



OPOLSKA
IZBA
LEKARSKA

Rok Założenia 1990

BIULETYN INFORMACYJNY

Luty 2019

ISSN 1426-661X

Nr 267

OPOLSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

www.izbalekarska.opole.pl



Fot.
Alfred Polok

NA ŁASCE ZARAZY



Pewnego dnia Kore zobaczyła hiacynt na łące. Podeszła. Powąchała. Nagle otworzyła się ziemia i dziewczynę pochłonięła czeluść. Wpadła prosto w Hades. Ale o dziwo powitała go z zachwytem. Bóg państwa cieni wymyślił kwiat ciemności, stworzył kwiat zagłady, by ukryć w jego płatkach nasycenie. Zwabił pannę obietnicą spełnienia. A prawdziwe spełnienie nosi w sobie pierwiastek śmierci.

Kore mogła wrócić spod ziemi, bo matka wybłagała dla niej wolność. Ale Hades poczęstował pannę jednym ziarenkiem granatu. Co ją skłoniło do połknięcia? Przecież nie głód, raczej pragnienie poznania głębi, chęć dosięgnięcia mroku, zanurzenia się w nurcie Styksu, gdzie płyną czółna z widmami, gdzie podążają do drugiego brzegu łodzie z cieniami umarłych. Połykając małą pestkę uznała przynależność do podziemi. Zdecydowała o niepowtarzalnym losie. Zamieszkała żywa wśród umarłych.

Czy leczenie nie przypomina pobytu w państwie cieni? Choremu wydaje się, że ziemia się rozstała i wpadł w czeluść. Płynie łódką z Charonem. W dodatku syn Erebu i Nyks umyślnie kołysze kajakiem, łajba nabiera wody, o mało nie utonie. Niezdrów szuka w oczach przewoźnika otuchy. Liczy na odrobinę nadziei. Ale szpetny staruch mamrocze: „Od dzisiaj jesteś obywatelem mrocznego królestwa. Żadna Demeter cię nie uchroni. Więc naucz się naszych praw. Przygotuj na niewygodę. Zapomnij o zaszczytach. I nie myśl o awansie. Choćbyś wyzdrowiał,

i tak staniesz się dożywotnim jeńcem. Przypadkiem – trudnym, blahym, ciekawym. Szpitalnikiem. Skazańcem. Czeka cię rentgeny, tomografy i rury wpychane do gardła. Przed tobą testy, wycinki, wymazy, płukanki, skrobanki, kontrasty. Pewnego dnia odczytają ci wyrok. Tylko nie licz na łaskę. Czeka cię odsiadka. Separatka jest tylko dla wybrańców. Możesz wymachiwać tym swoim glejtem, gdzie napisano: Wznowa. Recydywa. Remisja. Poczłapiasz na salę dla wielu. Tak jak wtedy, gdy pojawiłeś się tu po raz pierwszy.

I znów na przemian puszczenie krwi i lewatywa, irygacje i zastrzyki, zakrapianie, inhalacje, rezonanse, wlewy i kaftany bezpieczeństwa. Położysz się na pryczy, wkoło ciebie kaczki, nerki i baseny, zdawać ci się będzie, że to maraton. Biegniesz bez przygotowania. Pędzisz na czczo, spragniony, za to w upale stulecia. Nie łudź się. Na mecie nie będzie oklasków. Ani życie, ani tym bardziej śmierć nie wpadną w zachwyt na twój widok. Jesteś jednym z wielu”.

Dusza grecka szła do szczęśliwego Elizjum przez Hades. Z Charonem przemierzała czarną rzekę, płaciła obolami za przewóz, smakowała owoce granatu i zatykała uszy, żeby nie słyszeć lamentów strąconych do Tartaru. Chory podróżuje podobną ścieżką. Porusza się pod prąd, po omacku szuka szlaków. Błądzi, potyka się, wypada za burtę. Po drodze gubi imię. Przyjmuje nowe: Katar. Zawał. Udar.

Agnieszka KANIA



„W nurcie Czarnej Rzeki” – Natalia Nosowa, grafika komputerowa 2018



Kampania nienawiści sięgnęła szczytu!! Wzajemne opluwanie się i ob rzucanie inwektywami zamiast rzeczowej, spokojnej, merytorycznej dyskusji, rozmowy, negocjacji przyniosła przerażającą kulminację. Na oczach ludzi zamordowano człowieka. Nie ma tu znaczenia jego przynależność, poglądy polityczne, czy cokolwiek innego. Publicznie zasztyletowano człowieka za to co sobą reprezentował, a co nie podobało się

innym. Wzajemne szczucie, język nienawiści, odwoływanie się do najniższych instynktów przyniosło niestety swoje owoce. Jak dalece można jeszcze podzielić ludzi? Jak bardzo można ich jeszcze przeciwstawić sobie nawzajem? Czy naprawdę trzeba było otwierać tę puszkę Pandorry? Czy od dzisiaj musimy z lękiem spoglądać za siebie, czy ktoś nie czyha na mnie? Czy rzeczywiście chodziło o to, by ludzie zaczęli się siebie bać? Czy tak właśnie ma wyglądać moja Ojczyzna na progu XXI wieku? Proszę uszczypnijcie mnie, że to tylko koszmarny sen!

Jerzy B. LACH

SZPALTA PREZESA



Koleżanki, Koledzy!

Nowy rok, nowe nadzieje. Czy będzie lepiej, tego nie wie nikt. Wiemy tylko, że czekają nas kolejne zmiany, związane z wykonywaniem zawodu lekarza i lekarza dentysty. Cyfryzacja w ochronie zdrowia nabiera tempa. Wszyscy jesteśmy absolutnie zgodni, co do tego, że tak być musi. Natomiast sposób wprowadzania tych zmian znacznie mniej nam się podoba. E-zwolnienia stały się faktem. Lekarze Opolszczyzny poradzili sobie z tym doskonale, gorzej było i bywa z elektroniką. Jakie jeszcze mamy zmiany w ochronie zdrowia od 1 stycznia 2019 r.? Są i to ważne.

W życie wszedł obowiązek tworzenia dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej. Na razie obejmuje on trzy rodzaje dokumentów:

1. informację o rozpoznaniu choroby, problemu zdrowotnego lub urazu, wynikach przeprowadzonych badań, przyczynie odmowy przyjęcia do lecznicy, udzielonych świadczeniach zdrowotnych oraz ewentualnych zaleceniach – to w przypadku odmowy przyjęcia do placówki;
2. informacje dla lekarza kierującego świadczeniobiorcą do poradni specjalistycznej lub leczenia szpitalnego – o rozpoznaniu;
3. kartę informacyjną z leczenia szpitalnego.

Kolejną nowością jest obowiązek obsługiwanie przez apteki systemu elektronicznych recept. I popatrzmy, jak to wygląda w praktyce. Apteki są gotowe od 1 stycznia do realizacji e-recept, których w zasadzie nie ma, ale każdą receptę papierową oprogramowanie apteczne kon-

wertuje na szablony e-recepty i już w pierwszych dniach stycznia pojawiły się problemy z realizacją recept nierefundowanych, czyli na 100%, które nie miały oznaczonego Peselu pacjenta.

To nie koniec nowości, związanych z datą 1 stycznia 2019 r. Tym razem dotyczy ona lekarzy dentystów. Z tym dniem wszedł w życie obowiązek instalacji separatorów amalgamatu w gabinetach stomatologicznych. Obowiązek ten został określony w art. 10 *rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2017/852 z dnia 17 maja 2017 r. w sprawie rtęci oraz uchylającego rozporządzenie (UE) NR 1102/2008*, zgodnie z którym od 1 stycznia 2019 r. podmioty prowadzące gabinety stomatologiczne, w których stosowany jest amalgamat stomatologiczny lub w których usuwane są wypełnienia z amalgamatu stomatologicznego lub zęby zawierające takie wypełnienia, zapewniają wyposażenie swoich gabinetów w separatory amalgamatu do celów zatrzymywania i zbierania cząstek amalgamatu, w tym również cząstek znajdujących się w zużytej wodzie. Naczelna Rada Lekarska wraz z Komisją Stomatologiczną NRL od dłuższego już czasu wielokrotnie apelowała do Ministra Zdrowia i do Ministra Środowiska o zajęcie się tym problemem, ale do dnia dzisiejszego (a rozporządzenie unijne weszło w życie 1 stycznia 2018 r.!!!) nie ma wydanych przepisów krajowych, umożliwiających podjęcie odpowiednich działań przez lekarzy dentystów, którzy w swej pracy mają styczność z amalgamatem stomatologicznym. Z nieoficjalnych wiadomości wynika, że w obu ministerstwach trwają obecnie prace, dotyczące tej kwestii. Pozostaje mieć nadzieję, że będzie to wkrótce.

Jolanta SMERKOWSKA-MOKRZYCKA

UBEZPIECZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI CYWILNEJ 2019 ROK



Koleżanki i Koledzy!

Od 1 marca 2019 r. kontynuować będziemy program Ubezpieczenia Odpowiedzialności Cywilnej oraz ubezpieczenie Ochrony Prawnej Lekarza wynegocjowany przez naszego partnera, Brokera PWS Konstanta z PZU SA oraz InterRisk TU S.A. Podobnie, jak w roku ubiegłym istnieje możliwość przystępowania do ubezpieczenia przez stronę internetową www.polisagrupowa.pl lub poprzez baner zamieszczony na stronie Izby, do czego zachęcamy wszystkich członków Opolskiej Izby Lekarskiej.

Obowiązek ubezpieczenia spoczywa na każdym lekarzu czy lekarzu dentyście, który wykonuje zawód w formie praktyki lekarskiej (dotyczy to każdego rodzaju praktyki – stacjonarnej, na wezwanie, kontraktu). Inaczej mówiąc nie musi zawierać takiego ubezpieczenia lekarz (lekarz dentysta), który pracuje tylko i wyłącznie w oparciu o kodeksową umowę o pracę.

Rozporządzenie Ministra Finansów doprecyzowało zasady tego ubezpieczenia. Obejmuje ono wszystkie szkody, jakie mogą być wyrządzone w czasie udzielania świadczeń zdrowotnych albo powstałe wskutek zaniechania udzielenia takich świadczeń. **Jest wyłączenie, które związane jest z zabiegami chirurgii plastycznej i zabiegami kosmetycznymi – otóż ochrona ubezpieczenia odnosi się wyłącznie do zabiegów wykonywanych w przypadku wad wrodzonych oraz następstw urazów czy cho-**

rób. Ubezpieczenie nie pokrywa szkód, będących następstwem zabiegów estetycznych. Rozporządzenie wprowadziło minimalną sumę gwarancyjną dla tego ubezpieczenia – w przypadku lekarza (lekarza dentystry) wynosi ona 75.000 euro na 1 zdarzenie i 350.000 euro na wszystkie zdarzenia w okresie ubezpieczenia.

- Jeżeli lekarz ma kilka specjalizacji, to ubezpiecza się zgodnie z tą, którą wykonuje.
- Jeżeli lekarz wykonuje kilka specjalizacji, to ubezpiecza się zgodnie z tą, która ma wyższą składkę.
- W przypadku lekarzy będących w trakcie specjalizacji, nieposiadających żadnej innej specjalizacji, nalicza się składkę przewidzianą dla grupy ryzyka obejmującej faktycznie wykonywaną specjalizację.

W dalszym ciągu istnieje możliwość bardzo korzystnego ubezpieczenia pakietowego (**połączenie ubezpieczenia obowiązkowego z dobrowolnym**) – tzw. **klauzulą nadwyżkową**.

Pozwala to nie tylko podwyższyć sumę gwarancyjną ubezpieczenia, ale objąć ubezpieczeniem sytuacje czy zdarzenia, których nie zawiera ubezpieczenie obowiązkowe:

- udzielanie I pomocy (także w sytuacji, w której lekarz, ratując czyjeś życie, udzielał jej po spożyciu alkoholu),
- udzielanie świadczeń medycznych okazjonalnych (niezbędnej pomocy medycznej – nie dotyczy stałej pra-

Ubezpieczenie obowiązkowe proponowane członkom Opolskiej Izby Lekarskiej przez PZU uwzględnia podział na trzy grupy specjalności (**składki takie, jak w poprzednich latach**):

Grupa I (składka 444 zł)	Grupa II (składka 192 zł)	Grupa III (składka 104 zł)
Anestezjologia i intensywna terapia Chirurgia ogólna Chirurgia dziecięca Chirurgia naczyniowa Chirurgia onkologiczna Chirurgia plastyczna Torakochirurgia Kardiochirurgia Neurochirurgia Chirurgia szczękowo-twarzowa Chirurgia stomatologiczna Urologia Urologia dziecięca Ortopedia i traumatologia Ginekologia i położnictwo Ginekologia onkologiczna Medycyna ratunkowa Neonatologia	Medycyna sportowa Radioterapia Lekarz dentysta nie posiadający żadnej specjalizacji oraz pozostałe specjalności stomatologiczne poza chirurgią stomatologiczną np.: • ortodoncja • periodontologia • protetyka stomatologiczna • stomatologia dziecięca • stomatologia zachowawcza z endodoncją.	Wszystkie pozostałe specjalności Uwaga: Jeżeli lekarz z III grupy wykonuje jakieś zabiegi chirurgiczne, endoskopowe, z zakresu radiologii interwencyjnej czy inne wymagające pisemnej zgody – musi się ubezpieczyć jak w grupie II.

cy) poza terenem Polski – np. podczas wyjazdu wypoczynkowego,

- uwzględnienie w składce podstawowej zabiegów estetycznych i kosmetycznych,
- koszty ekspertów, biegłych, zastępstwa prawnego – poniesionych za zgodą PZU S.A. lub zasądzonych,
- niezbędne koszty sądowej obrony przed roszczeniami, niezbędne koszty sądowej obrony w postępowaniu karnym poniesione za zgodą PZU S.A. lub zasądzone,
- koszty postępowań sądowych, w tym mediacji lub postępowania pojednawczego poniesione za zgodą PZU S.A. lub zasądzone,
- koszty poniesione na minimalizowanie wyrządzonej szkody,
- odpowiedzialność cywilna za szkody wyrządzone osobom trzecim w wynajmowanym pomieszczeniu praktyki (do kwoty 50.000 zł),
- odpowiedzialność cywilna za szkody wyrządzone osobom trzecim w wynajmowanym sprzęcie (do kwoty 50.000 zł),
- szkody rzeczowe wyrządzone w mieniu pacjenta w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych (do kwoty 50.000 zł),
- ubezpieczenie od innych zdarzeń odpowiedzialności cywilnej, związanych z miejscem wykonywania praktyki, ale nie związanych z udzielaniem świadczeń (np. zalanie sąsiada wskutek awarii w gabinecie, uderzenie przedmiotem spadającym z okna gabinetu czy dachówką spadającą z dachu domu lub poślizgnięcie się pacjenta na mokrej posadzce w pomieszczeniu, w którym jest gabinet itp.) do kwoty 50.000 zł,
- w ramach ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej lekarza, PZU S.A. dla każdego Ubezpieczonego, organizuje i pokrywa koszty usługi Asysty Prawnej (usługa assistance). **Nr telefonu Centrum Alarmowego dla Asysty Prawnej: 22/505-16-04.**

Usługa asysty prawnej polega na:

- udzielaniu telefonicznie lub udzielaniu w formie elektronicznej konsultacji prawnych,
- przesyłaniu w formie elektronicznej wzorów umów i wzorów pism należących do powszechnego obrotu prawnego,
- przesyłaniu w formie elektronicznej tekstów obowiązujących lub archiwalnych (obowiązujących na dany dzień) aktów prawnych prawa polskiego,
- informacje o obowiązujących procedurach sądowych i kosztach prowadzenia sporów prawnych oraz dochodzenia lub ochrony swoich praw,
- przesłanie danych teleadresowych instytucji (sąd, prokuratura, kancelarie prawne).

W ramach składki ubezpieczeniowej ubezpieczenia pakietowego uzyskuje się również:

- ubezpieczenie na wypadek szkód wynikających z naruszenia praw pacjenta w tym również szkód nie bę-

dących szkodą osobową czy rzeczową (np. badanie pacjenta bez zachowania intymności),

- ubezpieczenie szkód wyrządzonych w związku z uczestnictwem w eksperymencie medycznym lub badaniach klinicznych,
- **ochronę prawną (ubezpieczaną przez TU Inter Risk S.A.) do kwoty 50.000 zł.** Ubezpieczenie ochrony prawnej ma na celu zagwarantować lekarzowi bezwarunkowe pokrycie kosztów ochrony prawnej w przypadku wystąpienia do lekarza z roszczeniem odszkodowawczym przez poszkodowanego pacjenta, NFZ, czyli: koszty wynajęcia adwokata, radcy prawnego, który odpisze na pozew, będzie reprezentował go w Sądzie, koszty powołania biegłych; koszty te pokrywane są do 50.000zł w granicach wynagrodzenia określonego przez rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości, który wyznaczył minimalne należne wynagrodzenie adwokatom, radcom prawnym (konieczne jest zgłoszenie przez lekarza wniosku na piśmie).

A oto warianty tego ubezpieczenia pakietowego (**składki, jak w latach poprzednich**):

Kwota, o którą zwiększa się suma gwarancyjna	Grupa I specjalności składka łączna	Grupa II składka łączna	Grupa III składka łączna
300.000,00 zł	699,00 zł	334,00 zł	200,00 zł
400.000,00 zł	731,00 zł	344,00 zł	208,00 zł
700.000,00 zł	757,00 zł	354,00 zł	216,00 zł
1.300.000,00 zł	933,00 zł	432,00 zł	263,00 zł
2.500.000,00 zł	1.752,00 zł	763,00 zł	473,00 zł

- za 20 zł można podnieść sumę gwarancyjną (OC niemedyce) za szkody rzeczowe i osobowe w związku z prowadzoną działalnością i posiadanym mieniem (do 50% sumy ubezpieczenia nadwyżkowego, nie więcej niż 500.000 zł) – **chodzi o szkody związane z miejscem prowadzenia praktyki,**
- za 20 zł można podnieść sumę gwarancyjną do 500.000 zł na szkodach w ruchomościach i nieruchomościach użytkowanych na podstawie umowy najmu, dzierżawy lub innego stosunku prawnego – **chodzi o szkody w użytkowanym obcym sprzęcie np. medycznym.**

Lekarz (lekarz dentysta) niewykonujący praktyki lekarskiej i niepodlegający ubezpieczeniu obowiązkowemu może skorzystać z ubezpieczenia dobrowolnego. Daje ono ochronę przy udzielaniu pierwszej pomocy (nawet pod wpływem alkoholu w sytuacjach ratujących życie) oraz pokrywa szkody rzeczowe wyrządzone pacjentowi przy udzielaniu tej pierwszej pomocy. Daje również ochronę w innych sytuacjach udzielania świadczeń zdrowotnych, niezwiązanych z pracą etatową i niewymagających założeń prywatnej praktyki.

A oto warianty tego ubezpieczenia (i tutaj również składki, jak w latach poprzednich):

Suma gwarancyjna	Grupa I – składka	Grupa II – składka	Grupa III – składka
200.000 zł	291,00 zł	145,00 zł	73,00 zł
300.000 zł	330,00 zł	159,00 zł	83,00 zł
400.000 zł	340,00 zł	170,00 zł	90,00 zł
700.000 zł	392,00 zł	187,00 zł	97,00 zł
1.300.000 zł	509,00 zł	233,00 zł	125,00 zł
2.500.000 zł	984,00 zł	426,00 zł	248,00 zł

Każdy, kto wykupi jeden z wariantów ubezpieczenia OC (niezależnie czy tylko obowiązkowe, czy tylko dobrowolne, czy pakietowe) może za dodatkową składkę zawrzeć ubezpieczenie NNW, rozszerzone dodatkowo o zarażenie się wirusami WZW lub HIV. Ubezpieczenie to obejmuje zarówno świadczenie jednorazowe z tytułu samego zakażenia, jak i koszty leczenia.

A oto, jakie są warianty tego dodatkowego ubezpieczenia (wszystkie kwoty podane są w złotych):

NNW	10.000	10.000	10.000	10.000	10.000	10.000	20.000	50.000
Wypłata 1-razowa z tytułu WZW	10.000	10.000	10.000	20.000	50.000	100.000	100.000	100.000
Wypłata 1-razowa z tytułu HIV	10.000	10.000	10.000	20.000	50.000	100.000	100.000	100.000
Koszty leczenia	3.000	5.000	10.000	10.000	10.000	10.000	10.000	10.000
Składka	86	110	170	180	210	259	299	417

Przystąpienie do ubezpieczenia

Podobnie jak w ubiegłym roku jest możliwość przystąpienia do ubezpieczenia przez stronę internetową: www.polisagrupowa.pl

Zachęcamy do korzystania ze strony internetowej oraz systemu naszego partnera, brokera ubezpieczenio-

wego PWS Konstanta S.A. Informujemy, iż jest to dedykowane rozwiązanie informatyczne przygotowane dla naszej Izby Lekarskiej. Będzie to na pewno przydatne narzędzie w zakresie informacji o funkcjonujących produktach dla lekarzy, nowych rozwiązaniach ubezpieczeniowych oraz baza danych zawierająca posiadane polisy ubezpieczeniowe.

Wszystkie niezbędne informacje, znajdziecie na stronie: www.polisagrupowa.pl lub poprzez baner na stronie Izby.

Zawierając ubezpieczenie OC Lekarza przez stronę internetową otrzymujecie bezpośrednio na swojego maila potwierdzenie zawarcia umowy, co pozwoli na zaoszczędzenie czasu. Składkę będzie można uiścić przelewem na konto bankowe Opolskiej Izby Lekarskiej w terminie 14 dni od daty wystawienia potwierdzenia ubezpieczenia.

Istnieje też możliwość tradycyjnej formy przystąpienia do ubezpieczenia – umowy ubezpieczenia, jak w latach poprzednich, można zawierać poprzez kontakt z Izbą Lekarską. W przypadku wyboru tradycyjnej formy ubezpieczenia (poprzez kontakt z pracownikiem Biura Izby)

składki będą zbierane w okresie od 11 do 22 lutego 2019 r. Przypominamy, iż do ubezpieczenia mogą przystąpić wyłącznie lekarze i lekarze dentyści, będący członkami Opolskiej Izby Lekarskiej.

Jolanta SMERKOWSKA-MOKRZYCKA
Jerzy JAKUBISZYN

X KONGRES POLONII MEDYCZNEJ I III ŚWIATOWY ZJAZD LEKARZY POLSKICH

W dniach 29 maja – 1 czerwca 2019 r. odbędzie się X Kongres Polonii Medycznej i III Światowy Zjazd Lekarzy Polskich. Kongres organizuje Okręgowa Izba Lekarska w Gdańsku we współpracy z Federacją Medycznych Organizacji Polonijnych. Trzydniowy naukowy program Kongresu oparty jest o motto przewodnie „Postęp techniczny w służbie medycyny”.

Mamy nadzieję, że ciekawe miejsca wydarzeń kongresowych, ich zróżnicowana oprawa kulturalna oraz możliwość poznania atrakcji turystycznych Gdańska i Trójmiasta wzbogacą naukowe korzyści i pozostawią dobre wspomnienia.

W związku z tym została uruchomiona strona Kongresu, która jest dostępna pod następującymi adresami: poloniamed2019.pl, poloniagdansk2019.pl oraz kongrespoloniimedycznej.com.pl. Na stronie Kongresu zamieszczone zostały istotne informacje dotyczące rejestracji uczestników, wydarzeń towarzyszących o charakterze naukowym, kulturalnym, integracyjnym i krajoznawczym.

ZAPRASZAMY DO WZIĘCIA UDZIAŁU W KONGRESIE.

OSTATNIE W 2018 R. POSIEDZENIA OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ W OPOLU



W dniu 28 listopada odbyło się zebranie Okręgowej Rady Lekarskiej, któremu przewodniczyła Prezes Jolanta Smerkowska-Mokrzycka. Na samym początku kol. Smerkowska-Mokrzycka poinformowała o śmierci I Prezesa OIL w Opolu dr n. med. Ryszarda Kwiecińskiego. Rada uczciła Jego pamięć minutą ciszy. Następnie przystąpiono do obrad nad następującymi problemami:

Przyznanie praw wykonywania zawodu

Do Rady wpłynęły trzy wnioski o wpisanie na listę członków naszej Izby w związku z przeniesieniem z innych Izb:

- lek. dent. Adamowicz Katarzyna – przeniesienie z Dolnośląskiej Izby Lekarskiej we Wrocławiu,
- lek. stażysta Nawrot Eliza – przeniesienie z Dolnośląskiej Izby Lekarskiej we Wrocławiu,
- lek. Zacharz Krzysztof – przeniesienie z Warmińsko-Mazurskiej Izby Lekarskiej w Olsztynie.
- Dalej rozpatrywano jeden wniosek o wydanie duplikatu dokumentu Prawo Wykonywania Zawodu Lekarza dla lek. Koenigsberga Mateusza.

I wreszcie jeden wniosek w sprawie ponownego przyznania Prawa Wykonywania Zawodu Lekarza dla lek. Urbanowicz Ałły (obywatelki Ukrainy) – PWZL wydano na czas określony do 22 września 2024 r.

We wszystkich powyższych przypadkach Rada podjęła Uchwały jednogłośnie.

Rejestracja podmiotów prowadzących szkolenie podyplomowe lekarzy

Do ORL zwrócił się jeden podmiot szkolący – Opolskie Koło Regionalne Polskiego Towarzystwa Ortodontycznego – o przyznanie punktów edukacyjnych za przeprowadzenie w dniach 11–12 stycznia 2019 r. w Opolu konferencji pt. „Wady rozwojowe w codziennej pracy lekarza ortodonty”. Rada przyznała 13 pkt. edukacyjnych.

