



OPOLSKA
IZBA
LEKARSKA

Rok Założenia 1990

Marzec 2022

ISSN 1426-661X

BIULETYN INFORMACYJNY

Nr 303

OPOLSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

www.izbalekarska.opole.pl



zdj. Janusz Lewandowski

OFIARA

Kiedy w roku 1822 ogień zniszczył drewniany kościół w Alt Schalkowitz (dzisiejszych Siołkowicach), za budowę nowego, murowanego zabrał się ksiądz Szymon Kottschok. Jedni mówią, że opłacił architekta Ernesta Samuela FrieBELta, inni, że przerobił projekt słynnego Karla Friedricha SchinkelA. Kiedy szwindel z przeróbką wyszedł na jaw, przedsiębiorczy farouż udobruchał mistrza – zadatkował u niego szkic organów. Potem nosił wielebny cegły, mieszał cement i piłował deski na płot wokół fary. Chciał się uwinąć przed konsekracją świątyni. Nie zdążył. Pod koniec lata 1830 r., kiedy sierpniowe upały wygryzły łąki do suchego piachu, wracał z szopy na skraju wsi, gdzie międlili len. Biegł zziąjany na nieszpory czy inny różaniec. I upadł.

Po jego śmierci w Alt Schalkowitz nastał ksiądz Bernard Bumbke. Komu i czym się naraził ten poseł do Zgromadzenia Narodowego w Berlinie, że go strącono na wieś, i to w dalekich Prusach Wschodnich? Esteta, znawca greki i hebrajskiego, który dopiero co hucznie obchodził czterdzieste urodziny, wylądował wśród niepiśmiennych parobków, rubasznych kowali i małomównych zdunów. Na początku głównie pił. Najczęściej z nauczycielem Adalbertem Andermannem z pobliskiego Hirschfeldu (dzisiejszego Kaniowa). Jeden biadolił, że wiejskie chojraki nie rwą się do nauki. Drugi, że wieś nie docenia jego kazań po łacinie. – Po łacinie? – krztusił się ze śmiechu belfer. – Oni ledwie dukają po niemiecku.

Farouż Bumbke może i zapiliby się na śmierć, gdyby nie sen: kościół nabrał w nim lekkości. Przysadzista bryła, postawiona na przekór wiosce, wbrew słomianym dachom, na złość żurawiom i wiatrakom, wypiękniała. W kościelnych oknach zaszklity się witraże: młodzieniec o niepospolitych rysach twarzy udawał anioła. W prezbiterium stanął ołtarz – gotycka twierdza. Jak lunatyk wysunął się Bumpke ze swojego snu. Wyszedł z plebanii, pchnął ciężkie drzwi do świątyni i rozłożył sen na suficie, ścianach i w zakrystii. Ta jedna noc zmieniła proboszcza – zesłańca w proboszcza – kwestarza. Potrzebował pieniędzy. Dużo pieniędzy. Tylko, jak wyżebrać jeszcze jedną ofiarę? – dumał. Jak skłonić Babilas, Sacken, Hirschfeld, Chroschuetz, Poppelau. Kupp i Alt Schalkowitz do wyłożenia tysiący marek? I wykombinował.

Porzucił łacinę. Jej cień pobrzmiwał tylko w liturgii. Kazania prawil odtąd po niemiecku lub łamaną polszczyzną, przetykaną gwarą. Prawil o Betlejem i o siołkowickich pagórkach porośniętych trzciną, o męskiej przyjaźni i o kłótni Jana z Jezusem, o nowej chrzcielnicy w kościele i o tym, jak Giotto, Fra Angelico i El Greco odmalowali chrzest w Jordanie.

– Rozebrani mężczyźni stoją po kolana w wodzie – ciągnął ochryplym głosem Bumbke – obok nich kłębią się anioły. Schalkowitz chyba widział już gołego chłopca?

Ławki rżały i szperały po kieszeniach. Bumbke lubił gawędzić. Ludzie ze wsi lubili słuchać. Toteż brnęli przez podmokłe

łąki, ciasne lasy, brzegiem rzeczki Żydówki, byle zdążyć na niedzielną mszę. Kiedyś opowiedział im o celniku Mateuszu. Wyobraźcie sobie karczmę u Stantina – zaczął – pocięte stoły, zatłuszczone karty, opite gęby zawieszane w dymie. Nagle w progu staje Jezus, rozgląda się po spelunie i wywołuje takiego na przykład Bartylę. Najgorszego lumpa, który nie wychodzi z więzienia, a siwa Bouczka musi karmić jego psa, kota i dwa gołębie. Otóż, święty Mateusz Ewangelista był jak ten wasz Bartyla: łgarz, kanciarz i szkodnik. Ale na skinięcie Jezusa porzucił kumpli, hazard i łatwe kobiety. Jezus wyłowił go jak karpia z Mańkowej Kałuży i cisnął w świętość. Wy różnił czy doświadczył? – farouż zawiesił głos, jakby oczekiwając odpowiedzi.

I znów rechot, i znów gmeranie w galoutach i wydłubywanie z gałganków reichsmarek.

Po każdej mszy Bumbke liczył tacę. Na wielki ołtarz dostał 3300 marek, na dwa małe 1500, na boży grób 975, na ambonę i baldachim 840 marek. Z własnej kieszeni dołożył jeszcze 690 – na stację drogi krzyżowej i wyruszył do Monachium. Do jednej z najlepszych pracowni rzeźbiarskich w ówczesnej Europie. (W tych czasach nauczyciel z Hirschfeldu, zarabiał rocznie 824 marki).

W dżdżysty poranek do Alt Schalkowitz zajechał orszak: kilkanaście wozów zaprzężonych w oldenburgi. Schody fary zaczęły się gapiami. Farouż z organistą, brodząc po kolana w błocie, nieśli Marię Magdalenę o rysach twarzy księżniczki Wirtemberskiej z pobliskiego Karlsruhe (dzisiejszego Pokoju), za chwilę z żelźniouka wysiadł Jan Ewangelista, subtelny mężczyzna z niezwykle długimi, wąskimi palcami pianisty. Tuż za nim wyłoniła się Madonna o zgaszonych oczach. W końcu powóz opuścił Jezus ukrzyżowany.

Monachijskie ołtarze, rzeźby i stacje drogi krzyżowej musiały się spodobać mieszkańcom, skoro czasopismo Katolik donosiło: W naszej wsi jeszcze katolicy nie są oziębli, są prości ale dobrodusznymi, bo już dość ofiarowali na upiększenie naszego kościoła. [...] A teraz rozpoczęło się malowanie kościoła. U góry cały różaniec będzie malowany.

W 1964 roku probostwo objął Eryk Kokot. I postanowił przewietrzyć farę. Wyniósł neogotyckie ołtarze (może poszły na opał, nie wiadomo), zerwał kasetony z sufitu, pociął piłą płaskorzeźby drogi krzyżowej i zapaćkał farbą olejną Marie, Jana Ewangelistę i jego smukłe palce pianisty. Za to w krużganku kościoła postawił skarbonkę przypominającą sejf. Nad skrzynką wisi tablica, czerwone litery krzyczą: OFIARA NA MSZE ŚWIĘTE ZA CIERPIĄCYCH W CZYŚĆCU. Poniżej pouczenie dla niedowiarków i opieśzałych: Nie płaczem się pomaga zmarłym, lecz modlitwą i ofiarą.

Agnieszka KANIA

Fragment opowiadania, które ukazało się w czasopiśmie uniwersyteckim „Indeks”.



Fragment rzeźby z kościoła w Starych Siołkowicach

OD REDAKCJI



Drodzy Czytelnicy!

Piszę te słowa w przededniu Sprawozdawczo-Wyborczego okręgowego Zjazdu Lekarzy, który wyborze nowe władze naszej Opolskiej Izby. Trzymam kciuki, aby:

- **po pierwsze** - zgłoszeni kandydaci byli godni tego miana i chcieli pracować dla dobra nas wszystkich, a nie liczący li tylko na kolejny wpis do swego CV,

- **po drugie** – ostateczne wybory delegatów były prze-myślane i trafne,

- **po trzecie** – uchwały i wszystkie inne dokumenty zjazdowe dotyczyły rzeczy ważnych dla nas i naszego Samorządu, a nie tworzyły kolejnej porcji makulatury do teczek archiwalnych.

Czy tak się stanie? Zobaczmy 19 marca.



Koleżanki ! Koledzy!

Koniec VIII kadencji automa-tycznie narzuca jej podsumowa-nie. I w takim duchu chcę dzi-

sia napisać parę zdań o moich odczuciach jako Prezesa Okręgowej Rady Lekarskiej w tej kadencji. Nikt nie za-pomni tego okresu w swoim życiu. Ślad pandemii CO-VID-19 odcisnął bardzo wyraźnie swoje piętno. Wszystko, co przedtem wydawało się niemożliwe, stało się możliwe. Hasło DDD, powstawanie szpitali tymczasowych, odde-legowania do pracy w nich, czasami walka ponad siły, by ratować pacjenta, choroby nas samych czy naszych bli-skich, znajomych, koleżanek i kolegów z pracy czy nawet ich utrata... to wszystko było nam dane.

Początki VIII kadencji były bardzo obiecujące i mia-łam nadzieję, że wraz z członkami Okręgowej Rady Le-karskiej zrealizujemy wszystkie plany związane z dzia-łalnością Izby:

- **spełniliśmy, jako ORL, postulaty młodych lekarzy i weszło „becikowe”,**

- **pojawiły się pierwszy raz w historii OIL nagrody finansowe za wybitne osiągnięcia sportowe naszych Koleżanek i Kolegów,**

- **byliśmy współorganizatorami 2-ch ogólnokrajowych konferencji naukowych w zapoczątkowanym cyklu „Pra-**

SZPALTA PREZESA

wo i medycyna”, które za każdym razem zgromadziły ponad 200 uczestników. Prelegentami byli między in-nymi członkowie naszej Izby, a towarzyszyło im wyda-nie książkowe konferencyjnych materiałów (publikacja naukowa z drugiej konferencji ukaże się w kwietniu br.).

- **Izba była współorganizatorem dwóch bali chary-tatywnych (ostatni miał miejsce tuż przed wybuchem pandemii) wraz z Okręgową Radą Adwokacką w Opo-lu i Prezydentem Miasta Opola, gdzie uzyskano z licy-tacji blisko 100.000 zł i przeznaczono je na rozbudowę Domu Matki i Dziecka w Opolu-Grudziecach i na po-trzeby leczenia chorego dziecka.**

Były też i inne plany, promujące Opolską Izbę Lekar-ską, ale tu już zderzyliśmy się z koronawirusem i musie-liśmy zmienić nie tylko pracę Izby, ale i inne zadania sta-ły się dla nas priorytetem. **Myślę, że sprostaliśmy tym wyzwaniom, choć czasami nie było łatwo.**

Za moment rozpocznie się nowa IX kadencja. Wszyst-kim Koleżankom i Kolegom, którzy uzyskali mandat de-legata serdecznie gratuluję wyboru i życzę dużego zaan-gażowania w problemy, z jakimi boryka się Samorząd - tymi obecnymi i tymi, które nadejdą.

Jakość naszego Samorządu zależy bowiem od nas samych, bo Samorząd to my Wszyscy.

Jolanta SMERKOWSKA-MORZYCKA

POSIEDZENIE OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ



W dniu 26 stycznia 2022 r. odbyło się pierwsze w tym roku posiedzenie Okręgowej Rady Lekarskiej, która obradowała nad następującymi problemami.

Przyznanie praw wykonywania zawodu

Wniosek o przyznanie PWZ i wpis do Opolskiej Izby Lekarskiej w związku z przeniesieniem złożyły:

- lek. dent. Słupska Karolina - przeniesienie z OIL w Łodzi,
- lek. Zarańska Karolina - przeniesienie z OIL w Gdańsku.

Uchwały podjęto jednogłośnie.

Rejestracja podmiotów prowadzących szkolenie podyplomowe lekarzy

Firma „MedicaRescue Ł. Szymczyszyn” z Kędzierzyna-Koźła zarejestrowana w naszej Izbie, złożyła wniosek o przyznanie punktów edukacyjnych za kursy doszkalające dla lekarzy dentystów „Medyczne czynności ratunkowe w gabinecie stomatologicznym” w dniach:

- 07.01.22 r. – w Jędrzejowie,
- 16.01.22 r. – w Piotrkowie Trybunalskim,
- 22.01.22 r. – w Rybniku,
- 29.01.22 r. – w Głogowie.

Prezydium pozytywnie zarekomendowało te szkolenia, a Rada jednogłośnie przyznała po 9 pkt. edukacyjnych za każde szkolenie.

Zmiany w rejestrze indywidualnych praktyk lekarskich

Prezes przedstawiła wnioski o wykreślenie jednej indywidualnej praktyki lekarskiej z powodu zgonu oraz pięciu indywidualnych praktyk lekarskich i jednej grupowej praktyki lekarzy z powodu zaprzestania działalności praktyki lekarskiej. Uchwały podjęto jednogłośnie.

Przyznanie świadczeń z Funduszu Samopomocy

Do Funduszu wpłynął jeden wniosek o bezzwrotną zapomogę z pozytywną rekomendacją Prezydium - uchwałę podjęto jednogłośnie.

Wyznaczenie przedstawiciela OIL do Komisji Konkursowej

Brak wniosków.

Zmiany w wysokości składki członkowskiej

Wnioski o zwolnienie z opłacania składki członkowskiej złożyło dwoje lekarzy - uchwały w tej sprawie podjęto jednogłośnie.

Sprawozdania z posiedzenia on-line Konwentu Prezesów OIL w dniu 28.12.21 r. i 25.01.22 r.

Informacje te przekazała Prezes Jolanta Smerkowska-Mokrzycka. Sprawozdanie z posiedzenia Konwentu w dniu 28.12.2021 r.:

- Obecny na Konwencie Prezes NRL A. Matyja omówił problemy dotyczące ruchu antyszczepionkowego wśród lekarzy.

- Od 01.01.2022 r. wystawiane będą nowe Prawa Wykonywania Zawodu w postaci kart poliwęglanowych, produkowanych przez PWPW. Umowy w tej sprawie mają być podpisane w styczniu 2022 r. Koszt każdego nowego PWZ ma wynosić około 16,00 PLN. Izby okręgowe będą regulować należności PWPW, a Ministerstwo Zdrowia raz na kwartał lub na pół roku będzie zwracać wydane kwoty Izdom.

- Prezes A. Matyja zaproponował, by lutowe posiedzenie NRL przełożyć na marzec i zrobić je w Toruniu.

Sprawozdanie z posiedzenia Konwentu w dniu 25.01.2022 r.:

- W Konwencie tradycyjnie wziął udział Prezes NRL A. Matyja, oraz zaproszeni goście w osobach Mirosława Przastka (ekspert NIL ds. cyfryzacji izb), kol. Łukasza Wojnowskiego – Przewodniczącego Komisji Organizacyjnej NIL i Krzysztofa Kwasiborskiego – głównego informatyka NIL. Głównym poruszonym tematem (i stąd goście) był problem cyfryzacji Samorządu Lekarskiego. Przedstawiono mapę drogową dochodzenia do cyfryzacji i wstępny raport (na podstawie wizytowania przez eksperta NIL 9 izb okręgowych) o stopniu przygotowania izb do tego zamierzenia. Wywiązała się ożywiona dyskusja, zdania były podzielone. Ustalono, że dyskusja będzie kontynuowana, m. in. przez Prezesów oil na kolejnych zebraniach.

- Kol. Paweł Czekalski, Prezes OIL w Łodzi omówił sprawę modernizacji FINN-a. Prace są na ukończeniu, dane replikują się prawidłowo. Zmodernizowany system działa już w 15 izbach. Do końca stycznia ma objąć wszystkie izby.

Sprawozdanie z działalności członków między posiedzeniami

Nie wpłynęły żadne informacje.

Sprawy różne i wolne wnioski

Do Rady wpłynęły dwa wnioski o nadanie Godności Honorowej Opolskiej Izby Lekarskiej „Prymariusz Opolski” dla:

- lek. Kuzyszyna Zbigniewa,

- lek. dent. Rypniewskiego Roberta.

Głosowanie nad kandydaturami, które zgodnie z Regulaminem musi być tajne, odbędzie się na posiedzeniu ORL w lutym.

Sekretarz ORL

Lek. Małgorzata ŁUSZCZYŃSKA-OSTROWSKA

Prezes ORL

Lek. dent. Jolanta SMERKOWSKA-MOKRZYCKA

NASI DELEGACI

Jesteśmy już po wyborach. Na 163 miejsca na Okręgowym Zjeździe Lekarzy Opolszczyzny wynikające z Regulaminu Wyborczego i aktualnej liczby członków naszej Izby wybrano tylko 134 delegatów – wykorzystano więc zaledwie 82% miejsc. W 2 rejonach wyborczych w Namysławie i w Prudniku nie wybrano żadnego delegata (w tym ostatnim rejonie zresztą już nie po raz pierwszy), a w 14 nie skorzystano ze wszystkich przysługujących miejsc. Tak więc w wyniku wyborów naszych przedstawicieli do organów Samorządu Lekarskiego Opolszczyzny IX Kadencji delegatami na Okręgowy Zjazd Lekarzy zostały wybrane następujące Koleżanki i Koledzy.

Rejon nr 1 - Brzeź (lekarze) – 5 mandatów

1. Paweł Olszewski
2. Barbara Suzanowicz
3. Janusz Suzanowicz

Rejon nr 2 Głubczyce (lekarze) – 4 mandaty

1. Radosław Gorzko
2. Arkadiusz Rams
3. Dariusz Szymański
4. Bożena Tomczak

Rejon nr 3 Kędzierzyn-Koźle (lekarze) – 9 mandatów

1. Anna Banaś-Cebula
2. Jarosław Karoń
3. Przemysław Karoń
4. Marta Kochanowicz
5. Radosław Masłoń
6. Jacek Mazur
7. Małgorzata Oczko
8. Piotr Wandrasz
9. Jerzy Zygmunt

Rejon nr 4 Kluczbork (lekarze) – 4 mandaty

1. Róża Bruzi Bużowicz
2. Wojciech Derkowski
3. Ireneusz Gulewicz
4. Adam Martyniszyn

Rejon nr 5 Krapkowice (lekarze) – 4 mandaty

1. Iwona Gajda
2. Ewa Kollek
3. Marek Niewiadomski

Wobec wyczerpania porządku obrad na tym posiedzenie zakończono.

