnego.

Pamiętać wypada, że jeśli lekarz udzieli informacji osobie nieuprawnionej do jej otrzymania, może odpowiadać za naruszenie obowiązku zachowania tajemnicy lekarskiej.

Trudno przecenić znaczenie udzielanej przez lekarza pacjentowi (lub innej uprawnionej osobie) informacji dotyczącej leczenia. Prawidłowa informacja, udzielona w sposób dla pacjenta zrozumiały, stanowi podstawę do późniejszego wyrażenia przez pacjenta świadomej zgody na leczenie. Przekazanie pacjentowi właściwej informacji w sposób dla niego zrozumiały nie należy do najprostszych zadań. Warto zatem pamiętać o ustanowionych przez przepisy prawa oraz orzecznictwo sądowe ramach, w których mieścić się powinna właściwie udzielona informacja.

Nawet najbardziej precyzyjnie skonstruowane przepisy prawa, nie uregulują jednak wszystkich możliwych sytuacji i nie odpowiedzą na wszystkie możliwe wątpliwości. Mierząc się z dylematem: czy o danej kwestii powinniśmy poinformować pacjenta, być może warto sobie odpowiedzieć na pytanie: co sami chcielibyśmy wiedzieć, gdybyśmy znajdowali się na jego (pacjenta) miejscu?

mec. Krzysztof IZDEBSKI

Rzecznik Praw Lekarza KPOIL

(przedruk za zgodą z „Meritum” nr 5/23)

OGŁOSZENIA

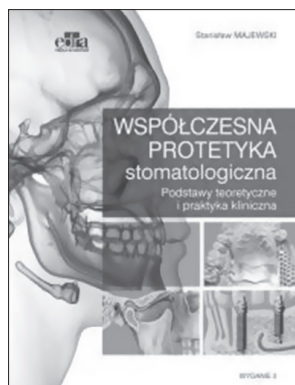
TURNIEJ PIŁKI NOŻNEJ 6-OSOBOWEJ W CZĘSTOCHOWIE

1. Organizatorami turnieju są: Naczelna Rada Lekarska, Okręgowa Izba Lekarska w Częstochowie.
2. Celem turnieju jest nawiązanie kontaktów sportowych i koleżeńskich między lekarzami, integracja środowiska lekarskiego, promocja zdrowego stylu życia wśród lekarzy.
3. Turniej odbędzie się w dniach 14.06-15.06.2024r. w dniu 14.06 (piątek) w godzinach od 10.00 do 17.00 w 15.06. (sobotę) od godz. 9.00-17.00, na stadionie Victoria w Częstochowie ul. Krakowska 80 w Częstochowie.
4. Do turnieju zapraszamy lekarzy posiadających prawo wykonywania zawodu lekarza medycyny lub lekarza dentystry. Każdy zgłoszony zawodnik zobowiązany jest do okazania oryginału lub ksero kopii Prawa Wykonywania Zawodu na żądanie organizatora celem weryfikacji.
5. W Mistrzostwach OLDBOYS 45+ mogą uczestniczyć zawodnicy urodzeni w 1979r. i starsi.
6. W turnieju drużyny występują jako zespół reprezentujący ZOZ, OIL, Szpital itp.
7. Przed rozpoczęciem turnieju o godz. 9.30 odbędzie się odprawa, weryfikacja imienna uczestniczących drużyn, składanie list imiennych ekip razem ze stałymi numerami koszulek (wcześniej listy imienne proszę przysłać na adres: czestochowa@hipokrates.org)
8. Mecze rozgrywane będą na ½ boisku do piłki nożnej.

