



Nr 8-9/2016 (313-314) sierpień-wrzesień 2016

MEDIUM

ISSN 1425-9397

Gazeta Dolnośląskiej Izby Lekarskiej

LEKARZ W WALCE Z EPIDEMIAŁ OTYŁOŚCI

s. 4-18



Nowa Toyota RAV4 – prestiż, komfort i... hybryda!

Ponad 20 lat temu Toyota RAV4 stworzyła segment kompaktowych SUV-ów. Do sprzedaży w tym roku trafiła nowa wersja tego legendarnego modelu, po raz pierwszy dostępna również w wersji hybrydowej.

Nowa Toyota RAV4 Hybrid stanowi doskonałą odpowiedź na wymagania konkurencyjnego rynku kompaktowych SUV-ów. W modelu spotykają się ogromne doświadczenie Toyoty w dziedzinie budowy kompaktowych SUV-ów, zebrane w ciągu 20 lat ewolucji RAV4, z najnowocześniejszym pełnym napędem hybrydowym. Nowy RAV4 Hybrid to dynamiczna stylistyka, przestronność, najwyższa jakość wnętrza, niezrównana wszechstronność oraz ogromna radość z jazdy za sprawą układu hybrydowego. RAV4 Hybrid zapewnia doskonałe wyniki zużycia paliwa i niską emisję CO₂. System E-Four napędzający wszystkie cztery koła silnikami elektrycznymi zapewnia lepszą kontrolę trakcji i większe możliwości holowania przyczepy. Hybrydowa technologia Toyoty zapewnia nadzwyczajnie cichą i przyjemną jazdę. Obok większej dynamiki i komfortu prowadzenia, RAV4 Hybrid zyskał także lepsze wyciszenie kabiny, bardziej dynamiczny wygląd, wyższą jakość wykończenia wnętrza oraz najnowocześniejsze rozwiązania w dziedzinie bezpieczeństwa czynnego, Toyota Safety Sense. Kamera panoramiczna 360 stopni zapewnia podgląd obrazu otoczenia samochodu niczym z drona zawieszonego nad samochodem, by ułatwić parkowanie i manewry przy niewielkiej prędkości.

Dziedzictwo RAV4 – od niszy do samochodu globalnego

Samochód o nazwie Recreational Active Vehicle with 4-Wheel Drive (RAV4), który zadebiutował w 1994 roku, stworzył zupełnie nowy segment - tak narodził się segment kompaktowych SUV-ów.



Hybrydowe dziedzictwo – od rewolucyjnej idei do technologicznego lider

Pomysł zbudowania samochodu z alternatywnym napędem pojawił się w Toyocie już w latach 1960. W 1994 roku wystartował projekt, którego celem było stworzenie samochodu przyjaznego środowisku na XXI wiek. Pojazd miał łączyć ekologiczność z wygodą i przyjemnością z jazdy. Od pojawienia się pierwszego Priusa w 1997 roku do dziś Toyota sprzedała już ponad 8 milionów hybryd. Wśród samochodów z alternatywnym napędem sprzedanych w 2015 roku w Polsce aż 94% stanowią Toyoty i Lexusy.

Napęd hybrydowy w nowej Toyocie Rav4 jest udoskonalonym rozwiązaniem znanym z innych modeli, zarówno Toyoty jak i Lexusa - jednostka napędowa "ravki" jest bliźniaczą do tej zastosowanej w Lexusie NX, który w zeszłym roku zajął polski rynek SUV-ów segmentu premium. Tak jak w przypadku pozostałych modeli układ napędowy jest objęty przedłużoną

gwarancją, a na same baterie producent zapewnia nawet 10 lat gwarancji. Dla zwolenników tradycyjnego napędu RAV4 jest oferowany także z turbodoładowanym silnikiem Diesla 2.0 o mocy 143 KM.

Najszersza w Polsce gama hybryd pod jednym dachem? Tylko we Wrocławiu

Firma Toyota & Lexus Centrum Wrocław, zlokalizowana na rogu ulic Legnickiej i Na Ostatnim Groszu, oferuje największy wybór samochodów hybrydowych - razem z nową Toyotą Rav4 jest ich aż 14! A gama ta jeszcze w tym roku się powiększy dzięki zapowiadanemu na jesień małemu SUV-owi - Toyocie C-HR. W hybrydowej ofercie salonów Lexus Wrocław i Toyota Centrum Wrocław już teraz czeka miejskie autko, rodzina modeli Prius, wybór dwóch kompaktów, trzech SUV-ów, trzech limuzyn a nawet hybrydowe sportowe coupe. Samochody dysponują mocą od 75 do 445 KM - każdy klient znajdzie model dostosowany do swoich oczekiwań.

TOYOTA CENTRUM WROCŁAW

Róg Legnickiej i Na Ostatnim Groszu

54-206 Wrocław, Polska

T: +48 71 359 85 90

E: serwis@toyota-centrum.pl



SPIS TREŚCI

LEKARZ W WALCE Z EPIDEMIĄ OTYŁOŚCI

- 4** Zasady postępowania w nadwadze i otyłości w praktyce lekarza rodzinnego Urszula Grata-Borkowska
- 7** The neverending story... Mirosław Kiedrowski
- 10** Czy człowiek pokona otyłość, czy otyłość pokona człowieka? Jan Czezelewski
- 13** Otyłość u dzieci i młodzieży. Co możemy zrobić? Ewa Barg
- 16** Lekarz, pacjent i otyłość – perspektywa psychologiczna Monika Bąk-Sosnowska

Manifestacja zawodów medycznych **19**

Wywiad „Medium” **20**

Wydarzyło się **23**

Z POLITYKĄ W TLE

- 29** Placowa bezradność Maciej Biardzi

PRAWO A MEDYCYNA

- 32** Prawo na co dzień Beata Kozyra-Łukasiak
- 35** Planowe leczenie polskich świadczeniobiorców w UE Małgorzata Paszkowska

NASI STOMATOLODZY

- 38** FDI Poznań 2016 – wszystko gotowe Łukasz Sowa

Zjazdy absolwentów AM we Wrocławiu **40**

Uchwały DRL i Prezydium DRL **41**

Konferencje i szkolenia **42**

Komunikaty **44**

Felietony **45**

Pro memoria **46**

Wspomnienia pośmiertne **48**

Ogłoszenia **49**

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

Józef Lula – redaktor naczelny, Magdalena Janiszewska – redaktor/korekta/oprac. graf./reklama, Wiktor Wołodkiewicz – skład i łamanie, Tomasz Janiszewski – projekt okładki
Źródła grafik: www.pixabay.com/photos/tape-403586/mojzagrebinfo, www.pixabay.com/photos/tomatoes-447170/esigie, www.pixabay.com/photos/currywurst-1264222/Zarah, www.pixabay.com/photos/dishes-938747/laurentvalentinjospi0

Kolegium redakcyjne:

Andrzej Wojnar – przewodniczący, Alicja Marczyk-Felba, Andrzej Kierzek, Krzysztof Wronecki, Paweł Wróblewski

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.

Numer zamknięto 26 sierpnia 2016 r.

Druk: Zakład Poligraficzny GREG, ul. Poezji 19, 44-113 Gliwice, tel. 32 234 08 36, fax 32 234 12 70

Komentarz aktualny



Fot. z archiwum PW

Wielkimi krokami zbliża się koniec wakacji i sezonu urlopowego. Powrót do codziennych obowiązków urozmaica nam zmiany, jakie w międzyczasie zdążył wprowadzić rząd.

Od 15 lipca przestały obowiązywać przepisy obligujące otwierających nowe gabinety lekarskie do uzyskania pozytywnej opinii sanepidu. Była ona niezbędna przy rejestracji gabinetu: trzeba było ją dołączyć do dokumentacji – teraz wystarczy już tylko oświadczenie, że gabinet spełnia wymogi formalne, wynikające z różnych przepisów. Pozornie wydaje się, że to decyzja korzystna dla lekarzy: mniej papierów do załatwiania. Ale to tylko pozorna korzyść. W rzeczywistości opinia ta była bezpłatnym konsultingiem i zaświadczeniem, że gabinet spełnia wszystkie warunki opisane prawem. Chroniła właściciela przed ewentualnymi konsekwencjami przy skargach: nawet jeśli stało się jakieś nieszczęście, to przynajmniej kwestie techniczne związane z warunkami panującymi w gabinecie nie mogły być punktem zaczepienia dla prawników. Teraz niestety każdy właściciel gabinetu będzie wystawiony na podwójny strzał: gdy coś się stanie – z pewnością powiadomiony zostanie sanepid i zmuszony do kontroli w trybie interwencyjnym, coś z pewnością znajdzie. Przepisy są dość skomplikowane i choć rozsądek nakaze, mam nadzieję, każdemu otwierającemu nowy gabinet przynajmniej raz je przed podpisaniem oświadczenia przeczytać, to nie ma żadnej gwarancji, że czegoś nie przeoczy. Tak więc wpadnie kontrola, znajdzie uchybienia i prawnicy poszkodowanego będą mieli doktora na podwójnym widelcu: z jednej strony – w gabinecie stwierdzono nieprawidłowości, jest zatem punkt zaczepienia do udowodnienia ewentualnej winy, a z drugiej – dodatkowy prezent dla sądu: pan doktor poświadczyl nieprawdę! Wszak w oświadczeniu napisał, że wszystko jest zgodne z przepisami!

W efekcie takich decyzji ministerialnych otoczenie lekarskiego biznesu komplikuje się, a nie upraszcza. Skoro już opinia sanepidu lekarza nie chroni, będzie musiał o siebie zadbać sam, czyli zamówić kosztowną ekspertyzę u jakiegoś uznanego fachowca – co i tak nie ochroni go prawnie w takim stopniu, w jakim chroniła opinia państwowej instytucji, lub... zanim skończy studia medyczne, będzie musiał najpierw zostać prawnikiem. A ponieważ wszystko wskazuje na to, że nasze otoczenie prawne zmieni się, i pewnie skomplikuje jeszcze bardziej, to coraz więcej czasu będziemy musieli poświęcać na naukę dotyczących nas aktów prawnych, zamiast na leczenie pacjentów.

Kto ma w tej kwestii jakieś wątpliwości, zapraszam na strony Ministerstwa Zdrowia do zapoznania się z reformatorskimi planami resortu. Choć tego, co najważniejsze, czyli szczegółów i dróg dojścia do zaplanowanych celów tam nie znajdziecie, to wizja „nowego” systemu zaczyna się już rysować. Wracamy definitywnie do systemu budżetowego. I tu akurat ja nie mam specjalnie krytycznych uwag. Odwieczna dyskusja na temat wyższości systemu ubezpieczeniowego nad budżetowym przypomina tę o wyższości świąt Bożego Narodzenia nad Wielkanocą. O ile to, czy ktoś woli karpia czy jajka, to kwestia gustu i możliwości finansowych, o tyle w przypadku wyboru systemu opieki zdrowotnej – tylko możliwości finansowych. Czyli pieniędzy. Albowiem wszystkie dogodności systemów ubezpieczonych kosztują! Wymagają przynajmniej 20-30 proc. większych nakładów niż systemy budżetowe. Tyle właśnie mniej więcej pieniędzy pochłaniają instytucje, dzięki którym systemy ubezpieczeniowe prawidłowo funkcjonują. Bez nich – działają tak, jak to widać w naszym kraju. Ponieważ w naszym systemie wymaganych środków nie ma – wracamy do budżetowania. Ale system opieki zdrowotnej to nie tylko sposób finansowania usług: to również organizacja ich świadczeń. I tu zaczynają się wątpliwości.

Z planów ministerialnych wynika, że wracamy do modelu, w którym portierem wpuszczającym pacjenta do systemu jest podstawowa opieka zdrowotna. To już było. Drugi element rzucający się w oczy, to dostęp do środków publicznych tylko dla działających non profit jednostek publicznych. Rodzi się więc pytanie: co z praktycznie już sprywatyzowaną ambulatoryjną opieką specjalistyczną? Co z ludźmi, którym kilkanaście lat temu powiedziano: bierzcie sprawy w swoje ręce, otwierajcie własne interesy i leczcie ludzi? Na tę odwagę zdobyli się często najlepsi z najlepszych, stworzyli świetnie prosperujące firmy, a teraz im się powie: dziękujemy, radzcie sobie sami? Takiej zmiany przy dobrze rozwiniętych sieciach medycznych typu Medicover czy Luxmed raczej nikt z polskich przedsiębiorców-lekarzy nie przetrwa. Dlaczego nie dać im szansy na utrzymanie się na rynku, umożliwiając stworzenie warunków do rozwoju dodatkowych ubezpieczeń komercyjnych, które jednocześnie odciążąby placówki publiczne od lepiej sytuowanych pacjentów – tego nigdy nie rozumiem. A nadzieje, że szpitale przejmą obowiązki specjalistycznej ambulatoryjnej i zatrudnią więcej lekarzy do jej obsługi raczej trzeba włożyć między bajki, bo szpital jest w stanie wydać każde pieniądze na leczenie zamknięte, a do przychodni wypchnięci zostaną lekarze z oddziałów i rezydenci. Do tego nadal Ministerstwo wydaje się nie zauważać tego, że lekarzy i pielęgniarek jest coraz mniej i każda próba przykręcenia śruby jednemu czy drugiemu środowisku skończy się katastrofą: jeszcze więcej osób wyjedzie z kraju, albo... zaczną czynnie protestować, co czeka nas już 24 września. Ale o tym możecie poczytać w dalszej części numeru (s. 19).

P. Wójcik



Zasady postępowania w nadwadze i otyłości w praktyce lekarza rodzinnego

Tekst Urszula Grata-Borkowska

Rola lekarza rodzinnego w profilaktyce nadwagi i otyłości (...) polega głównie na działaniach edukacyjnych i stałym monitorowaniu parametrów takich jak BMI oraz obwód talii.

DR N. MED. URSZULA GRATA-BORKOWSKA

Specjalista w zakresie medycyny rodzinnej, asystent w Katedrze i Zakładzie Medycyny Rodzinnej Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu. Od wielu lat związana również z przychodnią POZ firmy EMC we Wrocławiu, gdzie pracuje jako lekarz rodzinny.



Fot. z archiwum autorki

Problem otyłości dotyczy coraz większej części społeczeństwa w naszym kraju, zarówno dorosłych, jak i dzieci. Otyłością wg definicji WHO określa się nieprawidłowe i nadmierne gromadzenie tkanki tłuszczowej, które stanowi zagrożenie dla zdrowia [1]. Diagnozę otyłości można postawić, gdy wartości BMI są powyżej lub równe 30.

Otyłość trzewną rozpoznajemy, gdy obwód talii jest równy lub przekracza 94 cm u mężczyzn i 80 cm u kobiet.

Otyłość zaliczana jest do chorób przewlekłych [2]. Skutki otyłości przyczyniają się do rozwoju również innych schorzeń cywilizacyjnych oraz zwiększają częstość powikłań ze strony chorób już istniejących.

Czynniki rozwoju nadwagi i otyłości możemy podzielić na środowiskowe, psychologiczne, genetyczne, hormonalne, jatrogenne i inne [1].

Okresami krytycznymi dla wystąpienia otyłości w rozwoju dzieci i młodzieży są okresy: niemowlęcy i wczesnodziecięcy oraz okres dojrzewania [3]. Występowanie nadwagi i otyłości u dzieci i młodzieży predysponuje do występowania otyłości

u dorosłych [4]. W tych okresach życia dzieci utrwala się nawyki żywieniowe. Warto wspomnieć o znaczeniu karmienia piersią w profilaktyce otyłości u dzieci.

W naszym społeczeństwie obserwujemy utrwalanie się złych nawyków żywieniowych, m.in. wzrost spożycia żywności wysokoprzetworzonej o dużej wartości energetycznej [2], nieregularne spożywanie posiłków, sięganie po przekąski [3], małą aktywność ruchową.

Lekarz rodzinny ma przede wszystkim za zadanie szerzenie profilaktyki zdrowotnej wśród swoich pacjentów, m.in. poprzez edukację prozdrowotną swoich podopiecznych, jak też poprzez wczesne wykrywanie chorób, m.in. otyłości i jej leczenie oraz zapobieganie występowaniu powikłań.

Zagadnienia związane z otyłością, możliwości diagnostyczne i terapeutyczne lekarza rodzinnego w tym temacie zostały usystematyzowane w 2014 roku w postaci wytycznych opracowanych przez Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce, Polskie Towarzystwo Medycyny Rodzinnej, Polskie Towarzystwo Badań nad Otyłością i zalecanych przez konsultanta krajowego w dziedzinie medycyny rodzinnej.

Lekarz rodzinny powinien poinformować pacjenta, że dla jego zdrowia najbardziej optymalna jest powolna, ale trwała redukcja masy ciała: około kilograma na tydzień w pierwszym miesiącu oraz około 0,5 kg na tydzień w kolejnych miesiącach.

STOPNIE OTYŁOŚCI

otyłość I stopnia	BMI 30,0-34,9
otyłość II stopnia	BMI 35,0-39,9
otyłość III stopnia	BMI powyżej lub równe 40

POWIKŁANIA OTYŁOŚCI [1]

1. Choroby spowodowane konsekwencjami metabolicznymi otyłości: • stany przedcukrzycowe, • dyslipidemia aterogenna, • choroby układu krążenia, • niealkoholowa stłuszczeniowa choroba wątroby, • glomerulopatia indukowana otyłością, • nowotwory (m.in. jelita grubego, endometrium).
2. Choroby spowodowane mechanicznymi konsekwencjami nadmiernego gromadzenia się tłuszczu trzewnego: • choroba refluksowa przełyku, • przepuklina rozworu przełykowego, • zaburzenia wentylacji płuc, • zespół bezdechu sennego.
3. Choroby spowodowane nadmiernym obciążeniem mechanicznym: • choroby zwyrodnieniowe kręgosłupa, stawów kolanowych, biodrowych itd., • przewlekła choroba żylna.
4. Inne: • kamica pęcherzyka żółciowego, • zaburzenia emocjonalne, depresja, • spadek jakości życia [1].

Profilaktyka nadwagi i otyłości dotycząca pacjentów dorosłych

Podstawą profilaktyki pierwotnej otyłości jest prawidłowe zbilansowanie pokarmów pod względem energetycznym, jak i wartości odżywczych. Każda dieta powinna być dostosowana do indywidualnych potrzeb energetycznych pacjenta.

Na prawidłowe odżywianie ma wpływ nie tylko jakość spożywanych pokarmów, ale także ich częstota [5]. Prozdrowotny schemat żywienia zarówno dzieci, młodzieży, jak i do-

rosłych powinien obejmować 5 posiłków dziennie spożywanych w odstępach około 3-4 godzin [3].

Podstawą profilaktyki zdrowotnej każdego pacjenta powinien być regularny wysiłek fizyczny. Pamiętać należy, że regularny wysiłek fizyczny znajduje się u podstaw zmodyfikowanej piramidy żywieniowej.

Dla zachowania zdrowia ważny jest również skład jakościowy pokarmów: WHO i FAO zalecają, aby 20-35 proc. dobowego zapotrzebowania energetycznego pokrywały tłuszcze. Spożycie tłuszczów jest uzależnione od aktywności fizycznej. Spożycie tłuszczów nie może być niższe niż 15 proc. dobowej energetyczności diety.

Z nasyconych kwasów tłuszczowych (SFA) powinno pochodzić nie więcej niż 10 proc. energii pochodzącej z tłuszczów, co najmniej 6 proc. tej energii powinny stanowić wielonienasycone kwasy tłuszczowe (PUFA), a pozostała część energii pochodzącej z tłuszczów powinna być dostarczona przez jednonienasycone kwasy tłuszczowe o konfiguracji cis (MUFA).

Jednonienasycone kwasy tłuszczowe o konfiguracji trans (TFA) nie mogą stanowić więcej niż 1 proc. energii pochodzącej z tłuszczów [1].

ŹRÓDŁA KWASÓW TŁUSZCZOWYCH [1]:

(SFA) Nasycone kwasy tłuszczowe

Masło, smalec, łój wołowy, olej kokosowy i palmowy, też masła: kakaowe, orzechowe i roślinne (masła te wchodzi w skład czekolady).

(PUFA) Wielonienasycone kwasy tłuszczowe

Kwasy omega-3: śledź, tuńczyk, łosoś, sardynki, makrela, pstrąg, oleje rybne

Kwasy omega-6:

oleje: sojowy, słonecznikowy, szafranowy, wiesiołkowy oraz oleje z pestek winogron, nasion maku, ogórecznika lekarskiego i czarnej porzeczki.

(MUFA) Jednonienasycone kwasy tłuszczowe o konfiguracji cis

Oliwa z oliwek i inne oleje roślinne

(TFA) Jednonienasycone kwasy tłuszczowe o konfiguracji trans

Fast food, ciasta i ciasteczka, w skład których wchodzi utwardzone oleje roślinne, stanowiące zawartość tłuszczów piekarniczych, m.in. margaryn.

Dobowe spożycie węglowodanów powinno stanowić 55-75 proc. energetyczności diety, w tym węglowodany proste takie jak: glukoza, fruktoza, laktoza, sacharoza, powinny dostarczać mniej niż 10 proc. energii [1].

Białko zwierzęce i roślinne powinno stanowić 10-15 proc. energetyczności diety [1]. Badanie fizykalne pacjenta, u którego podejrzewamy nadwagę lub otyłość, powinno obejmować pomiar masy ciała i obwodu talii (przy wykonywaniu pierwszego pomiaru należy także zmierzyć wzrost i wyliczyć wskaźnik masy ciała – BMI).

Należy dokonać oceny objawów mogących wskazywać na współistnienie chorób takich jak: choroba wieńcowa, zespół bezdechu sennego, kamica pęcherzyka żółciowego, zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa oraz stawów biodrowych i kolanowych, regularność cykli menstruacyjnych, ich długość, czas trwania (u kobiet w wieku rozrodczym), ewentualnych problemów z erekcją (u mężczyzn), objawów depresji. U osoby otyłej należy regularnie dokonywać pomiaru ciśnienia tętniczego podczas wizyty u lekarza, należy ocenić również ewentualne występowanie żylaków i obrzęków kończyn dolnych. Jeśli nie dysponujemy aktualnymi wynikami badań, określającymi stężenie w surowicy krwi poziomu glukozy, profilu lipidowego, kwasu moczowego oraz TSH, należy je oznaczyć [1]. Dobrze



jest również oznaczyć aktywność Aspat i Alat, w związku z podwyższonym ryzykiem stłuszczenia wątroby [1].

Według zaleceń Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego, pacjenci z czynnikami ryzyka cukrzycy, takimi jak nadwaga, cukrzyca w rodzinie (rodzice lub rodzeństwo), mała aktywność fizyczna, poprzednio stwierdzona nieprawidłowa glikemia na czczo lub nietolerancja glukozy, dyslipidemia (HDL <40 mg/dl i (lub) TG >150 mg/dl), nadciśnienie tętnicze, choroba układu sercowo-naczyniowego, przebyta cukrzyca ciążowa, zespół policystycznych jajników, kobiety, które urodziły dziecko > 4 kg, u ludzi z grupy środowiskowej lub etnicznej częściej narażonej na cukrzycę, powinni mieć wykonane oznaczenie glukozy z krwi żyłnej co rok. Pamiętać należy również o wykonaniu doustnego testu tolerancji glukozy OGTT u pacjentów, u których jednokrotny lub dwukrotny pomiar glikemii na czczo wyniesie 100–125 mg/dl, a także wówczas, gdy przy glikemii na czczo poniżej 100 mg/dl istnieje uzasadnione podejrzenie nieprawidłowej tolerancji glukozy lub cukrzycy. W przypadku konieczności wykonania OGTT u osoby z nietolerancją glukozy (tj. stanem przedcukrzycowym), przyjmującej z tego powodu metforminę, należy przerwać jej stosowanie na co najmniej tydzień przed dniem, w którym przeprowadzony zostanie OGTT [6].

Lekarz rodzinny powinien poinformować pacjenta, że dla jego zdrowia najbardziej optymalna jest powolna, ale trwała redukcja masy ciała: około kilograma na tydzień w pierwszym miesiącu oraz około 0,5 kg na tydzień w kolejnych miesiącach. W profilaktyce nadwagi i otyłości zalecany jest wysiłek trwający 45-60 minut dziennie, a w leczeniu 60-90 minut w czasie wolnym. W celu redukcji masy ciała polecany jest wysiłek dynamiczny, tlenowy, taki, który angażuje duże grupy mięśniowe, np.: szybki marsz, jazda na rowerze, pływanie i ćwiczenia w wodzie, nordic walking [1]. Oprócz ćwiczeń tlenowych, pacjent 2-3 razy w tygodniu powinien wykonywać ćwiczenia oporowe po 12-15 powtórzeń z zaangażowaniem 30-50 proc. masy mięśniowej.

Docelowe wartości tętna treningowego u pacjenta:

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">• u osób bez chorób układu krążenia 60-70 proc. tętna maksymalnego (220 - wiek) |
| <ul style="list-style-type: none">• u osób z chorobami układu krążenia 40-70 proc. rezerwy tętna (najwyższa wartość tętna osiągnięta w czasie próby wysiłkowej – wartość tętna spoczynkowego). |

Przeciwskazania bezwzględne do leczenia ruchem obejmują takie schorzenia jak: niewyrównana niewydolność krążenia, niestabilna choroba wieńcowa, niewydolność oddechowa [1].

U pacjentów z BMI>40 aktywność ruchową należy zlecać bardzo ostrożnie, pod nadzorem medycznym i rehabilitacyjnym. Lekiem wspomagającym redukcję masy ciała jest orlistat. U pacjenta z nadwagą lub otyłością z towarzyszącymi zaburzeniami gospodarki lipidowej (stanami przedcukrzycowymi), oprócz zmiany sposobu żywienia oraz zwiększenia aktywności fizycznej, należy rozważyć zastosowanie metforminy.

Szczególną grupą pacjentów lekarza rodzinnego są kobiety z otyłością w wieku reprodukcyjnym, co wiąże się z większą częstością występowania otyłości u ciężarnych kobiet, oraz wzrostem powikłań i stanów wymagających wzmożonego nadzoru i wysokospecjalistycznej opieki w trakcie ciąży. Pamiętać należy, że optymalny przyrost masy ciała w II i III trymestrze ciąży u otyłych kobiet i kobiet z nadwagą jest zależny od wyjściowego BMI i wynosi dla kobiet z nadwagą i BMI: 26,1- 29,0 jedynie 6,5 do 11,4 kg, a dla kobiet otyłych z BMI >29,0 poniżej 7 kg [7, 8].

Profilaktyka oraz leczenie nadwagi i otyłości wśród dzieci i młodzieży

Pomiary antropometryczne powinny być częścią oceny rozwoju somatycznego dzieci i młodzieży. Nadwagę rozpoznaje

się, jeżeli wyliczona wartość BMI mieści się w zakresie 90-97 centyla, odpowiednio dla płci i wieku, a otyłość przy wartościach BMI powyżej 97. centyla. Otyłość trzewną rozpoznajemy, gdy wartość obwodu talii przekracza 90 centyl, odpowiednio dla płci i wieku. Każde dziecko, u którego stwierdzono BMI>85. centyla, powinno być monitorowane pod względem powikłań współistniejących z nadwagą i otyłością.

U dzieci powyżej 10. roku życia (lub wcześniej, gdy okres dojrzewania już się rozpoczął) z BMI>95. centyla, zaleca się wykonanie testu OGTT co 2 lata (razem z oznaczeniem insuliny). Dziecko z nadwagą lub otyłością, u którego wystąpią związane z tym powikłania, powinno być skierowane przez lekarza rodzinnego do odpowiedniego specjalisty.

U dzieci z rozpoznaną nadwagą należy wdrożyć działania, których celem jest utrzymanie stałej masy ciała, w miarę zwiększania się wzrostu u młodszych dzieci, oraz ułatwienie powolnej redukcji masy ciała u nastolatków (ok. 0,5 kg/miesiąc). W pierwszym okresie leczenia należy zastosować dietę o obniżonej energetyczności, która musi być normobiałkowa i prawidłowo zbilansowana. Po uzyskaniu redukcji masy ciała należy zalecać dietę normoenergetyczną, odpowiednią do wieku. Leczenie farmakologiczne można rozważyć u patologicznie otyłych nastolatków (powyżej 16. r.ż.) (orlistat).

Leczenie chirurgiczne można rozważyć jedynie u dzieci, które osiągnęły dojrzałość kostną i rozwojową oraz mają rozpoznaną otyłość typu III, stwierdzono u nich co najmniej jedno powikłanie i nieskuteczny był sześciomiesięczny okres leczenia zachowawczego. Lekarz rodzinny powinien skierować takiego pacjenta do specjalisty chirurga zajmującego się tego typu leczeniem oraz poinformować pacjenta i jego opiekuna, że leczenie chirurgiczne nie stanowi ostatecznego wyleczenia, a po operacji zaistnieje konieczność uczestniczenia w wielospecjalistycznym, pooperacyjnym programie leczenia [1].

Rola lekarza rodzinnego w profilaktyce nadwagi i otyłości zarówno u dzieci, młodzieży, jak i u dorosłych polega głównie na działaniach edukacyjnych i stałym monitorowaniu parametrów takich jak BMI oraz obwód talii. U pacjentów z nadwagą i otyłością powinny być również okresowo wykonywane badania parametrów, takich jak np.: stężenie glukozy we krwi, Aspat, Alat czy lipidogram w surowicy krwi. W razie potrzeby, np. współistniejących powikłań, lekarz rodzinny powinien skierować pacjenta do odpowiedniego lekarza specjalisty.

Piśmiennictwo:

1. *Zasady postępowania w nadwadze i otyłości w praktyce lekarza rodzinnego*. Wytyczne Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce, Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej, Polskiego Towarzystwa Badań nad Otyłością. Zalecane przez konsultanta krajowego w dziedzinie medycyny rodzinnej, Łódź 2014.
2. Olszanecka-Glinianowicz Magdalena, *Otyłość jako narastający problem medyczny i społeczny – co może zrobić lekarz rodzinny?*, Terapia nr 2 (300), luty 2014, s. 11-14.
3. Pituch-Zdanowska Aleksandra, *Zalecenia dietetyczne dla rodziców dzieci z otyłością*, „Forum Pediatrii Praktycznej”, grudzień 2015, s. 20-23.
4. Fichna Piotr, Skowrońska Bogda, *Otyłość oraz zespół metaboliczny u dzieci i młodzieży*, „Family Medicine and Primary Care Review” 2008, 10, 2:269278.
5. Stanowisko polskich ekspertów dotyczące zasad żywienia dzieci i młodzieży w aspekcie zapobiegania chorobie próchnicowej. Dorota Olczak-Kowalczyk, Teresa Jackowska, Mieczysława Czerwionka-Szaflarska, Janusz Książyk, Dorota Szostak-Węgierek, Urszula Kaczmarek, „Medycyna Praktyczna Pediatria” 1(103) styczeń-luty 2016.
6. Diabetologia Kliniczna 2016, t. 5. Suplement A. Zalecenia kliniczne dotyczące postępowania u chorych na cukrzycę 2016. Stanowisko Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego. Dostępne na: https://cukrzyca.info.pl/zalecenia_kliniczne
7. Kanadys Wiesław Maciej, Leszczyńska-Gorzelak Bożena, Oleszczuk Jan, *Otyłość u kobiet. Aspekty kliniczne otyłości podczas ciąży*, „Perinatologia, Neonatologia i Ginekologia”, t. 2, zeszyt 4, 254-265, 2009.
8. Standardy Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego. Postępowanie u kobiet z cukrzycą. Ginekol. Pol. 2011, 82, 474-479.



THE NEVERENDING STORY...

Siedzący tryb życia i łatwy dostęp do pożywienia o dużej gęstości energetycznej to zjawiska typowe dla świata zachodniego. Według statystyk ludzie otyli stanowią obecnie 20 proc. społeczeństwa, zaś osób z nadwagą jest dwukrotnie więcej¹. Lekarze różnych specjalności spotykają się z problemem nadwagi i/lub otyłości w rozmaitych kontekstach klinicznych. Dla chirurga otyłość będzie stanowiła istotny czynnik w planowaniu strategii leczenia. Diabetolog postrzegać będzie redukcję nadmiernej masy ciała jako metodę wyrównania metabolicznego w cukrzycy typu 2. Dla endokrynologa otyłość może być problemem wtórnym do istniejących u jego pacjenta endokrynopatii, zaś kardiolog będzie ją rozważał jako czynnik ryzyka sercowo-naczyniowego. Przykłady różnych spojrzeń i perspektyw można mnożyć, jednak większość klinicystów przyzna, że problem otyłości ma istotne znaczenie w codziennej praktyce lekarskiej.

Podstawą każdej skutecznej interwencji jest właściwe rozpoznanie problemu. Otyłość i nadwagę tradycyjnie rozpoznaje się na podstawie wybranych wskaźników antropometrycznych – przed wszystkim wskaźnika BMI (Body Mass Index). Wskaźnik ten jest jednak bardzo niedoskonały – np.

u kulturystów może być wysoki, mimo że trudno ich posądzać o otyłość. Warto pamiętać, że otyłość nie wyklucza nieodżywienia, lecz w praktyce często mu towarzyszy.

Z perspektywy pacjenta schudnięcie bywa ogromnym problemem. Pacjenci z nadwagą lub otyli stanowią istotny odsetek osób szukających pomocy lekarskiej i często mają za sobą wiele nieudanych prób pozbycia się zbędnych kilogramów. Zauważmy, że wszystkie magazyny lifestylowe regularnie podejmują temat odchudzania. Zwykle przedstawia się na ich łamach jakieś szczególne, rzekomo skuteczne diety. Konfrontacja z taką „wiedzą” bywa dla lekarza frustrująca, ale zignorowanie jej może budzić rozczarowanie i gniew po stronie pacjenta, który takimi informacjami bombardowany jest zewsząd. Dlatego warto, choćby pobieżnie, zapoznać się z założeniami popularnych obecnie diet, by móc kompetentnie poprowadzić rozmowę².

Przyczyn propagowania i stosowania niesprawdzonych sposobów żywienia jest wiele. Podstawowym źródłem wiedzy żywieniowej jest dla większości pacjentów internet i kolorowe pisma, a nie podręczniki, wytyczne i opinie towarzystw naukowych. Tematyka żywienia to tematyka wdzięcz-



DR N. MED.

MIROŚLAW KIEDROWSKI

Asystent w Klinice Onkologii i Hematologii Centralnego Szpitala Klinicznego MSW w Warszawie. Adiunkt na Wydziale Nauk o Żywieniu Człowieka i Konsumpcji Szkoły Głównej Gospodarstwa Wiejskiego w Warszawie. Absolwent kilku kierunków studiów podyplomowych – m.in. Poradnictwa Żywnościowego i Dietetycznego (SGGW) oraz Pomocy Psychologicznej w Me-



Fot. z archiwum autora

dycynie (WUM). Autor prac naukowych z dziedziny gastroenterologii, patologii i żywienia człowieka.

Według statystyk ludzie otyli stanowią obecnie 20 proc. społeczeństwa, zaś osób z nadwagą jest dwukrotnie więcej¹. Lekarze różnych specjalności spotykają się z problemem nadwagi i/lub otyłości w rozmaitych kontekstach klinicznych. Dla chirurga otyłość będzie stanowiła istotny czynnik w planowaniu strategii leczenia. Diabetolog postrzegać będzie redukcję nadmiernej masy ciała jako metodę wyrównania metabolicznego w cukrzycy typu 2. Dla endokrynologa otyłość może być problemem wtórnym do istniejących u jego pacjenta endokrynopatii, zaś kardiolog będzie ją rozważał jako czynnik ryzyka sercowo-naczyniowego. Przykłady różnych spojrzeń i perspektyw można mnożyć, jednak większość klinicystów przyzna, że problem otyłości ma istotne znaczenie w codziennej praktyce lekarskiej.

66

na i – mówiąc wprost – mało kto jest zainteresowany przeciwdziałaniu żywieniowej propagandzie. Zdobycie rzetelnej wiedzy wymaga dużo czasu i wysiłku, tymczasem człowiek w XXI wieku czasu nie ma, a nadmiernego wysiłku unika. Często szuka drogi na skróty – na przykład cudownej diety lub pigułki, która w miesiąc rozwiąże problemy, które wcześniej narastały latami. Wówczas wystarczy już okrasić dowolny przekaz określeniami typu „molekularny”, „nano” czy „innovacyjny”, i z pewnością znajdą się odbiorcy. Co ciekawe, wiele osób zdecydowanie nie docenia roli odżywiania w kształtowaniu i zachowaniu zdrowia, ale wielu ludzi rolę tę przecenia i wierzy, że żywienie może rozwiązać wszystkie problemy zdrowotne. To oczywiście nieprawda. Ludzie chorowaliby nadal, gdyby stosowali dowolną, choćby najlepszą dietę. Zapewne nie ma też jednej diety idealnej dla wszystkich (tematyką tą zajmuje się fascynująca gałąź wiedzy – nutrigenomika – która jednak dopiero raczkuje). Ale gdyby nawet była i byłaby powszechnie stosowana, to zmieniłaby się struktura i wiek zachorowań, natomiast choroby z pewnością by nie zniknęły. Część ekspertów uważa wręcz, że dieta niczego nie leczy – ważne żeby nie przeszkadzała.

Konsultacje u wykwalifikowanych dietetyków sporo kosztują, a także (niestety!) bardzo różnie bywa z jakością merytoryczną udzielanych porad. Tu trzeba jednak wrzucić kamyk do naszego lekarskiego ogródka. Większość lekarzy ma co najwyżej szcztątkową wiedzę na temat żywienia. W programach studiów lekarskich tematyka żywienia jest okrojona i bardzo rozproszona. Zniknęła dawna specjalizacja lekarska z dietetyki klinicznej i tylko nieliczni lekarze decydują się na zdobywanie dodatkowych kwalifikacji w dziedzinie żywienia człowieka. Tymczasem, aby kompetentnie zajmować się żywieniem człowieka trzeba posiadać wiedzę z różnych nielekarskich dyscyplin, np.: technologii żywienia, normowania żywienia, towaroznawstwa, psychologii i socjologii żywienia. W Polsce nie wypracowano dotąd modelu optymalnej współpracy lekarsko-dietetycznej (a także współpracy z innymi specjalistami spoza medycyny). Na przeszkodzie stoi tu wiele czynników, poczynając od względów organizacyjno-finansowych, a kończąc na czynnikach ambicjonalnych.