Zmiany w rejestrze indywidualnych praktyk lekarskich

Z rejestru wykreślono jednogłośnie indywidualną praktykę lekarza z powodu jego zgonu.

Przyznanie świadczeń z Funduszu Samopomocy i dofinansowania imprez sportowych

Do Rady wpłynęło pięć wniosków o zapomogę bezwrotną. W dwóch przypadkach Rada podjęła Uchwały jednogłośnie, w jednym – przy jednym głosie wstrzymującym i w jednym – przy dwóch głosach wstrzymujących. Jeden wniosek zostanie rozpatrzony po uzupełnieniu dokumentacji.

Ponadto do Rady wpłynęły dwa wnioski o dofinansowanie następujących imprez:

- lek. rezydent Pelczar Natalia w imieniu PSTL w Opolu – o dofinansowanie III Ogólnopolskiego Turnieju Tenisa Ziemnego Lekarzy w Opolu w wysokości 2.000 zł – Rada podjęła Uchwałę przy dwóch głosach wstrzymujących.

Delegatura OIL w Kluczborku – o dofinansowanie świątecznego spotkania lekarzy emerytów w wysokości 2.000 zł – Rada podjęła Uchwałę jednogłośnie

Prezes poinformowała jednocześnie o konieczności zarezerwowania kwoty 10.000 zł na współfinansowanie Ogólnopolskiej Konferencji Naukowej „Prawo i medycyna – wybrane zagadnienia” organizowanej wspólnie z Izbą Adwokacką w Opolu. W tym przypadku Rada podjęła Uchwałę przy trzech głosach wstrzymujących.

Wyznaczenie przedstawicieli OIL do komisji konkursowych

Dyrektor USK w Opolu zwrócił się do Rady o wyznaczenie przedstawiciela do składu komisji konkursowych na stanowiska: pielęgniarki oddziałowej Oddziału Ratunkowego, pielęgniarki oddziałowej Bloku Operacyjnego, pielęgniarki oddziałowej Oddziału Nefrologii oraz pielęgniarki oddziałowej Oddziału Laryngologii. Rada desygnowała na trzy pierwsze konkursy kol. Jerzego Jakubiszyna, a na konkurs dotyczący Oddziału Laryngologicznego – kol. Jolantę Smerkowską-Mokrzycką. Stosowne Uchwały podjęto przy jednym głosie wstrzymującym.

Z kolei Dyrektor OCGPiN w Opolu zwrócił się do Rady o zmianę swego przedstawiciela w składzie komisji konkursowej na stanowisko pielęgniarki oddziałowej – desygnowaną pierwotnie dr Annę Ziembę zastąpi dr Marcin Pasternok. Rada jednogłośnie podjęła powyższą Uchwałę.

Podjęcie uchwał w sprawie zwolnienia z opłaty składki członkowskiej

Do Rady wpłynęło 21 wniosków o zwolnienie z opłaty składki członkowskiej – jeden z powodu przejścia na emeryturę (Rada jednogłośnie podjęła uchwałę) oraz 20 wniosków lekarzy po stażu w związku z nieuzyskiwaniem dochodu (Rada podjęła uchwały przy 2 głosach wstrzymujących i 1 głosie sprzeciwu).

Rekomendacja w sprawie powołań na konsultantów wojewódzkich

Prezes odczytała pisma Wojewody Opolskiego dotyczące obsadzenia stanowisk Konsultantów Wojewódzkich.

Rada pozytywnie zaopiniowała kandydaturę lek. Elżbiety Łomnej-Bogdanov – dotychczasowego Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie endokrynologii na kolejną kadencję.

Ze względu na rezygnację lek. Andrzeja Sznajdera – dotychczasowego Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie diagnostyki obrazowej z funkcji w związku z przejściem na emeryturę, Rada zaproponowała do pełnienia funkcji Konsultanta dr n. med. Katarzynę Sznajder i podjęła decyzję o zaproszeniu Pani doktor na posiedzenie Prezydium w grudniu 2018 r.

W imieniu Wojewody dyr. Wydziału Polityki Społecznej i Zdrowia zwrócił się do ORL o ponowne przedstawienie propozycji kandydata do pełnienia funkcji Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie geriatrii w związku z rezygnacją obecnego konsultanta dr n. med. Andrzeja Bunio. Rada nie zarekomendowała żadnego kandydata z powodu braku chętnych lekarzy do objęcia tej funkcji.

Sprawozdanie z ostatniego posiedzenia NRL

Kol. Jerzy Jakubiszyn przedstawił relację z posiedzenia Sejmu dotyczącego odrzucenia projektu ustawy antyszczepionkowej. Ponadto poinformował, że NRL ponownie zwróciła się do Ministra Zdrowia z apelem o nieobligatoryjne wystawianie e-zwolnień. Przedstawił również niektóre aspekty projektowanych zmian w ustawie o zawodzie lekarza i lekarza dentysty dotyczących sposobu kształcenia.

Sprawozdanie członków Rady z działalności pomiędzy posiedzeniami

Kol. Justyna Substelna przedstawiła problem lekarzy ortodontów dotyczący niskiej wyceny punktowej. Skutkiem tego część lekarzy ortodontów nie podpisała kontraktu z OOW NFZ.

Kol. Adam Martyniszyn poinformował o dofinansowaniu przez OOW NFZ placówek POZ celem komputeryzacji i zainstalowania oprogramowania do wystawiania e-zwolnień.

Kol. Wiesław Latała poinformował, że w Plebiscycie Branżowym Wojewódzka Przychodnia Stomatologiczna w Opolu zdobyła 1 miejsce w lokalizacji miasta Opolu i otrzymała nagrodę „Orły Stomatologii”.

Sprawy różne i wolne wnioski

Prezes odczytała pismo Sądu Okręgowego w Opolu z prośbą o rekomendacje na stanowisko biegłego sądowego lek. Romana Kabarowskiego. Rada podjęła decyzję o wystosowaniu odpowiedzi w tej sprawie.

Kol. Wiesław Latała przekazał informacje o ostatnio odbytym kursie naukowo-szkoleniowym dla lekarzy dentystów na temat zakresu stomatologii zachowawczej.

Wobec wyczerpania porządku obrad na tym posiedzeniu zakończono.

Sekretarz ORL

Lek. Małgorzata ŁUSZCZYŃSKA-OSTROWSKA

Prezes ORL

Lek. dent. Jolanta SMERKOWSKA-MOKRZYCKA

* * *

W dniu 19 grudnia 2018 r. odbyło się ostatnie w tym roku posiedzenie Rady Okręgowej. Rada obradowała nad następującymi problemami:

Przyznanie praw wykonywania zawodu

Do Rady wpłynął jeden wniosek lek. Paśnika Bartosza o wpisanie na listę członków naszej Izby w związku z przeniesieniem z Okręgowej Izby Lekarskiej w Koszalinie. Rada podjęła Uchwałę jednogłośnie.

Rejestracja podmiotów prowadzących szkolenie podyplomowe lekarzy

Prezes poinformowała o szkoleniach prowadzonych przez podmioty zarejestrowane w innych Izbach:

VM Media Sp. z o.o. z Gdańska organizuje w dn. 16 lutego 2019 r. w Opolu konferencję pt. „Postępy onkologii”;

MIP Pharma Polska Sp. z o.o. z Gdańska przeprowadziła w dniu 6 grudnia 2018 r. kurs medyczny dla lekarzy dentystów „Algorytmy i protokoły postępowania w diagnostyce i leczeniu stomatologicznym”;

IDF Sp. z o.o. z Gdańska przeprowadziła w dn. 6 grudnia 2018 r. kurs medyczny „Pierwsza pomoc w gabinecie lekarskim”.

Zmiany w rejestrze indywidualnych praktyk lekarskich
Brak wniosków.

Przyznanie świadczeń z Funduszu Samopomocy i dofinansowania imprez sportowych

Do Rady wpłynął jeden wniosek o przyznanie zapomogi bezzwrotnej, który jednak zostanie rozpatrzony na następnej Radzie po uzupełnieniu dokumentacji.

Do Rady wpłynęły dwa wnioski o dofinansowanie imprez:

Przewodniczący Komisji Kultury Rafał Pędich zwrócił się do Rady o zapewnienie w budżecie Izby na 2019 r. kwoty 8.000 zł (w tym 6.000 zł na autokar) na wyjazd Chóru naszej Izby do Gdańska – Rada podejmie decyzję w sprawie dotacji po zaplanowaniu budżetu Izby na 2019 r.

Przewodnicząca Komisji Etyki Lekarskiej zwróciła się o dofinansowanie w kwocie 800 zł spotkania, które odbędzie się 23 stycznia 2019 r. – Rada przy jednym głosie wstrzymującym podjęła Uchwałę w tej sprawie.

Wyznaczenie przedstawicieli OIL do komisji konkursowych

Dyrektor SPZOZ Centrum zwrócił się o wyznaczenie przedstawiciela do składu komisji konkursowej na stanowisko Z-cy Dyrektora ds. Medycznych. Prezes zaproponowała kandydaturę dr Beaty Kudrisz-Radoń, a Rada (przy jednym głosie wstrzymującym) pozytywnie zaopiniowała tę kandydaturę.

Podjęcie uchwał w sprawie zwolnienia z opłaty składki członkowskiej
Brak wniosków.

Rekomendacja w sprawie powołań na konsultantów wojewódzkich

Wojewoda Opolski zwrócił się do Rady o przedstawienie propozycji kandydatów do pełnienia funkcji Konsultantów Wojewódzkich w dziedzinie radiologii i diagnostyki obrazowej oraz w dziedzinie geriatrii. Prezydium po rozmowach z kandydatkami na w/w stanowiska zarekomendowało:

- dr n. med. Katarzynę Sznajder na stanowisko Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie radiologii i diagnostyki obrazowej (Rada jednogłośnie pozytywnie zaopiniowała kandydaturę);
- lek. Katarzynę Bojkowską-Otrębską na stanowisko Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie geriatrii (Rada przy jednym głosie wstrzymującym pozytywnie zaopiniowała kandydaturę).

Sprawozdanie z obrad NRL i Konwentu Prezesów ORL Kol. Jerzy Jakubiszyn poinformował o najważniejszych kwestiach poruszanych na grudniowym posiedzeniu NRL:

- NRL zrelacjonowała przebieg wprowadzania e-zwolnień w skali kraju;
- propozycje nowelizacji ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty;
- zmiany w programach specjalizacji w dziedzinach lekarskich oraz w programach specjalizacji w dziedzinach lekarsko-dentystycznych (zmiany zatwierdzone przez MZ 13 listopada 2018 r.).

Informacje dla zainteresowanych zamieszczone są na stronie internetowej naszej Izby.

Sprawozdanie członków Rady z działalności pomiędzy posiedzeniami

Prezes zrelacjonowała spotkanie Rady Społecznej OOW NFZ, które odbyło się dn. 5 grudnia 2018 r.

Na spotkaniu poruszono następujące problemy:

- analiza skarg skierowanych na działalność, w kolejności – POZ, SOR i szpitale;
- braku wystarczających środków finansowych w kasie OOW, wynikających głównie z dużej ilości udzielanych świadczeń (jesteśmy w skali kraju na II miejscu z województw mających największą ilość emerytów) oraz dużej liczby nieubezpieczonych dzieci;
- projekt optymalizacji liczby łóżek szpitalnych na Opolszczyźnie.

Prezes poinformowała, że w woj. opolskim (w porównaniu z innymi województwami) zanotowano najmniej problemów dotyczących wystawiania e-zwolnień.

Prezes odczytała pismo skierowane do ORL, w którym dr n.med. Jacek Miarka – Przewodniczący Komisji Bioetyczne OIL w Opolu poinformował, że dr Marek Dryja zrezygnował z pracy w komisji. Jednocześnie zarekomendował do składu Komisji następujące osoby:

- dr n. med. Piotr Feusette,
- dr n. med. Tomasz Czarnik.

Rada jednogłośnie podjęła uchwały w obu powyższych sprawach.

Kol. Jolanta Smerkowska-Mokrzycka odczytała pismo skierowane do Komisji Stomatologicznej, w którym dr Wojciech Derkowski – Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej naszej Izby informuje o nieprawidłowościach w pracy jednej z praktyk dentystycznych i w związku z tym prosi o kontrolę tego gabinetu. Komisja Stomatologiczna w związku z tym wyznaczyła zespół kontrolny w składzie: lek. dent. Danuta Bilińska i lek. dent. Barbara Ziobrowska oraz skierowała tę propozycję do decyzji Rady. Rada – przy jednym głosie wstrzymującym – pozytywnie zaopiniowała skład zespołu wizytującego.

Sprawy różne i wolne wnioski

Prezes odczytała pismo dyrektora OOW NFZ, będące odpowiedzią na pismo ORL z dn. 28 października 2018 r. dotyczące działalności oddziałów SOR w naszym województwie, w którym poinformował Izbę tylko o toczących się w tej kwestii rozmowach pomiędzy dyrektorami Wydziału Polityki Społecznej i Zdrowia UW, Wydziału Bezpieczeństwa i Zarządzania Kryzysowego UW oraz OOW NFZ.

Prezes odczytała pismo V-ce Prezesa NRL dr Jacka Kozakiewicza, Przewodniczącego Zespołu ds. Współpracy z Rzecznikiem Praw Pacjenta, który prosi o przekazanie informacji dotyczących obciążenia biurokratycznego w pracy lekarzy. Szczegóły na stronie internetowej Izby.

Prezes odczytała pismo Wojewody Opolskiego skierowane do Izby o rekomendowanie lekarzy do odznaczenia „Za Zasługi dla Ochrony Zdrowia”. Kol. Jacek Mazur poinformował, że Izba sama jako Samorząd może wytypować lekarzy do tego odznaczenia. Prezes zobowiązała przedstawicieli Delegatur o wnioskowanie osób do odznaczenia. Wnioski należy składać do 10 stycznia 2019 r.

Delegatura w Nysie złożyła jeden wniosek, w którym do odznaczenia zaproponowano dr n. med. Jacka Miarkę – Rada zagłosowała pozytywnie jednogłośnie.

Prezes przypomniała również o składaniu wniosków do Godności Honorowej „Prymariusza Opolskiego” do końca grudnia 2018 r. Aktualnie wpłynął jeden wniosek do rozpatrzenia na Radzie w styczniu 2019 r.

Prezes zrelacjonowała przebieg konferencji „Prawo i medycyna – wybrane problemy”, której organizatorami były Opolska Izba Lekarska i Izba Adwokacka w Opolu.

W ramach dalszego zacieśniania współpracy pomiędzy izbami w dn. 23 lutego 2019 r. odbędzie się w Opolu „Bał Lekarza, Stomatologa i Adwokata”, na który zapraszają Prezes OIL w Opolu i Dziekan Okręgowej Rady Adwokackiej w Opolu. Szczegółowe informacje na stronie internetowej Izby, zapisy dla lekarzy i lekarzy dentyków w siedzibie Izby Lekarskiej.

Prezes zaapelowała do wszystkich lekarzy o zbieranie podpisów pod poparciem projektu ustawy w ramach inicjatywy „Szczepimy bo myślimy”. Podpisy zbierane są do końca lutego 2019 r. i składane w siedzibie naszej Izby. Podpisy również można składać na adres: Szczepimy.bo.myslimy@gmail.com. Natomiast projekt ustawy dostępny jest na stronie: www.facebook.com/SzczepimyBoMyslimy.

Kol. Adam Martyniszyn zrelacjonował spotkanie opłatkowe dla lekarzy emerytów zorganizowane przez Delegaturę w Kluczborku, które odbyło się 2 grudnia 2018 r. oraz poinformował o Balu Lekarza, który organizuje Delegatura.

Kol. Marek Błaszczyk poruszył problem dotyczący Systemu Monitorowania Kształcenia w CMKP dla lekarzy i kierowników specjalizacji. Kol. Jerzy Jakubiszyn poinformował, że stale toczą się rozmowy NIL z MZ związane z tym problemem. Nasza Izba jako jednostka szkoląca również musi być zarejestrowana w systemie więc sam pilotuje tę sprawę. Kol. Małgorzata Łuszczzyńska-Ostrowska przypominała, że na Komisji Kształcenia w NIL zwrócono uwagę przedstawicielom MZ, aby zapewniono szkolenie przynajmniej dla jednego pracownika w każdej OIL, by mogli służyć pomocą lekarzom.

Kol. Wiesław Derkowski zwrócił się o zaapelowanie do NIL w sprawie prowadzenia rozmów z producentami programów medycznych o właściwe zabezpieczenie danych medycznych.

Kol. Barbara Hamryszak zwróciła uwagę na problem korzystania z parkingu Izby po godzinach pracy Biura. Po burzliwej dyskusji Prezes zobligowała członków Rady oraz wszystkich zainteresowanych lekarzy o przedstawienie propozycji rozwiązania problemu do następnego posiedzenia Rady.

Rada zaapelowała do wszystkich lekarzy i lekarzy dentytów o zgłaszanie zmian dotyczących danych (nazwiska, miejsca pracy, zamieszkania, uzyskania specjalizacji, tytułów naukowych, świadczeń emerytalnych i rentowych, nr telefonu kontaktowego i innych niezbędnych danych) koniecznych do aktualizacji Rejestru Lekarzy.

Kończąc posiedzenie Prezes Izby złożyła wszystkim członkom Rady życzenia świąteczno-noworoczne i zaprosiła na spotkanie opłatkowe. Posiedzenie Rady, konferencja oraz spotkanie opłatkowe było sponsorowane przez PZU.



Sekretarz ORL

Lek. Małgorzata ŁUSZCZYŃSKA-OSTROWSKA

Prezes ORL

Lek. dent. Jolanta SMERKOWSKA-MOKRZYCKA

Szanowne Koleżanki! Szanowni Koledzy!

Prezes Okręgowej Rady Lekarskiej w Opolu
Dziekan Okręgowej Rady Adwokackiej w Opolu

ZAPRASZAJĄ

w dniu 23 lutego 2019 r. o godz. 19.00

BAL LEKARZA, STOMATOLOGA I ADWOKATA

w Centrum Konferencyjnym „Słociak”

Koszt uczestnictwa w Balu wynosi 400,00 PLN od pary
Zapisy do 25 stycznia 2019 r. w Opolskiej Izbie Lekarskiej
tel. 77/454-59-39 lub e-mail: opole@hipokrates.org

Opłatę proszę wnieść gotówką do 31 stycznia 2019 r. w siedzibie Izby.

*Prezes Okręgowej Rady Lekarskiej
Jolanta Smerkowska-Mokrzycka*

POSIEDZENIE KOMISJI STOMATOLOGICZNEJ

W dniu 17 grudnia 2018 r. odbyło się kolejne posiedzenie Komisji Stomatologicznej pod przewodnictwem dr Barbary Hamryszak. Poruszano następujące tematy:

W dniu 27 listopada 2018 r. Wiceprezes NRL dr n. med. Krzysztof Madej zwrócił się do Ministra Zdrowia prof. dr hab. n. med. Łukasza Szumowskiego z wnioskiem o przyznanie wszystkim lekarzom i lekarzom denty stom wystawiającym zaświadczenia o niezdolności do pracy z powodu choroby dofinansowania na zakup urządzeń i oprogramowania informatycznego niezbędnego do wystawiania tych zaświadczeń w postaci elektronicznej.

Komisja informuje o odroczeniu terminu wprowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej (poprzedni termin 1 stycznia 2019 r.)

Komisja przypomina o terminie wprowadzenia w gabinetach stomatologicznych separatorów amalgamatu od 1 stycznia 2019 r.

Ministerstwo Zdrowia zakomunikowało, iż w separatory nie będą musiały być zaopatrzone gabinety, w których:

- nie jest stosowany amalgamat,
- nie są usuwane wypełnienia amalgamatowe,
- nie są usuwane zęby zawierające wypełnienia amalgamatowe,
- nie wykorzystuje się amalgamatu w świadczeniu usług stomatologicznych (gabinety ortodontyczne i proteotypyczne).
- w dużych wielostanowiskowych placówkach wystarczy, aby co najmniej jedno stanowisko było wyposażone w separator.

Minister Zdrowia prowadzi „prace analityczne” w celu określenia podmiotu mogącego kontrolować wyposażenie gabinetów w separatory.

Na stronie Naczelnej Izby Lekarskiej w zakładce STOMATOLOGIA – MOJA PRAKTYKA zostało zawarte zestawienie potrzebnych dokumentów niezbędnych do prowadzenia działalności stomatologicznej niezależnie od jej formy, jak i wielkości – polecamy aby odwiedzić tę stronę.

W dniu 12 grudnia 2018 r. zostało wysłane pismo do Dyrektora Opolskiego Oddziału NFZ Pana Roberta Bryka z prośbą o zdecydowanie zrewidowanie stawek, jakie są oferowane lekarzom stomatologom z tytułu udzielania świadczeń NFZ.

Komisja informuje o konieczności przyznania dodatkowych 6 dni wolnych rocznie dla osób specjalizujących się na cele samokształcenia się.

Komisja informuje, iż do tytułu godności honorowej Prymariusza Opolskiego została zgłoszona dr Jolanta Jarka.

Wojewoda Opolski Adrian Czubak zwraca się z prośbą o nadsyłanie zgłoszeń lekarzy w celu nadania odznaczeń „Zasłużony Dla Ochrony Zdrowia”. Wszelkie informacje i karty zgłoszeń znajdują się na stronie urzędu wojewódzkiego.

Z okazji Świąt Bożego Narodzenia, jak i Nowego Roku Komisja Stomatologiczna składa wszystkim Koleżankom i Kolegom życzenia: dużo zdrowia, pogody ducha, optymizmu, wielu uśmiechów i radości, wytrwałości w pracy oraz zadowolenia z podjętych wyzwań.

Sekretarz KS

Lek. dent. Agnieszka RĄCZY-CHOMIK

Przewodnicząca KS

Lek. dent. Barbara HAMRYSZAK



A TAK TO SIĘ ZACZĘŁO

Był to A.D. 1965 r. Po trudach tułaczki mieszkaniowej w akademikach przy ul. Wrońskiego 13B w pokojach 13-to, 9-cio i 8-mio osobowych i na Podwalu (23–24 osoby w tzw. „małej Sali”), dla tych, którzy przeszli na drugi rok studiów i po prywatce u przemocnej herszt baby Natalki w pokoju 2-osobowym, dostąpiłem zaszczytu być z jednym z pierwszych lokatorów wybudowanego wspólnymi siłami domu akademickiego „Bliźniak”. Zmuszeni byliśmy wtedy do wykonywania prac społecznych, m.in. wynoszenia gruzu i odpadów, czyszczenia pomieszczeń itd. budowanego akademika.

Cud na owe czasy „Bliźniak” miał pokoje 2 i 3-osobowe w oddzielnych częściach. Pion żeński i męski miał dwie oddzielne portiernie, z dzielnie strzegącymi na-

szych cnót rygorystycznymi portierkami. Pod koniec 1968 r. wydzielono na parterze z oddzielnym wejściem, kilka pokoi dla małżeństw studenckich. Na parterze „Bliźniaka” powstało centrum kulturalne, w którym odbywały się spotkania ze znanymi ludźmi (np. Chyła, red. K.T. Toeplitz itd.), a także tańce i spotkania towarzyskie. Dodatkowo znajdowała się tam nawet dobrze wyposażona ciemnia fotograficzna, do korzystania z której była często długa lista oczekujących.



Któregoś dnia, na tablicy informacyjnej Klubu zawisło ogłoszenie, że Rada Uczelniana ZSP zamierza zorganizować spotkanie zainteresowanych ruchem turystycznym na naszej uczelni. No i stało się. W małej salce klubowej zebrało się, pod przewodnictwem szefa Komisji Turystyki RU ZSP Januarego Siekluckiego i jego współpracownika Zdzicha Kiełczyńskiego kilkadziesiąt osób połączonych wspólnym celem. W ich głowach była nie tylko nauka, ale także chęć innego sposobu na zajęcia pozaobowiązkowe – TURYSTYKA w szerokim tego słowa znaczeniu. Byliśmy chętni – ale obcy, bo w „Bliźniaku” był spęd tych szczęśliwców z innych akademików.

Takie walory, jak najpoważniejszy wygląd (własny), tubalny głos, znajomość tematu (turystyka) i starszeństwo (był o rok wyżej) przesądziły o tym, że pierwszym przewodniczącym koła AKT (Akademickiego Klubu Turystycznego) został Rysiek Bronowicz, ortopeda do dzisiaj praktykujący w Kamiennej Górze. Od początku zaczęły się „schody” bo AKT przy Radzie Okręgowej ZSP nie chciał zaakceptować „nowotworu” z Akademii Medycznej. Wiadomo – medycy i turystyka jakoś nie pasowało do siebie i nie mogło się skończyć sukcesem. Uwłączałoby to dobremu imieniu sprawdzonej przez lata działalności AKT przy RO ZSP, który łączył studentów innych uczelni pod jednym „kapeluszem”. Po dłuższych przepychankach i utarczkach zgodzono się w końcu na nasze istnienie, więc mogliśmy przystąpić do dzieła.

Ktoś wpadł na pomysł zorganizowania Andrzejek w Domku Myśliwskim. Prace organizacyjne ruszyły z kopyta, a czasu było naprawdę niewiele, nie mówiąc już o braku naszego doświadczenia w takich przedsięwzięciach. A czas naglił. Pierwszą i najważniejszą przeszkodą była rezerwacja noclegów, ale szczęśliwie dla nas „domek” nie był zajęty w tym terminie. Dzięki temu mogliśmy dokonać podziału ról w poszczególnych punktach. Trzeba było zorganizować informację o imprezie, zebrać pieniądze, zakupić prowiant po ustaleniu „menu”, zebrać kierowników grup, ustalić program wieczoru, dokonać naboru uczestników itd.