9. Czas gry wynosił będzie 2 razy po 12,5 minut.
10. Czas gry dla OLDBOYS 45+ wynosił będzie 2 razy po 20 minut.
11. Gra każdy z każdym w zależności od ilości drużyn.
12. Mecze odbywać będą się systemem grupowym. W dwóch grupach A i B. Rozstawiony zostaje mistrz i wicemistrz z poprzedniego roku. Po losowaniu grup, które odbędzie się w Częstochowskiej Izbie Lekarskiej w dniu 08.06.2024 r.
13. Mecze odbywają się na boiskach trawiastych obowiązuje obuwie z laną powierzchnią spodu. Zespoły występują w sześciuosobowych składach (bramkarz + pięciu zawodników w polu).
14. Zmiany pojedynczych zawodników dopuszczone są w trakcie gry (system zmian hokejowych). Ilość zmian nieograniczona. Zmiany odbywają się w strefie zmian tj. przy ławce rezerwowych.
15. Podczas turnieju obowiązują przepisy gry w piłkę nożną
- bramkarz może grać rękami tylko w polu bramkowym
 - rzut karny wykonuje się z linii rzutów karnych
 - przepis o spalonym nie obowiązuje,
 - za przewinienia w trakcie gry stosuje się kary:
 - żółta kartka – 3min
 - czerwona kartka –wykluczony z meczu i zakaz gry w następnym meczu.
 - ostrzeżenie
 - wykluczenie z gry
 - kara meczu lub turnieju
 - w przypadku przebywania na boisku większej ilości niż sześciu zawodników nastąpi wykluczenie jednego zawodnika z podstawowego składu na dwie minuty,
 - wykluczenie zawodnika z turnieju za wybitnie nie sportowe zachowanie,
 - bramkarz może zdobyć bramkę, ale nie wyrzutem z ręki.
 - bramkarz nie może chwytać piłki podanej nogą przez własnego zawodnika (przepisy FIFA),
 - odległość przeciwnika od piłki przy wykonaniu rzutów wolnych różnych, musi wynosić co najmniej 6 m.
 - mecze rozgrywane zostaną piłką nożną przeznaczoną do gry na boiskach trawiastych.
 - za zwycięstwo w meczu przyznawane są trzy punkty za remis 1 punkt.
- W przypadku takiej samej ilości punktów o kolejności zespołów decyduje wynik bezpośredniego spotkania pomiędzy drużynami, ilość strzelonych bramek, różnica bramek. W przypadku większej ilości drużyn z takim samym dorobkiem punktowym rozstrzyga mała tabelka.
16. W sprawach nie uwzględnionych w niniejszym regulaminie, regulaminie wynikających przed lub w trakcie turnieju decydować będzie kierownik techniczny Mistrzostw (wyznaczony przez Organizatora Mistrzostw) wspólnie z sędziami turnieju.
17. Mecze będą sędziowane przez sędziów PZPN.
18. Koszty związane z przejazdem, zakwaterowaniem oraz ubezpieczeniem drużyn, uczestnicy pokrywają we własnym zakresie.
19. WARUNKIEM udziału w Mistrzostwach jest wpłata wpisowego minimum 3.200 zł. (10 osób), a za każdą osobę 320 zł. Do 31 maja 2024 r. należy przesłać zgłoszenie drużyny wraz z imiennym wykazem osób do Głównego Turnieju i Turnieju OLDBOYS.
20. Wpłatę proszę dokonać najpóźniej do 05.06.2024r. z dopiskiem „Piłka” na konto 82 1140 1889 0000 2433 3300 1001 oraz potwierdzić faksem nr. faksu 34/368-18-88 wew. 300. Decyduje kolejność zgłoszeń i wpłat ponieważ ograniczona jest liczba drużyn.
21. Spotkanie integracyjne uczestników odbędzie się w klubie sportowym przy stadionie o godz. 18.00
22. Organizatorzy przewidują oprócz nagród dla zwycięskich drużyn, także nagrody indywidualne dla: najlepszego zawodnika, najlepszego strzelca i najlepszego bramkarza.

