



OPOLSKA  
IZBA  
LEKARSKA

Rok Założenia 1990

Kwiecień 2012

ISSN 1426-661X

# BIULETYN INFORMACYJNY

Nr 188

## OPOLSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

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





**Zdrowych,  
radosnych  
i słonecznych  
Świąt  
Wielkanocnych**

**życzy  
redakcja**



W chwili, gdy będziecie czytać te słowa, w Waszych domach panować już zapewne będzie świąteczna atmosfera. Niestety zawartość tego Biuletynu nie dostarczy Państwu zbyt wielu radości, ale niestety rzeczywistość – zwłaszcza w ochronie zdrowia – skrzeczy, jak nigdy dotąd. Do chwili obecnej (a piszę te słowa w pierwszy dzień wiosny) nie doczekaliśmy się jasnych i jednoznacznych reakcji rządu i NFZ na nasze zarzuty związane z bałaganem prawnym wokół rozporządzenia o refundacji recept i wynikających z nich kar dla lekarzy.

W marcowym numerze „Gazety Lekarskiej” mieliście okazję zapoznać się z dyskusją, jaka toczyła się na Krajowym Zjeździe Lekarzy oraz wszystkimi dokumentami zjazdowymi. Wiecie więc, w jakiej atmosferze toczyły się obrady zjazdowe. W bieżącym numerze Biuletynu niestety nie zabraknie informacji związanych z konfliktem na osi rząd i NFZ a środowisko lekarskie.

Poza tym zamieszczam wszystkie podstawowe materiały przygotowane na XXX Okręgowy Zjazd Lekarzy, które otrzymali wszyscy delegaci. Niestety ze względu na napięte terminy kolportażu, nie miałem szans na przedstawienie Wam sprawozdania z obrad samego Zjazdu, ale już za miesiąc znajdziecie je w całości (wraz ze wszystkimi dokumentami zjazdowymi) w Biuletynie.

Poza tym, w tym numerze pomieściłem plan szkoleń organizowanych przez Komisję Kształcenia, relację i krótki fotoreportaż z pierwszego opolskiego koncertu lekarzy. Bardzo polecam ten materiał!!

W części prawnej jest tekst o zadośćuczynieniu w prawie medycznym, o zasadach obdukcji pacjenta i o sprawie kar za brak sprawozdania o gospodarowaniu odpadami.

W dalszej części Biuletynu znajdziecie materiały o chorobie Alzheimera, o chorobach nowotworowych i umieralności mężczyzn oraz o tajemnicach wi-na i związku alkoholu z... truskawkami. Numer – jak zawsze – kończą ogłoszenia i nowości wydawnicze.

Ponieważ zbliżają się Święta Wielkiej Nocy, pozwolę sobie w imieniu członków wszystkich organów Opolskiej Izby Lekarskiej oraz własnym złożyć Wam wszystkim najserdeczniejsze życzenia zdrowych, pogodnych Świąt, a w Łany Poniedziałek drobnego dyngusa.

*Jerzy B. LACH*

*PS. W imieniu pracowników Biura OIL informuję, że w dniu 2 maja 2012 r. (środa) Biuro Opolskiej Izby Lekarskiej będzie nieczynne.*

## SZPALTA PREZESA

### Koleżanki i Koledzy!

Zmiana ustawy refundacyjnej, która miała miejsce w połowie stycznia br. (wykreślenie z ustawy zapisów o karach) zobowiązała Ministra Zdrowia do wydania nowego rozporządzenia w sprawie recept lekarskich. Ukazało się ono z początkiem marca. Niestety nadal obliguje ono wystawiającego receptę do oznaczania uprawnień pacjenta (czy jest ubezpieczony i jakie ma uprawnienia dodatkowe), ale upraszcza sprawę, związaną z odnotowywaniem stopnia refundacji leku. Nową „instrukcję” receptową znajdziecie poniżej. Przypominam, że instrukcja ta uwzględnia zalecenie Naczelnej Rady Lekarskiej z 13 stycznia br., aby w ordynowaniu leków kierować się najnowszymi wskazaniami wiedzy medycznej, a nie charakterystyką produktu leczniczego, co – z uporem godnym lepszej sprawy – forsuje Ministerstwo.

Niestety, pomimo wykreślenia zapisów o karach z ustawy refundacyjnej, Prezes NFZ nie rezygnuje z tych zapisów w proponowanym przez NFZ wzorze nowej umowy na wystawianie refundowanych recept. Tekst tej

umowy jest oczywistą prowokacją w stosunku do środowiska lekarzy i lekarzy dentyków. Stąd apel, który najprawdopodobniej uzyska również status dokumentu najbliższego XXX Okręgowego Zjazdu Lekarzy – **nie podpisujcie żadnych nowych umów, wszystkie dotychczasowe obowiązują do 30 czerwca 2012 r.**

W ubiegłym tygodniu odbyło się spotkanie Konwentu prezesów okręgowych rad lekarskich z Wicemarszałkiem Senatu z ramienia PIS – lekarzem. Wyartykułowane zostały wszystkie zastrzeżenia Samorządu Lekarskiego pod adresem sposobu stanowienia prawa, odnoszącego się do ochrony zdrowia. Uzyskaliśmy pełne wsparcie ze strony Pana Marszałka. Po raz kolejny okazało się, że ugrupowanie opozycyjne widzi błędy i nielogiczności (żeby nie powiedzieć niedorzeczności) w systemie. Tylko dla-czego uzyskanie przez to ugrupowanie władzy sprawia, że ono nagle ślepnie i zaczyna poruszać się jak we mgle, co rusz potykając się????!!

*Jerzy JAKUBISZYN*



## Uwagi wynikające z najnowszego rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 marca 2012 r. w sprawie recept lekarskich

W powyższym rozporządzeniu uproszczona została sprawa oznaczania stopnia refundacji. Biorąc pod uwagę zapisy tego rozporządzenia oraz rekomendację Naczelnej Rady Lekarskiej z 13 stycznia br., należy:

1. W przypadku leków, posiadających tylko jeden poziom refundacji (zdecydowana większość leków) nie wpisywać żadnego symbolu.
2. W przypadku leków, posiadających dwa poziomy refundacji (kilkadziesiąt preparatów stosowanych w konkretnych schorzeniach, wymienionych w obwieszczeniu Ministra Zdrowia):
  - a) jeżeli ten lek wypisywany jest pacjentowi na tę chorobę, wpisywać literę „P”,
  - b) jeżeli ten lek stosowany jest w innym przypadku, niż ta konkretna choroba, nie wpisywać żadnego symbolu.
3. W przypadku leków: carbamazepina, kwas walproinowy i morfina, posiadających trzy poziomy refundacji (w zależności od schorzenia: B, R, 100%):
  - a) jeżeli ten lek wypisywany jest pacjentowi z konkretną jednostką chorobową, a refundacja dla tej choroby jest największa (lek najtańszy dla pacjenta), wpisywać literę „P”,
  - b) jeżeli ten lek wypisywany jest pacjentowi z konkretną jednostką chorobową, a refundacja dla tej jednostki jest mniejsza (lek droższy dla pacjenta), wpisywać symbol „R”.

- c) jeżeli ten lek stosowany jest w innym przypadku, niż konkretne jednostki chorobowe, wymienione w obwieszczeniu, nie wpisywać żadnego symbolu.

Jak więc widać wrócono do rozwiązania, które obowiązywało w ubiegłym roku, czyli do litery „P”, tyle tylko że wpisywanej nie w kratce w górnej części recepty, a na wysokości wypisywanego leku. Ponadto, o ile zeszłoroczne rozwiązanie zabraniało wypisywania na jednej receptce leków „P” i innych leków, to teraz można te leki umieszczać na jednej receptce. Pozostaje natomiast ogólne ograniczenie do 5 leków wypisanych na jednej receptce.

Rozporządzenie pozwala też przekazać podmiotowi, któremu zlecamy drukowanie recept, uprawnienie do pobierania w naszym imieniu zakresów numerów recept. Aktualne druki recept obowiązywać będą do końca 2012 r. Od nowego roku obowiązywać będą już nowe druki i trzeba będzie pamiętać, że od 1 stycznia 2013 r. pewne elementy pieczętek, umieszczanych na receptce, będą musiały mieć formę kodu kreskowego – nr REGON w pieczęcie nagłówkowej i nr prawa wykonywania zawodu w pieczęcie imiennej. O ile w przypadku recept „białych” będzie to problem po stronie firmy drukującej recepty, o tyle w przypadku recept „różowych”, które nadal będą wydawane przez oddziały NFZ, to lekarz będzie musiał zapewnić takie oznaczenie kodowe (być może przez odpowiednie naklejki).

Jeżeli już mowa o drukowaniu recept, to ważna informacja dla tych z Was, którzy sami drukują recepty poprzez własny system komputerowy. Otóż od stycznia 2012 r. NFZ przydzielił nowe zakresy numerów recept, które są o dwa numery dłuższe (wymóg wynikający z rozporządzenia). Systemy komputerowe, dzięki którym sami drukowaliście recepty, były przystosowane do tych krótszych numerów i drukowanie w tym momencie recept z nowymi numerami skończy się **kwestionowaniem prawidłowości recepty w aptece!!!!**.

I rzecz ostatnia – od stycznia 2012 r. **nie można** wypisywać recept na kuponach RUM, nawet tych książeczek, które mają poprawioną numerację.

### PODZIĘKOWANIA

Korzystając z gościnnych łamów naszego Biuletynu, pragnę podziękować z całego serca za wspieranie mnie w trudnych chwilach walki, za życzliwość, ciepło i troskę.

Dostrzegłam każdy gest i usłyszałam każde dobre słowo. Dziękuję Wam – prawdziwym Ludziom i Lekarzom - dr RAFAŁOWI PĘDICHOWI z Rodziną i Współpracownikami, dr ANNIE SZCZOMBROWSKIEJ, dr JOLANCIĘ JARCE. Niech Dobro zawsze do Was wraca... spotęgowane.