Rejon wyborczy nr 6 Namysłów (lekarze) – 3 mandaty (-)

Rejon nr 7 Nysa (lekarze) – 11 mandatów

1. Adam Bąk
2. Wojciech Bujak
3. Krzysztof Daskocz
4. Stanisław Kowarzyk
5. Elżbieta Krzymowska
6. Małgorzata Łabuz-Margol
7. Jacek Miarka
8. Maciej Pasieka
9. Jolanta Potyrała-Wierzchowiec
10. Małgorzata Wagner

Rejon nr 8 Głucholazy (lekarze) – 3 mandaty

1. Zygmunt Konieczny

Rejon nr 9 Olesno (lekarze) – 4 mandaty

1. Marcin Mielczarek
2. Piotr Niesłony
3. Anna Oblonk
4. Krystian Wartenberg

Rejon wyborczy nr 10 Prudnik (lekarze – 4 mandaty (-))

Rejon nr 11 Strzelce Opolskie (lekarze) – 5 mandatów

1. Marek Kanturski
2. Jarosław Mijas
3. Ryszard Wileński
4. Piotr Zieliński
5. Dariusz Zwoliński

Rejon nr 12 USK (lekarze) – 12 mandatów

1. Marek Dryja
2. Maciej Gawor
3. Artur Jakimów
4. Jerzy Jakubiszyn
5. Zbigniew Kowalik
6. Ireneusz Królicki
7. Bogusław Kudyba
8. Tomasz Mazur
9. Paweł Mielczarek





10. Ryszard Noparlić
11. Tomasz Rekucki
12. Janusz Zaryczński

Rejon nr 13 Szpital Wojewódzki (lekarze) – 5 mandatów

1. Wojciech Gadek
2. Elżbieta Grochowska
3. Roman Kolek
4. Zbigniew Kuzyszyn
5. Jerzy Madej

Rejon nr 14 OCO (lekarze) – 3 mandaty

1. Lidia Czopkiewicz
2. Barbara Radecka
3. Piotr Tokar

Rejon nr 15 CGPiN (lekarze) – 2 mandaty

1. Anna Ziemia

Rejon nr 16 Neuropsychiatria (lekarze) – 3 mandaty

1. Anna Bieniasiewicz
2. Ewa Pendziałek-Grunwald

Rejon nr 17 MSWiA + 116 Szpital Wojskowy (lekarze) – 3 mandaty

1. Michał Buchowiecki
2. Karolina Kotysz
3. Małgorzata Łuszczynska-Ostrowska

Rejon nr 18 Kup-Pokój-MEGAVITA (lekarze) – 2 mandaty

1. Andrzej Bunio
2. Małgorzata Falenta-Hitnarowicz

Rejon nr 19 Opole powiat (lekarze) – 4 mandaty

1. Izabela Bednarek
2. Gerard Gospodarek
3. Janusz Knaś

Rejon nr 20 Opole SPZOZ-y (lekarze) – 2 mandaty

1. Beata Kudrisz-Radoń

Rejon nr 21 Opole miasto (lekarze) – 5 mandatów

1. Marek Błaszczuk
2. Małgorzata Konopka-Błaszczuk
3. Irena Suchorębska-Kudyba

Rejon nr 22 Opole reszta (lekarze) – 8 mandatów

1. Krystyna Bigda-Hońbrowicz
2. Kazimierz Drosik
3. Halina Jakobi-Róż
4. Teresa Sicińska-Werner
5. Tadeusz Stępień
6. Barbara Szczepanik

7. Aleksander Wojtyłko
8. Jan Franciszek Wróbel

Rejon nr 23 Związek Pracodawców (lekarze) – 2 mandaty

1. Jacek Ciepluch
2. Marzanna Derkacz-Jedynak

Rejon nr 24 Młodzi Opole (lekarze) – 12 mandatów

1. Bartosz Biedroń
2. Jacek Chelchowski
3. Konrad Domagała
4. Maksymilian Grzegórzko
5. Anna Jendrysik-Skałeczka
6. Weronika Juruć
7. Olga Kamińska-Jackowiak
8. Anna Kulig-Domagała
9. Marek Piętka
10. Lidia Rzepiela
11. Bernadeta Wiciak
12. Aleksandra Wodniak

Rejon nr 25 Młodzi reszta (lekarze) – 6 mandatów

1. Henryk Bugiel
2. Miłosz Gągalski
3. Monika Hurek
4. Kinga Szczepańska
5. Andrzej Szczepański
6. Michał Zych

Rejon nr 26 Brzeg (lekarze dentyści) – 3 mandaty

1. Joanna Gądek-Baran
2. Renata Górecka

Rejon nr 27 Kędzierzyn-Koźle (lekarze dentyści) – 4 mandaty

1. Grzegorz Cybulski
2. Donata Hałaburda
3. Ewa Rogala
4. Paweł Sługocki

Rejon nr 28 Kluczbork (lekarze dentyści) – 4 mandaty

1. Anna Baszak
2. Włodzimierz Fijałkowski
3. Ewa Noceń-Firlej
4. Bartosz Ocharski

Rejon nr 29 Nysa (lekarze dentyści) – 4 mandaty

1. Krystyna Śniatowska-Kubica
2. Mateusz Śnieżek

Rejon nr 30 Strzelce Opolskie (lekarze dentyści) – 3 mandaty

1. Jerzy Drzyzga
2. Małgorzata Lechniak

Rejon nr 31 Głubczyce-Prudnik (lekarze dentyści) – 3 mandaty

1. Agnieszka Chomik-Rączy
2. Katarzyna Rączy
3. Robert Rypniewski

Rejon nr 32 Krapkowice-Opole powiat (lekarze dentyści) – 4 mandaty

1. Olaf Kulig

Rejon nr 33 Opole miasto (lekarze dentyści) – 13 mandatów

1. Anna Adamska
2. Aleksander Bartusek
3. Stanisław Chruszczyk
4. Marzena Dmowska-Zielińska
5. Justyna Grzybowska-Substelną
6. Barbara Hamryszak
7. Tomasz Latała
8. Wiesław Latała
9. Rafał Pędich
10. Jolanta Smerkowska-Mokrzycka

SPRAWOZDAWCZO-WYBORCZY OKRĘGOWY ZJAZD LEKARZY

W dniu 19 marca br. odbędzie się Sprawozdawczo-Wyborczy Okręgowy Zjazd Lekarzy, który podsumuje dokonania organów naszej izby w mijającej właśnie VIII kadencji oraz wybierze nowe władze kadencji IX. Poniżej przedstawiam Państwu materiały zjazdowe, jakie uda-

ło mi się do dnia druku Biuletynu zgromadzić. Pozostałe, wraz z preliminarzem budżetowym na rozpoczęty dopiero co rok oraz sprawozdanie z przebiegu zjazdowych obrad, przedstawię w następnym numerze.

Jerzy B. LACH

SPRAWOZDANIE KADENCYJNE Z DZIAŁALNOŚCI OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ W OPOLU, Z UWZGLĘDNIENIEM DZIAŁALNOŚCI W OKRESIE POMIĘDZY XL A XLI OKRĘGOWYM ZJAZDEM LEKARZY.

W VIII kadencji Okręgowa Rada Lekarska działała w składzie (w nawiasie nieobecności na posiedzeniach Rady inne niż z powodu urlopu lub choroby):

- Prezes – Jolanta Smerkowska-Mokrzycka (0),
- Wiceprezesi: Barbara Hamryszak (0) i Jacek Mazur (5),
- Sekretarz – Małgorzata Łuszczynska-Ostrowska (2),
- Zastępca Sekretarza – Stanisław Kowarzyk (0),
- Skarbnik – Jerzy Jakubiszyn (0),
- Członkowie Prezydium: Marek Dryja (13), Iwona Gajda (7), Jarosław Mijas (23),
- Członkowie Rady: Adam Bąk (4), Henryk Bugiel (7), Jacek Chełchowski (13), Stanisław Chruszczyk (5), Justyna Grzybowska-Substelną (0), Bogusław Kudyba (10), Wiesław Latała (6), Adam Martyniszyn (2), Marcin Mielczarek (14), Konrad Rekucki – członek ORL do 31.12.2019 (4), Tomasz Rekucki – członek ORL od 01.01.2020 (18), Barbara Suzanowicz (6), Aleksander Wojtyłko (25).

Rada odbyła 44 posiedzenia z tego 29 stacjonarnie i 15 on-line (w okresie od ostatniego Zjazdu 10), Prezydium spotkało się dodatkowo 74 razy – 39 stacjonarnie i 35 on-line (23).

Na bieżącą działalność administracyjną, związaną z wydawaniem prawa wykonywania zawodu i prowadzeniem rejestru Opolskiej Izby Lekarskiej, prowadzeniem rejestrów praktyk lekarskich oraz prowadzeniem rejestru podmiotów, uprawnionych do realizacji kształcenia podyplomowego lekarzy i lekarzy dentyistów, złożyły się:

- wydanie ograniczonego prawa wykonywania zawodu lekarza (dla odbycia stażu podyplomowego) – 139 (od ostatniego Zjazdu 39),
- wydanie ograniczonego prawa wykonywania zawodu lekarza dentyisty (dla odbycia stażu podyplomowego) – 49 (20),

- wydanie prawa wykonywania zawodu lekarza (po odbyciu stażu podyplomowego) – 119 (36),
- wydanie prawa wykonywania zawodu lekarza dentyisty (po odbyciu stażu podyplomowego) – 40 (10),
- wydanie prawa wykonywania zawodu lekarza zgodnie z uzyskanym obywatelstwem – 4 (0),
- wydanie prawa wykonywania zawodu lekarzowi UE (uznanie kwalifikacji) – 1 (0),
- ponowne wydanie prawa wykonywania zawodu lekarza cudzoziemca na czas określony – 12 (3),
- wydanie PWZ warunkowego dla cudzoziemca (decyzja MZ) – 19 (19),
- wydanie PWZ na określony zakres czynności dla cudzoziemca (decyzja MZ) – 9 (9),
- wydanie duplikatu prawa wykonywania zawodu lekarza – 13 (5),
- wydanie duplikatu prawa wykonywania zawodu lekarza dentyisty – 5 (2),
- zrzeczenie się prawa wykonywania zawodu lekarza – 5 (1),
- zrzeczenie się prawa wykonywania zawodu lekarza dentyisty – 2 (2),
- wpisanie na listę członków OIL lekarzy, przenoszących się z innych izb – 65 (14),
- wpisanie na listę członków OIL lekarzy dentyistów, przenoszących się z innych izb – 13 (3),
- skreślenie z listy członków OIL lekarzy, przenoszących się do innych izb – 58 (8),
- skreślenie z listy członków OIL lekarzy dentyistów, przenoszących się do innych izb – 5 (0),
- skreślenie z listy członków OIL lekarzy z powodu zgonu – 144 (55),





- skreślenie z listy członków OIL lekarzy dentystów z powodu zgonu – 38 (14),
- skreślenie z listy członków OIL lekarzy znajdujących się w ewidencji z powodu zgonu – 21 (0),
- skreślenie z listy członków OIL lekarzy dentystów znajdujących się w ewidencji z powodu zgonu – 7 (0),
- skreślenie z listy członków OIL lekarza z powodu upływu terminu ważności ograniczonego prawa wykonywania zawodu – 1 (0),
- wydanie zaświadczenia potwierdzającego posiadanie formalnych kwalifikacji lekarza – 10 (1),
- wydanie zaświadczenia potwierdzającego posiadanie formalnych kwalifikacji lekarza dentysty – 7 (4),
- wydanie zaświadczenia potwierdzającego posiadanie przez lekarza specjalizacji – 4 (1),
- wydanie zaświadczenia potwierdzającego okres wykonywania zawodu przez lekarza dentystę – 3 (1),
- wydanie zaświadczenia o postawie etycznej lekarza – 43 (13),
- wydanie zaświadczenia o postawie etycznej lekarza dentysty – 11 (4),
- zaprzestanie wykonywania zawodu lekarza – 34 (15),
- zaprzestanie wykonywania zawodu lekarza dentysty – 14 (8),
- wznowienie wykonywania zawodu lekarza – 5 (0),
- ograniczenie zakresu czynności w wykonywaniu zawodu lekarza – 3 (0),
- skierowanie lekarza na przeszkolenie w związku z przerwą w wykonywaniu zawodu dłuższą niż 5 lat – 2 (1),
- potwierdzenie odbycia przeszkolenia w związku z przerwą w wykonywaniu zawodu dłuższą niż 5 lat – 2 (1),
- zawieszenie PWZ lekarza – 1 (1),
- ograniczenie zakresu czynności w wykonywaniu zawodu lekarza – 3 (0),
- rejestracja indywidualnej praktyki lekarskiej lub lekarsko-dentystycznej – 52, w tym 14 członków innych izb (11, w tym 2),
- rejestracja indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej lub lekarsko-dentystycznej – 49, w tym 11 członków innych izb (2, w tym 2),
- rejestracja indywidualnej praktyki lekarskiej lub lekarsko-dentystycznej wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego – 242, w tym 134 członków innych izb (39, w tym 36),
- rejestracja indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej lub lekarsko-dentystycznej wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego – 140, w tym 60 członków innych izb (25, w tym 16),
- rejestracja indywidualnej praktyki lekarskiej lub lekarsko-dentystycznej wyłącznie w miejscu wezwania – 29, w tym 8 członków innych izb (2),
- rejestracja indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej lub lekarsko-dentystycznej wyłącznie w miejscu wezwania – 22, w tym 2 członków innych izb (6),
- wyrejestrowanie praktyki – 169 (67),

- wpis do rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe lekarzy i lekarzy dentystów – 4 (1),
- uzupełnienia wpisów do rejestru o nowe zdarzenia edukacyjne (dotyczy podmiotów wpisanych już do rejestru OIL) – 51 (36),
- potwierdzenie spełnienia warunków do prowadzenia kształcenia (dotyczy podmiotów, wpisanych do rejestrów innych izb, zgłaszających szkolenie na terenie Opolskiej Izby Lekarskiej) – 9 (1),
- informacja o prowadzeniu szkoleń na terenie OIL przez podmioty zarejestrowane w innych izbach, a mające potwierdzenie spełnienia warunków do prowadzenia kształcenia przez NIL – 10 (0).

W ramach działalności samopomocowej Okręgowa Rada Lekarska w okresie sprawozdawczym udzieliła:

- 54 zapomogi na kwotę 246.678,00zł; w poprzedniej kadencji były 82 zapomogi na kwotę 292.092,00zł (od ostatniego Zjazdu udzielono 11 zapomóg na kwotę 50.842,00zł),
 - 2 zapomóg dla dzieci zmarłych lekarzy w kwocie 9.244,00zł; w poprzedniej kadencji było 5 zapomóg w kwocie 18.260,00 (1 na kwotę 4.622,00zł),
 - pomocy socjalnej dla 39 super-seniorów (lekarzy, którzy ukończyli 90 lat) na łączną kwotę 39.000,00zł; w poprzedniej kadencji 23 super-seniorów – 23.000,00zł (14 na kwotę 14.000,00zł),
 - 34 odpraw pośmiertnych na łączną kwotę 155.209,00zł; w poprzedniej kadencji było 20 odpraw na kwotę 73.040,00zł (14 na kwotę 64.709,00zł),
 - 6 pożyczek w związku ze specjalizowaniem się na kwotę 29.700,00 zł; w poprzedniej kadencji było łącznie 8 pożyczek szkoleniowych na kwotę 43.780,00zł (1 na kwotę 4.950,00zł),
 - wsparcia finansowego w związku z narodzinami dziecka („becikowe”) dla 86 osób (88 dzieci) na łączną kwotę 44.000,00zł (27osób – 28 dzieci na kwotę 14.000,00zł),
 - 200 nagród za uzyskanie specjalizacji na kwotę 130.556,00zł i 13 nagród za uzyskanie stopnia doktora nauk medycznych i 2 nagrody za uzyskanie stopnia doktora habilitowanego na łączną kwotę 54.334,00zł; w poprzedniej kadencji było łącznie 237 nagród na kwotę 199.674,00zł (56 nagród za specjalizację na kwotę 51.800,00zł i 3 nagrody za uzyskanie stopnia doktora nauk medycznych na kwotę 11.094,00zł),
 - 5 dofinansowań do udziału w imprezach sportowych na kwotę 1.750,00zł; przyznała 2 specjalne nagrody za osiągnięcia sportowe w łącznej kwocie 2.000,00zł; 1 dofinansowania odmówiła; w poprzedniej kadencji było 25 dofinansowań.
- Okręgowa Rada Lekarska wyznaczyła swoich przedstawicieli do:
- 10 komisji, powołanych dla wyboru zastępcy dyrektora ds. lecznictwa (od ostatniego Zjazdu do 1),
 - 1 komisji, powołanej dla wyboru zastępcy kierownika podmiotu leczniczego (od ostatniego Zjazdu do 1),

- 10 komisji, powołanych dla wyboru ordynatora (od ostatniego Zjazdu do 1),

- 71 komisji, powołanych do wyboru pielęgniarki naczelnej, oddziałowej lub położnej oddziałowej (47).

Okręgowa Rada Lekarska zwolniła z obowiązku płacenia składki członkowskiej w związku z nieosiąganiem przychodu 149 osób (lekarzy – 113 i lekarzy dentystów – 36, (34 osoby – lekarzy 24 i lekarzy dentystów 10),

natomiast przywróciła obowiązek płacenia składki członkowskiej w związku z osiągnięciem przychodu 73 osobom (lekarzy – 59 i lekarzy dentystów – 14), (25 osób – lekarzy 19 i lekarzy dentystów 6).

Okręgowa Rada Lekarska w mijającej kadencji ponadto:

a) podjęła szereg uchwał, w tym w sprawie:

- powołania dwóch komisji do oceny zdolności lekarza do wykonywania zawodu (w jednym przypadku na wniosek komisji Rada podjęła uchwałę o zawieszeniu lekarza w prawie wykonywania zawodu; w drugim przypadku komisja pracuje),

- powołania komisji do oceny przygotowania zawodowego lekarza,

- powołania Rzecznika Praw Lekarza OIL,

- powołania mediatora OIL,

- powołania komisji problemowych Opolskiej Izby Lekarskiej,

- desygnowanie przedstawicieli do Rad Społecznych,

- przyznania Godności Prymariusza Opolskiego 13 osobom (10 godności z okazji jubileuszu 30-lecia powstania Opolskiej Izby Lekarskiej),

- nowelizacji uchwały w sprawie Funduszu Samopomocy (wsparcie finansowe w związku z narodzinami dziecka),

- przywrócenie mocy obowiązywania uchwały w sprawie dofinansowania udziału członków OIL w imprezach sportowych,

- refundowania kosztów działalności samorządowej członkom Komisji OIL,,

- wynagrodzenia dla wykładowców w ramach szkoleń organizowanych przez OIL,

- znowelizowania uchwały w sprawie wysokości stawek za publikacje ogłoszeń i reklam w Biuletynie Informacyjnym i na stronie internetowej Izby,

- sfinansowania udziału lekarzy rezydentów OIL w manifestacji w Warszawie (01.06.2019),

- wsparcia finansowego dla lekarzy rezydentów USK w Opolu w związku z konfliktem z Dyrekcją USK, dot. płacenia za dyżury,

- zawarcia i sfinansowania umowy w ramach grupowego ubezpieczenia pokrywającego ryzyko działalności organów OIL oraz ich członków,

- określenia sposobu postępowania z dokumentacją medyczną powstałą w praktyce zawodowej po śmierci lekarza/lekarza dentysty,

- opiniowania kandydatów na stanowiska konsultantów wojewódzkich,

- objęcia patronatem oraz wsparcia finansowego i organizacyjnego projektu „My z covidowego”,

- objęcia patronatem konferencji organizowanej przez PMWSZ w Opolu,

- dofinansowania konferencji Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego,

- współfinansowanie dwóch Ogólnopolskich Konferencji Naukowych „Prawo i Medycyna”

- dofinansowania występów chóru Opolskiej Izby Lekarskiej oraz zespołów Reanimators Classic i Reanimators New,

- dofinansowania organizowanych na terenie Województwa Opolskiego Mistrzostw Polski Lekarzy w siatkówce oraz ogólnopolskich turniejów tenisowych,

- upoważnienia do podpisania umów z MZ na przekazywanie środków na refundacje zadań zleconych,

- zmiany regulaminu wynagradzania pracowników biura OIL,

- zorganizowania jubileuszu 30-lecia Opolskiej Izby Lekarskiej i wystąpienia do Wojewody Opolskiego z wnioskiem o przyznanie z tej okazji odznaczeń państwowych (przyznany został jeden Złoty Krzyż Zasługi i 6 Srebrnych Krzyży Zasługi),

b) przyjęła stanowiska m.in. w sprawie:

- propozycji zmian w ustawie o Państwowym Ratownictwie Medycznym,

- sytuacji dot. funkcjonowania Wojewódzkiego Zespołu Neuropsychiatrycznego,

- obywatelskiego projektu ustawy „antyszczepionkowej”,

- poparcia postulatów zawartych w Manifestie ORL w Warszawie „Polska to chory kraj”,

- zwiększenia liczby testów w kierunku SARS-CoV-2,

- poparcia zmian legislacyjnych obowiązujących pracowników medycznych w okresie walki z epidemią COVID-19,

- poparcia akcji protestacyjnej środowisk medycznych,

- konieczności wprowadzenia zmian do strategii walki z pandemią COVID-19,

- poparcia protestu pielęgniarek i położnych,

- planu finansowego OOW NFZ na 2022 rok,

- poparcia ogólnopolskiej akcji medialnej #wylecznienawieść, a także apele do Zarządu Województwa Opolskiego dot. funkcjonowania Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. św. Jadwigi w Opolu oraz OOW NFZ o zaniechanie roszczeń finansowych w stosunku do lekarzy, którzy ordynowali preparat leczniczy Neocate LCP.

Przedstawiciele Okręgowej Rady Lekarskiej brali udział w:

- posiedzeniach Rady Opolskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ,

- posiedzeniach Rad Społecznych kilku szpitali.

Prezes OIL prowadziła korespondencję m.in. z Wojewodą Opolskim, której tematem przewodnim jest obecna pandemia SARS-CoV-2, Ministrem Zdrowia, Dyrektorem Oddziału Opolskiego NFZ, Państwowym Powiatowym Inspektorem Sanitarnym w sprawach dotyczących pandemii, samorządu lekarskiego, wykonywania zawodu lekarza.