W odniesieniu do problemu otyłości i nadwagi trzeba jasno powiedzieć, że odległe wyniki wszelkich interwencji – zarówno żywieniowych, jak i farmakologicznych – są złe. Schudnąć może niemal każdy, jednak głęboko zinternalizowane zachowania żywieniowe stanowią drugą naturę człowieka. Większość osób odchudzających się wraca do pierwotnej masy ciała w ciągu 2 lat, a trwałe efekty odchudzania są udziałem zaledwie 10 proc. pacjentów. Zaangażowanie w proces odchudzania zespołu specjalistów, złożonego z lekarza, dietetyka, psychologa, a czasem i innych specjalistów (np. fizykoterapeuty /trenera) umożliwia podwojenie tego odsetka. Jest więc o co walczyć. Optymalny model trójstronnej współpracy (lekarz – dietetyk – psycholog) mógłby wyglądać następująco:

1. lekarz jako profesjonalista medyczny pełni funkcję kierownika zespołu, który pilnie wsłuchuje się w głos innych członków teamu, mając szacunek do ich wiedzy i kompetencji. Wyznacza ogólne ramy diety u pacjenta, biorąc pod uwagę wszelkie dostępne informacje. Zadaniu takiemu nie sprosta nikt inny, gdyż tylko lekarz jest w stanie przeprowadzić diagnostykę, zidentyfikować zespoły chorobowe odpowiadające za otyłość i włączyć adekwatne leczenie. Tylko lekarz może także rzetelnie wyznaczyć pożądane cele w sytuacji, gdy u jednego pacjenta współistnieją różne złożone stany, w których zalecenia żywieniowe stają się wzajemnie sprzeczne. I wcale nie dotyczy to wyłącznie problemu otyłości. Przykładowo, u pacjenta z chorobą nowotworową w trakcie chemioterapii, z przewlekłą niewydolnością nerek i obciążeniami towarzyszącymi pożądane byłoby zwiększenie spożycia białka, jednak czynnikiem limitującym jest stopień wydolności nerek, a także odległe rokowanie (co chcemy osiągnąć i czy warto proponować modyfikację żywienia, obniżającą jakość życia chorego, którego dni są policzone?). Na te pytania nie odpowie kompetentnie żaden inny specjalista.
2. dietetyk – realizuje zalecenia w praktyce, starając się godzić racje medyczno-żywieniowe z jednej strony i oczekiwania, gusta i obyczaje pacjenta. Informuje lekarza, gdy pewnych założeń nie udaje się zrealizować. Zwra-

ca także uwagę – podobnie jak inni członkowie zespołu – na znaczenie stylu życia, aktywności fizycznej (w porozumieniu z lekarzem), nałogi, itp.

3. psycholog – „pracuje” z przekonaniem, wzmacnia motywację pacjenta i jego wiarę w sukces, identyfikuje mocne i słabe strony, pomaga redukować stres związany z nową sytuacją i zwraca uwagę na społeczno-kulturowe oraz rodzinne uwarunkowania zachowań żywieniowych. Szkoli pacjenta z zakresu wybranych narzędzi psychologicznych pomocnych w interwencjach żywieniowych (zwykle narzędzia te zaczerpnięte są z nurtów poznawczo-behawioralnych – np. zasady zdrowego myślenia). Wdraża je w życie.

Warto pamiętać o kilku zasadach, dzięki którym skutecznie można pomagać otyłemu pacjentowi:

1. poglądy na temat optymalnej diety zmieniają się dynamicznie i warto na bieżąco śledzić postępy w tym zakresie. Zmieniają się poglądy na temat optymalnego stosunku składników pożywienia <np. dawniej zalecana proporcja energii uzyskiwanej ze składników odżywczych wynosząca 60:30:10 (węglowodany: tłuszcze: białka) ewoluuje w kierunku 40:40:20>. Zmieniają się też przekonania na temat różnych sposobów żywienia – wcześniej zdecydowanie odradzanych, np. diet niskowęglowodanowych. Prowadzą one do skuteczniejszej w stosunku do diet tradycyjnie zalecanych redukcji masy ciała i lepszej kontroli glikemii (zwłaszcza w początkowym okresie odchudzania u osób z cukrzycą typu 2)³. Ich stosowanie wymaga jednak kontroli lekarskiej – mogą być niedoborowe, stanowić obciążenie dla nerek, a także sprzyjać rozwojowi nowotworów.

2. identyfikujemy i leczymy przyczyny, a nie tylko skutki, wszędzie tam, gdzie to możliwe. Odchudzanie pacjenta z niedoczynnością tarczycy może być źródłem niepotrzebnych frustracji, a tymczasem właściwe leczenie farmakologiczne może szybko rozwiązać problem.

3. stosujemy sprawdzone i dostępne środki farmakologiczne, ale nie przeceniajmy ich znaczenia. Skuteczna i trwała redukcja nadmiernej masy ciała to nie kwestia zastosowania jakiegokolwiek leku. Stosowanie leków wspomagających odchudzanie ma sens wtedy, gdy jest częścią szerszego planu działania, obejmującego różne interwencje i nakierowanego na trwałą zmianę zachowań żywieniowych.

4. u osób skrajnie otyłych pamiętajmy o możliwościach, jakie oferuje chirurgia bariatryczna. Poczyniła ona w ostatnich latach niebywałe postępy, oferuje szereg skutecznych metod, a w dodatku staje się coraz mniej inwazyjna. W cukrzycy typu 2. jest wręcz jedyną metodą, która może pacjentowi przynieść trwałe wyleczenie.

5. współpracujemy z innymi kompetentnymi specjalistami, starając się poznać i rozumieć metody, które stosują. Ich działalność nie zagraża pozycji lekarza, natomiast może zwiększać szanse pacjenta na trwałą i skuteczną redukcję nadmiernej masy ciała.

Wybrane piśmiennictwo:

1. http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/index.php/Overweight_and_obesity_-_BMI_statistics
2. Kiedrowski M., Gajewska D., *Co powinien wiedzieć lekarz rodzinny o popularnych „dietach odchudzających” i samym odchudzaniu?* Medycyna Rodzinna 3/2013, s. 95-98.
3. Hession M., Rolland C., Kulkarni U. et al.: Systematic review of randomized controlled trials of low-carbohydrate vs. low-fat/low-calorie diets in the management of obesity and its comorbidities. *Obes Rev* 2009; 10(1): 36-50.



Konferencja Naukowo-Szkoleniowa **OSIĄGNIĘCIA I WYZWANIA W LECZENIU CHOROÓB NEREK**

**Nefrologdy i lekarze rodzinni – pola współpracy
Jubileusz 40-lecia Ośrodka Nefrologicznego w Wałbrzychu
23-24 września 2016 r., zamek Książ, Wałbrzych**

**Przewodniczący Komitetu Naukowego
prof. dr hab. n. med. Marian Klinger**

**Przewodnicząca Komitetu Organizacyjnego
dr n. med. Dorota Radziszewska**

Program

23 września 2016 r. (piątek)

- godz. 16.00 Zwiedzanie Oddziału Nefrologii ze Stacją Dializ Specjalistycznego Szpitala im. dra A. Sokołowskiego w Wałbrzychu
- godz. 18.00 Spotkanie konsultantów wojewódzkich w dziedzinie nefrologii i ordynatorów oddziałów nefrologicznych i stacji dializ – sala zamku Książ

24 września 2016 r. (sobota)

- godz. 9.00-11.00 SESJA I
- Otwarcie konferencji – przemówienia gości
Jubileusz ośrodka nefrologicznego w Wałbrzychu – co osiągnęliśmy i co zamierzamy (25')
dr n. med. Dorota Radziszewska
Kłębuszkowe zapalenie nerek (25')
prof. dr hab. Magdalena Krajewska
Dializoterapia (30')
prof. dr hab. Marian Klinger
- godz. 11.00-11.15 Przerwa kawowa
- godz. 11.15-13.15 SESJA II
- Transplantologia* (25')
prof. dr hab. Magdalena Durlik
Dyskusja interaktywna nad problemami wspólnych pacjentów (65')
dr hab. n. med. Oktawia Mazanowska,
lek. spec. medycyny rodzinnej Piotr Polański
- godz. 13.15-14.00 Obiad

REJESTRACJA

Udział w konferencji należy zgłosić, wypełniając arkusz rejestracyjny online na stronie: **www.gradatim-sympozja.pl** do 5 września 2016 r.

Opłata rejestracyjna – 10 zł brutto

Organizator:



Patronat honorowy:





Czy człowiek pokona otyłość, czy otyłość pokona człowieka?

– pytanie XXI wieku

Współcześnie, ludzkość pozwoliła się „zniewolić” epidemii otyłości. Człowiek stał się niewolnikiem własnego apetytu – instynktu, który dawniej służył przetrwaniu, a obecnie wymknął się spod kontroli i zaczął działać degeneracyjnie na zdrowie. Doskonale zdefiniowano, co stoi za epidemią otyłości, ogólnie mówiąc to dynamika środowiska życia spowodowała, że organizm człowieka mimo olbrzymich zdolności przystosowawczych „nie nadąża” za zmianami otoczenia.

Wydaje się, że nauka odkryła wszystkie tajniki otyłości, jej przyczyny, powikłania, jakie ze sobą niesie, możliwości zapobiegania, różne metody leczenia, a jednak wciąż otyłość bierze górę nad inteligencją człowieka. W czym kryje się fenomen epidemiologii otyłości i kto powinien się z nią rozprawić? Naturalnym jest, że w pierwszej kolejności odpowiedzialność za swoje zdrowie powinien wziąć sam człowiek. Dziwi fakt, że wraz ze wzrostem wiedzy i świadomości człowieka na temat otyłości, maleje jej zastosowanie, by chronić własne zdrowie. W związku z tym człowiek wymaga wsparcia w walce z otyłością, które z racji swoich kompetencji może dać lekarz, na każdym szczeblu udzielania świadczeń zdrowotnych, od lekarza rodzinnego po specjalistę leczenia otyłości.

Przyczyny otyłości i jej konsekwencje

U ponad 90 proc. osób przyczyną otyłości pierwotnej jest dodatni bilans energetyczny wynikający z nadmiernego dowozu pokarmu w stosunku do potrzeb organizmu, a głównie spożywanie pokarmów wysokoenergetycznych, małej aktywności fizycznej i siedzącego trybu życia. Natomiast otyłość wtórna jest spowodowana najczęściej zaburzeniami endokrynologicznymi, organicznymi chorobami podwzgórza, zespołami uwarunkowanymi genetycznie oraz błędami jatrogennymi. Zażywanie niektórych leków także sprzyja tyciu. Do leków tych należą: neuroleptyki, przeciwdepresanty, przeciwpadaczkowe, steroidy, antagonisty serotoniny, przeciwcukrzycowe, adrenolityki.

Źródło grafik: www.pixabay.com/photos/belly-811388/Pezibear, www.pixabay.com/photos/woman-358779/Greyerbaby – obraz modyfikowany

Z informacji zawartych w tabeli 1. wynika, że otyłość zwiększa ryzyko wielu chorób, uświadamianie tego pacjentowi stanowi bardzo duży czynnik motywacyjny do podjęcia próby eliminowania otyłości. Informacja usłyszana z ust lekarza z założenia jest bardziej akceptowana przez chorego niż przez inne fachowe osoby, nawet dietetyka.

Tabela 1. Zwiększenie ryzyka chorób u osób otyłych w porównaniu do osób szczupłych (według WHO)

>3-krotnie	2-3-krotnie	1-2-krotnie
- cukrzyca typu 2, - nadciśnienie tętnicze, - dyslipidemia, - choroba pęcherzyka żółciowego, - insulinooporność, - zadyszka, - zespół bezdechu sennego	- choroba niedokrwienności serca, - choroba zwyrodnieniowa stawów (kolan), - hiperurikemia i dna	- rak piersi, okrężnicy, - endometrium, - zaburzenia dotyczące hormonów płciowych, - zespół policystycznych jajników, - upośledzenie płodności, - bóle krzyża, - zwiększone ryzyko anestezyjologiczne, - nieprawidłowości płodu

Leczenie otyłego pacjenta musi być indywidualne, dostosowane do wieku, płci, stopnia zaawansowania i typu otyłości, czynników ryzyka metabolicznego i chorób towarzyszących. Pożądanym celem leczenia otyłości jest redukcja 10 proc. wyjściowej masy ciała w okresie 3-6 miesięcy. Już wówczas można spodziewać się korzyści metabolicznych wynikających z redukcji tkanki tłuszczowej, m.in.: obniżenie poziomu glukozy i insuliny na czczo, poprawa parametrów lipidowych w surowicy, obniżenie ciśnienia krwi u osób leczonych z powodu nadciśnienia tętniczego [2].

Wysiłek fizyczny – ważny czynnik w walce z otyłością

Zdolność do wysiłku ludzi z otyłością jest na ogół niska. Ma to związek z dużą masą ciała, której przemieszczanie się przy ruchach lokomocyjnych ciała powoduje zwiększenie wydatku energetycznego i szybki rozwój zmęczenia. Większe jest też obciążenie układu mięśniowo-szkieletowego, co prowadzi do rozwoju zmian degeneracyjnych kości i stawów. Ponadto nagromadzenie się tkanki tłuszczowej w okolicy stawów powoduje zmniejszenie ich ruchomości. Przyczyną niskiej zdolności do wysiłku jest też towarzysząca otyłości obniżona sprawność układu oddechowego i sercowo-naczyniowego. Czynniki te sprzyjają małej aktywności ruchowej, to z kolei przyczynia się do dalszego zmniejszenia wydolności dobowego wydatku energetycznego i rozwoju zaburzeń przemiany materii.

Intensywność wysiłku stosowanego w terapii osób z nadwagą lub otyłością powinna być dostosowana do ich możliwości, ze względu na przeciążenie układu ruchowego. W celu zwiększenia dobowego wydatku energetycznego zaleca się wysiłek dynamiczny, długotrwały o umiarkowanej intensywności bez nadmiernego obciążenia kolan, bioder i kręgosłupa. Ćwiczenia o niskiej lub umiarkowanej intensywności są nie tylko bezpieczniejsze niż wysiłek o dużej intensywności, ale również zapewniają osiągnięcie większego wydatku energii, dzięki możliwości wydłużenia czasu wysiłku. Istotne znaczenie ma także to, że podczas długotrwałego wysiłku intensywność zapotrzebowania energetycznego pokrywana jest w większym stopniu przez utlenianie kwasów tłuszczowych niż podczas krótkich wysiłków o dużym obciążeniu. Długotrwały marsz jest zatem lepszą formą ruchu dla osób otyłych niż bieganie. Szczególnie zalecanymi formami ruchu, zwłaszcza w początkowej fazie treningu, jest chód z kijami, marsz, marszobiegi, pływanie i ćwiczenia w wodzie oraz jazda na rowerze i bieg narciarski.

W treningu osób z nadwagą i otyłością uwzględnia się też ćwiczenia kształtujące gibkość i siłę mięśni, ponieważ te cechy mają bardzo duży wpływ na jakość życia, zwłaszcza osób w starszym wieku. W treningu siły, podczas którego stosuje się ćwiczenia z pokonywaniem oporu, zalecana jest duża ostrożność przy doborze obciążeń nie tylko z obawy przed uszkodzeniem układu ruchu, ale również ze względu na duży wzrost ciśnienia tętniczego krwi, towarzyszącego tego rodzaju wysiłkom. Jednak sukces wysiłku fizycznego w walce z otyłością leży w jej regularnym i długotrwałym stosowaniu[1]. Uważa się, że w walce z nadwagą i otyłością poprzez aktywność fizyczną najkorzystniejszy jest udział w zajęciach grupowych. Ja natomiast upatruję

**DR HAB. JAN CZECZELEWSKI,
PROF. NADZW. UMCS**

Absolwent Wydziału Biologii i Nauk o Ziemi Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie. Pracownik Wydziału Wychowania Fizycznego i Sportu w Białej Podlaskiej Akademii Wychowania Fizycznego J. Piłsudskiego w Warszawie i pracownik Zakładu Geografii Regionalnej i Turystyki Wydziału Nauk o Ziemi i Gospodarki Przestrzennej UMCS w Lublinie. W 1997 roku uzyskał stopień doktora nauk biologicznych w Wojskowym Instytucie Higieny i Epidemiologii w Warszawie, w 2009 roku stopień naukowy doktora habilitowanego w zakresie nauk o kulturze fizycznej, po przedłożeniu rozprawy habilitacyjnej pt. „Sposób żywienia. Stan odżywienia (wybrane cechy somatyczne) oraz aktywność fizyczna dzieci i młodzieży z terenu powiatu



Fot. z archiwum autora

białskiego; uwarunkowania i wzajemne związki”. Główne zainteresowania naukowe to poznawanie związków pomiędzy sposobem żywienia, stanem odżywienia i aktywnością fizyczną dzieci, młodzieży i osób dorosłych. Autor bądź współautor ponad 70 oryginalnych prac badawczych opublikowanych w języku polskim, angielskim i rosyjskim.

„Do nieracjonalnych, a nawet szkodliwych sposobów redukcji masy ciała należą także niektóre diety polecane przez nieprofesjonalistów. Według badań IŻŻ dieta ryżowa zawiera tylko 1 g białka przy normie 0,8 g/kg masy ciała, tylko 6 g błonnika zamiast 20-30 g, zapotrzebowanie na witaminę C pokrywa w 85 proc., ale już na tiaminę tylko w 15 proc., na ryboflawinę w 19 proc., na wapń w 10 proc., na żelazo w 25 proc., na magnez w 32 proc. Także w diecie MAYO wszystkie składniki są dostarczane poniżej zalecanych norm.

większy sukces redukcji nadmiernej masy ciała w indywidualnym stosowaniu aktywności fizycznej, a zaletą tego jest m.in.: dowolny czas, który można poświęcić na ćwiczenia, niekolidujący z innymi obowiązkami, nieponoszenie kosztów związanych z opłatą za bilet wstępu na siłownię oraz swobodę w wykonywaniu ćwiczeń bez większego skrupowania. Osobom, które chcą podjąć wysiłek redukcji masy ciała, można polecać specjalnie stworzone do tego celu aplikacje na telefon np. Asystent Równowagi.

Dieta – niezbędny czynnik w walce z otyłością

Pożądanym celem jest stopniowe zmniejszenie masy ciała. W eliminowaniu nadwagi i otyłości nie poleca się stosowania głodówek. Głodówki prowadzą do niedoboru białek, zaburzeń wodno-elektrolitowych, wzrostu poziomu kwasu moczowego, wreszcie do spadku przemiany materii o 15-20 proc., co w rezultacie sprzyja rozwojowi otyłości w późniejszym okresie.

Do nieracjonalnych, a nawet szkodliwych sposobów redukcji masy ciała należą także niektóre diety polecane przez nieprofesjonalistów. Według badań IŻŻ dieta ryżowa zawiera tylko 1 g białka przy normie 0,8 g/kg masy ciała, tylko 6 g błonnika zamiast 20-30 g, zapotrzebowanie na witaminę C pokrywa w 85 proc., ale już na tiaminę tylko w 15 proc., na ryboflawinę w 19 proc., na wapń w 10 proc., na żelazo w 25 proc., na magnez w 32 proc. Także w diecie MAYO wszystkie składniki są dostarczane poniżej zalecanych norm. Jeżeli tego rodzaju dietę rozpoczyna osoba zdrowa, wówczas przez pewien czas nie będzie odczuwała negatywnych skutków. Dieta tłuszczowa Atkinsa i Jana Kwaśniewskiego jest propozycją nieracjonalnego żywienia, jest to dieta wysokotłuszczowa i bardzo ubogowęglowodanowa. W przypadku braku lub niedostatecznej ilości węglowodanów w pożywieniu dochodzi do nieprawidłowego spalania kwasów tłuszczowych i powstawania ciał ketonowych zakwaszających ustrój. Stosowanie diety tłuszczowej w dłuższym okresie może powodować zakwaszenie ustroju (bardzo duża podaż produktów mięsnych), zaburzyć endogenną produkcję cholesterolu, a nadmiar dostarczanego retinolu i żelaza może kumulować się w komórkach wątrobowych i je uszkadzać. Ponadto dieta ta wymaga suplementacji witaminy C, potasu, wapnia, magnezu i miedzi.

Aby zredukować masę ciała bezpiecznie, należy to robić wolno i długo, a nawet przez całe życie. Dlatego w diecie powinny być uwzględnione wszystkie niezbędne dla organizmu składniki, tylko w odpowiednich ilościach, ograniczając głównie spożycie tłuszczów, cukru i jego przetworów. Te warunki spełnia jedynie dieta zbilansowana 1000-1500 kcal. Składa się ona z 5 posiłków spożywanych regularnie, co 3-4 godziny o ustalonych porach dnia, przy czym ostatni posiłek należy spożywać nie później niż 2 godziny przed snem.

Rozpoczynając redukcję nadwagi lub otyłości, należy zorientować się, ile kalorii spożywa dana osoba podczas każdego posiłku i w ciągu całego dnia. Dlatego poleca się prowadzenie dzienniczka żywieniowego, co najmniej przez jeden lub dwa tygodnie i używanie elektronicznej wagi kuchennej z pomiarem kalorii. Otyli nie zdają sobie sprawy z tego, że poza zasadniczymi posiłkami znaczną wartość kaloryczną dostarczają z pożywieniem w czasie podjadania.

Mimo że już dużo wiadomo na temat właściwego żywienia, to wciąż dobór diety w redukowaniu otyłości budzi wiele kontrowersji. Wszyscy są zgodni co do jednego – musi być to dieta zbilansowana, niskoenergetyczna, a ograniczenie pożywienia musi być tak realizowane, aby ilość składników odżywczych dostarczanych z pożywieniem była możliwie bliska zapotrzebowaniu człowieka zdrowego. Dieta o zmniejszonej wartości energetycznej powinna dostarczać odpowiednią ilość białka, składników mineralnych i wi-

tamin. W przeciwnym razie, jeśli dieta będzie oparta jedynie na kilku wybranych artykułach spożywczych, to wówczas będzie dietą niedoborową. Utratę 1 kg zapasów tłuszczowych w ciągu tygodnia uzyskuje się przez niedobór 7000 kcal w stosunku do potrzeb organizmu, czyli utratę 1000 kcal w ciągu dnia.

W diecie redukcyjnej ważna jest podaż płynów. Dla osób, które nie mają nadciśnienia i obrzęków, wskazane jest wypijanie ok. 6 szklanek płynów obojętnych dziennie, takich jak: gorzka herbata, kawa, odtłuszczone mleko, soki naturalne, sok pomidorowy, sok jarzynowy. Połowę limitu płynów powinna stanowić woda. Zabrania się picia napojów słodzonych, alkoholu, w tym piwa [3].

Piramida Zdrowego Żywienia i Aktywności Fizycznej – nowa z 2016 r.

Pisząc o ważnych czynnikach w walce z otyłością, nie sposób nie wspomnieć o nowej Piramidzie Zdrowego Żywienia i Aktywności Fizycznej, zważywszy, iż nastąpiła istotna zmiana w kolejności spożywania grup produktów spożywczych. Zmianą w nowej piramidzie, względem poprzedniej wersji z 2009 r., jest przesunięcie warzyw i owoców na najważniejsze, pierwsze miejsce wśród grup produktów spożywczych zalecanych do spożycia. Wcześniej w podstawie piramidy znajdowały się produkty zbożowe, które teraz zostały przeniesione na drugie miejsce.

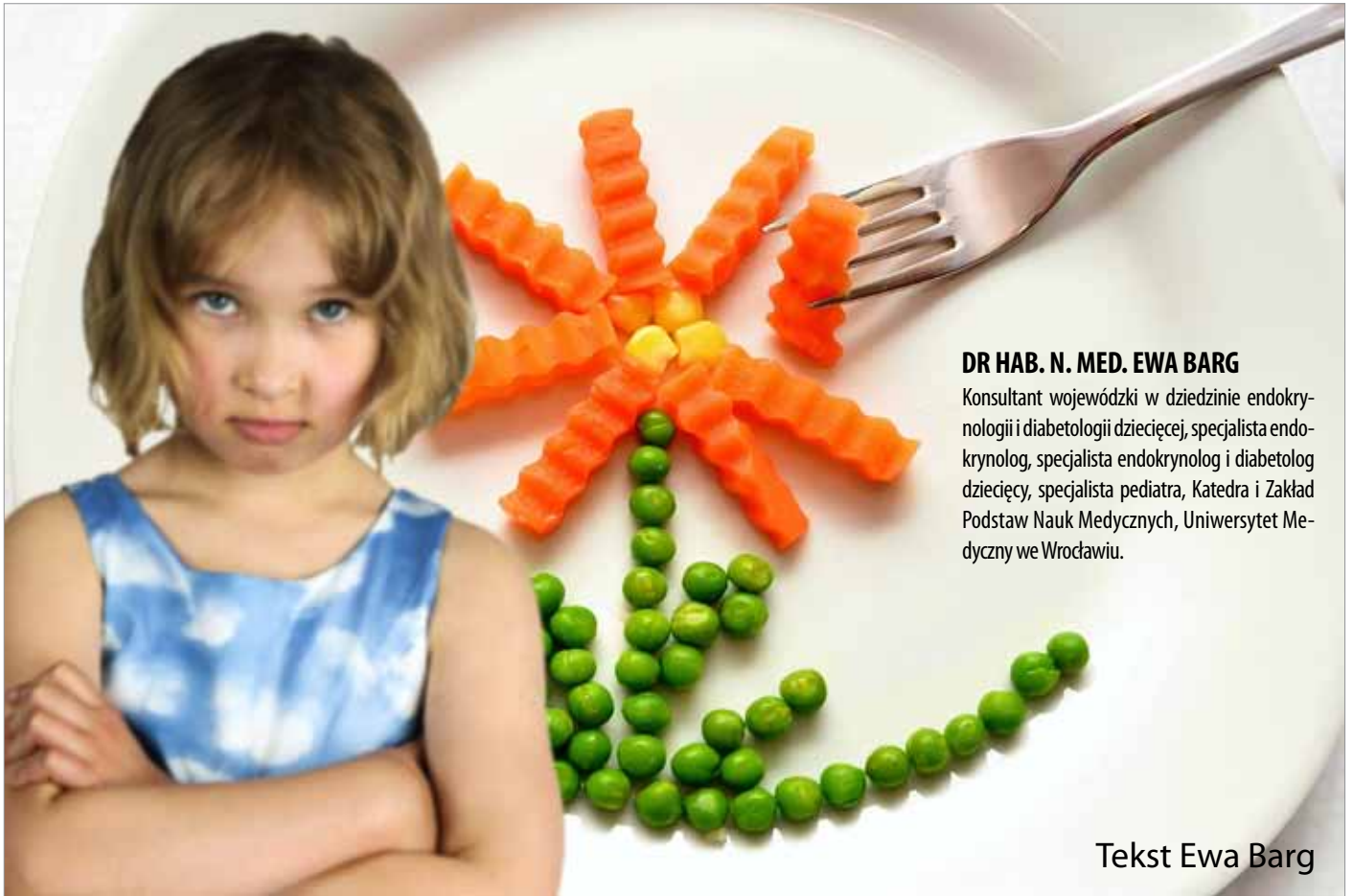
Warzywa i owoce powinny być podstawą żywienia, dostarczają wielu bezcennych składników mineralnych, witamin, polifenoli i w istotny sposób zmniejszają zachorowalność oraz umieralność na choroby układu krążenia, cukrzycę czy nowotwory. Warzywa i owoce powinny stanowić co najmniej połowę tego, co jemy. Należy jednak zachować właściwe proporcje: ¾ porcji powinny stanowić warzywa, a ¼ owoce.



Ryc. 1. Piramida zdrowego żywienia (wg IŻŻ, Warszawa 2016)

Piśmiennictwo:

1. Nazar K., *Wysiłek fizyczny – ważny czynnik w walce z otyłością*, KOSMOS, 2010, 3-4, t. 59: 395-402.
2. Zahorska-Markiewicz B., *Aktualna strategia leczenia otyłości*, „Kardiologia w Praktyce”, 2004 3: 8-12.
3. Ostrowska L., *Dieta w leczeniu otyłości*, „Kardiologia w Praktyce”, 2004, 3: 14-20.

**DR HAB. N. MED. EWA BARG**

Konsultant wojewódzki w dziedzinie endokrynologii i diabetologii dziecięcej, specjalista endokrynolog, specjalista endokrynolog i diabetolog dziecięcy, specjalista pediatra, Katedra i Zakład Podstaw Nauk Medycznych, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu.

Tekst Ewa Barg

Źródło grafik: www.pixabay.com/photos/child-1548229/martakoton, www.pixabay.com/photos/eat-547511/condesign – obraz modyfikowany

OTYŁOŚĆ U DZIECI I MŁODZIEŻY. CO MOŻEMY ZROBIĆ?

W 1997 r. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) uznała otyłość za stan przewlekły, wymagający leczenia, sprzyjający rozwojowi innych schorzeń, związany ze zwiększoną chorobowością i śmiertelnością [1]. Otyłość jest jednym z poważniejszych zagrożeń dla zdrowia ludzkiego, ale także jednym z najgorzej kontrolowanych czynników ryzyka chorób układu krążenia, powodując przedwczesny zgon [1,2].

Najpopularniejszym miernikiem prawidłowości masy ciała jest BMI (Body Mass Index), obliczany według wzoru: masa ciała (kg)/wzrost (m²). Pozwala on określić, czy osoba ma prawidłową masę ciała w stosunku do swojej wysokości. Należy pamiętać, że wartości BMI przyjęte jako prawidłowe dla dorosłych, u dzieci mogą świadczyć o otyłości; w takich przypadkach niezbędne jest odniesienie do odpowiednich siatek centylowych BMI – wartości powyżej 90. centyla świadczą o nadwadze, a powyżej 97. centyla – o otyłości. Opublikowane ostatnio w USA wyniki badań wykazały, że BMI u dzieci charakteryzuje się dużą swoistością, ale małą czułością, co powoduje, że u ponad 25 proc. dzieci nie rozpoznaje się nadmiaru tkanki tłuszczowej [2].

W badaniach oceniających występowanie nieprawidłowej masy ciała u dzieci z terenu Dolnego Śląska porównywalismy różne wskaźniki. Nadwagę i otyłość stwierdzono na podstawie wartości BMI SDS (standaryzowanego odchylenia standardowego) u 24,45 proc. badanych dzieci, wskaźnika Rohrer'a SDS u 22,85 proc., wskaźnika Queteleta SDS u 17,13 proc., wskaźnika talia do wysokości WHtR (waist to height ratio) z punktem odcięcia 0,5 u 8,5 proc, obwód talii SDS u 17,5 proc. dzieci i młodzieży [3]. Przedstawione wyniki potwierdzają, że rozpoznanie otyłości zależy od parametru oceniającego. Wartości obwodów talii, bioder, wskaźników talia/biodro, talia do wysokości ciała pozwalają na lepszą ocenę rozmieszczenia tkanki tłuszczowej i rozpoznanie np. otyłości brzusznej. Obwód talii jest bardzo czułą i swoistą miarą otyłości brzusznej, silnie koreluje z ryzykiem sercowo-naczyniowym u dzieci i młodzieży, ale do interpretacji niezbędne są siatki centylowe. Znacznie dokładniejszej oceny ilości i rozmieszczenia tkanki tłuszczowej można dokonać przy pomocy innych wyspecjalizowanych technik.

EPIDEMIOLOGIA OTYŁOŚCI

Na całym świecie problem otyłości stale narasta. W latach



70. XX wieku roczny wzrost częstości otyłości wynosił 0,2 proc., w latach 80. – 0,6 proc., a w 2000 r. – aż 2 proc. [4]. W badaniach przeprowadzonych wśród wrocławskich przedszkolaków na początku lat 80. XX wieku stwierdzono występowanie co najmniej nadwagi wśród blisko 10 proc. dzieci, natomiast 20 lat później u 20 proc. [5].

TYPY OTYŁOŚCI

Wyróżniamy dwa typy otyłości: pierwotną i wtórną. Otyłość pierwotna, nazywana także pokarmową lub prostą, spowodowana jest dodatnim bilansem energetycznym. Otyłość wtórna wynika z chorób metabolicznych, chorób ośrodkowego układu nerwowego, wad chromosomalnych, ale może mieć także podłoże jatrogenne.

Ponad 90 proc. przypadków to otyłość prosta, która jest spowodowana nadmiernym spożywaniem pokarmu w stosunku do zapotrzebowania energetycznego organizmu związane z podstawową przemianą materii, aktywnością fizyczną i termogenezą [2]. Nadmierny apetyt, „nawykowy głód” prowadzący do przekarmiania jest uwarunkowany czynnikami genetycznymi i środowiskowymi. Czynniki genetyczne są odpowiedzialne za 40 proc. przypadków otyłości, tłumaczy to także rodzinny charakter występowania tego schorzenia. Dokładny mechanizm dziedziczenia nie jest w pełni poznany. Genetycznie uwarunkowana skłonność do tycia może mieć także podłoże psychofizyczne, wynikające z mniejszej odporności na bodźce środowiskowe oraz negatywne wzorce zachowań.

Otyłości sprzyja zmniejszona aktywność fizyczna, zasada „fotel – samochód – fotel” jest powszechna. Brak odpowiedniej ilości ruchu powoduje dodatni bilans energetyczny, szczególnie przy braku racjonalnego odżywiania.

Otyłość wtórna stanowi jedynie 10 proc. przypadków i związana jest ze stanami chorobowymi. Przyczyny można podzielić na cztery grupy. Pierwsza z nich wiąże się z zaburzeniami w obrębie ośrodkowego układu nerwowego (OUN): choroby podwzgórza, guzy i stany zapalne OUN, nadciśnienie wewnątrzczaszkowe, zaburzenia neurologiczne, dystrofia tłuszczowo-płciowa Froehlich, zespół Blounta. Druga grupa obejmuje endokrynopatie: niedoczynność tarczycy, chorobę i zespół Cushinga, niedobór hormonu wzrostu, hyperinsulinizm pierwotny, zespół policystycznych jajników, rzekomą niedoczynność przytarczyc, hipogonadyzm hipogonadotropowy, stan po usunięciu jajników oraz zespół przekwitania. Musimy pamiętać o osobach leczonych w dzieciństwie z powodu schorzeń hematologicznych. Trzecia grupa to rzadkie zespoły uwarunkowane genetycznie: zespół Turnera, Klinefeltera, Willi-Pradera, Lawrence’a-Moona-Biedla, choroba Dercuna. Czwarta grupa to otyłość spowodowana stosowaniem leków: neuroleptyków, środków przeciwdepresyjnych i uspokajających, pochodnych fenotiazyn, przeciwpadaczkowych, steroidów i glikokortykosteroidów.

Stosowanie leków hipoglikemizujących, np.: pioglitazonu, glimepirydu, gliklazu, może również przyczyniać się do wzrostu masy ciała. Przed rozpoczęciem leczenia tymi lekami należy uświadomić pacjentowi konieczność stosowania diety, ograniczenia kaloryczności posiłków, trzeba też monitorować jego masę ciała [6].

ZWIĄZKI ENDOKRYNNIE CZYNNE

Coraz częściej wspomina się o wpływie związków endokrynnie czynnych na organizm człowieka [6]. Polskie Towarzystwo Endokrynologiczne przygotowało raport, w którym podkreśliło negatywne skutki zdrowotne spowodowane

ekspozycją na te substancje. Używane są one jako składowe plastików, opakowań żywności, leków i kosmetyków. Dotychczas poznano ponad 800 związków zaburzających pracę gruczołów dokrewnych, np.: bisfenol A, polichlorowane bifenyle, ftalany, nadchlorany lub izoflawonoidy. Działanie tych substancji dotyczy nie tylko osoby narażonej, ale ma wpływ wielopokoleniowy, w szczególności na dzieci i płody [7]. Grupa międzynarodowych ekspertów z Unii Europejskiej wykazała, że istnieje co najmniej prawdopodobny związek między narażeniem na związki endokrynnie czynne a zmniejszeniem ilorazu inteligencji, autyzmem, otyłością, zaburzeniami rozrodu, cukrzycą u dorosłych i innymi zaburzeniami [8].

POWIKŁANIA OTYŁOŚCI

Zespół metaboliczny, progresja zmian miażdżycowych, choroby układu sercowo-naczyniowego, bezdech śródsenny, zaburzenia krzepliwości krwi, niepłodność, zmiany zwyrodnieniowe układu kostno-stawowego, zaburzenia psychiczne, depresja, niepokój, zaburzenia w sferze kontaktów międzyludzkich to najczęściej występujące następstwa otyłości.

U dzieci z nadmierną masą ciała dochodzi zwykle do wcześniejszego uruchomienia procesu dojrzewania. Dziewczynki lub chłopcy w wieku 6-7 lat, zgłaszający się z opiekunami do lekarza z problemem przedwczesnego owłosienia łonowego, nie należą do rzadkości. Powoduje to konieczność uruchomienia procesu diagnostycznego, wykluczenia innych niż otyłość przyczyn odpowiedzialnych za rozpoczęcie dojrzewania płciowego. U dziewcząt ze znaczącą nadwagą występują zaburzenia miesiączkowania, a u chłopców ginekomastia.

Towarzyszące otyłości zaburzenia metaboliczne przyczyniają się do przedwczesnych zgonów. Zaburzenia hormonalne związane z otyłością mogą zwiększać ryzyko występowania nowotworów złośliwych, u kobiet raka trzonu i/lub szyjki macicy, jajnika i pęcherzyka żółciowego, a u mężczyzn raka prostaty i jelita grubego [6]. Należy również pamiętać, że otyłość u ciężarnej zwiększa ryzyko cukrzycy ciążowej, stanu rzucawkowego, depresji, cięcia cesarskiego i porodu. Przekłada się to na stan zdrowia noworodka, zwiększając zarówno ryzyko, jak i małą urodzeniową masę ciała, występowania wad wrodzonych i zwiększenie śmiertelności w okresie okołoporodowym [9,10]. Otyłość u pacjenta powoduje zwiększone ryzyko anestezjologiczne.

DIAGNOSTYKA OTYŁOŚCI

W celu ustalenia przyczyny otyłości konieczne jest zebranie dokładnego wywiadu, początku otyłości, jej rozwoju i dotychczasowego leczenia, obciążenia rodzinnego, chorób towarzyszących. Ważna jest ocena okresu ciąży i okołoporodowego, masy urodzeniowej i jej przyrostów w pierwszych latach życia. Grupą szczególnie podatną na rozwój otyłości są dzieci urodzone z małą masą ciała (poniżej 2 500 g), szczególnie te, które w pierwszych dwóch latach życia przekroczyły masę ciała odpowiednią dla wieku [11].

Wpływ będzie miała również sytuacja rodzinna dziecka, styl życia i aktywność ruchowa jego rodziny, stosowanie leków powodujących nadmierny apetyt i przyrost masy ciała. Niektóre dzieci na stres przedszkolny lub szkolny reagują nadmiernym jedzeniem.