Joanna JANECKA

Jerzy JAKUBISZYN

# XXX Okręgowy Zjazd Lekarzy Opolskiej Izby Lekarskiej

Poniżej przedstawiam Państwu komplet materiałów na 30 już Okręgowy Zjazd Lekarzy Opolszczyzny. Są to wyłącznie sprawozdania poszczególnych organów Izby Okręgowej, bo sprawozdanie z przebiegu obrad zjazdowych znajdziecie dopiero w numerze majowym. Ma to niestety związek z terminarzem kolportażu „Gazety Lekarskiej” i biuletynów izbowych, który jest czasowo nieubłagany. Tak więc na szczegóły tego zjazdu będziecie musieli poczekać jeszcze miesiąc.

Jerzy B. LACH

\* \* \*

## **SPRAWOZDANIE Z DZIAŁALNOŚCI OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ W OPOLU W OKRESIE OD 20 MARCA 2011 r. DO 7 LUTEGO 2012 r.**

Okręgowa Rada Lekarska VI kadencji, w okresie sprawozdawczym pracowała w następującym składzie:

1. Prezes – Jerzy Jakubiszyn – lekarz
2. Zastępcy Prezesa:
  - Barbara Hamryszak – lekarz dentysta
  - Stanisław Kowarzyk – lekarz
3. Sekretarz – Jerzy Lach – lekarz
4. Zastępca sekretarza – Jolanta Smerkowska-Mokrzycka – lekarz dentysta
5. Skarbnik – Zbigniew Kowalik – lekarz
6. Członkowie Prezydium:
  - Marek Dryja – lekarz
  - Małgorzata Łuszczyńska-Ostrowska – lekarz
  - Rafał Olejnik – lekarz
7. Członkowie Rady:
  - Adam Bąk – lekarz
  - Tadeusz Chowaniec – lekarz
  - Stanisław Chruszczyk – lekarz dentysta
  - Jarosław Karoń – lekarz
  - Wiesław Latała – lekarz dentysta
  - Jacek Mazur – lekarz
  - Paweł Mielczarek – lekarz
  - Mirosław Misiak – lekarz
  - Wojciech Redelbach – lekarz
  - Barbara Suzanowicz – lekarz
  - Andrzej Wester – lekarz
  - Aleksander Wojtyłko – lekarz

W okresie sprawozdawczym Okręgowa Rada Lekarska odbyła 10 posiedzeń, a jej Prezydium spotkało się dodatkowo 14 razy.

Na bieżącą działalność administracyjną, związaną z wydawaniem prawa wykonywania zawodu i prowadzeniem rejestru Opolskiej Izby Lekarskiej, prowadzeniem rejestrów praktyk lekarskich oraz prowadzeniem rejestru podmiotów, uprawnionych do realizacji kształ-

cenia podyplomowego lekarzy i lekarzy dentystów, złożyły się:

- wydanie ograniczonego prawa wykonywania zawodu lekarza (dla odbycia stażu podyplomowego) – 21,
- wydanie ograniczonego prawa wykonywania zawodu lekarza dentysty (dla odbycia stażu podyplomowego) – 6,
- wydanie prawa wykonywania zawodu lekarza (po odbyciu stażu podyplomowego) – 24,
- wydanie prawa wykonywania zawodu lekarza dentysty (po odbyciu stażu podyplomowego) – 10,
- wpisanie na listę członków OIL lekarzy, przenoszących się z innych izb – 25,
- wpisanie na listę członków OIL lekarzy dentystów, przenoszących się z innych izb – 6,
- skreślenie z listy członków OIL lekarzy, przenoszących się do innych izb – 13,
- skreślenie z listy członków OIL lekarzy dentystów, przenoszących się do innych izb – 2,
- skreślenie z listy członków OIL lekarzy z powodu zgonu – 15,
- skreślenie z listy członków OIL lekarzy dentystów z powodu zgonu – 5,
- skreślenie z listy członków OIL lekarzy znajdujących się w ewidencji z powodu zgonu – 74,
- skreślenie z listy członków OIL lekarzy dentystów znajdujących się w ewidencji z powodu zgonu – 23,
- zmiana wpisu w prawie wykonywania zawodu lekarza w związku z uzyskaniem przez cudzoziemca obywatelstwa polskiego – 1,
- zrzeczenie się prawa wykonywania zawodu lekarza – 1,
- wydanie zaświadczenia potwierdzającego okres wykonywania zawodu przez lekarza dentystę – 1,
- wydanie zaświadczenia potwierdzającego równoważność tytułu lekarza stomatologa z tytułem lekarza dentysty – 2,
- wydanie zaświadczenia o postawie etycznej lekarza – 22,
- wydanie zaświadczenia o postawie etycznej lekarza dentysty – 1,
- zaprzestanie wykonywania zawodu lekarza – 3,
- zaprzestanie wykonywania zawodu lekarza dentysty – 6,
- ograniczenie zakresu czynności w wykonywaniu zawodu lekarza -1,
- zakończenie kary ograniczenia czynności w wykonywaniu zawodu lekarza – 1,

- rejestracja indywidualnej praktyki lekarskiej – 3,
- rejestracja indywidualnej praktyki dentystycznej – 21,
- rejestracja indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej – 53,
- rejestracja indywidualnej specjalistycznej praktyki dentystycznej – 3,
- rejestracja indywidualnej praktyki lekarskiej w przedmiocie podmiotu leczniczego – 13,
- rejestracja indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej w przedmiocie podmiotu leczniczego – 19,
- rejestracja indywidualnej praktyki lekarskiej na wezwanie – 9,
- rejestracja indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej na wezwanie – 19,
- rejestracja indywidualnej praktyki stomatologicznej na wezwanie – 2,
- odmowa rejestracji indywidualnej praktyki lekarskiej (członkowie innych Izby Lekarskich) – 2,
- wyrejestrowanie praktyki – 126,
- wpisanie nowych podmiotów prowadzących szkolenia dla lekarzy i lekarzy dentystów – 1,
- uzupełnienia wpisów do rejestru o nowe zdarzenia edukacyjne (dotyczy podmiotów wpisanych do rejestru) – 9,
- potwierdzenie spełnienia warunków do prowadzenia kształcenia (dotyczy podmiotów, wpisanych do rejestrów innych izb, zgłaszających szkolenie na terenie Opolskiej Izby Lekarskiej) – 5,
- informacja o prowadzeniu szkoleń na terenie OIL przez podmioty zarejestrowane w innych izbach, a mające potwierdzenie spełnienia warunków do prowadzenia kształcenia przez NIL – 10,
- skreślenie podmiotu z rejestracji – 1 (Opolski Urząd Wojewódzki OCZP).

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

- 23 zapomogi dla osób dorosłych i 2 dzieci lekarzy na ogólną kwotę 83.352 zł,
- 8 pożyczek w związku ze specjalizacją na ogólną kwotę 39.600 zł,
- 5 odpraw pośmiertnych na ogólną kwotę 17.046 zł),

Ponadto Rada przyznała 6 nagród za uzyskanie tytułu doktora nauk medycznych na łączną kwotę 16.306 zł, 39 nagród za uzyskanie specjalizacji na kwotę 26.902 zł oraz dofinansowała udział 9 członków naszej Izby w różnego rodzaju zawodach sportowych na łączną kwotę 3.150 zł.

Okręgowa Rada Lekarska wyznaczyła swoich przedstawicieli do:

- 2 komisji, powołanych dla wyboru kierowników jednostek ochrony zdrowia,
- 2 komisji, powołanych dla wyboru zastępcy dyrektora ds. lecznictwa,

- 9 komisji konkursowych, powołanych dla wyboru ordynatora,
- 13 komisji powołanych dla wyboru pielęgniarek oddziałowych,
- kilkunastu komisji powołanych dla rozstrzygnięcia konkursu ofert na świadczenia medyczne.

Okręgowa Rada Lekarska podjęła uchwały dotyczące składek członkowskich:

- zwolnienie z obowiązku płacenia składki członkowskiej – 10,
- obniżenie wysokości składki członkowskiej do 10 zł – 24.

Okręgowa Rada Lekarska ponadto:

1. podjęła szereg uchwał, w tym:

- w sprawie wyrażenia zgody na sprzedaż akcji TU Inter-Polska,
- w sprawie nowelizacji wysokości stawek za reklamy i ogłoszenia w BI i na stronie internetowej Izby,
- w sprawie upoważnienia prezesa do wystąpienia o dotację na szkolenia organizowane przez Izbę
- w sprawie powołania zespołu do spraw monitorowania sytuacji pracowniczej w ZOZ-ach,
- w sprawie powołania przewodniczących komisji problemowych Opolskiej Izby Lekarskiej VI kadencji,
- w sprawie powołania komisji orzekających w przedmiocie niezdolności lekarzy do wykonywania zawodu,
- w sprawie dofinansowania konferencji naukowej organizowanej przez Samorząd Województwa Opolskiego,
- w sprawie zgłoszenia kandydatur do Wojewódzkiej Komisji d/s Orzekania O Zdarzeniach Medycznych,
- w sprawie zgłoszenia kandydatur do zespołów ekspertów dla programów realizowanych przez OO PFRON
- w sprawie pokrycia kosztów opłaty sądowej w postępowaniach cywilnych lekarzy – członków Izby,
- w sprawie upoważnienia do zawarcia umowy z MZ na przekazanie środków za czynności przejęte przez samorząd lekarski od administracji państwowej,
- w sprawie udzielenia pożyczki Kujawsko-Pomorskiej OIL w Toruniu
- w sprawie dofinansowanie wydania książki „Ludzie w bieli”

2. przyjęła stanowisko w sprawie akcji protestacyjnej samorządu zawodowego lekarzy weterynarii

3. przyjęła apel do lekarzy i lekarzy dentystów – członków Izby o powstrzymywanie się z podpisywaniem nowych umów na wystawianie refundowanych recept do czasu wprowadzenia do ustawy odpowiednich zmian.

