



OPOLSKA
IZBA
LEKARSKA

Rok Założenia 1990

BIULETYN INFORMACYJNY

Wrzesień 2017

ISSN 1426-661X

Nr 251

OPOLSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

www.izbalekarska.opole.pl



Fot. Janusz Lewandowski

DUSZA PO JAPOŃSKU



Jakie wybrać imię? – głowią się skoŃoocy. Nie chodzi im o oseska czy czworonoga, szukają czegoś dla siebie, na życie po życiu. Oni już wiedzą, że kłitka w Tokio i domek letniskowy nad jeziorem Ashi są tylko na chwilę, a po śmierci przynajmniej raz wypada zmienić skórę. Można przypiąć piórka (najlepiej kolorowe jak kwiaty wiśni), przywdziać szare kłaki wilka; kto woli, może się zmienić w ważkę, pelikana, kota, gołębia czy małpę. Ale są też tacy, którzy chcą się wreszcie porządnie wyszczekać lub odgryźć za upokorzenia, jakich doznali, toteż kaligrafują na desce nazywanej *sotto-ba* imię jakiegoś kudłacza.

Jeśli być psem, to koniecznie w Japonii. Czworonogi chodzą tam do parków rozrywki, odwiedzają spa, fitness kluby i miejsca *sub rose*. Mają nawet swoje świątynie – budowle ze spadzistymi dachami strzeżone przez kamienne lwy. Królowie zwierząt wcale się nie buntują, nie ryczą: to już lekka przesada, składać pchlarzom daniny! Czemu nie podnoszą głosu? Bo ktoś przezornie pozamykał im paszczę. Na wyspach stawia się też pomniki psom. Odlaną z brązu podobiznę dostał Hachiko (ze szlachetnej rasy akita inu). Nie mógł on uwierzyć, że jego pan umarł, i przez dziesięć lat czekał na niego pod stacją kolejową.

O co chodzi w tym poszukiwaniu imienia dla duszy – *tamashii*? Czyż nie lepiej byłoby się odrodzić jako kupiec czy

bankier? Zdaje się, że Japończycy zbyt dobrze poznali skazy człowieka, mają świadomość jego niedoskonałości (spełniony, „gotowy” nie wymagałby przecież poprawienia, wychowania). Ludzie stamtąd ciągle dokąds idą, zmierzają, błędzą i się wzbogacają by w końcu stać się *homo sapiens*. Jaka to ciężka próba! Ale dążenie do bycia innym, lepszym leży u podstaw ich rozwoju. W świecie, gdzie tradycja i kultura nakazują perfekcję i niezawodność (bezzradność jest postrzegana jako przewinienie, a nawet grzech, i to ciężki), życie bywa nieznosne. Dopiero po śmierci, przebudzeni w jakiejś nieludzkiej formie, mogą wyjść z roli starających się, krzątających, uczniów. Dlatego też niektórzy wybierają imię dla bytu w zaświatach z myślą o wytchnieniu. Stawiają na spokój, odrzucają istnienie w zagrożeniu, w poczuciu klęski i niespełnienia.

Ależ dziwoląg z tego człowieka: buduje wieżowce, toruje drogi, tamuje wodę, rzeźbi w kamieniu i wyszywa kwiaty na jedwabnych kimonach. A jednocześnie nie dba o przyrodę, zabija wilki, kaczki i pelikany, przyszpila motyle do korka, psom zaś dzierga na drutach sweterki i kupuje czapki z daszkiem.

Jak być człowiekiem? Czy zaufać Platonowi, który przekonywał, że najwyższą wartością jest dążenie do dobra i piękna? Pójść za Kantem – on przed wszystkim stawiał prawo moralne; uwierzyć w nadczłowieka Nietzschego czy poddać się refleksjom Feuerbacha (dla niego człowiek jest Bogiem człowieka)? Współcześni Japończycy utożsamiają się chyba ze słowami Andrzeja Kijowskiego. „Człowiek jest jedynym na świecie istnieniem, któremu nie wystarcza czasu, aby nauczyć się żyć – pisał. – Mrówka, która wylęgnie się z jajka, wie już wszystko, co ma czynić, i nigdy się nie myli, ptak wylatujący z gniazda jest dojrzałym ptakiem, a starzec umiera, płacząc, że nie zrozumiał swojego powołania”. I coraz częściej szukają dla duszy miejsca wśród zwierząt.

Agnieszka KANIA

PS. Muzeum Śląska Opolskiego zaprasza na wystawę „Japonizm polski”

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

NOWOŚCI WYDAWNICZE



Ultrasonografia jamy brzusznej

J. Bates; wyd. II polskie, red. W. Jakubowski; rok wydania: 2012; ISBN: 978-83-7609-688-9, format: 195x250, opr. twarda, 352 strony, cena: 152.10 zł (338 EUP pkt)

Ultrasonografia jamy brzusznej jest fundamentalną monografią dla wszystkich, którzy wykonują badania USG jamy brzusznej, którzy chcą się doskonalić w tych badaniach i którzy mają odczucie, że chcą być jeszcze lepsi w zakresie diagnostyki USG narządów położonych poniżej przepony jamy brzusznej.

Monografia jest przeznaczona głównie dla lekarzy, którzy już samodzielnie wykonują zadania USG. Dla początkujących jest znakomitą źródłem wiedzy, z tym podręcznikiem warto zacząć naukę badań USG narządów jamy brzusznej. To

jedna z najlepszych książek z tej dziedziny medycyny.



Tigerfeeling. Trening mięśni dna miednicy dla niej i dla niego

B. Cantieni; red. E. Saulicz; rok wydania: 2017; ISBN:

978-83-65625-48-9, format: 195 x 255, opr. broszurowa, 179 stron, cena: 71.20 zł (178 EUP pkt)

Siła, która pochodzi z wnętrza

Tigerfeeling* działa szybko. Jest bezpieczny. Sprawia radość. Wyczuwalny i widoczny efekt pojawia się już po pierwszym treningu. A wymierne zmiany dostrzega się po trzech tygodniach.

Naturalny, energiczny wdzięk – ćwiczenie dna miednicy w celu uzyskania większej sprężystości, giętkości, ochoty do życia i radości z seksu. Terapeutyczny Fitness – ukierunkowane na dno miednicy ćwiczenia m.in. przeciw osłabieniu pę-

cherza moczowego, nietrzymaniu moczu, trudnościom z osiągnięciem orgazmu, dolegliwościom ze strony płców. Dla mężczyzn i kobiet.

Benita Cantieni opracowała metodę CANTIENICA* – metodę kształtowania ciała i jego postawy, pierwszą na świecie terapeutyczną metodą Fitness. W CANTIENICA AG w Zurychu kształcą się m.in. fizjoterapeuci, położne oraz instruktorzy fitness. Benita Cantieni jest autorką wielu cieszących się powodzeniem tytułów: *Tigerfeeling* – Das Rückenprogramm für sie und ihn, Laufen mit Tigerfeeling* für sie und ihn, Faceforming mit Tigerfeeling* für sie und ihn, Rückbildung mit*



Aniśmy się obejrzeni, a tu już po wakacjach. Mam nadzieję, że zdołaliście oderwać się od szarej codzienności w białych fartuchach i wypożyczyliście odpowiednio. Czekają nas wszystkich bowiem jesień „cudów” – reforma za reformą – inne kontrakty lub konkursy, nowe sposoby zapłaty za świadczenia, elektronika itd., itp. „Oj będzie się działo!!”

W oczekiwaniu na „nową twarz” ochrony zdrowia zapraszam do lektury nowego numeru Biuletynu. W nim sporo nowości opolskich, choć nie zabraknie i tematów związanych z tymi „niespodziewajkami”, o których powyżej wspominałem. „Liźniemy” także sprawę zbliżających się wyborów do władz naszego Samorządu następnej kadencji.

Życząc przyjemnej i pouczającej lektury żegnam się do następnego typowo jesiennego już numeru Biuletynu.

Jerzy B. LACH

SZPALTA PREZESA



Koleżanki i Koledzy!

Kończy się etap głosowania korespondencyjnego w wyborach do władz Samorządu Lekarskiego na nową kadencję. Kto jeszcze nie skorzystał z tej drogi głosowania może to zrobić do **15 września** – najpóźniej tego dnia koperta z kartą do głosowania musi się znaleźć w biurze Izby.

Proszę także pamiętać, że ta koperta w odpowiednim miejscu musi być opatrzona pieczętą i podpisem. Mimo, że w korespondencji, która była do Was rozsyłana w maju wyraźnie zwracaliśmy uwagę na ten wymóg, zdarzały się niestety koperty, które docierały do Izby bez któregoś z tych elementów.

W kilku poprzednich Biuletynach informowałem Was, że osoby, które chcą nadal wystawiać recepty refundowane powinny do 30 czerwca dokonać formalnej zamiany dotychczasowej umowy na wystawianie recept na nowe uprawnienie do pobierania zakresów numerów recept, bo po tej dacie będą traktowane przez system Funduszu jako osoby, które umowy dotychczas nie miały i procedura ubiegania się o to nowe uprawnienie będzie bardziej skomplikowana. W ostatniej chwili Fundusz przesunął tę datę na **31 grudnia**. Tak więc 31 grudnia kończyć się będzie:

- ważność druków recept, których numery zostały pobrane w oparciu o dotychczasowe umowy na wystawianie recept,

- okres prostszego i szybszego zamieniania „umowy receptowej” na uprawnienie do pobierania numerów.

W lipcu zakończył się remont siedziby Izby. Podstawową różnicą w stosunku do stanu sprzed remontu jest zainstalowanie windy, która kursuje między poziomem ulicy a oboma piętrami biura oraz dobudowanie nowej sali konferencyjnej. Pozostało do zrobienia odnowienie tarasu, wychodzącego na zaplecze Izby, gdzie jest już możliwość parkowania samochodów przez lekarzy, przyjeżdżających do biura oraz dokonanie tzw. nasadzeń zastępczych, które pozwolą uniknąć opłaty za wycinkę tych drzew, które poprzednio trochę „beładnie” rosły w tamtej okolicy. Osobnym zagadnieniem jest teraz odpowiednie umeblowanie odświeżonych pomieszczeń. Mam nadzieję, że zakończymy prace „okołoremontowe” do końca kadencji i prześlemy nowym władzom naszej Izby siedzibę w pełni odnowioną.

W dalszej części Biuletynu zamieszczone są dwa teksty, odnoszące się do sytuacji Wojewódzkiej Przychodni Stomatologicznej, która przez lata funkcjonowała na ulicy Ozimskiej, a po powstaniu WCM-u, działała w jej strukturach na ulicy Górnej. Teraz okazuje się, że jej dalszy byt jest zagrożony i będzie to wówczas przykra i wcześniej nie uświadamiana konsekwencja uruchomienia kierunku lekarskiego na naszym Uniwersytecie.

Jerzy JAKUBISZYN

DWA KOLEJNE POSIEDZENIA OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ W OPOLU

W dniu 21 czerwca br. odbyło się posiedzenie Okręgowej Rady Lekarskiej, które – pod nieobecność Prezesa i obydwu Wiceprezesów – poprowadziła sekretarz Barbara Hamryszak.

1. Przyznanie praw wykonywania zawodu

Jednogłośnie postanowiono wpisać na listę członków naszej Izby lek. Katarzynę Materac-Jarząb.

2. Rejestracja podmiotów prowadzących szkolenie podyplomowe lekarzy

Opolski Oddział Polskiego Towarzystwa Onkologicznego przeprowadzi szkolenie pt. „Zasady żywienia dojelitowego u pacjentów onkologicznych” w dn. 3 czerwca br. – przy 1 głosie wstrzymującym przyznano 3 pkt edukacyjne.

3. Zmiany w rejestrze indywidualnych praktyk lekarskich

Brak wniosków.

4. Przyznanie świadczeń z Funduszu Samopomocy

Wpłynął jeden wniosek o przyznanie zapomogi. Przy 1 głosie wstrzymującym świadczenie zostało przyznane.

5. Wyznaczenie przedstawicieli OIL do komisji konkursowych

Brak wniosków.

6. Podjęcie uchwał w sprawie zmiany wysokości składki członkowskiej

Brak wniosków.

7. Stan przygotowań do wyborów delegatów nowej kadencji

Kol. Chruszczyk przedstawił liczbę zgłoszonych kandydatów w poszczególnych rejonach wyborczych. Niestety, pomimo usilnych starań istnieją rejony, gdzie kandydatów jest mniej niż liczba przysługujących mu mandatów. Nasunęło się pytanie, czy możliwe będzie przeprowadzenie wyborów uzupełniających w niektórych okręgach. Przewodniczący Komisji Wyborczej wkrótce odpowie na to pytanie.

8. Omówienie spraw związanych z remontem siedziby Izby oraz powołanie Komisji Odbiorowej

Przy 1 głosie wstrzymującym postanowiono powołać Komisję Odbiorową w składzie: Tadeusz Bednaszyński, Stanisław Chruszczyk, Barbara Hamryszak, Jerzy Jakubiszyn, Zbigniew Kowalik, Stanisław Kowarzyk, Anna Krauze, Małgorzata Łuszczzyńska-Ostrowska, Rafał Olejnik oraz Aleksander Wojtyłko. Natomiast z powodu nieobecności kol. Kowarzyka sprawy związane z remontem siedziby nie były poruszane.

9. Sprawozdanie członków Rady z działalności pomiędzy posiedzeniami

Kol. M. Łuszczzyńska-Ostrowska zdała relacje z I Pleneru Fotograficznego organizowanego przez naszą Izbę przy szczególnym zaangażowaniu kol. Ródziewicz-Kabarowskiej i kol. Kani.

Kol. Martyniszyn opowiedział o zlocie lekarzy motocyklistów, którzy tym razem odwiedzili Kotlinę Kłodzką i Mazury.

Kol. Wojtyłko uczestniczył w spotkaniu w Urzędzie Wojewódzkim z Ministrem Zdrowia Konstantym Radziwiłłem, który przedstawił założenia reformy w zakresie działania szpitali.

10. Sprawy różne i wolne wnioski

Członkowie Rady złożyli gratulacje kol. Wojtyłce, z powodu uzyskania stopnia doktora nauk medycznych.

Z kolei kol. Dryja poinformował o nieudanym zakończeniu mediacji, której podjął się w poprzednim miesiącu.

Członkowie Rady przedstawili także swoje plany urlopowe, co pozwoli ustalić terminy posiedzeń w okresie wakacyjnym.

Wobec wyczerpania programu posiedzenia, na tym obrady zamknięto.

Sekretarz ORL

Lek. dent. Barbara HAMRYSZAK

* * *

W dniu 26 lipca br. odbyło się kolejne posiedzenie Okręgowej Rady Lekarskiej. Tym razem poprowadził je sam Prezes Jakubiszyn.

1. Przyznanie praw wykonywania zawodu

Jednogłośnie postanowiono wydać prawo wykonywania zawodu lek. Agacie Szcześniak, która zakończyła staż podyplomowy. Do rejestru OIL wpisano też lek. Sławomirę Gruszczyńską, która przenosi się do naszej Izby z Wrocławia.

2. Rejestracja podmiotów prowadzących szkolenie podyplomowe lekarzy

Brak wniosków.

3. Zmiany w rejestrze indywidualnych praktyk lekarskich

Z powodu zgonu lekarza wykreślono z rejestru jedną praktykę.



4. Przyznanie świadczeń z Funduszu Samopomocy

Jednogłośnie przyznano zapomogi dwóm osobom. Natomiast przy 4 głosach wstrzymujących się przyznano zapomogi dla dwójki dzieci zmarłego lekarza.

5. Wyznaczenie przedstawicieli OIL do komisji konkursowych

Dyrektor szpitala w Branicach poprosił o wyznaczenie kandydata na członka komisji konkursowej na stanowisko Pielęgniarki Oddziałowej Oddziału Psychiatrii Sądowej – Rada zaproponowała lek. Antoniego Junosze-Szaniawskiego.

6. Podjęcie uchwał w sprawie zmiany wysokości składek członkowskiej

Jednogłośnie zwolniono z opłacania składek dwoje lekarzy, którzy zaprzestali zarobkowego wykonywania zawodu. Również jednogłośnie zwolniono z opłacania składek na 3 miesiące lekarkę, która przez ten okres będzie na urlopie wychowawczym.

7. Stan przygotowań do wyborów delegatów nowej kadencji

Kol. Kowarzyk poinformował członków Rady, iż nadal brakuje członków paru Komisji Skrutacyjnych w kilku rejonach wyborczych.

8. Omówienie spraw związanych z remontem siedziby Izby

Prezes poinformował, że prace wykończeniowe w Izbie dobiegają końca. Pozostało jeszcze odnowienie tarasu, nasadzenie drzew w ogrodzie oraz umeblowanie pokoi biurowych.

9. Sprawozdanie członków Rady z działalności pomiędzy posiedzeniami

Kol. Lach wziął udział posiedzeniu Naczelnej Rady Lekarskiej, podczas którego poruszono m.in. sprawę two-

żenia Kodeksów Etyki w poszczególnych szpitalach (jako wymogu akredytacyjnego). NRL zwróciła uwagę, że jest jeden Kodeks Etyki Lekarskiej i te tworzone w poszczególnych jednostkach nie mogą różnić się treścią od tego podstawowego. Ponadto NRL ustanowiła medal im. Władysława Biegańskiego dla lekarzy i instytucji o wysokiej etyce. Powołano także fundację, która ma gromadzić środki na budowę nowej siedziby NIL.

Prezes przedstawił Apel Organizacji Pacjentów, Konferencji Prezesów Towarzystw Lekarskich i Samorządów Zawodów Medycznych z dnia 26 czerwca 2017 r. w sprawie poprawy finansowania ochrony zdrowia w Polsce skierowany do Ministra Zdrowia (*patrz poniżej – przyp. Redakcji*).

10. Sprawy różne i wolne wnioski

Kol. Latała poinformował o niebezpieczeństwie likwidacji Wojewódzkiej Przychodni Stomatologicznej, która istnieje od kilkudziesięciu lat, i w której odbywają się szkolenia specjalizacyjne lekarzy dentystów w kilku specjalnościach dentystycznych. Obecnie przychodnia ta jest częścią Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego, który przechodzi szereg reorganizacji, w związku z tym jej losy są niepewne. Rada przyjęła Stanowisko, które zostanie przekazane do władz UO, dyrekcji USK, Wojewody, Marszałka i mediów (*patrz poniżej – przyp. Redakcji*).

Wicewojewoda Opolski Wioletta Porowska poprosiła o wskazywanie kandydatów do uhonorowania Odznaką „Za zasługi w ochronie zdrowia”.

Wobec wyczerpania porządku obrad na tym posiedzeniu zakończono.

Lista obecności w załączeniu.

*Sekretarz ORL, lek. dent. Barbara HAMRYSZAK
Prezes ORL, dr n. med. Jerzy JAKUBISZYN*

APEL organizacji pacjentów, Konferencji Prezesów Towarzystw Lekarskich i samorządów zawodów medycznych z dnia 26 czerwca 2017 r. w sprawie poprawy finansowania ochrony zdrowia w Polsce

W trosce o zabezpieczenie prawa pacjentów do korzystania z wysokiej jakości opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych, a także zważając na interes społeczeństwa w zapewnieniu sprawnego funkcjonowania opieki zdrowotnej w nadchodzących latach, sygnatariusze niniejszego apelu reprezentujący środowisko pacjentów oraz osób wykonujących zawody medyczne zwracają się do Rządu, polityków i wszystkich osób odpowiedzialnych za ochronę zdrowia i kształtowanie polityki zdrowotnej o pilne zwiększenie nakładów publicznych na ochronę zdrowia do ponad 6% PKB oraz dokonanie koniecznych zmian służących poprawie działania systemu opieki zdrowotnej w Polsce.