Podzieliliśmy się na dwie grupy. Pierwsza liczniejsza, do której należałem, wyruszyła przed południem aby „za dnia” wysiąść z pociągu w Karpaczu i przygotować imprezę w Domku Myśliwskim. Mieliśmy ze sobą najważniejszą część aprowizacji wino (marki „Wino” na grzańca, który miał być główną atrakcją wieczoru andrzejkowego) oraz wiktuały na kolację i śniadanie.

Żwawym krokiem ruszyliśmy w drogę. Na dole była piękna jesień. Prognozy pogody nikt nie wysłuchał. Map nie było, a jeżeli już to stare z 25% błędem drukarskim, aby nie dostarczyć wiadomości wrogom socjalizmu. Co do mnie, to jako jeden z niewielu w tej grupie miałem trochę doświadczenia turystycznego. Byłem na kilku wycieczkach za dnia w Karkonoszach, gdzie poruszaliśmy się „ceprostradami”, choć również z przewodnikiem. Liznałem także trochę Tatr i Biesz-

czad. Byłem uczestnikiem modnego na przełomie lat 50/60. autostopu.

Padło pytanie: kto wie gdzie jest Domek Myśliwski? Ktoś z „lepiej znających” teren powiedział, że obok Strzechy Akademickiej. Po krótkiej naradzie ruszyliśmy starym torem saneczkowym do Strzechy. Jest to najkrótsza, ale mozolna trasa, ale co to dla nas! Po pewnym czasie weszliśmy w świeży śnieg grubości 5–10 cm, temperatura oczywiście poniżej zera. Radość w oczach andrzejkowiczów, bo to ZIMA! Był wczesny wieczór, ale było dość jasno. Latarki nikt nie miał – bo i po co! Trzy koleżanki, z których dwie pamiętam z nazwiska (ale nie wydam), szły w modnych wtedy kozaczkach. Jedna na szpilkowych obcasach, aby dobrze hamowało. Im głębiej w las, tym więcej drzew, ale u nas było inaczej – im wyżej tym więcej śniegu. Nie psuło nam to humoru, bo młodość, kondycja i minimalny bagaż – kilka osób z torbami podróżnymi w rękę – dodawały nam adrenaliny. „Osłów plecakowców” było nas niewielu. Większość miała przydzielony do „targania” prowiant płynno-stały, bo mieliśmy jako pierwsi przygotować imprezę w schronisku.

Tymczasem śniegu ciągle przybywało i na końcu toru oraz przy wyjściu z lasu na otwarty płaskowyż było go już do pól uda. Idąc w czołówce przecieraliśmy drogę, więc cała grupa szła dość dziarsko. Ale tu na otwartym polu – obłęd w oczach. Kurniawa-zadymka, wirujący wiatr, trzaskający płatkami śniegu i kulkami lodu po przemarzniętych w międzyczasie twarzach zapierał dech. Dalej trasa oznaczona była tyczkami, ale nie było widać na raz dwóch kolejnych. Tu rozsądny głos tych bardziej obytych z górami przekonał towarzystwo andrzejkowe, aby poczekać na końcowym, zalesionym i zacisznym odcinku toru.

Nie pomnę dokładnie, ale w trzy bądź cztery osoby postanowiliśmy dotrzeć do Strzechy Akademickiej, aby ściągnąć pomoc. Mieliśmy kondycję i wydawało nam się, że i zdrowy rozsądek. Ruszyliśmy do walki z kurniawą i sypkim śniegiem. Całe nogi po pachwiny były w nim zanurzone. Na szczęście było względnie jasno i trzymając się za ręce stworzyliśmy „sznurek”. Mogliśmy bez zbytnich trudności posuwać się do przodu. Ostatni ze „sznurka” widział ostatnią mijaną tyczkę, a pierwszy szukał i znajdował kolejną tyczkę znaczącą szlak. Brnąc w tym kopnym śniegu od tyczki do tyczki, zobaczyliśmy po pewnym czasie światła i wiedzieliśmy już, że to nasze ocalenie – Strzecha Akademicka.

Nie zapomnę zdziwienia obecnych tam goprowców i personelu schroniska. Szybka akcja goprowców – doście do toru saneczkowego i sprowadzenie reszty grupy w komplecie pozwoliło nam się odprężyć. Ugoszczono nas herbatą z „czosnkiem”, chyba przemycanym przez granice czeskim rumem. Tu dowiedziałem się, że Domek Myśliwski nie jest obok Strzechy Akademickiej lecz pomiędzy schroniskami Bronka Czecha na Polanie a Samotnią. Niestety schroniska Bronka Czecha już nie

ma, bo spłonęło dnia 11 grudnia 1966 r. i nie zostało już odbudowane. Prowadzący nas „bywalcy i znawcy Karonoszy” mieli nietęgę minę, że wpuścili nas w kanał, bo można było dojść wygodniej drogą prowadzącą obok świątyni Wang.

Po krótkim odpoczynku goprowcy sprowadzili nas obok Samotni do celu. Tutaj oczekiwała nas zaniepokojona naszą nieobecnością reszta uczestników, których zresztą mieliśmy przywitać wraz ze „Stifem” – kierownikiem Domku Myśliwskiego. Donieśliśmy oczywiście cały, przygotowany prowiant płynno-stały.

Dalszy przebieg imprezy odbył się bezbólowo i zgodnie z programem. Do pierwszej porcji grzańca – tak dla hecy – ktoś dodał soli zamiast cukru. Hasło, że całość jest z solą nie zgasiło naszych pragnień i „ze smakiem” wypito słoną dawkę. Kolejne – już z cukrem – zagryzane były kielbaskami z chlebem, ogórkami i musztardą. Kanapki znikwały w zastraszającym tempie. Kielbasa końska (dobra i tania) została zakupiona u rzeźnika na Szczytnickiej. Lanie wosku i interpretacja cieni rzucanych na ścianie wywoływały salwy śmiechu. Było też trochę nieśmiałego śpiewania. Zabawa była przednia i trwała do przysłowiowego rana.

Przyszłe doktory płci obojga padły pokotem po kątach i na zbiorowych pryczach, aby rano wstać na śniadanie. Warunki były spartańskie: mycie w bieżącej wodzie płynącego obok potoku Łomnicy zarezerwowane było tylko dla odważnych. Ale cóż znaczy młodość! Po śniadaniu, spacer do Samotni na piwo, aby w porze obiadowej, już bez przygód ewakuować się na pociąg (w tym czasie kursowały jeszcze do Karpacza).

Ten udany wypad zaostrzył nasze turystyczne apetyty i aby nie być gorszymi od innych uczelni, które od lat organizowały rajdy (Politechnika czy „Wysroł” – sorry Wyższa Szkoła Rolnictwa) wpadliśmy na pomysł, że zorganizujemy zjazd. Zawiązał się Komitet Organizacyjny: Rysiek Bronowicz, Jasio Hołówka, Marysia Piątkowska, Włodek Radda, Boguś Wiesiołek, Krzysiek Wronecki, moja skromna osoba i jeszcze kilkoro. Kto? Wybaczcie, ale tego już nie pamiętam, lata robią swoje.

Przy wydatnej pomocy Rady Uczelnianej udało się w krótkim czasie opracować całą logistykę, termin, trasę, noclegi, przejścia tras, program na zakończenie, pociąg specjalny na powrót i przekonanie J.M. Rektora, by zarządził Dzień Rektorski (bo sobota była wtedy dniem pracy i nauki). Problem mieliśmy z nazwą i znaczeniem rajdu. O ile nazwę „Zjazd Stressowy”, którą (o ile pamiętam) wymyślił Włodek Radda – bo stres w tym czasie stawał się modny – ustaliliśmy szybko, to znaczenie sprawiło nam już sporo kłopotów. Podjęcie decyzji co do kształtu, treści, kolorystyki i sposobu mocowania nie było łatwe. Gdy po długich przepychankach uzyskaliśmy konsensus, pojechałem do Łodzi, gdzie u zaprzyjaźnionego grawera na Piotrkowskiej złożyłem zamówienie i wpłaciłem za-

liczkę na wykonanie znaczków. Inne precjoza jak plakaty, plakietki, poświadczenia uczestnictwa i cały drukarski „kram” załatwiliśmy na miejscu.

W planach naszych szalonych głów punktem kulminacyjnym zjazdu miało być wieczorne wejście na Szczeliniec z pochodniami. O przepisach przeciwpożarowych, ryzyku pożaru – jakoś nie myśleliśmy. Zgodę leśniczego z Karłowa załatwiliśmy z Jasiem Hołówką dwoma półlitrowkami wody ognistej. Już po obaleniu pierwszej półówki pan leśniczy rozochocił się i sugerował kolejną trzecią flaszkę. Na to Jasiu z marsową miną powiedział, że „*Na trzecią musimy mieć zgodę kwestury*”. Jak leśniczy to usłyszał, lekko się był przestraszył i powiedział: „*No jeżeli „kfestura” ma być ciągnana, to podpisze wam i nie widzę przeszkód*”. Akceptacja ze strony Okręgu Lasów Państwowych była już czystą formalnością popartą u pani sekretarki pudełkiem pralin.

Mnie w udziale przypadło prowadzenie trasy 2-dniowej z Dusznik przez Złotów i Skalne Grzyby do Karłowa. Dla uczestników mojej trasy przygotowałem kilkustronicowy śpiewnik formatu A4 na rotaprinie (taka fotokopiarka z tamtych czasów na kalkę i denaturat), abyśmy mogli wspólnie śpiewać. Była to tak fantastyczna grupa, że z wieloma spotykaliśmy się do końca studiów.

W sobotę po południu ściągali z różnych stron nieco wymęczeni, ale za to w doskonałych humorach uczestnicy zjazdu. Wieczorem ognisko i śpiew, a całość doskonale prowadził Jasio Hołówka. Pod koniec imprezy zaczęło dość intensywnie padać. W rezultacie deszcz unicestwił nasze plany wejścia na Szczeliniec. Po ognisku nocleg w schronisku PTTK i położonym vis a vis prywatnym pensjonacie pani Stieblerowej, która koniecznie chciała wyswatać przesympatycznego Jasia z jedną ze swoich – nota bene – ładnych córek.

Rankiem, po śniadaniu, wędrowka do pociągu specjalnego podstawionego gratis przez PKP. Takie to były czasy i kolej była pewnie dlatego deficytowa. Niestety nikt z moich przyjaciół nie pamięta, z której stacji kolejowej odjechaliśmy. Ze śpiewem i już zintegrowani wróciliśmy do Wrocławia. Spod Dworca Głównego wracaliśmy tramwajami, a później pod „Bliźniak”, gdzie nastąpiło oficjalne zakończenie i rozwiązanie ZŁAZU.

Tak wyglądały początki ruchu turystycznego na naszej uczelni i „poród” Pierwszego Stressowego Zjazdu Medyka.

Wybaczcie Kochani chaos mojej pismuły, ale natłok myśli i – było nie było – ale i upływ czasu (wołę nie mówić – skleroza) nie są pomocne dla „pierzwiastka” pisarskiego, którego wyzwolił we mnie Rysiek Ściborski prosząc o reminiscencje z inicjacji turystyki na naszej uczelni, co z przyjemnością uczyniłem. Do zobaczenia na trasie III-go Reaktywowanego Zjazdu Medyka w ukochanej Kotlinie Kłodzkiej.

Wasz Jurek KNOSALA

REAKTYWOWANY STRESSOWY ŻŁAZ MEDYKA PO RAZ TRZECI !!!

Czy pamiętacie jeszcze swoje przygody na Stressowym Żłazie Medyka w czasach studenckich! A może zdarzyło się Wam współcześnie spotkać starych przyjaciół na reaktywowanych jego dwóch edycjach? Jeśli tak, to... **UWAGA! UWAGA!!! W dniach 10–12 maja 2019 r. odbędzie się 3 Reaktywowany Stressowy (jak zawsze przez dwa „S”) Żłaz Medyka w Kotlinie Kłodzkiej.** Nasza baza to „Chata Cyborga” w Bielicach.

Plan obejmuje następujące zdarzenia:

1. W piątkowy wieczór (10 maja) przy grillu i beczce piwa śpiewamy piosenki rajdowe – instrumentalisci z gitarami i innymi instrumentami mile widziani!!!
2. W sobotę (11 maja) wyruszamy w góry!! – w końcu to żłaz:
 - rajdy w Góry Złote (ze zdobyciem Kowadła) lub w Góry Bialskie (ze zdobyciem Czernicy);
 - dla mniej wyrobionych turystycznie – relaksowy spacer w górę Doliny Białej Łądeckiej;
 - wieczorem zaś przypominamy sobie przeboje z naszych studenckich lat, piosenki biesiadne, a w charakterze „wisienki na torcie” – występ poetycki Kazimierza Pichlaka.

Zakwaterowanie w pokojach 2, 3 i 4-osobowych z możliwością dokwaterowania 2 osób w kilku pokojach – stąd

prosimy o mailowe deklaracje dotyczące wielkości pokoju wraz z podaniem liczby osób w nim śpiących. **UWAGA:** po wypełnieniu „Chaty Cyborga” (obowiązuje kolejność zgłoszeń!!!) zapewnione jest zakwaterowanie w sąsiadujących z „Chatą Cyborga” pensjonatach wraz z wyżywieniem w „Chacie Cyborga”.

Koszt wyprawy to 370 zł, który obejmuje:

- 2 noclegi,
- wyżywienie (piątek grill z beczką piwa, śniadania w sobotę i niedzielę oraz obiadokolacja i stół szwedzki wieczorem);
- znaczek Żłazu;
- nowy śpiewnik.

Wpłaty należy dokonywać na **konto: 94 9585 0007 3014 0200 2713 0003 Ryszard Ściborski z dopiskiem „Żłaz Medyka”**. Jesteśmy do waszej dyspozycji:

Ryszard Ściborski – mail: sciborski@poczta.onet.pl, tel. kom. 601-713-154,

Jerzy Lach – mail: jerzy.lach@poczta.onet.pl, tel. kom. 664-936-762.

Do zobaczenia w maju na trasie 3 Reaktywowanego Żłazu Medyka!!!

Ryszard ŚCIBORSKI i Jerzy B. LACH

NAJWIĘKSZE W HISTORII ROSJI POWSTANIE KOZACKIE I NIESPOTYKANA ŚMIERĆ JEGO PRZYWÓDCY PUGACZOWA

Za czasów panowania carycy Katarzyny Wielkiej (1729–96) na wsi rosyjskiej coraz bardziej wrzało z powodu biedy i szerzących się chorób. Równocześnie systematycznie podnoszono podatki, ograniczano swobody, przywileje i naruszano tradycję. Szczególnie niepokoję narastały wśród Kozaków. Niespodziewanie jesienią 1772 r. pojawił się wśród nich nieznany mężczyzna, który podawał się za rosyjskiego cara Piotra III (1728–62). Piotr III był mężem Katarzyny Wielkiej i z jej inicjatywy został uduszony kilka miesięcy wcześniej (1762). Tym rzekomym carem był Kozak Jemieljan Pugaczow (1742–75). Podobnie w naszej historii było z naszym królem Władysławem Warneńczykiem, który zginął pod Warną w roku 1444, a którego sobowtór kilkakrotnie pokazywał się w Polsce.

Pugaczow jeździł od wioski do wioski wygłaszając manifest, w którym obiecywał wolność i dobrobyt. Manifest ten był odczytywany w kościołach i na rynkach licznych miasteczek i wsi. Nic też dziwnego, że do Pu-

gaczowa przyłączała się coraz większa liczba powstańców, którzy szczerze wierzyli, że jest on szczęśliwie uratowanym carem i ich carem. Do powstańców zaczęli się masowo także przyłączać Tatarzy, Baszkirzy, Kirgizi i inne narody żyjące na rozległych stepach Azji i Europy, a w szczególności zubożali chłopci. Bardzo szybko wojska powstańcze liczyły kilkanaście tysięcy żołnierzy. Już jesienią 1773 powstańcy Pugaczowa zdobyli liczne ufortyfikowane miejscowości, w tym duże miasto Kazań. Oficerów i carskich urzędników Pugaczow kazał bezwzględnie wieszać, natomiast sam rozdawał stanowiska, tytuły i odznaczenia. W tym samym roku powstańcy Pugaczowa przystąpili do oblężenia stolicy guberni miasta Orenburga na Połwożu, ale mimo, że liczyli 25.000 powstańców oraz blisko 100 dział nie udało się im zdobyć tego bardzo ufortyfikowanego miasta.



Jemieljan Pugaczow

Egzekucja Pugaczowa w Moskwie



W końcu Katarzyna Wielka zaniepokojona coraz bardziej rozlewającym się krwawym powstaniem wysłała przeciwko Pugaczowowi najbardziej doświadczonego generała Aleksandra Suworowa (1739–1800). Suworow wślawił się w przeszłości stłumieniem Insurekcji Kościuszkowskiej (obecnie najbardziej znana Wyższa Szkoła Wojskowa w Rosji nosi nazwę Suworowa).

Powstanie Pugaczowa trudno byłoby opanować, gdyby nie sami jego przyjaciele, którzy go zdradzili i wydali w ręce Suworowa pod koniec 1774 roku. Pugaczow został umieszczony w żelaznej klatce i ku przestrodze wożony od stancy do stancy. Carski Trybunał w Moskwie skazał ostatecznie Pugaczowa na okrutną śmierć przez poćwiartowanie.

Bogobojna i uważająca się za wielką humanistkę Carya Katarzyna wyraziła jednak zgodę, aby skrócić cier-

pienia skazańca. Najpierw ścięto mu głowę i nadziano ku przestrodze na pał, natomiast pozostałe szczątki jego ciała rozrzucono na wszystkie strony świata. Tą okrutną egzekucję wykonano 21 stycznia 1775 r. w Moskwie na Placu Błotnym w obecności olbrzymiego tłumu ludzi.

Powstanie Kozackie Jemieljana Pugaczowa trwało nieco ponad 2 lata i toczyło się w okresie I rozbioru Polski, którego animatorką była m. in. Katarzyna Wielka. Ażeby całkowicie zatrzeć pamięć po powstaniu Pugaczowa nazwę stancy, w której on mieszkał zamieniono na Potiomkinowską (Potiomkin to drugi wybitny generał tamtych czasów, który wślawił się w wojnie rosyjsko-tureckiej w latach 1787–91), zaś rzekę nad którą leżała ta stancy – na Ural (ta nazwa obowiązuje do dnia dzisiejszego).

Prof. Janusz KUBICKI

HCV – W POLSCE TYSIĄCE ZAKAŻONYCH WCIAŻ CZEKA NA DIAGNOZĘ

(materiał sponsorowany)

Nie wiadomo dokładnie ile osób w Polsce jest zakażonych HCV – wirusem wywołującym zapalenie wątroby typu C. Każda liczba między 100 a 200 tysięcy może być prawdziwa. Niestety świadoma tego jest tylko niewielka część tych osób, ponieważ zakażenie przebiega u większości pacjentów w sposób bezobjawowy lub skąpoobjawowy. Rzadko występują objawy typowe dla ostrego zapalenia wątroby typu C, jak żółtaczka i wysokie wartości transaminaz, a niespecyficzne dolegliwości jak zmęczenie, brak apetytu, męczliwość nie zawsze nasuwają myśl o wykonaniu badania w kierunku obecności wirusa. HCV zidentyfikowano dopiero w 1989 roku. Mimo wieloletnich badań do tej pory nie zarejestrowano szczepionki, która mogłaby przed nim chronić. W Polsce połowa zakażonych osób ma więcej niż 55 lat.

Przewlekłe zapalenie wątroby prowadzi do włóknienia, a następnie marskości wątroby ze wszystkimi jej następstwami (krwotok z żyłaków przełyku, encefalopatia, wodobrzusze), raka wątrobowokomórkowego (HCC) i w konsekwencji do zgonu. Należy tu jeszcze wspomnieć o tzw. manifestacjach pozawątrobowych zakażenia HCV, jak np. mieszaną kriglobulinemia. Można tego w dużej

mierze uniknąć, jeśli odpowiednio wcześniej wdroży się nowoczesną terapię. Leczenie prowadzone w ramach programu terapeutycznego finansowanego przez NFZ jest niezwykle skuteczne. Niemal u 100% pacjentów obserwuje się całkowite wyleczenie z HCV, czego nie można powiedzieć o HIV czy HBV. Pacjent przez 8 lub 12 tygodni otrzymuje leki tzw. DDA (*direct acting antivirals*), tj. bezpośrednio działające przeciwwirusowo. Są one bezpieczne, skuteczne i podawane doustnie. Terapię prowadzi się ambulatoryjnie w Poradni Chorób Zakaźnych.

Niestety wciąż jeszcze u zbyt wielu osób rozpoznaje się zakażenie w późnym stadium choroby, gdy już występuje zaawansowane włóknienie lub marskość wątroby. Więc jeśli nawet usunie się z organizmu sprawcę choroby wątroby czyli HCV, to samej marskości się nie cofnie, chociaż po skutecznej terapii funkcja wątroby poprawia się, a włóknienie zmniejsza.

Kluczem jest więc oznaczenie przeciwciał anti-HCV. Komu należy je zlecać? Każdemu u kogo istnieje podejrzenie zakażenia, a w szczególności:

- osobom, które miały przetaczaną krew przed 1993 rokiem;

DIAGNOSTYKA I MONITOROWANIE PRZEWLEKŁEGO WIRUSOWEGO ZAPALENIA WĄTROBY TYPU C W POLSCE



Prof. dr hab. Robert Flisiak, kierownik Kliniki Chorób Zakaźnych i Hepatologii Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

* ogólne badanie hematologiczne, aminotransferaza alaninowa, bilirubina, czas protrombinowy, proteinogram, kreatynina, HBsAg, anti-HIV, test ciążowy

** ogólne badanie hematologiczne, aminotransferaza alaninowa, bilirubina, test ciążowy

Grafika przygotowana w ramach działań informacyjnych nt. zakażenia HCV prowadzonych przez Gilead Sciences Poland.



- pacjentom, którzy byli hospitalizowani więcej niż 3 razy w życiu;
- tym, którzy używali lub używają narkotyków dożylnych;
- zakażonym HIV lub HBV;
- chorym, u których stwierdza się podwyższone wartości transaminaz;
- pacjentom z rozpoznaniem jakiejkolwiek choroby wątroby;
- kobietom w ciąży;
- pacjentom z małopłytkowością.

Wprawdzie badania na obecność przeciwciał anti-HCV nie ma w koszyku świadczeń lekarza POZ, ale można i powinno się zachęcić pacjentów do jego wykonania, bo koszt nie jest wysoki. Ponadto wiele ZOZ-ów otrzymało w tym roku bezpłatne testy do wykonania badania przesiewowego.

Każdy pacjent ze stwierdzonymi przeciwciałami HCV powinien być skierowany do specjalisty chorób zakaźnych, u którego zostanie przeprowadzona dalsza diagnostyka oraz kwalifikacja do leczenia przyczynowego w programie terapeutycznym. Przede wszystkim zleca się badanie na obecność wirusa we krwi metodą PCR (badanie jakościowe RNA HCV). Jest to badanie decydujące dla wykluczenia lub potwierdzenia zakażenia. W przypadku potwierdzenia określa się genotyp wirusa (choć nie- długo będzie to zbędne, ponieważ istnieją leki działające

na wszystkie genotypy), ilościową wiramię (badanie ilościowe RNA HCV), ewentualne współistniejące zakażenie HBV lub HIV, bada parametry wątrobowe, wykonuje ocenę włóknienia wątroby (wystarczy nieinwazyjna elastografia), USG jamy brzusznej, przy podejrzeniu nadciśnienia wrotnego USG metodą Dopplera, ewentualnie gastroscopię (obecność żylaków przełyku).

Jeśli wdroży się odpowiednie postępowanie w zakresie wykrywania, a następnie leczenia zakażenia HCV, możemy wyleczyć wszystkich pacjentów do ok. 2030 roku, a następnych, ze świeżo wykrytym zakażeniem, leczyć bez kolejek. Wówczas problem HCV, popularnie nazywanego „cichym zabójcą” przestanie istnieć. Wyleczone osoby mają szansę na dłuższe, normalne życie, ponieważ nie rozwiną następstw zakażenia HCV, mogą być aktywne zawodowo, a zakażenie w populacji będzie ograniczone lub wręcz wyeliminowane. Warto więc zlecać test w kierunku obecności przeciwciał anti-HCV, mimo że nie ma w Polsce systemowego programu badań przesiewowych w tym kierunku.

Wiesława BŁUDZIN

Konsultant Wojewódzki w dziedzinie chorób zakaźnych dla województwa opolskiego

Artykuł został przygotowany w ramach działań informacyjnych nt. zakażenia HCV prowadzonych przez Gilead Sciences Poland HCV/PL/18-12/PM/2763.

OGÓLNOPOLSKI HALOWY TURNIEJ TENISOWY LEKARZY „TRZECH KRÓLI”

W dniach 4–6 stycznia 2019 r. w Częstochowie odbył się pierwszy w nowym roku Ogólnopolski Halowy Turniej Tenisowy Lekarzy „Trzech Króli” pod egidą Polskiego Stowarzyszenia Tenisowego Lekarzy. Organizatorami turnieju były Okręgowa Izba Lekarska w Częstochowie oraz Naczelna Izba Lekarska w Warszawie. Nad sprawnym przebiegiem turnieju czuwali: dr Lesław Rudziński, Rita Idziak oraz sędzia naczelny Łukasz Jamrozik.