4. opiniowała jednego kandydata na stanowisko konsultanta wojewódzkiego, proponowanego przez Wojewodę Opolskiego,

5. przyznała kolejne 2 honorowe wyróżnienia Opolskiej Izby Lekarskiej – „Prymariusza Opolskiego”. Przedstawiciele Okręgowej Rady Lekarskiej brali udział w:

- posiedzeniach Rady Opolskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ,
- posiedzeniach Wojewódzkiej Komisji Dialogu Społecznego,
- posiedzeniach Rad Społecznych kilku szpitali.

Prezes Okręgowej Rady Lekarskiej prowadził korespondencję m.in. z Wojewodą Opolskim, Dyrektorem Oddziału Opolskiego NFZ, Posłami i Senatorami Ziemi Opolskiej w sprawach dotyczących samorządu lekarskiego i wykonywania zawodu lekarza.

*Prezes ORL*  
*Dr n. med. Jerzy JAKUBISZYN*  
*Sekretarz ORL*  
*Lek. Jerzy LACH*

\* \* \*

#### **SPRAWOZDANIE Z DZIAŁALNOŚCI OKRĘGOWEGO RZECZNIKA ODPOWIEDZIALNOŚCI ZAWODOWEJ OPOLSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ W 2011 r.**

W 2011 r. rozpatrywano 98 spraw (73 wpłynęło, 25 pozostało z poprzedniego okresu sprawozdawczego). Ukończono 77 (79%) spraw, a 21 (21%) pozostało na 2012 r.

Spośród 77 (100%) zakończonych spraw w 30 (39%) OROZ odmówił wszczęcia postępowania, natomiast 13 (17%) umorzono – łącznie 43 (56%) sprawy. Do Okręgowego Sądu Lekarskiego skierowano wnioski o ukaranie 12 lekarzy/lekarzy dentystów w 11 (14%) sprawach. Natomiast w inny sposób (przekazanie do Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej lub innych instytucji) załatwiono 23 (30%) sprawy.

Spośród 43 (100%) spraw, w których odmówiono wszczęcia lub je umorzono, odwołania złożono w 18 (42%) sprawach. OSL nie uwzględnił żadnego odwołania.

Na przyczyny 73 skarg złożonych w 2011 r.łożyły się:

- uszkodzenie ciała lub powikłania chorobowe w 29 sprawach (40% skarg),
  - nieetyczne zachowanie lekarzy w 27 sprawach (37% skarg),
  - śmierć pacjenta w 11 sprawach (15% skarg),
- i dotyczyły następujących grup specjalności:
- chirurgii dorosłych – 23 sprawy (32% skarg),
  - chorób wewnętrznych – 23 spraw (32% skarg),
  - psychiatrii – 6 spraw (4% skarg).

W 2011 r. wpłynęło o 14% więcej skarg w porównaniu do 2010 r., ale jednocześnie o 16% zmniejszyła się liczba spraw niezakończonych w roku sprawozdawczym. Istotnie więcej postępowań (o 53%), w porównaniu z 2010 r., dotyczyło grupy specjalności internistycznych.

W 2011 r. co 7. sprawa została skierowana do OSL (w 2010 r. – co 9.). Z wnioskiem o ukaranie wystąpiono wobec 12 lekarzy/lekarzy dentystów (w 2010 r. – 11).

*Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej*  
*Dr n. med. Zbigniew KUZYSZYN*

\* \* \*

#### **SPRAWOZDANIE Z DZIAŁALNOŚCI OKRĘGOWEGO SĄDU LEKARSKIEGO OPOLSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ W 2011 r.**

W 2011 r. do Okręgowego Sądu Lekarskiego wpłynęło 27 spraw w tym:

- 12 spraw z wnioskami o ukaranie 13 lekarzy (2 sprawy zostały przekazane z Naczelnego Sądu Lekarskiego, z których jedna dotyczyła lekarza – członka Dolnośląskiej Izby Lekarskiej, druga sprawa lekarza – członka Śląskiej Izby Lekarskiej,
- 15 spraw dotyczyło zażalenia osób pokrzywdzonych na postanowienie Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej o odmowie wszczęcia postępowania wyjaśniającego (12 spraw) i o umorzeniu postępowania (3 sprawy).

Z poprzedniego okresu, tj. z 2010 r. pozostało do rozpatrzenia 8 spraw w tym:

- 6 spraw z wnioskami o ukaranie 6 lekarzy,
- 2 sprawy dotyczyły zażalenia osób pokrzywdzonych na postanowienie Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej o odmowie wszczęcia postępowania wyjaśniającego.

W 2011 r. odbyły się 34 wokandy sądu (łącznie wokandy spraw pozostałych z 2010 r. i spraw, które wpłynęły w 2011 r.) w tym 9 rozpraw głównych i 25 posiedzeń niejawnych.

W 9 sprawach wydano orzeczenia kończące postępowanie w stosunku do 9 lekarzy:

- uniewinniono – 2 lekarzy,
- ukarano karą upomnienia – 4 lekarzy,
- ukarano karą nagany – 2 lekarzy,
- jednego lekarza ukarano karą ograniczenia czynności w zakresie prowadzenia badań lekarskich pracowników, zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami oraz orzeczeń wydawanych dla celów przewidzianych w Kodeksie pracy na okres 6 miesięcy.

W stosunku do 7 lekarzy orzeczenia sądu są prawomocne.

Najwięcej wniosków o ukaranie lekarzy skierowanych przez Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej do Okręgowego Sądu Lekarskiego dotyczyło lekarzy nie posiadających specjalizacji i lekarzy specjalności zabiegowych.

Okręgowy Sąd Lekarski, rozpatrywał również na 16 posiedzeniach niejawnych, zażalenia osób pokrzyw-



dzonych na postanowienia Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej o odmowie wszczęcia postępowania (14 spraw) i o umorzeniu postępowania (2 sprawy). We wszystkich sprawach Okręgowy Sąd Lekarski utrzymał w mocy postanowienia Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej.

*Przewodniczący Okręgowego Sądu Lekarskiego  
Lek. dent. Rafał PĘDICH*

\* \* \*

#### **SPRAWOZDANIE Z DZIAŁALNOŚCI KOMISJI STOMATOLOGICZNEJ W OKRESIE MARZEC 2011 r. – LUTY 2012 r.**

Komisja Stomatologiczna Naszej Izby w okresie od marca 2011 r. do lutego 2012 r. spotkała się 8 razy.

W tym czasie zarejestrowano 21 indywidualnych praktyk dentystycznych, 3 indywidualne specjalistyczne praktyki dentystyczne, 2 indywidualne praktyki dentystyczne na wezwanie. Do 1 lipca 2011 r. praktyki te rejestrowano przy czynnym udziale członków Komisji Stomatologicznej, a po wejściu w życie Ustawy o działalności leczniczej już bez naszych wizytacji.

Na spotkanie czerwcowe zaprosiliśmy Dyrektora ds. Medycznych naszego oddziału NFZ, z którym omawialiśmy problemy związane z zakontraktowanymi świadczeniami stomatologicznymi.

Nadal współpracujemy z Opolskim Oddziałem Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego i Wojewódzką Przychodnią Stomatologiczną przy organizacji szkoleń dla stomatologów, co umożliwia gromadzenie punktów edukacyjnych. Wspólnie z Komisją Kształcenia organizujemy kursy z zakresu ratownictwa medycznego.

Członkowie Komisji angażują się w prace dotyczące opiniowania projektów nowych ustaw, m. in. dot. kształcenia podyplomowego lekarzy dentystów, nowych obowiązków wyposażenia gabinetów stomatologicznych. Wyrażaliśmy także sprzeciw związany z niekorzystnym kontraktowaniem świadczeń stomatologicznych przez NFZ, a ostatnio wyraziliśmy sprzeciw dotyczący wprowadzenia ustawy refundacyjnej.

*Przewodnicząca Komisji  
Lek. dent. Barbara HAMRYSZAK*

\* \* \*

#### **SPRAWOZDANIE Z DZIAŁALNOŚCI KOMISJI KSZTAŁCENIA MEDYCZNEGO OPOLSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ ZA OKRES LUTY 2011 r. – LUTY 2012 r.**

Komisja Kształcenia Medycznego OIL działa w składzie: Waldemar Ilczyszyn, Jerzy Jakubiszyn, Stanisław Kowarzyk, Elżbieta Krzymowska, Małgorzata Lechniak, Małgorzata Łuszczzyńska-Ostrowska, Ewa Noceń-Firlej, Ewa Pawliszyn, Rafał Pędach, Arkadiusz Rams,

Marta Rodziewicz-Kabarowska, Jolanta Smerkowska-Mokrzycka, Piotr Sysło, Ewa Trejnowska, Aleksander Wojtyłko.

W okresie sprawozdawczym komisja odbyła trzy posiedzenia oraz zorganizowała 18 szkoleń, w których uczestniczyło około 400 lekarzy i lekarzy dentystów. Na wszystkie szkolenia uzyskano dotacje z Ośrodka Doskonalenia zawodowego NRL.

Komisja opiniuje również szkolenia prowadzone przez różne firmy. Zgłoszeń jest bardzo dużo i najczęściej dotyczą aktualnych tematów, tj. kompetencji miękkich. W ostatnim miesiącu wpłynęły propozycje tematów dotyczących omówienia obowiązujących aktualnych aktów prawnych.