Zwracając uwagę na:

- trwające od wielu lat poważne niedofinansowanie systemu ochrony zdrowia w Polsce, które sprawia, że po-

mimo dokładania starań przez pracowników zaangażowanych w udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej jak i osoby zarządzające systemem ochrony zdrowia nie da się w obecnych realiach zapewnić funkcjonowania tego systemu na poziomie odpowiadającym oczekiwaniom pacjentów,

- wynikające z niedoboru środków finansowych ograniczenie dostępności do leczenia, jak również ciągłe zadłużanie się placówek ochrony zdrowia,
- nieprzejrzyste zasady wyceny świadczeń zdrowotnych i duże, często nieuzasadnione obiektywnymi względami, różnice w poziomie finansowania pomiędzy poszczególnymi grupami świadczeń,
- niewłaściwe zasady finansowania świadczeń zdrowotnych ze środków publicznych powodujące, że podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych co roku wyko-

nują znaczną liczbę tzw. ponadlimitowych świadczeń nie mając pewności, że koszt tych świadczeń zostanie im zwrócony,

- szybko rosnące i w pełni uzasadnione oczekiwania pacjentów wobec systemu ochrony zdrowia związane ze stale zwiększającymi się możliwościami współczesnej medycyny,
- istotne zmiany demograficzne zachodzące w polskim społeczeństwie, określane mianem starzenia się społeczeństwa, bardzo szybko zwiększające zapotrzebowanie na usługi w zakresie ochrony zdrowia,
- brak sprzyjających warunków organizacyjnych i finansowych dla kształcenia w zawodach medycznych, co już obecnie przekłada się na zbyt małą liczbę personelu medycznego, a w nieodległej perspektywie może praktycznie pozbawić pacjentów opieki w niektórych dziedzinach medycyny,
- słuszne oczekiwania środowisk medycznych w zakresie należytego wynagradzania za trudną i odpowiedzialną pracę,
- podpisane pod niniejszym apelem organizacje pacjentów wspólnie z Konferencją Prezesów Towarzystw Lekarskich i samorządami zawodów medycznych apelują do Rządu, polityków, administratorów ochrony zdrowia i wszystkich osób odpowiedzialnych za kształtowanie polityki zdrowotnej o szybkie zwiększenie publicznych nakładów na ochronę zdrowia do ponad 6% PKB. Zwiększenie poziomu finansowania powinno nastąpić w ciągu paru lat i musi być kontynuowane w kolejnych latach, ponieważ już w kilkuletniej perspektywie nakłady na poziomie 6% PKB będą niewystarczające.

W ślad za zwiększeniem nakładów na opiekę zdrowotną postulujemy również wprowadzenie zasad finansowania świadczeń, które umożliwią diagnostykę i leczenie dobrej jakości bez zadłużania podmiotów leczniczych. Zmiany powinny polegać przede wszystkim na poprawie finansowania niedostatecznie wycenionych świadczeń.

Za niezmiernie ważne uznajemy także odbudowanie w społeczeństwie zaufania do systemu ochrony zdrowia m.in. poprzez realistyczne określanie oczekiwań i celów oraz wyłączenie wpływu nieustannych zmian i obietnic politycznych na funkcjonowanie ochrony zdrowia. W ocenie sygnatariuszy tworzenie zasad funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej i ich zmiany powinny zawsze rozpoczynać się od wolnego od wpływów politycznych dialogu pomiędzy pacjentami i fachowymi pracownikami ochrony zdrowia. Zalecamy także daleko idącą ostrożność we wprowadzaniu zmian systemowych w ochronie zdrowia. Powinny one uwzględniać realne możliwości wynikające z poziomu finansowania oraz być poprzedzone działaniami pilotażowymi zanim zostaną wprowadzone w życie w skali całego kraju.

Oczekujemy, że postulowane zmiany zostaną wdrożone jak najszybciej. Obecny system opieki zdrowot-

nej nie jest zdolny do funkcjonowania na oczekiwanym przez Polaków poziomie. Przy niedostatecznym poziomie finansowania nawet najlepsze rozwiązania w zakresie zarządzania ochroną zdrowia i dobra organizacja pracy nie są w stanie zapewnić odpowiedniego poziomu świadczeń i ich dobrej dostępności dla pacjentów. Należy więc jak najszybszej poprawić finansowanie, co jest niezbędnym warunkiem poprawy sytuacji pacjentów i zapewnienia fachowym pracownikom medycznym możliwości wykonywania zawodu w Polsce, w odpowiednich, godnych warunkach.

Warszawa, 26 czerwca 2017

Lista sygnatariuszy Apelu – organizacji pacjentów, Konferencji Prezesów Towarzystw Lekarskich i samorządów zawodów medycznych, z dnia 26.06.2017 r., w sprawie poprawy finansowania ochrony zdrowia w Polsce.

1. Centrum Terapii i Wspomagania Rozwoju Warszawa
2. Federacja Pacjentów Polskich
3. Fundacja 3–4 Start
4. Fundacja Carita Życie Ze Szpiczakiem
5. Fundacja Insulinooporność – zdrowa dieta i zdrowe życie
6. Fundacja MyPacjenci
7. Fundacja Na Rzecz Osób Niewidomych i Słabowidzących
8. Fundacja NeuroPozytywni
9. Fundacja Onkologiczna Nadzieja
10. Fundacja Światło dla Życia
11. Grupa Wsparcia Chorych na Nowotwory Mieloproliferacyjne
12. Krajowa Izba Diagnostów Laboratoryjnych
13. Krajowa Izba Fizjoterapeutów
14. Krajowe Forum na rzecz terapii chorób rzadkich – ORPHAN
15. Mazowieckie Stowarzyszenie Osób z Chorobą Parkinsona
16. Naczelna Izba Aptekarska
17. Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych
18. Naczelna Rada Lekarska
19. Obywatelski Parlament Seniorów
20. Ogólnopolskie Stowarzyszenie Implantologii Stomatologicznej
21. Ogólnopolskie Stowarzyszenie Młodych z Zapalnymi Chorobami Tkanki Łącznej „3majmy się razem”
22. Ogólnopolskie Stowarzyszenie Osób Dializowanych
23. Ogólnopolskie Stowarzyszenie Pomocy Chorym Na Przewlekłą Białaczkę Szpikową
24. Polska Federacja Pacjentów Dialtransplant
25. Polska Koalicja Pacjentów Onkologicznych
26. Polska Unia Onkologii
27. Polska Unia Organizacji Pacjentów

28. Polski Związek Niewidomych
29. Polskie Lekarskie Towarzystwo Radiologiczne
30. Polskie Stowarzyszenie Diabetyków
31. Polskie Stowarzyszenie Na Rzecz Dzieci Chorych Na Padaczkę
32. Polskie Stowarzyszenie Pomocy Osobom z Chorbą Alzheimera
33. Polskie Stowarzyszenie Pomocy Osobom z Zespołem Pradera-Williego
34. Polskie Towarzystwo Alergologiczne
35. Polskie Towarzystwo Anestezjologii i Intensywnej Terapii
36. Polskie Towarzystwo Badania Bólu
37. Polskie Towarzystwo Bioetyczne
38. Polskie Towarzystwo Chirurgii Dziecięcej
39. Polskie Towarzystwo Chirurgii Onkologicznej
40. Polskie Towarzystwo Chirurgii Plastycznej, Rekonstrukcyjnej i Estetycznej
41. Polskie Towarzystwo Chirurgii Podstawy Czaszki
42. Polskie Towarzystwo Chorób Płuc
43. Polskie Towarzystwo Diabetologiczne
44. Polskie Towarzystwo Dietetyki
45. Polskie Towarzystwo Endokrynologii i Diabetologii Dziecięcej
46. Polskie Towarzystwo Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych
47. Polskie Towarzystwo Epileptologii
48. Polskie Towarzystwo Farmakologiczne
49. Polskie Towarzystwo Gastroenterologii
50. Polskie Towarzystwo Gerontologiczne
51. Polskie Towarzystwo Hematologów i Transfuzjologów
52. Polskie Towarzystwo Hepatologiczne
53. Polskie Towarzystwo Higieniczne
54. Polskie Towarzystwo Immunologii Doświadczalnej i Klinicznej
55. Polskie Towarzystwo Internistów Polskich
56. Polskie Towarzystwo Kardiologiczne
57. Polskie Towarzystwo Kardio-Torakochirurgów
58. Polskie Towarzystwo Krioterapii
59. Polskie Towarzystwo Leczenia Ran
60. Polskie Towarzystwo Lekarskie
61. Polskie Towarzystwo Medycyny i Techniki Hiperbarycznej
62. Polskie Towarzystwo Medycyny Paliatywnej
63. Polskie Towarzystwo Medycyny Pracy
64. Polskie Towarzystwo Medycyny Ratunkowej
65. Polskie Towarzystwo Medycyny Sądowej i Kryminologii
66. Polskie Towarzystwo Medycyny Sportowej
67. Polskie Towarzystwo Nadciśnienia Tętniczego
68. Polskie Towarzystwo Naukowe AIDS
69. Polskie Towarzystwo Nefrologiczne
70. Polskie Towarzystwo Neonatologiczne
71. Polskie Towarzystwo Neurochirurgów
72. Polskie Towarzystwo Neurofizjologii Klinicznej
73. Polskie Towarzystwo Neurologów Dziecięcych
74. Polskie Towarzystwo Okulistyczne
75. Polskie Towarzystwo Onkologii i Hematologii Dziecięcej
76. Polskie Towarzystwo Onkologii Klinicznej
77. Polskie Towarzystwo Ortopedyczne i Traumatologiczne
78. Polskie Towarzystwo Otolaryngologów Chirurgów Głowy i Szyi
79. Polskie Towarzystwo Patologów
80. Polskie Towarzystwo Psychoonkologiczne
81. Polskie Towarzystwo Rehabilitacji
82. Polskie Towarzystwo Stomatologiczne
83. Polskie Towarzystwo Stomijne POL-ILKO
84. Polskie Towarzystwo Transplantacyjne
85. Polskie Towarzystwo Wrodzonych Wad Metabolizmu
86. Polskie Towarzystwo Zakażeń Szpitalnych
87. Polskie Towarzystwo Żywienia Pozajelitowego i Dojelitowego
88. Polskie Towarzystwo Nowotworów Głowy i Szyi
89. Porozumienie Rezydentów OZZL
90. Retina AMD Polska
91. Stowarzyszenie Centrum Inicjatyw Obywatelskich
92. Stowarzyszenie Chorych na Boreliozę
93. Stowarzyszenie Chorych na Choroby Reumatyczne
94. Stowarzyszenie Chorych Na Choroby Reumatyczne – Leszno Wlkp.
95. Stowarzyszenie Chorych na Czerniaka
96. Stowarzyszenie Kobiet z Problemami Onkologiczno-Ginekologicznymi „Magnolia”
97. Stowarzyszenie Kolegium Lekarzy Rodzinnych
98. Stowarzyszenie Mężczyzn Z Chorobami Prostaty „GLADIATOR” im. Prof. T. Koszarowskiego
99. Stowarzyszenie Osób z Niewydolnością Układu Pokarmowego „Apetyt Na Życie”
100. Stowarzyszenie Pomocy Chorym Dzieciom LIVER
101. Stowarzyszenie Pomocy Chorym na Nowotwory Krwi
102. Towarzystwo Chirurgów Polskich
103. Warmińsko-Mazurski Sejmik Osób Niepełnosprawnych
104. Warszawskie Stowarzyszenie Amazonek
105. Wielkopolskie Stowarzyszenie Reumatyków i Ich Sympatyków „WAMO”
106. Wielkopolskie Stowarzyszenie Reumatyków i Ich Sympatyków im. Hanki Żechowskiej
107. Koło Podkarpackie „PODAJ DALEJ”
108. Zgierskie Stowarzyszenie Osób Dializowanych



PREZES
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
Maciej Hamankiewicz

NRL/BRP/MBI/1253/2017

Warszawa, 10 lipca 2017 r.

P.T. Prezesi Okręgowych Rad Lekarskich

Szanowna Pani Prezes, Szanowni Panowie Prezesi,

Środowisko lekarskie nieustannie zabiega o racjonalną, spójną i przemyślaną politykę zdrowotną. Chcemy wyrównania nakładów na ochronę zdrowia do europejskiej normy. Staramy się o lepsze możliwości leczenia naszych pacjentów i prawdziwą opiekę stomatologiczną oraz o poprawę warunków wykonywania naszych zawodów. Tak, by każdy uczestnik systemu ochrony zdrowia czuł się w nim godnie.

Dotąd wiele z działań służących tym celom prowadziliśmy sami. Dziś, przekonani, że wspólny głos wybrzmi mocniej, ale przede wszystkim skuteczniej, współdziałamy razem z pacjentami i przedstawicielami innych zawodów medycznych. 26 czerwca 2017 r. przeszło sto organizacji pacjentów, samorządów zawodowych, towarzystw lekarskich i medycznych podpisało się pod apelem w sprawie poprawy finansowania ochrony zdrowia w Polsce.

Oddając w Państwa ręce Apel Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej i Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej w Łodzi z dnia 7 lipca 2017 r. zwracam się z prośbą o zaangażowanie, a także wsparcie wspólnych postulatów pacjentów i środowisk medycznych.

Z wyrazami szacunku

Maciej Hamankiewicz

Prezes Naczelnej Rady Lekarskiej

Naczelna Izba Lekarska, ul. Jana Sobieskiego 110, 00-764 Warszawa

tel. 22 559-13-30

e-mail: prezes@hipokrates.org

NIEPEWNY LOS PRZYCHODNI STOMATOLOGICZNEJ W OPOLU



UNIWERSYTECKI SZPITAL KLINICZNY W OPOLU

Al. W. Witosa 26 45-401 Opole
telefon: 77 4520 745; faks: 77 4520 123
e-mail: centrum@wcm.opole.pl
NIP 754-25-63-619; REGON 530512391
www.wcm.opole.pl



Misja: „Jesteśmy profesjonalistami specjalnie dla Ciebie”

Poradnia Stomatologiczna

Opole, 27.07.2017r.

| | |
|-----------------------------|--------------|
| SEKRETARIAT BIURA O.I.L. | |
| DATA | 27 -07- 2017 |
| L.dz. | 691 |

Prezes Okręgowej Izby Lekarskiej

Dr n. med. Jerzy Jakubiszyn

W związku z decyzją o wyprowadzeniu Poradni Stomatologicznej z dotychczas zajmowanych pomieszczeń do innych pomieszczeń szpitala przy jednoczesnym braku możliwości finansowania tego przedsięwzięcia, /wcześniej obiecanym przez władze Uniwersytetu/ rodzi się obawa że jednostka obchodząca w tym roku swoje 46 urodziny zostanie zlikwidowana, zatrudnieni w niej lekarze specjaliści i personel pomocniczy pozostaną bez pracy i możliwości zarabkowania, pacjenci zostaną bez opieki, a lekarze stomatolodzy z naszego województwa bez możliwości odbywania staży specjalizacyjnych i możliwości uzyskania specjalizacji z zakresu stomatologii dziecięcej-pedodoncji

Na początku roku /decyzja Sejmiku Województwa Opolskiego – uchwała nr XXIV/ 285/2017 z dnia 31.01.2017r./ **Wojewódzka Przychodnia Stomatologiczna** w skład w której wchodziły poradnie konsultacyjno- specjalistyczne z zakresu Protetyki Stomatologicznej, Ortodoncji i dwie Stomatologii Dziecięcej została przemianowana na **Poradnię Stomatologiczną** z poradniami Protetyki Stomatologicznej, Ortodoncji i dwie Stomatologii Dziecięcej. Było to zdegradowanie statusu Przychodni, zatrudniającej wyłącznie lekarzy specjalistów, którzy oprócz działań medycznych, prowadzą szkolenia przed i podyplomowe naszych lekarzy.

Przychodnia udziela rocznie ponad 10 000 porad co daje jej 7 miejsce na 20 jednostek w szpitalu. W ostatnim czasie 2 lekarzy szkolących się u nas uzyskało tytuł specjalisty z zakresu Pedodoncji specjalizacji bardzo deficytowej/ Czas wyszkolenia specjalisty to 5-6 lat/.

Pracę straci 9 pracowników w tym czterech lekarzy specjalistów z długim stażem pracy służącym swoją wiedzą i doświadczeniem najbardziej bezbronny pacjentom w naszym społeczeństwie - dzieciom i osobom w podeszłym wieku. Obecne zatrudnienie w/w pracowników jest jedynym źródłem utrzymania siebie i rodziny. Ze względu na to że konkurs na kontrakty stomatologiczne odbył się w czerwcu i był podpisywany na okres 5 lat, lekarze pozostaną bez możliwości zarabkowania przez ten okres /brak możliwości wejścia do systemu – kontrakt ma szpital/.

Utrata miejsc szkoleniowych i miejsca specjalizacyjnego będzie w obecnej sytuacji bezpowrotna, tak samo jak odtworzenie zlikwidowanej przychodni. Będzie to ogromna strata dla środowiska lekarskiego związana z brakiem możliwości podnoszenia swoich kwalifikacji. Sytuacja szkoleniowa w naszym Kraju jest i tak od wielu lat katastrofalna.

Najgorsze jest to że lekarze zostaną bez możliwości zarobkowania, a więc wejścia do systemu, w którym funkcjonowali od samego początku – NFZ. Jeżeli były plany likwidacji jednostki to należało przeprowadzić ją przed konkursem na kontrakty stomatologiczne do których mogli przystąpić lekarze.

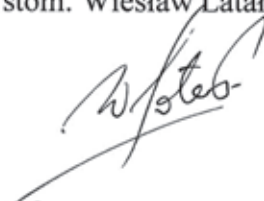
Paradoksem jest to że jednostka kształcąca – Uniwersytet likwiduje jedyną w województwie jednostkę szkolącą jeszcze lekarzy stomatologów. Otwierany obecnie wydział lekarski będzie kształcił lekarzy takich samych jakimi są lekarze stomatolodzy. Lekarz stomatolog to lekarz wyspecjalizowany w leczeniu chorób jamy ustnej i tkanek ją otaczających. Obecna nauka pokazuje znaczące powiązania chorób ogólnoustrojowych ze schorzeniami jamy ustnej.

Mając na uwadze wyłącznie dobro stomatologii opolskiej, dobro pacjentów, lekarzy i personelu pomocniczego zatrudnionego w przychodni

pozostają z wyrazami szacunku

Kierownik
Wojewódzkiej Przychodni Stomatologicznej
obecnie
Poradni Stomatologicznej USK

lek. stom. Wiesław Łatała



Do wiadomości:

1. JM Rektor Uniwersytetu Opolskiego
2. Marszałek Województwa Opolskiego
3. Wojewoda Opolskiego

STANOWISKO Okręgowej Rady Lekarskiej w Opolu z dnia 26 lipca 2017r. w sprawie Poradni Stomatologicznej Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Opolu

Okręgowa Rada Lekarska wyraża duże zaniepokojenie sytuacją, jaka wytworzyła się wokół Poradni Stomatologicznej Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Opolu, do niedawna funkcjonującej jako Wojewódzka Przychodnia Stomatologiczna, placówki o prawie 50-letniej historii.

Okręgowa Rada Lekarska apeluje do władz Uniwersytetu Opolskiego i Dyrekcji USK o pilne znalezienie rozwiązania, które zapewni miejsce pracy czwórce do-

świadczonych specjalistów i pozwoli utrzymać ośrodek akredytowany do prowadzenia specjalizacji, bez którego możliwości podyplomowego doskonalenia zawodowego dla lekarzy dentystów z Opolszczyzny zostaną drastycznie ograniczone.

*Sekretarz ORL, lek. dent. Barbara HAMRYSZAK
Prezes ORL, dr n. med. Jerzy JAKUBISZYN*

HCV – PODSTĘPNE ZAKAŻENIE MOŻNA POSKROMIĆ

Szacuje się, że ok. 200–230 tys. osób w Polsce jest zakażonych HCV, wirusem wywołującym zapalenie wątroby typu C. Większość z nich o tym nie wie. Zakażenie przebiega u większości pacjentów w sposób bezobjawowy lub skąpoobjawowy. Rzadko występują objawy typowe dla ostrego zapalenia wątroby typu C jak żółtaczka i wysoki poziom transaminaz, a niespecyficzne dolegliwości jak zmęczenie, brak apetytu, męczliwość, nie zawsze nasuwają myśl o wykonaniu badania na obecność p-ciał anty HCV. Jeśli jednak dodać do tego odpowiedni wywiad epidemiologiczny np. przetaczanie krwi do roku 1993, liczne zabiegi medyczne, stomatologiczne, zażywanie narkotyków, wykonanie tatuaży, to liczba osób, u których powinno się wykonać to proste badanie diagnostyczne, rośnie. Badać powinno się także każdego pacjenta z nieprawidłowym poziomem ALT, chociaż przy zakażeniu HCV poziomy ALT mogą być prawidłowe. Poza tym powinno się diagnozować w kierunku HCV zakażonych HBV oraz HIV, a to z powodu takiej samej drogi zakażenia tj. przez krew. Badanie należy także proponować kobietom w ciąży. Grono osób, u których można i należy wykonać test na obecność p-ciał anty HCV jest duże. Chociaż badania nie ma w koszyku świadczeń lekarza POZ, to można pacjentów zachęcić do jego wykonania, bo koszt nie jest wysoki.

Wczesne wykrycie zakażenia jest bardzo ważne również dlatego, że dzięki obecnie dostępnej terapii można być całkowicie wyleczonym. Im mniej zaawansowana choroba wątroby, tym lepsze rokowanie wyleczenia. Trwające latami zapalenie doprowadza do następstw w postaci włóknienia wątroby, a następnie marskości, raka wątrobowokomórkowego (HCC) i zgonu. Niestety u zbyt wielu osób rozpoznaje się zakażenie, gdy już występuje marskość wątroby, a więc jeśli nawet usunie się sprawcę zakażenia tj. HCV, to samej marskości się nie cofnie.