Informacji dotyczących Mistrzostw udzielają:

- lek. dent. Piotr Janik – 602-380-957
- Rita Idziak – 692-397-518



Współczesna protetyka stomatologiczna

S. Majewski

wyd. 2

rok wydania 2024

ISBN 9788367447829, format 210 x 270, oprawa twar-
da, str. 440, cena 170,10 zł

Podręcznik Współczesna protetyka stomatologiczna autorstwa profesora Stanisława Majewskiego to niezwykle cenna propozycja dydaktyczna. Zawiera wszystkie aspekty wiedzy teoretycznej i niezbędne wiadomości z zakresu praktyki klinicznej, potrzebne do rozpoczęcia świadomego wykonywania terapii protetycznej. Autor zwraca szczególną uwagę na fakt, iż protetyka stomatologiczna to nie tylko uzupełnienie braków zębowych, ale przede wszystkim diagnostyka, planowanie i wykonanie w aspekcie całościowej rehabilitacji narządu żucia, zmierzającej do poprawy jakości życia pacjenta.

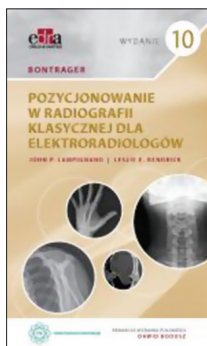
Podręcznik podzielony jest na cztery części, w których kolejno zawarto wiadomości z zakresu podstaw teoretycznych, podstawowej praktyki klinicznej oraz leczenia specjalistycznego w wybranych jednostkach chorobowych i, co niezmiennie istotne, zarys kluczowych zagadnień z zakresu współczesnych technologii wykonawstwa laboratoryjnego i materiałoznawstwa. Wszystkie rozdziały zawierają uaktualnioną wiedzę opartą na faktach naukowych i, co ważne, zaczerpniętych nie tylko ze źródeł literaturowych, lecz także będących wynikiem własnych badań naukowych i doświadczeń z długoletniej praktyki Autora. Dzieło dodatkowo wzbogacają liczne ilustracje, czytelne schematy, zestawienia tabelaryczne i dokumentacja fotograficzna.

Warto zauważyć, iż protetyka stomatologiczna pod względem wykonawczym przeżywa obecnie rewolucję technologiczną. Dotyczy to zarówno nowych metod diagnostycznych i zabiegowych oraz technologii laboratoryj-

nych, a w tym nowych działów tego przedmiotu, takich jak: implantoprotetyka, protetyka senioralna, a także najnowszych technologii cyfrowych w diagnostyce, planowaniu i terapii oraz technice dentystycznej – co zostało w pełni uwzględnione w dodatkowych rozdziałach tego wydania. Wciąż nowe osiągnięcia i nowe metody wzbogacające dotychczasowy zakres protetyki stomatologicznej to zdaniem Autora zobowiązanie do ustawicznego kształcenia, realizowanego wraz z postępem technologicznym, przy czym w postępowaniu praktycznym każda nowa metoda powinna być wprowadzona ewolucyjnie, z zachowaniem rozsądnego krytycyzmu. I choć jest faktem, że dzięki nowym osiągnięciom w nauce i technice możemy wiedzieć więcej, pracować dokładniej i w konsekwencji uzyskać lepsze efekty leczenia, to jednak – jak słusznie podkreśla Pan Profesor – istotne jest, by umiejętnie korzystać z tych zdobyczy, jednocześnie respektując podstawowe zasady sztuki i etyki lekarskiej w diagnostyce, planowaniu i realizacji leczenia protetycznego.

Podręcznik ten powinien być wykorzystany na wszystkich etapach edukacji stomatologicznej, zarówno w dydaktyce przeddyplomowej, jak i podyplomowej. Jego uniwersalność wynika bowiem z faktu, iż traktuje przedmiot protetyka stomatologiczna w ujęciu całościowym. Jest to pozycja unikalna, ponieważ odnosi się do wszystkich niezbędnych aspektów współczesnej protetyki stomatologicznej – jest przystępnym opisem obecnie stosowanych metod postępowania protetycznego (tak w części klinicznej, jak i laboratoryjnej), zmierzającego do przywrócenia sprawności układu stomatognatycznego, zarówno w aspekcie funkcjonalnym, jak i estetycznym, przez co skutecznie poprawiającym jakość życia leczonych pacjentów. Gorąco polecam studentom i lekarzom, a także nauczycielom akademickim.