Na XXIX Zjeździe OIL w Opolu rozdano Delegatom 94 ankiety z prośbą o wypełnienie i wskazanie propozycji szkoleń oraz tematów. Do komisji zwrócona 32 (!!) ankiety, w tym 8 bez wskazań propozycji, gdzie reszta?? Może zbyt duże są oczekiwania komisji względem Delegatów?

Część tematów już została zaprezentowana. Wszystkie propozycje zostały przedstawione Konsultantom Wojewódzkim, którzy oczekują kompletu Słuchaczy, czego nikt nie może im zapewnić.

Największą popularnością cieszyły się szkolenia i warsztaty z Ratownictwa Medycznego prowadzone przez dr Jarosława Kostylę z grupą ratowników medycznych.

Komisja rozważa możliwość prowadzenia szkoleń na terenie ZOZ-ów przy współpracy z Dyrektorami placówek.

Obecnie KKM współpracuje z Ośrodkiem Doskonalenia Zawodowego NRL w sprawie Programu Unijnego zaproponowanego przez Ministerstwo Zdrowia, dotyczącego szkolenia młodych lekarzy (nie określono jeszcze granicy wieku), którzy rozpoczynają pracę – na pewno będzie on obejmował lekarzy-stażystów i rozpoczynających specjalizację. Szkolenia mają dotyczyć dwóch głównych tematów:

- prawa medycznego i organizacji ochrony zdrowia,
- kompetencji miękkich.

W przypadku rozpoczęcia projektu będziemy kontaktować się z Młodymi Lekarzami.

*Przewodnicząca Komisji  
Lek. Małgorzata ŁUSZCZYŃSKA-OSTROWSKA*

\* \* \*

#### **SPRAWOZDANIE Z DZIAŁALNOŚCI KOMISJI ETYKI LEKARSKIEJ PRZY ORL W OPOLU W OKRESIE POMIĘDZY XXIX I XXX OKRĘGOWYM ZJAZDEM LEKARZY, TJ. 19 MARCA 2011 r. – 24 MARCA 2012 r.**

Komisja Etyki Lekarskiej w okresie sprawozdawczym działała w 11- osobowym składzie:



1. Przewodnicząca: Marta Rodziewicz – Kabarowska
2. Zastępca przewodniczącej : Marek Dryja
3. Sekretarz: Małgorzata Falenta – Hitnarowicz
4. Członkowie komisji:
  - Wojciech Hulok,
  - Ewa Junosza-Szaniawski,
  - Antoni Junosza-Szaniawski,
  - Małgorzata Łuszczyńska-Ostrowska,
  - Jacek Mazur,
  - Teresa Sicińska-Werner,
  - Ewa Trejnowska,
  - Jacek Wąsik.

W minionym okresie odbyło się 9 spotkań członków komisji, przy czym 2 pierwsze miały charakter nieformalny z powodu braku quorum, 1 – zebranie o charakterze wyborczym, 5 – zebrania robocze, 1 – spotkanie z zaproszonym gościem (zebranie otwarte).

W związku z treścią § 6 ust. 3 regulaminu ORL, uchwalonego na XXIX Okręgowym Zjeździe Lekarzy, zaistniała konieczność ponownego wyboru kandydata na Przewodniczącą komisji, celem przedstawienia jego kandydatury ORL do akceptacji. Po głosowaniu tajnym, na zebraniu w dniu 17 czerwca 2011 r., zaproponowano kandydaturę Marty Rodziewicz-Kabarowskiej, którą ORL zaakceptowała.

W maju 2011 r. członkowie KEL zdecydowali o zmianie terminów zebrań, co znacznie poprawiło frekwencję na spotkaniach i podniosło sprawność jej działania. Obecnie KEL spotyka się co 6–8 tygodni, w piątki o godz. 17<sup>30</sup>.

Na posiedzeniach omawiane są przede wszystkim działania mediacyjne w związku z konfliktami w środowisku lekarskim naszego województwa. Na 2 zebraniach przeprowadziliśmy rozmowy z lekarzami będącymi stronami konfliktu.

KEL zaakceptowała przedstawienie ORL ankiety dot. metody „*In vitro*”, opracowanej przez dr A. Junoszę-Szaniawskiego, skierowanej do lekarzy woj. opolskiego.

W ramach samodoskonalenia członków KEL, został przetłumaczony przez dr T. Sicińską-Werner materiał pochodzący z konferencji naukowej, która odbyła się w USA w lipcu ub. r., poświęconej roli komisji etycznych w analizowaniu błędów medycznych.

W listopadzie 2011 r. odbyło się otwarte posiedzenie KEL, którego tematem była „Odpowiedzialność moralna”. W spotkaniu uczestniczył zaproszony gość, psycholog, prof. Wiesław Łukaszewski.

Ponadto, Przewodnicząca komisji, uczestniczyła w spotkaniu KEL przy NRL, poświęconym głównie konieczności zmodyfikowania niektórych zapisów w Kodeksie Etyki Lekarskiej.

Na ostatnim posiedzeniu 2 członków KEL zostało delegowanych do udziału w V Sympozjum „Dylematy etyczne w praktyce lekarskiej – Czy lekarz może postą-

pić wbrew woli pacjenta?”, organizowanym przez Medycynę Praktyczną, Towarzystwo Internistów Polskich i Naczelną Izbę Lekarską.

Mając na uwadze złożoność relacji międzyludzkich, które nie omijają środowiska lekarskiego naszego województwa, przed KEL niewątpliwie będą stały kolejne, poważne zadania do rozwiązania.

*Przewodnicząca Komisji  
Lek. dent. Marta RODZIEWICZ-KABAROWSKA*

\* \* \*

#### **SPRAWOZDANIE Z DZIAŁALNOŚCI RZECZNIKA PRAW LEKARZA W OKRESIE 1 MARCA 2011 r. DO 20 LUTEGO 2012 r.**

W okresie od 1 marca 2011 r. do 20 lutego 2012 r. Rzecznik Praw Lekarzy udzielił kilkakrotnie porad dotyczących praw lekarzy oraz możliwego postępowania prawnego, mającego na celu ochronę dobrego imienia lekarzy oraz wykonywanego zawodu.

W okresie sprawozdawczym podjęto kroki prawne w przypadku dotyczącym jednego lekarza wraz z wniesieniem opłaty sądowej przez Opolską Izbę Lekarską w sprawie cywilnej przeciwko pacjentowi, który znieважаł lekarza w trakcie udzielania mu pomocy medycznej.

*Rzecznik Praw Lekarzy  
Lek. Jacek MAZUR*

\* \* \*

#### **INFORMACJA Z DZIAŁALNOŚCI KOMISJI BIOETYCZNEJ OIL ZA OKRES OD 1 LUTEGO 2011 r. DO 31 STYCZNIA 2012 r.**

Komisja Bioetyczna OIL w Opolu działa w następującym składzie:

1. Przewodniczący: dr n. med. Jacek Miarka – lek. internista / kardiolog,
2. Członkowie: Junosza-Szaniawski Antoni – lek. psychiatra,
  - Kraszewska Jolanta – lek. pediatra,
  - Chowaniec Tadeusz – dr med. ginekolog,
  - Marcol Alojzy – teolog,
  - Pichurski Ryszard – lek. chirurg,
  - Półkoszek Mieczysław – lek. pulmonolog,
  - Pytka Jerzy – lek. pediatra,
  - Kossowska Agnieszka – psycholog,
  - Krauze Anna – prawnik,
  - Szczegielniak Barbara – farmaceutka.

W okresie, jak wyżej Komisja Bioetyczna odbyła 2 posiedzenia, na których rozpatrzyła łącznie 3 prace badawczo-naukowe. Wydano 3 pozytywne opinie.

*Przewodniczący Komisji  
Dr n. med. Jacek MIARKA*

\* \* \*

## **SPRAWOZDANIE Z DZIAŁALNOŚCI KOMISJI MŁODEGO LEKARZA PRZY OIL W OPOLU**

Przewodniczącym KML do dnia 31 listopada 2010 r. był Krzysztof Nowakowski. Z uwagi na odejście dotychczasowego przewodniczącego z OIL w Opolu, podstawowym zadaniem spotkania, które odbyło się 1 grudnia 2010 r., było wybranie spośród członków KML nowego Przewodniczącego. Została zgłoszona 1 kandydatura: Magdaleny Lamm. Kandydatura ta, została jednogłośnie zaakceptowana. Nowa Przewodnicząca została zapoznana z obowiązkami wynikającymi z objęcia tej funkcji.

Pozostała część spotkania poświęcona została na przedyskutowanie pomysłów dalszej pracy KML na przyszły rok oraz bieżącymi problemami, dotyczącymi głównie rozpoczęciem specjalizacji w ramach rezydentury.

W posiedzeniu, które odbyło się 26 stycznia 2011 r. wzięło udział 8 członków. Obecny był również Przewodniczący OIL w Opolu dr Jerzy Jakubiszyn. Spotkanie rozpoczęło złożeniem życzeń noworocznych. Następnie dr Jakubiszyn powitał nową przewodniczącą KML – Magdalenę Lamm, wyraził chęć współpracy oraz zaprosił do aktywnego uczestnictwa w posiedzeniach OIL. Wspólnie zdecydowano również o skreśleniu z listy członków: Aleksandry Margol-Szczerbickiej i Jakuba Szczerbickiego z uwagi na brak jakiegokolwiek zaangażowania się w działalność KML oraz niepojawianie się na kolejnych posiedzeniach. Druga część spotkania minęła na dyskusji odnośnie planowanej przez Ministerstwo nowej Ustawie refundacyjnej, dotyczącej m. in. odpowiedzialności lekarza za wypisywanie recept. Omówiony został również problem recept w województwie opolskim, jak i nowe druki ZUS ZLA.