26 września 2020 r. odbyła się skromna uroczystość jubileuszowa 30-lecia Opolskiej Izby Lekarskiej. Ze względu na sytuację epidemiologiczną uroczystość odbyła się w auli starego Gmachu Głównego Uniwersytetu Opolskiego z zachowaniem reżimu sanitarnego i zgromadziła - oprócz osób, którym przyznano wyróżnienie Opolskiej Izby Lekarskiej „Prymariusz Opolski” i odznaczenia resortowe - niewielką liczbę gości.

W związku z wystąpieniem pandemii i raptownym wzrostem zapotrzebowania na środki ochrony indywidualnej Opolska Izba Lekarska we współpracy z Fundacją „Lekarze Lekarzom” Naczelnej Izby Lekarskiej rozprawiała nieodpłatnie pakiety tychże środków. Najwięk-

szym sponsorem środków finansowych dla Fundacji była pani Dominika Kulczyk i jej Kulczyk Foundation, ale nie można zapominać także o innych firmach czy stowarzyszeniach, które przekazywały naszej Izbie do rozprawy środki ochrony indywidualnej. Należy tu wspomnieć o Oddziale Terenowym w Opolu Stowarzyszenia Sędziów Polskich IUSTITIA i firmie POLOmarket. Sama Fundacja „Lekarze Lekarzom” także wygospodarowała finanse na zakup środków ochrony indywidualnej, które rozprawiała Opolska Izba Lekarska.

Mimo pandemii COVID-19 Okręgowa Rada Lekarska pracowała jak zwykle, choć przez ostatnie dwa lata były to głównie posiedzenia internetowe.

Sekretarz ORL

Lek. Małgorzata ŁUSZCZYŃSKA-OSTROWSKA

Prezes ORL

Lek. dent. Jolanta SMERKOWSKA-MOKRZYCKA

SPRAWOZDANIE Z DZIAŁALNOŚCI OKRĘGOWEGO SĄDU LEKARSKIEGO W OPOLU VIII KADENCJI W LATACH 2018-2022

W czasie VIII kadencji Okręgowego Sądu Lekarskiego w Opolu rozpatrywanych było 40 wniosków o ukaranie - lekarzy 41 oraz 1 wniosek o tymczasowe zawieszenie prawa wykonywania zawodu lekarza.

Wymierzono 33 kary obwinionym lekarzom, w tym ukarano:

- karą upomnienia: 20 lekarzy,
- karą nagany: 10 lekarzy,
- karą ograniczenia zakresu czynności w wykonywaniu zawodu lekarza: 2 lekarzy,
- karą tymczasowego zawieszenia prawa wykonywania zawodu lekarza: 1 lekarza.

W ósmej kadencji Okręgowego Sądu Lekarskiego w Opolu najwięcej wymierzono kar upomnienia. Trzech lekarzy sąd potraktował surowo, wymierzając im dolegliwe kary, tj. dwie kary ograniczenia zakresu czynności w wykonywaniu zawodu lekarza oraz jedną karę tymczasowego zawieszenia prawa wykonywania zawodu lekarza.

W stosunku do 4 lekarzy umorzono postępowanie ze względu na przedawnienie karalności. W stosunku do 2 lekarzy umorzono postępowanie ze względu na znikomą społeczną szkodliwość czynu. Uniewinniono 18 lekarzy od zarzutów zawartych we wniosku o ukaranie.

Podczas posiedzeń jawnych rozpatrzono 34 zażalenia na postanowienia Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej.

W ósmej kadencji Okręgowego Sądu Lekarskiego w 2 sprawach złożono 2 wnioski o przeprowadzenie postępowania mediacyjnego (1 wniosek złożył obwiniony lekarz, drugi - obrońca obwinionego lekarza). W jednej sprawie zawarto ugodę przed mediatorem, w drugiej - strony nie doszły do porozumienia.

Okręgowy Sąd Lekarski rozpatrywał następujące wnioski o ukaranie lekarzy z poszczególnych dziedzin:

- chirurgia ogólna: 4
- choroby wewnętrzne: 5

- medycyna pracy: 5
- neurologia: 2
- ortopedia i traumatologia narządu słuchu: 4
- stomatologia: 6
- psychiatria: 2
- ginekologia i położnictwo: 2
- etyka: 4
- medycyna rodzinna: 2
- złamanie tajemnicy lekarskiej: 3
- anestezjologia: 1
- laryngologia: 2
- pediatria: 1
- okulistyka: 2
- urologia: 2

Najwięcej spraw rozpoznano z dziedziny stomatologii, medycyny pracy i chorób wewnętrznych.

W związku z powyższym należy wyciągnąć następujące wnioski:

1) w kolejnej kadencji utrzymuje się tendencja rozpatrywania dużej liczby wniosków o ukaranie z dziedziny stomatologii,

2) sąd dyscyplinarny rozpatruje również więcej spraw z dziedziny medycyny pracy, a orzekane kary są dolegliwe dla obwinionych lekarzy (w minionej kadencji orzeczono w stosunku do 2 lekarzy kary ograniczenia zakresu czynności w wykonywaniu zawodu lekarza),

3) należy dążyć do tego, aby w składzie Okręgowego Sądu Lekarskiego w Opolu znajdowało się więcej lekarzy dentyistów oraz internistów.

Akta jednej sprawy przekazano do Naczelnego Sądu Lekarskiego w Warszawie celem wyznaczenia właściwego Okręgowego Sądu Lekarskiego do rozpatrzenia wniosku o ukaranie ze względu na koneksje rodzinne obwinionego lekarza z członkiem Okręgowego Sądu Lekarskiego w Opolu. Naczelny Sąd Lekarski przekazał sprawę do prowadzenia innemu Okręgowemu Sądowi Lekarskiemu.

W przypadku jednego lekarza Naczelny Sąd Lekarski w Warszawie przekazał do ponownego rozpatrzenia Okręgowemu Sądowi Lekarskiemu w Opolu jeden wniosek o ukaranie z dziedziny stomatologii.

W trakcie VIII kadencji Okręgowego Sądu Lekarskiego odbyło się 116 wokand sądu, w tym 62 rozprawy i 54 posiedzenia (w tym posiedzenia niejawne).

*Przewodnicząca
Okręgowego Sądu Lekarskiego w Opolu
Lek. dent. Ewa NOCEN-FIRLEJ*

SPRAWOZDANIE Z DZIAŁALNOŚCI OKRĘGOWEGO RZECZNIKA ODPOWIEDZIALNOŚCI ZAWODOWEJ VIII KADENCJI

W latach 2018-2021 wpłynęły 284 nowe sprawy, a z poprzedniego okresu pozostało 27 spraw. W sumie w zespole Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej VIII kadencji rozpatrzono 278 spraw, a 33 sprawy pozostały na okres następny.

Spośród zakończonych postępowań w 81 przypadkach Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej odmówił wszczęcia postępowania, 57 spraw umorzono, natomiast 98 spraw zakończono w inny sposób (np. przekazano ze względu na właściwość do innych OROZ).

Najczęściej zarzucane przez skarżących przewinienia to:

- brak należytej staranności - 56%,
- nieetyczne zachowanie - 20%,
- nieprawidłowości w prowadzeniu dokumentacji medycznej - 2,5%.

Skargi dotyczyły najczęściej następujących specjalności:

- choroby wewnętrzne - 21%
- ortopedia - 7,5%
- stomatologia zachowawcza - 7,4%

Do Okręgowego Sądu Lekarskiego skierowano 42 sprawy.

Spośród 138 spraw, które spotkały się z odmową wszczęcia postępowania lub umorzeniem, zażalenia rozpoznawane przez Okręgowe Sądy Lekarskie były w 33 sprawach (24%), a jedynie dwa razy Okręgowe Sądy Lekarskie (we Wrocławiu i Opolu) uwzględniły zażalenia, w tym jedno z nich tylko w części.

Na koniec należy zauważyć, że zespół Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej liczył wraz

z OROZ 11 osób, wobec 23 osób w poprzedniej kadencji oraz 30 osób w kadencji VI. Dodatkowo w związku z epidemią covid-19 dwie osoby z zespołu - dr Anna Ziemia i Wojciech Derkowski musiały odbyć przymusową pracę w Tymczasowym Szpitalu Covidowym w Opolu, obydwie dwukrotnie na 3 miesiące skierowani przez Wojewodę do pracy w sumie każde na 6 miesięcy. Przełożyło się to na znaczny wzrost obciążenia pracą rzeczników, którym za ich ofiarność, czasami także kosztem własnego zdrowia, wyrażam głębokie uznanie i składam podziękowanie za ich wkład pracy.

Szczególnie dziękuję doktorowi Pawłowi Olszewskiemu, który zgodził się zastąpić mnie podczas trzech miesięcy w 2021 r., kiedy zostałem pierwszy raz skierowany przez Wojewodę do pracy przymusowej w Tymczasowym Szpitalu Covidowym w Opolu. Także dr Kazimierz Drosik i pani dr Jolanta Jarka podczas całej kadencji wyróżnili się ilością przeprowadzonych postępowań oraz jakością włożonej w nie pracy. Bez ich ofiarności prowadzenie ustawowych zadań z zakresu czuwania nad odpowiedzialnością zawodową i etyczną lekarzy Opolskiej Izby Lekarskiej byłoby niemożliwe. Składam im za to wyrazy mojego najwyższego uznania!

Praca w tak trudnych warunkach nie byłaby możliwa bez osobistego zaangażowania pani mgr Bożeny Jachymskiej-Kansy, prowadzącej perfekcyjnie Sekretariat Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej i przejmującej na siebie często znaczną część naszej pracy. Podziękowania należą się także wspierającej nas na bieżąco radą pani mec. Elżbiecie Jeznach.

*Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej
Wojciech DERKOWSKI*

SPRAWOZDANIE Z DZIAŁALNOŚCI KOMISJI STOMATOLOGICZNEJ OIL W VIII KADENCJI

W okresie sprawozdawczym od marca 2018 r. do końca grudnia 2021 r. odbyło się 17 spotkań stacjonarnych, niestety z powodu pandemii koronawirusa pozostałe spotkania odbywały się w formie online lub drogą mailową.

Na pierwszym posiedzeniu 04.06.2018 r. wybrano nową przewodniczącą Komisji, którą została lek. dent. Barbara Hamryszak, wiceprzewodniczącym został dr Robert Rypniewski, a sekretarzami: lek. dent. Agnieszka Chomik-Raczy oraz lek. dent. Mateusz Śnieżek.

W obecnej kadencji Prezesem Opolskiej Izby została nasza koleżanka Jolanta Smerkowska-Mokrzycka. W gronie Zastępców Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej

Naczelnej Izby Lekarskiej znalazła się koleżanka Marta Rodziewicz-Kabarowska, a członkiem Naczelnego Sądu Lekarskiego - kolega Rafał Pędich.

Z szeregu naszych członków do Okręgowej Rady Lekarskiej wyłoniono - czterech:

- lek. dent. Stanisława Chruszczyka,
- lek. dent. Justynę Grzybowską-Substelną,
- lek. dent. Barbarę Hamryszak,
- lek. dent. Wiesława Latałę.

Na zastępców Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej - trzech:

- lek. dent. Donatę Hałaburdo,





- lek. dent. Jolantę Jarzę,
- lek. dent. Ewę Rogalę.

Na członków Okręgowego Sądu Lekarskiego - czterech:

- lek. dent. Annę Baszak,
- lek. dent. Olafa Kuliga,
- lek. dent. Ewę Nocoń-Firlej,
- lek. dent. Katarzynę Rączy.

Do Okręgowej Komisji Rewizyjnej wybrano:

- lek. dent. Włodzimierza Fijałkowskiego.

Do Okręgowej Komisji Wyborczej wybrano:

- lek. dent. Stanisława Chruszczyka,
- lek. dent. Małgorzatę Lechniak.

Delegatami na Krajowy Zjazd Lekarzy zostały wybrane:

- lek. dent. Jolanta Smerkowska -Mokrzycka,
- lek. dent. Barbara Hamryszak.

Większość podejmowanych spraw dotyczyła bieżącego rozpatrywania wniosków wynikających z prowadzenia działalności leczniczej lekarzy województwa opolskiego.

Tematem poruszonym niemal na każdym posiedzeniu Komisji były relacje z Narodowym Funduszem Zdrowia. Głównie były to sprawy dotyczące zasad kontraktowania umów, niedoszacowanej wyceny świadczeń (zwracaliśmy się wielokrotnie z apelem do Opolskiego Funduszu o podniesienie ceny za punkt - niestety bezskutecznie) oraz projektów NFZ mających na celu rozszerzenie uprawnień kontrolnych wyżej wymienionego.

Komisja zajmowała się także bieżącymi zagadnieniami prawnymi dotyczącymi wprowadzenia m.in.:

- E-zwolnień od 01.12.2018 r.
- Od 01.01.2019 r. obligatoryjnych separatorów amalgamatu,
- E-dokumentacji oraz obowiązek raportowania zdarzeń medycznych poprzez platformę P1,
- E-skierowania od 31.12.2020 r.
- ustawy o RODO,
- wprowadzenia e-recept od 31.12.2019 r.
- zmian w przepisach o Prawie Atomowym i zmian dotyczących zatrudniania Inspektora Ochrony Radiologicznej,
- wprowadzenia BDO,
- zmianach w przepisach dotyczących kwalifikacji higienistek stomatologicznych oraz wpływie tych zmian na pracę lekarzy dentystów
- zmianach w NFZ obciążających stomatologów większą biurokracją (sprawozdania z kolejek, harmonogram przyjęć),

Sekretarz KS

Lek. dent. Agnieszka CHOMIK-RĄCZY

Przewodnicząca KSL

Lek. dent. Barbara HAMRYSZAK

SPRAWOZDANIE Z DZIAŁALNOŚCI KOMISJI KSZTAŁCENIA OPOLSKIEJ IZBYLEKARSKIEJ ZA OKRES LUTY 2018 R. – LUTY 2022 R.

Komisja Kształcenia OIL działa w składzie: Andrzej Bunio, Katarzyna Jusiel-Rosińska, Katarzyna Kałuża,

• obowiązek zainstalowania przez wszystkie praktyki lekarsko-stomatologiczne kas fiskalnych działających on-line,

• działalności oraz zasadności udzielania świadczeń stomatologicznych w Dentobusach,

• wprowadzenie „Nowego Ładu” oraz próby zrozumienia wprowadzonych zmian dla lekarzy dentystów.

W dniu 19.12.2019 r. Komisja przegłosowała (przy jednym głosie wstrzymującym się) przyjęcie do grona dwóch nowych członków.

Rok 2020 był bardzo ciężki dla całego społeczeństwa szczególnie dla kadry medycznej, która to musiała zmierzyć się z nieznaną chorobą, posiedzenia komisji odbywały się online i ich głównymi podejmowanymi tematami były:

- organizacja placówki medycznej w dobie Covid 19,
- procedury przyjmowania pacjentów,
- zagadnienia prawne dotyczące przyjmowania pacjentów w dobie Covid 19,
- dostępność (bądź jej brak) środków ochrony osobistej w pierwszej fali zachorowań,
- zmiany wyceny świadczeń przez NFZ spowodowanych dużym wzrostem cen środków ochrony osobistej,
- problemy z umowami z firmą Remondis odbierającą odpady medyczne.

Komisja na łamach naszego biuletynu na bieżąco informowała o zmieniających się przepisach prawnych dotyczących prowadzenia praktyk lekarskich, organizowanych szkoleniach oraz o wszelkich wydarzeniach istotnych dla lekarzy stomatologów.

Sprawozdanie chcielibyśmy zakończyć miłym akcentem informując o przyznanych odznaczeniach dla lekarzy dentystów naszej izby przypadającej na okres mijającej kadencji:

1. Odznaczenie „Za zasługi dla ochrony zdrowia”:

- Lek..dent. Marta Rodziewicz-Kabarowska,
- Lek. dent. Wiesław Latała,
- Lek. dent. Paweł Olszewski.

2. Tytuł „ Prymariusza Opolskiego”:

- Lek. dent. Paweł Olszewski,
- Lek. dent. Katarzyna Rączy,
- Lek. dent. Donata Hałaburdo,
- Lek. dent. Rafał Pędich,
- Lek. dent. Jolanta Jarka,
- Lek. dent. Włodzimierz Fijałkowski.

3. Nagroda Sekcji Polskiej Akademii Pierre Faucharda:

- Lek. dent. Wiesław Latała.

wodnicząca, Ewa Nocoń-Firlej, Konrad Rekucki - v-ce przewodniczący, Aleksander Wojtyłko.

Komisja w okresie sprawozdawczym odbyła 6 posiedzeń, w 2020 r. nie odbyło się żadne spotkanie z powodu pandemii.

W okresie sprawozdawczym zorganizowano 25 szkoleń, w których uczestniczyło około 944 lekarzy/lekarzy dentyistów oraz w jednym szkoleniu uczestnikami byli również ratownicy medyczni, pielęgniarki i pracownicy służb mundurowych.

Komisja organizowała przede wszystkim szkolenia obowiązkowe dla lekarzy w trakcie specjalizacji z całej Polski.

Zorganizowano również szkolenia z zakresu e-recept, zakładania działalności gospodarczej. Organizowano szkolenia w Delegaturach naszej izby.

Członkowie KK uczestniczyli w konferencji, szkoleniach, spotkaniach NIL oraz opiniowali szkolenia prowadzone przez różne firmy.

Bardzo dziękuję za współpracę i organizację szkoleń p. Bożenie Joks, p. prof. dr. habil. n. med. Teresie Kokot, kolegom Staszewi Kowarzykowi i Jurkowi Lachowi za informacje umieszczane na stronie internetowej Izby i w Biuletynie, koleżance Basi Hamryszak za pilotowanie szkoleń dla stomatologów.

Zapraszam w nowej kadencji Młodych Lekarzy do pracy w komisji, jesteście młodzi z nowymi pomysłami, świeżym połotem i energią.