Przez wiele lat w leczeniu stosowano interferon z rybawiryną, leczenie było długie (zwykle 48 tyg.), mało skuteczne (ok. 40% wyleczeń) oraz dawało dużo działań niepożądanych. Wiele osób nie mogło być poddanych terapii z powodu p-wskazań. Dzięki wprowadzeniu rewolucyjnych leków tzw. DAA (direct acting antivirals) tj. bezpośrednio działających p-wirusowo, możliwe stało się całkowite wyleczenie z HCV. Skuteczność nowych terapii wynosi 98–99%, są one również bezpieczne, krótko trwają, a leki są w postaci tabletek.

Dostępność leków w programach terapeutycznych pojawiła się w ośrodku opolskim w listopadzie 2015. Od tego czasu nowymi lekami przeleczylśmy ok. 270 pacjentów. Leki są podawane zwykle przez 12 tyg., a u niektórych pacjentów tylko 8 tyg. (uprzednio nieleczeni oraz z mało zaawansowanym włóknieniem lub niską wiremią).



HCV/PL/17-03/NPM/1344

Pacjentów w programie terapeutycznym prowadzi się ambulatoryjnie. Skuteczność jest bardzo wysoka u osób zakażonych genotypem 1b, a takich jest ok. 90%, ale zdecydowanie mniejsza u osób z genotypem 3. Część pacjentów z genotypem 3, z mało zaawansowanym włóknieniem, czeka na nowe leki. A takie być może pojawią się w programie terapeutycznym na początku 2018 r. Choć tak dużo osób zostało już wyleczonych, to nadal jest wielu oczekujących, ponieważ zapisywani są nowo zdiagnozowani pacjenci oraz ci, którzy w przeszłości byli nieskutecznie leczeni interferonem bądź mieli p-wskazania do interferonu i w ogóle nie byli leczeni.

Każdy pacjent z obecnymi p-ciałami anty HCV powinien być skierowany do poradni chorób zakaźnych, gdzie zostanie przeprowadzona dalsza diagnostyka oraz kwalifikacja do leczenia przyczynowego w programie terapeutycznym. Najpierw zleca się badanie na obecność wirusa we krwi metodą PCR (badanie jakościowe RNA HCV). Jest to decydujące dla wykluczenia lub potwierdzenia zakażenia. W przypadku potwierdzenia określa się genotyp wirusa, ilościową wiremię (badanie ilościowe RNA HCV), ewentualne współistniejące zakażenie HBV lub HIV, wykonuje ocenę włóknienia wątroby (wystarczy elastografia, odchodzi się od biopsji), USG j. brzusznej, przy podejrzeniu nadciśnienia wrotnego USG metodą Dopplera oraz tzw. parametry wątrobowe.

Jeśli wdroży się odpowiednie postępowanie w zakresie wykrywania, a następnie leczenia zakażenia HCV, to możemy wyleczyć wszystkich pacjentów do ok. 2030 roku i problem „cichego zabójcy” przestanie istnieć. Wyleczone osoby mają szansę na dłuższe, normalne życie, ponieważ nie rozwiną następstw zakażenia HCV, mogą wrócić do pracy, a zakażenie w populacji będzie ograniczone lub wręcz wyeliminowane. Zachęcam gorąco do wykonywania testów w kierunku zakażenia HCV.

Wiesława BŁUDZIN

Konsultant Wojewódzki w dziedzinie chorób zakaźnych
dla województwa opolskiego

Artykuł został przygotowany w ramach działań informacyjnych nt. zakażenia HCV prowadzonych przez Gilead Sciences Poland. HCV/PL/17-07/NPM/2065

POSIEDZENIE KOMISJI STOMATOLOGICZNEJ

W dniu 26 czerwca br. w siedzibie OIL w Opolu odbyło się kolejne posiedzenie Komisji Stomatologicznej naszej Izby. Przewodnicząca dr Jolanta Smerkowska-Mokrzycka powitała zebranych i przystąpiła do omawiania bieżących informacji.

- W dniu 22 maja br. w Ministerstwie Zdrowia odbyło się spotkanie dotyczące stomatologii. Udział w nim wzięli: wiceprezes NRL dr L. Dudziński, członek NRL dr M. Klimkowska-Misiak, konsultanci krajowy i wojewódzcy z zakresu stomatologii dziecięcej, przedstawiciele towarzystw stomatologicznych oraz minister edukacji narodowej A. Zalewska i wiceministrowie zdrowia J. Szczurek-Żelazko i Z. Król. Omawiano program opieki stomatologicznej dla dzieci i młodzieży na rok szkolny 2018/19, poruszano temat koordynacji prac z zakresu opieki stomatologicznej, a także tematy związane ze stanowiskami i apelami zgłaszanymi przez Samorząd Lekarski. Kolejne takie spotkanie planowane było na 6 czerwca, jednak do dnia posiedzenia naszej Komisji nie wpłynęła żadna informacja na temat drugiego spotkania.
- W związku z pojawiającymi się doniesieniami o oferowaniu za odpłatnością wzorów dokumentów czy publikacji poświęconych Funduszom Europejskim Departament Funduszy Europejskich i e-Zdrowia Ministerstwa Zdrowia przypomina, że koordynowana przez Ministerstwo Rozwoju ogólnopolska sieć Punktów Informacyjnych Funduszy Europejskich udziela wyłącznie bezpłatnych konsultacji i informacji (zainteresowani mogą sprawdzić na stronach: funduszeuuropejskie.gov.pl lub zdrowie.gov.pl).
- W dniach 14–16 września br. odbędzie się coroczna wystawa CEDE wraz z Kongresem Unii Stomatologii Polskiej. Bogata oferta wystawiennicza połączona z szeroką ofertą edukacyjną, wielu wybitnych przedstawicieli towarzystw naukowych i organizacji dentystycznych w Polsce.
- Przewodnicząca Komisji dr Smerkowska-Mokrzycka odczytała uwagi zgłoszone przez Prezydium NRL do projektu rozporządzenia MZ zmieniającego rozporządzenie w sprawie gwarantowanych świadczeń z zakresu leczenia stomatologicznego. Pozytywnie oceniono rozszerzenie koszyka świadczeń gwarantowanych, natomiast zastrzeżenia budzi wycena punktowa wysoko-specjalistycznych procedur oraz zapewnienia środków finansowych na ich realizację w kontraktach. Zaniepokojenie budzi niewielka ilość specjalistów z zakresu stomatologii dziecięcej pracująca w systemie publicznym, stąd w ocenie Samorządu Lekarskiego powinny być zniesione bariery formalne w postaci obowiązku posiadania przez lekarza dentystę specjalizacji w za-

kresie stomatologii dziecięcej przy realizacji niektórych procedur dyktowanych dzieciom i młodzieży do ukończenia 18 r.ż.

- Od 1 stycznia 2018 r. NFZ będzie postawiony w stan likwidacji. Nie oznacza to jego likwidacji, będzie on pracował nadal, do momentu przejęcia jego obowiązków przez administrację państwową.
- Rząd zapowiada wprowadzenie Karty Specjalisty Medycznego służącej do składania elektronicznego podpisu pod dokumentacją medyczną oraz do identyfikacji i uwierzytelniania posiadacza karty w systemach teleinformatycznych.
- Do 1 lipca 2019 r. każde państwo europejskie powinno opracować plan dotyczący ograniczania stosowania amalgamatu stomatologicznego. Od 1 lipca 2018 r. nie będzie go można stosować w leczeniu zębów mlecznych, w leczeniu stomatologicznym dzieci w wieku poniżej 15 r.ż. oraz kobiet ciężarnych i karmiących. Od 1 stycznia 2019 r. gabinety, w których stosowany jest amalgamat dentystyczny (w formie kapsułkowanej) lub usuwane są wypełnienia amalgamatowe albo zęby zawierające wypełnienia z amalgamatem, powinny być wyposażone w separatory amalgamatu. Zdania specjalistów na ten temat są podzielone (przywołuje się publikacje naukowe dowodzące, że ilość rtęci uwalniana z wypełnień amalgamatowych nie szkodzi zdrowiu; natomiast dieta zawierająca duże ilości ryb, mających spore ilości związków rtęci może być bardziej niebezpieczna). Kol. kol. A. Cisło z KS Wielkopolskiej Izby Lekarskiej oraz R. Stępień – członek ORL w Krakowie proponują, by Rada Naczelna wystąpiła do Prezesa Rady Ministrów z apelem o zaskarżenie do Europejskiego Trybunału Sprawiedliwości treści rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady UE „w sprawie rtęci”.
- W związku z tym wiceprezes NRL dr L. Dudziński wystosował 30 maja br. pismo do Sekretarza Stanu w MZ J. Szczurek-Żelazko o podjęcie działań związanych z właściwym wdrożeniem regulacji w tym zakresie, uwzględniającym uzasadnione potrzeby lekarzy dentystów i ich pacjentów.
- W dyskusji nad przedstawionym materiałem udział wzięli kol. kol. W. Latała, R. Pędich, J. Smerkowska-Mokrzycka, A. Baszak, R. Górecka i J. Grzybowska-Substelna.
- Prezydium NRL apeluje do MZ o powołanie odrębnego zespołu ds. kształcenia podyplomowego lekarzy dentystów. Specyfika zawodu lekarza dentysty jest odmienna od zawodu lekarza medycyny, stąd model kształ-



cenia podryplomowego powinien uwzględniać istotne odmienności co do trybu i formy kształcenia.

- 18 sierpnia br. planowane jest posiedzenie KS NRL, terminarz posiedzeń KS OIL będzie rozesłany pod koniec sierpnia.
- W ramach wolnych wniosków dr B. Hamryszak przekazała informacje z posiedzenia Rady Społecznej NFZ

dotyczące budżetu NFZ na leczenie stomatologiczne na najbliższe lata. Przedstawia się on następująco: 2018 r. – ponad 43mln PLN; 2019 r. – ponad 45mln PLN i 2020 r. – ponad 47mln PLN.

*Przewodnicząca Komisji Stomatologicznej
Lek. stom. Jolanta SMERKOWSKA-MOKRZYCKA*

KSIAŻĘ JEREMI WIŚNIOWIECKI – BOHATER SIENKIEWICZOWSKIEGO „OGNIEM I MIECZEM”

Z okazji 100-lecia śmierci Henryka Sienkiewicza chciałbym przypomnieć jednego z bohaterów „Ogniem i mieczem” księcia Jeremiego Wiśniowieckiego.

Jeremi Wiśniowiecki był Wojewodą Ruskim i rządził w swoim Księstwie Zadnieprzańskim. Był bardzo dobrym administratorem. Miał 230.000 poddanych mieszkających w 30 miastach i licznych wsiach. Należał do grona najbogatszych ludzi w Polsce. Dysponował własną prywatną armią liczącą 7.000 żołnierzy, co w ówczesnych czasach był wielką siłą wojskową. Jego największym marzeniem było powstanie Rzeczypospolitej Trojga Narodów, przy czym Ukraina byłaby trzecim narodem. Niestety te marzenia przerwał bunt Kozaków pod wodzą Bohdana Chmielnickiego w roku 1648. Powstanie to rozpoczęło się tragicznie dla Rzeczypospolitej klęskami pod Żółtymi Wodami i Korsuniem. Przyczyną tych klęsk było podjęcie ataku przez Hetmana Wielkiego Koronnego Mikołaja Potockiego, który nie zajął na nadejście wojsk księcia Wiśniowieckiego. Obie te bitwy z przerażeniem oglądał z taboru kozackiego bohater „Ogniem i mieczem” Jan Skrzetuski. Armia koronna praktycznie przestała istnieć, a do niewoli zostali wzięci hetmani Mikołaj Potocki i Marcin Kalinowski, przy czym książe Wiśniowiecki wspańiałośnie wykupił hetmana Kalinowskiego z niewoli tatarskiej.

Po tych dwóch klęskach Jeremi Wiśniowiecki rozpoczął walkę z mniejszymi i większymi oddziałami kozakami, przy czym jego największym sukcesem było zwycięstwo nad atamanem Maksymem Krzywonosem, który słynął z niezwykle okrucieństwa w stosunku nawet do ludności cywilnej. Po wzięciu go przez wojska koronne do niewoli został nabity na pal. Wkrótce słynny „Jarema” otrzymał przydomek „pogromcy Kozaków”.

Przełomowym wydarzeniem w walce z powstańcami Bohdana Chmielnickiego była bohaterska obrona Zbaraża. Tam zginął przyjaciel Jana Skrzetuskiego Longin Podbiłpięta, zaś sam Jan Skrzetuski po wielu niebezpiecznych przejściach dotarł do króla Jana Kazimierza (przebywającego wówczas na Opolszczyźnie na zamku w Głogówku), który natychmiast ruszył na odsiecz Zbaraża. Ostatecznie Kozacy zostali pokonani w bitwie pod

Beresteczkiem, gdzie decydujące uderzenie wykonały wojska Jeremiego. Zawarto wówczas rozejm pod Białą Cerkwią we wrześniu 1654 r.

Niestety wcześniej nastąpiła tragedia. W obozie wojsk koronnych pod Pawołacją na Ukrainie 13 sierpnia 1651 u Jeremiego Wiśniowieckiego wystąpiła ostra biegunka i stany gorączkowe. Po 7 dniach w dniu 20 sierpnia 1651 r. książę zmarł w wieku zaledwie 39 lat. Współcześni uważali, że gwałtowna śmierć księcia była spowodowana przejeżdżeniem uwielbianymi ogórkami popijanymi miodem. Istniały również spiskowe teorie otrucia. Głównym podejrzanym był skonfliktowany z Jeremim Wiśniowieckim Hetman Wielki Koronny Mikołaj Potocki, który nie mógł zapomnieć o dwóch druzgocących klęskach pod Żółtymi Wodami i Korsuniem.

Drugim podejrzanym o otruciu księcia był sam Bohdan Chmielnicki, który mógł tego dokonać za pomocą licznych żołnierzy armii koronnej pochodzenia ukraińskiego.

Niestety o przyczynie śmierci „Jeremiego” nigdy się nie dowiemy, ponieważ nie odbył się oficjalny pogrzeb, a jego ciało zniknęło w pomroce dziejów. Pożegnanie księcia miało miejsce 22 sierpnia. Jego ciało umieszczono w odkrytej szkarłatnej karecie, za którą szło całe wojsko koronne. Żołnierze nieśli sztandary i broń na znak żałoby opuszczone do ziemi. Po opuszczeniu obozu orszak żałobny zatrzymał się, a kazanie wygłosił ksiądz Czarnocki, który udzielał ślubu Wiśniowieckiemu. Na pożegnanie oddano trzy salwy armatnie. Oficjalny pogrzeb księcia jednak nigdy się nie odbył i nie znane jest miejsce jego ostatniego spoczynku.

W swoim testamencie książę Wiśniowiecki żądał, aby pochować go w ufundowanym przez siebie kościele w Wiśniowcu. Niestety nie uszanowano jego ostatniej woli i przewieziono jego ciało do Sokala obawiając się bliskości Kozaków. Peregrynacja zwłok księcia nie zakończyła się jednak w Sokalu. W roku 1653 żona księcia Gryzelda Wiśniowiecka przewiozła jego trumnę na Święty Krzyż, by złożyć ją w kościele OO. Benedyktyn-



nów. Oficjalnego pogrzebu nie zorganizował szwagier księcia najbogatszy człowiek w Polsce Hetman Jan Zamojski, jak również syn król Michał Korybut Wiśniowiecki, który zasiadał na tronie tylko dzięki sławie ojca po abdykacji Jana Kazimierza.

Do dnia dzisiejszego w krypcie kościoła świętokrzyskiego znajduje się trumna nakryta szklaną kopułą obok której znajduje się tablica z następującym napisem: „*Jeremi postrach Kozaków wódz Wiśniowiecki, Michała I króla polskiego rodzic w roku pańskim 1653 złożony*”. Przez małe okienko można zobaczyć zasuszone strupieszale zwłoki. Czy są to zwłoki księcia Wiśniowieckiego? Otóż historycy uważają, że jednak nie, ponieważ w XVIII wieku wielki pożar całkowicie zniszczył klasztor OO. Benedyktynów i prawdopodobnie szczątki księcia uległy spopieleniu.

Na zakończenie należy wspomnieć, że nad księciem wisiała klątwa matki Rainy (Iryny) Wiśniowieckiej. Otóż rodzice księcia Jeremiego byli wyznawcami prawosławia, przy czym szczególnie gorliwą wyznawczynią tej religii była matka księcia Raina Wiśniowiecka, która w ufundowała Mgarski Monaster Przemienienia Pańskiego w oko-

licach Łubni. jeszcze za życia księcia rzuciła klątwę na każdego, który ośmieli się „*kasować religię prawosławną i będzie rozsądzony przez Sąd Boży*”.

Księżna Raina zmarła w roku 1619, a w roku 1632 młody książę Jeremi pod wpływem Jezuitów porzucił wiarę prawosławną i przeszedł na katolicyzm wbrew woli matki. Można WIEC przyjąć, że klątwa ta dosięgła również księcia Jeremiego Wiśniowieckiego.

Jego potężne Księstwo Zadnieprzańskie w wyniku buntu Kozaków popadło w ruinę i pod koniec życia książę był bankrutem. Był wspaniałym i zwyciężskim wodzem, ale nie udało mu się osiągnąć najwyższego stopnia hetmana, o czym zawsze marzył.

PS. Tutaj ciekawostka historyczna. Otóż przed decydującą bitwą pod Beresteczkiem Chmielnicki wysłał licznych emisariuszy, których zadaniem była dywersja na tyłach wojsk koronnych. Jednym z nich był bohater filmu pt. „Podhale w ogniu” i historii z czasów PRL-u Kostka Napierski, któremu udało się nawet zdobyć zamek w Czorsztynie. Po wzięciu go do niewoli został publicznie stracony na Rynku Podgórskim w Krakowie.

Dr hab. n. med. Janusz KUBICKI

PLAN SZKOLEŃ PROWADZONYCH W RAMACH KOMISJI KSZTAŁCENIA OIL NA II PÓŁROCZE 2017 r.

| TERMIN | KIEROWNIK NAUKOWY | TEMAT | MIEJSCE SZKOLENIA |
|---|--|--|---|
| 25–29.IX.17 r. | Prof. dr hab. n. med. Krystyna Sosada | Ratownictwo medyczne (dla lekarzy specjalizujących się wg modułowych programów specjalizacji) | Opolska Izba Lekarska Opole ul. Grunwaldzka 23 |
| 6–8.X.17 r. 13–14.X.17 r. 20–22.X.17 r. | Prof. nadzw. Teresa Kokot – Konsultant Wojewódzki w dziedzinie zdrowia publicznego | Kurs 05-730/3-42-129-2017 „Zdrowie publiczne” oraz „Orzecznictwo lekarskie” (dla lekarzy i lekarzy dentystów specjalizujących się wg modułowych programów specjalizacji) | Opolska Izba Lekarska Opole ul. Grunwaldzka 23 |
| 17–19.XI.17 r. | Prof. nadzw. Teresa Kokot Konsultant Wojewódzki w dziedzinie zdrowia publicznego | Kurs 05-730/3-43-130-2017 „Prawo medyczne” (dla lekarzy i lekarzy dentystów specjalizujących się wg modułowych programów specjalizacji) | Opolska Izba Lekarska Opole ul. Grunwaldzka 23 |

Kursy wymagane do specjalizacji, zgłoszenia: strona internetowa: opole.szkozenia@hipokrates.org informacja o kursach będzie zamieszczona na stronie internetowej www.cmkp.edu.pl (w zakładce kursy specjalizacyjne) będzie tam również zamieszczony formularz zgłoszenia. Szkolenia bez przyznawanych punktów edukacyjnych.

Małgorzata ŁUSZCZYŃSKA-OSTROWSKA

LIMITY PRZYJĘĆ A JAKOŚĆ NAUCZANIA

W kraju brakuje lekarzy, dlatego jeszcze w 2015 r. Ministerstwo Zdrowia podkreślało, że należy zwiększyć limity przyjęć na studia lekarskie – docelowo o 20%. Czy coraz większa liczebność roczników jest do pogodzenia z jakością kształcenia? Władze uczelni wskazują, że nie uda się tego zrobić bez wsparcia z budżetu państwa.

Zdanych Ministerstwa Zdrowia wynika, że liczba studentów przyjmowanych na kierunek lekarski w ciągu ostatnich lat rzeczywiście systematycznie pnie się w górę. – *Limit przyjęć ma stałą tendencję wzrostową, pomimo trudnej sytuacji budżetu państwa. W roku akademickim 2016/17 limit łącznie wzrósł o 912 miejsc* – informuje **Milena Kruszewska**, rzecznik prasowy ministra zdrowia.