W dniach 13 – 15 maja 2011 r. odbyła się Konferencja Młodych Lekarzy w Olsztynie – „Lekarz zawodem wielu możliwości”. Brały w niej udział Magdalena Lamm i Martyna Gizler.

20 lipca 2011 r. odbyło się posiedzenie, na którym zostały omówione i przedyskutowane stanowiska, które przyjęła Komisja Młodych Lekarzy na konferencji w Olsztynie:

1. w sprawie zmian w systemie kształcenia specjalizacyjnego lekarzy i lekarzy dentystów
2. w sprawie zmian w procedurze akredytacyjnej,
3. w sprawie respektowania prawa pracy i programów specjalizacji,

4. w sprawie nadzoru nad jednostkami prowadzącymi specjalizację,
5. w sprawie uaktualnienia programu specjalizacji,
6. w sprawie ułatwień wykonywania zawodu lekarza,
7. w sprawie nowelizacji ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty dotyczącej zatrudniania w indywidualnych praktykach,
8. w sprawie zmiany zapisów dotyczących naboru na tryb rezydencki.

Ponadto zajęto się również rozwiązaniem problemów związanych z rozpoczęciem specjalizacji.

*Przewodnicząca Komisji  
Lek. dent. Magdalena LAMM*

\* \* \*

## **SPRAWOZDANIE Z DZIAŁALNOŚCI KOMISJI DS. LEKARZY EMERYTÓW I RENCISTÓW W OKRESIE KWIECIEŃ 2011 r.–MARZEC 2012 r.**

Komisja odbyła 4 spotkania, w czasie których omawiano sprawy dotyczące lekarzy-seniorów.

W dniu 16 kwietnia 2011 r., w czasie Wiosennego Spotkania, prezes ORL dr med. Jerzy Jakubiszyn, kolejnej grupie lekarzy-seniorów, którzy przed 50-laty uzyskali dyplomy lekarskie, wręczył medale i dyplomy okolicznościowe oraz znaczki izbowe. Spotkanie uprzyjemniał uczniowski zespół kameralny ze Szkoły Muzycznej w Opolu.

We wrześniu 2011 r. grupa 11 lekarzy-seniorów wzięła udział w Konferencji Naukowo-Szkoleniowej nt. „Choroby wieku podeszłego”, połączonej ze zwiedzaniem Gór Świętokrzyskich, zorganizowanej przez Świętokrzyską Izbę Lekarską.

W dniu 14 grudnia 2011 r. zorganizowano Spotkanie Oplatkowe, z udziałem serdecznie przyjmowanego, kolędującego chóru męskiego „Kamerton”, pod kierunkiem, p. Marii Przebindowskiej. Jak zwykle, swoje wierszowane strofy wygłosił Irzyk Rekucki. Wykorzystano obecność prezesa ORL, który po złożeniu życzeń i przełamaniu się opłatkiem, wyjaśnił zebranym zasady wypisywania recept *pro familia* i *pro auctore* (okres sporu z NFZ i ministrem zdrowia).

Ustalono termin i przebieg kolejnego Spotkania Wiosennego.

*Przewodniczący Komisji  
Dr n. med. Tadeusz CHOWANIEC*

# PRELIMINARZ BUDŻETOWY OPOLSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ NA 2012 r.

		PLAN 2011	WYKONANIE 2011	PLAN 2012
<b>I. PRZYCHODY</b>				
<b>A.</b>	<b>Przychód z działalności statutowej</b>	<b>1.400.000,00</b>	<b>1.302.139,30</b>	<b>1.425.000,00</b>
1.	Składki członkowskie	1.236.000,00	1.210.680,00	1.300.000,00
2.	Refundacja wydatków za zadania przejęte z budżetu	57.000,00	–	57.000,00
3.	Oplaty za rejestrację gabinetów lekarskich	35.000,00	25.435,00	5.000,00
4.	Refundacja wydatków stażu podyplomowego – Urząd marszałkowski	13.000,00	12.748,00	13.000,00
5.	Komisja Bioetyczna – wydanie opinii	20.000,00	18.193,07	15.000,00
6.	Przychody finansowe	27.000,00	30.331,91	30.000,00
7.	Pozostałe przychody	12.000,00	4.751,32	5.000,00
<b>B</b>	<b>Pozostałe przychody</b>	<b>82.000,00</b>	<b>79.441,31</b>	<b>82.000,00</b>
1.	Z wynajmu pomieszczeń	32.000,00	30.043,19	32.000,00
2.	Z reklam w Biuletynie OIL	15.000,00	14.426,12	15.000,00
3.	Prowizja OC	35.000,00	34.972,00	35.000,00
4.	Pozostałe przychody operacyjne	–	–	–
	<b>OGÓŁEM PRZYCHODY</b>	<b>1.482.000,00</b>	<b>1.381.580,61</b>	<b>1.507.000,00</b>
<b>II. WYDATKI</b>				
<b>A</b>	<b>Koszty rodzajowe</b>	<b>1.026.400,00</b>	<b>904.446,59</b>	<b>1.052.300,00</b>
<b>1.</b>	<b>Zużycie materiałów, energii i wody</b>	<b>104.500,00</b>	<b>91.783,69</b>	<b>99.700,00</b>
	Energia, gaz, woda	75.000,00	72.856,57	78.000,00
	Artykuły biurowe	12.000,00	6.941,62	7.000,00
	Środki czystości	3.500,00	4.171,75	4.200,00
	Prenumerata czasopism	4.000,00	3.271,27	2.500,00
	Inne materiały	10.000,00	4.542,48	8.000,00
<b>2.</b>	<b>Usługi obce</b>	<b>287.000,00</b>	<b>176.010,39</b>	<b>270.000,00</b>
	Remonty i konserwacja	100.000,00	2.256,67	100.000,00
	Koszty kolportażu Biuletynu	123.000,00	17.050,31	20.000,00
	Koszty Biuletynu Informacyjnego OIL	50.000,00	47.031,63	50.000,00
	Usługi pocztowe	20.000,00	19.306,55	20.000,00
	Usługi prawne	44.000,00	34.416,00	38.000,00
	Inne usługi	50.000,00	55.949,23	42.000,00
<b>3.</b>	<b>Podatki i opłaty</b>	<b>5.400,00</b>	<b>5.217,16</b>	<b>5.500,00</b>
<b>4.</b>	<b>Wynagrodzenia</b>	<b>409.000,00</b>	<b>395.768,67</b>	<b>429.000,00</b>
	Osobowe wynagrodzenia	280.000,00	274.892,79	295.000,00
	Wynagrodzenia (umowa zlecenie, o dzieło)	65.000,00	73.498,88	76.000,00
	Wynagrodzenia zespołów wizytujących gabinety prywatne	11.000,00	7.504,00	5.000,00
	Nagrody za specjalizację	50.000,00	39.673,00	50.000,00
	Komisja Bioetyczna (umowa o dzieło)	3.000,00	200,00	3.000,00
<b>5.</b>	<b>Świadczenia na rzecz pracowników</b>	<b>84.000,00</b>	<b>86.063,47</b>	<b>93.000,00</b>
	Składka ubezpieczeniowa, fundusz pracy	54.000,00	56.611,14	62.900,00
	Zakłady Fundusz Nagród	23.000,00	21.481,00	22.000,00
	Zakładowy Fundusz Świadczeń Socjalnych	7.500,00	7.657,51	7.700,00
	Inne – BHP	300,00	313,82	400,00
<b>6.</b>	<b>Amortyzacja środków trwałych</b>	<b>3.200,00</b>	<b>3.140,70</b>	<b>4.900,00</b>
<b>7.</b>	<b>Pozostałe koszty</b>	<b>132.500,00</b>	<b>146.462,51</b>	<b>150.200,00</b>
	Posiedzenia Prezydium i Rady OIL	28.000,00	25.640,44	27.000,00
	Posiedzenia komisji problemowych OIL	25.000,00	18.506,78	20.000,00
	Zjazd	6.500,00	5.621,95	6.000,00
	Ubezpieczenia majątkowe	2.600,00	2.066,00	2.200,00
	Dofinansowanie do imprez sportowych i kulturalnych	4.000,00	3.150,00	10.000,00
	Komisja Bioetyczna (ryczałt)	9.000,00	5.800,00	6.000,00
	Inne koszty	32.400,00	63.741,83	54.000,00
	Koszty podróży	25.000,00	21.935,51	25.000,00
<b>B</b>	<b>Składki do NIL</b>	<b>175.000,00</b>	<b>178.402,00</b>	<b>180.000,00</b>
<b>C</b>	<b>Dofinansowanie – kształcenie podyplomowe</b>	<b>50.000,00</b>	<b>36.542,53</b>	<b>50.000,00</b>
<b>D</b>	<b>Fundusz Samopomocy</b>	<b>100.000,00</b>	<b>100.000,00</b>	<b>50.000,00</b>
<b>E</b>	<b>Pozostałe koszty operacyjne</b>	<b>–</b>	<b>9,05</b>	<b>–</b>
<b>F</b>	<b>Straty operacyjne</b>	<b>–</b>	<b>–</b>	<b>–</b>
<b>G</b>	<b>Rzecznik Praw Lekarza</b>	<b>50.000,00</b>	<b>600,00</b>	<b>20.000,00</b>
	<b>OGÓŁEM WYDATKI</b>	<b>1.401.400,00</b>	<b>1.220.000,17</b>	<b>1.352.300,00</b>
	<b>DOCHÓD</b>	<b>80.600,00</b>	<b>161.580,44</b>	<b>154.700,00</b>



# Spotkanie Komisji Stomatologicznej

Dnia 27 lutego 2012 r. odbyło się posiedzenie Komisji Stomatologicznej. Zebranych powitała przewodnicząca. Na wstępie dr Hamryszak przypomniała o zbliżającym się terminie Zjazdu Budżetowego (24 marca).