Z badań laboratoryjnych w diagnostyce otyłości niezbędne jest oznaczenie profilu lipidowego, krzywej cukrowej po obciążeniu glukozą z oznaczeniem stężenia insuliny, ocena funkcji nadnerczy, tarczycy, przysadki, przytarczyc. W przypadku podejrzenia zespołu uwarunkowanego genetycznie konieczne

jest nawiązanie współpracy z genetykami. Wykluczenie innych przyczyn upoważnia do rozpoznania otyłości z przekarmienia i wdrożenia odpowiedniego postępowania.

PROFILAKTYKA

Ze względu na lawino narastający problem otyłości wśród dzieci i młodzieży konieczne jest podjęcie działań profilaktycznych. Przeprowadzone badania wrocławskich przedszkolaków wykazały, że dzieci w wieku 3-5 lat spędzają przed telewizorem i/lub komputerem średnio ponad 12 godzin, natomiast dzieci z nadwagą i otyłością w tej samej grupie wiekowej prawie 14 godzin tygodniowo (dane niepublikowane). Promocja zdrowego stylu życia, zwiększenie aktywności fizycznej, edukacja żywieniowa w szkołach, podniesienie świadomości konsumentów, informacje o składzie energetycznym na etykietach produktów powinny dać wymierny efekt zmniejszenia liczby osób otyłych [12]. Dobrym momentem dla tego typu działań są coroczne pomiary masy i wysokości ciała wśród dzieci i młodzieży, z jedną uwagą, by te parametry były interpretowane w odniesieniu do rzeczywistego wieku dziecka na siatkach centylowych.

Działania lecznicze w pierwszej kolejności muszą się wiązać z koniecznością redukcji masy ciała. Niezbędna jest modyfikacja stylu życia, zmiana nawyków żywieniowych, prowadzenie dzienniczków jedzenia. Słodzone napoje, soki owocowe z kartonów dostarczają zbyt dużą ilość kalorii z łatwo przyswajalnych węglowodanów, ale również ze względu na działanie substancji endokrynnie czynnych obecnych w opakowaniach powinny być praktyczne wyeliminowane z diety. Niezbędne jest wdrożenie pojęcia indeksu glikemicznego, czyli szybkości wchłaniania produktu w stosunku do glukozy. „Nowa dieta” ma przywrócić równowagę energetyczną. Posiłki powinny być spożywane częściej, i w małych porcjach, wskazane jest jedzenie śniadania i ograniczenie jedzenia w godzinach wieczornych. Zasady jedzenia muszą obowiązywać wszystkich członków rodziny. Systematyczna i raczej powolna redukcja masy ciała może zapobiec efektowi jo-jo.

Dzieci niereagujące na leczenie wdrożone na poziomie lekarza POZ, lub z powikłaną otyłością oraz z otyłością wtórną, winny być kierowane do leczenia specjalistycznego. Leczenie otyłości należy rozpocząć od przedyskutowania z pacjentem jego oczekiwań wobec terapii oraz od ustalenia realnych celów. Optymalnym i bezpiecznym tempem zmniejszania masy ciała jest 0,5 kg do kilograma tygodniowo. Bardzo istotna jest konsekwencja w dążeniu do obniżania masy ciała i systematyczność w wykonywaniu ćwiczeń. Pomocne mogą okazać się techniki behawioralne, prowadzenie dzienniczka, wskazówki na temat radzenia sobie w sytuacjach sprzyjających złamaniu zasad diety oraz w „chwilach słabości” [1,11].

Problemem osób poddających się terapii redukcji masy ciała jest nie tylko osiągnięcie zadowalającego efektu, ale przede wszystkim utrzymanie go przez długi czas. Pacjent powinien mieć świadomość, że do utrzymania efektu stosowanych interwencji konieczna są wytrwałość oraz ciągłe przestrzeganie zasad terapii. Pomocne mogą być pomiary obwodów brzucha, bioder, rąk i nóg. Wykazanie zmniejszenia obwodów, szczególnie przy braku redukcji masy ciała, jest pewnego rodzaju miernikiem terapii.

Ważne jest stosowanie motywacji pozytywnej, nawet najmniejsze efekty powinny być przez zespół terapeutyczny zauważane. Nie powinno się pacjentów tylko ganić za brak redukcji masy ciała, gdyż osiągniemy przeciwny efekt.

Kolejnym elementem terapii jest zwiększenie aktywności fizycznej. Zalecana ilość wysiłku dla osoby dorosłej i młodzieży to co najmniej pięć lub więcej 30-minutowych sesji umiarkowanego wysiłku fizycznego tygodniowo. Zalecane jest chodzenie, jazda rowerem, a także intensywne spacerowanie lub gimnastyka. Bieganie ze względu na duże obciążenie układu ruchu jest najmniej wskazane. W celu zapobiegania otyłości, szczególnie u osób niekontrolujących kaloryczności posiłków, należy zalecić codzienną 45-60-minutową aktywność fizyczną. Otyli, którzy zredukowali masę ciała, aby zapobiegać powrotowi do wartości sprzed kuracji, mogą potrzebować codziennie 60-90 minut aktywności fizycznej [12].

U dzieci i młodzieży rzadko stosowana jest farmakoterapia. W przypadku stwierdzonego hyperinsulinizmu w krzywej po obciążeniu glukozą możliwe jest włączenie preparatów metforminy, ale należy pamiętać o skutkach ubocznych.

PODSUMOWANIE

Przedstawione problemy związane z występowaniem otyłości wśród dzieci i młodzieży, trudności terapeutyczne związane z redukcją masy ciała, a przede wszystkim powikłania tej grupy schorzeń powinny skłaniać cały personel medyczny, rodziców oraz nauczycieli do propagowania zdrowego trybu życia i większej aktywności fizycznej. Mniej otyłych dzieci to mniejsze problemy zdrowotne wśród dorosłych, mniej przedwczesnych zgonów.

Zmiana świadomości społecznej wymaga wieloletniej pracy, by rumiane otyłe dziecko nie było synonimem dziecka zdrowego, a jedzenie nie stanowiło, szczególnie dla starszego pokolenia, jedynej możliwości okazywania dziecku troski. Profilaktyka jest zawsze tańsza od leczenia w wieloletnim rachunku ekonomicznym.

Piśmiennictwo:

1. Jasiel-Wojculewicz H., Chrostowska M., Narkiewicz K., *Otyłość – niektóre aspekty epidemiologiczne i rokownicze*, „Kardiologia na co Dzień” 2007; 3 (2): 79-83.
2. Javed A., Jumean M., Murad M.H., Okorodudu D., Kumar S., Somers V.K., Sochor O., Lopez-Jimenez F., *Diagnostic performance of body mass index to identify obesity as defined by body adiposity in children and adolescents: a systematic review and meta-analysis*, *Pediatr Obes.* 2015 Jun; 10(3):234-4.
3. Połubok J., Gonera A., Ubysz J., Wójcik M., Kozicka M., Barg E., *Czy dzieci z uzdrawiska są zdrowe? Występowanie nadwagi i otyłości u dzieci z Kudowy-Zdrój*, *Pediatr Endocrinol Diabetes Metab.* 2015 Dec 15; 21(1):15-22.
4. International Obesity Task Force. European Union Platform Briefing Paper. Brussels, 15 March 2005.
5. Iwanicka Z., Wąsikowa R., Barg E., Wikiera I., *Morfogramy dzieci z nadwagą z miasta Wrocławia*. Człowiek-Populacja-Środowisko, DOLMED, 1987, 21, 198-202.
6. Lewiński A., *Endokrynologia – postępy 2015/2016*, *Med. Prakt.* 2016; 6, 56-70.
7. Rutkowska A., Rachoń D., Milewicz A., Ruchała M., Bolański M., Jędrzejuk D., Bednarczuk T., Górka M., Hubalewska-Dydejczyk A., Kos-Kudła B., Lewiński A., Zgliczyński W., *Polish Society of Endocrinology Position statement on endocrine disrupting chemicals (EDCs)*, *Endocrinol Pol.* 2015; 66(3):276-81.
8. Trasande L., Zoeller R.T., Hass U., Kortenkamp A., Grandjean P., Myers J.P., Di Gangi J., Hunt P.M., Rudel R., Sathyanarayana S., Bellanger M., Hauser R., Legler J., Skakkebaek N.E., Heindel J.J., *Burden of disease and costs of exposure to endocrine disrupting chemicals in the European Union: an updated analysis*, *Andrology.* 2016 Jul; 4(4):565-72.
9. Marchi J., Berg M., Dencker A., Olander EK., Begley C., *Risks associated with obesity in pregnancy, for the mother and baby: a systematic review of reviews*, *Obes Rev.* 2015 Aug; 16(8):621-38.
10. Such K., Antosz A., Gawlik A., *Postępy w endokrynologii*, *Med. Prakt. Pediatra* 2016, 2, 22-26.
11. Barker D.J., *Maternal nutrition, fetal nutrition, and disease in later life*, *Nutrition*, 1997; 13, 807-13.
12. Wing R.R., Phelan S., *Long-term weight loss maintenance*, *Am J. Clin Nutr* 2005; 82: 222S-225S.



Lekarz, pacjent i otyłość

– perspektywa psychologiczna

Tekst Monika Bąk-Sosnowska



Źródło grafik: www.pixabay.com/photos/diet-398613/mojzagrebinfo, www.pixabay.com/photos/diet-617756 – obrazy modyfikowane

Przestrzeń publiczna

Większość mieszkańców Europy Zachodniej i Stanów Zjednoczonych ma nadmierną masę ciała. Zjawisko stało się na tyle powszechne, że zaczęto podważać obowiązujące dotychczas normy dotyczące masy ciała. Pojawiający się w mediach celebryci o ponadprzeciętnej masie ciała deklarują wyzwolenie spod dyktatu mass mediów, promujących szczupłą sylwetkę jako wzorzec atrakcyjności fizycznej. Popularność zdobywają wydarzenia o tematyce kulinarnej, takie jak programy telewizyjne, książki, albumy, blogi, warsztaty. Powstają ruchy społeczne (*Fat Acceptance Movement*) oraz nurty badań naukowych (*Fat Studies*) postulujące, że nadmierna masa ciała jest zjawiskiem wpisanym w sposób naturalny w proces rozwoju cywilizacyjnego i może mieć pozytywny wpływ zarówno na zdrowie, jak i samopoczucie psychiczne człowieka.

Jednocześnie, nadal zdecydowana większość idoli kultury masowej to ludzie młodzi, piękni i szczupli. Prasa kobieca oraz portale modowe prześcigają się w pomysłach na diety cud oraz zatuszowanie strojem zbędnych kilogramów. Przejawy dyskryminacji społecznej ze względu na nadmierną masę ciała wciąż są codziennością, szczególnie w obszarze pracy zawodowej i relacji partnerskich. Również wyposażenie miejsc przestrzeni publicznej w przejścia czy siedziska o określonej wielkości wyznacza dopuszczalną granicę masy

W celu zapoznania się z perspektywą lekarzy na temat problematyki otyłości i jej leczenia, przeprowadzono badanie własne w grupie 250 lekarzy pierwszego kontaktu. (...) Wyniki badania wskazują, że jedynie niewielka część (7 proc.) lekarzy pierwszego kontaktu zawsze dokonuje pomiaru masy ciała lub obwodu pasa u swoich pacjentów.



Fot. M. Grażek

DR N. HUM. MONIKA BĄK-SOSNOWSKA

Psycholog kliniczny, adiunkt i kierownik w Zakładzie Psychologii Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach. Specjalizuje się w psychologii zdrowia, w szczególności w problematyce zaburzeń odżywiania się. Jest autorką kilkunastu prac naukowych i popularnonaukowych. Jako psychoterapeutka pracuje z osobami cierpiącymi na otyłość, choroby psychosomatyczne, problemy z jedzeniem oraz doświadczające kryzysu psychicznego.

ciała użytkowników. Z tych między innymi powodów niezmiennym zainteresowaniem cieszą się parafarmaceutyki „spalające tłuszcz” i oczyszczające oraz suplementy diety wspomagające odchudzanie. Na leczenie otyłości i jej powikłań w samych tylko Stanach Zjednoczonych Ameryki wydaje się ponad 209 mld dolarów rocznie, co stanowi ponad 20 proc. wydatków na opiekę zdrowotną.

Można zatem zauważyć, że w przestrzeni publicznej ścierają się dwa przeciwstawne nurty – jeden promuje szczupłą sylwetkę jako symbol atrakcyjności fizycznej i siły charakteru, drugi propaguje zalety rozmiaru XXL w każdej niemalże sferze życia.

Przestrzeń gabinetu lekarskiego

Z uwagi na medyczne powikłania otyłości oraz liczbę osób otyłych, temat nadmiernej masy ciała powinien pojawiać się często w trakcie wizyt lekarskich. Nie znajduje to jednak odzwierciedlenia w rzeczywistości. Otyłość wciąż jeszcze traktuje się przede wszystkim jako problem estetyczny, a dopiero w dalszej kolejności medyczny. Ponadto nazywanie nadmiernej masy ciała wprost – otyłością jest odbierane obraźliwie, a rozmowa na jej temat wywołuje niechęć lub sprzeciw. Dodatkowo warunki organizacyjne, nadmierna biurokracja oraz brak czasu mogą utrudniać poruszanie w trakcie wizyty lekarskiej rozmowy na temat masy ciała oraz stylu życia. Z drugiej strony, otyłość wywołuje wiele uprzedzeń, a często prowadzi wręcz do dyskryminacji. Samo diagnozowanie otyłości odbywa się często na podstawie wyglądu, nie zaś na bazie obiektywnych pomiarów. Otyli pacjenci skarżą się na gorsze traktowanie oraz sprowadzanie innych problemów zdrowotnych wyłącznie do kwestii wagi. Narzekają, że sugestii, aby schudnąć, rzadko towarzyszą konkretne porady dotyczące metody, pomijając popularne stwierdzenie, że „trzeba mniej jeść i więcej się ruszać”. W efekcie mają poczucie, że zarówno otyłość jak „uporanie się” z nią leży wyłącznie po stronie pacjenta, ponieważ on sam jest odpowiedzialny za „folgowanie sobie” z jedzeniem. Zakładają również, że liczą się jedynie spektakularne efekty, a redukcja kilku kilogramów w przypadku dużej otyłości nie ma praktycznego żadnego znaczenia.

W celu zapoznania się z perspektywą lekarzy na temat problematyki otyłości i jej leczenia, przeprowadzono badanie własne w grupie 250 lekarzy pierwszego kontaktu. Byli to specjaliści z wieloletnim stażem pracy w zakresie interny, pediatrii i medycyny rodzinnej. Wyniki badania wskazują, że jedynie niewielka część (7 proc.) lekarzy pierwszego kontaktu zawsze dokonuje pomiaru masy ciała lub obwodu pasa u swoich pacjentów. Po stwierdzeniu otyłości u pacjenta tylko połowa lekarzy informuje go o tym, przy czym tylko co czwarty zawsze używa określenia „otyłość”. Pozostali opisują stan pacjenta, używając takich określeń jak: nadwaga, nadmierna masa ciała, nadmierne kilogramy, tusza, co może utrudniać postrzeganie przez pacjenta otyłości jako choroby i wpływać negatywnie na motywację do jej leczenia. W badanej grupie znalazły się również osoby nieuważające otyłości za chorobę (4 proc.) oraz niepodejmujące z pacjentem tematu otyłości nawet wówczas, gdy cierpi on na takie powikłania otyłości, jak cukrzyca typu 2 czy nadciśnienie tętnicze. Większość lekarzy, zalecając redukcję masy ciała, używa określenia „odchudzanie” (64 proc.), tylko część mówi o leczeniu otyłości. Co trzeci lekarz deklaruje, że zawsze udziela otyłym pacjentom konkretnych porad dietetycznych, niewielka grupa daje zalecenia dotyczące aktywności fizycznej (16 proc.), zaś tylko nieliczni (5 proc.) poruszają temat radzenia sobie ze stresem, który jest częstą przyczyną objadania się.

Przestrzeń osobista

Wizyta lekarska oprócz wymiaru medycznego, jest również spotkaniem dwóch indywidualności, które wnoszą do relacji swoje nastawienia, oczekiwania, obawy. Otyły pacjent jest zwykle nadwrażliwy na punkcie swojej wagi i wyglądu, spodziewa się krytyki i braku zrozumienia dla trudności, z jakimi się zmagają. Towarzyszy mu wstyd, poczucie bezsilności, obniżone poczucie własnej wartości. Może cierpieć na depresję, która często współwystępuje z otyłością. W konsekwencji doświadcza trudności w relacjach społecznych i interpersonalnych, obniżeniu ulega jego ogólna jakość życia i motywacja do realizacji życiowych celów.

Ponieważ ma zwykle ograniczoną wiedzę na temat kaloryczności produktów, zaniża ilość zjadanego pokarmu i rozmiar własnego ciała, a przeszacowuje poziom swojej aktywności fizycznej. Nawet gdy uświadamia sobie nieracjonalność nadmiernego jedzenia, nie jest w stanie go kontrolować. U podłoża leżą najczęściej czynniki psychologiczne, gdyż w dobie rozluźniania się więzi społecznych i nadmiernego stresu jedzenie staje się sposobem na odreagowanie negatywnych emocji i rozluźnienie psychofizyczne, czasem staje się substytutem bliskiej relacji. Przyczyna objadania się leży również w konkretnych zaburzeniach psychicznych. Niektóre zostały umieszczone w klasyfikacji DSM-V, tak jak bulimia psychiczna (*BN – Bulimia Nervosa*) i zaburzenie z napadami objadania się (*BED- Binge Eating Disorder*), inne nie. Należą do nich uzależnienie od jedzenia (*FA – Food Addiction*), zespół jedzenia nocnego (*NES – Night Eating Syndrom*) czy jedzenie emocjonalne (*EE – Emotional Eating*).

Negatywne skutki otyłości nie stanowią czynnika motywującego pacjenta do zmiany, ale paradoksalnie mogą utrwalać, a nawet nasilać problem. Uruchamiają bowiem psychologiczne mechanizmy obronne przeciwdziałające przykrym emocjom, takie jak zaprzeczanie problemowi, wypieranie go w obszar nieświadomy czy fantazjowanie na temat spektakularnych i mało realistycznych rozwiązań. Z tego względu, w przypadku pacjenta cierpiącego na przewlekłą otyłość ograniczenie się wyłącznie do zaleceń dietetycznych nie przynosi zadowalających rezultatów.

Jednocześnie po stronie lekarza również mogą pojawić się bariery psychologiczne, utrudniające współpracę z pacjentem nad wymagającym redukcji nadmiernej masy ciała. Należą do nich m.in.: obawa przed negatywną reakcją pacjenta, poczucie braku kompetencji w obszarze leczenia otyłości, obawa przed nieskutecznością zaleceń, własne niepowodzenia w zakresie kontroli masy ciała. Dyskomfort psychiczny w relacji z otyłym pacjentem również u lekarza może uruchamiać psychologiczne mechanizmy zaradcze, takie jak minimalizowanie problemu, nadmierne dystansowanie się, próba narzucenia rozwiązań w zakresie stylu życia, projektowanie własnych ograniczeń na osobę pacjenta. Specyfika otyłości sprawia, że już sama rozmowa na jej temat stanowi pewne wyzwanie zarówno dla pacjenta, jak i prowadzącego go lekarza.

c.d. na następnej stronie





Cztery kroki pozytywnej zmiany

Po pierwsze: FAKTY. Według zaleceń wielu towarzystw naukowych oraz ministra zdrowia RP, wszyscy dorośli powyżej 18. r.ż. co 2 lata powinni mieć przeprowadzony pomiar masy ciała i wzrostu oraz obwodu pasa oraz powinni otrzymać poradę dotyczącą diety i aktywności fizycznej. Pacjenci z BMI powyżej 25 lub powyżej 40 lat powinni mieć pomiar masy ciała i wzrostu przy każdej wizycie u lekarza pierwszego kontaktu. Pomiar obwodu pasa czy zważenie pacjenta, a następnie obliczenie przy nim wskaźnika masy ciała BMI i odniesienie wyniku do norm ustanowionych przez WHO odwołuje się do faktów i zwiększa samoświadomość pacjenta. Jest często pierwszym czynnikiem motywującym. Kolejnym jest używanie medycznych określeń: otyłość oraz leczenie otyłości, co nadaje osobie otyłej status pacjenta i umożliwia uzyskanie realnej pomocy ze strony lekarza oraz innych specjalistów. Zdejmuje jednocześnie z pacjenta ciężar winy, pozostawiając – jak w przypadku innych schorzeń – współodpowiedzialność za efekty leczenia.

Po drugie: EDUKACJA. Strach przed negatywnymi konsekwencjami otyłości motywuje do zmiany tylko do czasu, gdy czynnik zagrażający pozostaje w polu uwagi. Szansę na długoterminowe utrzymanie korzystnych zachowań zwiększa motywacja wewnętrzna, wynikająca ze zrozumienia zależności pomiędzy stylem życia a zdrowiem i samopoczuciem. Ze względu na złożoną etiologię otyłości, jej leczenie powinno obejmować nie tylko kwestie odżywiania się, ale szeroko pojętego stylu życia, przekonań i radzenia sobie z emocjami.

Po trzecie: WSPARCIE. Wsparcie społeczne nie ogranicza się jedynie do podtrzymywania na duchu (wsparcie emocjonalne), ale polega również na udzielaniu pomocnych informacji (wsparcie informacyjne) lub konkretnych przysług i dóbr (wsparcie materialne). Lekarz pierwszego kontaktu jest istotnym, ale czasem niewystarczającym źródłem wsparcia dla pacjenta chorującego na otyłość. Nieoceniona jest współpraca bliskich, pomoc innych specjalistów (dietetyka, psychologa, fizjoterapeuty), a nawet osób zmagających się z podobnym problemem (grupa wsparcia). Interdyscyplinarny model leczenia jest uważany za optymalny w przypadku otyłości.

Po czwarte: MODELOWANIE. Naśladowanie zachowań osoby darzonej szacunkiem i zaufaniem jest silnym czynnikiem motywacyjnym. Osobisty przykład lekarza, jego zdrowy styl życia i świadomość, że jest wzorcem w zakresie promocji zdrowia, zwiększa szansę stosowania się pacjentów do zaleceń i wprowadzania w życie zachowań prozdrowotnych. Im zdrowsze nawyki ma lekarz, tym chętniej doradza swoim pacjentom w kwestiach dotyczących: aktywności fizycznej, diety, utrzymywania prawidłowej masy ciała, ograniczenia palenia papierosów i nadużywania alkoholu. Częściej podejmuje również wśród swoich pacjentów działania profilaktyczne.

Piśmiennictwo:

1. Bąk-Sosnowska M., Skrzypulec-Plinta (2016). Health behaviors, health definitions, sense of coherence, and attitudes towards obesity of general practitioners and diagnosing obesity in patients. Archives of Medical Sciences. DOI: 10.5114/aoms.2016.58145
2. Ellulu M., Abed Y., Rahmat A., Ranneh Y., Ali F. (2014). Epidemiology of obesity in developing countries: challenges and prevention. Global Epidemic Obesity, 2:2.
3. Frank E., Dresner Y., Shani M., Vinker S. (2013). The association between physicians' and patients' preventive health practices. CMAJ, 185(8): 649-653.
4. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 21 grudnia 2004 r. w sprawie zakresu świadczeń opieki zdrowotnej, w tym badań przesiewowych, oraz okresów, w których te badania są przeprowadzane, Dz. U., nr 276, poz. 2 740.
5. Spieker E.A., Pyzocha N. (2016). Economic Impact of Obesity. Primary Care, 43(1): 83-95.
6. Wharton S., VanderLelie S., Sharma A.M., Sharma S., Kuk J.L. (2012). Feasibility of an interdisciplinary program for obesity management in Canada. Can Fam Physician, 58: e32-38.

Reklama

NOWA SIEDZIBA



WROCŁAW ul. NORWESKA 25C

elmedes

DentaFlex
UNITY STOMATOLOGICZNE

ekoRowery
ROBUSTE ELEKTRYCZNE

DentaFlex
UNITY STOMATOLOGICZNE

Szwedzka Jakość



www.DentaFlex.pl



najcichszy na rynku kompresor przeznaczony do zasilania jednego unitu stomatologicznego

Standardowy model lampy oświetlenia dziennego o mocy do 4000 luksów



Używane od wielu lat w gabinetach dentystycznych na całym świecie lampy światła dziennego, szwedzkiego producenta D-Tec to najpopularniejsze systemy oświetleniowe, które zapewniają maksymalną moc oświetlenia i optymalne odwzorowanie kolorów

OFERUJEMY STANDARDOWE WYPOSAŻENIE I WIĘKSZOŚĆ CZĘŚCI ZAPASOWYCH DO UNITÓW STOMATOLOGICZNYCH



- dmuchawki trzyfunkcyjne proste i kątowe
- turbiny z podświetleniem i bez
- mikrosilniki elektryczne z podświetleniem LED
- lampy polimeryzacyjne
- skalery Woodpecker z podświetleniem
- piaskarki, również moduły piaskarek montowane do unitu

elmedes
www.elmedes.pl

601 41 51 51
elmedes@elmedes.pl



Bydgoszcz, dnia 22 lipca 2016 r.

DO PREZESÓW OKRĘGOWYCH IZB LEKARSKICH

Szanowni Państwo, Szanowne Koleżanki, Szanowni Koledzy

Zwracamy się do Was w imieniu Zarządu Krajowego Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy oraz Porozumienia Rezydentów OZZL.

W marcu br. OZZL oraz 8 innych związków zawodowych pracowników medycznych utworzyło porozumienie, którego celem jest doprowadzenie do zasadniczej poprawy wynagrodzeń osób zatrudnionych w publicznej służbie zdrowia poprzez uchwalenie ustawy o minimalnych płacach pracowników medycznych. W sytuacji, gdy ceny za refundowane świadczenia zdrowotne nie są cenami wolnymi (rynkowymi), ale są ustalane przez państwo, również płace poszczególnych zawodów medycznych – a przynajmniej ich minimalne dopuszczalne wartości – muszą być określone administracyjnie. W przeciwnym razie podmioty lecznicze, aby zbilansować się w warunkach niedoboru środków, będą dowolnie zaniżać płace personelu medycznego, jak to się dzieje obecnie. Związki zawodowe ustaliły wspólnie wskaźniki płac dla każdego zawodu, odnoszące się do przeciętnego wynagrodzenia w gospodarce. Wskaźniki dla lekarzy zostały określone zgodnie z uchwałą VIII Krajowego Zjazdu Lekarzy z roku 2006 r. W czerwcu br. z inicjatywy Porozumienia Rezydentów OZZL ww. porozumienie związków zawodowych poszerzyło się o inne organizacje medycznych profesjonalistów i przyjęło nazwę Porozumienie Zawodów Medycznych.

21 czerwca br. minister zdrowia przedstawił projekt ustawy o minimalnych płacach w podmiotach leczniczych, jednak zaproponowane stawki są skandalicznie niskie i „zamrażają” obecne płace na co najmniej 5 lat. Minister uzasadniał swoją propozycję koniecznością dostosowania się do wielkości nakładów publicznych na ochronę zdrowia. Wobec powyższego Porozumienie Zawodów Medycznych postanowiło zorganizować w dniu 24 września br. wielką manifestację „białego personelu” w Warszawie. Jej głównym hasłem będzie żądanie istotnego zwiększenia nakładów na publiczną ochronę zdrowia, bez czego nie można liczyć ani na lepsze płace, ani na większą dostępność świadczeń zdrowotnych dla polskich pacjentów.

Wspólny i masowy udział przedstawicieli wszystkich zawodów medycznych jest ważny, aby pokazać, że jesteśmy razem, nie damy się podzielić i zrobimy wszystko, aby poprawić sytuację ochrony zdrowia w naszym kraju. W ostateczności zorganizujemy wspólną akcję protestacyjną.

Zwracamy się do Państwa, do naszych Koleżanek i Kolegów o poparcie tej akcji. Prosimy, abyście poinformowali o manifestacji w Waszych biuletynach OIL, wzywając do udziału w niej wszystkich lekarzy z Waszej OIL. Spotkajmy się wszyscy 24 września na manifestacji w Warszawie. Pomóżmy naszemu Koledze, byłemu prezesowi NRL, a obecnemu ministrowi zdrowia wywalczyć zwiększenie finansowania publicznej ochrony zdrowia. Z wyrazami szacunku i pozdrowieniami

Zarząd Krajowy OZZL – Krzysztof Bukiel, przewodniczący Zarządu

Porozumienie Rezydentów OZZL – Damian Patecki, przewodniczący Porozumienia



Źródła grafik: www.pixabay.com/photos/tie-216992, www.pixabay.com/photos/dmedical-563427/DarkoStojanovic, www.pixabay.com/photos/money-1386324/gosiak1980 – obrazy modyfikowane

24 września 2016 r.

– wielka manifestacja pracowników medycznych w Warszawie

Koleżanki i Koledzy

Właśnie minęło 9 lat od wielkiej demonstracji personelu medycznego w Warszawie, zakończonej utworzeniem przez pielęgniarki słynnego „białego miasteczka”. Niestety ówczesne postulaty nadal są aktualne. Publiczne nakłady na opiekę zdrowotną nie zwiększyły się i nadal należą do najniższych w Europie.

W marcu br. zostało utworzone przez Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy oraz 8 innych związków zawodowych skupiających pracowników medycznych Porozumienie Zawodów Medycznych. Zwracaliśmy się wielokrotnie zarówno do ministra zdrowia, jak i do p. premier o rozwiązanie problemu niskich nakładów na opiekę zdrowotną oraz niskich wynagrodzeń pracowników medycznych. Niestety, nasze prośby, ponawiane od kilku miesięcy, pozostały bez echa, a czarę goryczy przelał przedstawiony w czerwcu przez ministra zdrowia projekt ustawy o minimalnych płacach w podmiotach leczniczych. Wynika z niego, że lekarz specjalista miałby zarabiać docelowo (!) 1,23 średniej krajowej, czyli około 4,8 tys. zł. Jednak ten wskaźnik mielibyśmy osiągnąć dopiero za 5 lat.

Nie widać obecnie żadnych szans, aby na drodze merytorycznych rozmów i logicznych argumentów przekonać rządzących, że należy zwiększyć publiczne nakłady na opiekę zdrowotną. Dlatego Porozumienie Zawodów Medycznych postanowiło zorganizować 24 września w Warszawie wielką manifestację pracowników medycznych. Jedynie wspólny i masowy w niej udział daje nam szansę na poprawę sytuacji w ochronie zdrowia w naszym kraju. Musimy pokazać, że potrafimy być solidarni i że zależy nam na poprawie warunków, w jakich leczymy naszych pacjentów, a to nie nastąpi bez zwiększenia środków finansowych przeznaczonych na opiekę zdrowotną.

Nie bądźmy obojętni i zademonstrujmy naszą jedność oraz determinację w dążeniu do poprawy funkcjonowania opieki zdrowotnej. Apeluję o aktywność i bardzo proszę o uczestnictwo w naszej demonstracji.

Wojciech Sulka

Prosimy o zgłaszanie swojego udziału w biurze Regionu Dolnośląskiego OZZL, tel. 71 791 30 66 – wtorek i czwartek) lub w biurze Dolnośląskiej Izby Lekarskiej.

Źródło grafiki: [www.pixabay.com/photos/
cardiac-217139/PublicDomainPictures](http://www.pixabay.com/photos/cardiac-217139/PublicDomainPictures)

O projekcie „Mapa potrzeb zdrowotnych Dolnego Śląska” z lek. Wiktorem Wolfsonem, członkiem Rady Wojewódzkiej ds. Potrzeb Zdrowotnych, rozmawia Aleksandra Solarewicz.



Fot. z archiwum W.W.

LEK. WIKTOR WOLFSON

Specjalista chirurg, ortopeda traumatolog, prezes zarządu Centrum Medycznego „Salus” w Kłodzku, przewodniczący Związku Pracodawców Ochrony Zdrowia Dolnego Śląska.

Do 2029 roku nastąpi spadek liczby ludności na Dolnym Śląsku o 123,5 tysięcy osób, czyli o 4,2 proc.

Drogowskaz do szpitala

Aleksandra Solarewicz: „Pacjent z mapą w rękę”? Po co i dla kogo stworzono mapy potrzeb zdrowotnych?

Lek. Wiktor Wolfson: Mapy zostały stworzone w celu lepszego zarządzania budżetem przeznaczonym na ochronę zdrowia, zarówno w sensie inwestycyjnym, jak i geograficznym, rozmieszczenia świadczeń medycznych i kształtowania polityki zdrowotnej. Do kształtowania map niezbędnym instrumentem jest Baza Analiz Systemowych i Wdrożeńiowych. Jest to narzędzie elektroniczne, które ma w perspektywie służyć do wdrożenia systemu przewidywania i określania potrzeb zdrowotnych w poszczególnych województwach i w skali kraju, odnośnie do 30 grup chorób. W ten sposób powstanie lista priorytetów, która pozwoli na racjonalne inwestowanie w te specjalności, i placówki, które znajdują

się w grupie niezbędnych i niezaspokojonych potrzeb w regionie. Kreowana na tej podstawie polityka zdrowotna ma być oparta na faktach, zgodnie z zasadą „evidence based policy making”, to jest kształtowana według prognozowanej liczby zapadania na określoną jednostkę chorobową w regionie według klasyfikacji ICD 10.

W ramach opisywanego projektu ma powstać 16 regionalnych map potrzeb zdrowotnych oraz jedna mapa ogólnopolska w zakresach: 1 lecznictwa zamkniętego, w 30 grupach chorób; 2 AOS dla 15 grup, w modułach A i B; 3 POZ dla 15 grup, w modułach A i B. Uzupełnienie map w zakresach POZ i AOS nastąpi do końca 2017 roku.

A.S.: Jak te mapy powstawały i jak w praktyce wygląda ich funkcjonowanie?

W.W.: Wzorem państw UE, w których częścią polityki zdrowotnej jest bieżąca ocena i przewi-

dywanie potrzeb zdrowotnych, Polska przyjęła kryteria będące warunkiem wsparcia przez fundusze unijne inwestycji w infrastrukturę i nowoczesną technologię w ochronie zdrowia. W obecnej perspektywie finansowej (2014-2020) na obszar zdrowia przeznaczono kwotę 12 mld złotych z funduszy europejskich. W poprzednim okresie kwota ta wynosiła 4,5 mld zł. Jednym z wymogów Komisji Europejskiej, która zdecydowała o przydziale środków, jest wydanie ich zgodnie z realnymi potrzebami kraju, regionów i placówek, aplikujących w oparciu o: epidemiologię chorób, zmienne demograficzne, dostęp do świadczeń i konieczność eliminowania tzw. „białych plam”. Jedną z podstaw do uruchomienia funduszy będą mapy potrzeb zdrowotnych (MPZ), w oparciu o które wojewoda wyda decyzję o celowości inwestycji. Nowe oraz zmodernizowane tą drogą placówki będą miały zapewniony wieloletni kontrakt z publicznym płatnikiem. Kryteria, według których ma funkcjonować i być sprawnie zarządzany cały system opieki zdrowotnej, muszą być oparte na uzasadnionych potrzebach i priorytetach ustalanych w toku prac nad MPZ. Wobec takich procesów jak rozwój chorób cywilizacyjnych, starzenie się społeczeństwa, postęp technologii, wzrost świadomości, narasta oczekiwanie poprawy jakości i dostępności do nowoczesnego leczenia. Muszą one być wyzwaniem dla rządzących do ciągłej modernizacji opieki zdrowotnej. To niezwykle trudne zadanie, zważywszy na fakt nieograniczonego zapotrzebowania na zdrowie bez jakiegokolwiek regulatora popytu, z jednoczesnym limitowaniem świadczeń. A to z góry zakłada ich deficyt. Dzieje się tak m.in. dlatego, że jesteśmy krajem o jednym z najniższych w UE budżecie na opiekę medyczną przypadającym na jednego mieszkańca i że nasz system po wielu niefortunnych reformach jest w dalszym ciągu organizacyjnie nieefektywny.

A.S.: *Jakie są ich wady i zalety?*

W.W.: Podstawowa zaleta MPZ, zgodnie z założeniami, to przewidywalność uzyskania kontraktu przez podmiot, którego działalność będzie się pokrywała z priorytetami MPZ i który otrzyma pozytywną opinię wojewody, zwracając się o środki unijne na rzecz przyszłych inwestycji. Będzie to miało fundamentalne znaczenie dla stabilnego rozwoju placówki w oparciu o kontrakt z płatnikiem. Jednocześnie wzrośnie ryzyko znalezienia się poza systemem ubezpieczeniowym placówek będących od lat na rynku i nowych, których profil świadczeń uplasuje je poza mapą. Nie będą też one mogły uczestniczyć w projektach unijnych o wartości powyżej 3 mln zł. W ten sposób może zostać zaprzepaszczony wieloletni dorobek budowany przez świadczeniodawców i samorządy, ze szkodą dla dostępności i jakości świadczeń. Upaństwowienie opieki medycznej w szpitalnictwie i AOS, co zapowiada m.in. nowy system kontraktowania i oddanie decyzji o celowości inwestycji organowi administracji publicznej, nie jest wg opinii ekspertów racjonalnym rozwiązaniem problemów służby zdrowia. Obniżenie konkurencyjności i możliwości wyboru świadczeniodawcy może negatywnie wpłynąć na jakość świadczeń. Modernizacji publicznych szpitali, które mają w przyszłości przejąć większość opieki medycznej w Polsce, musi towarzyszyć wzrost finansowania, umożliwiający pokrycie rosnących kosztów wykorzystania nowoczesnej technologii, jeśli tak się nie stanie to pogłębi się efekt krótkiej koldry, a wraz z nim frustracja pacjentów i środowiska medycznego.

Wadą map jest system rejestracji zasobów w urzędach wojewódzkich, oparty o nieaktualizowane dane dotyczące rejestracji chorób oraz sprawozdawczości podmiotów medycznych. Z powodu systemowej wady, jaką jest niedoszacowanie kosztów leczenia, aby uniknąć zadłużenia, szpitale często wykazują

procedury korzystniejsze finansowo. Współczynnik obłożenia łóżek szpitalnych może być również mylący. Wielokrotnie ograniczony kontrakt nie pozwala na pełne obłożenie oddziału szpitalnego pomimo potrzeb, a długość hospitalizacji bywa dostosowana do wymogów NFZ, co nie zawsze wynika ze stanu chorego. Te czynniki mocno deformują prawdziwy obraz potrzeb zdrowotnych. Oparta na nich prognoza – bez weryfikacji i aktualizacji – nie może spełnić do końca pokładanych w niej nadziei. Należy jednak dodać, że pomimo wielu niedoskonałości związanych z presją czasu jak i początkiem prac mapy są nieodzownym narzędziem polityki zdrowotnej i mają bardzo ważną misję do spełnienia.