Wykaz zrealizowanych szkoleń dla lekarzy/ lekarzy stomatologów w trakcie specjalizacji w latach 2018-2022

2018 r.				
1.	Nr 05-705/3-05-035-2018 „Medycyna paliatywna”	14-17.05.2018 r.	lekarze realizujący moduł podstawowy w zakresie chorób wewnętrznych	33
2.	Nr 05-760/3-44-020-2018 „Przetaczanie krwi i jej składników”	24-25.05.2018 r.	lekarze zakwalifikowani do specjalizacji w trybie modułowym(po 01.10.2014 r.)	35
3.	Nr 05-712/3-41-043-2018 „Ratownictwo medyczne”	04-08.06.2018 r.	lekarze zakwalifikowani do specjalizacji w trybie modułowym(po 01.10.2014 r.)	31
4.	Nr 05-730/1-12-124-2018 „Zdrowie publiczne”	14-17.06.2018 r. oraz 21-24.06.2018 r.	lekarze, lekarze dentyści zakwalifikowani do specjalizacji przed 01.10.2014 r. (stary tryb)	19
5.	Nr 05-730/3-42-126-2018 „Zdrowie publiczne”	03-07.10.2018 r.	lekarze, lekarze dentyści zakwalifikowani do specjalizacji w trybie modułowym(po 01.10.2014 r.)	32
6.	Nr 05-730/3-42-126-2018 „Orzecznictwo lekarskie”	11 – 13.10.2018 r.	lekarze, lekarze dentyści zakwalifikowani do specjalizacji w trybie modułowym(po 01.10.2014 r.)	33
7.	Nr 05-730/3-43-127-2018 „Prawo medyczne”	25-27.10.2018 r.	lekarze, lekarze dentyści zakwalifikowani do specjalizacji w trybie modułowym(po 01.10.2014 r.)	49
8.	Nr 05-705/3-04-037-2018 „Onkologia kliniczna”	05-08.11.2018 r.	lekarze realizujący moduł podstawowy w zakresie chorób wewnętrznych	33
	Ogółem			265
2019 r.				
1.	Nr 05-760/3-44-017-2019 „Przetaczanie krwi i jej składników”	11-12.04.2019 r.	lekarze, lekarze dentyści zakwalifikowani do specjalizacji w trybie modułowym(po 01.10.2014 r.)	39
2.	Nr 05-730/3-43-146-2019 „Prawo medyczne”	24-26.04.2019 r.	lekarze, lekarze dentyści zakwalifikowani do specjalizacji w trybie modułowym(po 01.10.2014 r.)	47
3.	Nr 05-730/3-42-147-2019 „Zdrowie publiczne”	07-11.05.2019 r.	lekarze, lekarze dentyści zakwalifikowani do specjalizacji w trybie modułowym(po 01.10.2014 r.)	31
4.	Nr 05-730/3-42-147-2019 „Orzecznictwo lekarskie”	16-18.05.2019 r.	lekarze, lekarze dentyści zakwalifikowani do specjalizacji w trybie modułowym(po 01.10.2014 r.)	30
5.	„Pierwsza pomoc w gabinecie lekarskim”	01.06.2019 r.	dla lekarzy wszystkich specjalności	22
6.	Nr 05-705/3-07-039-2019 „Geriatrya”	05-06.06.2019 r.	lekarze realizujący moduł podstawowy w zakresie chorób wewnętrznych	44
7.	Nr 05-705/3-03-041-2019 „Alergologia”	13-14.06.2019 r.	lekarze realizujący moduł podstawowy w zakresie chorób wewnętrznych	41
8.	Nr 05-712/3-41-063-2019 „Ratownictwo medyczne”	16-20.09.2019 r.	lekarze, lekarze dentyści zakwalifikowani do specjalizacji w trybie modułowym(po 01.10.2014 r.)	29
9.	Nr 05-730/3-42-149-2019 „Zdrowie publiczne”	08-12.10.2019 r.	lekarze, lekarze dentyści zakwalifikowani do specjalizacji w trybie modułowym(po 01.10.2014 r.)	48
10.	Nr 05-730/3-149-2019 „Orzecznictwo lekarskie”	17-19.10.2019 r.	lekarze, lekarze dentyści zakwalifikowani do specjalizacji w trybie modułowym(po 01.10.2014 r.)	45



11.	Nr 05-730/-43-148-2019 „Prawo medyczne”	06-08.11.2019 r.	lekarze, lekarze dentyści zakwalifikowani do specjalizacji w trybie modułowym(po 01.10.2014 r.)	70
12.	„Polski konsensus leczenia ciężkich odmrożeń”	10.12.2019 r.	lekarze, ratownicy medyczni, pielęgniarki, służby mundurowe.	50
	Ogółem:			496
2021 r.				
1.	Nr kursu 5-730/3-42-166-2021 „Zdrowie publiczne”	cz.1 15-19.03.2021 r cz.2 22-24.03.2021 r..	lekarze, lekarze dentyści zakwalifikowani do specjalizacji w trybie modułowym(po 01.10.2014 r.)	41
2.	Nr kursu 05-730/3-43-167-2021 „Prawo medyczne”	13-15.04.2021 r.	lekarze, lekarze dentyści zakwalifikowani do specjalizacji w trybie modułowym(po 01.10.2014 r.)	41
3.	Nr kursu 05-760/3-44-016-2021 „Przetaczanie krwi i jej składników”	27-28.04.2021 r.	lekarze, lekarze dentyści zakwalifikowani do specjalizacji w trybie modułowym(po 01.10.2014 r.)	42
4.	Nr kursu 05-712/3-41-059-2021 „Ratownictwo medyczne”	14-18.06.2021 r.	lekarze, lekarze dentyści zakwalifikowani do specjalizacji w trybie modułowym(po 01.10.2014 r.)	32
5.	Nr kursu 05-705/3-03-033-2021 „Alergologia”	21-22.10.2021 r.	lekarze realizujący moduł podstawowy w zakresie chorób wewnętrznych	27
	Ogółem:			183
	Razem za okres 2018-2021			944

Wykaz kursów dla lekarzy i lekarzy dentyistów wymaganych do specjalizacji (w trybie on-line)

L.p	Temat kursu	Ilość uczestników	Członkowie OIL	Członkowie innych izb
1.	„Zdrowie publiczne”	41	28	13
2.	„Prawo medyczne”	41	30	11
3.	„Przetaczanie krwi i jej składników”	42	22	20
4.	„Ratownictwo medyczne”	32	25	7
5.	„Alergologia”	27	19	8
	Ogółem:	183	124	59

Łącznie w okresie od 2018 r. do 2021 r. udział w kursach uczestniczyło 944 osób.

W I półroczu 2022 r. planujemy jeszcze organizację obowiązkowych szkoleń dla lekarzy w trakcie specjalizacji.

Przewodnicząca
Komisji Kształcenia OIL
Małgorzata ŁUSZCZYŃSKA-OSTROWSKA

SPRAWOZDANIE KADENCYJNE Z DZIAŁALNOŚCI KOMISJI ETYKI LEKARSKIEJ OIL KADENCJA VIII (2018-2022)

VIII kadencję działalności izb lekarskich w Polsce Komisja Etyki OIL rozpoczęła w 13-osobowym składzie, po czym, po korekcie, pracowała w składzie 10-osobowym:

- Przewodnicząca: Marta Rodziewicz-Kabarowska
- V-ce Przewodnicząca: Barbara Szczepanik
- Sekretarz: Małgorzata Falenta – Hitnarowicz
- Członkowie: Ewa Junosza-Szaniawska, Małgorzata Łuszczyńska-Ostrowska, Teresa Sicińska-Werner, Barbara Radecka, Barbara Suzanowicz, Rafał Pędich, Antoni Junosza-Szaniawski.

Odbyliśmy 9 posiedzeń, na których rozpatrzyliśmy 11 skarg. W 2 posiedzeniach udział wzięli goście, tj prof. Tomasz Grzyb – psycholog, wykładowca w Uniwersytecie SWPS we Wrocławiu (temat: „Znaczenie przyrzeczenia lekarskiego”) oraz prawnik dr Paulina Tomaszewska, pracownik biura NROZ, która przedstawiła swoje badania nad instytucją mediacji jako alternatywną formą rozstrzygania sporów w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy i lekarzy dentyistów.

Ponadto:

- v-ce przewodnicząca uczestniczyła w posiedzeniu KEL w NIL - 2018
- przewodnicząca uczestniczyła w konferencji „Kodeks Etyki Lekarskiej wobec wyzwań współczesności” Gniezno 2018 oraz Międzynarodowej Konferencji Bioetycznej „Bioetyka 4.0” Kraków 2019
- 6 członków komisji wzięło udział w Konferencji Komisji Etyki Lekarskiej w Okręgowych Izb Lekarskich Polsce – Ustroń 2019
- członkowie KEL mieli możliwość wysłuchania on-line wykładu prof. Pawła Łuciowa podczas posiedzenia NRL poświęconego etyce protestu (03.09.2021)
- w związku z pismem Prezesa NRL do Premiera RP w sprawie ataków na medyków (2021) podjęliśmy dyskusję dot. zwalczania przejawów wzmożonej agresji na linii pacjent-lekarz
- omawialiśmy sprawę ujednolicenia tekstu przyrzeczenia lekarskiego składanego na uczelniach medycznych

• rozpoczęliśmy dyskusję nad projektem Międzynarodowego Kodeksu Etyki Lekarskiej WMA.

W okresie XI.2020 – X.2021 działalność KEL była zawieszona w związku z sytuacją epidemiologiczną w Polsce. Mimo tej przerwy, dzięki znakomitej aktywności członków komisji pracujących w niej w mijającej kadencji, udało się wiele spornych spraw rozstrzygnąć.

Wielkie podziękowanie składam Pani Dyrektor naszego biura Barbarze Oborskiej, której pomoc przy redagowaniu licznych pism była bezcenna.

Etyka lekarska jest i będzie zawsze ważna w pracy każdego lekarza. Chociaż, niekiedy różnie są interpretowane artykuły obowiązującego Kodeksu Etyki Lekarskiej, powinna zawsze pomagać lekarzom w podejmowaniu trafnych decyzji, a nie przeszkadzać. I służyć wspólnemu dobru - lekarzy, środowiska medycznego i przede wszystkim - pacjentów.

*Przewodnicząca
Komisji Etyki Lekarskiej
Marta RODZIEWICZ-KABAROWSKA*

SPRAWOZDANIE Z DZIAŁALNOŚCI KOMISJI KULTURY W VIII KADENCJI

W okresie od 2018 do 2022 r. naznaczonym pandemią było trochę mniej wydarzeń kulturalnych. Zespoły „Reanimators New” i „Reanimators Classic” uczestniczyły w Ogólnopolskim Festiwalu Lekarskich Zespołów Rockowo-Bluesowych w Olsztynie, w Balu Adwokata i Lekarza w Opolu. Dały koncert na zakończenie Konferencji Kardio-Onkologicznej wraz z zespołem „Chicago Second Opinion” oraz wspólny koncert w Teatrze Eko Studio dla Lions Club Opolu. Brały też udział w Zaduszkach Jazzowych w Opolu. Zespół „Reanimators New” koncertował podczas Esculap Rock Festiwal w Olsztynie. Koncertował w Domecku, w Opolu „Lekarze grają lekarze szczepią”. Dali też minikoncert dla Stowarzyszenia Ambasada Sukcesu w Opolu.

Chór OIL „Medicanto” brał udział w dwóch konkursach międzynarodowych chóralnych w Gnieźnie (Brązowy dyplom) i w Krakowie (Srebrny Dyplom). Po konkursie w Krakowie dostał zaproszenie na Międzynarodowy

Konkurs Muzyki Sakralnej w Rimini. Niestety ze względu na pandemię konkurs został odwołany.

Komisja Kultury nawiązała ścisłą współpracę z Miejską Biblioteką Publiczną w Opolu. W ramach tej współpracy chór „Medicanto” dawał koncerty kolęd, koncerty muzyki polskiej, koncerty klasyki chóralnej oraz pieśni wielkopostnych. Chór dawał koncerty charytatywne w Teatrze Eko Studio dla Fundacji Triso w Opolu.

W 2018 r. chór nagrał w studio Polskiego Radia koncert muzyki sakralnej oraz nagrał klip dla Naczelnej Izby Lekarskiej promujący Opole i Opolską Izbę Lekarską,

Ze względów epidemicznych nie udało się zrealizować wszystkich planów imprez kulturalnych. Mam nadzieję na powrót do normalności i realizację większej ilości projektów w następnych latach.

*Przewodniczący
Komisji Kultury OIL
Rafał PĘDICH*

INFORMACJA O DZIAŁALNOŚCI KOMISJI BIOETYCZNEJ OIL W VIII KADENCJI 2018-2022

Komisja działała w składzie :

- Dr n. med. Jacek Miarka kardiolog (przewodniczący),
- Mgr Anna Krauze prawnik (z-ca przewodniczącego),
- Lek. Antoni Junosza-Szaniawski psychiatra,
- Lek. Tadeusz Chowaniec ginekolog,
- Prof. dr hab. Piotr Morciniec teolog,
- Mgr Barbara Szczegielniak farmaceuta,
- Dr n. med. Agnieszka Kossowska psycholog,
- Dr n. med. Aleksander Wojtyłko chirurg dziecięcy,
- Dr n. med. Piotr Feusette kardiolog,
- Dr hab. n. med. Tomasz Czarnik anestezjolog,
- Lek. Robert Żurawel chirurg naczyniowy.

W okresie, jak wyżej Komisja Bioetyczna odbyła 32 posiedzenia. Także w okresie pandemii 2020-2021 r. odbywały się posiedzenia hybrydowo i zdalnie, na których rozpatrzyła łącznie 84 prace; lokalne badania własne, badania międzynarodowe, wielośrodkowe, doktoraty oraz leczenie eksperymentalne osoczem ozdrowieńców ciężko chorych na COVID-19 w warunkach szpitalnych. Wydała 83 pozytywne opinie, w tym 1 odmowę.

*Przewodniczący
Komisji Bioetycznej OIL
Dr n. med. Jacek MIARKA*

SPRAWOZDANIE Z DZIAŁALNOŚCI RZECZNIKA PRAW LEKARZY NA ZJAZD SPRAWOZDAWCZO-WYBORCZY OZL.

Informuję, że w ostatnim okresie między zjazdami zajmowałem się sprawą oskarżenia lekarza przez najbliższą rodzinę pacjenta o niedopełnienie obowiązków zawodowych. Skarga na lekarza została skierowana do Ministerstwa Zdrowia. W sprawę zaangażowany był również Rzecznik Praw Pacjenta. Po wyjaśnieniu okoliczności zdarzenia

skarga okazała się bezzasadna, a jej forma krzywdząca, wręcz szkalująca dobre imię lekarza. Na chwilę obecną sprawę można uznać za zamkniętą.

*Rzecznik Praw Lekarzy OIL
Adam BĄK*



SPRAWOZDANIE KOMISJI DS. LEKARZY EMERYTÓW I RENCISTÓW OIL W KADENCJI VIII 2018-2022

Sprawozdanie z działalności Komisji ds Lekarzy Seniorów za okres VIII kadencji (maj 2018 - luty 2022). Komisja liczyła 12 osób, a Zarząd stanowili: przewodniczący - Tadeusz Chowaniec, wiceprzewodniczący - Bogusław Kudyba, sekretarz - Grażyna Wojtalska-Kusyk.

Przed ogłoszeniem pandemii Komisja zbierała się 7 razy - ostatni raz 10.02.2020 r. oraz 3 razy w drugiej połowie 2021 r.

W lutym 2020 r. przygotowywano kolejne Spotkanie Wiosenne i wycieczkę do Ojcowa i Pieskowej Skały; w czerwcu 2021 r. przygotowywano Spotkanie Oplatkowe, bo wydawało się, że będzie to możliwe. Zamierzenia te zostały odwołane. Wobec tego przekazano drogą pocztową dyplomy 39 „50-latkom” oraz 26 „Superseniorom” dyplomy wraz ze wspomżeniem finansowym.

Ostatnią udaną wycieczką była wyprawa do Pszczy-
ny w 2018 r.

Z członkami Komisji utrzymywano kontakt telefoniczny, m.in. zaproponowano, aby w Biuletynie Informacyjnym zamieszczano krótkie nekrologi, o śmierci członków naszej Izby.

Aktualna lista osobowa Komisji wykazuje 11 członków, z tego 1 stale nie uczestniczy w działalności, 2-3 okresowo - często chorych, 2 członków zmarło; 1 osobę ostatnio pozyskano. Komisja do prawidłowej działalności WYMAGA wzmocnienia osobowego.

*Przewodniczący
Komisji ds. Lekarzy Seniorów OIL
Dr med. Tadeusz CHOWANIEC*



OSTATNIA DROGA ŻYCIOWA CARYCY ALEKSANDRY FIODOROWNEJ

Niemiecka księżniczka Alicja poznała następcę tronu carskiego Mikołaja II na ślubie Sergiusza młodszego brata cara Aleksandra III i bardzo go polubiła. Aleksander III nie wyrażał zgody na małżeństwo syna z niemiecką księżniczką. Ich ślub odbył się dopiero po śmierci Aleksandra III w dniu 26 lipca 1894 roku. Upřednio Alicja przyjęła imię Aleksandra i przeszła na prawosławie.

Aleksandra urodziła cztery córki: Olgę, Tatianę, Anastazję i Marię. Nie mogła doczekać syna jako następcy na tronie carskim. Dopiero po modłach i pielgrzymkach urodziła w roku 1904 syna Aleksa - niestety chorującego na hemofilię.

W roku 1905 w życiu Aleksandry pojawił się mnich Rasputin, który podawał się za „przewodnika duchowego”. Wkrótce miał coraz większy wpływ na Aleksandrę m.in. z powodu łagodzenia bólów Aleksa. Jednak nie podobało się to całemu Piotrogradowi – również, gdy pojawiały się doniesienia o jego rozwiązłym życiu. Kiedy w roku 1916

Rasputin został zamordowany wszyscy się radowali, ponieważ uważali, że obniża on prestiż państwa. Jedynie Aleksandra rozpaczała.

Kiedy wybuchła I Wojna Światowa, Rosja wystąpiła przeciwko koalicji Niemiec i Austro-Węgier. Zginęło ponad dwa miliony żołnierzy rosyjskich. Wówczas Aleksandra zorganizowała szpitale w Piotrogradzie i w Carskim Siole. Po przeszkoleniu pielęgniarskim osobiście opie-

kowała się rannymi żołnierzami zyskując wielkie uznanie rodaków.

Trwająca krwawa wojna spowodowała gwałtowne protesty. Wówczas Rząd Tymczasowy kierowany przez Aleksandra Kiereńskiego zmusił Mikołaja II do abdykacji w dniu 3 marca 1917 roku. Bojąc się bolszewików Rząd Tymczasowy podjął decyzję aby rodzina carska opuściła Carskie Sioło i wyjechała w bezpieczne miejsce. 31 lipca 1917 roku, po sześciodniowej podróży pociągiem i parowcem „Ruś” Romanonowie trafili do Tobolska na Syberii. Biskup Tobolska zaproponował Mikołajowi pomoc w wyjeździe z Rosji, ale car uznał, że w tych burzliwych czasach nikt nie powinien opuszczać kraju.

Kiedy bolszewicy zdobyli Tobolsk zdecydowali by Romanonowowie zostali przewiezieni do stolicy Uralu Jekaterynburga w dniu 12 kwietnia 1917 roku. Podróż tą rodzina carska odbyła w tzw. syberyjskiej tarantasie - powozie bez siedzeń. Po przyjeździe do Jekaterynburga wszyscy przewiezieni zostali na tzw. „Wzgórze Wniebowstąpienia”. Wzruszyło to szczególnie cara, ponieważ pamiętał, że w tym miejscu 1613 roku po tzw. „Dymitriadzie” i „Wielkiej Smucie” bojarowie powołali nowego cara - Michała Romanowa, który dał początek nowej dynastii panującej w Rosji do Rewolucji Październikowej.

W nocy 17 kwietnia 1916 roku rodzina carska została sprowadzona do piwnicy domu niejakiego Ignatiewa. Po odczytaniu wyroku śmierci przez przedstawicieli „Czeka” (policji politycznej bolszewików) car Mikołaj II, caryca Aleksandra, cztery Wielkie Księżne i Aleksy zostali rozstrzelani. Ich ciała przewieziono do pobliskiego lasu.

Decyzję tego mordu pojął Przewodniczący Rady Komisarzy Ludowych Lenin. W dniu 20 lipca (a więc po trzech



Caryca Aleksandra Fiodorowna Romanowa

dniach) Jakow Swierdłow oficjalnie ogłosił, że Romanowie przewiezieni zostali do „bezpiecznego miejsca”.

W roku 1991 ekshumowano szczątki rodziny carskiej i pochowano je w krypcie Soboru Piotra i Pawła w Petersburgu.

Dr hab. n. med. Janusz KUBICKI

CO PISZĄ INNI

ALZHEIMER – CHOROBA ULECZALNĄ!?

Z prof. dr. hab. Grzegorzem Węgrzynem – kierownikiem Katedry Biologii Molekularnej Uniwersytetu Gdańskiego – rozmawia Magdalena Godlewska

WHO prognozuje, że – przy obecnym tempie starzenia się społeczeństwa – za 30 lat choroba Alzheimera zostanie zdiagnozowana u ok. 100 mln. ludzi na świecie. A na skuteczną terapię na razie nie ma co liczyć – wiele preparatów, które dawały nadzieję na pokonanie tego schorzenia, mimo że na wcześniejszych etapach badań skuteczne, nie były w stanie poprawić zdrowia pacjentów. Jak to wytłumaczyć?

Mam swoją hipotezę. Dużo badań było nieskutecznych w przypadku Alzheimera, ponieważ gromadzenie się złogów beta-amyloidu nie jest jedyną przyczyną tej choroby, są nią również inne złogi, np. białka P-tau. A teraz większość modeli badawczych, np. zwierzęcych, powstaje w ten sposób, że albo robi się mutantą, który nadprodukuje beta-amyloid, albo wstrzykuje się beta-amyloid do mózgu, w ten sposób otrzymując objawy choroby. Tymczasem ogromna większość leków na chorobę Alzheimera, która okazała się nieskuteczna, skupiała się na specyficznym likwidowaniu złogów beta-amyloidu – specyficznymi przeciwciałami albo enzymami. Więc jeżeli badamy taki lek na zwierzęciu, u którego chorobę Alzheimera spowodowało wstrzyknięcie beta-amyloidu lub wywołanie jego nadprodukcji – to leczenie jest skuteczne. Ale jeżeli podamy ten lek pacjentowi, u którego złogi beta-amyloidu są ważną, ale nie jedyną przyczyną choroby, to efektu nie będzie, bo te inne złogi trzeba unieszkodliwić inaczej. Trzeba zastosować coś, co likwiduje wszystkie przyczyny, a nie tylko jedną z wielu.