Opolską Izbę Lekarską godnie reprezentowali: Krzysztof Partyka i Zbigniew Nanowski (2 miejsce w singlu w kategorii +70 i w deblu w kategorii +65).

Lekarze rywalizowali na 3 kortach o nawierzchni twardej na terenie pięknego Centrum Rekreacyjno-Sportowego SCOUT. Podczas całego turnieju do dyspozycji wszystkich zawodników była siłownia, sauna, wrotkarnia, kręgielnia i ścianka wspinaczkowa, na której w piątek odbyły się zorganizowane zajęcia pokazowe prowadzone przez wykwalifikowanego instruktora. W piątek wieczorem po grach turniejowych odbyła się konferencja naukowa – wykład na temat e-dokumentacji medycznej. Następnie lekarze bawili się na uroczystym bankiecie w hotelu SCOUT z muzyką na żywo. Podczas bankietu dr Rudziński życzył wszystkim pa-

sjonom tenisa sukcesów w sporcie i w życiu prywatnym w 2019 roku.

Turniej zgromadził 55 uczestników, którzy walczyli łącznie w 13 kategoriach wiekowych w grach pojedynczych i podwójnych. Wśród Pań odbył się także turniej pocieszenia. Przez 3 dni można było oglądać wiele długich i zaciętych meczów zakończonych dopiero w 3 secie w super tiebreaku, na co miała wpływ bardzo wolna nawierzchnia kortów, która sprzyjała długim wymianom. Każdy z uczestników otrzymał pakiet startowy, w którym znalazł m.in. turniejową koszulkę. Zwycięzcy i finaliści zostali nagrodzeni pucharami, książką pod tytułem „Częstochowa. 100 lat niepodległości” oraz najnowszym czasopismem „Tenisklub”, w którym można przeczytać obszerną relację z Mistrzostwa Świata Lekarzy w Tenisie na Malcie 2018.

Najbliższy turniej PSTL odbędzie się w Stalowej Woli w dniach 14–17 marca 2019 r. i będą to XXII Halowe Mistrzostwa Polski Lekarzy w Tenisie. Wszystkich lekarzy i dentystów zachęcamy do udziału. Więcej informacji na stronie <http://pstl.org/>.

Marcin POKRZYWNICKI
Sekretarz PSTL

POWSTAJE NOWA STRATEGIA TWORZENIA MAP POTRZEB ZDROWOTNYCH

Rynek Zdrowia: – Jakie są główne kierunki prac Ministerstwa Zdrowia nad mapami potrzeb zdrowotnych?

Jakub Adamski (dyrektor Departamentu Analiz i Strategii w Ministerstwie Zdrowia): Zespół zajmujący się w Ministerstwie Zdrowia tworzeniem map potrzeb zdrowotnych pracuje obecnie w kilku różnych strumieniach. Pierwszy z nich sprowadza się m.in. do tego, że w grudniu 2018 r. musi zostać opublikowana kolejna aktualizacja map dla 30 grup chorób oraz onkologii i kardiologii (*opracowanych dla każdego województwa, dla poszczególnych rodzajów świadczeń, w tym w zakresie leczenia zamkniętego, AOS i POZ – przyp. red.*), z danymi obejmującymi 2016 rok.

Mapy te różnią się w stosunku do poprzednich zakresem analiz; obejmują obszary, na które zwracali uwagę konsultanci – jakość udzielania świadczeń, a także ich dostępu dla pacjentów. Opieramy się na większej liczbie źródeł danych, w tym z rejestrów medycznych. Natomiast sama metodyka tworzenia tych dokumentów nie ulega zmianie.

Celem drugiego strumienia naszych prac jest odstępnie od publikowania w obecnej formie tysięcy stron analiz. Dążymy do automatyzacji procesu przetwarzania danych, dzięki której nie trzeba będzie powielać wcześniej wykonanej pracy. Po otrzymaniu danych możliwe będzie ich sprawne przetwarzanie, a następnie umieszczenie na platformie cyfrowej. Na razie więc opublikujemy dane odnoszące się do 2016 r., ale po raz ostatni ukażą się one w dotychczasowej formie. Od przyszłego roku kolejne aktualizacje przedstawionych w tym roku analiz będą publikowane wyłącznie na platformie cyfrowej i tam dostępne dla każdego.

Trzeci poziom prac dotyczy określenia przyszłego zakresu dokumentu – Mapy potrzeb zdrowotnych. Powinien on stać się dokumentem o charakterze strategicznym, identyfikującym najważniejsze potrzeby zdrowotne wymagające zaadresowania oraz ułatwiającym rozwiązywanie problemów w naszym systemie.

W opublikowanym w maju br. raporcie NIK wskazywano, że nad poprzednimi edycjami map pracowała zbyt mała liczba ekspertów zewnętrznych. To również się zmienia?

Zmiany w tym zakresie zaszły już dawno. Zastrzeżenie NIK dotyczyło tego, że nie udało się wyłonić w przetargach większej grupy ekspertów. Powód był prosty – zabrakło chętnych... Do każdej z 30 grup chorób chcieliśmy wybrać co najmniej czterech ekspertów. Jeżeli eksperci się jednak nie zgłosili, zapraszaliśmy do współpracy konsultantów krajowych lub wojewódzkich. Ostatecznie w każdej z grup mieliśmy bardzo dobre wsparcie eksperckie.

W ramach prac nad aktualizacją map obecnie prowadzimy ponownie panele konsultacyjne. Podobnie jak w zeszłym roku, do połowy listopada odbędzie się kilkadziesiąt spotkań, do udziału w których zapraszamy konsultantów krajowych i wojewódzkich. Prosimy ich, aby wskazywali ewentualne błędy w tworzonych przez nas dokumentach, a także, by proponowali dodatkowe, specyficzne analizy, które ich zdaniem należałoby jeszcze przeprowadzić.

Jednocześnie przed opublikowaniem dokumentów, rozsyłamy je do konsultacji do Wojewódzkich Rad ds. Potrzeb Zdrowotnych, a więc łącznie do około 1500 osób.

Mapom zarzucano także, iż są „czystą statystyką”, na dodatek historyczną, bez wystarczającej analizy i syn-tezy przedstawionych danych.

Dane, jakie pozyskujemy do tworzenia map – z NFZ, GUS i z innych baz – zawsze będą „historyczne”. Dzięki digitalizacji danych będziemy w stanie prezentować je szybciej. Na razie, w dotychczasowej metodologii, musimy wydać mapy za 2016 rok. Natomiast na początku 2019 roku chcemy udostępnić dane i analizy obejmujące 2017 rok. Nie będziemy więc czekali przez cały kolejny rok na opublikowanie następnych materiałów, ale udostępnimy je na platformie internetowej.

Czy może pan powiedzieć coś więcej na temat wspo-mnianej platformy cyfrowej?

Baza Analiz Systemowych i Wdrożeniowych – bo tak nazywamy w projekcie to narzędzie – będzie uruchomiona na przełomie 2018 i 2019 roku. Będą tam dostępne wszystkie dane zawarte w mapach potrzeb zdrowotnych dla danego oddziału szpitalnego czy grupy chorób. Użytkownicy będą mogli korzystać z tych zasobów, samodzielnie dokonując porównań poszczególnych elementów systemu – na przykład liczby pacjentów danego typu oddziału w danym województwie i innych regio-

nach kraju – lub zestawiając poszczególne okresy, rodzaje świadczeń itd.

Narzędzie jest już przygotowane. Obecnie trwa przenoszenie danych na platformę. Dzięki automatyzacji przetwarzania danych, ich aktualizowanie za kolejny rok zajmie nam do 6 tygodni, a nie 6 miesięcy.

Na czym polegają więc prace nad przyszłym kształtem map potrzeb zdrowotnych?

Przede wszystkim musimy ponownie zdefiniować potrzeby zdrowotne, które chcemy przedstawiać w mapach, aby nie umieszczać wszystkich występujących w systemie zdarzeń. Taka selekcja jest konieczna, choćby po to, by mapy nie liczyły, jak dotychczas, nawet po 1,5 tysiąca stron, a zawierały jedynie kluczowe informacje.

Naszym celem jest stworzenie dokumentu skupiającego się na dwóch podstawowych obszarach – kontraktowaniu świadczeń oraz planowaniu inwestycji. Dokument ten nie będzie zawierał wszystkich analiz, które przeprowadzamy, a wyłącznie wskazujące na zidentyfikowane problemy – np. utrudniony dostęp do określonych świadczeń – oraz kierunki, w jakich powinniśmy podążać, starając się je rozwiązywać.

Pracuje już nad tym zespół roboczy w Ministerstwie Zdrowia, wspólnie z przedstawicielami Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji oraz Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny. Rozmawiamy m.in. o tym, co taki dokument strategiczny powinien zawierać.

NIZP-PZH jest dla nas niezbędnym partnerem, również byśmy wyszli poza dane o charakterze rozliczeniowym, gromadzone przez NFZ. W przyszłości potrzeb zdrowotnych nie chcemy rozpatrywać jedynie przez pryzmat świadczeń finansowanych ze środków płatnika publicznego.

Same dane dotyczące np. częstości występowania chorób są ważne. Jednak równie istotne są wskaźniki określające, w jaki sposób poszczególne schorzenia wpływają na daną populację czy pokazujące, ilu przedwczesnych zgonów można uniknąć, poprawiając funkcjonowanie systemu. W pracach z tego typu wskaźnikami przoduje nasz drugi partner – AOTMiT.

W najbliższym czasie zespół roboczy przygotuje i przedstawi propozycję dokumentu określającego zasady tworzenia map potrzeb zdrowotnych.

Dyskusja nad priorytetowymi potrzebami, które system powinien zaspokajać w pierwszej kolejności, nie będzie łatwa. Takie merytoryczne rozmowy są jednak konieczne. Dlatego planujemy w 2019 r. zorganizowanie regionalnych konferencji we wszystkich województwach. W przyszłym roku, po zakończeniu cyklu tych konferencji, powstanie końcowy, strategiczny dokument, będący wzorcem dla sporządzania kolejnych map.

Do tej pory regionalne mapy potrzeb zdrowotnych miały ograniczony wpływ na kontraktowanie świadczeń opieki zdrowotnej przez oddziały wojewódzkie NFZ. Czy to również ma się zmienić?

Zdajemy sobie sprawę, że oczekiwania uczestników systemu ochrony zdrowia względem map dotyczą nie tylko samego gromadzenia ogromnej liczby danych. Powinny one wskazywać konkretne wnioski dla organizatorów tegoż systemu, płatnika, świadczeniodawców.

Przypomnijmy, że powstanie systemu potrzeb zdrowotnych w oparciu o dane związane było z koniecznością wymogów Komisji Europejskiej (*utworzenie map potrzeb zdrowotnych warunkowało finansowanie inwestycji w ochronie zdrowia w perspektywie finansowej 2014–2020 w ramach tzw. warunkowości wstępnej* – przyp. red.).

Komisja Europejska kładzie bardzo duży nacisk na możliwość praktycznego korzystania z takich danych oraz ich analiz, które powinny pomagać w kontraktowaniu świadczeń i planowaniu inwestycji w ochronie zdrowia. Komisja oczekuje także, że cel podstawowy map – aby były źródłem tworzenia i zdrowotnej w oparciu o rzeczywiste dane – będzie realizowany.

Jednocześnie chcę podkreślić, że dotychczasowy proces tworzenia map był niezbędny, byśmy mogli przejść do następnego etapu, o którym wspomniałem – czyli tworzenia dokumentów strategicznych, będących praktycznym narzędziem podejmowania decyzji w ochronie zdrowia. Aspekt ten znajduje również zrozumienie Komisji.

Czy za sprawą tego nowego podejścia kolejne mapy będą bardziej przydatne w zakresie kontraktowania świadczeń i planowania inwestycji niż poprzednie dokumenty?

W tworzeniu kolejnych dokumentów w znacznie większym stopniu niż dotychczas uwzględniona zostanie perspektywa regionalna.

Jeżeli na przykład chcemy prognozować, ile powinno być łóżek na danym oddziale, nie możemy bazować wyłącznie na danych historycznych i zmianach demograficznych. Musimy uwzględnić nie tylko kierunki zmian w systemie czy ścieżki leczenia pacjentów, ale również organizację opieki zdrowotnej w poszczególnych regionach, często bardzo różniących się np. strukturą szpitali.

Na wspomniane konferencje regionalne będziemy zapraszać między innymi włodarzy województw, świadczeniodawców, konsultantów w poszczególnych dziedzinach medycyny, przedstawicieli oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia.

Wojciech KUTA

(przedruk z „Rynku Zdrowia” nr 11-12/18)

SZPITALA W POLSCE ZMIERZAJĄ POD PRĄD ZDROWEGO ROZSĄDKU I NOWYCH TRENDÓW

W Polsce między rokiem 2004 a 2015 wzrosła liczba szpitali i łóżek szpitalnych – i to „ostrych”, których i tak zawsze mieliśmy za dużo. Tymczasem w wielu krajach Europy szpitali ubywa. W Danii w 2000 r. było ich 78, w 2020 będzie 20, a liczba łóżek ma spaść w tym samym okresie z 42,5 tys. do 13 tys. Czy jest to kierunek także dla Polski?

– *Uważam, że tak* – odpowiadał na to pytanie podczas XIV Forum Rynku Zdrowia prof. Piotr Czauderna, kierownik Kliniki Chirurgii i Urologii Dzieci i Młodzieży Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego, koordynator Sekcji Ochrony Zdrowia w Narodowej Radzie Rozwoju przy Prezydencie RP.

– *W Polsce między rokiem 2004 a 2015 wzrosła liczba szpitali, łóżek szpitalnych – i to ostrych, których i tak zawsze mieliśmy za dużo – oraz liczba hospitalizacji; spadło za to wykorzystanie łóżek. To idzie absolutnie pod prąd tego, co się aktualnie dzieje w nowoczesnych, europejskich systemach ochrony zdrowia* – stwierdził prof. Czauderna podczas sesji inauguracyjnej tegoroczną edycję Forum.

Europa odchodzi od lecznictwa szpitalnego

Także wiceminister zdrowia Maciej Miłkowski przekonywał – podając za przykłady Holandię, Danię czy Norwegię – że po przeliczeniu liczby ludności w Polsce powinny być zaledwie 182 szpitale, tymczasem w samej tylko tzw. sieci mamy ich ok. 600. – *Jestem za ewolucyjnymi zmianami w szpitalnictwie i za konsolidacją, która pozwala na uzyskanie lepszych efektów dzięki skali, możliwościom lepszego zarządzania i optymalizacji działań* – podkreślał Maciej Miłkowski podczas sesji „Szpitale w Polsce – wybrane zagadnienia” w trakcie XIV Forum Rynku Zdrowia (Warszawa, 23–24 października).

– *Każdy ma inne zdanie co do przyszłości szpitali. Część twierdzi, że duże placówki będą się rozwijały, inni, że przyszłość należy do tych mniejszych. Europa jednak generalnie, co do zasady, odchodzi od lecznictwa szpitalnego i maksymalizuje leczenie zarówno w podstawowej opiece zdrowotnej, jak i w opiece ambulatoryjnej* – mówił Maciej Miłkowski.

– *Powinniśmy zwiększać liczbę hospitalizacji jednodniowych, w których nawet nie trzeba rejestrować łóżek i nie ma potrzeby, aby było ich tak dużo. Nawet jeżeli będziemy ich mieli dwa razy mniej, tak jak jest w wielu innych krajach, to odpowiednia liczba personelu będzie nam nadal bardzo potrzebna. I tu się niewiele zmieni* – podkreślał Maciej Miłkowski.

Jak przekonuje, efektywne leczenie, więcej wykonywanych zabiegów przez jednego lekarza, lepsza organizacja pracy powinny zdecydowanie polepszyć sytuację:

– *Duże podmioty szpitalne, dobrze zarządzane, powinny być miejscem, do którego pacjenta zabierze karetka pogotowia i gdzie zostanie w pełni zdiagnozowany i wyleczony* – zwracał uwagę wiceminister zdrowia.

Przypomnijmy, że podczas czerwcowej konferencji w ramach debaty „Wspólnie dla zdrowia” Erik Jylling, Vice President Health Politics at Danish Regions, mówił m.in. o zmianach zachodzących w duńskiej ochronie zdrowia. Około 2000 r. funkcjonowało tam 78 szpitali, w 2020 ma być ich 20. Bardzo zmniejszyła się średnia długość pobytu w szpitalu – od 10 dni w 1980 r., przez 6 w 2000 r. – ale dąży się do 2,7 w 2020 r. Liczba łóżek ma spaść w tym samym okresie z 42,5 tys. do 13 tys.

Problemy kadrowe wymuszają zmiany

Zdaniem Marka Wójcika, pełnomocnika zarządu ds. legislacyjnych Związku Miast Polskich, na przyszłość polskich szpitali będzie wpływać tempo zmian cywilizacyjnych, demograficznych, a także oczekiwania społeczeństwa co do jakości życia oraz trudności w zbilansowaniu budżetu państwa.

W trakcie XIV Forum Rynku Zdrowia Marek Wójcik we wprowadzeniu do sesji o przyszłości polskich szpitali przypomniał, że według przewidywań GUS w 2030 r. w Polsce będzie o 63% więcej niż obecnie osób powyżej 65. roku życia.

– *W moim przekonaniu Polacy wciąż nie chcą brać na siebie odpowiedzialności za swoje zdrowie. Ich zdaniem ktoś powinien wziąć tę odpowiedzialność za nich* – mówił Wójcik. Podkreślał, że dzisiaj skala środków finansowych dla szpitali nie jest adekwatna do faktycznych kosztów realizacji usług w tych placówkach, co widać szczególnie w zakresie kadr medycznych, których dzisiaj brakuje i brakować będzie także w przyszłości – zaznaczył ekspert. I dodał: – *To właśnie kadry będą w szczególności decydować o przyszłości naszych szpitali i całego systemu. Bolączką jest też brak długofalowej wizji jego funkcjonowania.*

Zdaniem Marka Wójcika, w najbliższych latach będziemy mieli do czynienia z sytuacją, która wręcz wymusi na prowadzących lokalne podmioty lecznicze – za pomocą różnych instrumentów finansowych – wprowadzenie zmian w dotychczasowej formule ich funkcjonowania.

Walka postu z karnawałem

W ocenie eksperta przyszłość ma przynieść dla szpitali polaryzację – po jednej stronie będą instytuty, szpitale kliniczne, szpitale wojewódzkie i subregionalne szpitale powiatowe, dla których tworzone będą kolejne preferencje dla ich funkcjonowania. Na drugim biegunie, jak przekonywał Wójcik, znajdują się placówki lokalne, szcze-

gólnie w zakresie oddziałów wewnętrznych, rehabilitacji, zakładów opiekuńczych, spełniające rolę uzupełniającą w powiązaniu z POZ i AOS. Trzecim elementem będą szpitale komercyjne, które przetrwają, wypełniając luki wynikające z niedofinansowania systemu publicznego.

– *Im trudniejsza będzie sytuacja w systemie publicznym, tym łatwiej będzie podmiotom prywatnym. Nie przewiduję, żeby w Polsce w najbliższych latach weszły w życie dobrowolne ubezpieczenia czy współpłacenie. Będzie to w dalszym ciągu „walka postu z karnawalem”.* Jeśli przez ostatnie 20 lat nie udało się nam w zakresie funkcjonowania szpitali podjąć zdecydowanych kroków, to nie znajduję żadnego uzasadnienia, aby w ciągu najbliższych 20 lat coś w tym zakresie się radykalnie zmieniło – podsumował Marek Wójcik.

– *Wiem, że są osoby, które uważają, że szpitale prywatne nie powinny korzystać ze środków publicznych. Ten problem mogłoby rozwiązać wprowadzenie powszechnych dodatkowych ubezpieczeń* – mówił Andrzej Mądrala, wiceprezydent Pracodawców RP. Wskazywał zarazem, że szpitale prywatne nie są duże, dlatego problem redukcji łóżek ich generalnie nie dotyczy lub jest mało znaczący. Podkreślał, że prywatnym szpitalom bardzo zależy na tym, żeby znalazły się dodatkowe środki szczególnie na procedury, które mogą być realizowane planowo w szpitalach jednodniowych.

– *Obok jakości leczenia, o której bardzo dużo mówimy, warto podkreślić rolę innowacji w medycynie. Nie boimy się w szpitalach prywatnych operować trudnych przypadków, nie boimy się też akredytacji. W systemie powinny się znaleźć dodatkowe środki finansowe dla dobrych szpitali. Potrzebna jest także zmiana algorytmu podziału pieniędzy na województwa. Należy go dostosować do realnych potrzeb* – dodał wiceprezydent Pracodawców RP.

Potrzeba aż 100 miliardów?

Jak mówił Piotr Nowicki, p.o. dyrektora Samodzielnego Publicznego Centralnego Szpitala Klinicznego w Warszawie, pełnomocnik rektora WUM ds. restrukturyzacji podmiotów leczniczych, przyszłość placówek szpitalnych w Polsce jest mglista. – *Oczywiście każdy szpital jest inny. Z punktu widzenia naszego szpitala klinicznego mamy ogromny potencjał ludzki i możliwości dotyczące tego, co moglibyśmy robić. Z drugiej strony mamy ogromne ograniczenia wynikające przede wszystkim z finansów, które nas blokują w rozwoju* – podkreślał dyrektor Nowicki.

Z kolei Jarosław Fedorowski, prezes Polskiej Federacji Szpitali, uważa, że przyszłość polskich lecznic jest pasjonująca pod względem stojących przed nimi wyzwań. Jak wyliczał, aby sprostać im wszystkim, trzeba byłoby przeznaczyć na nie ogromne kwoty. – *Jeżeli chcemy odnieść radykalną poprawę w lecznictwie, powinniśmy nie wydać, ale zainwestować szacunkowo w przyszłym roku około 100 mld zł* – podkreślał Fedorowski.

Szpitale powinny być osią dyskusji o zdrowiu?

O tym, że na poziomie nie tylko Polski, ale i całej Unii Europejskiej pacjenci chcą coraz częściej zarządzać swoim zdrowiem, tyle że nie wiedzą do końca, jak to robić, mówi Michał Kępowicz, dyrektor ds. relacji zewnętrznych Philips Polska.

– *W jednym z raportów, który był przygotowany przez Europejski Fundusz Społeczny – „Razem dla zdrowia”, zawarto informację, że takie chęci są, brakuje jednak kompetencji, a zarządzanie własnym zdrowiem jest jednym z kluczy do zbalansowania sytuacji, w której jest coraz większe zapotrzebowanie na różnego typu zasoby i nie można znaleźć rozwiązania, jak sobie z tym poradzić* – stwierdził dyrektor Kępowicz.

Jako przykład podał Holandię, której mieszkańcy mają coraz więcej praw właśnie w zakresie zarządzania swoim zdrowiem. – *Powstaje więc pytanie, czy szpitale powinny być centrum i osią dyskusji o zdrowiu społeczeństwa w kolejnych 10 czy 20 latach. Może powinniśmy kłaść nacisk na zdrowy styl życia, profilaktykę, prewencję. Pobyt w szpitalu nie jest pozytywnym przeżyciem dla pacjenta i jednocześnie dla płatnika publicznego, ponieważ tam kierowane są największe środki na kosztowne terapie. Należy też pomyśleć o wykorzystaniu najnowszych technologii, aby skrócić pobyt pacjenta w szpitalu i umożliwić mu pobyt w warunkach domowych* – konkludował Michał Kępowicz.

Elastyczność w zarządzaniu łózkami

Dr Józef Kurek, dyrektor Szpitala Wielospecjalistycznego w Jaworznie, prezes zarządu Związku Szpitali Powiatowych Województwa Śląskiego, zwracał uwagę, że przyszłość szpitali warunkuje ich obecny stan – kumulacja ogromnych zapóźnień.

– *To, co byśmy chcieli, wyliczanie, ile pieniędzy jest potrzebnych, nie ma większego znaczenia. Wiadomo – tych środków nie dostaniemy. Musimy się zastanowić nad tym, co z obecnym potencjałem jesteśmy w stanie zaoferować pacjentowi. Szpitale powiatowe stały się największą „ofiarą” sieci szpitali, bo na nie przerzucono bardzo dużo obowiązków, nie dając im na to pieniędzy. Przejęły w praktyce nocną pomoc. Wzmocniony finansowo POZ zaczął podkupywać lekarzy szpitalom powiatowym. Z nich też coraz częściej odchodzą lekarze do klinik. Jeżeli mówimy o braku kadr w szpitalach, często zapominamy o ich wieku, że za chwilę będzie to sytuacja wręcz dramatyczna* – podkreślał prezes Kurek.

Jego zdaniem nie ma potrzeby, aby w szpitalu były, traktowane odrębnie, łóżka pediatryczne, chirurgiczne, internistyczne, kardiologiczne. – *Doprowadziliśmy do absurdu. Kiedy mówię kardiologowi, że będzie miał dyżur na internie, odpowiada: Nie, bo ja jestem tylko kardiologiem, a nie internistą. Elastyczność w zarządzaniu łózkami stanowi podstawę zmiany systemu. To prawda, że mamy za dużo łóżek szpitalnych wobec liczby perso-*

nelu, jakim dysponujemy. Nieunikniona jest więc likwidacja części podmiotów i oddziałów – podsumował dyrektor Kurek.

