



■ **NOWE OBLCICZE KONTROLI NFZ**
Czy czeka nas systemowa rewolucja?, s.18

■ **OCEAN GORYCZY I TYLKO
KROPLA SŁODYCZY**
(Nie)porozumienie z MZ, s. 16

Spotkajmy się



na manifestacji!

CUKIER NIE KRZEPI
Nie łudź się, przebudź się!

■ **“Słodki” smak chorób**

cz. II, s. 6-15



Wspieramy

placówki medyczne i praktyki lekarskie
z **Wrocławia** i **Dolnego Śląska**

**Aktualnie dla współpracujących z nami
placówek medycznych we Wrocławiu,
poszukujemy:**

- lekarzy specjalistów (różne specjalizacje)
do pracy w centrach medycznych
- lekarzy specjalistów wykonujących
badania endoskopowe (gastroskopia, kolonoskopia)
- lekarzy zainteresowanych
wynajmem sal operacyjnych (różne formy współpracy)
- lekarzy zainteresowanych pracą
w poradniach nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej
- partnerów medycznych
do uruchomienia działalności POZ

Wspieramy w zakresie:

- obsługa administracyjna
- skuteczne akcje marketingowe
i promocyjne (m.in. Google Adwords)
- nawiązywanie współpracy z lekarzami
i partnerami medycznymi
- kompleksowe realizacje (od projektu do druku)
materiałów informacyjnych i reklamowych
(ulotki, plakaty, wizytówki, itp.)

Zadzwoń i zapytaj w czym możemy pomóc!

 **604 143 789**  **biuro@dilmed.pl**

Co nowego w medycynie

4

„SŁODKI” SMAK CHORÓB**6** Znaczenie węglowodanów w rozwoju i leczeniu chorób przewodu pokarmowego Elżbieta Poniewierka**10** Słodziki – fakty i mity

Zygmunt Zdrojewicz

14 Jak pomóc cukrojadowi?

Anna Januszewicz

Z POLITYKĄ W TLE**16** (Nie)porozumienie z ministrem zdrowia

– co dalej po roku od porozumienia? Jakub Bajer

18 Nowe oblicze kontroli NFZ. Czy czeka nas

systemowa rewolucja? Piotr Lipiński

ORDYNACJA LEKARSKA**20** Ordynacja lekarska pod kontrolą... lekarza

Agnieszka Sieńko

KĄCIK MŁODEGO LEKARZA**23** Ze zdrowiem lekarzowi do twarzy

Alicja Jazienicka

BLIŻEJ STOMATOLOGII**25** Podstępna choroba jam i przestrzeni (głowy i szyi)

Rozmawia Aleksandra Solarewicz

27 Naukowa podróż do... Kołobrzegu

Violetta Duży, Urszula Kanaffa-Kilijańska

Wydarzyło się

Prawo i medycyna

Zjazdy absolwentów AM we Wrocławiu

Uchwały Prezydium DRL i obwieszczenia przewodniczącego Okręgowej Komisji Wyborczej DIL

Kursy

Konferencje i szkolenia

Pro memoria

Komunikaty

Kącik poetycki

Kulturalnik lekarski

Felietony

Rozrywka

Ogłoszenia

33

38

43

44

45

46

50

51

54

55

56

57

58

Wydawca: Dolnośląska Izba Lekarska, 50-077 Wrocław, ul. Kazimierza Wielkiego 45, tel. 71 798 80 50, fax 71 798 80 51, redakcja: 71 798 80 80, e-mail: redakcja@dilnet.wroc.pl PKO BP SA: 62 1020 5242 0000 2402 0349 0570

Magdalena Janiszewska – redaktor naczelna
e-mail: naczeln@dilnet.wroc.pl, kom. 535 814 903

Katarzyna Naskrent – sekretarz redakcji

Wiktor Wołodkiewicz – skład i łamanie, projekt okładki – Tomasz Janiszewski

Kolegium redakcyjne:

Andrzej Wojnar – przewodniczący,

Małgorzata Niemiec – zastępca przewodniczącego,

Barbara Bruzewicz-Mikłaszewska, Katarzyna Jungiewicz-Janusz,

Bożena Kaniak, Andrzej Kierzek, Marta Kornacka, Marcin Lewicki,

Dorota Radziszewska, Iwona Świętkowska, Krzysztof Wronecki

Redakcja nie odpowiada za treść ogłoszeń, reklam. Nie zwraca materiałów niezamówionych, zastrzega sobie prawo do skracania i adiustacji tekstów, opracowania redakcyjnego oraz zmian w tytułach.

Źródło grafiki na okładce: unsplash.com/photos/mae-mu-1479081/Mae Mu – obraz modyfikowany

Numer zamknięto 25 kwietnia 2019 r.

Druk: GREG PRINT spółka z ograniczoną odpowiedzialnością sp. k., ul. Poezji 19, 44-113 Gliwice, tel. 32 234 08 36, fax 32 234 12 70



Fot. z archiwum PW.

Komentarz aktualny

Niezależnie od przedwyborczej gorączki, której efektem ubocznym są kolejne protesty i manifestacje różnych grup zawodowych, zaostrza się kryzys w ochronie zdrowia. Dyrektorzy dolnośląskich szpitali podejmują rozpaczliwe decyzje o czasowych zamknięciach oddziałów i o likwidacji łóżek z powodu braku możliwości obsadzenia specjalistycznych etatów lekarskich. Kolejki w publicznej, ambulatoryjnej opiece zdrowotnej rosną, a tymczasem, jak podała Polska Izba Ubezpieczeń, na koniec 2018 r. już 2,6 mln. Polaków korzystało z prywatnego ubezpieczenia zdrowotnego wydając na nie 821,1 mln zł. Ministerstwo Zdrowia przedstawiło zaś własny sposób liczenia wzrostu nakładów na zdrowie, z którego wynika, że wynegocjowanych w wyniku ubiegłorocznego protestu przez rezydentów 6% PKB nie osiągniemy z pewnością w ciągu najbliższych kilku lat... Kością niezgody między MZ a lekarzami stała się metodologia liczenia wskaźnika PKB, oparta na założeniu, że bierze się pod uwagę wydatki w roku bieżącym i wielkość PKB sprzed dwóch lat, co jest jawnym wypaczeniem podpisanego porozumienia. Przedstawiciele Naczelnej Rady Lekarskiej i Zarządu Krajowego Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy omówili zasady wspólnego działania na rzecz wzrostu finansowania ochrony zdrowia, z wykorzystaniem różnych form protestu, do strajku włącznie. Już 1 czerwca spotkamy się na manifestacji w Warszawie. **Dolnośląska Izba Lekarska wraz z regionalnym oddziałem OZZL organizują i finansują transport dla wszystkich chętnych (s. 17).**

Coraz wyraźniej widać, zarówno na szczeblu krajowym, jak i regionalnym, że rządzący słabo radzą sobie z rozwiązywaniem bieżących problemów Polaków, a partie polityczne i politycy koncentrują się głównie na zdobywaniu władzy, oraz walce o jej utrzymanie, zaś na merytoryczną pracę brakuje sił, środków i ludzi, którzy coraz bardziej zniechęcają się do czynnego uczestniczenia w politycznych przepychankach. W skali kraju można coraz częściej zaobserwować próby podejmowania oddolnych inicjatyw obywatelskich, polegających na organizowaniu się wokół konkretnych, apolitycznych problemów, czego przykładem jest choćby nowo powstała Partia Kierowców. Podobnymi motywami kierują się samorządy zawodów zaufania publicznego, które w kilku województwach stworzyły już wspólne porozumienia o współpracy, a na początku kwietnia w Warszawie odbyło się pierwsze ogólnopolskie spotkanie tych organizacji. 25 kwietnia w siedzibie naszej Izby dolnośląskie samorządy: pielęgniarskie, farmaceutyczny, weterynaryjny i nasz – lekarski – podpisały deklarację założycielską Dolnośląskiego Forum Samorządów Zawodów Zaufania Publicznego. Najważniejsze cele funkcjonowania Forum to inicjowanie i uczestniczenie w działaniach mających na celu szerzenie i umacnianie idei samorządności zawodowej, wyrażanie opinii wobec działań organów władz administracji państwowej oraz samorządowej dotyczących działania samorządów zawodowych, przedkładanie rozwiązań systemowych dotyczących zawodów zrzeszonych w Forum, występowanie w obronie interesów grupowych członków Forum, integracja środowisk zawodowych i wymiana doświadczeń dotyczących działalności zawodowej i samorządowej. Forum ma charakter otwarty – jeśli tylko będzie wola współpracy ze strony innych samorządów – zapraszamy! Najwyższy już chyba czas, aby podjąć próbę stworzenia zaplecza merytorycznego dla polityków, niezależnie od tego, kto dzierży akurat ster władzy. Byle tylko zechcieli słuchać...

„Sor(ry), tu ratuje się życie” to kampania informacyjna zapoczątkowana przez Śląską Izbę Lekarską w odpowiedzi na medialną falę hejtu, skierowaną przeciwko oddziałom ratunkowym w związku z tragicznymi wydarzeniami, jakie miały miejsce na SOR-ach w tym województwie. Akcja ma na celu zwiększanie świadomości pacjentów, którzy nadal wybierają szpitalne oddziały ratunkowe w momencie, gdy nie znajdują się w stanie nagłego zagrożenia życia, co dramatycznie utrudnia sprawne działanie SOR-ów. Chcemy włączyć w tę akcję także Dolny Śląsk. **Plakaty informacyjne są do pobrania na naszej stronie internetowej i fanpage’u na FB (link). Na s. 30-31 majowego wydania znajduje się jeden z nich.** Zachęcam do umieszczania plakatów szczególnie w placówkach, które mają w swojej strukturze szpitalne oddziały ratunkowe.

I na koniec – przypomnienie: **powtórka nieudanego zjazdu sprawozdawczo-budżetowego już 18 maja o godz. 10.00 w sali przy al. Matejki 6.** Nikt z delegatów nie złożył rezygnacji z mandatu, więc wnoszę, że tym razem stawimy się na zjeździe w liczbie umożliwiającej formalne przeprowadzenie obrad.



Co nowego w... medycynie



Źródło grafiki: www.pixabay.com/photos/diabetes-3426247/stanias

► ROZPOZNANIE CUKRZYCY ZA POMOCĄ SMARTFONU CORAZ BLIŻEJ

W trakcie corocznej sesji naukowej American College of Cardiology w Nowym Orleanie zaprezentowano aplikację umożliwiającą wykrycie cukrzycy z wykorzystaniem kamery i latarki smartfonu. Jej twórcami są naukowcy z University of California w San Francisco, którzy za pomocą metody fotopletyzmozografii (PPG) i kamery smartfonu chcieli sprawdzić możliwość wykrycia zmian w naczyniach krwionośnych zaburzających przepływ krwi. Do takich zmian może dochodzić już we wczesnych stadiach tej choroby.

W badaniu wykorzystano udoskonaloną wersję jednej z najczęściej pobieranych aplikacji do pomiaru tętna – Azumio Instant Heart Rate. Dzięki wykorzystaniu uczenia maszynowego (ang. deep learning) i kamery smartfonu naukowcy obserwowali zmiany parametrów światła latarki odbitego od opuszki palca. Ponieważ każde uderzenie serca tłoczy krew do drobnych naczyń krwionośnych, ulegają one rozszerzeniu, zwiększając ilość odbitego światła. Zebrane w ten sposób dane mogą łatwo zostać przekształcone w formę graficzną i przetworzone za pomocą telefonu. Za sprawą opracowanego przez badaczy algorytmu uczenia rozpoznającego zmiany cukrzycowe w naczyniach na podstawie sygnału PPG udało się zidentyfikować osoby chorujące na cukrzycę w ponad 72% przypadków.

Co więcej, taki smartfonowy test wykazywał silną, ujemną wartość predykcyjną wynoszącą 97% (czyli na każde 100 osób, u których aplikacja nie rozpoznała cukrzycy, 97 w rzeczywistości jej nie miało). Po uwzględnieniu czynników ryzyka, takich jak wiek, płeć, wskaźnik masy ciała i pochodzenie etniczne, zdolność do prawidłowej klasyfikacji diagnostycznej osoby badanej wzrosła do 81%. Pozytywny wynik testu będzie wymagał konsultacji z lekarzem w celu potwierdzenia diagnozy i ustalenia odpowiedniego leczenia. ■

► NOWATORSKIE PLOMBY O DWUKROTNIE WIĘKSZEJ WYTRZYMAŁOŚCI

Jak donosi „Scientific Reports and Dental Materials” naukowcy z Oregon Health & Science University opracowali innowacyjny materiał wypełnienia dentystycznego, który

jest dwa razy odporniejszy na wyszczerbienia i pęknięcie od standardowych plomb. Nowa technologia wypełnienia wykorzystuje dodatek tiouretanu – materiału powszechnie stosowanego do produkcji powłok ochronnych np. w samochodach i na pokładach łodzi.

Oligomery tiouretanu dodane do kompozytów, z których robi się plomby, już na podstawie wyników wcześniejszych badań wykazały swoje właściwości zwiększające odporność wypełnień na pęknięcie i kruszenie się. Takie połączenie wiązało się jednak ze wzrostem układu lepkości utrudniającym zastosowanie materiałów tego typu w praktyce klinicznej. Dopiero badaczom z zespołu dr Carmem Pfeifer, jako pierwszym na świecie, udało się połączyć standardowe kompozyty z tiouretanem w taki sposób, że wykazują one do 35% mniejsze naprężenia i jednocześnie podwajają wartość swoich właściwości mechanicznych bez zmiany lepkości materiału. – Mocniejsze i trwałe materiały dentystyczne oznaczają, że pacjenci nie będą musieli tak często naprawiać lub wymieniać starych wypełnień. To nie tylko oszczędza pieniądze, stres i czas, lecz także zapobiega poważniejszym problemom i bardziej intensywnemu leczeniu – przekonuje dr Pfeifer.

Wynikiem prac zespołu autorki badania jest również nowe spoiwo o 30% mocniejsze po sześciu miesiącach użytkowania od innych materiałów. Wykorzystano w nim szczególny rodzaj polimeru zwany (met)akrylamidem, który jest znacznie bardziej odporny na uszkodzenia w wyniku działania wody, bakterii i enzymów w jamie ustnej, niż standardowe kleje stosowane obecnie w stomatologii. – Dzisiejsze wypełnienia dentystyczne są obliczone na około 7-10 lat, potem wypadają, ulegają uszkodzeniu lub w inny sposób tracą swoje właściwości. Czasami pękają pod wpływem żucia, a czasami tworzą się przerwy między plombą a zębem, co umożliwia bakteriom wnikanie do wnętrza zęba i powoduje dalsze uszkodzenie tkanki. Tymczasem za każdym razem, kiedy wymieniamy plombę, ząb pod nią staje się słabszy i słabszy. W końcu to, co zaczęło się jako mała dziurka, może doprowadzić do uszkodzenia kanału korzeniowego, utraty zęba, a nawet infekcji zagrażającej życiu – wyjaśnia dr Pfeifer. ■



Źródło grafiki: www.pixabay.com/photos/chair-2584260_960

► ANTYKONCEPCJA SKUTECZNA NIE U WSZYSTKICH KOBIET

Zdaniem autorów badania opublikowanego na łamach „Obstetrics & Gynecology” u niektórych kobiet występuje specyficzny gen, który rozkłada hormony zawarte w środkach antykoncepcyjnych.



Źródło grafiki: www.pixabay.com/photos/pills-1354782_960

Dlatego nawet w trakcie ich stosowania mogą one zejść w ciążę.

Naukowcy z Kampusu Medycznego Anschutzów przy Uniwersytecie Kolorado przebadali 350 młodych kobiet, które stosowały implanty antykoncepcyjne. U około 5% z nich zidentyfikowano gen CYP3A7*1C kodujący enzym, który rozkłada hormony wykorzystywane w środkach zapobiegających ciąży. Powyższy gen wykazuje aktywność u kobiet w życiu płodowym, tuż przed urodzeniem wyłącza się. Okazuje się jednak, że u niektórych kobiet pozostaje nadal aktywny aż do wieku dorosłego. I przez cały ten czas wpływa na wydzielanie enzymu ograniczającego działanie środków antykoncepcyjnych. – Enzym ten rozkłada hormony wykorzystywane w celu kontroli urodzeń i zwiększa u kobiet ryzyko zajścia w ciążę podczas stosowania środków antykoncepcyjnych, zwłaszcza w niskich dawkach – podsumowuje dr Aaron Lazowitz, koordynator projektu. ■



Źródło grafiki: www.pixabay.com/photos/tee-1685847_960

► DIETA NA CHOROBY ALZHEIMERA?

Wynik eksperymentu przeprowadzonego na myszach spowodował cofnięcie u nich objawów choroby Alzheimera – donosi „Journal of Biological Chemistry”.

W swoim doświadczeniu badacze z University of Southern California wykorzystali dwie substancje, tj. jeden ze składników zielonej herbaty – galusan epigallokatechiny – oraz kwas felurowy, który znaleźć można m.in. w marchwi, pomidorach czy ryżu. Ich ilość była dobrana i podawana zwierzętom w proporcjach, które człowiek mógłby sobie zapewnić w ramach odpowiednio zbilansowanej diety. Myszy poddawano różnym neurofizjologicznym testom (np. zdolność pokonania prostego labiryntu sprawdzająca pamięć przestrzenną). – Po trzech miesiącach skojarzona terapia całkowicie przywróciła pamięć przestrzenną i myszy z chorobą Alzheimera wypadały równie dobrze jak zdrowe – tłumaczy jeden z autorów badania, prof. Terrence Town. ■

Naukowcy sądzą, że dwie substancje będące przedmiotem badania nie tylko zapobiegają powstawaniu złogów białka – beta-amyloidu – obecnych w mózgu osób chorych na chorobę Alzheimera, ale również dodatkowo wydają się osłabiać stany zapalne i stres oksydacyjny w mózgu leżące u podstaw rozwoju tego schorzenia u ludzi. Choć wiele wyników uzyskanych w badaniu na gryzoniach nie można w linii prostej przełożyć na ludzi, jego rezultaty dają przynajmniej częściową nadzieję na możliwość zapobiegania demencji za pomocą składników roślinnych oraz skuteczniejszą terapię skojarzoną choroby. – Nie trzeba byłoby czekać 10 czy 12 lat na wprowadzenie nowego leku na rynek; zmienić dietę można natychmiast – dodaje prof. Town. ■



Źródło grafiki: www.pixabay.com/photos/eyeglasses-679696_960

► OCZY ZWIERCIADŁEM DUSZY I... POCZĄTKÓW CHOROBY ALZHEIMERA

Odpowiednia dieta może być pomocna w kontroli objawów choroby Alzheimera, a rutynowe badanie okulistyczne może pomóc rozpoznać jej wczesne stadium, zanim jeszcze pojawią się objawy utraty pamięci.

Sieć naczyń krwionośnych w siatkówce zdrowego oka tworzy gęstą „pajęczynę”, która w przypadku osób cierpiących na chorobę Alzheimera staje się znacznie bardziej przerzedzona, w niektórych miejscach niemal niewidoczna. Tak wynika z badania przeprowadzonego przez naukowców z Duke University Medical Center, które zostało opublikowane na łamach czasopisma „Ophthalmology Retina”. Badacze przebadali dwieście osób, spośród których 39 cierpiało na chorobę Alzheimera, 37 miało lekkie zaburzenia zdolności poznawczych, a 133 były zdrowe. Do badań naczyń siatkówki okazało się zastosowanie nowoczesnej, nieinwazyjnej metody tzw. angiografii optycznej koherentnej tomografii (OCTA).

Co ważne, zaobserwowana w badaniu prawidłowość jest statystycznie istotna także po uwzględnieniu innych zmiennych, m.in. płci, wieku czy poziomu edukacji. Stwierdzono również, że obraz unaczynienia siatkówki oka różni się u osób z chorobą Alzheimera i tych z lżejszymi zaburzeniami zdolności poznawczych. To ważne ustalenia biorąc pod uwagę aktualną sytuację w diagnostyce i leczeniu tej choroby – mimo wielu badań naukowych oraz zwiększającej się globalnie liczby rozpoznań tego schorzenia, nadal brakuje zarówno skutecznej metody terapii, jak i wczesnej diagnostyki choroby Alzheimera. ■

oprac. Mariusz Kielar



Znaczenie węglowodanów w rozwoju chorób przewodu

Zródło grafiki: unsplash.com/photos/ali-inay-9658

Węglowodany (cukry) dzielą się na proste i złożone. Ten tradycyjny podział opiera się na mechanizmie trawienia i wchłaniania ww. substancji. Cukry proste – glukoza, fruktoza, galaktoza – nie wymagają trawienia, a ich wchłanianie odbywa się w jelicie cienkim na zasadzie transportu aktywnego. Węglowodany złożone ulegają procesowi trawienia, który rozpoczyna się już w jamie ustnej, dzięki działaniu amylazy zawartej w ślinie. Istnieje też grupa pośrednia węglowodanów, tzw. oligosacharydy, do których zaliczają się dwucukry takie jak: laktoza, sacharoza i maltoza. Ich rozkład w organizmie człowieka jest mniej skomplikowany niż klasycznych cukrów złożonych.

Indeks glikemiczny

Konieczność trawienia i szybkość wchłaniania cukrów determinuje szybkość pojawienia się glukozy we krwi. Ma to znaczenie z dwóch powodów. Pierwszy związany jest z utrzymaniem stałego poziomu glikemii przez odpowiednio długi czas. Drugi odpowiada za czas przebywania węglowodanów w przewodzie pokarmowym, czyli za tzw. poczucie sytości. Wiadomo więc, że cukry proste opuszczą w krótkim czasie przewód pokarmowy, powodując szybki, ale krótkotrwały wzrost glikemii. Węglowodany złożone – powoli trawione i wchłaniane – spowodują natomiast powolny, długotrwały, ale niewysoki wzrost glikemii. Z powodu długiego procesu trawienia będą dawały dłużej poczucie sytości. W oparciu o te właściwości powstało pojęcie indeksu glikemicznego (IG). Znajomość wartości IG poszczególnych węglowodanów znalazła zastosowanie w żywieniowym leczeniu cukrzycy, racjonalnym odchudzaniu, ale powinna mieć też zastosowanie w żywieniu każdego człowieka.

Ile jeść węglowodanów?

Ważniejszym – z punktu widzenia klinicznego i żywieniowego – jest podział węglowodanów na przyswajalne i nieprzyswajalne. Cukry przyswajalne to przede wszystkim glukoza i fruktoza, ale także dwucukry: laktoza, sacharoza i najczęściej występujący cukier złożony, czyli skrobia. Natomiast wśród cukrów nieprzyswajalnych najważniejsze są błonnik (celuloza, hemiceluloza, pektyna, gumy, śluzy) i tzw. skrobia oporna.

oju i leczeniu

pokarmowego



Tekst Elżbieta Poniewierka

W uproszczonej, nienaukowej klasyfikacji dzieli się cukier na „dobry” i „zły”. Jest to podział sztuczny, bo z punktu widzenia budowy chemicznej każdy cukier przekształcany jest w glukozę. Istotę tego podziału stanowi więc przebieg lub brak procesu trawienia, czas przebywania i „losy” węglowodanów w przewodzie pokarmowym, ilość i jakość cukrów dostarczanych z pożywieniem oraz ich negatywny lub pozytywny wpływ na organizm człowieka.

Węglowodany są podstawowym składnikiem pożywienia i powinny dostarczyć ok 50% (40-70%) zapotrzebowania kalorycznego. Zaledwie 10% tej puli powinny stanowić węglowodany szybko trawione i wchłaniane (sacharoza, laktoza). Glukoza, czyli końcowy produkt tych przemian, to podstawowe źródło energii wielu tkanek – przede wszystkim mózgu i erytrocytów. I właśnie wykorzystanie glukozy jako jedyne źródła energii przez mózg determinuje minimalną ilość węglowodanów, która musi być dostarczona z pożywieniem. Jest to około 120-140 g na dobę. W stanach krytycznych, glukoza jako podstawowe źródło węglowodanów dostarczane szybko, drogą pozajelitową ma przede wszystkim zaspokoić zapotrzebowanie centralnego układu nerwowego. Brak węglowodanów powoduje pozyskiwanie glukozy z aminokwasów i glicerolu. Stosowanie powyższych zasad i norm pozwoli na właściwe spożycie i wykorzystanie węglowodanów przez organizm.

Do czego prowadzi nadmiar glukozy?

Glukoza magazynowana jest w wątrobie w postaci glikogenu, a jej nadmiar, szczególnie podany pozajelitowo, może bar-

dzo szybko doprowadzić do stłuszczenia wątroby i jej niewydolności. Przekonaliśmy się o tym w latach 70. XX wieku, kiedy byliśmy zafascynowani żywieniem pacjentów drogą dożylną. Ale taka sytuacja ma również miejsce, gdy w pożywieniu dostarczonym drogą pokarmową znajduje się nadmiar glukozy i innych łatwo przyswajalnych węglowodanów. Konsekwencją nadmiaru glukozy, na drodze wielu przemian metabolicznych, jest gromadzenie się tłuszczu w hepatocytach.

Stłuszczenie wątroby może występować jako postać prosta, niemająca istotnego wpływu na funkcję narządu (NAFLD), ale w 15-20% przypadków może rozwinąć się stłuszczeniowe zapalenie wątroby (NASH), a w 10% możemy mieć do czynienia z marskością wątroby na tle stłuszczenia. Z danych epidemiologicznych wynika, że NAFLD będzie w przyszłości najczęstszą przyczyną transplantacji wątroby, co ma bezpośredni związek z epidemią otyłości w XXI wieku. U pacjentów z NAFLD udokumentowany jest także 7-krotny wzrost ryzyka zgonów z przyczyn sercowo-naczyniowych. Podstawowym czynnikiem sprawczym tego zaburzenia jest nadmiar dostarczanej organizmowi energii, głównie pod postacią węglowodanów prostych i tłuszczu, które w procesie glukoneogenezy przekształcają się w glukozę. Badania dokumentują, że tzw. cukier dodany, pochodzący z napojów wysokosłodzonych, jest niezależnym czynnikiem ryzyka rozwoju niealkoholowej stłuszczeniowej choroby wątroby.

Czym grozi nadmierne spożycie fruktozy?

W ostatnich latach znacznie gorszą „prasę” niż glukoza ma fruktoza. Cukier ten występuje przede wszystkim w owocach. »



Jest on również składnikiem sacharozy i wielu substancji słodzących uważanych za bardziej „zdrowe” niż cukier dodany. Dzieje się tak dlatego, że fruktoza wchłania się wolniej niż glukoza, bez udziału insuliny. Dostępna literatura zawiera wiele badań, które potwierdzają, że fruktoza może powodować zaburzenia lipidowe ujawniające się pod postacią hiperlipidemii. Spożycie fruktozy wywiera wpływ nie tylko na poziom lipidów we krwi, ale także na ich rozmieszczenie w różnych „nietłuszczowych” komórkach organizmu, takich jak hepatocyty, komórki mięśni czy komórki endokrynne. W przypadku komórek wątroby oraz mięśni wpływ ten jest bezpośrednio związany z rozwojem specyficznej tkankowej insulinooporności. Badania dowodzą, że fruktoza spożywana w dużych ilościach przyczynia się do rozwoju wątrobowej i tkankowej insulinooporności u zwierząt. Dane te nie są dostatecznie udokumentowane u ludzi. Nadmierne spożycie fruktozy może więc przyspieszać wystąpienie insulinooporności, cukrzycy oraz hipertriglicerydemii. Opisane powyżej zaburzenia oparte są na procesach metabolicznych wynikających z nadmiaru węglowodanów w diecie. Równie interesujący jest jednak bezpośredni wpływ węglowodanów na przewód pokarmowy.

”
W uproszczonej, nienaukowej klasyfikacji dzieli się cukier na „dobry” i „zły”. Jest to podział sztuczny, bo z punktu widzenia budowy chemicznej każdy cukier przekształcany jest w glukozę. Istotę tego podziału stanowi więc przebieg lub brak procesu trawienia, czas przebywania i „losy” węglowodanów w przewodzie pokarmowym, ilość i jakość cukrów dostarczanych z pożywieniem oraz ich negatywny lub pozytywny wpływ na organizm człowieka.
“

Jak węglowodany wpływają na przewód pokarmowy?

Dla lepszego zrozumienia tego tematu kilka zdań przypomnienia dotyczących mikroflory jelitowej, która dzięki prowadzonym na szeroką skalę badaniom, ma udowodnioną istotną rolę w etiopatogenezie większości chorób przewlekłych.

Naturalna mikroflora jelitowa człowieka jest unikalna i stabilna. Podstawowymi czynnikami zmieniającymi skład mikroflory jelitowej są: wiek, choroby przewlekłe, dieta, terapie antybiotykowe, blokery pompy protonowej (PPI), zaburzona perystaltyka oraz wytwarzanie – przez bakterie – metabolitów. Fizjologiczna mikroflora, konkurując o miejsce bytowania, substancje odżywcze, a także poprzez produkcję białek zdolnych do hamowania wzrostu lub zniszczenia innych bakterii, zapobiega rozwojowi bakterii potencjalnie chorobotwórczych, w wyniku czego w układzie pokarmowym tworzy się homeostaza. Równowagę zaburza między innymi dieta bogata w cukry proste, stanowiące materiał energetyczny dla bakterii. Ilość, rodzaj i bilans trzech głównych składników pokarmowych (białka, węglowodanów i tłuszczu) mają ogromny wpływ na mikrobiom jelit. Węglowodany powodują na przykład wzrost szczepów Bifidobacteria a spadek Bacterioides. Końcowymi produktami degradacji węglowodanów przez bakterie są krótkołańcuchowe kwasy tłuszczowe: maślan, propionian i octan, które mają

szeroką gamę efektów fizjologicznych (najważniejsze: utlenianie przez nabłonek jelitowy w celu uzyskania energii, wpływ na układ odpornościowy). Są też źródłem dodatkowej energii (ok. 500 kcal/dobę).

Bakteryjny rozkład cukrów jest źródłem gazów jelitowych: dwutlenku węgla, wodoru i metanu. Wzrost produkcji gazów związany jest z nadmiernym spożyciem węglowodanów. Nadmiar gazów w pewnych sytuacjach powoduje dyskomfort w zakresie jamy brzusznej, który wyraża się szczególnie w zaburzeniach czynnościowych przewodu pokarmowego (wzdęcia czynnościowe, zespół jelita nadwrażliwego (IBS)). Stało się to przyczynkiem do wprowadzenia diety lowFODMAP.

Dieta lowFODMAP, czyli co?

Fermentujące oligosacharydy, disacharydy, monosacharydy i alkohole wielowodorotlenowe (FODMAP) to grupa węglowodanów krótkołańcuchowych oraz polioli, które wykazują wysoką zdolność fermentacyjną, jednocześnie mając niski próg przyswajalności. Do grupy tej zalicza się oligosacharydy (fruktany, fruktooligosacharydy, galaktooligosacharydy), disacharydy (laktoza), monosacharydy (fruktoza) oraz poliole (sorbitol, mannitol, ksylitol). Wszystkie wymienione cukry są słabo wchłanialne w jelicie cienkim, ale cechuje je wysoka podatność na procesy fermentacyjne. Produkty bogate w FODMAP mogą odpowiadać za dyskomfort w jamie brzusznej, biegunkę lub zaparcie. Zakłada się, że produkty FODMAP mogą nasilać objawy np. IBS poprzez wzrost zawartości wody w jelitach, zwiększenie produkcji gazów oraz pobudzanie perystaltyki. Badania dokumentują, że w IBS dieta z ograniczeniem FODMAP łagodzi objawy u 75% badanych, a całkowicie znosi je w 50% przypadków.

Dieta lowFODMAP polega na czasowym wyeliminowaniu wszelkich produktów FODMAP, które prowokują lub nasilają objawy chorobowe. Ograniczenie jedynie części z zabronionych produktów nie wywoła pozytywnego, założonego efektu. Dietę można stosować najwyżej 6 do 8 tygodni, a następnie należy włączać wykluczone produkty w oparciu o ich indywidualną tolerancję.

Klasycznym przykładem negatywnego wpływu cukrów na układ pokarmowy jest nietolerancja laktozy. Wynika ona z niedoboru lub braku laktazy, enzymu rozkładającego laktozę do glukozy i galaktozy. Problem ten dotyczy w Polsce ok. 25% populacji osób dorosłych i może być wtórny do innych chorób przewlekłych, np. nieswoistych zapaleń jelit. Po ustąpieniu czynnika uszkadzającego trawienie laktozy z reguły wraca do normy. Laktoza może być dostarczona do organizmu nie tylko z dietą, ale także z zażywaniem leków. Zawiera ją ok. 20% leków na receptę, 6% leków bez recepty, a także suplementy. Nawet jej niewielka ilość może prowadzić do zaburzeń trawienia i wchłaniania objawiających się biegunką, bólami brzucha, wzdęciami, nudnościami oraz objawami ogólnoustrojowymi (np. zaburzeniami snu). Znając jednak, z doświadczenia, skalę wykluczenia mleka i produktów mlecznych z diety przez pacjentów, uważam, że w wielu przypadkach ograniczenia te są bezpodstawne.

Skrobia oporna na trawienie

Od niedawna w dietetyce, chorobach metabolicznych i zaburzeniach ze strony przewodu pokarmowego pojawiło się pojęcie tzw. skrobi odpornej na trawienie. Jest to, w znacznym uproszczeniu, skrobia, która nie podlega działaniom enzymów trawiennych. W swojej nienaruszonej lub prawie nienaruszonej postaci skrobia oporna przechodzi do jelita grubego, gdzie

ulega fermentacji pod wpływem bakterii jelitowych. Dzięki jej obecności w produktach pokarmowych można zmniejszyć kaloryczność, ustabilizować glikemię, znormalizować lipidogram. Najkorzystniejsza jest skrobia zretrogradowana, czyli wytrącona z kleiku lub żelu skrobiowego, która powstaje w czasie czerstwienia pieczywa, w schłodzonych po ugotowaniu ziemniakach i w innych produktach skrobiowych. U części chorych jej obecność lub nadmiar może nasilać dyskomfort w przewodzie pokarmowym. Działanie skrobi odpornej jest analogiczne do oddziaływania błonnika pokarmowego.

” —————
Dostępna literatura zawiera wiele badań, które potwierdzają, że fruktoza może powodować zaburzenia lipidowe ujawniające się pod postacią hiperlipidemii. Spożycie fruktozy wywiera wpływ nie tylko na poziom lipidów we krwi, ale także na ich rozmieszczenie w różnych „nietłuszczowych” komórkach organizmu, takich jak hepatocyty, komórki mięśni czy komórki endokrynne.
————— “

Błonnik jest grupą niejednorodnych związków chemicznych, w tym również węglowodanów, których źródłem w diecie są głównie warzywa i owoce w formie surowej oraz produkty zbożowe o niskim stopniu oczyszczenia. Właściwości błonnika zależą od proporcji składników rozpuszczalnych i nierozpuszczalnych i od stopnia fermentacji jelitowej.

Spadek spożycia błonnika pokarmowego ma związek ze wzrostem spożycia żywności wysokoprzetworzonej. Spadek do wartości 15-20 g na dobę jest związany z nadmiernym spożyciem łatwo przyswajalnych węglowodanów (mąki wysokiego przemiału, oczyszczonych kasz i ryżu oraz cukru). Ta sytuacja, potwierdzona badaniami naukowymi, sprzyja rozwojowi chorób przewodu pokarmowego (głównie jelita grubego) takich jak: zaparcie, choroba uchyłkowa, IBS, nowotwory, ale jednocześnie ma wpływ na rozwój wielu chorób ogólnoustrojowych: cukrzycy, otyłości, chorób sercowo-naczyniowych. Podobnie jak skrobia oporna, nadmiar błonnika, może być źle tolerowany.

Podsumowanie

Węglowodany to podstawowy materiał energetyczny wykorzystywany przez wszystkie komórki organizmu człowieka, a końcowym etapem przemian metabolicznych w zakresie gospodarki węglowodanowej jest glukoza. Obecność węglowodanów w pożywieniu jest niezbędna. Kluczowe jest jednak w jakiej postaci i ilości zostaną one dostarczone, a przede wszystkim jakie będą konsekwencje zdrowotne ich nadmiernej spożycia. ■

► PROF. DR HAB. ELŻBIETA PONIEWIERKA

Kierownik Katedry i Kliniki Gastroenterologii i Hepatologii Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu, konsultant wojewódzki dla województwa dolnośląskiego w dziedzinie gastroenterologii

NADZWYCZAJNY ZJAZD DELEGATÓW DIL – NOWY TERMIN

Nadzwyczajny Zjazd Delegatów Dolnośląskiej Izby Lekarskiej odbędzie się **18 maja 2019 r.** Posiedzenie rozpocznie się o godz. 10.00. Rejestracja Delegatów od godz. 9.30. Posiedzenie odbędzie się w sali konferencyjnej DIL przy **al. Matejki 6** we Wrocławiu.

Prosimy o zapoznanie się ze sprawozdaniami z działalności organów i komisji DRL. Te znajdują Państwo w nr 4/2019 Medium.

PROJEKT PROGRAMU NADZWYCZAJNEGO ZJAZDU DELEGATÓW DIL

1. Godz. 9.00 – rejestracja delegatów na okręgowy zjazd lekarzy
2. Godz. 10.00 – otwarcie obrad przez prezesa DRL – dr n. med. Paweł Wróblewski
3. Wybór władz Zjazdu – przewodniczącego Zjazdu, jego zastępców i sekretarzy
4. Przyjęcie porządku obrad
5. Wybór Komisji Uchwał i Wniosków, Skrutacyjnej oraz Mandatowej
6. Komunikat Komisji Mandatowej
7. Wystąpienie skarbnika DRL lek. Ryszarda Jadacha – sprawozdanie finansowe
8. Wystąpienie przedstawiciela Komisji Rewizyjnej DIL – sprawozdanie z działalności KR DIL
9. Dyskusja nad przyjęciem sprawozdania przedstawionego przez skarbnika DRL i przedstawiciela Komisji Rewizyjnej DIL oraz sprawozdań zamieszczonych w gazecie Dolnośląskiej Izby Lekarskiej „Medium” (nr 4): Dolnośląskiej Rady Lekarskiej, Okręgowego Sądu Lekarskiego, Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej oraz Okręgowej Komisji Wyborczej – podjęcie stosownych uchwał
10. Głosowanie nad udzieleniem absolutorium dla Dolnośląskiej Rady Lekarskiej
11. Wybory uzupełniające: zastępców Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej – przewodniczący Komisji Wyborczej DIL – lek. Małgorzata Niemiec
12. Przedstawienie preliminarza budżetowego na rok 2019 – skarbnik DRL lek. Ryszard Jadach
13. Dyskusja nad preliminarzem budżetowym na 2019 rok
14. Głosowanie nad budżetem DIL na rok 2019
15. Podjęcie uchwał i wniosków – Komisja Uchwał i Wniosków
16. Zamknięcie Zjazdu – godz. 12.00.

Zgodnie z art. 22 ust. 4 ustawy o izbach lekarskich, każdy delegat jest zobowiązany do wzięcia udziału w okręgowym zjeździe lekarzy. Nieobecność delegata z przyczyn losowych wymaga pisemnego usprawiedliwienia.



Słodziki

– fakty i mity

Tekst Zygmunt Zdrojewicz

Substancje intensywnie słodzące stanowią niebagatelną alternatywę dla cukru. Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) z dnia 16 grudnia 2008 roku definiuje je jako związki, które nadają produktom spożywczym słodki smak lub używane są w słodzikach stołowych. Uznanie danej substancji za bezpieczną następuje poprzez wyznaczenie ADI – dopuszczalnego dziennego spożycia (ang. acceptable daily intake). Wskaźnik ten wyrażony w mg/kg m.c. świadczy o takiej dobowej ilości substancji, której spożycie jest absolutnie bezpieczne i nie wywołuje żadnych zdrowotnych szkód dla organizmu. Wymagane jest, aby produkty spożywcze zawierające w swoim składzie substancje intensywnie słodzące zawsze określały ich ilość i rodzaj na etykietach. Zawartość w danym produkcie musi być ściśle określona i nie może przekraczać maksymalnej dobowej ilości.