”

Nowotwory są drugą co do częstości występowania przyczyną zgonów mieszkańców województwa dolnośląskiego. Liczba zachorowań na nowotwory złośliwe wzrosła z poziomu 14,1 tys. w 2016 r. do 16,5 tys. w 2029 roku. Zgodnie z założeniami, zawartymi w MPZ, przewidziana jest budowa szpitala onkologicznego w regionie do 2022 roku, powiększenie oddziałów onkologicznych, doposażenie i modernizacja istniejących zasobów. Planuje się zwiększenie liczby oddziałów geriatrycznych, tworzenie nowych form opieki długoterminowej, jak też utworzenie poradni leczenia chorób neurodegeneracyjnych. W zakresie chirurgii dziecięcej planowany jest nowy oddział chirurgii i ortopedii dziecięcej, utworzenie centrum urazowego dla dzieci oraz ośrodka chirurgii dziecięcej i wad wrodzonych narządu ruchu.

lek. Wiktor Wolfson

“

A.S.: *Co w praktyce oznacza funkcjonowanie map? Ile łóżek zniknie, a ile przybędzie?*

W.W.: Oczekiwanym wynikiem wprowadzenia w życie idei map jest uzyskanie efektywności opieki zdrowotnej na poziomie zbliżonym do parametrów wykazywanych w innych krajach UE. Aby ten cel był osiągalny, trzeba zdawać sobie sprawę, że najlepsze wyniki uzyskuje się tam, gdzie nakłady na opiekę zdrowotną wynoszą od 8 proc. do 12 proc. PKB. W Polsce obecnie jest to 4,5 proc., a w przyszłości, zgodnie z zapowiedziami poprzedniej jak i obecnej ekipy rządzącej – za 10 lat ma to być 6 proc. Radykalne zmniejszenie ilości łóżek szpitalnych raczej nie nastąpi. Wg eksperta Uczelni Łazarskiego Jerzego Gryglewicza zmiany te będą miały charakter kosmetyczny i nie przekroczą 15 proc. Nie spowoduje to uwolnienia znacznych środków z obszaru hospitalizacji na rzecz opieki jednodniowej i AOS.

„Priorytetem dla regionalnej polityki zdrowotnej dla Dolnego Śląska jest poprawa dostępności i jakości świadczeń zdrowotnych oraz diagnostyki”. Jednym z jego najważniejszych elementów jest kształcenie kadr i poprawa motywacji w deficytowych specjalnościach, co powinno oznaczać ułatwienie procesu specjalizacji lekarzy, pielęgniarek i innych zawodów medycznych. Realizacja tego priorytetu, wspartego unijnymi funduszami, wobec dramatycznego braku lekarzy specjalistów ma szansę zatrzymać niekontrolowany „eksport” lekarzy i pielęgniarek przez dostęp do specjalizacji i wzrost płac. Planowe zaspakajanie potrzeb w sferze opieki medycznej wymaga tworzenia list priorytetów w oparciu o statystykę zachorowań, umieralności, wypadków, wielonarządowych urazów i wielu innych danych pozwalających na dostosowanie nowej infrastruktury i modernizacji istniejącej do realnego zapotrzebowania: „Rada ds. map potrzeb zdrowotnych przy wojewodzie

ustala priorytety, mając na uwadze stan zdrowia obywateli oraz uzyskanie efektów zdrowotnych o najwyższej wartości”. Aby osiągnąć ten cel, potrzebna jest w pierwszej kolejności rzetelna diagnoza braków i zaniedbań w całym obszarze ochrony zdrowia, tak aby mapa potrzeb zdrowotnych przyniosła pożądany efekt. Nie wystarczy bowiem wydać do 2020 roku 12 mld złotych na infrastrukturę i technologię, aby system opieki zdrowotnej stał się bardziej wydolny i efektywny.

Do 2029 roku nastąpi spadek liczby ludności na Dolnym Śląsku o 123,5 tys. osób, czyli o 4,2 proc. Według prognozy demograficznej znacząco wzrośnie liczba osób w wieku powyżej 65. roku życia. Wydłużenie średniej długości życia spowoduje, zgodnie z przewidywaniami, wzrost zachorowań i niepełnosprawności, co będzie wymagało dostosowania polityki zdrowotnej do zmieniających się realiów.

Nowotwory są drugą co do częstości występowania przyczyną zgonów mieszkańców województwa dolnośląskiego. Liczba zachorowań na nowotwory złośliwe wzrosła z poziomu 14,1 tys. w 2016 r. do 16,5 tys. w 2029 roku. Zgodnie z założeniami, zawartymi w MPZ, przewidziana jest budowa szpitala onkologicznego w regionie do 2022 roku, powiększenie oddziałów onkologicznych, doposażenie i modernizacja istniejących zabiegowni. Planuje się zwiększenie liczby oddziałów geriatrycznych, tworzenie nowych form opieki długoterminowej, jak też utworzenie poradni leczenia chorób neurodegeneracyjnych. W zakresie chirurgii dziecięcej planowany jest nowy oddział chirurgii i ortopedii dziecięcej, utworzenie centrum urazowego dla dzieci oraz ośrodka chirurgii dziecięcej i wad wrodzonych narządu ruchu.

W ortopedii i traumatologii narządu ruchu planowane są oddziały kompleksowego leczenia urazów wielonarządowych, urazów miednicy i kręgosłupa oraz poprawa dostępności do pooperacyjnej rehabilitacji przez zwiększenie liczby wysokospecjalistycznych łóżek. W położnictwie i ginekologii, ze względu na demograficzne trendy, konieczne będzie dostosowanie liczby łóżek do wielkości przewidywanej populacji, co oznacza likwidację oddziałów o niewielkim obłożeniu i niskiej liczbie porodów (poniżej 400 w ciągu roku). W tym obszarze ma być zapewniony dostęp do ośrodków ambulatoryjnych, szybkiej diagnostyki ginekologiczno-położniczej, poprawa dostępności i poprawa standardów opieki nad ciężarną i noworodkiem. MPZ wskazują na racjonalny trend tworzenia oddziałów wysokospecjalistycznych oraz na przenoszenie diagnostyki i leczenia tam, gdzie to możliwe, na poziom ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Część procedur diagnostycznych oraz zabiegowych zgodnie z założeniami ma być realizowana w większym niż dotychczas stopniu na oddziałach chirurgii jednego dnia, gdzie niższe koszty oraz niższy odsetek zdarzeń niepożądanych potwierdzają korzyści wynikające ze stosowania tej formy leczenia.

A.S.: *Są różne pomysły na kolejki. Dyrektor AOS „Dobrzyńska” proponuje: „Zamieńmy się pacjentami”, tj. pacjentów przewlekłych, a już zdiagnozowanych, należy przesunąć do POZ, natomiast do poradni specjalistycznej przyjmować najpierw tych niezdiagnozowanych. Co pan sądzi o tym pomysle?*

W.W.: Endokrynologia jest jedną ze specjalności o najtrudniejszym dostępie do świadczeń w ramach ubezpieczenia zdrowotnego od początku jego istnienia. Przyczyną tego stanu jest brak specjalistów na rynku, a ci, którzy są, niechętnie podejmują pracę w ramach kontraktu z NFZ. Poprawić ten stan rzeczy, może usunięcie wad systemowych, takich jak: brak specjalistów, niedoszacowanie procedur, brak alternatywy dla publicznego ubezpieczyciela. Pomóc może prawidłowa współ-

praca i komunikacja pomiędzy ambulatoryjną „specjalistyką” i POZ, zgodnie z istniejącymi zasadami i zdrowym rozsądkiem. Pacjent po konsultacji u specjalisty powinien kontynuować leczenie u swojego lekarza rodzinnego, który dysponuje wiedzą i niezbędnymi narzędziami, aby monitorować jego stan zdrowia. Częścią konsultacji musi być wyznaczenie terminu następnej wizyty. Ten wymóg powinien być egzekwowany przez ubezpieczyciela poprzez wprowadzenie czytelnych reguł korzystania pacjentów z prawa do ubezpieczenia zdrowotnego.

Wdrożenie zapowiadanej koordynacji i zarządzania przez POZ procesem diagnostyki i leczenia ambulatoryjnego w tej dziedzinie powinno przynieść obopólną korzyść. W przeciwnym wypadku dostępność do specjalistycznego leczenia będzie się dalej pogarszać. Wszelkie ponadstandardowe konsultacje w ramach tzw. „ciągłości leczenia” u specjalisty są nadużywaniem prawa do bezpłatnych świadczeń i blokowaniem dostępu chorym. „Zamiana” jako taka niczego nie załatwi. Tę propozycję odbieram raczej jako chęć wywołania dyskusji na temat konieczności naprawy tej nienormalnej sytuacji, w której pacjent decyduje, na którym poziomie opieki medycznej będą mu udzielane świadczenia. Podkreślić jednak należy, że główną przyczyną rosnących kolejek jest nierównowaga pomiędzy prawem do, gwarantowanych świadczeń a ich finansowaniem oraz brak reguł ograniczających nieuprawnione korzystanie z bezpłatnych usług.

Mapy w tej dziedzinie uwzględniają konieczność poprawy dostępności do diagnostyki w trybie procedur jednego dnia. Rozwiązanie to ma na celu skrócić czas oczekiwania na endokrynologa i wyeliminować koszt kilkudniowej hospitalizacji.

A.S.: *Które części województwa będą odczuwać niedobór określonych usług medycznych? A gdzie sytuacja jest stabilna?*

W.W.: MPZ mają za zadanie rozmieścić placówki i świadczenia medyczne tak, aby zapewnić dostępność do nich w całym regionie. Na podstawie map będą rozdzielane środki inwestycyjne w celu pokrycia tzw. „białych plam” – miejsc, gdzie istnieje niedobór usług medycznych. Stabilna sytuacja jest w miastach dużych – byłych wojewódzkich oraz we Wrocławiu. W województwie dolnośląskim nie brakuje szpitali, stąd istnieje konieczność ich dalszej restrukturyzacji, doposażenia i modernizacji. Zgodnie z listą priorytetów powstaną nowe ośrodki wysokospecjalistyczne. Geograficzne rozmieszczenie świadczeń będzie głównie zależne od ich kontraktowania przez NFZ i jego następcę, które to instytucje będą dysponować mapami w celu zapewnienia równomiernej dostępności mieszkańcom regionu.

A.S.: *Gdy mowa o ośrodkach na prowincji, zbyt często pojawia się hasło: „likwidacja”. Od pewnego lekarza usłyszałam opinię: „U nas na prowincji jest dobrze, póki nie przydarzy się jakaś komplikacja”. A przecież w całym województwie leczą osoby kształcone prze-
ważnie na jednej i tej samej uczelni...*

W.W.: Prowincja w odniesieniu do dostępu do nowoczesnej technologii i współczesnych metod leczenia to pojęcie archaiczne. Bardziej powinna być kojarzona w swoim pejoratywnym wydźwięku z mentalnością, nieskutecznością działania czy intelektualnym lenistwem. Najwięcej przykładów na tak rozumiany prowincjonalizm płynie ze stolicy. A w odniesieniu do szpitali powiatowych o ich roli nie trzeba nikogo przekonywać, gwarantują dostępność chorym z małych miejscowości. W wielu z nich pacjenci wolą być leczeni niż w ośrodkach akademickich, bo są bliżej domu, a komplikacje zdarzają się wszędzie. Nie oznacza to, że w każdym powiecie, niezależnie od jego liczebności, powinien być szpital. W priorytetach dla województwa dolnośląskiego wysoką pozycję zajmuje obszar infra-

struktury, na który przeznaczone są ogromne środki z owych 12 mld zł w skali ogólnopolskiej. W MPZ przewidziana jest budowa i modernizacja infrastruktury podmiotów leczniczych, zakup i wymiana sprzętu, aparatury medycznej oraz wdrażania innowacyjnych technik medycznych. Poziom leczenia w szpitalach powiatowych nie musi się różnić od poziomu leczenia w tych o wyższej referencyjności, to zależy od poziomu kadry i zarządzania. Inwestycje w technologie i innowacje będą dostępne dla wszystkich szpitali powiatowych, samorządowych, marszałkowskich, klinicznych. Istniejący trend wąskiego specjalizowania będzie się utrzymywał i wiele szpitali w małych miejscowościach już posiada i będzie rozwijać oddziały skutecznie konkurujące jakością i innowacyjnością z ośrodkami klinicznymi, które siłą rzeczy pozostaną wiodące i mają swoją rolę do spełnienia jako placówki naukowe.

A.S.: *Które specjalności medyczne należą w województwie do szczególnie ważnych, przyszłościowych?*

W.W.: Wszystkie. Braki dotyczą praktycznie wszystkich specjalności z uwagi na niewystarczającą liczbę lekarzy przypadających na polską populację. Dane statystyczne w tej mierze są zatrważające, podobnie jak brak zdecydowanych kroków mogących przeciwdziałać tej sytuacji. W Polsce jest o 1/3 mniej lekarzy praktykujących niż średnia europejska. Na 1000 mieszkańców w Polsce przypada 2,2 lekarza. To najmniej w całej Unii Europejskiej, bo średnia unijna to 3,4 na 1000 mieszkańców. Jednocześnie, według danych OECD przeciętny Kowalski odwiedził lekarza 6,6 razy w roku, a średnia unijna wynosi 6,3 wizyty na rok. Oznacza to, że relatywnie niewielka liczba lekarzy w Polsce ma najwięcej pracy w UE. Średni wiek lekarza specjalisty to ok. 55 lat. W ciągu ostatnich 10 lat liczba lekarzy uzyskujących specjalizację w ciągu roku nie zmieniła się, pomimo wzrostu zapotrzebowania. Najbardziej zmniejszyła się liczba lekarzy uzyskujących specjalizację z medycyny rodzinnej, średnio o 79 osób rocznie, a zwiększyła liczba specjalistów kardiologów, średnio o 29 osób rocznie. To pokazuje, jak działa czynnik motywacyjny. W ubiegłym roku liczba polskich lekarzy otrzymujących zaświadczenie potrzebne do uzyskania zezwolenia na pracę w innych krajach UE wzrosła o 25 proc. Najczęściej wyjeżdżają: anestezjologowie, patomorfologowie, chirurdzy ogólni, chirurdzy klatki piersiowej, radiologowie i specjaliści medycyny ratunkowej.

Jeśli mamy na uwadze zaspakajanie najpilniejszych, codziennych potrzeb zdrowotnych Polaków, to niewątpliwie należy odwrócić trend zmniejszającego się zainteresowania medycyną rodzinną. Wyzwania demograficzne wskazują na potrzebę kształcenia geriatrów, ortopedów i rehabilitantów. W tych dziedzinach w skali zdrowia publicznego można osiągnąć efekty zgodnie z regułą Pareto, tak jak w profilaktyce chorób: 80 proc. efektu przy 20 proc. nakładach. Wydłużenie długości życia, rosnąca liczba osób powyżej 65. roku życia spowodują wzrost zachorowań i niepełnosprawności. To będzie wymagało zaangażowania w większym niż dotychczas stopniu niemal wszystkich dyscyplin medycznych.

A.S.: *Czy koncepcja map będzie kontynuowana?*

W.W.: Mapy potrzeb zdrowotnych mają na celu wyznaczanie priorytetów i udostępnienie świadczeń medycznych zgodnie z bieżącymi i przyszłymi potrzebami mieszkańców Dolnego Śląska, wynikającymi z badań statystycznych zachorowań, czynników epidemiologicznych i demograficznych. Aktualizowanie Bazy Danych Systemowych i Wdrożeniowych pozwoli na dostosowanie i monitorowanie realizacji zadań wyznaczonych przez mapy. Zapewne prace nad MPZ w obecnej formie będą kontynuowane.

WYDARZYŁO SIĘ



Aktywni także w wakacje

Kolejny raz pojechaliśmy w czerwcu nad polskie morze, podczas trzytygodniowego turnusu rehabilitacyjnego mieliśmy okazję poprawić naszą kondycję fizyczną i psychiczną. Czas spędzony razem umocnił więzy przyjaźni, zapomnieliśmy o problemach, chorobach...

Codziennie spotkania, rozmowy, rozrywki, spacer, wspólna gimnastyka dostarczyły nam energii życiowej, której w samotnej egzystencji tak nam brakuje. Pani Krystyna Gonera, kierownik turnusu zadbała o wesołą atmosferę, bo doskonale wie, że śmiech jest najlepszym lekarstwem na wszelkie frasunki.

Pogoda dopisała. O wschodzie i zachodzie słońca spacerowaliśmy brzegiem Bałtyku. Czynny wypoczynek to również profilaktyka starzenia się, i na lenistwo był jednak czas. Apetyty bardzo dopisywały, co radośnie wskazywała waga podczas ważenia.

Państwu Makuchom i koleżance Adzie Stojek dziękujemy za podjęcie trudu organizacyjnego i zapewnienie nam udanego wypoczynku. Do domów wróciliśmy radośni i opaleni. Pozostały nam miłe wspomnienia. Kolejny turnus rehabilitacyjny już za rok.

Izabella Czajkowska

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 **30 września 2016 r. o godz. 11.00 w sali konferencyjnej przy al. Matejki 6** we Wrocławiu.



Fot. z archiwum autorki

Członkowie Koła Seniorów DIL w Jeleniej Górze zwiedzają Königstein.

Kontynuujemy zwiedzanie

11 czerwca 2016 r. odbyła się nasza kolejna wycieczka. Zarówno pogoda, jak i frekwencja dopisały. Tym razem trasa wiodła przez Stolpen, gdzie przez 49 lat więziona była w zamku hrabina Cosel, faworyta króla Augusta Mocnego. Następnie pojechaliliśmy prosto do Bastei – największej atrakcji turystycznej Parku Narodowego Saskiej Szwajcarii w Górach Połabskich. Niesamowite formy skalne, połączone mostkami nad przepaścią, urzekają i przerażają jednocześnie. W Königstein podziwialiśmy najpotężniejszą twierdzę z czasów saskich. Kolejnym etapem było Pillnitz, gdzie zachwycał przepiękny kompleks pałacowo-ogrodowy, a szczególne zainteresowanie budziła 200-letnia kamelia. Ten dzień seniorzy spędzili niezwykle aktywnie. Mimo zmęczenia padały pytania o termin kolejnej wycieczki.

Zdzisława Piotrowska-Gede
przewodnicząca Koła Seniorów DIL w Jeleniej Górze



Fot. z archiwum autora

Piękno Kotliny Jeleniogórskiej

Koleżanki i koledzy z Koła Lekarzy Seniorów w Wałbrzychu spędzili czas wolny, zwiedzając 9 lipca 2016 r. okolice Dolnego Śląska. Tak daleko i tak blisko, i tak mało znana, leży piękna, ciekawa Kotlina Jeleniogórska ze swymi zabytkami, które z zainteresowaniem i podziwem oglądaliśmy, a piękno krajobrazu nie uszło naszej uwagi.

lek. Jerzy Adamus
przewodniczący Koła Lekarzy Seniorów DIL w Wałbrzychu

SPOTKANIE Z KOLEŻANKAMI Z NIEMIEC PO 23 LATACH!

W dniach 15-18 czerwca 2016 r. we Wrocławiu gościli lekarki niemieckie z Wuppertalu, członkinie Medical Women's International Association. Ta apolityczna organizacja została założona w 1919 roku w Nowym Jorku. Zrzeszenie Lekarek Polskich wchodziło w skład MWiA od lat 20. XX wieku. W 1929 roku członkinią honorową MWiA została Maria Skłodowska-Curie.

Współdziałanie lekarek dolnośląskich z Komisją Współpracy z Zagranicą datuje się od 1993 r., gdy prof. dr hab. Karmena Stańkowska – kardiolog i żeglarka – zainicjowała tę działalność. Przez te lata spotykałyśmy się we Wrocławiu, w Jeleniej Górze i w Oleśnicy. Wyjeżdżałyśmy do Wuppertalu, Poczdamu i Wiednia. W pamiętnym 1997 roku niemieckie koleżanki zebrały 140 tysięcy marek i ufundowały tomograf Szpitalowi im. T. Marciniaka przy ul. Traugutta, w miejsce zalanego podczas powodzi. Dodatkowo wsparły finansowo koleżanki i kolegów, którzy stracili wszystko.

Obecny czterodniowy pobyt we Wrocławiu koleżanek: Waltraud, Sigrun, Utte, Mariany, Barbary, Christie, na czele z Marie-Louise Fasshauer obfitował w wiele atrakcji. Koleżanki Hildegarda Naczyńska-Janasz i Adriana Pietraszkiewicz jak zawsze świetnie spisały się jako tłumaczki, a wcześniej – głównie dr Naczyńska-Janasz – w ścisłej współpracy z zainteresowanymi ustalały plan pobytu.

Słoneczna pogoda, choć i raz ulewny deszcz, ubarwiała piękny Wrocław, który znały już z poprzednich pobytów. Zachwyciła je Europejska Stolica Kultury. Na przejażdżkę po Wrocławiu wybrały się meleksem. Towarzyszył im oczywiście profesjonalny przewodnik. W zadaszonym pojeździe z ekologicznym napędem nawet deszcz nie był im straszny.

W czwartek 16 czerwca odwiedziły centrum dla dzieci fundacji „Promyk Słońca”, miejsce, które bardzo się rozwinęło od ich ostatniego pobytu. Po części naukowo-lekarskiej zostały na „domowym obiedzie”, bardzo smacznym i obfitym, z pysznym sernikiem i ciastem owocowym na deser. Wieczorem były na koncercie „Sześć razy dwa równa się G-dur” w Forum Musicum.

W piątek po porannym „tour de Wrocław” zwiedziły naszą nową siedzibę przy ul. Kazimierza Wielkiego, i porównały z dawną przy al. Jana Matejki. Przez Dolnośląską Izbę Lekarską zastały podjęte uroczystym obiadem podanym w sali Klubu Lekarza, serwowanym bardzo elegancko przez restauratora Nelson Catering&Events.

Wieczorem odwiedziłyśmy w domu rekonwalescentkę prof. Karmenę Stańkowską i wspomnieniom, śpiewom przy „małym co nieco” nie było końca. Rozśpiewane „towarzystwo nieliczne, ale śliczne” pożegnało się późnym wieczorem, śpiewając razem po łacinie „Gaudeamus” i wspólnie po polsku i niemiecku piosenkę staroirlandzką „Ogniska się dopala blask...” i kołysankę Brahmsa „Dobrej nocy i spa...”

W sobotę koleżanki z Niemiec zostały zaproszone przez władze DIL na „Hiszpańską noc z Carmen – Zarzuela show”

na Stadion Miejski. Imponująca dekoracja i rozmach przedstawienia zrobiły wrażenie! Gwiazdą wrocławskiego widowiska Opery Wrocławskiej była słynna amerykańska śpiewaczka Kate Aldrich, nazwana „Carmen naszego pokolenia”. Partię Don José zaśpiewał wspaniały polski tenor Arnold Rutkowski, który swoją międzynarodową karierę rozpoczął na deskach opery we Wrocławiu.

Dziękujemy dyrektor biura DIL p. Marii Danucie Jarosz za perfekcyjne zorganizowanie pobytu w Izbie. Cieszymy się, że niemieckie koleżanki nas odwiedziły, że podziwiały nasze piękne miasto, a co najważniejsze, że przyjaźń wieloletnia znowu się wzmocniła i dobrze rokuje na przyszłość.

**Adriana Pietraszkiewicz,
Barbara Bruziewicz-Mikłaszewska**



Fot. M.J.

Jubileuszowy Zjazd Absolwentów AM we Wrocławiu, rocznik 1966



50-lecie uzyskania dyplomu

Absolwenci AM we Wrocławiu, rocznik 1966

Fot. z archiwum organizatorów

W dniach 23-26 czerwca 2016 r. odbył się 21. Zjazd Absolwentów AM we Wrocławiu, rocznik 1966. W jubileuszowym spotkaniu wzięło udział 90 absolwentów mieszkających w Polsce i za granicą oraz około 40 osób towarzyszących.

Kolacja powitalna w hotelu „Śląsk” we Wrocławiu, gdzie goście byli zakwaterowani, przebiegła w niezwykle radosnej, wręcz rodzinnej atmosferze. Szczególnie serdecznie witani byli koledzy, którzy pojawili się po raz pierwszy po 50. latach. Jak zwykle, Józio Pilecki dźwiękami akordeonu zachęcał do śpiewów, które niestety nie miały już dawnej siły...

24 czerwca o godz. 9.00 spotkaliśmy się na cmentarzu św. Wawrzyńca, gdzie złożyliśmy kwiaty i zapaliliśmy znicze na grobach zmarłych – naszych profesorów i kolegów.

Następnie w Collegium Anatomicum, po odczytaniu listy obecności przez Grzesia Stępnia, obejrzelśmy film z naszego pierwszego zjazdu, który odbył się w 1996 r. z inicjatywy śp. Jadzi Li-

stopad. Z wielkim zainteresowaniem wysłuchaliśmy po 20 latach wystąpień naszych profesorów: Bożenney Zawirskiej, Bolesława Popielskiego i Kazimierza Jabłońskiego. Było to możliwe dzięki profesjonalnemu przygotowaniu nowego nośnika nagrań przez Jurka Hildebranda. Pod koniec spotkania starosta naszego roku Andrzej Gładysz wytłumaczył się z rzadkich dotychczas kontaktów koleżeńskich i oświadczył, że jest dumny ze swojego rocznika. Wanda Terlecka, prezes Katolickiego Stowarzyszenia Lekarzy Polskich zakończyła spotkanie, zadając pytanie o sens życia i dając jednoznaczna na nie odpowiedź: miłość miłosierna.

Zjednoczeni radością spotkania, wspomnieniami, głębokimi przemyśleniami, uwieczniliśmy te emocje na wspólnym zdjęciu przed Collegium Anatomicum. Potem w żarze czerwcowego słońca odbył się rejs statkiem „Rusalka” po Odrze. Rozmowom nie było końca, a potrawy z grilla, sałatki, owoce i napoje serwowane przez firmę p. Andrzeja Najborowskiego były przez wszystkich chwalone.



Wystąpienie JM rektora UM we Wrocławiu prof. dr. hab. Marka Ziętka

Wieczorem w hotelu „Ślask” odbył się bal jubileuszowy. Były toasty, tort z „50” w złotym wieńcu laurowym, pamiątkowe szable dla organizatorów tegorocznego zjazdu, buława przechodnia dla przyszłych organizatorów oraz historyczne już odznaki *Academia Medica Vratislaviensis* dla wszystkich, którzy przez 20 lat przygotowywali spotkania naszego rocznika w różnych zakątkach kraju. Darczyńcami odznak byli Ela Zubik-Pielka wraz z mężem, prof. dr. hab. med. Stanisławem Pielką.

25 czerwca rozpoczęliśmy uroczystości o godz. 10.00 mszą św. dziękczynno-błagalną w kościele Najświętszego Imienia Jezus. Mszę św. celebrował JE ks. biskup Andrzej Siemieniewski, syn naszego nauczyciela śp. dr. Henryka Siemieniewskiego, adiunkta w Katedrze Biochemii AM. Zbyszek Sajewicz odczytał trudny, wręcz apokaliptyczny tekst z Pisma świętego. Grażynka Mach przedstawiła, najpełniej jak to możliwe, intencje mszalne. Dziękowaliśmy Bogu za życie, wiarę, kilkadziesiąt lat uprawiania zawodu, a błagaliśmy o życie wieczne dla tych, którzy odeszli: zmarłych profesorów, przodków, bliskich i pacjentów, których na początku mszy św. wymienił Tadek Napadłek.

Po śniadaniu studenckim w hallu Uniwersytetu Wrocławskiego o godz. 12.00 w Auli Leopoldina powitaliśmy władze Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu: JM rektora prof. dr. hab. Marka Ziętka, dziekana Wydziału Lekarskiego prof. dr. hab. med. Małgorzatę Sobieszkańską oraz prodziekana ds. Studenckich Wydziału Lekarsko-Stomatologicznego prof. dr. hab. Wiesława Kurleja. Dolnośląską Izbę Lekarską reprezentowała dr Bożena Kaniak, przewodnicząca Komisji Socjalnej i ds. Lekarzy Seniorów. JM rektorowi oraz przedstawicielce DIL podziękowaliśmy za pomoc organizacyjną i finansową.

Z wielkim wzruszeniem i wdzięcznością witaliśmy naszych nauczycieli z pierwszych lat studiów: prof. dr. hab. Marię Kotschy z Katedry Patofizjologii, prof. dr. hab. med. Janinę Kwiatkowską z Katedry Biochemii, dr n. med. Bożenę Ziółkowską z Katedry Fizjologii, prof. dr. hab. Janusza Patkowskiego z Katedry Farmakologii. Prof. dr. hab. Andrzej Wiktor z Katedry Biologii przysłał nam piękny list, który został odczytany.

Po serdecznych powitaniach i wystąpieniach gości nastąpiło uroczyste wręczenie absolwentom jubileuszowych dyplomów przez JM rektora. Z wielką uwagą wczytywaliśmy się w ich treść. W drugiej części uroczystości wspaniały wykład wygłosił prof. dr. hab. Marek Dyżewski, rektor Akademii Muzycznej we Wrocławiu w latach 90. Przykładami muzycznymi udowodnił tezę, że zarówno medycyna, jak i muzyka leczą.

Na zakończenie wystąpił znakomity chór „Oktoich” przy Cerkwi Prawosławnej św. Cyryla i Metodego we Wrocławiu pod dyktando o. diakona Grzegorza Cebulskiego. Chór zachwycił wszystkich wykonaniem muzyki cerkiewnej i pieśni patriotycznych.

Po tych wznieśliśmy przeżyciach, wieczorem żegnaliśmy się w ogrodzie hotelu „Ślask” przy grillu. Upał przestał dawać się we znaki. Zachmurzyło się, ale nie grzmiało. Wiał ożywczy wiatr nowego pięćdziesięciolecia... Wszystko to dokumentowali na filmach i fotografiach – niezastąpieni – Jurek Hildebrand i Józio Pilecki. Do zobaczenia za rok w Wałbrzychu!

Organizatorzy

XLVII

Zjazd Okulistów
Polskich za nami

W tym roku najważniejsze sympozjum Polskiego Towarzystwa Okulistycznego – XLVII Zjazd Okulistów Polskich odbył się w dniach 16-18 czerwca 2016 we Wrocławiu, a miejscem obrad była Hala Stulecia. Nad organizacyjną i naukową stroną wydarzenia czuwała kierownik Katedry i Kliniki Okulistyki prof. Marta Misiuk-Hojło wraz z zespołem. Biurem organizacji zjazdu (Inspire Congress) kierowała niezawodna jak zwykle dyrektor Elżbieta Bielińska.

Był to zjazd okulistów polskich, ale nie zabrakło akcentów zagranicznych. Prestiżowym medalem *Optime de Glaucomatologia Merenti 2016* został uhonorowany prof. Murat Irkec z Turcji, okulista, którego zainteresowania badawcze i naukowe koncentrują się przede wszystkim na zagadnieniach związanych z jaskrą, chorobami rogówki oraz immunologią oka. Zaproszenie na zjazd przyjęli także wykładowcy z Litwy, Finlandii i USA, dzięki czemu mieliśmy okazję zapoznać się z ich pracami badawczymi, poruszającymi najważniejsze kierunki badań i terapii jaskry.

W czasie tegorocznego sympozjum delegaci wybrali nowy zarząd PTO, a prezesem Towarzystwa została prof. Iwona Grabska-Liberek (pełniąca do tej pory funkcję elekta).

Podczas trzech dni zjazdu, równolegle na trzech salach prowadzone były kursy o bardzo różnorodnej tematyce – od szeroko pojętej diagnostyki okulistycznej po leczenie zabiegowe. Jak zwykle, olbrzymim zainteresowaniem cieszyły się praktyczne warsztaty operacyjne, ponieważ pozwalały na zapoznanie się z poszczególnymi etapami operacji oraz jej bezstresowe wykonanie pod okiem doświadczonego chirurga. Otwarta formuła zjazdu pozwoliła także na zaproszenie chirurga plastycznego zajmującego się rekonstrukcją i operacjami plastycznymi powiek.

W pierwszym dniu obrad dominowała tematyka jaskrowa, od wielu lat uznawana za specjalność wrocławskiej Kliniki Okulistycznej. Prezentowane wykłady poruszały istotne kwestie etiologii jaskry, diagnostyki i terapii. Interdyscyplinarne wykłady (prof. Marta Misiuk-Hojło mówiła o zależności pomiędzy hormonami a neuropatią jaskrową, dr Robert Wasilewicz z Poznania mówił o powiązaniu jaskry i parametrów układu sercowo-naczyniowego) reprezentowały holistyczne, całościowe podejście do tego niełatwego zagadnienia. Zwyczajowo zainteresowanie budziły prezentacje poświęcone nowym metodom diagnostycznym oraz technikom operacyjnym.

Wprawdzie sesji jaskrowych było najwięcej, nie zabrakło jednak prezentacji dotyczących operacji zaćmy. Zabiegi zaćmy są ciągle udoskonalane, ponieważ chirurgia okulistyczna ewoluje w kierunku technik jak najmniej inwazyjnych, a jednocześnie



W czasie tegorocznego sympozjum delegaci wybrali nowy zarząd PTO, a prezesem Towarzystwa została prof. Iwona Grabska-Liberek

dokonyje się olbrzymi postęp dotyczący jakości wszczepianych soczewek wewnątrzgałkowych. Szczególnym zainteresowaniem cieszyły się wystąpienia poświęcone terapiom łączonym, dotyczącym operacji zaćmy oraz jaskry, do czego odnosiły się wystąpienia prof. Marka Rękas z Wojskowego Instytutu Medycznego w Warszawie lub dr Iwony Helemejko z Kliniki Okulistycznej Wrocławia, a nagrania z sal operacyjnych świetnie uzupełniały prezentacje ustne oraz pozwalały docenić kunszt operatorów.

W sesjach siatkówkowych zwracały uwagę wykłady dotyczące najnowszej diagnostyki, np. obrazowania siatkówki oka *in vivo* z zastosowaniem optyki adaptatywnej (dr Marta Szaflik z Kliniki Okulistyki w Warszawie) oraz nowych możliwości rewitalizacji siatkówki. Cukrzycowy obrzęk plamki i zmiany zwyrodnieniowe plamki, związane z wiekiem (AMD) są jedną z głównych przyczyn trwałego obniżenia ostrości wzroku, a możliwości leczenia są ograniczone. O nowych, obiecujących opcjach terapii przy użyciu nowoczesnego lasera 2 RT opowiadała, na podstawie własnych doświadczeń, prof. Krystyna Czechowicz-Janicka z Instytutu Oka w Warszawie. Był to bardzo ciekawy, niosący nadzieję dla wielu chorych wykład, bo chorych z AMD jest bardzo dużo, a biorąc pod uwagę wydłużanie długości życia będzie ich w krajach rozwiniętych coraz więcej.

Nie zabrakło także bardzo różnorodnych wykładów na temat rogówki i chirurgii refrakcyjnej, terapii nowotworów oraz urazów narządu wzroku. Zainteresowaniem cieszyły się sesje dedykowane rzadko poruszonym zagadnieniom traumatologii narządu wzroku oraz ergooftalmologii.

Równolegle toczyły się sesje satelitarne. Nie mogło oczywiście zabraknąć tematyki jaskrowej, bo pomimo wieloletnich i wielośrodkowych badań jest to wciąż tajemnicza choroba, będąca przyczyną znacznego obniżenia ostrości wzroku w krajach wysoko rozwiniętych. Powiedzenie „jaskra – cichy złodziej wzroku” jest, niestety, nadal aktualne.

Tegoroczne sympozjum było okazją do spotkania i rozmowy ze znanym psychoterapeutą Jackiem Santorskim, którego prezentacja „Inspirująca komunikacja z pacjentem – emocje i wyzwania w gabinecie lekarza okulisty” rzeczywiście okazała się emocjonująca i cieszyła się bardzo dużym zainteresowaniem, bo zagadnienia dotyczące porozumiewania się z pacjentem (szczególnie „trudnym”) są bliskie wszystkim lekarzom. Po spotkaniu była możliwość otrzymania książki autora „Ludzie przeciwko ludziom, czyli jak żyć we współczesnej Polsce” z jego własnoręczną dedykacją, z czego skorzystało wiele osób, w tym pisząca te słowa. Bardzo ciekawa, godna polecenia i wbrew tytułowi życzliwa ludziom lektura.

Szczególne i bardzo praktyczne była sesja sobotnia poświęcona metodyce pisanie prac naukowych – istotne zagadnienie, szczególnie dla osób zajmujących się działalnością akademicką. Szkoda, że tak rzadko ten problem jest poruszany, ponieważ lekarze na etapie kształcenia nie są przygotowywani do opracowywania



Od lewej: prof. Marta Misiuk-Hojło i prof. Iwona Grabska-Liberek

publikacji oraz plakatów, co skutkuje znaczną ilością poprawek, wprowadzanych przez recenzentów lub wręcz odrzuceniem pracy. Tę bardzo pożyteczną sesję rozpoczęła oraz kompetentnie podsumowała prof. Marta Misiuk-Hojło.

Tematy pozostałych sesji podejmowały problematykę stanów zapalnych rogówki u pacjentów z zespołem suchego oka, diagnostykę i terapię chorób tylnego odcinka oka oraz opiekę okołoooperacyjną.

Dyskusje z sal wykładowych przenosiły się często do kularów, gdzie można było zapoznać się z szeroką ofertą firm zarówno w zakresie aparatury okulistycznej, jak nowości wydawniczych.

Część pozanaukową wypełniła uroczysta kolacja, której uroczystym elementem był występ Rafała Brzozowskiego oraz dyskoteka na płycie głównej Hali Stulecia. Osoby towarzyszące uczestnikom zjazdu mogły zwiedzać w trakcie obrad wystawę dotyczącą 1000-letniej historii Wrocławia, po której oprowadzał zainteresowanych jej współautor dr Jan Maciej Żelbromski.

Można się zastanawiać, czy w dzisiejszych czasach, w dobie internetu, powszechnej dostępności do literatury takie sympozja mają sens? Organizatorka zjazdu, kierownik Katedry i Kliniki Okulistyki we Wrocławiu prof. Marta Misiuk-Hojło nie ma wątpliwości, że takie spotkania są bardzo potrzebne. Oczywiście, można o chorobach okulistycznych lub na temat metod operacyjnych przeczytać, bo specjalistycznej literatury nie brakuje, ale to jednak nie to samo, co wysłuchać wykładu osoby zajmującej się danym zagadnieniem – twierdzi pani profesor.