Banki otwały się na sektor medyczny

Jak podkreślali uczestnicy dyskusji podczas sesji „Szpitale w Polsce – wybrane zagadnienia” w trakcie XIV Forum Rynku Zdrowia, aby mówić o przyszłości szpitali, trzeba spojrzeć także na aspekt ich finansowania. Inwestycje w sektorze medycznym są niemożliwe bez pozyskania odpowiedniego kapitału. To element kluczowy.

– Mogę śmiało powiedzieć, że dzisiaj w tym zakresie sytuacja jest zdecydowanie lepsza niż jeszcze 2–3 lata temu, kiedy wszyscy inwestorzy zaciągali przysłowiowy „hamulec ręczny”. Wynika to przede wszystkim z tego, że dzisiaj znacznie łatwiej jest określić perspektywę placówek medycznych. Wcześniej banki udzielające finansowania podmiotom z branży medycznej patrzyły przede wszystkim na perspektywę ich przychodów, zdolność obsługi zadłużenia. Powstanie sieci szpitali stworzyło nową sytuację. Nowe świadczenia, takie jak chociażby koordynowana opieka nad kobietą w ciąży czy przedłużenie kontraktów dla szpitali, spowodowały, że branża finansowa mocno się otworzyła na branżę medyczną – mówiła Tatiana Piechota, prezes zarządu Upper Finance.

Jak podkreślała, obniżone zostały koszty kredytów, wydłużono okres finansowania inwestycji, warunki zabezpieczeń są bardziej elastyczne. Chociażby z tego powodu warto pomyśleć o restrukturyzacji finansowej szpitali. Prezes Piechota zachęcała dyrektorów szpitali do korzystania z nowych produktów finansowych, które pojawiły się na rynku. Przykładem jest leasing zwrotny, ułatwiający pozyskanie środków na inwestycje. Także rynek kapitałowy otworzył się na sektor medyczny, a obligacje, choć są droższą formą finansowania niż kredyt bankowy, są jednak zdecydowanie bardziej elastyczne i pozwalają na finansowanie takich celów, których banki mogą nie zaakceptować – jak chociażby zakup gruntów czy finansowanie działalności obrotowej bez zabezpieczenia hipotecznego.

– Moim zdaniem warto również wrócić do realizowania projektów w systemie partnerstwa publiczno-prywatnego. To się nie udawało do tej pory przede wszystkim dlatego, że banki nie były gotowe na finansowanie projektów PPP. Dzisiaj obawy banków dotyczące PPP mamy za sobą i warto również pomyśleć o tej formule inwestycji – zaznaczyła Tatiana Piechota.

Niech każdy robi to, na czym się zna

Zdaniem Leszka Zająca, dyrektora ds. finansowych obszaru facility management i wiceprezesa zarządu Impel Facility Services, szpitale czekają w przyszłości zmiany i dobrze byłoby, aby przebiegały one ewolucyjne. W jego opinii szpitale w przyszłości powinny być wyspecjalizowane w określonych zakresach świadczeń, powinny

też postawić na specjalizację w zakresie zarówno sprzętu, jak i wysokiej klasy specjalistów.

– Takich placówek nie będzie wiele. Z oczywistych względów ich liczba będzie ograniczona. Tak jak w każdym przedsiębiorstwie, tak samo w szpitalu wszyscy muszą się koncentrować na swoim zakresie zadań. Lekarz musi koncentrować się na leczeniu, pielęgniarka na opiece nad pacjentem. Róbmy wszyscy to, na czym znamy się najlepiej – mówił dyrektor Zając.

– Ze swej strony, jako przedstawiciel firmy outsourcingowej chciałbym zachęcić wszystkie szpitale do tego, żeby się skoncentrowały na tym, co najlepiej potrafią, a ich specjalizacją jest przecież leczenie pacjentów. Wszystkie pozostałe dodatkowe funkcje, które realizowane są w szpitalu, a które nie są kluczowe, można outsourcingować – przekonywał dyrektor Zając.

NFZ: sieć uporządkowała system

Zdaniem Filipa Nowaka, dyrektora Mazowieckiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ, sieć szpitali uporządkowała mapę realizatorów świadczeń szpitalnych w kraju. – Możemy się zastanawiać nad tym, czy kwalifikacja do sieci szpitali jest dobra czy jest zła, czy jest za dużo prywatnych szpitali, czy za mało. Uważam, że jest ich obecnie za dużo. W najbliższym czasie powinniśmy pracować nad ograniczaniem sieci – wyłączaniem z niej najłabszych szpitali pod względem jakości, zakresu udzielanych świadczeń, ale także nad włączeniem do sieci tych szpitali, które są niezbędne dla zapewnienia odpowiedniego poziomu ochrony zdrowia na określonym terenie – mówił dyrektor Nowak.

Jego zdaniem ważnym instrumentem, o którym nie wolno zapomnieć, są mapy potrzeb zdrowotnych, które są szkieletem, na którym powinna opierać się sieć szpitali, co wynika z istniejącego potencjału i pokazania miejsc, w które trzeba inwestować.

– Musimy znaleźć sposób na to, żeby stworzyć takie przepisy, aby w miejsce likwidowanego szpitala, który jest przekształcany w inną placówkę ochrony zdrowia, zapewnić dostęp do ambulatoryjnej opieki specjalistycznej czy do pomocy doraźnej, niekoniecznie w warunkach pełnej hospitalizacji, ale z zachowaniem wszystkich rygorów i z wszelkimi kosztami, które muszą zostać poniesione – podkreślał dyrektor Nowak.

Jak przekonywał, wszyscy wiedzą, co należałoby zrobić, tyle że problemem pozostaje, jak to zrobić. – Na przykład algorytm podziału środków. Zawsze, jeżeli przesuniemy środki, ktoś będzie się cieszył, a ktoś straci. To bardzo trudne zadanie. Zawsze też ktoś będzie walczył przeciwko likwidacji szpitala. Wszyscy też zdajemy sobie sprawę, z jakimi oporami społecznymi spotka się taka decyzja i jakie będą tego konsekwencje społeczne – podsumował Filip Nowak

Jacek JANIK

(przedruk z „Rynku Zdrowia” nr 11-12/18)

W MEDYCYNIE NIE POWINNO BYĆ TEMATÓW TABU

– O pewnych tematach w naszej ochronie zdrowia nie prowadzi się publicznego dyskursu.

Nie dociekamy np., w jakim stopniu poważne kwoty przeznaczane w ostatnich latach na modernizację szpitali przyczyniły się do poprawy stanu zdrowia Polaków – mówił kardiolog, prof. MARIUSZ GĄSIOR, podczas spotkania Rady Naukowej IV Kongresu Wyzwań Zdrowotnych, który 7 i 8 marca 2019 r. odbędzie się w Katowicach.

Jak podkreślał prof. Mariusz Gąsior, kierownik III Katedry i Oddziału Klinicznego Kardiologii SUM, Śląskiego Centrum Chorób Serca w Zabrzu, podczas przyszłorocznego kongresu trzeba stawiać trudne pytania dotyczące polskiego systemu opieki zdrowotnej i próbować znaleźć na nie odpowiedzi.

Czas uderzyć się w piersi

– Od lat podczas kolejnych debat mówimy między innymi o potrzebie właściwego edukowania pacjentów, skutecznej prewencji oraz profilaktyce. I co z tego wynika? Nadal mamy w tym zakresie ogromne problemy do rozwiązania. Czas wreszcie to głośno powiedzieć i uderzyć się w piersi – powiedział prof. Gąsior w trakcie spotkania Rady Naukowej IV Kongresu Wyzwań Zdrowotnych (Health Challenges Congress – HCC, Katowice, 7–8 marca 2019 r.).

Zwracał uwagę, że marcowy kongres będzie też kolejną okazją do podsumowania programu kompleksowej opieki nad pacjentami po zawale serca (KOS-zawał). *– W tej materii także nie unikniemy trudnych pytań. Ten program jest naprawdę dobry. Stworzony został przez środowisko kardiologów, szpitale mogą zyskać na nim finansowo, a KOS-zawał jest chwalony przez pacjentów – wyliczał kardiolog.*

I zadawał kolejne pytania: *– Dlaczego więc z tego programu korzysta zaledwie ok. 20% pacjentów, którzy powinni być do niego zakwalifikowani? Dlaczego są regiony, w których żaden szpital nie wdraża KOS-zawał? Wreszcie dlaczego tym programem zainteresowanych jest tak mało lekarzy?*

Prof. Gąsior wskazywał, że konieczne jest także nowe spojrzenie na inwestycje w ochronie zdrowia: *– Podsumujmy naprawdę niebagatelne kwoty przeznaczone w ostatnich 10 latach m.in. na aparaturę medyczną, wyposażenie oraz modernizację szpitali. I zadajmy sobie kolejne pytanie: na ile te wszystkie inwestycje przyczyniły się do poprawy stanu zdrowia Polaków – podsumował specjalista.*

Odpowiedzialność i obowiązki pacjentów

Uczestnicy spotkania zgodnie podkreślali, że za zdrowie społeczeństwa w znacznym stopniu odpowiedzialni są sami obywatele.

– Polacy wydają z własnej kieszeni naprawdę znaczne kwoty na produkty, które mają zapewnić im zachowanie dobrego zdrowia. Niestety, znaczna część tych wydatków nie ma racjonalnego uzasadnienia. Dotyczy to m.in. wielu suplementów diety i innych produktów, traktowanych często jak leki, choć z lekami nie mają nic wspólnego – mówił dr Jacek Kozakiewicz, wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej.

Przypomniął, że kolejnym problemem jest polipragmazja (zażywanie jednocześnie kilku leków) oraz politerapia. *– To drugie zjawisko jest, między innymi, efektem atomizacji medycyny, mnożenia wąskich specjalizacji. Skutek jest taki, że leczymy się u wielu specjalistów, choć nasz stan zdrowia tego nie wymaga. Wyjściem z tej sytuacji jest ograniczenie liczby specjalizacji i wzrost znaczenia w systemie lekarzy rodzinnych – konkludował dr Kozakiewicz.*

Bo wszystkiemu winni są lekarze...

Zgodził się z nim dr Tadeusz Urban, prezes Okręgowej Rady Lekarskiej w Katowicach. Zwrócił uwagę, że w Polsce całą odpowiedzialność za niepowodzenie terapii ponoszą lekarze. *– W ogóle nie mówi się o współodpowiedzialności pacjentów – np. niestosujących się do zaleceń lekarskich – za wynik procesu diagnostyczno-terapeutycznego – podkreślał.*

– Co gorsza, w polskim systemie prawnym obawy w środowisku medycznym przed prokuratorem i procesem karnym są już tak duże, że wielu lekarzy wręcz boi się, a nierzadko unika zajmowania się najtrudniejszymi przypadkami czy stosowania nowatorskich terapii, aby nie ponosić ewentualnych konsekwencji prawnych związanych np. z powikłaniami. A przecież lekarze ci działają w najlepszej wierze i zgodnie z aktualną wiedzą medyczną – podkreśla dr Urban podczas spotkania Rady Naukowej IV Kongresu Wyzwań Zdrowotnych.

I dodaje: *– Dlatego musimy wreszcie wprowadzić model skandynawski, w którym lekarze nie ponoszą odpowiedzialności karnej za działania niepożądane, oczywiście jeśli nie dopuścili się umyślnych zaniedbań czy świadomych działań sprzecznych ze sztuką lekarską – powiedział prezes Okręgowej Rady Lekarskiej w Katowicach.*

Nie chowajmy głowy w piasek

Z kolei prof. Violetta Skrzypulec-Plinta, prorektor ds. rozwoju i promocji uczelni Śląskiego Uniwersytetu Medycznego, kierownik Katedry Zdrowia Kobiety i Zakładu Seksuologii SUM, wskazywała na zagadnienia, które dość rzadko trafiają do programów konferencji czy kongresów dotyczących ochrony zdrowia.

– Jednym z takich tematów są kobiety w ciąży chorujące na cukrzycę. Niestety, takich pacjentek przybywa. Mu-

simy uczyć profilaktyki w tym zakresie, a także przygotowania tych kobiet do kolejnej ciąży – podkreślała.

– Mówmy też o wielolekowości w boreliozie, a więc czy, jak długo i jaką farmakoterapię stosować u pacjentów z tą chorobą. Kolejne dość kontrowersyjne zagadnienie to laseroterapia. Amerykańska agencja FDA zakazała wykonywania takich zabiegów w zakresie ginekologii estetycznej – informowała prof. Skrzypulec-Plinta.

Zaznaczyła, że w medycynie nie powinno być tematów tabu: – Niestety, w naszym kraju o pewnych sprawach w ogóle nie prowadzi się publicznego dyskursu. Jednym z takich skrywanych tematów jest chociażby fakt, że w Polsce notujemy bardzo wysoki odsetek molestowanych seksualnie dziewczynek z zespołem Downa. W zasadzie nie rozmawia się też o problemie niepełnosprawnych seniorów w gabinecie lekarskim – wyliczała prof. Skrzypulec-Plinta.

Prywatne terapie i kult specjalistów

Prof. Krzysztof Składowski, dyrektor Centrum Onkologii w Gliwicach, zwracał uwagę na problemy z pogranicza medycyny, prawa i etyki: – Jak wiadomo, wiele innowacyjnych, kosztownych terapii w onkologii jest jeszcze niedostępnych dla polskich pacjentów. Wyjeżdżają więc za granicę, robią tam badania i wracają do Polski z gotowymi zaleceniami i wytycznymi dotyczącymi terapii, a zdarza się, że z lekami zakupionymi w innym kraju. Pytanie – jak mamy do tego podchodzić? To problem medyczny, prawny czy etyczny?

– Wiąże się z tym kolejny dylemat – polskie szpitale nie są ubezpieczone w zakresie leczenia powikłań, które mogą wystąpić w przypadku zastosowania farmakoterapii sfinansowanej z prywatnych pieniędzy pacjenta – mówił prof. Krzysztof Składowski.

Natomiast na problemy związane z leczeniem chorób przewlekłych w Polsce wskazywał prof. Eugeniusz J. Kucharz, kierownik Oddziału Chorób Wewnętrznych i Reumatologii Górnośląskiego Centrum Medycznego w Katowicach, konsultant wojewódzki w dziedzinie reu-

matologii. – Podstawowe pytanie brzmi: kto i jak ma leczyć chorych przewlekle? Trudno sobie wyobrazić, by zajmowali się tym wyłącznie specjaliści w wąskich dziedzinach medycyny, bo już dzisiaj ich brakuje. Dlatego tak ważny jest aktywny udział pacjenta w leczeniu oraz leczenie chorego, a nie choroby, a także – wobec deficytu internistów – wzrost znaczenia lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej – wymieniał ekspert.

Prof. Kucharz podkreślał, że lekarze specjaliści powinni zajmować się przede wszystkim najtrudniejszymi przypadkami. – Niestety, w Polsce wciąż mamy do czynienia ze swoistym kultem specjalistów i kierowaniem do nich pacjentów nawet z drobnymi problemami zdrowotnymi – wskazywał śląski konsultant wojewódzki w dziedzinie reumatologii.

Ministerstwo Zdrowia stało się pracodawcą lekarzy?

Część dyskusji podczas posiedzenia Rady Naukowej HCC 2019 poświęcona była problemom organizacji i finansowania ochrony zdrowia w Polsce. – Podczas przyszłorocznego Kongresu Wyzwań Zdrowotnych powinniśmy zbilansować, co zostało ze szpitali powiatowych po 1,5 roku funkcjonowania sieci szpitali. Samorządy po wyborach będą musiały zmierzyć się zadłużeniem wielu placówek, za które odpowiadają – mówił dr Józef Kurek, dyrektor Szpitala Wielospecjalistycznego w Jaworznie i prezes Związku Szpitali Powiatowych Województwa Śląskiego.

Podkreślał, że lecznice powiatowe w ramach sieci przejęły nowe zadania, a także muszą sprostać finansowo wynegocjowanym centralnie podwyżkom płac. – Warto w tym kontekście zadać pytanie, czy Ministerstwo Zdrowia stało się pracodawcą lekarzy zatrudnionych w szpitalach? Minister zdrowia zdecydował o tym, ile mają zarabiać lekarze, nie dając jednak na to pieniędzy. Teraz to szpitale, a nie resort zdrowia, muszą sobie poradzić z tym problemem – podsumował dr Józef Kurek.

Wojciech KUTA

(przedruk z „Rynku Zdrowia” nr 11-12/18)

KONTROWERSYJNE KOMPETENCJE W FIZJOTERAPII

Przygotowany latem 2018 r. przez Ministerstwo Zdrowia projekt zmian rozporządzenia wykonawczego w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej rodzi poważne obawy zarówno o zdrowie pacjenta, jak i rolę lekarza specjalisty rehabilitacji medycznej.

Baczny obserwator ostatnich zmian legislacyjnych dotyczących wykonywania zawodu fizjoterapeuty z pewnością zauważy niepokojące zjawisko „pełzania” kompetencji fizjoterapeuty, o coraz szerszych granicach i niejasnej relacji wobec kompetencji zawodowych lekarza specja-

listy rehabilitacji medycznej. Zmiany te wydają się być wyrazem niespodziewanej zmiany sposobu myślenia o zasadach udzielania świadczeń leczniczych w zakresie fizjoterapii. Jak pamiętamy, po raz pierwszy problematyka ta wzbudziła poważne kontrowersje po uchwaleniu ponad 3 lata temu ustawy o zawodzie fizjoterapeuty. Poważną wadą ustawy, oprócz słabości techniki legislacyjnej (np. nazwanie fizjoterapeuty „podmiotem leczniczym wykonującym działalność leczniczą”) i niezharmonizowania jej norm z normami kluczowego aktu prawnego regulującego działalność leczniczą w Polsce, czyli ustawy z 15

kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, jest brak jasnego określenia zakresu kompetencji zawodowych fizjoterapeuty. W efekcie pozostają wątpliwości w kwestii relacji zawodowej fizjoterapeuty i lekarza, w szczególności lekarza specjalisty rehabilitacji medycznej, zwłaszcza w odniesieniu do obowiązku wykonywania zleceń lekarskich.

W art. 4 ust. 2 ustawy z 25 września 2015 r. o zawodzie fizjoterapeuty (Dz. U. z 2018 r. poz. 505 ze zm. – dalej „Ustawa”) wymieniono niektóre czynności, należące do zadań fizjoterapeuty, wskazując, że wykonywanie tego zawodu polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych, w szczególności na:

- diagnostyce funkcjonalnej pacjenta,
- kwalifikowaniu, planowaniu i prowadzeniu fizjoterapii,
- kwalifikowaniu, planowaniu i prowadzeniu kinezyterapii.

Proste zestawienie pierwszej z wymienionych kompetencji z dwiema kolejnymi rodzi ważne pytanie: czy fizjoterapeuta jest uprawniony do kwalifikowania pacjenta do fizjoterapii, jeśli dysponuje jedynie przeprowadzoną przez siebie diagnozą funkcjonalną? Nikt nie wątpi, że przed podjęciem decyzji o zastosowaniu procedury fizjoterapeutycznej konieczne jest dokonanie oceny stanu zdrowia pacjenta. Chodzi o wykrycie przeciwwskazań, które mogą nie tylko ograniczać, ale czasem nawet wykluczać zastosowanie określonych procedur. Czy dokonanie takiej oceny jest możliwe wyłącznie w oparciu o diagnostykę funkcjonalną przeprowadzoną przez fizjoterapeutę? Wydaje się, że nie. Ustawa nie definiuje pojęcia diagnostyki funkcjonalnej, lecz na gruncie nauki o rehabilitacji można w uproszczeniu przyjąć, że jest to ocena zdolności pacjenta do wykonywania określonych czynności. Ma zatem zakres znacznie węższy niż diagnostyka ogólnego stanu zdrowia pacjenta, która opiera się na całościowym spojrzeniu na stan zdrowia, uwzględniającym choroby przebyte i współistniejące, wydolność pacjenta, a także inne uwarunkowania ważne dla dopuszczalności zastosowania fizjoterapii. Wpływa stąd wniosek, że w celu podjęcia decyzji o zasadności zastosowania fizjoterapii oraz jej zakresu i rodzaju zabiegów niezbędne jest przeprowadzenie diagnostyki ogólnego stanu zdrowia pacjenta, a nie tylko diagnostyki funkcjonalnej.

Na gruncie polskiego prawa diagnozowanie ogólnego stanu zdrowia pacjenta należy wyłącznie do kompetencji lekarza. Wynika to z art. 2 ust. 1 ustawy z 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty, który mówi: „Wykonywanie zawodu lekarza polega na udzielaniu przez osobę posiadającą wymagane kwalifikacje, potwierdzone odpowiednimi dokumentami, świadczeń zdrowotnych, w szczególności: badaniu stanu zdrowia, rozpoznawaniu chorób i zapobieganiu im, leczeniu i rehabilitacji chorych, udzielaniu porad lekarskich, a także wydawaniu opinii i orzeczeń lekarskich”. Mając to na względzie, należy przyjąć, że niedopuszczalna jest interpretacja przepisów

Ustawy, zgodnie z którą fizjoterapeuta może samodzielnie zakwalifikować pacjenta do fizjoterapii, zaplanować ją i przeprowadzić jedynie na podstawie dokonanej przez siebie diagnostyki funkcjonalnej. Stałoby to w sprzeczności nie tylko z przywołaną wcześniej ustawą o zawodach lekarza i lekarza dentysty, ale także z art. 6 ust. 1 ustawy z 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i rzeczniku praw pacjenta, według których pacjent ma prawo do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej. Zapewnienie mu realizacji tego prawa jest możliwe tylko po dokonaniu diagnozy obejmującej w świetle wspomnianego art. 2 ust. 1 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty „badanie stanu zdrowia” i „rozpoznawanie chorób”, do których ustawowo uprawniono lekarzy.

Niezrozumiałe jest zatem, dlaczego – w przeciwieństwie do ustawy z 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2018 r., poz. 123) – w Ustawie brak stwierdzenia, że wykonywanie zawodu fizjoterapeuty polega w szczególności na realizacji zaleceń lekarskich. Nieobecność takiego zapisu można wytłumaczyć zwykłym przeoczeniem albo, co gorsza, chęcią „wyemancypowania” się części środowiska fizjoterapeutów spod nadzoru lekarskiego. Ustawa wyraźnie przyznaje fizjoterapeucie prawo żądania od lekarza uzasadnienia wydanego zlecenia, a także odmowy wykonania określonego świadczenia. Rodzi to wątpliwości, jaki jest zakres kompetencji zawodowych lekarza i gdzie przebiega granica uprawnień fizjoterapeuty. Taki stan prawny należy ocenić zdecydowanie negatywnie. Z przedstawionych wcześniej względów systemowych niedopuszczalne jest uznanie, że fizjoterapeuta może bez ważnych powodów zignorować zlecenie lekarskie dotyczące zakwalifikowania lub odmowy zakwalifikowania pacjenta do fizjoterapii. Według interpretacji systemowej Ustawy z uwzględnieniem regulacji zawartych w ustawie o zawodach lekarza i lekarza dentysty fizjoterapeuta nie ma prawa do samodzielnego kwalifikowania pacjenta i planowania fizjoterapii ani kinezyterapii.

Wbrew tej konkluzji projekt rozporządzenia ministra zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej modyfikuje dotychczasowe zasady postępowania fizjoterapeuty w przypadku skierowania przez lekarza pacjenta na fizjoterapię. Zwalnia fizjoterapeutę z dotychczasowego obowiązku planowania fizjoterapii zgodnie z treścią skierowania lekarskiego, a ponadto uchyla wymóg, by skierowanie lekarskie wskazywało zleczone zabiegi fizjoterapeutyczne.

Obecnie wizyta fizjoterapeutyczna obejmuje przede wszystkim: „zaplanowanie postępowania fizjoterapeutycznego, które realizuje cel skierowania na rehabilitację leczniczą i jest zgodne z tym skierowaniem”. Omawiany projekt nadaje temu postanowieniu brzmienie następujące: „zaplanowanie postępowania fizjoterapeutycznego,

które realizuje cel skierowania na rehabilitację leczniczą” (§3 pkt 1) projektu). Usunięto „i jest zgodne z tym skierowaniem”. Oznacza to, że zaplanowanie przez fizjoterapeutę postępowania fizjoterapeutycznego **nie musi być już zgodne** z treścią lekarskiego skierowania na rehabilitację leczniczą.

Ponadto w projekcie rezygnuje się z wymogu wskazania w treści skierowania lekarskiego na fizjoterapię:

- zleconych zabiegów fizjoterapeutycznych z określeniem okolicy ciała, ewentualnej strony (prawej, lewej) oraz liczby poszczególnych zabiegów w cyklu (§3 pkt 4 lit. a projektu),
- liczby zleconych zabiegów fizjoterapeutycznych z określeniem okolicy ciała, ewentualnej strony (prawej, lewej) oraz liczby poszczególnych zabiegów w cyklu (§3 pkt 4 lit. b).