Ministerialne wyliczenia uwzględniają przyszłych lekarzy kształconych na prowadzonych w języku polskim studiach magisterskich stacjonarnych i niestacjonarnych (program zajęć jak na stacjonarnych, z tą różnicą, że studia są płatne – przyp. red.) oraz studiach z językiem wykładowym angielskim – dla cudzoziemców.

Dla liczebności lekarskich kadr w kraju ma więc znaczenie skala przyjęć na studia w języku polskim. W 2007 r. na I roku tak odbywanych studiów wiedzę zdobywało 2.695 i 518 studentów (druga liczba odnosi się do studiów płatnych – przyp. red.), w 2015 r. odpowiednio – 3.589 i 1.048. Istotny wzrost odnotowano w 2016 r. – 4.191 i 1.168 przyjętych.

Potrzebne rozważne podejście

Limity przyjęć są ustalane w oparciu o propozycje nadsyłane do Ministerstwa Zdrowia przez uczelnie i uzależnione od istniejącej infrastruktury i możliwości kadrów.

– *Trzeba pamiętać, że standardy nauczania wymagają odpowiedniej bazy dydaktycznej, zaplecza naukowo-badawczego i infrastruktury klinicznej. Bez spełnienia tego warunku zwiększanie limitu przyjęć może odbić się na jakości kształcenia. Tu potrzebne jest bardzo rozważne podejście* – zaznacza prof. **Barbara Jodłowska-Jędrych**, prorektor ds. kształcenia Uniwersytetu Medycznego w Lublinie.

Rozważne podejście, o którym wspomina prorektor, musi przede wszystkim brać pod uwagę kwoty dotacji, jakimi dysponują uczelnie medyczne. To z kolei ma wpływ np. na liczebność klinicznych grup studenckich. Studenci przyznają, że jakość kształcenia jest dla nich bardzo istotna.

Ligia Kornowska, przewodnicząca Zespołu Młodych Menedżerów Medycyny w Polskiej Federacji Szpitali, zwraca uwagę, że według niedawnego raportu NIK stu-

denci bardzo dobrze oceniają asystentów, natomiast słabe noty wystawiają uczelniom za dostępność nauczania praktycznego, która jest trudna do realizacji w zbyt dużych, liczących nawet 8 osób grupach.

– *W związku ze wzrostem limitu przyjęć na kierunek lekarski, uczelnie medyczne otrzymały dodatkowe środki na ten cel. Dzięki temu władze uczelni mogły zatrudnić dodatkową kadrę, zorganizować dodatkowe grupy ćwiczeniowe, tak aby jakość kształcenia była na podobnym poziomie w stosunku do lat ubiegłych* – stwierdza **Milena Kruszewska**.

Dotacja – czy nadąża za limitami?

Wskazana w ustawie budżetowej na 2017 r. wartość dotacji na działalność dydaktyczną dla uczelni nadzorowanych przez Ministerstwo Zdrowia wyniosła 1.672.591.000 zł. Jak jednak podkreśla prof. **Przemysław Jałowiecki**, rektor Śląskiego Uniwersytetu Medycznego i przewodniczący Konferencji Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych (KRAUM), systematyczne podnoszenie limitu przyjęć na kierunek lekarski jest możliwe przy corocznym zwiększaniu dotacji, które musi uwzględniać zarówno wskaźnik inflacji, jak i rosnącą liczbę studentów.

– *Dotacja na działalność dydaktyczną uczelni w 2017 r. będzie o 1,396 większa niż dotacja w 2016 r. Ten wzrost odpowiada wartości prognozowanego wskaźnika inflacji* – zaznacza.

– *Tymczasem z przedstawionego przez ministra zdrowia! projektu rozporządzenia w sprawie limitu przyjęć na kierunki lekarski i lekarsko-dentystyczny w roku akademickim 2017/18 wynika, że limit przyjęć na studia na kierunku lekarskim wzrośnie o 417 osób, w tym na prowadzonych w formie stacjonarnej dla obywateli polskich o 246 osób, co oznacza wzrost o 6%* – mówi przewodniczący KRAUM, zestawiając skalę wzrostu dotacji i przyjęć na I rok studiów.

Zdaniem prof. Jałowieckiego, biorąc pod uwagę wskaźnik inflacji, pieniądze uzyskane z budżetu na działalność dydaktyczną uczelni będą zatem niemal takie same.

– *Utrzymanie dotacji na podobnym poziomie, pomimo wzrastającej corocznie liczby studentów, powoduje, że wartość dotacji przypadająca na jednego studenta stale spada, co może oznaczać niebezpieczeństwo obniżenia standardów i jakości kształcenia* – przyznaje rektor SUM.

Ostrożnie z jakością kształcenia

Prof. **Tomasz Grodzicki**, prorektor ds. Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego, też jest zdania, że jakość kształcenia jest tym wymogiem, którego nie moż-

na w żadnym wypadku złagodzić, nawet pod presją rosnącego zapotrzebowania na młode kadry lekarskie. Aby tę jakość utrzymać, konieczne jest znalezienie np. kolejnych miejsc, w których studenci mogliby odbywać zajęcia kliniczne.

– Oczywiście możemy podpisać umowy z innymi szpitalami nieakademickimi, aby przyjąć więcej studentów, ale wtedy będziemy musieli im zapłacić za kształcenie – mówi prorektor UJ, też nawiązując tym samym do finansowych możliwości uczelni.

Znaczenie ma także fakt, że nauczanie studenta wymaga przygotowania kadr dydaktycznych, których nie ma ani w szpitalach miejskich, ani w powiatowych. Zresztą kłopot z nimi jest także w ośrodkach akademickich. Prorektor ds. CM UJ tłumaczy dlaczego: – Od lat ogłaszam konkurs na zatrudnienie najlepszych absolwentów. Nie są zainteresowani, bo asystentowi mogą zapłacić w granicach 2,5 tys. zł. Poza tym nie mogę mu zapewnić, że będzie robił specjalizację w tej dziedzinie, w której chce.

Taka sytuacja każe z ostrożnością planować zapowiadany wzrost przyjęć na kierunki lekarskie. – Mam wątpliwości, przynajmniej patrząc z perspektywy Krakowa – czy możemy zwiększyć liczbę studentów, nie tracąc na jakości nauczania. Jeśli zaczniemy zwiększać liczbę przyjęć w oparciu o bazę, którą mamy, to obawiam się, że grupy kliniczne będą większe niż ośmioosobowe, o których słyszymy – rozważa prof. Tomasz Grodzicki.

Uważa, że trzeba poszukiwać możliwości tworzenia uniwersytetów medycznych w kolejnych miastach i w tym celu mobilizować mniejsze ośrodki.

Limity nadal w górę

W kwietniu br. Ministerstwo Zdrowia przedstawiło projekt rozporządzenia w sprawie limitu przyjęć na kierunki lekarski i lekarsko-dentystyczny w roku akademickim 2017/18 oraz rozporządzenie dotyczące ramowego programu zajęć praktycznych.

Na pierwszym roku lekarskich studiów stacjonarnych i niestacjonarnych będzie odpowiednio 4.449 i 1.203 miejsc. Wzrost limitu przyjęć na kierunek lekarski nie jest już tak duży jak w ubiegłym roku. W roku akademickim

2017/18 planowany limit przyjęć zwiększy się ogółem o 460 miejsc. Na jednolitych studiach magisterskich prowadzonych w języku polskim dla obywateli polskich ma ich przybyć 249.

Trend wzrostowy limitów przyjęć, choć nieco przyhamował, został więc utrzymany. Jednak pytanie o możliwość pogodzenia liczebności roczników z jakością nauczania powtarza się w dyskusjach i to nie tylko środowisk akademickich.

Konsultując rozporządzenia, Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej wyraziło wątpliwość, „czy rzeczywiście wszystkie umiejętności wymienione w załącznikach do projektu student będzie w stanie opanować, biorąc pod uwagę warunki nauczania”.

Według NRL rozkład miejsc na uczelniach medycznych powinien preferować przyszłych lekarzy kształcących się w języku polskim, za czym powinno pójść odpowiednie zwiększenie uczelniom dotacji z budżetu państwa. „Niezapewnienie odpowiednio zwiększonego finansowania dla uczelni medycznych grozi obniżeniem dotychczasowych standardów i jakości kształcenia” – konkluduje lekarski samorząd.

Jakość zależy od pieniędzy

Jak odpowiada na takie wątpliwości MZ? – W roku akademickim 2017/18 intencją jest utrzymanie znaczącego wzrostu limitu przyjęć na kierunku lekarskim, który miał miejsce w roku ubiegłym. Utrzymanie na tym poziomie limitu przyjęć na kierunek lekarski przez kolejne lata corocznie będzie się wiązało z koniecznością zabezpieczenia dodatkowych środków na ten cel – odpowiada Milena Kruszewska.

– Ewentualny wzrost limitu przyjęć w latach kolejnych, w celu utrzymania wysokiej jakości kształcenia będzie ściśle uzależniony od możliwości dydaktycznych uczelni oraz od wysokości środków budżetowych, które będą przeznaczone na ten cel – stwierdza rzecznik MZ, co sugeruje, że w tej mierze najwięcej zależy nie od ministra zdrowia, ale od ministra finansów.

Piotr WRÓBEL

(przedruk z „Rynku Zdrowia” nr 6/17)

PACJENCI ZAMIAST NOCNEJ OPIEKI WOLĄ SOR

Ponad połowa pacjentów Szpitalnych Oddziałów Ratunkowych nie powinna tam trafić. Czy przeniesienie oddziałów nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej do szpitala uzdrowi sytuację, czy może przeniesie punkt zapalny z SOR na NiŚOZ?

SOR. O 18.00 zarejestrowała się pani z szumem w uszach. O 20.00 zarejestrował się jej mąż, ze łzawieniem od tygodnia, bo i tak czeka z szanowną małżonką, to chociaż coś załatwi. To wpis z jednej ze stron na Facebooku, jeden z wielu obrazujących sytuację na oddzia-

łach ratunkowych. Nie udało się zmienić przyzwyczajenia pacjentów. Z nocnej i świątecznej pomocy w POZ korzysta tylko 4% chorych. Pozostali udają się do najbliższego SOR-u, choć zdecydowanej większości wystarczyłaby porada lekarza pierwszego kontaktu. Generuje to chaos, wielogodzinne kolejki, osłabia wizerunek szpitala i lekarza, i obniża poziom zaufania.

Szpitala próbowały na własną rękę radzić sobie z problemem, wprowadzając w izbach przyjęć system kolorowych opasek – analogiczny do tego, jaki stosuje się przy

segregacji rannych w wypadkach masowych (procedura TRIAGE) lub tworząc jednostkę zajmującą się drobnymi przypadkami.

W raporcie NIK z 2014 r. pojawiła się sugestia wprowadzenia przepisów, które pozwolą organizować nocną i świąteczną opiekę zdrowotną w tej samej placówce, w której funkcjonuje SOR. Uzasadnieniem jest zrównoważenie pracy opieki nocnej i ratunkowej. Po 3 latach zostanie to rozwiązane za pomocą ustawy – nocna i świąteczna przychodnia przejdzie za pacjentami do SOR. Czy pójdą za tym pieniądze i lekarze? Pojawiają się głosy, że w praktyce niewiele się zmieni, bo resort nie przewidział dodatkowego finansowania nocnej i świątecznej opieki medycznej w szpitalu.

W wymiarze wizerunkowym zmiana tworzy szansę na poprawę reputacji szpitalnych oddziałów i wdrożenie rozwiązań budujących pozytywny wizerunek.

Nie można obudzić kogoś, kto udaje, że śpi

SOR jako opcję alternatywną dla przychodni traktuje 30% pacjentów. W wolnej chwili, w czasie weekendu chcą uzyskać szybką diagnozę i wyjaśnienie dolegliwości. Dlaczego ignorują fakt, że SOR nie jest poradnią? Powodem może być niezajomość przepisów, jednak – jak czytamy na stronach NFZ – „*Informację o tym, gdzie w danym rejonie sprawowana jest nocna i świąteczna opieka lekarska i pielęgnarska, pacjent może uzyskać u swojego lekarza POZ, we właściwym oddziale wojewódzkim NFZ lub jego delegaturze*”. W wielu przychodniach udostępnia się numery telefonów i adres placówki. W szpitalach tablice wiszą na TRIAGE.

Wskazówki łatwo można znaleźć także w Internecie, włącznie z opisem schorzeń, z jakimi należy się zgłosić na SOR. 35% pacjentów którym udziela się świadczeń na SOR, ma powyżej 65 lat i znacznie rzadziej korzysta z Internetu, dlatego dobrym źródłem informacji jest telewizja, radio i prasa. Artykułów o SOR-ach jest sporo. Część z nich, oprócz żalów pacjentów, zawiera rzetelne informacje na temat organizacji opieki medycznej.

Mimo to sytuacja się nie zmienia. Być może przyczyną jest nie brak informacji, lecz jej ignorowanie? Wtedy żadna kampania informacyjna nie przyniesie rezultatu, bo nie można obudzić kogoś, kto udaje, że śpi. Ta zasada wydaje się potwierdzać zarówno w przypadku pacjentów, jak i mediów. Dziennikarze znają przepisy, ale chętnie podejmują temat kolejek na SOR.

Dziennikarz rzetelny

Temat SOR budzi kontrowersje. Portal „*Codziennik Mławski*” opisywał w kwietniu przypadek oburzonej pacjentki, która udała się na oddział ratunkowy z bólem nogi i obawą, że przemieściła jej się proteza. Tekst zatytułowano „*Zostałam przez dyżurujących lekarzy potraktowana jak intruz*”. Pacjentkę zbulwersowała sugestia lekarza, by udać się do poradni ortopedycznej, więc

komentuje: *Wiem, jakie są kolejki do tej poradni, więc pewnie musiałabym czekać na zapis co najmniej miesiąc, jak nie dłużej*. W tekście pojawia się wyjaśnienie sprawy i wypowiedź dyrektora szpitala, w której zawarto wszystkie informacje o tym, jak zorganizowana jest opieka medyczna na SOR.

Dzięki mediom społecznościowym do opinii publicznej docierają także relacje pacjentów. W sieci może dziś publikować każdy, jednak informacja zamieszczona przez przypadkowego uczestnika ma wciąż mniejszą wagę niż informacje przekazane przez media. Dziennikarz „*Głosu Wielkopolskiego*” opierając się na filmiku z sieci opisał sytuację i wielogodzinny czas oczekiwania na SOR, solidaryzując się z pacjentami. Pod koniec tekstu padają słowa dyrektora placówki: *Mężczyzna około godziny 14 pojawił się na SOR-ze z powodu bólu i obrzęku stopy trwającego od 3 dni. Te dolegliwości nie wyczerpują definicji stanu nagłego zagrożenia zdrowotnego zawartej w ustawie. Lekarze SOR zawsze w pierwszej kolejności zajmują się chorymi w stanie bezpośredniego zagrożenia zdrowia i życia*.

W obu przypadkach dziennikarz postarał się o wyjaśnienie sprawy. W obu przypadkach komentujący mimo wszystko atakują personel szpitala, dzieląc się własnymi historiami. Być może zabrakło ostatecznego komentarza dziennikarza, który ograniczył się do emocjonalnej relacji pacjentów i przedstawienia racji drugiej strony. Wnioski nasuwają się wprawdzie same, jednak nie każdy czytelnik chce sam je wyciągać. Nie od dziś wiadomo, że emocje sprzedają się lepiej niż racje.

Dziennikarz pacjentem

Ani statystyczny Kowalski, ani przeciętny dziennikarz nie znają zawiłości systemu. Szukają prostych odpowiedzi i oczekują wskazania winnego. Niestety, w systemie ochrony zdrowia nie ma prostych rozwiązań, a o skomplikowanych nikt nie chce słuchać, najlepiej więc sprzedają się informacje o nieprawidłowościach. Ich popularność odzwierciedla liczba komentarzy i udostępnień. Kiedy w maju jedna z dziennikarek „*Dziennika Gazety Prawnej*” zamieściła wpis o tym, że starsze osoby (w tym jej ojciec) czekają na pomoc w SOR-ze całą noc, wpis udostępniono 850 razy, a 1100 osób zareagowało na niego. Komentarz jednego z pracowników opisywanego SOR-u: „*Idź na skargę do sejmu*”, wywołał falę oburzenia. Większość obwiniała konkretnych lekarzy, nie system.

Gdy jeden z dziennikarzy TVN trafił na SOR z kontuzją nogi i rozczerował się panującymi tam standardami, w jego macierzystej stacji wyemitowano rozmowę z prezesem NIL. Próbował on wyjaśnić dziennikarzowi, skąd zły humor lekarza, jednak nie skorzystał z okazji i nie wytłumaczył widzom, że dziennikarz nie powinien w ogóle na SOR trafić. Dziennikarz przedstawił własną wersję zdarzeń: *Wracam na SOR. Mili ratownicy odsyłają do poradni przyszpitalnej. W rejestracji stoi z sześćdziesiąt*

osób. Poddaje się. Ratownik lituje się, bierze mnie pod rękę: „Durny pan jest? Czemuś pan nie wezwał karetki? Kto przyjeżdża swoim autem do szpitala?”. Przy okazji widziałem lekcję, że w razie dolegliwości powinien wzywać karetkę, co pozwoli mu uniknąć kolejek.

Czas na NiŚOZ

Dziś obiektem narzekania są SOR-y i może się to zmienić dzięki zmianie organizacji – pacjent otrzyma poradę, ale na SOR trafiają tylko przypadki wymagające natychmiastowej interwencji. Biorąc jednak pod uwagę liczbę pacjentów, którzy dziś zgłaszają się do szpitala wieczorem i w święta, można przypuszczać, że punktem zapalnym staną się teraz oddziały NiŚOZ. Wyzwaniem jest więc taka organizacja, która ryzyko zminimalizuje. Nawet jeśli przyjmimy, że zestresowany pacjent i zestresowany personel zawsze mogą wejść w konflikty, to jednak warto je ograniczać dla dobrej reputacji zarówno placówki, jak i personelu. Pacjent nie chce słuchać rad typu „*Jak się nie podoba, to proszę iść do sejmiku*” i słuchać ich nie powinien. Nawet jeśli organizacja budzi zastrzeżenia, można wdrożyć pewne zasady postępowania, które zwiększą satysfakcję pacjenta i komfort pracy personelu.

Przepełnienie oddziałów ratunkowych i długi czas oczekiwania są problemem na całym świecie. Organizacja Best-Practices prezentująca tzw. dobre praktyki na swojej stronie internetowej proponuje pewne proste rozwiązania. Kluczowym pojęciem jest tutaj **compliance**. Celem systemu **compliance** jest zapewnienie zgodności działania z prawem, ale też z dobrowolnie przyjętymi

normami postępowania, w celu zapobiegania stratom finansowym lub utracie reputacji.

Proponuje się proste zabiegi, takie jak cogodzinny obchód poczekalni, który da pacjentowi poczucie, że nie jest pozostawiony sam sobie. Dzięki kilku pytaniom o stan zdrowia nie poczuje się ignorowany. Cogodzinny obchód to już pewna procedura, pierwszym krokiem będzie po prostu empatia.

Zakłada się też, że istnieją kluczowe momenty w kontakcie z pacjentem, kiedy pojawia się szansa na zbudowanie zaufania. Można je zyskać, przedstawiając się pacjentowi i pytając o jego imię, utrzymując kontakt wzrokowy i pytając, czy jeszcze można mu w jakiś sposób pomóc. Kolejny element to przekazanie informacji na temat czasu oczekiwania na badanie i uzyskanie pomocy. Można to zrobić w przybliżeniu już podczas rejestracji pacjenta na podstawie informacji o aktualnych zasobach kadrowych i liczbie zarejestrowanych pacjentów.

Z dotychczasowych doświadczeń wynika, że w podejściu pacjentów niewiele się zmieni. Można też przypuszczać, że przy nadmiarze pracy personel nadal będzie postępował zadaniowo, skupiając się na udzielaniu pomocy, a nie na budowaniu relacji, jednak każda zmiana jest okazją do zweryfikowania podejścia i oszacowania ryzyka. Nawet przy niewystarczającym wsparciu instytucjonalnym warto oszacować, jakie kroki podjąć przy dostępnych zasobach i ryzyko to minimalizować.

Oliwia TARASEWICZ-GRYT

(przedruk ze „Służby Zdrowia” nr 51-66/17)

TE PROGNOZY EKSPERTÓW DAJĄ DO MYŚLENIA

W najlepszym przypadku po wejściu w życie sieci szpitali lecznice otrzymają pieniądze, jakie uzyskały łącznie z nadwykonaniami w 2015 r. – to jeden z wniosków płynących z dyskusji podczas sesji „*Polski szpital 2017 cz. I*”, która odbyła się w ramach Europejskiego Kongresu Gospodarczego (European Economic Congress – EEC 2017, Katowice, 10–12 maja br.)