Dr Hamryszak poinformowała, iż 9 lutego odbyło się w Ministerstwie Zdrowia spotkanie przedstawicieli Ministerstwa z przedstawicielami NRL w sprawie projektów rozporządzeń dotyczących wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą oraz projektu w sprawie rodzajów dokumentacji medycznej, jej zakresu i sposobu przetwarzania.

Przewodnicząca przytoczyła treść notatki ze spotkania przedstawicieli KS NRL z Ministrem Zdrowia, które odbyło się 17 lutego br. Minister wykazał zrozumienie dla przedstawianych zagadnień dotyczących opieki nad dziećmi. Nie są mu również obce utrudnienia związane z przepisami dotyczącymi ochrony radiologicznej. Poruszane były również zagadnienia dotyczące kształcenia przed i podyplomowego lekarzy. Mają zostać zniesione limity punktów możliwych do uzyskania w poszczególnych kategoriach zdarzeń edukacyjnych. Ciągłe apele o urealnienie wyceny punktu oraz rewizja katalogu procedur powinny być, wg Ministra, omówione na spotkaniu przy współudziale Pre-

zesa NFZ. Na spotkaniu wnioskowano również o wprowadzenie przejrzystych zasad postępowania kontrolerów inspekcji sanitarnej, które byłyby jednolite na terenie całego kraju. Zaapelowano również o dokonanie zmian przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia, które umożliwiłyby zakup leków w hurtowniach również lekarzom prowadzącym indywidualne i grupowe praktyki lekarskie.

Na zebraniu została odczytana informacja Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej, z której wynika, iż w ostatnich latach obserwowany jest wzrost ilości skarg, szczególnie w zakresie stomatologii, a zwłaszcza w dziedzinie protetyki i implantologii.

Dr Hamryszak i dr Mokrzycka zdały relację z posiedzenia XI Nadzwyczajnego Krajowego Zjazdu Lekarzy. Zjazd krytycznie odniósł się do likwidacji staży podyplomowych. Negatywnie oceniono również plany ograniczenia programu nauczania studentów. Zjazd zobowiązał NRL, aby ta zwróciła się do Trybunału Konstytucyjnego o zbadanie konstytucyjności ustaw ustanawiających kary dla lekarzy za nieprawidłowe wypisywanie recept.

Na zakończenie, przewodnicząca poinformowała, iż 1 czerwca 2012 r. w siedzibie OIL odbędzie się szkolenie z zakresu prawa medycznego.

*Barbara HAMRYSZAK  
Jerzy DRZYŻGA*

\* \* \*

## SZKOLENIE DLA LEKARZY STOMATOLOGÓW

Komisja Kształcenia Medycznego Opolskiej Izby Lekarskiej zaprasza dn. 20 kwietnia 2012 (piątek), o godz. 10 do siedziby Izby Lekarskiej w Opolu, ul. Grunwaldzka 23 na szkolenie lekarzy dentystów. Szkolenie poprowadzi lek. dent. Jolanta JARKA. Za udział w szkoleniu uczestnikowi przysługują 4 punkty edukacyjne. Zgłoszenia należy kierować telefonicznie na numer OIL – 77/454-59-39.

### Program:

- Cechy zgryzu prawidłowego w poszczególnych okresach rozwojowych.
- Postępowanie w zgryzie mlecznym.
- Skutki utraty zębów mlecznych.
- Diagnostyka Rtg.
- Inne poza zębami ważne elementy układu stomatognatycznego.
- Przerwa 15 min.
- Skutki utraty zębów stałych.
- Przygotowanie pacjenta do leczenia ortodontycznego.
- Stomatolog jako lekarz pierwszego kontaktu.
- Leczenie ortodontyczne przedprotetyczne.
- Mity związane z leczeniem ortodontycznym.
- Optymalizacja wzajemnych kontaktów stomatolog – ortodonta.
- Dyskusja.

*Barbara HAMRYSZAK  
Małgorzata ŁUSZCZYŃSKA-OSTROWSKA*

\* \* \*

## KONFERENCJA „DOKUMENTACJA MEDYCZNA A BEZPIECZEŃSTWO PRAWNE LEKARZA”

### Program:

- Zasady prowadzenia dokumentacji medycznej.
- Rola poszczególnych grup medycznych w prowadzeniu dokumentacji.
- Odpowiedzialność lekarza za prowadzenie dokumentacji medycznej.
- Najczęstsze błędy w prowadzeniu dokumentacji medycznej.
- Odpowiedzialność zawodowa personelu medycznego.
- Odpowiedzialność personelu medycznego, a kontrole NFZ.
- Zdarzenie medyczne.
- Postępowanie w przypadku wystąpienia zdarzenia medycznego.
- Komisja Wojewódzka – orzecznictwo.

Konferencję – szkolenie prowadzi Kancelaria Doradcy Rafał Piotr Janiszewski z Warszawy. Komisja Kształcenia Medycznego zaprasza na Konferencję w siedzibie Izby Lekarskiej w Opolu ul. Grunwaldzka 23, dn. 01.06.2012 r. (piątek) godz.13<sup>00</sup>.

*Małgorzata  
ŁUSZCZYŃSKA-OSTROWSKA*

# Plan szkoleń prowadzonych w ramach komisji kształcenia OIL w Opolu na I-półrocze 2012 r.

Termin	Kierownik naukowy	Temat	Miejsce
Kwiecień 2012 r.	Dr Marek DryjaKonsultant wojewódzki w dziedzinie ratownictwa medycznego	Ratownictwo medyczne dla lekarzy i lekarzy dentyków (30 osób)	<b>Kluczbork</b> Kontakt – dr Ewa Firlej (zapisy, miejsce szkolenia i termin)
14 IV 2012 r. (sobota), godz. 10 <sup>00</sup>	Dr Marek DryjaKonsultant wojewódzki w dziedzinie ratownictwa medycznego	Ratownictwo medyczne dla lekarzy dentyków (30 osób)	OIL w Opolu ul. Grunwaldzka 23
1.VI 2012 r. (piątek), godz. 13 <sup>00</sup>	Kancelaria Doradca Rafał Piotr Janiszewski Warszawa	Dokumentacja medyczna a bezpieczeństwo prawne lekarza. (szczegółowy program konferencji – patrz powyżej)	OIL w Opolu ul. Grunwaldzka 23

Prosimy o zgłaszanie chęci uczestnictwa w w/w szkoleniach telefonicznie – 77/454-59-39 do siedziby OIL w Opolu. Za uczestnictwo w szkoleniu przysługują 4 pkt. edukacyjne.

## Pierwszy opolski koncert lekarzy „Muzyka naszych serc”

W pierwszych dniach dżdżystego i zimnego marca w Opolskim Centrum Onkologii im. prof. T. Koszarowskiego odbył się niezwykle koncert – „Muzyka Naszych Serc – pierwszy opolski koncert lekarzy”. Pomysłodawcą tego przedsięwzięcia był dr Marek Kania – opolski kardiolog. Sam, grając od dziecka na skrzypcach, od kilku lat jest członkiem kwartetu muzykujących kardiologów „KardioBand Rock & Blues”. Zainteresowanie, z jakim spotkały się występy tego zespołu spowodowały, że w jego głowie już od pewnego czasu dojrzewał pomysł na ożywienie środowiska lekarzy Opolszczyzny.

Każdy z nas – zwłaszcza ze „starszych roczników” – pamięta jeszcze studenckie czasy, kiedy to na imprezach klubowych, czy też na rajdach turystycznych nasze Koleżanki i Koledzy sięgali po gitarę lub zasiadali do pianina i śpiewali – najczęściej piosenki turystyczne lub ballady Bułata Okudźawy, Wołodii Wysockiego, czy Leonarda Cohena. Dr Kania postanowił namówić dojrzałych już doktorów, by odkurzyli swoje instrumenty, przypomnieli sobie stare pieśni i piosenki, i by – pokonując tremę – zechcieli pokazać swoją nową twarz publiczności. W grudniowym numerze Biuletynu ukazał się tekst dr Kania zachęcający do działania, czego efektem było kilkadziesiąt zgłoszeń, a na styczniowym posiedzeniu Okręgowa Rada Lekarska podjęła decyzję o wsparciu logistycznym i finansowym tej inicjatywy. Tak też doszło do samego koncertu.

Miejsca na tę imprezę użyczył dyrektor Opolskiego Centrum Onkologii dr Wojciech Redelbach, przeznaczając na ten cel hol Zakładu Radioterapii. Ustawiono prowizoryczną scenkę i kilka rzędów krzeseł. Szybko jednak okazało się, że skromna – w zamysłach organizatorów – impreza przeistoczyła się w naprawdę duży koncert. Zaledwie po kilkunastu minutach zabrakło już miejsc siedzących, a po kilkunastu następnych trudno było znaleźć także i miejsce stojące. Zaimprovizowana salka koncertowa wypełniła się nie tylko krewnymi i znajomymi występujących, ale również i ludźmi zupełnie niezwiązanymi z medycyną. Na widowni, pośród „cywilnych” ubrań, białą także szlafroki i piżamy pacjentów z Onkologii. Atmosfera stawała się coraz bardziej gorąca, błyskały flesze, cichutko brzęczały kamery, a na widowni widać było twarze dziennikarzy z zaprzyjaźnionych opolskich mediów.

Koncert otworzył gospodarz całego przedsięwzięcia – dr Wojciech Redelbach, który serdecznie powitał wszystkich jego uczestników, życząc dobrej zabawy. Reprezentujący współorganizatora koncertu – Okręgową Radę Lekarską – Jerzy Lach dołączył się do tych życzeń, przekazując przy okazji pozdrowienia nadesłane przez Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej dr Macieja Hamankiewicza.