Zmiany owe rodzą poważne ryzyko dla zdrowia pacjenta. W obecnym stanie prawnym fizjoterapeuta zobowiązany jest zaplanować postępowanie fizjoterapeutyczne zgodnie ze skierowaniem wystawionym przez lekarza, bo do kompetencji lekarza należy diagnozowanie stanu zdrowia pacjenta. Obecnie jeszcze obowiązuje wymóg, by skierowanie na cykl zabiegów wskazywało „choroby przebyte i współistniejące oraz inne czynniki (np. wszczepione urządzenia wspomagające pracę układu krążeniowo-oddechowego lub metal w ciele pacjenta, przyjmowanie niektórych leków) mogące mieć istotny wpływ na proces rehabilitacji”. Wymóg ten jest uzasadniony, skoro zakres kompetencji zawodowej fizjoterapeuty nie obejmuje oceny ogólnego stanu zdrowia. Fizjoterapeuta nie ma kwalifikacji zawodowych pozwalających mu samodzielnie zaplanować postępowanie fizjoterapeutyczne, bez uwzględnienia ograniczeń i przeciwwskazań zdrowotnych, które władny jest określić w skierowaniu jedynie lekarz, przede wszystkim lekarz specjalista rehabilitacji leczniczej. Przykładowo fizjoterapeuta nie posiada wiedzy potrzebnej do oceny stanu zdrowia pacjenta, oceny wyników badań dodatkowych, m.in. takich, jakie wykonuje się w ramach diagnostyki laboratoryjnej bądź diagnostyki obrazowej (zdjęcia RTG, CT, MRI). Fizjoterapeuta nie jest także przygotowany do dokonywania diagnostyki różnicowej chorób, niezbędnej dla samodzielnego kwalifikowania wszystkich pacjentów do zabiegów fizjoterapeutycznych. Dotyczy to zwłaszcza pacjentów obciążonych wielochorobowością, w podeszłym wieku lub osób, u których występują złożone dysfunkcje. W takich przypadkach niezbędna jest ocena lekarska, czy pacjent kwalifikuje się do fizjoterapii. Zauważyć ponadto należy, że stan kliniczny pacjentów, przede wszystkim starszych, zwykle podlega w trakcie fizjoterapii zmianie będącej następstwem bodźców wywołanych podczas zabiegów. Wówczas konieczne może okazać się skorygowanie przez lekarza dotychczasowych zleceń, adekwatnie do zaistniałej sytuacji klinicznej. Brak nadzoru lekarza nad fi-

zjoterapeutą podczas fizjoterapii grozi więc nawet pogorszeniem stanu pacjenta.

Tymczasem zgodnie z ministerialnym projektem przygotowany przez fizjoterapeutę plan fizjoterapii nie musi być zgodny ze skierowaniem na rehabilitację leczniczą. Stwarza to ryzyko sytuacji, w której skierowanie lekarskie na rehabilitację leczniczą, uwzględniające schorzenia i wyznaczające granice dopuszczalnych procedur fizjoterapeutycznych, nie będzie wiążące dla fizjoterapeuty. Lekarz zostanie pozbawiony wiedzy co do faktycznego przebiegu procedur fizjoterapeutycznych.

Co więcej, jeżeli lekarz nie określi w skierowaniu schorzeń występujących u pacjenta bądź konkretnych zabiegów fizjoterapeutycznych (ewentualnie nie wymieni przeciwwskazań), naraża się na roszczenia pacjenta z tytułu szkody poniesionej w następstwie samodzielnego wdrożenia przez fizjoterapeutę danej procedury. Paradoksalnie więc zastosowanie się lekarza do obniżonych przez projekt standardów bezpieczeństwa pacjenta grozi mu poniesieniem konsekwencji prawnych. Pamiętajmy bowiem, że z Ustawy pośrednio wynika uprawnienie lekarza do wydawania zleceń fizjoterapeutycznych (art. 6 ust. 2). Trzeba mocno podkreślić, że uprawnienie to jest wręcz obowiązkiem w sytuacji, w której lekarz uzna, że zabieg fizjoterapeutyczny może stanowić zagrożenie dla życia lub zdrowia pacjenta.

Podobne zastrzeżenia budzi przewidziane w projekcie usunięcie z treści skierowania lekarskiego liczby oraz określenia okolicy ciała, ewentualnej strony ciała (prawej, lewej). Otwiera to pole do dowolnego planowania przebiegu fizjoterapii niosącego ze sobą ryzyko narażenia pacjenta na szkodę spowodowaną nieuwzględnieniem wskazań zdrowotnych dotyczących rodzaju i liczby zabiegów. Na marginesie warto zaszyfalizować, że zmiana ta rodzi też ryzyko innego rodzaju, mianowicie otwiera perspektywę niekontrolowanego przedłużania fizjoterapii bez wskazań medycznych, co może powodować negatywne skutki finansowe dla budżetu państwa i nie przynosić korzyści pacjentowi.

Na koniec trzeba wspomnieć, że Ministerstwo Zdrowia przygotowało nowelizację Ustawy skoncentrowaną na naprawie wspomnianej usterki terminologicznej, polegającej na nazwaniu fizjoterapeuty „podmiotem leczniczym wykonującym działalność leczniczą”. Obecnym skutkiem tej usterki jest konieczność prowadzenia przez fizjoterapeutów działalności gospodarczej jedynie w formie podmiotu leczniczego. Wyraźnym motywem opracowania tej nowelizacji jest interes grupy zawodowej fizjoterapeutów. Niestety, nie podjęto inicjatywy wprowadzenia poprawek potrzebnych do zwiększenia bezpieczeństwa pacjentów. A przecież Ustawa wymaga pilnej nowelizacji usuwającej opisane wady!

Dr n. pr. Robert TARNACKI
radca prawny

(przedruk z „Pulsu” nr 11/18)

PRZECZYTAŁEM ARTYKUŁ „KRYZYS MEDYCyny OPARTEJ NA FAKTACH” (PULS MEDYCyny Z 07.10.2015 R.)

Zdziwiłem się, że polskie czasopismo medyczne podaje krytykę, tę u nas tak poważaną, bo opartą na obiektywnych badaniach – doktrynę postępu medycznego, ale okazało się, że to jedynie komentarz do artykułu: „*Evidence based medicine: a movement in crisis?*” z BMJ 2014; 348 (<http://dx.doi.org/10.1136/bmj.g3725>) z 13 czerwca 2014 r. Jego autorzy, to brytyjscy lekarze: Trisha Greenhalgh, Jeremy Howick i Neal Maskrey, którzy zauważyli, że EBM, to nie tylko wynik niepodważalnych medycznych faktów potwierdzonych naukowo – i jedynie naukowo, ale że to również „*kwestie ekonomiczne, polityczne, technologiczne i rynkowe – skierowały medycynę oparte na faktach, w stronę myślenia w kategoriach statystyki, ryzyka oraz pozorowanej pewności*”. Takie spojrzenie (nie wiem czy o tym wiedzą autorzy), nosi znamiona „skażenia” warsztatem ANTROPOLOGII NAUKI – dziedziny badającej mechanizmy działania nauki i gromadzenia wiedzy.

Ich zdaniem; powoduje to, iż obecnie: „*Pacjenci są leczeni na podstawie algorytmów i biurokratycznych dyrektyw, nie będąc traktowani indywidualnie...*” Autorzy, podkreślają problem zdominowania tematyki badań medycznych przez ich głównego obecnie fundatora, jakim są firmy farmaceutyczne. Skutkiem tego (ich zdaniem), istnieje możliwość fałszowania ich obiektywizmu i prawdy, poprzez tendencyjny dobór pacjentów do badań, wpływ na publikacje (głównie badań z wynikami niekorzystnymi dla fundatorów), a także makiawelicznych manipulacji wynikami; z których może wynikać np.: że „*...lek X jest lepszy od leku Y, lek Y jest lepszy od leku Z, a lek Z lepszy od leku X*” – wszystkie są więc wtedy najlepsze... Ulegli i wręcz zależni finansowo od fundatorów naukowcy, mogą wpływać tym, na opiniotwórcze gremia naukowe – tworząc niekończące się fale rekomendacji, pouczeń, zaleceń i wytycznych; krępujące analityczne lekarskie dociekanie prawdy terapeutycznej, będącej podstawą spersonalizowanego podejścia do pacjenta – tak obecnie oczekiwanego. Biurokratyzacja systemu ochrony zdrowia, spreparowanego w równym stopniu, przez opiniotwórcze „*lobbowane autorytety akademickie*”, urzędników ministerstw jak i ubezpieczalni; próbuje narzucić lekarzom-praktykom; bezkrytyczne respektowanie zaleceń, opracowanych często na przeszacowanych, bądź niedoszacowanych – nie w pełni więc wiarygodnych – danych. Praktyczne zastosowanie takich wytycznych, opracowanych w oparciu o analizę standardowej skuteczności monoterapii jednej choroby, w sytuacji np. starczej zindywidualizowanej/spersonalizowanej wielochorobowości – było by nieprofesjonalnym, a więc niebezpiecznym medycznym nieporozumieniem.

Dalej, autorzy zwracają uwagę, że uprawianie medycyny nie może polegać na mechanicznej „algorytmoterapii”, że brzmienie dowodów badawczych musi być zrozumiałe dla zespołów: pacjent/ lekarz – bo tam następuje praktyczna konsumpcja naukowego wysiłku. Podkreślają w konkluzji, że tylko niezależna od „fundatorów” badań (merytorycznie i finansowo) ocena ich wyników i ich upublicznianie w postaci wytycznych – mogą zostać praktycznie wykorzystane, jeżeli będą tworzone w oparciu o realia warunków i możliwości pracy lekarzy POZ, a nie klinicznych „wież z kości słoniowej” oderwanych zwykle od szarej rzeczywistości POZ. Ponieważ; „*Nikt nie powinien być sędzią we własnej sprawie*”, więc kontrowersyjne jest opieranie prawd EBM, wyłącznie na wynikach badań organizowanych i finansowanych przez wytwórców leków. Zbyt wiele kontrowersji narosło wobec dochodów i dystrybucji zysków, poprzez finansowanie reklam i sposobów marketingu (a także przeprowadzania badań klinicznych) wyrobów farmaceutycznych przez przemysł – aby pozostawić to poza niezależną od producentów oceną. Wystarczy zapoznać się z wynikami kontroli NIK i ABW, dotyczących finansowania lekarzy, przeprowadzających badania kliniczne leków, aby stracić pewność co do obiektywizmu wyników ich badań.

Skąd jednak wziąć pieniądze na weryfikujące niezależne badania? Znakomitym pomysłem, okazał się 5% podatek od reklamy/marketingu/ lobbingu koncernów farmaceutycznych, jaki udało się we Włoszech wprowadzić profesorowi Garattiniemu. Podobny podatek w Polsce (2010 r.), usiłował wdrożyć nasz kolega z Nowej Soli, dr Marek Twardowski, gdy sprawował urząd v-ce Ministra Zdrowia – bez powodzenia (koncerny miałyby płacić 3% od rocznego przychodu ze sprzedaży leków refundowanych – tak pozyskane środki wpływałyby do Agencji Oceny Technologii Medycznych, która przeprowadzałaby niezależne badania kliniczne). Skuteczny lobbing firm farmaceutycznych (czytaj: „Rzeczpospolita” 2 kwietnia 2010 r.), uniemożliwił ten zamysł. Jak, wygląda taki skuteczny lobbing? Siła to – jakich argumentów? Naiwne chyba pytanie... „*Nasz lek pomaga najlepiej, czego dowiedli najlepsi naukowcy których my sfinansowaliśmy*” – oczywistym jest, że bycie sędzią we własnej sprawie, raczej odbiera wiarygodność, niż ją daje. Nie było to jednak oczywiste dla większości parlamentarnej w 2010 r., skoro dała się zlobbować na „nie”. Jak widać; interes społeczny, a „inny” interes – to różne interesy.

Ale, czym jest, wspomniana wyżej ANTROPOLOGIA NAUKI? Otóż, jest to część antropologii wiedzy, której istotne teoretyczne założenia, dał znakomity polski lekarz

► (mikrobiolog) – LUDWIK FLECK (1896–1961), uczeń Rudolfa Weigla z Uniwersytetu Jana Kazimierza we Lwowie.

W 1935 r. wydał on w języku niemieckim książkę, o bardzo istotnym obecnie znaczeniu dla środowiska antropologów nauki: *„Powstanie i rozwój faktu naukowego. Wprowadzenie do nauki o stylu myślowym i kolektywie myślowym”*. Praca ta wzbudziła ówczesnie zainteresowanie, jedynie w niemieckojęzycznym obszarze naukowym – do czasu przełożenia na język angielski. Jej przesłanie dotyczyło kulturowych ocen źródeł nauk przyrodniczych, którego to związku nie można – zdaniem Flecka – zmarginalizować nawet za pomocą najbardziej wyrafinowanych metod badawczych. Konstatacja ta w odniesieniu do EBM, jest argumentem, którego nie sposób odeprzeć w otwartej – niewartościującej dyskusji.

Model Flecka, będący sposobem objaśniania zasad tworzenia obiektywnej nauki, pokazuje jak pojedynczy badacz, posiadający możliwość indywidualnego wyboru – będąc osadzonym w określonych warunkach, właściwych dla kulturowych realiów dominujących w danym czasie – dostrzega z tego powodu jako istotne, tylko pewne (wybrane) problemy badawcze, skupia się na ich wyjaśnianiu i interpretując je podobnie do większości innych badaczy swego czasu, tworzy paradygmat badawczy swojej epoki (autorem pojęcia „paradygmat” jest właśnie Ludwik Fleck, od którego zapożyczył go Thomas Samuel Khun (1922–1996 r.).

W taki właśnie sposób, uczeni tworzą naukową współczesność, formalizującą się w teoriach i prawach naukowych – z jednej strony arbitralnie narzucanych społecznościom, z drugiej przez te społeczności z zaufaniem i pokorą przyjmowanych i potocznie wyznawanych, jako jedynie prawdziwe – do czasu pojawienia się innych teorii i praw – podobnie jedynie prawdziwych.

Tak kulturowe uwarunkowanie myślenia naukowego, oparte na interpretacyjności faktów – widział wiek temu

Fleck. Dziś widzimy, że wpływ owej „kulturowości” na obecny stan wiedzy medycznej, został zresztą uzupełniony, „*sztuką erystycznej argumentacji*” bogatych lobbystów farmaceutycznych.

Konstatacja powyższa w środowisku medycznym, ma dziś raczej niszowy charakter i może być uznana za kontrowersyjną, bo dorobek niemedyczny Flecka, w środowisku medycznym – wciąż prawie nie jest znany. Obecnie, odczarowywanie EBM, w oparciu o umiejscowienie medycyny w historycznym kontekście społeczno-kulturowym, a przede wszystkim wypracowanie metodologiczno-teoretycznej perspektywy analizującej wiedzę medyczną w aspekcie antropologicznym, wydaje się zadaniem karkołomnym. Współcześnie waży na tym finansowanie prawie wszystkich badań medycznych – głównie, przez prywatnych „darczyńców”. Zaczęło się to od darowizny Rockefellera dla uniwersytetów w XIX wieku, a obecnie skutkuje tryumfem leku gotowego nad robionym (apteki niepostrzeżenie przestają robić leki) – co niezauważalnie może doprowadzić do przekształcenia lekarzy z samodzielnie i twórczo poszukujących remedium – w oparciu o fizjologię i inne nauki podstawowe – w biernych dystrybutorów gotowych wyrobów przemysłu farmaceutycznego, edukowanych przez opłacanych przez jego handlowych przedstawicieli, oraz wyczarterowanych spolegliwych nauczycieli akademickich. I mimo, iż nie wszyscy lekarze korzystają z tłustych grantów, czy często zamorskich, forsownych podróży edukacyjnych (symposium – gr. Συμπόδιον – symposion, wspólne picie), to jednak na krytykę tak skonstruowanego systemu medycznego i widzenie przyczyn impasu medycyny w źródłach jego finansowania – zdobywa się niewiele.

Lek. med. Janusz KOŁODZIEJCZYK

(przedruk z „Doktora” nr 3/18)

MEDICE CURA TE IPSUM ? CZY ABY NA PEWNO?

*Często oskarża się lekarzy o gruboskórność, korupcję i zarożumiałość. Oni jednak przypominają nam, że poświęcili wiosnę swojego życia i bezpowrotnie stracili najlepsze lata pomiędzy dwudziestką a trzydziestką na zdobywanie umiejętności, dzięki którym mogli służyć bliźnim. Ponadto kosztowało ich to wiele wyrzeczeń. Większość przez ten czas przespała najwyżej tuzin spokojnych nocy. Wielu poświęciło swoje małżeństwa i straciło tę wyjątkową sposobność obserwowania, jak dorastają ich własne dzieci. Tak więc jeśli twierdzą, że świat jest im winien jakąś rekompensatę – w postaci bogactwa, szacunku czy też statusu społecznego – to ich żądania nie są całkowicie bezpodstawne. Ponadto ponure statystyki wykazują, że lekarze cierpią bardziej niż niektórzy ich pacjenci”. **

Ktoś spoza środowiska medycznego, zadawał mi pytanie – co to takiego jest powołanie? Czy ono rzeczywiście istnieje? Jak mógłbym je zdefiniować? W takich sytuacjach, nie zawsze w sposób przekonujący, byłem w stanie udzielić wyczerpującej i jednoznacznej odpowiedzi. Po latach pracy, doświadczeń, mając przed oczyma historie wielu moich pacjentów, ich rodzin, a także losy lekarzy z którymi spotykałem się w pracy, stwierdzam, że nie ma jednej, wyczerpującej odpowiedzi. Każdy z nas ma zapewne na to własną definicję, której potwierdzeniem jest jego droga zawodowa, usiana wieloma sukcesami, ale też większymi lub mniejszymi dramatami.

Próbując jednak zdefiniować tą postawę, dochodzę do wniosku, że powołanie to przewlekły stan, który wbrew wielu negatywnym aspektom naszego zawodu (perma-

nentny stres, przepracowanie, zespół wypalenia zawodowego, ciągły kontakt z cierpiącymi ludźmi, śmierć pacjentów, niezadowolające warunki finansowe i inne), wzbudza i utrzymuje w nas stałą potrzebę zajmowania się chorymi i niesienia im pomocy. Cena jaką przychodzi nam za to płacić jest ogromna.

Jednym z negatywnych aspektów pracy lekarzy jest między innymi utrata zdrowia, wskutek różnego rodzaju uzależnień, które czyhają na drodze zawodowej.

Jak wiele z naszych koleżanek i kolegów walczyło ze swoimi „problemami/słabościami”, nierzadko w osamotnieniu, pomimo że doskonale widzieliśmy te zmagania. Niestety, niektóre z tych historii zakończyły się tragicznie. Zawsze w takich okolicznościach zadaję sobie pytanie – co zrobiliśmy żeby temu zapobiec? Czy mogliśmy na jakimś etapie zmagania pomóc? Czy powinniśmy się „wtrącać” w czyjeś życie? Czy mamy do tego prawo? Może w tak „delikatnej materii” trzeba być subtelny? Tego typu pytania i wątpliwości można stawiać bez końca. Nie ma jednej odpowiedzi. Osobiście uważam, że trzeba podejmować starania, aby znaleźć drogę do osoby, która jest w potrzebie, która nawet nie zgłasza chęci tej pomocy, a czasem wręcz ją odpycha i neguje. Jeśli wybierzemy łatwiejszy sposób nie ingerowania, to swoją postawą zaprzeczamy istocie naszego zawodu, sensu powołania. Przyjmuję, że wielu z nas lekarzy, w to powołanie jednak wierzy.

Miejsce pracy, jej specyfika, struktura i zachodzące w tym środowisku procesy mogą mieć istotne znaczenie w procesie uzależniania się jednostki. Dotyczy to charakteru wykonywanej pracy, obowiązujących rytuałów, stylu kierowania, a nawet wzajemnych relacji pomiędzy ludźmi. Mechanizmy powstawania uzależnień nie są do końca rozpoznane i nie zawsze można jednoznacznie je określić. Niewątpliwie należy myśleć o splocie wzajemnie powiązanych i oddziałujących na siebie okoliczności wewnętrznych i zewnętrznych, które mogą, prowadzić do rozwoju uzależnienia u danej osoby.

Możliwe czynniki, mające wpływ na powstanie i rozwój uzależnienia, to między innymi:

Czynniki społeczne; znaczenie mają wzorce kulturowe, na które składają się standardy obyczajowe i postawy społeczne, wobec używania substancji psychoaktywnych.

Środowisko rodzinne, w którym dokonuje się modelowanie postaw wobec stosowania substancji psychoaktywnych. Wbrew powszechnej opinii, że to grupa rówieśnicza jest miejscem inicjacji alkoholowej młodego człowieka, badania potwierdzają, że większość osób w Polsce pierwszy kontakt z alkoholem ma w swoim rodzinnym domu. Tu dostają też pierwsze leki przeciwbólowe, czy uspokajające, które torują drogę do chemicznej ulgi, a to może stać się podstawą nałogowego regulowania uczuć w przyszłości.

Dostępność środków psychoaktywnych (alkohol, narkotyki, leki itp.).

Czynniki psychologiczne, rozmaite koncepcje psychoanalityczne, czy teorie relacji z obiektem, upatrują powstawanie uzależnienia w nieświadomych tendencjach autodestrukcyjnych, ucieczce od cierpienia, niezaspokojeniu potrzeb w znaczących relacjach dzieciństwa, czy potrzebie poszerzenia siebie o silny, znaczący obiekt, w tym przypadku substancję psychoaktywną.

Inne teorie uznają uzależnienie za **wyuczone zachowanie**, które może ulec modyfikacji na skutek przewarunkowania (tj. powiązania bodźca z nowym efektem), wskazując m.in. na potrzebę redukcji napięcia.

Egzystencjalny nurt w psychologii akcentuje takie źródła uzależniania się jak **lęk, niepokój, frustracja**.

Kolejne próby szukania wspólnego mianownika wiodącego do uzależnień, wskazują na **słabą odporność na napięcie i stres, niedojrzałość**, czy zależność jako cechy osobowości, duże zapotrzebowanie na stymulację, czy odpowiednio niską tolerancję na monotonię, trudności w relacjach z innymi ludźmi.

Czynniki biologiczne. Istotność tych czynników potwierdzają badania bliźniąt. Trwają także badania w kierunku dziedziczenia predyspozycji do uzależnienia – poszukujące genu zlokalizowanego w jednym z chromosomów oraz genu kodującego jeden z receptorów dopaminowych.

Wielu specjalistów zajmujących się szukaniem źródeł uzależniania się człowieka uznaje, że jest nim zazwyczaj **splot czynników biopsychospołecznych**.

Istotnym czynnikiem mającym znaczenie w problemie uzależnień jest środowisko pracy – **miejsce wzajemnego oddziaływania** z pozostającą w nim osobą uzależnioną. Środowisko, w którym pracuje osoba uzależniona, przeżywa poważne trudności z jej zachowaniami (niedotrzymywania terminów zleconych zadań, absencji w pracy, funkcjonowania pod wpływem alkoholu, czy narkotyku). Niejednokrotnie, przez długi czas, środowisko to nie podejmuje konstruktywnych interwencji wobec uzależnionego pracownika, czy szefa. Może ono wówczas zacząć przejawiać cechy, które zazwyczaj fachowcy diagnozują u bliskich osób w rodzinie uzależnionego, czy uzależnionej. Mowa tu o współuzależnieniu, czyli szkodliwej formie adaptacji do relacji z bliską osobą, Która w wyniku swojego uzależnienia funkcjonuje w sposób destrukcyjny.

W Polsce problematyka uzależnień w zawodach medycznych była bardzo długo tematem „tabu”, przy czym od kilku lat problem jest coraz szerzej nagłaśniany w środkach masowego przekazu, w tym także w internecie. Pojawiają się naukowe publikacje opisujące bezsilność dyrekcji zakładów opieki zdrowotnej w Polsce wobec uzależnionych od alkoholu lekarzy.

Używanie i nadużywanie substancji psychoaktywnych w środowisku lekarzy nie jest nowym zjawiskiem. Powszechne jest używanie alkoholu, inne popularne środki to benzodiazepiny i opiaty. Środowisko medyczne ma łatwy dostęp do substancji psychoaktywnych, w postaci

leków, stąd duże ryzyko uzależnienia w tej grupie zawodowej, w porównaniu do ogółu społeczeństwa.

Odsetek lekarzy uzależnionych od substancji psychoaktywnych, podawanych przez różnych autorów waha się od kilku do kilkunastu procent. Spożycie substancji psychoaktywnych w grupie zawodowej lekarzy rośnie, a jednym z zasadniczych powodów takiego postępowania jest chęć zmniejszenia następstw sytuacji stresowych i kompensacja niedoboru endorfin.

Uzależnienie cechuje postawa, w której przyjmowanie substancji psychoaktywnych dominuje nad innymi zachowaniami. Najbardziej istotna jest utrata zdolności osoby uzależnionej do kontroli swojego postępowania, które przynosi szkody osobie uzależnionej, ale i całemu środowisku, w którym przebywa. Pomimo wagi problemu, jakim są uzależnienia, brak jest rzeczywistych danych na temat skali zjawiska w środowisku medycznym.

Zagadnienia związane z terapią uzależnień wśród lekarzy porusza się rzadko i niechętnie. Podobne zjawisko dotyczy przedstawicieli różnych zawodów, w tym w szczególności „zawodów zaufania publicznego”, które z racji specyfiki i obciążeń oraz problemów związanych ze swoją pracą, reprezentują niemały odsetek osób uzależnionych (służby mundurowe, prawnicy, duchowni, politycy i inni). W odniesieniu do tych grup zawodowych, również niezbyt chętnie, na forum publicznym, podnosi się problem uzależnień, konieczności terapii i poszukiwania właściwych działań i rozwiązań. Można powiedzieć, że o problemie „wiedza wszyscy”, ale jest to problem „wstydlivy” i zazwyczaj „zamiatany pod dywan”.

Idea pomocy lekarzom pojawiła się w Stanach Zjednoczonych, jako interwencja, której celem miało być uświadomienie zagrożenia osobie pijącej, zanim dojdzie do zdarzenia skutkującego konsekwencjami zawodowymi lub prawnymi. W latach dziewięćdziesiątych, pionierami wsparcia środowisk lekarskich dotkniętych problemem uzależnień, były także Niemcy. Izba Lekarska w Hamburgu wprowadziła program interwencji i pomocy. Jednym z zasadniczych założeń tych działań było zapewnienie chorym całkowitej poufności. Innowacyjnością tej metody było postawienie w jej centrum człowieka z jego indywidualnością.