Jeszcze w marcu, w trakcie dyskusji w Sejmie minister Konstanty Radziwiłł przekonywał, że ustawa o sieci szpitali jest szczególnie oczekiwana przez szpitale powiatowe, bo zapewni im stabilność finansowania.

Jak jednak mówił podczas sesji **Mariusz Wołosz**, wiceprezes Związku Szpitali Powiatowych Województwa Śląskiego, dyrektor SPZOZ Szpitala nr 2 w Mysłowicach, starostowie nie cieszą się na wejście w życie sieci, bowiem żadne dokumenty nie wskazują na to, by sytuacja szpitali powiatowych w odczuwalny sposób uległa zmianie. – *SPZOZ-y, w której to formie generalnie funkcjonują szpitale powiatowe, w III kwartale ubiegłego roku były zadłużone na 11,2 mld zł, co jest najwyż-*

szym wynikiem w ostatniej dekadzie. I nic pewnie w tej kwestii się nie zmieni, bo pieniędzy więcej nie będzie – uznał prezes Wołosz.

W powiatach bez zachwytów

Jak podkreślił, lecznice powiatowe to zarazem te jednostki, które najbardziej oczekiwały zmian wynikających z wprowadzenia systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia medycznego (PSZ), czyli tzw. sieci szpitali. Mimo że hospitalizują największą liczbę pacjentów, mają najmniejszy udział w podziale środków na ten cel. I wszystko zapowiada, że „*ci, którzy mieli do tej pory dużo pieniędzy, będą ich mieli jeszcze więcej, natomiast ci na samym dole hierarchii szpitalnej, będą mieli ich jeszcze mniej*”.

Mariusz Wołosz prognozował, że reforma pozwoli prawdopodobnie na rozwiązanie problemów na przykład z leczeniem chorób płuc, ze świadczeniami odrębnie kontraktowanymi, ale może także spowodować zamknięcie pojedynczych oddziałów. Na przykład na

Śląsku w skali szpitali powiatowych może to być 3–5 oddziałów. Niby to niewiele, ale mają one często kluczowe znaczenie dla placówek, w których dzisiaj funkcjonują. Jeśli znikną, pogorszy to także znacząco dostępność świadczeń dla pacjentów. Na przykład w szpitalu pierwszego stopnia, który ma dzisiaj oddział okulistyczny na najwyższym poziomie, ten oddział może zostać zamknięty, jeśli w konkursie nie uda się osiągnąć obecnego finansowania. – *Nie chcę z góry negatywnie oceniać zmian, które jeszcze nie zostały wprowadzone, ale jak na razie te proponowane budzą wiele obaw* – podkreślał prezes Wołosz.

Ligia Kornowska, ekspert Fundacji im. Lesława A. Pagi, podobnie jak inni goście panelu podkreślała, że powodzenie rozwiązań wprowadzanych w oparciu o system podstawowego zabezpieczenia zależeć będzie od wzrostu nakładów na ochronę zdrowia, gdyż polskie szpitale są niedofinansowane. – *Budżet największego szpitala w Polsce jest 5 razy mniejszy niż największego szpitala w Danii, 3 razy mniejszy niż takiego szpitala w Słowenii i 10 razy mniejszy niż szpitala w Niemczech. Oczywiście powinniśmy uwzględnić w tym porównaniu siłę nabywczą pieniądza, jednak obrazuje ono skalę problemu, podczas gdy polski pacjent chce być leczony tak samo dobrze, jak w innych krajach* – mówiła Ligia Kornowska.

Po co nam ryczałt

Jak uznał **Roman Kolek**, wicemarszałek województwa opolskiego, wadą idei sieci szpitali jest jej słabe powiązanie z mapami potrzeb zdrowotnych. – *Na sieć patrzyłem z nadzieją, ale teraz jej założenia ryczałtowego finansowania sprowadzają się do jednego: określimy ryczałt dla szpitala celem lepszego powiązania usług zdrowotnych, niekoniecznie w powiązaniu z ekonomią...* – ocenił wicemarszałek. Według niego, tworzenie ryczałtu w oparciu o określone wskaźniki, rozliczanie świadczeń oraz rozliczanie zakontraktowanych świadczeń w ramach dodatkowych postępowań konkursowych będzie skutkować jeszcze większą biurokracją niż do tej pory.

Jego zdaniem nowe okoliczności wymuszą szukanie przez dyrektorów szpitali takich rozwiązań, które będą miały usatysfakcjonować organy tworzące. – *Oczekuję od dyrektorów szpitali marszałkowskich wykonywania większej liczby świadczeń w trybie ambulatoryjnym. Aby w ramach ryczałtu bardziej koncentrowali się na tych świadczeniach. Jeżeli jednak za tym nie nadążą AOTMiT i resort zdrowia, jeżeli procedury ambulatoryjne nie zostaną realnie wycenione, to cała reforma weźmie w łeb* – podkreślał „zdrowotny” marszałek Opolszczyzny.

Dodał: – *Celem wprowadzenia sieci szpitali jest w mojej ocenie wprowadzenie ryczałtu. Po co ryczałt? Redukuje oczekiwania związane z tzw. nadwykonaniami. To jednak nie rozwiąże naszych problemów.*

Dzisiaj Roman Kolek nie widzi propozycji, które poprawiałyby możliwość realizacji większej liczby świadczeń w warunkach ambulatoryjnych. – *Nie widzę tego także w działaniach dotyczących taryfikacji i odpowiedniej ich wyceny. Nasi sąsiedzi, Czesi, bardziej pragmatycznie do tego podchodzą. U nich finansowanie świadczeń ambulatoryjnych jest o 100% w kosztach świadczeń zdrowotnych wyższe niż w Polsce* – mówił.

Jak skrócić kolejki?

Jak podkreślał **Jan Talaga**, dyrektor naczelny Szpitala Klinicznego Przemienienia Pańskiego Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, przewodniczący Polskiej Unii Szpitali Klinicznych, generalnie problemem szpitalnictwa w Polsce jest to, że u nas hospitalizuje się około 40% więcej pacjentów niż w krajach Europy Zachodniej.

– *Hospitalizacja jest najdroższą formą leczenia. To oczywiście trzeba zmienić, ale pozostaje kwestia, gdzie szpitalnych pacjentów, którzy niekoniecznie wymagają pobytu w szpitalu, przesunąć* – mówił dyrektor Jan Talaga, dodając, że wchodząca w życie reforma ochrony zdrowia jest kolejną wprowadzaną bez dodatkowych środków finansowych, w ramach tego samego budżetu.

Z tą tezą zgodził się prof. **Krzysztof Wita**, p.o. z-cy dyrektora ds. leczenia w Samodzielnym Szpitalu Klinicznym nr 7 SUM, Górnośląskim Centrum Medycznym im. prof. Leszka Gieca w Katowicach. I dla niego jest rzeczą bezdyskusyjną, że należy zwiększyć liczbę pacjentów przyjmowanych ambulatoryjnie, gdyż da to oszczędności na hospitalizacjach. Jeśli tak się stanie, placówka otrzyma o 1% więcej pieniędzy. – *Co jednak zmienimy w ten sposób dla pacjentów?* – zastanawiał się profesor, wyrażając obawy, że do ambulatorium trafią te same osoby, które i tak miały trafić do szpitala. – *Powinniśmy premiować przyjęcie nowego pacjenta, bo najtrudniej dostać się do systemu, a czas oczekiwania na pierwszą wizytę jest zbyt długi* – zwracał uwagę, przypominając, że właśnie niskie finansowanie procedur diagnostyki w ramach AOS jest częstym powodem hospitalizacji.

Czy wystarczy na kontrakty

Wątpliwości co do skutecznego osiągnięcia celów, jakie zakłada reforma systemu poprzez wdrożenie w życie sieci szpitali, wyrażała większość uczestników sesji. Jak tłumaczył **Andrzej Mądrala**, wiceprezydent Pracodawców RP, od chwili pojawienia się koncepcji sieci szpitali, zarządzający prywatnymi placówkami ochrony zdrowia nie widzą w niej możliwości radykalnej zmiany swojej sytuacji w systemie.

– *Do końca liczyliśmy, że prezydent nie podpisze tej ustawy. Zgodnie z prezentowanym przez wicepremiera Morawieckiego wieloletnim planem finansowym, nie ma szans na to, aby w najbliższym okresie dojść, jak jesz-*

► *cze słyszeliśmy w lipcu ubiegłego roku, do finansowania ochrony zdrowia na poziomie 5% PKB, a w późniejszym – do 2025 r. do 6% PKB – mówił Andrzej Mądrala.*

Jak przekonywał, wszystkie dotychczasowe spotkania Pracodawców RP z przedstawicielami resortu i NFZ jednoznacznie wskazują na to, że wiele z prywatnych szpitali nie znajdzie się w sieci, i co gorsze – na konkursy dla nich nie zostanie pieniędzy w systemie. – *Wielu szefów oddziałów Funduszu przyznaje, że na konkursy w ich budżetach zostanie 3% z całości środków, inni mówią o 1,5%. Nieoficjalnie z Centrali NFZ słychać głosy, iż w niektórych oddziałach Funduszu może w ogóle tych pieniędzy nie będzie* – mówił wiceprezes pracodawców RP, dodając, że prywatne placówki nigdy nie miały w kraju zielonego światła, a obecna zmiana może tę sytuację jeszcze pogorszyć.

Konsorcja? Nie

Lidia Kornowska przypomniała, że Polska Federacja Szpitali optowała za utworzeniem konsorcjów, które obejmowałyby szpitale specjalistyczne, ogólne, jednooddziałowe, AOS, POZ niezależnie od ich modelu własnościowego. Takie rozwiązanie umożliwiłoby wprowadzenie elementów koordynowanej ochrony zdrowia, ale także efektywnej współpracy pomiędzy publicznym i prywatnym sektorem, który ma do zaoferowania dobrej jakości świadczenia medyczne. – *Konsorcja umożliwiłyby zachowanie pewnej niezależności prywatnych placówek* – zaznaczyła.

Andrzej Mądrala zauważył, że tego rozwiązania twórcy sieci szpitali nie wzięli jednak pod uwagę. Podmiotem prywatnym proponuje się natomiast cesję kontraktu. – *Ma być tak: szpital prywatny wynajmuje wielkiemu bratu swoje powierzchnie, a wielki brat w jego imieniu załatwia wszelkie formalności, łącznie z podpisywaniem kontraktu. Taka cesja jest równoznaczna z zamknięciem historii istnienia szpitala prywatnego* – podsumował ten wątek dyskusji.

Konkursy muszą być

Wątpliwości co do tego, czy dla szpitali poza siecią będą pieniądze, starał się rozwiązać **Jerzy Szafranowicz** dyrektor Śląskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ. – *Chcę uspokoić prezydenta Mądralę i wszystkie prywatne placówki, że pieniądze dla nich w systemie nie zabraknie. Podjąłem osobiście decyzję, że na hospitalizację planową i chirurgię jednego dnia na Śląsku zostaną przeznaczone takie same pieniądze, jakie były do tej pory* – zapewniał.

Doprecyzował: – *80 mln zł jest zabezpieczonych na świadczenia planowe i 40 mln zł na chirurgię jednego dnia. Konkurs odbędzie się jak poprzednio i mam co do tego akceptację prezesa NFZ.*

Szef śląskiego NFZ zwrócił także uwagę, że nieprecyzyjne są informacje, iż 90% pieniędzy z dotychcza-

wego budżetu na szpitalnictwo zostanie przekazane do sieci, a 10% zostanie podzielone w konkursach. W szpitalach NFZ kontraktuje trzy rodzaje świadczeń: hospitalizację pełną, planową i jednego dnia. – *W województwie śląskim jest 149 szpitali, z których 86 nie wchodzi do sieci, ale 65 z nich nie ma w swoim zakresie hospitalizacji pełnej. Tam będziemy realizować konkursy. Spotkamy się z dyrektorami prywatnych szpitali, powiemy, jakie są obszary kontraktowania, jakie mamy na to pieniądze, jakie będą zasady i kryteria ich uzyskania* – mówił dyrektor Jerzy Szafranowicz.

Przyznał jednocześnie, że na Śląsku jest problem z 21 szpitalami, które nie znalazły się w sieci. Decyzje w sprawie ich kontraktowania będą musiały zapaść w porozumieniu z konsultantami wojewódzkimi w określonych dziedzinach – np. geriatry czy okulistyce. – *Nie wyobrażam sobie, żeby na przykład nie było na Śląsku oddziału neurologii z udarami, który dzisiaj obejmuje swoim zasięgiem 300 tys. mieszkańców. Tutaj konkurs musi być przeprowadzony* – podkreślał dyrektor śląskiego oddziału NFZ.

Czytając algorytm

Prof. Krystian Wita ocenił, że w najlepszym przypadku po wejściu w życie sieci szpitali lecznice otrzymają takie pieniądze, jakie uzyskały łącznie z nadwykonaniami w 2015 r., przy założeniu, że placówka nie prowadzi kardiologii, ortopedii i chirurgii naczyniowej, bo te świadczenia zostały przecenione. – *W 2016 r. dług wymagalny wszystkich śląskich szpitali wzrósł o 16% i przekroczył ćwierć miliarda złotych. Nawet więc najbardziej optymistyczna sytuacja po wejściu w życie zmian będzie skutkowałą narastaniem długu* – podkreślał prof. Krystian Wita.

Profesor, biorąc pod uwagę dotychczas znane informacje, odniósł się również do kwestii wyliczania ryczałtu na następne okresy od 2018 r. Wstępny projekt wzoru zawiera pewną zachętę do rozwijania świadczeń. Jednocześnie jednak jest w nim składowa, która dotyczy nadwykonań. Jeśli szpital zrealizuje 10% nadwykonań, to maksymalnie otrzyma zapłatę za połowę z nich. Im większy procent świadczeń tak zrealizowanych, tym proporcjonalnie mniejsze kwoty zapłaty do odzyskania. – *Wzór jest zatem regresywny i to trzeba zrozumieć, ale czy nie nazbyt?* – pytał prof. Krystian Wita. Dodał też, że algorytm wyliczania ryczałtu pozostawia 2% dodatek za posiadanie akredytacji, poza tym zawiera i inne składowe premiujące jakość, jednak dobrze zarządzający jakością zabiegów szpital już raczej nie zyska tu kolejnych profitów np. za skrócenie czasu hospitalizacji, bo i tak jest on w tych placówkach relatywnie krótki.

Jacek JANIK, PW

(przedruk z „Rynku Zdrowia” nr 6/17)

TEMPLARIUSZE MORALNOŚCI

Politycy nie pozwolą nam się nudzić. W ubiegłym roku powołano do życia Parlamentarny Zespół dla Przywrócenia Zasad Moralnych w Medycynie. W kaptury współczesnych inkwizytorów przyoblekła się dziarska siódemka rodem z dobrej zmiany. Na straży cnót lekarskich stanęła czwórka nauczycieli, politolog, chemik i rolnik. Mniejsza o nazwiska.

Przypominam, że kolejny prima aprilis będzie dopiero niemal za rok. Ale tym razem sprawa wydaje się poważna. Tak samo daleko mi do chichotu z zażenowania, co płaczu i załamania rak. Moralność to po prostu zbiór zasad i norm, które określają co jest dobre, a co złe. Luminarze Narodu Polskiego zdają się nie dostrzegać, że normy etyczne w medycynie zdefiniowano grubo przed Chrystusem i światowe gremia lekarskie stale je udoskonalają. W tej sprawie doniosłe zasługi położyli Platon, Arystoteles i Tomasz z Akwinu. Historia nie donosi, aby do tego potrzebny był im jakiś alians polityczny. Każdy z nich mówił co innego, a każdego z nich światowa medycyna cytuje przez wieki.

Apostołowie fałszywych dogmatów

Co więcej, chrześcijaństwo, muzułmanie i buddyści oraz wielu agnostyków, liberałów i anarchistów akceptuje znakomitą większość uniwersalnych zasad etyki lekarskiej. Oczywiście żaden współczesny kodeks medyczny nie zamknie ludziom ust, aby nie spierali się o początek życia i godne umieranie. Czy to znaczy, że wszędzie należy całkowicie zakazać lub wszem i wobec umożliwić aborcję, eutanazję i przetaczanie krwi? Mam nadzieję, że dziarska siódemka z Wiejskiej oświeci nas wkrótce, jak to naprawdę powinno działać na co dzień.

Nie zamierzam się mądrzyć na temat moralności i społecznych systemów normatywnych. Wolę, by o sztuce przyzwoitego życia pouczali mnie filozofowie, a nie politycy ani apostołowie fałszywych dogmatów. Ziemia kręci się niby tak samo leniwie, a dylematów etycznych w medycynie ciągle przybywa, co potwierdzają liczne publikacje i sympozja poświęcone etyce lekarskiej. Jakoś nigdy nie spotkałem tam polityków. Twórcy polskiego Kodeksu Etyki Lekarskiej (KEL) już w 1991 roku pokazali godną podziwu pokorę. Nie ulegli szaleństwu szczegółowego kodyfikowania zmieniającej się rzeczywistości, w której funkcjonuje lekarz, ani utopijnemu dążeniu do rozstrzygnięcia wszelkich wątpliwości. I to nie z pobudek fałszywej solidarności zawodowej, a wręcz przeciwnie, w art. 4 wskazali na ostateczne instancje, w zgodzie z którymi ma pracować lekarz: „Dla wypełniania swoich zadań lekarz powinien zachować swobodę działań zawodowych, zgodnie ze swoim sumieniem i współczesną wiedzą medyczną „.

Biurokracja karykaturą medycyny

Wszelka władza bywa bardzo skuteczna w podporządkowaniu sobie sumienia koniunkturalistów, karierowiczów i oportunistów, w tym również niektórych lekarzy i pracowników służby zdrowia oraz zmuszaniu ich do przestrzegania rygoru partyjnego w sprawach moralności. Tymczasem medycyna jest odpowiedzią na rozpoznanie wielkiego zła, jakim jest choroba. A rozpoznanie tego zła staje się możliwe dla tych, którzy rozumieją dostępne człowiekowi dobro. Gdyby medycyna odrzuciła to specyficzne dla niej dobro i przejęła się nagle dogmatami ekonomicznymi i politycznymi, byłaby już odtąd karykaturą.

Bo nie da się jej do końca skodyfikować ani przypisać poszczególnym jej dziedzinom instrukcji obsługi. Postępowanie oparte ściśle na przepisach i standardach ani chybi prowadzi do dehumanizacji pacjenta. Biurokracja, w czeluściach i głębinach której porusza się współczesny lekarz, sprawia, że jego odpowiedzialność wobec pacjenta słabnie. Z wolna rośnie w nim złudne przekonanie, że skoro narzuca mu się standard, to on nie ponosi pełnej odpowiedzialności za skutki leczenia. Ale to bardzo niebezpieczne myślenie.

Medycyna to nie jest tylko relacja lekarza z pacjentem. Wskazówki społeczne barometrów moralności wychylają się ponad normę, kiedy widzą jak finansowa miseria szpitali nie robi żadnego wrażenia na osobach konstytucyjnie odpowiedzialnych za ochronę zdrowia: kiedy puchną listy oczekujących na leczenie i rehabilitację; kiedy koncerny farmaceutyczne wmawiają nam, że ceny leków rosną, bo badania naukowe też kosztują. Za tymi osobliwymi zjawiskami kryją się ludzie, często znani z imienia i nazwiska. Ale to nie o nich dowiadujecie się z pierwszych stron gazet i telewizyjnych czołówek.

Nie wszystko więc zależy od personelu medycznego, chociaż białe kitle to ulubiony obiekt do medialnego walenia jak w bęben. To właśnie im przypisuje się bez głębszej analizy i zastanowienia większość niedociągnięć, błędów i zaniedbań oraz brak wrażliwości na potrzeby chorego, czy brak szacunku do niego.

Moralność niejedno ma imię

Jakie dylematy etyczne trapią lekarzy? Dlaczego pacjenci im nie ufają? Można by powiedzieć, że lekarze są przemęczeni, czasem niedouczeni, przesiąknięci rutyną, nie przepadają za dociekliwymi pacjentami, męczą ich odpowiadanie na te same pytania i chyba z czasem się wypalają. Niby skończyli studia, zrobili specjalizację ale mają problem z nawiązywaniem kontaktów z normalnym zjadaczem chleba. Jeszcze do tego można dodać frustrację wywołaną brakiem perspektyw zawodowych, awansu, emigracją kolegów do dobrobytu, nie najlepszą atmosferą w pracy.

