



OPOLSKA  
IZBA  
LEKARSKA

Rok Założenia 1990

# BIULETYN INFORMACYJNY

Maj 2011

ISSN 1426-661X

Nr 177

## OPOLSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

[www.izbalekarska.opole.pl](http://www.izbalekarska.opole.pl)

### Umajone kolory zmysłów...



...i alergii, czyli **miej nosa do spraw**

Maj buchnął kwiatami, w powietrzu radosny jazgot ptaków, którym towarzyszy jednostajne buczenie owadów oszalałych nadmiaru używania. Wiosna w pełni. No i tradycyjnie – wraz z kwitnieniem kasztanów -matury. Jednym słowem jeden wielki rozgardiasz. Natomiast w światku medycznym emocje powoli opadają -sesje egzaminacyjne z poszczególnych specjalizacji dobiegają końca i mam nadzieję, że wszyscy „czeladnicy” medyczni otrzymał już swoje „majstrowskie” dyplomy. Za tych, którzy jeszcze walczą-trzymam kciuki. To tyle charakterystyki ogólnej. A teraz przejdźmy do konkretów.

Przed Wami kolejny numer naszego Biuletynu. W części „izbowej” pokłosie ostatniej dyskusji nad odpowiedzialnością państwa za kształcenie lekarzy – pismo Prezesa Jakubiszyna do Wojewody Opolskiego w sprawie zlikwidowanego Opolskiego Centrum Zdrowia Publicznego; program szkoleń na najbliższe dwa miesiące; lista Koleżanek i Kolegów mogących odebrać w Izbie swoje legitymacje lekarskie; ilustrowane wspomnienia z ostatniego Balu Stomatologa oraz materiał niezastąpionego prof. Kubickiego o patronce Śląska i bardzo osobiste wspomnienie ze spotkania z Papieżem Polakiem – tak aktualne w związku z beatyfikacją Jana Pawła II.

W części medycznej – bardzo ważna informacja o leku firmy Bristol-Myers-Squibb – Zericie i nowe wytyczne Europejskiej Rady Resuscytacji (w poprzednim numerze

ukazał się wywiad z anestezjologiem, który o nich wspominał).

Przeglądając inne biuletyny izbowe znalazłem wywiad z byłym opolskim Lekarzem Wojewódzkim – naszym niedawnym Kolegą dr Pirogiem; materiał o tym, jak wygląda system ubezpieczeń zdrowotnych w Wlk. Brytanii; tekst o wzbudzającej już dziś wiele emocje tzw. ustawie refundacyjnej; kolejne refleksje nad przysięgą Hipokratesa; rozważania nad sposobami obrony przed odwiecznym wrogiem człowieka – rakiem oraz bardzo ciekawy materiał pochodzący z poprzedniej konferencji poświęconej jakości w opiece zdrowotnej o skali błędów w medycynie – tekst ten powinien stanowić dla każdego z nas materiał do poważnych przemyśleń; a na koniec lżejsza gatunkowo rzecz o muzyce łagodzącej obyczaje w rodzinie.

Część prawna zawiera opinię prawną o zakazie konkurencji oraz wymogi stawiane dokumentacji elektronicznej w świetle nowej ustawy.

Na koniec Biuletynu, kolejna już w tym roku smutna rzecz – wspomnienie o dr Pospieszalskiej, wspaniałej Lekarce, Nauczycielu setek pediatrów. I wreszcie ogłoszenia oraz nowości wydawnicze.

Życząc przyjemnej i interesującej (mam nadzieję) lektury, żegnam się do następnego numeru.

*Jerzy B. LACH*

## SZPALTA PREZESA

### Koleżanki i Koledzy,

W materiale pod tytułem „ABC kasy fiskalnej”, który ukazał się w lutowym numerze biuletynu zamieściłem błędną informację, która na szczęście nie dotyczy tych z Was, którzy musieli od 1 maja zainstalować kasę, więc pomyłka jest do naprawienia.

**W odniesieniu do tych osób, które miały zarejestrowaną praktykę przed 1 stycznia 2011 r., ale w roku 2010 nie osiągnęły granicy 40.000 zł przychodów z obrotu konsumenckiego:**

Jeżeli w trakcie 2011 r. osiągnięty zostanie przez nie pułap 40.000 zł, kasę trzeba będzie zainstalować nie od początku następnego miesiąca (jak napisałem w lutowym BI), ale od początku trzeciego kolejnego miesiąca (pułap przekroczony zostanie w maju – kasę trzeba zainstalować od 1 sierpnia, pułap przekroczony zostanie w czerwcu – kasę trzeba zainstalować od 1 września, itd.).

**W odniesieniu do osób, które nie prowadziły praktyki przed 1 stycznia 2011 r.:**

Jeżeli w trakcie 2011 r. osiągnięty zostanie pułap 20.000 zł, kasę trzeba będzie zainstalować nie od początku następnego miesiąca (jak napisałem w lutowym BI), ale od następnego dnia.

Przepraszam za nieścisłość. Mam nadzieję, że nikt z tego powodu nie został poszkodowany (problem mogliby mieć tylko Ci z Was, którzy działalność rozpoczęli po 1 stycznia 2011 r. i do dzisiaj przekroczyli pułap 20.000 zł)

Ustawy z tzw. „Pakietu zdrowotnego” przechodzą przez Parlament w formie, jaką przygotował Rząd – ustępstw na rzecz samorządu lekarskiego jest niewiele. Bardzo duże „niebezpieczeństwo” kryje w sobie ustawa o refundacji leków, która na obecnym etapie (w momencie gdy piszę ten tekst, czyli 17 kwietnia, jest już w Senacie) zawiera zapisy mówiące nie tylko o karaniu lekarzy za wypisanie recept pacjentom nieubezpieczonym, ale również o weryfikowaniu przez Fundusz zasadności ordynacji lekowej, co oznacza karanie lekarza za wypisanie leku, którego potrzeba zastosowania została podważona. Ustawa zawiera również zapis o konieczności podpisywania przez każdego lekarza (również tego pracującego tylko w zakładzie opieki zdrowotnej) umowy z NFZ na wypisywanie refundowanych recept. Być może trzeba będzie ten zapis wykorzystać w akcji powszechnego bojkotowania podpisywania takich umów. Ustawa ma wejść w życie 1 stycznia 2012 r., umowy mają być podpisywane do września 2012 r. – jest więc jeszcze czas na przygotowanie tej akcji (*szersze omówienie tej ustawy znajdziecie w dalszej części Biuletynu – przyp. Redakcji*).

*Jerzy JAKUBISZYN*

## List do Wojewody Opolskiego

Opole, 4.04.2011

Pan Ryszard Wilczyński  
Wojewoda Opolski

W ostatnim okresie, w trakcie posiedzeń różnych gremiów – Wojewódzka Komisja Dialogu Społecznego, Rada Opolskiego Oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia, zespół Konsultantów Wojewódzkich – wyrażał Pan opinię, że powinien istnieć podmiot odpowiedzialny za kreowanie polityki zdrowotnej w skali całości Województwa Opolskiego.

Podzielał pogląd, że wprowadzenie w latach 90-tych reformy systemu ochrony zdrowia oraz reformy administracyjnej z jednej strony jednoznacznie określiło organy założycielskie poszczególnych jednostek ochrony zdrowia – co można ocenić jako element pozytywny zmian – ale z drugiej strony doprowadziło do sytuacji, w której poszczególni starostowie oraz Marszałek Województwa nie mają obowiązku uzgadniania, czy koordynowania de-

cyzji, odnoszących się do zakresu świadczeń medycznych udzielanych w jednostkach im podległych.

Wydaje się, że podmiotem, którego potencjał doświadczenia i gromadzonych informacji pozwala na przejęcie roli zaplecza logistycznego dla takich działań koordynujących, winno być Opolskie Centrum Zdrowia Publicznego. Tym bardziej dziwi – obserwowane ostatnio – ograniczanie jego roli. Reorganizacja ta doprowadziła również do całkowitego zaprzestania organizowania szkoleń, które były istotnym ułatwieniem w realizacji programu specjalizacji dla lekarzy naszego województwa.

Zwracam się z pytaniem, czy jest możliwy powrót do sytuacji, w której działający w strukturach OCZP Ośrodek Doskonalenia Kadr Medycznych zwiększy swoją aktywność, realizując zadanie, którego chyba nikt z władzy państwowej nie zdjął – dbałość o poziom wykształcenia personelu fachowego ochrony zdrowia.

Jerzy JAKUBISZYN

Prezes Okręgowej Izby Lekarskiej w Opolu

## Niezapomiane chwile

Bliska beatyfikacja Jana Pawła II zachęciła mnie do podzielenia się wspomnieniami ze szczególnie ważnego dla mnie wydarzenia – spotkania z Naszym Papieżem.

Na przełomie maja i czerwca 1983 r. brałem udział w pielgrzymce Austria-Włochy-Niemcy zorganizowanej przez ks. prałata Wolfganga Globischa, ówczesnego proboszcza parafii w Kolonowskiem, a obecnie dyrektora biblioteki CARITAS w Opolu.

Dnia 6 czerwca 1983 r. uczestniczyłem we Mszy Św. w prywatnej kaplicy Papieża na Watykanie. Było to dla mnie ogromne przeżycie. Po Mszy poproszono nas do biblioteki papieskiej w Pałacu Apostolskim. Stojących w półkolu uczestników pielgrzymki ks. Globisch indywidualnie przedstawiał Ojcu Św. – mnie słowami – „*To jest nasz stomatolog*”, a Papież na to z serdecznym uśmiechem – „*Tak świetnie zorganizowana pielgrzymka, że nawet stomatologa macie ze sobą*”. Będąc pod wielkim wrażeniem nie bardzo wiedziałem, co odpowiedzieć, ale coś tam rzekłem.

Na pamiątkę każdy z nas otrzymał od Papieża różaniec, a od ks. Stanisława Dziwisza – publikację A. Frosarda „Nie lękajcie się” – rozmowy z Janem Pawłem II.

Po wyjściu zwróciłem się do ks. Globischa z prośbą, abyśmy już wracali do domu, bym „na gorąco” mógł przekazać to wielkie przeżycie Żonie i Synowi.

Konrad KOZARSKI



Biblioteka Papieska w Pałacu Apostolskim na Watykanie 6 czerwca 1983 r., godz. 8.10 – Ojciec Św. z autorem



# Program szkoleń prowadzonych w ramach komisji kształcenia OIL w Opolu na I półrocze 2011 r.

TERMIN	KIEROWNIK NAUKOWY	TEMAT	MIEJSCE SZKOLENIA
09.04.2011 r. godz. 10.00 (sobota)	Dr Zygmunt Konieczny Konsultant wojewódzki w dziedzinie pulmonologii	Płyn w jamie opłucnowej	Izba Lekarska w Opolu ul. Grunwaldzka 23
21.05.2011 r. godz. 10.00 (sobota)	Dr n. med. Andrzej Bunio Konsultant wojewódzki w dziedzinie geriatrici	Problemy geriatryczne w ocenie lekarza POZ	Izba Lekarska w Opolu ul. Grunwaldzka 23
28.05.2011 r. godz. 10.00 (sobota)	Wykładowca NIL	Zasady BHP dla stomatologów (grupa max. 60-osobowa)	Izba Lekarska w Opolu ul. Grunwaldzka 23
18.06.2011 r. godz. 10.00 (sobota)	Dr Marek Dryja Konsultant wojewódzki w dziedzinie ratownictwa medycznego	Ratownictwo Medyczne dla stomatologów (grupa 30-osobowa)	WCM Opole, ul. Witosa sala konferencyjna

Prosimy o zgłaszanie chęci uczestnictwa w w/w szkoleniach telefonicznie – 77 454 59 39 do siedziby OIL w Opolu. Za uczestnictwo w szkoleniu przysługują 3 pkt. edukacyjne.

*Małgorzata ŁUSZCZYŃSKA–OSTROWSKA*

## Bal stomatologa 2011

5 lutego 2011 r. odbył się tradycyjny Bal Stomatologa. Po raz kolejny bawiliśmy się w salach Hotelu Festival w Opolu. Zabawę uatrakcyjniała, jak zawsze, loteria prezentów ufundowanych, między innymi przez Prezesa Oddziału Opolskiego PTS oraz zaprzyjaźnioną firmę stomatologiczną Amader z Opolu. Tradycyjnie bawili się lekarze z całego województwa, między innymi z Kędzierzyna-Koźla, Głucholaz, Strzelec Opolskich, a także ich

przyjaciele – fani naszego balu. W bardzo miłej atmosferze przy muzyce na żywo, miłej obsłudze i smakowitych daniach, zabawa trwała do „białego rana”.

Przedstawiając kilka zdjęć z Balu zapraszamy w przyszłym roku.

*Dr n. med. Piotr WIŚNIEWSKI*  
*Kronikarz*  
*Oddziału Opolskiego PTS*





# Kolejne legitymacje lekarskie

Biuro Okręgowej Izby Lekarskiej w Opolu informuje, że w siedzibie Izby, w Opolu przy ul. Grunwaldzkiej 23, są do odbioru kolejne legitymacje lekarskie. Następujące osoby proszone są o osobiste zgłaszanie się po ich odbiór.

*Barbara OBORSKA*  
Dyrektor Biura

1. Adamczyk Andrzej
2. Barabach Szymon Jan
3. Baran Elżbieta Anna
4. Bawolska-Chyla Krystyna Genowefa
5. Biernacka Grażyna Janina
6. Biernacki Zbigniew Marian
7. Bocianek Bernadetta Jolanta

8. Chyla Grzegorz Aleksander
9. Chyla Jan Józef
10. Gałęcka Joanna Zofia
11. Hager-Kaczyńska Beata Marta
12. Janków-Roszczyńska Marzena Ewa
13. Kaczor Wojciech
14. Kaczurba Aniela Gertruda
15. Kaczyński Wojciech Kazimierz
16. Małecki Zygmunt
17. Orłowska Krystyna Stanisława
18. Piecuch Małgorzata Elżbieta
19. Roszczyńska Dariusz
20. Rypniewski Robert Artur
21. Sarnikowska-Jędrycha Jolanta Maria
22. Tryk-Micker Grażyna Urszula

## Patronka Śląska – św. Jadwiga Trzebnicka

*Pracę powyższą dedykuję prof. dr hab. n. med. Jerzemu Jabłeckiemu – czołowemu transplantologowi kończyn górnych Szpitala Trzebnickiego im. Św. Jadwigi, pracownikowi naukowo-dydaktycznemu Państwowej Medycznej Wyższej Szkoły Zawodowej w Opolu.*

Jadwiga, córka hrabiego Bertolda VI, księżniczka Meranii zaślubiła w roku 1186 najmłodszego syna Bolesława I Wysokiego – Henryka. Jadwiga była doskonałą partią dla niewiele znaczącego księcia śląskiego, ponieważ jej siostra Agnieszka została żoną króla Francji Filipa II, zaś druga – Gertruda – żoną króla Węgier Andrzeja. Także materialnie był to ożenek bardzo korzystny dla młodszego księcia Henryka, gdyż Jadwiga wniosła mu w posagu 30 tysięcy ówczesnym grzywien.

Jadwiga była prawie dzieckiem, gdy została zaślubiona Henrykowi, ponieważ liczyła zaledwie 12 lat. Obdarzyła go licznym potomstwem. Zaledwie rok po ślubie urodziła pierworodnego syna, którego jednak nie udało się utrzymać przy życiu. Po nim na świat przyszły dwie córki Zofia i Agnieszka, ale również one zmarły po porodzie (ta trójka dzieci pochowana została w klasztorze w Lubiążu obok dziadka Bolesława I Wysokiego). Dopiero czwarty z kolei, Konrad żył i chował się zdrowo, podobnie jak ostatni syn Henryk, nazwany później Pobożnym.

Początkowo Jadwiga była bardzo oddana macierzyństwu, dbając przede wszystkim o wychowanie dzieci. Z czasem jednak w miarę dorastania Konrada i Henryka zaczęła się coraz bardziej oddalać od męża zapatrzona w modne wówczas ideały świętości i ascezy. W końcu postanowiła w obecności biskupa wrocław-



*Św. Jadwiga błogosławi syna Henryka Pobożnego wyruszającego na bój z Tatarami pod Legnicą w roku 1241.*

skiego Wawrzyńca wymóc na mężu przysięgę bezwzględnej wstrzeźliwości małżeńskiej na dalsze lata ich pożycia, które miało trwać jeszcze ponad 20 lat. Księżę kazał wówczas wystrzyc sobie na potylicy



mniszą tonsurę i zapuścił na wzór zakonników brodę, dlatego też współcześni nadali mu przydomek Brodaty. Ostatecznie Jadwiga postanowiła resztę życia spędzić w klasztorze cysterek, ufundowanym przez męża w Trzebnicy kosztem 30 tysięcy grzywien (tyle wynosił posag książęcy). Budowę tego kościoła pod wezwaniem św. Bartłomieja Apostoła rozpoczęto w roku 1202, a zakończono po siedemnastu latach w roku 1219.

Co skłoniło Jadwigę do tego kroku? Wydaje się, że częste w owych czasach dążenie do świętości i ascezy, zwłaszcza pod wpływem księży i spowiedników (vide św. Kinga żona Bolesława V Wstydlivego, która zamknęła się w Klasztorze Klarysek w Starym Sączu), ale także przykre doświadczenia w najbliższej rodzinie Jadwigi, które zachwiały w niej sens życia świeckiego. Otóż młodsza jej siostra Agnieszka, wydana za męża za króla Francji Filipa II została wygnana z dworu francuskiego, kiedy papież Innocenty III nie uznał powtórnego małżeństwa Filipa II z Agnieszką (żyła bowiem jego pierwsza żona). Uznana za nałożnicę zmarła ze zgrozoty po 3 latach. Druga zaś siostra, Gertruda, poślubiona królowi węgierskiemu Andrzejowi, została wkrótce po ślubie zamordowana w roku 1213.

Do swoich dzieci Jadwiga także nie miała szczęścia. Trójka zmarła w dzieciństwie. Pozostała przy życiu córka Gertruda miała być wydana za męża za Ottona Witeltsbacha, ale małżeństwo nie doszło do skutku, kiedy Otto zabił króla Filipa Szwabskiego w roku 1208. Wielka tragedia spotkała ją także ze strony dwóch jedynie pozostałych przy życiu, nienawidzących się nawzajem synów Konrada i Henryka, gdy doszło pomiędzy nimi do bratobójczej walnej bitwy pod Legnicą, w której zginął Konrad.

Jedyny pozostały przy życiu syn Henryk pojął za żonę Annę z królewskiego rodu Przemyślidów. Jadwiga od samego początku ich małżeństwa starała się podporządkować sobie nie tylko syna, ale także synową, określała dokładnie dni, w których mógł syn współżyć ze swoją żoną, a w jakie mu tego czynić nie było wolno. Należy jednak wątpić, czy młodzi małżonkowie respektowali te zalecenia, ponieważ doczekali się liczego potomstwa, a mianowicie 4 synów i 5 córek. Niemniej na zamku wrocławskim panowała atmosfera dużej pobożności, dlatego też nic dziwnego, że synowi Jadwigi Henrykowi nadano przydomek Pobożnego.

O ascezie Jadwigi świadczy legenda obrazowa kąpie-li dziecka, otóż Jadwiga obmywa czterem starym zakon-nicom nogi, a następnie w tym samym cebrzyku i w tej samej wodzie kąpie swojego wnuka, a syna Anny – Bolesława Rogatkę. Obok stoi matka Rogatki Anna i zakrywa twarz rękoma, nie chcąc patrzeć na to, co czyni teściowa.