Pański zespół też pracuje nad lekiem na to schorzenie. To genisteina – flawonoid występujący w roślinach z rodziny bobowatych. Użył jej Pan – zresztą jako pionier – do leczenia zespołu Sanfilippo. Dlaczego? Przecież w tym czasie dostępna była już enzymatyczna terapia zastępcza...

Zespół Sanfilippo to bardzo ciężka choroba – dominują objawy neurologiczne, dzieci są hiperaktywne, ciągle w ruchu, prawie nie śpią, najpierw uczą się trochę, a potem wszystko zapominają, nie ma z nimi żadnego kontaktu, żyją ok. 20 lat. Zarówno zespół Sanfilippo, jak i inne mukopolisacharydozy spowodowane są mutacjami w genach kodujących enzymy niezbędne do rozkładu cukrów zwanych glikozoaminoglikanami. Jeżeli któregoś z tych enzy-

mów brakuje, to glikozoaminoglikany nie są degradowane albo degradowane jedynie w niewielkim stopniu, a ponieważ ich produkcja cały czas trwa – zaczynają się gromadzić

Wprowadzona na początku XXI w. enzymatyczna terapia zastępcza polegała na sklonowaniu zdrowej postaci genu kodującego dany enzym, metodą inżynierii genetycznej wprowadzeniu go do komórek hodowanych in vitro i podaniu wyprodukowanego przez nie enzymu pacjentom, dostarczając organizmowi to, czego mu brakowało – substancję efektywnie degradującą glikozoaminoglikany.

Założenie terapii było bardzo fajne, ale pojawił się pewien problem – mianowicie wiele mukopolisacharydoz ma również komponentę neurologiczną, to znaczy, że glikozoaminoglikany spichrzają się też w komórkach centralnego układu nerwowego, tymczasem enzym przez barierę krew-mózg nie przechodził, więc można było leczyć tylko symptomy obwodowe. Dlatego trzeba było spróbować czegoś innego i tu genisteina – która, jak udało się nam wykazać, przechodzi przez barierę krew/mózg (w 10% – to nie jest dużo, dlatego musimy stosować duże dawki), redukując poziom glikozoaminoglikanów w całym organizmie.

Prowadziliśmy badania na modelu mysim i stwierdziliśmy, że po podaniu genisteiny u zwierząt obniżył się poziom glikozoaminoglikanów w narządach, m.in. w mózgu. I co ważniejsze – po kilkumiesięcznej terapii testy behawioralne wykazały, że ich zachowania są takie, jak u osobników zdrowych. Później okazało się, niestety, że te efekty nie utrzymują się na takim poziomie, jak na początku – choroba nie odwraca się całkowicie, ale zatrzymuje na pewnym etapie albo postępuje – tylko wolniej. W tej chwili jesteśmy już na etapie prób klinicznych. Niestety, w chorobach rzadkich są one bardzo trudne.

Genisteina okazała się skuteczna w leczeniu zespołu Sanfilippo, zastosował ją Pan z sukcesem również w przypadku choroby Huntingtona, a niedawno ruszyły badania nad Alzheimerem. Jaki mechanizm działania genisteiny wykorzystaliście Państwo do leczenia tych chorób? Czy to były różne mechanizmy, czy jeden i ten sam?

I to jest clue! Zajmując się mukopolisacharydozami, udało nam się udowodnić, że proces zainicjowany przez genisteinę to autofagia – odpowiedzialna za usuwanie z komórki makrocząstek, które nie są potrzebne. Opublikowaliśmy artykuł na ten temat, któremu daliśmy tytuł – „Czy to jest wyjście? Jeden lek na wiele chorób”.



Mnóstwo chorób jest spowodowanych odkładaniem się nieprawidłowych białek. Najpierw zajęliśmy się chorobą Huntingtona – schorzeniem o podłożu genetycznym spowodowanym mutacją, w wyniku której powstaje białko wytrącające się w komórce w postaci złogów, których komórki nie są w stanie się pozbyć. Okazało się, że po dodaniu genisteiny do modelu komórkowego tej choroby – złogi znikały. W tej chwili prowadzimy doświadczenia na zwierzętach. Widzimy, że u zwierząt z chorobą Huntingtona, którym podajemy doustnie genisteinę, objawy się nie pojawiają albo są bardzo łagodne, a w przypadku myszy, które już mają zaawansowaną postać choroby, objawy się cofają.

No i poszliśmy krok dalej – postanowiliśmy wypróbować genisteinę w chorobie Alzheimera, bo tam też białka się odkładają. Tutaj należy koniecznie wspomnieć o mojej ówczesnej doktorantce, obecnie adiunkt Karolinie Pierzynowskiej, która nie tylko wpadła na ten sam pomysł, ale także zainicjowała współpracę ze specjalistami z zakresu fizjologii zwierząt. Na modelu szczurzym wykazaliśmy, że podanie osobnikom z wywołaną chemicznie chorobą Alzheimera genisteiny po kilku tygodniach powoduje, że na poziomie behawioru były nieodróżnialne od zwierząt zdrowych. Jeżeli chodzi o biochemię, to nastąpiło znaczne obniżenie poziomu niektórych białek, np. beta-amyloidu, a ilość hiperfosforylowanego białka tau (P-tau) spadła praktycznie do normy. Niedawno złożyłem wniosek o grant do Europejskiej Agencji Badawczej na badania eksperymentalne z udziałem pacjentów. Rozstrzygnięcie dopiero w maju.

A skoro genisteina umożliwia usuwanie wszelkich złogów, niezależnie od ich rodzaju i pochodzenia, to może pozwoli też pozbyć się mgły pocovidowej? Jak wykazały badania post-mortem mózgów 19 osób zmarłych z powodu COVID-19 – we wszystkich występowała podwyższona ilość złogów beta-amyloidu. W mózgach osób, które zmarły w oddziale intensywnej terapii z innych przyczyn, niczego takiego nie stwierdzono.

To bardzo prawdopodobne, że okaże się skuteczna również tu.

Czy długotrwałe podawanie dużych dawek genisteiny nie powoduje skutków ubocznych?

A to inny atut tej substancji! Z autofagią trzeba być bardzo ostrożnym, bo jeżeli zbyt mocno zastymulujemy ten proces, to komórka sama siebie zje – będzie degradować wszystko. Inne substancje chemiczne, które mogą stymulować autofagię (niektóre z nich są lekami), nadają się tylko do bardzo krótkiego stosowania, przez tydzień-dwa, ale nie dłużej, bo występują efekty uboczne – degeneracja organizmu. Natomiast genisteina nie dość, że przechodzi przez barierę krew/mózg, ale stymuluje autofagię dość efektywnie, ale łagodnie – bardzo trudno by było przy jej pomocy doprowadzić komórkę do apoptozy zależnej od autofagii, takich przypadków nie obserwujemy. Jeżeli chodzi o zwierzęta, to jedynym objawem ubocznym przy długotrwałym podawaniu dużych dawek genisteiny była obniżona płodność u samców.

Podczas pierwszej fazy prób klinicznych w USA na chorobę Sanfilippo podawano pacjentom wysokie dawki genisteiny – 150 mg/kg, niektórzy przyjmowali je rok, inni 2 lata i nie było żadnych objawów ubocznych.

Ale nawet jeśli likwidacja złogów, np. w chorobie Alzheimera, oznacza ustąpienie objawów schorzenia, to niekoniecznie złogi je spowodowały. Co według Pana jest tu przyczyną, a co skutkiem?

Różne są teorie. Widzimy jedynie korelację. Ale wydaje się, że nawet jeśli złogi beta-amyloidu i P-tau są wtórnie produkowane w stosunku do jakiejś pierwotnej przyczyny, to – niezależnie od tego, czy są pierwotne czy wtórne – wydaje się, że to właśnie one są najbardziej toksyczne. Jeśli je zlikwidujemy, to – nawet jeśli pozostanie czynnik, który ich powstawanie będzie stymulował – ich likwidacja w dalszym ciągu może pozwolić uniknąć rozwoju choroby lub zmniejszyć jej skutki.

Mamy nadzieję, że przez autofagię będziemy mogli likwidować wszystkie albo przynajmniej większość podstawowych przyczyn tej choroby.

(przedruk z „Primum” nr 12/21-1/22)

STARE PROBLEMY W NOWEJ ODSŁONIE, CZYLI E-PAPIEROSY

Wpływ konwencjonalnych papierosów na zdrowie człowieka został dokładnie zbadany i opisany. W międzyczasie na rynku przemysłu tytoniowego pojawiła się ich alternatywa. E-papierosy oraz urządzenia podgrzewające tytoń wypierają tradycyjne papierosy, jednak odsetek osób uzależnionych od nikotyny nie maleje – według danych e-Smoking Institute aż 1,7 mln Polaków sięga po e-papierosy, co plasuje Polskę w europejskiej czołówce.

Za najważniejszy powód skłaniający konsumentów do sięgnięcia po e-papierosy, a jednocześnie główną zaletę tego typu urządzeń, w odróżnieniu od papierosów konwencjonalnych, konsumenci uznają brak rakotwórczych substancji smolistych i toksycznych we wdy-

chanym aerozolu. Ponadto, użytkownicy e-papierosów zwracają uwagę na względy ekonomiczne, a także aspekt behawioralny, dotyczący możliwości zaciągnięcia się, czy trzymania papierosa w ręce. Zachęcające, zwłaszcza dla młodzieży, są również zróżnicowane smaki liquidów. Badania przeprowadzane w 2019 r. przez CBOS wykazały, że od 2011 r. liczba nastolatków korzystających z elektronicznych papierosów wzrosła sześciokrotnie. Osoby młode, sięgając po e-papierosa, najczęściej nie są uzależnione od nikotyny, jednak jej wysokie stężenie w elektronicznych urządzeniach może powodować bardzo szybki i niekontrolowany rozwój uzależnienia. Wapowanie może okazać się dla nastolatków

pierwszym krokiem na drodze do uzależnienia od tradycyjnych wyrobów tytoniowych.

Budowa i działanie

Ostatnia dekada dla palaczy okazała się obfita w innowacyjne rozwiązania technologiczne. Powstało wiele typów elektronicznych papierosów, różniących się rozmiarem, kształtem lub rodzajem zasilania, jednak wszystkie działają na podobnych zasadach. E-papieros zbudowany jest z systemu zasilającego oraz systemu generującego aerozol. W wyniku zaciągnięcia się powstaje podciśnienie, które uruchamia element grzewczy. Roztwór nikotyny (tzw. liquid, w skład którego wchodzi glikol propylenowy i gliceryna roślinna) podgrzewany jest do temperatury 100-180°C i jako aerozol inhalowany. Alternatywą dla e-papierosów są zyskujące na popularności systemy podgrzewania tytoniu tzw. Heat-not-Burn. W odróżnieniu od wapowania spalaniu ulegają specjalne wkłady z tytoniem, a nie liquid. Istnieje również grupa produktów czerpiąca z technologii dwóch wspomnianych systemów – są to tzw. hybrydy. W ich przypadku płyn z nikotyną podczas inhalacji przenika przez dodatkowy wkład tytoniowy. Należy przypuszczać, że rynek zamienników klasycznych papierosów będzie się dynamicznie rozwijał i niebawem poznamy nowe generacje papierosów elektronicznych.

Niegroźna mgiełka?

Uważa się, że e-papierosy, ze względu na niezachodzące w nich procesy spalania, są bezpieczną alternatywą dla tradycyjnych papierosów. Podobne opinie głoszą producenci e-papierosów, wskazując na użyte w składzie liquidu glikol propylenowy i glicerynę, powszechne w przemyśle spożywczym i farmaceutycznym. Podczas ogrzewania liquidu zachodzą reakcje chemiczne, i tak na przykład w wyniku ogrzewania nietoksycznej gliceryny powstaje toksyczna akroleina.

W dymie tytoniowym może znajdować się ponad 5000 substancji chemicznych; liczba i stężenie substancji obecnych w inhalowanym aerozolu z papierosa elektronicznego jest znacznie niższa, jednak wartość ta można wzrosnąć np. poprzez samodzielne zwiększenie napięcia części zasilającej urządzenia. Z kolei stężenie zawartej w liquidzie nikotyny, jak wynika z badań, znacząco różni się od wartości deklarowanej przez producentów – w niektórych badaniach rozbieżności między stanem faktycznym a informacją podaną na opakowaniu wynosiły 100%. Jest to istotna kwestia, gdyż niekontrolowane dawki nikotyny prowadzić mogą do zatrucia, a w skrajnych przypadkach nawet do zgonów użytkowników e-papierosów. Do pozostałych składników liquidu należą substancje odpowiedzialne za smak i zapachu aerozolu. Wykazano wśród nich obecność drażniącego drogi oddechowe benzaldehydu. Największe stężenie tego związku chemicznego wykryto w liquidach o smaku wiśniowym. Mimo, że jest on bezpieczny dla skóry, podawany w formie aerozolu może stanowić zagrożenie dla zdrowia.

I Quit Ordinary Smoking – czy aby na pewno?

Z wyników badań opublikowanych w 2018 r. w ERJ Open Research wynika, że korzystanie z papierosów elek-

tronicznych wiąże się z niepożądanymi skutkami dla komórek płuc. Badanie polegało na ekspozycji ludzkich komórek nabłonka płuc oraz mięśni gładkich dróg oddechowych na trzy źródła nikotyny: papierosy tradycyjne, e-papierosy oraz urządzenia z systemem podgrzewającym tytoń. Wykazano, że wszystkie trzy źródła praktycznie w takim samym stopniu oddziałują na żywotność komórek i wywołują stan zapalny. Uszkodzenie nabłonka i mięśni gładkich w płucach prowadzi do rozwoju śmiertelnych chorób takich jak przewlekła obturacyjna choroba płuc czy nowotwór. Działania marketingowe wiodących producentów elektronicznych systemów dozujących nikotynę promują e-papierosy jako bezpieczny substytut tradycyjnych papierosów, co jest wizją bardzo kuszącą dla palaczy, jednak niezależne badania dowodzą, że tego typu urządzenia uwalniają toksyczne i kancerogenne substancje. Badania przeprowadzone pod kierownictwem dr Sharon A. McGrath-Morrow z University of Alabama wskazują, że wyziewy z systemów podgrzewania tytoniu zawierają te same szkodliwe substancje co dym z papierosów konwencjonalnych – wielopierścieniowe węglowodory aromatyczne i tlenek węgla.

EVALI, czyli nie tylko nikotyna...

E-papieros to urządzenie, które coraz częściej wykorzystywane jest do zażywania substancji psychoaktywnych. Glikol i gliceryna, zawarte w płynnych cartridge'ach, rozpuszczają substancje oddziałujące na ośrodkowy układ nerwowy m.in. kanabidiol (CBD), tetrahydrokannabinol (THC), olej z haszyszu butanowego. Inhalowane substancje, często pochodzące z nielegalnego źródła lub otwartego obiegu, komponowane są samodzielnie i mogą prowadzić do powstawania nowych substancji, których konsekwencje zdrowotne są niemożliwe do przewidzenia. W związku z rosnącą liczbą osób z ciężkim przebiegiem choroby układu oddechowego wywołanej paleniem e-papierosów amerykańskie Centrum Zapobiegania i Kontroli Chorób (CDC) ogłosiło w 2019 r. nową jednostkę chorobową – EVALI (E-cigarette or Vaping product use-Associated Lung Injury). Do jej najczęstszych konsekwencji należy włóknjące zapalenie płuc, lipoidalne zapalenie płuc, wielokomórkowe śródmiąższowe zapalenie płuc. – W USA w 2019 r. opisano ponad 2 000 przypadków, w tym kilkadziesiąt zgonów spowodowanych tym schorzeniem. W Polsce dwa pierwsze zgony w przebiegu uszkodzenia płuc po stosowaniu e-papierosów opisali w 2017 r. Rojkiewicz M. i wsp. Przyczyną ostrego uszkodzenia płuc jest miejscowy odczyn zapalny wywołany przez glikol i roślinny glicerol, jak i szkodliwe, toksyczne związki karbonylowe powstałe w wysokiej temperaturze. EVALI może mieć także podostry przebieg lub cechy włóknjącego zapalenia płuc. Zmiany te przebiegają dynamicznie – mówi prof. Renata Jankowska, konsultant wojewódzki ds. chorób płuc dla województwa dolnośląskiego.

Z danych opublikowanych przez CDC wynika, że wśród 2668 pacjentów hospitalizowanych ze względu na EVALI aż





52% stanowiły osoby od 13 do 24 roku życia. Widać wyraźnie, że problem dotyczy głównie osób młodych, podatnych na wpływy otoczenia, nieświadomych zawartych w liquidach konserwantów, pestycydów czy toksyn, a także podejmujących próbę eksperymentowania ze składem liquidów.

Bierne e-palenie

Dotychczas liczba ofiar biernego palenia na świecie wynosiła 600 tys. zgonów rocznie. W związku z ograniczeniem palenia papierosów tradycyjnych na rzecz urządzeń elektronicznych wydawać by się mogło, że problem biernego palenia został znacząco ograniczony, bowiem pomiędzy pojedynczymi zaciągnięciami nie powstaje żaden dodatkowy strumień. Przeprowadzone badania wykazały, że w skład wydychanego z e-papierosa aerozolu wchodzi 6 substancji: 2-butanon, kwas octowy, aceton, izopren, formaldehyd oraz aldehyd octowy. Dla porównania w dymie wydychanym przez palacza papierosów konwencjonalnych wyodrębniono 20 różnych związków. Z kolei stężenie nikotyny w aerozolu e-papierosów było 10-krotnie mniejsze niż w przypadku tradycyjnych wyrobów tytoniowych. Papierosy elektroniczne nadal, choć w mniejszym stopniu, pozostają zagrożeniem dla osób przebywających w towarzystwie e-palaczy, zwłaszcza w niewentylowanych, zamkniętych pomieszczeniach (użytkownicy elektronicznych systemów dozuujących nikotynę bardzo często palą w mieszkaniach).

Elektroniczne papierosy a COVID-19

Podobnie jak w wielu innych dziedzinach, związek między paleniem e-papierosów a COVID-19 nie został w pełni zbadany. Wytwarzany przez elektroniczne urządzenia aerozol nie tylko wzmacnia stan zapalny i szkodzi komórkom płuc, co zmniejsza zdolność reakcji organizmu na infekcje, ale również może zawierać cząsteczki wirusa. Także fizyczna czynność palenia – częste dotykane nosa i ust – może przyczyniać się do transmisji wirusa. Badania opublikowane w sierpniu w *Journal of Adolescent Health* wykazały, że SARS-CoV-2 wśród użytkowników elektronicznych papierosów wystąpił pięciokrotnie częściej niż wynosi średnia społeczeństwa.

Inne badania przeprowadzone przez zespół, którym kierował profesor neurobiologii Jean-Pierre Changeux wykazały, że osoby regularnie palące papierosy mają o około 80% mniejsze ryzyko zachorowania na COVID-19. Według naukowców białko receptorowe ACE2, do którego przyłącza się nikotyna, uniemożliwia wnikanie wirusa

do ludzkich komórek. Zgodnie z powyższym e-papierosy (uważane za bezpieczniejszy zamiennik papierosów tradycyjnych oraz tańszy odpowiednik plastrów nikotynowych) zaczęto postrzegać jako jedną z metod dawkowania nikotyny. Podkreślić należy, że nawet prewencyjne działania nie usprawiedliwiają korzystania z e-papierosów, a możliwość zastosowania nikotyny w innej postaci w walce z COVID-19 zweryfikują przyszłe badania.

Mniejsze zło

– Obecnie dane naukowe nie polecają e-papierosów jako metody pomagającej w rzuceniu palenia papierosów. Także wytyczne dotyczące postępowania w PO-ChP z 2020 r. (GOLD 2020) zgadzają się, że skuteczność i bezpieczeństwo stosowania e-papierosów nie zostało wiarygodnie potwierdzone. Mając na uwadze powyższe oraz to, że w e-papierosach dodatkowo znajdują się różne inne substancje o nieprzewidywalnym wpływie na płuca oraz na cały organizm powinno się przestrzegać młodych ludzi, aby nie sięgali po e-papierosy. Naturalnie pozostałych palaczy tradycyjnych papierosów także mamy obowiązek namawiać do rzucenia palenia, gdyż ogólnie wiadomo, że palenie papierosów jest przyczyną wielu chorób – podsumowuje prof. Renata Jankowska.