Jako pierwsze wystąpiły Jadwiga Czarny-Szcześniak i Daria Giewanowicz, które – przy akompaniamencie o. Roberta Makulskiego – wykonały pieśń wielkopost-

na „Tak wyschleś Panie” R. Hajdlera i „Duetto buffo di due gatti” Gioacchino Rossiniego.

Następnie na scenie pojawił się „Zespół bez nazwy śpiewający piosenkę bez tytułu” w składzie: Ewa Koteczka, Teresa i Aleksander Falińscy oraz Ryszard Ściborski, który wprowadził nieco swobodniejszą atmosferę śpiewając dwie piosenki turystyczne – „Piosenkę bez tytułu” autorstwa Waldemara Chylińskiego i Adama Drąga oraz „Krajkę”.

Dalej atmosfera koncertu stała się jeszcze gorętsza, a to za sprawą Janusza Jaskota, który zaśpiewał bluesową wersję starego przeboju „Que Sera, Sera” oraz utwór grupy Black Sabbath – nomen omen – „Blues Doctor”.

Po nim scenę opanowały „Nieznane muzykanty” czyli Lucjan Szela (akordeon), Krystian Kościów (gitara/śpiew), Marek Kania (skrzypce), Jerzy Pszczółka (saksofon), Kazimierz Drosik (gitara) i Krzysztof Otwinowski (gitara basowa), którzy przypomnieli dwa songi Bułata Okudźawy – „Gruzińską balladę” i „Leśny walc”. Występ ten tak spodobał się publiczności, że grupa musiała bisować tą ostatnią pieśń.

Po niewielkiej roszadzie przy mikrofonach pojawiło się „Trio prawie barokowe” (Marek Kania, Kazimierz Drosik i Krzysztof Otwinowski) prezentując swoją wersję „Arii na strunie G” mistrza Jana Sebastiana Bacha.

Kolejna zmiana zmniejszyła poprzedni skład grających do Kazimierza Drosika, który przy akompaniamencie Krzysztofa Otwinowskiego brawurowo wykonał stary standard „Marię Elenę”. Stojący obok mnie znany opolski kompozytor, muzyk i dziennikarz radiowy Edward Spyрка stwierdził, że to wykonanie było najbliższe klasycznego wykonania tego utworu przez legendarnego Lesa Paula. Nic więc dziwnego, że i tym razem widownia zażądała bisu.

Na koniec na scenę wkroczyli profesjonaliści – Kar-dioBand Rock & Blues (Jan Węglowski – gitara i śpiew, Błażej Głowicki – bas, Jarosław Fedorowski – perkusja i właśnie Marek Kania – skrzypce), którzy „rozbuja-li” całą salę grając covery „Crossroads” grupy The Cream oraz „All Along The Watchtower” i „Little Wing” Jimiego Hendrixa. Także i ten występ nie obył się bez bisów.

W czasie trwania całego koncertu, w przerwach pomiędzy poszczególnymi występami, widzowie mieli okazję poznać „Pięć teorii na temat: Dlaczego lekarze grają?” autorstwa głównego animatora całej imprezy dr Marka Kani, które zostały ciekawie zilustrowane przez jego syna – Sebastiana.

Pewnie zadacie Państwo w tym momencie pytanie, skąd pomysł na to, by taki koncert odbył się na Onkologii? Otóż, jak wszyscy dobrze wiemy, samo słowo „rak” dla bardzo wielu naszych pacjentów brzmi, jak wyrok śmierci. I choć współczesna medycyna zrobiła znaczne postępy w walce z chorobami nowotworowymi, to jednak w powszechnej świadomości Onkologia, to miejsce naznaczone piętnem cierpienia ludzkiego i śmierci. W jednej ze swoich wypowiedzi na temat tego koncertu dr Kania stwierdził, że chciałby odczarować właśnie to miejsce. Myślę, że – przynajmniej na te kilkadziesiąt minut – uczestnikom tego wydarzenia muzycznego się to w pełni udało.

Po ponad dwugodzinnym koncercie widzowie i wykonawcy rozchodzili się z uczuciem niedosytu. Jak jednak obiecuje główny „sprawca” tego wydarzenia muzycznego, na tym nie koniec. W najbliższym czasie odbywać się będą warsztaty muzyczne dla 10 lekarzy-muzyków prowadzone przez zawodowych muzyków. Po nich, z okazji zakończenia Opolskich Spotkań Lekarzy Muzyków – **19 kwietnia 2012 r. (czwartek) o godz. 20<sup>00</sup>, w Klubie Medyka w siedzibie Opolskiej Izby Lekarskiej przy ul. Grunwaldzkiej 23 w Opolu odbędzie kolejny koncert „Nieznanych Muzykantów”**. W jego trakcie rozstrzygnięty zostanie konkurs na nową bardziej estradową, profesjonalną nazwę zespołu. O efektach tych działań nie omieszkam Państwa poinformować przy najbliższej okazji.

*Jerzy B. LACH*

PS. Jeśli ktoś z Was nie był na tym koncercie, a chciałby choć przez chwilę poczuć jego magię zapraszam w imieniu dr Marka Kani na strony: **www.kardioband.pl** i **www.facebook.com/projektkardioband** – tam znajdziecie jeszcze więcej zdjęć i fragmenty samego koncertu do odsłuchania.

## UWAGA! UWAGA! UWAGA! UWAGA! UWAGA!

Zespół muzyczny lekarzy „Nieznane Muzykanty” pilnie poszukuje perkusisty. Kandydat powinien być lekarzem (ewentualnie studentem medycyny) – najlepiej z terenu Opolszczyzny. Chętnych prosimy o zgłoszenia na adres mailowy: **kardioband@o2.pl** pod hasłem: „Perkusja”.

\* \* \*

Ogłaszamy Konkurs na nową nazwę pierwszego opolskiego zespołu muzycznego lekarzy „Nieznane Muzykanty”. Propozycje prosimy przysyłać na adres mailowy: **kardioband@o2.pl** pod hasłem: „Konkurs”. Rozstrzygnięcie 19 kwietnia br. na okolicznościowym koncercie.

Na zwycięzcę czeka niespodzianka.





*Gospodarz koncertu, dyrektor Opolskiego Centrum Onkologii dr Wojciech Redelbach, serdecznie przywitał licznie zgromadzoną publiczność*



*Chwila muzyki poważnej (od lewej: o. Robert Makulski, Jadwiga Czarny-Szcześniak i Daria Giewanowicz)*



*„Zespół bez nazwy śpiewający piosenkę bez tytułu” w repertuarze turystycznym (od lewej: Ryszard Ściborski, Aleksander Faliński, Ewa Kotecka i Teresa Falińska)*



*Janusz Jaskot „odlatuje” bluesowo*



*Kardioband Rock & Blues (od lewej: Błażej Głowicki, Marek Kania, Jarosław Fedorowski i Jan Węglowski)*



*„Nieznane Muzykanty” prezentują ballady Bułata Okudźawy (grają od lewej: Marek Kania, Lucjan Szela, Krystian Kościół, Krzysztof Otwinowski, Jerzy Pszczółka i Kazimierz Drosik)*



*Publiczność wypełniła hol Zakładu Radioterapii po brzegi*



*„Odczarowane” przez Kardioband miejsce*

## Zadośćuczynienie w prawie medycznym

Zadośćuczynienie jest świadczeniem pieniężnym przyznawanym poszkodowanemu w przypadku doznanej szkody niemajątkowej nazywanej tradycyjnie krzywdą. Problematyka zadośćuczynienia w prawie medycznym ma szczególne znaczenie, ponieważ w tym obszarze prawa chronione są przede wszystkim życie i zdrowie człowieka, a także szeroko ujmowane prawo pacjenta do samostanowienia. Szkoda niemajątkowa w postaci cierpień fizycznych i psychicznych może powstać w wyniku uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia spowodowanego wadliwą diagnostyką i leczeniem, bezprawnym przymusem leczenia, badania lub izolacji.

Artykuł 4 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta uzasadnia domaganie się przez pacjenta pieniężnego zadośćuczynienia w razie zawinionego naruszenia jego praw na podstawie art. 448 k.c. Krzywda nie musi wiązać się z naruszeniem integralności cielesnej czy zdrowia, ale może dotyczyć naruszenia sfery psychicznej czy autonomii jednostki przy wyrażaniu zgody na zabieg medyczny, czy ujawnieniu informacji ze sfery prywatnej lub intymnej.

Zadośćuczynienie w razie naruszenia praw pacjenta przysługuje w wielu wypadkach. Zadośćuczynienie przysługuje w razie naruszenia prawa pacjenta do świadczeń zdrowotnych odpowiadających aktualnej wiedzy medycznej w sytuacji ograniczonych możliwości udzielenia odpowiednich świadczeń dostępnych lekarzowi oraz prawa do przejrzystej, obiektywnej, opartej na kryteriach medycznych procedury, ustalającej kolejność dostępu do tych świadczeń (art. 6 ustawy). Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych wprowadza listy oczekujących na udzielane świadczenia zdrowotne, które należy prowadzić w sposób zapewniający poszanowanie zasady sprawiedliwego, równego i przejrzystego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej oraz zgodnie z kryteriami medycznymi uwzględniającymi aktualną wiedzę medyczną. Zadośćuczynienie pieniężne przysługuje pacjentowi za naruszenie zasad prowadzenia list oczekujących bez względu na to, czy wiązało się ujemnymi konsekwencjami dla jego zdrowia.

Uzasadnienie roszczenia o zasądzenie pieniężnego zadośćuczynienia wynika ze stosowania przez lekarza zarzuconych lub niesprawdzonych metod i środków leczenia, które mogą wywołać lub powiększyć szkodę majątkową. Wyjątkiem dotyczącym stosowania niesprawdzonych metod jest eksperyment medyczny.