Zaproszony na zjazd dr Mariusz Kęcik, pracownik Kliniki Okulistycznej w Warszawie, chirurg plastyczny specjalizujący się w zabiegach powiekowych ma podobne zdanie. Zabrakło mu jedynie sesji poświęconej okulistycznej chirurgii plastycznej, uważa, że profesjonalnie zorganizowany zjazd jest wartościową przestrzenią do wymiany poglądów. Jak mówi: *Na organizowanych sympozjach wymiana doświadczeń i dyskusja na tematy merytoryczne pomiędzy lekarzami, którzy są w danej dziedzinie ekspertami, pozwalają na weryfikację poglądów, bo medycyna jest przecież sztuką. Także rozmowy tworzą w twarz dają duże możliwości rozwoju zawodowego, co skutkuje późniejszą współpracą z różnymi ośrodkami. Niewątpliwie – wtóruje mu ordynator Oddziału Okulistycznego Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Legnicy dr Beata Piotrowska-Hercuń: *Sympozja okulistyczne pozwalają odświeżać widzę starszym okulistom, a młodym umożliwiają szkolenie poprzez uczestnictwo w kursach. – Rozwój internetu zmienił nieodwracalnie nasze życie, sposób komunikacji, ułatwił i przyspieszył dostęp do wiedzy – mówi dr Zbigniew Dyda, ordynator Oddziału Okulistycznego Szpitala Powiatowego w Bielawie i dodaje: *Olbrzymia ilość informacji, mnogość prezentowanych idei stwarza trudności w odnalezieniu, selekcjonowaniu wartościowych treści. Zdaniem dr Dydy szczególnie ważne i pouczające są dyskusje, których niestety na naszych zjazdach jest niewiele, a jego zdaniem, dyskusja po każdej prezentacji powin-***



na być obowiązkowa. – *Osobiście cenię małe subspecjalistyczne sympozja. Tworzą się wtedy warunki do otwartej dyskusji na interesujące nas tematy, która czasem na długi czas zapada w pamięć* – podsumowuje dr Dyda.

Sympozja jako miejsca nieformalnych rozmów pozwalają na wymianę doświadczeń, umożliwiają zapoznanie się z codziennymi problemami innych oddziałów i porównanie ich z własnymi. Jak się okazuje – trudności są podobne. Dr Beta Piotrowska-Hercuń podkreśla z ubolewaniem, że najwięcej kłopotu sprawia jej prowadzenie skomplikowanej dokumentacji medycznej; przytakuje jej dr Zbigniew Dyda, zwracając uwagę chociażby na wymóg dostarczenia przez pacjenta oryginału skierowania w celu wpisania do kolejki na zabieg, który może być wykonany nawet za kilka lat, a obowiązek przechowywania tego skierowania spoczywa przez ten czas na oddziale. – *Nie sposób się z tym nie zgodzić* – potwierdza prof. Marta Misiuk-Hojło. Rozbudowana dokumentacja „kradnie” czas, który powinien być przeznaczony bezpośrednio dla chorego,

a na dodatek jest to praca, która nie jest widoczna ani dla pacjenta, ani dla jego rodziny.

– *Pomimo coraz większej ilości przychodni okulistycznych kolejka do okulisty jest dłuższa niż 20 lat temu, kiedy pacjenci byli przyjmowani praktycznie w tym samym dniu. Brak jest czynnika racjonalizującego ilość wizyt, zarówno ze strony pacjenta, jak i lekarza* – twierdzi dr Dyda. *Utrudnia pracę ciągle zmieniająca się polityka zdrowotna oraz niestabilne rozwiązania finansowe* – podkreślają moi rozmówcy.

Na XLVII Zjazd Okulistów Polskich przyjechało do Wrocławia ponad 1200 osób. Do udziału w wydarzeniu zachęciła ich różnicowana tematyka – począwszy od kursów, poprzez wykłady, prezentowane symultanicznie na kilku salach. Katedra i Klinika Okulistyki we Wrocławiu przygotowuje się już do kolejnego naukowego spotkania. Zapraszamy na Kontrowersje w Okulistyce, które w tym roku odbędą się w dniach 30.09-01.10 w Karpaczu. Do zobaczenia!

dr n. med. Małgorzata Piróg-Mulak

31. Zjazd Polskiego Towarzystwa Dermatologicznego przeszedł do historii

W dniach 11-14 maja odbył się we Wrocławiu 31. Zjazd Polskiego Towarzystwa Dermatologicznego. To organizowane co cztery lata prestiżowe wydarzenie naukowo-szkoleniowe zorganizowane było w tym roku przez ośrodek wrocławski.

Wszystkie obrady miały miejsce w nowoczesnym Centrum Kongresowym przy Hali Stulecia. W trakcie uroczystej inauguracji prezes PTD, przewodniczący Komitetu Organizacyjnego i Naukowego Zjazdu prof. dr hab. Jacek Szepietowski powitał uczestników oraz zaproszonych gości, następnie można było wysłuchać wystąpienia władz Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich, prezydenta Wrocławia Rafała Dutkiewicza oraz prezydenta elekta Europejskiej Akademii Dermatologii i Wenerologii prof. Luca Borradoriego. Nie zabrakło także ciekawych wykładów m.in.: prof. dr. hab. Janusza Skalskiego z Krakowa na temat historii dermatologii i wenerologii oraz wykładu im. Alberta Neissera „Dermatologia XXI wieku” wygłoszonego przez prof. Andrzeja Kaszubę z Łodzi. Wręczono także honorowe członkostwo PTD zasłużonym dla rozwoju dermatologii profesorom z kraju jak i z zagranicy. Wśród wyróżnionych znaleźli się: prof. Eugeniusz Baran, prof. Bożena Chodyncka, prof. Kazimierz Jakubowicz, prof. Andrzej Kaszuba, prof. Jadwiga Roszkiewicz, prof. Anna Sysa-Jędrzejowska, prof. Hanna Wolska, prof. Adam Włodarkiewicz. Wśród zagranicznych gości honorowe członkostwo PTD otrzymali: prof. Luca Borradori (Szwajcaria), prof. Dmitry Chvorik (Białoruś), prof. Dedee F. Murrell (Australia), prof. Diamant Thaci i prof. Elke Weisshaar (Niemcy), prof. Shaidra Valiukeviciene (Litwa), dr Shyam Verma (Indie) oraz dr Hanna Zelenkova (Słowacja). JM rektor Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu prof. dr hab. Marek Ziętek wręczył najwyższe odznaczenie uczelni – Medal wybitny w srebrze – prof. dr hab. Zygmuntowi Adamskiemu z Poznania, co było wyrazem podziękowania za wieloletnią współpracę z uczelnią wrocławską, szczególnie z Katedrą i Kliniką Dermatologii, Wenerologii i Alergologii. W trakcie ceremonii otwarcia wysłuchano również występu kwartetu smyczkowego, natomiast na zakończenie można było podziwiać pokaz malowania piaskiem na szkle wykonany przez absolwentkę krakowskiej ASP dr Magdalenę Lenę oraz pokaz Wrocławskiej Fontanny Multimedialnej.

W kolejnych dniach konferencji uczestnicy mieli możliwość uczestniczenia w wielu ciekawych sesjach oraz zapoznania się z najnowocześniejszymi osiągnięciami z zakresu dermatologii i chorób przenoszonych drogą płciową. Tematyka wykładów obejmowała zarówno zagadnienia z zakresu chorób pęcherzowych, zaburzeń barwnikowych, chorób nowotworowych skóry, chorób tkanki łącznej, jak i chorób wieku dziecięcego. Po raz pierwszy można było uczestniczyć w nowych sesjach tematycznych takich jak: choroby zapalne skóry, problemy dermatologiczne chorych po przeszczepie narządów, leki recepturowe czy „Prezentacje wybrane przez prezesa PTD” oraz interaktywny pokaz przypadków, podczas którego uczestnicy mogli głosować oraz dyskutować przedstawiane przypadki kliniczne.

W bogatym programie konferencji nie zabrakło wykładów dotyczących najnowszych zaleceń i rekomendacji Polskiego Towarzystwa Dermatologicznego. Wśród nich zaprezentowano najnowsze trendy leczenia i diagnostyki pęcherzycy, pemfigoidu, opryszczkowego zapalenia skóry, pokrzywki czy zakażeń grzybiczych. Wszystkie wykłady prowadzone były głównie w języku polskim, ale również częściowo w języku angielskim przez rodzimych ekspertów oraz przez liczne grono światowej sławy autorytetów. Interesujące były niewątpliwie wykłady dotyczące chorób skóry na ciemnej karnacji oraz chorób tropikalnych, co w dobie licznych podróży stanowi cenne uzupełnienie wiedzy dermatologicznej. W trakcie konferencji możliwość prezentacji swoich osiągnięć mieli także młodzi adepci dermatologii. W trakcie sesji Forum Młodych PTD młodzi wykładowcy zaprezentowali bardzo wysoki poziom merytoryczny swoich prezentacji, a podjęte tematy okazały się wartościowe w kontekście rozwoju dermatologii.

Wielu uczestników zgromadziły także zorganizowane przy współpracy pracowników Katedry i Kliniki Dermatologii, Wenerologii i Alergologii kursy z zakresu: mikologii dermatologicznej, medycyny estetycznej, dermatochirurgii, dermoskopii i dermatopatologii. Poza wykładami kursanci mogli wziąć udział w zajęciach praktycznych, co spotkało się z ich dużym zainteresowaniem.

Podczas zjazdu odbyły się wybory nowych władz Polskiego Towarzystwa Dermatologicznego. Funkcję prezesa PTD powierzono prof. dr hab. Lidii Rudnickiej z Warszawy, a sekretarza PTD dr. hab. Adamowi Reichowi, prof. nadzw. z Wrocławia. Prof. dr. hab. Jacka Szepietowskiego (Wrocław), pełniącego funkcję prezesa PTD przez dwie ostatnie kadencje (osiem lat), wybrano honorowym przewodniczącym Towarzystwa. To dopiero druga osoba, po słynnej prof. dr hab. Stefanii Jabłońskiej (Warszawa), która dostąpiła zaszczytu uhonorowania tą godnością.

Wykłady i zagadnienia prezentowane podczas zjazdu były niewątpliwie bardzo interesujące i skłaniające do ożywionych dyskusji. Poza bogatym programem naukowym, w czasie wolnym od obrad można było wziąć udział w imprezach towarzyszących. W trakcie drugiego wieczoru konferencji można było wysłuchać koncertu Orkiestry Leopoldinum w Narodowym Forum Muzyki oraz spędzić czas w gronie znajomych w klubie Eter. Ciekawym wydarzeniem była również impreza na torze wyścigowym na Partynicach, gdzie uczestnicy mogli obserwować gonitwę koni, a następnie wysłuchać koncertu zespołu Brathanki. Niewątpliwie 31. Zjazd Polskiego Towarzystwa Dermatologicznego zakończył się dużym sukcesem zarówno organizacyjnym, jak i naukowym.

Marta Wojciechowska-Zdrojowy

Katedra i Klinika Dermatologii, Wenerologii i Alergologii UMW

Fot. na stronie „Medium”

Płacowa bezradność

Tekst Maciej Biardzki



Źródło grafiki: www.pixabay.com/photos/money-125469740
— obraz modyfikowany

Tuż przed wakacjami Ministerstwo Zdrowia opublikowało propozycję taryfikatora minimalnych wynagrodzeń dla pracowników systemu. Ponieważ według tych propozycji wielu spośród nich nie odniesie żadnych korzyści, albo korzyści minimalne w stosunku do obecnych wynagrodzeń, podjęto decyzję o wspólnej manifestacji 24 września. Organizatorzy spodziewają się nawet stu tysięcy rozgoryczonych pracowników. Czy jednak obecnie i przy obecnych nakładach możliwy jest większy wzrost wynagrodzeń niż zaproponowany?



Lekarz, menedżer ochrony zdrowia, publicysta. Obecnie prezes Zarządu Milickiego Centrum Medycznego sp. z o.

MACIEJ BIARDZKI

Fot. z archiwum autora

Kiedy na wiosnę minister zdrowia Konstanty Radziwiłł zaproponował pracę na taryfikatorze wynagrodzeń minimalnych pracowników podmiotów leczniczych, większość przyjęła tę propozycję z dużą nadzieją. Po wszechnie liczone, że zgodnie z wyborczą obietnicą Prawa i Sprawiedliwości pracownicy doczekają się godnych płac. Tym większym rozczarowaniem dla części spośród nich były przedstawione propozycje. Zwłaszcza w grupie wysoko wykwalifikowanych profesjonalistów medycznych, ale także np. lekarzy rezydentów, wzrost ten był minimalny, albo zgoła żaden. Na głowę ministra posypały się gromy, a jemu pozostało tylko tłumaczenie, że przy obecnych nakładach publicznych na zdrowie nie ma realnej możliwości złożenia lepszych propozycji. Przypominał poza tym, że taryfikator mówi o gwarantowanych wynagrodzeniach minimalnych, co oznacza, że w miarę możliwości finansowych podmiotów leczniczych mogą one proponować lepsze wynagrodzenia.

Aspiracje a hierarchia wynagrodzeń

Cenną cechą taryfikatora, na którą w trakcie dyskusji mało kto zwraca uwagę, jest próba wprowadzenia zróżnicowanych



wynagrodzeń na poszczególnych stanowiskach. Obecna sytuacja wygląda tak, że najsilniejsze grupy zawodowe, tzn. lekarze i pielęgniarki i tak z większym lub mniejszym bólem wywalczą sobie podwyżki wynagrodzeń. W przypadku lekarzy dotyczy to przede wszystkim tzw. lekarzy kontraktowych, w przypadku pielęgniarek – efektów porozumienia podpisanego jeszcze z ministrem Marianem Zembalą. Bardziej skomplikowana sytuacja dotyczy lekarzy rezydentów, którym wynagrodzenia ustala i refinansuje Ministerstwo Zdrowia. Poniżej jest wielka grupa diagnostów, rehabilitantów, ratowników medycznych, techników, salowych i pracowników administracji – czyli pewnie ponad połowa zatrudnionych, bez których szpitale, poradnie i pracownie także nie mogłyby funkcjonować. A ta grupa, choć tak liczna, ma najmniejszy wpływ na decyzje polityczne i do dziś zarabia najmniejsze pieniądze. Ponieważ w dużej części otrzymują oni wynagrodzenia minimalne lub niewiele wyższe, to z roku na rok, wraz ze wzrostem wynagrodzenia minimalnego, ich grupa się powiększa. W coraz większej grupie szpitali jednakowe wynagrodzenie otrzymują pracownicy o zróżnicowanych kwalifikacjach. Wraz z kolejnym wzrostem wynagrodzeń minimalnych, od 1 stycznia 2017 roku, grupa ta powiększy się jeszcze bardziej. Pracownicy administracji i techniczni, salowe, technicy, rehabilitanci – wielu z nich, niezależnie od kwalifikacji, otrzyma 2000 zł brutto. Czy ta sytuacja ma jakikolwiek sens? Aby utrzymać hierarchię wynagrodzeń i lepiej płacić pracownikom o wyższych kwalifikacjach nie można podwyższać wynagrodzeń pojedynczym grupom zawodowym (vide: pielęgniarki) albo administracyjnie podwyższać wynagrodzenia najmniej zarabiającym. Podwyżki muszą dotyczyć wszystkich pracowników. Tylko skąd wziąć na to pieniądze?

Skąd brak pieniędzy w systemie?

Aby zrealizować podwyżki wynagrodzeń dla wszystkich pracowników pracujących w opiece zdrowotnej w wysokości niech będzie tylko 20 proc., co wielu z nich uzna za zbyt skromne, potrzeba naprawdę ogromnych pieniędzy. Zróbmy małą, uproszczoną symulację. Nakłady publiczne na opiekę zdrowotną, rozumiane jako budżet NFZ, to ok. 65 miliardów złotych. Koszty płacowe podmiotów leczniczych to ok. 70 proc. całości, czyli plus minus 45 miliardów złotych rocznie. Wzrost o 20 proc. to 9 miliardów złotych rocznie. Plan NFZ na kolejny rok rośnie o mniej niż 5 miliardów, a przecież są jeszcze inne wzrosty kosztów do pokrycia. Jak widać – pieniędzy nie ma. Oczywiście z punktu widzenia pracownika można powiedzieć – a co mnie to wszystko obchodzi. Ale można też zadać pytanie – dlaczego tak jest?

Przez całe lata, niezależnie od ustroju państwa, na opiekę zdrowotną przeznaczano za mało pieniędzy. Tak było za PRL i tak jest obecnie. Następstwem tego jest niska jakość opieki zdrowotnej w Polsce i niskie wynagrodzenia pracowników, którzy i tak robią wiele, aby zaoferować Polakom jak najlepsze usługi. Wszystkie decyzje rządzących prowadziły nie do zwiększenia nakładów na zdrowie, ale ich ograniczania. Wystarczy przypomnieć obcięcie składki zdrowotnej przez Leszka Balcerowicza w 1998 roku, tzn. w okresie wprowadzania systemu ubezpieczeniowego. Można do tego dodać ograniczenie składki płaconej za bezrobotnych z 2002 roku, czy kolejne przerzucanie kosztów świadczeń wysokospecjalistycznych finansowanych przez budżet Państwa na NFZ. Jednocześnie ograniczano grupę osób płacących składkę zdrowotną, którą obecnie na warunkach ogólnych płać osoby na umowie o pracę, umowie-zleceniu oraz emeryci i renciści. Za bezrobotnych budżet państwa płaci śladową kwotę, składka płacona przez rolników jest wręcz humorystyczna, osoby zatrudnione na umowie o dzieło nie płać składki w ogóle, a samozatrudnieni w wysokości wyli-

czanej od ¼ średniego wynagrodzenia. Żeby było ciekawiej, ci ostatni płać podatki w normalnej wysokości, więc jeżeli zarabiają więcej niż trzy tysiące złotych, to płać mniejszą składkę niż powinni, ale za to podatek do budżetu państwa większy. Fenomen ostatnich lat, związany z dzikim upowszechnianiem się tzw. umów śmieciowych, sprowadzał się do tego, że dynamika wzrostu składki zdrowotnej była niższa niż wzrostu PKB. Od lat znajdujemy się na przysłowiowym „końcu łańcucha pokarmowego”, będąc jednocześnie zobowiązanymi do realizacji usług zdrowotnych w praktycznie nieograniczonym zakresie i przy wciąż wzrastających standardach zatrudnienia i wyposażenia.

Obecnie na opiekę zdrowotną przeznaczają się w Polsce ok. 4,38 proc. PKB, co stanowi połowę nakładów w państwach wysoko rozwiniętych, a przecież aspirujemy do grupy G-20. Owe obiecywane 6 proc. to tylko średnia z państw biednych i bogatych. Jeżeli nakłady wzrosną w Polsce, na Litwie czy w Rumunii, to średnia też wzrośnie. Na dodatek mówimy o procencie całkowitego PKB, zaś tzw. PKB *per capita* w państwach wysoko rozwiniętych jest znacznie wyższe niż w Polsce. Z tego powodu nakłady nie są dwa razy, ale wielokrotnie większe.

Model ubezpieczeniowy w Polsce się nie sprawdził, bo zbyt wiele osób albo wykluczono z systemu, albo opłacają nieadekwatnie niską składkę, albo oszczędza na ich składce państwo. Aby w istniejącym modelu istotnie zwiększyć finansowanie należałoby zwiększyć składkę do 13-15 proc. Gdyby była ona odliczana od podatku, spowodowałoby to znaczny ubytek dochodów podatkowych państwa. Jeżeli byłaby dodatkową daniną – byłoby to radykalne podniesienie obciążeń podatkowych.

Rynkowe miraż

Przez ostatnich kilkanaście lat mieszano wszystkim w głowach teorię rynkowego podejścia do opieki zdrowotnej. Wprowadzenie mechanizmów rynkowych miało sprawić, że za pieniądze nieadekwatnie mniejsze niż łożą bogate kraje, jesteśmy w stanie stworzyć sprawny system. Tyle, że w mechanizm rynkowy są wpisane np. upadłości, zaś mocą ustawową z postępowania upadłościowego wyłączono samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, będące dominującą formą w systemie. Zamiast uzyskać efekt bardziej wydajnego zarządzania niedostatecznymi środkami finansowymi, doprowadzono do rozmnożenia się wykonawców, w tym tych realizujących wyłączenie dobrze wycenione procedury, czyli kolokwialnie rzecz ujmując „wyjadających rodzyнки z ciasta”. Parę fortun i fortunek przy tym wyrosło, ale ani w mierzalny sposób nie poprawiła się jakość opieki zdrowotnej, ani nie poprawiła się sytuacja podmiotów leczniczych, a przez to wynagrodzenia pracowników.

Obecnie wracamy do filozofii systemu zaopatrzeniowego i bardziej zrównoważonego rozwoju zakładów realizujących opiekę zdrowotną. Wzbudza to wiele protestów, szczególnie u tych, którzy na modelu rynkowym zyskiwali nieadekwatnie dużo w stosunku do pozostałych. Musimy sobie jednak zdawać sprawę, że bez większych nakładów to także nie doprowadzi do istotnego wzrostu wynagrodzeń pracowniczych. Poza tym pamiętać trzeba, że niektóre mechanizmy rynkowe rzeczywiście racjonalizują działalność i całkowite ich zarzucenie może doprowadzić do niepotrzebnego wydatkowania tych jakże skromnych pieniędzy.

Aby skutecznie walczyć o zwiększenie finansowania systemu, a przez to umożliwić realny wzrost wynagrodzeń pracowniczych, trzeba wreszcie stworzyć wspólny front interesariuszy. Nie powinno się powtarzać błędów, jakimi były izolowane protesty poszczególnych grup czy pojedynczych szpitali, ponieważ jest to tylko przysłowiowe wyszarpywanie sobie zbyt krótkiej koldry.

„Uszczelnianie systemu”

Drugim tematem zastępczym, który nam przez lata podzucano, była teza o marnotrawstwie panującym w systemie i potrzebie jego uszczelnienia przed zwiększeniem finansowania. Nikt zapewne nie powie, że system opieki zdrowotnej jest zorganizowany idealnie i pieniądze w nim są wydawane w maksymalnie racjonalny sposób. Tyle, że zasadnicze przyczyny tej sytuacji tkwią nie w szpitalach i w przychodniach, ale po stronie organizatora systemu. To przecież filozofia rynkowa doprowadziła do nadmiernego rozmnożenia się podmiotów leczniczych, niezwiązanego z mierzalnymi potrzebami zdrowotnymi społeczeństwa. To sposób finansowania usług zdrowotnych metodą „fee for service” i źle ustalone taryfy za usługi wywołały sytuację, w której wykonuje się usługi najlepiej płać, często z tzw. hazardem moralnym, czyli nadmiernym ich wykonywaniem, czy wykonuje się je w warunkach szpitalnych, choć z powodzeniem można by je wykonywać ambulatoryjnie. Także zbyt zastrzone standardy zatrudnienia, wyposażenia i czasu pracy placówek powodują nadmierne koszty, nieprzekładające się na ilość wykonywanych usług, ani na ich jakość. To nie z powodu marnotrawstwa w szpitalach i w przychodniach pacjenci oczekują w kolejkach, ale z powodu zbyt małej liczby profesjonalistów medycznych, zbyt małej ilości pieniędzy i ich złej redystrybucji.

Jaki model finansowania opieki zdrowotnej?

Powiem przewrotnie – to nie ma znaczenia. Model ubezpieczeniowy w Polsce się nie sprawdził, bo zbyt wiele osób albo wykluczono z systemu, albo opłacają nieadekwatnie niską składkę, albo oszczędza na ich składce państwo. Aby w istniejącym modelu istotnie zwiększyć finansowanie należałoby

zwiększyć składkę do 13-15 proc. Gdyby była ona odliczana od podatku, spowodowałoby to znaczny ubytek dochodów podatkowych państwa. Jeżeli byłaby dodatkową daniną – byłoby to radykalne podniesienie obciążeń podatkowych obywateli. Przejście na system finansowania opieki zdrowotnej z budżetu państwa jest tańsze, bo unika się wielu kosztów transakcyjnych. Osobom, które uzalają się, ile to kosztuje utrzymywanie NFZ (ok. 750 mln zł wg planu na rok 2017) zwrócę uwagę, że same koszty przekazania składki przez ZUS i KRUS wynoszą blisko 150 mln zł rocznie. Istnieje tylko zagrożenie, że Państwo mogłoby oszczędzać na systemie. Planowane jednak obecnie utworzenie państwowego funduszu celowego, zasilanego corocznie kwotą wynikającą z procenta PKB, tę groźbę znacznie ogranicza. Jednak proponowany w tzw. „Planie Radziwiłła” wzrost kwot przekazywanych do funduszu w żaden sposób nie pozwoli na radykalny wzrost finansowania, zaspokojenie oczekiwań płacowych pracowników i poprawę dostępności do usług zdrowotnych o wysokiej jakości.

Potrzeba solidarności

Aby skutecznie walczyć o zwiększenie finansowania systemu, a przez to umożliwić realny wzrost wynagrodzeń pracowniczych, trzeba wreszcie stworzyć wspólny front interesariuszy. Nie powinno się powtarzać błędów, jakimi były izolowane protesty poszczególnych grup, czy pojedynczych szpitali, ponieważ jest to tylko przysłowiowe wyszarpywanie sobie zbyt krótkiej koldry. Dobrym, a w zasadzie złym przykładem jest ostatnia podwyżka dla pielęgniarek, która nie jest realizowana z dodatkowych pieniędzy, ale poprzez wyodrębnienie „środków podwyżkowych” z pieniędzy pochodzących ze składki zdrowotnej. Płacąc pielęgniarkom, ograniczamy środki na podwyżki dla innych pracowników, leki, itd.

Jeżeli chcemy działać skutecznie, to wszyscy pracownicy w porozumieniu z zarządzającymi szpitalami i ich organami właścicielskimi powinni mówić jednym głosem. Należałoby przeprowadzić także szeroką akcję informacyjną adresowaną do całego społeczeństwa, jako byłych, obecnych i przyszłych pacjentów. Jeżeli uświadomimy im, że pieniądze na opiekę zdrowotną to jest ich własny interes, to zyskamy potężnego sojusznika. A przecież zdrowy obywatel to produktywny obywatel. Dobrze działająca opieka zdrowotna ma niebagatelny wpływ na gospodarkę narodową, co potwierdzają praktycznie wszyscy ekonomiści. Czy uda się dotrzeć do polityków, aby wytłumaczyć im, że zdrowie powinno być priorytetem państwa, to już osobna sprawa. Niestety, w programie wyborczym PiS, ale i także poprzednio rządzących partii, było ono zawsze na dość odległym miejscu.

Co może dać wrześnie manifestacja?

Tego nie wie nikt. Może dać dużo i zgola nic. Ale może wreszcie spowodować, że rządzący zauważą, jak wielki elektorat marginalizują. Jeżeli rzeczywiście, jak planują organizatorzy, na ulicach Warszawy pojawi się 100 tysięcy pracowników, to będzie bardzo silny sygnał. Ale po pierwsze muszą to być wszystkie grupy zawodowe, po drugie trzeba na nią zaprosić organizacje pacjenckie, organy właścicielskie i zarządzających szpitalami. Najważniejsze jednak jest, aby nie demonstrować bezpośrednio o podwyżki, bo zbędą protestujących kolejnym pomysłem na wzór „ustawy 203”, każąc podnosić wynagrodzenia w ramach istniejących środków. Protest musi dotyczyć po prostu wzrostu finansowania opieki zdrowotnej w tempie znacznie szybszym niż ostatnie propozycje ministra Radziwiłła i nie do granicy 6 proc. PKB, ale przynajmniej 7,5 proc. Inaczej na zawsze utkniemy w ogonie Europy.



PRAWO NA CO DZIŚ

Mec. Beata Kozyra-Łukasiak – radca prawny DIL

15 lipca 2016 r. weszła w życie Ustawa z 10 czerwca 2016 r. o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw, opublikowana w Dz. U. z 2016 r., poz. 960.

Nowelizacja ustawy wprowadza zmianę nazewnictwa. Zamiast przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego pojawia się **zakład leczniczy**. Jest to zespół składników majątkowych, za pomocą którego podmiot leczniczy wykonuje określony rodzaj działalności leczniczej.

Szpital to zakład leczniczy, w którym podmiot leczniczy wykonuje działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne.

Działalność lecznicza lekarzy może być wykonywana w formie jednoosobowej działalności gospodarczej jako indywidualna praktyka lekarska, indywidualna praktyka lekarska wyłącznie w miejscu wezwania, indywidualna specjalistyczna praktyka lekarska, indywidualna specjalistyczna praktyka lekarska wyłącznie w miejscu wezwania, **indywidualna praktyka lekarska wyłącznie w zakładzie leczniczym na podstawie umowy z podmiotem leczniczym prowadzącym ten zakład lub indywidualna specjalistyczna praktyka lekarska wyłącznie w zakładzie leczniczym na podstawie umowy z podmiotem leczniczym prowadzącym ten zakład.**

Skarb Państwa, reprezentowany przez ministra, centralny organ administracji rządowej albo wojewodę, może utworzyć i prowadzić podmiot leczniczy w formie **samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej. Uczelnia medyczna może utworzyć i prowadzić podmiot leczniczy w formie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej albo spółki kapitałowej.**

W spółce kapitałowej, wykonującej działalność leczniczą polegającą na realizacji zadań dydaktycznych i badawczych w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, wartość nominalna udziałów albo akcji należących do uczelni medycznej nie może stanowić mniej niż 51 proc. kapitału zakładowego spółki oraz uczelnia ta dysponuje bezpośrednio większością głosów na zgromadzeniu wspólników albo na walnym zgromadzeniu. Udziały albo akcje w tej spółce, poza uczelniami medycznymi, mogą posiadać wyłącznie Skarb Państwa, jednostki samorządu terytorialnego oraz jednoosobowe spółki Skarbu Państwa o szczególnym znaczeniu dla gospodarki państwa.

W spółce kapitałowej, utworzonej przez podmioty reprezentujące Skarb Państwa, jednostkę samorządu terytorialnego, lub do której przystąpiły podmioty reprezentujące Skarb Państwa, wartość nominalna udziałów albo akcji należących do Skarbu Państwa lub jednostki samorządu terytorialnego nie może stanowić mniej niż 51 proc. kapitału zakładowego spółki oraz Skarb Państwa lub jednostka samorządu terytorialnego dysponuje bezpośrednio większością głosów na zgromadzeniu wspólników albo na walnym zgromadzeniu.

W spółce kapitałowej, w której Skarb Państwa, jednostka samorządu terytorialnego lub uczelnia medyczna posiada udziały albo akcje o wartości nominalnej nie mniejszej niż 51 proc.

kapitału zakładowego spółki, nie wypłaca się dywidendy.

Podmiot leczniczy został zwolniony z obowiązku przekazywania Państwowej Inspekcji Pracy i właściwym organom samorządu zawodów medycznych informacji o liczbie osób wykonujących zawód medyczny na podstawie umów cywilnoprawnych lub jako praktykę zawodową, z którą podmiot leczniczy zawarł umowę kontraktową.

Lekarz wykonujący działalność leczniczą jako indywidualną praktykę lekarską jest obowiązany dysponować pomieszczeniem odpowiadającym wymaganiom, dotyczącym w szczególności warunków ogólnoprzestrzennych, sanitarnych i instalacyjnych, w którym będą udzielane świadczenia zdrowotne, wyposażonym w produkty lecznicze, wyroby medyczne, aparaturę i sprzęt medyczny, odpowiednie do rodzaju i zakresu udzielanych świadczeń zdrowotnych. Obowiązek ten nie dotyczy lekarza wykonującego indywidualną lub indywidualną specjalistyczną praktykę lekarską wyłącznie w zakładzie leczniczym na podstawie umowy z podmiotem leczniczym prowadzącym ten zakład. Do praktyk zawodowych, wykonywanych przez lekarzy wyłącznie w zakładzie leczniczym na podstawie umowy z podmiotem leczniczym prowadzącym ten zakład, **nie stosuje się wymogu dotyczącego ustalania regulaminu organizacyjnego.**

Zlikwidowany został obowiązek ubezpieczenia z tytułu zdarzeń medycznych oraz obowiązek przekazywania organowi prowadzącemu rejestr polisy odpowiedzialności cywilnej. Ponadto zlikwidowany został obowiązek dołączania do wniosku o wpis do rejestru dokumentów potwierdzających spełnienie warunków wykonywania działalności leczniczej, w tym opinii właściwego organu Państwowej Inspekcji Sanitarnej.

Podmiot leczniczy prowadzący szpital jest obowiązany zgłosić, na podany przez jednostkę policji numer telefonu, numer faksu lub adres poczty elektronicznej, fakt:

- przyjęcia pacjenta małoletniego, z którego przedstawicielem ustawowym albo opiekunem faktycznym nie można się skontaktować – nie później niż w ciągu 4 godzin od przyjęcia;
- przyjęcia albo zgonu pacjenta, którego tożsamości nie można ustalić albo potwierdzić na podstawie dokumentów stwierdzających tożsamość – nie później niż w ciągu 8 godzin odpowiednio od przyjęcia albo zgonu.

Podmiot wykonujący działalność leczniczą udziela, na żądanie policji, informacji o fakcie przyjęcia osoby zaginionej.

Konkurs na stanowisko kierownika ogłasza podmiot tworzący, a na pozostałe stanowiska – kierownik.

Utworzenie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej następuje w drodze rozporządzenia, zarządzenia albo uchwały właściwego organu podmiotu tworzącego. Tworząc samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej, uwzględnia się konieczność zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli oraz racjonalnej organizacji opieki zdrowotnej.

Źródło grafiki: www.
pixabay.com/photos/
hospital-834152/stux

Samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej podlega obowiązkowi wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego. Z chwilą wpisania do tego rejestru samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej uzyskuje osobowość prawną.

W terminie do 31 maja każdego roku kierownik samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej sporządza i przekazuje podmiotowi tworzącemu raport o sytuacji ekonomiczno-finansowej samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej. Raport jest przygotowywany na podstawie sprawozdania finansowego za poprzedni rok obrotowy i zawiera w szczególności analizę sytuacji ekonomiczno-finansowej za poprzedni rok obrotowy, prognozę sytuacji ekonomiczno-finansowej na kolejne trzy lata obrotowe wraz z opisem przyjętych założeń oraz informację o istotnych zdarzeniach mających wpływ na sytuację ekonomiczno-finansową samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej.

Podmiot tworzący dokonuje oceny sytuacji ekonomiczno-finansowej samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej na podstawie wymienionego raportu. Samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej pokrywa we własnym zakresie stratę netto przez zmniejszenie funduszu zakładu o wysokość tej straty. Podmiot tworzący jest obowiązany w terminie:

- 9 miesięcy od upływu terminu do zatwierdzenia sprawozdania finansowego samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej pokryć stratę netto za rok obrotowy tego zakładu w kwocie, jaka nie może być pokryta z funduszu zakładu, jednak nie wyższej niż suma straty netto i kosztów amortyzacji albo
- 12 miesięcy od upływu terminu określonego powyżej wydać rozporządzenie, zarządzenie albo podjąć uchwałę o likwidacji samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej – jeżeli strata netto za rok obrotowy nie może być pokryta w sposób określony wyżej oraz po dodaniu kosztów amortyzacji ma wartość ujemną.

Jeżeli w sprawozdaniu finansowym wystąpiła strata netto, kierownik samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, w terminie 3 miesięcy od upływu terminu do zatwierdzenia sprawozdania finansowego, sporządza program naprawczy, z uwzględnieniem raportu o sytuacji ekonomiczno-finansowej, na okres nie dłuższy niż 3 lata, i przedstawia go podmiotowi tworzącemu w celu zatwierdzenia.

Podmiot tworzący sprawuje nadzór nad zgodnością działań podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą z przepisami prawa, statutem i regulaminem organizacyjnym oraz pod względem celowości, gospodarności i rzetelności. Uczelnia medyczna została zwolniona z obowiązku przeprowadzania kontroli w swoich zakładach, co najmniej raz na 6 miesięcy.

Przepisów ustawy o swobodzie działalności gospodarczej dotyczących kontroli nie stosuje się w odniesieniu do kontroli działalności leczniczej, prowadzonej przez organ prowadzący rejestr, wojewodę i podmiot tworzący oraz ministra zdrowia w zakresie zadań określonych w przepisach o działalności leczniczej.

W celu zaspokajania potrzeb wspólnoty samorządowej w zakresie ochrony zdrowia, jednostka samorządu terytorialnego, uwzględniając w szczególności regionalną mapę potrzeb zdrowotnych, priorytety dla regionalnej polityki zdrowotnej oraz stan dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej na obszarze województwa, może finansować dla mieszkańców tej wspólnoty świadczenia gwarantowane.

Świadczenia gwarantowane są finansowane na podstawie umowy zawartej pomiędzy jednostką samorządu terytorialnego a świadczeniodawcą wyłonionym w drodze konkursu ofert. W przypadku gdy jednostka lub jednostki samorządu terytorialnego są:

- podmiotami tworzącymi dla podmiotu leczniczego;
- jedynymi albo większościami wspólnikami, albo akcjonariuszami w spółce kapitałowej będącej podmiotem leczniczym
 - który udziela świadczeń gwarantowanych w zakresie odpowiadającym przedmiotowi umowy, o której mowa wyżej, umowę tę zawiera się w pierwszej kolejności z tym podmiotem. W takim przypadku nie przeprowadza się konkursu ofert. Do zawarcia tej umowy nie stosuje się przepisów o zamówieniach publicznych.

W przypadku gdy świadczeniodawca jest stroną umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartej z Funduszem, umowa może obejmować wyłącznie świadczenia gwarantowane udzielane ponad kwotę zobowiązania Funduszu wobec świadczeniodawcy w danym zakresie. O zawarciu umowy świadczeniodawca, będący równocześnie stroną umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartej z Funduszem, jest obowiązany poinformować właściwego miejscowo dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu i przysłać kopię dokumentów rozliczeniowych przedstawianych jednostce samorządu terytorialnego.

Kierownicy podmiotów wykonujących działalność leczniczą dostosowują ich działalność, statuty oraz regulaminy organizacyjne do przepisów ustawy w terminie do 31 grudnia 2017 r. Podmioty tworzące dostosowują statuty podmiotów leczniczych niebędących przedsiębiorcami do zmienionych przepisów w tym samym terminie.

Z dniem wejścia w życie ustawy przedsiębiorstwa podmiotów leczniczych stają się zakładami leczniczymi podmiotów leczniczych.

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

Podmiot leczniczy został zwolniony z obowiązku przekazywania Państwowej Inspekcji Pracy i właściwym organom samorządu zawodów medycznych informacji o liczbie osób wykonujących zawód medyczny na podstawie umów cywilnoprawnych lub jako praktykę zawodową, z którą podmiot leczniczy zawarł umowę kontraktową.