E-papierosy stworzone zostały jako alternatywne źródło nikotyny, dlatego wielu użytkowników traktuje je jako substytut papierosów konwencjonalnych. Dotychczasowa wiedza i stan badań nie pozwalają zakwalifikować tego typu urządzeń jako produktów wspomagających rzucenie palenia. Walka z uzależnieniem od nikotyny, mimo szeroko zakrojonych akcji społecznych czy rozwiniętej farmakoterapii, wciąż pozostaje ogromnym wyzwaniem. Wśród opinii i argumentów zwolenników lub przeciwników korzystania z elektronicznych urządzeń dozuujących nikotynę jedno pozostaje pewne – istnieją osoby, które nigdy nie zrezygnują z palenia. Sposobem na ograniczenie u nich negatywnych skutków palenia i ogólnej redukcji szkód, jeśli nikotynowa terapia zastępcza lub inne formy pomocy psychologicznej nie przyniosły rezultatów, mogą być elektroniczne papierosy. Nie zmienia to jednak faktu, że pozostają one niebezpieczne dla organizmu, a najlepszy wpływ na zdrowie ma niepalenie (e-)papierosów.

Aleksandra SZOŁTYJS
(przedruk z „Medium” nr 12/20-1/21)

SKĄD SIĘ WZIĘŁY FAST FOODY?

Fast foody, czyli po polsku szybkie czy też śmiecio-we jedzenie (oraz miejsca, w których się je sprzedaje), to synonim niezdrowej diety, prowadzącej do otyłości i chorób metabolicznych z cukrzycą na czele. Dominuje przekonanie, że ten niezdrowy, choć wygodny sposób odżywiania przyszedł do nas ze Stanów Zjednoczonych, a jego historia zaczęła się po drugiej wojnie światowej.

Wiele w tym prawdy, ale korzenie serwowanych dziś na całym świecie fast foodów sięgają znacznie głębiej niż powszechnie się uważa. Na przykład lody, w postaci ryżu rozgotowanego w mleku i następnie schłodzonego, znano w Chinach już 5000 lat temu. W Europie rozsmakowywali się w nich już starożytni Grecy i Rzymianie, a potem o nich na setki lat zapomniano. Ponownie lo-

dy trafiły na europejskie stoły w XIII w. w Wenecji, dokąd przywiózł je Marco Polo. Z całą pewnością lody były znane w XVII-wiecznej Francji i XVIII-wiecznej Polsce. Do Stanów Zjednoczonych ten pyszny deser trafił dopiero na początku XIX stulecia. To jednak tutaj, w 1843 r., zaczęto je produkować przy użyciu maszyny, a w 1924 r. opatentowano w formie na patyku. Co ciekawe Amerykanie nie są krajem o największym spożyciu lodów na mieszkańca. Dystansują ich Skandynawowie.

W Starożytności należy szukać początków historii pizzy. Chociaż znano ją w wielu kulturach, znana na całym świecie nazwa wywodzi się oczywiście z włoskiego, a używana była już pod koniec X stulecia. Najbardziej znany rodzaj pizzy – Margherita, wywodzi się z Neapolu. W 1889 r. przyrządził ją tamtejszy restaurator Raffaele Esposito na cześć królowej małżonki Margherity of Savoy, dekorując ciasto bazylią, pomidorami i mozzarellą, czyli kolorami włoskiej flagi.

Bardzo długą historię ma popcorn, który znano w starożytnej Ameryce Południowej. To tutaj Indianie wieszali kolby z kukurydzą nad ogniskiem i zbierali rozpryskujące się wokół ziarna. Innym, znanym Indianom, sposobem wytwarzania popcornu było wsadzanie kukurydzianych ziaren do zasypanego piaskiem naczynia, które podgrzewano płomieniami. Wysoka temperatura sprawiała, że wybuchające ziarna wyskakiwały. Dzięki maszynom do produkcji, pod koniec XIX w. popcorn zaczął rozpowszechniać się w USA. W 1947 r. oferowano go w niemal wszystkich tamtejszych kinach. W tym czasie kinowa konsumpcja popcornu stanowiła w USA 50% produkcji.

Za ojczyznę frytek uchodzi Belgia. A ściśle Dinant nad rzeką Meuse. Biedni mieszkańcy miasteczka zwykli łowić małe rybki, które następnie smażyli na oleju. Pewnej surowej zimy, najprawdopodobniej około 1680 roku, rzeka zamarzła i zamiast rybek na rozgrzany olej trafiły pocięte w paski ziemniaki... Młodszym wynalazkiem są chipsy, ale znano je już w połowie XIX stulecia. Nie wiadomo, czy to prawda, czy tylko anegdota, ale pierwsze chipsy zaserwowano w amerykańskiej restauracji przez przypadek i przy dużym udziale złości kucharza. Otóż jeden z klientów miał poskarżyć się na zbyt grubo pokrojone frytki, co sprawiło, że poirytowany kucharz pokroił ziemniaki na bardzo cienkie plasterki, które po przysmażeniu zasmakowały nie tylko niezadowolonemu klientowi, ale i innym biesiadnikom. Jednym z pionierów na rynku chipsów był zmarły w 1982 r. Herman Lay, który w latach 30. ubiegłego wieku założył małą firmę do ich produkcji, dziś światowego potentata, rozsławiającego nazwisko założyciela.

Podobnie jak w przypadku frytek, bieda dała światu hot doga. W połowie XIX w. we Frakfurcie zaczęto wytwarzać łukowatego kształtu, mocno przyprawione kiełbaski, nazywane przez miejscowych jamnikami. Charles Feltman, który krótko potem wyemigrował do Ameryki, kupił wózek i zaczął sprzedawać wspomniane kieł-

baski w podłużnych bułkach zmierzającym na plażę na Brooklynie. Nowego produktu nie nazywano jeszcze hot dogiem, a hot redem. Znana i nam nazwa przekąski jest przypisywana niepewności konsumentów co do rodzaju mięsa, jakie serwowano im w bułce. Kilkadziesiąt lat później skromny właściciel wózka z kiełbaskami w bułkach stał się zamożnym restauratorem, sprzedającym swoje produkty milionom osób. Młodszym bratem hot doga jest hamburger, wywodzący się od znanego w XIX-wiecznym Hamburgu kotleta z siekanej wołowiny. Za debiut hamburgera uważa się rok 1904 i jego sprzedaż pod tą nazwą na wystawie w Saint Louis.

Bardzo ciekawą historię ma guma do żucia. I znów, jak w przypadku niemal wszystkich najbardziej znanych fast foodów, musimy cofnąć się do XIX w. Meksykański generał Antonio Lopez de Santa Ana, trafił w 1836 r. do amerykańskiego więzienia. Tam, dla uspokojenia, często żuł kawałki stężałego soku mlecznego, pochodzącego z drzewa rodzaju Manilkara, rosnącego w Ameryce Środkowej. Zauważył to Thomas Adams, który zaczął sprzedawać pokrojone kawałki „środka uspokajającego” generała. Potem do gry wkroczył Wiliam Wrigley – twórca największego na świecie koncernu wytwarzającego gumę do żucia.

Rynek fast-foodów nieodłącznie kojarzy się z kolorowymi napojami. Dwa najbardziej znane – Coca-cola i Pepsi zaczęto wytwarzać w Stanach Zjednoczonych pod koniec XIX w., przy czym Coca-cola jest nieco starsza.

W ostatnich dekadach XX w. rynek fast foodów znalazł się na cenzurowanym. Epidemia otyłości sprawiła, że zaczęto szukać winnego. Wysyczone tłuszczem i kaloriami fast foody doskonale nadawały się do tej roli. Producenci, by nie stracić klientów zaczęli zmieniać skład oferowanych produktów, wprowadzając na szeroką skalę wersje light, a także zwiększając ilość warzyw w fast foodowych daniach. Producenci gum do żucia poszli jeszcze dalej i od lat nie szczędzą pieniędzy na przekonywanie nas, że żucie gumy jest zdrowe dla zębów i powstrzymuje otyłość przed spożywaniem kalorycznych przekąsek. W 2011 roku w *International Journal of Pharmaceutical Investigation* opublikowano dobrze udokumentowany artykuł dowodzący, że guma do żucia to świetny sposób na podawanie insuliny drogą doustną. Na razie wykorzystuje się iniekcje podskórne, ale w przyszłości? Kto wie, być może zastrzyki odejdą do lamusa. Niezależnie od tego jak będzie w tym wypadku, potentaci na rynku fast foodów na pewno nie zamienią swoich lukratywnych biznesów na handel pietruszką. Będą natomiast chcieli przekonać nas, że to co oferują nam służy. Dodatki w postaci witamin, minerałów, błonnika, kultur „zdrowych” bakterii to tylko niektóre ze sposobów, by klienci nie rezygnowali z szybkiego jedzenia, a nawet uznali je za zdrowe.

Sławomir BADUREK
(przedruk z „*Meritum*” nr 5/20)

KIEDY LEKARZA NIE MA W DOMU...

Myślę, że w życiu znakomitej większości lekarzy bardzo często pojawiają się dylematy, na co poświęcić czas. Wiadomym jest, że nie ma takiej drugiej grupy zawodowej, która średnio spędza w pracy tyle czasu, co medycy. Czasem z własnych wyborów, czasem z konieczności, niekiedy celem podniesienia umiejętności. Nieważne, z jakich pobudek, ważne, że gdy jesteśmy w pracy, nie ma nas w domu, przy rodzinie, nie możemy realizować własnych pasji, hobby, korzystać z kultury. I tutaj pojawia się pytanie: co jest dla nas najważniejsze? Gdzie jest ten złoty środek?

To, że nasza praca wiąże się ze spędzaniem czasu poza domem w większym wymiarze niż zwykły etat, to nigdy nie było żadnym zaskoczeniem. Wybierając zawód medyczny, musimy się z tym liczyć. Oczywiście w pewnym momencie życia zawodowego można sobie pozwolić na pracę w wymiarze ośmiu godzin dziennie, bez dyżurów, bez pracy w weekend. Jednakże myślę, że każdego czeka czas poświęceń, dyżurów, chronicznego zmęczenia związanego z pracą, poszerzaniem kompetencji zawodowych i realizacją własnych zainteresowań.

Wiadomo, że w dużym stopniu sami regulujemy swoją ilość pracy. Na początku kariery szkolącego się rezydenta można pracować tylko w jednym miejscu, biorąc dwa dyżury w miesiącu, nie dorabiać w innych miejscach jak NPL, kopalnie, izby wytrzeźwień. W takiej sytuacji mamy sporo wolnego czasu, ale, niestety, aktualne warunki finansowe nie są zadowalające dla osoby z wyższym wykształceniem medycznym, będącej w wieku około 26 lat. Oczekiwania są znacznie wyższe. Nie mam tutaj na myśli drogich, ekskluzywnych samochodów, mieszkań dwupoziomowych w nowym budownictwie. Wspomniany wyżej model pracy w jednym miejscu, przy tzw. dyżurach z etatu, nie pozwala nawet na zakup średniej klasy samochodu i normalnego mieszkania, zwłaszcza przy dzisiejszej inflacji. Zwykle wtedy decydujemy się na dodatkową pracę, często dużo bardziej opłacalną niż etat w swojej szkoleniowej jednostce.

W tym momencie życia przychodzi czas na refleksję: ile chcę zarabiać i ile chcę mieć wolnego czasu? Jakim samochodem chcę jeździć i ile czasu spędzić ze swoimi dziećmi? Często słyszę od różnych osób, że jeszcze popracują chwilę, żeby spłacić do końca leasing czy żeby zabezpieczyć się finansowo, a potem definitywny koniec z częścią dodatkowych godzin pracy. Często jednak pozostajemy w tej pułapce. Człowiek szybko przyzwyczaja się do pewnego pułapu finansowego i nie lubi schodzić niżej, a praca w naszym zawodzie jest zawsze. Pytanie, ile sami chcemy pracować.

Kolejnym złodziejem czasu i pieniędzy jest konieczność podnoszenia kwalifikacji. Samo szkolenie specjalizacyj-

ne nie pozwala się realizować we wszystkich umiejętnościach. Kursy często odbywają się w weekendy, a niekiedy cały roboczy tydzień, jak np. kursy USG, we wschodniej części naszego kraju. Szkolenia takie często kosztują po kilka tysięcy, a na pewno zdarzają się i takie, wyspecjalistyczne, które kosztują powyżej 10 tys. zł. Wiele ciekawych rzeczy można się dowiedzieć na sympozjach i szkoleniach za granicą, co dodatkowo okrawa nasze życie z wolnego czasu i finansów. Dodatkowym problemem długich kursów poza miejscem zamieszkania jest fakt, że wtedy nie zarabiamy. Dlatego często, żeby sobie pozwolić na taki – czasem konieczny – kurs, musimy, jak to się mawia w dyżurce, „odrobić wolne”.

Gdzie w takim razie postawić granice? Z czego zrezygnować, a w co zainwestować? Myślę, że każdy z nas mierzy się z takim problemem. Sam staram się pracować odpowiednio mało. Rezydentura plus około 6-7 dyżurów w mojej ocenie wydaje się być odpowiednim wymiarem pracy. Jednakże jeśli trzeba wyjechać na kurs na kilka dni, a na to nałożyć się konieczność częstszego dyżurowania, niestety odczuwam ogromny brak życia rodzinnego, a co za tym idzie, czuję, że zaniedbuję swoich najbliższych. Sam nie wyobrażam sobie pracy w dużo większym wymiarze czasowym. Z jednej strony na pewno z fizycznego punktu widzenia dałbym sobie radę, ale nie jest to rzeczywistość, w której widzę sam siebie.

Oczywiście model lekarza, o którym piszę, jest indywidualny i absolutnie nie mam na myśli tego, że jeśli ktoś pracuje w innym wymiarze czasowym, to pracuje za mało bądź za dużo. Są osoby, które potrafią pracować sporo, idealnie wtedy potrafią zarządzać wolnym czasem, znajdują czas na rozwijanie hobby i na rodzinne wyjazdy. Jest to kwestia odpowiedniej organizacji. Ale jeśli ktoś jest w stanie spędzić poza domem powyżej 20 nocy w miesiącu, a myślę, że każdy zna przynajmniej taką jedną osobę, to niestety nie wyobrażam sobie normalnego funkcjonowania w życiu społecznym i rodzinnym tak przepracowanego medyka. Czasem taka liczba dyżurów dotyczy takich specjalizacji, jak transplantologia, gdzie dyżurny musi być dostępny wiele dni w miesiącu.

Każdy sam powinien swoim czasem dysponować zgodnie z własnymi obowiązkami, potrzebami finansowymi i społecznymi. Trzeba jednak pamiętać, że człowiek jest w stanie szybko się przyzwyczaić do wielu rzeczy, w tym do pracy po 300 godzin miesięcznie czy nawet więcej. Ustawienie sobie pewnych limitów może być bardzo trudne, a powrót do mniejszej ilości pracy bywa czasem niemożliwy.

Paweł JASIŃSKI
(przedruk z „Pro Medico” nr 12/21-1/22)

NIE TYLKO KADZIDEŁKA I MANTRY

Medytacja pod płaszczem mindfulness w pełni wdarła się już na salony Zachodu. Mimo to wciąż w pierwszym odruchu kojarzy nam się z mnichami w pomarańczowych szatach, siedzącymi w pozycji kwiatu lotosu pośród murów egzotycznej świątyni. W rzeczywistości korzyści z medytacji czerpią zarówno zestresowani menedżerowie korporacji, fit celebrytki, zabiegani studenci, jak i – no właśnie – przepracowani lekarze!

Medytacja to praktyka uważności. Uważności oddechu, uważności ciała, uważności myśli. Można praktykować ją na wiele różnych sposobów, słuchając na bieżąco wskazówek osoby prowadzącej albo samemu decydując o przebiegu sesji. Siedząc w ciszy, leżąc, spacerując czy myjąc naczynia. Korzystając ze zdobyczy techniki i popularnych aplikacji (czy nawet specjalnej opaski monitorującej fale mózgowe!) albo po prostu zamykając na chwilę oczy w ulubionym fotelu. Można traktować ją jako technikę zupełnie świecką lub jako część praktyki religijnej (i to nie tylko w obrębie religii Wschodu, ale również ścieżek chrześcijańskich, jak np. medytacja ignacjańska praktykowana przez jezuitów). Dobrym początkiem jest codzienne poświęcenie choćby pięciu minut na pełną koncentrację na oddechu albo uważne wypicie filiżanki ulubionej herbaty. Dla zwolenników rozwiązań bardziej uporządkowanych i metodycznych można zdecydować się na kurs wprowadzający techniki medytacyjne krok po kroku, jak np. dosyć popularny i ugruntowany naukowo 8-tygodniowy kurs Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR), zawierający w sobie także sporą dawkę użytecznej psychoedukacji. Dla miłośników rozwiązań ekstremalnych najciekawszym rozwiązaniem będą kilku- lub kilkunastodniowe odosobnienia medytacyjne (np. Vipassana), podczas których w pełnym wyciszeniu i oderwaniu od codzienności poznaje się tajniki technik medytacyjnych. Drog jest wiele, ważne, żeby zrobić pierwszy krok!

Dlaczego warto?

W rzeczywistości medytacja jest praktyką dosyć mocno (i z każdym rokiem coraz bardziej!) przebadaną naukowo. Wśród ponad 7,5 tysiąca wyszukiwań w bazie PubMed znajdziemy badania randomizowane z próbą kontrolną, przeglądy systematyczne, metaanalizy i liczne badania oparte na neuroobrazowaniu. Cóż, na próżno szukać podobnych dowodów działania wielu niezwykle powszechnych lekarskich praktyk (jak niektóre leki na kaszel czy poprawę odporności, tak często rekomendowane przez lekarzy pierwszego kontaktu). Może więc warto nieco się jej przyjrzeć? W badaniach mózgow osób medytujących obserwuje się pobudzenie m.in. obszarów środkowej kory przedczołowej, wyspy, okolicy prążkowiego czy kory ruchowej, co może mieć związek z intencjonalnym odcinaniem się od nieistotnych w danym momencie informacji, kontrolowaniem przepływu myśli, powstrzymywaniem się od błędzenia umysłu i zmniejszoną reaktywnością na nieprzyjemne bodźce fi-

zyczne. Okazuje się jednak, że regularna praktyka medytacyjna nie tylko aktywuje w naszych mózgach poszczególne obszary w momencie medytacji, ale także pozostawia całkiem trwałe zmiany w aktywności mózgu. Pogrubienie wyspy (obszaru powiązanego z uważnością i świadomością ciała), zwiększenie gęstości istoty szarej hipokampa (struktury związanej przede wszystkim z pamięcią, ale również z modulacją emocjonalnych odpowiedzi z uwzględnieniem całości kontekstu), przebudowa przedniej i środkowej części zakrętu obręczy (które odpowiadają za samokontrolę, skoncentrowanie na rozwiązywaniu problemów i adekwatne do warunków zewnętrznych reakcje emocjonalne i behawioralne), a także zwiększenie regulacji emocji poprzez wzmocnienie kontroli, jaką kora przedczołowa sprawuje nad ciałem migdałowatym, czyli pierwotnym ośrodkiem lęku i reakcji stresowych. Postuluje się także osłabienie aktywności tzw. default mode network, czyli sieci neuronalnej odpowiedzialnej za błędzenie myślami, marzenia i snucie w głowie narracji dotyczącej nas samych i innych (czyli wszystkie te wątki przepływające przez nasz umysł, gdy nie jesteśmy skupieni na realizacji konkretnego zadania). Ubierając to w prostsze słowa – regularna praktyka pozwala nam widzieć świat bliższym temu, jakim jest w rzeczywistości, a nie jakim opowiadamy go sobie, ubierając go w swoje lęki, uprzedzenia i emocje. Pomaga nam też w stworzeniu przestrzeni między bodźcem a reakcją, pozwalając tym samym na świadomy wybór reakcji najbardziej adaptacyjnej, zamiast tej automatycznej i wyuczonej.

Badania dosyć obiecująco wskazują, że medytacja może poprawiać jakość snu, redukować lęk, zwiększać zdolność koncentracji, obniżać poziom stresu, pozytywnie wpływać na układ immunologiczny, zmniejszać odczuwanie bodźców bólowych, zwiększać świadomość ciała, polepszać funkcje poznawcze i wpływać na poprawę jakości życia. Jest o co walczyć!