Nadmierne spożycie alkoholu jest problemem dość często pojawiającym się także w środowisku studentów medycyny i absolwentów studiów medycznych już na początku praktyki zawodowej. Studenci kierunków medycznych narażeni są na stres, podobnie jak osoby na innych uczelniach, mają jednakże większą wiedzę na temat szkodliwości pewnych uzależnień. W jednej z prac autorzy dokonali oceny spożywania alkoholu przez polskich lekarzy stażystów. Badanie potwierdziło ryzyko nadmiernej konsumpcji napojów alkoholowych przez tą grupę, a także wykazało potrzebę opracowania programów oferujących lekarzom stażystom wsparcia psychologicznego i pomocy w pierwszych miesiącach pracy zawodowej.

Posługiwanie się substancjami psychoaktywnymi w celu redukcji napięcia, odprężenia i ulgi jest zaliczane do tzw. objawów ostrzegawczych, czyli sygnałów, które mogą świadczyć o rodzącym się, bądź już istniejącym problemie. Zaliczamy do nich także spożywanie substancji w miejscach, gdzie nie powinno się tego robić, czyli np. w pracy. Zagrożenie uzależnieniem powstaje, jeśli różne trudne sytuacje i złe doświadczenia nakładają się na siebie. Podstawowe potrzeby i rozładowanie napięcia są realizowane nie przez działania konstruktywne, ale przez środek psychoaktywny jako zamiennik.

Objawy uzależnienia mogą być bardzo różne, od lewdzie zauważalnych po bardzo oczywiste. Objawy podmiotowe i przedmiotowe, które można zauważyć u lekarza w miejscu pracy:

Oznaki wskazujące na możliwe uzależnienie od alkoholu – zapach alkoholu w wydychanym powietrzu, bełkotliwa mowa, ataksja, nierówne lub obniżające się wyniki w pracy, drżenie, niekontrolowane zachowanie podczas spotkań towarzyskich, problemy z postrzeganiem prawa (np. przemoc domowa, prowadzenie pojazdów pod wpływem substancji odurzających), ukrywanie butelek, obniżony poziom higieny osobistej, trudności w przypominaniu sobie wydarzeń, rozmów, zobowiązań („dziury w pamięci”), powolność, złe samopoczucie-kac, mała wydajność w pracy rano, nieusprawiedliwione nieobecności, nietypowe bolesne urazy, wahania nastroju, drażliwość, pocenie się, problemy domowe/małżeńskie, izolowanie się, regularne wcześniejsze opuszczanie miejsca pracy.

Oznaki wskazujące na uzależnienie się od opioidów – okresy niepokoju, objawy „głodu” – na zmianę z okresami uspokojenia (po zażyciu substancji psychotropowej), rozszerzone źrenice (głód opioidowy), zwężone źrenice (po zażyciu opioidów), nadmierne pocenie się, noszenie długich rękawów (by ukryć ślady nakłuć), częste wyjścia do toalety (aby przyjąć kolejną dawkę), częste, niewyjaśnione nieobecności w godzinach pracy, spędzanie w pracy większej ilości czasu, niż to konieczne (dostęp do substancji), zgłaszanie się na dodatkowe dyżury, potrzeba korzystania z dodatkowych przerw w pracy lub gotowość do pracy bez przerwy, zgłaszanie się na ochotnika do utylizacji zużytych leków, poszukiwanie pojemników na ostre narzędzia/odpady, niedokładne zapisywanie dawek leków lub różnice w zapisanej dawce w karcie a dawką podawaną, przepisywanie pacjentom zbyt dużych dawek opioidów, testy używanych substancji, wskazujące na ich rozcieńczenie, niezwracanie niewykorzystanych leków po zakończeniu leczenia pacjenta, pacjenci przyjeżdżający do sali pooperacyjnej z bólami nieadekwatnymi do zapisanej dawki podanego opioidu.

Używanie i nadużywanie substancji psychoaktywnych jest jedną ze strategii radzenia sobie ze stresem. Spełnia głównie funkcje regulacji stanu emocjonalnego, zredukowania napięcia, poprawy nastroju, odprężenia, pozwala na zapomnienie o kłopotach. Zalicza się do strategii

ucieczkowo-unikowych. Niektóre osoby piją, by obniżyć poziom lęku lub stresu, co może prowadzić do nadużycia substancji psychoaktywnych, a w końcu do uzależnienia. Stres psychiczny może przyczyniać się do sięgania po alkohol oraz uruchamiać podatność na wpływ alkoholu. Bardzo podobny efekt fizyczny i psychiczny daje uzależnienie od barbituranów; często obydwie uzależnienia są łączone ze sobą. Osoby żyjące w długotrwałym lęku i stresie często sięgają po środki uspokajające i psychotropowe, głównie benzodiazepiny. Dodatkowo spożycie substancji psychoaktywnych rośnie wraz z nasileniem sytuacji stresowej. Jak udowodniono, dzieje się tak, ponieważ alkohol i narkotyki mają właściwości kompensowania niedoboru endorfin, których poziom spada po przeżyciu napięcia.

Szacuje się, że w którymś momencie kariery zawodowej problem uzależnienia dotyka 10–12% lekarzy; odsetek ten jest zbliżony do odsetka właściwego dla całej populacji, a nawet nieznacznie wyższy. Zawód lekarza oznacza wysoki status społeczny, ale wiąże się także z dużym ryzykiem napiętnowania i wykluczenia społecznego w razie wyjścia na jaw problemu uzależnienia. Groźba izolacji może prowadzić do poważnych konsekwencji, począwszy od opóźnienia rozpoznania i wdrożenia terapii, a kończąc na ryzyku śmierci z powodu przedawkowania lub samobójstwa. Spóźnione rozpoznanie jest również powodowane obawą niektórych lekarzy, że ujawnienie uzależnienia może nie tylko negatywnie wpłynąć na ich autorytet, ale również pozbawić ich prawa do wykonywania zawodu, a co za tym idzie, środków do życia. Co więcej, rodzina i współpracownicy często wchodzą z chorym w zмовę milczenia, by chronić go przed utratą pracy i dochodów. Dla współpracowników, którzy mają podejrzenia w kwestii uzależnienia u kolegi, upewnienie się co do nich i podjęcie działań może być trudne i krępujące z różnych powodów, począwszy od dylematów: „Czy mam prawo mu mówić, jak ma kierować własnym życiem?”, po obawę przed procesem sądowym.

Zdarza się, że lekarz przebywa w miejscu pracy będąc pod wpływem nadużywanej substancji, wykazując typowe objawy, jak ataksja czy dyzartria, jednak badania wskazują, że z reguły oznaki uzależnienia są znaczenie mniej widoczne, szczególnie w przypadku uzależnienia od opioidów. Lekarz może bez zarzutu wykonywać swoje obowiązki służbowe, a jedynym dostrzegalnym dla kolegów sygnałem istniejącego problemu mogą być zmiany w jego zachowaniu. Najważniejsza jest ochrona zdrowia pacjentów znajdujących się pod opieką uzależnionego lekarza, ale należy też pamiętać, że nadużywanie dożylnych opioidów grozi poważnymi konsekwencjami zdrowotnymi (np. obrzękiem mózgu z powodu niedotlenienia w wyniku nieumyślnego przedawkowania), a nawet śmiercią. Dlatego jeśli podejrzewa się uzależnienie u lekarza, konieczne jest szybkie potwierdzenie tego podejrzenia i interwencja.

Programy leczenia uzależnień lekarzy oferują terapie opracowane specjalnie na użytek tej grupy zawodowej. Głównym elementem tego rodzaju leczenia jest terapia grupowa. Spotkania w grupie są okazją, aby obserwując inne osoby, rozpoznać własne zachowania świadczące o nieprzystosowaniu społecznym. Pozwalają także omówić trudności, z którymi spotykają się uzależnieni lekarze w miejscu pracy. Jednym z ogniw tego leczenia jak i elementem wsparcia może być właśnie środowisko zawodowe. Pełnomocnik ds. Zdrowia Lekarzy podjął się między innymi w szerokim zakresie wspierać, pomagać, szukać różnych rozwiązań w zmaganiach lekarzy z problemem uzależnień.

Witold OLAŃSKI

* Cytat z książki Ericha Segala „Doktorzy” – Wydawnictwo Albatros, 2016. *Piśmiennictwo u autora*

Dr n. med. Witold OLAŃSKI, specjalista w zakresie chirurgii dziecięcej i medycyny ratunkowej, kierownik SOR w Uniwersyteckim Dziecięcym Szpitalu Klinicznym w Białymstoku, pełni funkcję w białostockiej Okręgowej Izbie Lekarskiej Pełnomocnika ds. Zdrowia Lekarzy.

CZAS PRZYPIĄĆ NARTY

Z dr hab. n. med. Przemysławem PARADOWSKIM, kierownikiem Kliniki Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu z Pododdziałem Reumatologii w Szpitalu Uniwersyteckim nr 2 CM UMK rozmawia Agnieszka Banach

Mamy grudzień, kalendarzowa zima za kilka dni – za chwilę ruszymy na stok! Nierzadko wygląda to tak, że jednego dnia jeszcze jesteśmy w pracy, a już następnego przypinamy narty czy snowboard i bez przygotowania zaczynamy zjazd. Jak na taką nagłą aktyw-

ność mogą zareagować nasze kości i stawy? Czy to im nie zaszkodzi?

Nasze kości i stawy są w stanie wytrzymać naprawę bardzo wiele. Jakby popatrzeć na to, jak ludzie przygotowują się do sezonu zimowego, a właściwie nie przygotowują, a potem zobaczyć, jak ich organizm znosi taki nietypowy wysiłek, to możemy stwierdzić, że zaskakująco dobrze. Biorąc pod uwagę stopień przygotowania fizycznego – liczba urazów powinna być co najmniej 10 razy większa. Ciało ludzkie jest jednak bardzo elastyczne i ewolucyjnie przystosowane do bardzo dużych obciążeń. Oczywiście byłoby lepiej i bezpieczniej gdyby-

śmy wcześniej odpowiednio przygotowali nasze mięśnie i stawy do funkcjonowania w warunkach stoku narciarskiego. Doskonale można zrobić to np. na nartach biegowych, gdzie pracują podobne grupy mięśni. Polecam takie wejście w sezon, sam jeżdżę na biegówkach, choć wiem, że w naszym regionie z powodu braku śniegu może okazać się to niemożliwe.

A nie wystarczy rozgrzewka na stoku przed zjazdem?

Gdyby wszyscy ją praktykowali, to byłoby bardzo dobrze. Na ogół jednak zaczynamy zjazdy natychmiast po tym, jak zejdziemy z wyciągu. Najlepiej dla naszego zdrowia byłoby, gdybyśmy zaczęli przygotowywać się jeszcze przed wyjazdem i poświęcili trochę czasu na wzmocnienie mięśni, co zwiększa stabilność stawów, oraz trening propriocepcji, poprawiający czucie ułożenia ciała w przestrzeni. Pamiętajmy, że narciarstwo alpejskie jest jednym z najniebezpieczniejszych sportów, właściwie ekstremalnym, jednym z najbardziej urazowych!

Często myślimy, że jak już udało nam się wyrwać na tydzień na narty, to teraz szkoda tego czasu nie wykorzystać i jeździmy, jeździmy, jeździmy, aż do zamknięcia stoku....

I okazuje się, że nie byliśmy do tak intensywnego jeżdżenia przygotowani. Mamy zakwaszone mięśnie, jesteśmy zmęczeni, a wtedy łatwo o uraz. Często jeździmy za szybko, brawurowo (najczęściej mężczyźni), co też jest przyczyną wielu wypadków na stokach. Urazy występują jednak także podczas wolniejszych zjazdów. W wyniku upadku przy niewielkiej prędkości, co zdarza się często narciarzom początkującym oraz generalnie ostrożniejszym na stoku kobietom, może dojść do niewypięcia się narty. Dochodzi wówczas najczęściej do uszkodzeń w obrębie stawu kolanowego, głównie więzadeł krzyżowych przednich oraz więzadeł pobocznych. Zresztą ryzyko uszkodzenia więzadeł stawu kolanowego jest u kobiet większe także w innych sportach. Wynika to między innymi z budowy anatomicznej kobiet: szerszej miednicy i większej koślawości kolan.

Podsumowując: uszkodzenia więzadła krzyżowego przedniego to podstawowy uraz narciarzy, stanowi 60% wszystkich urazów narciarskich. Ostatnio przeczytałem ciekawą pracę, w której opisano badania szwedzkiej grupy młodych narciarzy wyczynowych pod kątem tego urazu. Okazało się, że w ciągu roku 5 ze 100 narciarzy doznało uszkodzenia więzadła krzyżowego przedniego. To bardzo dużo.

Ocenia się, że ponad 70% wszystkich kontuzji narciarskich dotyczy stawów kolanowych. Poza uszkodzeniami więzadeł krzyżowych do najczęstszych należą urazy więzadeł pobocznych oraz łąkotek.

Dlaczego to akurat kolana tak często się uszkadzają?

Bo kolana przenoszą w narciarstwie zjazdowym olbrzymie obciążenia. Szttywny but mocno trzyma staw skokowo-goleniowy. Przy wyłączeniu tego stawu wszystkie przeciążenia przenoszone są przez staw kolanowy.

Unieruchomiony i stabilny w bucie narciarskim staw skokowo-goleniowy w narciarstwie alpejskim nie uszkadza się praktycznie wcale. Przy snowboardzie tak, bo tam nosimy miękki but.

Proszę straszyć dalej... Jakie jeszcze kontuzje nam grożą?

Narciarze narażeni są też na złamania piszczeli, urazy głowy. Często spotyka się urazy kciuka, tzw. kciuk narciarski. Do urazu dochodzi w wyniku upadku na rękę trzymającą kijek z jednocześnie odwiedzionym kciukiem. Upadek powoduje uszkodzenie więzadła pobocznego łokciowego stawu śródręczno-palczkowego kciuka. Uszkodzenie wymaga często leczenia operacyjnego.

Snowboard jest chyba bezpieczniejszy niż narty. Podobno podczas jazdy na desce ryzyko urazu śmiertelnego jest trzykrotnie niższe niż w przypadku jazdy na nartach.

Ryzyko poważnych kontuzji na pewno jest mniejsze. W snowboardzie nie dochodzi tak często do urazów stawów kolanowych. Wpięcie nóg w jedną deskę jest dla kolan bezpieczniejsze, bo nie ma możliwości rozjechania się nart i wykoślawienia stawów w taki sposób, jak dzieje się to w przypadku narciarstwa alpejskiego. Poza tym but do snowboardu jest miękki, nie stabilizuje stawu skokowego tak, jak narciarski, tym samym przenosząc nań część obciążenia. Częstsze w tej dyscyplinie są urazy kończyn górnych. Uszkodzenia kciuka występują zdecydowanie częściej niż u narciarzy, podobnie złamania przedramienia, w tym nasady dalszej kości promieniowej, złamania obojczyka i w ogóle uszkodzenia stawu barkowego.

Co robić, kiedy w górach przydarzy nam się uraz np. kolana? Można to zbagatelizować, poczekać, aż ból i opuchlizna sama przejdzie, czy lepiej natychmiast skonsultować się z lekarzem ortopedą?

Urazu kolana nie można bagatelizować! Uszkodzenia więzadła krzyżowego, nawet jeśli są niepełne i dotyczą jedynie skręcenia stawu kolanowego, należy także potraktować poważnie. Pierwsza zasada: powinniśmy od razu zejść ze stoku albo poczekać na pomoc. Nie powinniśmy dalej zjeżdżać. Następnie warto poszukać pomocy w ośrodku specjalistycznym na miejscu, gdzie zrobić zdjęcie rentgenowskie, wykluczyć ewentualny uraz kostny, klinicznie zbadać kolano. Czasami już w tym początkowym okresie diagnostykę trzeba rozszerzyć o rezonans magnetyczny, żeby zobaczyć jaki jest zakres

uszkodzenia. Potem pozostaje kwestia leczenia. Znam wiele osób, które na takich niezbyt szczęśliwych wakacjach za granicą we Francji, Austrii czy Włoszech zostało przekonanych do szybkiej operacji. Tymczasem nie ma potrzeby, żeby takie uszkodzenia leczyć operacyjnie od razu po zdarzeniu. Mało tego, można tego urazu w ogóle nie leczyć operacyjnie, licząc się z tym, że jakiegos rodzaju niestabilność kolana w pewnych sytuacjach pozostanie. Mniej więcej 1/3 osób z takimi uszkodzeniami radzi sobie świetnie w życiu codziennym bez zabiegu.

A na nartach?

Na nartach gorzej. Nie zalecamy jeżdżenia po uszkodzeniu więzadła krzyżowego przedniego. Tłumaczę chorym, że jeżeli mają tylko jeden tydzień w całym roku spędzić na nartach, a nie mają niestabilności w życiu codziennym i nie są sportowcami wyczynowymi, nie mają potrzeby poddawać się operacji. Możemy przecież zmienić swoją aktywność. Poza tym 1/3 osób operowanych z ww. powodu po zabiegu wcale nie czuje się lepiej. A zdarza się nawet, że dobrze wyćwiczeni chorzy zaczynają czuć się gorzej. To nie jest zabieg o 100% skuteczności. Niestety, w Polsce my, lekarze przekonaliśmy chorych, że przy uszkodzeniu więzadła krzyżowego jego rekonstrukcja jest bezwzględnie konieczna. Teraz pacjenci sami wręcz żądają operacji, niezależnie od istniejących wskazań. Powinniśmy operować tylko tych, którzy mają niestabilność stawu kolanowego przetrwałą mimo prowadzonych regularnie ćwiczeń.

Narty zjazdowe są niebezpieczne, ze snowboardem też lepiej uważać.... Pan jeździ na nartach biegowych, jest Pan ortopedą, a więc to na pewno jeden z najbardziej bezpiecznych sportów zimowych?

Absolutnie się z tym zgadzam. To sport niskiego ryzyka. Kontuzji jest tu zdecydowanie mniej. Jeżeli już są, to najczęściej zdarzają się przy szybkich zjazdach. Mimo że jestem jedynie tzw. entuzjastycznym amatorem nart biegowych, to przy zjazdach osiągam prędkość ok. 50 km/godz. To stosunkowo dużo, a na cienkich biegowych nartach niełatwo jest zachować równowagę. Upadek przy dużej szybkości też może się skończyć jakimś obrażeniem ciała. Do uprawiania tego typu narciarstwa też oczywiście należy się przygotować kondycyjnie i mięśniowo. Zwłaszcza wzmocnić mięśnie czworogłowe uda i stabilność miednicy i stawów kolanowych.

Jak Pan przygotowuje się do sezonu?

Biegam mniej więcej cztery razy w tygodniu i dodatkowo jeżdżę na rowerze szosowym.

Czy każdy może jeździć na nartach? Czy dla osób z nadwagą, protezami stawów, z wadami postawy stoku to jest dobre miejsce?

Nadwaga na pewno nie sprzyja takiemu wysiłkowi. Zbyt wysoka waga jeszcze bardziej obciąży nam stawy kolanowe, podniesie ryzyko urazów. Często narciarze z nadwagą kiedyś byli szczupli i mieli inne możliwości wydolnościowe, teraz pozostały ambicje i przekonanie, że „naadal mogę”, co niekoniecznie jest prawdą. Z protezami zarówno stawu biodrowego czy kolanowego nie zaleca się jeździć. Większe jest ryzyko urazu stawowego czy złamania kończyny w okolicy protezy w wyniku upadku, także zużycie elementów implantu następuje znacznie szybciej. Osobom z protezami nie zaleca się noszenia ciężarów większych niż 20 kg, a jeżdżący slalomem narciarz doświadcza przecież znacznie większych obciążeń.

A więc jedziemy na narty?

Jasne! Ale oczywiście najlepiej po odpowiednim treningu wstępnym! No i zachowajmy rozsądek na stoku!

Dziękuję za rozmowę.

Dr hab. n. med. Przemysław PARADOWSKI jest specjalistą w dziedzinie chirurgii urazowej i ortopedii oraz medycyny sportowej. Od 2013 r. pracuje w Klinice Ortopedii Szpitala Sunderby w Lulea, w regionie Norrbotten (na północy Szwecji), a od 2017 roku jest także lektorem Uniwersytetu w Umea. Jest ponadto członkiem zespołu Clinical Epidemiological Unit na Uniwersytecie w Lund w południowej Szwecji. Od 1994 r. należy do Société Internationale de Chirurgie Orthopédique et de Traumatologie (SICOT). Pracę w Collegium Medicum UMK rozpoczął w grudniu 2017 r. Kliniką Ortopedii i Traumatologii z Pododdziałem Reumoortopedii kieruje od czerwca 2018 r. Zainteresowania: diagnostyka oraz leczenie choroby zwyrodnieniowej stawów oraz zastosowanie metod oceny subiektywnej stanu zdrowia chorych w ortopedii. Główną aktywnością kliniczną Przemysława Paradowskiego jest chirurgia urazowa oraz alloplastyka stawów biodrowych i kolanowych. Przemysław Paradowski uprawia czynnie sport, latem głównie bieganie i kolarstwo, zimą narciarstwo biegowe. Jest melomanem. Słucha głównie jazzu, rocka oraz współczesnej muzyki poważnej. Ma dwoje dzieci w wieku studenckim.

(przedruk z „Primum” nr 12-1/18-19)

ODPOWIEDZIALNOŚĆ OPIEKUNÓW ZA NIEPODDANIE DZIECKA OBOWIĄZKOWEMU SZCZEPIENIU OCHRONNEMU

W ostatnich latach wśród niektórych rodziców rozpowszechniło się przekonanie, że szczepienia ochronne szkodzą dzieciom, o czym jakoby milczą lekarze i firmy farmaceutyczne. Ze szczepieniami miałyby być bowiem związane m.in. zwiększenie ryzyka wystąpienia autyzmu, alergii, astmy. O braku podstaw naukowych tego rodzaju poglądów na łamach „Pulsu” z pewnością nie trzeba przekonywać. Realne niebezpieczeństwo dla zdrowia dzieci powstaje wówczas, gdy nie wykonuje się szczepień, a uchylenie się od obowiązku poddania dziecka szczepieniu pociąga za sobą odpowiedzialność prawną opiekunów. W praktyce stosowane są jednak łagodne sankcje.

Zgodnie z kodeksem rodzinnym i opiekuńczym rodzice zobowiązani są do troski o dziecko, a jeśli jego dobro tego wymaga, sąd rodzinny ogranicza władzę rodzicielską, zawiesza ją lub odbiera. Te elementarne reguły prawa rodzinnego znalazły zastosowanie w głośnej medialnie sprawie z Białogardu. Rodzice bezpośrednio po porodzie odmówili wyrażenia zgody na obmycie noworodka z krwi, wykonanie szczepień i podanie leków. Na skutek zawiadomienia wystosowanego przez szpital w trybie doraźnym zorganizowano posiedzenie sądu rodzinnego, podczas którego wydano postanowienie o tymczasowym ograniczeniu władzy rodzicielskiej. Na wiadomość o decyzji sądu rodzice oddalili się z dzieckiem ze szpitala, ukrywali się przez kolejne dni. Swoje postępowanie tłumaczyli wątpliwościami co do współczesnej medycyny. O ile pierwsza reakcja szpitala i sądu jest w sposób oczywisty prawidłowa, o tyle zdziwienie budzić może finał sprawy. Z przekazów prasowych wynika bowiem, że organy ścigania oraz sąd rodzinny nie dopatrzyły się podstaw do dalszej interwencji. Rodzice zdecydowali się ostatecznie powierzyć dziecko opiece lekarzy i w konsekwencji zachowali pełnię władzy rodzicielskiej. Wydaje się, że wobec rodziców, którzy w poważny sposób narażili zdrowie własnego dziecka, a jednocześnie nie podporządkowali się zgodnemu z prawem orzeczeniu sądu, mógł być zastosowany na przykład stały nadzór kuratora sądowego.

Zgodnie z art. 5 ustawy o zapobieganiu i zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2018 r., poz. 151), za realizację obowiązku szczepień ochronnych odpowiada osoba, która sprawuje prawną pieczę nad małoletnim, a więc zazwyczaj rodzic. W przypadku uchylenia się opiekunów od wspomnianego obowiązku powiatowy inspektor sanitarny uprawniony jest do nało-

żenia grzywny w trybie administracyjnym. W ostatnich latach w sądach administracyjnych utrwaliła się jednolita linia orzecznicza, wypracowana na gruncie licznych spraw toczących się na skutek odwołań rodziców, na których nałożono grzywnę. Zgodnie z orzecnictwem, skoro wykonanie szczepienia poprzedzone jest kwalifikacyjnym badaniem lekarskim, które ma na celu wykluczenie przeciwwskazań, wszelkie argumenty o szkodliwości szczepionek jako takich uznać należy za chybione, a zatem rodzic, który uchylił się od poddania dziecka jakimkolwiek obowiązkowemu szczepieniu, jeśli nie dysponuje zaświadczeniem lekarskim o przeciwwskazaniach, może być przez organy sanitarne pociągnięty do odpowiedzialności (por. m.in.: wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego z 7 lutego 2018 r., II OSK 933/16). Z treści dostępnych orzeczeń wynika, że grzywna nakładana na rodzica wynosiła w takich sprawach zazwyczaj od stu do kilkuset złotych.