Aktualnie na terenie Unii Europejskiej do spożycia dopuszczonych jest jedenaście substancji intensywnie słodzących. Europejski Urząd ds. Bezpieczeństwa Żywności oraz Zespół ds. dodatków do żywności i składników pokarmowych ocenił te substancje jako bezpieczne, tabela 1 [1, 2].

Słodziki, jak wiadomo, są szeroko rozpowszechnione w przemyśle spożywczym. Dodatkowo, z racji tego, że nie przyczyniają się do rozwoju próchnicy zębów, są stosowane do produkcji past do zębów, płynów do płukania ust czy gum do żucia.

Odkrycie substancji słodzących zawdzięczamy nieprzewidzianym wypadkom lub ciekawości naukowców, którzy wbrew ogólnie przyjętym regułom badań laboratoryjnych, smakowali próbki otrzymywanych w reakcjach chemicznych substancji. W ten sposób w 1879 r. podczas badań nad pochodnymi smoły pogazowej doszło do odkrycia pierwszego sztucznego słodzika, czyli sacharyny. Braki żywnościowe na rynku światowym w czasie wojen światowych, a także stopniowo zmieniające się nastawienie społeczeństwa sprawiło, że substancje syntetyczne stawały się coraz bardziej popularne. Z czasem zmieniono też informacje na etykietach z „do użytku wyłącznie dla osób, które muszą ograniczyć spożycie cukru” na „do stosowania u ludzi pragnących ograniczyć spożycie cukru”. Tą drobną zmianą poszerzono znacznie grupę potencjalnych konsumentów [3]. Warto przyjrzeć się głównym przedstawicielom tego rodzaju substancji.

Sacharyna i Acesulfam-K

Sacharyna (E94, C₇H₅NO₃S), czyli najstarsza syntetyczna substancja słodząca, to związek mający blisko 500 razy intensywniejszy smak niż sacharoza. Jest związkiem organicznym – imid kwasu o-sulfoenonowego. Została odkryta w 1879 r. przez Iry’ego Remsena i Constantina Fahlberga z USA. Jednakże po spożyciu pozostawia gorzki posmak, co ograniczyło znacznie jej użyteczność. Acesulfam-K jest około 200 razy słodszy od normalnego cukru oraz wyjątkowo stabilny

(...) stewię można uznać za „zdrowy cukier”. Jest to jedyny zamiennik cukru, który spokojnie może być rekomendowany przez lekarzy i dietetyków, by dodać życiu trochę słodczy. Organizm jest poddany działaniu stewii bardzo krótko, co tym bardziej zwiększa jej bezpieczeństwo. Przeciwwskazania do jej stosowania: dzieci, kobiety w ciąży oraz osoby, które muszą ograniczać stosowanie kwasu szczawiowego, którego stewia ma relatywnie dużo.

Źródło grafiki: www.pixabay.com/photos/44822019414_7909c5aefc_o/MarcoVerch

Fot. z archiwum autora



**► PROF. DR HAB. N. MED.
ZYGUNT ZDROJEWICZ**

Katedra i Klinika Endokrynologii, Diabetologii i Leczenia Izotopami UM we Wrocławiu (obecnie na emeryturze). Specjalista chorób wewnętrznych, endokrynologii i seksuologii. Stypendysta naukowy DAAD-Heidelberg, autor około 600 publikacji naukowych, w tym 10 książek (m.in. „Leksykon seksuologiczny od A do Z”, „Tajemniczy świat kobiecego orgazmu”). Członek wielu towarzystw naukowych i komitetów naukowych czasopism medycznych. Konsultant naukowo-medyczny Uzdrowiska Szczawno-Jedlina SA. Biegły sądowy w dziedzinie seksuologii. Laureat licznych odznaczeń państwowych i resortowych. Obywatel Honorowy Szczawna-Zdroju. Ambasador miasta Wałbrzycha.

w wysokich temperaturach, i właśnie ta właściwość umożliwiła użycie go w piekarnictwie. Nie podlega on metabolizmowi i prawie całkowicie wydalany jest z organizmu w postaci niezmienionej. Mimo tych korzystnych właściwości farmakokinetycznych przeprowadzone badania naukowe wykazały, iż w nadmiernych ilościach może on wchodzić w interakcje z DNA komórkowym i prowadzić do zmian cytotoksycznych komórek [4].

Stewia

Stewia to roślina pochodząca z Paragwaju i Brazylii, należąca do rodziny Asteraceae. W krajach Ameryki Południowej wyciąg z liści tej rośliny był powszechnie używany w medycynie ludowej. Obecnie największe wykorzystanie stewii notuje się w Japonii, gdzie spożycie roczne wynosi kilka tysięcy ton. Za słodki smak stewii odpowiedzialne są zawarte w niej glikozydy stewiolowe (głównie stewiozyd i rebaudiozyd A), czyli związki ponad 300 razy słodsze od sacharozy. Uzyskiwany z obróbki liści stewiozyd wielokrotnie oceniano przez SCF – Scientific Committee for Food. Historia była burzliwa, gdyż początkowo uznano go za związek karcinogeny i nie dopuszczono do ogólnego spożycia. Dopiero w latach 2000-2009 eksperci WHO dokonali ponownego sprawdzenia bezpieczeństwa glikozydów stewiolowych i uznali je za bezpieczne. Nie wykazują działania genotoksycznego, rakotwórczego oraz nie mają negatywnego wpływu na reprodukcję i rozwój. Stewiozyd hamuje wchłanianie glukozy w komórkach rąbka szczoteczki jelita cienkiego, dzięki czemu wpływa pośrednio na poziom glikemii. Dodatkowo, wywołuje efekt hipotensyjny u osób z nadciśnieniem tętniczym poprzez propagowanie diurezy i natriurezy oraz spadek oporu obwodowego naczyń. Badania kliniczne na grupie 12 chorych na cukrzycę typu 2 wykazały, iż u tych osób, które otrzymywały posiłek zawierający w swoim składzie gram stewiozydu, następowało większe tłumienie poposiłkowej zwyżki glikemii. Pozwala to wysnuć wnioski, że zastępowanie sacharozy stewią może korzystnie oddziaływać na metabolizm glukozy w organizmie. Ważny jest również fakt, że nie zmienia ona indeksu glikemicznego produktów, wykazuje działanie przeciwbakteryjne oraz hamuje powstawanie płytki nazębnej. Liście stewii są bogate w mikroelementy. Wiadome jest, że nie zapewni to całkowitego zapotrzebowania, jednakże można ją traktować jako istotne dodatkowe źródło biopierwiastków, pamiętając też o tym, że cukier takim nie jest. Dostępna jest w szerokiej sprzedaży w różnych wariantach – w proszku lub tabletkach. Kupując słodziki zawierające stewię (cena od kilkunastu do kilkudziesięciu złotych za opakowanie), należy pamiętać, »



że warunkiem do uzyskania efektu słodkości stewii jest obecność określonych tzw. nośników (określone składniki roślinne), takich jak dekstroza (monocukier działający podobnie jak glukoza) oraz fruktoza, maltoza czy maltodekstryna (dwucukier).

Podsumowując, stewię można uznać za „zdrowy cukier”. Jest to jedyny zamiennik cukru, który spokojnie może być rekomendowany przez lekarzy i dietetyków, by dodać życiu trochę słodczy. Organizm jest poddany działaniu stewii bardzo krótko, co tym bardziej zwiększa jej bezpieczeństwo. Przeciwwskazania do jej stosowania: dzieci, kobiety w ciąży oraz osoby, które muszą ograniczać stosowanie kwasu szczawiowego, którego stewia ma relatywnie dużo [5,6].

Aspartam

Aspartam to niewątpliwie najpopularniejszy słodzik na świecie. Odkryty został w 1965 roku, a zatwierdzony przez amerykańską agencję FDA do zastosowania ogólnego w zakresie żywności kilka lat później, bo w 1981 roku. Aspartam, 200 razy słodszy od sacharozy, jest szeroko rozpowszechniony jako dodatek słodzący w produktach spożywczych. Odgrywa też rolę jako utrwalacz aromatów owocowych w pokarmach. W celu uzyskania słodkiego smaku wystarcza minimalna jego ilość, dlatego często nazywa się go słodzikiem bezkalorycznym. Jako substancja chemiczna jest to ester metylowy L-asparagino-L-feniloalaniny. Metabolizm w organizmie polega na przemianie go w kwas asparaginowy, feniloalaninę i metanol. W dalszych procesach metanol utlenia się do toksycznego formaldehydu i kwasu mrówkowego. Te właśnie procesy stanowią podstawę wielu kontrowersji krążących wokół tej substancji. Przeprowadzano szereg badań, wędle których aspartam zyskał opinię substancji rakotwórczej i tak właśnie zaczął być kojarzony. ADI aspartamu zostało określone na poziomie 40 mg/ kg m.c. Ekspozycja komórek na ten słodzik aktywuje proces peroksydacji lipidów i w konsekwencji powoduje wzrost stężenia dysmutazy ponadtlenkowej. Zaktywowane są zatem procesy z udziałem wolnych rodników, które niszczą komórki ludzkiego ustroju. Badania potwierdziły również wpływ aspartamu na wzrost ekspresji genów aktywujących apoptozę komórek oraz wywoływanie znacznego spadku anty-apoptycznego markera Bcl-2. Oczywiście jest zatem, że długoterminowe narażenie na aspartam może zmienić status antyoksydacyjny komórek i promować ich zaprogramowaną śmierć.

Kolejne doświadczenia przeprowadzone na myszach potwierdziły także inną hipotezę. Zwierzętom codziennie przez dwa tygodnie wstrzykiwano podskórnie aspartam, a następnie były one umieszczane w labiryncie wodnym Morrisa. Jest to duży, okrągły basen, w którym w określonym i stałym miejscu znajduje się ukryta platforma. Mysz umieszczona w wodzie zaczyna aktywnie pływać i jeśli trafia na platformę, wdrapuje się na nią. Powtarzanie takiego eksperymentu pokazuje, jak gryzoni uczą się umiejscowienia danej platformy i zapamiętywania jej lokalizacji. Regularne podawanie myszom tego słodzika wykazało wyraźne osłabienie wydajności ich pamięci oraz problemy z szybką lokalizacją platformy ucieczki. Ponadto, sekcje pośmiertne tkanki mózgowej zwierząt doświadczalnych wykazały wzrost enzymów stresu oksydacyjnego i tlenu azotu w neuronach mózgu wraz ze spadkiem glutationu i glukozy.

Wracając do wpływu rakotwórczego tego związku, można powiedzieć, że analizy nie potwierdziły wszakże jednoznacznie mechanizmu karcinogennego u ludzi, ale wykazano takie działania u zwierząt doświadczalnych. Podawanie myszom aspartamu sugeruje istotnie większe ryzyko wystąpienia chłoniaków, białaczek, nowotworów pęcherza moczowego oraz moczowodu, zatem stosowanie tego słodzika u ludzi jest niezwykle ryzykowne. Dotyczy to jego ewentualnego rakotwórczego działa-

nia, a także popularnego stosowania u kobiet w ciąży.

Oprócz syntetycznych substancji słodzących zastosowanie w przemyśle spożywczym mają również substancje półsyntetyczne, czyli tak zwane poliiole. Zaliczamy do nich m.in. mannitol, sorbitol i w ostatnim czasie najpopularniejszy z nich – ksylitol.

Ksylitol

Ksylitol (zwany cukrem brzozowym, jest również odmiana chińska) to substytut cukru, który został dopuszczony do stosowania w ponad 35. krajach. Jego użycie wiąże się ze znacznym zmniejszeniem próchnicy, utratą masy ciała, a dzięki powolnemu procesowi wchłaniania i metabolizowania, stabilizuje glikemię i obniża poziom insuliny. Dzięki swojej strukturze chemicznej posiada on cechy idealnego słodzika poprzez wysoki potencjał słodzący i niezmiernie niską kaloryczność. Został odkryty w XIX w., a w czasie drugiej wojny światowej w Anglii zainteresowanie nim gwałtownie wzrosło, kiedy na rynku brakowało cukru. Wtedy to produkcja substancji wysoko słodzącej, jaką jest ksylitol, poprzez ekstrakcję z różnego rodzaju drzew liściastych, np. brzozy, była niezmiernie opłacalna. Z właściwości prozdrowotnych należy podkreślić, iż ksylitol spowalnia opróżnianie żołądka oraz działa podobnie do błonnika pokarmowego. W organizmie jest stopniowo przekształcany w glukozę i glikogen, może więc być użyteczny podczas odbudowywania zasobów energetycznych po wyczerpujących ćwiczeniach fizycznych. Znajduje się w wielu owocach (truskawki, maliny, jagody, gruszki), grzybach oraz kolbach kukurydzianych. Dawka lecznicza to 15,0/dobę. Zasadniczych przeciwwskazań do jego stosowania nie stwierdzono [7].

Mix substancji intensywnie słodzących

Opisane powyżej substancje intensywnie słodzące to tylko wybrane przykłady z grupy dopuszczalnej do spożycia. Jak już wspomniano, każda taka substancja zawarta w produkcie spożywczym musi mieć potwierdzenie na etykiecie. Warto jednak zwrócić uwagę na pewien paradoks. Niebezpieczeństwo może wynikać z tego, iż producenci artykułów spożywczych, aby uzyskać pożądaną słodycz danego produktu, używają często kilku substancji intensywnie słodzących na raz. W ten sposób oczywiście nie przekracza się poziomu ADI dla pojedynczego związku chemicznego, nie zwraca się jednak uwagi na całość produktu. Jak na razie nie ma opracowanych jasnych kryteriów oceniających sumaryczną ilość wszystkich substancji słodzących. Przykładowe poziomy ADI dla wybranych substancji intensywnie słodzących przedstawia tabela 2 [8].

Słodziki a cukrzyca

Słodziki są coraz częściej wykorzystywane w przemyśle spożywczym do produkcji artykułów „dietetycznych”, jako zamienniki cukru stołowego, bądź w postaci tak zwanej „light” lub „bez cukru”. Pacjenci z cukrzycą są coraz częściej konsumentami tych produktów. Przeprowadzono prospektywne badanie przekrojowe w National Institute of Nutrition dotyczące spożycia produktów z dodatkiem substancji intensywnie słodzących. Przy użyciu kwestionariuszy oceniono około 100 pacjentów ambulatoryjnych. 94% chorych na cukrzycę słyszało o substancjach intensywnie słodzących, a 50% stosowało je regularnie w swojej diecie. Najbardziej popularne okazały się sacharyna, sukraloza i aspartam, używane często do słodzenia kawy czy herbaty. Osoby chore na cukrzycę muszą zwracać niezmiernie dużą uwagę na rodzaj swojej codziennej diety. Jeśli cukrzyk ma prawidłową masę ciała, zasady diety cukrzycowej pokrywają się z ogólnymi normami zdrowej diety. Pamiętajcie jedynie o regularnym przyjmowaniu posiłków i ich zbilansowanym składzie. Dla osób z cukrzycą i równoczesnym BMI \geq 25 zalecane jest ograniczenie kaloryczności posiłków o mniej wię-

cej 250-500 kcal/d w porównaniu do zapotrzebowania osoby o prawidłowej masie ciała. Pomaga to w walce z insulinoopornością komórek. Niezwykle trudne jest opracowanie jednolitego planu dietetycznego w celu prewencji cukrzycy. W planowaniu ważne jest branie pod uwagę preferencji i nawyków żywieniowych tak, by nie katować pacjenta niesmaczną lub trudną do realizacji dietą, która musi być przecież przestrzegana do końca życia. W diecie cukrzycowej najbardziej rygorystycznie podchodzi się do węglowodanów prostych. Ich procentowy udział w diecie powinien być najmniejszy, a jeśli jest to możliwe, to nawet całkowicie zerowy.

Zgodnie z zaleceniami Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego istotnym działaniem profilaktycznym w walce z nadwagą i otyłością jest obniżenie gęstości energetycznej spożywanych pokarmów. Można to uzyskać poprzez modernizowanie procesów technologicznych żywności. Aby obniżyć kaloryczność, z jednoczesnym zachowaniem walorów smakowych, użyteczne są właśnie substancje intensywnie słodzące. Polskie Towarzystwo Diabetologiczne oraz Polskie Towarzystwo Badań nad Otyłością rekomendują te substancje jako bezpieczne i zalecają ich użycie w grupie osób z nadwagą i otyłością oraz przy zaburzeniach gospodarki węglowodanowej w organizmie (cukrzyca typu 2, nieprawidłowa glikemia na czczo, nieprawidłowa tolerancja glukozy). Podkreśla się także, że substancje intensywnie słodzące (z wyjątkiem sacharyny, która ma zdolność przechodzenia przez łożysko, a jej wpływ na płód nie jest do końca poznany) mogą być używane przez kobiety ciężarne. Istotną kwestią jest to, aby pacjenci spożywający produkty bez cukru, których słodycz zapewniona jest przez słodziki, zwracali uwagę na ogólną kaloryczność produktów. Owszem, mogą być one reklamowane jako te „bez cukru”, jednak nadal występuje ryzyko, iż zawierają spore ilości tłuszczu, co w konsekwencji także będzie niekorzystnie wpływać na kontrolę poziomu cukru we krwi.

Nic nie zastąpi zdrowego stylu życia

Wiadomo również, że ograniczenie się tylko do odrzucenia produktów słodzonych cukrem absolutnie nie może być jedynym elementem profilaktyki. Nic nie odgrywa tak znaczącej roli, jak regularny wysiłek fizyczny i zdrowy tryb życia. Oprócz cukrzycy pozostaje także problem nadwagi i otyłości. Osoby pragnące zrzucić zbędne kilogramy odczuwają niezmiernie trudne do powstrzymania dążenie do jedzenia słodkich potraw. Dlatego szczególnie w tej grupie istnieje tendencja do zastępowania cukru słodzikami o wiele niższej kaloryczności. Przy obecnej epidemii otyłości niskokaloryczne intensywnie słodzące mają duży potencjał w kontrolowaniu wagi. Nawet niewielkie zmniejszenie spożycia kalorii może zmniejszyć czynniki ryzyka związane z cukrzycą i chorobami układu krążenia, a więc pomóc osiągnąć znaczne korzyści zdrowotne.

W 1986 r. przeprowadzono badania ankietowe z udziałem kobiet w wieku 50-69 lat. Po skontrolowaniu początkowej wagi ciała wyodrębniono dwie grupy – pierwszą spożywającą substancje słodzące i drugą, w której dieta oparta była na sacharozie. Zmiany masy różniły się o mniej niż 0,5 kg na niekorzyść drugiej grupy kobiet. Ta hipoteza wygenerowała ożywioną dyskusję. Po czasie zasugerowano także, że słodziki poprzez swoją niskokaloryczność będą nasilać uczucie głodu i wywoływać pragnienie słodczy. Przykładowe badanie MESA wśród 6814 dorosłych w wieku 45-84 lata pokazały, iż codzienne spożycie napojów dietetycznych wiązało się z 36% zwiększonym ryzykiem zespołu metabolicznego i 67% wzrostem szansy zachorowania na cukrzycę typu 2. Zasugerowano, że spożycie słodzonych produktów niskokalorycznych napędza epidemię otyłości. Różnice w wynikach badań nawarstwiały się coraz bardziej.

Najnowsze badania naukowe przechylają jednak szalę na korzyść słodzików. Możemy stwierdzić, że zastosowanie substancji intensywnie słodzących w żywności i napojach może prowadzić do redukcji masy ciała, zwłaszcza u osób z nadwagą. Musi być to jednak połączone z regularną aktywnością fizyczną i zdrowym stylem życia, gdyż tych elementów nie zastąpi się niczym innym. Warty podkreślenia jest również krytyczny stosunek do wszelkich tzw. cudownych diet i chłodne, racjonalne podejście do rewelacji i skuteczności opisywanych w prasie kolorowej przepisów na zdrowie (soylent, genodieta, dieta bezglutenowa, dieta Atkinsa, Kwaśniewskiego, Dukana, itd. [9,10]). ■

Tabela 1. Wykaz substancji intensywnie słodzących wraz z ich oznaczeniem w produktach spożywczych

Substancje słodzące syntetyczne	
Acesulfam-K	E 950
Aspartam	E 951
Sól aspartam-acesulfam	E 962
Cyklaminian	E 952
Neohesperydyna DC	E 959
Sacharyna	E 954
Sukraloza	E 955
Taumatyna	E 957
Neotam	E 961
Erytrytol	E 968
Glikozydy stewiolowe	E 960
Substancje słodzące półsyntetyczne	
Sorbitol	E 420
Mannitol	E 421
Izomalt	E 953
Maltitol	E 965
Laktitol	E 966
Ksylitol	E 967

Tabela 2. Dopuszczalne dzienne spożycie (ADI) wybranych substancji intensywnie słodzących

Rodzaj substancji	ADI
Acetosulfam-K	0-15
Aspartam	0-40
Cyklaminian	0-7
Sacharyna	0-5
Sukraloza	0-15
Neotam	0-2
Stewia	0-4

Piśmiennictwo:

1. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 grudnia 2010 r. w sprawie specyfikacji i kryteriów czystości substancji dodatkowych. Dziennik Ustaw nr 2: 14-259.
2. Świąder K., Waszkiewicz-Robak B., Świdarski F. *Substancje intensywnie słodzące – korzyści i zagrożenia*. Probl. Hig. Epidemiol. 2011, 3: 392-396.
3. Yang Q. *Gain weight by „going diet”? Artificial sweeteners and the neurobiology of sugar cravings*: Neuroscience 2010. Yale J Biol. Med. 2010, 83: 101-8.
4. Koszowska A., Dittfeld A., Nowak J. *Cukier – czy warto go zastąpić substancjami słodzącymi?* Nowa Medycyna 2014, 1:36-41.
5. Strojek K. (red.). *Diabetologia – praktyczny poradnik*. Termedia Wydawnictwa Medyczne. Poznań 2014:5.
6. Szczeklik A. (red.). *Choroby wewnętrzne. Stan wiedzy na rok 2017*. Medycyna Praktyczna, Kraków 2017:1274-1288.
7. Sieradzki J. *Diabetologia – postępy 2013/2014*. Med. Prakt. 2014, 6:12-27.
8. Małecki M (red). Stanowisko Polskiego Towarzystwa Badań nad Otyłością i Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego w sprawie stosowania niskokalorycznych substancji słodzących. *Diabetologia kliniczna*. 2014, 3, A65.
9. Kłosiewicz-Latoszek L., Cybulska B. *Cukier, a ryzyko otyłości, cukrzycy i chorób sercowo-naczyniowych*. Probl. Hig. Epidemiol. 2011, 2: 181-186.
10. Zdrojewicz Z., Kocjan O., Idzior A. *Substancje intensywnie słodzące – alternatywa dla cukru w czasach otyłości i cukrzycy*. Med. Rodz. 2015;2 ((18):89-93.



Fot. z archiwum A.J.



► DR ANNA JANUSZEWICZ

Psycholog, specjalista psychodietetyki. Naukowo zajmuje się mechanizmami kontroli zachowania. Prowadziła badania nad psychospołecznymi uwarunkowaniami nadwagi i otyłości u dzieci i młodzieży w ramach programu TEMPEST. Stypendystka w programie „Mistrz” Fundacji na Rzecz Nauki Polskiej. Obecnie realizatorka badań poświęconych tematyce aktywności fizycznej „Aktywne Diady”. Założycielka Instytutu Psychodietetyki we Wrocławiu. Prezes Towarzystwa Psychodietetyki. Autorka publikacji w języku polskim i angielskim z dziedziny psychologii zachowań zdrowotnych. Prowadzi indywidualne konsultacje dla osób z problemami żywieniowymi i szkolenia dla specjalistów z branży medycznej. Kierownik studiów podyplomowych z psychodietetyki i wykładowca w SWPS we Wrocławiu i Katowicach. Prowadzi także zajęcia z psychodietetyki w Poznaniu.

Tekst

Anna Januszewicz

Zródło grafiki: www.pixabay.com/photos/hunger-413685_960/RyanMcGuire

Rady psychodietetyczne dla lekarzy

Jak pomóc cukrojadowi?

Problem diety bogatej w cukier

Nadmierne spożywanie cukru jest palącym problemem w związku z niepokojącą częstotliwością występowania u ludzi nadwagi, otyłości, cukrzycy typu II i innych chorób żywieniowozależnych [1-3]. Doniesienia z badań naukowych sugerują, że cukier, podobnie jak nikotyna, alkohol, tytoń, kofeina, a nawet kokaina, ma działanie silnie nagradzające i uzależniające [4-6]. Badania na zwierzętach pokazują nawet, że cukier bywa w większym stopniu pożądanym niż kokaina [7-11]. Pożądanie słodkiego smaku przez zwierzęta i ludzi tłumaczy się tym, że cukier przynosi nagradzające uczucie przyjemności, a tym samym bardzo poprawia nastrój. Sprawia to, że ludzie mają problem z ograniczeniem cukru, a konsumpcja słodkich produktów na świecie rośnie [1-3] i przekracza potrzeby energetyczne człowieka. Jak więc pomóc ludziom w zmianie nawyków żywieniowych, która doprowadzi do ograniczenia spożycia cukru? Przyjrzyjmy się teoriom i badaniom naukowym wyjaśniającym przebieg procesu kształtowania nawyków i omówmy rolę specjalistów zajmujących się zdrowiem w tym zakresie.

Budowanie motywacji do zmiany nawyków żywieniowych

Teorie psychologiczne wskazują, że zmiana zachowań zdrowotnych przebiega w określonych fazach [12]. Dwa wstępne etapy zmiany odnoszą się do budowania motywacji do zmiany – osoby, które nie rozważają zmiany zachowania, według teorii, znajdują się w fazie prekontemplacji, natomiast ci, którzy zastanawiają się nad zmianą, ważą zyski i koszty z nią związane (ale jeszcze nie podjęli decyzji o zmianie), znajdują się w fazie kontemplacji. Zarówno osoba, która nie rozważa jeszcze zmiany swojego zachowania (tzw. prekontemplator), jak i osoba, która już zastanawia się, czy zmiany dokonać (kontemplator) to osoby, które potrzebują wsparcia w budowaniu motywacji. Motywacja jest bowiem warunkiem koniecznym do zainicjowania świadomej zmiany zachowania.

Warto więc, po pierwsze, ustalić, jak motywować tych niezdeterminowanych

na zmianę pacjentów. Tutaj kluczową rolę odgrywa świadomość problemu [13], tzn. jeśli mowa jest o spożywaniu produktów bogatych w cukry proste, istotne jest, żeby pacjenci rozumieli, jakie ryzyko wiąże się z ich nadmiernym spożywaniem. Kluczowa jest więc rzetelna edukacja w tym zakresie. Przy czym należy unikać nadmiernego wzbudzania lęku, który raczej paraliżuje niż motywuje [14]. Ważne jest także, by wytyczne na temat diety były dla pacjenta zrozumiałe, a jednocześnie dopasowane do jego możliwości i potrzeb. Warto pamiętać, że błędem mogą być zbyt ogólne zalecenia [15], jak również zbyt duża sztywność ustalonych norm wywołująca u pacjenta przekonanie, że jedyną słuszną opcją jest ich stuprocentowa realizacja [16]. Takie podejście do diety, w przypadku drobnego niepowodzenia, może prowadzić do tak zwanego efektu „wszystko albo nic”, czyli całkowitego zarzucenia wysiłków związanych z samokontrolą wynikającego z przekonania „że i tak już wszystko stracone”. Błędem jest więc dawanie pacjentowi całkowitych zakazów („żadnych słodczy”) – zamiast tego należy raczej określić, jakie znaczenie mają małe odstępstwa od normy, jak radzić sobie w sytuacji takich odstępstw itp.

Oprócz pracy nad świadomością zdrowotną pacjenta, ważną jest rozmowa z nim o osobistych, nie tylko zdrowotnych korzyściach ze zmiany [13]. I tutaj chodzi o te długoterminowe profity (np. „ograniczenie cukru doprowadzi do poprawy wyglądu w perspektywie kilku miesięcy”), jak również o profity krótkoterminowe (np. „ograniczenie cukru zniweluje uczucie senności w pracy”). Dodatkowo, warto pomóc pacjentowi opracować plan redukcji kosztów zmiany (np. „dużą ochotę na słodycze można zaspokoić poprzez produkty słodzone słodzikami”). Chodzi o to, aby ostatecznie pacjent miał poczucie, że więcej zyskuje niż traci, kiedy zmieni swój nawyk.

Na etapie budowania motywacji do zmiany zachowań zdrowotnych ważne jest także wzmacnianie poczucia własnej skuteczności, dzięki któremu osoba uwierzy w to, że jest w stanie zmienić swoje zachowanie [17]. Osoba zmotywowana to bowiem ktoś, kto uważa zmianę zarówno za opłacalną, jak i możliwą do wprowadzenia [18].

Przydatną metodą budowania gotowości do zmiany jest prowadzenie rozmowy w duchu dialogu motywującego, w której specjalista stymuluje

pacjenta do samodzielnego wymieniania argumentów przemawiających za tym, że zmiana jest korzystna i możliwa. Prowadzenie takiej rozmowy wymaga od specjalisty opanowania określonych technik, jednak najczęściej wysiłek ten się opłaca zważywszy na to, iż dialog motywujący jest metodą o bardzo dobrze potwierdzonej skuteczności [18], a jego zastosowanie w odpowiedniej formie sprawdza się nawet wtedy, kiedy specjaliści mają niewiele czasu na zmotywowanie pacjenta [19].

Wspieranie pacjenta w realizacji postanowienia o ograniczeniu cukru

Kiedy pacjent jest już zdecydowany na zmianę zachowania (używając terminologii psychologicznej powiemy, że jest zmotywowany i „ma intencję do zmiany”), wówczas rozpoczyna się kolejny etap, jakim jest przygotowanie do wdrożenia zmiany zachowania [12]. W tej fazie pacjent potrzebuje od specjalisty wsparcia w budowaniu planu modyfikacji nawyków i omówienia strategii, które pomogą mu tej modyfikacji dokonać. Warto zastanowić się tutaj, na przykład, czy dla danej osoby korzystniejsze będzie stopniowe ograniczanie cukru czy też bardziej gwałtowna redukcja jego spożycia. Dobrze sprecyzowane cele, dostosowane do możliwości danej osoby są warunkiem wprowadzenia zmiany w życie, czyli przejścia do kolejnego jej etapu zwanego działaniem.

W fazie działania osoba zaczyna realizować plan i oswaja się z nowym zachowaniem. Na początku wiąże się to zwykle z dość dużym wysiłkiem. Na przykład ktoś, kto postanawia ograniczyć cukier, może na tym etapie wkładać sporo energii w to, aby powstrzymać nawyk wsypywania cukru do herbaty lub walczyć z ochotą na ciastko podczas przerwy w pracy. Taka osoba może też zmagać się z obniżonym nastrojem [20] i nadmiernym myśleniem o tym, co zakazane [21]. Warto pamiętać, że ograniczenie cukru, ze względu na jego silnie nagradzające działanie, jest szczególnie trudne, a nieprzyjemne uczucia towarzyszące odstawieniu cukru wiążą się z deficytem dopaminy i serotoniny [20]. Niektóre dane wskazują nawet, że łatwiej jest powstrzymać głód nikotynowy (pojawią się u osób palących) od apetytu na żywność, zwłaszcza tę słodką [21].

Warto także zaznaczyć, że trudność w modyfikacji nawyków żywieniowych nie wynika tylko z opisanych zmian na poziomie biochemicznym. Nowe zachowanie zawsze wiąże się bowiem z koniecznością sporego wysiłku poznawczego, zwłaszcza w początkowej fazie, zanim nie zautomatyzuje się ono, czyli nie stanie się nawykowe [23]. Mianowicie, zmiana schematu postępowania na inny, nieznaną dotąd wymaga, po pierwsze, skupienia uwagi na nowej czynności (np. osoba musi pamiętać, żeby nie wsypać cukru do herbaty), a po drugie wysiłku związanego ze zmianą reakcji (np. ktoś musi odmówić sobie ciastka leżącego w zasięgu ręki podczas przerwy w pracy). Dopiero po wielokrotnym powtórzeniu czynności te stają się mniej obciążające – wracając do przykładu, wspomniany zwyczaj słodzenia herbaty zanika i osoba przestaje sięgać po cukier nawet, kiedy myśli o czymś innym w czasie przygotowywania napoju, a podczas przerwy w pracy uczy się odwiedzać bar sałatkowy, zamiast sięgać po ciastko, a ponadto z upływem czasu nie wyobraża sobie przerwy bez sałatki. Czynności, które kiedyś wymagały wysiłku związanego z samokontrolą, z czasem stają się więc nawykami, który takiego wysiłku prawie nie wymaga.

Najtrudniej jest jednak ludziom przetrwać ten pierwszy okres kształtowania nowego zachowania. Warto zaznaczyć, że w przypadku ograniczania cukru zadanie jest tym bardziej trudne, bo współczesne środowisko oferuje człowiekowi wysoką dostępność bogatych w cukry produktów i wiele społecznych okazji do ich konsumpcji, co potęguje ochotę na słodki smak [24-25], a ponadto wspomniane już reakcje biochemiczne związane z odstawieniem cukru mogą utrudniać poznawczą samokontrolę. Wiadomo bowiem, że taka samokontrola jest trudniejsza, gdy siła pokusy jest duża, a człowiekowi towarzyszy stres i negatywne emocje [16], jak również, gdy poziom glukozy we krwi jest niższy [26]. Osoba ograniczająca spożycie produktów bogatych w cukry powinna więc zostać wyposażona w umiejętności komponowania diety w sposób pozwalający na utrzymanie odpowiedniej glikemii, jak również w umiejętności radzenia sobie z pokusami i regulacji negatywnych stanów emocjonalnych, jakie mogą towarzyszyć ograniczeniu spożycia cukru. Strategie pomocne w tym zakresie to poszukiwanie alternatywnych źródeł przyjemności [13], unikanie miejsc, w których pojawiają się pokusy, zastępowanie produktów niewskazanych innymi, które są smaczne, ale dopuszczalne, odwracanie uwagi od odczuwanego dyskomfortu itp. [27]. Tutaj pomocna może okazać się praca z psychologiem zajmującym się kontrolą odżywiania, niemniej jednak warto,

aby także lekarze czy dietetycy rozumieali psychologiczną stronę zmiany nawyków żywieniowych i oprócz formułowania zaleceń zdrowotnych podpowiadali sposoby ułatwiające ich realizację.

Raz lepiej, raz gorzej, czyli powrót do starych nawyków

Zdarza się często, że ludzie, którym uda się zmienić nawyki, wracają jednak do starego zachowania. Takie zjawisko nazywamy nawrotem [12]. Jak specjalista powinien reagować w takiej sytuacji? Czy takie zejście pacjenta na niewłaściwą ścieżkę, to znak, że jest on nieodpowiedzialny, leniwy czy skazany na niepowodzenie? Absolutnie nie! Autorzy modelu teoretycznego opisującego dynamikę procesu zmiany zachowania – Prochaska i DiClemente [13] – podkreślają, że zanim zmiana ulegnie stabilizacji, ludzie zwykle doświadczają lepszych i gorszych okresów w zakresie samokontroli. Nawrót może być więc integralną częścią zmiany. Ważne jest jednak, aby wspierać osobę w powrocie na odpowiednią drogę, tj. pomóc jej na nowo uwierzyć w siebie, przeanalizować przyczyny porażki i opracować plan zapobiegania nawrotom na przyszłość [13]. I tutaj ponownie przydatne mogą okazać się psychologiczne umiejętności specjalistów zajmujących się zdrowiem, jak również współpraca z psychologami zajmującymi się zachowaniami żywieniowymi – zwłaszcza w przypadku pacjentów doświadczających wielokrotnych nawrotów i dużych trudności w kontroli odżywiania.

Interdyscyplinarne podejście szansą na sukces

Zaprezentowana analiza procesu zmiany zachowań żywieniowych wskazuje, że wsparcie pacjenta powinno opierać się o połączenie wiedzy medycznej i psychologicznej, a potrzeba takiego interdyscyplinarnego podejścia jest tym bardziej paląca, gdy w grę wchodzi tak złożone i trudne zadanie, jakim jest ograniczenie cukru. Nie sposób pominąć tutaj wpływu procesów biologicznych, emocjonalnych, poznawczych, a także społecznych na zachowanie i zdrowie człowieka. Dlatego wytyczne wiodących instytucji zajmujących się praktyką kliniczną i ochroną zdrowia (np. NICE – National Institute for Health and Care Excellence [28]) podkreślają konieczność współpracy lekarzy, dietetyków i psychologów w zakresie postępowania z pacjentem z chorobami żywieniowo-zależnymi. Przejawem takiego interdyscyplinarnego podejścia w Polsce jest prężnie rozwijająca się dziedzina zwana psychodietetyką. ■

Piśmiennictwo:

- [1] Bray GA, Popkin BM. Dietary sugar and body weight: have we reached a crisis in the epidemic of obesity and diabetes? health be damned! Pour on the sugar. *Diabetes Care* 2014;37:950-6.
- [2] Malik VS, Popkin BM, Bray GA, et al. Sugar-sweetened beverages and risk of metabolic syndrome and type 2 diabetes: a meta-analysis. *Diabetes Care* 2010;33:2477-83.
- [3] Popkin BM, Nielsen SJ. The sweetening of the world's diet. *Obes Res* 2003;11:1325-32.
- [4] Lustig R. H. Fructose: metabolic, hedonic, and societal parallels with ethanol. *J Am DietAssoc* 2010;110:1307-21.
- [5] Ahmed S H, Guillem K, Vandaele Y. Sugar addiction: pushing the drug-sugar analogy to the limit. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care* 2013;16:434-9.
- [6] Snow H L. Refined sugar: its use and misuse. *The Improvement Era Magazine* 1948:51.
- [7] Lenoir M, Serre F, Cantin L, Ahmed SH. Intense sweetness surpasses cocaine reward. *PLoS One* 2007;2:e698.
- [8] Augier E, Vouillac C, Ahmed SH. Diazepam promotes choice of abstinence in cocaine self-administering rats. *Addict Biol*. 2012;17:378-91.
- [9] Cantin L, Lenoir M, Augier E, et al. Cocaine is low on the value ladder of rats: possible evidence for resilience to addiction. *PLoS One* 2010;5:e11592.
- [10] Kerstetter KA, Ballis MA, Duffin-Lutgen S, et al. Sex differences in selecting between food and cocaine reinforcement are mediated by Estrogen. *Neuropsychopharmacology* 2012;37:2605-14.
- [11] Morales L, Del Olmo N, Valladolid-Acebes I, et al. Shift of circadian feeding pattern by high-fat diets is coincident with reward deficits in obese mice. *PLoS One* 2012;7:e36139.
- [12] Prochaska, JO, DiClemente, C C i Norcross, J C. In search of how people change. *American Psychologist*, 1992, 47, 1102-1114.
- [13] Prochaska, JO, Norcross, J. C. i DiClemente, *Zmiana na dobre. Rewolucyjny program zmiany, który pomoże Ci przezwyciężyć złe nawyki*. 2008, Warszawa: Instytut Amity.
- [14] Taylor, SE. *Health psychology*. 1995, New York: McGraw-Hill.
- [15] Gollwitzer, PM. Implementation intentions: Strong effects of Simple plans. *American Psychologist*, 1999, 54, 493 – 503.
- [16] Baumeister, RF, Heatherton, T F i Tice, DM. *Utrata kontroli. Jak i dlaczego tracimy zdolność samoregulacji*.