Jadwiga wtrącała się również w wychowanie swoich wnuków. Aż trzy wnuczki przeznaczyła na mniszki do klasztoru w Trzebnicy. Jeżeli idzie o wnuków, to Boles-



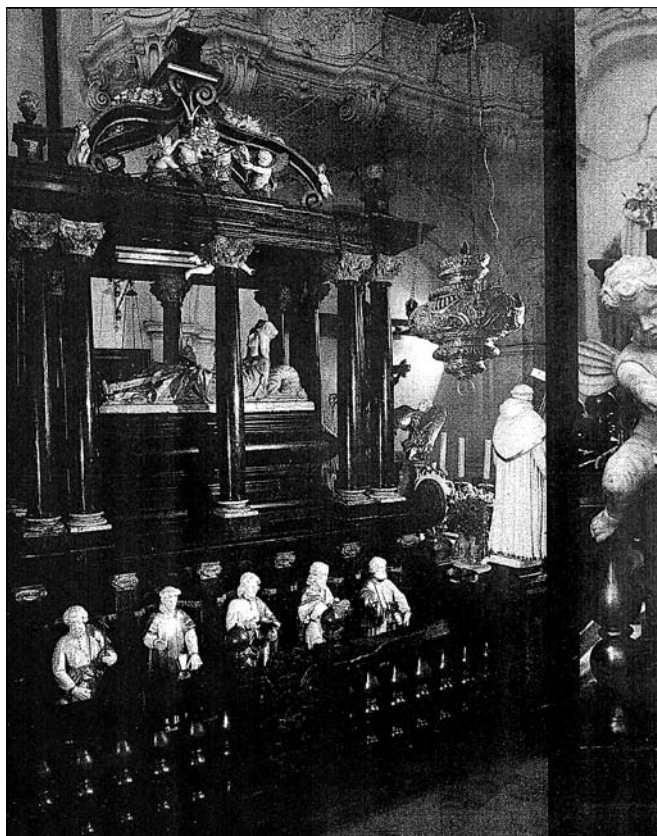
*Św. Jadwiga i Anna, żona Henryka Pobożnego znajdują zwłoki poległego księcia.*

ław Rogatka (ten przydomek zawdzięcza rogatej duszy) odmówił kariery duchownej, Władysław został biskupem Salzburga (w Katedrze w Salzburgu można podziwiać jego tablicę nagrobną), zaś Konrad biskupem passawskim, ale zrzucił szaty duchowne i ożenił się z Salomeą – córką księcia wielkopolskiego Władysława Odonicza.

W tym miejscu podkreślić należy wielką działalność dobroczynną, jaką prowadziła Jadwiga. Fundowała szpitale, w czasie powodzi 1221–1222 zgromadziła dla poszkodowanych olbrzymie zapasy żywności, obniżała daniny chłopskie we wsiach należących do Klasztoru Trzebnickiego. Wpływała na męża – powstrzymywała od wyroków śmierci, dlatego też Henryk zakazał wpuszczania jej do więzień, aby ustrzec się od jej interwencji. Wyroki śmierci, za namową swojej żony, zamieniał na dożywotnią pracę na rzecz budowy klasztoru w Trzebnicy.

Pod koniec życia Jadwiga całkowicie usunęła się w zacisze Klasztoru Trzebnickiego i tam wiodła swój wyjątkowo ascetyczny żywot. Nierzadko broczyła krwią pod razami ostrej dyscypliny, spała na twardym łożu, podczas mrozów chodziła boso, wielogodzinie modliła się, nawet mimo protestów spowiedników.

Jej mąż Henryk I Brodaty zmarł 18 marca 1237 roku i pochowany został w ufundowanym przez siebie Klasztorze w Trzebnicy, mimo sprzeciwów duchowieństwa i papieża, ponieważ tuż przed śmiercią został wyklęty przez biskupów wrocławskiego i gnieźnieńskiego. Henryk Brodaty nie zgadzał się bowiem na zniesienie danin biskupich, na prowadzenie przez niego wojen o zdobycie Małopolski i Wielkopolski – była to pierwsza, nieudana próba zjednoczenia ziem polskich po rozbiciu dzielnicowym. W pogrzebie Henryka Brodatego udział wzięli licznie okoliczni mieszkańcy, tłumy szlachty, pospolity lud, zakonnice, tylko Jadwiga pozostała w swojej klasztornej celi.



*Tumba nagrobna Św. Jadwigi w Klasztorze Trzebnickim z roku 1680.*

Jadwiga przeżyła jeszcze jedną życiową tragedię, kiedy to podczas bitwy z Tatarami pod Legnicą w roku 1241 poległ jedyny jej żyjący syn Henryk II Pobożny. Zwłoki syna odnalazła właśnie Jadwiga, ponieważ Henryk miał 6 palców u lewej nogi (podobnie jak Władysław IV Warneńczyk, poległy pod Warną w roku 1444). Henryk Pobożny został uroczyście pochowany w kościele Franciszkanów we Wrocławiu.

Jadwiga zmarła w roku 1243 i pochowana została w Klasztorze Trzebnickim. Jej monumentalny nagrobek stanął w roku 1680. Składa się z tumby nagrobnej zwieńczonej baldachimem, pod którym w pozycji półsiedzącej spoczywa posąg Jadwigi. Wokół tumby znajdują się figury świętych oraz posąg jej męża Henryka I Brodatego.

Jeszcze w tym samym wieku XIII Jadwiga została zaliczona przez Kościół w poczet świętych.

PS. W tym miejscu należy podkreślić, że Wojewódzki Specjalistyczny Zespół Neuropsychiatryczny w Opolu nosi imię Jadwigi Trzebnickiej.

Praca powyższa powstała m. in. na podstawie książki Zygmunta Borasa pt. „Książęta Piastowscy Śląska”

*Dr hab. n. med. Janusz KUBICKI  
prof. PMWSZ w Opolu*



## Uwaga na lek firmy Bristol-Myers-Squibb!!!

Warszawa 18.03.2011 r.

Komunikat do fachowych pracowników ochrony zdrowia dotyczący ograniczenia wskazań dla produktu leczniczego ZERIT® (stawudyna) ze względu na możliwe poważne działania niepożądane.

### Podsumowanie

Zawężono wskazanie dla stawudyny (Zerit®, kapsułki twarde i proszek do sporządzania roztworu). Stawudynę należy stosować tylko w przypadku braku możliwości innego leczenia i przez możliwie najkrótszy czas.

Zgłoszenia pojedynczych, przypadków, zbierane po wprowadzeniu do obrotu oraz dostępne piśmiennictwo zwiększyły ilość danych dotyczących profilu bezpieczeństwa stawudyny i jej charakterystyki, w tym dane o kwasicy mleczanowej, lipoatrofii i neuropatii obwodowej.

Nowa ocena wykazała, że u pacjentów otrzymujących stawudynę zwiększone jest ryzyko wystąpienia potencjalnie poważnych działań toksycznych, w porównaniu z alternatywnymi metodami leczenia HIV.

### Dalsze informacje dotyczące bezpieczeństwa

Działania toksyczne, takie jak: kwasica mleczanowa, zanik tkanki tłuszczowej i neuropatia obwodowa zidentyfikowano jako działania niepożądane związane ze stosowaniem stawudyny:

Po podaniu stawudyny stwierdzono występowanie przypadków kwasicy mleczanowej, które, jak oceniono, w 30–50% kończyły się zgonem. Działanie to może wystąpić w ciągu pierwszych kilku miesięcy leczenia, ale również dużo później. W badaniach kohortowych i randomizowanych badaniach klinicznych częstość występowania związanej ze stawudyną kwasicy metabolicznej wynosiła około 1%.

U pacjentów otrzymujących stawudynę istnieje zwiększone ryzyko wystąpienia lipoatrofii w porównaniu do pacjentów otrzymujących inne leki z grupy nukleozydowych inhibitorów odwrotnej transkryptazy (NRTIs). W ostatnio analizowanym badaniu, w 96 tygodniu leczenia u 42% pacjentów otrzymujących stawudynę wystąpiła ponad 20% utrata tkanki tłuszczowej kończyn (oznaczanej metodą podwójnej absorpcjometrii energii promieniowania rentgenowskiego – ang. *Dual energy x-ray absorptiometry* – DEXA). Dla zydowudyny wartość ta wynosiła 27%, a dla tenofowiru 9% w porównaniu do grupy kontrolnej nieotrzymującej NRTI. Częstość występowania oraz nasilenie lipoatrofii zwiększały się wraz z długością terapii i nie przemijały całkowicie po zaprzestaniu leczenia stawudyną.

Zgłaszano przypadki neuropatii obwodowej u do 20% pacjentów leczonych stawudyną. Pacjenci z neuropatią obwodową w wywiadzie lub innymi czynnikami ryzyka (na przykład stosowanie alkoholu, leków, takich jak izoniazyd lub zaburzenia czynności nerek), stanowią grupę zwiększonego ryzyka wystąpienia neuropatii.

Ze względu na problemy związane z bezpieczeństwem stosowania stawudyny, stosunek korzyści do ryzyka stawudyny pozostaje pozytywny tylko dla wybranych pacjentów, dla których brak jest odpowiedniego leczenia alternatywnego i w takiej sytuacji lek należy stosować przez możliwie najkrótszy czas.

W związku z powyższym Charakterystyka Produktu Leczniczego dla produktu Zerit® kapsułki twarde i proszek do sporządzania roztworu została znowelizowana.

Dane zawarte w tym komunikacie zostały uzgodnione z Europejską Agencją Leków oraz Urzędem Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych.

### Dodatkowe informacje dla fachowych pracowników służby zdrowia.

W związku z potencjalnym zagrożeniem związanym ze stosowaniem stawudyny należy ocenić stosunek korzyści do ryzyka dla każdego pacjenta i jeśli to możliwe należy dokładnie rozważyć zastosowanie odpowiedniego leczenia alternatywnego. Jednocześnie należy poinformować pacjentów o możliwych zagrożeniach.

### Zgłaszanie działań niepożądanych

Prosimy o zgłaszanie podejrzenia wystąpienia działania niepożądanego produktu leczniczego do Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych, Wydziału Monitorowania Działłań Niepożądanych, ul. Żąbkowska 41, 03-736 Warszawa, tel: 22/49-21-300, faks: 22/49-21-309 lub do przedstawiciela podmiotu odpowiedzialnego: Bristol-Myers-Squibb Polska Sp. z o.o., 00-609 Warszawa, al. Armii Ludowej 26, do pani Moniki Nowak, tel: 22/57-96-786, komórka: 608-555-485 lub telefon 24h: 22/57-96-666, fax: 22/57-96-677, firmowy mail safety: [safety\\_poland@bms.com](mailto:safety_poland@bms.com)

Bardzo prosimy o przekazanie możliwie jak największej ilości informacji, w tym informacji o historii choroby, jednocześnie stosowanych lekach, początku i okresie stosowania leczenia.

Z poważaniem

Cezary ŚCIBIORSKI  
Dyrektor Medyczny BMS Polska

# Nowe wytyczne Europejskiej Rady Resuscytacji (ERC) 2010

W grudniu 2010 r. Europejska Rada Resuscytacji (*European Resuscitation Council*) opublikowała kolejną wersję wytycznych resuscytacji na kolejne 5 lat. Wytyczne ERC dotyczą 10-ciu obszarów:

1. Podstawowe czynności resuscytacyjne i użycie automatycznego zewnętrznego defibrylatora.
2. Elektroterapia: defibrylacja, kardiowersja, elektrostymulacja.
3. Zaawansowane czynności resuscytacyjne u dorosłych.
4. Wstępne postępowanie w przypadku ostrych zespołów wieńcowych.
5. Czynności resuscytacyjne u dzieci.
6. Resuscytacja noworodków bezpośrednio po urodzeniu.
7. Zatrzymanie krążenia w sytuacjach szczególnych: zaburzenia elektrolitowe, zatrucia, podtopienie, hipotermia, hipertermia, astma, anafilaksja, zabiegi kardiochirurgiczne, urazy, ciąża, porażenie prądem.
8. Priorytety w nauczaniu resuscytacji.
9. Zagadnienia etyczne w resuscytacji.

W części zagadnień wprowadzono istotne zmiany. Najważniejsze z nich zostały wymienione poniżej. Wymienione zmiany nie obejmują wszystkich, jakie zostały wprowadzone przez ERC od 2010.

## Podstawowe czynności resuscytacyjne

Uciskanie klatki piersiowej jest podstawowym elementem udzielania pomocy osobie z zatrzymaniem krążenia, powinno ono być prowadzone przez wszystkie osoby udzielające pomocy, niezależnie od stopnia wykształcenia. Wytyczne podkreślają ogromne znaczenie jakości uciskania klatki piersiowej, celem jest uciskanie klatki piersiowej na głębokość przynajmniej 5 cm oraz z szybkością przynajmniej 100/min. Podkreślane jest znaczenie minimalizacji przerw w uciskaniu klatki piersiowej, należy również zwracać uwagę, aby klatka piersiowa wracała do pierwotnego kształtu w momencie relaksacji. Osoby przeszkolone powinny wykonywać uciskanie klatki piersiowej i wentylację w stosunku 30:2. Gdy BLS wykonuje osoba nieprzeszkolona zachęca się ją do uciskania klatki piersiowej, jeżeli to możliwe to pod telefonicznym nadzorem dyspozytora Pogotowia Ratunkowego.

Dyspozytorzy medyczni powinni być przeszkoleni w zakresie zbierania informacji od osób wzywających pomocy zgodnie z precyzyjnym protokołem, nastawionym szczególnie na rozpoznawanie stanu nieprzytomności i ocenę jakości oddychania. Stwierdzenie przez dyspozytora braku oddechu lub nieprawidłowego toru odde-

chowego w połączeniu z brakiem świadomości powinno skutkować wdrożeniem protokołu zatrzymania krążenia. Podkreślana jest waga pojedynczych westchnięć (*gaspings*) jako objawu zatrzymania krążenia.

## Elektroterapia: defibrylacja, kardiowersja, elektrostymulacja

Duży nacisk kładziony jest na minimalizację przerw w uciskaniu klatki piersiowej bezpośrednio przed, jak i po defibrylacji. Zaleca się przeprowadzenie ładowania defibrylatora bez przerywania uciskania klatki piersiowej. Przerwa, w uciskaniu klatki piersiowej, na wykonanie defibrylacji nie powinna być dłuższa niż 5 sekund.

W przypadku leczenia zewnątrzszpitalnego zatrzymania krążenia, podczas gdy defibrylator jest przygotowywany do użycia, zespół Pogotowia ratunkowego powinien zapewnić wysokiej jakości RKO. Nie jest już zalecane rutynowe stosowanie określonego czasu RKO (np. 2 min) przed oceną rytmu i dostarczeniem wyładowania.

Dopuszczalne jest zastosowanie trzech wyładowań defibrylatora pod rząd, gdy zatrzymanie krążenia w rytmie defibrylacyjnym (VF/VT) wystąpi w trakcie cewnikowania serca lub w okresie pooperacyjnym po zabiegach kardiochirurgicznych. Ten sposób postępowania może również zostać wykorzystany jako pierwsze postępowanie, w sytuacji obserwowanego zatrzymania krążenia, u pacjenta podłączonego do defibrylatora manualnego.

Podkreślane jest znaczenie rozwoju programu powszechnego dostępu do automatycznych zewnętrznych defibrylatorów (AED) zarówno w miejscach publicznych, jak i w prywatnych mieszkaniach.

## Zaawansowane czynności resuscytacyjne u dorosłych

Wysoka jakość uciśnień klatki piersiowej oraz minimalizacja przerw w uciskaniu klatki jest kluczowym elementem prawidłowo prowadzonych działań ALS. Uciśkanie klatki piersiowej powinno być przerywane tylko w celu wykonania istotnych interwencji terapeutycznych i diagnostycznych.

Zwraca się uwagę na właściwą obserwację pacjentów szpitalnych, tak aby szybko rozpoznać objawy przedzatrzymaniowe oraz rozpocząć leczenie w celu niedopuszczenia do wewnątrzszpitalnego zatrzymania krążenia.

Zmniejszenie znaczenia uderzenia przedsercowego.

Nie jest zalecane podawanie leków przez rurkę intubacyjną. Jeżeli nie jest możliwe szybkie uzyskanie dostępu dożylnego, zaleca się wykonanie dostępu doszpikowego.

W leczeniu zatrzymania krążenia w rytmach defibrylacyjnych adrenalina powinna zostać podana w dawce 1 mg, po trzeciej defibrylacji. Kolejne dawki adrenaliny powinny zostać podane co 3–5 min. (co druga pętla RKO). Amiodaron w dawce 300 mg również powinien zostać podany po trzeciej defibrylacji.

Atropina nie jest zalecana w rutynowym leczeniu zatrzymania krążenia w mechanizmie asystolii lub czynności elektrycznej bez tętna (PEA).

Zwrócono uwagę na mniejsze znaczenie wczesnej intubacji, chyba, że wykonana jest ona przez dobrze wyszkolony personel medyczny, którego umiejętności pozwalają na minimalizację przerwy w uciskaniu klatki piersiowej podczas intubacji.

Podkreśla się znaczenie stosowania kapnografii jako sposobu na potwierdzenie położenia rurki intubacyjnej, monitorowania jakości działań resuscytacyjnych oraz jako wczesny wskaźnik powrotu spontanicznego krążenia.

W chwili powrotu spontanicznego krążenia, stężenie tlenu w mieszaninie oddechowej powinno być tak mierzczkowane, aby uzyskać wartości saturacji krwi tętniczej na poziomie 94–98%. Hyperoksemia może być niekorzystna dla pacjentów w okresie poresuscytacyjnym.

Dużą wagę przywiązuje się do prawidłowego leczenia zespołu poresuscytacyjnego (*postcardiac arrest syndrome*). Wdrożenie jasnych protokołów leczenia pacjentów po zatrzymaniu krążenia, może znacznie poprawić przeżywalność po powrocie spontanicznego krążenia.

Zaleca się utrzymywanie poziomu glikemii u pacjentów po powrocie spontanicznego krążenia poniżej 180 mg%, jak i unikania hipoglikemii.

Zaleca się stosowanie hipotermii terapeutycznej u pacjentów w stanie śpiączki po zatrzymaniu krążenia, zarówno w rytmach defibrylacyjnych, jak i niedefibrylacyjnych. Zwraca się uwagę na mniejszą wagę dowodów naukowych skuteczności hipotermii terapeutycznej w przypadku zatrzymań krążenia w rytmach niedefibrylacyjnych.

### **Wstępne postępowanie w przypadku ostrego zespołu wieńcowego.**

Termin ostry zespół wieńcowy bez uniesienia odcinka ST (NSTEMI – ACS) obejmuje zarówno zawał bez uniesienia odcinka ST, jak i niestabilną dławicę piersiową. Rozróżnienie tych dwóch stanów klinicznych może nastąpić dopiero po kilku godzinach, po oznaczeniu poziomu markerów nekrotycznych mięśnia sercowego. Podczas, gdy decyzja o sposobie leczenia powinna zostać podjęta na podstawie obrazu klinicznego w chwili przyjęcia.

Wywiad, badanie fizykalne, biomarkery oraz skale ryzyka nie są wiarygodnymi kryteriami identyfikacji pacjentów, którzy mogą zostać bezpiecznie wypisani ze Szpitala.

Należy unikać stosowania niesterydowych leków przeciwzapalnych u pacjentów z rozpoznaniem OZW.

Nitraty nie powinny być stosowane w celach diagnostycznych.

Tlen powinien być stosowany tylko u pacjentów z hipoksją, dusznością lub zastojem w krążeniu płucnym. Hiperoksemia może być szkodliwa w przebiegu niepowikłanego zawału serca.

Kwas acetylosalicylowy (ASA) może być podawany pacjentowi z bólem zamostkowym, przez świadków zdarzenia, także w przypadku braku zlecenia przez personel medyczny.

Nie jest zalecane stosowanie inhibitorów IIb/IIIa przed wykonaniem angiografii/przezskórnej interwencji wieńcowej (PCI).

Uaktualniona została strategia postępowania w przypadku ostrego zespołu wieńcowego z uniesieniem odcinka ST:

- preferowanym sposobem leczenia jest pierwotna przezskórna interwencja wieńcowa wykonana we właściwym czasie przez doświadczony zespół.
- zespół ratownictwa medycznego może pominąć najbliższy Szpital, aby PCI mogła zostać wykonana bez zbędnego opóźnienia.
- akceptowalne opóźnienie pomiędzy rozpoczęciem fibrynolizy a pierwszym napompowaniem balonu jest zmienne i wynosi 45–180 minut, zależy od lokalizacji zawału, czasu trwania objawów i wieku pacjenta.
- ratunkowa PCI powinna zostać podjęta w przypadku nieskuteczności fibrynolizy, nie jest zalecane rutynowe wykonywanie PCI bezpośrednio po fibrynolizie.

Angiografia, a w razie potrzeby PCI mogą być zasadne jako część protokołu leczenia po zatrzymaniu krążenia.

Ograniczone zostały zalecenia do stosowania  $\beta$ -blokerów. Brak jest naukowych dowodów pozwalających na rutynowe ich stosowanie u pacjentów z ostrym zespołem wieńcowym, z wyjątkiem takich stanów klinicznych, jak arytmie z szybką czynnością serca.