Kodeks wykroczeń w art. 115 § 2 przewiduje, że jeśli sprawujący pieczę nad osobą małoletnią, mimo zastosowania środków egzekucji administracyjnej, nie poddaje jej obowiązkowemu szczepieniu ochronnemu, podlega karze grzywny do 1500 zł albo karze nagany. O zawinionym wykroczeniu tego rodzaju orzeka sąd karny, a kara w postaci grzywny lub nagany może być nałożona jedynie pod warunkiem, że wcześniej stosowano omówione środki administracyjne, i tylko jeśli nie przyniosło to skutku w postaci poddania dziecka szczepieniu. Wydaje się, że w pewnych sytuacjach istnieje możliwość rozważenia przypisania rodzicom odpowiedzialności karnej za przestępstwo narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, opisane w art. 160 kodeksu karnego i zagrożone karą do 5 lat pozbawienia wolności. Nie dotarłem do informacji, ażeby tego rodzaju postępowanie faktycznie się toczyło, ale uzasadnione moim zdaniem byłoby przyjęcie wspomnianej kwalifikacji w sytuacji, w której rodzic najpierw świadomie uchylił się od poddania dziecka szczepieniu, na przykład na ospę wietrzną, a następnie świadomie naraża je na ryzyko zakażenia taką chorobą, przykładowo w efekcie skontaktowania z innym chorym dzieckiem. Mimo że jest to jedynie hipotetyczna sytuacja, obawiam się, że rozpowszechnienie przekonań antyszczepionkowych doprowadzi w końcu do sytuacji realnie zagrażających życiu.

Rozwój medycyny i szczepień ochronnych w XX w. doprowadził do eliminacji zagrożenia wieloma śmiertelnymi chorobami zakaźnymi. Sankcje prawne wobec osób, w szczególności rodziców, uchylających się od poddania dzieci obowiązkowym szczepieniom są łagodne, przyniosą więc skutek jedynie wówczas, gdy będą konsekwentnie i nieuchronnie stosowane, a towarzyszyć im

będą działania uświadamiające fakt zdawałoby się oczywisty: współczesna medycyna jest rzeczywiście skuteczna, a wdrażanie nowych leków i procedur prowadzi do eliminacji niepotrzebnego ryzyka dla pacjentów.

Filip NIEMCZYK
adwokat

(przedruk z „Pulsu” nr 12/18)

ODSZEDŁ OD NAS

DOKTOR ANDRZEJ BANYŚ

WIELOLETNI ORDYNATOR ODDZIAŁU GINEKOLOGICZNO-POŁOŻNICZEGO SZPITALA W STRZELCACH OPOLSKICH

Doktor Andrzej Banyś urodził się 14 września 1946 r. w Olkuszu. Dzieciństwo i wczesny okres dorastania spędził w Szczawnicy. Maturę zdał w sąsiadującym Krościenku nad Dunajcem w roku 1965. Stąd też sympatia i przywiązanie do gór, które towarzyszyły Mu przez całe życie i gdzie spędzał każdą wolną chwilę, choć wielu ich w swoim pracowitym życiu nie miał.

Studia medyczne odbył w Łódzkiej Akademii Medycznej, którą skończył z wyróżnieniem w 1971 r. Staż poddyplomowy odbył w Szpitalu Miejskim w Rybniku, a po roku rozpoczął samodzielną pracę młodszego asystenta na Oddziale Ginekologiczno-Położniczym strzeleckiego szpitala. Pierwszy stopień specjalizacji z położnictwa i ginekologii uzyskał w 1976 r., a drugi w 1981. Cały czas aktywnie związany z tym samym oddziałem, systematycznie doskonalił posiadane kwalifikacje uczestnicząc w kursach i szkoleniach oraz posiedzeniach Opolskiego Oddziału Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego.

W 1984 r. objął funkcję Ordynatora Oddziału Ginekologiczno-Położniczego Szpitala w Strzelcach Opolskich, którą pełnił wzorowo przez 28 lat, przyczyniając się do podniesienia rangi oddziału wśród podobnych placówek na terenie województwa opolskiego.

Współpracował chętnie z nestorami opolskiej ginekologii profesorem Stanisławem Lembrychem, docentem Januszem Kubickim, a przez ostatnie 15 lat z dr n. med. Wiesławem Guzikowskim, co zaowocowało m.in. znaczącym obniżeniem wskaźnika umieralności okołoporodowej na terenie województwa opolskiego.

Działania Doktora Andrzeja Banysia przyniosły dużo wymiernych korzyści dla strzeleckiego szpitala. To dzięki Jego inicjatywie powstał w latach 90. nowoczesny Oddział Ginekologiczno-Położniczy z salą porodów rodzinnych i szkołą rodzenia. Doskonalono metody łagodzenia bólu okołoporodowego, wprowadzano nowoczesne me-



► tody operacyjne w zakresie ginekologii. Sprawy szpitala były zawsze Doktorowi bliskie i żywo się nimi interesował. To wszystko, wraz z Jego działaniami, zadecydowało o wysokiej pozycji szpitala wśród placówek medycznych Opolszczyzny.

Nie sposób też nie wspomnieć o zasługach Doktora Andrzeja Banysia w wychowaniu całego pokolenia lekarzy – kontynuatorów jego dzieła, dla których Mistrzem pozostanie na zawsze! Był kierownikiem specjalizacji dziewięciu lekarzy ginekologów, aktywnie uczestnicząc w ich procesie dydaktycznym.

Do 1998 r. sprawował nadzór specjalistyczny nad działalnością pionu leczenia otwartego w zakresie swojej specjalności, dbając o rzetelny i odpowiedni poziom opieki nad przyszlą matką i chorą kobietą.

Za swą pełną poświęcenia pracę był wielokrotnie nagradzany, w tym przez Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej złotym medalem „Za długoletnią służbę w ochronie zdrowia”.

Doktor Andrzej Banyś był człowiekiem ze wszech miar wyjątkowym, oddanym swojej pracy, obdarzonym empatią, wyczuciem i niesamowitą intuicją, popartą posiadaną wiedzą teoretyczną i praktyczną. Z dużym zaangażowaniem troszczył się o zdrowie swych pacjentek i przyszłych matek. Zawsze kompetentny, troskliwy i ciepły.

Był wspaniałym lekarzem położnikiem, z dumą określającym siebie jako świadka cudu narodzin. Dzień po za szpitalem zaczynał od telefonu na Oddział, a kończył po telefonach z Oddziału. Szpital i dom stały się jednym. Nawet Jego choroba wybuchła w czasie pełnienia dyżuru. I to ta choroba zmusiła Go w 2017 r. do zakończenia pracy zawodowej. Z nią przegrał ponad roczną walkę, odchodząc na wieczny dyżur 11 sierpnia 2018 r.

Zapamiętamy Go jako cenionego lekarza, wspaniałego organizatora i szefa. Był bezpośredni. Mówił, że kocha góry i kwiaty, często żartował. Otwierał się na drugiego człowieka, ciekaw jego drogi. Niezwykła empatia, z jaką mówił o człowieku doświadczonym cierpieniem, mocno poruszała. Każdemu współpracownikowi służył pomocą, radą i dobrym słowem. Integrował środowisko, nie zapominał o życzeniach w Dniu Kobiet, nie zapominał o byłych pracownikach i o tych, którzy odeszli.

Kiedy myślimy o Doktorze Andrzeju Banysiu, to obok bólu z powodu Jego zbyt szybkiego odejścia towarzyszy nam radość, że mieliśmy przywilej Go poznać i przyjaźnić się z Nim. Pozostanie długo w naszej pamięci i w niej będzie trwać.

*Współpracownicy ze Szpitala
w Strzelcach Opolskich*

OGŁOSZENIA

Absolwenci ŚIAM Wydział Lekarski Zabrzański

ROCZNIK 1988–1994

W związku ze zbliżającym się 25-leciem ukończenia studiów spotkajmy się ponownie w hotelu „Pod Jedłami” w Wiśle na Zjeździe Koleżeńskim w dniach **6–8.09.2019 r.** Wszystkich zainteresowanych prosimy o rezerwację miejsc do 31.03.2019 r. (wraz z zaliczką 100,00 PLN) oraz wpłatą całości opłaty do 30.06.2019 r. (1 dzień 7/8.09.19– 250,00 PLN, 2 dni 6/7–7/8.09.19 – 400 PLN). Rezerwacja tel.: 33/856-47-20 i 607-737-827 lub mailowo: rezerwacja@podjedlami.pl Hasło: Zjazd 1994.

Wpłaty na konto hotelu NG Bank Śląski nr 22105012141000009031501902. Informacje organizacyjne Anna Czereba-Pohl tel. 604-775-408 oraz Bogdan Żychowicz tel. 606-121-247.

* * *

Specjalistyczny Szpital w Branicach zatrudni: lekarza specjalistę rehabilitacji medycznej, lekarza specjalistę psychiatrii, lekarzy w trakcie specjalizacji bądź chętnych do specjalizacji w zakresie psychiatrii lub w rehabilitacji medycznej.

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

* * *

SP ZOZ Centrum – Przychodnia Centrum w Opolu przy ul. Kościuszki 2 zatrudni lekarza POZ – rodzinnego bądź ze specjalizacją choroby wewnętrzne. Praca w wymiarze pełnego etatu (umowa o pracę lub kontrakt). Prosimy o kontakt na nr telefonu 77/402-03-98 lub mail: sekretariat@zozcentrum.pl.

* * *

Prudnickie Centrum Medyczne S.A. w Prudniku poszukuje kandydatów na stanowisko: **Z-cy Ordynatora Oddziału Ginekologiczno-Położniczego oraz Oddziału Wewnętrznego, lekarza pediatrę oraz lekarza neonatologa.**

* * *

NZOZ SAMED w Krapkowicach podejmuje współpracę z lekarzem stomatologiem. Posiadamy przestronny, dobrze wyposażony gabinet. Do dyspozycji m.in. aparat RTG/RVG. Praca z asystą na 4 ręce, możliwość konsultacji z lekarzami z większym doświadczeniem. Duża baza pacjentów (zapisy z dwumiesięcznym wyprzedzeniem). Pacjenci przyjmowani zarówno komercyjnie, jak i na podstawie kontraktu z NFZ (wysoki kontrakt). Indywidualnie dopasowana forma i dobre warunki zatrudnienia. Praca w przyjaznej, spokojnej atmosferze. Kontakt: m.klement@samed.pl; tel: 502-505-761.

* * *

Zatrudnię lekarza w Poradni POZ w Starych Budkowicach – szczegółowe informacje pod nr. tel. 603-974-054; mail: medicor69@tlen.pl.

* * *

Centrum Diagnostyczno-Terapeutyczne Psychomed w Opolu nawiąże współpracę z **lekarzem psychiatrą**. Więcej informacji udzielamy pod numerem telefonu 734-460-357.

* * *

Zatrudnię lekarza stomatologa w gabinecie stomatologicznym w Rychtalu koło Namysłowa na bardzo atrakcyjnych warunkach. Proszę o kontakt pod nr. 606-795-157.

* * *

W związku z rozwojem firmy, **MI-NI-KLINIKA Głogówek poszukuje** do współpracy **lekarza dentystę** (praca na NFZ). Więcej szczegółów po numerem telefonu 730-545-770.

* * *

Zapraszam do współpracy lekarza stomatologa. Podmiot leczniczy, dobre warunki pracy, doświadczony zespół. tel.77/433-33-13 lub 501-765-899.

* * *

Wynajmę kompletnie wyposażony, funkcjonujący od 15 lat, gabinet stomatologiczny w Brzegu. Cena do negocjacji, tel. 606-956-495.

Okręgowa Izba Lekarska w Szczecinie zaprasza do udziału w ogólnopolskich wydarzeniach organizowanych przez Komisję ds. Kultury, Sportu i Rekreacji ORL w Szczecinie:



1. IX Międzynarodowy Przegląd Lekarzy Śpiewających „*Musica mores confirmat*”, 10-12 maja 2019 r., Szczecin.
2. XIV Ogólnopolskich Mistrzostw Izb Lekarskich W Żeglarskim Klasie Omega, 14-16 czerwca 2019 r., Morzyczyn.
3. XII Mistrzostwa Polski Lekarzy w Siatkówce Plażowej, 13-16 czerwca 2019 r., Niechorze.
4. XIX Mistrzostwa Polski Lekarzy w Golfie, 21 czerwiec 2019 r. Modry Las Golf Club oraz 22 czerwca 2019 r. Binowo Park Golf Club

Szczegółowe informacje: www.oil.szczecin.pl zakładka: Sport, kultura, rekreacja.

OPOLSKA IZBA LEKARSKA

Biuro: tel. 77/454-59-39, fax 77/454 67 09, opole@hipokrates.org
czynne: poniedziałek, wtorek, czwartek **7.30–15.30**; środa **7.30–16.00**;
piątek **7.30–15.00**

Rejestr Lekarzy: opole.rejestr@hipokrates.org

Praktyki Prywatne: opole.praktyki@hipokrates.org

Składki: opole.skladki@hipokrates.org

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

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

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

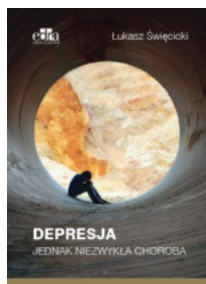
REDAKCJA: Jerzy Lach. OPRACOWANIE GRAFICZNE: Wydawnictwo i Drukarnia Świętego Krzyża

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

NAKŁAD: 2800 egz. ISSN 1426-661X

EDRA URBAN & PARTNER Sp. z o.o. • 50-011 Wrocław, ul. Kościuszki 29

Zamówienia: ksiegarnia@edraurban.pl • tel.: 42/680 44 09, fax: 42/680 44 86



Depresja. Jednak niezwykła choroba

Ł. Świącicki; rok wydania: 2018; ISBN: 978-83-66067-47-9, format: 150 x 210, opr. miękka, 150 stron, cena: 30.60 zł (68 EUP pkt)

Od czasu napisania pierwszego wydania tej książki minęło niemal 10 lat. [...] Uznałem, że depresja jednak nie jest zwykłą chorobą. Nie mogę więc z czystym sumieniem pracować nad wydaniem książki pod tytułem „Depresja – zwykła choroba?”, nawet z tym pytankiem na końcu. Obecnie jestem bowiem przekonany, że depresja jest „niezwykłą chorobą”. Podczas pisania pierwszej wersji tej książki miałem poczucie, że należy przede wszystkim „destygmatyzować” depresję, wykazywać, że nie różni się ona od innych chorób, po to, żeby osoby chore na depresję nie czuły się gorsze od osób chorych na grypę. Jest to słuszną działalność, a osoby chore na depresję rzeczywiście nie są w niczym gorsze od chorych na grypę. Jednak depresja nie jest grypą, a upieranie się przy takim punkcie widzenia daje w rezultacie więcej strat niż korzyści. *Ze Wstępu*



Joga jako terapia. Zastosowanie w określonych dolegliwościach

L. Wörle, E. Pfeiff; red. L. Kulmatycki; rok wydania: 2018; ISBN: 978-83-66067-60-8, format: 210 x 270, opr. miękka, 213 stron, cena: 89.10 zł (198 EUP pkt)

Można byłoby spytać, jak joga może być terapią i w jakiej mierze? Sam termin „terapia” ma wiele znaczeń i bez wątpienia wpisuje się w każdą zaplanowaną i systematyczną aktywność skierowaną ku swojemu ciału czy procesom mentalno-emocjonalnym. Jeśli pragniemy sobie pomóc i decydujemy się na taki czy inny zestaw ćwiczeń fizycznych czy psychicznych, to bez wątpienia jest to terapia w tym najpiękniejszym znaczeniu, w znaczeniu autoterapii. Szeroko opisane praktyki fizyczne, a szczególnie ćwiczenia podstawowe i asany, są swego rodzaju środkiem pomiędzy materią, konkretnością mięśni, powięzi czy nerwów a odczuwaniem energii, dobrostanu czy wewnętrznego wyciszenia. W zdrowotnym znaczeniu to jest celem.

Książka adresowana jest do określonego środowiska osób zajmujących się ćwiczeniami jogi. Ale ze względu na swój „szeroki” sposób podejścia do pracy z osobą może być rekomendowana innym środowiskom, zarówno terapeutycznym, jak i rekreacyjno-fitnessowym.

Kompleksowe ujęcie bardzo tradycyjnych ćwiczeń jogi w powiązaniu z zachodnimi systemami rehabilitacji fizycznej i ruchowej oraz współczesną wiedzą na ten temat.

Opisy ćwiczeń uzupełniają rzetelną informację o funkcjonowaniu ludzkiego organizmu zarówno pod kątem ustalenia diagnozy i przydatności poszczególnych ćwiczeń, jak i w odniesieniu do przeciwwskazań i koniecznych konsultacji ze stosownym specjalistą medycznym.

Modyfikacje każdego z ćwiczeń dają szansę na podjęcie

treningu przez każdego, nawet przez osoby w znacznym stopniu niepełnosprawności.

Klarowna konstrukcja podręcznika ułatwia ogólne zrozumienie przesłania autorów, jak choćby szybkie odnalezienie potrzebnego ćwiczenia.

Profesjonalnie przygotowane, liczne fotografie ułatwiają pełniejsze rozumienie pisemnych instrukcji i podpowiadają, jak wykonywać poszczególne ruchy.

Wiarygodny, naukowy język podręcznika wyjaśniający istotę i cel poszczególnych ćwiczeń nie tylko dla profesjonalistów, ale też dla praktyków, którzy chcieliby wiedzieć nieco więcej o wykonywanych ćwiczeniach.

Z Przedmowy do wydania polskiego



Urazy i kontuzje treningu siłowego i fitness; red. dr D. Sieroń; rok wydania: 2018; ISBN: 978-83-66067-52-3, format: 148 x 210, opr. miękka, 150 stron, cena: 44.10 zł (98 EUP pkt)

W dobie kultu ciała oraz zdrowego życia, a także zatarcia granicy pomiędzy sportem amatorskim a profesjonalnym obserwuje się często brak właściwego podejścia do zapobiegania kontuzjom oraz przekazywania wiedzy na jej temat przez osoby niezwiązane z medycyną. W większości przypadków uraz jest bagatelizowany i nie jest leczony od razu, a dopiero w fazach ostrej lub krytycznej, kiedy to trening nie jest już możliwy.

Celem przekazu tej książki jest przedstawienie kluczowych informacji dotyczących urazów,

ich klasyfikacji, formy leczenia, czy to zachowawczego, czy operacyjnego, oraz aspektów rehabilitacji i fizjoterapii w odniesieniu do wybranego urazu.

Pozycja ta opisuje urazy i kontuzje w sposób zrozumiały i przystępny, ale bardzo rzetelny, tak aby czytelnik nie musiał się wspierać informacjami o swoich dolegliwościach z wyszukiwarki internetowej oraz z forum. Taka forma pozwala na właściwy dobór leczenia kontuzji i cieszenie się swoim treningiem w zdrowiu i sukcesie.

Dominik Sieroń, lekarz, ekonomista, doktor nauk medycznych. Studia medyczne ukończył na Śląskim Uniwersytecie Medycznym w Katowicach, studia ekonomiczne z zakresu public relations na Akademii Ekonomicznej im. Karola Adamieckiego w Katowicach oraz menedżerskie z zakresu zarządzania jednostkami służby zdrowia na Uniwersytecie Jagiellońskim w Krakowie. Studiował również medycynę na Christian-Albrechts-Medical University w Kiel w Niemczech. Autor wielu publikacji krajowych i zagranicznych z dziedziny medycyny i PR oraz jednego z pierwszych druków zwartych traktujących o zastosowaniu PR w służbie zdrowia. Twórca podręcznika z zakresu diagnostyki obrazowej skierowanego do fizjoterapeutów i rehabilitantów, a także serii podręczników dla lekarzy „Repetitorium” oraz „LEK Last Minute”. Pracował i praktykował na wielu uniwersytetach medycznych, m.in. Carl Gustav Carus University Hospital Dresden, The University of Aberdeen, Medical University of Graz, Medical Ruhr-University Bochum. Obecnie pracuje w szpitalu Grupy Insel Uniwersytetu Medycznego w Bernie w Szwajcarii, zajmując się na co dzień diagnostyką obrazową, radiologią interwencyjną oraz szeroko rozumianą dydaktyką. Organiza-

tor szkoleń zarówno polskich, jak i zagranicznych z zakresu diagnostyki obrazowej dla lekarzy i fizjoterapeutów, m.in. na temat diagnostyki obrazowej układu kostno-stawowego.



Żywność dzieci. Podstawy teoretyczne i praktyczne wskazówki, G. Eugster; wyd. II; rok wydania: 2018; ISBN: 978-83-65625-95-3, format: 170 x 240, opr. broszurowa, 127 stron, cena: 48.60 zł (108 EUP pkt)

Prawidłowe żywienie dzieci jest nieodzownym warunkiem ich zdrowia, a także prawidłowego rozwoju fizycznego i umysłowego. Choroby związane z nieprawidłowym odżywianiem mają najczęściej swój początek już w dzieciństwie, dlatego tak istotne jest kształtowanie właściwych nawyków żywieniowych od najmłodszych lat.

Oprócz ogólnych zasad zdrowego żywienia w książce omó-

wiono etapy żywieniowe u dzieci i młodzieży, zapotrzebowanie na składniki pokarmowe i ich wartości odżywcze. Opisano również podstawy psychologiczne żywienia, najczęstsze zaburzenia odżywiania, a także szczególne zagadnienia, np. *brain food* – składniki pokarmowe stymulujące rozwój inteligencji, żywność funkcjonalną i preparaty witaminowe w jadłospisie dziecięcym.

Zamieszczone na końcu książki proste przepisy kulinarne są cennym uzupełnieniem pozwalającym przyrządzić zdrowe i urozmaicone potrawy.



Trening mięśni dna miednicy dla mężczyzn. Nietrzymanie moczu i zaburzenia erekcji

U. Michaelis; red. E. Saulicz; rok wydania: 2018; ISBN: 978-83-66067-61-5, format: 245 x 165, opr. miękka, 188 stron, cena: 48.60 zł (108 EUP pkt)

Nietrzymanie moczu jest częstym powikłaniem u mężczyzn po zabiegu usunięcia prostaty. Szacuje się, że jego występowanie może dotyczyć od 2 do nawet 43% mężczyzn. Innym ubocznym skutkiem wykonania tego zabiegu jest dysfunkcja erekcji – impotencja. Zaburzenia wzwodu występują co prawda rzadziej w porównaniu z nietrzymaniem moczu i nie wiąże się z nimi dyskomfort podczas wykonywania codziennych czynności, dotyczą jednak bezpośrednio bardzo wrażliwej sfery mężczyzny związanej z samoakceptacją i poczuciem męskości.

Zgodnie z rekomendacjami Międzynarodowego Towarzystwa ds. Trzymania Moczu w zachowawczym leczeniu nietrzymania moczu u mężczyzn zaleca się zmianę stylu życia i ćwiczenia mięśni dna miednicy. Książka znakomicie więc wpisuje się w Polski Model Rehabilitacji, w którym usprawnianie jest wczesne, ciągłe i kompleksowe. Poradnik ten zgodnie z zasadą wczesności uwzględnia niezwykle ważny etap terapii, jakim jest usprawnianie przedoperacyjne, pozwalające nie tylko odpowiednio przygotować organizm do

operacji, ale zwiększyć efektywność wczesnej fazy rehabilitacji pooperacyjnej. Uwzględniono w nim kompleksowo problem nietrzymania moczu – dobór odpowiednich środków higienicznych i zasady zdrowego żywienia związane z mikcją oraz potencją mężczyzn operowanych z powodu raka prostaty.

Książka przeznaczona jest przede wszystkim dla mężczyzn leczonych operacyjnie z powodu raka prostaty lub raka pęcherza moczowego. Ponieważ część poradnika dotyczy bardzo wrażliwej sfery życia, jaką jest potencja seksualna, można ją polecić każdemu mężczyźnie „w pewnym wieku”, który martwi się możliwą utratą sił witalnych w tej materii. Książka ta skierowana jest też do tych wszystkich, którzy profesjonalnie wykorzystują ćwiczenia lecznicze w terapii różnych chorób i dolegliwości związanych z męską miednicą. Przede wszystkim z jej treścią powinni zapoznać się fizjoterapeuci. A dla tych spośród nich, którzy parają się fizjoterapią urologiczną, pozycja ta koniecznie powinna znaleźć się w ich fachowej bibliotece.

Z Przedmowy do wydania polskiego

Przychodzi wena do lekarza

Ogólnopolski Konkurs Literacki
im. Profesora Andrzeja Szczeklika
Edycja VIII

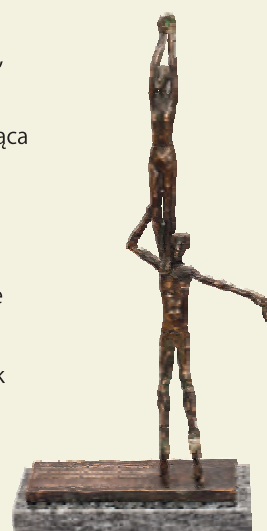
Jury: Anna Dymna, Waldemar Hładki, Ewa Lipska, Bronisław Maj, Maria Szczeklik, Jarosław Wanecki

W konkursie może wziąć udział każda osoba mająca tytuł lekarza lub lekarza dentystry.

Termin nadsyłania prac konkursowych
29 marca 2019 roku.

Szczegółowe informacje o konkursie są dostępne na stronie internetowej: www.mp.pl/wena

Informacji udziela: Anna Wierzchowska-Woźniak
tel. 12 293 42 68, e-mail: wena@mp.pl



PARTNERZY



PATRON MEDIALNY



ORGANIZATORZY