- 2000, Warszawa: Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych.
- [17] Bandura, A. Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 1977, 84, 191-215.
- [18] Miller, WR i Rollnick, Wywiad motywujący. Kraków, 2014, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- [19] Pantalon, M, V. *Błyskawiczne wywieranie wpływu. Jak motywować siebie i innych do natychmiastowego działania*. 2013, Gdańsk: GWP.
- [20] Dinciolantonio J, O'Keefe J Wilson WL. Sugar addiction: Is it real? A narrative review. *Article. British Journal of Sports Medicine*, 2017 doi: 10.1136/bjsports-2017-097971.
- [21] Soetens, B, Braet, C, Dejonckheere, P, Roets, A. When suppression backfires: The ironic effects of suppressing eating related thoughts. *Journal of Health Psychology*, 2006, 11, 655-668.
- [22] Kober H, Mende-Siedlecki P, Kross EF, et al. Prefrontal-striatal pathway underlies cognitive regulation of craving. *Proc Natl Acad Sci* 2010;107:14811-6.
- [23] Maruszewski, T. *Psychologia poznania*, 2001 Gdańsk: GWP.
- [24] Jansen, A i van den Hout, I. (1991). On being led into temptation: Counterregulation of dieters after smelling a preloaf. *Addictive Behaviors*, 16, 241-253. doi: 10.1016/0306-4603(91)90017-C
- [25] Neumark-Sztainer, D, French, S, A, Hannan, P, J, Story, M, i Fulkerson, J. A. School lunch and snacking patterns among high school students: associations with school food environment and policies. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 2005, 2, 14.
- [26] Hagger, M. S., Wood, C., Stiff, C. i Chatzisarantis, N. L. D. The strength model of self-regulation failure and health-related behavior. *Health Psychology Review*, 2009, 3, 208-238. doi: 10.1080/17437190903414387
- [27] Stok, M., de Ridder D, de Vet E, de Wit J, Saffron M, Januszewicz A. i Konsorcjum Badawcze Tempest. *Strategie wspierania zdrowych zwyczajów żywieniowych u młodzieży*. Podręcznik Tempest, 2013, s. 11-14. Warszawa: SOWA.
- [28] National Institute for Health and Care Excellence. *Clinical guideline. Obesity: identification, assessment and management*. 2014. Zaczepnięte dnia 10.01.19 z: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg189/chapter/1-Recommendations#behavioural-interventions>.



(Nie)porozumienie z ministrem zdrowia – co dalej po roku od porozumienia?

Minął już ponad rok od podpisania porozumienia między przedstawicielami lekarzy rezydentów a ministrem zdrowia, które miało choć częściowo odmienić ochronę zdrowia w Polsce. Czy tak się stało? Zapewne większość z nas dostrzega, że niekoniecznie. Oto podsumowanie realizacji porozumienia ze stanem na 12 kwietnia 2019 r.

Spełnione obietnice

Pierwszym ze spełnionych przez ministerstwo punktów były podwyżki dla lekarzy rezydentów. Obecnie zarabiają oni od 4000 zł brutto (dla lekarzy specjalizujących się w dziedzinach niepriorytetowych w czasie 1-2. roku specjalizacji) do 6000 zł brutto (dla lekarzy specjalizujących się w dziedzinach priorytetowych od 3. roku specjalizacji, którzy podpisali deklarację, że po zakończeniu specjalizacji pozostaną w Polsce i będą pracować w zawodzie przez okres 2 lat z 5 następujących po ukończeniu szkolenia specjalizacyjnego, tzw. „bon patriotyczny”). Nadal są to kwoty dalekie od wieloletnich postulatów samorządu lekarskiego (2 średnie krajowe dla lekarza bez specjalizacji, 3 średnie krajowe dla specjalisty), jednak w porównaniu z wcześniejszymi wynagrodzeniami jest to krok do przodu.

Kolejną zrealizowaną obietnicą zawartą w porozumieniu jest nadanie lekarzom ochrony prawnej przysługującej funkcjonariuszom publicznym. Dzięki wprowadzeniu takiego zapisu w ustawie o działalności leczniczej lekarz pracujący w placówce finansowanej ze środków publicznych jest chroniony prawnie w przypadku agresji ze strony pacjenta. Napaść na lekarza w takiej sytuacji jest obecnie przestępstwem ściganym z urzędu. W dobie roszczeniowości i agresywnych zachowań niektórych pacjentów jest to bardzo ważne osiągnięcie.

Ponadto zgodnie z porozumieniem zostały zwiększone nabory na studia lekarskie w Polsce. Z jednej strony zwiększono limity przyjęć, z drugiej kolejne uczelnie otwierają kierunek lekarski w ramach swojej struktury. Przy tak znacznym niedoborze kadry lekarskiej w Polsce zwiększanie liczby studentów kierunku lekarskiego jest podstawowym sposobem przeciwdziałania pogarszaniu się sytuacji w ochronie zdrowia. Czy jakość nauczania przy zwiększonym naborze na konkretnej uczelni lub na kompletnie nowym kierunku jest odpowiednia? To już temat na dyskusję przekraczającą ramy tego artykułu.

Daleko od ideału

Czytając początek tego tekstu, mogłoby się wydawać, że udało się zrealizować ważne punkty porozumienia, jednak w rzeczywistości zdecydowaną większość wcielono w życie tylko częściowo. Chociażby „bony patriotyczne” – lekarze dentyści zostali z ich otrzymania wykluczeni w związku z kontrowersyjną interpretacją zapisu ustawowego uprawniającego „lekarzy” do ich otrzymania. Czy ustawodawca zapomniał, że zgodnie z ustawą, gdy nie precyzuje się, że dany przepis nie dotyczy lekarzy dentyстів,



Fot. z archiwum J.B.

► LEK. JAKUB BAJER

Rezydent Radioterapii Onkologicznej WCO Poznań, wiceprzewodniczący Porozumienia Rezydentów OZZL

OZZL wraz z Porozumieniem Rezydentów OZZL, podjął decyzję o organizacji manifestacji wyrażającej nasz sprzeciw wobec takiego traktowania środowiska lekarskiego przez rządzących. Manifestacja odbędzie się 1 czerwca 2019 r. w Warszawie. (...) Już teraz, w imieniu Porozumienia Rezydentów i Komisji ds. Młodych Lekarzy Wielkopolskiej Izby Lekarskiej, zapraszam Państwa do licznego uczestnictwa w tym wydarzeniu. Nie możemy dłużej pozwalać na to, by ochrona zdrowia była dla rządzących na ostatnim miejscu.

„lekarz” oznacza również lekarza dentystę? Najwyraźniej interpretacja została dokonana tak, jak było wygodniej, przez co ucierpiało w skali kraju tylko/aż ok. 100 lekarzy dentystów rezydentów.

Porozumienie przewidywało ponadto 6 dni urlopu szkoleniowego dla wszystkich lekarzy. Do tej pory doczekali się tego tylko lekarze w trakcie specjalizacji (zapis wprowadzono do programów specjalizacji). Specjaliści zostali niestety pominięci. Pominięto również specjalistów pracujących w AOS w temacie podwyżek zagwarantowanych, zgodnie z porozumieniem, wszystkim specjalistom do minimum 6750 zł brutto w przypadku deklaracji pracy wyłącznie w jednym miejscu. Czym różni się specjalista pracujący w poradni od specjalisty z oddziału? Zastanawiam się, czy minister zdrowia umiałby na to pytanie odpowiedzieć i uzasadnić taką decyzję...

Kolejnym punktem zawartym w porozumieniu było przeprowadzenie rozmów pomiędzy ministerstwem a innymi grupami zawodowymi w ochronie zdrowia. Rozmowy te wprawdzie się odbyły, jednak ministerstwo nie miało dla nich żadnej propozycji godnej rozważenia. Punkt ten więc w teorii został zrealizowany, z punktu widzenia ministerstwa, jednak problem warunków pracy wszystkich zawodów medycznych, którego rozwiązanie przyświecało temu punktowi porozumienia, nadal pozostaje aktualny.

W swoich zapisach porozumienie zawierało również informatyzację ochrony zdrowia. Sposób wejścia w życie e-zwolnień jest chyba wszystkim znany i najlepiej pozostawić ten temat bez komentarza. Wprowadzenie pilotażu e-recept od 2019 roku spowodowało liczne problemy w realizacji recept pro auctore. E-skierowania czy e-zlecenia to na razie melodia przyszłości. Zdecydowanie realizacja porozumienia w tym zakresie odbiega od założeń.

Nie mamy pańskiego płaszcza i co pan nam robi?

Ministerstwo Zdrowia kilka punktów porozumienia uznało za kompletnie nieistotne i nie zajęło się ich realizacją lub, wręcz przeciwnie, wykonało ruchy mające na celu wprowadzenie rozwiązań sprzecznych z porozumieniem. Mowa tutaj o planowanym zniesieniu obowiązku określania refundacji z lekarzy poprzez wprowadzenie e-recept. Niestety, pomimo obietnicy przygotowania do końca 2018 roku projektu ustawy mającego zdjąć z lekarzy ten przymus, nie doczekaliśmy się tego. Co więcej, w marcu 2019 r. przyjęto rozwiązania zastrzegające kary za błędnie przyznaną pacjentowi refundację. Jest to jawne złamanie zapisów porozumienia przez stronę rządową i najbardziej skrajny przykład poczucia bezkarności w kwestii jego realizacji.

Do niezrealizowanych punktów porozumienia należy również niewykonanie ewaluacji świadczeń refundowanych ze środków publicznych (tzw. koszyka świadczeń) i ich urealnienie – czas na to minął w styczniu 2019 r. Według relacji z ministerstwa prace nad tym punktem trwają. Czy można jednak wierzyć w te zapewnienia, skoro minął już ponad kwartał od chwili, gdy punkt ten miał wejść w życie? Podobnie sytuacja wygląda z przedstawieniem przez MZ Radzie Ministrów projektu zmiany ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentysty. Projekt został przygotowany przez zespół powołany przez ministra, któremu przewodniczył dr Jarosław Biliński i przedstawiony ministerstwu w styczniu. Zawierał on konkretne zmiany w ustawie, a nawet projekty rozporządzeń. Co z tego, skoro ministerstwo, mając czas do końca marca, by przedstawić go Radzie Ministrów, do tej pory jedynie mówi, że działa w tej sprawie?

Jak liczyć PKB, żeby budżet się dopiął?

Czas omówić najbardziej istotny punkt porozumienia, tj. nakłady na ochronę zdrowia w Polsce. W zeszłym roku udało się wywalczyć, by na ochronę zdrowia przekazywano 6% PKB od 2024 r. Patrząc wyłącznie na wartości bezwzględne, środki na ochronę zdrowia rosną z roku na rok. Wydawało się jednak oczywistym, że zapis ten ma dotyczyć PKB na dany rok (prognozowanego), gdyż wszystkie wydatki planowane w budżecie względem odsetka PKB

są właśnie w ten sposób liczone. Niestety ochrona zdrowia także w tym przypadku okazała się niechlubnym wyjątkiem – postanowiono bowiem, że zdrowie jest mniej ważne od np. obronności i środki przekazywane na ochronę zdrowia są liczone zgodnie z PKB podanym rok wcześniej przez GUS. W skrócie oznacza to, że środki na 2019 r. są liczone na podstawie PKB z 2017 r. Tylko w tym roku jest to strata dla pacjentów i pracowników ochrony zdrowia na poziomie 7,5 mld zł, a współczynnik PKB zamiast wynieść 4,86% kształtuje się na poziomie 4,51%... Jest to dobrze przemyślany manewr – taki sposób liczenia, mimo że niestosowany w innych przypadkach, jest w pełni zgodny z obowiązującym prawem. Stanowi to jednak niezbitą dowód, że ochrona zdrowia nigdy nie była, i bez naszej interwencji nie będzie, dla żadnej partii rządzącej, priorytetem, skoro jako jedyna traktowana jest przez budżet państwa w ten sposób.

Co możemy z tym zrobić?

W powyższym tekście pominąłem kwestie związane z lokalnymi problemami – opóźnieniem wypłaty podwyżek, mydleniem oczu przez dyrekcje, że pieniędzy z ministerstwa nie otrzymali (choć opóźnienia w tym zakresie były i wielu lekarzy, wbrew prawu, swoje pieniądze zobaczyło na koncie z półrocznym lub nawet dłuższym opóźnieniem), więc podwyżek nie wypłacą, kreatywną księgowość w zakresie tzw. zabierania za zejścia i innych aspektów związanych z prawem pracy – na ten temat można by napisać osobny artykuł. Nawet bez tego widać jak na dłoni, że strona rządowa nie liczy się z podpisanymi zobowiązaniami i nadzieje na polubowne rozstrzygnięcie tego sporu przysły. Dlatego Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy, wraz z Porozumieniem Rezydentów OZZL, podjął decyzję o organizacji manifestacji wyrażającej nasz sprzeciw wobec takiego traktowania środowiska lekarskiego przez rządzących. Manifestacja odbędzie się 1 czerwca 2019 r. w Warszawie. Nasza izba podejmie się, jak w przypadku manifestacji organizowanych w 2016 r., organizacji przejazdu autokarami dla osób chcących wziąć udział w tym wydarzeniu. Osobiście zajmę się zebraniem listy chętnych, którzy mogą zgłaszać się e-mailowo na adres: manifestacja106-poznan@gmail.com. Już teraz, w imieniu Porozumienia Rezydentów i Komisji ds. Młodych Lekarzy Wielkopolskiej Izby Lekarskiej, zapraszam Państwa do licznego uczestnictwa w tym wydarzeniu. Nie możemy dłużej pozwalać na to, by ochrona zdrowia była dla rządzących na ostatnim miejscu.

Manifestacja ma być jedynie wstępem do dalszych działań mających doprowadzić do renegotjacji warunków porozumienia jeszcze w tym roku. By to się udało, musimy być solidarni i działać wspólnie. Już teraz zachęcam, by w okresie wakacyjnym i jesienią spędzić więcej czasu z rodziną, nie pracować ponad siły. Zadbajmy o własne zdrowie, o naszych bliskich – pracujmy na jednym etacie, zgodnie z Kodeksem pracy. Zawalcmy w ten sposób wspólnie o lepsze jutro ochrony zdrowia w Polsce! ■

W związku z manifestacją OZZL 1 czerwca 2019 r. w Warszawie region dolnośląski OZZL oraz Dolnośląska Rada Lekarska we Wrocławiu informują o możliwości skorzystania z bezpłatnego transportu autokarami. Transport przeznaczony jest dla lekarzy, lekarzy dentystów, studentów ww. kierunków oraz ich rodzin. Zapisy wyłącznie przez formularz Google – dostępny na fanpage'u DIL i na stronie DIL (link). Godzina wyjazdu z Wrocławia – 7.00, zbiórka o godz. 6.45 – parking przy ul. Ślężnej (przy Wzgórzu Andersa) we Wrocławiu. Manifestacja rozpocznie się o godz. 13.00. Czas odjazdu z Warszawy zostanie wskazany w późniejszym terminie na podane w formularzu adresy e-mail. Osoby odpowiedzialne za zapisy: lek. Marta Kornacka, lek. Michał Głuszek, lek. Mateusz Górka. Kontakt pod adresem: dilzapisy@gmail.com



Nowe oblicze kontroli NFZ.

Czy czeka nas systemowa rewolucja?

26 lutego 2019 r. Senat przyjął bez poprawek nowelizację ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, która wprowadza daleko idące zmiany w zasadach kontroli podmiotów leczniczych ze strony NFZ. Ministerstwo Zdrowia postawiło na rozwiązania dotychczas funkcjonujące w ZUS i w Krajowej Administracji Skarbowej, czyli przede wszystkim na centralizację procesu kontroli. Zamiast dyrektorom oddziałów wojewódzkich, kontrolerzy będą podlegali teraz prezesowi Funduszu, a wydziały kontroli wojewódzkich oddziałów NFZ zostaną włączone do Departamentu Kontroli w centrali instytucji. Równocześnie w tej ostatniej zostanie stworzony specjalny „korpus kontrolerski”. W wyniku nowelizacji zmianie ulegają także same procedury prowadzenia kontroli.

Zasady mają być takie same dla wszystkich

Zgodnie z deklaracjami, celem prac ministerstwa jest stworzenie jednolitych standardów prowadzenia kontroli we wszystkich regionach, a także zapewnienie jednej interpretacji obowiązujących przepisów. Jak na sejmowej Komisji Zdrowia argumentował wiceminister zdrowia Janusz Cieszyński, obecnie mamy 16 podmiotów odpowiedzialnych za kontrolę i „Każdy, mówiąc kolokwialnie, czyta po swojemu”. Zdaniem wiceministra, centralizacja pozwoliłaby również uniknąć oskarżeń kontrolerów o stronniczość wynikającą z lokalnych powiązań.

Przyjęte zmiany mają też w założeniu zmniejszyć uciążliwość działań organów kontrolnych i zapewnić ich przejrzystość. Uporządkowano praktyki NFZ, które często nie były jednoznacznie oparte na przepisach. Przede wszystkim ma zostać ostatecznie zagwarantowane powiadomienie o kontroli z co najmniej 7-dniowym wyprzedzeniem. Zasada ta, zapisana w innych ustawach, nie była do tej pory często respektowana. Co ważne, wyprzedzenie poza oczywistymi sytuacjami, jak zagrożenie życia, ma nie dotyczyć również oceny zasadności wyboru leków i kontroli recept. Określony zostanie także maksymalny czas prowadzenia kontroli, zależny od kwot otrzymanych od NFZ w roku poprzedzającym. Waha się on od 12 dni roboczych (do 2 000 000 zł) do 48 dni roboczych (powyżej 50 000 000 zł). Opresyjności kontroli ma przeciwdziałać zaś zapis o zakazie jednoczesnych kontroli ministerstwa i NFZ oraz braku możliwości ponownej kontroli tego samego obszaru w danym podmiocie. Resort stawia na przyspieszenie i obniżenie kosztów komunikacji ze świadczeniodawcami, zastępując korespondencję



Tekst Piotr Lipiński



For. z archiwum autora

► PIOTR LIPIŃSKI

W 2017 r. ukończył Wydział Lekarski Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu. Obecnie pracuje w Dolnośląskim Centrum Onkologii we Wrocławiu. Przewodniczący Komisji ds. Zdrowia i Spraw Społecznych w Radzie Osiedla Huby. Aktywista stowarzyszenia OK Wrocław.

Źródło grafiki: www.pixabay.com/photos/heart-2338154/rud0070

papierową kontaktem drogą elektroniczną. Resort założył również, że w celu odciążenia podmiotów kontrolowanych i poprawy sprawności kontroli dojdzie do zintensyfikowania działań przedkontrolnych, polegających na zdalnym (korespondencyjnym) wyjaśnianiu przez świadczeniodawców zdarzeń stanowiących podstawę ich weryfikacji przez Fundusz.

Ustawa do poprawki

Niektóre elementy dotyczące nowelizacji ustawy mogą budzić pewne obawy. Pierwszym z nich są zapisy, które wprowadzają możliwość nakładania kar administracyjnych za błędy w ordynacji leków refundowanych, równolegle do obowiązku zwrotu nienależnej refundacji. Mowa tutaj o sytuacjach takich jak:

1. prowadzenie dokumentacji medycznej w sposób niezgodny z przepisami prawa,
2. nieprowadzenie dokumentacji medycznej,
3. wypisanie recepty nieuzasadnionej udokumentowanymi względami medycznymi,
4. wypisanie recepty niezgodnej z uprawnieniami świadczeniobiorcy albo osoby uprawnionej,
5. wypisanie recepty niezgodnie ze wskazaniami zawartymi w obwieszczeniach.

W tej sprawie interweniowała w toku prac legislacyjnych Naczelna Izba Lekarska. Choć projekt został przegłosowany w Senacie bez poprawek w tym zakresie, to na posiedzeniu senackiej Komisji Zdrowia były minister zdrowia Konstanty Radziwiłł oraz przewodniczący komisji senator Waldemar Kraska zapowiedzieli, że zagrożenie podwójnym karaniem zostanie zażegnane poprzez wprowadzanie poprawek w okresie trzymiesięcznego *vacatio legis* ustawy. Podkreślono również współpracę w tym zakresie z NIL. Konstanty Radziwiłł wskazał, że taki tryb procedowania ustawy ma na celu jak najszybsze wejście w życie nowelizowanych zapisów, które pozwolą na wyliczenie ryczałtów szpitalnych w sposób korzystniejszy niż obecnie.

Kontroli będzie znacznie więcej

Nie mniej jednak czujność lekarzy może wzbudzać również sam cel nowej ustawy, która poza uporządkowaniem i ujednoczeniem procedur ma za zadanie przede wszystkim zwiększenie liczby prowadzonych kontroli. W Ocenie Skutków Regulacji projektu ustawy wyraźnie wskazano, że obecnie NFZ jest niezdolny do prowadzenia skutecznej kontroli. Jak wyliczono, przy 35 tysiącach podpisanych umów i zaledwie niecałych dwóch tysiącach kontroli rocznie potrzeba aż 18 lat, aby zweryfikować realizację każdej umowy. Autorzy dokumentu doszli do wniosku, że przy utrzymaniu dotychczasowych przepisów statystycznie każdy świadczeniodawca byłby kontrolowany co 16 lat. Z tego względu przeniesienie uprawnień do centrali NFZ i powołanie nowego korpusu służby ma także zwiększeniu organizacyjnej wydajności organów kontrolujących. W Ocenie Skutków Regulacji wskazano, że przyjęte zmiany będą sprzyjały „lepszemu planowaniu kontroli, ukierunkowanych na wykrycie i potwierdzenie niewłaściwej realizacji umów, na podstawie których Fundusz wypłaca środki publiczne, jak również nieefektywności w tym zakresie wskazanych m.in. przez poprzedzające działania analityczne”.

Optymalizacja kadrowa

Urzędnicy jako wyzwanie, z którymi zmiany organizacyjne także mają się zmierzyć, wskazali stabilność zatrudnienia pracowników kontroli oraz fluktuację kadry kontrolerskiej związaną ze zmianą miejsca zatrudnienia przez osoby z wykształceniem medycznym. Jeden ogólnopolski podmiot kontrolujący, w przeciwieństwie do 16. rozproszonych oddziałów, miałby kompetencje do optymalizacji zatrudnienia, przenoszenia pracowników i podziału zadań między poszczególne jednostki.

Z tego powodu wiceminister Janusz Cieszyński podczas sejmowej Komisji Zdrowia podkreślał, że: „Nie możemy mówić o centralizacji polegającej na fizycznym „zabraniu” pracowników z oddziałów NFZ do centrali. Chodzi wyłącznie o przypisanie organizacyjne. Wszystkie miejsca pracy, ale co istotne, także znajomość lokalnej specyfiki – pozostaną. Jednocześnie zlikwidowana zostanie ta „odległość służbowa, która – a takie sygnały do nas docierały – czasami była problemem”.

Skrócenie procedur

Przyspieszeniu procesu kontroli ma służyć także skrócenie procedury odwoławczej. W Ocenie Skutków Regulacji podkreślano jej skomplikowanie i przewlekłość. Urzędnicy musieli najpierw przygotować protokół kontroli, do którego kontrolowany mógł wnosić zastrzeżenia. Następnym etapem było wystąpienie pokontrolne, do którego również można było wnosić zastrzeżenia. Ostatnim etapem procedury było zażalenie do prezesa NFZ. Zgodnie ze zmianami, redukcji nakładów pracy i większej przejrzystości ma służyć wprowadzenie tylko jednego dokumentu z kontroli – wystąpienia pokontrolnego. Od tego ostatniego będzie można odwołać się już tylko do prezesa Funduszu, w terminie do 14 dni. Na rozpatrzenie zastrzeżeń centrala Funduszu również będzie miała 14 dni. Tym samym ustawa odciąża organy kontrolne z części pracy i znacznie przyspiesza cały proces, według szacunków ustawodawcy o aż średnio 30 dni.

NFZ odstąpi od dochodzenia należności

Odciążeniem dla świadczeniodawców, jak i urzędników, ma być również wprowadzenie tzw. progu bagatelności. Jest to kwota, poniżej której nie będą nakładane kary finansowe, aby nie dochodziło do sytuacji, w jakiej organy państwa będą zaangażowane w ściąganie wręcz symbolicznych środków. Centrala NFZ będzie dochodzić należności wynikających z kar określonych w wystąpieniu pokontrolnym, jeżeli ich kwota jednorazowo przekracza 500 zł. Uzupełnieniem tej zasady ma być ściąganie środków w pełnej wysokości od dnia, w którym suma niedochodzonych należności w roku kalendarzowym przekroczy łącznie 2000 zł. W oparciu o dane resortu z 2018 roku oznaczałoby to powstrzymanie się od nałożenia aż 50% kar, które stanowiły 10% należności.

Podsumowanie

Nowelizacja ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych jest zatem przeszczepieniem na grunt NFZ strategii systemowego uszczelniania, która była wcześniej realizowana głównie w obszarze ściągania podatków. Wiele z opisanych rozwiązań porządkuje istniejący do tej pory chaos prawny i uznaniowość, choć występują także i zagrożenia. Jak w przypadku wielu przepisów, decydujące, zdaje się, będzie nastawienie zreformowanego aparatu kontrolnego do świadczeniodawców. Od postawy urzędników będzie bowiem zależało, czy w ostatecznym rozrachunku kontrole będą mniej uciążliwe, czy staną się jedynie narzędziem łatania dziury w budżecie Funduszu. ■

Źródła:

1. <http://dziennikustaw.gov.pl/DU/2019/399>
2. <https://bip.kprm.gov.pl/kpr/form/r7036050186926,Projekt-ustawy-o-zmianie-ustawy-o-swiadczeniach-opieki-zdrowotnej-finansowanych-.html>
3. <https://www.nil.org.pl/aktualnosci/krzywdzacy-zapis-w-ustawie-ma-byc-zmieniony-jeszcze-w-okresie-vacatio-legis>
4. <https://www.nil.org.pl/aktualnosci/kontrola-recept-szkodliwe-przepisy-groza-podwojnego-karania>
5. <https://www.senat.gov.pl/prace/komisje-senackie/przebieg,8142,1.html>
6. <http://www.politykazdrowna.com/41162,jcieszynski-wprowadzimy-prog-bagatelnosci-w-kontrolach-nfz>
7. <http://www.rynekzdrowia.pl/Polityka-zdrowotna/NFZ-jak-ZUS-Cieszynski-o-powodach-centralizacji-kontroli,192252,14.html>



Ordynacja lekarska pod kontrolą... lekarza

Ordynacja lekarska to nic innego jak zalecenia, zlecenia, polecenia, rekomendacje, instrukcje i sugestie dla pacjenta. Ordynacja lekarska (zresztą nie tylko lekarska, wszak ordynować w zakresie swych kompetencji mogą także pielęgniarki, położne, ratownicy medyczni, fizjoterapeuci i przedstawiciele innych zawodów medycznych) jest procesem wielowątkowym. Strona prawna procesu ordynacji jest niesłuchanie ważna. Nie można jednak tracić z pola widzenia wiedzy medycznej, rzetelności a nawet etyki zawodowej.

Od kilku lat w otoczeniu medycyny narasta szereg wyspecjalizowanych dziedzin wiedzy i sfer życia społecznego. Jednym z aspektów tego zjawiska jest kształtowanie się kompleksowej gałęzi prawa, którą określiłam przed laty mianem prawa ochrony zdrowia. Tradycyjne prawo medyczne zawsze zawężało się do zagadnień ściśle powiązanych z odpowiedzialnością lekarza za wadliwe ordynacje (źle zlecone leki, źle przeprowadzone procedury medyczne, złe instrukcje co do postępowania). Prawo ochrony zdrowia jest dziedziną szerszą, obejmującą według mojej koncepcji zagadnienia z zakresu administracji, nadzoru i kontroli, finansowania i zarządzania rynkiem ochrony zdrowia i wszystkimi jego uczestnikami. W swych obserwacjach, pracy

zawodowej a także działalności pracownika naukowo-dydaktycznego Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu obserwuję bardzo wyraźną, lawinową wręcz eskalację roszczeń (żądań o charakterze prawnym) kierowanych wobec podmiotów wykonujących działalność leczniczą, a w tym zwłaszcza wobec lekarzy. Zjawisko zresztą dość szczególne albowiem nacechowane wzajemnym niezrozumieniem i chyba czasem także agresją. Naturalnie nie poddaję ocenie postaw. Moją intencją jest jedynie zasygnalizowanie faktu, że brak wiedzy rodzi agresję, ta zaś napotyka na wzajemność. Na tym tle wzmagają się działania kontrolujące ze strony instytucji nadzorujących czy kontrolujących, by wymienić Rzecznika Praw Pacjenta czy Narodowy Fundusz Zdrowia. Katalog instytucji jest oczywiście obszerniejszy, zawężam jednak rozważania do tych dwóch.

Na marginesie, od lat dostrzegam w Polsce występowanie dysproporcji instytucjonalnej. Oto istnieją wysoko wyspecjalizowane i wyposażone w rozliczne kompetencje instytucje o charakterze publicznym wykonujące czynności nadzoru i kontroli nad podmiotami wykonującymi działalność leczniczą, oto funkcjonuje bardzo wyspecjalizowane i wyposażone w kompetencje Biuro Rzecznika Praw Pacjenta z samym Rzecznikiem Praw Pacjenta na czele. Nie istnieje natomiast żadna instytucja wspierająca a nie tylko lekarzy, lecz generalnie osoby wykonujące zawody medyczne. Formułuję zatem postulat powołania takiego stanowiska. Może być to Rzecznik Praw Medyka. Naturalnie niesprawiedliwością z mojej strony byłoby nie wspomnieć

Tekst Agnieszka Sieńko

► AGNIESZKA SIENKO

Radca prawny specjalizujący się w ochronie zdrowia, doświadczony szkoleniowiec i nauczyciel akademicki. Jest pracownikiem naukowo-dydaktycznym na Wydziale Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu. W swym dorobku posiada kilka publikacji książkowych samodzielnych i we współautorstwie, publikacje naukowe i niezliczoną liczbę publikacji w periodykach prawniczo-medycznych. Ma otwarty przewód doktorski.



Fot. Joanna Konopczak

o Rzeczniku Praw Lekarza – funkcji powołanej przez i przy izbach lekarskich. Jest to jednak funkcja wspierająca wyłącznie w obszarze i wymiarze korporacyjnym, bez żadnych kompetencji publicznych czy nawet państwowych. Co więcej, mój postulat obejmuje wszystkie zawody medyczne. Odczuwam dysproporcję w opiece państwa roztaczanej nad pacjentami i nad lekarzami. Warto wspomnieć, że poza Rzecznikiem Praw Pacjenta funkcjonuje szereg organizacji pozarządowych działających na rzecz pacjentów. Co czyni tę dysproporcję jeszcze większą.

Czym jest „prawidłowa ordynacja lekarska”?

Co oznacza pojęcie „prawidłowa ordynacja”? Ma ono więcej niż jeden aspekt. Na czoło wysuwają się jednak dwa:

1. zgodność z wymaganiami prawa powszechnego (w tym zgodność z Kodeksem etyki lekarskiej),
2. zgodność z aktualną wiedzą medyczną.

Dodałabym jeszcze jeden aspekt:

3. ordynacja winna być dobrze udokumentowana.

Wiem, że „papierologia” nie jest ulubioną dyscypliną lekarzy. Cóż, z takim stanowiskiem nawet można by się zgodzić, gdyby nie fakt, że poza rzetelną, dobrze odzwierciedlającą stan faktyczny dokumentacją medyczną, nie ma innych świadków ordynacji. Moje doświadczenie radcowskie uczy, że „uwielbienie” dla wizyt w sądach i przed organami ścigania przewyższa „zamiłowanie” do wypełniania formularzy. Może więc warto zadbać o własne bezpieczeństwo?

Wymogi formalne ordynacji

Najpierw wymogi formalne ordynacji rozumianej jako zapis w dokumentacji medycznej. Absolutnym niezbędnikiem w tym zakresie jest Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. z 2015 r., poz. 2069) dalej jako: r.d.m. Zgodnie z §10 r.d.m. dokumentacja indywidualna, poza danymi pacjenta i podmiotu wykonującego działalność leczniczą, zawiera:

„[...]”

3. oznaczenie osoby udzielającej świadczeń zdrowotnych oraz osoby kierującej na badanie diagnostyczne, konsultację lub leczenie:
 - a. nazwisko i imię;
 - b. tytuł zawodowy;
 - c. uzyskane specjalizacje;
 - d. numer prawa wykonywania zawodu – w przypadku lekarza, lekarza dentyisty, pielęgniarki, położnej, felczera i starszego felczera;
 - e. podpis;
4. datę dokonania wpisu;
5. informacje dotyczące stanu zdrowia i choroby oraz procesu diagnostycznego, leczniczego, pielęgnacyjnego lub rehabilitacji, w szczególności:
 - a. opis udzielonych świadczeń zdrowotnych;
 - b. rozpoznanie choroby, problemu zdrowotnego, urazu lub rozpoznanie ciąży;
 - c. zalecenia;
 - d. informacje o wydanych orzeczeniach, opiniach lekarskich lub zaświadczeniach;
 - e. informacje o lekach, wraz z dawkowaniem, lub wyrobach medycznych przepisanych pacjentowi na receptach lub zleceniach na zaopatrzenie w wyroby medyczne;
6. inne informacje wynikające z odrębnych przepisów”.

Dokumentacja indywidualna w ambulatorium

W dokumentacji indywidualnej w ambulatorium (historia choroby w poradni) wpisów dokonuje się w czasie każdej wizyty. Nie każdy jednak wpis musi obejmować komplet informacji

o chorobie. Jeżeli 1 stycznia rozpoznano grypę, a 5 stycznia odbywa się zalecona w czasie wizyty 1 stycznia kontrola, to nie ma potrzeby ponownie wpisywać pełnego pierwotnego rozpoznania. Absolutnie wystarczające jest wpisanie: „Wizyta kontrolna zgodnie z zaleceniem z 1 stycznia”. Podobnie w chorobach przewlekłych typu: cukrzyca, choroba nadciśnieniowa, itp. Nie ma potrzeby w czasie każdej wizyty opisywać na nowo choroby. Wystarczające jest wpisanie: „kontynuacja leczenia nadciśnienia”, lub „kontrola cukrzycy typu II”. Dalej, wpis musi obejmować wskazanie wszystkich wyników wykonanych badań. Niebezpieczne jest używanie zapisów takich jak: „w normie”, „bez zmian”. Niestety takie zapisy mogą przesądzić o zakwestionowaniu ordynacji lub – co gorsza – o przypisaniu lekarzowi nieprawidłowości w leczeniu.

”

Niebezpieczne jest używanie zapisów takich jak: „w normie”, „bez zmian”. Niestety takie zapisy mogą przesądzić o zakwestionowaniu ordynacji lub – co gorsza – o przypisaniu lekarzowi nieprawidłowości w leczeniu.

***W zasadzie leki powinny być ordynowane zgodnie ze wskazaniami rejestrowymi. Bardzo upowszechnione jest jednak ordynowanie leków off label (poza wskazania-
mi rejestrowymi, dosłownie – poza etykietą). Przykład? Stosowanie diuretyków w leczeniu nadciśnienia, czy stosowanie cytostatyków w RZS lub do wlewów do-
szklistkowych w okulistyce. Lekarz ma prawo do takiej ordynacji.***

“

Obszary ordynacji

Ordynacja obejmuje zwykle co najmniej dwa obszary: farmakoterapię (ordynację lekową) oraz zalecenia dotyczące codziennego życia. Ordynacja lekowa jest dokładnie opisana w §10 r.d.m. Według rozporządzenia ordynacja lekowa winna obejmować informację o lekach, wraz z dawkowaniem, i wielkościach przepisanych pacjentowi na receptach. Oznacza to, że w dokumentacji należy wpisać lek, jego postać, dawkę, sposób podawania oraz liczbę opakowań lub tabletek albo ilość substancji. Parametry te muszą dokładnie odpowiadać zapisowi na receptach wydanych pacjentowi. Druga istotna sprawa to zbieżność między opisanym w dokumentacji stanem klinicznym a zaordynowanymi lekami czy wyrobami medycznymi. Chodzi o to, by ordynacja lekowa nie była jedynym zapisem w dokumentacji medycznej z wizyty, albowiem wówczas kontrola ze strony płatnika (NFZ) ustali, że ordynacja jest niezasadna i nieudokumentowana.

NFZ a kontrola ordynacji

Zgodnie z art. 64 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2018 r., poz. 1510), dalej jako: u.ś.o.z., Narodowy »



Fundusz Zdrowia ma prawo przeprowadzać kontrolę ordynacji lekowej. Szczegółowo, NFZ ma prawo weryfikować zasadność wyboru leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobów medycznych stosowanych w leczeniu, rehabilitacji i badaniach diagnostycznych, a także przestrzegania zasad wystawiania recept. Zasadność wyboru leków ma oczywiście swój wymiar formalny. W zasadzie leki powinny być ordynowane zgodnie ze wskazaniami rejestrowymi. Bardzo upowszechnione jest jednak ordynowanie leków off label (poza wskazaniami rejestrowymi, dosłownie – poza etykietą). Przykład? Stosowanie diuretyków w leczeniu nadciśnienia czy stosowanie cytostatyków w RZS lub do wlewów doszkliskowych w okulistyce. Lekarz ma prawo do takiej ordynacji.

„
(...) rekomenduję bardzo wnikliwe czytanie upoważnienia do kontroli. Upoważnienie do kontroli wskazuje dokładnie okres objęcia kontrolą (opisany datami) oraz zakres kontroli. Jakikolwiek wątpliwości muszą być wyjaśniane natychmiast. (...) Dokumentem, który naprawdę powinien spotkać się jednak z wnikliwą analizą, jest dopiero wystąpienie pokontrolne (art. 64 ust. 7 u.ś.o.z.).

„
Poza przepisami prawa, a wskazanie rejestrowe jest zakotwiczone w art. 11 ustawy z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne (Dz. U. z 2017 r., poz. 2211), dalej jako: u.p.f., lekarza wiąże wymóg postępowania zgodnego z aktualną wiedzą medyczną. Taki wniosek płynie wprost z art. 4 Ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz. U. z 2018 r., poz. 617), dalej jako: u.z.l.d., zgodnie z którym lekarz ma obowiązek wykonywać zawód, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi mu metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należytą starannością.

Aktualna wiedza medyczna to: wyniki randomizowanych badań klinicznych do czasu obalenia ich innymi tego samego typu badaniami, doniesienia z prasy naukowej (np. punktowanej impact factorem), zaleceniami medycznych towarzystw naukowych; szczególnie, gdy znajdują one potwierdzenie u krajowego konsultanta odpowiedniej dziedziny medycyny. Lekarz ma zawsze prawo skierować pytanie do konsultanta, najlepiej krajowego. Kierowałam w imieniu swych klientów zapytania do konsultantów krajowych i odpowiedź zawsze przychodziła.

Kontroli podlega także zgodność liczby opakowań lub ilość substancji wpisanej w dokumentacji medycznej z ordynacją na receptach – o czym wyżej. Wszelka niezgodność obciąża – niestety – lekarza. Już tylko gwoli powinności akademickiej wskazuję na bezwzględną konieczność opatrywania każdego wpisu datą udzielenia świadczenia i podpisem lekarza. Są to elementy *sine qua non*. Przypominam o nich, bo są to nader często obszary krytyczne.

Kary umowne

Konsekwencją wadliwego ordynowania jest możliwość zastosowania kar umownych stosownie do Rozdziału 4. (§ 29 i nast.) Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2016 r., poz. 1146), dalej jako: r.o.w.u.,

oraz dochodzenia dalszego odszkodowania. Jeżeli więc lekarz przepisze lek, ale nie wpisze w dokumentacji medycznej informacji o uzasadniającej tę ordynację chorobie lub stanie, wówczas NFZ zastosuje karę umowną oraz będzie dochodziło odszkodowania do wysokości dokonanej refundacji za dany lek.