Czy medytacja jest dla każdego?

Z pewnością medytacja nie jest dla każdego. Intensywną praktykę medytacyjną na pewno powinny odpuścić sobie osoby będące w kryzysie psychicznym czy przejawiające objawy psychotyczne. W przypadku zaburzeń lękowych i depresyjnych niezbędne jest zielone światło od prowadzącego lekarza psychiatry, coraz częściej jednak medytację prowadzoną i inne techniki uważności wykorzystuje się jako element terapii (jak choćby w tzw. trzeciej fali terapii poznawczo-behawioralnej). Zawsze najlepiej praktykować pod opieką doświadczonego nauczyciela, a jednocześnie z uwagą podchodzić do mogących towarzyszyć praktykom medytacyjnym stanów psychicznych i w razie wątpliwości konsultować je ze specjalistą.

Najczęściej jednak słów „medytacja nie jest dla mnie” nie wypowiadają wcale osoby, które posiadają ku niej rzeczywiste przeciwwskazania, a raczej te, które pędzą



przez życie, stale uprawiając wielozadaniowość, przejawiają nadmierną ambicję i wygórowany perfekcjonizm. Zatrzymanie to dla nich strata czasu, a umysł zawsze wypełniony jest gonitwą myśli i długą listą planów do zrealizowania (czyżby większość z nas, lekarzy?). Czasem męczy bezsenność, boli głowa, innym razem dokuczają skoki ciśnienia, kołatania serca albo zespół jelita drażliwego, no ale przecież zawsze są ważniejsze rzeczy do roboty niż po prostu siedzenie! I choć to właśnie tym osobom medytacja może pomóc najbardziej, jest też zwykłą drogą tym trudniejszą i bardziej frustrującą.

I w tym miejscu należy uczciwie wyraźnie zaznaczyć, że medytacja to nie to samo co relaksacja, choć relaks może być niejako jej efektem dodatkowym. Powiedzmy to sobie szczerze: medytacja bywa niesamowicie żmudną, nudną i szalenie frustrującą praktyką. Ciężko usiedzieć w ciszy, kiedy przyzwyczailiśmy się do tego, że zawsze gdzieś w tle

gra radio lub telewizor, nasz smartfon bez przerwy bombarduje nas kolejnymi notyfikacjami, a my staramy się gotować obiad, bawić się z dzieckiem i załatwiać przez telefon sprawy zawodowe jednocześnie. Zawsze czekają pilniejsze zadania, a umysł nieustannie błądzi między zamartwianiem się przyszłością a analizowaniem przeszłości. Zdaje się jednak, że dewiza: „im bardziej nie masz czasu na medytację, tym bardziej jej potrzebujesz” w pełni się sprawdza.

Katarzyna ZYDEK

Autorka jest łódzką lekarką rezydentką, instruktorką rekreacji ruchowej o specjalności „hatha yoga”. Ukończyła podyplomowe studia z Psychosomatyki i somatopsychologii na uniwersytecie SWPS. Aktywna członkini Polskiego Towarzystwa Medycyny Stylu Życia. Z pasją promuje jogę i medytację jako interwencje wspierające dobrostan psychofizyczny. Prowadzi blog www.medytuje.pl oraz konto na Instagramie @medytuje.pl (przedruk z „Panaceum” nr 3/21)

MEDYCYNĄ PO DYPLomie

INTERAKCJE LEKÓW – PRÓBA ANALIZY PRZYCZYN NASILANIA SIĘ TEGO ZJAWISKA

Zmaganie się z problemem interakcji leków to jedno z największych wyzwań dla współczesnej farmakoterapii. Jak wynika z badań prowadzonych w Uniwersyteckim Ośrodku Monitorowania i Badania Niepożądanych Działań Leków w Krakowie, w których przeanalizowano 5000 preskrypcji pod kątem niekorzystnych interakcji lekowych, aż w 19,8% przypadków interakcje dotyczą leków stosowanych jednocześnie. Indukują one wza-

jemne oddziaływania i często prowadzą do komplikacji terapeutycznych, nie wspominając już o zagrożeniu zdrowia i życia pacjenta. Okres pandemii (teleporady) dodatkowo nasilił te niekorzystne zjawiska.

Powstaje pytanie, jak postrzegamy przyczyny tak znacznego wzrostu częstotliwości występowania klinicznie istotnych interakcji?

Przyczyna	Prażródło
Nieświadomość	Mylne przekonanie, że w mojej praktyce lekarskiej nie zdarzają się problemy, których powodem jest polifarmakoterapia.
Lekceważenie znaczenia interakcji	Brak wiedzy, że interakcje lekowe mają znaczenie w praktyce, a każdy podany pacjentowi lek działa na organizm pacjenta zależnie od innych leków.
Wykorzystywanie do oceny ryzyka interakcji lekowej wyłącznie programów multimedialnych	Programy komputerowe zwykle nie uwzględniają, czy pacjent stosuje jednocześnie kilka leków. Często nie zawierają też najbardziej istotnego czynnika, który rozstrzyga o znaczeniu klinicznym interakcji. Jest nim aktualnie stosowana dawka leku.
Bezrefleksyjne stosowanie standardów terapeutycznych u pacjenta z wielochorobowością	Standardy postępowania terapeutycznego odnoszą się najczęściej do jednej przypadłości i nie pomagają odpowiedzieć na pytanie, jak łączyć standardowe leki u pacjentów z wielochorobowością.
Spóźniona weryfikacja zleconej farmakoterapii	W przypadku pojawienia się nowych elementów w obrazie choroby pacjenta należy zawsze rozważyć, czy nie stanowią one przeciwwskazań do stosowania poszczególnych leków.
Stosowanie leków zbędnych	Pacjenci bez konsultacji stosują leki, dla których aktualnie nie ma wskazań. Każdy dodatkowy lek to wzrost ryzyka występowania działań niepożądanych.

Z analiz interakcji leków wynika, że w praktyce istnieje zaledwie kilkanaście leków, które najczęściej wchodzi w interakcje z uwagi na swój profil farmakokinetyczno-farmakodynamiczny. Najważniejsze z nich zebrano w poniżej.

Leki najczęściej wchodzące w interakcje podczas polifarmakoterapii (kolejność alfabetyczna):

- antagoniści wapnia, głównie pochodne 1,4 – dihydropirydyny
- doustne antykoagulanty niebędące antagonistami witaminy K
- inhibitory pompy protonowej (PPI)
- inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny (SSRI)
- klarytromycyna

- leki antycholinergiczne
- metoprolol
- paracetamol
- spironolakton
- statyny
- tramadol
- warfaryna

Przykładem nieprawidłowości w farmakoterapii jest także zjawisko duplikacji leków, czyli zwiększania liczby leków, które nie tylko nie poprawiają skuteczności prowadzonego leczenia, ale dodatkowo jeszcze zwiększają ryzyko wystąpienia powikłań. W tabeli zebrano najczęściej występujące w praktyce połączenia o typie duplikacji.

Najczęstsze przypadki duplikacji leków

Leki	Konsekwencje
Niesteroidowe leki przeciwzapalne stosowane ogólnie	Brak poprawy efektu analgetycznego, zwiększenie ryzyka uszkodzenia górnego odcinka przewodu pokarmowego, wątroby oraz nerek.
Spazmolityki muskulotropowe	Najczęściej dotyczy kojarzenia drotaweryny z alweryną lub mebewryną. Skojarzenie takie nie poprawia skuteczności, zwiększa natomiast ryzyko wystąpienia objawów niepożądanych, w tym dyspulsji.
Adrenolityki alfa-1	Najczęściej dotyczy kojarzenia doksazosyny z uroselektywnymi alfa-1 blokerami – tamsulozyną, alfuzosyną, sylodosyną. Skojarzenie takie nie poprawia skuteczności, natomiast znacznie zwiększa ryzyko wystąpienia hipotonii.
Tramadol + silne analgetyki opioidowe z III stopnia drabiny analgetycznej	Brak poprawy skuteczności analgetycznej, wzrost ryzyka wystąpienia sensytyzacji i hiperalgezji wtórnej.
Inhibitory konwertazy angiotensyny + sartany	Połączenie to zwiększa ryzyko uszkodzenia nerek, może być stosowane tylko w szczególnych przypadkach.

UWAGA: interakcje, które są wywołane nieprawidłowym połączeniem leków, najczęściej zdarzają się w populacji geriatrycznej oraz u pacjentów leczonych w ramach opieki paliatywnej.

Dr hab. Jarosław WOROŃ
 Prof. dr hab. Ryszard KORBUT
 Zakład Farmakologii Klinicznej Katedry Farmakologii
 Wydziału Lekarskiego UJ CM, Uniwersytecki Ośrodek
 Monitorowania i Badania Niepożądanych Działań Léków
 Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie
 (przedruk z „Galicyskiej Gazety Lekarskiej” nr 6/21)

WPŁYW URZĄDZEŃ MOBILNYCH NA WZROK DZIECI. ZALECENIA DLA RODZICÓW I SPECJALISTÓW

W obecnych czasach dzieci rozwijają się w środowiskach wypełnionych nowymi technologiami, do których w coraz większym stopniu się przyzwyczajają. Interaktywne środki przekazu pomagają w nauce nawet małych dzieci. Już kilkunastomiesięczne dzieci są w stanie przyswajać nowe słowa przez ekrany dotykowe, jednak mogą mieć problem z przenoszeniem tej wiedzy do świata rzeczywistego. Niektóre aplikacje skutecznie uczą umiejętności czytania i pisanie. Wiąże się to jednak z obawą nadużywania urządzeń mobil-

nych w istotnym okresie dojrzewania i rozwoju funkcji mózgowych. Poza tym większość powszechnie dostępnych aplikacji nie posiada dowodów na swoją skuteczność w procesie nauczania.

Udowodniono, że maluchy zbyt wiele czasu spędzają przed ekranami urządzeń mobilnych. Wczesny i przedłużony czas ekspozycji na działanie urządzeń mobilnych daje niekorzystne skutki w zakresie zdrowia psychicznego i fizycznego dzieci. Urządzenia mobilne mogą ingerować w proces nauki, rozwój, dobre samopoczucie,



sen, wzrok, słuch, otyłość, relację opiekun–dziecko, a nawet mieć wpływ na zachorowania na ADHD.

Skutkiem długotrwałego korzystania z urządzeń mobilnych przez dzieci jest rozwój krótkowzroczności. W ostatnich latach odnotowano znaczący wzrost jej występowania wśród nastolatków i dorosłych. Badania z 2018 r. przeprowadzone w Kalifornii wskazały, że wśród nastolatków w wieku 17–19 lat 59% z nich ma krótkowzroczność. Z przeprowadzonych badań wynika, że przynajmniej za część tego przyrostu odpowiedzialne jest wzmożone wykonywanie pracy w bliskich odległościach, szczególnie za pomocą smartfonów i komputerów. Wzrost krótkowzroczności może być też efektem pandemii COVID-19, gdyż istotnie zwiększa się czas korzystania z urządzeń cyfrowych przez dzieci.

Kolejnym skutkiem może być tzw. cyfrowe zmęczenie oczu. U osób, które spędzają dużo czasu przed ekranem urządzeń cyfrowych, mogą występować objawy suchego oka, uczucie swędzenia oka, zamazane widzenie oraz bóle głowy.

Badania przeprowadzone w Kanadzie i opublikowane w „JAMA Pediatrics” w 2019 r. udowodniły, że spędzanie nadmiernie dużo czasu przed ekranem jest związane z opóźnieniami w rozwoju dzieci. Sprawdzano bezpośredni związek pomiędzy czasem spędzonym przed ekranem a rozwojem dziecka w wieku 24, 36 i 60 miesięcy. Wykazano, że spędzanie więcej czasu przed ekranem w wieku 24 i 36 miesięcy znacząco powiązane było z gorszymi wynikami w rozwojowym teście przesiewowym w wieku 36 miesięcy i 60 miesięcy. Potwierdza to bezpośredni związek pomiędzy zwiększonym czasem przed ekranem a wolniejszym rozwojem dziecka. Dlatego zaleca się, by rodziny tworzyły plany korzystania z mediów w celu wyrównywania potencjalnych konsekwencji związanych z ich nadmiernym użytkowaniem.

Ważną rolę w uświadamianiu rodziców na temat korzyści i efektów ubocznych urządzeń mobilnych i ich użytkowania zgodnie z wiekiem odgrywają pediatrzy. Rekomendacje dla pediatrów przygotowane przez Amerykańską Akademię Pediatriczną są następujące:

- Zaczynaj przekazywanie wiedzy na wczesnym etapie rozwoju dziecka. Zapytaj rodziców o sposób i miejsce korzystania z mediów przez rodzinę, a także zwyczaje ich dzieci.

- Pomóż rodzinom w opracowaniu planu wykorzystania mediów rodzinnych (www.healthychildren.org/MediaUsePlan), ze szczegółowymi wytycznymi dla każdego dziecka i rodzica.

- Poinformuj rodziców o rozwoju mózgu we wczesnych latach życia oraz o znaczeniu praktycznej, nieustrukturyzowanej i społecznej zabawy w rozwijaniu umiejętności językowych, poznawczych i społeczno-emocjonalnych.

- Wspieraj w rozwiązywaniu problemów rodziców stojących przed wyzwaniem, takimi jak ustalanie granic, znajdowanie alternatywnych zajęć i uspokajanie dzieci.

Włoskie Towarzystwo Pediatriczne, na podstawie zaleceń australijskich i Amerykańskiej Akademii Pediatricznej, przedstawiło wytyczne dotyczące dopuszczalnej ekspozycji dzieci na urządzenia mobilne:

a) całkowity brak korzystania z urządzeń multimedialnych:

- u dzieci poniżej 2. roku życia,
- podczas spożywania posiłków,
- przez co najmniej godzinę przed porą snu, w przypadku programów dynamicznych, aplikacji rozpraszających lub zawierających przemoc,
- w roli „smoczka”, by dziecko zachowywało się cicho w miejscach publicznych;

b) ograniczenie ekspozycji na urządzenia multimedialne:

- poniżej 1 godziny dziennie u dzieci w wieku 2–5 lat,
- poniżej 2 godzin dziennie u dzieci w wieku 5–8 lat,
- tylko do programów zawierających materiały o wysokiej jakości,
- tylko w obecności dorosłego. Dzieci powinny korzystać z urządzeń multimedialnych wraz ze swoim opiekunem, aby sprzyjało to nauce i interakcjom,
- do aplikacji przetestowanych przez opiekuna przed skorzystaniem przez dziecko.

Dodatkowe rekomendacje dla rodzin na podstawie zaleceń Amerykańskiej Akademii Pediatricznej to:

- Nie czuj się przymuszony do wprowadzania technologii zbyt wcześnie; interfejsy są tak intuicyjne, że dzieci szybko je rozumieją, gdy zaczną ich używać w domu lub w szkole.

- Wyłącz telewizory i inne urządzenia, gdy ich nie używasz.

- Monitoruj treści multimedialne i aplikacje używane lub pobierane przez dzieci. Przetestuj aplikację, zanim dziecko jej użyje, bawcie się razem i zapytaj dziecko, co myśli o aplikacji.

Najnowsze badania ukazały ponadto, iż użytkowanie urządzeń multimedialnych przez rodziców wpływa negatywnie na poczucie bezpieczeństwa dziecka, dobre samopoczucie i kontakty rodzinne. Urządzenia te są czynnikami przeszkadzającymi w interakcji między rodzicem a dziećmi. Coraz częściej rodzic poświęca więcej uwagi ekranowi swojego smartfona niż swojemu dziecku i ogólnemu otoczeniu, co może prowadzić do wykształcenia złych zachowań u podopiecznego i zwiększenia stresu rodzicielskiego.

Rady dla rodziców, mające na celu ukazanie zdrowej równowagi między korzystaniem ze smartfona a życiem codziennym, w postaci:

- przemyślenia użytkowania swojego telefonu i jego możliwego wpływu na kontakty z rodziną;
- stwierdzenia, które aspekty korzystania z urządzeń są dla dorosłego największym stresorem i wówczas ograniczenia wykonywania tych czynności przy dziecku;
- ustalenia rutyny codziennych czynności, dzięki czemu czas ten będzie mógł zostać w pełni poświęcony rodzinie;

- przypomnienia, że dzieci naśladują zachowania rodziców i zwrócenia uwagi na niewykonywanie przy nich czynności, przez które mogłyby się u nich wykształcić te same złe nawyki;
- zaprzestania fotografowania i dokumentowania wszystkiego wokół i skupienia się na trwającej chwili.

Prof. dr hab. med. Andrzej GRZYBOWSKI,
Fundacja Okulistyka 21,
Instytut Okulistycznych Badań Naukowych, Poznań
Mgr inż. Aleksandra LEMANIK, Fundacja Okulistyka 21, Poznań
Joanna PRZYBYLSKA,
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
Lic. Julia URBĄSKA,
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
Artykuł powstał w ramach projektu „Mentoring dla studentów medycyny i optometrii” prowadzonego przez Fundację Okulistyka 21.
(przedruk z biuletynu Wielkopolskiej Izby Lekarskiej nr 4/21)

PRAWO NA CO DZIEŃ

PRAWO PACJENTA DO INFORMACJI CZĘŚĆ II

W poprzednim artykule autor omówił czynności spoczywające na lekarzu, poprzedzające wydanie świadomej zgody przez pacjenta. W tym odcinku poruszone zostanie zagadnienie formy, w jakiej zgoda powinna być udzielona, treść zgody i skutki naruszenia wymogu udzielenia zgody w odpowiedniej formie.

Forma zgody

Forma, w jakiej zgoda powinna zostać udzielona, zależy od wagi i stopnia interwencji medycznej w organizm pacjenta, a co za tym idzie, ryzyka skutków tej interwencji. Ustawodawca podjął próbę podzielenia czynności medycznych według powyższych kryteriów i uzależnienia od tego, w jakiej formie zgoda ma zostać udzielona. Podstawowymi aktami prawnymi regulującymi kwestię uzyskania świadomej zgody pacjenta na leczenie jest ustawa z 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry oraz ustawa z 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Można wyróżnić zgodę w formie pisemnej, dokumentowej, ustnej oraz konkludentnej.

Zgodnie z art. 17 ust. 4 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta zgoda oraz sprzeciw na przeprowadzenie badania lub udzielenie innych świadczeń zdrowotnych mogą być wyrażone ustnie albo poprzez takie zachowanie osób wymienionych w tych przepisach, które w sposób niebudzący wątpliwości wskazuje na wolę poddania się proponowanym przez lekarza czynnościom albo brak takiej woli. Podobnie stanowi art. 32 ust. 7 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry: „Jeżeli ustawa nie stanowi inaczej, zgoda może być wyrażona ustnie albo nawet poprzez takie ich zachowanie, które w sposób niebudzący wątpliwości wskazuje na wolę poddania się proponowanym przez lekarza czynnościom medycznym”.

Mamy tu więc do czynienia z formą ustną lub nawet dorozumianą. Nie jest konieczne pozyskiwanie specjalnej zgody pisemnej, jeśli w ramach udzielonego świadczenia zdrowotnego pacjent przychodzi do gabinetu, wcześniej się zapisując w rejestracji i oczekuje badania i weryfikacji swojego stanu zdrowia, np. w kontekście objawów typowych dla grypy.

Kiedy pisemna zgoda?

Sytuację zastosowania formy pisemnej reguluje art. 34 ust. 1 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry, który wskazuje, iż lekarz może wykonać zabieg operacyjny albo zastosować metodę leczenia lub diagnostyki stwarzającą podwyższone ryzyko dla pacjenta po uzyskaniu jego pisemnej zgody. W związku z taką stylizacją przepisu można postawić wniosek: zgoda na piśmie jest niezbędna zawsze, kiedy mamy do czynienia z zabiegiem operacyjnym. Pozostałe czynności medyczne powinny być poprzedzone uzyskaniem pisemnej zgody, o ile stwarzają dla pacjenta podwyższone ryzyko. Ocena ta ma charakter medyczny i powinna odnosić się do konkretnego pacjenta. Podwyższone ryzyko może zależeć np. od stanu zdrowia i wieku pacjenta. Pojęcie podwyższonego ryzyka nie jest zdefiniowane prawnie, ustawodawca uznał, iż każdorazowo podlega ocenie ad casum. Należy podkreślić, iż nie będzie działaniem sprzecznym z prawem pozyskanie pisemnej zgody pacjenta – mimo iż w konkretnym przypadku nie wystąpi podwyższone ryzyko, co może być pewnym zabezpieczeniem lekarza w sytuacjach wątpliwych.