5 sierpnia 2016 r. weszła w życie Ustawa z 10 czerwca 2016 r. o zmianie ustawy – Kodeks postępowania karnego, ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, opublikowana w Dz. U. z 2016 r., poz. 1070.

Przepisy Kodeksu postępowania karnego stanowią, iż osoby obowiązane do zachowania tajemnicy związanej z wykonywaniem zawodu mogą odmówić zeznań co do okoliczności, na które rozciąga się ten obowiązek, chyba że sąd lub prokurator dla dobra wymiaru sprawiedliwości zwolni te osoby od obowiązku zachowania tajemnicy, jeżeli ustawy szczególne nie stanowią inaczej. Na postanowienie w tym przedmiocie przysługuje zażalenie.

Osoby obowiązane do zachowania tajemnicy lekarskiej mogą być przesłuchiwane co do faktów objętych tą tajemnicą tylko wtedy, gdy jest to niezbędne dla dobra wymiaru sprawiedliwości, a okoliczność nie może być ustalona na podstawie innego dowodu.

W postępowaniu przygotowawczym w przedmiocie przesłuchania lub zezwolenia na przesłuchanie decyduje sąd, na posiedzeniu bez udziału stron, w terminie nie dłuższym niż 7 dni od daty doręczenia wniosku prokuratora. Na postanowienie sądu przysługuje zażalenie. **W powyższych przypadkach sąd przesłuchuje taką osobę na rozprawie z wyłączeniem jawności. Nie dotyczy to sytuacji, gdy zwolnienie z tajemnicy nastąpiło na podstawie zgody wyrażonej przez osobę bliską zmarłego pacjenta, zgodnie z przepisami ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, w przewidzianym przez te ustawy zakresie i przy braku wskazanego w nich sprzeciwu złożonego przez inną osobę bliską zmarłego pacjenta. Jeżeli zwolnienie z tajemnicy nastąpiło na podstawie i na zasadach, o których mowa wyżej, okoliczności objęte tajemnicą, które zostały ujawnione na rozprawie z wyłączeniem jawności, mogą być rozpowszechniane publicznie przez osobę, której zgoda była wymagana do zwolnienia z tej tajemnicy.**

Zgodnie z art. 40 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty lekarz ma obowiązek zachowania w tajemnicy informacji związanych z pacjentem, a uzyskanych w związku z wykonywaniem zawodu. Wymienionego przepisu nie stosuje się, gdy:

1. tak stanowią ustawy;
2. badanie lekarskie zostało przeprowadzone na żądanie uprawnień, na podstawie odrębnych ustaw, organów i instytucji, wówczas lekarz jest obowiązany poinformować o stanie zdrowia pacjenta wyłącznie te organy i instytucje;
3. zachowanie tajemnicy może stanowić niebezpieczeństwo dla życia lub zdrowia pacjenta lub innych osób;
4. pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy wyraża zgodę na ujawnienie tajemnicy, po uprzednim poinformowaniu o niekorzystnych dla pacjenta skutkach jej ujawnienia;
5. zachodzi potrzeba przekazania niezbędnych informacji o pacjencie lekarzowi sądowemu;
6. zachodzi potrzeba przekazania niezbędnych informacji o pacjencie związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych innemu lekarzowi lub uprawnionym osobom uczestniczącym w udzielaniu tych świadczeń.

W powyższych sytuacjach ujawnienie tajemnicy może nastąpić wyłącznie w niezbędnym zakresie. W przypadku, o którym mowa w pkt. 4, zakres ujawnienia tajemnicy może określić pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy. **Lekarz, z zastrzeżeniem sytuacji, o których mowa w pkt. 1–5, jest związany tajemnicą również po śmierci pacjenta, chyba że zgodę na ujawnienie tajemnicy wyra-**

zi osoba bliska w rozumieniu przepisów ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Osoba bliska wyrażająca zgodę na ujawnienie tajemnicy może określić zakres jej ujawnienia.

Zwolnienia z tajemnicy lekarskiej nie stosuje się, jeśli ujawnieniu tajemnicy sprzeciwi się inna osoba bliska w rozumieniu przepisów ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Lekarz nie może podać do publicznej wiadomości danych umożliwiających identyfikację pacjenta bez jego zgody.

Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta stanowi, że **osoba bliska oznacza małżonka, krewnego lub powinowatego do drugiego stopnia w linii prostej, przedstawiciela ustawowego, osobę pozostającą we wspólnym pożyciu lub osobę wskazaną przez pacjenta.** Według przepisów Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego krewnymi w linii prostej są osoby, z których jedna pochodzi od drugiej. Krewnymi w linii bocznej są osoby, które pochodzą od wspólnego przodka, a nie są krewnymi w linii prostej. Stopień pokrewieństwa określa się według liczby urodzeń, wskutek których powstało pokrewieństwo. Z małżeństwa wynika powinowactwo między małżonkiem a krewnymi drugiego małżonka. Trwa ono mimo ustania małżeństwa. Linie i stopień powinowactwa określa się według linii i stopnia pokrewieństwa.

Zgodnie z przepisami ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, pacjent ma prawo do zachowania w tajemnicy przez osoby wykonujące zawód medyczny, w tym udzielające mu świadczeń zdrowotnych, informacji z nim związanych, a uzyskanych w związku z wykonywaniem zawodu medycznego. W celu realizacji powyższego prawa osoby wykonujące zawód medyczny są obowiązane zachować w tajemnicy informacje związane z pacjentem, w szczególności ze stanem zdrowia pacjenta. Przepisu nie stosuje się, w przypadku gdy:

1. tak stanowią przepisy odrębnych ustaw;
2. zachowanie tajemnicy może stanowić niebezpieczeństwo dla życia lub zdrowia pacjenta lub innych osób;
3. pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy wyraża zgodę na ujawnienie tajemnicy;
4. zachodzi potrzeba przekazania niezbędnych informacji o pacjencie związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych innym osobom wykonującym zawód medyczny, uczestniczącym w udzielaniu tych świadczeń.

Przepisu nie stosuje się także do postępowania przed wojewódzką komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych.

Osoby wykonujące zawód medyczny, z wyjątkiem przypadków, o których mowa w pkt. 1–3 i postępowania przed komisją wojewódzką, są związane tajemnicą również po śmierci pacjenta, chyba że zgodę na ujawnienie tajemnicy wyrazi osoba bliska. Zwolnienia z tajemnicy nie stosuje się, jeśli ujawnieniu tajemnicy sprzeciwi się inna osoba bliska.

Wymienione przepisy uniemożliwiają pacjentom decydowanie o tym, kto po ich śmierci będzie miał dostęp do informacji na temat stanu zdrowia, objętych tajemnicą lekarską. Pacjentom nie przysługuje prawo do złożenia oświadczenia zakazującego osobom wykonującym zawód medyczny do ujawnienia po ich śmierci informacji objętych tajemnicą, osobom zaliczonym do kręgu osób bliskich.

W uzasadnieniu projektu nowelizacji wymienionych na wstępie ustaw wskazano, iż dotychczas zakres tajemnicy lekarskiej był ujęty zbyt szeroko, uniemożliwiając osobom najbliższym zmarłego pacjenta dochodzenie roszczeń lub odpowiedzialności wobec osób, które mogły przyczynić się do śmierci pacjenta. W efekcie tajemnica lekarska może być w jednostkowych przypadkach wykorzystywana do ukrywania błędów w leczeniu wbrew interesowi pacjenta. Zdaniem autorów projektu dysponentem tajemnicy lekarskiej po śmierci pacjenta powinny być osoby najbliższe pacjentowi, które łączył z pacjentem węzeł szczególnego zaufania, tak aby nie zostały naruszone w sposób nieuzasadniony dobra osobiste pacjenta.

Osobom bliskim powinno przysługiwać również prawo sprzeciwu wobec zwolnienia z tajemnicy, w sytuacji, w której uznają one, że ujawnienie informacji objętych tajemnicą będzie stanowiło nieproporcjonalne i nieuzasadnione naruszenie dóbr osobistych. Wówczas do zachowania tajemnicy lekarskiej wystarczający jest sprzeciw choćby jednej z osób bliskich z kręgu osób określonych w ustawie, mimo że pozostałe osoby bliskie mogą wyrażać zgodę na ujawnienie informacji.

mec. Beata Kozyra-Łukasiak – radca prawny DIL

Dr adw. Małgorzata Paszkowska

Prawnik i socjolog. Od wielu lat doradca i wykładowca w zakresie prawa i zarządzania w ochronie zdrowia. Adiunkt w Katedrze Prawa WSiIZ w Rzeszowie. Wykładowca na kursach specjalizacyjnych dla lekarzy. Współorganizator kierunku zdrowie publiczne oraz uczelnianego centrum rehabilitacyjno-medycznego REH-MEDIQ. Prowadzi zajęcia ze studentami w szczególności na kierunku administracja i zdrowie publiczne i wykłady na studiach podyplomowych. Opiekun merytoryczny i autorka programów studiów podyplomowych: Zarządzenie podmiotami leczniczymi, Organizacja i zarządzanie w ochronie zdrowia, Usługi opiekuńcze i specjalistyczne usługi opiekuńcze (dla pracowników pomocy społecznej).

Źródła grafik: www.flickr.com/photos/6918365393_d8b79590ee/teydeytan, www.pixabay.com/photos/stars-38740

PLANOWE LECZENIE POLSKICH ŚWIADCZENIOBIORCÓW W UNII EUROPEJSKIEJ

Tekst Małgorzata Paszkowska

Wprowadzenie

Unia Europejska to ponadnarodowa organizacja skupiająca obecnie 28 państw członkowskich, w tym od 2004 r. Polskę. Swoboda przepływu osób stanowi jeden z fundamentów UE. W aspekcie ochrony zdrowia swoboda przepływu osób obejmuje: 1. swobodny przepływ profesjonalistów medycznych oraz 2. swobodny przepływ pacjentów.

Z zasady swobodnego przepływu osób wynika m.in. prawo unijnego pacjenta do świadczeń zdrowotnych na terytorium UE. Pełne urzeczywistnienie swobody przepływu pacjentów oraz mobilność obywateli UE wymaga zabezpieczenia im dostępu do opieki medycznej. Obecnie obowiązują dwa odrębne i konkurencyjne wobec siebie systemy dostępu do świadczeń zdrowotnych (rzeczowych) na terytorium całej

Unii Europejskiej, tj. system koordynacji zabezpieczenia społecznego oraz system opieki transgranicznej. Celem artykułu jest przedstawienie regulacji prawnych dotyczących planowego leczenia pacjentów, mających status świadczeniobiorcy w publicznym systemie ubezpieczenia zdrowotnego Polsce w innym państwie członkowskim UE.

Planowe leczenie jest instytucją związaną z systemem koordynacji zabezpieczenia zdrowotnego. Koordynacja polega na wprowadzaniu i stosowaniu wspólnych dla wszystkich państw członkowskich zasad, które określają warunki otrzymania pomocy medycznej przez pacjenta (ubezpieczonego w swoim kraju). Dzięki koordynacji każde z państw członkowskich UE zachowuje własny, dotychczas obowiązujący system zabezpieczenia społecznego (w tym zdrowotnego).

Osobami uprawnionymi do korzystania ze świadczeń w ramach koordynacji są przede wszystkim obywatele państwa członkowskiego UE. Poza obywatelami prawo do świadczeń zdrowotnych mają też tzw. bezpaństwowcy i uchodźcy. Do osób uprawnionych do świadczeń należą także członkowie rodzin powyższych podmiotów.

Podstawa prawna

Zasady koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego oraz szczegółowe warunki ich stosowania określały przez wiele lat Rozporządzenie Rady (EWG) nr 1408/71 z dnia 14 czerwca 1971 r. oraz Rozporządzenie Rady (EWG) nr 574/72 z dnia 21 marca 1972 r. Jednakże z dniem 1 maja 2010 r. weszły w życie nowe rozporządzenia w zakresie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego, tj.:

1. Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 883/2004 z dnia 29 kwietnia 2004 r. w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego (Dz. U. UE L. 166 z 30.04.2004 z późn. zm.),
2. Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 987/2009 z dnia 16 września 2009 r. dotyczącego wykonywania rozporządzenia (WE)



nr 883/2004 w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego (Dz. U. UE L 284 z 30.10.09).

Rozporządzenia koordynacyjne (nr 883/2004, nr 987/2009) obowiązują na terytorium wszystkich państw członkowskich UE oraz Szwajcarii, a także państw członkowskich Europejskiego Obszaru Gospodarczego (tj. Lichtensteinu, Norwegii i Islandii). Przepisy dotyczące koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego nie przewidują zastąpienia systemów krajowych jednym systemem europejskim. Podstawową zasadą koordynacji jest zasada równego traktowania (art. 4 rozporządzenia nr 883/2004). Zgodnie z nią osoby, do których stosuje się przedmiotowe rozporządzenie, korzystają z tych samych świadczeń i podlegają tym samym obowiązkom na mocy ustawodawstwa każdego państwa członkowskiego co jego obywatele. Osobami uprawnionymi do korzystania ze świadczeń w ramach koordynacji są przede wszystkim obywatele państwa członkowskiego UE. Poza obywatelami prawo do świadczeń zdrowotnych mają też tzw. bezpieczeństwa i uchodźcy. Do osób uprawnionych do świadczeń należą także członkowie rodzin powyższych podmiotów. Uprawniony pacjent (np. polski świadczeniobiorca) w każdym innym państwie UE, w świetle rozporządzenia nr 883/2004, ma generalnie prawo do dwóch kategorii świadczeń zdrowotnych (świadczeń rzeczowych), tj.: 1. świadczeń niezbędnych ze względów medycznych, 2. planowanego leczenia.

Leczenie planowane za granicą jest to przewidywany, ściśle określony zakres leczenia, który może zostać przeprowadzony poza granicami kraju. Zgodnie z art. 20 rozporządzenia nr 883/2004 ubezpieczony, udający się do innego państwa członkowskiego w celu uzyskania świadczeń rzeczowych (np. operacji kardiochirurgicznej), powinien ubiegać się o zezwolenie na leczenie właściwej instytucji (np. w Polsce NFZ). Ubezpieczony, który uzyskał zezwolenie właściwej instytucji na udanie się do innego państwa członkowskiego w celu poddania się leczeniu odpowiedniemu do jego stanu, otrzymuje świadczenia rzeczowe udzielane, w imieniu instytucji właściwej, przez instytucję miejsca pobytu, zgodnie z przepisami stosowanego przez nią ustawodawstwa tak, jak gdyby był on ubezpieczony na mocy wspomnianego ustawodawstwa. Zezwolenie zostaje wydane, jeżeli przedmiotowe leczenie należy do świadczeń przewidzianych przez ustawodawstwo państwa członkowskiego, w którym zainteresowany ma miejsce zamieszkania oraz, jeżeli nie może on uzyskać takiego leczenia w terminie uzasadnionym z medycznego punktu widzenia, z uwzględnieniem jego aktualnego stanu zdrowia oraz prawdopodobnego przebiegu choroby. Zasady powyższe stosuje się także do członków rodziny ubezpieczonego (np. współmałżonka i dzieci). Planowanego leczenia dotyczy także art. 26 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady nr 987/2009. Reguluje on bowiem procedurę wydawania zezwolenia i stanowi, że ubezpieczony ma obowiązek pozyskania zgody od instytucji właściwej (instytucja właściwa oznacza w tym przypadku instytucję, która ponosi koszty planowanego leczenia, czyli np. w Polsce NFZ). Warunkami nabycia prawa do planowego leczenia na terytorium UE są generalnie:

1. posiadanie obywatelstwa jednego z państw członkowskich (ewentualnie bycie bezpieczeństwa lub uchodźcą),
2. posiadanie ubezpieczenia zdrowotnego,
3. zgoda instytucji właściwej.

Wszystkie trzy powyższe przesłanki muszą być spełnione przez pacjenta (w tym także polskiego) łącznie.

Problematykę planowego leczenia w innym państwie członkowskim UE reguluje w polskim prawie Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (u.s.o.z.) oraz wydane na jej podsta-

wie Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 4 listopada 2014 r. w sprawie wydawania zgody na uzyskanie świadczeń opieki zdrowotnej poza granicami kraju oraz pokrycie kosztów transportu (Dz. U. z 2014, poz. 1551) zwane dalej r.z.u.s. Zgodnie z zasadą określoną w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu wydaje świadczeniobiorcy, na wniosek wnioskodawcy, jego przedstawiciela ustawowego, małżonka, krewnego lub powinowatego do drugiego stopnia w linii prostej, osoby pozostającej we wspólnym pożyciu lub osoby upoważnionej przez wnioskodawcę, instytucji właściwej, instytucji miejsca zamieszkania, instytucji miejsca pobytu albo instytucji łącznikowej w innym państwie członkowskim UE lub państwie członkowskim Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) w drodze decyzji administracyjnej, zgodę na udzielenie danego świadczenia opieki zdrowotnej albo jego kontynuację w innym państwie członkowskim UE lub państwie członkowskim EFTA, w przypadkach określonych w przepisach o koordynacji.

Wniosek

W celu uzyskania zgody na leczenie zagraniczne (na terytorium państw UE i EFTA) w systemie koordynacji wnioskodawca musi przede wszystkim złożyć wniosek. Wniosek ma charakter sformalizowany – jego treść i tryb rozpatrywania reguluje prawo. W świetle przepisów prawo do złożenia przedmiotowego wniosku mają: świadczeniobiorca, jego przedstawiciel ustawowy (gdy pacjent jest małoletni lub ubezwłasnowolniony) oraz małżonek pacjenta, krewny lub powinowaty do drugiego stopnia w linii prostej, osoba pozostająca we wspólnym pożyciu lub osoba upoważniona przez wnioskodawcę. Obecne przepisy przewidują bardzo szeroki krąg osób uprawnionych do złożenia wniosku o wyrażenie zgody na leczenie zagraniczne. Wniosek o wyrażenie zgody nie może mieć dowolnej formy, ale jedynie określoną w załączniku nr 1 do r.z.u.s. Podkreślić należy, że ten sam formularz wniosku dotyczy zgody na świadczenia zdrowotne i pokrycie kosztów transportu, a także uzyskiwania zgody dyrektora oddziału NFZ w systemie koordynacyjnym, jak i zgody na niektóre świadczenia w systemie tzw. opieki transgranicznej. Wniosek o wyrażenie zgody na leczenie w systemie koordynacyjnym składa się z 6 części obejmujących m.in.: dane identyfikacyjne wniosku, wnioskodawcy, lekarza, przedmiot wniosku, części do wypełniania przez konsultanta wojewódzkiego i oddział NFZ (po weryfikacji). Powyższy **wniosek wymaga, w odpowiedniej części, wypełnienia przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego posiadającego specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie medycyny właściwej ze względu na zakres wnioskowanego leczenia lub badań diagnostycznych**. Osoba składająca wniosek wypełnia odpowiednio część IB, II i VI wniosku oraz przekazuje wniosek lekarzowi ubezpieczenia zdrowotnego, posiadającemu specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie medycyny właściwej ze względu na zakres wnioskowanego leczenia lub badań diagnostycznych, zwanemu dalej „lekarzem specjalistą”. Natomiast lekarz specjalista wypełnia część III wniosku. Należy zauważyć znaczną liberalizację wymogu kwalifikacji w stosunku do lekarza, bowiem poprzednio obowiązujące przepisy wymagały wypełnienia wniosku przez specjalistę właściwej dziedziny medycyny, posiadającego tytuł naukowy profesora lub stopień naukowy doktora habilitowanego nauk medycznych. Należy przyjąć, że lekarz specjalista powinien być zatrudniony (świadczyć usługi) w podmiocie leczniczym lub wykonywać zawód w ramach praktyki zawodowej lekarskiej, gdzie zawarta jest umowa o udzielanie świadczeń zdrowotnych z NFZ (tzw. kontrakt). Wniosek w części wypełnianej przez lekarza zawiera:

- a. imię i nazwisko lekarza wypełniającego wniosek;
- b. pieczęć lekarza wypełniającego wniosek zawierającą numer prawa wykonywania zawodu;
- c. pieczęć świadczeniodawcy, u którego lekarz wypełniający wniosek udziela świadczeń opieki zdrowotnej;
- d. rozpoznanie kliniczne dotyczące problemu zdrowotnego, stanowiącego przyczynę złożenia wniosku, oraz rozpoznania współistniejące, z zastosowaniem Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10;
- e. informację o dotychczasowym przebiegu choroby i zastosowanym leczeniu;
- f. prognozę prawdopodobnego dalszego przebiegu choroby;
- g. wskazanie szczegółowego zakresu leczenia lub badań diagnostycznych, których dotyczy wniosek;
- h. określenie dopuszczalnego czasu oczekiwania świadczeniobiorcy na udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej, których dotyczy wniosek;
- i. uzasadnienie wniosku;
- j. spis załączników do wniosku.

Jeśli wniosek dotyczy także zwrotu kosztów transportu, lekarz specjalista wypełniając część III wniosku, stwierdza, czy w danym przypadku zachodzi konieczność zastosowania określonego środka transportu w celu przewiezienia osoby, której dotyczy wniosek, do miejsca udzielenia świadczenia, oraz wskazuje ten środek, uzasadniając jego wybór. Osoba składająca wniosek przekazuje do oddziału Funduszu wniosek z wypełnioną częścią IB, II, III i VI wraz z dokumentacją medyczną w zakresie objętym tym wnioskiem i pisemną informacją związaną z tzw. listą oczekujących. Dyrektor oddziału Funduszu niezwłocznie dokonuje weryfikacji wniosku. W przypadku stwierdzenia braków formalnych wzywa się osobę, która złożyła wniosek, do usunięcia braków formalnych, wyznaczając termin nie krótszy niż 14 dni od dnia otrzymania wezwania, pod rygorem pozostawienia wniosku bez rozpatrzenia. Dyrektor oddziału Funduszu może w części IC wniosku, wskazać świadczeniodawcę posiadającego umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, który przeprowadzi leczenie lub badania diagnostyczne w zakresie objętym wnioskiem w terminie wcześniejszym niż dopuszczalny czas oczekiwania określony we wniosku, po dokonaniu niezbędnych uzgodnień z tym świadczeniodawcą. W przypadku wskazania powyższego świadczeniodawcy, dyrektor oddziału Funduszu wydaje decyzję w sprawie odmowy wydania wnioskodawcy zgody na leczenie zagraniczne.

Zgoda instytucji właściwej

Dyrektor oddziału Funduszu może (ale nie ma takiego obowiązku) przesłać otrzymany wniosek, wraz z kopią dokumentacji medycznej, do konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie medycyny właściwej ze względu na zakres wnioskowanego leczenia lub badań diagnostycznych w celu zaopiniowania. Ponadto dyrektor oddziału Funduszu przesyła (obligatoryjnie) wniosek, wraz z kopią dokumentacji medycznej, w zakresie objętym tym wnioskiem i pisemną informacją do konsultanta wojewódzkiego, w przypadku gdy w części IB wniosku wnosi o to osoba składająca wniosek. Konsultant wojewódzki przekazuje do oddziału Funduszu, w terminie nie dłuższym niż 10 dni roboczych od dnia otrzymania wniosku, wniosek ten zaopiniowany w części IV wraz z kopią dokumentacji medycznej. Dyrektor oddziału Funduszu, rozpatrując wniosek, może zasięgać opinii innych osób wykonujących zawód medyczny lub podmiotów leczniczych, posiadających profesjonalną wiedzę w zakresie wnioskowanego leczenia lub badań diagnostycznych. Dyrektor oddziału Funduszu może wybrać inny niż wskazany

we wniosku zagraniczny podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych, działający w państwie członkowskim UE/EFTA.

Zgodę na uzyskanie świadczeń zdrowotnych i pokrycie kosztów transportu wydaje dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu, zasadniczo właściwego ze względu na miejsce zamieszkania świadczeniobiorcy na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej. Dyrektor oddziału Funduszu w terminie 5 dni roboczych od dnia otrzymania dokumentów (wniosek z wypełnioną częścią IB, II, III i VI wraz z dokumentacją medyczną) lub zakończenia uzgodnień z zagranicznym podmiotem udzielającym świadczeń zdrowotnych lub otrzymania dokumentów od konsultanta wojewódzkiego lub otrzymania opinii osoby wykonującej zawód medyczny/podmiotu leczniczego wydaje decyzję w sprawie wydania albo odmowy wydania zgody na uzyskanie świadczenia opieki zdrowotnej albo jego kontynuację w innym państwie członkowskim UE/EFTA. W przypadku wydania zgody na uzyskanie świadczenia opieki zdrowotnej albo jego kontynuację w innym państwie członkowskim UE/EFTA oddział Funduszu niezwłocznie, w terminie nie dłuższym niż 2 dni robocze od dnia jej wydania, wypełnia i poświadcza odpowiednie zaświadczenie, o którym mowa w przepisach o koordynacji, oraz przekazuje je osobie składającej wniosek. **Udzielwszy zgody, instytucja właściwa zobowiązuje się do pokrycia kosztów udzielonych świadczeń.** Oddział Funduszu pokrywa koszty transportu, na pokrycie kosztów którego została wydana zgoda, na podstawie faktury lub rachunku wystawionego przez podmiot wykonujący transport.

Od decyzji odmawiających wydania zgody na świadczenia zdrowotne i pokrycie kosztów transportu przysługuje odwołanie do prezesa Funduszu. Należy przyjąć, że od rozstrzygnięcia prezesa NFZ (czyli decyzji) przysługuje odwołanie w formie skargi do sądu administracyjnego. Uprawnionym do wniesienia skargi do wojewódzkiego sądu administracyjnego będzie przede wszystkim osoba składająca wniosek o zgodę na leczenie zagraniczne. Skargę należy wnieść w terminie trzydziestu dni od doręczenia odmowy wyrażenia zgody za pośrednictwem NFZ.

Reasumując, **polski świadczeniobiorca ma prawo w ramach systemu koordynacji do wyjazdu do innego państwa członkowskiego UE lub Islandii, Lichtensteinu, Norwegii oraz Szwajcarii (czyli państw EFTA) w celu przeprowadzenia tam leczenia lub kontynuacji leczenia za zgodą dyrektora oddziału wojewódzkiego NFZ, która to stanowi podstawę do zwrotu kosztów uzyskanych świadczeń zagranicznych.** Ponadto dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu może wydać wnioskodawcy, który uzyskał powyższą zgodę (na konkretne świadczenie), na wniosek podmiotu uprawnionego, w drodze decyzji administracyjnej, zgodę na pokrycie kosztów transportu:

1. do miejsca udzielenia świadczeń w innym państwie członkowskim UE lub państwie członkowskim Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) – najtańszym środkiem komunikacji możliwym do zastosowania w aktualnym stanie zdrowia, w przypadkach uzasadnionych stanem zdrowia;
2. do miejsca leczenia lub zamieszkania w kraju – najtańszym środkiem komunikacji możliwym do zastosowania w aktualnym stanie zdrowia, w przypadkach uzasadnionych stanem zdrowia.

Wiedza o możliwości planowanego leczenia na terytorium Unii Europejskiej finansowanego przez NFZ nie jest jeszcze zbyt duża i dlatego wymaga upowszechnienia wśród pacjentów, m.in. przez lekarzy. Aktualne przepisy są bardziej liberalne niż obowiązujące do listopada 2014 roku, a zgody na leczenie w UE są coraz częściej wydawane przez dyrektorów OW NFZ.



FDI Poznań 2016 – wszystko gotowe

Kilkanaście miesięcy temu, kiedy organizatorzy Kongresu FDI zapowiadali, że Poznań na kilka dni zostanie stolicą światowej stomatologii, wielu powątpiewało w tę deklarację. Na chwilę przed rozpoczęciem wydarzenia, nikt nie ma już takich wątpliwości.

Fakty mówią same za siebie. Niewiele jest wydarzeń przeznaczonych dla środowiska stomatologicznego o tak międzynarodowym charakterze. W drugim tygodniu września w Poznaniu będą: uczyć się, testować najnowszy sprzęt i materiały, obradować oraz integrować się lekarze dentyści ze 115 krajów. Odległość nie przestraszyła delegatów z USA, Kanady czy Australii, którzy w wyjątkowo dużych grupach stawiają się w Poznaniu. Równie silne reprezentacje do stolicy Wielkopolski oddelegowali Ukraińcy oraz Norwegowie. Wśród gości FDI 2016 Poznań nie zabraknie stomatologów z takich krajów jak: Benin, Kolumbia, Dominikana, Etiopia, Ghana, Gwatemala, Mali, Mauretania, Mozambik, Nepal, Namibia, Rwanda, Seszele, Syria a nawet Vanuatu. Nazwy wszystkich państw uczestniczących w kongresie zostaną uroczystie odczytane podczas ceremonii otwarcia, zaplanowanej na 7 września o godz. 18.00 (wstęp wolny).

Co ta międzynarodowość oznacza dla polskiej stomatologii?

Fachowcy nie mają wątpliwości, że kongres jest wyjątkową szansą na promocję osiągnięć polskiej dentystyki, zarówno tej w wymiarze naukowym, jak i przemysłowej.

Panteon wybitnych speakerów kongresu powiększył się o Polaków, nie tylko z kurtuazji FDI, nie jest wyłącznie podziękowaniem za gospodarski trud włożony w przygotowanie wydarzenia. Polscy specjaliści przemówią do całego świata, ponieważ wiedzą w niczym nie odstają od ekspertów z innych krajów. Praktycy z kraju właściwie zdominowali część warsztatową, aż 162 prace zostaną zaprezentowane w ramach sesji plakatowych i ustnych (tzw. free communications, w sumie ponad 700) – to nie może pozostać niezauważone przez światową stomatologię.

Podobne oczekiwania wiążą z kongresem polscy producenci i dystrybutorzy sprzętu i materiałów stomatologicznych. W Poznaniu ofertę zaprezentują co najmniej 82 krajowe firmy. W sumie, w Światowej Wystawie Stomatologicznej FDI, która w tym

roku zastępuje popularne CEDE, udział potwierdziło ponad 300 firm z 35 krajów świata. To więcej niż liczba wystawców, którzy w ostatnich latach uczestniczyli w takich samych imprezach, organizowanych z logiem FDI w: Bangkoku, New Delhi, Stambule i Hongkongu.

Co ta międzynarodowość oznacza dla polskiego lekarza dentysty?

Być może nieco oszołomionego i pełnego nieufności wobec – bądź co bądź – nowego wydarzenia w kalendarzu? Przede wszystkim niezliczoną ilość okazji do zaktualizowania wiedzy lub pozyskania nowej w oparciu o doświadczenia kolegów właściwie z każdego kontynentu. Dla przykładu: prof. Aldo Brungnera z Brazylii zaprezentuje badania dotyczące fototerapii laserowej w stomatologii, prof. Jean-Christophe Fricain z Francji opowie, w jaki sposób nie przeoczyć złośliwego nowotworu błony śluzowej jamy ustnej, Brytyjczyk prof. Stephen Williams omówi stosowanie biomechaniki i kontroli tarcia w połączeniu z wykorzystaniem zamków typu twin, dr Julian Conejo z Kostaryki przedstawi protokół postępowania u pacjentów ze starciem zębów.

Co ta międzynarodowość oznacza dla Poznania?

Miasto – owszem – przyzwyczajone jest do dużych wydarzeń, ale to będzie wyjątkowe. Kongresem będzie żył cały Poznań: na lotnisku, dworcu kolejowym oraz w największych hotelach zostaną zlokalizowane punkty informacyjne. Przez te kilka dni wszystkie drogi – przynajmniej o poranku – będą prowadzić na tereny Międzynarodowych Targów Poznańskich. Wieczorem uczestnicy zapewne szczerze wypełnią restauracje, puby, kluby, a nawet teatry. Integracja to ważna część kongresów FDI, być może ważniejsza niż wydaje się to Światowej Federacji Dentystycznej. W końcu, aby być „głosem całego środowiska stomatologicznego na świecie” – a tak FDI lubi mówić o swojej roli – trzeba to środowisko znać i rozumieć.

Tekst Łukasz Sowa,
rzecznik prasowy FDI 2016 Poznań

ZAPRASZAMY DO POZNANIA!

Światowy Kongres Dentystyczny FDI

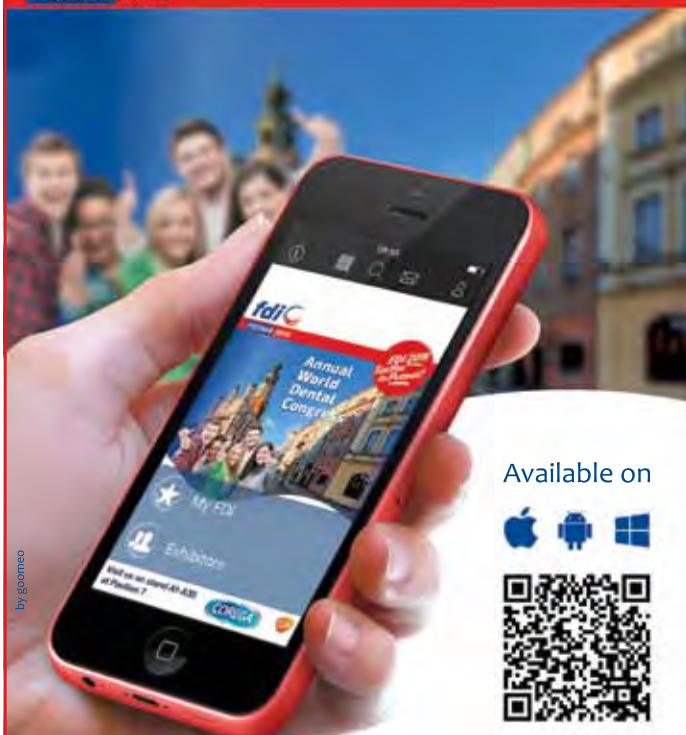
7-10 września 2016 r.



Warto pamiętać!

- Oficjalna, bezpłatna aplikacja mobilna FDI 2016 Poznań dostępna jest w sklepach internetowych: App Store, Google Play oraz Windows Store.
- Wstęp na Światową Wystawę Stomatologiczną jest bezpłatny po wcześniejszej rejestracji.
- Oficjalnym językiem kongresu jest język angielski, natomiast wszystkie wykłady będą tłumaczone symultanicznie na język polski.
- Można rejestrować się na cały kongres lub wybrany dzień.
- Rezerwacja noclegu rekomendowana jest przez www.fdi2016poznan.org
- Dla wygody uczestników zorganizowane będą tzw. shuttle bus, które odbiorą gości z wyznaczonych miejsc Poznania i dowiozą na teren MTP (po południu w stronę odwrotną).
- Identyfikator kongresu będzie stanowił bilet na komunikację miejską w Poznaniu.
- Gwiazdami ceremonii otwarcia będą: Grupa MoCarta oraz Ireneusz Krosny. Wstęp bezpłatny.

Download FDI Poznan mobile app



Źródło grafiki: www.pixabay.com/photos/mountain-484542/jackal211

V RAJD KARKONOSKI

Mariola Sędzimirska i Dariusz Zabłocki zapraszają na V Jubileuszowy Rajd Karkonoski, który odbędzie się tradycyjnie w ostatni weekend września: **23-25.09.2016 r.** w „Ameryce”. Całkowity koszt imprezy (2 noclegi, 2 śniadania, jedna obiadokolacja) wynosi **200 zł**. Prosimy o dokonywanie wpłat na konto Dolnośląskiej Izby Lekarskiej we Wrocławiu: 17 1540 1030 2001 7753 6075 0001 do 15 września 2016 r. z dopiskiem „V Rajd Karkonoski”.

Mariola i Darek



Bieg Uniwersytetu Medycznego 2016 odbędzie się **1 października 2016**, start i meta przy USK, ul. Borowska 213. Dystans biegu to 10 km. Tak jak w ubiegłym roku odbędą się:

- mistrzostwa lekarzy,
- mistrzostwa studentów i pracowników Uniwersytetu Medycznego,
- mistrzostwa pracowników Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego,
- mistrzostwa fizjoterapeutów.

Wszystkich biegaczy zapraszamy do rejestracji na stronie: **www.bieg.umed.wroc.pl**



ZJAZD ABSOLWENTÓW AKADEMII MEDYCZNEJ WE WROCŁAWIU ROCZNIK 1967

Zapraszamy na uroczyste obchody z okazji 50-lecia uzyskania absolutorium, które odbędą się 13 maja 2017 r. we Wrocławiu.

Program zjazdu

13 maja 2017 r. (sobota)

godz. 10.00 Msza święta (kościół
Najświętszego Imienia
Jezus, pl. Uniwersytecki 1)

CZĘŚĆ OFICJALNA

Uniwersytet Wrocławski,
Oratorium Marianum
godz. 11.00 Śniadanie studenckie
– foyer Oratorium Marianum
Uniwersytetu Wrocławskiego
godz. 12.00 Otwarcie zjazdu – Oratorium
Marianum Uniwersytetu
Wrocławskiego
godz. 12.15 Wystąpienie chóru Medici
Cantantes Uniwersytetu
Medycznego
Przemówienie JM rektora UM
i uroczyste wręczenie dyplomów
Wykład okolicznościowy
Wspólne zdjęcia pamiątkowe
godz. 14.00 Zwiedzanie Wieży
Matematycznej i wystawy „300
lat Uniwersytetu Wrocławskiego”
godz. 20.00 Uroczysta kolacja – Haston
City Hotel, ul. Irysowa
1-3, 51-111 Wrocław

Oплата za uczestnictwo w zjeździe wynosi:
całkowity koszt – 350 zł,
osoba towarzysząca na bankiecie – 200 zł,
tylko część oficjalna
(bez uroczystej kolacji) – 150 zł.

Wpłaty prosimy dokonywać na konto Dolnośląskiej Izby Lekarskiej we Wrocławiu:
17 1540 1030 2001 7753 6075 0001
do 31.12.2016 r. z dopiskiem „Zjazd 1967
lub bezpośrednio w DIL we Wrocławiu przy
ul. Kazimierza Wielkiego 45 u p. Patrycji Ma-
lec (poddasze). Koleżanki prosimy o podanie
nazwiska obecnego oraz panieńskiego. Za-
kwaterowanie we własnym zakresie (nie jest
wliczone w cenę zjazdu).