Omówiłam wyżej zapisy w indywidualnej dokumentacji medycznej pacjenta leczonego w trybie ambulatoryjnym. Analogiczne regulaty dotyczą ordynacji lekowej ujętej w karcie informacyjnej z leczenia szpitalnego, o czym wyraźnie stanowi § 24 ust. 3 pkt 6 r.d.m.

Protokół z kontroli

Z kontroli sporządzany jest protokół. To dokument opisujący istniejący, stwierdzony w toku kontroli, stan rzeczy. Nie ma on jednak znaczenia „strategicznego”. Nie oznacza to, że traktuję protokół jako nieistotny. Chcę uczulić Czytelników na pewne aspekty. Po pierwsze, rekomenduję bardzo wnikliwe czytanie upoważnienia do kontroli. Upoważnienie należy potem porównać z opisem zakresu kontroli opisanego w protokole. Upoważnienie do kontroli wskazuje dokładnie okres objęcia kontrolą (opisany datami) oraz zakres kontroli. Jakikolwiek wątpliwości muszą być wyjaśniane natychmiast. Następnie, wnikliwe analizowanie kwalifikacji kontrolujących. Dokumentację medyczną może przeglądać wyłącznie osoba mająca wykształcenie medyczne (nie musi być to lekarz). Okoliczności dotyczące okresu kontroli, samych kontrolujących, treści upoważnień muszą być dokładnie opisane w protokole. Należy mieć także wiedzę o tym, jakie w toku kontroli mogą być przeprowadzane dowody. Dowodami są w szczególności: dokumenty, wyniki oględzin, opinie biegłych, wyjaśnienia i oświadczenia. Co z tego – może paść pytanie? Ano to, że jeżeli kontrolujący „nie słucha” wyjaśnień lekarza czy przedstawiciela podmiotu, zawsze można złożyć oświadczenie, ale (sic!) koniecznie w formie pisemnej. Pismo adresowane do kontrolujących z kopią wysłaną bezpośrednio do NFZ.

Wystąpienie pokontrolne

Dokumentem, który naprawdę powinien spotkać się jednak z wnikliwą analizą, jest dopiero wystąpienie pokontrolne (art. 64 ust. 7 u.ś.o.z.). Podmiot zobowiązany do finansowania świadczeń ze środków publicznych (NFZ) sporządza wystąpienie pokontrolne zawierające ocenę działalności kontrolowanego świadczeniodawcy i zalecenia pokontrolne w razie stwierdzenia nieprawidłowości. Świadczeniodawca może, w terminie 7 dni od dnia otrzymania wystąpienia pokontrolnego, zgłosić zastrzeżenia do NFZ. Zastrzeżenia NFZ rozpatruje w terminie 14 dni. W przypadku nieuwzględnienia zastrzeżeń NFZ informuje o tym niezwłocznie świadczeniodawcę. Świadczeniodawca jest obowiązany, w terminie 14 dni od dnia otrzymania wystąpienia pokontrolnego albo od dnia otrzymania informacji o nieuwzględnieniu zastrzeżeń, do poinformowania podmiotu zobowiązanego do finansowania świadczeń ze środków publicznych o sposobie wykonania zaleceń pokontrolnych oraz o podjętych działaniach lub przyczynach niepodjęcia tych działań. Taka informacja polega na przykład na poinformowaniu, że przeszkolono lekarzy w zakresie prowadzenia dokumentacji medycznej lub, że nie zakupiono nowego komputera ze względu na brak środków w bieżącym budżecie.

Ramy artykułu są zbyt skromne na wyłożenie całości zagadnienia, ale najważniejsze obszary zostały w tekście zaakcentowane. Rekomenduję poświęcenie nieco czasu na wyczerpujące opisanie stanu pacjenta i podstaw ordynacji w dokumentacji medycznej. Zapłatą będzie spokój i uniknięcie kar finansowych. Zwykłam mawiać – dobra dokumentacja jest dla lekarza więcej warta niż polisa ubezpieczeniowa. ■

Ze zdrowiem lekarzowi do twarzy

Na całym świecie zdrowy styl życia staje się coraz bardziej modny. Informacjami o nim przesiąknięte są media społecznościowe, telewizja i książki, które szybko dorabiają się miana bestsellerów. Także w Polsce coraz więcej osób zdaje sobie sprawę z tego, że dzięki codziennej aktywności fizycznej i zdrowemu odżywianiu mogą osiągnąć wymierny i pozytywny efekt zdrowotny.



Tekst Alicja Jazienicka

Źródło grafiki: www.pixabay.com/photos/ability-4008601/rawpixel

Prozdrowotne postawy można zaobserwować nie tylko w Internecie, są one obecne w licznych kampaniach społecznych (wciąż aktualny przykład stanowi dość kontrowersyjna kampania przeciwko otyłości, zdołająca wrocławskie przystanki). Na naszym lekarskim podwórku nurt ten jest obecny w postaci stosunkowo świeżej, prężnie rozwijającej się dziedziny medycznej zwanej medycyną stylu życia. Zakłada ona, że poprzez realizację tak podstawowych (co nie oznacza wcale, że łatwych do poprawienia!) elementów, jak zdrowa dieta, właściwa higiena snu, unikanie palenia, odpowiednie zarządzanie stresem, dostosowana do stanu zdrowotnego aktywność fizyczna i trafne relacje społeczne, jesteśmy w stanie znacznie poprawić stan naszego zdrowia. Obok prozdrowotnej filozofii życia należy postawić także profilaktykę – obie potrafią stworzyć bardzo korzystny duet. Nie od dziś wiadomo, że lepiej zapobiegać niż leczyć.

Jako lekarze mamy do dyspozycji w relacji z pacjentem potężne narzędzie – bazowanie na własnym przykładzie. Używając argumentów, w które sami wierzymy, i zaleceń, które realizujemy, stajemy się znacznie bardziej wiarygodni. Możemy wpleść odrobinę dydaktyki zdrowotnej w trakcie każdej rozmowy i wizyty lekarskiej. W naszych gabinetach brakuje na to czasu, ale nawet kilka zdań jest lepsze niż nic. Jaki argument najłatwiej przekona pacjenta do szczepienia przeciwko grypie? Informacja, że sami

Na naszym lekarskim podwórku nurt ten jest obecny w postaci stosunkowo świeżej, prężnie rozwijającej się dziedziny medycznej zwanej medycyną stylu życia.

się zaszczepiliśmy. A jeszcze lepiej, że namówiliśmy do tego całą swoją rodzinę. Czy zabrzmiemy bardziej przekonująco, doradzając rzucenie palenia w momencie, gdy sami jesteśmy wolni od nałogu? Wysoce prawdopodobne.

Teraz trzeba jednak spojrzeć na temat z bardziej realistycznej strony – czy i tutaj sprawdza się porzekadło, że szewc w dziurawych butach chodzi? Czy styl życia lekarzy można określić jako zdrowy? To bardzo indywidualna kwestia. Ostatnio była u mnie w gabinecie przedstawicielka firmy farmaceutycznej i z oburzeniem opowiadała, jak kilka dni wcześniej, w jednej z wiejskich przychodni, odwiedziła w gabinecie lekarza, którego zachowanie bardzo ją zbulwersowało. Okazało się, że ów lekarz przechodził ciężką anginę, a jednak wciąż przyjmował pacjentów. Oczywiście, rozumiem oburzenie w aspekcie epidemiologicznym, ale bez trudu jestem w stanie wyobrazić sobie też powody, dla których wspomniany pan doktor wciąż pracował, zamiast odpoczywać w domu, w łóżku. Prawdopodobnie nie miał na ten dzień zastępstwa, a czuł się odpowiedzialny za stan zdrowia umówionych pacjentów. Ich lista była zapewne długa...

Jeszcze gorzej może wyglądać sytuacja związana z drugą, również ważną składową zdrowia – komponentą psychiczną. Nieprzespane noce, wypełnione ostro-dyżurnym stresem, zmiany rytmu dobowego, ciągła presja i oczekiwanie, zamartwianie się losem pacjentów, zagrożenie popełnieniem błędu, potrzeba ciągłego aktualizowania wiedzy – kolejne wyzwania dla naszych umysłów i obciążenia dla mózgu, można wymieniać jeszcze długo. Wszystkie te czynniki nasilają się szczególnie wtedy, gdy rozpoczynamy pracę w charakterze lekarza. Musimy wtedy odnaleźć się w nowym środowisku i udźwignąć tę odpowiedzialność. Wbrew pozorom umiejętność relaksu i odpoczynku może zanikać, jeśli wystarczająco długo jest ignorowana. Na jej miejscu pojawia się wypalenie i frustracja. Czasami pracujemy zbyt wiele, bo już nie umiemy inaczej, często jednak jest to konieczne, aby nadrobić braki kadrowe. I tutaj dochodzimy do głównego problemu polskiego systemu opieki zdrowotnej – nas, lekarzy, jest po prostu wciąż za mało. Kolejni z nas wyjeżdżają. Miło byłoby pozwolić sobie na luksus (czy naprawdę powinnam to nazywać luksusem?) pozostania w domu, gdy rano obudzimy się z gorączką i okropnym bólem gardła, bo ktoś będzie w stanie nas zastąpić. Nieważne, czy pracujemy w POZ czy na oddziale szpitalnym. »



Jak powiedział kiedyś pisarz Jonathan Swift: „Najlepszymi lekarzami na świecie są: doktor dieta, doktor spokój i doktor dobry humor”. Nam, lekarzom, pozostaje w obecnej sytuacji naprawdę zdrowo jeść i odkrywać coraz to nowsze pokłady optymizmu, bo ze spokojem może być trudno.

Niestety, droga do tego wydaje się długa. Biorąc pod uwagę statystyki – Polska pod względem liczby lekarzy w przeliczeniu na liczbę mieszkańców klasyfikuje się na końcu europejskiej stawki. Ten temat był już wielokrotnie poruszany, także na łamach „Medium”, między innymi przy okazji akcji wypowiedzania klauzuli opt-out. Tym bardziej martwi opieszałość w poszukiwaniu rozwiązania. Zwiększanie liczby studentów kierunków lekarskich jest zaledwie szczytem góry lodowej potrzebnych zmian – zanim młodzi adepci przejdą wszystkie etapy kształcenia, miną długie lata, a i tak spora część z nich utknie w wąskim gardle oczekiwania na wymarzone specjalizacje. Liczba miejsc szkoleniowych nieszczególnie wzrasta mimo zapotrzebowania. Naczelna Rada Lekarska wyraziła już sprzeciw wobec nierealizowania przez Ministerstwo Zdrowia i Rząd RP porozumienia zawartego pomiędzy rezydentami a stroną rządową. Oczywiście – bezpośrednio to my sami odpowiadamy za swoje grafiki, za

Absolwentka Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu. Obecnie jest w trakcie specjalizacji z medycyny rodzinnej.



Fot. z archiwum A.J.

► **ALICJA JAZIENICKA**

swoje zdrowie i za swoje wybory. Ale jedno jest pewne – system popycha nas w kierunku pracy ponad siły.

Jak powiedział kiedyś pisarz Jonathan Swift: „Najlepszymi lekarzami na świecie są: doktor dieta, doktor spokój i doktor dobry humor”. Nam, lekarzom, pozostaje w obecnej sytuacji naprawdę zdrowo jeść i odkrywać coraz to nowsze pokłady optymizmu, bo ze spokojem może być trudno. ■

LEKARSKI DZIEŃ DZIECKA



Zródło grafiki: www.pixabay.com/photos/balloons-2074589/rMeghann

Komisja Młodych Lekarzy DRL zaprasza dzieci lekarzy oraz lekarzy dentyistów – członków DIL wraz z opiekunami na Lekarski Dzień Dziecka. Impreza odbędzie się **2 czerwca (sobota)** w Sali Zabaw Fioletowa Sowa w C.H. Tarasy Grabiszyńskie. **Przewidziane są dwie tury, pierwsza rozpocznie się o godz. 9.00, druga o godz. 12.30.** W planach wspólnego świętowania m.in.: warsztaty muzyczne, taneczne i plastyczne, artystyczne malowanie twarzy, balonikowe zwierzątka lub inne balonikowe niespodzianki i wiele więcej.

Zapisy będą możliwe wyłącznie przez **formularz Google**, który wkrótce znajdzie się na fanpage’u DIL i na stronie DIL (link do formularza). Liczba miejsc ograniczona. Śledźcie uważnie nasz facebookowy profil i www.

Komisja Młodych Lekarzy DRL

Ważne – informacja o obowiązkach lekarza, lekarza dentyisty wobec okręgowej izby lekarskiej, której jest członkiem.

Na podstawie art. 49 ust. 5 ustawy o izbach lekarskich z dnia 2.12.2009 r. (tekst jedn. Dz. U. z 2016 r. poz. 522 ze zmianami) lekarz, lekarz dentyista obowiązany jest, w terminie 30 dni, do zawiadomienia okręgowej izby lekarskiej, której jest członkiem o:

- zmianie nazwiska;
- zmianie adresu zamieszkania i do korespondencji z podaniem telefonu i adresu poczty elektronicznej;
- uzyskaniu lub utracie obywatelstwa polskiego;
- zatrudnieniu – przedkładając zaświadczenie wydane przez pracodawcę zawierające datę zatrudnienia, formę zatrudnienia, stanowisko oraz wymiar czasu pracy, a po zakończeniu zatrudnienia świadectwo pracy. W przypadku umowy cywilnoprawnej: kserokopia umowy oraz zaświadczenie o realizowaniu bądź wykonaniu tej umowy;
- wykonywaniu zawodu wyłącznie w praktyce lekarskiej przedkładając stosowne oświadczenie;
- zaprzestaniu wykonywania zawodu na czas nieokreślony na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
- utracie dokumentu uprawniającego do wykonywania zawodu;
- uzyskaniu specjalizacji, stopnia naukowego lub tytułu naukowego;
- przyznaniu emerytury lub renty przedkładając stosowny dokument (decyzja ZUS bądź aktualna legitymacja emeryta/rencysty);

- posiadaniu prawa wykonywania zawodu w innym państwie;
- wykonywaniu zawodu w innym niż Rzeczpospolita Polska państwie członkowskim Unii Europejskiej.

Ponadto:

1. lekarz, lekarz dentyista który zrzekł się prawa wykonywania zawodu obowiązany jest do złożenia okręgowej radzie lekarskiej stosownego oświadczenia wraz z dokumentem uprawniającym do wykonywania zawodu;
2. lekarz, lekarz dentyista, który:
 - przerwał wykonywanie zawodu na okres dłuższy niż 5 lat,
 - uprzednio zaprzestał wykonywania zawodu na czas nieokreślony,
 - miał zawieszono prawo wykonywania zawodu,
 obowiązany jest powiadomić o zamiarze podjęcia wykonywania zawodu właściwą okręgową radę lekarską;
3. lekarz, lekarz dentyista obowiązany jest do bezzwłocznego zwrotu okręgowej radzie lekarskiej izby, której jest członkiem, dokumentu uprawniającego do wykonywania zawodu w przypadku pozbawienia prawa wykonywania zawodu, zawieszenia prawa wykonywania zawodu lub utraty tego prawa;
4. lekarz, lekarz dentyista pełniący czynną służbę wojskową, na czas tej służby, powinien być wpisany na listę członków Wojskowej Izby Lekarskiej;
5. lekarzowi, lekarzowi dentyście nie wolno odstępować dokumentu „Prawo wykonywania zawodu lekarza”, „Prawo wykonywania zawodu lekarza dentyisty” innej osobie oraz przesyłać go w obrocie krajowym i zagranicznym.



Z dr hab. Hanną Gerber, prof. nadzw. rozmawia Aleksandra Solarewicz

Wieloośrodkowe badania przeprowadzone przez Katedrę i Klinikę Chirurgii Szcękowo-Twarzowej UM we Wrocławiu w grupie 420. pacjentów wykazały, że tylko 38% badanych deklaroowało uzyskanie informacji o czynnikach ryzyka i objawach nowotworów jamy ustnej od lekarzy dentystów.

Źródło grafiki: www.pixabay.com/photos/blue-ribbon-3778242/marijana1

Podstępna choroba jam i przestrzeni (głowy i szyi)

Mylone ze schorzeniami zębopochodnymi, dobrze maskują się stanem zapalnym i niedrożnością nosa. Uwierająca proteza kryje pod sobą guz, ale zanim stwierdzi to lekarz, pacjent zdiagnozuje siebie... przez Internet. O nowotworach jamy ustnej z dr hab. Hanną Gerber, prof. nadzw., kierownikiem Katedry i Kliniki Chirurgii Szcękowo-Twarzowej Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu rozmawia Aleksandra Solarewicz.

Aleksandra Solarewicz: Pani Profesor, stomatologa odwiedzam regularnie, ale o prewencji nowotworów jamy ustnej dowiedziałam się... na konferencji naukowej w ramach akcji „Polska mówi #aaa”. Czy mam rozumieć, że problem jest marginalny?

Dr hab. Hanna Gerber, prof. nadzw.: Wprost przeciwnie. W statystykach polskich nowotwory jamy ustnej są drugim co do częstości występowania nowotworem głowy i szyi, zaraz po raku krtani. W Polsce to szósty nowotwór pod względem liczby nowych zachorowań. Rocznie rejestruje się około 650 tys. nowych zachorowań.

A.S.: Który obszar jamy ustnej atakowany jest najczęściej?

H.G.: Aż w 40% przypadków nowotwory jamy ustnej zlokalizowane są na języku. Większość z nich to raki płaskonabłonkowe.

A.S.: Kto choruje najczęściej? Czy jest to

zależne od wieku?

H.G.: Większość zachorowań w tej grupie nowotworów – 89% zachorowań u mężczyzn i 87% zachorowań u kobiet – występuje po 50. roku życia.

A.S.: Jakie są rokowania?

H.G.: 5-letnie przeżycie uzależnione jest od lokalizacji guza w obrębie jamy ustnej oraz stanu zaawansowania klinicznego i wynosi średnio 49%.

A.S.: Bardzo niekorzystne rokowania...

H.G.: Tak. Częstość zgonów z powodu nowotworów jamy ustnej w Polsce jest znacznie wyższa niż przeciętna dla krajów Unii Europejskiej. W Polsce umieralność wśród mężczyzn jest ok. 2,7 razy wyższa, a wśród kobiet 1,7 razy wyższa niż średnia dla krajów UE. Statystyka zachorowalności i wyniki leczenia skłaniają do smutnej konstatacji, że w Polsce sytuacja pacjenta cierpiącego na raka jamy ustnej jest znacznie gorsza niż w krajach Europy »



Fot. z archiwum H.G.

► DR HAB. HANNA GERBER

Prof. nadzw. Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu. Lekarz medycyny i lekarz dentyista. Specjalista chirurgii szcękowo-twarzowej. Kierownik Katedry i Kliniki Chirurgii Szcękowo-Twarzowej UM we Wrocławiu



Zachodniej. Zachorowalność jest podobna, zaś wyleczalność czy szansa przeżycia są niższe.

A.S.: Czy te nowotwory są tematem szczególnie już opisanym?

H.G.: Ilość materiału jest skromna w porównaniu do badań dotyczących nowotworów gruczołu piersiowego, dalszych odcinków przewodu pokarmowego, krtani czy gardła. Stąd też doniosłość tematu podjętego przez redakcję „Medium”.

A.S.: Pani Profesor, jakie są główne czynniki zachorowalności?

H.G.: Większość raków jamy ustnej związana jest z narażeniem na dwa najczęstsze czynniki ryzyka: palenie tytoniu i nadużywanie wysokoprocentowego alkoholu. Wśród osób jednocześnie palących i pijących ryzyko zachorowalności wzrasta ponad 10-krotnie.

A.S.: A inne powody?

H.G.: To drażnienie błony śluzowej jamy ustnej np. poprzez źle dostosowane uzupełnienia protetyczne, brak higieny jamy ustnej, wiek. Potwierdzonym czynnikiem jest infekcja wirusem brodawczaka ludzkiego HPV. Najczęściej występującym onkogenym wirusem w tym obszarze jest typ 16 i 18. Infekcja wirusem HPV wiąże się głównie z rozwojem raka gardła środkowego i migdałków podniebiennych. Jest to udokumentowany związek z kancerogenezą w obrębie błony śluzowej jamy ustnej. Ponieważ wirus HPV jest również odpowiedzialny za zmiany w obrębie narządów rodnych (kłykciny kończyste), może być przenoszony na drodze kontaktów oralnych.

A.S.: Na czym polega odrębność nowotworów głowy i szyi?

H.G.: O tym decyduje złożona budowa anatomiczna tego regionu, wieloczynnościowe zaburzenia w zależności od lokalizacji nowotworu oraz często towarzyszące infekcje zębopochodne maskujące rozwój nowotworu. Głowa i szyja to obszar wielu jam i przestrzeni, w których nowotwór może rozwijać się bezobjawowo, nie powodując ewidentnych objawów zaburzeń funkcji.

A.S.: Jakie są pierwsze objawy, które niepokoją?

H.G.: Niegojące się owrzodzenia na błonie śluzowej jamy ustnej, białe, nieścieralne zmiany, żywoczerwone plamy, ograniczenia ruchomości języka, złe przyleganie protez zębowych, bóle zębów bez przyczyny próchnicowej, niedrożność nosa, krwawienia z nosa, bóle przy połykaniu, łzawienie, obecność guza na szyi czy objawy niedowładów nerwów czaszkowych są symptomatyczne dla nowotworów jamy ustnej.

A.S.: Czy lekarze dentyści są tego świadomi?

H.G.: Wieloośrodkowe badania przeprowadzone przez Katedrę i Klinikę Chirurgii Szczękowo-Twarzowej UM we Wrocławiu w grupie 420. pacjentów wykazały, że tylko 38% badanych deklarowało uzyskanie informacji o czynnikach ryzyka i objawach nowotworów jamy ustnej od lekarzy dentyistów. Mniej niż 50% badanych nie miało wykonanego przeglądu jamy ustnej pod kątem nowotworów jamy ustnej w trakcie 12. miesięcy poprzedzających badanie. Niepokojący jest również fakt, że zmiany przednowotworowe na błonie śluzowej jamy ustnej nie były identyfikowane przez większość badanych.

A.S.: Wiadomo, że chętnie diagnozujemy się przez Internet. Kto robi to najchętniej?

H.G.: Czerpanie informacji o nowotworach z Internetu korelowało ujemnie z wiekiem pacjentów (im pacjent starszy, tym rzadziej korzysta z Internetu) oraz dodatnio z miejscem zamieszkania i wykształceniem. Mieszkańcy dużych miast i lepiej wykształceni częściej czerpali wiedzę z Internetu we wszystkich badanych ośrodkach. Badanie wykazało, że we wszystkich ośrodkach, kobiety niezależnie od wykształcenia i miejsca zamieszkania, mają większą wiedzę i świadomość niż mężczyźni.

A.S.: Specjalistyczne badanie zaczyna się więc późno?

H.G.: Niecharakterystyczne objawy kliniczne, trudności w różnicowaniu stanu zapalnego zębopochodnego i nowotworu, rzadkość występowania nowotworów głowy i szyi w stosunku do innych nowotworów, brak doświadczenia onkologicznego lekarzy dentyistów oraz niska świadomość pacjentów odnośnie do czynników ryzyka i objawów są przyczyną późnego rozpoznania i rozpoczęcia leczenia.

A.S.: Zadam ostrożne pytanie: guz jamy ustnej i co dalej?

H.G.: Po zakończeniu kompleksowego leczenia, na które składa się leczenie operacyjne i następową radioterapię, pacjenci powinni podlegać regularnej kontroli, ponieważ do wznowy procesu nowotworowego w pierwszym roku dochodzi u 30% z nich. Chorzy zgłaszają się do leczenia w wysokim stopniu zaawansowania klinicznego nowotworu, czego wynikiem jest niska, bo zaledwie ok. 45-50% przeżywalność 5-letnia, a agresywne leczenie chirurgiczne powoduje dramatyczne pogorszenie jakości życia. Występowanie nowotworów jamy ustnej w Polsce co roku wzrasta, natomiast świadomość społeczeństwa pozostaje na niskim poziomie, a wczesne zmiany często są źle diagnozowane lub zlekceważone. ■

Wspomnienie

Niezapomniane i Drogie Koleżanki! Niezapomniani i Drodzy Koledzy! Przyjaciółki i Przyjaciele, którzy odeszli z naszego grona w latach 1959-2019.

Pamiętamy o Was, jesteście obecni w naszych myślach i sercach. Wspominamy wspólnie przeżyte chwile z okresu studiów w naszej Alma Mater – Akademii Medycznej we Wrocławiu i z okresu wspólnej pracy, tutaj we Wrocławiu czy w innych zakątkach naszego kraju bądź poza nim, gdzie los Was rzucił i gdzie pozostaliście na stałe.

Od uzyskania przez nas absolutorium mija 60 lat. To piękna rocznica, skłaniająca do wspomnień i zadumy o powikłanych losach naszego pokolenia.

W tej uroczystej chwili, mówimy – spoczywajcie w pokoju.

W imieniu absolwentów AM we Wrocławiu,
rocznik 1959, uczestników Zjazdu 60-lecia
Komitet Organizacyjny

Naukowa podróż do... Kołobrzegu

Jakie są najnowsze trendy w stomatologii? Tego lekarze dentyści dowiedzieli się podczas XXII konferencji naukowo-szkoleniowej w Kołobrzegu. Przez trzy dni (29-31 marca) w Diune Hotel & Resort poruszano istotne problemy, z którymi stomatolodzy spotykają się w codziennej praktyce. A za tą naukową podróżą do Kołobrzegu stoją dr n. med. Agnieszka Ruchała-Tyszler, przewodnicząca Komisji Stomatologicznej ORL w Szczecinie i dr n. med. Łukasz Tyszler, wiceprezes ORL w Szczecinie.

„Najnowsze trendy w stomatologii” są wciąż trendy. Ponad 200 uczestników – ta liczba mówi sama za siebie. Wśród przybyłych – delegacja z Komisji Stomatologicznej Dolnośląskiej Rady Lekarskiej (Iwona Świętkowska, Urszula Kanaffa-Kilijańska, Violetta Duży). 3 dni, imponujące gremium prelegentów i łącznie – 16 wykładów. W tym ten dotyczący nasilającego się współcześnie zjawiska „zjadanie własnych zębów”.

Jak leczyć patologiczne starcie zębów?

„Zjadanie własnym zębów” to dziś problem powszechny. Do gabinetu stomatologicznego często trafiają pacjenci, u których utrata zewnętrznych warstw tkanek zęba przybiera patologiczną postać. O tym m.in. mówiła prof. dr hab. n. med. Teresa Sierpińska, konsultant krajowy z protetyki stomatologicznej. Prelegentka wygłosiła referat pt. „Postępowanie rehabilitacyjne u pacjentów z patologicznym starciem uzębienia uwzględnieniem analizy okluzyjnej przed, w trakcie i po leczeniu”.

Jak wiadomo, ścieranie się zębów jest zjawiskiem fizjologicznym i wynosi średnio 15 µm w przypadku zębów przedtrzonowych i 29 µm w przypadku zębów trzonowych dla powierzchni okluzyjnych na rok. Z patologicznym ścieraniem uzębienia mamy do czynienia wtedy, kiedy proces utraty tkanek twardych przebiega w miejscach i w czasie nieadekwatnym dla zjawisk fizjologicznych.

Utrata wysokości tkanek twardych powyżej 1/3 wysokości korony zęba to już zaawansowany proces starcia patologicznego.

Cechy kliniczne wskazujące na obecność patologicznego procesu to:

- obnażanie zębiny wtórnej, ekspozycja zębiny na powierzchniach językowych lub policzkowych,
- ubytki niepróchnicowe pochodzenia w okolicy szyjki zęba, zagłębienia w okolicy brzegu siecznego lub powierzchni żującej,
- starcie bardziej zaawansowane w jednym łuku niż w drugim,
- niezdolność do kontaktu startych brzegów siecznych lub powierzchni żujących – podczas ruchu żuchwy,
- wypełnienia wystające ponad powierzchnię okluzyjną,
- nadwrażliwość zębów,
- skrócenie długości siekaczy w taki sposób, że długość zęba nie jest proporcjonalna do jego szerokości,
- obnażenie zębiny,
- utrata żywotności zęba.

Wśród czynników etiologicznych odpowiedzialnych za starcie patologiczne wyróżnia się: warunki okluzyjne, braki zębowe, siłę zwarcia i jej przebieg w czasie, aktywność mięśni układu stomatognatycznego, właściwości fizyko-chemiczne śliny, skład mineralny szkliwa, choroby przebiegające z zarzucaniem treści pokarmowej z żołądka do jamy ustnej, czynniki dietetyczne, niektóre wykonywane zawody



Źródło grafiki: www.pixabay.com/photos/tooth-2873104/LionFive

– np. pracownicy pracujący przy produkcji akumulatorów, osoby długotrwale przebywające w dużym zapyleniu, czynniki idiopatyczne.

Zbierając wywiad warto zwrócić uwagę, czy: pacjent miał lub ma bulimię (uszkodzone szkliwo w torze wymiotów – podniebienne powierzchni siekaczy górnych), popełnia błędy dietetyczne (np. żucie cytryny, spożycie dużych ilości napojów gazowanych typu coca-cola).

Klasyfikacja starcia zębów:

1. zasięg:

- ograniczone (1-2 sekstansy),
- uogólnione (3-6 sekstansów)

2. zaawansowanie:

- łagodne: starcie ograniczone do szkliwa,
- średnio zaawansowane: odsłonięcie zębiny
- zaawansowane: odsłonięcie zębiny niezależnie od powierzchni zęba oraz utrata wysokości korony poniżej 2/3
- ekstremalne: odsłonięcie zębiny niezależnie od powierzchni zęba oraz utrata wysokości korony powyżej 2/3

3. pochodzenie:

- uszkodzenie mechaniczne: wewnątrz- lub zewnątrzpochodne (erozja).

Uszkodzenia mechaniczne wewnątrzpochodne, czyli **atrycja** to: bruksizm, zaciskanie zębów, przedwczesne kontakty, wadliwy sposób połykania. **Egzogenne – abrazja** to np. żucie kwaśnych pokarmów (wspomniana już cytryna), nawyki nagryzania ciał obcych, gra na instrumentach dętych, klamry i podparcia w protezach ruchomych, aparaty ortodontyczne. **Uszkodzenia chemiczne endogenne** to np.: płytka nazębna, płyn w kieszonce dziąsłowej, refluks żołądkowo-przełykowy, bulimia a **egzogenne**: napoje na bazie cytrusów, zawodowy kontakt z kwasami.

Objawy uszkodzenia chemicznego:

- odsłonięcie zębiny na powierzchniach okluzyjnych i brzegach siecznych o kształcie filiżanki lub kraterów, zaokrąglenie guzków i spłaszczenie bruzd,
- starcie na powierzchniach niezwarciowych (okolice szyjek zębów),
- wystające ponad powierzchnie zębów wypełnienia,
- szerokie zagłębienia na powierzchniach szkliwa, utrata proporcji długość – szerokość w zakresie koron klinicznych,
- duża przezierność brzegów siecznych,
- wypolerowana błyszcząca powierzchnia amalgamatów,
- brak płytki nazębnej oraz kamienia,
- nadwrażliwość,
- wygładzone, jedwabiste powierzchnie zębów – zlokalizowane poza obszarami funkcji. »



Objawy uszkodzenia mechanicznego:

- starcie szkliwa i zębiny w tym samym stopniu,
- zdolność do kontaktu startych brzegów siecznych lub powierzchni żujących – podczas ruchu żuchwy,
- możliwe odłamanie guzków lub uszkodzenie uzupełnień stałych,
- impresje zębów na policzkach i języku,
- uszkodzenia zajmujące większą powierzchnię przy ograniczonej głębokości.

Jak przy takich objawach postępować z pacjentem? **Należy:** ocenić stopień i rodzaj starcia, ustalić przyczynę, podjąć działania profilaktyczne.

Działania profilaktyczne

W przypadku uszkodzeń chemicznych profilaktyka skupia się na: ustaleniu czynnika/-ów etiologicznych, szczegółowym wywiadzie dietetycznym z określeniem potencjalnych czynników etiologicznych, WATCH strategii, zabezpieczeniu powierzchni startych i walce z nadwrażliwością poprzez aplikację związków fluoru, bezpośrednim pokryciu dużych powierzchni materiałem kompozytowym lub zastosowaniu minimalnie inwazyjnych uzupełnień protetycznych (ceramika, kompozyt).

W przypadku uszkodzeń mechanicznych działania profilaktyczne polegają na: eliminacji kontaktów przedwczesnych w położeniu zwarcia centralnego i przy ruchach bocznych (regularna kontrola okluzji z wykorzystaniem różnych narzędzi), zastosowaniu szyny relaksacyjnej z twardego tworzywa akrylowego w celu stworzenia korzystnych warunków okluzyjnych, skierowaniu pacjenta do leczenia ortodontycznego (w przypadku stwierdzenia zaburzeń okluzyjnych), bezpośrednim zabezpieczeniu powierzchni startych materiałami kompozytowymi tak długo jak to możliwe, instruktażu higieny.

Podsumowanie

Patologiczne ścieranie uzębienia – zanim zdecydujemy się leczyć je u pacjenta, powinniśmy postawić na profilaktykę i zatrzymać proces chorobowy (remisja). Dopiero wtedy można myśleć o rekonstrukcji. Jak widać profilaktyka w stomatologii to nie tylko profilaktyka choroby próchnicowej. Problem będzie się nasilał, bo pacjentów z patologicznym starciem uzębienia z dnia na dzień przybywa.

Violetta Duży

Więcej o konferencji...

Szacowne grono wykładowców, autorytetów z wielu dziedzin stomatologicznych i medycznych, w ciekawy sposób przedstawiło obecne trendy w stomatologii. Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu reprezentowali: prof. Marzena Dominiak, kierownik Katedry i Zakładu Chirurgii Stomatologicznej, prezydent Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego; prof. Beata Kawala, kierownik Katedry Ortopedii Szczękowej i Ortodoncji, konsultant krajowy w dziedzinie ortodoncji; prof. Tomasz Gedrange z Katedry i Zakładu Chirurgii Stomatologicznej, jednocześnie dyrektor Polikliniki Ortodoncji na Uniwersytecie w Dreźnie; dr hab. Wojciech Bednarz z Katedry i Zakładu Periodontologii.

Prof. M. Dominiak w zajmujący sposób przedstawiła problem replantacji zębów po urazie, a także autoreplantacji w oparciu o własne przypadki kliniczne. Prof. B. Kawala interesująco zaprezentowała leczenie ortodontyczne jako postępowanie interdyscyplinarne. Również prof. T. Gedrange z zaangażowaniem edukował słuchaczy na temat interdyscyplinarnego leczenia pacjentów ze szkieletowymi wa-

dami zgryzu. Dr hab. W. Bednarz przystępnie i ciekawie opowiedział o leczeniu chirurgicznym zmian rozrostowych, przerostowych i nowotworowych w jamie ustnej.

Prof. Ingrid Różyło-Kalinowska, lekarz specjalista z zakresu radiologii i diagnostyki obrazowej, jest prezydentem European Academy of DentoMaxilloFacial Radiology, dyrektorem regionalnym na Europę International Association of Dentomaxillofacial Radiology i wiceprezydentem Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego. W porywający sposób przedstawiła światowe trendy w diagnostyce radiologicznej w prelekcji zatytułowanej „Czy CBCT wyprze pantomografię”, podkreślając niezbędność i rozwój tomografii stożkowej, przy jednoczesnej konieczności dalszego stosowania zdjęć RTG zębowych, skrzydłowych, skrzydłowo-zgryzowych oraz pantomograficznych (z tendencją do możliwości wyboru obrazowanej warstwy).

Stomatologię dziecięcą reprezentowała prof. Dorota Olczak-Kowalczyk, konsultant krajowy w tej dziedzinie, omawiając endodencję zębów mlecznych, a także prof. Katarzyna Emerich z Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego, która przedstawiła zaskakujące przypadki spotykane u pacjentów dziecięcych.

Konsultant krajowy z protetyki stomatologicznej prof. Teresa Sierpińska ciekawie opowiedziała o postępowaniu rehabilitacyjnym u pacjentów z patologicznym starciem uzębienia z uwzględnieniem analizy okluzji.

Dr n. med. Małgorzata Tomasiak z pasją omówiła „Zmianę płaszczyzny okluzyjnej i wymiaru pionowego w leczeniu ortodontycznym wybranych pacjentów”. Pani doktor z zespołem naukowców z Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego i Akademii Morskiej stworzyła projekt i prototyp łyżki wyciskowej do jednostronnych braków uzębienia, który otrzymał złoty medal (rywalizując z przedstawicielami 25 krajów) na Międzynarodowej Wystawie Własności Intelektualnej, Wynalazków i Innowacji 2019 w Bangkoku.

Niezwykle ważne było zwrócenie uwagi na postępowanie z pacjentami obciążonymi chorobami ogólnoustrojowymi. Dr n. med. Anita Horodnicka-Józwa, specjalista pediatra, diabetolog, endokrynolog i diabetolog dziecięcy mówiła o dziecku z cukrzycą typu 1 w gabinecie stomatologicznym, natomiast dr Robert Józwa specjalista kardiolog inwazyjny – o pacjencie ze stabilną chorobą wieńcową przed zabiegiem niekardiologicznym.

Resumé pierwszej pomocy w gabinecie stomatologicznym w fascynujący sposób przedstawił dr n. med. Marek Zienkiewicz, specjalista anestezjologii i intensywnej terapii. Zalecał posiadanie w gabinecie glukometru, ciśnieniomierza, butli z tlenem. Przydatny może okazać się też pen z adrenaliną, który należy przechowywać w lodówce i podać głęboko domięśniowo w anafilaksji.

Uczestnicy „Najnowszych trendów w stomatologii” mogli wesprzeć wychowanków domów dziecka, którymi opiekują się członkowie OIL w Szczecinie, uczestnicząc w loterii, która stała się wizytówką cyklicznego wydarzenia.

Konferencji towarzyszyła sesja samorządowa, na którą zaproszeni zostali trzej politycy – posłowie różnych partii – dwoje lekarzy i lekarz dentysta (jedyne lekarze dentysta poseł w kraju). Dyskusja o sytuacji stomatologii w Polsce toczyła się z nadzieją na przekazanie problemów do wyższych instancji.

Komisję Stomatologiczną Dolnośląskiej Rady Lekarskiej reprezentowały: przewodnicząca Iwona Świętkowska, Violetta Duży i pisząca te słowa. ■

Urszula Kanaffa-Kilijańska

Edukuj z nami swoich pacjentów!

Próchnica (szczególnie u dzieci) jest równie poważnym problemem co patologiczne ścieranie uzębienia. By wesprzeć Państwa w działaniach profilaktycznych w tym zakresie, na s. 29 i s. 32 publikujemy tablicę edukacyjną, która powstała w ramach programu polityki zdrowotnej Urzędu Miejskiego Wrocławia pn. „Zapobieganie próchnicy zębów u uczniów wrocławskich szkół podstawowych”. Wystarczy wyrwać plakat i powiesić w swoim gabinecie.

PS Dziękuję p. Joannie Nyczak, dyrektor Wydziału Zdrowia i Spraw Społecznych Urzędu Miejskiego Wrocławia za udostępnienie nam tablicy i wyrażenie zgody na jej upowszechnienie za pośrednictwem „Medium”.

lek. dent. Iwona Świętkowska,
przewodnicząca Komisji Stomatologicznej DRL

SOR(RY)

TU RATUJE SIĘ ŻYCIĘ!



**KORZYSTAJ Z PLACÓWEK NOCNEJ
I ŚWIĄTECZNEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ**



**WYKAZ NA STRONIE
WWW.NFZ-WROCLAW.PL**

Zakładka: Nocna i świąteczna pomoc medyczna



NIE ODBIERAJ INNYM SZANSY



Program polityki zdrowotnej pn. „ZAPOBIEGANIE PRÓCHNICY ZĘBÓW U UCZNIÓW WROCŁAWSKICH SZKÓŁ PODSTAWOWYCH”.