### **Czynności resuscytacyjne u dzieci**

Decyzja o rozpoczęciu RKO powinna zostać podjęta do 10 sekund. W związku z tym, iż nawet osoby z wykształceniem medycznym mają trudność z wiarygodną oceną obecności tętna u dzieci w czasie do 10 sekund, powinny one poszukiwać oznak zachowanego krążenia. Jeżeli są pewne swojej techniki badania tętna, mogą je włączyć do oceny dziecka i na tej podstawie podjąć decyzję o rozpoczęciu RKO. Tętno powinno być oceniane u dzieci na tętnicy szyjnej, u niemowląt na tętnicy ramiennej oraz na tętnicy udowej u dzieci i niemowląt.

Stosunek uciśnięć klatki piersiowej do wentylacji powinien wynosić 30:2 w przypadku prowadzenia RKO przez osoby nie posiadające wykształcenia medyczne



go. Ratownicy posiadający wykształcenie medyczne powinni prowadzić RKO w proporcjach 15 uciśnień klatki piersiowej do 2 wdechów, ale jeżeli działają w pojedynkę mogą używać schematu 30:2. Wentylacja nadal pozostaje kluczowym elementem resuscytacji dzieci.

Duże znaczenie przywiązuje się do jakości uciśnień klatki piersiowej. Głębokość na jaką uciska się klatkę piersiową powinna wynosić 1/3 wymiaru przednio-tylnego klatki piersiowej, tj. ok. 4 cm u niemowląt i 5 cm u dzieci. Natomiast częstość uciśnień klatki piersiowej, zarówno u niemowląt, jak i u dzieci nie powinna być mniejsza niż 100/min., ale nie większa niż 120/min.

U dzieci z zatrzymaniem krążenia w rytmach defibrylacyjnych stosowanie automatycznych defibrylatorów zewnętrznych jest bezpieczne. AED dedykowane do użycia dla dzieci posiadają specjalne oprogramowanie redukujące energię defibrylacji do energii 50 – 75J. Są one rekomendowane dla dzieci od 1 do 8 roku życia. Jeżeli takie urządzenie nie jest dostępne, może zostać użyte AED bez oprogramowania pediatrycznego.

Tak samo, jak w przypadku osób dorosłych zalecane jest kontynuowanie uciskania klatki piersiowej w trakcie ładowania defibrylatora, tak aby przerwy w uciskaniu klatki piersiowej były jak najkrótsze. Zalecany schemat defibrylacji u dzieci to jednorazowe wyładowania o wartości 4J/kg.

Dopuszcza się używanie rurek intubacyjnych z mankietem u dzieci i niemowląt.

Rekomendowane jest stosowanie pomiaru końcowo-wydechowego CO<sub>2</sub> w celu monitorowania położenia rurki intubacyjnej i oceny jakości resuscytacji.

Zaleca się stworzenie systemu szybkiego reagowania w Oddziałach Pediatrycznych, jako czynnik zmniejszającego częstość zatrzymań oddechu i krążenia oraz śmiertelność wewnątrzszpitalną.

## **Resuscytacja noworodków bezpośrednio po urodzeniu**

U wydolnych noworodków zaleca się opóźnienie klebowania pępowiny o co najmniej jedną minutę od momentu urodzenia dziecka (zakończenie drugiego okresu porodu). Dotychczas nie zgromadzono odpowiedniej ilości danych pozwalających na wskazanie zalecanego czasu zaklebowania pępowiny u noworodków urodzonych w ciężkiej zamartwicy.

U noworodków urodzonych o czasie, w trakcie resuscytacji zaleca się używanie powietrza do wentylacji. Jeżeli pomimo prawidłowo prowadzonej wentylacji, oksygenacja nie osiąga pożądanych wartości, należy rozważyć użycie wyższych stężeń tlenu do wentylacji.

Wcześniejsi poniżej 32 tygodnia oddychając powietrzem mogą nie osiągnąć takich samych wartości oksygenacji, jak dzieci urodzone o czasie. Należy rozważyć użycie mieszaniny tlenu z powietrzem do oddychania pod kontrolą oksymetrii pulsacyjnej.

Wcześniejsi poniżej 28 tygodnia natychmiast po urodzeniu, bez osuszania, należy owinać w folie spożywczej lub worek plastikowy do poziomu szyi. Powinny zostać owinięte w folię do chwili przyjęcia do Oddziału. Wszystkie zabiegi powinny odbywać się pod promieniem ciepła, a temperatura Sali porodowej powinna wynosić co najmniej 26° C.

Rekomendowany stosunek uciśnień klatki piersiowej do częstości oddechów w trakcie resuscytacji noworodka wynosi 3:1.

Zalecana dawka adrenaliny to 10–30 µg/kg podawana drogą dożylną. Jeżeli adrenalina podawana jest drogą do-tchawiczą, ekwiwalentem 10 µg/kg podanych drogą do-żylną, będzie prawdopodobnie dawka 50–100 µg/kg.

Pomiar końcowo-wydechowego CO<sub>2</sub>, w połączeniu z oceną kliniczną, jest najbardziej wiarygodną metodą oceny położenia rurki intubacyjnej u noworodków z zachowanym spontanicznym krążeniem.

U noworodków urodzonych o czasie, lub prawie o czasie, z rozwijającą się encefalopatią hipoksemiczno-ischemiczną należy zastosować hipotermię terapeutyczną. Postępowanie to nie modyfikuje procedury resuscytacji, ale jest ważne dla skuteczności opieki poresuscytacyjnej.

## **Priorytety w nauczaniu resuscytacji**

Wszyscy obywatele powinni zostać przeszkoleni w zakresie podstawowych czynności resuscytacyjnych obejmujących uciskanie klatki piersiowej i wentylację. W niektórych sytuacjach dopuszczalne jest nauczanie tylko uciskania klatki piersiowej.

Wiedza i umiejętności z zakresu podstawowych i zaawansowanych zabiegów resuscytacyjnych pogarszają się już po upływie 3–6 miesięcy po szkoleniu. Prowadzenie stałej oceny umiejętności pozwoli na zidentyfikowanie osób wymagających szkoleń przypominających w celu utrzymania właściwego poziomu wiedzy.

Większy nacisk powinien zostać położony na nauczanie umiejętności związanych z kierowaniem resuscytacją, pracą w zespole, komunikacją. Wszystkie te elementy mają wpływ na jakość resuscytacji i opieki poresuscytacyjnej.

Powyższe zestawienie zostało sporządzone na podstawie oficjalnych dokumentów Europejskiej i Polskiej Rady Resuscytacyjnej.

*Oprac. Szymon MICHNIEWICZ*

### **Bibliografia:**

1. Podsumowanie głównych zmian w wytycznych resuscytacji. Wytyczne EC 2010 – Polska Rada Resuscytacji 2010.

(przedruk z „Doktora” nr 1/11)

# Stawiam na zdrowie publiczne

Rozmowa Maciejem PIROGIEM – społecznym doradcą Prezydenta RP

## ***Panie doktorze, jakie są pana zadania i kompetencje jako doradcy Prezydenta RP?***

Funkcja doradcy prezydenta ma w dużym stopniu wymiar autorski. Moją rolą jest m.in. zwracanie uwagi pana prezydenta na te rozwiązania legislacyjne dotyczące ochrony zdrowia, które mogą być niebezpieczne dla prawidłowego funkcjonowania ochrony zdrowia w Polsce. Prezydent dba przede wszystkim o interes najsłabszego w systemie, tj. obywatela – potencjalnego pacjenta. Często proponowane przez rząd lub ustawodawcę rozwiązania budzą niepokój, są niezrozumiałe lub stają się przedmiotem rozgrywek pomiędzy różnymi grupami interesariuszy, których w ochronie zdrowia jest wielu.

Od kilku miesięcy Sejm pracuje nad pakietem projektów ustaw rekomendowanych przez rząd, a przedstawionych przez ministra zdrowia. Do Kancelarii Prezydenta wpływa wiele listów, próśb o spotkanie czy wręcz protestów przeciwko proponowanym rozwiązaniom. Muszę się z nimi zaznajomić i ewentualnie zwrócić uwagę na sprawy, które mogą stanowić rzeczywiste zagrożenie.

Praca społecznego doradcy polega na uczestniczeniu raz w miesiącu we wspólnym spotkaniu wszystkich doradców z prezydentem, na stałym kontakcie i pracy z ministrem w Kancelarii Prezydenta, w którego kompetencjach jest także zdrowie, tj. z minister Ireną Wóycicką. Mamy za sobą debatę publiczną dotyczącą kształcenia profesjonalistów medycznych, głównie lekarzy. W działalności długofalowej, w przeciwieństwie do doraźnej, związanej z podpisywaniem ustaw, zaproponowałem panu prezydentowi inicjowanie i wspieranie działań na rzecz zdrowia publicznego. Uważam, że ten obszar, dość zaniedbany w Polsce, wykraczający poza działanie resortu zdrowia, jest dobrą dziedziną do stymulacji z ośrodka prezydenckiego. Użytkowałem wstępną zgodę na podjęcie tego tematu.

## ***Jak ocenia pan pakiet ustaw zdrowotnych przedłożonych przez rząd, nad którym pracuje właśnie parlament. Jakie decyzje z nim związane będzie pan rekomendował prezydentowi?***

Pakiet ustaw zdrowotnych, nad którymi pracuje obecnie parlament, a także kilka ustaw, które dosłownie za chwilę wejdą pod obrady parlamentu, oceniam bardzo wysoko. Należy podkreślić, że po długiej przerwie została wykonana ogromna praca w zakresie legislacji. Od dłuższego czasu wiele z przedstawionych teraz regulacji było bardzo potrzebnych. Myślę tu przede wszystkim o zastąpieniu ustawy o ZOZ-ach ustawą o działalności leczniczej, o ustawie refundacyjnej, a także o zapowiadanej ustawie o ubezpieczeniach dodatkowych. Niezwykle ciekawe i dobre rozwiązania proponuje zmiana ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentysty. Likwidacja stażu podyplomowego, uprządkowanie studiów, modułowy system specjalizacji, to kilka kroków

w kierunku unowocześnienia kształcenia lekarzy w Polsce na wzór zmian, które już dokonały się w Europie i Stanach Zjednoczonych. Tutaj z satysfakcją chciałbym dodać, że na skutek debaty publicznej, która odbyła się w Belwedrze z udziałem pana prezydenta, nastąpiła znacząca korekta w projekcie tej ustawy na poziomie prac sejmowych. Mam tu na myśli zastąpienie Lekarskiego Egzaminu Państwowego po stażu. Lekarskim Egzaminem Końcowym na zakończenie studiów na uniwersytetach medycznych.

Będę rekomendował panu prezydentowi podpisanie ustaw zdrowotnych, oczywiście po sprawdzeniu ich zgodności z konstytucją, ale to już jest domena prawników – konstytucjonalistów. Oczekiwałem także dyskusji i ewentualnych korekt w niektórych ustawach, jak np. w refundacyjnej, ale, tak jak już wspomniałem, to bardzo dobrze, że wreszcie są te rozwiązania i olbrzymia większość z nich idzie w dobrym kierunku.

W trakcie spotkania ze środowiskiem medycznym na Warszawskim Uniwersytecie Medycznym (pisaaliśmy o tym w „Pulsie”) w czasie kampanii prezydenckiej Bronisław Komorowski obiecał, że gdy zostanie prezydentem, pochyli się nad problemami polskiej stomatologii i spotka się ze środowiskiem lekarzy dentyków. Mówił również o planach powołania Rady ds. Zdrowia przy Prezydencie. Czy i kiedy możemy spodziewać się realizacji tych zapowiedzi?

Pamiętam to spotkanie. Głos stomatologów wybrzmiał tam bardzo mocno i bardzo słusznie! Czas najwyższy, abyśmy nie byli rozpoznawani w świecie po fatalnym stanie uzębienia. Zmiany w tym zakresie są bardzo potrzebne. A jakie? To wie najlepiej, słabo niestety słyszane, środowisko stomatologiczne. Widzę sens rekomendacji takiego spotkania panu prezydentowi, ale do tej pory nie otrzymałem szansy – nie było zgłoszenia ze strony lekarzy dentyków, gotowości i proponowania tematu rozmowy w nawiązaniu do wspomnianego spotkania przedwyborczego.

Powołanie Rady ds. Zdrowia przy Prezydencie to temat aktualny. W mojej koncepcji sprawowania funkcji doradcy, o czym mówiłem odpowiadając na pierwsze pytanie, byłaby to Rada ds. Zdrowia Publicznego. Ta propozycja w najbliższych miesiącach powinna nabrać realnych kształtów, prace nad tą koncepcją trwają. Mam nadzieję, że znajdzie to uznanie i akceptację Kancelarii i samego pana prezydenta.

*Pytała Ewa GWIAZDOWICZ*

**Dr n. med. Maciej Piróg** – menedżer, samorządowiec, polityk zdrowotny. Lekarz pediatra, specjalista zdrowia publicznego. W latach 90. był lekarzem wojewódzkim w Opolu, a następnie wicewojewodą opolskim. Sprawował urząd sekretarza stanu w Ministerstwie Zdrowia w rządzie Jerzego Buzka. Od 10 lat jest dyrektorem Instytutu „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka” w Międzyzlesiu.

(przedruk z „Pulsu” nr 4/11)

# Ubezpieczenia zdrowotne w Wielkiej Brytanii

Pierwszy plan utworzenia państwowej służby zdrowia powstał w oparciu o projekt systemu zabezpieczeń społecznych (Raport Beveridge'a z 1942 r.), zakładający bezpłatną opiekę zdrowotną – medyczną i rehabilitacyjną – świadczoną przez wykwalifikowany personel, przy niskich kosztach obsługi systemu. Pomysł zyskał poparcie i nowy system zabezpieczenia społecznego został uchwalony przez parlament w 1943 r., a trzy lata później w 1948 r. rozpoczął działalność *National Health System* (NHS). Władzami centralnymi NHS kierował Sekretarz Stanu do Spraw Zdrowia, ponoszący odpowiedzialność przed parlamentem. Z kolei temu ostatniemu podlegał Departament Zdrowia i Zabezpieczenia Społecznego (DHSS). W DHSS wyróżniono Radę Programową, która zajmowała się ukierunkowaniem rozwoju narodowej służby zdrowia i Zarząd Wykonawczy, który przygotowywał akty wykonawcze. Głównym zadaniem Departamentu Zdrowia było i jest nadal dysponowanie funduszami i środkami rządowymi przyznanymi NHS. Z tymi zadaniami wiązał się obowiązek kontroli władz regionalnych, sposobu rozdysponowania przez nie otrzymanych środków, negocjacje w sprawach wynagrodzeń i ceny leków oraz akceptacja projektów inwestycyjnych. Reforma 2002 zastąpiła wspomniane struktury organizacyjne: *Regional Health Authorities* i *District Health Authorities* 28 nowymi organami: *Strategie Health Authorities* i 310 *Primary Care Trust*, ponoszącymi odpowiedzialność za wykonywane zadania.

Funkcję nadrzędną i kierowniczą nad NHS pełni *Secretary of State* (odpowiednik polskiego Ministerstwa Zdrowia). Jego zadania określa *National Health Service Act* (Ustawa o narodowej służbie zdrowia, dalej Akt) z 1977 r., tj.: ustalania polityki zdrowotnej i jej wdrażania; promocji i rozwoju usług medycznych skierowanych na polepszenie ochrony zdrowia fizycznego i psychicznego, profilaktyki, diagnostyki, rozpoznania i leczenia chorób. Istotniejsze zagadnienia mogą podlegać pod prace wyspecjalizowanych zespołów. NHS ma na celu poprawę zdrowia i samopoczucia, wspieranie w utrzymaniu zdrowia zarówno psychicznego jak i fizycznego, w odzyskaniu zdrowia w chorobie oraz, gdy pełne wyzdrowienie jest niemożliwe, w utrzymaniu możliwie najlepszej kondycji do końca życia. NHS funkcjonuje wykorzystując wiedzę i umiejętności na najwyższym poziomie dla ratowania życia i poprawy zdrowia i jest odpowiedzialna przed całością społeczeństwa oraz indywidualnymi pacjentami, którym służy. Prawo do opieki zdrowotnej i do pokrycia jej kosztów z NHS mają wszyscy rezydenci: Wielkiej Brytanii, krajów należących do EEA i rezydenci, i obywatele krajów, z którymi Wlk. Brytania podpisała umowy dwustronne. W Wlk. Brytanii

11,5% mieszkańców ma dodatkowe prywatne ubezpieczenie medyczne.

Rezydenci Wlk. Brytanii mają także prawo do opieki medycznej w nagłych wypadkach poza granicami kraju. Natomiast leczenie w trybie zwykłym za granicą i pokrycie tych kosztów z NHS może nastąpić tylko w określonych przypadkach. Kierują się bowiem wyrokiem ET-S-u, który orzekł, że przedłużające się oczekiwanie na leczenie we własnym kraju może być podstawą do leczenia w innym. Strategie *Health Authorities* w Anglii i *Health Authorities* w Walii zostały powołane Aktem, celem zapewnienia łączności *Secretary of State* z danym regionem, na którym działają. Zadaniem tych organów jest wdrożenie i przystosowanie zaleceń Departamentu Zdrowia do potrzeb okręgu, ich właściwości, w tym rozdysponowanie środków podległym im instytucjom i kontrola ich wykorzystania. Ustalają potrzeby kadrowe oraz planują i finansują szkolenia personelu pozamedycznego. Ponadto prowadzą monitoring nad zarządzaniem wydajnością. HA ustala i odpowiada za realizację planów działania w zakresie ochrony zdrowia i składa sprawozdania z ich wykonania na dany rok. Ponosi ona odpowiedzialność za dostępność opieki zdrowotnej dla obywateli, poprzez m.in. przygotowywanie i zawieranie kontraktów z dostawcami usług medycznych (lekarzami). Na niższym szczeblu zostały ustanowione *Primary Care Trust* (PCT), których zadaniem jest m.in. zawieranie kontraktów, dysponowanie: nabywanie i zbywanie nieruchomości i ruchomości, przyjmowanie darowizn na określony lub ogólny użytek PCT, lub wskazanych usług medycznych. W celu wykonywania zadań PCT mają uprawnienia do dokonywania czynności niezbędnych do realizacji własnych zadań lub zleconych przez *Secretary of State*.

Obowiązki i zadania nałożone na HA i PCT, to:

- administrowanie ustaleniami dotyczącymi: medycznych, dentystycznych, okulistycznych i farmaceutycznych świadczeń na terenie podległym działalności danego HA i PCT,
- funkcje zarządzania, planowania, podejmowania ustaleń dotyczących ogólnych medycznych świadczeń i wykonywanie innych zadań odnoszących się do usług medycznych i innych działań w zakresie ochrony zdrowia.

PCT zajmuje się dopuszczaniem i zapewnianiem podstawowej opieki zdrowotnej i opieki środowiskowej, usług szpitalnych i innych świadczeniodawców opieki medycznej. PCT może także dopuścić inne podstawowe świadczenia medyczne, jak fizykoterapia, terapie alternatywne, konsultacje. Ponadto odpowiedzialność za nabywanie usług medycznych (zdrowotnych) została przekazana lokalnym organom w postaci: *Primary Care Trust*



w Anglii, *Health Boards* w Szkocji, *Local Health Groups* w Walii i *Primary Care Partnership* w Irlandii Północnej. Podstawowe usługi z zakresu opieki zdrowotnej są dostarczane przez GP's (*General Practitioner* – odpowiednik polskiego lekarza rodzinnego) i *multiprofessional groups*, w centrach medycznych. Szpitale i inne jednostki medyczne stanowią w większości własność publiczną (NHS-u), ale z niezależnym statusem spółki. Wszystkie organy NHS, w tym: StrategicHA, HA, SpecialHA, PCT i NHS trust, i inne działające w podobnych celach mają obowiązek współpracy między sobą w celu wykonywania swoich i zleconych zadań. Ułatwia to realizację planu ochrony zdrowia i organizowanie w szerokim znaczeniu usług medycznych. Dodatkowym organem mającym pomóc w organizowaniu i reprezentowaniu usług medycznych w danym rejonie jest *Community Health Council*. Nadto *Secretary of State* może powołać *Standing Advisory Committees*, jako ciało doradcze w sprawach dotyczących zapewniania dostępu do usług medycznych.