Za Komitet Organizacyjny
Danuta Żytikiewicz-Jaruga,
Ziemisław Stępniewski

ZJAZD ABSOLWENTÓW WYDZIAŁU LEKARSKIEGO AKADEMII MEDYCZNEJ WE WROCŁAWIU ROCZNIK 1986

30 LAT PO DYPLOMIE!

19 listopada 2016 r. (sobota), godz. 19.00
Haston City Hotel
51-117 Wrocław, ul. Irysowa 1-3

Szanowne Koleżanki, Szanowni Koledzy!
Osoby zainteresowane udziałem w spotka-
niu towarzyskim proszone są o dokonywanie
wpłat w wysokości **250 zł** od osoby na konto
Dolnośląskiej Izby Lekarskiej we Wrocławiu:
17 1540 1030 2001 7753 6075 0001

do 30.09.2016 r. z dopiskiem „Zjazd 1986”
(prosimy o podanie danych uczestnika/
uczestników) lub bezpośrednio w DIL we
Wrocławiu przy ul. Kazimierza Wielkiego 45
u p. Patrycji Malec (poddasze).

Komitet Organizacyjny:
Dorota Kustrzycka-Kratochwil
(e-mail: dkratochwil@plusnet.pl),
Halina Jamroży-Morawiak
(e-mail: hala.morawiak@interia.pl),
Hanna Gerber (e-mail: hanna.gerber@wp.pl)

ZJAZD ABSOLWENTÓW WYDZIAŁU LEKARSKIEGO AKADEMII MEDYCZNEJ WE WROCŁAWIU ROCZNIK 1992

Zapraszamy na spotkanie koleżeńskie z oka-
zji 25-lecia ukończenia Wydziału Lekarskiego
Akademii Medycznej we Wrocławiu, które od-
będzie się w dniach 2-4 czerwca 2017 r. Miej-
scem spotkania będzie ośrodek Vital&SPA
Resort Szarotka w Zieleńcu.

Program zjazdu

2 czerwca 2017 r. (piątek)
od godz. 14.00 Zakwaterowanie w ośrodku
godz. 19.00 Grill przy biesiadnej muzyce
3 czerwca 2017 r. (sobota)
godz. 8.00-10.00 Śniadanie, czas wolny,
spacer po Zieleńcu
godz. 14.30 Pamiątkowe zdjęcie
grupowe przed ośrodkiem
godz. 15.00 Obiad, czas wolny
godz. 19.30 Wspólne zdjęcia pamiątkowe
godz. 20.00 Bankiet
4 czerwca 2017 r. (niedziela)
godz. 9.00-10.00 Śniadanie i pożegnania

Oплата za uczestnictwo w zjeździe wynosi od
absolwenta/osoby towarzyszącej:
piątek-niedziela z noclegami – 450 zł,
sobota-niedziela z noclegiem – 350 zł,
piątek-sobota z noclegiem – 250 zł.

Wpłaty prosimy dokonywać na konto Dolnośląskiej Izby Lekarskiej we Wrocławiu:
17 1540 1030 2001 7753 6075 0001
do 31.12.2016 r. z dopiskiem „Zjazd 1992 L”
lub bezpośrednio w DIL we Wrocławiu przy
ul. Kazimierza Wielkiego 45 u p. Patrycji Malec
(poddasze). Panie prosimy o podanie nazwi-
ska obecnego oraz panieńskiego.

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

UWAGA!!! W ośrodku zapewnione jest bez-
płatne 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 promo-
cyjnych cenach.

Za Komitet Organizacyjny
Agata Kot,
Ewa Wesołowska-Szepietowska,
Robert Seifert

ZJAZD ABSOLWENTÓW WYDZIAŁU LEKARSKIEGO AKADEMII MEDYCZNEJ WE WROCŁAWIU ROCZNIK 1996

Zapraszamy na spotkanie koleżeńskie z oka-
zji 20-lecia ukończenia Wydziału Lekarskiego
Akademii Medycznej we Wrocławiu, które
odbędzie się w dniach 23-25 września 2016 r.
w hotelu „Kudowa*****” (ul. Buczka 16, 57-350
Kudowa-Zdrój).

Program zjazdu

23 września 2016 r. (piątek)
od godz. 14.00 Zakwaterowanie w hotelu
godz. 19.00 Grill przy biesiadnej muzyce
24 września 2016 r. (sobota)
godz. 8.00-10.00 Śniadanie
godz. 14.30 Pamiątkowe zdjęcie
grupowe
godz. 15.00 Obiad, czas wolny
godz. 19.30 Wspólne zdjęcia pamiątkowe
godz. 20.00 Bankiet
25 września 2016 r. (niedziela)
godz. 9.00-10.00 Śniadanie i pożegnania

Oплата za uczestnictwo w zjeździe wynosi od
absolwenta/osoby towarzyszącej:
piątek-niedziela z noclegami – 450 zł,
sobota-niedziela z noclegiem – 350 zł,
piątek-sobota z noclegiem – 250 zł.

Wpłaty prosimy dokonywać na konto Dolnośląskiej Izby Lekarskiej we Wrocławiu:
17 1540 1030 2001 7753 6075 0001
do 10.09.2016 r. z dopiskiem „Zjazd 1996 L”
lub bezpośrednio w DIL we Wrocławiu przy
ul. Kazimierza Wielkiego 45 u p. Patrycji Malec
(poddasze). Panie prosimy o podanie nazwi-
ska obecnego oraz panieńskiego.

UWAGA!!! W hotelu zapewnione jest bez-
płatne korzystanie ze strefy SPA (basen kryty
z atrakcjami, jacuzzi, świat saun), jak również
dostęp do bezprzewodowego internetu oraz
duży, bezpłatny, monitorowany parking. Po-
nadto uczestnicy zjazdu mają zapewnione
15 proc. zniżki na zabiegi w SPA.

Za Komitet Organizacyjny
Urszula Kołpa, Krzysztof Szymczak,
Zbigniew Winkel

Uchwały Prezydium Dolnośląskiej Rady Lekarskiej z dnia 9 czerwca 2016 roku

NR 64/2016

w sprawie wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą

Uchwały Dolnośląskiej Rady Lekarskiej z dnia 23 czerwca 2016 roku

NR 66/2016

*w sprawie udziału lekarza
w konsylium lekarskim*

§ 1

Dolnośląska Rada Lekarska we Wrocławiu wyraża zgodę na udział prof. dr. n. med. Oliviera Kaschke, ordynatora Klinicznego Oddziału Otolaryngologii Szpitala Św. Gertrudy w Berlinie, w dniach 26-27 sierpnia 2016 r. w konsylium lekarskim na temat operacyjnego leczenia przewlekłego zapalenia zatok przynosowych i wykonywanie zabiegów operacyjnych, których potrzeba wynika z tego konsylium w Medicus Dolnośląskie Centrum Laryngologii Sp. z o. o. we Wrocławiu, na zaproszenie prezesa zarządu dr. n. med. Macieja Mazura.

NR 67/2016

*w sprawie dofinansowania
zjazdu absolwentów*

§ 1

Dolnośląska Rada Lekarska we Wrocławiu wyraża zgodę na dofinansowanie kwotą w wysokości 5000 zł Jubileuszowego Zjazdu Absolwentów Akademii Medycznej we Wrocławiu – rocznik 1967, który odbędzie się w 50. rocznicę ukończenia studiów.

NR 68-69 i 80-83/2016

*w sprawie zwolnienia z obowiązku opłacania
miesięcznej składki członkowskiej*

NR 70/2016

*w sprawie wydania opinii dot.
kandydata na konsultanta*

§ 1

Dolnośląska Rada Lekarska we Wrocławiu pozytywnie opiniuje kandydaturę prof. dr. hab. Mariana Gabrysia na konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie położnictwa i ginekologii.

NR 71/2016

*w sprawie wydania opinii dot.
kandydata na konsultanta*

§ 1

Dolnośląska Rada Lekarska we Wrocławiu pozytywnie opiniuje kandydaturę lek. Andrzeja Antończyka na konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie toksykologii klinicznej.

NR 72/2016

*w sprawie wydania opinii dot.
kandydata na konsultanta*

§ 1

Dolnośląska Rada Lekarska we Wrocławiu pozytywnie opiniuje kandydaturę prof. dr hab. Barbary Iwańczak na konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie gastroenterologii dziecięcej.

NR 73/2016

*w sprawie wydania opinii dot.
kandydata na konsultanta*

§ 1

Dolnośląska Rada Lekarska we Wrocławiu pozytywnie opiniuje kandydaturę dr hab. n. med. Marii Ejmy na konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie neurologii.

NR 74/2016

*w sprawie wniosku o dofinansowanie
przewodu doktorskiego*

§ 1

Dolnośląska Rada Lekarska we Wrocławiu, po rozpatrzeniu wniosku o dofinansowanie przewodu doktorskiego, wyraża zgodę na przyznanie p. mgr (...) kwoty w wysokości 1500 zł, po uzyskaniu tytułu doktora.

NR 75/2016

*w sprawie zmiany Regulaminu
organizacyjnego biura DIL*

§ 1

Dolnośląska Rada Lekarska we Wrocławiu dokonuje zmiany Regulaminu organizacyjnego biura DIL w zakresie schematu organizacyjnego biura DIL w następujący sposób:

1. likwidacji ulega stanowisko kierownika sekretariatu DIL,
2. tworzy się stanowisko kierownika kancelarii Okręgowego Sądu Lekarskiego DIL.

NR 76/2016

*w sprawie wyboru wiceprezesa
Dolnośląskiej Rady Lekarskiej*

§ 1

Dolnośląska Rada Lekarska we Wrocławiu dokonała wyboru wiceprezesa Dolnośląskiej Rady Lekarskiej w osobie dr. n. med. Piotra Knasta.

NR 78/2016

*w sprawie zobowiązania lekarza do
odbycia przeszkolenia w związku
ze stwierdzeniem przerwy
w wykonywaniu zawodu*

NR 79/2016

w sprawie zakupu telewizora

§ 1

Dolnośląska Rada Lekarska we Wrocławiu wyraża zgodę na zakup telewizora dla Klubu Lekarza w kwocie do 10 tys. zł.

NR 84/2016

w sprawie ubezpieczenia lekarzy stażystów

§ 1

Dolnośląska Rada Lekarska we Wrocławiu wyraża zgodę na zawarcie umowy ubezpieczenia lekarzy stażystów z Towarzystwem Ubezpieczeń INTER Polska S.A. od 01.10.2016 r. do 31.10.2017 r.

Stanowiska Dolnośląskiej Rady Lekarskiej z dnia 23 czerwca 2016 roku

NR 4/2016

Dolnośląska Rada Lekarska we Wrocławiu popiera postulaty i działania Porozumienia Rezydentów wchodzącego w struktury organizacyjne Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy, mające na celu poprawę jakości szkolenia specjalizacyjnego oraz podwyższenie wysokości wynagrodzenia dla lekarzy w trakcie specjalizacji, a także po jej zakończeniu.

Uchwały Dolnośląskiej Rady Lekarskiej z dnia 21 lipca 2016 roku

NR 78/2016

*w sprawie zobowiązania lekarza do odbycia przeszkolenia w związku
ze stwierdzeniem przerwy w wykonywaniu zawodu*

NR 79/2016

w sprawie zakupu telewizora

§ 1

Dolnośląska Rada Lekarska we Wrocławiu wyraża zgodę na zakup telewizora dla Klubu Lekarza w kwocie do 10 tys. zł.

NR 80-83/2016

*w sprawie zwolnienia z obowiązku opłacania
miesięcznej składki członkowskiej*

NR 84/2016

w sprawie ubezpieczenia lekarzy stażystów

§ 1

Dolnośląska Rada Lekarska we Wrocławiu wyraża zgodę na zawarcie umowy ubezpieczenia lekarzy stażystów z Towarzystwem Ubezpieczeń INTER Polska S.A. od 01.10.2016 r. do 31.10.2017 r.

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



Komisja Kształcenia Dolnośląskiej Rady Lekarskiej we Wrocławiu
zaprasza na kurs medyczny

pt. „ETYCZNE MANIPULOWANIE, CZYLI JAK SKUTECZNIE WYWIERAĆ WPŁYW NA PACJENTÓW I WSPÓŁPRACOWNIKÓW”

który odbędzie się w następujących terminach:

I grupa 17 września 2016 r. (sobota) **BRAK MIEJSC**
III grupa 19 listopada 2016 r. (sobota)

II grupa 15 października 2016 r. (sobota) **BRAK MIEJSC**
IV grupa 10 grudnia 2016 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 przysługuje 6 punktów edukacyjnych.

Program kursu

Wywieranie wpływu, perswazja, manipulacja – to często zamiennie używane określenia. Prof. Marek Tokarz w swojej książce „Argumentacja, perswazja, manipulacja” pisze: „Manipulacja to ogół taktyk i trików właściwych dla perswazji niejawniej bez względu na ich ocenę moralną”. Inna definicja mówi: „Manipulacja to sterowanie ludźmi wbrew ich interesom, jak również wbrew ich woli, często bez udziału ich świadomości”. Jak widać manipulacji towarzyszą pejoratywne skojarzenia. Ale czy byłoby również takie, gdyby „sterowanie” albo „triki” służyły interesom manipulowanych?

Szkolenie dotyczy dobrej, zdrowej manipulacji, dzięki której obie strony odnoszą korzyści. Ta etyczna manipulacja to skuteczne wywieranie wpływu dające siłę skuteczności oddziaływania w realizacji celów zawodowych i prywatnych. Szkolenie umocni i rozwinie posiadane przez uczestników umiejętności wywierania wpływu oraz pozwoli na włączenie do „perswazyjnego portfolio” nowych subtelnych technik. Ważnym efektem szkolenia będzie także wzmocnienie indywidualnej odporności na manipulacyjne oddziaływania innych.

Część seminaryjna

- perswazja a manipulacja
- model perswazji Yale
- struktura postaw psychologicznych i sposoby ich kształtowania
- zachowania zwiększające skuteczność przekonywania
- argumentacja i konstrukcje komunikacyjne trwale zapamiętywane i wpływające na zmiany postaw
- prawa perswazji i ich praktyczne wykorzystywanie
- naiwne taktyki manipulacyjne (presja, szantaż, kłamstwo) i sposoby obrony przed nimi

Część praktyczna

- sposoby budowania autorytetu lekarza i wzmacniania własnej wiarygodności
- formułowanie przekonujących komunikatów opartych na mieszanej argumentacji racjonalno-emocjonalnej
- dopasowywanie przekazu i zachowań do różnych pacjentów i współpracowników
- praktyczne wykorzystywanie praw perswazji i perswazyjnych konstrukcji językowych
- skuteczna obrona przed manipulacyjnymi zachowaniami pacjentów i współpracowników

Osoby zainteresowane wzięciem udziału w warsztatach proszone są **WYŁĄCZNIE O PISEMNE** zgłaszanie się do Komisji Kształcenia DRL: e-mail: komisjaksztalcenia@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 warsztaty

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

które odbędą się w następujących terminach:

17 września 2016 r. (sobota) **BRAK MIEJSC**
19 listopada 2016 r. (sobota)

15 października 2016 r. (sobota) **BRAK MIEJSC**
10 grudnia 2016 r. (sobota)

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

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

Wykładowcy: dr n. med. Jacek Smereka i lek. Marek Brodzki

Uczestnikowi warsztatów przysługuje 6 punktów edukacyjnych.

Program warsztatów

Część seminaryjna

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 krtaniowej i l-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 warsztatach proszone są **O PISEMNE** zgłaszanie się do Komisji Kształcenia DRL: e-mail: komisjaksztalcenia@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. „INTELIGENCJA EMOCJONALNA W ZAWODZIE LEKARZA.
JAK ZARZĄDZAĆ SWOIMI EMOCJAMI W SYTUACJACH KONFLIKTOWYCH
Z PACJENTAMI I/LUB WSPÓŁPRACOWNIKAMI?”**

który odbędzie się **8 października 2016 r. (sobota) w godz. 9.00-15.00**
w sali klubowej Dolnośląskiej Izby Lekarskiej przy al. Matejki 6 we Wrocławiu.

Wykładowca – mgr Anna Masternak, psycholog, trener komunikacji,
wykładowca na Warszawskim Uniwersytecie Medycznym, konsultant w Uniwersyteckim Centrum Zdrowia Kobiety i Noworodka w Warszawie
Uczestnikowi kursu przysługuje 6 punktów edukacyjnych.

Zagadnienia

Na szkoleniu znajdziecie Państwo odpowiedzi na następujące pytania:

1. jak przejąć panowanie nad swoim samopoczuciem i emocjami w pracy?,
2. dlaczego urlop w Tajlandii nie pomaga na długo?,
3. co nas tak bardzo denerwuje w innych ludziach?,
4. jaka jest dynamika emocji? Kiedy poczucie krzywdy zamienia się w złość?,
5. jakie są metody studzenia emocji natychmiast?,
6. złośliwie, aluzyjnie i sarkastycznie – narzędzia inteligentnych ludzi w kłótni. Czy można inaczej?,
7. jak wyrazić złość i niezadowolenie wprost, ale bez ranienia drugiej osoby?,
8. kiedy i którędy „wkręcamy się” w kłótnię? Jakie mechanizmy nas zaślepiają?,
9. jakie mamy możliwości zareagowania na agresję?,
10. jak uczynić swoje kłótnie czymś innym niż przegadywaniem się?,
11. co robić, żeby nie przeżywać sytuacji długie godziny po jej zakończeniu?,
12. jak przechodzić z konfliktu do zrozumienia i porozumienia?,
13. którędy droga do opanowania i spokoju w trudnych sytuacjach międzyludzkich?

Osoby zainteresowane wzięciem udziału w kursie proszone są WYŁĄCZNIE O PISEMNE zgłaszanie się do Komisji Kształcenia DRL:
e-mail: komisjaskształcenia@diinet.wroc.pl O uczestnictwie decyduje kolejność zgłoszeń. Maksymalna liczba uczestników – 25 osób.

W przypadku większej liczby zainteresowanych kursem niż zaplanowana ilość miejsc,
zostanie utworzona lista rezerwowa uczestników na kolejną edycję szkolenia.

Fundacja na Rzecz Dzieci Zagłębia Miedziowego w Legnicy,
Katedra i Zakład Higieny UM we Wrocławiu, Instytut Ochrony Środowiska w Warszawie,
Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, Instytut Medycyny Pracy i Zdrowia Środowiskowego w Sosnowcu,
Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Legnicy, Państwowa Medyczna Wyższa Szkoła Zawodowa w Opolu,
Oddział Dolnośląski Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego i Polskie Towarzystwo Medycyny Środowiskowej
zapraszają na

XIX Konferencję Naukową
„25 lat w trosce o zdrowie dzieci w środowisku przemysłowym, miejskim i wiejskim”

która odbędzie się w dniach **25-26 listopada 2016 r. w Legnicy.**

Od 25 lat Fundacja na Rzecz Dzieci Zagłębia Miedziowego w Legnicy realizuje kompleksowy program ochrony dzieci przed narażeniem na ołów i inne czynniki środowiskowe. Badanie obciążenia ołowiem wykonano u 200 tys. dzieci, ponad 20 tys. uczestniczyło w turnusach profilaktyczno-leczniczych, a kilkaset tys. rodziców i dzieci wzięło udział w edukacji zdrowotno-ekologicznej. Prowadzona jest działalność naukowa. Zwieńczeniem 25 lat działalności Fundacji będzie XIX Międzynarodowa Konferencja Naukowa, nad którą patronat objęli rektorzy: UM we Wrocławiu, ŚUM w Katowicach, PWSZ w Legnicy, PMWSZ w Opolu.

Zapraszamy wszystkich zainteresowanych możliwością dyskusji, wymiany doświadczeń oraz przedstawienia osiągnięć naukowych z zakresu zdrowia środowiskowego do nadsyłania zgłoszeń na tegoroczną konferencję na adres Biura Organizacyjnego:



Fundacja na Rzecz Dzieci Zagłębia Miedziowego
ul. Okrzei 10, 59-220 Legnica
e-mail: konferencja.legnica@gmail.com fundajakonferencja@wp.pl
tel. 76 852 20 56, tel./fax. +48 76 852 21 23
kom. +48 696 18 20 59 lub +48 576 469 819

Więcej informacji oraz I komunikat konferencyjny na stronie internetowej: www.fundacja.legnica.pl

Zgłoszone wykłady:

1. prof. dr hab. Krystyna Pawlas (WUM, Wrocław): *Zdrowie dziecka a jego środowisko*
2. prof. dr hab. med. Zbigniew Rudkowski (PWMSzZ w Opolu): *Czy obciążenie ołowiem dzieci nadal jest problemem zdrowia środowiskowego?*
3. prof. dr hab. Wojciech Hanke (IMP Łódź): *Wpływ ekspozycji na fatalny przebieg i wynik ciąży oraz stan zdrowia i rozwój neurobehawioralny dzieci w pierwszych latach po urodzeniu – Polska Kohorta Matka-Dziecko (REPRO_PL)*
4. dr hab. Kinga Polańska, prof. nadzw. (IMP Łódź): *Zanieczyszczenie powietrza a stan zdrowia i rozwój psychoruchowy dzieci – Polska Kohorta Matka-Dziecko (REPRO_PL)*
5. dr hab. Joanna Jurewicz (IMP Łódź): *Wpływ czynników środowiskowych na płodność mężczyzn*
6. prof. dr Ludmiła Klimackaja (Krasnojarsk – Federacja Rosyjska): *Psychoemocjonalny stan pacjentów 60+ relokowanych z dalekiej północy*
7. Bartosz Balcerzak, Dorota Fabiś, Monika Ścibor, Marta Malinowska-Cieślik (Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Kraków): *Wybrane czynniki indywidualne a zachowania matek dzieci z alergią na roztocze mające na celu prozdrowotne kształtowanie środowiska domowego*



Komisja Stomatologiczna i Komisja Kształcenia Dolnośląskiej Rady Lekarskiej we Wrocławiu oraz

Oddział Dolnośląski Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego
zapraszają na konferencję, która odbędzie się **8 października 2016 r. (sobota)**
w godz. 10.00-13.30 w sali konferencyjnej Dolnośląskiej Izby Lekarskiej
przy ul. Kazimierza Wielkiego 45 we Wrocławiu.

„AKROMEALIA – PROBLEM DALEKI OD STOMATOLOGII?”

Kierownik konferencji – dr n. med. Katarzyna Herman

Uczestnikowi konferencji przysługują 3 punkty edukacyjne.

Konferencja ma charakter ogólnodostępny dla bliżej nieokreślonej liczby uczestników,
ograniczonej jedynie względami techniczno-organizacyjnymi.

Program konferencji

godz. 10.00-11.20	Czy stomatolog może rozpoznać akromegalię? dr n. med. Aleksandra Jawiarczyk-Przybyłowska
godz. 11.20-11.50	PRZERWA
godz. 11.50-13.10	Zmiany w układzie stomatognatycznym u pacjentów z akromegalią lek. dent. Katarzyna Potoczek-Wallner
godz. 13.10-13.30	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 telefonicznie pod numerami: 71 798 80 68 lub 71 798 80 81.**

Alicja Marczyk-Felba
przewodnicząca Komisji Stomatologicznej DRL

NOWI DOKTORZY

Uchwałą Rady Wydziału Lekarskiego Kształcenia Podyplomowego UM we Wrocławiu 15 czerwca 2016 r. stopień naukowy doktora w dziedzinie nauk medycznych w dyscyplinie medycyna uzyskali:

1. lek. Anna Roszkowska-Nowicka,
2. lek. Robert Piotr Skomro,
3. lek. Krzysztof Zub.

Uchwałą Rady Wydziału Lekarskiego Kształcenia Podyplomowego UM we Wrocławiu 15 czerwca 2016 r. stopień naukowy doktora habilitowanego w dziedzinie nauk medycznych w dyscyplinie medycyna uzyskali:

1. dr Maria Magdalena Bujnowska-Fedak,
2. dr Marcin Protasiewicz,
3. dr Paweł Reichert.

Uchwałą Rady Wydziału Lekarsko-Stomatologicznego UM we Wrocławiu 10 czerwca 2016 r. stopień naukowy doktora habilitowanego uzyskał **dr n. med. Zdzisław Artur Bogucki.**

Wykaz osób, którym w roku akademickim 2015/2016 nadano stopień doktora na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu

Imię i nazwisko	Data nadania stopnia	Dziedzina	Dyscyplina	Imię i nazwisko	Data nadania stopnia	Dziedzina	Dyscyplina
mgr Małgorzata Bonar	17 września 2015	nauki medyczne	biologia medyczna	mgr Marta Szandruk	17 grudnia 2015	nauki medyczne	medycyna
lek. Krzysztof Gomułka	29 października 2015	nauki medyczne	medycyna	mgr inż. Ewa Wyrodek	17 grudnia 2015	nauki medyczne	biologia medyczna
mgr Irmina Grzegorek	29 października 2015	nauki medyczne	biologia medyczna	lek. Joanna Stępień	18 lutego 2016	nauki medyczne	medycyna
lek. Agnieszka Janus	29 października 2015	nauki medyczne	medycyna	mgr Joanna Nowicka	31 marca 2016	nauki medyczne	biologia medyczna
lek. Anna Seredyn-Pieniądz	29 października 2015	nauki medyczne	medycyna	lek. Mateusz Tabin	31 marca 2016	nauki medyczne	medycyna
lek. Rafał Dzygóra	26 listopada 2015	nauki medyczne	medycyna	lek. Krzysztof Rogala	31 marca 2016	nauki medyczne	medycyna
mgr Michał Turniak	26 listopada 2015	nauki medyczne	biologia medyczna	mgr Kamila Duś-Szachniewicz	28 kwietnia 2016	nauki medyczne	biologia medyczna
mgr Beata Olejnik	26 listopada 2015	nauki medyczne	biologia medyczna	lek. Zofia Borowiec	28 kwietnia 2016	nauki medyczne	medycyna
lek. Małgorzata Gillert-Smutnicka	26 listopada 2015	nauki medyczne	medycyna	lek. Robert Woytoń	28 kwietnia 2016	nauki medyczne	medycyna
lek. Przemysław Rygał	26 listopada 2015	nauki medyczne	medycyna	lek. Małgorzata Ruczka	28 kwietnia 2016	nauki medyczne	medycyna
lek. Marta Rorat	26 listopada 2015	nauki medyczne	medycyna	lek. Marcin Zawadzki	19 maja 2016	nauki medyczne	medycyna
lek. Anna Błońska	26 listopada 2015	nauki medyczne	medycyna	mgr Aldona Bińkowska	19 maja 2016	nauki medyczne	biologia medyczna

Wykaz osób, którym w roku akademickim 2015/2016 nadano stopień doktora habilitowanego na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu

Imię i nazwisko	Data nadania stopnia	Dziedzina	Dyscyplina	Imię i nazwisko	Data nadania stopnia	Dziedzina	Dyscyplina
dr Ewa Kratz	17 grudnia 2015	nauki medyczne	biologia medyczna	dr Marcin Kos	31 marca 2016	nauki medyczne	medycyna
dr Magdalena Staniszevska	17 grudnia 2015	nauki medyczne	biologia medyczna	dr Łukasz Łaczmański	31 marca 2016	nauki medyczne	biologia medyczna
dr Wojciech Barg	18 lutego 2016	nauki medyczne	medycyna	dr Dorota Wojnicz	28 kwietnia 2016	nauki medyczne	biologia medyczna
dr Małgorzata Krzystek-Korpaczka	18 lutego 2016	nauki medyczne	biologia medyczna	dr Krystyna Laszki-Szcząchor	19 maja 2016	nauki medyczne	medycyna
dr Dorota Diakowska	31 marca 2016	nauki medyczne	biologia medyczna	dr Magdalena Orczyk-Pawłowicz	23 czerwca 2016	nauki medyczne	biologia medyczna

SILVA RERUM MEDICARUM VETERUM

– Pewien praktyczny lekarz w Szwajcarii liczył podometrem kroki swe zrobione w ciągu roku i obrachował, że ich zrobił 9.670.000 czyli dziennie średnio po 26.740, z czego wypada 600.000 do 700.000 na schody, t. j. po 1500 do 2000 kroków dziennie. Biorąc średnio po 2 metry na trzy kroki, wypadła długość drogi dziennie przebytej na 17½ kilometra.

„Przegląd Lekarski” 1894, XXXIII, 478

Niezbyt pochlebne świadectwo wystawiła szpitalnictwu miejskiemu w Petersburgu Komisja Radnych, wydelegowana do sprawdzenia bezpieczeństwa szpitali w razie pożaru. Taki np. szpital Obuchowski wywarł na komisję, jak donosi „Wracebnaja gazeta”, wrażenie przynębiające w najwyższym stopniu. Przepelnienie szpitala okropne: na 1100 miejsc-1775 chorych, którzy też leżą wszędzie – w korytarzach, na podłodze. W głównym gmachu brud niemoż-

liwy; podłogi i sufitu drewniane, wyjść bardzo mało, brak nawet najprostszyczych urządzeń na wypadek ognia. W pawilonach – drewnianych chorych dwa razy więcej, niż miejsc; zaduch i zapach straszny; w razie pożaru pawilony te, zdaniem delegatów, byłyby istnemi pułapkami, – dodać należy, że wołokoło nich złożone jest 10000 sążni



drzewa. Kuchnia szpitalna, jak okazuje się, sąsiaduje z trupiarnią, tak, że np. w lecie muchy ze zwłok wpadają wprost do jadalni, a zapach trupi bywa w kuchni nieraz tak silny, że kucharze z tego powodu porzucają swe miejsca. Służba szpitalna gnieździ się w suterynach, lekarze zaś mają mieszkania na strychu.

Zaiste, opis ten wydaje się jakąś ponurą fantazją z wieków średnich!

„Medycyna i Kronika Lekarska” 1912, XLVII, 855

**excerpta selegit
Andrzej Kierzek**

Zapiski emeryta

Lekarz TV

Oglądanie reklam telewizyjnych jest lepsze niż oglądanie seriali. Są krótsze, dowcipniejsze, ich reżyserami są często anonimowi, acz najlepsi eksperci w branży. Czasem trafi się nawet wybitny aktor/aktorka. No i ta bezcenna wiedza medyczno-farmaceutyczna.

Doświadczeni aptekarze, przepraszam... farmaceuci, twierdzą, że nawet wtedy, kiedy nie oglądają danego dnia telewizji, i tak następnego dnia wiedzą, jakie produkty były reklamowane. Z kilkudziesięciu paracetamoli na rynku wszyscy cierpiący na ból głowy domagają się tylko tego „wczorajszego”. Inne nie działają... do czasu emisji innej reklamy. Aby mieć puszyste włosy, należy oglądać wyłącznie puszyste głowy, co kilka dni wzrasta wiedza na temat schorzeń wątroby. Wiemy nawet, że po leczeniu grzybicy paznokci kostium kąpielowy pacjentki na plaży zmienia kolor z białego na żółty! Jeśli oglądamy ciekawy i emocjonujący mecz albo inne zawody sportowe (polecana forma ćwiczeń fizycznych na wakacjach), i jesteśmy spoceni – nic prostszego – wystarczy spożyć odpowiedni preparat przeciwpotny oraz uzupełnić niedobory elektrolitów, wysypując tajemniczą miksturę do odpowiednio reklamowanej wody z kranu.

Ciekawe są reklamy skierowane do maluchów, np. „gdzie podziało się moje siusiu”, albo do staruszków odnośnie do spraw męskodamskich. To znacznie zwiększa wiedzę noworodków i starszaków z zakresu chorób nefrologiczno-urologiczno-ginekologicznych.

Proponuję, aby nasz kochany minister, w związku z informacjami pojawiającymi się na końcu każdej reklamy: „Przed spożyciem konieczna konsultacja z lekarzem lub farmaceutą”, wprowadził nową specjalizację – lekarza i farmaceuty telewizyjnego.

**dr Józef emeryt
rezydent spec. lek. TV**

POMRUK SALONÓW

31 lipca wrocławski ratusz wypełnili wielbiciele talentu znanego fotografa Stefana Arczyńskiego, który tego dnia świętował swoje setne (sic!) urodziny. Z tej okazji dr Maciej Łagiewski wybrał i zaprezentował 100 najlepszych zdjęć artysty. Stefana znam od wielu lat, kilka jego fotografii pokazywanych w ratuszu zdobi ściany mojego domu. Artysta rozpoczął swą przygodę z fotografowaniem w Berlinie podczas Igrzysk Olimpijskich w 1936 roku. Od 66 lat jest wrocławianinem. W aparacie fotograficznym przemierzył nie tylko cały Dolny Śląsk, ale i cały świat. Podczas wernisażu wystawy dostojny Jubilat podpisywał albumy ze swoimi pracami. Zachęcam Was do odwiedzenia ratusza, a Jubilatowi życzę – *Ad multos annos!*

Miesiąc wcześniej 70. urodziny obchodził prof. Jan Miodek. Społeczność wrocławskiej polonistyki pożegnała swojego wieloletniego dyrektora uroczystość w gmachu uniwersytetu, a wieczorem w pięknej scenarii Ogrodu Botanicznego można było swobodnie porozmawiać z Jubilatem, który kończy też swoją działalność zawodową. Prof. Miodek znany jest wielu pokoleniom absolwentów naszej uczelni, ponieważ na spotkaniach rocznicowych wygłasza często okolicznościowe wykłady. Robi to ze znany wszystkim wdziękiem i polotem, do tego całkowicie społecznie.

Kolejne urodziny obchodziła też Maria Berny. Była senator, po zakończeniu działalności politycznej, zajęła się twórczością literacką. Po sukcesie „Wołynianki”, w której

autorka opisuje swoje dzieciństwo na Wołyniu w czasach czystek etnicznych, przyszedł czas na sympatyczną książeczkę „Klonu liść”. Każdy z uczestników urodzinowego spotkania obdarowany został „mądrymi refleksjami” Jubilatki. Mimo sędziwego wieku Maria Berny walczy o zachowanie szacunku dla minionych czasów i prawdę o rzezi wołyńskiej.

W jubileuszowy nurt wpisuje się też X Konferencja im. Jakuba Karola Parnasa. Ten wielki lwowski biochemik, mistrz naszego prof. Tadeusza Baranowskiego, padł ofiarą stalinowskich czystek. Konferencja poświęcona uczonemu była okazją do wymiany doświadczeń między wybitnymi naukowcami. W tym roku wykład inauguracyjny wygłosiła laureatka Nagrody Nobla Ada Yonath. A przedsięwzięcie zorganizował prof. Andrzej Dżugaj, który w czasach studenckich uczył mnie biochemii. Był postrachem studentów i obiektem westchnień studentek.

W czerwcu prof. Ewa Michnik zorganizowała na Stadionie Miejskim superwidowsko „Carmen” w nietypowej odsłonie, połączone z zarzucającymi show. Na olbrzymiej scenie wystąpiło 500 artystów, od gwiazd opery począwszy poprzez chóry i zespoły baletowe, pojawiły się też tańczące konie andaluzyjskie, a wszystko w rytmie hiszpańskiej muzyki. Muzyka przeplatała się z tańcem, namietność ze zbrodnią. Poznaliśmy charakterystyczną dla Hiszpanii zarzucającą (rodzaj wodewilu), którą przygotował Ignacio Garcia, hiszpański reżyser specjalizujący się w spektaklach tego typu. Wystąpiły: 12 chó-

rów i zespołów wokalnych, trzy orkiestry i osiem zespołów tanecznych. Ustępującej ze stanowiska dyrektora Opery Wrocławskiej Ewie Michnik podziękował ze sceny prezydent Wrocławia Rafał Dutkiewicz. Myślę, że Ewa Michnik wspaniale zapisała się w historii naszego miasta.

Pod koniec czerwca w Synagodze pod Białym Bocianem rozpoczęło się artystyczne lato. Zainaugurował je Sygit Band, a koncert poprowadził Korneliusz Pacuda. Na scenie wystąpili znani i cenieni wrocławianie, profesorowie: Alicja Chybicka, Jan Miodek, Marek Sasiadek, Krzysztof Wronecki oraz dr Paweł Wróblewski. Dochód z koncertu przeznaczony został na rzecz Fundacji Bente Kahan. Zespołem Sygit Band kieruje dr inż. Maciej Sygit, który jest też autorem niektórych utworów.

W zupełnie inne klimaty przeniosło nas otwarcie nowego oddziału Muzeum Narodowego, czyli Pawilonu Czterech Kopuł, gdzie można obejrzeć kolekcję sztuki polskiej z II połowy XX i XXI wieku. W olśniewających salach modernistycznego budynku znalazły się wybrane dzieła polskiej sztuki współczesnej. Możemy podziwiać prace klasyków tego nurtu: Magdaleny Abakanowicz, Władysława Hasiora, Marii Jaremy, Tadeusza Kantora, Jana Lebensteina, Jerzego Nowosielskiego, Aliny Szapocznikow, Eugeniusza Geta-Stankiewicza. Wystawa jest rewelacyjna. Koniecznie musicie ją zobaczyć.

Wasz Bywalec



13 lipca 2016 r., przeżywszy 87 lat,
zmarła

lek. stom. Krystyna Leś

(ur. 01.01.1929 r.)



Fot. z archiwum rodziny

Była lekarzem stomatologiem z zawodu i z powołania, co nie zawsze idzie w dzisiejszych czasach w parze.

Pacjentom poświęciła całe swoje życie zawodowe, nigdy nie odmawiając chorym pomocy i dbając o to, aby efekty jej działań były trwale i satysfakcjonujące. Działaczka, społecznik, altruistka, pasjonatka lekarskiego fachu.

Posiadała ponad 45-letnie doświadczenie zawodowe, stan zdrowia nie pozwolił Jej pracować dłużej.

W czasie II wojny światowej wykonywała również przymusową pracę w niemieckich fabrykach.

Żona, matka, babcia i prababcia. Pasjonatka książek i wielbicielka psów.

Na zawsze pozostanie w naszej wdzięcznej pamięci!

Rodzina, przyjaciele i pacjenci

Z żalem zawiadamiamy, że 10 maja 2016 roku
odszedł na wieczny dyżur

ppłk. lek.

Czesław Jacek Holanowski

specjalista pediatra i epidemiolog,
lekarz ma misjach pokojowych ONZ.