METODA 4 KROKÓW DO ZDROWIA I PIĘKNEGO UŚMIECHU

01 MOTYWACJA

DBAJĄC O ZDROWIE ZĘBÓW ZAPEWNIASZ SOBIE:

- białe zęby i piękny uśmiech,
- świeży oddech,
- poprawną mowę,
- zdrowy organizm,
- akceptację rówieśników,

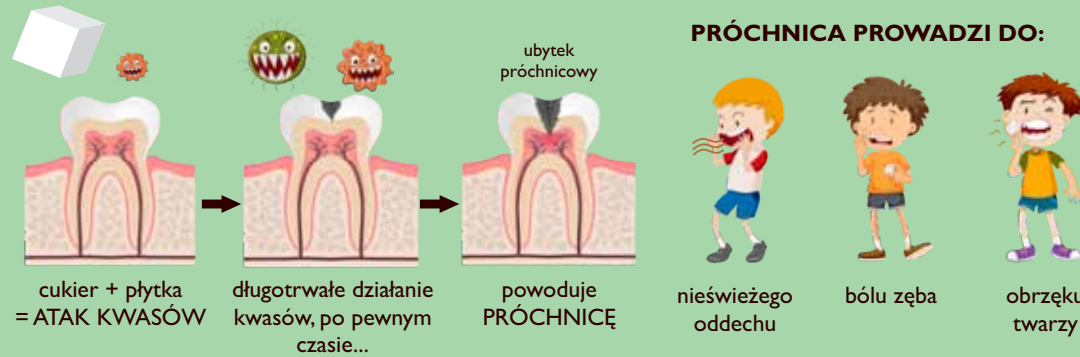


02 WIEDZA

Próchnica zębów jest chorobą infekcyjną wywołaną głównie przez bakterie, które wytwarzają z cukrów kwasy rozpuszczające twarde tkanki zęba. W Polsce ok. **90% uczniów ma próchnicę zębów**.

Proces powstawania próchnicy

Pożywką dla bakterii są węglowodany (cukry), które dostarczane są z pożywieniem. Bakterie próchnicotwórcze rozkładają cukry do kwasów, które wraz z resztkami jedzenia tworzą na zębach miękką osad, zwany płytką bakteryjną. Kwasy te rozpuszczają z kolei twarde tkanki zęba, tj. szkliwo i zębinę, w procesie zwanym demineralizacją.



Czy wiesz, że:

Płytkę bakteryjną jest w kolorze zęba. Pomocne przy określeniu dokładności oczyszczania zębów jest wybarwienie płytki bakteryjnej.



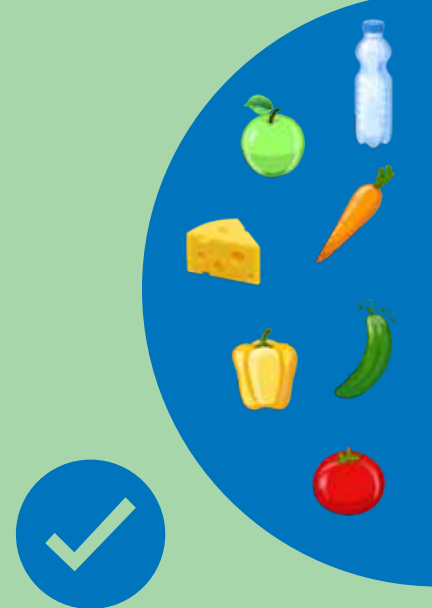
HIGIENA JAMY USTNEJ

Szczotkuj zęby:

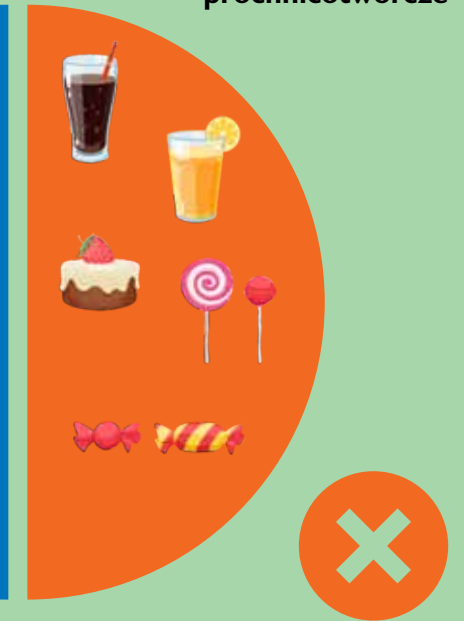


ODŻYWIANIE

Wybieraj produkty niepróchnicotwórcze



Ogranicz produkty próchnicotwórcze



PAMIĘTAJ!

PRÓCHNICY ZĘBÓW MOŻNA ZAPOBIEGAĆ, A NAWET JĄ ODWRÓCIĆ. JAK? PRZESTRZEGAJ ZALECEŃ HIGIENICZNYCH I DIETETYCZNYCH. **OGRANICZ** SPOŻYCIE NIEZDROWYCH PRODUKTÓW ZAWIERAJĄCYCH CUKIER.

03 UMIEJĘTNOŚCI



Jak zapobiegać rozwojowi ubytków próchnicowych? Należy dbać o higienę jamy ustnej. Istnieje wiele metod szczotkowania zębów (np. metoda Roll). Lekarz stomatolog i higienistka **pomogą dobrać technikę** do stanu zdrowia jamy ustnej, wieku czy zdolności manualnych. Metodę szczotkowania zębów skonsultuj ze specjalistami.

04 NAWYKI



Myj zęby regularnie



Wybieraj zdrową żywność



Planuj wizyty u lekarza stomatologa

Pamiętaj!

Warunkiem osiągnięcia celu programu jest **współpraca dzieci, rodziców, nauczycieli, lekarza dentysty i higienistki stomatologicznej.**

Współpraca ta warunkuje wykształcenie nawyków higienicznych, żywieniowych i korzystania z pomocy lekarza dentysty.



Fot. z archiwum DCO

Prof. Piotr Rutkowski, szef Kliniki Nowotworów Tkanek Miękkich, Kości i Czerniaków z Centrum Onkologii – Instytut im. Skłodowskiej-Curie w Warszawie prezentuje nowy dermatoskop dla DCO.



Nowoczesny gabinet dermatoskopowy w DCO dysponuje m.in. mikroskopem konfokalnym, dermatoskopem cyfrowym i aparatem do USG.

Dla chorych na nowotwory skóry. Nowy oddział w Dolnośląskim Centrum Onkologii

Oddział Nowotworów Tkanek Miękkich, Skóry i Czerniaków rusza tej wiosny w Dolnośląskim Centrum Onkologii. Specjalizuje się w leczeniu pacjentów z mięsakami, czerniakami i rakami skóry. Będzie się w nim odbywała nowoczesna diagnostyka dermatoskopowa oraz elektrochemioterapia, czyli leczenie nieoperacyjnych przerzutów do skóry u chorych na czerniaka i raka piersi. DCO jest drugim ośrodkiem w Polsce, który dysponuje tą aparaturą.

Prezentacji nowo powstałego „unitu” (ang. Skin Cancer Unit) dokonał jego ordynator dr n. med. Marcin Ziętek podczas konferencji prasowej w DCO 18 kwietnia. Briefing współprowadzili: dr hab. n. med. Adam Maciejczyk, dyrektor DCO; prof. dr hab. n. med. Piotr Rutkowski, dyrektor Kliniki Nowotworów Tkanek Miękkich, Kości i Czerniaków Centrum Onkologii – Instytutu im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie i dr n. med. Marcin Zdzienicki z tej samej kliniki. Dwaj ostatni spośród wymienionych, podobnie jak dr hab. n. med. Witold Owczarek, prof. nadzw., kierownik Kliniki Dermatologii CSK MON Wojskowego Instytutu Medycznego w Warszawie, wygłosili też prelekcje.

500 operacji, 1800 zabiegów

Oddział Nowotworów Tkanek Miękkich, Skóry i Czerniaków mieści się w budynku F. To tam będą się odbywały zabiegi elektrochemioterapii. Tam również znajduje się nowoczesny gabinet dermatoskopowy, wyposażony m.in. w mikroskop konfokalny, dermatoskop cyfrowy i USG. Nowy unit DCO może przyjąć 24 pacjentów, którymi będą się opiekować: 4 specjalistów chirurgii onkologicznej, 1 chirurgii ogólnej, 21 pielęgniarek i koordynatorka procesu onkologicznego, 2 sekretarki medyczne i 9 salowych. Ponadto, do zespołu należy 3 onkologów klinicznych, 2 radioterapeutów, 2 patomorfologów, radiolog i rehabilitant. Ma to umożliwić wykonywanie rocznie około 500 operacji i 1800 zabiegów ambulatoryjnych.

Uruchomienie oddziału kosztowało milion 275 tys. zł. Środki pochodzą z funduszy unijnych i ministerialnych, natomiast gmina Długołęka opłaciła wykończenie i umeblowanie. Znaczenie inwestycji podkreślali na konferencji przedstawiciele samorządu: wojewoda dolnośląski Paweł Hreniak, marszałek województwa Cezary Przybylski i prezydent Wrocławia Jacek Sutryk. – Otworzyliśmy już nowe filie DCO w Legnicy i Jeleniej

Górze oraz Breast Unit, pierwsze w regionie Centrum Chorób Piersi – przypomniał marszałek Przybylski.

Dermatoskop do badania znamion skóry

Kolejnym donatorem okazała się, i była to niespodzianka, Archidiecezja Wrocławska. Jej rzecznik ks. Rafał Kowalski, w imieniu ks. abp. Józefa Kupnego, przekazał na ręce dr. Marcina Ziętka dermatoskop. To niewielkie urządzenie, które z uwagą oglądali goście DCO służy do badania znamion skóry. Lekarze tłumaczyli, jak przebiega badanie. – Zachorować może każdy z nas – stwierdził dr Ziętek. – Każdy z nas ma setki znamion na skórze. Widoczny jest stały i wyraźny wzrost liczby zachorowań na czerniaki, raki skóry i mięsaki. Na Dolnym Śląsku choruje około 300 pacjentów rocznie, a w skali całego kraju ponad 4 tysiące. Stale obniża się wiek tych, u których zdiagnozowano te choroby.

– W najbliższym czasie planujemy objąć opieką wszystkich mieszkańców województwa z rozpoznaniem czerniaka i mięsaka – mówił dr Ziętek. – Chcemy zapewnić im najbardziej aktualne i zalecane metody leczenia, jakie są obecne w Polsce. Pomoże w tym współpraca z Uniwersytetem Medycznym we Wrocławiu, który będzie tu prowadzić badania i zajęcia dla studentów, oraz z Centrum Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie. – Musimy poprawić warunki leczenia. Jest to możliwe dzięki nowej pracowni diagnostycznej oraz tzw. leczeniu skojarzonemu, z udziałem specjalistów z zakresu radiologii, chemioterapii i chirurgii onkologicznej – powiedział dr hab. n. med. Adam Maciejczyk, dyrektor DCO. Niedługo zacznie się budowa Nowego Szpitala Onkologicznego we Wrocławiu. Do nowej siedziby DCO w alei Stabłowickiej przeniesie się prawdopodobnie za około 5 lat.

Aleksandra Solarewicz



Mistrz, autorytet i tarcza. Prof. Religa patronem D

Dzięki niemu tysiące polskich serc zabiło mocniej. Od soboty 22 marca twórca polskiej kardiologii jest patronem Dolnośląskiego Centrum Chorób Serca „Medinet”. Tego dnia we wrocławskim ratuszu żona prof. Zbigniewa Religi uroczystie odsłoniła jego popiersie. Liczni uczniowie, następcy i współpracownicy wspominali tego, który był dla nich nauczycielem, szefem i ojcem.

Kilkaset osób, które wypełniło tego wiosennego dnia Salę Wielką ratusza, przybyło na uroczystość oficjalną, a wzięło udział w spotkaniu mającym cechy uroczystości rodzinnej, w dziesiątą rocznicę śmierci Profesora. Słowa poważne i serdeczne, wzruszające i dowcipne, osobiste i oficjalne, których pod adresem prof. Zbigniewa Religi padło tak wiele i z tak wielu ust, przekonały słuchaczy, że pod pojęciem „światowej sławy” kryje się ogromny upór, szorstkość, ale i wrażliwość, dystans do siebie samego i... do własnej śmierci.

W kręgu bliskich

Uroczystość poprowadzili prezes DCChS prof. Romuald Cichoń i również je reprezentujący prof. Krzysztof Wronecki. Wprowadzili gości do tematu, koordynowali wystąpienia, ale sami usunęli się w cień. Główną rolę przekazali innym, którzy mieli okazję znać prof. Religę, współpracować z nim, uczyć się od niego i dzięki niemu zyskać – jak sami mówią – nowe życie. Gościem honorowym wrocławskiego ratusza była tego dnia dr n. med. Anna Wajszczuk-Religa, którą otaczało grono współpracowników męża przybyłych z Poznania, Zabrza, Warszawy, Gdańska i Krakowa. Niektórzy świadkowie życia i pracy Profesora wystąpili tylko wirtualnie, w filmie, którego pełna, 50-minutowa projekcja poprzedziła odsłonięcie popiersia.

Profesor od serca

Dokument pt. „Profesor od serca. Zbigniew Religa” został nakręcony w 2010 roku. Wtedy, zaledwie rok po śmierci głównego bohatera, reżyser Halina Szymura zdążyła odnaleźć, odwiedzić i zachęcić do rozmowy osoby, które – jeszcze niedawno zetknąwszy się z Profesorem i będąc w pełni sił – mogły przekazać o nim to, co najważniejsze. Tworzą oni prawdziwą galerię postaci: od najbliższych – żony i dzieci – przez lekarzy i pacjentów, po płk. Mirosława Czechowskiego, który od 1985 r. do przejścia na emeryturę w roku 1998 r. odpowiadał za realizację programu transportu organów w ramach „Akcji Serce” i bezpośrednio współpracował z prof. Zbigniewem Religą. Wśród świadków znajduje się oczywiście prof. Marian Zembala (który z przyczyn zdrowotnych nie mógł przyjechać do Wrocławia osobiście). – Trudne przypadki nie osłabiały jego motywacji. Dla niego trudny pacjent to było wyzwanie, zadanie – tak profesor scharakteryzował swojego przełożonego. A skoro darowanie drugiego serca i życia graniczy z cudem, Religa miał pełną świadomość, że może się nie udać. – On wszystko brał na siebie. Niepowodzenia też. On siebie uważał za tarczę – dodaje obecny w ratuszu prof. Jan Sarna, dyrektor generalny Fundacji Rozwoju Kardiologii.

Przestrzeń przyzwoitości

Jako nauczyciel kształcił lekarzy „po amerykańsku”: – Szybkie szkolenie – kontrola jakości



4



5

Dolnośląskiego Centrum Chorób Serca „Medinet”

– jesteś dobry – idziesz do przodu – wymienia jednym tchem prof. Andrzej Bochenek, długoletni kierownik I Kliniki Kardiologii GCM Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach – a to się nie mieściło w ówczesnych polskich normach. Był to chirurg, a więc gość we własnym domu, marzący, by zjeść coś ciepłego i się wyspać. Minister, który w sytuacji oficjalnej z zachwytem spontanicznie (i ostro) zaklął, i kibic nieodżałowanej pamięci klubu Górnik Zabrze. Człowiek, który najlepiej czuł się w swoim aucie z paczką papierosów i muzyką jednej płyty Louisa Armstronga w tle. „Tatuś” dla lekarzy, którzy tak mówili o nim w prywatnych rozmowach. Trudno wymienić każde imię Profesora, który pracował z tak wieloma i tak wielu uratował życie. Postać wielowymiarowa, niewątpliwie barwna. – Państwo go dobrze pamiętacie. A ja proszę państwa, byście też pamiętali, że jako Religa kardiolog, Religa poseł, Religa senator, Religa minister, wszędzie pozostawił po sobie w medycynie przestrzeń. Przeróżności przyzwoitości – podsumowuje prof. Marian Zembała.

Prof. Janusz Skalski, kierownik Kliniki Kardiologii Dziecięcej w USK na krakowskim Prokocimiu podkreśla, że to był człowiek z charyzmą. Wielu kardiologów w Polsce nazywało go po prostu szefem. Prof. Skalski ma przed oczami scenę sprzed 10 lat, w której odebrał telefon od śmiertelnie chorego już wówczas Religi. Zaaferowany licznymi sprawami bieżącymi Kliniki, które właśnie porządkował, próbował przełożyć rozmowę. W odpowiedzi usłyszał: „Ja się chciałem pożegnać”. – Proszę sobie wyobrazić, jakim człowiekiem musi być szef, który sam dzwoni do przełożonego, żeby się pożegnać? – zawiesił głos prof. Skalski.

Dla kardiologii dolnośląskiej

Dr n. med. Anna Wajszczuk-Religa w asyście prof. Romualda Cichonia odsłania popiersie męża autorstwa prof. Mariana Molendy, przykryte dotąd biało-czerwoną flagą, które niebawem stanie w holu DCCChS, pierwszego niepublicznego szpitala kardiologicznego w Polsce.

Goście z ośrodków krajowych wracają na widownię i nadchodzi moment wspomnień o dolnośląskiej kardiologii. Okoliczności pierwszego w regionie przeszczepu doskonale pamięta prof. Wojciech Witkiewicz, dyrektor Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego. Przekonywał wtedy ojca młodego rowerzysty zabitego na drodze pod Trzebnicą do udzielenia zgody na pobranie serca do transplantacji. – Niech pan pomyśli, on już nie żyje, ale jego serce przywróci życie komu innemu. Jeszcze dzisiaj, gdy prof. Witkiewicz o tym mówi, jego głos drży. – A nie byłoby na Dolnym Śląsku przeszczepów, gdyby nie prof. Religa i kardynał Gulbinowicz – dodaje – bo prawdziwe są słowa prof. Hirszfelda: „Kto chce zapalać innych, musi sam płonąć”. Dyrektor DCCChS prof. Romuald Cichonia, który w 1986 r. jako najmłodszy lekarz w Europie samodzielnie wykonał przeszczep serca: – Często, gdy stoję przy stole operacyjnym i jest trudny przypadek, pytanie, co robić dalej, myślę: „A co by zrobił mój szef?” I wtedy bardzo często znajduje się proste, skuteczne rozwiązanie. Zbigniew Religa jest ze swoim zespołem do dziś.

Aleksandra Solarewicz

Opisy do zdjęć:

1. Mistrz i uczeń. Prof. Krzysztof Wronecki miał szczęście współpracować z prof. Religą, uczyć się od niego chirurgicznej precyzji.
2. – On wszystko brał na siebie. Niepowodzenia też. On siebie uważał za tarczę – mówił prof. Jan Sarna, dyrektor generalny Fundacji Rozwoju Kardiologii.
3. Dr n. med. Anna Wajszczuk-Religa w asyście prof. Romualda Cichonia odsłania popiersie męża autorstwa prof. Mariana Molendy, które niebawem stanie w holu DCCChS „Medinet”.
4. – A nie byłoby na Dolnym Śląsku przeszczepów, gdyby nie prof. Religa i kardynał Gulbinowicz – oznajmił prof. Wojciech Witkiewicz i dodał – bo prawdziwe są słowa prof. Hirszfelda: „Kto chce zapalać innych, musi sam płonąć”.
5. Kilkaset osób wypełniło 22 marca Salę Wielką wrocławskiego ratusza.



Drzewo Profesora Antoniego Cieszyńskiego w Oleśnicy

Jubileuszowy rok 2018 był okazją do przypomnienia i uhonorowania wielu osób zasłużonych w tworzeniu Niepodległego Państwa Polskiego w 1918 r. Jedną z nich jest niewątpliwie prof. Antoni Cieszyński, wybitny polski uczyony, twórca stomatologii polskiej i pionier stomatologii światowej.

4 czerwca 2018 r. w Oleśnicy, mieście urodzenia profesora, pod patronatem Narodowym Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej Andrzeja Dudy w Stulecie Odzyskania Niepodległości oraz pod Patronatem Honorowym Wojewody Dolnośląskiego Pawła Hreniaka, odbyła się uroczystość patriotyczna „Profesor Antoni Cieszyński – Człowiek Niepodległości”. Obszerna relacja z tej uroczystości została zamieszczona w nr 9/2018 „Medium”.

Dopełnieniem czerwcowej uroczystości było posadzenie w Oleśnicy „Drzewa Niepodległości”, którego patronem został prof. Antoni Cieszyński. Drzewo posadzono uroczystie 9 listopada 2018 r. na terenie I Liceum Ogólnokształcącego im. Juliusza Słowackiego w ramach ogólnopolskiej akcji „Eko-historia – 100 drzew na Stulecie Odzyskania Niepodległości 1918-2018”, której patronowali: Dolnośląski Urząd Wojewódzki, Regionalna Dyrekcja Lasów Państwowych oraz Wojewódzki Fundusz Ochrony Środowiska i Gospodarki Wodnej we Wrocławiu.

Posadzenie drzewa poprzedziła uroczysta akademia poświęcona setnej rocznicy odzyskania niepodległości. Sylwetkę prof. Antoniego Cieszyńskiego przedstawił Prezes Towarzystwa Miłośników Lwowa w Oleśnicy Leszek Mulka, akcentując jego udział w tworzeniu niepodległego Państwa Polskiego, a szczególnie czynne uczestnictwo w obronie Lwowa w listopadzie 1918 r.

W ogarniętym walkami Lwowie prof. Cieszyński zorganizował Polską Służbę Sanitarną i przez cały okres walk o Lwów był jej kierownikiem.

„Drzewo Cieszyńskiego” (buk) zostało posadzone w widocznym i eksponowanym miejscu przed wejściem głównym do liceum, od strony ul. Słowackiego. Po przeciwnej stronie ulicy znajduje się reprezentacyjny gmach Starostwa Powiatowego w Oleśnicy. Przed drzewem została umieszczona tabliczka z biogramem Profesora oraz krótki opis gatunku drzewa.

W uroczystości udział wzięli uczniowie i nauczyciele I Liceum Ogólnokształcącego

w Oleśnicy, władze powiatu oleśnickiego oraz zaproszeni goście: prezes Oddziału Wrocławskiego Polskiego Towarzystwa Historii Medycyny dr hab. n. med. Barbara Bruziewicz-Mikłaszewska, prezes Towarzystwa Miłośników Lwowa w Oleśnicy Leszek Mulka, przedstawiciel Dolnośląskiej Izby Lekarskiej lek. stom. Jacek Wojtkowicz oraz nadleśniczy Nadleśnictwa Oleśnica Jarosław Kałuża.

Inicjatorem całości przedsięwzięcia było Towarzystwo Miłośników Lwowa w Oleśnicy.

Leszek Mulka,
Towarzystwo Miłośników Lwowa
i Kresów Południowo-Wschodnich



Fot. z archiwum autora

Odślonienie tabliczki poświęconej prof. Antoniemu Cieszyńskiemu. Od lewej: dr hab. n. med. Barbara Bruziewicz-Mikłaszewska, prezes TML w Oleśnicy Leszek Mulka, Nadleśniczy Jarosław Kałuża, starosta oleśnicki Wojciech Kociński.

LEKARZE NA... MEDAL

Dolnośląscy lekarze wrócili w rodzinne strony z kolekcją medali. Złote i srebrne krążki wywalczyli w Stalowej Woli podczas XXII Halowych Mistrzostw Polski Lekarzy w Tenisie. Rozgrywki pod egidą Polskiego Stowarzyszenia Tenisowego Lekarzy (PSTL) odbyły się w dniach 14-17 marca 2019 r. Wzięło w nich udział 76. lekarzy i lekarzy dentyistów z całej Polski.

Dolnośląską Izbę Lekarską reprezentowali: Tomasz Maziak (srebrny medal w singlu w kategorii +60, złoty medal w deblu w kategorii +55), Piotr Wiczorkowski (finał turnieju pocieszenia w singlu), Dariusz Gajecki, Marcin Krywiak (złoto w singlu w kategorii +35 i w deblu w kategorii +45, srebro w mikście w kategorii powyżej 100 lat), Marek Pudełko (złoto w singlu w kategorii +60), Leszek Staszewski, Grzegorz Szymczak, Stanisław Świerad (srebro w singlu w kategorii +80). Ale po kolei...

Turniej odbył się na nawierzchni twardej (typu hard) w hali tenisowej Miejskiego Klubu Tenisowego przy ul. Wyszyńskiego 1 w Stalowej Woli.

Medycy rywalizowali w singlu, deblu i mikście w różnych kategoriach wiekowych. Rozegrany został także turniej pocieszenia. Nad sprawnym przebiegiem mistrzostw czuwali sędziowie: Filip Stypa i Włodzimierz Pikulski. Sponsorami zawodów byli m.in.: Naczelna Izba Lekarska w Warszawie, Okręgowa Izba Lekarska w Rzeszowie, Getin Bank Placówka Franczyzowa – Nisko, Urząd Miasta Stalowa Wola, Powiat Stalowowolski, Urząd Marszałkowski Województwa Podkarpackiego, Maraton Sklep Sportowy, Konesso kawa, Kossta Poligrafia, M. H. Motors Sp.j., Audi Autorud Rzeszów oraz Pacyfic Polska.

W piątek odbyła się konferencja naukowa, podczas której prof. Jan Józefczuk wygłosił wykład pt. „Grasica a choroby autoimmunologiczne”. Po tym wystąpieniu lekarze uczestniczyli w bankiecie w hotelu „Hutnik”, w ramach którego oglądali wspólnie Huberta Hurkacza w meczu z Federerem oraz Łukasza Kubota w półfinale debla w turnieju w Indian Wells.

Główną atrakcją turnieju stanowiła profesjonalna transmisja z kortu nr 1, przeprowadzona przez firmę Podkarpacie Live, umożliwiającą oglądanie na żywo w serwisie YouTube wiele ciekawych meczów z udziałem lekarzy. Spotkania tenisowe były komentowane nawet przez samych uczestników, m.in. przez Agatę Wojciuk, Marcina Pokrzywnickiego, Alfreda Micała i Wojciecha Pietrzaka. Transmisja obejmowała też wywiady przeprowadzane z lekarzami po ich wystąpieniach na korcie. Każdy z uczestników dostał pamiątkową koszulkę, a zdobywcy pierwszych trzech miejsc w każdej kategorii otrzymali piękne puchary, medale i dyplomy.

Kolejny turniej PSTL odbędzie się w dniach 17-19 maja 2019 r. we Wrocławiu na kortach otwartych z mączki ceglanej na terenie Olimpijski Club. Już teraz zapraszamy wszystkich do udziału. Więcej informacji na stronie: www.pstl.org.

Marcin Pokrzywnicki, sekretarz PSTL



Nasi medaliści: Tomasz Maziak i Marek Pudełko

Fot. z archiwum PSTL



Marcin Krywiak (III od lewej) wywalczył dla Izby 3 medale, w tym 2 złote i srebrny.



Fot. z archiwum „Medium”



PRAWO NA CO DZIĘĆ

Mec. Beata Kozyra-Łukasiak – radca prawny DIL

1 kwietnia 2019 r. weszło w życie Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą, opublikowane w Dz. U. z 2019 r., poz. 595.

W rozporządzeniu dokonano nieznacznych zmian w stosunku do dotychczas obowiązujących przepisów Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2012 r., poz. 739).

Więcej na stronie:
www.dilnet.wroc.pl/
zakładka PRAWO

Dopuszcza się lokalizowanie pomieszczeń, w których wykonywana jest praktyka zawodowa w lokalu mieszkalnym, pod warunkiem zapewnienia wyodrębnienia tego pomieszczenia od pomieszczeń innych użytkowników lokalu.

W pokojach łóżkowych dopuszcza się instalację urządzeń umożliwiających obserwację pacjentów, jeżeli jest to konieczne w procesie ich leczenia i dla zapewnienia im bezpieczeństwa.

Do szkoleń specjalizacyjnych wszczętych i niezakończonych przed 1 maja 2017 r., tj. przed dniem wejścia w życie SMK, stosuje się przepisy dotychczasowe.



Zmiany zostały wprowadzone ze względu na nowelizację ustawy o działalności leczniczej, zgodnie z którą fizjoterapeuci uzyskali możliwość wykonywania zawodu w ramach praktyk zawodowych. W związku z tym, iż fizjoterapeuci będą wykonywali działalność leczniczą w rodzaju świadczenia ambulatoryjne, zostali zobowiązani do spełnienia wymagań określonych w rozporządzeniu, dla tego rodzaju działalności.

Pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą odpowiadają, stosownie do rodzaju wykonywanej działalności leczniczej oraz zakresu udzielanych świadczeń zdrowotnych, wymaganiom określonym w rozporządzeniu.

Pomieszczenia i urządzenia szpitala odpowiadają, stosownie do zakresu udzielanych świadczeń zdrowotnych, szczegółowym wymaganiom określonym w załączniku nr 1. Powyższy przepis stosuje się odpowiednio do innego niż szpital zakładu leczniczego, w którym są udzielane stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne. Wymagania określone dla oddziału stosuje się również do jednostki organizacyjnej szpitala stanowiącej wyodrębnioną część struktury bezoddziałowej, w której są udzielane świadczenia zdrowotne o jednolitym profilu. Pomieszczenia i urządzenia ambulatorium odpowiadają, stosownie do zakresu udzielanych świadczeń zdrowotnych, szczegółowym wymaganiom określonym w załączniku nr 2. Pomieszczenia i urządzenia szpitala, który udziela wyłącznie świadczeń zdrowotnych z zamiarem zakończenia ich udzielania w okresie nieprzekraczającym 24 godzin odpowiadają, stosownie do zakresu udzielanych świadczeń zdrowotnych, wymaganiom określonym w rozporządzeniu oraz szczegółowym wymaganiom określonym w załączniku nr 3. Pomieszczenia i urządzenia centrum krwiodawstwa i krwiolęcznictwa odpowiadają, stosownie do zakresu udzielanych świadczeń zdrowotnych, szczegółowym wymaganiom określonym w załączniku nr 4. Pomieszczenia i urządzenia pracowni badań endoskopowych odpowiadają, stosownie do zakresu udzielanych świadczeń zdrowotnych, szczegółowym wymaganiom określonym w załączniku nr 5. Pomieszczenia i urządzenia zakładu rehabilitacji leczniczej będącego zakładem leczniczym odpowiadają, stosownie do zakresu udzielanych świadczeń zdrowotnych, szczegółowym wymaganiom określonym w załączniku nr 6. Pomieszczenia i urządzenia stacji dializ odpowiadają, stosownie do zakresu udzielanych świadczeń zdrowotnych, szczegółowym wymaganiom określonym w załączniku nr 7.

Do gabinetu profilaktyki zdrowotnej i pomocy przedlekarskiej w szkole, działającego w strukturze podmiotu wykonującego działalność leczniczą, stosuje się wyłącznie wymagania określone w § 27, § 30 oraz § 37 rozporządzenia. Do gabinetu dentystycznego w szkole, działającego w strukturze podmiotu wykonującego działalność leczniczą, stosuje się wyłącznie wymagania określone w § 16, § 27, § 30 i § 37 rozporządzenia.

Do zakładu leczniczego realizującego wyłącznie zadania określone w ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii oraz zakładu lecznictwa odwykowego, z wyłączeniem oddziału leczenia alkoholowych zespołów abstynencyjnych, nie stosuje się wymagań określonych w § 18-20, § 26-30, § 41 i § 42 rozporządzenia.

Pomieszczenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą lokalizuje się w samodzielnym budynku albo w zespole budynków. Dopuszcza się lokalizowanie pomieszczeń podmiotu wykonującego działalność leczniczą w budynku o innym przeznaczeniu, pod warunkiem całkowitego wyodrębnienia:

- pomieszczeń szpitala lub innego niż szpital zakładu leczniczego, w którym są udzielane stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne inne niż szpitalne – od pomieszczeń budynku wykorzystywanych do innych celów;
- ambulatorium, szpitala jednodniowego lub miejsca stacjonowania zespołów ratownictwa medycznego – od innych pomieszczeń budynku wykorzystywanych do innych celów, z wyłączeniem węzłów komunikacji pionowej i poziomej w tym budynku, wspólnych dla wszystkich użytkowników, niebędących komunikacją wewnętrzną tego zakładu leczniczego.

Dopuszcza się lokalizowanie pomieszczeń, w których wyko-

nywana jest praktyka zawodowa w lokalu mieszkalnym, pod warunkiem zapewnienia wyodrębnienia tego pomieszczenia od pomieszczeń innych użytkowników lokalu.

Pokoje chorych nie powinny znajdować się poniżej poziomu terenu urządzonego przy budynku. Dopuszcza się lokalizowanie poniżej poziomu terenu urządzonego przy budynku pomieszczeń o charakterze diagnostycznym, terapeutycznym, magazynowym i o funkcjach pomocniczych, przeznaczonych na pobyt ludzi, pod warunkiem uzyskania zgody właściwego państwowego wojewódzkiego inspektora sanitarnego.

Zespoły pomieszczeń stanowiących oddziały łóżkowe szpitala, z wyjątkiem pomieszczeń administracyjnych i socjalnych, nie mogą być przechodnie.

Kształt i powierzchnia pomieszczeń podmiotu wykonującego działalność leczniczą umożliwiają prawidłowe rozmieszczenie, instalowanie i użytkowanie urządzeń, aparatury i sprzętu, stanowiących jego niezbędne funkcjonalne wyposażenie.

W pokojach łóżkowych dopuszcza się instalację urządzeń umożliwiających obserwację pacjentów, jeżeli jest to konieczne w procesie ich leczenia i dla zapewnienia im bezpieczeństwa.

31 marca 2019 r. weszło w życie Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 marca 2019 r. w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentyków, opublikowane w Dz. U. z 2019 r., poz. 602.

Zgodnie z przepisami ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry, lekarz może uzyskać tytuł specjalisty w określonej dziedzinie medycyny:

- po odbyciu szkolenia specjalizacyjnego oraz
- po złożeniu Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego, albo
- po uznaniu za równoważny tytułu specjalisty uzyskanego za granicą.

Szkolenie specjalizacyjne w określonej dziedzinie medycyny jest szkoleniem modułowym i składa się z:

1. modułu podstawowego, odpowiadającego podstawowemu zakresowi wiedzy teoretycznej i umiejętności praktycznych z danej dziedziny medycyny lub wspólnego dla pokrewnych dziedzin medycyny, oraz
2. modułu specjalistycznego, odpowiadającego profilowi specjalizacji, w którym lekarz może kontynuować szkolenie specjalizacyjne po ukończeniu określonego modułu podstawowego, albo
3. modułu jednolitego, właściwego dla danej specjalizacji.

Lekarz odbywający szkolenie specjalizacyjne, po zaliczeniu modułu podstawowego, może zmienić dziedzinę medycyny, w której chce kontynuować szkolenie specjalizacyjne, pod warunkiem zakwalifikowania się do jej odbywania w ramach postępowania kwalifikacyjnego.

Lekarz posiadający stopień naukowy doktora habilitowanego i mający odpowiedni dorobek zawodowy i naukowy w zakresie modułu specjalistycznego, o którym mowa w pkt. 2, oraz posiadający tytuł specjalisty lub specjalizację II stopnia w dziedzinie odpowiadającej modułowi podstawowemu, o którym mowa w pkt. 1, może ubiegać się, za pomocą SMK, o skierowanie go do odbywania tego modułu specjalistycznego bez postępowania kwalifikacyjnego, za zgodą właściwego konsultanta krajowego w danej dziedzinie medycyny.

W przypadku wymienionego lekarza, który rozpoczął szkolenie specjalizacyjne, kierownik specjalizacji może wystąpić do dyrektora Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego o uznanie dotychczasowego dorobku naukowego i zawodowego lekarza za równoważny ze zrealizowaniem przez niego w części albo w całości modułu specjalistycznego.

W przypadku lekarza posiadającego stopień naukowy doktora habilitowanego i mającego odpowiedni dorobek zawodowy i naukowy w zakresie modułu specjalistycznego, o którym mowa »



w pkt. 2, i posiadającego tytuł specjalisty lub specjalizację II stopnia w dziedzinie odpowiadającej modułowi podstawowemu, o którym mowa w pkt. 1, zakwalifikowanego do odbywania szkolenia specjalizacyjnego w trybie postępowania kwalifikacyjnego, kierownik specjalizacji w porozumieniu z właściwym konsultantem krajowym w danej dziedzinie medycyny może wystąpić do dyrektora CMKP o uznanie dotychczasowego dorobku naukowego i zawodowego lekarza za równoważny ze zrealizowaniem przez niego w części albo w całości programu modułu specjalistycznego.

Dyrektor CMKP, na podstawie opinii powołanego przez niego zespołu, może uznać, w drodze decyzji, dotychczasowy dorobek naukowy i zawodowy lekarza za równoważny ze zrealizowaniem przez niego w części albo w całości szczegółowego programu modułu specjalistycznego, a w przypadku uznania za równoważny w całości – podjąć decyzję o dopuszczeniu tego lekarza do PES.

Rozporządzenie uwzględnia zmiany przepisów ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia związane z wprowadzeniem Systemu Monitorowania Kształcenia Pracowników Medycznych w tym Elektronicznej Karty Szkolenia.

Zgodnie z przepisami wymienionej ustawy dotychczasowe Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 2 stycznia 2013 r. w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentyistów, utraciło moc obowiązującą 1 stycznia 2019 r.

Rozporządzenie wchodzi w życie z mocą od 1 stycznia 2019 r.
Do szkoleń specjalizacyjnych wszczętych i niezakończonych przed 1 maja 2017 r., tj. przed dniem wejścia w życie SMK, stosuje się przepisy dotychczasowe.

Rozporządzenie określa:

- wykaz 77 specjalizacji lekarskich i 9 lekarsko-dentystycznych, stanowiący załącznik nr 1;
- wykaz 5 modułów podstawowych (w zakresie chirurgii ogólnej, chorób wewnętrznych, otorynolaryngologii, patomorfologii, pediatrii) właściwych dla danego szkolenia specjalizacyjnego i wykaz specjalizacji posiadających wspólny moduł podstawowy stanowiący załącznik nr 3;
- wykaz modułów jednolitych właściwych dla danego szkolenia specjalizacyjnego, stanowiący załącznik nr 4;
- wzór wniosku o odbywanie szkolenia specjalizacyjnego dla obywateli polskich i cudzoziemców;
- tryb i sposób przeprowadzania postępowania kwalifikacyjnego oraz punktowe kryteria kwalifikacji lekarzy do odbywania szkolenia specjalizacyjnego;
- regulamin postępowania kwalifikacyjnego;
- szczegółowy sposób odbywania szkolenia specjalizacyjnego, w tym przez lekarzy posiadających specjalizację I lub II stopnia lub tytuł specjalisty;
- formy specjalistycznego szkolenia teoretycznego i praktycznego oraz sposoby ich prowadzenia;
- sposób i tryb uzyskania potwierdzenia posiadania umiejętności praktycznych określonych programem specjalizacji;
- wzory dokumentów potwierdzających realizację programu specjalizacji i jego ukończenie;
- szczegółowy sposób zgłaszania się i tryb dopuszczania do Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego;
- szczegółowy tryb unieważniania pytań testowych PES;
- wysokość i sposób uiszczania opłaty, którą ponosi lekarz, w przypadku zgłoszenia do PES po raz drugi i kolejny;
- tryb wydawania przez dyrektora Centrum Egzaminów Medycznych duplikatu lub odpisu dyplomu PES oraz sposób uiszczania opłaty za wydanie duplikatu lub odpisu dyplomu PES;
- tryb dokonywania przez dyrektora CEM korekty dyplomu PES oraz sposób uiszczania opłaty za dokonanie korekty dyplomu;
- szczegółowy sposób i tryb składania PES oraz ustalania jego wyników;
- wzór oświadczenia dla członków Państwowych Komisji Egzaminacyjnych;
- tryb powoływania PKE;

- wysokość wynagrodzenia dla członków i przewodniczącego PKE albo zespołu egzaminacyjnego;
- tryb uznawania stażu szkoleniowego, staży kierunkowych lub kursów szkoleniowych odbytych za granicą lub w kraju za równoważne ze zrealizowaniem elementów określonych w programie specjalizacji i ewentualnego skrócenia szkolenia specjalizacyjnego;
- tryb uznawania dorobku zawodowego i naukowego w nowej dziedzinie medycyny nieobjętej systemem szkolenia specjalizacyjnego za równoważny z odbytym szkoleniem specjalizacyjnym, w tym kryteria oceny dorobku zawodowego i naukowego;
- tryb uznawania dorobku zawodowego i naukowego lekarzy posiadających stopień naukowy doktora habilitowanego za równoważny z odbytym szkoleniem specjalizacyjnym, w tym kryteria oceny dorobku zawodowego i naukowego;
- wzór elektronicznego dokumentu potwierdzającego ukończenie kursu;
- wysokość wynagrodzenia za wykonywanie czynności kontrolnych realizacji szkolenia specjalizacyjnego.