## Finansowanie

Odpowiednikiem ubezpieczenia w Wlk. Brytanii jest *National Insurance*. Składka jest opłacana po części przez pracownika i pracodawcę: odpowiednio w wysokości 10% i 11,5% wartości zarobków pracownika, z ograniczeniem części składki płatnej przez pracownika do maksymalnej wysokości 575 £ i bez górnego limitu dla części opłacanej przez pracodawcę. Osoby pracujące na zasadzie samozatrudnienia, opłacają niższą składkę w wysokości 2 £ na tydzień, plus ustalony procent od dochodów. Nadmienić można, iż składka na prywatne ubezpieczenia medyczne (PMI) jest zależna od indywidualnej lub grupowej polisy ubezpieczeniowej, której wysokość ustala towarzystwo ubezpieczeniowe. Dochody NHS pochodzą z wielu źródeł: w około 80% w postaci dochodów państwa z podatku, 12% ze składek na Narodowe Ubezpieczenie (NIC), a reszta z opłat i innych wpływów. Są one przekazywane do *National Insurance Fund* zarządzanego przez *Treasury*. Kiedy zebrane ze składek fundusze nie pokrywają kosztów świadczeń, brakujące środki są dotowane z podatków (*general taxation*: VAT plus inne rodzaje podatków). Szacunkowo, procentowa struktura wydatków na ochronę zdrowia przedstawia się następująco: największy procent z całości wydatków – około 81% – przeznaczają się na usługi szpitalne, społeczne świadczenia medyczne oraz obowiązkowe rodzinne świadczenia medyczne; 10% na nieobowiązkowe rodzinne usługi medyczne, w tym na GP – wynagrodzenia, usługi i świadczenia dentystyczne, okulistyczne i opłaty farmaceutyczne. Niewielki procent pochłonięła opieka społeczna – 3% i inne usługi oraz 1% wydatkowane na centralną opiekę zdrowotną i administrację departamentową. Na konsumentów świadczeń medycznych nakładane są opłaty: za leki na receptę, świadcze-

nia okulistyczne i dentystyczne. Niektóre opłaty są zryczałtowane, np. za realizację recepty, a niektóre grupy są zwolnione z opłat np.:

- osoby poniżej 16 i powyżej 60 roku życia, młodzież ucząca się w trybie dziennym do 19 roku życia w Anglii i do 25 w Walii,
- osoby pobierające pewne świadczenia ubezpieczenia społecznego,
- inwalidzi wojenni, za recepty na leki, które biorą w związku z urazami doznanymi podczas wojny,
- kobiety w ciąży i kobiety, które urodziły dziecko w ciągu ostatniego roku,
- osoby nie mogące wychodzić z domu, mające stałe inwalidztwo,
- osoby, których stan zdrowia został wymieniony w katalogu NHS,
- hospitalizowani pacjenci.

W celu zmniejszenia kosztów, pacjenci, stale potrzebujący recept, mogą starać się o certyfikat, pozwalający na bezpłatną ich realizację, otrzymywany po uiszczeniu odpowiedniej opłaty. W Wlk. Brytanii leki wydawane bezpłatnie stanowią 85% realizowanych recept. Opłaty za usługi dentystyczne są zredukowane do 80% pokrycia wartości usługi dla enumeratywnie wyliczonych grup i – podobnie jak przy opłatach związanych z receptami (wykluczając inwalidów wojennych) – występuje katalog osób zwolnionych z kosztów. Podobnie, opłaty za usługi optyczne są redukowane w przypadku dzieci, młodzieży uczącej się, dorosłych z małymi dochodami oraz ludzi z chorobami lub predyspozycjami do schorzeń okulistycznych. Nie ma dodatkowych opłat za konsultacje z GP lub hospitalizacje, za wyjątkiem dopłaty, która może być związana z wykorzystaniem w czasie hospitalizacji pokoju jednoosobowego. Niestety żadnych opłat łączonych na pokrycie usług medycznych pacjenci nie mogą odliczyć od podatku. Polityka w sektorze opieki socjalnej, spowodowała, że opieka pielęgniarska nad ludźmi specjalnej troski w Anglii i Walii jest bezpłatna, za wyjątkiem kosztów zakwaterowania. W Szkocji jest ona w obu przypadkach bezpłatna. Od 1991 r. do 2001 r. NHS starał się rozwinąć system kontraktowania świadczeń medycznych. Jego założeniem były korzystniejsze warunki, w oparciu o współpracę i porozumienie pomiędzy kupującymi i dostarczającymi usługi. Usługi dostarczane ubezpieczonemu posiadającemu ubezpieczenie prywatne są odpłatne, a za konsultacje i pobyt w szpitalu wystawiane są rachunki.

## Opieka medyczna

Dostęp do usług NHS opiera się na przysługującym prawie do opieki medycznej, opartym na potrzebie klinicznej odzwierciedlającym potrzeby i preferencje pacjentów, a nie na indywidualnej zdolności płatniczej. NHS zobowiązuje się i dąży do dostarczania jak najlepszych standardów usług i profesjonalizmu za pienią-

dze podatników oraz jak najwydajniejszego, sprawiedliwego i zrównoważonego wykorzystania ograniczonych środków. Akt zobowiązuje do zapewnienia pełnej gamy nieodpłatnych usług medycznych, za wyjątkiem pewnych ograniczonych wyjątków zaaprobowanych przez Parlament. To obowiązkiem *Secretary of State* – NHS jest zapewnienie takiego zakresu i poziomu usług medycznych, które uznaje się za niezbędne, by spełnić wszelkie umiarkowane potrzeby i wymagania.

Do wspomnianych zaliczono:

- szpitalne zakwaterowanie i inne związane z potrzebami leczniczymi,
- medyczne, dentystyczne, pielęgniarские i ambulatoryjne usługi,
- inne środki opieki nad matkami oczekującymi i wychowującymi dzieci, jakie są uważane za odpowiednie jako część opieki medycznej,
- zapobieganie chorobom, opiekę nad chorymi i rekonwalescentami,
- inne usługi, niezbędne do diagnozowania i leczenia chorób.

Szczególne uprawnienia, m.in. wysoki standard świadczeń ochrony i opieki medycznej, przyznano pewnym grupom ludzi, zasługującym na priorytetowe traktowanie, jak m.in. psychicznie chorym, wobec których szczegółowe regulacje prawne zawarte są w *Mental Health Act* (Ustawa o psychicznie chorych) z 1983 r., uczniom, wobec których nie tyle powiększono katalog świadczeń: w tym o opiekę dentystyczną z nadzorem nad jej wykonywaniem w szkole, co wprowadzono wdrażanie w formie edukacji medycznej (łącznie z antykoncepcją). Opieka medyczna obejmuje: podstawową opiekę medyczną lekarską (GP) i ambulatoryjną, opiekę szpitalną oraz drugorzędną opiekę, która zajmuje się medycyną zapobiegawczą, typu: badania, szczepienia i edukacja medyczna, a także poradnictwo zawodowe i opiekę domową.

Zdrowie publiczne obejmuje gałęzie działań niekoniecznie związane ze świadczeniem usług medycznych; np.: warunki mieszkaniowe, dostarczanie wody, kanalizację ściekową, czy higienę żywienia. Podstawowym uprawnieniem ubezpieczonego w NHS jest prawo do rejestracji u wybranego GP, praktykującego na danym terenie w ramach praktyk indywidualnych lub grupowych i do bycia zbadanym. Pacjent, by dostać się do specjali-

sty z danej dziedziny musi uzyskać skierowanie od GP. Jednocześnie, obecnie pacjenci NHS oczekują krócej na wizytę u GP, dzięki przeprowadzanym od paru lat reformom zmierzającym do polepszenia dostępności do podstawowej opieki medycznej. Statystyki pokazują, iż przeciętny pacjent ma sposobność wizyty u GP w przeciągu 48 godzin. Natomiast do 13 tygodni skrócił się czas oczekiwania na pierwszą wizytę leczenia ambulatoryjnego – to jest, kiedy pacjent nie jest hospitalizowany stacjonarnie, ale w ciągu dnia w szpitalu, czy klinice przechodzi diagnostykę, profilaktykę i leczenie. Diagnostyczne i laboratoryjne badania mieszczą się w katalogu usług zapewnianych przez NHS, niektóre są niezbędne w leczeniu podstawowym, ale w większości w szpitalnym. GP przeważnie daje skierowanie pacjentowi na takie świadczenia do szpitala. Tego rodzaju usługi dostarcza w szerokim zakresie, szybko, ale i drogo, sektor prywatny.

Medyczna opieka stacjonarna jest zapewniana przez szpitale: w tym NHS- trusty, małe przychodnie szpitalne i szpitale wysokospecjalistyczne. Ponadto istnieją jednostki i szpitale prywatne. Na leczenie szpitalne wymagane jest skierowanie od GP. Usługi NHS nigdy nie zapewniały pełnej opieki medycznej, ze względu na zbyt niskie fundusze, które są „podobno” rozdzielane według potrzeb. Brak wystarczających środków finansowych powoduje powstawanie list oczekujących na leczenie. Do niedawna długość oczekiwania przekraczała nawet 3–12 miesięcy. Opieka społeczna w Wlk. Brytanii jest zdefiniowana jako długoterminowa opieka nad osobami starszymi, psychicznie chorymi i innymi wymagającymi opieki w domu lub innych zakładach opiekuńczych. Odpowiedzialność za dostarczenie i zapewnienie tego rodzaju opieki ponoszą połowicznie lokalne władze i NHS. W związku z wysokim standardem usług w publicznych zakładach opieki i niskimi opłatami nastąpił zastój w rozwoju jednostek prywatnych.

Ostatnie reformy systemu ochrony zdrowia są ukierunkowane na zapewnianie jak największego, wysoko wyspecjalizowanego koszyka świadczeń i usług medycznych przy obniżaniu czasu oczekiwania i kosztów usług.

Katarzyna MIKA

Piśmiennictwo (22 pozycje) u autorki.

(Przedruk z biuletynu „Eskulap Świętokrzyski” nr 10/09)

# Nadciągająca ustawa refundacyjna

Kary nakładane przez NFZ na lekarzy za błędy przy wystawianiu recept refundowanych sięgają nawet kilkuset tysięcy złotych. Obecnie dotyczą one głównie praktyk lekarskich. Po uchwaleniu ustawy refundacyjnej problem obejmie wszystkich lekarzy wystawiających recepty refundowane, w tym również lekarzy POZ i lekarzy szpitalnych. Dodatkowo grozić nam będzie kara więzienia za przyjęcie długopisu od firmy farmaceutycznej lub za udział w sponsorowanej konferencji naukowej.

## Aktualny stan prawny

Obecnie zasady wystawiania recept refundowanych reguluje art. 34 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zgodnie z którym prawo do wystawiania recept refundowanych mają lekarze ubezpieczenia zdrowotnego (czyli lekarze, którzy zawarli kontrakt bezpośrednio z NFZ lub są zatrudnieni w placówkach, które taki kontrakt podpisały) oraz lekarze, którzy zawarli z NFZ umowę na wystawianie recept refundowanych w ramach indywidualnej praktyki lekarskiej. Odpowiedzialność za błędy związane z wystawianiem recept dotyczy głównie drugiej grupy.

Umowy zawierane przez NFZ z lekarzami prowadzącymi indywidualne praktyki lekarskie określają warunki wystawiania recept refundowanych i konsekwencje ich niedopełnienia w postaci obciążenia lekarza kwotą refundacji leku. Nałożenie kary przez NFZ jest możliwe niemal w każdym przypadku niewłaściwego udokumentowania wskazań medycznych w dokumentacji, wystawienia recepty niezgodnie z przepisami lub wystawienia recepty refundowanej dla pacjenta nieobjętego ubezpieczeniem zdrowotnym. W praktyce oznacza to możliwość podważenia zasadności wystawienia większości recept refundowanych. Wysokie kwoty nienależnych refundacji wynikają z sumowania kwot refundacji w 5-letnim okresie objętym kontrolą NFZ. [...]\*

W przypadku błędu lekarza ubezpieczenia zdrowotnego przy wystawianiu recepty refundowanej NFZ może nałożyć karę finansową na podmiot zatrudniający lekarza (jej wysokość ograniczona jest do 1% wartości kontraktu). Podmiot ten może dochodzić następnie od lekarza odszkodowania na drodze sądowej, co jak dotąd nie zdarzało się zbyt często. W przypadku zatrudnienia na podstawie umowy o pracę ewentualne odszkodowanie jest ograniczone do wysokości trzymiesięcznego wynagrodzenia (art. 119 i 120 kodeksu pracy), o ile nie zostanie udowodniona вина umyślna.

## Zmiany w projekcie ustawy refundacyjnej

Obecnie w Sejmie trwają prace nad projektem tzw. ustawy refundacyjnej, czyli ustawy o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia ży-

wieniowego oraz wyrobów medycznych. Jest on jednym z projektów ustaw tzw. rządowego pakietu zdrowotnego złożonego w Sejmie na jesieni 2010 r. W projekcie zaproponowano wiele mechanizmów zmierzających do ograniczenia wydatków na refundację leków. Z punktu widzenia lekarzy najistotniejsze zmiany dotyczą odpowiedzialności związanej z wystawianiem recept refundowanych.

Projekt ustawy przewiduje w art. 45 ust. 1 możliwość wystawiania recept refundowanych jedynie przez lekarzy, którzy podpiszą z NFZ odpowiednie umowy, co oznacza rozszerzenie obowiązku zawierania umów na lekarzy ubezpieczenia zdrowotnego. Po uchwaleniu ustawy NFZ będzie mógł wystąpić z roszczeniem z tytułu błędnego wystawienia recepty bezpośrednio do każdego lekarza, w tym do lekarzy POZ, lekarzy w przychodniach specjalistycznych i lekarzy szpitalnych. Z kolei art. 45 ust. 6 tego projektu przewiduje obowiązek zwrotu przez lekarza kwoty (wraz z odsetkami) nienależnej refundacji leku w sytuacji: wypisania recepty nieuzasadnionej udokumentowanymi względami medycznymi, niezgodnej z uprawnieniami świadczeniobiorcy, niezgodnej ze wskazaniami zawartymi w obwieszczeniach wydawanych przez ministra zdrowia dotyczących leków refundowanych oraz wypisania recepty w miejscu niewymienionym w umowie (!). Przepis ten nadaje karom nakładanym przez NFZ rangę ustawową i sprawia, że walka z nimi na drodze prawnej stanie się dużo trudniejsza. Dodatkowo wspomniany artykuł wprowadza zasadę naliczania przez NFZ odsetek ustawowych od dnia dokonania refundacji, co przy kontroli recept do 5 lat wstecz będzie generować olbrzymie kwoty zobowiązań.

Drugim istotnym środkiem represyjnym wobec lekarzy jest zapisana w art. 45 ust. 7 możliwość natychmiastowego wypowiedzenia przez NFZ umowy na wystawianie recept refundowanych w przypadku niezastosowania się do zaleceń pokontrolnych (czytaj: niezapłacenia nałożonej kary). Art. 45 ust. 8 ustawy ogranicza też możliwość zawarcia przez lekarza ponownej umowy z NFZ na wystawianie recept refundowanych.

Wisienką na refundacyjnym torcie są przewidziane w projekcie ustawy kary więzienia. Zgodnie z art. 51 ust. 2 projektu ustawy karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do 8 lat podlegać będzie lekarz, który „*żąda lub przyjmuje korzyść majątkową lub osobistą albo jej obietnicę w zamian za wystawienie recepty*”. Jak wynika z uzasadnienia projektu, przepis ten ma mieć działanie antykorupcyjne poprzez przypisanie lekarzowi odpowiedzialności funkcjonariusza publicznego. Niestety, projekt nie zawiera definicji korzyści osobistej i majątkowej, co może oznaczać skazanie lekarza na karę więzienia za przyjęcie materiałów promocyjnych (długopi-



su lub kalendarza z logo leku) albo udział w konferencji naukowej sponsorowanej przez firmę farmaceutyczną.

### Jak się bronić?

Zawierane obecnie przez NFZ umowy na wystawianie recept refundowanych są sprzeczne z obowiązującym w Polsce prawem, m.in. z przepisami kodeksu cywilnego (art. 58, art. 3531 i art. 388) oraz przepisami ustawy o ochronie konkurencji i konsumentów (art. 9 pkt 1 oraz art. 9 pkt 2 ppkt 6), dlatego też istnieje możliwość podważenia ich na drodze sądowej oraz skierowania wniosku do Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów (wniosek taki złoży w najbliższym czasie Region Mazowiecki OZZL). Po uchwaleniu ustawy refundacyjnej działania te staną się niemożliwe ze względu na nadanie karom nałożanym przez NFZ rangi ustawowej. Z tego powodu kluczowe znaczenie ma zmiana niekorzystnych dla lekarzy zapisów w projekcie ustawy. Konieczne są: przyjęcie negatywnego stanowiska wobec wspomnianych za-

pisów projektu przez samorząd lekarski, podjęcie akcji lobbującej w Sejmie, udział przedstawicieli środowiska lekarskiego w pracach Komisji Zdrowia oraz indywidualne interwencje u posłów z poszczególnych okręgów wyborczych.

W przypadku uchwalenia ustawy w obecnym kształcie (co niestety, biorąc pod uwagę informacje z kuluarów sejmowych, jest bardzo prawdopodobne) jedynym racjonalnym postępowaniem będzie skoordynowana akcja niezawierania przez lekarzy umów na wystawianie recept refundowanych.

Maciej JĘDRZEJOWSKI

Przewodniczący Zespołu ds. Wynagrodzeń ORL

w Warszawie

[mjedrzejowski@warszawa.oil.org.pl](mailto:mjedrzejowski@warszawa.oil.org.pl)

(przedruk z „Pulsu” nr 4/11)

\* skrót pochodzi od Redakcji Biuletynu Opolskiej Izby – JBL.

## Jeszcze o przysiędze Hipokratesa

O znaczeniu Przysięgi Hipokratesa (dalej PH) w tradycji etyki lekarskiej wypowiadało się wielu autorów.\* Mimo to sądzę, iż warto trochę bardziej poszerzyć tło historyczno-społeczne, z którego wyłoniła się szkoła hipokratyków, bo to pozwala lepiej zrozumieć, że etyka (*ethos* = *obyczaj*), jak sama nazwa wskazuje, ma ścisły związek z całością kultury i wraz z nią ewoluuje.

Każdy, kto ma za sobą maturę wie, że na antyczną Grecję składały się miasta-państwa na Półwyspie Bałkańskim i należące do nich wyspy oraz kolonie rozsiane wzdłuż wybrzeży Morza Egejskiego i Śródziemnego. Pamięta też, że te miasta-państwa prowadziły między sobą wojny o ziemię, dominację na morzu oraz pozyskanie niewolników (zawierając sojusze w obliczu najeźdźców Persów) i, że po jednej z takich bratobójczych wojen, zwycięskie Ateny wprowadziły u siebie pierwszą ze znanych w historii demokrację (z tym, że pojęcia *demos* = *lud* i *cretein* = *władać* odnosiło się wówczas wyłącznie do wolnych obywateli płci męskiej).

Przywykliśmy też na czasy Peryklesa (500–429 p.n.e.), jego historyka Herodota (485–425 p.n.e.) oraz wiek następny patrzeć przez pryzmat rozkwitu architektury, sztuki, po dziś dzień granych tragedii Eurypidesa (485–407 p.n.e.) i Sofoklesa (496–406 p.n.e.) oraz najbardziej znanych filozofów, rówieśników Hipokratesa (460–377 p.n.e.). Wykopaliska i zachowane pisma mówią nam dużo o wysokiej kulturze ówczesnych elit politycznych i intelektualnych, mniej o warunkach w jakich żyli przeciętni mieszkańcy Grecji Centralnej oraz jej licznych prowincji. Miasta-państwa rządziły się własnymi prawami, a utrzymywały się z tego, co

dostarczały im ziemie, należące w większości do arystokratów, z rzemiosła, handlu oraz wojennych grabieży. Ale w tych wojnach przeciwnicy niszczyli zbiory, a ludzie się wzajemnie wykrwawiali. Z drugiej strony dłużej trwający pokój i gospodarcza prosperity sprzyjały przyrostowi naturalnemu, za czym nie nadążała produkcja chleba. Głód w przeludnionych miastach to groźba zamieszek i zarazy. Życie na wsi także nie było pasterską sielanką; wymagało ciężkiej pracy i stałej czujności wobec rozlicznych zagrożeń ze strony ludzi, dzikich zwierząt i żywiołów. Stąd wywodziła się tendencja ucieczki do miast, przed czym także wówczas miasta się broniły.