► *Ale jak głosi mądre porzekadło, wszystko można, czego nie można byle z wolna i ostrożna. Tylko po co?*

A więc moralność niejedno ma imię. Warto się zastanowić, czy rzeczywiście wśród personelu medycznego nastąpiła jakaś znieczulica, upadek moralny, o którym tak chętnie na podstawie pojedynczych przypadków donoszą media? Słowa często ranią dotkliwiej niż sztylet. Gniew, odwet ani rewanż to nie są narzędzia lekarskiego warsztatu. Brak panowania nad emocjami usprawiedliwia pacjenta, ale niemal zawsze dyskwalifikuje lekarza. Medyk nie może zapominać, że ma do czynienia z laikiem, dla którego to, co się dzieje z jego organizmem nie jest niczym oczywistym. Lekarzowi nie wolno wypowiedzieć słów, które w normalnych warunkach nie przeszłyby mu przez gardło. To właśnie lekarz ma cierpliwie czekać, aż potok słów uciśnie w ustach jego pacjenta. Niestety, nie zawsze tak jest.

Dzisiaj lekarz mierzy się z zupełnie innym pacjentem niż dawniej. Współczesny pacjent, kiedy odczeka swoją kolejkę kilku miesięcy czy lat na przyjęcie u specjalisty, już tak łatwo nie wypuści z rąk swojego dobrodzieja. W znakomitej większości jest to pacjent bardziej świadomy choroby i sposobu jej leczenia, znający dobrze zarówno możliwości współczesnej medycyny, jak i swoje prawa. Dążąc do wykorzystania wszechwładnej, w jego mniemaniu, współczesnej medycyny, oczekuje szybkiego powrotu do zdrowia, a wraz z nim do życia o dobrej jakości. Własnych zaniedbań zdrowia i powikłań w leczeniu nie przyjmuje do wiadomości. Może liczyć na wsparcie coraz prężniejszego kartelu młodych adwoka-

tów, głodnych zawodowego sukcesu w procesach z lekarzami i szpitalami.

Ten kij ma również dwa końce

Lekarz, podejmując interwencję medyczną wobec nietrzeźwych czy będących pod wpływem narkotyków pacjentów, stąpa dziś po polu minowym. Polskie prawo bardzo silnie akcentuje zasadę samostanowienia pacjenta. Prawidłowa ocena jego zgody na zabieg medyczny lub na badanie diagnostyczne jest wciąż źródłem problemów dla lekarzy. W sytuacjach poważnych, nagłych i pilnych lekarz jeszcze przed wykonaniem zabiegu medycznego może źle odczytać wolę pacjenta i popełnić poważny błąd, skutkujący dla niego lub zakładu opieki zdrowotnej negatywnymi konsekwencjami prawnymi. Dziś już nie Hipokratesowskie dobro chorego, ale jego wola była najwyższym prawem.

To jest moralny nonsens. Czyżby lekarz musiał czekać aż ćpun czy menel, zgarnięty przez policyjny patrol, ocknie się z upojenia czy naćpania, aby uzyskać jego zgodę na medyczne czynności. W końcu chyba trzeba uwierzyć lekarzowi, że kieruje się sumieniem, wiedzą naukową i służy tylko dobru pacjenta. A moralne dylematy w medycynie zostawmy tym, którzy nie mają o niej zielonego pojęcia. Na razie, pocziwa medycyna to po prostu bogata ilustracja moralności.

Marek STANKIEWICZ
stankiewicz@hipokrates.org

(przedruk z „Medicusa” nr 6-7/17)

MEDYCYNĄ PO DYPLomie

WITAMINY (NIE) TYLKO NA ZDROWIE

Kobiety będące w ciąży podatne są często na sugestywne reklamy mówiące, że w trosce o własny i dziecka organizm należy przyjmować dodatkowe porcje witamin i mikroelementów. Najnowsze badania obalają ten upowszechniany mit i wykazują, że przyjmowanie multiwitamin przez ciężarne – nie przynosi żadnych korzyści ani matce, ani dziecku, a czasem może być nawet niebezpieczne. Wyniki tych badań opublikowano niedawno w „Drug and Therapeutics Bulletin” (DTB).

Producenci suplementów przekonują, że prawidłowe odżywianie to zbyt mało i niezbędne jest przyjmowanie suplementów diety i różnych preparatów multiwitaminowych. Brytyjscy autorzy wspomnianych badań są zgodni, że **jedynymi suplementami wartymi zalecenia kobietom ciężarnym są kwas foliowy i witamina**

D. Przy wszystkich stwierdzonych zaletach działania, oba preparaty są też obecnie stosunkowo tanie.

Zresztą kwas foliowy obligatoryjnie zalecany jest od dawna kobietom planującym zajście w ciążę i ciężarnym. To efekt wiedzy, że wpływa on na prawidłowy rozwój układu nerwowego. Zapobiega przy tym uszkodzeniom cewy nerwowej. Kwas foliowy stymuluje także procesy krwiotwórcze. W postaci kwasu tetrahydrofoliowego uczestniczy w syntezie zasad purynowych i pirymidynowych, a także niektórych aminokwasów – seryny, metioniny, histydyny. Przyczynia się do syntezy choliney.

Nieco mniej poznana dotychczas witaminą był cholekalcyferol (wit. D₃). Obecnie obserwujemy rozkwit badań i zainteresowania tą witaminą. Powstaje w naszym organizmie z 7-dehydrocholesterolu w skórze pod

wpływem promieniowania UVB, a dalej w wątrobie i nerkach uzyskuje aktywną postać, ale również, choć w niewielkim stopniu, jest przyswajana z pokarmów. Ryby morskie, a zwłaszcza trany są bogatymi źródłami cholekalcyferolu.

Odkrycie receptora witaminy D₃ (receptor wewnątrzkomórkowy VDR) w większości ludzkich komórek sugeruje jej uniwersalną rolę jako regulatora ekspresji genów aktywnych w większości tkanek (także pozaszkieletowych) naszego organizmu. Co ciekawe przy tym – istnieją badania wskazujące, że silniejsze mięśnie mają 4-letnie dzieci, których matki w ciąży wykazywały wyższy poziom witaminy D₃. Obecnie wiemy, że cholekalcyferol zapewnia nie tylko rozwój i sprawne działanie układu ruchu, ale ma wpływ na właściwe funkcjonowanie układu oddechowego poprzez stymulowanie układu odpornościowego organizmu. Coraz więcej doniesień wskazuje także na związek wit. D z funkcjonowaniem układu sercowo-naczyniowego i właśnie układu immunologicznego. A takie choroby jak cukrzyca czy nowotwory związane są z zaburzonym metabolizmem lub niedoborami cholekalcyferolu.

Jeśli nasza wiedza uzasadnia przyjmowanie dodatkowych porcji obu dobroczynnych witamin, to suplementacja taka powinna być bezpieczna. Zaleca się, aby dobową dawkę kwasu foliowego wynosiła 400 µg, a witaminy D odpowiednio 10 (niektóre źródła podają 12) µg. Co ciekawe, wysoką zawartością folianów cechuje się owoc pomarańczy. Zagęszczony sok, to bogate ich źródło. Niemniej, aby pozyskać ze świeżych owoców tę ilość folianów należy zjeść 2 kg pomarańczy, co odpowiada mniej więcej 13 owocom. Można dietę wzbogacić w szpinak, gdyż to bardzo cenne źródło kwasu foliowego. Zaspokojenie potrzeby wit. D jest trudniejsze (szczególnie jesienią i zimą) i stąd sens ma wzbogacanie produktów spożywczych (m. in. mleka, margaryn, masła) tą witaminą i promowanie jej suple-

mentowania. A zatem lato powinno sprzyjać kąpielom słonecznym! (tu też umiar jest wskazany).

W badaniach opublikowanych w DTB **zwraca się ponadto uwagę na niebezpieczeństwa związane z przedawkowaniem witaminy A.** Zbyt wysokie dawki tej witaminy mogą bowiem spowodować uszkodzenie płodu. To niezwykle cenna informacja, zwłaszcza w obliczu panującej aktualnie mody na witaminy antyoksydacyjne (triada ACE), w przypadku których – jak obecnie wiadomo – ważne jest umiarkowane dawkowanie. A przypomnijmy, że typowe zestawy do suplementowania witamin i minerałów zwykle zawierają wit. B₁, B₂, B₃, B₆, B₁₂, wspomnianą wit A, oraz D, E, K, kwas foliowy, J, Mg, Fe, Cu, Zn i Selen.

Zatem nie dokonamy tu przełomowego odkrycia stwierdzeniem, że należy zachęcać kobiety w ciąży do stosowania zdrowej – urozmaiconej diety warzywno-owocowej, ale wyraźnie w tym miejscu podkreślimy potrzebę suplementowania kwasu foliowego i, co proponowane jest od niedawna, także witaminy D₃. Jedną ze współauterek cytowanego artykułu z DTB, Janet Fyle z Royal College of Midwives, podkreśla, że **mi-tem, który należy stanowczo obalić, jest promowana powszechnie zasada wpajana kobietom, a mająca polegać na jedzeniu za dwóch w okresie ciąży.** To mit, jak twierdzi Janet Fyle, przynoszący wiele szkód, a szczególnie, gdy ma zastosowanie także do suplementów diety i multiwitamin.

Marek JURGOWIAK

Członek Rady Programowej „PRIMUM”, sekretarz Rady Programowej Centrum Nowoczesności „Młyn Wiedzy” w Toruniu, Katedra Biochemii Klinicznej Collegium Medicum UMK

Do przeczytania:

1. DTB 2016;54;81–84 (Vitamin supplementation in pregnancy).
2. Biochemia witamin część I i II, Wyd. Naukowe PWN, 1998 (uzupełniająco).

(przedruk z „Primum” nr 8-9/16)

RUCH JAK LEKARSTWO

Zaczyna się od tego, że mięśnie zużywają więcej tlenu. Krew szybciej krąży, a serce przyspiesza. Po półgodzinie następuje intensywne spalanie tłuszczu. To właśnie dzieje się w organizmie pod wpływem aktywności fizycznej. Po jej zakończeniu spada tętno i uspokaja się oddech. Potem obniża się poziom hormonów stresu, a następuje wyrzut endorfin. W dłuższym czasie ruch przynosi wiele zdrowotnych korzyści, m.in. obniża częstość akcji serca, ciśnienie krwi, poziom cholesterolu i trójglicerydów. Tkanki są wrażliwsze na insulinę, a waga ciała prawidłowa. Dlatego zmniejsza się ryzyko rozwoju wielu chorób, m.in. cukrzycy, za-

wału serca, udaru mózgu, osteoporozy. Aby ten efekt uzyskać, należy zapewnić sobie odpowiednią dawkę aktywności fizycznej. Według Światowej Organizacji Zdrowia, to co najmniej 30 minut umiarkowanego wysiłku przez 5 dni w tygodniu lub 20 minut bardzo intensywnego przez 3 dni (zalecenia dla osoby zdrowej w wieku 18–65 lat). Jaki więc sport wybrać?

Pilates, czyli jeden z najbardziej popularnych i najstarszych programów treningowych (ma prawie sto lat!). Może go uprawiać każdy, również osoby starsze i po przebytych urazach, bo to jedna z najbezpieczniej-

szych form aktywności. Jest połączeniem jogi, baletu i gimnastyki izomerycznej (polega na napinaniu mięśni i utrzymywaniu ich przez dłuższy czas w jednej pozycji). Ćwiczy się wszystkie partie ciała, a najbardziej wzmacnia mięśnie brzucha i pleców, które odpowiadają m.in. za trzymanie kręgosłupa w pionie. Pilates poprawia równowagę i koordynację ciała, uelastycznia i wysmukla sylwetkę.

Rower, czyli pojazd, z którego chętnie korzysta co drugi Polak (dane CBOS). Wystarczy wsiadać na niego trzy razy w tygodniu i za każdym razem jeździć pół godziny, by przyniosło to zdrowotne korzyści. Jakież? Poprawę odporności i pamięci, spokojniejszy sen, a nawet mniejsze ryzyko zachorowania na raka, czego dowiodły badania przeprowadzone przez uczonych z londyńskiego King's College. Jazda na rowerze pomaga też kontrolować wagę: w ciągu półgodzinnej przejażdżki (w tempie 20 km/ha) można spalić ok. 300 kcal. Uwaga: zbyt nisko osadzone siodełko może skutkować bólem kolan, a zbyt wysoko – bólem pleców.

Jumping fitness, czyli zajęcia na jednoosobowych minitrampolinach. Skakanie na miękkim podłożu amortyzuje uderzenia, w związku z czym to dobry trening dla osób, którym podczas wysiłku doskwierają bóle stawów. Nie jest natomiast wskazany dla kobiet w ciąży i po porodzie. Polega na wykonywaniu w rytm muzyki prostych układów, podobnych jak na klasycznych zajęciach fitness. Wzmacnia mięśnie głębokie, m.in. stabilizujące kręgosłup, poprawia równowagę i wydolność organizmu. To też sport, który pozwala skutecznie schudnąć: podczas jednego treningu można spalić ok. 800 kcal.

Bieganie to obecnie jedna z najpopularniejszych form aktywności fizycznej – uprawia ją aż 22% Polaków (według badania PZLA i IBRIS z 2015 r.). Wzmacnia mięśnie, kształtuje sylwetkę i pomaga pozbyć się zbędnych kilogramów (dyscyplina o jednym z najwyższych wydatków energetycznych). Osoby, które mają przeciwwskazania do biegania (np. z powodu otyłości, chorób stawów czy kręgosłupa), mogą spróbować bezpieczniejszego **slow jogingu**, czyli wolnego truchtu.

Crossfit, to bardzo intensywny i krótki plan treningowy. Przeznaczony jest dla zdrowych osób, które

chcą poprawić ogólną sprawność fizyczną i wyrzeźbić sylwetkę. Ćwiczenia wykonuje się w tzw. obwodach, czyli jedno po drugim z minimalnymi przerwami. Mogą to być pompki, podnoszenie ciężarów, skakanie na skakance, bieganie itd. Plusem tej dyscypliny jest różnorodność. Minusem długa lista przeciwwskazań, m.in. osteoporoza, niewydolność układu krążenia i oddechowego.

Zumba, czyli połączenie tańca z ćwiczeniami fitness. Aktywność dla osób o średniej sprawności fizycznej, które chciałyby poprawić kondycję i wytrzymałość organizmu, a także schudnąć – podczas jednej sesji można spalić ok. 450 kcal, a na lekcji **aqua zumb**y (w basenie) prawie dwa razy więcej. Zajęcia polegają na wykonywaniu prostych układów w rytm dynamicznej, latynoskiej muzyki. Bardziej od precyzji ruchów liczy się tu dobra zabawa. Oprócz klasycznej zumbi czy zajęć w basenie, istnieje kilka innych rodzajów tego treningu, m.in. **zumba gold** (dla osób starszych, z nadwagą czy problemami z kręgosłupem).

Nordic walking, czyli spacer z kijkami. Jeden z najprostszych i najbezpieczniejszych sportów, który może być uprawiany przez każdego. Uaktywnia aż 90% mięśni ciała, a jednocześnie zmniejsza (w porównaniu do zwykłego spaceru) obciążenia stawów kolanowych i kręgosłupa. Podczas godzinnego wysiłku można spalić ok. 400 kcal (podczas spaceru ok. 280 kcal), w związku z czym pomaga schudnąć. Przyspiesza też tętno, poprawiając w efekcie sprawność układu krążenia i zmniejszając ryzyko zawału serca.

Joga – słowo to pochodzi z sanskrytu i oznacza zjednoczenie: tego, co fizyczne z tym, co psychiczne i duchowe. Polecana jest dla osób, które chcą wzmocnić i uelastyczyć ciało oraz rozładować stres; mniej istotna jest tu redukcja wagi (podczas sesji można spalić do 250 kcal). Polega na wykonywaniu ćwiczeń (*asan*) i jednoczesnej kontroli oddechu (*pranajama*). W Polsce najbardziej znane są **hatha joga** czy joga kręgosłupa. Ale coraz bardziej popularne stają się też inne rodzaje, m.in. dynamiczna **ashtanga** czy **aerojoga** (ćwiczy się przy użyciu chusty zawieszanej pod sufitem).

Oprac. Izabela FILC-REDLIŃSKA

(przedruk z „Ciśnienie na zdrowie”)

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

NAKLAD: 2800 egz. ISSN 1426-661X

NIEKONWENCJONALNE SPOSOBY REDUKCJI MASY CIAŁA PROPAGOWANE W ŚRODOWISKU INTERNETOWYM

Zachowania żywieniowe są bardzo złożonym procesem. Teoria poznawczo-społeczna dotycząca zmiany zachowań żywieniowych wyróżnia czynniki wewnętrzne dla danej jednostki (np. poczucie własnej skuteczności w dążeniu do założonego celu) oraz czynniki zewnętrzne (np. wsparcie społeczne, czynniki środowiskowe). Podczas badań psychospołecznych czynników predykcyjnych w zachowaniach żywieniowych wykazano, że czynniki wewnętrzne są silniejszymi predyktorami niż czynniki zewnętrzne. Jednak jednym z czynników zewnętrznych mającym ogromny wpływ na warunkowanie zachowań żywieniowych, sposób odżywiania oraz na zdrowie, jest stosowanie różnych metod i sposobów redukujących masę ciała.

Istnieje wiele przyczyn podjęcia decyzji redukcji masy ciała, zarówno przez młode osoby, jak i dorosłe. Można zaliczyć do nich:

- niezadowolenie z wyglądu ciała, mające swoje korzenie w psychice;
- problem otyłości, jako choroby cywilizacyjnej;
- zaburzenia odżywiania, często mające swój początek już w fazie dzieciństwa i okresie dojrzewania;
- utrzymujący się od kilkudziesięciu lat kult szczupłego ciała, któremu przypisuje się powodzenie, zarówno w życiu zawodowym, jak i prywatnym;
- moda na bycie „fit” („w dobrej formie”).

Środowisko internetowe przepełnione jest, poza dietami odchudzającymi, również niekonwencjonalnymi sposobami redukcji masy ciała, na stosowanie których decydują się często bezkrytycznie nie tylko młode dziewczęta, ale i dorosłe kobiety. Propagowane w internecie sposoby redukcji masy ciała reklamowane są jako skuteczny środek na trwałe pozbycie się nadmiernie zgromadzonej tkanki tłuszczowej. Niestety sposoby te często przyczyniają się do pogorszenia ogólnego stanu zdrowia.

Spośród propagowanych w środowisku internetowym sposobów redukcji masy ciała warto zwrócić uwagę na poniższe.

Wykorzystanie efektu zimna. Spożywanie zimnych posiłków i/lub ssanie kostek lodu. Sposób ten zakłada wykorzystanie efektu zimna spożywanych produktów i/lub napojów, do trawienia których i metabolizmu organizm musi wykorzystać większe ilości energii, nasilając w tym celu lipolizę zgromadzonych w adypocytach triacylogliceroli. Przekonuje się internautę, że spożycie w ciągu doby nawet 2 litrów zimnej wody powoduje spalanie 60 kcal, a ssanie sześciu kostek lodu zamrożonych w temperaturze -10°C dodatkowych 60 kcal. Podobnie

zalecane w internecie zmniejszenie ilości warstw odzieży w czasie jesieni/zimy ma spowodować zużycie dodatkowych 100 kalorii w ciągu doby, gdyż organizm celem utrzymania stałej temperatury ciała nasili proces termogenezy. Ponadto przebywanie w chłodnych pomieszczeniach, stosowanie zimnego prysznica, pływanie w basenie o niższej temperaturze ma również przyczynić się do redukcji nadmiernej masy ciała.

Wykorzystanie efektu wypełnienia przewodu pokarmowego, ma spowodować czasowe zahamowanie uczucia głodu. Propagowane w internecie jest spożywanie płatków kosmetycznych i/lub wacików i/lub chusteczek kosmetycznych nasączonych sokiem pomarańczowym, wodą lub mlekiem. Ten sposób rozpowszechniony jest szczególnie w modelingu. Płatki kosmetyczne jako mieszanka bawełny, poliestru i celulozy nie są trawione, przez pewien czas zalegają w przewodzie pokarmowym do chwili, gdy zostaną wydalone z kałem. Mechaniczne wypełnienie przewodu pokarmowego propagowane jest jako sposób na ograniczenie spożycia żywności, a tym samym na redukcję masy ciała.

Wykorzystanie efektu wpływu na psychikę. Propaguje się w środowisku internetowym spożywanie produktów spożywczych na talerzach w kolorze granatowym lub czarnym, które wpływając na psychikę, ma skutecznie zmniejszać apetyt oraz ilość i wielkość spożywanych porcji.