Ponadto rozporządzenie ustala:

- wykaz specjalizacji z uwzględnieniem modułów lub specjalizacji wymaganych do ich zrealizowania oraz minimalny czas ich trwania, stanowiący załącznik nr 5 do rozporządzenia;
- wykaz specjalizacji, w których można uzyskać tytuł specjalisty w danej dziedzinie medycyny po zrealizowaniu programu specjalizacji właściwego dla lekarza posiadającego odpowiednią specjalizację I lub II stopnia lub tytuł specjalisty w odpowiedniej dziedzinie medycyny albo zrealizowany i zaliczony odpowiedni moduł podstawowy, stanowiący załącznik nr 6 do rozporządzenia.

Minister zdrowia określa i ogłasza liczbę miejsc rezydenckich, na 21 dni przed rozpoczęciem postępowania kwalifikacyjnego. Wojewoda określa i ogłasza liczbę miejsc nieobjętych rezydenturą, na 14 dni przed rozpoczęciem postępowania kwalifikacyjnego. Wojewoda na 14 dni przed rozpoczęciem postępowania kwalifikacyjnego publikuje na swojej stronie internetowej listę jednostek akredytowanych posiadających wolne miejsca szkoleniowe w poszczególnych dziedzinach medycyny wraz z liczbą tych miejsc. Od dnia ogłoszenia przez ministra zdrowia liczby miejsc rezydenckich do dnia przyznania przez ministra zdrowia i wojewodów niewykorzystanych miejsc szkoleniowych, przyznanych dodatkowo zgodnie z przepisami ustawy, miejsca szkoleniowe przeznaczone są w pierwszej kolejności dla lekarzy biorących udział w danym postępowaniu kwalifikacyjnym.

Wniosek o odbywanie szkolenia specjalizacyjnego w wybranej dziedzinie medycyny, lekarz składa oddzielnie dla trybu rezydentury i dla trybu pozarezydenckiego. W przypadku złożenia wniosku o odbywanie szkolenia specjalizacyjnego w trybie rezydentury oraz wniosku o odbywanie szkolenia specjalizacyjnego w trybie pozarezydenckim lekarz w każdym wniosku składa oświadczenie, w którym wskazuje tryb odbywania szkolenia specjalizacyjnego w przypadku zakwalifikowania się na to szkolenie w dwóch trybach.

Lekarz ubiegający się o odbywanie szkolenia specjalizacyjnego może być w danym terminie dopuszczony do postępowania kwalifikacyjnego tylko w jednej dziedzinie medycyny i tylko w jednym województwie. Lekarz cudzoziemiec niebędący obywatelem państwa członkowskiego Unii Europejskiej, zakwalifikowany do odbywania szkolenia specjalizacyjnego, występuje w terminie 15 dni od dnia ogłoszenia wyników postępowania kwalifikacyjnego do ministra zdrowia z wnioskiem o wyrażenie zgody na odbywanie tego szkolenia. Wzór wniosku określa załącznik nr 8 do rozporządzenia. Postępowanie kwalifikacyjne przeprowadza się zgodnie z regulaminem postępowania kwalifikacyjnego.

Uwzględniając liczby miejsc szkoleniowych oraz złożone przez lekarzy oświadczenia, wojewoda, minister obrony narodowej albo minister spraw wewnętrznych i administracji, za pomocą SMK, sporządzają i zatwierdzają listy lekarzy zakwalifikowanych i niezakwa-

lifikowanych do odbywania danego szkolenia specjalizacyjnego oddzielnie dla trybu rezydenturki i pozarezydenturki. Listy zawierają imię i nazwisko lekarza, numer wniosku oraz wynik postępowania.

Wojewoda kieruje lekarza do odbywania szkolenia specjalizacyjnego w wybranej przez lekarza jednostce akredytowanej, w ramach posiadanych przez nią wolnych miejsc szkoleniowych w danej dziedzinie medycyny, uwzględniając wynik postępowania kwalifikacyjnego, z wyjątkiem lekarzy zakwalifikowanych do odbywania szkolenia specjalizacyjnego w trybie poza rezydenturą na podstawie umowy o pracę oraz poszerzenia zajęć programowych studiów doktoranckich, którzy zostają skierowani w pierwszej kolejności.

Lekarza, który został zakwalifikowany do odbywania szkolenia specjalizacyjnego, lekarza skierowanego do odbywania szkolenia specjalistycznego bez postępowania kwalifikacyjnego oraz lekarza cudzoziemca, wojewoda kieruje za pomocą SMK do odbywania szkolenia specjalizacyjnego w określonej jednostce akredytowanej ze wskazaniem trybu odbywania szkolenia specjalizacyjnego, planowanej daty rozpoczęcia i planowanej daty zakończenia szkolenia specjalizacyjnego oraz obowiązującego programu specjalizacji.

W szczególnie uzasadnionym przypadku wojewoda może, na wniosek lekarza zakwalifikowanego i skierowanego do odbywania szkolenia specjalizacyjnego, który nie rozpoczął odbywania tego szkolenia, przenieść go do innej jednostki akredytowanej. Wojewoda kieruje lekarza zakwalifikowanego do odbywania szkolenia specjalizacyjnego w danym postępowaniu kwalifikacyjnym po przedstawieniu przez niego dokumentu Prawo Wykonywania Zawodu lekarza w terminie nie dłuższym niż 30 dni od dnia zakończenia danego postępowania kwalifikacyjnego, a w przypadku lekarzy korzystających:

- z urlopu macierzyńskiego, urlopu na warunkach urlopu macierzyńskiego, urlopu ojcowskiego lub urlopu rodzicielskiego przysługującego na podstawie przepisów ustawy Kodeks pracy;
- ze świadczenia rodzicielskiego przysługującego na podstawie ustawy z 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych;
- z zaświadczenia lekarskiego o czasowej niezdolności do pracy – w terminie późniejszym, bezpośrednio po ich zakończeniu, pod warunkiem że lekarz najpóźniej w terminie 30 dni od dnia zakończenia danego postępowania kwalifikacyjnego przedstawi wojewodzie odpowiednie dokumenty wskazujące na korzystanie z wymienionych uprawnień.

Jednostka akredytowana posiadająca wolne miejsca szkoleniowe w danej dziedzinie medycyny umożliwia odbywanie szkolenia specjalizacyjnego lekarzowi skierowanemu do jego odbywania w tej jednostce. W szczególnie uzasadnionym przypadku wojewoda może, na wniosek lekarza odbywającego szkolenie specjalizacyjne, przenieść go do innej jednostki akredytowanej posiadającej wolne miejsca szkoleniowe. Jeżeli jednostka akredytowana znajduje się na obszarze innego województwa, zmiana miejsca szkolenia specjalizacyjnego następuje po wyrażeniu zgody przez wojewodę właściwego dla województwa, na którego obszarze lekarz ma kontynuować odbywanie tego szkolenia. Zgoda na przeniesienie szkolenia specjalizacyjnego na teren innego województwa zawiera wskazanie jednostki akredytowanej, w której lekarz będzie kontynuował szkolenie.

Wojewoda wyraża zgodę bądź odmawia jej wyrażenia po zasięgnięciu opinii właściwego konsultanta wojewódzkiego województwa, na którego obszarze lekarz ma kontynuować odbywanie tego szkolenia. W przypadku powzięcia przez dyrektora Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego informacji o nieprzyjęciu przez jednostkę akredytowaną posiadającą wolne miejsca szkoleniowe, lekarza skierowanego lub przeniesionego przez wojewodę z innej jednostki akredytowanej do odbywania szkolenia specjalizacyjnego, CMKP wszczynają postępowanie w celu zmniejszenia liczby miejsc szkoleniowych.

Umowa o pracę w ramach rezydentury jest zawierana na podstawie informacji zawartych w skierowaniu, przekazanej za pomo-

cą SMK do jednostki akredytowanej, w której lekarz ma odbywać szkolenie specjalizacyjne. W przypadku niezrealizowania szkolenia specjalizacyjnego w terminie, na jaki została zawarta umowa o pracę w ramach rezydentury, lekarz może kontynuować odbywanie tego szkolenia jedynie w trybie pozarezydenturki, po uzyskaniu zgody wojewody. Informację o dodatkowym przedłużeniu szkolenia specjalizacyjnego wojewoda zamieszcza w EKS.

W przypadku przedłużenia okresu szkolenia specjalizacyjnego w trybie rezydentury, z powodu nieobecności lekarza, o którym mowa w przepisach ustawy, informację o przedłużeniu okresu szkolenia specjalizacyjnego zamieszcza w EKS kierownik jednostki akredytowanej, w której lekarz odbywa szkolenie specjalizacyjne. W przypadku przedłużenia okresu szkolenia specjalizacyjnego w trybie pozarezydenturki, na podstawie przepisów ustawy, informację o dodatkowym przedłużeniu szkolenia specjalizacyjnego zamieszcza w EKS wojewoda.

Lekarz odbywający szkolenie specjalizacyjne realizuje wszystkie elementy programu specjalizacji, z zastrzeżeniem przypadku uznania dotychczasowego dorobku naukowego i zawodowego. EKS zawierająca potwierdzenie zrealizowania poszczególnych elementów programu specjalizacji, zgodnie z wymogami odpowiedniego programu specjalizacji, stanowi dowód odbycia szkolenia specjalizacyjnego. Wzór EKS stanowi załącznik nr 10 do rozporządzenia.

Kierownik specjalizacji potwierdza w EKS odbycie szkolenia specjalizacyjnego zgodnie z programem specjalizacji lub odmawia potwierdzenia odbycia szkolenia specjalizacyjnego nie później niż w ciągu 30 dni od rzeczywistej daty zakończenia szkolenia specjalizacyjnego wskazanej w EKS.

Jednostka akredytowana prowadząca szkolenie specjalizacyjne umożliwia lekarzowi odbywającemu szkolenie specjalizacyjne realizację wszystkich elementów programu specjalizacji w ramach czasu trwania danej specjalizacji.

W przypadku gdy lekarz nie zrealizuje wszystkich elementów programu modułu podstawowego, może rozpocząć realizację programu modułu specjalistycznego i uzupełnić niezrealizowane elementy w trakcie trwania modułu specjalistycznego, tylko w przypadku gdy kierownik specjalizacji stwierdzi, że niezrealizowanie danych elementów modułu podstawowego nie jest przeszkodą do kontynuowania szkolenia specjalizacyjnego.

Lekarz, który zrealizował cały program szkolenia specjalizacyjnego, może złożyć wniosek do kierownika jednostki akredytowanej, w której odbywa szkolenie specjalizacyjne, o skrócenie okresu przedłużenia szkolenia specjalizacyjnego, o okres nie dłuższy niż 30 dni.

Lekarz zakwalifikowany do odbywania szkolenia specjalizacyjnego lub odbywający to szkolenie zgodnie z programem specjalizacji obowiązującym lekarzy nieposiadających odpowiedniej specjalizacji, który w okresie postępowania kwalifikacyjnego lub w okresie po zakończeniu postępowania kwalifikacyjnego, a przed rozpoczęciem szkolenia specjalizacyjnego lub w okresie odbywania tego szkolenia uzyskał tytuł specjalisty w odpowiedniej dziedzinie medycyny, może wystąpić do wojewody z wnioskiem o zmianę dotychczasowego programu specjalizacji na program obowiązujący lekarzy posiadających tytuł specjalisty w odpowiedniej dziedzinie medycyny.

Lekarz, o którym mowa wyżej, może wystąpić do dyrektora CMKP z wnioskiem o uznanie elementów programu specjalizacji, zrealizowanych przed rozpoczęciem szkolenia specjalizacyjnego po zmianie programu specjalizacji.

Lekarz, który odbył określony moduł podstawowy i uzyskał jego zaliczenie w ramach danego szkolenia specjalizacyjnego, nie jest obowiązany do jego ponownego odbywania w przypadku zakwalifikowania się do odbywania innego szkolenia specjalizacyjnego, którego program specjalizacji przewiduje odbycie i zaliczenie tego samego modułu podstawowego.

Formy specjalistycznego szkolenia teoretycznego i praktycznego oraz sposoby ich prowadzenia określone w programie specjalizacji obejmują w szczególności: »



- kurs specjalizacyjny wprowadzający do odbywania danego szkolenia specjalizacyjnego, obejmujący w szczególności:
 - podstawy dobrej praktyki lekarskiej, w tym zasady praktyki opartej na rzetelnych i aktualnych publikacjach,
 - podstawy farmakoekonomiki,
 - formalnoprawne podstawy doskonalenia zawodowego lekarzy,
 - podstawy onkologii,
 - wprowadzenie do przedmiotów klinicznych objętych programem danego szkolenia specjalizacyjnego,
 - zagadnienia bezpieczeństwa w opiece zdrowotnej dotyczące bezpieczeństwa pacjentów i lekarzy,
 - kursy specjalizacyjne właściwe dla danej specjalizacji obejmujące zakres wiedzy określonej w programie danej specjalizacji;
 - jednolity dla wszystkich specjalności, z wyjątkiem szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie medycyny ratunkowej, kurs w zakresie ratownictwa medycznego;
 - jednolity dla wszystkich specjalizacji, z wyjątkiem szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie zdrowia publicznego, kurs specjalizacyjny w zakresie zdrowia publicznego – zakończony kolokwium, obejmujący w szczególności:
 - orzecznictwo lekarskie,
 - promocję i profilaktykę zdrowotną,
 - epidemiologię,
 - bioetykę,
 - organizację i ekonomikę zdrowia,
 - jednolity dla wszystkich specjalności kurs w zakresie prawa medycznego – zakończony kolokwium;
 - szkolenie i uczestniczenie w wykonywaniu oraz wykonanie w ustalonej liczbie określonych zabiegów lub procedur medycznych:
 - wykonywanych z asystą lub pod nadzorem kierownika specjalizacji albo lekarza specjalisty przez niego wyznaczonego – oznaczonych kodem „A”,
 - w których lekarz uczestniczy jako pierwsza asysta – oznaczonych kodem „B”,
 - staże kierunkowe właściwe dla danej specjalizacji obejmujące zakres wiedzy i umiejętności praktycznych określonych w programie danej specjalizacji;
 - pełnienie dyżurów medycznych określonych w programie danej specjalizacji lub pracę w systemie zmianowym lub równoważnym czasie pracy, w maksymalnym czasie pracy dopuszczonym w przepisach o działalności leczniczej, o ile program specjalizacji przewiduje pełnienie dyżurów;
 - samokształcenie, w tym napisanie pracy naukowej, opublikowanej w recenzowanym czasopiśmie medycznym, której lekarz jest autorem lub współautorem, lub pracy poglądowej – na temat objęty programem specjalizacji.
- Lekarz, który w ramach danej specjalizacji odbył i zaliczył kurs w zakresie zdrowia publicznego, nie jest obowiązany do jego odbycia i zaliczenia w trakcie realizacji kolejnej specjalizacji, jeżeli

okres od jego zaliczenia do rozpoczęcia kolejnej specjalizacji jest nie dłuższy niż 7 lat. Okres szkolenia specjalizacyjnego tego lekarza ulega skróceniu o czas pozostały na zrealizowanie tego kursu.

Lekarz składa zgłoszenie do PES za pomocą SMK w formie wniosku elektronicznego. Wysokość opłaty za PES wynosi 700 zł. Urlop szkoleniowy, w wymiarze 6 dni na przygotowanie się i przystąpienie do PES przysługuje lekarzowi, który prawidłowo złożył wniosek. PES jest organizowany corocznie w dwóch sesjach egzaminacyjnych:

- w sesji wiosennej – od 1 marca do 30 kwietnia,
- w sesji jesiennej – od 1 października do 30 listopada.

2 kwietnia 2019 r. weszło w życie Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 marca 2019 r. w sprawie szczegółowego zakresu danych objętych wpisem do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą oraz szczegółowego trybu postępowania w sprawach dokonywania wpisów, zmian w rejestrze oraz wykreśleń z tego rejestru, opublikowane w Dz. U. z 2019 r., poz. 605.

Przepisy rozporządzenia powtarzają sformułowania zawarte w dotychczas obowiązującym Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 29 września 2011 r. w sprawie szczegółowego zakresu danych objętych wpisem do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą oraz szczegółowego trybu postępowania w sprawach dokonywania wpisów, zmian w rejestrze oraz wykreśleń z tego rejestru (Dz. U. z 2014 r. ze zmianami).

W związku ze zmianą wprowadzoną w ustawie o działalności leczniczej fizjoterapeuci uzyskali możliwość wykonywania zawodu w ramach praktyk zawodowych.

W rozporządzeniu dodane zostały przepisy dotyczące wpisów w księdze rejestrowej praktyki zawodowej fizjoterapeutycznej danych zawartych we wniosku o wpis do rejestru praktyki zawodowej fizjoterapeutycznej. W załączniku nr 4 określony został kod Krajowej Rady Fizjoterapeutów, natomiast w załączniku nr 5 do kodów rodzajów praktyk zawodowych dopisano praktyki zawodowe fizjoterapeutów.

Ponadto usunięta została data złożenia wniosku o wpis do rejestru, a w przypadku praktyki grupowej, praktyki lekarskiej, pielęgniarskiej i fizjoterapeutycznej zmieniony został adres zamieszkania na adres do korespondencji. ■

mec. Beata Kozyra-Łukasiak

Informacja dla lekarzy zamierzających przystąpić do egzaminu specjalizacyjnego PES w sesji jesiennej 2019 r.

W związku ze zbliżającym się terminem składania wniosków o przystąpienie do egzaminów specjalizacyjnych PES w sesji jesiennej 2019 r. zachęcamy do zapoznania się z informacjami na stronie internetowej Dolnośląskiego Urzędu Wojewódzkiego we Wrocławiu: <http://duw.pl/pl/urzadz/zdrowie-publiczne/lekarze/68,Lekarze.html>; w zakładce Państwowy Egzamin Specjalizacyjny.

W szczególności prosimy zwrócić uwagę na terminy zgłaszania się do Urzędu z dokumentacją w celu weryfikacji przed przystąpieniem do egzaminu PES.

Iwona Butrym, kierownik Oddziału Wyższych Kadr Medycznych,
Dolnośląski Urząd Wojewódzki we Wrocławiu, pl. Powstańców Warszawy 1, 50-153 Wrocław



ZJAZD ABSOLWENTÓW WYDZIAŁU LEKARSKIEGO AKADEMII MEDYCZNEJ WE WROCŁAWIU ROCZNIK 1973

Droga Koleżanko! Drogi Kolego!
Zapraszamy na spotkanie koleżeńskie absolwentów Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej we Wrocławiu, które odbędzie się w dniach 4-5 października 2019 r. we Wrocławiu.

Program zjazdu

4 października 2019 r. (piątek)

– płatne dodatkowo dla zainteresowanych

godz. 19.00 Zwiedzanie Afrykarium z przewodnikiem, ZOO Wrocław, ul. Wróblewskiego 1-5, 51-618 Wrocław

godz. 20.00-24.00 Kolacja w restauracji (w budynku Afrykarium)

5 października 2019 r. (sobota)

godz. 9.00 Msza święta – kościół pw. Najświętszego Serca Jezusowego, pl. Grunwaldzki 3, Wrocław (tuż za Mostem Grunwaldzkim)
CZĘŚĆ OFICJALNA
Collegium Anatomicum, Katedra i Zakład Anatomii Prawidłowej UM we Wrocławiu, ul. Chałubińskiego 6A

godz. 11.00 Śniadanie studenckie

godz. 11.30 Otwarcie zjazdu

godz. 11.40 Wykład okolicznościowy, wspólne zdjęcie pamiątkowe

godz. 18.00 Uroczysta kolacja – Scandic Hotel Wrocław, ul. Piłsudskiego 49-57, 50-032 Wrocław

Opłata za uczestnictwo w zjeździe wynosi:
opłata całonocna (piątek-sobota) – 350 zł,
sobota (część oficjalna + uroczysta kolacja) – 250 zł,
osoba towarzysząca na uroczystej kolacji w sobotę – 200 zł,
tylko część oficjalna – 150 zł,
dodatkowo Afrykarium – 100 zł.

Wpłaty prosimy dokonywać na konto: 04 1140 2004 0000 3202 7869 3609 (odbiorca Halina Bielecka) do 31.05.2019 r. z dopiskiem „Zjazd 1973”. Koleżanki prosimy o podanie nazwiska obecnego oraz panieńskiego.

Istnieje możliwość rezerwacji noclegu w Scandic Wrocław po preferencyjnych cenach pod numerem telefonu 71/787-01-42 lub 71/787-01-59 (prosimy o podanie hasła „rocznik 1973”). Płatność za hotel indywidualna (nie jest wliczona w cenę zjazdu).

Za Komitet Organizacyjny
Halina Bielecka, Kazimierz Gąsiorowski, Roman Kopeć

ZJAZD ABSOLWENTÓW WYDZIAŁU LEKARSKIEGO AKADEMII MEDYCZNEJ WE WROCŁAWIU ROCZNIK 1974

Droga Koleżanko! Drogi Kolego!
Zapraszamy na spotkanie koleżeńskie z okazji 45-lecia ukończenia Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej we Wrocławiu, które odbędzie się w dniach 27-29 września 2019 r. Miejscem spotkania będzie Hotel Kudowa**** Manufaktura Relaksu w Kudowa-Zdroju (ul. Pogodna 16, 57-350 Kudowa-Zdrój).

Program zjazdu

27 września 2019 r. (piątek)

od godz. 15.00 Zakwaterowanie w hotelu

godz. 18.00-24.00 Grill przy biesiadnej muzyce

28 września 2019 r. (sobota)

godz. 7.00-10.00 Śniadanie

godz. 11.00 Msza święta (kościół św. Bartłomieja w Czeremnej),
czas wolny, spacer

po uzdrowisku

godz. 14.30 Pamiątkowe zdjęcie grupowe przed hotelem

godz. 15.00 Obiad

godz. 18.30 Wspólne zdjęcia pamiątkowe

godz. 19.00-2.00 Uroczysta kolacja

29 września 2019 r. (niedziela)

godz. 7.00-10.00 Śniadanie i pożegnania

Opłata za uczestnictwo w zjeździe od absolwenta/osoby towarzyszącej wynosi 500 zł. Wpłaty prosimy dokonywać na konto: 66 1090 2590 0000 0001 3393 3014 do 31.05.2019 r. z dopiskiem „Zjazd 1974”. Panie prosimy o podanie nazwiska obecnego oraz panieńskiego. Do dyspozycji gości pokoje 2-3-osobowe – proszę o e-mailowe zgłaszanie nazwisk Kolegów i Koleżanek, z którymi chcą być Państwo zakwaterowani.

UWAGA!!! W ośrodku zapewnione jest bezpłatne korzystanie z kompleksu basenowego, jacuzzi, saun, urządzeń fitness, jak również dostęp do bezprzewodowego Internetu oraz bezpłatny parking. Dla uczestników istnieje możliwość zakupu pakietów SPA w promocyjnych cenach.

Za Komitet Organizacyjny
Danuta Lewiecka (Bober), Ryszard Fedyk, Wiktor Wolfson

ZJAZD ABSOLWENTÓW WYDZIAŁU LEKARSKIEGO AKADEMII MEDYCZNEJ WE WROCŁAWIU ROCZNIK 1976

Droga Koleżanko! Drogi Kolego!

Zapraszamy na kolejne spotkanie koleżeńskie absolwentów Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej we Wrocławiu, które odbędzie się w dniach 7-9 czerwca 2019 r. w Polanicy-Zdroju (57-320 Polanica-Zdrój, ul. Rybna 9, pensjonat „Beata”).

Program zjazdu

7 czerwca 2019 r. (piątek)

od godz. 14.00 Zakwaterowanie w pensjonacie

godz. 18.00-24.00 Grill

8 czerwca 2019 r. (sobota)

godz. 8.00-10.00 Śniadanie

godz. 11.00 Msza święta

godz. 14.00 Obiad

popołudniu Czas wolny, zwiedzanie

Polanicy-Zdrój

godz. 19.00 Uroczysta kolacja

9 czerwca 2019 r. (niedziela)

godz. 8.00-10.00 Śniadanie i pożegnania

Mile widziane osoby towarzyszące. Opłata za uczestnictwo w zjeździe od absolwenta/osoby towarzyszącej wynosi 450 zł. Wpłaty prosimy dokonywać na konto: 26 1140 2004 0000 3702 7737 0761 (odbiorca Krystyna Ślusarek) do 15.05.2019 r. z dopiskiem „Zjazd 1976”. Panie prosimy o podanie nazwiska obecnego oraz panieńskiego. Do dyspozycji gości pokoje 2-3-osobowe – proszę o e-mailowe zgłaszanie nazwisk Kolegów i Koleżanek, z którymi chcą być Państwo zakwaterowani.

Za Komitet Organizacyjny
Krystyna Awzan (Ślusarek), Lucjan Ilnicki, Marcelina Pichlak, Elżbieta Poniewierka

ZJAZD ABSOLWENTÓW WYDZIAŁU LEKARSKIEGO AKADEMII MEDYCZNEJ WE WROCŁAWIU ROCZNIK 1979

Droga Koleżanko! Drogi Kolego!
Zapraszamy na spotkanie koleżeńskie z okazji 40-lecia ukończenia Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej we Wrocławiu, które odbędzie się w dniach 31 maja – 2 czerwca 2019 r. Miejscem spotkania będzie ośrodek Vital & SPA Resort Szarotka w Zieleńcu.

Program zjazdu

31 maja 2019 r. (piątek)

od godz. 14.00 Zakwaterowanie w ośrodku

godz. 18.00-24.00 Grill przy biesiadnej muzyce

1 czerwca 2019 r. (sobota)

godz. 8.00-11.00 Śniadanie

godz. 10.15 Msza święta (kościół św. Anny w Zieleńcu),
czas wolny, spacer po Zieleńcu

godz. 13.30 Pamiątkowe zdjęcie grupowe przed ośrodkiem

godz. 14.00 Obiad, czas wolny

godz. 18.30 Wspólne zdjęcia pamiątkowe

godz. 19.00-2.00 Bankiet

2 czerwca 2019 r. (niedziela)

godz. 8.00-11.00 Śniadanie i pożegnania

Opłata za uczestnictwo w zjeździe wynosi od absolwenta/osoby towarzyszącej:
piątek-niedziela z noclegiem – 450 zł,
sobota-niedziela z noclegiem – 350 zł.

Wpłaty prosimy dokonywać na konto: 66 1090 2590 0000 0001 3393 3014 do 15.05.2019 r. z dopiskiem „Zjazd 1979”. Panie prosimy o podanie nazwiska obecnego oraz panieńskiego. Do dyspozycji gości pokoje 2-3-osobowe – proszę o e-mailowe zgłaszanie nazwisk Kolegów i Koleżanek, z którymi chcą być Państwo zakwaterowani.

UWAGA!!! W ośrodku zapewnione jest bezpłatne korzystanie z kompleksu basenowego, jacuzzi, saun, urządzeń fitness, jak również dostęp do bezprzewodowego Internetu oraz bezpłatny parking. Dla uczestników istnieje możliwość zakupu pakietów SPA w promocyjnych cenach.

Za Komitet Organizacyjny
Iwona Dattner-Hapon

ZJAZD ABSOLWENTÓW WYDZIAŁU LEKARSKIEGO AKADEMII MEDYCZNEJ WE WROCŁAWIU ROCZNIK 1984

Droga Koleżanko! Drogi Kolego!
Zapraszamy na spotkanie koleżeńskie z okazji 35-lecia ukończenia Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej we Wrocławiu, które odbędzie się w dniach 20-22 września 2019 r. Miejscem spotkania będzie ośrodek Vital & SPA Resort Szarotka w Zieleńcu.

Program zjazdu

20 września 2019 r. (piątek)

od godz. 14.00 Zakwaterowanie w ośrodku

godz. 18.00-24.00 Grill przy biesiadnej muzyce

21 września 2019 r. (sobota)

godz. 8.00-11.00 Śniadanie

godz. 11.00 Msza święta – kościół św. Anny w Zieleńcu, czas wolny, spacer po Zieleńcu

godz. 13.30 Pamiątkowe zdjęcie grupowe przed ośrodkiem

godz. 14.00 Obiad, czas wolny



godz. 18.30 Wspólne zdjęcia pamiątkowe
 godz. 19.00-2.00 Bankiet
22 września 2019 r. (niedziela)
 godz. 8.00-11.00 Śniadanie i pożegnania

Opłata za uczestnictwo w zjeździe wynosi od absolwenta/osoby towarzyszącej 500 zł. Wpłaty prosimy dokonywać na konto: 66 1090 2590 0000 0001 3393 3014 do 31.05.2019 r. z dopiskiem „Zjazd 1984”. Panie prosimy o podanie nazwiska obecnego oraz panińskiego.

Do dyspozycji gości pokoje 2-3-osobowe – proszę o e-mailowe zgłaszanie nazwisk Kolegów i Koleżanek, z którymi chcą być Państwo zakwaterowani.

UWAGA!!! W ośrodku zapewnione jest bezpłatne korzystanie z kompleksu basenowego, jacuzzi, saun, urządzeń fitness, jak również dostęp do bezprzewodowego Internetu oraz bezpłatny parking. Dla uczestników istnieje możliwość zakupu pakietów SPA w promocyjnych cenach.

Za Komitet Organizacyjny
 Wojciech Herfurt, Alicja Tomczak-Mor

ZJAZD ABSOLWENTÓW WYDZIAŁU LEKARSKIEGO AKADEMII MEDYCZNEJ WE WROCŁAWIU ROCZNIK 1994

Droga Koleżanko! Drogi Kolego!
 Zapraszamy na spotkanie koleżeńskie z okazji 25-lecia ukończenia Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej we Wrocławiu, które odbędzie się w dniach 7-9 czerwca 2019 r. Miejszem spotkania będzie ośrodek Vital & SPA Resort Szarotka w Zieleńcu.

Program zjazdu

7 czerwca 2019 r. (piątek)
 od godz. 14.00 Zakwaterowanie w ośrodku

godz. 18.00-24.00 Grill przy biesiadnej muzyce
8 czerwca 2019 r. (sobota)
 godz. 8.00-11.00 Śniadanie, czas wolny, spacer po Zieleńcu
 godz. 13.30 Pamiątkowe zdjęcie grupowe przed ośrodkiem
 Obiad, czas wolny
 godz. 14.00
 godz. 18.30 Wspólne zdjęcia pamiątkowe
 godz. 19.00-2.00 Bankiet
9 czerwca 2019 r. (niedziela)
 godz. 8.00-11.00 Śniadanie i pożegnania

Opłata za uczestnictwo w zjeździe wynosi od absolwenta/osoby towarzyszącej:
 piątek-niedziela z noclegami – 450 zł,
 sobota-niedziela z noclegiem – 350 zł.

Wpłaty prosimy dokonywać na konto: 66 1090 2590 0000 0001 3393 3014 do 15.05.2019 r. z dopiskiem „Zjazd 1994”. Panie prosimy o podanie nazwiska obecnego oraz panińskiego. Do dyspozycji gości pokoje 2-3-osobowe – proszę o e-mailowe zgłaszanie nazwisk Kolegów i Koleżanek, z którymi chcą być Państwo zakwaterowani.

UWAGA!!! W ośrodku zapewnione jest bezpłatne korzystanie z kompleksu basenowego, jacuzzi, saun, urządzeń fitness, jak również dostęp do bezprzewodowego Internetu oraz bezpłatny parking. Dla uczestników istnieje możliwość zakupu pakietów SPA w promocyjnych cenach.

Za Komitet Organizacyjny
 Magdalena Hirowska-Tracz

ZJAZD ABSOLWENTÓW WYDZIAŁU LEKARSKIEGO AKADEMII MEDYCZNEJ WE WROCŁAWIU ROCZNIK 1999

Droga Koleżanko! Drogi Kolego!
 Zapraszamy na spotkanie koleżeńskie z okazji

20-lecia ukończenia Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej we Wrocławiu, które odbędzie się w dniach 13-15 września 2019 r. Miejszem spotkania będzie ośrodek Vital & SPA Resort Szarotka w Zieleńcu.

Program zjazdu

13 września 2019 r. (piątek)
 od godz. 14.00 Zakwaterowanie w ośrodku
 godz. 18.00-24.00 Grill przy biesiadnej muzyce
14 września 2019 r. (sobota)
 godz. 8.00-11.00 Śniadanie
 godz. 11.00 Msza święta (kościół św. Anny w Zieleńcu), czas wolny, spacer po Zieleńcu
 godz. 13.30 Pamiątkowe zdjęcie grupowe przed ośrodkiem
 Obiad, czas wolny
 godz. 14.00
 godz. 18.30 Wspólne zdjęcia pamiątkowe
 godz. 19.00-2.00 Bankiet
15 września 2019 r. (niedziela)
 godz. 8.00-11.00 Śniadanie i pożegnania

Opłata za uczestnictwo w zjeździe wynosi od absolwenta/osoby towarzyszącej 500 zł. Wpłaty prosimy dokonywać na konto: 66 1090 2590 0000 0001 3393 3014 do 31.05.2019 r. z dopiskiem „Zjazd 1999”. Panie prosimy o podanie nazwiska obecnego oraz panińskiego. Do dyspozycji gości pokoje 2-3-osobowe – proszę o e-mailowe zgłaszanie nazwisk Kolegów i Koleżanek, z którymi chcą być Państwo zakwaterowani.

UWAGA!!! W ośrodku zapewnione jest bezpłatne korzystanie z kompleksu basenowego, jacuzzi, saun, urządzeń fitness, jak również dostęp do bezprzewodowego Internetu oraz bezpłatny parking. Dla uczestników istnieje możliwość zakupu pakietów SPA w promocyjnych cenach.

Za Komitet Organizacyjny
 Ewa Nojek (Kisiołek)

Bliższych informacji udziela Patrycja Małec, kom. 501 217 204, e-mail: patka.malec@wp.pl

Uchwały Prezydium Dolnośląskiej Rady Lekarskiej z dnia 4 kwietnia 2019 roku

NR 31/2019

w sprawie upoważnienia prezesa DRL do złożenia wniosku o przyznanie dotacji na zorganizowanie przez DIL form doskonalenia zawodowego

§ 1

Prezydium Dolnośląskiej Rady Lekarskiej we Wrocławiu upoważnia prezesa DRL dr. n. med. Pawła Wróblewskiego do wystąpienia z wnioskiem do Naczelnej Izby Lekarskiej o przyznanie dotacji na zorganizowanie przez DIL w II półroczu 2019 r. form doskonalenia zawodowego.

NR 32/34/2019

w sprawie udzielenia bezwrotnej zapomogi pieniężnej

Pozostałe uchwały znajdują się na stronie: bip.dilnet.wroc.pl

Obwieszczenia przewodniczącego Okręgowej Komisji Wyborczej DIL z dnia 28 lutego 2019 roku

NR 1/2019

w sprawie wygaśnięcia mandatu zastępcy Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej Dolnośląskiej Izby Lekarskiej na okres kadencji 2018-2022

§ 1

W związku z zrzeczeniem się przez dr. n. med. Przemysława Konińskiego pełnienia funkcji zastępcy Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej Dolnośląskiej Izby Lekarskiej we Wrocławiu nastąpiło wygaśnięcie mandatu zastępcy Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej DIL we Wrocławiu na okres kadencji 2018-2022.

NR 2/2019

w sprawie wygaśnięcia mandatu delegata na Zjazd Delegatów Dolnośląskiej Izby Lekarskiej VIII kadencji

§ 1

W związku ze skreśleniem lek. dent. Anny Norowskiej-Kiecy z listy członków Dolnośląskiej Izby Lekarskiej we Wrocławiu, z powodu śmierci ww. lekarza, nastąpiło wygaśnięcie mandatu delegata na Zjazd Delegatów Dolnośląskiej Izby Lekarskiej VIII kadencji.

NR 3/2019

w sprawie wygaśnięcia mandatu delegata na Zjazd Delegatów Dolnośląskiej Izby Lekarskiej VIII kadencji

§ 1

W związku ze skreśleniem lek. Artura Rycyka z listy członków Dolnośląskiej Izby Lekarskiej we Wrocławiu, z powodu przeniesienia ww. lekarza do innej okręgowej izby lekarskiej, nastąpiło wygaśnięcie mandatu delegata na Zjazd Delegatów Dolnośląskiej Izby Lekarskiej VIII kadencji.