Opis historii\*\* uruchamia wyobraźnię, ale nic tak nie obnaża rzeczywistości jak statystyka, z której kilka istotnych dla niniejszej pracy danych pozwalam sobie przytoczyć.\*\*\* Przeciętna długość życia antycznych Greków nie przekraczała 40 lat (młodzi mężczyźni ginęli na wojnach, młode kobiety umierały w związku z ciążą i porodem). Dziewczęta wydawano za mąż w wieku od 15 do 17 lat za mężczyzn mniej więcej trzydziestoletnich. Czas pożycia małżeńskiego wynosił 10 do 15 lat. W tym okresie kobiety rodziły 5 do 6 dzieci. Jak na wiek płodności to ani dużo, ani mało, ale przy umieralności niemowląt wynoszącej 20 do 25% tylko co 4 dziecko miało szansę dożyć wieku rozrodczego, czyli akurat tyle, ile wynosiła preferowana (!) ilość potomków w rodzinie. Dlaczego tak mało, skoro w tym samym czasie u Żydów dominowała wielodzietność wspierana religijnym nakazem, aby się „rozmnażali jako ziarna piasku na pustyni”? Zjawisko to na pewno jest bardziej

złożone, ja jednak pozwolę sobie podkreślić związek etyki z całością kultury, innej u nomadów, innej u ludów osiadłych, zorganizowanych na ograniczonej przestrzeni. To, co dla wolnego Żyda uchodziło za błogosławieństwo, dla wolnego Greka stanowiło obciążenie bieżących finansów, a na przyszłość niebezpieczeństwo zubożenia rodu przez podział majątku. Tendencję małodzielności wspierał sam Platon (427–347 p.n.e.) pisząc w „*Państwie*”, a także w „*Polityce*”, by każdy mężczyzna miał tylko jednego spadkobiercę.

Polityka i ekonomia to jedno, a natura – naturą. Aby nad żywiołem jakoś zapanować najprościej było ubezwłasnowolnić kobiety. O losie córki decydował wyłącznie jej ojciec. Za sprzeniewierzenie się jego nakazom, zwłaszcza zhańbienie rodu np. paniąską ciążą, mógł córkę wydalić, a nawet sprzedać do domu publicznego, co na jedno wychodziło. Po zamążpójściu kobieta stawała się własnością męża, tak jak jego dzieci, niewolnicy i dobra materialne (ziemia, warsztat, kopalnia). Mąż decydował o tym, czy żonie wolno ciążę donosić, a także o tym, czy urodzone dziecko uzna i pozwoli wychowywać, czy też z jakiegoś powodu nie uzna (podobnie traktowane były niewolnice). Sam nie poczuwał się przy tym do współodpowiedzialności za płodzenie, pozostawiając kobiecie troskę o to, jak ma jego oczekiwaniom sprostać.

W tej sytuacji antykoncepcja i aborcja były w antycznej Grecji (jak też w Egipcie i Rzymie) zjawiskiem powszechnym, nie budząc oporów etycznych, ani prawnych, pod warunkiem, że nie naruszały praw ojcowskich (aborcja wymagała zgody pana życia i śmierci żony). Zapotrzebowanie na *siliphium*, uchodzące za najskuteczniejszy środek antykoncepcyjny i poronny doprowadziło do tego, że okolice Cyreny, gdzie to ziele rosło, zostały z niego w końcu ogołocone. Stosowano również szereg innych środków pochodzenia roślinnego i mineralnego w postaci płynów, proszków, maści tudzież globulek do stosowania doustnie lub dopochwowo. W powszechnym użyciu były też narzędzia do aborcji dokonywanych najczęściej przez położne. W *Corpus Hippocrateum* pozostało wiele recept i opisów z tym związanych. Dzieci kalekie, słabe, nie tylko w Sparcie od razu likwidowano. Dzieci normalne i zdrowe, jeśli były w danej rodzinie zbędne, pozostawiano w świątyniach lub na rozstajnych drogach, zaopatrując niekiedy w coś cennego dla ewentualnego znalazcy. Znalazca mógł takie dziecko wedle swoich potrzeb adoptować, wychować na człowieka wolnego, na niewolnika lub na sprzedaż, przy czym dorodne dziewczęta przeznaczano najczęściej na prostytutki. Gdy po kwilące dziecko nikt nie sięgnął, umierało z głodu, zimna lub w paszczy dzikich zwierząt.

Wobec konieczności kontroli populacji postawa Arystotelesa (384–322 p.n.e.) wydaje się nie tylko racjonalna, ale też bardziej ludzka. A ten wielki filozof

i przyrodnik z lekarskiego rodu Nikomacha zalecał, aby aborcji dokonywać we wczesnym okresie ciąży, gdyż – zgodnie z jego teorią – w pierwszych dniach życia zarodek ma duszę roślinną (rośnie), w pierwszych miesiącach duszę zwierzęcą (bo się rusza), a duszę ludzką nabywa dopiero wtedy, gdy się całkiem uformuje i staje się dzieckiem zdolnym do życia poza łonem matki, co następuje około 8 miesiąca życia płodowego.

Notabene, podobnie rozwój płodu komentował później św. Augustyn (354–430 n.e.) stwierdzając, że „*Aborcja nie jest zabójstwem dopóki płód nie ma duszy*”, a „*zło związane jest z okrutną lubieżnością*”. Teorię Arystotelesa w tej dziedzinie pogłębiał islamski lekarz i filozof Awicenna (980–1037 n.e.), a nawiązuje do niej jeszcze później św. Tomasz z Akwinu (1225–1274 n.e.)

Średnia życia ok. 40 lat nie oznacza, że nikt nie dożywał sędziwego wieku. Jeśli starzec był mędrcom, nauczycielem, zasłużonym wodzem czy mężem stanu mógł długo liczyć na powszechny szacunek. Natomiast problem „nieprzydatnych” starców był rozwiązywany podobnie, jak „nadmiar” dzieci. Poza osławioną Skałą Tarpejską, przypisywaną z reguły bezwzględności Spartan, historia uwieczniła bardziej humanitarny sposób eutanazji zastosowany na odległej od Aten wyspie Kos (Cos). Właśnie tu, w ojczyźnie Hipokratesa, za zgodą senatu zwołano starców na wiec kończący się poczęstunkiem kielicha z cykutą.

Na tle opisanej wyżej obyczajowości, prawem usankcjonowanego paternalizmu traktującego kobiety i dzieci przedmiotowo, w kulturze ogromnych różnic między bytowaniem i świadomością mas, a elitą intelektualną, której teoretyczne dysputy filozofów o prawie i etyce toczyły się trochę w oderwaniu od trosk życia codziennego, przy niedostatku wiedzy przyrodniczej i przez nikogo nie kontrolowanych praktyk „uzdrowicielskich”, w czasach wiary w fatum, wobec którego wolna wola człowieka nic nie znaczy (casus Edypa), a bogowie rządzą ludzkim losem wedle widzimisię, na takim właśnie tle – powtarzam – powstanie na wyspie Kos (Cos) Szkoły Hipokratyków, lekarzy odcinających się od mitologii i magii, było w historii medycyny znaczącym przełomem.

Wyjście z ośrodków, które były połączeniem świątyń poświęconych czci mitycznego Asklepiosa z czymś w rodzaju lecznicy (Asklepia), gdzie rzekomi potomkowie tegoż pół boga, pół człowieka – Asklepiadzi (Asklepiozi) pełnili funkcję kapłanów uzdrowicieli – nie dokończyło się w ciągu jednego, czy dwóch pokoleń. To musiał być proces, w którym – jak sądzę – w miarę postępu badań przyrodniczych oraz napływu informacji z zewnątrz, wiedza i doświadczenie przekazywane tradycyjnie tylko z ojca na syna stały się niewystarczające. Musiało w końcu dojść do „wymiany naukowej” między poszczególnymi rodami, a co za tym idzie – tajem-

nicą zawodową chroniącą interesy jednego klanu trzeba było objąć wszystkich nauczycieli i uczniów skupionych w jakimś wiodącym „ośrodku naukowym”. Gdy nowy obyczaj stał się obowiązkiem (*deon*), pomyślano też o tym, aby spisać wszystkie obowiązki szanującego się hipokratyka. Dało to początek pierwszej w historii próbie stworzenia kodeksu deontologii lekarskiej, pod nazwą Przysięgi Hipokratesa (PH).

Nie jest przy tym pewne, ani ważne, czy pierwszą wersję PH sformułował osobiście Hipokrates, czy jest dziełem kilku pokoleń hipokratyków, a nawet i to, czy kolejni przepisywacze nie „poprawiali” pierwotnego stosownie do własnych poglądów lub obowiązujących w danej epoce „poprawności politycznej”. Ważne, że ten kodeks w ogóle powstał, świadcząc o tym, że spośród „uzdrowicieli z bożej łaski” wyłoniła się grupa lekarzy, którzy oparli nauki medyczne nie tylko na intuicji i obserwacji przyrody, ale też na wiedzy przyrodniczej, doświadczeniu i dokładnym badaniu chorego, a także – co niemniej ważne – wzięli na siebie odpowiedzialność za to, co i jak robić (o czym mówi punkt 8 PH). Dlatego PH zasługuje na nasz szacunek i wdzięczną pamięć.

Deontologia hipokratyków ma się jednak nijak do zobowiązań współczesnych lekarzy, dlatego też w większości krajów kultury europejskiej szacowny zabytek zastąpiono lepiej przystającą do współczesności formułą przysięgi lekarskiej. Ale tu i ówdzie pozostały ośrodki i lekarze obstający przy tym, iż PH zawiera wartości uniwersalne i ponadczasowe.

Każdy ma oczywiście prawo do własnego zdania, także niżej podpisana. Dla mnie, to co było osiągnięciem cywilizacyjnym i wartością aksjologiczną dla antycznych Greków, przestało być tym samym dla ludzi żyjących w innym czasie i innej kulturze, co próbuję wykazać analizując (po swojemu) kilka istotnych dla tej dyskusji zapisów PH.

„*1. Przysięgam i wzywam Apollona lekarza...*” Wezwanie do bogów pozostawiam bez komentarza, a dalej: „*Będę tego, który mnie tej sztuki uczył poważać na równi z moimi rodzicami, dopuszczę go do uczestnictwa w moich dochodach, i jemu, jeśli w potrzebie będzie, z mojego (majątku) oddać, jego potomków jak braci traktować i tej sztuki wyuczyć, bez zapłaty i umowy. I zobowiązę do udziału w przepisach, wykładach i wszelkich innych naukach moich synów i synów mojego nauczyciela, i związanych umową, i według lekarskiego obyczaju zaprzysiężonych uczniów, nikogo jednak poza nimi*”(!) Dzisiaj po wiedzę o zdrowiu i chorobach może sięgnąć każdy, bo to dobrze służy społeczeństwu. Patrząc na art. 1 PH z obecnej perspektywy, wydaje się on przede wszystkim zabezpieczać „branżowe” interesy zamkniętego środowiska hipokratyków.

„*Będę podejmować lekarskie decyzje dla pożytku chorego, zgodnie z moimi zdolnościami i moim osądem, strzec*

*się będę jednak przed tym, by użyć ich na szkodę i w nieprawy sposób*”. W stosunku do pierwszego artykułu, art. 2 jest bardzo zwięzły; pomija obowiązek równego traktowania wszystkich chorych, także ciężko chorych, niesienia ulgi w cierpieniu oraz wiele innych obowiązujących nas dzisiaj postulatów etycznych. Skądinąd wiadomo, że lekarze szkoły hipokratyków nie zajmowali się leczeniem ciężko chorych, pozostawiając ich własnemu losowi. Można to różnie tłumaczyć – poczuciem bezradności wobec cierpienia, wiarą, podzielaną przez część hipokratyków wiernych tradycji pitagorejskiej, iż każdy ma jeszcze przed sobą szansę odrodzenia się w lepszym wcieleniu, ale też względami praktycznymi. Na „wolnym rynku” basenu M. Śródziemnego nie wystarczyłaby „lekarska solidarność”, trzeba tu było wygrać konkurencję z wszelkiego typu „uzdrowicielami” i szarlatanami, czyli wykazać się większą skutecznością leczenia, a w konsekwencji – nie zajmować się przypadkami, o których wiadomo, że źle rokurają.

Także art. 3 „*Nikomu nie podam śmiertelnego środka, także nawet, gdy będę o to proszony i nikomu nie będę przy tym doradzał...*” teoretycznie stanowi sprzeciw wobec eutanazji. Natomiast rozumiany jako odmowa pomocy przy samobójstwie, zwłaszcza wymuszonym przez możnego zleceniodawcę jest czynnością niegodną tych, którzy uczą się leczyć, nie zabijać. Ale bywa też niebezpieczna, bo przy zmianie władzy – rodzina może się zemścić.

Art. 3 – wedle wersji podawanej przez J.G. Kurdzieła\* – kończy się zdaniem: „*...również nie podam żadnej kobiecie środka do spędzania płodu*”. Ale zgodnie z tłumaczeniem PH dokonany przez Scriboniusa Lagusa w pierwszym wieku n.e. po słowie „płodu” znajdowały się jeszcze dwa wyrazy, co w całości wygląda następująco: „*również nie podam żadnej kobiecie środka do spędzania płodu drogą dopochwową*”. Wysoka śmiertelność kobiet związana z zabiegami ograniczającymi płodność, zwłaszcza z aborcją, nie zachęcała lekarzy do zajmowania się tymi problemami (choć znane im były różne środki i sposoby, o czym była mowa wyżej). Ryzykowną i niemiłą robotę wykonywaną zwłaszcza poza wiedzą pana małżonka pozostawiano położnym. Wszak to babska sprawa! Przecież sam Sokrates (469–399 p.n.e.) powiedział – a jako syn położnej znał chyba ten temat – że „*nikt tak dobrze jak położne nie może stwierdzić, czy kobieta jest w ciąży, czy nie*”.

Zapisu „*w czystości i pobożności będę zachowywać moje życie i moją sztukę*” – nie komentuję.

„*Nie będę kroić, nawet cierpiącego na kamień, lecz pozostawię to mężom, którzy rzemiosło to wykonują*” dowodzi głównie niechęci do posługiwania się nożem, co było w owych czasach równie ryzykowne jak całe położnictwo.

Postawa najlepiej przygotowanych do zawodu lekarzy tradycji hipokratejskiej spowodowała, że na wiele



wieków „chirurgia” pozostawała w rękach amatorów, cyrulików. I tak na przodującym w szkoleniu lekarzy Uniwersytecie w Bolonii w XII wieku po Chrystusie przyszli lekarze studiowali 5 do 8 lat, podczas gdy „chirurgom” wystarczył rok nauki.

Kończąc ten nazbyt długi wywód pozostawiam otwarte pytanie: czy aby na pewno Przysięga Hipokratesa ma wartość uniwersalną i ponadczasową? I czy w ogóle coś takiego w odniesieniu do etyki lekarskiej istnieje?

Janina ROŚCISZEWSKA  
Komisja Etyki ORL

Opracowując temat korzystałam z:

\* Publikowanych komentarzy do Przysięgi Hipokratesa autorstwa Tadeusza Beresia (2006/7): „Przysięga Hipokratesa a etyka medyczna”; Józefa K. Kurdziela: „Przysięga Hipokratesa” i in.; Howarda Hertela „The Hippocratic Oath. A Commentary and Translation” (2000) str. 1–16; Bożeny Jaw: „Przysięga Hipokratesa”, biul. „Mam Prawo”, październik 2003.

\*\* Kubiak Zygmunt: „Dzieje Greków i Rzymian”; wyd. Świat Książki, 2003; Mireaux Emile: „Życie codzienne w Grecji (w epoce homeryckiej)”, tłum. St. Kołodziejczyk; PIW.

\*\*\* Hołówka

(przedruk z „Galicyskiej Gazety Lekarskiej” nr3/10)

## Rak – odwieczny, podstępny wróg człowieka – uwarunkowania i samoobrona

We współczesnej erze lotów kosmicznych problem raka uważany jest zgodnie za jedną z najważniejszych spraw człowieka nie rozwiązanych przez niego na Ziemi, pomimo poświęcenia na ten cel ogromnych nakładów materialnych i intelektualnych. Przyczyna i uwarunkowania procesu nowotworowego oraz możliwości samoobrony i walki z nim stanowią przedmiot powszechnego zainteresowania, potęgowanego okresowo pojawianiem się wiadomości o ostatecznym rozwiązaniu tego problemu.

Ostatnie dane statystyczne dotyczące raka w Polsce dotyczą roku 1996, dane zaś epidemiologiczne WHO podają, iż umieralność na chorobę nowotworową w Polsce przekracza średnią dla Europy Środkowej, nie licząc krajów Unii Europejskiej. Dla porównania w USA, co drugi chory na raka przeżywa ponad pięć lat od postawienia rozpoznania, co medycyna przyjmuje za dowód wyleczenia, w naszym kraju zaś tylko co czwarty dożywa tego okresu. Z urzędowych więc statystyk wynika niezbicie, iż każdego roku umiera w Polsce około 25 tys. ludzi, choć można by ich uratować. Listę najczęściej występujących nowotworów złośliwych u mężczyzn otwiera rak płuc, co wiąże się niewątpliwie z paleniem tytoniu, na drugim miejscu plasuje się rak przewodu pokarmowego i prostaty, u kobiet zaś dominującą pozycję zajmuje rak piersi, w następnej kolejności zaś rak płuc i narządów rodnych. Nie brakuje w naszym kraju różnych programów walki z rakiem. W ramach kulejącej reformy zdrowia została wyłączona z kas chorych onkologia, która jest finansowana przez budżet państwa. Jest to wszystko jednak za mało. Wokół problemu raka istnieje swoiste milczenie. Być może dlatego, że rak paraliżuje strachem, ma swoją ciemną legendę, jest nieodwracalnym wyrokiem losu. Ludzie nie chcą o tym mówić i słyszeć. To jest właśnie zabójcze. Połowa chorych zgłasza się z pierwszą wizytą do lekarza średnio po pięciu mie-

siącach od zauważenia pierwszych objawów. Nie znamy podstawowych objawów początku tej choroby oraz borykamy się do nich przyznać.

Następujące przyczyny mają swój wpływ na obfite żniwo śmierci związanej z rakiem. Po pierwsze: mimo ogromnych osiągnięć naukowych medycyna wciąż jeszcze za mało wie o istocie nowotworów, po drugie: zbyt dużo jeszcze ludzi lekceważy pierwsze objawy i zbyt późno zgłasza się do lekarza i po trzecie: mimo gigantycznych nakładów finansowych nadal brakuje na rynku farmaceutycznym skutecznych leków, a wszelkie niosące nadzieję przemijają jak meteor.

Zachodzi więc pytanie – czy jesteśmy zupełnie bezsilni wobec tego podstępnego wroga? Na pewno nie. Nauka i praktyka medyczna czynią coraz bardziej wymierne postępy, jednak bardzo ważne jest w tym przypadku podejście psychiczne. A więc – przestańmy straszyć się rakiem, bo jak twierdzi prof. Rudolf Klimek, wspaniały znawca problemu: „rak jest alternatywą śmierci, więc nie obawiajcie się”, żyjmy zdrowiej i nie spuszczaјmy raka z oczu, ponieważ osaczony daje nam większe szansę.

Alternatywna zasada medycyny – lepiej zapobiegać jak leczyć, sprowadza się w onkologii do następującej rady: najpierw żyj zdrowo (palenie tytoniu, alkohol, nieodpowiednia dieta), rób wszystko, aby uniknąć nowotworu oraz jak najszybciej rozpoczynaj leczenie. Wiadomo również, że choroba nowotworowa jest wynikiem współdziałania wielu czynników i tych już wymienionych oraz dodatkowo indywidualnej podatności każdego człowieka. Przyczyna zachorowania jest w większości jednak przypadków raczej nieznana, nie wyklucza się tu również przyczyn genetycznych. Onkologia jest znana już od czasów Hipokratesa, a nowoczesna terapia polega dziś na działaniach skojarzonych – chirurgicznych, chemioterapii oraz radioterapii. Wobec braku odpowiedniej ilości specjalistycznej aparatury w naszym kraju,

która mogła by obsłużyć potrzebujących, wysokich cen nowoczesnych leków, chodzenia często na skróty przez resort zdrowia. Tani lek, choć mniej skuteczny, często wprowadzany jest na rynek, na drogi zaś nas nie stać. Kiedyś w onkologii można było leczyć wyłącznie optymizmem. Dziś również trzeba mieć tego optymizmu wiele. Sytuacja ekonomiczna kraju nie pozwala na stosowanie szczególnie drogich leków. Czy wobec tego, iż nadal ograniczana będzie skuteczność leczenia można się dziwić każdej nadziei, jaką wzbudzają odkrycia nowych terapii choroby nowotworowej? Czy zatem wobec raka musimy czuć się bezsilni? Czy druga, po chorobach układu krążenia, przyczyna śmierci, jedno z największych przekleństw ludzkości, niezależnie od wieku i płci, miejsca zamieszkania i rasy, musi wciąż oznaczać wyrok, budzić strach i zwątpienie?