Innym sposobem wpływu na psychikę są thinspiracje (ang. *Thinspirations*) propagowane szczególnie na forach ruchu np. Pro-Ana. Uczestniczki takich forów wspierają się poprzez wzajemne wzbudzanie poczucia winy, jako silnie motywującej metody w ograniczeniu ilości przyjmowanych pokarmów, w postaci hasel, cyt.: „Jedzenie jest słabością, a Ty przecież nie chcesz być słaba”, „Nie istnieje coś takiego jak idealna waga, ile byś nie ważyła zawsze jest za dużo”, „Przypomnij sobie poczucie winy, które ogarnia Cię po każdym posiłku”, „Rozbierz się i stań przed lustrem – skutecznie Cię zniechęci”. Szczególnie motywujący dla uczestniczek tych forów (często nastolatek) ma być ich dekalog, cyt.:

- Bycie chudą jest ważniejsze od bycia zdrową.
- Nie będziesz jadła bez poczucia winy.
- Nie będziesz jadła niczego bez ukarania siebie za to (ponad limit diety).
- To proste: chudnięcie jest dobre, a przybieranie na wadze – złe.
- Bycie chudą i niejedzenie są dowodami prawdziwej siły woli.

- Wierzę w potęgę kontroli, która jako jedyna może wnieść porządek w chaos, którym jest mój świat.
- Wierzę w perfekcję i chcę ją osiągnąć.
- Wiem, że waga jest wskaźnikiem moich codziennych sukcesów i porażek.
- Wierzę w piekło, bo czasami mam wrażenie, że w nim żyję.

Thinspiracje to również zdjęcia, głównie wychudzonych modelek lub dziewcząt. Również piosenki uważane za pomocne w dążeniu do redukcji masy ciała do tzw. rozmiaru zero. W popkulturze artyści poruszają temat anoreksji, np. zespół Pulp w piosence „Anorexic beauty”, cyt.: „Anorexic beauty, feather – weight perfection, anorexic beauty, underweight goddess”. Thinspiracje są niebezpieczne szczególnie u nastoletnich dziewcząt, gdyż mogą prowadzić do nieprawidłowych zachowań żywieniowych, a tym samym do zaburzeń w procesie wzrostu i rozwoju.

Inną formą wpływu na psychikę jest stosowanie hipnozy pod kierunkiem hipnotyzera lub hipnoterapeuty. Przykładem opisanym w internecie jest przypadek Marion Corns, której pod wpływem hipnozy wmówiono, że przeszła operację założenia na żołądek opaski zmniejszającej łaknienie. Aby uwiarygodnić wykonanie zabiegu, wykonano na jej brzuchu lekkie nacięcie, które imitowało bliznę pooperacyjną. W wyniku tego eksperymentu kobieta odczuwała sytość dużo szybciej niż przed „założeniem opaski” i w ciągu czterech miesięcy schudła o 8 rozmiarów. Internet propaguje również samodzielne wprowadzanie się w hipnozę, słuchając zakupiony w internecie nagrany program hipnosencji (3 sesje) za 157 zł.

Wykorzystanie efektu wpływu związków chemicznych i leków. W środowisku internetowym propagowane jest stosowanie **dinitrofenolu**, dostępnego pod nazwą DNP FAT Burner. Preparat reklamowany w internecie jako środek odchudzający o działaniu egzoergicznym i przyspieszającym lipolizę w rzeczywistości jest trującą, stosowaną w produkcji herbicydów. Cyt.: „Sprzedam 2 opakowania najsilniejszego spalacza tkanki tłuszczowej. Są naprawdę bardzo skuteczne – po 1 opakowaniu (100szt) ja sama schudłam 30kg, skutków ubocznych nie miałam żadnych. Dawkowanie tylko i wyłącznie 1 kapsułkę dziennie. Cenna za opakowanie: 150 zł”.

Podobnie lek **Seronil** (fluoksetyna) reklamowany jest w internecie jako złoty środek na utratę masy ciała. Cyt.: „Polecam lek na depresję Seronil jednocześnie będący lekiem na bulimię – zupełnie zabija potrzebę głodu”. Lek ten stosowany jest w leczeniu zespołów depresyjnych, natręctw oraz bulimii. Powoduje zmniejszenie łaknienia i przez ten fakt przyczynia się do zmniejszenia zawartości tkanki tłuszczowej i masy ciała. Również popularny na katar **Sudafed** (zawierający pseudoefedrynę) oraz na kaszel **Tussipekt** (efedryna) propagowane są w internecie jako środki służące do redukcji masy ciała. Oba leki

można zamówić przez internet, cyt.: „Chodzi się jak na bani, jedyna wada – nadpobudliwość”.

Wykorzystanie efektu zapachów. Propaguje się zamiast jedzenia lub przed jedzeniem posiłków wachanie mięty, kopru włoskiego, oliwy z oliwek, czosnku, zielonych bananów, zielonych jabłek i grapefruitów, których zapach wpływa na zmniejszenie uczucia głodu, a tym samym wpływa na redukcję masy ciała u osób z nadwagą. Badania przeprowadzone na gryzoniach w Japonii wykazały, że wystawianie ich na ekspozycję zapachu olejku z grejpfruta skutkowało ograniczeniem apetytu oraz znaczną utratą masy ciała.

Również **obsesyjne szczotkowanie zębów** propagowane jest jako sposób na odchudzanie, gdyż zawarty w pastce do zębów mentol powoduje chwilowe zmniejszenie objawów głodu.

Innym sposobem redukcji masy ciała jest **żucie bezcukrowej gumy**. Z jednej strony żucie gumy bezcukrowej traktowane jest jako element profilaktyki próchnicy, z uwagi na jej wpływ na ilość i skład śliny, jednak jest również propagowane jako jeden ze sposobów walki z nadmierną masą ciała. Gomez del Barrio i wsp. (2016) opisali przypadek 23-letniej dziewczyny, cierpiącej na anoreksję, spożywającej 150 gum dziennie! Wśród składników gum do żucia występują sorbitol, mannitol oraz ksylitol mające działanie osmotyczne i przeczyszczające. Dawki 20–50-gramowe sorbitolu mogą powodować biegunkę osmotyczną, co może predestynować do hiponatremii.

Zaskakujący sposób redukcji masy ciała to **zastrzyki z moczu ciężarnych kobiet**, który zawiera ludzką gonadotropinę kosmówkową hCG (z ang. human chorionic gonadotropin), hormon przyspieszający metabolizm i chudnięcie. Metoda dwufazowa propagowana jest od lat 50. przez endokrynologa dr. A.T.W. Simsona i nazywana jest dietą hCG. Autor w swojej książce (do nabycia w internecie) zaleca również równolegle do zastrzyków z moczu (stosowanych przez 23 lub 40 dni) stosowanie restrykcyjnej i niedoborowej w składniki odżywcze diety 500 kcal (w drugiej fazie produkty i ich ilości wyłącznie z listy). Efekt diety to utrata od 7 do 15 kg masy ciała, w zależności od wariantu czasowego zastosowanych zastrzyków z moczu. Jeśli nie osiągnięto wymarzonej masy ciała, to kolejny raz można dietę zastosować po 6–8 tygodniach.

Również popularna jest redukcja masy ciała poprzez **zarażanie się „główkami” lub „larwami” tasiemca** (solitera). Kosztujące od 1500 zł do 2000 zł opakowanie tabletek pod przykładową nazwą *Weight-B-Gone* bywa ozdobione rysunkiem przedstawiającym wesołego robaczka (solitera). Ma on zgodnie z reklamą zadomowić się po 2 tygodniach w jelicie i pomóc bez jakichkolwiek problemów schudnąć „karmicielowi” od 7 do nawet 15 kilogramów. Po uzyskaniu wymarzonej masy ciała wystarczy wziąć środek na odrobaczenie (dołączony do opakowania) i rzekomo kłopot z głowy. Dieta z soliterem znana

jest od lat 20–30. XX wieku, gdyż w Stanach Zjednoczonych stosowali ją dżokeje, którym ze względów zawodowych zależało na utrzymaniu niskiej masy ciała. Również znana jest z Hollywood, gdyż stosują ją aktorki marzące o wąskiej talii. Niestety tasiemczyca prowadzi do wyniszczenia organizmu.

Reasumując, na przykładzie przedstawionych kilku sposobów redukcji masy ciała propagowanych w środowisku internetowym można stwierdzić, że są one kontrowersyjne. Mogą zagrażać zarówno zdrowiu, jak i życiu osób, które stosują je bezkrytycznie. Szczególnie podatne na sugestywne reklamowanie spektakularnych ubytków

masy ciała po ich stosowaniu są dziewczęta i młode kobiety. Dlatego zasadnym jest dopytywanie pacjentów w wywiadzie, czy stosują nie tylko diety odchudzające, ale również inne niekonwencjonalne sposoby redukcji masy ciała, które wpływają na stan zdrowia. Rozwiązywanie problemu nadmiernej masy ciała powinno przebiegać pod opieką dietetyka/specjalisty ds. żywienia człowieka oraz lekarza pierwszego kontaktu i/lub specjalisty.

Dr hab. inż. Zuzanna GOLUCH-KONIUSZY

Mgr inż. Aleksandra WIDAK

(przedruk z „Vox Medici” nr 6/16)

PRAWO NA CO DZIEN

ZMIANY W ZASADACH UDOSTĘPNIANIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Począwszy od 11 maja br. ulega zmianie część przepisów regulujących zasady udostępniania i przechowywania dokumentacji medycznej.

Oryginały

Najważniejszą zmianą dla lekarzy prowadzących praktyki zawodowe jest uchylenie przepisu pozwalającego pacjentowi na żądanie wydania mu oryginału dokumentacji medycznej bez wskazania przyczyny. Nowa treść art. 27 ustawy o prawach pacjenta nakazuje bowiem wydawanie oryginałów tylko na żądanie organów władzy publicznej i sądów powszechnych. Pacjent (lub osoba przez niego upoważniona) będzie mógł otrzymać oryginał swojej dokumentacji tylko wówczas, gdyby zwłoka spowodowana jej kopiowaniem miała spowodować zagrożenie dla jego życia lub zdrowia, co w praktyce zdarza się rzadko.

Niższe opłaty za kopie, nowe opłaty za wydruki

Nowelizacja wprowadza nowe stawki opłat, jakie mogą być pobierane za kserokopie dokumentacji papierowej. Maksymalna stawka wynosi w tym wypadku obecnie 30 gr, co stanowi 0,00007 przeciętnego wynagrodzenia (dotąd: 80 gr). Taką samą opłatę można jednak od teraz pobierać także za wydruki z dokumentacji elektronicznej, które przed nowelizacją musiały być wykonywane bezpłatnie. Na dotychczasowym poziomie pozostają maksymalne opłaty jakie pobrać można za jedną stronę wyciągu albo odpisu dokumentacji medycznej (8,40 zł) oraz za udostępnienie dokumentacji medycznej na informatycznym nośniku danych (1,68 zł), stanowiące odpowiednio 0,002 i 0,0004 przeciętnego wynagrodzenia w poprzednim kwartale. Ponieważ kwoty te stanowią ułamek przeciętnego wynagrodzenia, którego wysokość ogłaszana jest

co kwartał, należy śledzić zmiany tego wskaźnika i w razie potrzeby dostosować wysokość pobieranych opłat do aktualnych przepisów.

Uwaga: Lekarze prowadzący praktyki zawodowe i przychodnie powinni zwrócić uwagę na treść przyjętych u siebie regulaminów organizacyjnych. Jeśli wymieniają one kwoty pobierane za udostępnienie, należy dostosować treść regulaminu do nowych kwot.

Skanowanie dokumentów papierowych

Nowelizacja uregulowała kwestie skanowania, na żądanie pacjenta, dokumentacji prowadzonej w formie papierowej. Obecnie tego typu żądanie będzie wiążące dla prowadzącego dokumentację tylko wówczas, gdy regulamin organizacyjny praktyki (podmiotu leczniczego) przewiduje taką możliwość (skan jest wówczas równoznaczny z kopią i można pobrać za jego wykonanie opłatę jak za kopię).

Nowy obowiązek: wykaz udostępnień

Od 11 maja każdy świadczeniodawca zobowiązany jest do prowadzenia wykazu udostępnień dokumentacji medycznej. Wykaz może być prowadzony zarówno w formie pisemnej (np. zeszyt), jak i elektronicznie. Wykaz składa się z sześciu rubryk:

- imię (imiona) i nazwisko pacjenta, którego dotyczy dokumentacja medyczna;
- sposób udostępnienia dokumentacji medycznej;
- zakres udostępnionej dokumentacji medycznej;
- imię (imiona) i nazwisko osoby innej niż pacjent, której została udostępniona dokumentacja medyczna, a w pozostałych przypadkach także nazwę uprawnionego organu lub podmiotu;

- imię (imiona) i nazwisko oraz podpis osoby, która udostępniła dokumentację medyczną;
- datę udostępnienia dokumentacji medycznej.

Uwaga: Udostępnieniem dokumentacji jest również *wgląd*. W związku z tym w wykazie powinny być ewidencjonowane również przypadki udostępnienia jej na miejscu, bez wydawania kopii czy wpisów. W rubryce „sposób udostępnienia: piszemy wówczas: wgląd”.

Dokumentacja praktyk lekarzy, którzy zmarli

Po wielu latach prób rozwiązania problemu nowelizacja wprowadza postanowienia regulujące zasady przechowywania (a w konsekwencji także udostępniania) takiej dokumentacji. Obecnie w przypadku śmierci lekarza prowadzącego praktykę zawodową będzie to leżeć w kompetencjach właściwej okręgowej izby lekarskiej, o ile dokumentacja ta zostanie jej dostarczona (przez spadkobier-

ców, właściciela pomieszczeń, w których lekarz prowadził praktykę, bądź każdą osobę, która po śmierci lekarza weszła w posiadanie tej dokumentacji).

Uwaga: Nie dotyczy to praktyk wykonywanych wyłącznie w podmiocie leczniczym (czyli zarejestrowanych kodem 93 lub 94) gdyż dokumentacja taka jest dokumentacją tego podmiotu, a nie lekarza, który prowadził praktykę. Po śmierci takiego lekarza dokumentacja pozostaje w podmiocie leczniczym, w którym praktyka była wykonywana.

Iwona KACZOROWSKA-KOSSOWSKA

Radca prawny

Podstawa prawna: ustawa z dnia 23 marca 2017r. o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. 2017.836)

(przedruk z „Pomorskiego Magazynu Lekarskiego” nr 5-6/17)

OGŁOSZENIA



Quo Vadis Medicina?

Jaki jest stan poszczególnych dziedzin medycyny?

Dokąd zmierza europa i świat?

W jakim kierunku powinniśmy zmieniać system w Polsce?

KILKANAŚCIE PANELI SPECJALISTYCZNYCH

KILKUDZIESIĘCIORO RENOMOWANYCH

WYKŁADOWCÓW

Szanowni Państwo, zapraszamy do uczestnictwa w konferencji naukowej „Wizja zdrowia – diagnoza i przyszłość”, która odbędzie się 3 października 2017 r. w hotelu Sheraton w Warszawie. Będzie to pierwszy w Polsce FORESIGHT MEDYCZNY.

Przedsięwzięcie to zostało zainspirowane wymianą doświadczeń i rozmowami przeprowadzanymi na konferencji „Priorytety w ochronie zdrowia 2017”, w styczniu tego roku na Zamku Królewskim w Warszawie, podczas paneli dyskusyjnych na temat perspektyw rozwoju ochrony zdrowia w Polsce.

Poruszone wówczas problemy i dyskusje w ocenie organizatorów wykraczały daleko poza ramy i możliwości czasowe konferencji. W powtarzających się ocenach panelistów rozpoczęte wątki wymagały kontynuacji. W ramach odrębnej konferencji chcemy więc wypracować płaszczyznę porozumienia co do możliwych spójnych kierunków rozwoju i usprawnienia funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w perspektywie czasowej 2017–2027.

W Radzie Naukowej konferencji zasiadają: prof. Maciej Banach, prof. Marek Brzosko, prof. Piotr Czauderna, prof. Leszek Czupryniak, prof. Jarosław Fedorowski, prof. Jacek Fijuth, prof. Tomasz Grodzicki, Anna Janczewska-Radwan, prof. Tomasz Kostka, Andrzej Mądrala, Janusz Michalak, prof. Tomasz Zdrojewski oraz prof. Zbigniew Żuber.

Termin: 3 października 2017 r.

Miejsce: Hotel Sheraton, ul. Bolesława Prusa 2, Warszawa

Biuro Organizacyjne: Wydawnictwo Termedia, ul. Kleeberga 2, 61-615 Poznań, tel./faks + 48 61 656 22 00, e-mail: szkolenia@termedia.pl

KURSY Z MEDYCYNY RODZINNEJ DLA POZ

Lekarze posiadający specjalizację I stopnia w dziedzinie medycyny ogólnej lub posiadający specjalizację I lub II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie chorób wewnętrznych lub posiadający specjalizację I lub II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie pediatrii, którzy udzielają świadczeń zdrowotnych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z NFZ albo którzy są zatrudnieni lub wykonują zawód u świadczeniodawcy, z którym NFZ zawarł umowę o udzielanie takich świadczeń, są **obowiązani** w okresie 3 lat od dnia rozpoczęcia udzielania świadczeń zdrowotnych w podstawowej opiece zdrowotnej **ukończyć KURS W DZIEDZINIE MEDYCYNY RODZINNEJ organizowany przez Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego.**

Wymóg ten wynika z art. 55 ust. 2a i 2 b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Zgodnie z ustawą koszty kursu pokrywa lekarz lub jednostka, z którą lekarz zawarł umowę o udzielanie świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej. Kursy takie zostały zaplanowane w tym roku w dwóch terminach.

Osoby zainteresowane udziałem w kursach prosimy o korzystanie z elektronicznego formularza zgłoszeniowego dostępnego na stronie <http://www.cmkp.edu.pl/kursy-z-medycyny-rodzinnej-dla-poz/>

Serdecznie zapraszamy na kurs dla lekarzy pt. **CZUJNOŚĆ ONKOLOGICZNA W PRAKTYCE – ogólnopolski cykl kursów doskonalących w zakresie profilaktyki i wczesnego wykrywania nowotworów oraz leczenia powikłań i bólu u pacjentów onkologicznych.**

Terminy kursu w 2017 (jeden termin do wyboru):

23–24.IX.17

14–15.X.17

18–19.XI.17

25–26.XI.17

2–3.XII.17

Dzięki uczestnictwu w kursie zdobędziecie Państwo wiedzę oraz praktyczne umiejętności dotyczące prowadzenia chorych na nowotwory po zakończeniu leczenia w ośrodkach onkolo-

gicznych w zakresie powikłań po leczeniu przeciwnowotworowym, leczenia przeciwbólowego oraz skutecznego prowadzenia prewencji pierwotnej u zdrowych osób narażonych na czynniki ryzyka chorób nowotworowych.

W trakcie kursu poznają Państwo m.in.:

- zasady diagnostyki w kierunku odległych powikłań po leczeniu przeciwnowotworowym,
- przebieg „linii demarkacyjnej” pomiędzy zakresem kompetencji onkologa a lekarza POZ,
- wytyczne w zakresie leczenia ambulatoryjnego chorych z wybranymi powikłaniami terapii przeciwnowotworowej (radio i chemioterapii, leczenia operacyjnego),
- powikłania choroby nowotworowej,
- standardy diagnostyki w bólach nowotworowych, zasady postępowania przeciwbólowego – jak rozpocząć i prowadzić leczenie silnymi opioidami, rozpoznawanie bólu neuropatycznego i przebijającego.

Oprócz wiedzy teoretycznej nabędą Państwo również praktycznych umiejętności, m.in. w zakresie:

- posługiwania się dermatoskopem,
- pobierania i zabezpieczania materiału biologicznego do badania genetycznego w kierunku nowotworów,
- prowadzenia chorych na nowotwory w ostatnim stadium choroby z zaburzeniami przyjmowania pokarmów i płynów,
- rozróżniania bólu przebijającego od tzw. bólu końca dawki,
- korzystania z dostępnych on-line modeli predykcji indywidualnego ryzyka zachorowania na raka,
- rozpoznawania i postępowania w powikłaniach radioterapii,
- ścieżki decyzyjnej dotyczącej postępowania w przypadku odległych powikłań po leczeniu onkologicznym.

Serdecznie zapraszamy!

Prof. dr hab. Maciej Krzakowski

*Konsultant krajowy w dziedzinie Onkologii Klinicznej,
Kierownik Kliniki Nowotworów Płuca i Klatki Piersiowej
Centrum Onkologii – Instytutu im. M. Skłodowskiej-Curie
w Warszawie.*

Prof. dr hab. Jarosław Reguła

*Konsultant krajowy w dziedzinie Gastroenterologii
Kierownik Kliniki Gastroenterologii Onkologicznej
Centrum Onkologii – Instytutu im. M. Skłodowskiej-Curie
w Warszawie*

Dr n.med. Joanna Didkowska

*Kierownik Zakładu Epidemiologii i Prewencji Nowotworów
Centrum Onkologii – Instytutu im. M. Skłodowskiej-Curie
w Warszawie*

I ETAP: Kurs rozpoczyna się w 2017 r weekendowym (dwudniowym) zjazdem w Warszawie, podczas którego w czasie wykładów zostanie Państwu przekazana wiedza teoretyczna. Wykłady prowadzone będą przez specjalistów z Centrum Onkologii-Instytutu im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie.