NR 4/2019

w sprawie uzyskania mandatu delegata na Zjazd Delegatów Dolnośląskiej Izby Lekarskiej VIII kadencji

§ 1

W związku z wygaśnięciem mandatu delegata na okręgowy zjazd lekarzy lek. Artura Rycyka, mandat delegata na Zjazd Delegatów Dolnośląskiej Izby Lekarskiej VIII kadencji uzyskała lek. Dominika Gardyńska.

lek. Małgorzata Niemiec,
 przewodniczący Okręgowej Komisji Wyborczej DIL

Dziekan Wydziału Lekarskiego Kształcenia Podyplomowego prof. dr hab. Joanna Rymaszewska zaprasza na kursy:

Katedra i Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu zaprasza lekarzy specjalizujących się w anestezjologii i intensywnej terapii trybem dotychczasowym i trybem modułowym na kurs obowiązkowy (z listy CMKP):

DIAGNOSTYKA I LECZENIE BÓLU**Termin kursu: 6-10.05.2019 r.**

Kierownik naukowy kursu:
dr hab. Waldemar Goździk, prof. nadzw.
Miejsce kursu: Katedra i Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii UMW, ul. Borowska 213, Wrocław
Liczba uczestników: 20
Kurs bezpłatny

I Katedra i Klinika Pediatrii, Alergologii i Kardiologii Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu zaprasza lekarzy specjalizujących się w pediatrii trybem modułowym na kurs obowiązkowy (z listy CMKP):

WPROWADZENIE DO SPECJALIZACJI W DZIEDZINIE PEDIATRII**Termin kursu: 6-10.05.2019 r.**

Kierownik naukowy kursu: dr Ewa Willak-Janc
Miejsce kursu: Dolnośląska Izba Lekarska, ul. Kazimierza Wielkiego 45, Wrocław
Liczba uczestników: 30
Kurs bezpłatny

Zakład Traumatologii i Medycyny Ratunkowej Wieku Rozwojowego Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu zaprasza lekarzy specjalizujących się w chirurgii dziecięcej trybem dotychczasowym i trybem modułowym na kurs obowiązkowy (z listy CMKP):

TRAUMATOLOGIA DZIECIĘCA**Termin kursu: 6-10.05.2019 r.**

Kierownik naukowy kursu:
prof. dr hab. Jan Godziński
Miejsce kursu: Zakład Traumatologii i Medycyny Ratunkowej Wieku Rozwojowego UMW, ul. Bujwida 44a, Wrocław
Liczba uczestników: 24
Kurs bezpłatny

Katedra i Klinika Medycyny Ratunkowej Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu zaprasza wszystkich lekarzy i lekarzy dentyistów specjalizujących się w trybie modułowym na kurs obowiązkowy (z listy CMKP):

RATOWNICTWO MEDYCZNE**Termin kursu: 6-10.05.2019 r.**

Kierownik naukowy kursu:
dr Grzegorz Gogolewski
Miejsce kursu: Katedra i Klinika Medycyny Ratunkowej UMW, ul. Borowska 213, Wrocław
Liczba uczestników: 60
Kurs bezpłatny

Katedra i Klinika Chirurgii Urazowej i Chirurgii Ręki Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu zaprasza lekarzy specjalizujących się w ortopedii i traumatologii narządu ruchu trybem dotychczasowy i trybem modułowym na kurs obowiązkowy (z listy CMKP):

CHIRURGIA RĘKI I CHIRURGIA REKONSTRUKCYJNA**Termin kursu: 13-17.05.2019 r.**

Kierownik naukowy kursu:

dr hab. Jerzy Gosk, prof. nadzw.
Miejsce kursu: Katedra i Klinika Chirurgii Urazowej i Chirurgii Ręki UMW, ul. Borowska 213, Wrocław
Liczba uczestników: 20
Kurs bezpłatny

I Katedra i Klinika Pediatrii, Alergologii i Kardiologii Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu zaprasza lekarzy specjalizujących się w pediatrii trybem dotychczasowym na kurs obowiązkowy (z listy CMKP):

POSTĘPY W PEDIATRII**Termin kursu: 13-24.05.2019 r.**

Kierownik naukowy kursu: dr Ewa Willak-Janc
Miejsce kursu: Dolnośląska Izba Lekarska, ul. Kazimierza Wielkiego 45, Wrocław
Liczba uczestników: 30
Kurs bezpłatny

Katedra i Klinika Medycyny Ratunkowej Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu zaprasza lekarzy specjalizujących się w chorobach wewnętrznych trybem modułowym na kurs obowiązkowy (z listy CMKP):

TOKSYKOLOGIA**Termin kursu: 20-21.05.2019 r.**

Kierownik naukowy kursu:
lek. Barbara Monika Porębska
Miejsce kursu: Katedra i Klinika Medycyny Ratunkowej UMW, ul. Borowska 213, Wrocław
Liczba uczestników: 25
Kurs bezpłatny

Katedra i Klinika Medycyny Ratunkowej Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu zaprasza lekarzy specjalizujących się w medycynie ratunkowej trybem dotychczasowy i trybem modułowym na kurs obowiązkowy (z listy CMKP):

RESUSCYTACJA KRAŻENIOWO-ODDECHOWA**Termin kursu: 27-31.05.2019 r.**

Kierownik naukowy kursu: lek. Goutam Chourasia
Miejsce kursu: Katedra i Klinika Medycyny Ratunkowej UMW, ul. Borowska 213, Wrocław
Liczba uczestników: 20
Kurs bezpłatny

Katedra i Klinika Otolaryngologii, Chirurgii Głowy i Szyi Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu zaprasza lekarzy specjalizujących się w otolaryngologii trybem modułowym na kurs obowiązkowy z listy (CMKP):

RYNOLOGIA – WPROWADZENIE DO DIAGNOSTYKI I TERAPII**Termin kursu: 27-29.05.2019 r.**

Kierownik naukowy kursu: dr hab. Marcin Frączek
Miejsce kursu: Katedra i Klinika Otolaryngologii, Chirurgii Głowy i Szyi UMW, ul. Borowska 213, Wrocław
Liczba uczestników: 12
Kurs bezpłatny

Katedra i Klinika Medycyny Ratunkowej Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu zaprasza wszystkich lekarzy i lekarzy dentyistów specjalizujących się w trybie modułowym na kurs obowiązkowy (z listy CMKP):

RATOWNICTWO MEDYCZNE**Termin kursu: 3-7.06.2019 r.**

Kierownik naukowy kursu: dr Grzegorz Gogolewski

Miejsce kursu: Katedra i Klinika Medycyny Ratunkowej UMW, ul. Borowska 213, Wrocław
Liczba uczestników: 60
Kurs bezpłatny

Zakład Traumatologii i Medycyny Ratunkowej Wieku Rozwojowego Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu zaprasza lekarzy specjalizujących się w medycynie ratunkowej trybem dotychczasowym i trybem modułowym na kurs obowiązkowy (z listy CMKP):

RESUSCYTACJA KRAŻENIOWO-ODDECHOWA**Termin kursu: 10-14.06.2019 r.**

Kierownik naukowy kursu: dr Kinga Niewińska
Miejsce kursu: Zakład Traumatologii i Medycyny Ratunkowej Wieku Rozwojowego UMW, ul. Bujwida 44a, Wrocław
Liczba uczestników: 24
Kurs bezpłatny

Katedra i Zakład Medycyny Społecznej Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu zapraszają specjalizujących się lekarzy na kursy (z listy CMKP):

ZDROWIE PUBLICZNE**(w trybie dotychczasowym)****Termin kursu: 3-12.06.2019 r.**

w CNIM – sala wykładowa, ul. Marcinkowskiego 2-6, Wrocław

Termin kursu: 18-27.09.2019 r.

w Auditorium Jana Pawła II, ul. Borowska 213, Wrocław

Kierownik naukowy kursów: dr hab. Katarzyna Zatońska, prof. nadzw.
Liczba uczestników: 80 na każdym kursie
Kurs bezpłatny – 40 punktów edukacyjnych

Katedra i Zakład Ortopedii Szcękowej i Ortodoncji Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu zapraszają lekarzy specjalizujących się w ortodoncji na obowiązkowe kursy (z listy CMKP):

LECZENIE ORTODONTYCZNE DOROSŁYCH**Termin kursu: 16-17.05.2019 r.****BIOMECHANIKA (REAKCJA TKANEK NA SIŁY ORTODONTYCZNE)****Termin kursu: 28-30.05.2019 r.**

Kierownik naukowy kursów: prof. dr hab. Beata Kawala
Miejsce kursów: Katedra i Zakład Ortopedii Szcękowej i Ortodoncji, ul. Krakowska 26, Wrocław
Liczba uczestników: 15 na każdym kursie
Kurs bezpłatny

Katedra i Zakład Stomatologii Zachowawczej i Dziecięcej Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu zaprasza lekarzy specjalizujących się w stomatologii dziecięcej na obowiązkowy kurs (z listy CMKP):

USZKODZENIA POURAZOWE/ TRAUMATOLOGIA ZĘBÓW CZĘŚCI TWARZOWEJ CZASZKI U DZIECI I MŁODZIEŻY**Termin kursu: 10-14.06.2019 r.**

Kierownik naukowy kursu: prof. dr hab. Urszula Kaczmarek
Miejsce kursu: Katedra i Zakład Stomatologii Zachowawczej i Dziecięcej, ul. Krakowska 26, Wrocław
Liczba uczestników: 20
Kurs bezpłatny



Komisja Kształcenia Dolnośląskiej Rady Lekarskiej we Wrocławiu oraz Klinika Chorób Zakaźnych i Hepatologii Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu oraz I Oddział Zakaźny Kliniczny Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Gromkowskiego we Wrocławiu zapraszają na konferencję

pt. „MEDYCYNA PODRÓŻY W TEORII I PRAKTYCE” II edycja

**która odbędzie się 6 grudnia 2019 r. (piątek)
w godz. 8.30-15.00 w sali konferencyjnej Dolnośląskiej
Izby Lekarskiej przy al. Matejki 6 we Wrocławiu.**

**Uczestnikom konferencji przysługuje
6 punktów edukacyjnych.**

Konferencja ma charakter ogólnodostępny dla bliżej nieokreślonej liczby uczestników, ograniczonej jedynie względami techniczno-organizacyjnymi. Udział w konferencji jest dobrowolny.

Kierownik naukowy konferencji

lek. Justyna Janocha-Litwin

Opiekun naukowy konferencji

prof. zw. dr hab. Krzysztof Simon

Program konferencji

godz. 8.30-9.00	<i>Aktualne zagrożenia epidemiologiczne na świecie</i> prof. dr hab. Krzysztof Simon
godz. 9.00-9.30	<i>Kobieta ciężarna – czy powinna podróżować? Jeśli tak, to gdzie i kiedy?</i> dr n. med. Monika Pazgan-Simon
godz. 9.30-10.00	<i>Bezpieczeństwo dziecka w podróży</i> dr n. med. Agnieszka Matkowska-Kocjan
godz. 10.00-10.30	<i>Wybrane szczepienia w medycynie podróży</i> lek. Justyna Janocha-Litwin
godz. 10.30-11.00	<i>Wirus ZIKA – problem realny czy medialny?</i> dr n. med. Marta Kucharska
godz. 11.00-11.30	<i>Afryka – wspomnienia z wyjazdu (doświadczenia własne)</i> lek. Karolina Rostkowska-Białas
godz. 11.30-12.00	Przerwa kawowa
godz. 12.00-12.30	<i>Biegunki u podróżnych</i> dr n. med. Anna Szymanek-Pasternak
godz. 12.30-13.00	<i>Metody ochrony przed ukłuciami przez owady i chemioprophylaktyka malarii</i> Konrad Radzikowski
godz. 13.00-13.30	<i>Przepisy regulujące przewóz leków. Praktyczne wskazówki odnośnie do transportu leków</i> dr n. med. Marta Rorat, mgr prawa
godz. 13.30-14.00	<i>Sex turystyka. Holiday PrEP</i> lek. Aleksander Zińczuk
godz. 14.00-14.30	<i>Diagnostyka stanów gorączkowych po powrocie z tropików – przypadki kliniczne</i> dr n. med. Sylwia Serafińska
godz. 14.30-15.00	Dyskusja i zakończenie konferencji

**Osoby zainteresowane wzięciem udziału w konferencji
proszone są o wstępne zgłoszenie zamiaru uczestnictwa,
które nie ma charakteru wiążącego. Zgłoszenie pisemne**

należy kierować do Komisji Kształcenia DRL:

e-mail: komisjaksztalcenia@dilnet.wroc.pl

lub telefonicznie pod numerem 71 798 80 68.



Niemiecko-Polskie
Towarzystwo
Uniwersytetu Wrocławskiego



Polskie Towarzystwo
Historii Medycyny
i Farmacji
Oddział Wrocław



UNIwersytet MEDYCZNY
IM. PIASTÓW ŚLĄSKICH WE WROCLAWIU

Ruhr
UNIVERSITÄT
BOCHUM

RUB



Dolnośląska
Izba
Lekarska

Konferencja Naukowa

**Prof. dr hab. dr h.c. multi Waldemar Kozuszek (1930-2009)
badacz, lekarz, historyk medycyny**

Kierownictwo naukowe konferencji

dr Dariusz Lewera, prof. dr hab. Gerhard Oremek, dr hab. Krzysztof Wronecki, prof. nadzw.

Komitet organizacyjny

dr hab. Barbara Bruziewicz-Mikłaszewska, Christa Kozuszek,
prof. dr hab. Aleksandra Kubicz, prof. dr hab. Zdzisław Latajka, prof. dr hab. Ludwik Turko

Termin: 30 maja 2019 r., rozpoczęcie godz. 10.00

Miejsce: Oratorium Marianum Uniwersytetu Wrocławskiego

Partnerzy medialni: Gazeta Uczelniana, Przegląd Uniwersytecki, Medium (DIL)

O godz. 8.15 jest przewidziane złożenie kwiatów na grobie prof. dra hab. Waldemara Kozuschka (Cmentarz św. Wawrzyńca, ul. Bujwida)

**Urząd Marszałkowski Województwa Dolnośląskiego,
Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich
we Wrocławiu,
Uniwersytet Przyrodniczy we Wrocławiu,
Politechnika Wrocławska, Instytut Inwentyki
oraz producenci sprzętu medycznego
zapraszają na IV konferencję**

pt. „TECHNIKA W MEDYCYNIE”

która odbędzie się **30 maja 2019 r. (czwartek)**
w Dolnośląskim Szpitalu Specjalistycznym
im. T. Marciniaka – Centrum Medycyny Ratunkowej,
ul. gen. Fieldorfa 2, 54-049 Wrocław
(sala audytoryjna – I piętro).

**Konferencja rozpocznie się o godz. 10.00.
Udział w konferencji jest bezpłatny.**

W programie przewiduje się wystąpienia przedstawicieli Urzędu Marszałkowskiego wymienionych wyżej uczelni, gości z uczelni zagranicznych, producentów nowoczesnego sprzętu medycznego, w tym zrobotyzowanych aptek, ekspertów rozwiązujących problemy techniczne w jednostkach służby zdrowia, praktyków Hospital 4.0.

Szczegółowe informacje o programie znajdą Państwo na stronie:

szpitala (www.szpital-marciniak.wroclaw.pl),
Urzędu Marszałkowskiego (www.umwd.dolnyslask.pl),
Instytutu Inwentyki (www.instytutinwentyki.pl).

**Dodatkowe informacje pod numerem
tel. +48 602 47 53 28.**

**Komisja Stomatologiczna i Komisja Kształcenia
Dolnośląskiej Rady Lekarskiej we Wrocławiu
zapraszają na kurs medyczny oraz warsztaty, które odbędą
się **1 czerwca 2019 r. (sobota) w godz. 9.00-13.00**
w sali konferencyjnej Dolnośląskiej Izby Lekarskiej
przy **al. Matejki 6** we Wrocławiu.**

„CZAS NA ENDO”

Kierownik naukowy kursu
lek. dent. Iwona Świętkowska

Wykładowca
dr n. med. Wojciech Grzebieluch

**Uczestnikowi kursu przysługują 2 punkty edukacyjne.
Uczestnikowi warsztatów przysługują 2 punkty edukacyjne.**

Kurs ma charakter ogólnodostępny dla bliżej nieokreślonej liczby uczestników, ograniczonej jedynie względami techniczno-organizacyjnymi. Udział w kursie jest dobrowolny.

Program kursu

godz. 9.00-10.30 Część teoretyczna – wykład
godz. 10.30-11.00 Przerwa
godz. 11.00-13.00 Warsztaty – odpłatność za udział
w warsztatach – 200 zł

Liczba miejsc ograniczona, liczy się kolejność zgłoszeń (zapisy wyłącznie drogą e-mailową: komisjaksztalcenia@dilnet.wroc.pl).

Zagadnienia

1. Prosty dostęp i poszerzenie ujęć kanałów
2. Udrożnienie kanałów – jak to zrobić bez stopnia?
3. Maszynowe opracowanie kanałów – technika i procedury.
4. Opracowanie chemiczne i aktywacja
5. Wypełnienie kanałów korzeniowych oraz szczelne zamknięcie komory

**Osoby zainteresowane wzięciem udziału w kursie/
wykładzie proszone są o wstępne zgłoszenie
zamiaru uczestnictwa, które nie ma charakteru wiążącego.
Zgłoszenia pisemne należy kierować
do Komisji Kształcenia DRL: komisjaksztalcenia@dilnet.wroc.pl
lub telefoniczne pod numerem 71 798 80 68.**

Iwona Świętkowska,
przewodnicząca Komisji Stomatologicznej DRL

**Komisja Stomatologiczna i Komisja Kształcenia
Dolnośląskiej Rady Lekarskiej we Wrocławiu
oraz Oddział Dolnośląski Polskiego
Towarzystwa Stomatologicznego
zapraszają na konferencję, która odbędzie się
8 czerwca 2019 r. (sobota) w godz. 10.00-14.30
w sali konferencyjnej Dolnośląskiej Izby Lekarskiej
przy **ul. Kazimierza Wielkiego 45** we Wrocławiu.**

„PROBLEMY STOMATOLOGII ODTWÓRCZEJ”

Kierownik i moderator konferencji
dr n. med. Maciej Dobrzyński

**Uczestnikowi konferencji przysługują
4 punkty edukacyjne.**

Konferencja ma charakter ogólnodostępny dla bliżej nieokreślonej liczby uczestników, ograniczonej jedynie względami techniczno-organizacyjnymi. Udział w konferencji jest dobrowolny.

Program konferencji

godz. 10.00-10.15 Otwarcie konferencji
godz. 10.15-12.15 *Odbudowy protetyczne zębów
po leczeniu endodontycznym.
Współpraca endodonta-protetyk.
Przegląd przypadków klinicznych*
dr n. med. Jacek Ciesielski
godz. 12.15-12.30 Przerwa
godz. 12.30-14.00 *Zastosowanie wybranych
biomateriałów w technikach
augmentacyjnych*
dr n. med. Piotr Kosior
godz. 14.00-14.30 Dyskusja i zakończenie konferencji

**Osoby zainteresowane wzięciem udziału
w konferencji proszone są o wstępne
zgłoszenie zamiaru uczestnictwa,
które nie ma charakteru wiążącego.
Zgłoszenia pisemne należy kierować
do Komisji Kształcenia DRL:
komisjaksztalcenia@dilnet.wroc.pl
lub telefoniczne pod numerem 71 798 80 68.**

Iwona Świętkowska,
przewodnicząca Komisji Stomatologicznej DRL



**Komisja Kształcenia oraz Komisja Stomatologiczna
Dolnośląskiej Rady Lekarskiej
wraz z firmą Pozytron – Radiologia Medyczna zapraszają
na kurs radiologiczny**

pt. „OCHRONA RADIOLOGICZNA PACJENTA”

dla lekarzy i lekarzy dentyistów

który odbędzie się **21 września 2019 r. (sobota)**

w sali konferencyjnej przy **al. Matejki 6** we Wrocławiu.

Kurs przeznaczony jest dla wszystkich osób wykonujących badania i zabiegi lecznicze z wykorzystaniem promieniowania jonizującego: LST, LR, LMN, LRZ, LIX, FT, PMN, LRT.

Szkolenie zostanie przeprowadzone zgodnie z programem określonym w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 18 lutego 2011 r.

Koszt szkolenia dla członków Dolnośląskiej Izby Lekarskiej:

I WARIANT: materiały szkoleniowe + koszt egzaminu + repetytorium* = **420 zł**

Dolnośląska Rada Lekarska pokrywa członkom DIL koszt w wysokości 150 zł, natomiast członek DIL ponosi indywidualnie koszt w wysokości 270 zł.

II WARIANT: materiały szkoleniowe + koszt egzaminu = **290 zł**

Dolnośląska Rada Lekarska pokrywa członkom DIL koszt w wysokości 150 zł, natomiast członek DIL ponosi indywidualnie koszt w wysokości 140 zł.

Koszt szkolenia dla osób niebędących członkami DIL:

I WARIANT: 300 zł mat. szkoleniowe + 140 zł koszt egzaminu + 130 zł repetytorium* = **570 zł**

II WARIANT: 300 zł mat. szkoleniowe + 140 zł koszt egzaminu = **440 zł**

* W dniu egzaminu planowane są trzygodzinne warsztaty

podsumowujące. **Za szkolenie przyznanych zostanie 7 punktów edukacyjnych.**

Materiały szkoleniowe wraz z informacjami organizacyjnymi zostaną udostępnione wszystkim uczestnikom w wersji online po dokonaniu rejestracji. Prosimy o dokładne zapoznanie się z przesłanymi materiałami, które są podstawą do zdania egzaminu.

21.09.2019 r. w godz. 9.00-12.00 dla osób chcących ugruntować swoją wiedzę **planowane jest trzygodzinne repetytorium w formie wykładu powtórzeniowego**, który obejmuje przesłane uczestnikom materiały szkoleniowe. Udział w repetytorium gwarantuje wniesienie opłaty zgodnie z I WARIANTEM szkolenia.

Osoby, które nie chcą uczestniczyć w repetytorium, proszone są o dokładne zapoznanie się z przesłanymi materiałami oraz wniesienie opłaty zgodnie z II WARIANTEM szkolenia. Prosimy o przybycie na egzamin o godz. 12.00. Planowane zakończenie egzaminu wraz z ogłoszeniem wyników oraz wręczeniem certyfikatów około godz. 14.30.

Opłatę za wybrany wariant szkolenia uczestnik będzie zobowiązany uiszczyć indywidualnie na wskazany w potwierdzeniu rejestracji numer konta.

Otrzymany certyfikat jest ważny **5 lat**.

Dla członków Dolnośląskiej Izby Lekarskiej liczba miejsc dofinansowanych przez DRL wynosi 90.

Osoby zainteresowane wzięciem udziału w szkoleniu proszone są o rejestrację na stronie: **www.pozytron.pl/ lista-szkolen**

W przypadku pytań proszę o kontakt telefoniczny lub mailowy:

Daria Stempin, tel. + 48 505 440 173,

e-mail: d.stempin@pozytron.pl

**Komisja Kształcenia Dolnośląskiej Rady Lekarskiej
we Wrocławiu
zaprasza na kurs medyczny**

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

który odbędzie się w następujących terminach:

14 września 2019 r. (sobota)

21 września 2019 r. (sobota)

28 września 2019 r. (sobota)

12 października 2019 r. (sobota)

9 listopada 2019 r. (sobota)

w sali klubowej Dolnośląskiej Izby Lekarskiej
we Wrocławiu
przy **al. Matejki 6** w godz. **9.00-15.00**.

Wykładowca

mgr Anna Masternak, psycholog, trener komunikacji

Uczestnikowi kursu przysługuje 6 punktów edukacyjnych.

Zagadnienia

1. Jak udzielać wsparcia psychicznego mądrze?

2. Czy zawsze trzeba służyć radą? Cienie i blaski udzielania porad
3. Trudne pytania pacjentów – jak reagować, gdy się pojawiają?
4. Emocje pacjenta widoczne na pierwszy rzut oka – jak postępować? Praktyczne wskazówki
5. Formy wsparcia efektywne tylko z pozoru. Które z popularnych zachowań cechuje przeciwność?
6. Co zrobić, gdy zapada niezręczna cisza?
7. Granice odpowiedzialności lekarza jako osoby udzielającej wsparcia. Co nie mieści się w kategoriach wspierania
8. Mobilizująca moc słów zamiast „czego gadania”. Co i jak powiedzieć, by zmotywować pacjenta do leczenia oraz zapobiec jego pasywności
9. Doświadczanie choroby – które zachowania lekarza mogą usprawnić proces przechodzenia pacjenta przez jej kolejne psychologiczne etapy

**Osoby zainteresowane wzięciem udziału w warsztatach proszone są
WYŁĄCZNIE O PISEMNE**

**zgłaszanie się do Komisji Kształcenia DRL:
e-mail: komisjaksztalcentia@dilnet.wroc.pl
O uczestnictwie decyduje kolejność zgłoszeń.
Maksymalna liczba uczestników
w jednym terminie – 25 osób.**

**Komisja Kształcenia Dolnośląskiej Rady Lekarskiej
we Wrocławiu**

zaprasza na kurs medyczny

pt. „STANY NAGŁE W GABINECIE LEKARSKIM – POSTĘPOWANIE PRAKTYCZNE”

który odbędzie się w następujących terminach:

- 7 września 2019 r. (sobota)**
- 19 października 2019 r. (sobota)**
- 26 października 2019 r. (sobota)**
- 16 listopada 2019 r. (sobota)**
- 7 grudnia 2019 r. (sobota)**

**w sali konferencyjnej Dolnośląskiej Izby Lekarskiej
we Wrocławiu przy al. Matejki 6 w godz. 9.00-15.00.**

**Czas trwania kursu – 6 godzin,
w tym 4 godziny zajęć praktycznych**

Uczestnikowi kursu przysługują 6 punktów edukacyjnych.

Kierownik naukowy kursu

dr hab. Jacek Smereka

Wykładowcy

dr hab. Jacek Smereka i lek. Marek Brodzki

Program kursu

CZĘŚĆ SEMINARIJNA

1. Podstawy patofizjologii stanów zagrożenia życia u pacjentów w gabinecie lekarskim. Typowe stany nagłych zagrożeń u pacjentów w gabinecie lekarskim
2. Podstawowe czynności resuscytacyjne (BLS) – ocena pacjenta, udrożnienie dróg oddechowych, sztuczne oddychanie, podtrzymanie funkcji układu krążenia
3. Aktualne wytyczne resuscytacji krążeniowo-oddechowej Europejskiej Rady Resuscytacji 2010 – zmiany w wytycznych, czynniki wpływające

- w istotnym stopniu na skuteczność działań resuscytacyjnych
4. Przyczyny, rozpoznanie, zapobieganie i postępowanie w typowych stanach nagłych zagrożeń w gabinecie lekarskim: omdleniu wazowagalnym, niedociśnieniu ortostatycznym, zaburzeniach oddechowych, hipoglikemii, napadzie padaczkowym, anafilaksji, toksycznym działaniu leków miejscowo znieczulających
5. Farmakologia leków stosowanych w stanach nagłych zagrożeń w gabinecie lekarskim – skład i praktyczne zastosowanie leków z zestawu przeciwwstrząsowego
6. Podstawowe zabiegi ratujące życie – usuwanie ciała obcego z dróg oddechowych, wprowadzanie rurki ustno-gardłowej, wentylacja workiem AMBU, konikotomia
7. Zasady tlenoterapii – sprzęt, wskazania, metody

CZĘŚĆ PRAKTYCZNA

1. Podstawowe czynności resuscytacyjne – ocena pacjenta, układanie w odpowiednich pozycjach, ocena układu krążenia i oddechowego, udrażnianie dróg oddechowych, pośredni masaż serca
2. Ćwiczenia praktyczne na fantomach – resuscytacja krążeniowo-oddechowa (resuscytacja osoby dorosłej)
3. Ćwiczenia praktyczne na fantomach – resuscytacja krążeniowo-oddechowa (resuscytacja dziecka).
4. Prawidłowo prowadzony pośredni masaż serca – ćwiczenia i ocena na fantomie z pomiarem jakości resuscytacji
5. Defibrylacja zautomatyzowana (AED) – ćwiczenia praktyczne na fantomie z użyciem defibrylatora
6. Udrażnianie i zabezpieczanie dróg oddechowych – wentylacja workiem samorozprężalnym, zakładanie rurki ustno-gardłowej, maski kraniowej i I-gel
7. Postępowanie w przypadku całkowitej niedrożności dróg oddechowych – konikotomia, ćwiczenia na fantomie
8. Leki z zestawu przeciwwstrząsowego – przygotowanie i podawanie leków, tlenoterapia
9. Drogi podawania leków – podskórna, domięśniowa, dożylna
10. Zakładanie dostępu dożylnego (wenflonu) – ćwiczenia na fantomie

**Osoby zainteresowane wzięciem udziału w kursie
proszone są o PISEMNE zgłaszanie się do Komisji
Kształcenia DRL: e-mail: komisjaksztaleni@dilnet.wroc.pl
O uczestnictwie decyduje kolejność zgłoszeń.
Maksymalna liczba uczestników
w jednym terminie – 18 osób.**

**Komisja Kształcenia Dolnośląskiej Rady Lekarskiej
we Wrocławiu**

zaprasza na kurs medyczny

pt. „WYPALENIE ZAWODOWE – NA CZYM POLEGA I JAK MU PRZECIWDZIAŁAĆ?”

który odbędzie się w następujących terminach:

- 7 września 2019 r. (sobota)**
- 19 października 2019 r. (sobota)**
- 16 listopada 2019 r. (sobota)**
- 7 grudnia 2019 r. (sobota)**

**w sali klubowej Dolnośląskiej Izby Lekarskiej
we Wrocławiu przy al. Matejki 6 w godz. 9.00-15.00.**

Wykładowca

lek. Dariusz Delikat, psycholog

**Czas trwania kursu – 6 godzin
(w tym 2 godziny zajęć seminaryjnych
oraz 4 godziny zajęć praktycznych)**

Uczestnikowi kursu przysługują 6 punktów edukacyjnych.

Program kursu

Badania psychologów społecznych dowodzą, że wypalenie zawodowe (stan wyczerpania emocjonalnego, fizycznego i duchowego związanego z pracą) dotyczy głównie zawodów, w których występuje częsty i bliski kontakt z ludźmi: przedstawiciele handlowi, konsultanci, lekarze, pielęgniarki, pracownicy służb ratowniczych i hospicjów itd.

Na syndrom wypalenia zawodowego składa się: uczucie pustki i odpyływu sił wywołane nadmiernymi wymaganiami psychologicznymi i emocjonalnymi (emocjonalne wyczerpanie), obniżenie wrażliwości wobec innych (depersonalizacja), poczucie marnowania czasu, utrata energii i zanizanie oceny własnych dokonań. Jeżeli czujesz się permanentnie przepracowany, praca przestaje dostarczać Ci satysfakcji, masz poczucie stagnacji zawodowej, prawdopodobnie doświadczasz syndromu wypalenia zawodowego. To oznacza, że warto wziąć udział w warsztatach.

Część merytoryczna

- Wypalenie zawodowe – koncepcje, definicje, rodzaje
- Indywidualne, interpersonalne i organizacyjne uwarunkowania występowania wypalenia zawodowego,
- Objawy i konsekwencje wypalenia zawodowego
- Metody przeciwdziałania wypaleniu zawodowemu

Część praktyczna

- Autodiagnoza stopnia wypalenia zawodowego i identyfikacja jego przyczyn
- Metody radzenia sobie ze stresem i negatywnymi emocjami związanymi z wykonywaną pracą
- Sposoby na osiągnięcie równowagi pomiędzy pracą a życiem prywatnym (work – life balance)
- Sposoby na budowanie satysfakcjonujących relacji interpersonalnych
- Niwelowanie przyczyn wypalenia zawodowego dzięki zmianom organizacyjnym i zmianie nastawienia

**Osoby zainteresowane wzięciem udziału
w warsztatach proszone są WYŁĄCZNIE O PISEMNE
zgłaszanie się do Komisji Kształcenia DRL:
e-mail: komisjaksztaleni@dilnet.wroc.pl
O uczestnictwie decyduje kolejność zgłoszeń. Maksymalna liczba uczestników w jednym terminie – 25 osób.**



Ewie i Piotrowi Gruszkom oraz ich Bliskim
wyraży głębokiego współczucia z powodu śmierci

Mamy

składają lekarze z Oddziału Intensywnej Terapii Noworodka
w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Legnicy

Ze smutkiem informujemy, że po ciężkiej chorobie zmarła

lek. dent. Anna Liguzińska-Włodarczyk

specjalista stomatologii dziecięcej

Mężowi i Rodzinie składamy wyrazy głębokiego współczucia.
Lekarze i lekarze dentyści z Delegatury DIL w Wałbrzychu

Z głębokim smutkiem i żalem żegnamy

lek. Iwo Kozaka

Pogrążonej w smutku Rodzinie
składamy wyrazy głębokiego współczucia

Zarząd i pracownicy Przychodni NZOZ STARMED,
ul. Młodych Techników 7

Z wielkim smutkiem zawiadamiamy, że 21 kwietnia 2019 roku,
po długiej i ciężkiej chorobie, zmarła

śp. lek. stom. Ewa Jakubaszko

z Ciszewskich

Przewodnicząca i członkowie Komisji Historycznej DRL

Naszej drogiej Koleżance

dr n. med. Izabelli Mader-Wołyńskiej

wyraży współczucia z powodu śmierci

Taty

składają współpracownicy z Kliniki Nefrologii Pediatricznej

Z żalem informujemy, że 20 stycznia 2019 r.
po długiej i ciężkiej chorobie zmarł w Niemczech
nasz drogi Kolega

lek. Jacek Kluza

Rodzinie Zmarłego wyrazy głębokiego współczucia składają
absolwenci wrocławskiej Akademii Medycznej, rocznik 1964

Lek. dent. Mirosławie Łuczyńskiej
oraz **lek. Krzysztofowi Łuczyńskiemu**
wyraży szczerzego współczucia i sił do zniesienia bólu
z powodu przedwczesnej śmierci

Syna Marka

składa lek. Wanda Chwalisz

Naszemu Koledze

lek. Jerzemu Paluchowi

wyraży głębokiego współczucia z powodu śmierci

Siostry Małgorzaty

składają koleżanki i koledzy z Delegatury Legnickiej DIL

Z głębokim smutkiem i w poczuciu niepożałowanej straty
zawiadamiamy, że 23 marca 2019 zmarła,
po ciężkiej chorobie,

lek. stom. Anna Liguzińska-Włodarczyk

długoletni pracownik stomatologii w Czarnym Borze
oraz ortodoncji w Kamiennej Górze

Wyraży szczerzego współczucia Rodzinie
składają

pracownicy Ośrodka Zdrowia w Czarnym Borze

Wyraży szczerzego współczucia Mężowi i Bliskim
z powodu śmierci naszej Koleżanki

lek. dent. Anny Liguzińskiej-Włodarczyk

składają

koleżanki i koledzy z Koła Lekarzy Dentystów w Wałbrzychu

Pani dr hab. Dorocie Polak-Jonkisz, prof. nadzw.

serdeczne wyrazy współczucia
z powodu śmierci

Taty

składa zespół Kliniki Nefrologii Pediatricznej

Drogiemu Koledze, **lek. Andrzejowi Badurze**
oraz Rodzinie i Bliskim
w związku ze śmiercią

Babci Felicji

wyraży głębokiego współczucia, składają koleżanki
oraz koledzy z Oddziału Endokrynologii
4 Wojskowego Szpitala Klinicznego

Wyraży szczerzego współczucia dla Rodziny Zmarłego

dr. n. med. Henryka Kałwaka

składają koleżanki i koledzy VI rocznika we Wrocławiu

Koledze lek. Bartłomiejowi Kędzierskiemu
wyraży współczucia z powodu śmierci

Mamy

składają koleżanki i koledzy z Ośrodka Diagnostyki
Obrazowej 4 Wojskowego Szpitala Klinicznego
z Polikliniką SPZOZ we Wrocławiu

Pracownikowi SZPZOZ w Oleśnicy

lek. Bartłomiejowi Kędzierskiemu

wyraży głębokiego współczucia i słowa otuchy z powodu
śmierci

Mamy

składają Dyrekcja oraz pracownicy
Samodzielnego Zespołu Publicznych Zakładów Opieki
Zdrowotnej w Oleśnicy

Reklama

Credomedica

Pożyczka dla lekarzy i spółek medycznych do 1 mln zł

uproszczona procedura,
bez ZUS i US

Infolinia: 733 000 778
www.credomedica.pl

KOMUNIKAT KOŁA LEKARZY SENIORÓW DIL

Zarząd Koła Lekarzy Seniorów DIL we Wrocławiu zaprasza Koleżanki i Kolegów, zamieszkałych we Wrocławiu i okolicy, do kontaktów z nami i uczestnictwa w naszych spotkaniach, dla wielu interesujących. *Carpe diem!* Chwytaj dzień! Nie marnuj ani chwili!

Kontakt z nami:

Dom Lekarza przy ul. Kazimierza Wielkiego 45 we Wrocławiu,
p. Renata Czajka, tel. 71 798 80 66

Zapraszamy członków oraz sympatyków Koła na nasze kolejne spotkanie, które odbędzie się **31 maja 2019 r. (piątek) o godz. 11.00 w sali konferencyjnej DIL przy al. Matejki 6 we Wrocławiu.**

Krzysztof Wronecki,
przewodniczący Koła Lekarzy Seniorów DIL

Komunikat Komisji Historycznej DRL

W 2019 roku Dolnośląska Izba Lekarska obchodzi jubileusz 30-lecia reaktywacji. W związku z tym Komisja Historyczna DRL ogłasza konkurs pamiątkarski pt. „Moje 30 lat z Izłą”. Prace o objętości maks. 5 stron maszynopisu proszę nadsyłać na adres Izby do 29 maja 2019 roku, z dopiskiem na kopercie: „Konkurs na wspomnienia”. Komisja Historyczna DRL ze swoich środków ufunduje nagrody dla autorów najlepszych prac.

dr hab. n. med. Barbara Bruzewicz-Mikłaszewska,
przewodnicząca Komisji Historycznej DRL

Podziękowania

Najserdeczniejsze podziękowania dla całego zespołu lekarskiego i pielęgniarskiego na ręce Pani ordynator Oddziału Toksykologii i Chorób Wewnętrznych Dolnośląskiego Szpitala Specjalistycznego im. T. Marciniaka **dr Krystyny Kochman** składa wdzięczna pacjentka. Po stokroć dziękuję za pomoc, okazane serce i skuteczne leczenie.

dr Alicja Olejnik



Składam wyrazy uznania i podziękowania lekarzom z Kliniki Chirurgii Naczyniowej Wojskowego Szpitala Klinicznego we Wrocławiu – **dr. n. med. Kornelowi Pormańczukowi** oraz **dr. n. med. Arturowi Milnerowiczowi** – za profesjonalne przeprowadzenie zabiegu chirurgicznego.

Jerzy Marian Fonfara



Pani **dr Dagmarze Piesiak-Pańczyszyn** wraz z całym **Zespołem Optima-Med** składam wyrazy podziękowania za profesjonalizm i troskliwą opiekę.

Marta Pilak,
emerytowany nauczyciel akademicki



Źródło grafiki: www.pixabay.com/photos/flowers-1335636/callumramsay

EMKA S.A.

**ODBIÓR
TRANSPORT
UNIESZKODLIWIENIE
ODPADÓW MEDYCZNYCH**

Dowiedz się więcej na stronie www.emka.com.pl

Twój solidny partner

Zapraszamy www.emka-sklep.com.pl



NOWI DOKTORZY

Uchwałą Rady Wydziału Lekarskiego Kształcenia Podyplomowego Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu 13 marca 2019 roku stopień naukowy doktora w dziedzinie nauk medycznych w dyscyplinie medycyna uzyskali:

1. lek. Irena Wojciechowska, **3. lek. Łukasz Waszczuk,**
2. lek. Joanna Relewicz, **4. lek. Dominik Samotij.**

Uchwałą Rady Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu 28 marca 2019 roku stopień naukowy

doktora w dziedzinie nauk medycznych uzyskali:

1. lek. Hanna Maria Sikorska-Szaflik,
2. mgr biotechnologii Magdalena Agata Szydłowicz.

Uchwałą Rady Wydziału Lekarsko-Stomatologicznego Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu 29 marca 2019 roku stopień naukowy doktora nauk medycznych w dyscyplinie stomatologia w specjalności stomatologia zachowawcza uzyskała **lek. dent. Joanna Owczarek.**

Wyjazd integracyjno-szkoleniowy Koła Lekarzy Prywatnie Praktykujących

Zarząd Koła Lekarzy Prywatnie Praktykujących organizuje wyjazd integracyjno-szkoleniowy, który odbędzie się w dniach 23-26 maja 2019 r. w Kazimierzu Dolnym. Weźmie w nim udział 38 osób, członków KLPP.

Marek Stehlik, skarbnik Koła

Mariola Sędzimirska i Darek Zabłocki zapraszają absolwentów rocznika 1981 na

8. Złaz Karkonoski

Miejsce: Kraina Szeptów – Stary Gierałtów (może tym razem nie będzie padać).

Termin: 27-29.09.2019 rok; **Koszt:** 250 zł
Szczegóły u organizatorów!

XXVIII OGÓLNOPOLSKA KONFERENCJA MŁODYCH LEKARZY

7-9 czerwca 2019 r.

„Kształcenie młodych lekarzy – ewolucja zamiast rewolucji”

<http://wmil.olsztyn.pl/index.php/strona-glowna/511-ogolnopolska-konferencja-mlodych-lekarzy>



Źródło grafiki: www.pixabay.com/photos/hiking-1312226/maxmann

REAKTYWOWANY STRESSOWY ZŁAZ MEDYKA PO RAZ TRZECI!!!

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

Plan obejmuje następujące zdarzenia:

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

Jesteśmy do waszej dyspozycji:

Ryszard Ściborski, e-mail: sciborski@poczta.onet.pl, kom. 601 713 154,
Jerzy Lach, e-mail: jerzy.lach@poczta.onet.pl, kom. 664 936 762.