Głębokie studia nad przyczyną powstawania nowotworów wskazują, iż można je wiązać z niewłaściwym stylem życia. Gdyby można zmienić nasz model życia, a działania profilaktyczne stały by się w Polsce tak powszechne, jak na Zachodzie, to do roku 2010 udało by się zmniejszyć umieralność na raka o około 20%. Poniesione na ten cel nakłady szybko się amortyzują. Rzucenie palenia przecież nic nie kosztuje, podobnie odpowiednie dobranie diety. Aby w porę uniknąć raka piersi u kobiet, trzeba mieć odpowiednią ilość mammografów. Aby uniknąć raka szyjki macicy trzeba masowo i obowiązkowo wykonywać wśród kobiet badania cytologiczne.

Dlaczego rak prowadzi do śmierci? Dlatego, iż jest konkurentem dla zdrowych tkanek i ma jeden cel: chce rosnąć, wykorzystuje swego gospodarza, ograbia, przewyższa jego obronę. Najbardziej charakterystyczną cechą nowotworu jest nadmierny rozrost komórek, przekraczający granice określone fizjologią danego narządu, pod postacią agresywnego wzrostu i naciekania z ostatecznym zniszczeniem komórek prawidłowych. Dlatego też ogromne znaczenie ma wczesne rozpoznanie i leczenie. Można to ująć takim stwierdzeniem, iż prognoza zależy od wczesnego rozpoznania, co obok profilaktyki uwarunkowane jest wiedzą i zachowaniem każdego człowieka. Natomiast wyleczenie lub śmierć zależy od doskonałości leczenia, które w dobie obecnej uwarunkowane jest odkryciami biologii molekularnej, pozwalającej poznać mechanizmy uruchamiające proces nowotworowy. Dzięki tym odkryciom naukowcy onkolodzy mają szansę znaleźć odpowiedź na najbardziej nurtujące pytanie: kogo zaatakują nowotwór i w którą z kilkudziesięciu bilionów komórek organizmu ludzkiego uderzy? Od zajęcia tej pierwszej zdrowej komórki do uwidocznienia się pierwszych objawów chorobowych upływa z reguły kilka lat. Na przykład rak piersi osiąga średnicę 1 cm średnio po 8 latach, a sam nowotwór nie jest jednorodny. Choroba nowotworowa występuje w około dwustu postaciach. Konieczna jest więc odpowiednia wiedza nie tylko samego chorego, ale i lekarza. Aby lekarze pierwszego kon-

taktu mogli dostrzec genetyczne rodzinne predyspozycje winni posiadać elementarne wiadomości z genetyki i biologii molekularnej. Lekarz, który nie wykona rzetelnie wszystkich badań, jak np. cytologii u kobiet, badania palpacyjnego odbytnicy u mężczyzn, w wyniku czego dojdzie do przeoczenia wczesnego stadium raka, może być zaskarżony do sądu.

Podstawą profilaktyki i leczenia nowotworów jest przede wszystkim fakt ich samoorganizacji w stanach komórkowych, subkomórkowych i tkankowych. Natura bowiem rządzi się prostymi prawami i tak musimy rozpatrywać zjawisko powstawania nowotworów, jako naturalnych zjawisk przyrody. Rak jest jednym z regulatorów długości życia indywidualnych organizmów i jednym z podstawowych mechanizmów utrzymania gatunku łącznie z eliminowaniem organizmów mniej przystosowanych do istniejących warunków otoczenia. Zapominamy dość często, że sam nowotwór jest pierwszym istotnym sygnałem dla całego organizmu o konieczności samoobrony już na poziomie czysto biologicznym, nieuświadomionym. Potężne mechanizmy obronne i naprawcze działają w całym organizmie człowieka. Jeśli z różnych powodów mechanizmy te nie są dostatecznie sprawne i nie mogą wyeliminować zagrożenia, to na tym etapie samoobrony dążą przynajmniej do lokalizacji, ograniczenia wzrostu i rozwoju raka.

Czy możemy świadomie wzmacniać ten pożądaną, dobrotliwy dla nas etap w biologii raka? Oczywiście. Przede wszystkim przez celowe unikanie wszystkiego, co osłabia siły obronne naszego organizmu. Każdy, kto pali, przyjmuje narkotyki, nadużywa alkoholu, prowadzi niehigieniczny tryb życia itp., słabiej reaguje na ostrzegawcze, pierwsze sygnały raka. Również w okresie starzenia się organizmu maleją zdolności obronne organizmu. Drugim istotnym elementem samoobrony przed nowotworami jest właściwa postawa psychiczna. Poznanie istoty raka znosi obawę przed jego tajemniczością, nieuleczalnością, zakaźnością, dziedzicznością oraz daje niepowtarzalną, czysto ludzką możliwość pomocy sobie jeszcze na etapie, gdy nowotwór już powstał w organizmie.

Zamiast wydawać ogromne sumy na ciągle poszukiwania przyczyn, lepiej wydać je na ulepszenie i upowszechnienie metod wczesnego diagnozowania. Rzecz w tym, by likwidować je zanim spowodują objawy chorobowe.

Wreszcie należy zadbać o tworzenie licznych społecznych placówek opieki i pomocy ludziom z chorobami nowotworowymi, zwłaszcza w sferze oddziaływań psychicznych, a nie tylko materialnych. Medycyna, po okresie adaptacji osiągnięć fizyki i chemii sama przechodzi z poziomu patologii komórkowej do bezpośredniego wykorzystania zjawisk na poziomie jąder atomowych, gdzie materia i energia są już niepodzielne. Mamy przed sobą najtrudniejszy okres, gdy wobec dostępności

do najnowszej aparatury trzeba zmieniać zakorzenione poglądy i nawyki myślenia. Uświadomienie tej konieczności jest nie tylko wewnętrzną sprawą świata lekarskiego, ale troską całego społeczeństwa o swoje zdrowie, czyli o poziom – własnej przecież – medycyny. Warto, aby pamiętali o tym rządzący.

Trudno też dziwić się ludziom chorym lub zagrożonym rakiem, iż wykorzystują każdą nadarzającą się okazję, która daje choć promyk nadziei. Pojawienie się w Polsce znanego misjonarza ojca Edmunda Szeligi z jego twierdzeniami o antyrakowym działaniu wielu roślin z amerykańsko-południowej dżungli spowodowało lawinę zgłaszających się do Niego z prośbą o ratunek, albowiem wielu z nich straciło zaufanie do medycyny klasycznej. Ojciec E. Szeliga słusznie twierdził, iż człowiek kryje w swoim wnętrzu ogromny potencjał, nie tylko twórczy, myślowy, ale także obronny. Propagowana przez Niego roślina pod nazwą *vicacora* rosnąca w dzikich terenach Amazonii, jak wykazały przeprowadzone badania analityczne przez Anglików, ma blokować roz-

wój wielu odmian raka, a była w przeszłości zarezerwowana dla panujących dynastii Inków peruwiańskich. Czy nie warto by wobec tego, aby szerzej zainteresowały się tym zagadnieniem nasze polskie laboratoria farmaceutyczne, aby nie powtórzył się los preparatu Tołpy.

Konkludując. Jeżeli przy całej kulawej reformie ochrony zdrowia, która przecież – jak twierdzą jej organizatorzy – została zainicjowana dla rozwiązania problemów istniejących, nie uda się uczulić zarówno lekarzy, jak i całe społeczeństwo na wymienione wcześniejsze sygnały ostrzegawcze przed rakiem, to sami onkolodzy w krytycznej sytuacji finansowej nie zdołają zmienić obecnej, groźnej sytuacji. Nie może być tak, aby mnożące się programy pochłaniały ogromne pieniądze na stanowiska, instytuty, laboratoria, a brakowało efektów w wykrywalności i zmniejszenia śmiertelności ludzi. Abyśmy nie mogli wciąż pytać, komu bije dzwon – bije on nam!

prof. BOHDAN TRZECIAK

(przedruk z Biuletynu OIL w Koszalinie 6/10)

## „SWISS Cheese Model” w szpitalu – skąd się biorą dziury?

Model „sera szwajcarskiego” jest chętnie cytowaną ilustracją, przedstawiającą wysiłki osób zajmujących się jakością, usprawiedliwiającą jednocześnie ich niepowodzenia na tym polu. Kolejne plastry jako przeszkody stawiane na drodze nieoczekiwanych zdarzeń mają dziury (jak to w dojrzałym serze) i co jakiś czas przez tę barykadę przedziera się zdarzenie niepożądane, mające skutek katastrofalny. Przenośnia jest na tyle plastyczna i popularna, że warto się nad nią nieco głębiej zastanowić.

Po pierwsze, warto zwrócić uwagę czym są „dziury” w przedstawianym modelu. Nie można ich przecież traktować jako obszarów, w których jakiegokolwiek racjonalne działania zostały zawieszone i pozostawiono sprawy własnemu biegowi. Ambicją realizatorów opieki zdrowotnej jest przecież całościowe zapewnienie bezpieczeństwa chorym, a każda z dziedzin reprezentowanych w szpitalu jest nadzorowana przez profesjonalistów.

Po drugie, powinno budzić niepokój, że ludzie wprowadzający do organizacji kolejne metody poprawy jakości, czyli dokładający kolejne plastry sera, nie przywiązują wagi do umiejscowienia dziur, pozwalając, aby pewne pola ryzyka były w dalszym ciągu niezabezpieczone. Tego mechanizmu nie można wykluczyć. Nadzór nad jakością wymaga przecież postawienia wstępnej precyzyjnej diagnozy przyczyn błędów, inaczej nie można wdrożyć racjonalnych działań naprawczych. Zdarza się, że wprowadzanie rozwiązań mających cechy systemu jakości nie jest oparte o dogłębną analizę własnych

słabych stron w organizacji, a raczej o pewne uniwersalne założenia narzucone z zewnątrz.

Tak jest na przykład, gdy przygotowuje się szpital do akredytacji. Punkty krytyczne, na które trzeba zwrócić uwagę, są podane w standardach. Nie jest oczywiste, czy szpital nie ma innych słabych stron poza tymi, które należy poprawić, aby spełnić założenia akredytacji.

Wdrażanie systemu ISO w zakresie przewidzianym normą 9001–2001 nie wymaga w praktyce precyzyjnej znajomości ryzyka stwarzanego przez system szpitalny. Procedowaniu podlegają te elementy, które uznano za istotne dla sprawnego funkcjonowania instytucji oraz te, które są nakierowane na zadowolenie klienta. Pomiędzy zadowoleniem klienta, czy jego satysfakcją, a unikaniem błędów w systemie Szpitalnym ziele przepaść. Jako pierwszy zwrócił na nią uwagę Kenneth Arrow pisząc o asymetrii informacyjnej.

Pytanie czy dziury w modelu „sera szwajcarskiego” to tylko grube zaniechania prowadzące do w konsekwencji do coraz powszechniej rejestrowanych tzw. zdarzeń niepożądanych. Te proste do zaobserwowania zjawiska mające widoczny, trudny do ukrycia skutek to np. upadki pacjentów, spektakularne zgony, których przyczyną były udowodnione zaniedbania, pomyłki strony operowanej, nazwiska pacjenta itd.

W roku 1931 została opublikowana praca „*Industrial Accident Prevention, A Scientific Approach*” Herberta Williama Heinricha, wprowadzająca „Prawo Heinricha”, później określane jako wskaźnik 300-30-1.

W uproszczeniu mówi ono o tym, że na 300 zdarzeń będących błędami w trzydziestu przypadkach dochodzi do szkody, a w jednym do szkody ze skutkiem katastrofalnym. Koncepcję stworzoną na potrzeby oceny bezpieczeństwa pracy zaakceptowano w medycynie, na początku w transfuzjologii. Trwa wprawdzie dyskusja czy proporcja 300-30-1 jest stała dla różnych zdarzeń, ale nie kwestionuje się, że do katastrofy dochodzi po wielu drobnych, z pozoru nic nie znaczących incydentach.

Powstaje zatem problem czy dziury w serze są rzeczywiście duże i pojedyncze, czy raczej jest to siatka, która pęka, gdy liczba drobnych nieprawidłowości staje się krytyczna.

Następstwem koniecznej specjalizacji w medycynie jest coraz gorsza komunikacja pomiędzy reprezentantami współpracujących ze sobą dziedzin. Wymiana informacji o niepowodzeniach nie jest więc priorytetem w pracy zawodowej. Niemniej w każdej specjalności medycznej rejestruje się istotne z jej punktu widzenia błędy, które wydają się nieuniknione, ale na szczęście nie są zbyt liczne, więc nie budzi to szczególnego niepokoju. Odseparowane od siebie informacje w poszczególnych specjalnościach nie wskazują na istotność wyników kwalifikowanych jako błędne lub niepożądane dla jakości pracy.

Z perspektywy pacjenta może się jednak okazać, że wiele zdarzeń będących marginalnym, niekorzystnym efektem pracy w każdej dziedzinie medycznej daje w sumie efekt prowadzący do katastrofy w myśl koncepcji Heinricha.

Szpeciallyści przedstawiciele medycyny laboratoryjnej zwracają uwagę, że pozornie niewielki, bo oceniany na 1% odsetek błędów, powielony dzięki wielkiej skali wykonywanych analiz nie powinien być lekceważony.

W praktyce średniej wielkości szpitala zleającego około 500.000 analiz rocznie dla 25.000 hospitalizowanych rocznie 1% błędów oznacza około 14 nieprawdziwych wyników dziennie dedykowanych leczonemu choremu.

Błędy w interpretacji EKG są szacowane na poziomie 20%.

Ci sami chorzy mają wykonywane badania radiologiczne, które często przesądzą o dalszym postępowaniu. Według jednego z doniesień z Uniwersytetu Harvarda, niezgodności w ocenie rtg klatki piersiowej sięgały 56%. Retrospektywne badanie mammografii wykonane na Uniwersytecie Yale w 1994 roku pokazało wzrost rozpoznania raka sutka z 15% do 63%. Istotne rozbieżności w ocenie skanów C.T. głowy w urazach czaszki pomiędzy radiologami ogólnymi i neuroradiologami są szacowane na 2%.

Amerykańskie Kolegium Radiologów podaje ogólne rozbieżności w ocenie zdjęć rtg na poziomie 3–3,5%.

Innym stosunkowo często cytowanym wskaźnikiem jest odsetek zakażeń szpitalnych szacowanych na około 6%. W Polsce realnie udaje się szpitalom pokazać 2–3% takich powikłań. Problem w tym, że na odsetek około 2%

wskazują autorzy amerykańscy mówiąc o posocznicach. Wśród pacjentów elektywnych, po zabiegach chirurgicznych, odsetek posocznic ocenia się w USA na poziomie 0,9%. W tym przypadku z kolei około 30% chorych umiera. W szpitalach onkologicznych w USA 4,9% hospitalizacji jest skojarzone z posocznicą, 1 na 20 posocznic ma etiologię grzybiczą (według CDC).

Działalność sterylizacji zawiera w sobie ryzyko około 0,8% błędu dotyczącego jałowości materiału.

Działania uboczne leków są szacowane na poziomie 6,5%, z czego 25% jest wynikiem błędów. W weekendy umiera więcej pacjentów hospitalizowanych niż w inne dni tygodnia. Badanie, w którym analizowano wyniki leczenia operacyjnego tętniaków aorty wykazało rokowanie gorsze o 28%.

Badania cytologiczne i histopatologiczne są obarczone błędami o różnej częstotliwości. 0,87% niezgodności stwierdzano w ocenie cytologicznej w ginekologii, 7,7% niezgodności w histopatologii. W analizach nie dotyczących ginekologii rozbieżności w ocenie były mniejsze i wynosiły odpowiednio 2,3% i 0,45%.

W ponad 10% przypadków klinicznie nie rozpoznano przyczyny zgonu, a istotne różnice w ocenie autopsyjnej, w porównaniu z przyżyciową, zarejestrowano w 25% przypadków.

Z kolei ocena jakości pracy anatomopatologów dała wynik 23,5% niezgodności.

Ten krótki przegląd podawanych odsetek niezgodności w ocenie, lub błędów raportowanych przez przedstawicieli dziedzin medycyny wskazuje, że zjawiska mogące niekorzystnie wpłynąć na rokowanie pacjenta są częstsze niż się wydaje.

Podawane wartości procentowe oznaczają przecież, że niepowodzenie terapeutyczne albo diagnostyczne dotyczy kilku osób na sto. W przeciętnym szpitalu leczy się kilkanaście lub kilkadziesiąt tysięcy chorych rocznie, co zgodnie z sugestiami diagnostów laboratoryjnych wywołuje efekt skali. Nie należy też zapominać, że niektóre zdarzenia mogą się sumować u jednego pacjenta ponieważ są to próby niezależne. Próbuąc interpretować wskaźnik Heinricha trzeba pamiętać, że można go czytać także w drugą stronę.

Każde zdarzenie niepożądane ze skutkiem katastrofalnym musiało być poprzedzone kilkuset drobnymi, niezauważalnymi błędami wynikającymi z wad organizacji.

„Swiss cheese model” jest interesującą ilustracją problemów związanych z poprawą jakości, kiedy jednak spojrzeć z bliska, pobyt szpitalny pacjenta mniej przypomina przeciskanie się przez ser a bardziej stąpanie po polu minowym.

Marek LABON  
Szpital Miejski w Gdyni

(przedruk z materiałów XIV Ogólnopolskiej Konferencji Jakość w Opiece Zdrowotnej, Kraków 27-28 maja 2010)



# Muzyka jako czynnik wzmacniający relacje rodzinne

*Gdzie słyszysz śpiew tam wstąp,  
tam dobre serca ludzie mają.  
Źli ludzie wierzą mi,  
ci nigdy nie śpiewają.*

J.W. GOETHE

Przełom XIX i XX wieku to okres zmian i odkryć w psychologii rozwojowej i wychowawczej, co niewątpliwie wpłynęło na rozwój pedagogiki teoretycznej i praktyczno-wychowawczej, której punktem zainteresowań było dziecko i jego więzy rodzinne, będące gwarantem jego prawidłowego rozwoju

Niewątpliwie muzyka, jej słuchanie, wspólne śpiewanie, bądź tańczenie, wzmacnia relacje rodzinne. Powoduje, że wszyscy stają się sobie bliżsi. Rodzice w takiej przyjaznej atmosferze budują zaufanie i poczucie bezpieczeństwa w domu, w którym muzyka odgrywa istotną rolę i stymuluje ich pociechę.

Jednym z pionierów tej idei był Émil Jaques-Dalcroze. W jego pedagogice to muzyka stanowiła element zasadniczy, pobudzający i scalający człowieka – jego ciało, ducha, umysł i energię. Aspekty, które łączyły jego działania z ideami Greków to: działanie w zespole – wzorem chórów greckich, troska o zrównoważony i harmonijny rozwój całego organizmu, gest i ruch jako środek przekazu, podobnie jak taniec grecki. Tą samą problematyką interesował się również Karol Orff – kompozytor niemiecki, wybitny twórca muzyki XX wieku, który pracował nad własnym stylem wychowania muzycznego. Jego program powstał na podstawie osobistych poglądów estetycznych na muzykę, własnego warsztatu kompozytorskiego i doświadczeń pedagogicznych. Razem z Gertrudą Hunter – w szkole w Monachium – realizował ideę umuzykalniania i wychowania przez ruch, taniec. Uważał, że dużą rolę w wychowaniu odgrywa gra na instrumencie. Duże znaczenie w systemie Orffa ma czynnik kreatywny. Stosowana jest improwizacja ruchowo-wokalna, instrumentalna np. muzyka-wierszy, baśni, z czego może powstać prosty utwór muzyczny, szczerzy i czytelny o wyrazie emocjonalnym. Według Orffa język, taniec i muzyka są pomyślane jako trzy równie ważne formy ekspresji. Carl Orff opracował własną metodę wychowania muzycznego dzieci, której głównym elementem jest śpiew i gra na prostych instrumentach perkusyjnych (tzw. instrumentarium Orffa, w skład którego wchodzi: bębenki, tamburyn, kołatki, grzechotki, trójkąty, dzwonki melodyczne). Duży nacisk kładzie się na improwizację i rozwijanie ekspresji, najważniejszym elementem w muzykowaniu jest rytm. Metoda Orffa szeroko jest też wykorzystywana w muzykoterapii dorosłych.