Rodzina

Kierownikowi Kliniki Pediatrii i Chorób Infekcyjnych
we Wrocławiu

prof. dr. hab. Leszkowi Szenbornowi

wyrazy głębokiego współczucia z powodu śmierci

Mamy

składa zespół pracowników Kliniki Pediatrii i Chorób
Infekcyjnych

Koledze **Zbigniewowi Kowalikowi** wyrazy głębokiego
współczucia z powodu śmierci

Ojca

składają koleżanki i koledzy z Koła Terenowego Lekarzy
DIL w Dzierżonowie

Naszej koleżance **dr Beacie Stanisławskiej**
wyrazy szczerego współczucia z powodu śmierci

Mamy

składają koleżanki i koledzy lekarze oraz pielęgniarki
z Oddziału Intensywnej Terapii Dziecięcej i Anestezjologii
SPSK nr 1 we Wrocławiu

19 sierpnia 2016 r. odszedł do Pana
po wieczną nagrodę w Niebie

prof. dr hab. Mieczysław Ujec

o czym zawiadamia
Katolickie Stowarzyszenie Lekarzy Polskich

Pani **dr Barbarze Miście**
wyrazy szczerego współczucia z powodu śmierci

Ojca

składają pracownicy Centrum Medycznego
Enel-Med we Wrocławiu

Pani **dr Jolancie Wojciechowskiej**,
wieloletniej zastępcy ordynatora Oddziału Wewnętrznego
w Szpitalu im. Świętej Jadwigi Śląskiej w Trzebnicy,
wyrazy szczerego współczucia z powodu śmierci

Ojca

Michała Wojciechowskiego

składają koleżanki i koledzy z Terenowego Koła DIL
w Trzebnicy

Z głębokim smutkiem zawiadamiamy, że zmarł nasz Kolega

dr n. fiz. Wojciech Baranowski

Wyrazy głębokiego współczucia Żonie

lek. Barbarze Baranowskiej

składają

koleżanki i koledzy z Delegatury DIL w Wałbrzychu

Koledze **Arkadiuszowi Zielińskiemu**
wyrazy głębokiego współczucia z powodu śmierci

Mamy

składają
koleżanki i koledzy z Koła Terenowego Lekarzy DIL
w Dzierżonowie

Wyrazy współczucia dla **dr hab. med. Izabeli Gosk-Bierskiej**
z powodu śmierci **Ojca**

prof. dr. hab. med. Adama Goska

składają

pracownicy Katedry i Kliniki Angiologii, Nadciśnienia
Tętniczego i Diabetologii UM we Wrocławiu



Doktorowi **Jackowi Zwierchowskiemu**
wyraży głębokiego współczucia z powodu śmierci

Ojca

składają koleżanki i koledzy z Kliniki Anestezjologii
i Intensywnej Terapii Uniwersyteckiego Szpitala
Klinicznego, członkowie i zarząd Koła Anestezjologów DIL
oraz Związku Zawodowego Anestezjologów

Naszym koleżankom **Renacie, Beacie i Ewie Witaszak**
wyraży szczerego współczucia z powodu śmierci

Ojca

składają
koleżanki i koledzy z Koła Powiatowego Lekarzy
Dentystów w Głogowie
Łączymy się z Wami w bólu.

Naszej Koleżance **lek. Józefie Piękoś**
wyraży szczerego współczucia z powodu śmierci

Mamy

składają
koledzy lekarze z Koła Terenowego DIL
przy Uzdrowiskach Kłodzkich SA

Z głębokim smutkiem przyjęliśmy wiadomość
o śmierci 28 lipca 2016 r.

dr n. med. Sydonii

Kuczyńskiej-Kozłowskiej

Członkowie Komisji Historycznej i Kultury DRL

Z wielkim smutkiem zawiadamiamy, że 30 czerwca 2016 r.
odeszła na wieczny dyżur

lek. Alina Barbara Trojanowa

specjalista chorób płuc

Wyraży szczerego współczucia Córce i Rodzinie
składają
koleżanki i koledzy VI rocznika AM we Wrocławiu

Naszemu Koledze **dr. n. med. Jerzemu Medyńskiemu**
wyraży najszczerzego współczucia z powodu śmierci

Brata

składają
kierownik Kliniki Chirurgii Małoinwazyjnej
i Proktologicznej USK wraz z całym zespołem

Lek. Hannie Balcerek-Dziegiar wyrazi szczerego
współczucia z powodu śmierci

Męża

składają współpracownicy NZOZ „Pod Wierzbami”
w Dzierżoniowie

Wspierając Cię w tych trudnych chwilach,
łączymy się myślą z Tobą i Twoimi Bliskimi.
Choć trudno jest znaleźć słowa otuchy, prosimy przyjmij
od nas wyrazy najszczerzego współczucia i żalu
z powodu śmierci

Córki Joanny

składają
dr Annie Jałowcy i Rodzinie
koleżanki i koledzy ze Szpitala
im. Świętej Jadwigi Śląskiej w Trzebnicy

PODZIĘKOWANIA

Panu doktorowi **Andrzejowi Kochmanowi** – ortopedzie serdecznie
dziękuję za profesjonalnie wykonaną powtórna alliplastykę całkowitą
stawu biodrowego oraz okazaną empatię.

Wdzięczna pacjentka
lek. stom. Janina Gładecka

Serdecznie dziękuję pracownikom wrocławskich jednostek zdrowia za troskliwą opiekę nad moim ojcem Jasemem Slemem. Darzę wielkim szacunkiem lekarzy z Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. J. Gromkowskiego. Państwa praca i wspaniała postawa wobec pacjentów zasługują na najwyższe słowa uznania. Te kieruję w szczególności do personelu VI Oddziału Internistycznego i II Oddziału Chorób Zakaźnych WSS. Podziękowania należą się również pracownikom Oddziału Okulistycznego Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego przy ul. Kamieńskiego i Dolnośląskiego Centrum Onkologii, zwłaszcza Oddziału Radioterapii Stacjonarnej (P3) przy ul. Hirszfelda. Zrobiliście Państwo więcej, niż oczekiwałem. Niezwykłym paniom pielęgniarkom dziękuję za całodobowy trud, troskę o pacjenta oraz niebywałą serdeczność. Jestem ogromnie wdzięczny za okazaną cierpliwość i wyrozumiałość wobec mojego ojca.

lek. M. Riyad Sulima

Źródło grafiki: www.pixabay.com/photos/flowers-1325012/Pezibear



Fot. z archiwum autora

Dr n. med. Eleonora Urban

Lekarz okulista, wieloletni członek Polskiego Towarzystwa Okulistycznego i pracownik Katedry i Zakładu Fizjologii UM we Wrocławiu
02.11.1945-20.12.2015 r.

Śmierć przyszła nagle, za wcześnie. Wciąż nie możemy tego zaakceptować. Lena odeszła na wieczny dyżur. Była uosobieniem afirmacji życia. W Jej towarzystwie nie sposób było wątpić, że „Życie jest piękne” – jak w słynnym włoskim filmie. Miała w sobie wielką potrzebę czerpania z życia jak najwięcej radości. Teraz Jej nie ma.

Pojawiła się wśród nas w połowie lat 60., gdy „ruszał” Bliźniak, a następnie Jubilatka. Wielu studentów razem. Chłopców intrygowała Jej śródziemnomorska uroda, wesołość i otwartość. Wybrała jednego. Postanowili zostać razem we Wrocławiu. Na uczelni. Dom Asystenta na Biskupinie z przełomu lat 70. – Kotsisa 31-33. Kogo tam nie było? Co się tam nie działo? Późniejsze grono rektorsko-profesorskie może stworzyć fascynującą opowieść o tamtych czasach. Tam mieszkaliśmy drzwi w drzwi i paliliśmy w piecyku węglowym. Tam pojawiły się dzieci i trzeba było myśleć o zmianie trybu życia. Lenę pochłonięła praca w Zakładzie Fizjologii oraz życiowa misja – nauczanie i wychowywanie studentów. Zajęcia te nie były jednak zbyt dochodowe, trudno było utrzymać rodzinę. Dlatego, gdy przychodziły letnie miesiące, jechaliśmy z mężem Leny do podałpejskich krajów, aby znieczulać i operować tubylców. Żony odwiedzały nas tam, aby wydać zarobione pieniądze i aby dzieciom żyło się lepiej. Lena zajęła się dodatkowo okulistyką jako specjalnością kliniczną. Potem dzieci nagle wydoroślały. Lena była adiunktem dydaktycznym Zakładu Fizjologii, uwielbiana przez studentów. Prowadziła też praktykę okulistyczną. W zawodzie uzyskała zadawalającą pozycję, była usatysfakcjonowana swoimi osiągnięciami. Pojawiły się wnuki i razem z nimi, a także w gronie bliskich przyjaciół, spędzaliśmy czas tu i tam, aby dobrze się nim cieszyć. Zawsze razem. Snuliśmy plany na przyszłość.

I nagle to wszystko zostało przerwane. Nieoczekiwanie i brutalnie. Jeszcze dwa miesiące wcześniej zaprosiła nas wszystkich, rodzinę i przyjaciół, na wspólne święto. Jej święto. Jak zwykle „królowała” w towarzystwie – przemowy i śpiewy – wielka wspólna radość życia. Nikt wówczas nie przewidywał, że było to spotkanie pożegnalne.

Zostawiła nas, utrwalać sens słów piosenki śpiewanej przez Marylę Rodowicz, a napisanej przez Magdę Umer: „Za pewien czas, gdy któreś z nas odejdzie, odfrunie, odpłynie. Skończy się w nas zielony czas i zmatowieje ten blask”. I tak się stało. Ale nie zostawiła nas samych. Przez cały nasz wspólny czas okazywała ludziom niezwykłą życzliwość – spontaniczną i bezinteresowną. Jestem przekonany, że skutecznie nas tym zaraziła, że dzięki Niej jesteśmy i będziemy lepsi dla siebie i dla innych, przez ten czas, który nam pozostał.

Leno! Nie umarłaś cała!

**W imieniu przyjaciół
Andrzej Kübler**



Fot. z archiwum rodziny

Płk dr n. med. Fryderyk Siess

Specjalista chorób wewnętrznych, związany z Wrocławiem w latach 1956-1976
09.06.1916-15.06.1991 r.

9 czerwca 2016 roku mój ojciec dr Fryderyk Siess skończyłby 100 lat. Nie dożył tej wspaniałej rocznicy. Zmarł 25 lat temu po długiej i ciężkiej chorobie. Choć tyle czasu upłynęło od Jego śmierci, pragnę przypomnieć Jego postać.

Urodził się w Krakowie w rodzinie polsko-austriackiej. Jego matka Helena pochodziła z Wiednia. W 1934 roku, jako absolwent IV Gimnazjum im. H. Sienkiewicza w Krakowie, rozpoczął studia na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu Jagiellońskiego. Wybuch II wojny światowej przerwał działalność uczelni. Kontakt z medycyną jednak nie stracił. Dzięki znajomości języka niemieckiego znalazł zatrudnienie w klinice internistycznej w charakterze tłumacza. Zarabiał na życie, odwiedzając pacjentów w domach, robiąc im zastrzyki.

Koniec wojny umożliwił Ojcu uzyskanie dyplomu i rozpoczęcie asystentury w II Klinice Internistycznej UJ pod kierunkiem prof. Tadeusza Tempki. Od razu rozpoczął pisanie pracy doktorskiej, którą obronił w 1947 roku. W tym okresie wykładał także w Uniwersyteckiej Szkole Pielęgniarstwa. Przez swoje słuchaczki nazywany był „Luminalkiem”, gdyż swym spokojnym sposobem prowadzenia zajęć często je usypiał.

W 1949 roku został wcielony do Wojska Polskiego jako lekarz i przeniesiony do Szpitala Wojskowego w Koszalinie, a w 1952 roku do Kliniki Internistycznej Wojskowej Akademii Medycznej w Łodzi. Po odwilży w 1956 roku został przeniesiony do Wrocławia jako główny internista Okręgu Wojskowego. Tutaj nie poprzestał tylko na tej funkcji, ale równocześnie prowadził wykłady na Akademii Medycznej i konsultacje w Szpitalu Ginekologiczno-Onkologicznym we Wrocławiu im. L. Rydygiera. W latach 1966-1976 był komendantem Wojskowego Szpitala Klinicznego nr 4 we Wrocławiu.

Był lekarzem z powołania, doskonałym diagnostą, lubianym przez kolegów i pacjentów. Tym ostatnim oddany bez reszty, co odbywało się nie raz, nie dwa kosztem życia rodzinnego. Pamiętam, że często nosiliśmy z mamą do kliniki menażki z kolacją. Niedzielne wizyty w szpitalu czy w domach chorych były normą. Choć ani ja, ani moi bracia Jan i Andrzej nie poszliśmy w jego ślady, podziw dla Ojca w nas pozostał. Podziw dla wspaniałej organizacji pracy, poświęcenia dla innych i spokoju, którym się odznaczał we wszystkim, co robił.

„Beznadziejnie uczciwy” – jak go ktoś kiedyś nazwał, nie dorobił się niczego, nawet samochodu. Uwielbiał konie, choć po wojnie nie miał możliwości rozwijać tej pasji. Czas wolny od pracy, a nie było go dużo, poświęcał czytaniu książek, szczególnie historycznych i biografii.

Choć nie ma Go już wśród nas, nie przestaniemy świętować Jego urodzin...

Anna Melosu (cóрка)

Specjalistyczny Szpital im. dr. A. Sokołowskiego w Wałbrzychu zaprasza:

1. lekarzy do rozpoczęcia specjalizacji na Oddziałach: Wewnętrzny I i II, Nefrologicznym ze Stacją Dializ, Neurologicznym z Pododdziałem Udarowym, Pulmonologicznym, Onkologicznym, Chorób Zakaźnych, Pediatrycznym, Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Psychiatrycznym, Chirurgii Ogólnej, Ortopedyczno-Urazowym oraz w Zakładzie Diagnostyki Obrazowej, zarówno w trybie rezydenckim, jak i pozarezydenckim.
2. lekarzy specjalistów do podjęcia pracy na Oddziałach: Wewnętrzny I i II, Nefrologicznym ze Stacją Dializ, Neurologicznym z Pododdziałem Udarowym, Pulmonologicznym, Onkologicznym, Pediatrycznym, Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Psychiatrycznym – Stacjonarnym dla Dorosłych i Dziennym dla Dorosłych, Rehabilitacji Ogólnoustrojowej i Neurologicznej, Szpitalnym Oddziale Ratunkowym oraz w Zakładzie Diagnostyki Obrazowej.

Warunki pracy i zatrudnienia do uzgodnienia.

Szczegółowe informacje i kontakt:

tel. 74 64 89 600, e-mail: konrad.kudlacik@zdrowie.walbrzych.pl

Dyrektor Zespołu Opieki Zdrowotnej w Oławie, ul. Baczyńskiego 1, pilnie zatrudni:

1. na stanowisko kierownika Szpitalnego Oddziału Ratunkowego lekarza ze specjalizacją w zakresie: anestezjologii i intensywnej terapii, chorób wewnętrznych, chirurgii ogólnej, ortopedii i traumatologii narządu ruchu. Preferowane osoby w trakcie specjalizacji w dziedzinie medycyny ratunkowej lub chcące specjalizować się w dziedzinie medycyny ratunkowej.
2. lekarzy ze specjalizacją w zakresie: anestezjologii i intensywnej terapii, chorób wewnętrznych, chirurgii ogólnej, ortopedii i traumatologii narządu ruchu do pracy na dyżurach w SOR.

Warunki zatrudnienia do uzgodnienia.

Oferty prosimy składać na adres:

Zespół Opieki Zdrowotnej w Oławie, 55-200 Oława, ul. Baczyńskiego 1. Bliższe informacje można uzyskać pod numerem telefonu 71 301 13 11 (sekretariat) lub e-mail na adres: sekretariat@zozolawa.wroc.pl

Pogotowie Ratunkowe w Legnicy pilnie zatrudni lekarza w zespołach ratownictwa medycznego S.

Miejsce wykonywania pracy: Pogotowie Ratunkowe w Legnicy: ZRM Chojnów, Jawor, Głogów, Legnica, Lubin, Polkowice, Złotoryja.

Preferowana specjalizacja lub ukończony co najmniej drugi rok specjalizacji w dziedzinie: medycyna ratunkowa, anestezjologia i intensywna terapia, choroby wewnętrzne, chirurgia ogólna, chirurgia dziecięca, ortopedia i traumatologia narządu ruchu, ortopedia i traumatologia, pediatria.

Zatrudnimy również lekarzy innych specjalizacji, a także bez specjalizacji, którzy mają wypracowane 3000 godzin w wykonywaniu zawodu lekarza w szpitalnym oddziale ratunkowym, zespole ratownictwa medycznego, lotniczym zespole ratownictwa medycznego lub izbie przyjęć szpitala.

Możliwa forma zatrudnienia: umowa o pracę, umowa-zlecenie, kontrakt.

Oferty należy składać na adres: Pogotowie Ratunkowe w Legnicy, 59-220 Legnica, ul. Dworcowa 7. Dodatkowych informacji udziela dział kadr: tel. 76 819 78 40.

Centrum Medyczne Ginemedita zaprasza na szkolenia: Echo serca płodu dla ginekologów-położników

15-16.10.2016 r., Wrocław

Kierownik kursu – dr Elżbieta Kukawczyńska

USG gruczołu piersiowego dla praktyków

5-6.11.2016 r., Wrocław

Kierownik kursu – dr Joanna Słonina

Zagadnienia prawne w prywatnej praktyce ginekologicznej

22.10.2016 r., Wrocław

Radca prawny Lidia Szczęsna

Zapisy:

info@szkolenia-usg.pl, tel. 530 929 758

Szczegółowe informacje:

www.szkolenia-usg.pl

GŁOGOWSKI SZPITAL POWIATOWY SP. Z O.O. W GŁOGOWIE pilnie zatrudni

LEKARZY SPECJALISTÓW W DZIEDZINIE:

- medycyny ratunkowej do pracy w SOR w Głogowie,
- ortopedii i traumatologii narządu ruchu,
- chirurgii ogólnej,
- pediatrii,
- neurologii,

- ginekologii i położnictwa,
- internistów lub lekarzy rodzinnych do pracy w POZ w Głogowie.

Zapewniamy:

- atrakcyjne warunki płacowe,
- dowolna forma zatrudnienia,
- duże możliwości rozwoju zawodowego.

Kontakt:

Głogowski Szpital Powiatowy Sp. z o.o. w Głogowie, ul. T. Kościuszki 15, 67-200 Głogów, tel. 76 837 32 42, kom. 609 457 199, fax 76 837 33 77

DOLNOŚLĄSKIE CENTRUM CHORÓB PŁUC WE WROCŁAWIU ul. Grabiszyńska 105 ZATRUDNI

LEKARZY SPECJALISTÓW LUB LEKARZY W TRAKCIE SPECJALIZACJI

- Z ZAKRESU CHOROÓB WEWNĘTRZNYCH
- Z ZAKRESU CHOROÓB PŁUC.

Informacji udziela:

Dział Polityki Kadrowo-Płacowej Dolnośląskiego Centrum Chorób Płuc we Wrocławiu, ul. Grabiszyńska 105, tel. 71 33 49 529.

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

mgr Katarzyna Nazaruk – starszy specjalista
tel. 71 798 80 52

inż. Magdalena Smolis – specjalista

tel. 71 798 80 50, fax 71 798 80 51

mgr Agnieszka Szymków – specjalista

tel. 71 798 80 54

Księgowość

mgr Agnieszka Florecka – główna księgowa,
tel. 71 798 80 87

mgr Halina Rybacka – starsza księgowa, tel. 71 798 80 70

mgr Joanna Marutzyk – starsza księgowa, tel. 71 798 80 73

mgr Katarzyna Nowak – księgowa, tel. 71 798 80 72

Kadry, Komisja: Stomatologiczna, Finansowa i Rewizyjna

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,

mgr Weronika Pawełkowicz – specjalista, tel. 71 798 80 57,

Joanna Zak – specjalista, tel. 71 798 80 60,

mgr Kamila Kaczynska – starszy referent, tel. 71 798 80 82

mgr inż. Weronika Sobolewska

– specjalista 71 798 80 61

Pośrednictwo pracy

mgr Małgorzata Krupa-Mączka – starszy specjalista,
tel. 71 798 80 81

Konkursy

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

Lekarska Kasa Pomocy Koleżeńskej

Ewa Świerka

wtorek, środa 8.00-14.00; czwartek 8.00-16.00

Konto Kasy Pomocy Koleżeńskej

BGZ O/Wrocław 64 2030 0045 1110 0000 0035 5040

Kasa

Elżbieta Chmiel – starszy kasjer

poniedziałek, środa, piątek 8.00-14.30

wtorek 8.00-15.30, czwartek 8.00-16.00

Komisja Kształcenia Lekarzy

i Lekarzy Dentystów

e-mail: komisja.kształcenia@dilnet.wroc.pl

mgr Małgorzata Krupa-Mączka – starszy specjalista,
tel. 71 798 80 81

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

poniedziałek-piątek 8.00-15.00

Komisja Bioetyczna

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

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 Bielińska – kierownik, tel. 71 798 80 77,

mgr Aleksandra Kolenda – specjalista, tel. 71 798 80 78,

Marzena Majcherkiewicz – specjalista, tel. 71 798 80 76,

Grażyna Rudnicka – referent, tel. 71 798 80 75

Biuro Okręgowego Sądu Lekarskiego

mgr Aleksandra Stebel – kierownik,

mgr Iwona Podoba – starszy referent, tel. 71 798 80 79

Informacja o ubezpieczeniach

Renata Czajka – specjalista, tel. 71 798 80 66,

Jolanta Kowalska-Jóźwik, Jan Jóźwik – referent,
tel. 71 798 80 58

Składki na rzecz Izby

Agata Gajewska – starszy specjalista, tel. 71 798 80 65

Informatycy

inż. Wiktor Wołodkowicz, tel. 71 798 80 84

Michał Waszak, tel. 71 798 80 85

Filie biura w delegaturach

Wrocław

wiceprezes DRL ds. Delegatury Wrocławskiej

Małgorzata Nakraszewicz

czwartek, 14.00-15.00

Jelenia Góra

wiceprezes DRL ds. Delegatury Jeleniogórskiej

Barbara Polek

wtorek 10.00-11.30

Wojewódzki Szpital w Jeleniej Górze

ul. Ogińskiego 6, I piętro, pokój 233

tel./fax 75 753 55 54

Eugenia Serba – starszy referent

poniedziałek, wtorek, piątek 10.00-13.00

środa, czwartek 11.00-15.00

e-mail: dil_jeleniagora@dilnet.wroc.pl

Wałbrzych

wiceprezes DRL ds. Delegatury Wałbrzyskiej

Dorota Radziszewska

wtorek 15.00-16.00

ul. Moniuszki 1/1, 58-300 Wałbrzych

tel. 74 665 61 62

Beata Czołowska – specjalista

poniedziałek-czwartek 9.00-17.00, piątek 9.00-13.00

e-mail: dil_walbrzych@dilnet.wroc.pl

Legnica

wiceprezes DRL ds. 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

ZATRUDNIĘ

◆ Klinika stomatologiczno-lekarska zatrudni lekarzy stomatologów oraz okulistów z możliwością kształcenia i rozwoju, tel. 71 31 64 028.

◆ Prywatne Centrum Stomatologiczne w Lubinie zatrudni stomatologa, ortodontę, chirurga lub pedodontę. Wymagana własna działalność gospodarcza. Pacjenci prywatni. Kontakt: tel. 691 490 106, e-mail: prezes31313131@gmail.com

◆ Zatrudnię lekarza stomatologa – Wrocław, Łagiewniki, Nowa Ruda (wymagana własna działalność), pacjenci tylko prywatni, e-mail: biuro@yesdent.pl, tel. 604 44 97 43.

◆ Nowocześnie wyposażony specjalistyczny ortodontyczny-chirurgiczny gabinet stomatologiczny (CBCT/OPG/RVG/CEREC/mikroskop) w Lubaniu (dolnośląskie) zatrudni młodego lekarza stomatologa – pracę pod mikroskopem, możliwości rozwoju zawodowego. Oferujemy pomoc w znalezieniu mieszkania. CV proszę przysłać na adres: stomatologiajastrzeczsky@gmail.com, tel. 888 999 984.

◆ Unident Union Dental Spa & Medycyna Estetyczna we Wrocławiu poszukuje do współpracy doświadczonego stomatologa w zakresie wysoko estetycznej stomatologii adhezyjnej, protetyki stomatologicznej oraz endodoncji. CV ze zdjęciem proszę przysłać na adres: wojciech@unidentunion.com

◆ Endodoncja pod mikroskopem – Gabinet Stomatologiczny Anna Dental Clinic w Bogatyni nawiąże współpracę z lekarzem stomatologiem zajmującym się endodoncją pod mikroskopem. Elastyczny czas pracy (2-5 dni). Bardzo dobre wyposażenie gabinetu oraz atrakcyjne wynagrodzenie. Możliwy nocleg w Bogatyni. Kontakt: tel. 604 556 227, e-mail: annadentalclinic@wp.pl

◆ SPZOZ w Świdnicy zatrudni pilnie lekarza specjalistę neurologa lub w trakcie specjalizacji po drugim roku w formie umowy cywilnoprawnej na dyżury medyczne na Oddziale Neurologicznym z Pododdziałem Udarowym, tel. 748 517 400.

◆ Zatrudnię ortodontę w poradni ortodontycznej, nawiąże współpracę z chirurgiem i periodontologiem, tel. 663 732 554 (po godz. 19.00).

◆ NZOZ we Wrocławiu – rejon Psie Pole – zatrudni lekarza dentystę po stażu podyplomowym. Doświadczenie w pracy ambulatoryjnej. Usługi w ramach NFZ oraz zabiegi komercyjne. Oferty proszę przysłać na adres e-mailowy: krzycka92b@gmail.com

◆ Zatrudnię lekarza rodzinnego (również w trakcie specjalizacji) w pełnym lub niepełnym wymiarze godzin do poradni POZ w Strzegomiu. Forma zatrudnienia oraz wynagrodzenie do uzgodnienia, tel. 603 33 70 20, e-mail: sekretariat@nzozzdrowie.com.pl

◆ Przychodnia Rejonowa w Chojnowie zatrudni lekarza pediatrę lub lekarza medycyny rodzinnej do pracy w poradni POZ dla dzieci. Kontakt: tel. 606 833 668, e-mail: przychodnia-ch@wp.pl

◆ Zapraszam do współpracy lekarzy: endodontę, ortodontę oraz stomatologa ogólnego z doświadczeniem oraz higienistki stomatologiczne w nowo otwartej klinice stomatologicznej w centrum Wrocławia. CV proszę kierować na e-mail: apraca@wp.pl

Pytania pod nr tel. 500 514 900.

OGŁOSZENIA DROBNE

◆ PROORTO Ortodoncja i Stomatologia Estetyczna w Legnicy nawiąże współpracę z lekarzem stomatologiem z min. dwuletnim doświadczeniem. Duża liczba prywatnych pacjentów. Forma współpracy do uzgodnienia. Zainteresowanych prosimy o kontakt e-mailowy: kontakt@proorto.legnica.pl

◆ Specjalistyczny Zakład Profilaktyczno-Lecznicyz Provita sp. z o.o., ul. Bierutow-ska 63, 51-317 Wrocław, zatrudni lekarza specjalistę z okulistyki, tel. 71 356 64 20.

◆ Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej we Wleniu zatrudni lekarza do pracy w POZ, kontakt telefoniczny: 604 876 506 lub 757 136 298.

◆ Klinika stomatologiczna w Siechnicach nawiąże współpracę z lekarzem stomatologiem w zakresie stomatologii zachowawczej, dziecięcej, protetyki, endodoncji, chirurgii. Usługi w ramach kontraktu z NFZ oraz prywatnie. Wymagana własna działalność. Zapraszamy do przesyłania CV na adres e-mail: kontakt@duodental-siechnice.pl, tel. 501 357 722, 509 838 755.

◆ Szukam lekarza stomatologa do współpracy w gabinecie stomatologicznym w Jeleniej Górze. Kontakt pod numerem telefonu: 600 496 795.

◆ Przychodnia „LEKMED” Jerzy Hajdukiewicz, znajdująca się w Raciborowicach Górnych, 15 km od Bolesławca (woj. dolnośląskie), pilnie zatrudni lekarza rodzinnego do pracy w poradni POZ. Wymagane kwalifikacje: specjalizacja z medycyny rodzinnej, chorób wewnętrznych lub w trakcie specjalizacji. Bardzo korzystne warunki kontraktowe (możliwość negocjacji). Szczegółowe informacje: tel. 75 731 01 18 (w godzinach od 7.30 do 12.30), kom. 606 651 692, e-mail: jerzyhajdukiewicz@gmail.com

◆ Przychodnia Stomatologiczna „Sajewicz i Luciński”, istniejąca od 1996 r., poszukuje do pracy lekarza stomatologii zachowawczej i protetyki. Posiadamy wysokiej jakości sprzęt m.in.: radiowizjografię, mikroskop, nowoczesne unity. Praca w miłej i przyjaznej atmosferze. Pacjenci tylko prywatni. Zainteresowane osoby prosimy o kontakt pod numerem tel. 601 707 901 lub na adres e-mail: wsajewicz@poczta.onet.pl

◆ Centrum Stomatologiczne we Wrocławiu (Krzyki) zatrudni lekarza stomatologa. CV proszę przysłać na adres: bajkadent@wp.pl, tel. 71 390 70 48, 725 296 209.

◆ Nowoczesny gabinet stomatologiczny w Lubaniu (woj. dolnośląskie) zatrudni lekarza dentystę. Zapewniamy pełną bazę pacjentów, rozwój zawodowy, wyposażone mieszkanie dwupokojowe, e-mail: promadent@wp.pl, tel. 696 981 797.

◆ Nowoczesny gabinet stomatologiczny, woj. dolnośląskie – północ, poszukuje do współpracy lekarza dentystę – głównie leczenie zachowawcze, chirurgia, 2 razy w tygodniu, wymagana własna działalność, tel. 608 458 411.

◆ Gabinet stomatologiczny w Lubinie nawiąże współpracę z lekarzem ortodontą. Baza pacjentów w trakcie leczenia oraz oczekujących. Atrakcyjne warunki finansowe. Szczegółowe informacje na e-mail: ladny.usmiech@gmail.com

SZUKAM PRACY

◆ Pediatra szuka pracy, tel. 605 675 092.

◆ Lekarz specjalista ginekolog-położnik podejmie pracę w lecznictwie ambulatoryjnym we Wrocławiu, tel. 533 833 569.

◆ Lekarz poszukuje pracy w poradni ortopedycznej w godzinach popołudniowych we Wrocławiu i w okolicach, tel. 606 916 207.

INNE

◆ Do wynajęcia wyposażone gabinety lekarskie, stomatologiczny i kosmetyczny, informacje: tel. 71 357 77 31, 71 351 64 03, kom. 513 711 726.

◆ Do wynajęcia nowy, wyposażony gabinet stomatologiczny w Jeleniej Górze, telefon kontaktowy: 501 298 788.

◆ Sprzedam lub wdzierżawię klinikę stomatologiczną we Wrocławiu. 4 gabinety stomatologiczne w pełni wyposażone, pracownia RTG, pracownia protetyczna. Powierzchnia 200 m². Wysoki standard. Umowa z NFZ. Może być z częścią mieszkalną 200 m², działka 992 m², tel. 601 701 550.

◆ Sprzedam przychodnię lekarską POZ w Bielawie z aktualnymi kontraktami, tel. 509 326 026.

◆ Wynajmę w Jaworze lokal 160 m² na NZOZ (odpowiada wymogom) lub praktyki lekarskie, świetnie nadaje się również na centrum diagnostyczne. Atrakcyjna cena (media w cenie), tel. 602 55 75 45.

◆ POZ do przejęcia, 35 km od Wrocławia. Telefon kontaktowy: 602 450 170.

◆ Wynajmę gabinet stomatologiczny we Wrocławiu przy ul. Ślicznej (35 m²), tel. 669 993 936.

◆ Sprzedam drzwi do RTG z roku 2015. W gabinecie stomatologicznym, używane – 1 rok. Sprzedaż z powodu przeprowadzki. Drzwi z atestami firmy MODESTA. Wymiary 80x200, prawe. Drzwi wykonane z wkładem ołowianym (Pb) o grubości 1 mm, kolor biały. Do stomatologii wymagana grubość 0,5 mm. Cena oferowana 1 500 zł brutto. Możliwość montażu we Wrocławiu za cenę 250 zł. Aktualna cena w firmie MODESTA 3 154 zł brutto, dowóz 350 zł netto, montaż 400 zł. Kontakt: prokurent NZOZ MARGO Kowalski Romuald, tel. 500 064 083.

◆ Centrum Medyczne PRACTIMED Sp. z o.o. z siedzibą we Wrocławiu przy ul. Pabianickiej 25/1A, wynajmie pomieszczenie na I piętrze (winda) o powierzchni 27 m². Kontakt: sekretariat przychodni, tel. 71 798 83 620.

◆ Do wynajęcia nowy, klimatyzowany lokal przeznaczony na gabinety lekarskie, denty-styczne lub fizjoterapeutyczne we Wrocławiu przy ul. Kamieńskiego, tel. 604 644 781.

◆ Do wynajęcia gabinet w prywatnej, nowoczesnej przychodni lekarskiej. Siechnice, woj. dolnośląskie. Gabinet 20 m², umeblowany. Preferowana działalność medyczna, kosmetyczna, fizjoterapeutyczna itp. Opłaty 120 zł za dzień wynajmu. Możliwość korzystania z dużej poczekalni z recepcją, toalet oraz pomieszczenia socjalnego.

E-mail: kontakt@duodental-siechnice.pl lub tel. 501 357 722, 509 838.

◆ Sprzedam spółkę z o.o. o profilu medycznym zarejestrowaną we Wrocławiu, tel. 604 941 368.

◆ Do wynajęcia gabinet dla lekarza fizjoterapeuty lub rehabilitanta w przychodni w Świdnicy, tel. 601 616 016.

◆ Do wynajęcia gabinety lekarskie w Jaworze. Atrakcyjna cena najmu, tel. 698 110 412.

EKONOMED

Księgowi – medycznie najlepsi

Specjalizujemy się w kompleksowej obsłudze księgowej oraz kadrowo-płacowej podmiotów medycznych

Gwarantujemy • wiarygodność
• bezpieczeństwo • profesjonalizm,
• spersonalizowane podejście

Zapraszamy do kontaktu!

EKONOMED

Księgowa Obsługa Podmiotów Medycznych
ul. Ogrodowa 12A, 55-093 Kielciszów

☎ +48 607 671 761

✉ ekonomed@ekonomed.pl

🌐 www.ekonomed.pl



Dolnośląski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia zatrudni 2 lekarzy.

Więcej informacji na stronie:

<http://www.nfz-wroclaw.pl/>;

zakładka Nasz oddział/Praca w DOW NFZ/

Ogłoszenie o naborze 26/2016

lub tel. 71 79 79 261.

Terminy dyżurów

prezes DRL Paweł Wróblewski

przyjmuje po uprzednim uzgodnieniu z sekretariatem,
tel. 71 798 80 52.

wiceprezes DRL Piotr Knast, czwartek, 13.00-14.00

wiceprezes DRL ds. stomatologii Alicja Marczyk-Felba,
czwartek, 12.30-13.30

sekretarz DRL Urszula Kanaffa-Kilijańska,
poniedziałek, 15.00-16.00

skarbnik Małgorzata Niemiec,
czwartek, 15.15-16.00

Delegatura Wrocław:

wiceprezes Małgorzata Nakraszewicz,
czwartek, 14.00-15.00

Delegatura Jelenia Góra:

wiceprezes Barbara Polek,
wtorek, 10.00-11.00

Delegatura Legnica:

wiceprezes Ryszard Kępa,
wtorek, 15.00-16.00

Delegatura Wałbrzych:

wiceprezes Dorota Radziszewska,
wtorek, 15.00-16.00

Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej
Piotr Piszko,

czwartek, 14.00-17.00

przewodniczący Okręgowego Sądu Lekarskiego
Włodzimierz Wiśniewski, piątek, 11.00-13.00

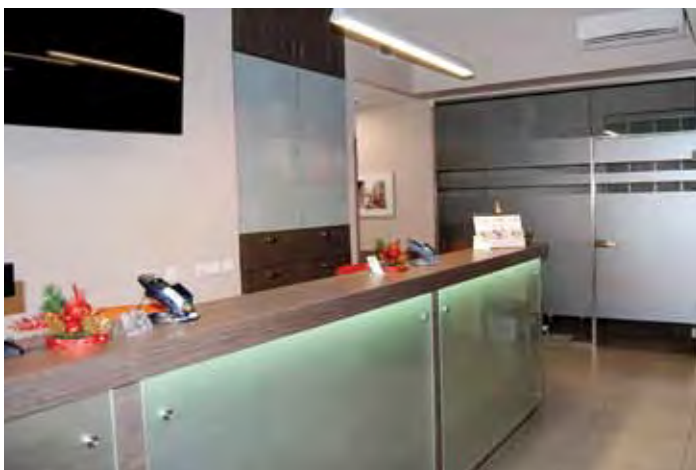
POWIERZCHNIA DO WYNAJĘCIA/SPRZEDAŻY PRZYCHODNIA GABINETY LEKARSKIE LOKAL USŁUGOWO-HANDLOWY

329 m²

ul. Borowska 242 we Wrocławiu

(naprzeciwko Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego
we Wrocławiu)

kontakt: 71/356 40 20, 605 959 459



- dogodny dojazd, ok. 4 km na południe od centrum miasta
- bardzo dobra lokalizacja na przychodnię, gabinety lekarskie
- lokal przystosowany do poruszania się osób niepełnosprawnych
- lokal wyposażony pod przychodnię lekarską, przystosowany dla potrzeb usług medycznych leczenia otwartego
- wykończenie materiałami wysokiej jakości oraz wyposażenie we wszelkie instalacje oraz urządzenia niezbędne do prowadzenia ww. działalności, w tym klimatyzację, wentylację, monitoring i kamery, instalację komputerową i serwer, komplet mebli
- pozytywna opinia PPIS we Wrocławiu stwierdzająca spełnienie wymagań higienicznych i zdrowotnych dla potrzeb prowadzenia działalności medycznej

NAJWIĘKSZY SUV LEXUSA

LEXUS RX

DOSTĘPNY ZA 1% MIESIĘCZNIE

W LEASINGU SMARTPLAN

od **2680** złotych netto
miesięcznie

POZNAJ RABATY DLA LEKARZY



Zapraszamy do salonu:

Lexus Wrocław

ul. Legnicka 164

tel. 71 359 85 85

lexus-wroclaw.pl

PODWÓJNA MOC HYBRYDY



Promocja dla przedsiębiorców dotyczy wysokości rat w Leasingu SMARTPLAN dla modelu RX 200t przy wpłacie wstępnej 5%. Promocja obowiązuje od 01.08.2016 r. do dnia 31.10.2016 r. lub do wyczerpania zapasów. Rata nie obejmuje dopłaty za lakier metalizowany. Szczegóły u Autoryzowanych Dilerów Lexusa. Lexus RX – zużycie paliwa i emisja CO₂ w cyklu mieszanym odpowiednio: 5,3 do 79l/100km oraz 122 do 184 g/km (zgodnie z wymaganiami określonymi w Rozporządzeniu UE 715/2007 z późn. zm. i aktami wykonawczymi), w zależności od wersji. Informacje o działaniach dotyczących odzysku i recyklingu samochodów wycofanych z eksploatacji: www.lexus-polska.pl.