Do zobaczenia w maju na trasie 3.
Reaktywowanego Złazu Medyka!!!
Ryszard Ściborski i Jerzy B. Lach

Süddeutscher Ärzte-Chor
Süddeutsches Ärzte-Orchester

A. DVOŘÁK

REQUIEM

na solistów,
chór i orkiestrę

KONCERT CHARYTATYWNY

Południowo - niemiecki chór medyczny
Południowo - niemiecka orkiestra lekarzy
Operacja Muzyka - Orkiestra Kameralna Wielkopolskiej Izby Lekarskiej

Hospicjum Palium

ELIZA SZYMAŃSKA sopran
JULIA MECH alt
GRZEGORZ KUJAWA tenor
RADOSŁAW GÓRA bas
MARIUS POPP dyrygent

WROCŁAW
Akademia Muzyczna
Niedziela 16.06.2019, godz.: 20:00

Wstępnie wolny



ZAPRASZAMY

7-8 CZERWCA

**MISTRZOSTWA POLSKI LEKARZY
W KOLARSTWIE SZOSOWYM
BYCHAWA KOŁO LUBLINA**

INFO: WWW.SZOSA.EU

29 CZERWCA
- KOLEJNE SPOTKANIE TANECZNE



PEŁNA NAMIĘTNOŚCI
TANECZNA PODRÓŻ DO...

ARGENTYNY

TYM RAZEM W RYTMIE...
TANGA

Źródło grafiki: www.pixabay.com/photos/advertisement-51631/werner22brigitte

Szanowne Koleżanki, Szanowni Koledzy!

Kontynuujemy cykl spotkań tanecznych. W pełną namiętności taneczną podróż do Argentyny zabierze nas instruktor tańca Grzegorz Kijkowski. Zapraszamy do udziału w wydarzeniu, które odbędzie się **29 czerwca 2019** roku w siedzibie Dolnośląskiej Izby Lekarskiej (I piętro). Zaczynamy o godz. 18.00

Mimo szczerych chęci nie jesteśmy w stanie zapewnić uczestnikom partnerów do tańca. Z tego powodu na spotkanie zapraszamy Państwa wyłącznie z osobami towarzyszącymi. Do zobaczenia na parkiecie!

Zapisy przyjmuje sekretariat DIL: tel. 71 798 80 50/52/54, e-mail: dil@dilnet.wroc.pl

W imieniu Rady i Klubu Lekarza DIL
wiceprezes Bożena Kaniak, wiceprezes Piotr Knast



W związku z ciągłym rozwojem naszej placówki poszukujemy do pracy na oddziale **rehabilitacji ogólnoustrojowej**:

LEKARZY

Oferujemy:

- stabilne zatrudnienie w oparciu o kontrakt lub umowę o pracę
- pracę w rozwojowej firmie, w miłej atmosferze
- możliwość doskonalenia się i poszerzania kompetencji
- możliwość zamieszkania na terenie szpitala w otoczeniu kompleksu leśno-parkowego

Posiadamy wolne miejsca na specjalizację – również w trybie rezydentury.

Wszelkich informacji udziela dział służb pracowniczych: **75 645 9712**

Zapraszamy do składania CV osobom, które chcą pomóc w rozwoju naszej placówki.

**Dolnośląskie Centrum
Rehabilitacji Sp. z o.o.
ul. Janusza Korczaka 1
58-400 Kamienna Góra**

lub elektronicznej:
sekretariat@dcr.org.pl

Prosimy o dołączenie klauzuli:
„Zgodnie z art.6 ust.1 lit. a ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016) wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb aktualnej i przyszłych rekrutacji.”



WIKI KAŁAMARSKA

A gdyby tak...
Nie wiedzieć nic o świecie?
Śnić, że dobry i mądry.

A gdyby tak
Rzeką płynąć wspak,
Gojąc rany,
Czasem, niby, zadane...

Uwielbiam szare niebo
Nad burymi polami.

Pod szarym niebem zawisam
Kroplą deszczu.
Kroplą dżdżu.
Łzy kroplą.

Oczyszczam umysł
I ciało
Z potoku słów.
Co wyciekają
Oczami.

Kącik poetycki

Źródło grafiki: www.pixabay.com/
photos/feather-3237973/Bru-nO



Fot. z archiwum autorki

WIKTORIA (WIKI) KAŁAMARSKA

Lekarka, specjalistka medycyny rodzinnej – uzdolniona tanecznie, poetycko i muzycznie. Hobbystycznie wyszywa obrazami haftem krzyżowym, tańczy flamenco, pisze wiersze, gra na instrumentach perkusyjnych, komponuje wraz z mężem gitarzystą piosenki, adaptuje fragmenty jego improwizacji. Jest mocno zaangażowana w ochronę praw zwierząt.

Kącik poetycki

Miasto

z wysoka
gorejącą kulą
słońce
zawisło
w nieba stalowej
obojętności
muszę, musisz, musimy
nad czarnymi
klockami
osiedla
wszystko
proste
się zdaje
zatrybiam
w schemacie

Jestem

Lubię zamykać drzwi i okna,
Przed światem skryć się w – ja.
Skulone usta nie wypuszczą mnie.
Zamknięta w sobie sama trwam.
Czuję swój byt. Jestem.
Tętni mi krew w opuszkach palców.
Śpiewają stopy w beztróskim - nic.
Czuję, że jestem.
Otwieram oczy. Słońce się wkrada
Pod mój dach.
Drży rozblyskane powietrze.
Czuję blask.
Jestem szczęśliwa.
Szelest i szept. Skinienia drzew.
Świat mnie otacza szalonym bytem.
Nigdzie nie idę.
Zostanę tu.

Koleżanko, Kolego

Zapraszamy Cię serdecznie do publikowania swojej twórczości w naszym *Kąciku poetyckim*.

Czekamy na Twoje wiersze pod adresem:

redakcja@dilnet.wroc.pl,
także te pisane pod pseudonimem. Komisja Sportu, Kultury i Turystyki DRL pod przewodnictwem lek. Małgorzaty Niemiec wychodzi z inicjatywą organizacji wieczorów poetyckich.

Reklama

GOŚCINNIE W TEATRZE MUZYCZNYM CAPITOL

<p style="color: red; font-weight: bold;">KOCHANIE WRÓCIŁEM</p> <p style="font-weight: bold;">20 MAJA</p> 	<p style="color: red; font-weight: bold;">SEKS DLA OPORNYCH</p> <p style="font-weight: bold;">2 CZERWCA</p> 	<p style="color: red; font-weight: bold;">PRZYGODA Z OGRODNIKIEM</p> <p style="font-weight: bold;">17 CZERWCA</p> 
---	--	---

NA WSZYSTKO

-30%

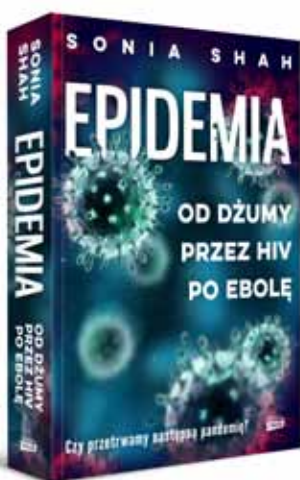
KOD RABATOWY:
WROC30AW

BILETY: ADRIA-ART.PL | KASA TEATRU | ORGANIZATOR: TEL. 605 555 676



Źródło grafiki: www.pixabay.com/photos/film-1392141/kalh/

Sonia Shan, *Epidemia. Od dżumy, przez HIV, po ebolę*. Wydawnictwo Znak, Kraków 2019. Premiera: 15.05.2019



Fot. okładki: Wydawnictwo Znak

Fakt, że patogeny są zdolne do przeobrażania społeczeństw, paraliżuje strachem, napędzając światową maszyną paniki. Ich niszczycielska siła krąży nad ludźmi, choć na razie niewielu miało z nią do czynienia. Pojawienie się kolejnej pandemii nie prowadzi do poznania tożsamości czynnika chorobotwórczego. Należy pogodzić się z życiem w nieświadomości.

Urbanizacja, rozrastanie się slumsów oraz ferm zwierzęcych zapoczątkowały w XX wieku ponowne epidemie. Cholera skorzystała z rewolucji przemysłowej, tak jej potomkowie obecnie czerpią korzyści z efektów ubocznych industrializacji, czyli ze zmian klimatycznych wywołanych przez nadmiar dwutlenku węgla w atmosferze uwalnianego w efekcie spalania paliw kopalnych od setek lat. Przez znaczną część XX wieku wśród epidemiologów istniało przekonanie, że społeczeństwa rozwinięte na dobre zdołały pokonać wszelkie choroby zakaźne.

Wirusolog sir Macfarlane Burnet w 1951 roku stwierdził: „Pisanie o chorobie zakaźnej jest w praktyce pisanie o czymś, co przeszło do historii”. We wczesnych latach 80. ubiegłego wieku w zamożny Zachód uderzył ludzki wirus niedoboru odporności, zaburzając obraz świata „poinfekcyjnego”. Po HIV pojawiły się kolejne patogeny – wirus Zachodniego Nilu, SARS, ebola, nowe odmiany ptasiej grypy. Teoria zaniku chorób zakaźnych okazała się mocno przesadzona. Środowisko medyczne musi pogodzić się z potęgą drobnoustrojów. Sonia Shan w swojej książce przedstawia historyczną prawdę o epidemiach i pokazuje współczesną, nierówną walkę świata z patogenami.

„Co to jednak znaczy dżuma? To życie, ot i wszystko” – Albert Camus. ■

Film dokumentalny: *Medyczne nadużycia*, Netflix Original. Premiera: kwiecień 2018

Kiedy przyszłość staje się rzeczywistością, za dnia wychodzą cienie przeszłości. Naukowcy czynią nasze życie lepszym, tworząc innowacje. Zanim przyjdziemy na świat, za pomocą sprzętu medycznego określana jest data naszych narodzin. Po narodzinach przy użyciu sprzętu monitorowane jest nasze zdrowie. Podczas dorastania i w dorosłym życiu przyrządy medyczne często poprawiają komfort naszego życia. Sprzęt medyczny zaczyna to życie definiować.

Dziennikarz Jim Spencer twierdzi, że „technika medyczna to prawdziwy cud”. Co się jednak dzieje, kiedy najnowsze technologie okazują się przyczyną cierpienia? Technologia medyczna rozwija się tak szybko, że nauka przestała za nią nadążyć. Najnowszy sprzęt zaczyna być używany bez wcześniejszych prób i badań klinicznych. Każdego roku największe firmy z branży urządzeń medycznych wypłacają milionowe odszkodowania, w tym samym czasie zarabiając wielokrotnie więcej na sprzedaży swoich produktów. W ciągu ostatnich 10 lat prawie 70. milionom Amerykanów wszczepiono urządzenia medyczne. Ile z tych osób doznało uszczerbku na zdrowiu z powodu wadliwej technologii? Film dokumentalny „Medyczne nadużycia” wywołał w 2018 roku spore zamieszanie w Stanach Zjednoczonych, przyczyniając się do wycofania ze sprzedaży metody antykoncepcji Essure produkowanej przez firmę Bayer.

Autorzy dokumentu Kirby Dick i Amy Ziering uderzają swoim filmem w wielkie koncerny specjalizujące się w produkcji sprzętu medycznego: Bayer i Johnson&Johnson oraz w Federalną Agencję Żywności i Leków, która powinna stać na straży praw konsumenckich. Tworzenie innowacji, by ratować życie i czynić je lepszym, niesie za sobą wiele ludzkich dramatów. Nie ma wojny bez ofiar czy nie ma zysku bez ryzyka? ■

Social media: Instagram Profil: @roza_lekarzdladzieci

@roza_lekarzdladzieci pisze i mówi o pediatrii, a pomagają jej w tym ludziki LEGO. Na swoim profilu często przeprowadza pediatryczne ankiety i omawia je w sposób przystępny dla każdego z obserwujących ją osób. Jest magikiem medycznego świata Instagrama z wielkim poczuciem humoru. Prowadzi również medycznego bloga: www.lekarzdladzieci.pl ■



Opracowała Paulina Góra

► PAULINA GÓRA

Lekarz, menadżer ochrony zdrowia. Obecnie studentka dziennikarstwa, prowadzi konto na Instagramie @kidney_love.



SILVA RERUM MEDICARUM VETERUM

Na 100 noworodków umiera w pierwszym roku życia (rok 1908).

	W miastach:
Niemcy 17.8	Amsterdam 9.5
Austria 20.2	Paryż 10.5
Włochy 15.6	London 11.3
Szwajcaria 19.9	Hamburg 15.6
Francja 14.3	Berlin 16.8
Anglia 12.1	Bruksela 18.4
Szwecja 7.7	Wiedeń 18.3
Norwegia 6.7	Bukarest 21.7
Rosja 27.2!	Moskwa 35.6 (!)

„Nowiny Lekarskie” 1911, XXIII, 62

Amerykańska fabryka dyplomów doktorskich w Filadelfii zamknięta została z powodu braku zgłaszających się o jej wyroby. Wiadomo czytelnikom z ogłoszeń w naszych nawet pismach codziennych podawanych, iż w Filadelfii znajdował się uniwersytet handlujący dyplomami doktorskimi. Otóż dowiadujemy się z gazet zagranicznych, że założyciel tego uniwersytetu, niejaki dr. BUCHANAN wycofał się z tego handlu i zamknął swoją szacowną fabrykę. Sprytny ten przemysłowiec, szkot rodem, zdobył na tym handlu bardzo znaczny majątek; lecz zapewniają, że już od kilku lat, dzięki nawoływaniom prasy lekarskiej, interesa tego handlu szły coraz gorzej. Cena dyplomu doktorskiego spadła na 100 franków z 500; atoli pomimo tak znacznego zniżenia ceny, dyplomy nie miały odbytu. Z tego względu prawdopodobnie dr. B. nie znajdzie naśladowcy.

„Medycyna” 1876, IV, 715

excerpta selegit
Andrzej Kierzek

Zapiski emeryta

Plaster

„Szelmostwa lisa Witalisa” Jana Brzechwy to jedna z tych bajek, które dzieci uwielbiają. Szczególnie wymowny jest w niej moment, gdy tytułowy bohater zostaje zdemaskowany jako oszust. Mieszkaniec nory w okolicach Łomży udaje chorego. By uwiarygodnić swój zły stan zdrowia, pokazuje się innym w bandażach i... plastrach. Ta literacka wizja może stać się niedługo codziennością w naszych domach.

Plastry rozgrzewające stosuje się od lat, łagodzą one ból stawów. Bardzo wiele leków testowanych jest obecnie pod kątem stosowania przezskórnego. Pamiętam jeden z pierwszych leków w tej postaci – plaster z nitrogliceryną (naklejany z przyczyn psychoterapeutycznych w okolicy serca). Przed kilku laty każdy liczący się piłkarz nosił na nosie plaster rozszerzający nozdrza – lepiej oddychasz – lepiej biegasz! Obecnie są w modzie plastry zawierające leki antykoncepcyjne. Wybiegnijmy w przyszłość – wyobraźmy sobie wchodzącego do gabinetu pacjenta oklejanego kolorowymi plastrami.

Na czole różne odcienie niebieskiego – uspokajające, antydepresanty, na policzku żółty – przeciwbólowy (ząb!), na ramionach i udach sterydy anaboliczne, na brzuchu plaster metforminowy, obok analog GLP-1 (cukrzyca), w różnych miejscach drobne czerwone plastry różnych leków przeciwnadciśnieniowych i nasercowych. W okolicy wątroby – brązowy kleks preparatu żółciopędnego. Każdy plaster o innej charakterystyce wchłaniania leku (kilkugodzinne, kilkudniowe itp.). Już na pierwszy rzut oka można stwierdzić, na co choruje pacjent. Plastry z lekami stosowanymi w chorobach intymnych – na pośladki...

dr Józef emeryt (plaster na łysinie)

POMRUK SALONÓW

Muzeum Pana Tadeusza, w którym znajduje się rękopis Mickiewiczowskiego arcydzieła – nasza narodowa epopeja, stało się tętniącą życiem placówką kulturalną. Do połowy maja w jednej z piękniejszych kamienic Wrocławia – Pod Złotym Słońcem (Rynek 6) – możemy podziwiać zdjęcia Tadeusza Różewicza autorstwa Adama Hawałęja. Fotografował on poetę przez blisko trzydzieści lat, zarówno w momentach prywatnych, jak i służbowych. Towarzyszył mu podczas prób „Kartoteki rozrzuconej”, w trakcie wymyślonego przez Różewicza happeningu „Śmietnik” i we wrocławskim ogrodzie zoologicznym. Był też obecny w czasie uroczystości wręczenia Różewiczowi doktoratu honorowego naszej Akademii Sztuk Pięknych oraz na spotkaniach z Czesławem Miłoszem i Gün-terem Grassem. Efekty jego pracy możemy zobaczyć w muzeum na wrocławskim rynku.

Tadeusz Różewicz fotografów w zasadzie nie lubił, czego sam doświadczyłem podczas prywatnych z nim spotkań, próbując uchwycić go w kadrze. Mimo to posiadam kilka wspólnych zdjęć. Zapraszam do Muzeum Pana Tadeusza na Różewicza – na „intymne” spotkanie z poetą.

W połowie kwietnia dr Cezary Buśko, archeolog z Uniwersytetu Wrocławskiego, pokazał nam ukrytą pod powierzchnią ulic i placów historię miasta – od średniowiecza aż do współczesności. Spotkanie świetnie prowadził red. Mariusz Urbanek. Okazało się, że wykopaliska mogą nam wiele powiedzieć o przeszłości i ludziach żyjących tu przed laty.

Muzeum Narodowe przedstawiło środowisku artystycznemu Wrocławia twórczość Otto Muellera. Był to malarz, mentor i mag jednocześnie. Na polu artystycznym działał we Wrocławiu tuż po I wojnie światowej, uchodził za postać charyzmatyczną, należał do tzw. grupy „Die Brücke”. Malował sceny z życia cygańskiego, otaczał się pięknymi studentkami, tworzył akty, zgromadził wokół siebie środowisko artystycznej bohemy. Przede wszystkim dał się jednak poznać jako znakomity artysta, o czym możemy się przekon-

nać, odwiedzając wystawę. Do dzisiaj jego prace osiągają najwyższe ceny na aukcjach spośród wszystkich malarzy przedwojennego Wrocławia. Warto to zobaczyć.

„Niemen inaczej” to tytuł widowiska zorganizowanego z okazji 80. rocznicy urodzin artysty. Natalia Niemen – córka kompozytora, Stanisław Sojka, Kuba Badach i Janusz Radek przypomnieli najbardziej znane utwory Niemena. W jego kultowej piosence pt. „Dziwny jest ten świat” Natalia przeniosła nas w czasy młodości. Aż czuło się ducha artysty. Narodowe Forum Muzyki po raz kolejny pozytywnie nas zaskoczyło, tym razem od strony akustycznej.

Opera Wrocławska, mimo kontrowersji wokół dyrektora, nie ustaje w działalności artystycznej. Ostatnio obejrzelśmy premierę „Fausta” Charlesa Gounoda. Opowieść o doktorze Fauście to jeden z najistotniejszych mitów kulturotwórczych nowożytnego świata Zachodu. Motyw podstarzałego mędrca i filozofa, który zawiera pakt z diabłem, eksploatowany był bez wątpienia przez twórców wszystkich dziedzin sztuki. Stanowi to również piękny temat operowy, stąd jego wykorzystanie przez librecistów i kompozytorów. Gounod w swoim dziele łączy trudne do scalenia elementy stylu opery francuskiej z cechami dzieł włoskich mistrzów. Charakterystyczne dla Francuzów dowcipne sceny i dialogi, opatrzone wyrazistą instrumentacją, doskonale spletają się z rozmachem fraz muzycznych. Historia uwiedzenia Małgorzaty kończy się fatalnie: śmiercią brata bohaterki, dzieciobójstwem i jej uwięzieniem. Ostatecznie Małgorzata, dzięki zawierzaniu Bogu, zostaje ocalona przez anioły, co okrasza sztukę przesłaniem religijnym. Zawsze się zastanawiam, dlaczego karę za miłość ponosi w sposób niewspółmierny tylko kobieta. W rolę Małgorzaty wcieliła się gościnnie Iwona Socha z Krakowa, przedstawiając wzruszającą kreację. Rola Małgorzaty była zresztą przed kilku laty jej pracą dyplomową. Oby wieczna młodość, którą wybrał doktor Faust, mogła towarzyszyć nam przez całe życie. Czego sobie i Wam życzę.

Wasz Bywalec



CZAS NA RELAKS

Litery z pól oznaczonych cyframi od 1 do 9 utworzą rozwiązanie (hasło medyczne). Hasło prosimy przesałać na adres pocztowy lub e-mailowy: redakcja@dilnet.wroc.pl do 17 maja 2019 r. z dopiskiem na kopercie lub w temacie wiadomości elektronicznej „Kryżówka – nr 5/2019”.

Wśród autorów prawidłowych rozwiązań rozlosujemy trzy nagrody książkowe (prosimy o podanie adresu do wysyłki). Nazwiska nagrodzonych zostaną opublikowane w nr 5/2019 „Medium”. Życzymy udanej zabawy!

PRZEDSTAWICIEL SUBKULTURY MŁODZIEŻOWEJ NA TERENIE DUŻYCH OSIEDLI MIEJSKICH	BITE PO SPEKTAKLU	MIASTO KOŁO POZNANIA	GABA, POLSKA PIOSENKARKA I PIANISTKA	RYBA CENIONA ZE WZGLĘDU NA IKRĘ	REGIONALNIE: KARMA Z OTREBÓW ZBOŻOWYCH	ELEMENT KRATY	MALAJCZYK	ROŚLINA ZA ZUPĘ	1	ZWIĘKSZANE PRZEZ BIEGACZA PRZED FINISZEM	JEDNOSTKA SIŁY	
					POTRAWA Z MIĘSA WOŁOWEGO	STAN W USA					7	
ZAGADKA RYSUNKOWA				TYLNA CZĘŚĆ STOPY				WARTOŚĆ W PIENIĄDZACH	3			
					PRZYNOŚI SZCZĘŚCIE?			PAŃSTWO Z TEHERANEM				
WIERZCH SKRZYNI				PRYZYRĄD GIMNASTYCZNY DO WYKONYWANIA ZWISÓW I ĆWICZEN RÓWNOWAŻNYCH	BICZ	BICZ Z KRÓTKĄ REKOJESCIĄ	4				ROŚLINA OLEISTA	
	2					GRZYB JADALNY						
KARA OD POLICJANTA	INTENSYWNE ODŻYWIANIE	BOISKO TENISOWE	PAŃSTWO W AZJI, NA PÓŁWYSPIE ARABSKIM	CYGAŃSKIE IMIE ŻEŃSKIE			5	DRZEWO LAURY I FILONA		ZIĄZD MŁODZIEŻY	WOLNE MIEJSCE	WYNALAZŁ MASZYŃ PAROWĄ
STOLICA JAPONII				WĘDROWAŁ Z NEL				SIAŁA MAK				
								POD KRANEM				
UBOCZNE ODCZUCIE SMAKOWE					IMIĘ PISARZA ERENBURGA			SZKŁO POWIĘKSZAJĄCE				9
STATEK NOEGO			PRACA ROLNIKA					TKANINA JEDWABNA NA SUKNIE				
									6			
ŚPIEWAŁA PIOSENKĘ "JEDZIEMY AUTOSTOPEM"					URZĘDOWE PAPIERY			POTRZEBNY JEST NIE TYLKO W MUZYCE				
			8									

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Rozwiązanie krzyżówki z „Medium” 4/2019: CUKRZYCA

Z grona Czytelników, którzy nadesłali prawidłowe rozwiązania, wylosowani zostali:

1. Sylwia Marczewska z Wałbrzycha, 2. Zbigniew Pussak z Wrocławia, 3. Andrzej Markiewicz z Kamiennej Góry.

Wylosowanym lekarzom-szaradziom gratulujemy!

Nagrodami są książki, które prześlemy pocztą.



BIURO DIL

pon. śr. pt. 8.00-15.30, wt. 8.00-16.30
czwartki w godz. 8.00-17.00

50-077 Wrocław, ul. Kazimierza Wielkiego 45

Dyrektor

mgr Maria Danuta Jarosz, tel. 71 798 80 90

Sekretariat

inż. Magdalena Smolis – specjalista
tel. 71 798 80 50, fax 71 798 80 51
mgr inż. Dorota Flak – starszy specjalista,
tel. 71 798 80 52

mgr Małgorzata Krupa-Mączka – starszy specjalista,
tel. 71 798 80 54

Księgowość

mgr Urszula Majchrzak – zastępca dyrektora Biura
DIL ds. finansowych – tel. 71 798 80 87
mgr Halina Rybacka – starsza księgowa, tel. 71 798 80 70
mgr Katarzyna Nowak – księgowa, tel. 71 798 80 72

Składki na rzecz Izby

Agata Gajewska – starszy specjalista, tel. 71 798 80 65
Jolanta Kozikowska – starszy referent, tel. 71 798 80 83

Komórka pracowo-kadrowa

mgr Joanna Mańturzyk – kierownik, tel. 71 798 80 73
mgr Agnieszka Jamroz – starszy specjalista,
tel. 71 798 80 88

Komisja: Stomatologiczna, Historyczna i Kultury, Finansowa, Rewizyjna

Pośrednictwo pracy

mgr Agnieszka Jamroz – starszy specjalista,
tel. 71 798 80 88

Rejestr Lekarzy i Prywatnych Praktyk Lekarskich
Krystyna Popiel – p.o. kierownik rejestru
tel. 71 798 80 55,

Joanna Żak – specjalista, tel. 71 798 80 60,
mgr Izabela Muzyka – referent, tel. 71 798 80 61,
mgr Agata Sobanińska – specjalista, tel. 71 798 80 57,
Paulina Mostek – referent, tel. 71 798 80 82

Konkursy

Patrycja Malec – starszy specjalista, tel. 71 798 80 68

Lekarska Kasa Pomocy Koleżeńskie

Ewa Świerka – specjalista, tel. 71 798 80 71
wtorek, środa 8.00-14.00; czwartek 8.00-16.00

Konto Kasy Pomocy Koleżeńskie
BGZ O/Wrocław 64 2030 0045 11 10 0000 0035 5040

Wpłaty i wypłaty

Ewa Świerka – specjalista, tel. 71 798 80 67
poniedziałek, środa, piątek 8.00-13.30
wtorek 8.00-14.30, czwartek 8.00-15.00

Komisja Kształcenia Lekarzy i Lekarzy Dentystów
e-mail: komisja.kształcenia@dilnet.wroc.pl

Patrycja Malec – starszy specjalista, tel. 71 798 80 68
poniedziałek-piątek 8.00-15.00

Staż podyplomowy

mgr Małgorzata Krupa-Mączka – starszy specjalista,
tel. 71 798 80 54

Komisja Bioetyczna

mgr Aneta Walulik – starszy specjalista, tel. 71 798 80 74
mgr inż. Magdalena Bukowicz

Zespół Radców Prawnych

koordynator zespołu: mec. Beata Kozyra-Lukasiak
poniedziałek-środa 13.00-15.00

mec. Monika Huber-Lisowska, tel. 71 798 80 62
środa, piątek 9.30-13.00; wtorek, czwartek 10.30-14.00

Biuro Rzecznika

Odpowiedzialności Zawodowej

mgr Ewa Bieleńska – kierownik, tel. 71 798 80 77,
Anna Pankiewicz – referent, tel. 71 798 80 78,
Marzena Majcherkiewicz – starszy specjalista,
tel. 71 798 80 76

mgr Katarzyna Nazaruk – starszy specjalista,
tel. 71 798 80 75,

Biuro Okręgowego Sądu Lekarskiego

mgr Aleksandra Stebel – kierownik,
Patrycja Muszyńska, tel. 71 798 80 79

Informacja o ubezpieczeniach

Renata Czajka – specjalista, tel. 71 798 80 66,
Jolanta Kowalska-Jóźwik – referent, tel. 71 798 80 58

Informatycy

inż. Wiktor Wołodkiewicz, tel. 71 798 80 84
Michał Waszak, tel. 71 798 80 85

Filie biura w delegaturach

Wrocław

wiceprezes DRL ds. Delegatury Wrocławskiej
Bożena Kaniak, czwartek, 16.00-17.00

Jelenia Góra

Przewodnicząca Delegatury Jeleniogórskiej
Barbara Polek

Wrocław

Wojewódzki Szpital w Jeleniej Górze
ul. Ogińskiego 6, I piętro, pokój 233

Eugenia Serba – starszy referent, tel./fax 75 753 55 54
poniedziałek, wtorek, piątek 10.00-13.00
środa, czwartek 11.00-15.00

e-mail: dil_jeleniagora@dilnet.wroc.pl

Wałbrzych

Przewodnicząca Delegatury Wałbrzyskiej
Dorota Radziszewska

Legnica

ul. Moniuszki 1/1, 58-300 Wałbrzych
Beata Czołowska – specjalista, tel. 74 665 61 62

poniedziałek-czwartek 9.00-17.00, piątek 9.00-13.00
e-mail: dil_walbrzych@dilnet.wroc.pl

Legnica

Przewodnicząca Delegatury Legnickiej
Ryszard Kępa, wtorek 15.00-16.00

pl. Słowiański 1, 59-220 Legnica, tel. 76 862 85 76
e-mail: dil_legnica@dilnet.wroc.pl

Krystyna Krupa – specjalista
pon.-piątek 8.00-15.00, wtorek 8.00-16.00

**Stowarzyszenie Lekarzy Dolnośląskich
i Wychowanków Medycyny Wrocławskiej**
Danuta Bujwid – specjalista, tel. 71 344 68 28

OGŁOSZENIA DROBNE

ZATRUDNIĘ

◆ Prywatne centrum stomatologii i medycyny estetycznej MM Clinic w Wałbrzychu zatrudni lekarzy stomatologów. Istnieje możliwość wynajęcia gabinetu stomatologicznego oraz lekarskiego, tel. 607 684 256.

◆ Centrum Medyczne SAN-MED Bystrzyca Kłodzka ul. Polna 22 nawiąże współpracę z lekarzem rodzinnym lub internistą. Praca w poradni POZ na korzystnych warunkach oraz zatrudni lekarza dentystę w ramach kontraktu z NFZ oraz komercja. Serdecznie zapraszamy. Kontakt: sanmed@sisco.pl, tel. 746 441 992.

◆ Przychodnia we Wrocławiu – Strachocin zaprasza do współpracy lekarzy: kardiologa (gabinet wyposażony w nowoczesny sprzęt diagnostyczny), dermatologa, okulistę, laryngologa. Przyjęcia tylko komercyjne. Zapraszamy do kontaktu, tel. 697 514 440.

◆ SPZOZ Gminny Ośrodek Zdrowia w Działowej Kłodzkie zatrudni lekarza pediatrę, lekarza internistę lub lekarza rodzinnego lub lekarza, który zamierza rozpocząć specjalizację z medycyny rodzinnej. Możliwość wynajęcia mieszkania o pow. ok. 90 m² w budynku Ośrodka Zdrowia (koło Sycowa, powiat oleśnicki), tel. 62 785 17 12, 62 786 81 94 lub 502 539 983.

◆ Wielospecjalistyczny Szpital – SPZOZ w Zgorzelcu zatrudni lekarza pediatrę, lekarza radiologa, lekarza ginekologa (dyżury), lekarza psychiatrę (także w trakcie specjalizacji bądź z zamiarem rozpoczęcia specjalizacji), lekarza chorób wewnętrznych, lekarza onkologa oraz lekarza diabetologa. Nawiążemy współpracę również z lekarzami innych specjalności. Oferujemy do wyboru dowolną formę zatrudnienia oraz preferencyjne warunki. Kontakt: kadry@spoz.zgorzelec.pl, tel. 571 334 887.

◆ Dyrekcja Wojewódzkiego Centrum Szpitalnego Kottliny Jeleniogórskiej poszukuje lekarzy do współpracy, a w szczególności: lekarzy ze specjalizacji z zakresu chirurgii naczyniowej, lekarzy chorób wewnętrznych, lekarzy gastroenterologii, lekarzy geriatry, lekarzy pediatrii, lekarzy medycyny ratunkowej. Forma zatrudnienia i warunki finansowe do uzgodnienia. Prosimy o kontakt osobisty, telefoniczny 75 753 72 01 oraz 609 453 978 lub składanie ofert pisemnych na adres: Wojewódzkie Centrum Szpitalne Kottliny Jeleniogórskiej, ul. Ogińskiego 6, 58-506 Jelenia Góra lub adres e-mail: poczta@spoz.jgora.pl

◆ Przychodnia we Wrocławiu – Strachocin zaprasza do współpracy lekarzy: kardiologa (gabinet wyposażony w nowoczesny sprzęt diagnostyczny), dermatologa, okulistę, laryngologa. Przyjęcia tylko komercyjne. Zapraszamy do kontaktu, tel. 697 514 440.

◆ Centrum medyczne ESTOMEDICA podejmie współpracę z lekarzem stomatologiem, tel. 607 134 455.

◆ Gabinet Stomatologiczny Skydental na Wrocławskich Partynicach poszukuje do współpracy lekarza stomatologa, głównie z zakresu leczenia zachowawczego oraz endodoncji. Prosimy o zgłoszenia na adres e-mail: info@skydental.pl lub tel. 604 946 431.

◆ Centrum Medyczne „PRACTIMED” z siedzibą we Wrocławiu przy ul. Pabianickiej 25/1A zatrudni lekarza specjalistę w dziedzinie medycyny rodzinnej lub lekarza chorób wewnętrznych do pracy w poradni podstawowej opieki zdrowotnej. Warunki pracy i płacy do uzgodnienia, tel. 71 79 83 620 lub 622.

◆ C.M. Hipokrates w Oleśnicy zatrudni lekarza rodzinnego lub internistę, specjalistę kardiologa i ginekologa. Kontakt tel. 601 984 310, 601 750 318.

◆ Praca dla lekarza POZ 8 km od Poznania – z mieszkaniem (dom kórnik). Zatrudni lekarza internistę bądź specjalistę medycyny rodzinnej na etat/półetat. Stawka dla lekarza internisty – 140-150 zł, lekarza-pomocnika – 100 zł, kontrakt dla lekarza specjalisty w POZ – 14 000 zł, tel. 508 198 508.

◆ Centrum Ortodontyczno-Stomatologiczne Orto-Dent przy ul. Skarbowców 122b zatrudni do współpracy stomatologa na dogodnych warunkach. Pacjenci prywatni i NFZ, tel. 601 447 353.

INNE

◆ POZ w Strzelinie – do przejęcia, tel. 602 450 170.

◆ CM Doktor w Wałbrzychu (Podzamcze) wynajmie nowoczesne gabinety lekarskie z możliwością gabinetu zabiegowego na działalność medyczną, tel. 606 165 255, 602 420 850.

◆ Sprzedam NZOZ we Wrocławiu, tel. 602 449 033.

◆ Wynajmę wyposażony gabinet stomatologiczny/lekarski na wrocławskich Krzykach. Recepcja, zaplecze socjalne, WC dla personelu, WC dla pacjentów. Parking. Wysoko pozycjonowana strona www, tel. 606 478 767.

◆ Do wynajęcia gabinet stomatologiczny w centrum Wrocławia. Do lokalu należy poczekalnia wraz z WC dla pacjentów. Znajduje się również pokój socjalny i WC dla personelu. Pomieszczenie posiada m.in. klimatyzację, unit, meble, tel. 609 841 741 (po godz. 11.00).

◆ Wynajmę gabinet stomatologiczny na 2-3 dni w tygodniu ortodontie lub chirurgowi stom. Gabinet mieści się w nowym kameralnym budynku, Wrocław-Pilczyce, tel. 792 190 784 lub 609 845 107.

◆ Sprzedam używany rentgen panoramiczny Planmeca Proline XC z ramieniem cefalometrycznym, rok produkcji 2007. Urządzenie w bardzo dobrym stanie, niewielki przebieg, tel. 692 471 877.

◆ Sprzedam autoklaw EURONDA E9, klasa B, urządzenie w dobrym stanie, sprawny, rok produkcji 2006, tel. 692 471 877.

◆ Sprzedam autoklaw WOSON HSV IID7, klasa B, urządzenie nowe, rok produkcji 2011, tel. 692 471 877.

◆ Wynajmę gabinet 54 m² w centrum Wrocławia, w którym przez 5 lat prowadzono gabinet stomatologiczny (2 gabinety, poczekalnia, pom. socjalne, WC przystosowane dla niepełnosprawnych) – możliwość zorganizowania innej praktyki. Lokal jest wykończony w wysokim standardzie, dostępny parking. Obok powstaje nowe osiedle. Kontakt: wynajmę-gabinet@wp.pl

◆ Do wynajęcia gabinet lekarski w centrum Jelcza-Laskowic (z wydzieloną rejestracją, poczekalnią, gabinetem lekarskim oraz zabiegowym). Całkowita powierzchnia ok. 57 m². Dotychczas lokal był użytkowany jako gabinet ginekologiczny. Szczegółowe informacje pod numerem tel. 607 392 623.

◆ Wynajmę gabinety lekarskie we Wrocławiu w przychodni na nowym osiedlu przy ul. Rafała Wojaczka (nie daleko szpitala przy ul. Koszarowej). Lokal nowoczesnie wykończony, posiada wentylację i klimatyzację. Wygodna poczekalnia, rejestracja, parking, tel. 603 125 627.

Centrum Diagnostyczno-Terapeutyczne MEDICUS Sp. z o.o.

zatrudni na dogodnych warunkach

lekarza do pracy w POZ

w swoich palcówkach w Lubinie,
Chocianowie, Legnicy i Jaworze.

Podania (CV i list motywacyjny)
prosimy dostarczać drogą mailową:

kadry@cdtmedicus.pl

lub osobiście w siedzibie Spółki

CDT Medicus Sp. z o.o.,

ul. Leśna 8, 59-300 Lubin, pok. 218
od poniedziałku do piątku
w godzinach od 7.00 do 15.00.

Informacje pod nr telefonu:
767 282 602 lub 607 337 607.

Prosimy o dopisanie następującej klauzuli: „Wyrażam dobrowolnie zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w dostarczonych przeze mnie dokumentach aplikacyjnych przez Centrum Diagnostyczno-Terapeutyczne Medicus Sp. z o.o. (ul. Leśna 8, 59-300 Lubin), w celu realizacji procesu rekrutacji (zgodnie z Ustawą z dnia 29.08.1997r. o Ochronie Danych Osobowych, tekst jednolity: Dz. U. z 2002 r., Nr 101, poz. 926 ze zm.).”



SPRAWDZONY NASTĘPCA

W Volvo wiemy, że Twój kolejny samochód nie może być po prostu następnym autem. Dlatego w Volvo Selekt mamy tylko używane Volvo, którym bezgranicznie ufamy i wiemy, że Cię nie zawiodą. Sprawdziliśmy je w każdy możliwy sposób i znaleźliśmy godnego następcę Twojego samochodu.

W ofercie Volvo Selekt znajdziesz używane modele nie starsze niż 7-letnie i z przebiegiem mniejszym niż 150 000 km. Dodatkowo dajemy Ci usługę Volvo Assistance, gwarancję albo roczne ubezpieczenie kosztów naprawy bez ograniczeń przebiegu oraz możliwość wymiany w ciągu 30 dni albo do 1500 przejechanych kilometrów.

Przed tym, zanim Volvo znajdzie się w naszej ofercie, sprawdzamy ponad 100 jego najważniejszych elementów i podzespołów.

www.volvo-selekt.pl

VOLVO CAR WROCŁAW-BIELANY

ul. Wrocławska 1
Bielany Wrocławskie

T: (71) 722 10 10
www.intercar.dealervolvo.pl

INTER-CAR OPOLE

ul. Wrocławska 152
CH Karolinka, Opole

T: 661 540 700, 519 532 133
www.intercar.dealervolvo.pl