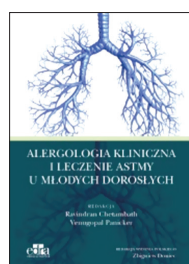
*Z Przedmowy prof. dr hab. n. med. Teresy Sierpińskiej,
Konsultant Krajowej w dziedzinie protetyki stomatologicznej*



Bontrager. Pozycjonowanie w radiografii klasycznej dla elektroradiologów
J.P. Lampignano
wyd. 10,
red. D. Bodusz
rok wydania 2024
ISBN 9788367447850, format 110 x 185,
oprawa miękka, str. 344, cena 89,10 zł

- Prawidłowe, bezpieczne, szybkie pozycjonowanie pacjenta podczas najczęściej wykonywanych badań radiograficznych
- Około 200 zwykle stosowanych projekcji
- Znakomite przygotowanie do egzaminów i praktyki klinicznej

Publikacja stanowi nieodzowną pomoc podczas wykonywania badania, ograniczając konieczność jego powtarzania



Alergologia kliniczna i leczenie astmy u młodych dorosłych
V. Panicker, red. R. Chetambath
red. Adam J. Sybilski
rok wydania 2024
ISBN 9788368090079, format 165x235,
oprawa miękka, str. 443, cena 170,10 zł

Choroby alergiczne są schorzeniami wieloczynnikowymi. Są one jednymi z najczęściej występujących chorób na świecie i stanowią istotne obciążenie zdrowotne. Wpływ na ich wystąpienie mają czynniki genetyczne, środowiskowe i socjoekonomiczne, które determinują ujawnienie się choroby. Do najczęściej diagnozowanych chorób alergicznych należą alergiczny nieżyt nosa oraz astma.

Alergologia kliniczna i leczenie astmy u młodzieży i młodych dorosłych wychodzi naprzeciw potrzebie praktycznego podręcznika na temat astmy i alergii u młodzieży i młodych dorosłych, którzy stanowią interesującą i wymagającą grupę wiekową. Astma może zmniejszać intensywność wraz z wiekiem, ale nadal stanowi duży problem. Przestrzeganie zaleceń zwykle nie jest skuteczne, co wiąże się z ryzykiem,

że względu na złe ustawienie pacjenta lub dobranie niewłaściwych parametrów.

Zawarto w niej m.in.:

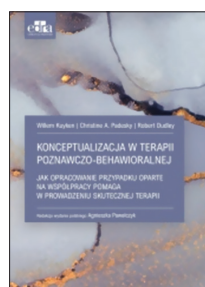
- procedury i praktyczne wytyczne dotyczące pozycjonowania radiograficznego
- omówienie technik radiograficznych
- zaktualizowane fotografie pozycjonowania z uwzględnieniem informacji dotyczących punktu padania promienia centralnego i jego przebiegu
- parametry ekspozycji
- zasady automatycznej kontroli ekspozycji (AEC)
- wytyczne dotyczące ochrony radiologicznej pacjentów
- zakresy stosowania napięcia anodowego [kV]
- czasy ekspozycji na promieniowanie
- dodatkowe projekcje Bernageau i Zanca wykonywane w przypadku patologii barku i urazów

że brak odpowiedniego leczenia może prowadzić do długotrwałych następstw. Spory wpływ na nasilenie choroby mają również częste u młodych dorosłych i młodzieży otyłość i siedzący tryb życia.

Podręcznik ma na celu pomóc w zrozumieniu patogenety, manifestacji klinicznych, diagnostyki i postępowania w różnych chorobach alergicznych, w tym astmy wśród młodzieży i młodych dorosłych. Przedstawiono postępowanie w różnych fenotypach astmy, z wykorzystaniem leków biologicznych i uwzględnieniem podejścia spersonalizowanego. Obszernie omówiono również inne choroby alergiczne, takie jak pokrzywka, atopowe zapalenie skóry, obrzęk naczynioruchowy czy alergia na jad owadów.