E-pacjent wyrazi e-zgodę?

Rozwój technologii sprawia, iż zasadne jest zadanie pytanie, czy można udzielić zgody na zabieg za pomocą wiadomości e-mailowej. Uzyskanie takiej zgody byłoby sprzeczne z wymogiem jej pisemności na podstawie art. 34 ust. 1 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry. Po drugie, forma e-maila, z wyjątkiem dokumentu podpisanego kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub profilem zaufanym EPUAP, nie zapewnia pewności co do tożsamości osoby, która taką zgodę podpisuje. Autor odradza stosowanie takich zgód, chyba że jest to forma uzupełniająca, tj. oprócz skanu/e-maila w dokumentacji medycznej znajduje się również oryginał zgody.

Cyfryzacja procesów udzielania świadczeń zdrowotnych jednak postępuje, czego wyrazem jest wprowadzona od 1 stycznia 2021 r. możliwość złożenia zgody na udzielenie świadczenia zdrowotnego za pomocą Indywidualne-



go Konta Pacjenta IKP – takie oświadczenie o zgodzie na udzielanie świadczeń to część dokumentacji medycznej zgodnie z rozporządzeniem Min. Zdr. z 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania. Posiadanie IKP nie jest obowiązkowe, zgodnie z treścią ww. rozporządzenia podmiot leczniczy winien poinformować pacjenta przed złożeniem przez niego oświadczenia o zgodzie na udzielenie świadczeń zdrowotnych o możliwości ich złożenia za pośrednictwem Internetowego Konta Pacjenta i skutkach ich złożenia. Mimo wprowadzenia IKP, oświadczenia pacjenta bez terminu granicznego mogą być składane również w formie tradycyjnej na piśmie.

Zgoda udzielana przez pełnomocnika

Szczególnym przypadkiem jest sytuacja wyrażanie zgody na udzielenie świadczenia zdrowotnego przez pełnomocnika. Orzecznictwo potwierdza dopuszczalność prawną takiej formy, np. orzeczenie Sądu Najwyższego w Uchwale z 13 maja 2015 r. III CZP 19/15. Rozstrzygnięcie zapadło na skutek powstania zagadnienia prawnego o treści: Czy rodzic w ramach wykonywania władzy rodzicielskiej może skutecznie udzielić pełnomocnictwa do wyrażenia zgody na dokonanie zabiegu medycznego u jego małoletniego dziecka? Sprawa dotyczyła młodocianej pacjentki hospitalizowanej, u której zaszła konieczność wykonania gastroskopii w pełnym znieczuleniu. Matka dziewczynki zmarła, ojciec zaś posiadający pełnię władzy rodzicielskiej udzielił pełnomocnictwa radcy prawnemu. Zgodnie z treścią tego pełnomocnictwa radca prawny reprezentował ojca dziecka przed wszelkimi instytucjami, szpitalami, urzędami i organami administracji oraz sądami, w tym Sądem Najwyższym, we wszelkich sprawach związanych z wykonywaną przez niego władzą rodzicielską w stosunku do małoletniej córki. Pełnomocnictwo obejmowało umocowanie do składania w jego zakresie w imieniu mocodawcy wszelkich oświadczeń woli i zgód.

Sąd Najwyższy wyraził pogląd, iż przedstawiciel ustawowy małoletniego dziecka może udzielić pełnomocnictwa do złożenia oświadczenia o wyrażeniu zgody przewidzianej w art. 34 ust. 3 ustawy z 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty i wskazał jednocześnie, że nie jest dopuszczalne udzielenie przez rodzica pełnomocnictwa ogólnego do wykonywania wszystkich czynności z zakresu władzy rodzicielskiej (w tym blankietowej zgody na wykonywanie zabiegów medycznych). Mimo takiego poglądu pojawiają się postulaty zmiany prawa w kierunku możliwości prawnych udzielenia zgody „na przyszłość”, dotyczących wszystkich świadczeń zdrowotnych [<https://bip.brpo.gov.pl/sites/default/files/RPO%20do%20MZ%20w%20sprawie%20pe%C5%82nomocnictwa%20medycznego.pdf> aktualne na dzień 4.12.2021 r. Wystąpienie RPO z dnia 5 marca 2018 r.].

Działanie bez zgody

Prawo medyczne dopuszcza możliwość udzielenia świadczenia zdrowotnego bez zgody pacjenta (lub jego

przedstawiciela ustawowego albo opiekuna) jako wyjątek od ogólnej zasady udzielania świadczeń zdrowotnych po uzyskaniu zgody pacjenta. Każda taka sytuacja musi być interpretowana ściśle zgodnie z przesłankami ustawowymi, które takie działanie dopuszczają.

Tak zwany przypadek nagły, na podstawie art. 33 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, zachodzi wówczas, gdy badanie lub udzielenie pacjentowi innego świadczenia zdrowotnego bez jego zgody jest dopuszczalne wyłącznie po ziszczeniu się następujących warunków łącznie:

- pacjent wymaga niezwłocznej pomocy lekarskiej,
- nie może on wyrazić zgody ze względu na stan zdrowia (np. nieprzytomny) lub wiek,
- nie ma możliwości porozumienia się z jego przedstawicielem ustawowym lub opiekunem faktycznym.

Decyzję o podjęciu czynności medycznych lekarz powinien w miarę możliwości skonsultować z innym lekarzem, a okoliczności danego przypadku powinny zostać odnotowane w dokumentacji medycznej pacjenta.

Wymóg konsultacji z innym lekarzem nie jest wymogiem bezwzględny, można z niego zrezygnować w sytuacji, gdy nie ma możliwości nawiązania kontaktu z innym lekarzem, a także wówczas, gdy na kontakt ten trzeba byłoby długo czekać. Jednak w każdej takiej sytuacji konieczne jest odnotowanie tego faktu w dokumentacji medycznej. Co trzeba podkreślić w omawianej sytuacji, można udzielić wyłącznie świadczeń niestwarzających podwyższonego ryzyka dla pacjenta. Podobną regulację w takiej sytuacji przewiduje Kodeks Etyki Lekarskiej. Art. 15 KEL; wszczęcie postępowania diagnostycznego, leczniczego i zapobiegawczego bez zgody pacjenta może być dopuszczalne tylko wyjątkowo, w szczególnych przypadkach zagrożenia życia lub zdrowia pacjenta lub innych osób.

Jeżeli zachodzi konieczność przeprowadzenia zabiegu operacyjnego, metody leczenia lub diagnostyki stwarzającej podwyższone ryzyko dla pacjenta, a nie jest możliwe uzyskanie odpowiedniej zgody, sytuację taką reguluje art. 34 ust. 7 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty. W myśl tego przepisu dopuszczalne jest działanie bez zgody pacjenta, jeżeli łącznie spełnione są następujące przesłanki:

- zwłoka spowodowana postępowaniem w sprawie uzyskania zgody groziłaby pacjentowi niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia,
- lekarz, o ile było to możliwe, zasięgnął opinii drugiego lekarza, w miarę możliwości tej samej specjalności,
- wykonywanych czynnościach lekarz niezwłocznie zawiadomił przedstawiciela ustawowego, opiekuna faktycznego lub sąd opiekuńczy,
- dokonał odpowiedniej adnotacji wraz z uzasadnieniem w dokumentacji medycznej pacjenta.

Paweł LENARTOWICZ

Radca prawny

(przedruk z „Panaceum” nr 12/21)

ODESZLI OD NAS

Z głębokim żalem zawiadamiamy,
że 5 stycznia 2022 roku
niespodziewanie odeszła w wieku 70 lat
lekarz stomatolog

KRYSTYNA MICHALIK

Pogrążeni w smutku koleżanki i koledzy z pracy.

Ze smutkiem zawiadamiamy,
że odeszła od nas w dniu 24 stycznia 2022
nasza koleżanka
lekarz stomatolog

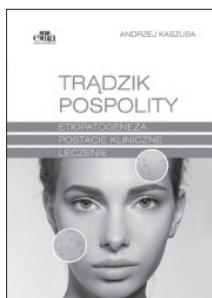
ROSITA KOZOK-SUCHODOLSKI

Z wielkim smutkiem zawiadamiamy,
że w dniu 11 stycznia 2022 roku, w wieku 76 lat
odszedł nasz kolega lekarz stomatolog

PAWEŁ HADASIK

NOWOŚCI WYDAWNICZE

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



TRĄDZIK POSPOLITY. ETIOPATOGENEZA. POSTACIE KLINICZNE. LECZENIE

A. Kaszuba

rok wydania 2022

ISBN 978-83-66960-36-7, format 170 x 240, oprawa twarda, str. 256, cena 134,10 zł

Głównym zamierzeniem i celem wydania tej książki było przedstawienie przeglądu najnowszych danych dotyczących etiopatogenezy, kliniki i leczenia jednej z najczęstszych chorób skóry, trądziku pospolitego, z punktu widzenia lekarza praktyka. Ta przewlekła i nawrotowa choroba zapalna jednostek włosowo-łojowych, której początek dotyczy najczęściej młodych ludzi w okresie dojrzewania płciowego (może ujawniać się także u osób w każdym wieku), może być przyczyną obniżenia jakości życia, stygmatyzacji, przewlekłego stresu, a nawet depresji, co często negatywnie rzutuje na dalsze życie chorych.

Różnorodność obrazu klinicznego, od postaci zaskórnikowych do ciężkich odmian torbielowatych i skupionych, a nawet postaci zapalnych o przebiegu piorunują-

cym, stawia przed lekarzem dermatologiem konieczność wyboru adekwatnej do obrazu klinicznego metody leczenia, która powinna uwzględniać także wiek i płeć pacjenta, indywidualne problemy psychologiczne, żywieniowe czy pielęgnacyjne.

Podstawą osiągnięcia dobrego wyniku leczenia jest współpraca pacjenta z lekarzem w celu dokładnej realizacji zaproponowanej metody leczenia, kontroli występowania możliwych działań ubocznych lub potrzeby stosowania leczenia podtrzymującego. Często konieczne jest prowadzenie terapii skojarzonej, łączącej metody leczenia miejscowego i ogólnego z następowym stosowaniem technik zabiegowych w celu likwidacji pozostających defektów skóry.

Publikacja ta jest wynikiem mojego wieloletniego doświadczenia w leczeniu łagodnych, ciężkich i bardzo ciężkich postaci klinicznych trądziku, u podłoża których często leżą zaburzenia hormonalne czy ogólnoustrojowe procesy zapalne. Postępy w leczeniu tej choroby pozwalają nam dermatologom zastosować leczenie, które wpływa na większość procesów etiopatogenetycznych i daje możliwość zahamowania rozwoju bliznowacenia.

Książka może okazać się przydatna nie tylko dla dermatologów, pediatrów czy endokrynologów, ale również dla kosmetologów, którzy powinni umieć rozpoznać postać kliniczną trądziku i ukierunkować dalsze postępowanie.

Droży Koledzy, mam nadzieję, że spełni ona Wasze oczekiwania.

Prof. dr hab. n. med. Andrzej KASZUBA

NZOZ VERITAS w Dobrej k/Krapkowic zatrudni do pracy w Przychodni Rodzinnej w miejscowości Dobra le-
karza POZ (**lekarz rodzinny, pediatra , internista lub lekarz w trakcie specjalizacji**). Forma pracy do uzgodnienia:
pełny etat, część etatu, praca na godziny i in. Warunki płacowe do uzgodnienia. Zainteresowanych prosimy o kontakt:
tel. 506-174-745, 506-174-735 oraz e-mail: agwik@esculap.pl.

**Gliwicki Ośrodek Adaptacyjno-Rehabilitacyjny dla Dzieci i Młodzieży Niepełnosprawnej w Gliwicach przy
ul. Słowackiego 58B** (Ośrodek dla Dzieci z Zaburzeniami Wiekowego Rozwoju) **zatrudni lekarza ze specjalizacją
w dziedzinie rehabilitacji medycznej lub będącego w trakcie specjalizacji**. Bliższe informacje pod telefonem: 507-
010-325 – Anna Franek i 502-212-947 – Lidia Urbaniak.

**Specjalistyczny Szpital w Branicach zatrudni: lekarzy specjalistów psychiatrów, lekarzy w trakcie specjalizacji
lub chętnych do specjalizacji z psychiatrii oraz lekarza internistę.**

Oferujemy bardzo dobre warunki płacowe oraz mieszkanie służbowe. Rodzaj umowy – umowa o pracę, zlecenie
lub kontrakt. Proponowana stawka 140zł/h (umowa kontraktowa).

Dla lekarzy rezydentów z psychiatrii bezzwrotny dodatek miesięczny w wys. 2.000,00 zł. Tel: 77/403-43-07 lub e-
-mail: sws.kadry@op.pl.

Koleżanki i Koledzy

Absolwenci Wydziału Lekarskiego AM w Lublinie, rocznik 1977

Serdecznie zapraszamy absolwentów z osobami towarzyszącymi na **Zjazd Koleżeński z okazji 45-lecia ukończe-
nia studiów**, który odbędzie się

w dniu 04.06.2022 roku

Miejsce spotkania: 20-841 Lublin – restauracja „Legendy Miasta” w hotelu IBIS, Aleja Solidarności 7

Rezerwacja noclegu – tel. 81/479-18-88, koszt noclegu pokrywają uczestnicy.

Koszt uczestnictwa - 250 zł od osoby.

Prosimy o zgłoszenia na nasze adresy e-mailowe lub telefonicznie do 30.04.2022 r.

Wpłaty należy dokonać do 10.05.2022 r. na konto: Elżbieta Wrocze-Glijer 28-1240-2382-1111-0010-1287 4209, z
dopiskiem zjazd 77 i aktualnym adresem e-mailowym.

•Kontakt: Elżbieta Wrocze-Glijer -elawrocze@wp.pl, tel.605 988 766;

• Grażyna Staroń-Górnicka – ggornicka@wp.pl, tel. 605 722 050.

Zaproszenia dla osób które zgłoszą się będą wysyłane tylko na adres e-mailowy.

Serdecznie zapraszamy. Do zobaczenia!!!

OPOLSKA IZBA LEKARSKA

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

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

Rejestr Lekarzy: opole.rejestr@hipokrates.org

Praktyki Prywatne: opole.praktyki@hipokrates.org

Radca prawny – tel. kontaktowy: 601 708 952, przyjmuje: poniedziałek 9.00-10.30,

środa 14.30-17.00, czwartek 14.00-16.00,

piątek – po uprzednim ustaleniu telefonicznym.

Składki: opole.skladki@hipokrates.org

Administracja Biura Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej:

tel. 77/453-75-72; opole.rzecznik@hipokrates.org

Administracja Biura Okręgowego Sądu Lekarskiego:

tel. 77/454-85-75; opole.sad@hipokrates.org

Okręgowa Izba Lekarska w Gdańsku zaprasza na XIII Ogólnopolskie Regaty Żeglarskie Lekarzy w klasie „Puck”.

- **Termin i miejsce regat:** 28-29 maja 2022 r. (sobota, niedziela) – Zatoka Pucka;
- **Organizator:** Okręgowa Izba Lekarska w Gdańsku Komisja Sportu i Rekreacji;
- **Współorganizator i Biuro Regat:** Harcerski Ośrodek Morski, 84-100 Puck, ul. Żeglarzy 1, tel. 58/673-21-50, hom@hompuck.org; informacji udziela:

- Marcin Szcześniak tel. 603-696-160 – organizator regat OIL Gdańsk
- Sławomir Dębicki tel. 501-674-698, 58/673-21-50 sprawy techniczne – Komendant HOM

- **Zgłoszenia do regat:**

- Do dnia 29 kwietnia 2022 r. Okręgowa Izba Lekarska w Gdańsku (wyłącznie mailowo sekretariat@oilgdansk.pl)

- Druk zgłoszenia do regat do pobrania ze strony www.oilgdansk.pl zakładka „po pracy – wydarzenia kulturalne i sportowe” należy wypełnić, zeskanować i wraz ze zeskanowanym potwierdzeniem wpłaty wpisowego na konto HOM przesłać na adres mailowy sekretariat@oilgdansk.pl

- Ilość miejsc jest ograniczona do 25 załóg - decyduje kolejność zgłoszeń.
- Za kompletne zgłoszenie uznajemy wypełniony druk zgłoszenia na regaty wraz z opłaconym wpisowym i dołączonym do zgłoszenia potwierdzeniem wpłaty!!!

- **Wymagania od uczestników:**

- liczba członków załogi – 3 lub 4 osoby (w tym minimum 2 lekarzy)
- prowadzący jednostkę minimum w stopniu żeglarza jachtowego (musi być lekarzem)
- znajomość przepisów PPŻ, przepisów regatowych, przestrzeganie instrukcji żeglugi, umiejętność pływania.

- **Sposób prowadzenie regat:**

Przewiduje się rozegranie 5 wyścigów w sobotę 28.05 i 4 wyścigów w niedzielę 29.05 - szczegóły poda Sędzia Główny w instrukcji żeglugi i komunikacie sędziowskim; regaty zostaną uznane za ważne przy rozegraniu min. 2 wyścigów.

- **Informacje organizacyjne:**

- Wpisowe do regat 200 zł/osoba płatne na konto: Bank PKO SA 11-1240-5400-1111-0010-6457-8713 HOM 84-100 Puck ul. Żeglarzy 1 - tytuł wpłaty: XIII Regaty Lekarzy – pobyt w HOM imię i nazwisko uczestników

W ramach wpisowego organizator zapewnia:

- wyżywienie od śniadania w sobotę 28.05.2022 r. Do obiadu w niedzielę 29.05.2022 r.
- zakwaterowanie od piątku 27.05.2022 r. do niedzieli 29.05.2022 r. (w zgłoszeniu proszę podać ile osób i z ilu noclegów będziecie państwo korzystać – piątek/sobota, sobota/niedziela). Uwaga!!! Nie rezerwujecie Państwo noclegów w trakcie trwania regat indywidualnie w HOM w Pucku! Miejsca noclegowe będą przydzielane przez organizatorów na podstawie zgłoszeń do regat. Ewentualny nocleg dla osób towarzyszących możliwy będzie jedynie po zamknięciu listy zgłoszeń do regat i zakwaterowaniu uczestników regat, jeśli zostaną wolne miejsca noclegowe w HOM. Jeśli chcecie przyjechać do Pucka kilka dni wcześniej przed regatami lub zostać dłużej po regatach, można zarezerwować indywidualnie pobyt w HOM (kontakt bezpośrednio z HOM-mem w Pucku)

- ubezpieczenie NWw uczestników
- łodzie do regat oraz kamizelki asekuracyjne dla uczestników regat
- nagrody dla uczestników

Informacje o regatach i łodzi „Puck” na stronie www.klasapuck.org

ZATRUDNIMY LEKARZY DENTYSTÓW!

OFERUJEMY:

- umowę o pracę lub samozatrudnienie;
- zarobki zależne od Ciebie, uzależnione od Twojej aktywności i wydajności;
- ustalany indywidualnie zakres godzin pracy lekarza;
- możliwość pracy również w gabinecie w Opolu

OCZEKUJEMY:

- zaangażowania
- chęci podejmowania trudnych wyzwań i chęć rozwoju
- dyplomu ukończenia studiów
- komunikatywności

TO WSZYSTKO! RESZTY NAUCZYSZ SIĘ Z NAMI!



Renomowany gabinet stomatologiczny w Krapkowicach poszukuje do współpracy **lekarzy dentystów** – specjalistów, a także młodych lekarzy chcących doskonalić się w doświadczonym zespole.

Pracujemy w najwyższych standardach, dysponując CT, mikroskopem, skanerem wewnątrzustnym, stosując nowoczesne metody diagnostyczne i terapeutyczne.

W zespole pracują:

- doświadczony implantolog z ponad 20-letnim stażem,
- protetyk,
- endodonta mikroskopowy,
- ortodonta, od których możesz się wiele nauczyć, czerpać wiedzę i doświadczenie.

Wykwalifikowany zespół higienistek i asystentek wesprze Cię na każdym etapie prowadzonego przez Ciebie leczenia.

Jeśli interesuje Ci totalnie nowoczesna stomatologia będziesz się dobrze czuł w naszym zespole.

Aplikuj teraz na praca@dentistico.pl

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