II ETAP: Następnym etapem będą praktyczne warsztaty prowadzone w 15 osobowych grupach, które odbędą się w Państwa regionach w 2018 r.

III ETAP: Trzecim etapem będzie tzw. e-learning. Kurs zakończy się egzaminem, który będzie dostępny dla Państwa na platformie internetowej projektu.

Po ukończeniu cyklu kursów otrzymają Państwo dwa certyfikaty – ukończenia kursu oraz ukończenia kursu leczenia zespołu uzależnienia od tytoniu, który stanowi warunek kontraktowania takiego leczenia z NFZ.

Wszystkim uczestnikom kursu zostaną przyznane 32 punkty edukacyjne.

Kurs przeznaczony jest dla lekarzy wszystkich specjalizacji z wyjątkiem onkologii. Udział w kursach jest bezpłatny. Jeśli mieszkają Państwo w odległości powyżej 50 km od miejsca spotkania

zostanie Państwu zwrócony koszt podróży oraz zapewniony zostanie nocleg. W trakcie kursu otrzymają Państwo również wyżywienie. Chęć udziału w kursie prosimy zgłaszać na adres: magdalena.cedzynska@coi.pl . Liczba miejsc jest ograniczona.

Ogólnopolska Wystawa Fotograficzna Lekarzy pod hasłem „Uchwycone obiektywem lekarza”

W Klubie Lekarza w Łodzi przy ul. Czerwonej 3 odbędzie się w październiku, tradycyjnie jak co roku, powakacyjna Ogólnopolska Wystawa Fotograficzna Lekarzy tym razem pod hasłem – „Uchwycone obiektywem lekarza” – realizację tego tematu pozostawiamy inwencji oraz wyobraźni lekarzy i lekarzy dentyków, chcących wziąć udział w Wystawie.

Tegorocznej edycji Wystawy, podobnie jak poprzednim, towarzyszyć będzie konkurs, w którym prace oceni jury złożone z profesjonalistów. Do udziału w Wystawie i Konkursie Fotograficznym zapraszamy Koleżanki i Kolegów nie tylko z łódzkiej OIL, ale ze wszystkich okręgowych izb w Polsce.

W tym roku po raz pierwszy zapraszamy do przesyłania fotografii drogą elektroniczną lub na nośnikach danych. Pozostawiamy też możliwość nadsyłania zdjęć w wersji papierowej. Termin dostarczania fotografii upływa 6 października br.

Wernisaż Wystawy, podczas którego zostaną ogłoszone wyniki Konkursu Fotograficznego odbędzie się 22 października 2017 roku (niedziela) o godz. 17. Wystawa potrwa do 27 października br.

Prosimy o zapoznanie się z regulaminem, który określa warunki przystąpienia do Konkursu Fotograficznego.

Kontakt: Iwona Szelewa, Sekretariat Okręgowej Izby Lekarskiej, tel. 42– 683-17-01, Ogólnopolska Wystawa Fotograficzna Lekarzy pod hasłem „Uchwycone obiektywem lekarza”.

„PRZYCHODZI WENA DO LEKARZA”

Wydawnictwo „Medycyna Praktyczna” i Komisja Kultury Naczelnej Rady Lekarskiej informują o zmianie formuły Konkursu Literackiego im. Profesora Andrzeja Szczeklika „Przychodzi wena do lekarza”. Współorganizatorzy mają nadzieję na większe zaangażowanie środowiska lekarzy piszących, w tym dziennikarzy pism okręgowych izb lekarskich.

Z inicjatywy jury, proponujemy nową kategorię konkursową skierowaną wyłącznie do lekarzy-felietonistów publikujących w roku 2017. W załączeniu regulamin, który pozwoli na wspólną zabawę i wzajemne poznanie.

Jednocześnie modyfikacji uległy dotychczasowe kategorie i będą one obejmowały POEZJĘ i PROZĘ, bez dodatkowych warunków, z wyjątkiem ograniczenia liczby utworów poetyckich do 3 i liczby znaków prozy do 12.000. Treść w obu kategoriach jest DOWOLNA!

Konkurs Felietonów otrzyma specjalną oprawę artystyczną podczas Gali w Teatrze im. Juliusza Słowackiego w Krakowie, 18 maja 2018 roku.

Pozdrawiam

Jarosław WANECKI

Sekretarz Konkursu

Przewodniczący Komisji Kultury NRL

Przewodniczący Kolegium Redakcyjnego GL

UNIwersytecki Szpital Kliniczny w Opolu – lider branży medycznej, realizujący wysokospecjalistyczne usługi medyczne o ugruntowanej pozycji na rynku polskim, zatrudni: **lekarzy specjalistów z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii** na stanowisko **młodsze / starszego asystenta Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii Dzieci i Noworodków**.

Oddział dysponuje 13 stanowiskami intensywnej terapii wyposażonymi w nowoczesny sprzęt i wchodzi w skład wieloprofilo-

wego szpitala, posiadającego w swoich strukturach m.in. Oddział Chirurgii Dziecięcej, zajmujący się także chirurgią noworodka.

Dysponujemy wyposażeniem odpowiadającym wymogom nowoczesnego oddziału intensywnej terapii. Istnieje możliwość pracy zarówno w oddziale, jak i na bloku operacyjnym.

Od kandydatów oczekujemy:

- specjalizacja z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii lub w trakcie specjalizacji,
- aktualne prawo wykonywania zawodu,
- zaangażowanie i odpowiedzialność w codziennej pracy zawodowej,
- wysokie wartości etyczne-moralne i społeczne.

Oferujemy:

- możliwość stałego rozwoju kompetencji zawodowych,
- komfortowe warunki pracy w prężnie rozwijającej się placówce,
- stabilne zatrudnienie,
- pakiet socjalny,

- możliwość uczestniczenia w szkoleniach zewnętrznych i wewnętrznych,
- zatrudnienie w oparciu o umowę o pracę lub umowę cywilnoprawną,
- możliwość zamieszkania w hotelu pracowniczym.

Pytania i oferty (CV, list motywacyjny, zgoda na przetwarzanie danych osobowych) proszę kierować na adres: **UNIwersytecki Szpital Kliniczny w Opolu, Al. Witosa 26, 45-401 Opole**, tel. (77) 4520 732, (77) 4520 734, (77) 4520 128, (77) 4520 134 lub na adres e-mail: rekrutacja@wcm.opole.pl

* * *

Zapraszam okulistów do współpracy z salonem optycznym „Diamantowy Optyk” w Kluczborku. Gabinet w pełni wyposażony (np. tomograf okulistyczny Revo). Możliwość prowadzenia praktyki w dwóch pozostałych salonach znajdujących się w Kluczborku. Jesteśmy otwarci na współpracę od codziennej po np. raz w miesiącu. Tel. 604-623-543.

OPOLSKA IZBA LEKARSKA

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

czynne: poniedziałek, wtorek, czwartek 7:30 – 15:30; środa 7:30 – 16:00; piątek 7:30 – 15:00

Rejestr Lekarzy: opole.rejestr@hipokrates.org

Praktyki Prywatne: opole.praktyki@hipokrates.org

Składki: opole.skladki@hipokrates.org

Administracja Biura Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności

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

Administracja Biura Okręgowego Sądu Lekarskiego: tel.

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

SZANOWNI PAŃSTWO,

Rzadko zwracamy się z prośbą o pomoc i wsparcie, ale też obecna sytuacja jest wyjątkowa. Córką jednego z naszych kolegów – Janka Magiery, chirurga ze Szpitalnego Oddziału Ratunkowego SU, walczy ze złośliwym, nieoperacyjnym guzem pnia mózgu.

Hania ma zaledwie 7 lat. Historia jej choroby oraz typ nowotworu powodują, że współczesna medycyna nie zna żadnego standardowego leczenia, które byłoby skuteczne. Szansą dla dziewczynki jest kosztowna terapia eksperymentalna polegająca na wszczepieniu monoklonalnego przeciwciała 124I-8H9. Hania mogłaby rozpocząć leczenie już we wrześniu w jednej z nowojorskich klinik, ale pierwszy etap terapii kosztuje 150 TYSIĘCY DOLARÓW.

Zwracamy się zatem do Państwa z ogromną prośbą. Rodzice Hani nie są w stanie sami zbierać takich pieniędzy w tak krótkim czasie. Okażmy solidarność z naszym kolegą i pomóżmy mu zebrać tę kwotę. Liczy się naprawdę każda złotówka. Bez naszego wsparcia Hania może stracić swoją szansę na terapię, która jest jej największym sprzymierzeńcem w walce z chorobą.

Pieniądze można wpłacać na specjalne konto bankowe:

Stowarzyszenie SURSUM CORDA, 26 8805 0009 0018 7596 2000 0080 z dopiskiem/tytułem „Hania Magiera”

W przypadku wpłat z zagranicy należy podać dodatkowo kod swift:

POLUPLPR, natomiast przed numerem powyższego rachunku wpisać: PL

Z wyrazami szacunku,

Koleżanki i Koledzy ze Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie

Tigerfeeling i Catpower Das ultimative Körperbuch.*



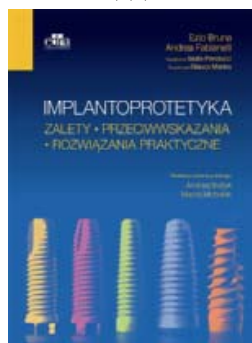
Farmakologia i farmakoterapia dla ratowników medycznych

K.A. Mitręga, T.F. Krzeziński; rok wydania: 2017; ISBN: 978-83-65835-09-3, format: 130 x 190, opr. broszurowa, 200 stron, cena: 53.10 zł (118 EUP pkt)

Najistotniejszą przyczyną powstania książki *Farmakologia i farmakoterapia dla ratowników medycznych* było przede wszystkim to, iż obecnie nie ma w Polsce pozycji przedstawiającej wszystkie leki, które może podać ratownik medyczny (zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dn. 20 kwietnia 2016 r.), a jednocześnie dostarczającej informacji na temat wytycznych postępowania w stanach nagłych, z którymi może się on spotkać w swojej praktyce.

Zdaniem zespołu autorów, aby ratownik medyczny mógł podjąć działania ratujące życie i zastosować racjonalną farmakoterapię w stanach nagłych, powinien przede wszystkim niezwłocznie postawić rozpoznanie kliniczne, a także posiadać najistotniejsze wiadomości dotyczące mechanizmu działania leków, ich działań niepożądanych oraz interakcji. Połączenie wiedzy z praktyką kliniczną powinno umożliwić wybór optymalnego postępowania w każdym indywidualnym przypadku.

Prof. dr hab. n. med. Tadeusz F. KRZEMIŃSKI

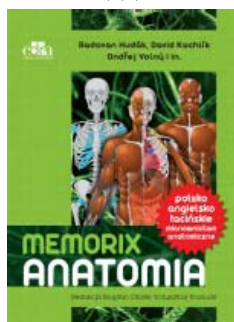


Implantoprotetyka. Zalezy. Przeciwwskazania. Rozwiązania praktyczne

E. Bruna, A. Fabianelli; red. A. Bożyk, M. Michalak; rok wydania: 2017; ISBN: 978-83-65625-99-1, format: 210 x 289, opr. twarda, 174 strony, cena: 142.20 zł (316 EUP pkt);

Uzyskanie funkcjonalnej pod względem klinicznym i mechanicznym odbudowy protetycznej jest celem, którego osiągnięcie nie jest możliwe bez wiedzy o możliwych powikłaniach mogących pojawić się już po zastosowaniu uzupełnień protetycznych.

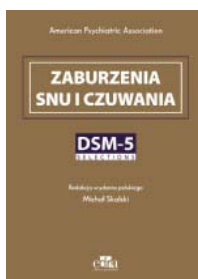
Tak więc, autorzy, eksperci z kilkunastoletnim doświadczeniem w praktyce implantologicznej, postanowili nie zatrzymywać się na zagadnieniach chirurgicznych, szczegółowo omawianych w innych publikacjach, lecz skupić się na mogących się pojawić problemach i ich praktycznych rozwiązaniach; Publikacja jest dedykowana zarówno już praktykującym doświadczonym implantologom, specjalistom protezom, jak i osobom początkującym zainteresowanym wdrożeniem do swojej oferty terapeutycznej również tego rodzaju leczenia.



Memorix Anatomia. Polsko-angielsko-lacińskie mianownictwo anatomiczne

R. Hudák, D. Kachlik, O. Volný; red. B. Cizek, K. Krasucki; rok wydania: 2017; ISBN: 978-83-65373-64-9, format: 170 x 235, opr. twarda, 650 stron, cena: 143.10 zł (318 EUP pkt)

Memorix Anatomia to wyczerpujące i niezwykle rzetelne źródło wiedzy z dziedziny anatomii. Podręcznik ten może okazać się szczególnie pomocny studentom w samodzielnym przygotowaniu do kursów laboratoryjnych i wykładów oraz w szybkich powtórkach do egzaminów na uczelniach medycznych, a także klinicyzom jako słownik terminów anatomicznych. Topograficzne ujęcie zagadnień sprawia, że książka jest niesłychanie praktyczna. Omówiono tu wszystkie układy i struktury, których znajomość jest wymagana w trakcie kursów anatomii. Szczególną wartością podręcznika są ryciny, które doskonale współlistnieją z tekstem. Niewielki format książki sprawia, że jest ona przydatna zarówno na uczelni, jak i w warunkach klinicznych. Z pewnością docenią ją wszyscy, którzy zawodowo są związani z medycyną.



Zaburzenia snu i czuwania. DSM-5. Selections; wyd. I, red. M. Skalski; rok wydania: 2017; ISBN: 978-83-65625-13-7, format: 180 x 255, 180 stron, opr. broszurowa, cena: 75.60 zł (168 EUP pkt);

Zaburzenia rytmu snu i czuwania to kolejna pozycja z serii DSM-5 Selections, publikacji książkowych, z których każda jest poświęcona zaburzeniom opisanym całościowo w DSM-5[®] Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.

W niniejszej pozycji omówiono proces rozpoznawania zaburzeń rytmu snu i czuwania. Książka jest bezcennym uzupełnieniem innych publikacji z serii DSM-5 Selections, a także stanowi istotny wkład w rozwój wiedzy z zakresu zdrowia psychicznego.

Treść niniejszej publikacji opiera się na starannie wybranym materiale dotyczącym zaburzeń rytmu snu i czuwania, który zaczerpnięto z:

- podręcznika DSM-5[®] Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, wyd. V (DSM-5[®] Diagnostyka i Statystyka Zaburzeń Psychiczych)
- DSM-5[®] Guidebook (Przewodnik po DSM-5[®])
- DSM-5[®] Clinical Cases (Przypadki kliniczne według DSM-5[®])
- DSM-5[®] Self-Exam Questions (Pytania do samodzielnego sprawdzania wiadomości według DSM-5[®] - przewodnik z pytaniami i odpowiedziami)



Pourazowe uszkodzenie mózgu; P.E. Vos, R. Diaz-Arrastia; red. M. Zabek; rok wydania: 2017; ISBN: 978-83-65835-01-7, format: 168 x 238, 212 stron, cena: 80.09 zł (178 EUP pkt)

Podręcznik zawiera praktyczne zalecenia dotyczące diagnostyki neurologicznej i terapii pacjentów z pourazowym uszkodzeniem mózgu. Celem Autorów było dokładne omówienie etapów, przez które przechodzą pacjenci od chwili wypadku – przez opiekę przedszpitalną, szpitalną oddział ratunkowy i reha-

litację – do powrotu do funkcjonowania w życiu społecznym.

W niniejszej publikacji możemy znaleźć informacje, jak lekarz neurolog może wesprzeć chorego w odzyskiwaniu zdrowia oraz porady i algorytmy dotyczące pomocy udzielanej pacjentom z pourazowym uszkodzeniem mózgu.

Książka, napisana przez międzynarodowy zespół ekspertów, stanowi wartościowe źródło wiedzy dla neurologów, neurochirurgów, anesteziologów, psychologów, psychiatrów oraz stażystów w tych dziedzinach.



Zarys parazytologii medycznej; T. Ferenc, P. Kurnatowski, J. Błaszczowska; rok wydania: 2017; ISBN: 978-83-65625-92-2, format: 210 x 270, opr. miękka, 142 strony, cena: 71.11 zł (158 EUP pkt)

Fotografie zostały wykonane w oparciu o oryginalne preparaty parazytologiczne pochodzące z Katedry Biologii i Parazytologii Lekarskiej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, Zakładu Biologii i Genetyki Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, a także z Katedry i Zakładu Biologii i Parazytologii Lekarskiej Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu, Zakładu Biologii Tropikalnej Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego, Morskiego Instytutu Rybackiego, Państwowego Instytutu Badawczego w Gdyni, Uniwersyteckiego Centrum Medycyny Morskiej i Tropikalnej w Gdyni i Zakładu Immunoparazytologii UŁ w Łodzi.

Zarys parazytologii medycznej jest rezultatem wspólnego wysiłku nauczycieli akademickich, zajmujących się na co dzień problematyką biologii i parazytologii lekarskiej.

Publikacja ma na celu przedstawienie w sposób zwięzły i przystępny dla Czytelnika najważniejszych informacji dotyczących najczęstszych pasożytów człowieka oraz wywołanych przez nie chorób inwazyjnych.

W metodach diagnostycznych wykorzystano rekomendacje Krajowej Izby Diagnostów Laboratoryjnych, a w tekście aktualną nomenklaturę zawartą w *Leksykonie parazytologicznym*.

Podręcznik adresowany jest przede wszystkim do stu-

dentów kierunków medycznych i biologicznych, a także do praktykujących lekarzy różnych specjalności oraz osób wykonujących zawody medyczne - diagnostów laboratoryjnych, pielęgniarek, ratowników medycznych.



Immunologia; red. K. Bryniarski; rok wydania: 2017; ISBN: 978-83-65625-62-5, format: 210 x 280, opr. broszurowa, str. 331, cena: 107.10 zł (238 EUP pkt)

Pomysł powstania podręcznika zrodził się w odpowiedzi na oczekiwania studentów nauk medycznych i farmaceutycznych, a zwłaszcza kierunków lekarskiego, dentystycznego, dietetyki, analityki medycznej i farmacji. Dedykowany jest również studentom innych kierunków oraz wszystkim przyszłym Czytelnikom zainteresowanym problematyką immunologii medycznej. Ponadto naszą intencją było przygotowanie zbioru aktualnej wiedzy immunologicznej przydatnej lekarzom i diagnostom, borykającym się w swej codziennej praktyce z problemami chorób o podłożu immunologicznym i zapalnym oraz podejmującym trud przygotowania się do egzaminów specjalizacyjnych.

Podręcznik przedstawia problemy immunologii podstawowej i klinicznej, ich wzajemne powiązania, a także omawia immunologiczne aspekty transplantologii, reumatologii, kardiologii, endokrynologii, gastroenterologii, immunoonkologii oraz diagnostyki laboratoryjnej. W kompendium dodatkowo opracowano ważne zagadnienia immunologiczne z zakresu rozrodczości człowieka, farmakoterapii i medycyny bólu.

Założeniem Autorów podręcznika było nowoczesne i jednocześnie zwięzłe przedstawienie mechanizmów immunologicznych ze znaczącym wykorzystaniem dobrej jakości, barwnych rysunków i schematów, które z pewnością ułatwią zrozumienie opisywanych zjawisk, podobnie jak tabelaryczne ujęcie szczególnie istotnych informacji oraz wypunktowanie kluczowych elementów rozważań. Natomiast sprawdzenie przyswojonej wiedzy umożliwią dołączone pytania, na które Czytelnik znajdzie odpowiedzi w poszczególnych; rozdziałach.

Krzysztof Bryniarski i Współautorzy

Przychodzi wena do lekarza

Ogólnopolski Konkurs Literacki im. Profesora Andrzeja Szczeklika Edycja VII

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

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

Prace konkursowe będą przyjmowane w 3 kategoriach:

- Poezja
- Proza
- Felieton (kategoria dla biuletynów Okręgowych Izb Lekarskich)

Termin nadsyłania prac konkursowych w kategoriach Poezja i Proza
do 28 lutego 2018 roku wyłącznie pocztą elektroniczną na adres:
wena@mp.pl. Kategoria Felieton ma odrębny regulamin.

Prosimy o zapoznanie się z regulaminem konkursu
dostępnym na stronie internetowej:

www.mp.pl/wena

Informacji udziela:

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



PARTNERZY



PATRON MEDIALNY



ORGANIZATORZY



medycyna praktyczna