W publikacji:

- kompleksowe przedstawienie cech klinicznych, rozpoznania i leczenia chorób alergicznych i astmy,
- omówienie podstaw alergii klinicznej, ułatwiające lekarzom podejmowanie mądrych wyborów w postępowaniu medycznym,
- spostrzeżenia międzynarodowych autorów, posiadających doświadczenie kliniczne w diagnostyce i leczeniu astmy w określonej grupie wiekowej młodzieży i młodych dorosłych.



Konceptualizacja w terapii poznawczo-behawioralnej
W. Kuyken, C.A. Padesky
red. A. Pawelczyk
rok wydania 2024
ISBN 9788368090024, format 165 x 235,
oprawa miękka, str. 384, cena 103,20 zł

Niniejsza książka bez wątpienia zajmuje jedno z głównych miejsc w kanonie literatury z zakresu psychoterapii opartej na dowodach naukowych.

Mimo że od jej oryginalnego wydania mija właśnie 15 lat (a to dużo czasu dla tak dynamicznie rozwijającej się dziedziny), to nadal zaskakuje swoją aktualnością. Pokazuje, że psychoterapia poznawczo-behawioralna to nurt, którego skuteczność wynika z bazowania na współczesnej wiedzy psychologicznej

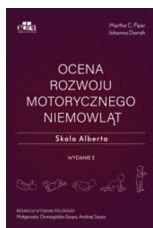
i wynikach badań naukowych, ale także wnikliwym rozumieniu danej osoby i zindywidualizowanym podejściu w planowaniu leczenia.

W 2020 roku jedna ze współauterek tej książki, wybitna psychoterapeutka Christine Padesky, opublikowała w czasopiśmie naukowym „Cognitive and Behavioral Practice” artykuł zatytułowany w sposób, który niezwykle trafnie opisuje proponowany tutaj model – „Konceptualizacja oparta na współpracy: Klient(ka) wie najlepiej”. Wspólny wysiłek oraz zaufanie do mądrości i doświadczenia osoby uczestniczącej w terapii to podstawy empiryzmu realizowanego w nurcie poznawczo-behawioralnym.

dr n. społ. Karolina Staniaszek

Psycholożka, psychoterapeutka, superwizorka

Wiceprzewodnicząca Polskiego Towarzystwa Terapii Poznawczej i Behawioralnej



Ocena rozwoju motorycznego niemowląt. Skala Alberta
M.C. Piper, J. Darrah
red. M. Domagalska-Szopa, A. Szopa
rok wydania 2024
ISBN 9788368090123, format 165 x 235,
oprawa miękka, str. 288, cena 75,65 zł

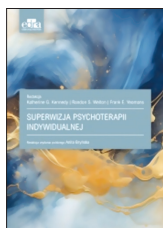
Ocena motoryczna niemowląt jest powszechnie stosowana z wielu powodów i w różnych populacjach dzieci. Może to być potrzeba obserwacji przebiegu rozwoju dzieci urodzonych przedwcześnie, tzw. wcześniaków z wysokim ryzykiem zaburzeń rozwojowych. Może to być konieczność monitorowania przebiegu rozwoju motorycznego niemowląt z rozpoznanymi już zaburzeniami rozwojowymi, gdzie ocena motoryczna stanowi podstawę podejmowania wszelkich decyzji dotyczących całokształtu leczenia tych dzieci, w tym także terapii neurorozwojowej. Systematyczne przeprowadzanie obiektywnej oceny przebiegu rozwoju motorycznego może w wymierny sposób dokumentować efekty podjętej interwencji terapeutycznej. W końcu dotyczy to coraz częściej niemowląt bez obciążeń okołoporodowych i bez zdiagnozowanych zaburzeń rozwojowych, których rodzice lub opiekunowie obawiają się opóźnienia rozwoju u swojego dziecka.