Śpiew dziecka wpływa pośrednio na rozwój klatki piersiowej i na wzmocnienie więzadeł głosowych. Zajęcia ruchowe przy muzyce kształcą ogólną koordynację ruchową, wpływają dodatnio na układ nerwowy. Zajęcia oparte na muzyce wzbogacają wyobraźnię i słownictwo. Treść piosenek jest przesłaniem treści poznawczych, zarówno u dzieci jak i dorosłych. Wszystkie formy zajęć umuzykalniających kształcą wrażliwość estetyczną młodego człowieka, wzbudzają jego zamiłowanie do muzyki. Dzięki temu można kształcić przyszłych odbiorców dzieł muzycznych i zawodowych wykonawców, co ma znaczenie dla podnoszenia ogólnej kultury muzycznej społeczeństwa.

Mając na uwadze dobro swoich dzieci, rodzice pozwalają, ba wręcz zachęcają, swoje pociechy do umiłowania śpiewu, tańca i gry na instrumentach.

Taniec jest tą formą aktywności, która przejawia się w określonej formie ruchowej. Jest sposobem przeżywania i przekazywania emocji oraz fizycznego i duchowego wyrażenia siebie. Dziecko używając swego ciała w różnych sytuacjach nie tylko eksploruje je, ćwiczy i doskonali, ale również poznaje siebie i swoje otoczenie. Ćwiczenia ruchowo-taneczne zaspokajają nie tylko potrzeby ruchowe dziecka, ale także rozwijają szereg jego dyspozycji psychofizycznych jak: spostrzegawczość, pamięć, koncentrację uwagi, szybką reakcję, koordynację wzrokowo-ruchową, orientację w schemacie własnego ciała i w przestrzeni. Aktywizują także ciało i umysł dziecka, rozwijają jego wyobraźnię, mobilizują do działania, łagodzą kompleksy, nieśmiałość i lęk, dostarczają nowych wrażeń i doświadczeń w zakresie komunikacji i współdziałania w grupie, wyrabiają dyscyplinę wewnętrzną, uczą świadomego panowania nad ruchem ciała. Ruch jest bardzo istotnym elementem w życiu człowieka, a szczególnie ważnym w życiu dzieci. Dzięki niemu mogą się one prawidłowo rozwijać zarówno fizycznie (ćwiczenie mięśni i ścięgien), jak i psychicznie (dotlenienie mózgu). Aktywność ruchowa pomaga również rozładowywać niespożyte zasoby energii.

Szczęśliwymi substytutami szczęścia w muzyce jest harmonia, tekst i rytm. Harmonia muzyczna zbudowana na trzech podstawowych funkcjach, subdominanta, dominanta, tonika daje wykonawcy i słuchaczowi relaksację i ukojenie. W konsekwencji jednak powoduje stymulację.

Współbrzmienie instrumentów powoduje radosne przeżycie. Muzyk musi się natrudzić poprzez swoją edukację w szkołach muzycznych, aby uzyskać środki wyrazu dające przeżycia estetyczne i duchowe słuchaczowi. Wyraża się to w pięknie tworzonej dźwięku, który ma

swoją charakterystykę – kolor, głębię i ekspresję oraz refleksyjny klimat. Tekst utworów muzycznych to wytwór librecistów, w przypadku piosenek mówi się o tzw. tekściarzach, u których to nierzadko występują wulgaryzmy niegodne człowieka. Powodują one pauperyzację języka i antyedukują. Winno to być zjawiskiem niechcianym i w końcu karalnym.

W tańcu człowiek jednoczy się poprzez wspólny elegancki ruch i rytm, który jest niezbędny, aby taniec był radosny.

Egzemplifikowane cechy zjawisk muzycznych sprowadzają nas do postawienia tezy, że muzyka jest czynnikiem wzmacniającym więzi rodzinne i społeczne.

Należy nauczać, że tam, gdzie od wielu pokoleń w rodzinie śpiewa się piękne utwory z mądrym tekstem, tam

dzieje się dobrze. Wspólne śpiewanie winno stać się tradycją i rytuałem rodzinnym, gdzie przy stole po wspólnym posiłku śpiewamy wszyscy razem.

Zatem nie tylko kolędy śpiewamy wspólnie, ale i inne utwory, bo śpiewoterapia, zarówno jak i muzykoterapia mają dobroczynny wpływ na błogostan psychiczny i fizyczny. Ciekawych utworów mamy bez liku.

I jeszcze jedno. Winniśmy dużo słuchać pięknej muzyki w filharmonii, operze i teatrze, zarówno w utworach klasycznych, jak i rozrywkowych, to na pewno nas wzbogaci.

Tego z serca życzę!

Wojciech POŚPIECH  
Kierownik Katedry i Zakładu Muzykoterapii  
CM UMK

(przedruk z „Primum Non Nocere” nr 1/11)

## PRAWO NA CODZIEN

# Opinia prawna w przedmiocie zakazu zawierania przez NFZ umów z lekarzami

będącymi współnikami spółek cywilnych zawartym w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

W art. 132 ust. 3 ww. ustawy zawarto zakaz zawarcia przez Fundusz umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z lekarzem, jeżeli udziela on świadczeń opieki zdrowotnej u innego świadczeniodawcy, który zawarł już umowę o udzielanie tych samych rodzajowo świadczeń opieki zdrowotnej z Funduszem. W literaturze wskazuje się, że **przepis ten ma na celu wyeliminowanie sytuacji, w których jeden świadczeniodawca, mając zawartą umowę indywidualną o udzielanie świadczeń, udzielałby takich samych świadczeń także u innego świadczeniodawcy**. W takim bowiem przypadku problemem mogłoby się stać rozliczenie wykonania świadczeń, gdyż nie byłoby wiadomo, który świadczeniodawca i w jakim czasie udzielił danemu świadczeniobiorcy pomocy medycznej (*vide: Nowak-Kubiak J., Łukasik B. Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Wyd. Wolters Kluwer Polska 2006*). Niedopuszczalne jest współistnienie dwóch stosunków prawnych w zakresie świadczenia usług w tym samym czasie i zakresie, tj. świadczenie tych usług na podstawie własnej umowy z Funduszem oraz świadczenie takich samych rodzajowo usług w ramach podwykonawstwa bądź innej umowy cywilnoprawnej na rzecz innego świadczeniodawcy, który również zawarł umowę z Funduszem.

Odmierna sytuacja zachodzi wówczas, **gdy lekarz zawarł umowę z NFZ na udzielanie świadczeń zdro-**

**wotnych jednego rodzaju** (np. z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej) i na zasadach odrębnej umowy cywilnoprawnej **udziela u innego świadczeniodawcy świadczeń zdrowotnych innego rodzaju** (np. z zakresu leczenia szpitalnego). W tej sytuacji można stwierdzić, że **opisane wcześniej ryzyko** podwójnego opłacania przez Fundusz tego samego świadczenia czy też problem z ustaleniem, który świadczeniodawca udzielił świadczenia, **nie zachodzi**. W przypadku wątpliwości, czy świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez lekarza w ramach prowadzonej praktyki lekarskiej bądź NZOZ na podstawie umowy z NFZ i na zasadzie podwykonawstwa bądź umowy cywilnoprawnej u innego świadczeniodawcy są tożsame rodzajowo, należy się odnieść do obu umów i je porównać. **Rodzaj i zakres udzielanych świadczeń** opieki zdrowotnej obligatoryjnie **muszą bowiem zostać określone w umowie** o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (art. 136 ww. ustawy). Jeżeli zatem analiza treści obu umów wskazuje na różne rodzajowo świadczenia, omawiany zakaz nie powinien znaleźć zastosowania.

W celu wykazania, że nie zachodzą przeszkody określone w ww. art. 132 ust. 3, ustawodawca przewidział złożenie przez lekarza stosownego oświadczenia przy zawieraniu umowy. Ustawa milczy o konieczności potwierdzania tej okoliczności przez lekarza w trakcie wykonywania umowy, można jednak przyjąć, że możliwość

skierowania takiego żądania przez NFZ wynika z ogólnego prawa nadzoru nad świadczeniodawcami.

Dodać należy, że ww. ustawa, odnosząc się do pojęcia świadczeniodawcy, ustaliła jedynie, że może nim być m. in. zakład opieki zdrowotnej (bez rozróżnienia na publiczny i niepubliczny) czy grupowa bądź indywidualna praktyka lekarska (F/de: art. 5 pkt 41). Omawiany zakaz nie rozgranicza także formy wykonywania zawodu przez lekarzy.

W przypadku, gdy świadczeń w ramach umowy z NFZ ma udzielać NZOZ, umowa jest zawierana ze współnikami spółki cywilnej, którzy są organem założycielskim tego zakładu, nie zaś z niepublicznym zakładem opieki zdrowotnej. Niepubliczny zakład opieki zdrowotnej nie ma bowiem osobowości prawnej i w jego imieniu występuje organ założycielski; w przypadku współników spółki cywilnej są to osoby fizyczne będące lekarzami i przedsiębiorcami jednocześnie.

W sytuacji, gdy lekarz pozostaje współnikiem spółki cywilnej, która zawarła umowę z NFZ i udziela świadczeń w innym podmiocie, który również zawarł taką umowę z NFZ, może dojść do sytuacji, że NFZ uzna, iż doszło do naruszenia omawianego zakazu. Wówczas Dyrektor Oddziału Wojewódzkiego NFZ może rozwiązać umowę w części albo w całości bez zachowania okresu wypowiedzenia w przypadku naruszenia przepisu art. 132 ust. 3 ustawy [vide: §36 Załącznika do Rozporządzenia Min. Zdrowia z dn. 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. 2008 r., nr 81, poz. 484)]. W takim wypadku lekarzowi pozostawałoby wytoczenie powództwa przeciwko NFZ o odszkodowanie, gdzie jako strona inicjująca (powód) musiałby wykazać, że umowa została rozwiązana niezasadnie, jak również wykazać wysokość szkody. Związane jest to nieodłącznie z ryzykiem przegrania procesu, niemałymi kosztami (opłata sądowa od pozwu to 5% dochodzonej kwoty + ew. wynagrodzenie pełnomocnika – radcy prawnego bądź adwokata) i czasem trwania takiego postępowania.

Przyjęcie przez NFZ tak wąskiego rozumienia omawianego przepisu pozostawałoby w sprzeczności z ideą jego wprowadzenia. Zakaz wyrażony w ustawie musiałby bowiem objąć lekarzy udzielających jakichkolwiek świadczeń w ramach umowy z którymkolwiek odziałem wojewódzkim NFZ i faktycznie niemożność udzielania świadczeń poza własną działalnością gospodarczą w ramach spółki cywilnej czy praktyki lekarskiej. Poza omawianym zakazem znalazłaby się grupa lekarzy, udzielających świadczeń w ramach NZOZ, którego organem założycielskim byłaby np. sp. z o.o. Zaprezentowana tu wykładnia omawianego przepisu pozwala uniknąć takiego niebezpieczeństwa.

Karol KOLANKIEWICZ  
Adwokat

(przedruk z „Pomorskiego Magazynu Lekarskiego nr 12/10)

## Szczegółne wymagania dotyczące dokumentacji medycznej prowadzonej w postaci elektronicznej

Od 1 stycznia 2011 r. obowiązuje nowe Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania, opublikowane w Dzienniku Ustaw Nr 252 pod pozycją 1697.

Reguluje ono zakres i tryb prowadzenia dokumentacji medycznej dla wszystkich podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych, takich jak zakłady opieki zdrowotnej, lekarze udzielający świadczeń zdrowotnych w ramach indywidualnej praktyki lekarskiej, indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej oraz grupowej praktyki lekarskiej, a także pielęgniarki i położne udzielające świadczeń zdrowotnych w ramach indywidualnej, indywidualnej specjalistycznej lub grupowej praktyki pielęgniarki i położnej. Również odnosi się do dokumentacji prowadzonej przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarkę lub higienistkę szkolną udzielających świadczeń zdrowotnych uczniom. W jednym akcie wykonawczym uregulowano zatem dziedzinę dokumenta-

cji medycznej rozproszoną poprzednio w trzech aktach prawnych. Przy tym zgodnie z § 87 omawianego Rozporządzenia, dopuszcza się prowadzenie dokumentacji w sposób określony w przepisach dotychczasowych jeszcze przez okres 6 miesięcy od dnia wejścia w życie nowych przepisów.

Zgodnie z § 1 Rozporządzenia dokumentacja może być prowadzona w postaci elektronicznej lub papierowej.

Dokumentacja w postaci elektronicznej musi spełniać szczególne wymagania określone w rozdziale 8 Rozporządzenia.

W szczególności dokumentacja może być prowadzona w postaci elektronicznej, pod warunkiem prowadzenia jej w systemie teleinformatycznym zapewniającym:

1. zabezpieczenie dokumentacji przed uszkodzeniem lub utratą;
2. zachowanie integralności i wiarygodności dokumentacji;

3. stały dostęp do dokumentacji dla osób uprawnionych oraz zabezpieczenie przed dostępem osób nieuprawnionych;
4. identyfikację osoby udzielającej świadczeń zdrowotnych i rejestrowanych przez nią zmian, w szczególności dla odpowiednich rodzajów dokumentacji przyporządkowanie cech informacyjnych, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 3 lit. a-d, tj. nazwisko i imię, tytuł zawodowy, uzyskane specjalizacje, numer prawa wykonywania zawodu w przypadku lekarza, pielęgniarki i położnej;
5. udostępnienie, w tym przez eksport w postaci elektronicznej, dokumentacji albo części dokumentacji będącej formą dokumentacji określonej w rozporządzeniu, w formacie XML i PDF;
6. eksport całości danych w formacie XML, w sposób zapewniający możliwość odtworzenia tej dokumentacji w innym systemie teleinformatycznym;
7. wydrukowanie dokumentacji w formach określonych w rozporządzeniu.

W przypadku, gdy do dokumentacji prowadzonej w postaci elektronicznej ma być dołączona dokumentacja utworzona w innej postaci, w tym zdjęcia radiologiczne lub dokumentacja utworzona w postaci papierowej, należy wykonać odwzorowanie cyfrowe tej dokumentacji i umieścić je w systemie informatycznym w sposób zapewniający czytelność, dostęp i spójność dokumentacji. W przypadku wykonania takiego odwzorowania cyfrowego, dokumentacja jest wydawana na życzenie pacjenta albo niszczona w sposób uniemożliwiający identyfikację pacjenta.

Rozporządzenie określa też, jakie warunki należy spełnić, by dokumentacja prowadzona w postaci elektronicznej była uważana za zabezpieczoną, co stanowi, jak wyżej wskazano, jeden z warunków dopuszczających jej prowadzenie.

Mianowicie w sposób ciągły muszą być spełnione łącznie następujące warunki:

1. jest zapewniona dostępność dokumentacji wyłącznie dla osób uprawnionych;
2. jest chroniona przed przypadkowym lub nieuprawnionym zniszczeniem;
3. są zastosowane metody i środki ochrony dokumentacji, których skuteczność w czasie ich zastosowania jest powszechnie uznawana.

Zabezpieczenie dokumentacji prowadzonej w postaci elektronicznej wymaga w szczególności:

1. systematycznego dokonywania analizy zagrożeń;
2. opracowania i stosowania procedur zabezpieczania dokumentacji i systemów ich przetwarzania, w tym procedur dostępu oraz przechowywania;
3. stosowania środków bezpieczeństwa adekwatnych do zagrożeń;
4. bieżącego kontrolowania funkcjonowania wszystkich organizacyjnych i techniczno-informatycznych sposobów zabezpieczenia, a także okresowego dokonywania oceny skuteczności tych sposobów;
5. przygotowania i realizacji planów przechowywania dokumentacji w długim czasie, w tym jej przenoszenia na nowe informatyczne nośniki danych i do

nowych formatów danych, jeżeli tego wymaga zapewnienie ciągłości dostępu do dokumentacji.

Dokumentacja w postaci elektronicznej podlega tym samym zasadom, co do okresu przechowywania, co dokumentacja papierowa. Utrwalenie dokumentacji prowadzonej w postaci elektronicznej polega na zastosowaniu odpowiednich – do ilości danych i zastosowanej technologii – rozwiązań technicznych zapewniających przechowywanie, używalność i wiarygodność dokumentacji znajdującej się w systemie informatycznym co najmniej do upływu okresu przechowywania dokumentacji.

W przypadku przeniesienia dokumentacji do innego systemu teleinformatycznego, do przeniesionej dokumentacji przyporządkowuje się datę przeniesienia oraz informację, z jakiego systemu została przeniesiona.

Rozporządzenie odsyła również do postanowień Polskich Norm, których przedmiotem są zasady gromadzenia i wymiany informacji w ochronie zdrowia, przenoszących normy europejskie lub normy innych państw członkowskich Europejskiego Obszaru Gospodarczego, które należy uwzględniać przy sporządzaniu dokumentacji w postaci elektronicznej.

W przypadku braku wymienionych w zdaniu poprzednim norm uwzględnia się:

1. normy międzynarodowe;
2. Polskie Normy;
3. europejskie normy tymczasowe.

Zgodnie z ustawą z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta dokumentacja medyczna jest udostępniana uprawnionym osobom i podmiotom określonym w ustawie.

Udostępnianie dokumentacji prowadzonej w postaci elektronicznej następuje przez:

1. przekazanie informatycznego nośnika danych z zapisaną dokumentacją;
2. dokonanie elektronicznej transmisji dokumentacji;
3. przekazanie papierowych wydruków – na żądanie uprawnionych podmiotów lub organów.

Dokumentację prowadzoną w postaci elektronicznej udostępnia się z zachowaniem jej integralności oraz ochrony danych osobowych.

W przypadku, gdy dokumentacja prowadzona w postaci elektronicznej jest udostępniana w postaci papierowych wydruków, osoba upoważniona przez podmiot potwierdza ich zgodność z dokumentacją w postaci elektronicznej i opatruje swoim oznaczeniem (nazwisko i imię, tytuł zawodowy, uzyskane specjalizacje, numer prawa wykonywania zawodu w przypadku lekarza, pielęgniarki i położnej, podpis). Dokumentacja wydrukowana powinna umożliwiać identyfikację osoby udzielającej świadczeń zdrowotnych.

*Jadwiga JARZĄBKIEWICZ-GÓRNIAK  
Radca prawny Bydgoskiej Izby Lekarskiej*

(przedruk z biuletynu „Primum non Nocere” nr 4/11)



## Doktor Aleksandra Pospieszalska 1919–2011 – wspomnienie

Doktor Aleksandra Pospieszalska urodziła się w 1919 r. w Poznaniu. Studia na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu Poznańskiego ukończyła w 1947 r. Do 1953 r. pracowała jako asystent, a następnie ordynator w Wojewódzkim Specjalistycznym Szpitalu Dziecięcym w Poznaniu.

W 1953 r. nakazem pracy Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej zostaje skierowana na okres 3 lat do pracy na terenie m. Opola. Została w Opolu aż do dnia śmierci 17.XII.2010 r.

Początkowo pełniła obowiązki ordynatora oddziału dziecięcego Szpitala Wojewódzkiego, a od 1957 r. zostaje dyrektorem i organizatorem Wojewódzkiego Specjalistycznego Szpitala Dziecięcego w Opolu. Tworzy strukturę tego szpitala – w tamtych latach bardzo nowatorskie. Z pasją, wielkim zaangażowaniem, wykorzystując swoją ogromną wiedzę i zdolności organizacyjne powiększa bazę łóżkową do 220 łóżek w 4 oddziałach w Opolu i 2 oddziałach w Tułowicach. Organizuje przyszpitalne poradnie specjalistyczne, zakłada szkołę i przedszkole dla hospitalizowanych dzieci. Zatrudnia psychologa klinicznego, rozwija rehabilitację dziecięcą – w tamtym czasie niedocenianą.

W 1975 r. zostaje powołana na stanowisko Wojewódzkiego Konsultanta ds. Pediatrii i Medycyny Szkolnej. Jej praca rozszerza się na organizację opieki pediatrycznej w całym województwie opolskim. Prowadzi nadzór nad działalnością oddziałów pediatrycznych, noworodkowych oraz poradniami pediatrycznymi Opolszczyzny. Pomaga organizować nowe placówki pediatryczne, walczy o dofinansowania. Jest nie tylko wspaniałym lekarzem, ale mądrym, wymagającym nauczycielem. Szkoli swoich asystentów i młodych lekarzy w województwie. Pod Jej kierunkiem specjalizację z pediatrii uzyskało ponad 140 lekarzy Opolszczyzny.

Doktor A. Pospieszalska zakłada i zostaje przewodniczącą Oddziału Opolskiego Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego. Systematycznie szkoli pediatrów, podnosząc poziom opieki nad dziećmi, obniżając wskaźniki umieralności niemowląt i dzieci w województwie opolskim. Była wymagającym Szefem, ale zawsze na pierwszym miejscu stawiała chore dziecko.

Za swoją pracę i oddanie wielokrotnie wyróżniana i odznaczana. Otrzymała m. in: Złoty Krzyż Zasługi,



Medal 10-lecia Odrodzenia Polski, Krzyż Kawalerski Orderu Odrodzenia Polski, Odznakę 1000-lecia Państwa Polskiego, Odznakę „Za wzorową pracę w służbie zdrowia”, Odznakę Towarzystwa Przyjaciół Dzieci, Odznakę Przyjaciela Dziecka, Medal XXX-lecia PRL, Odznakę „Bohaterowie są wśród nas”.

Zakończyła pracę przechodząc na emeryturę w 1979 r. Miałam zaszczyt pracować z dr Pospieszalską tylko kilka miesięcy. Mimo tak krótkiego czasu Jej praca z chorym dzieckiem stała się dla mnie bezcenną wskazówką w życiu zawodowym.

W lipcu 2009 r. zorganizowaliśmy spotkanie z okazji Jubileuszu 90-lecia urodzin dr Pospieszalskiej. Było to wzruszające, nostalgiczne spotkanie osób, z którymi pracowała dostojna Jubilatka. Spędziliśmy razem kilka godzin wypełniając je życzeniami, wspomnieniami, radością ze spotkania, obdarzając Jubilatkę uściskami i naręczami kwiatów.

W czasie ostatnich rozmów podczas choroby, wyznała mi, że zawsze marzyła o założeniu rodziny z dużą gromadką dzieci. „*I miałam je, mówiła, czasami ponad 200. One były moje.*”

Na cmentarzu Doktor Pospieszalską żegnali: rodzina, przyjaciele, koleżanki, koledzy i „Jej dzieci” już oprószone siwizną.

Barbara SZCZEPANIK  
Przewodnicząca Oddziału Opolskiego  
Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego

**Okręgowa Izba Lekarska w Szczecinie** w najbliższych miesiącach organizuje następujące imprezy:

**7-8 maja 2011 r.** – I Ogólnopolskie Zawody Lekarzy w Wędkarstwie Spinningowym Szczecin/Cedynia

**14-15 maja 2011 r.** – I edycja Międzynarodowego Konkursu Piosenki Amatorskiej Lekarzy Śpiewających „*Musica mores confirmat*” – Szczecin,

**2-5 czerwca 2011 r.** – Mistrzostwa Polski Lekarzy w Lekkiej Atletyce – Międzyzdroje

**9-12 czerwca 2011 r.** – V Mistrzostwa Polski Lekarzy w Siatkówce Plażowej – Niechorze

**10-11 czerwca 2011 r.** – XI Mistrzostwa Polski Lekarzy w Golfie – Modry Las Golf Club (10 czerwca 2011 r.) oraz Binowo Park Golf Club (11 czerwca 2011 r.)

**24-26 czerwca 2011 r.** – VIII Ogólnopolskie Mistrzostwa Izb Lekarskich w Żeglarstwie klasa Omega o Puchar Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej – Szczecin, Jezioro Dąbskie.

Wszystkich zainteresowanych serdecznie zapraszamy! Kontakt – Okręgowa Izba Lekarska w Szczecinie, 71-332 Szczecin, ul. Marii Skłodowskiej-Curie 11, sekretariat tel. 91/48-74-936 w. 106, e-mail: [biuro@oil.szczecin.pl](mailto:biuro@oil.szczecin.pl)

\*\*\*

**Zakład Usług Medycznych KAMMED Sp. z o.o. w Brzegu** (woj. opolskie) zatrudni lekarza POZ – od zaraz. W naszej placówce zlokalizowane są gabinety: lekarzy POZ, gastrologiczny, stomatologiczny, medycyny pracy, zabiegowy, USG, okulistyczny. Świadczymy również usługi z zakresu fizjoterapii.

**Wymagania:** lekarz z prawem wykonywania zawodu, specjalizacja nie jest wymagana, jednak mile widziana (choroby wewnętrzne, medycyna rodzinna, pediatria).

Wynagrodzenie do negocjacji, umowa o pracę na cały etat (ewentualnie pół), godziny pracy do uzgodnienia, gwarantujemy atrakcyjne warunki pracy. Kontakt: Aneta Szpulak – dyrektor placówki (tel. 502-902-765).

\*\*\*

**Dyrekcja Brzeskiego Centrum Medycznego SP ZOZ**, 49-301 Brzeg ul. Mossora 1 zatrudni specjalistę w dziedzinie ortopedii i traumatologii lub lekarza w trakcie specjalizacji lub lekarza chcącego specjalizować się w tej dziedzinie. Kontakt z ordynatorem oddziału chirurgii urazowo-ortopedycznej: tel. 77/44-46-552 lub 605-292-228.

\*\*\*

**Szpital Specjalistyczny MSWiA w Głucholazach** zatrudni lekarza kardiologa lub lekarza rehabilitacji medycznej na stanowisko Kierownika Oddziału Rehabilitacji Kardiologicznej. Proponujemy bardzo dobre warunki pracy i płacy. Telefon: (77) 40-80-155.

\*\*\*

**Szpital Specjalistyczny MSWiA w Głucholazach** zatrudni lekarzy na Oddział Chorób Płuc i Rehabilitacji Pulmonologicznej:

**pulmonologa, internistę, lekarza rehabilitacji medycznej.**

Proponujemy bardzo dobre warunki pracy i płacy. Telefon: (77) 40-80-155.

\*\*\*

**SP ZOZ ZZ Maków Mazowiecki** (szpital publiczny) poszukuje lekarzy następujących specjalności:

internistów, nefrologów,

ginekologów, chirurgów,

radiologa, lekarza rodzinnego,

lekarza rehabilitacji, kardiologa

oraz lekarzy chcących kształcić się w w/w specjalnościach, a także stażystów na staż podyplomowy.

Oferujemy atrakcyjną, bardzo dobrze płatną pracę. Jesteśmy przychylnie nastawieni do kształcenia się lekarzy. Mamy akredytację do kształcenia w wielu specjalizacjach. Organizujemy liczne wykłady i konferencje naukowe. Nasz Szpital od wielu lat posiada akredytację oraz ISO. Szpital jest w bardzo dobrej kondycji finansowej. Maków Mazowiecki to spokojne miasto, położone 60 km od Warszawy z bardzo dobrą komunikacją. Kontakt: e-mail [sekretariat@szpital-makow.pl](mailto:sekretariat@szpital-makow.pl), telefon: +48 297142391.

\*\*\*

**Specjalista chorób wewnętrznych** z uprawnieniami do badań kierowców amatorów z 30 stażem poszukuje pracy w POZ jako internista na terenie Opola lub powiatu opolskiego (ewentualnie w szpitalu na oddziale chorób wewnętrznych). Kontakt – tel. 601-637-269.

\*\*\*

**Okazyjnie sprzedam przenośny aparat USG CHISON 8300** cyfrowy system ultrasonograficzny. W skład wyposażenia wchodzi: printer oraz sondy: C60613S – 3,5 MHz, L406173 – 7,5 MHz, C12616S – 6,0 MHz. Na aparacie wykonano nie więcej niż 100 badań, bo gabinet został zlikwidowany. Kontakt z możliwością oglądnięcia sprzętu – 77/455-01-00. Cena do negocjacji.

\*\*\*

**Lekarz sprzedaje działkę budowlaną 2,2 ara** przy ul. Lawendowej w Opolu w ciągu zabudowy szeregowej (piechotą 5 minut do Szpitala WCM). Tel. 601-637-269, 72/333- 69-69.



### III ZJAZD POLSKIEGO TOWARZYSTWA BADAŃ NAD OTYŁOŚCIĄ w połączeniu z kolejną, 3. edycją Środkowoeuropejskiego Kongresu Badań nad Otyłością pod wspólną nazwą 3RD CENTRAL EUROPEAN CONGRESS ON OBESITY

Tematyka Zjazdu „Różne oblicza otyłości” obejmie różne problemy nauk podstawowych związanych z otyłością, czynniki predysponujące, powikłania otyłości i jej leczenie.

W programie Zjazdu: nauki podstawowe dla otyłości (genetyka, ośrodkowe i obwodowe mechanizmy regulujące pobór pokarmu i wydatek energetyczny, adipokiny – lipotoksyczność – insulinooporność); fenotypy otyłościowe u dorosłych i dzieci (ryzyko powikłań metabolicznych, determinanty); różne oblicza otyłości: zespół metaboliczny – odrębna jednostka chorobowa czy też stan przedcukrzycowy, nadciśnienie tętnicze, choroby naczyniowo-sercowe, cukrzyca typu 2, zaburzenia miesiączkowania i płodności, niealkoholowa stłuszczeniowa choroba wątroby, nowotwory, osteoporoza, uszkodzenia narządu ruchu, zaburzenia emocjonalne; czynniki determinujące rozwój otyłości (środowisko, styl życia, osobowość, cywilizacja, flora bakteryjna, wirusy); czy jedzenie może być nałogiem? (czynniki kształtujące zachowania żywieniowe, rola jedzenia w różnych okresach życia); odrębne problemy otyłości wieku rozwojowego; stan odżywienia i powikłania metaboliczne a starzenie się społeczeństwa; sukcesy i porażki w leczeniu otyłości: przyszłość leczenia otyłości – chirurgia, farmakoterapia czy psychoterapia, zmiana sposobu żywienia czy „dieta cud” – trudny problem codziennej praktyki klinicznej, aktywność fizyczna – niedoceniony element sukcesu, niekorzystne czynniki rokownicze, wytyczne postępowania w otyłości – dyskusja nad aktualizacją.

**Termin:** 25-27 sierpnia 2011 r.

**Miejsce:** Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie, 10-723 Olsztyn, Dybrowskiego 11

**Partoniat nad Zjazdem:** JM Rektor Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego prof. dr hab. Józef Garniewicz, Prezydent Miasta Olsztyna Piotr Grzymowicz

**Przewodnicząca Komitetu Naukowego:** dr hab. med. Magdalena Olszanecka-Glinianowicz

**Przewodnicząca Komitetu Organizacyjnego:** prof. dr hab. med. Elżbieta Bandurska-Stankiewicz

**Prezes Polskiego Towarzystwa Badań nad Otyłością:** prof. Barbara Zahorska-Markiewicz

**Organizatorzy:** Katedra Chorób Wewnętrznych, Klinika Endokrynologii, Diabetologii i Chorób Wewnętrznych, Wydział Nauk Medycznych, Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie, Polskie Towarzystwo Badań nad Otyłością, Wydawnictwo Termedia

**Biurowo organizacyjne:** Termedia sp. z o.o., ul. Kleeberga 2, 61-615 Poznań, tel./faks +48 61 656 22 00, [szkolenia@termedia.pl](mailto:szkolenia@termedia.pl), WWW. [termedia.pl](http://termedia.pl)



### XV KONFERENCJA NAUKOWA POLSKIEGO TOWARZYSTWA HEPATOLOGICZNEGO

Po raz pierwszy od 15 lat coroczna Konferencja Polskiego Towarzystwa Hepatologicznego odbywa się we Wrocławiu. W pierwszym dniu będziemy się zajmować żywieniem w chorobach wątroby, tematem wciąż aktualnym i trudnym, zwłaszcza u pacjentów z zaawansowanymi chorobami wątroby. Następne sesje będą poświęcone marskości wątroby, zarówno w jej bezobjawowej fazie, jak i wikłanej nadciśnieniem wrotnym, pierwotnemu stwardniającemu zapaleniu dróg żółciowych oraz postępowi endoskopii zabiegowej w leczeniu chorób wątroby i dróg żółciowych. Ważnym, dotychczas nieomawianym na naszych konferencjach tematem będą badania genetyczne w cholestazach wątrobowych. Doty-

czy to chorób rzadkich, inaczej zwanych sierocymi, które są poważnym problemem zdrowotnym dla społeczeństwa i mają priorytetowe znaczenie w programach UE dotyczących zdrowia i badań naukowych. Jak zawsze nie zabraknie nowości na temat przewlekłych wirusowych zapaleń wątroby HBV, HCV i koinfekcji HCV i HIV. Zaprezentowane zostaną również postępy w badaniach nad chorobami wątroby.

**Termin:** 16-18 czerwca 2011 r.

**Miejsce:** Wrocław, hotel Scandic, ul. Piłsudskiego 49/57

**Organizatorzy:** Polskie Towarzystwo Hepatologiczne oraz wydawnictwo Termedia

**Przewodnicząca Komitetu Naukowego:** prof. dr hab. Joanna Pawłowska

**Przewodniczący Komitetu Organizacyjnego:** prof. dr hab. med. Krzysztof Simon

**Biurowo organizacyjne:** Termedia sp. z o.o., ul. Kleeberga 2, 61-615 Poznań, tel./faks +48 61 656 22 00, [szkolenia@termedia.pl](mailto:szkolenia@termedia.pl), WWW. [termedia.pl](http://termedia.pl)



### GINEKOLOGIA I POŁOŻNICTWO – NOWE TRENDY

Podczas sesji wykładowych przedstawione zostaną nowe, często kontrowersyjne problemy dotyczące ginekologii, a podczas sesji naukowych omówione zagadnienia z zakresu ultrasonografii dopplerowskiej stosowanej w ciąży. Poruszony zostanie również problem cukrzycy i otyłości w ciąży oraz zaprezentowane aktualne standardy diagnostyczne i nowoczesne metody biofizycznego diagnozowania zagrożenia płodu w okresie okołoporodowym.

W zakresie terapii hormonalnej okresu okołomenopauzalnego poruszone zostaną zagadnienia dotyczące najczęstszych objawów ubocznych występujących podczas tego typu terapii, a także przeskórnej i doustnej drogi podania hormonów, w aspekcie ich mocnych i słabych stron. Omówiony zostanie także bardzo kontrowersyjny problem stosowania hormonalnej terapii okresu menopauzalnego u pacjentek leczonych z powodu chorób nowotworowych. Tematami sesji naukowych będą również najnowsze trendy w zakresie ustalenia algorytmu kwalifikacji pacjentek do usunięcia macicy z powodu mięśniaków macicy w zależności od drogi dostępu chirurgicznego.

Przedstawiony zostanie także algorytm w zakresie diagnostyki raka piersi oraz aktualny stan wiedzy na temat ryzyka raka piersi w kontekście stosowania antykoncepcji hormonalnej oraz terapii okresu menopauzalnego. Ciekawą propozycją jest poświęcenie jednego z ringów merytorycznych kobiecie chorej na raka piersi.

Jedną z ważniejszych sesji Kongresu będzie Sesja Mistrzów poświęcona Profesorom i Nauczycielom, którzy wyświadczyli organizatorom zaszczyt i zaprezentują zagadnienia, jakim poświęcili znaczącą część swojego życia zawodowego i dorobku naukowego.

**Termin:** 17-18 czerwca 2011 r.

**Miejsce:** Poznań, Międzynarodowe Targi Poznańskie, ul. Głogowska 14, pawilon 8 A

**Patronat Honorowy:** prof. dr hab. Ryszard Poręba, prezes Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego, prof. dr hab. Stanisław Radowski, konsultant krajowy w dziedzinie położnictwa i ginekologii

**Kierownik Naukowy:** dr hab., prof. nadzw. Maciej Wilczak

**Organizatorzy:** Zakład Edukacji Medycznej Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Katedra i Klinika Zdrowia Matki i Dziecka Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Klinika Ginekologii Operacyjnej Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Oddział Wielkopolski Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego oraz wydawnictwo Termedia

**Biurowo organizacyjne:** Termedia sp. z o.o., ul. Kleeberga 2, 61-615 Poznań, tel./faks +48 61 656 22 00, [szkolenia@termedia.pl](mailto:szkolenia@termedia.pl), [www.termedia.pl](http://www.termedia.pl)



**Wydawnictwo TERMEDIA sp. z o.o.**

**ul. Kleeberga 2, 61-615 Poznań**

**Tel./faks: +48 61 656 22 00**

**Książka do nabycia na [www.termedia.pl](http://www.termedia.pl)**

**REUMATOLOGIA 2010/2011 – nowe trendy**

pod redakcją prof. Piotra Wilanda; ISBN: 978-83-62138-60-9, format A5, liczba stron 312, oprawa miękka, cena: 60 zł

W najnowszej książce pod red. prof. Piotra Wilanda „Reumatologia 2010/2011 – nowe trendy” zaprezentowano najnowsze trendy w diagnostyce i terapii chorób reumatycznych, jakie zostały przedstawione w roku 2010 w piśmiennictwie światowym. Książka składa się z kilkunastu rozdziałów przedstawiających ważne problemy współczesnej reumatologii, które mogą mieć istotne znaczenie w nadchodzących latach zarówno w aspekcie teoretycznym (przybliżając wyjaśnienie złożonych patomechanizmów różnych chorób reumatycznych), jak i praktycznym: diagnostycznym i terapeutycznym.



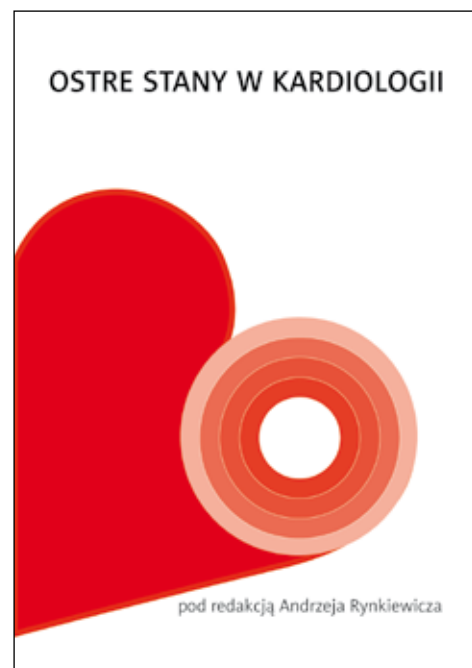
**OSTRE STANY W KARDIOLOGII**

pod redakcją Andrzeja Rynkiewicza; ISBN: 978-83-62138-46-3, format B5, liczba stron 280, oprawa miękka, cena: 68 zł

Ostre stany w kardiologii, będące bezpośrednim zagrożeniem życia, wymagają podjęcia szybkich, często błyskawicznych decyzji celem wybrania skutecznej strategii postępowania. Dotyczą one wyboru zarówno najkrótszej, jak i najbardziej skutecznej drogi diagnostycznej oraz terapii. Dzięki wspaniałym osiągnięciom kardiochirurgów i współpracujących z nimi anestezjologów powstawały oddziały intensywnej terapii ratujące życie w sytuacjach, które jeszcze niedawno zostałyby uznane za beznadziejne. Kolejną wielką zmianą było powszechne zastosowanie przezskórnych technik inwazyjnych. Upowszechnienie się tych umiejętności i rozwój technologii umożliwiły tworzenie oddziałów intensywnej terapii kardiologicznej nie tylko w ośrodkach dysponujących kardiochirurgią.

Publikacja pod redakcją Andrzeja Rynkiewicza poświęcona jest ostrym stanom kardiologicznym i opiera się głównie na doświadczeniu zdobytym przez zespół I Katedry i Kliniki Kardiologii Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego oraz współpracujących z nią Klinik ACK GUM.

Znaczną jej część stanowią informacje praktyczne zdobyte podczas kilkuletniego działania oddziału intensywnej terapii kardiologicznej w jednym szpitalu akademickim. Niezwykle cennym wkładem w książkę jest również doświadczenie wynikające z dyskusji i konsultacji z kardiochirurgami, chirurgami naczyniowymi, anestezjologami, nefrologami oraz neurologami.



**BIULETYN INFORMACYJNY OPOLSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ**

WYDAWCA: Opolska Izba Lekarska, 45-054 Opole, ul. Grunwaldzka 23, tel. 0 77 454 59 39, [www.izbalekarska.opole.pl](http://www.izbalekarska.opole.pl)

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

ŁAMANIE i DRUK: Wydawnictwo i Drukarnia Świętego Krzyża w Opolu, ul. Katedralna 6; NAKŁAD: 2.500 egz. ISSN 1426-661X