Taka ocena może być wówczas przeprowadzona w celu wskazania wyników rozwoju motorycznego dziecka w porównaniu z normami rozwojowymi właściwymi dla jego wieku.

Ocena motoryczna niemowląt wymaga jednak specyficznego podejścia i wiąże się z wyjątkowymi wyzwaniami. Po pierwsze, ocena taka powinna uwzględniać wyjątkowe cechy dojrzewania motorycznego niemowląt, które sprawiają, że ich umiejętności motoryczne ewoluują w czasie, a tempo tych zmian może być szybkie i wewnętrznie zróżnicowane. Po drugie, ocena taka powinna być wystandaryzowana oraz charakteryzować się dobrymi właściwościami psychometrycznymi, w tym trafnością, czułością oraz rzetelnością (spójnością i powtarzalnością). Największym wyzwaniem jest jednak zdolność do różnicowania, tj. rozróżniania indywidualnych przypadków w stosunku do grupy odniesienia, wyrażona za pomocą wymiernych wskaźników.

Wszystkie te unikalne cechy narzędzia badawczego spełnia Skala rozwoju motorycznego niemowląt Alberta, która niezwykle wyczerpująco, a zarazem przystępnie została przedstawiona w niniejszym opracowaniu. Jego przeznaczeniem jest wsparcie fizjoterapeutów i terapeutów zajęciowych pracujących z małymi dziećmi oraz innych specjalistów, dla których wiedza z zakresu rozwoju motoryki niemowląt jest niezbędna.

Z Przedmowy do wydania polskiego



Superwizja psychoterapii indywidualnej
K.G. Kennedy, R.S. Welton
red. A. Bryńska
rok wydania 2024
ISBN 9788368090116, format 165 x 235,
oprawa miękka, str. 352, cena 103,20 zł

Zgodnie ze standardami kształcenia w zawodzie psychoterapeuty jednym z warunków uzyskania certyfikatu jest obowiązek udziału w superwizji.

Superwizja to kontrola nad pracą przyszłego psychoterapeuty i jeden z podstawowych etapów kształcenia, w którym doświadczony specjalista–superwizor swoim doświadczeniem

i obiektywną oceną pomaga kształcić się superwizantowi (psychoterapeucie zgłaszającym się na superwizję).

W Superwizji psychoterapii indywidualnej omówiono cztery najważniejsze obszary: tajniki pracy i proces rozwoju superwizora, konkretne techniki stosowane w superwizji, najczęstsze wyzwania pojawiające się w trakcie superwizji oraz specyfikę superwizji w zależności od środowiska terapeutycznego i populacji adeptów.

Książka ta – dzięki niezliczonym fachowym wskazówkom, popartym wieloma przykładami klinicznymi – jest niezbędnym źródłem informacji dla początkujących i średnio zaawansowanych superwizorów, zainteresowanych rozwojem i doskonaleniem swoich umiejętności.



Kryteria diagnostyczne zaburzeń psychicznych DSM-5-TR
red. P. Gałęcki
rok wydania 2024
ISBN 9788368090017, format 170 x 240,
oprawa miękka, str. 1100, cena 254,15 zł

Podręcznik Kryteria diagnostyczne zaburzeń psychicznych DSM-5-TR jest najbardziej kompleksowym i aktualnym źródłem informacji, dostępnym dla lekarzy psychiatrów, psychoterapeutów, psychologów, klinicystów i badaczy zajmujących się zdrowiem psychicznym.

Nad kolejnym uaktualnieniem kryteriów dotyczących czynników ryzyka rozwoju zaburzeń psychicznych, ich przebiegu, diagnostyki różnicowej, uwarunkowań kulturowych i czynników prognostycznych pracowało ponad 200 ekspertów z danej dziedziny.

W publikacji dodano i omówiono klasyfikację zaburzenia przedłużającej się żałoby, zawarto nowe kody do sygnalizowania i monitorowania zachowań samobójczych oraz w pełni zaktualizowane kody ICD-10-CM.

OPOLSKA IZBA LEKARSKA

Biuro: tel. 77/454–59–39, 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