Zadośćuczynienia domagać się można również z tytułu naruszenia prawa do informacji o swoim stanie zdrowia, a w szczególności, kiedy lekarz nie udzielił pacjentowi informacji o jego stanie zdrowia, rozpoznaniu choroby, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, następstwach i wynikach leczenia oraz rokowaniu. Lekarz nie ma obowiązku udzielania informacji o stanie zdrowia w przypadkach, gdy chory nie wyraża na to zgody lub może „*ograniczyć informację, gdy rokowanie jest niepomysłne dla chorego i może stanowić dodatkowe ujemne przeżycia*” (art. 9 ustawy).

Pacjent ma prawo do tego, aby osoby wykonujące zawód medyczny, w tym udzielające mu świadczeń zdrowotnych, zachowały w tajemnicy informacje z nim związane, a w szczególności dotyczące stanu zdrowia, a uzyskane w związku z wykonywaniem zawodu medycznego (art. 13 ustawy). Naruszenie zasad zachowania tajemnicy lekarskiej lub ujawnienie danych zawartych w dokumentacji lekarskiej niezgodnie z ustawą o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta w art. 14 uzasadnia dochodzenie zadośćuczynienia z art. 448 k.c.

Zadośćuczynienie jest również uzasadnione w przypadkach naruszenia prawa do wyrażenia zgody na udzielanie świadczeń zdrowotnych. Zadośćuczynienie przysługuje w przypadku działania bez zgody, zgody nie należy objaśnionej, za przekroczenie zakresu zgody, nawet wtedy, kiedy zabieg został przeprowadzony zgodnie ze standardami medycznymi, ponieważ zostało naruszone prawo pacjenta do samostanowienia. Zadośćuczynienie za naruszenie praw pacjenta do wyrażenia zgody na udzielanie świadczeń medycznych będzie zasadne w przypadkach przymusu leczenia bez uzasadnionych wskazań lub nie wypisania chorego ze szpitala psychiatrycznego mimo poprawy stanu zdrowia, który pozwala na przebywanie poza szpitalem. Dotyczy to również przypadków, gdy nie uzyskano zgody substytucyjnej lub kumulatywnej.

Pacjent może domagać się zadośćuczynienia w przypadku zawinionego naruszenia prawa do poszanowania jego intymności i godności w czasie udzielania mu świadczeń zdrowotnych. Prawo do poszanowania godności osobistej pacjenta należy do sfery życia prywatnego. Jest to poszanowanie należne osobie ludzkiej zarówno za życia, jak i po śmierci.

Pacjent ma prawo do wynagrodzenia krzywdy wynikającej z naruszenia jego prawa do kontaktu z innymi



mi osobami lub odmowy kontaktu, prawa do dodatkowej opieki pielęgniarskiej lub opieki duszpasterskiej. Bezpodstawne, zawinione uniemożliwienie pacjentowi realizacji tych praw może uzasadniać roszczenie o zadośćuczynienie pieniężne za doznaną krzywdę. Zadośćuczynienie pieniężne jest również zasadne w przypadkach stwierdzenia przez Komisję Lekarską działającą przy Rzeczniku Praw Pacjenta zasadności sprzeciwu pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego wobec opinii lub orzeczenia o jego stanie zdrowia, mającego wpływ na prawa i obowiązki wynikające z obowiązujących przepisów.

Artykuł 4 ust. 2 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta przewiduje możliwość domagania się przez małżonka, krewnych lub powinowatych do drugiego stopnia w linii prostej lub przedstawiciela ustawowego na podstawie art. 448 k.c. pieniężnego zadośćuczynienia na wskazany cel społeczny w razie zawinionego naruszenia prawa pacjenta do umierania w spokoju i godności. Pacjent ma prawo do umierania w spokoju i godności. Lekarz powinien dołożyć wszelkich starań, aby zapewnić choremu humanitarną opiekę terminalną i godne warunki umierania. Powinien do końca łagodzić cierpienia i utrzymać w miarę możliwości jakość kończącego się życia.

Cierpienia fizyczne i psychiczne wynikające z uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia uzasadniają żądanie zadośćuczynienia pieniężnego w oparciu o art. 445 k.c. Artykuł 445 § 1 k.c. stanowi, że w przypadkach przewidzianych w artykule poprzedzającym sąd może przyznać poszkodowanemu odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę, natomiast art. 444 § 1 k.c. podaje, że w razie uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia naprawienie szkody obejmuje wszelkie wyniki z tego powodu koszty.

Na krzywdę składają się poważne ograniczenia szans życiowych, doznane cierpienia fizyczne i psychiczne oraz świadomość, że wyrządzone są przez lekarzy, którym chory powierza z pełnym zaufaniem do ich wiedzy i zwykłej staranności zawodowej swoje zdrowie i życie.

Roszczenie o zadośćuczynienie pieniężne za doznaną krzywdę jest zasadne w przypadku pogorszenia się stanu zdrowia na skutek błędów w postępowaniu lekarskim, nawet gdy zaburzenia są przemijające. Przepis art. 445 k.c. ma podstawowe znaczenie, gdy chodzi o zadośćuczynienie za szkodę niemajątkową, ponieważ dobra osobiste jak zdrowie, wolność i integralność seksualna zasługują na wzmożoną ochronę ze strony porządku prawnego.

Przepis art. 445 k.c. stanowi wyłączną podstawę prawną przyznania zadośćuczynienia w razie naruszenia wymienionych w nim dóbr osobistych, natomiast przepis art. 448 k.c. dotyczy pozostałych dóbr osobistych. A. Szpunar reprezentuje stanowisko, według któ-

rego przepisy art. 445 i 448 k.c. mają równorzędne znaczenie i zasadniczo odrębne pole działania. Natomiast M. Safjan opowiada się za przyznaniem pokrzywdzonemu wyboru między roszczeniem wynikającym z przepisów art. 445 i 448 k.c.. Z. Radwański uważa, że art. 448 k.c. jest normą ogólną dotyczącą naruszenia wszystkich dóbr osobistych, natomiast art. 445 k.c. stanowi, w stosunku do normy ogólnej, regulację szczególną. A. Śmieja z kolei podnosi, że art. 445 k.c. jest całkowicie zbędny i powinien być uchylony. Za pozostawieniem przepisu art. 445 k.c. opowiada się B. Lewaszkiewicz-Petrykowska. Wymienione w nim dobra osobiste mają podstawowe znaczenie i zasługują na szczególną ochronę. Szczegółowość tej ochrony przejawia się w tym, że zadośćuczynienie może być przyznane poszkodowanemu w każdym przypadku wyrządzenia krzywdy przez naruszenie wymienionych dóbr szeroko pojętym czynem niedozwolonym niezależnie od tego, jaka jest podstawa odpowiedzialności. Zadośćuczynienie z mocy art. 445 k.c. należy się zatem poszkodowanemu zarówno w sytuacji, kiedy sprawca odpowiada na zasadzie winy, jak i wtedy, kiedy podmiot odpowiedzialny jest obciążony odpowiedzialnością od winy niezależną, a więc na zasadzie ryzyka lub na zasadach współzycia społecznego.

Roszczenie o zadośćuczynienie przysługuje także w przypadku śmierci pacjenta. Mogą go dochodzić członkowie rodziny na podstawie dodanego do kodeksu cywilnego w 2008 r. przepisu art. 446 § 4. Powstanie krzywdy w postaci cierpień psychicznych jest następstwem stresu traumatycznego, jaki wywołuje nieoczekiwana śmierć osoby bliskiej, bycie świadkiem zagrożenia życia i śmierci. Nagła nieoczekiwana śmierć osoby bliskiej, bycie świadkiem śmierci lub zagrożenia życia zostało uznane za traumatyczne zdarzenie, mogące powodować zaburzenia psychiczne określane jako *posttraumatic stress disorders (PTSD)*. Zespół ten jest określany jako zaburzenia lękowe cechujące się uporczywym ponownym przeżywaniem traumatycznych wydarzeń sprawczych we wspomnieniach, snach, halucynacjach i retrospektywnych przebiegach.

Do czasu wejścia w życie noweli z 2008 r., w odróżnieniu od art. 166 kodeksu zobowiązań, który przewidywał *expressis verbis* roszczenie o zadośćuczynienie pieniężne dla najbliższych członków rodziny zmarłego lub instytucji przez nich wskazanej za doznaną przez nich krzywdę moralną, w kodeksie cywilnym istniała jedynie podstawa prawna dochodzenia odszkodowania, a zatem wyrównania uszczerbku o charakterze majątkowym, którego przyznanie uwarunkowane było znacznym pogorszeniem ich sytuacji życiowej. Przepis art. 446 § 3 k.c. nie był jednolicie interpretowany i, co podkreślają przedstawiciele doktryny, sądy niejednokrotnie nie ograniczały odszkodowania z 446 § 3 k.c. jedynie do naprawienia doznanych szkód majątkowych, ale przyjmowały, że obejmuje ono także łącznie występują-



cą z nim szkodę niemajątkową. Mając na uwadze treść przepisu art. 446 § 3 k.c. należy zgodzić się z poglądem zdecydowanie negującym mieszaną charakter roszczenia z 446 § 3 k.c.

W obowiązującym stanie prawnym roszczenie z art. 446 § 4 k.c. jest niezależne od roszczeń odszkodowawczych, co oznacza, że może być dochodzone bez konieczności wykazywania przesłanek z 446 § 3 k.c. Konieczną przesłanką stosowania 446 § 3 k.c. jest znaczne pogorszenie sytuacji życiowej w rozumieniu pogorszenia warunków materialnych. Trzeba jednak mieć na uwadze, że ocena tej przesłanki jest niemożliwa w oderwaniu od związanych ze śmiercią osoby najbliższej cierpień moralnych, które (w różnym stopniu) negatywnie wpływają na jakość życia. Z tego względu uzasadnione wydają się, zgłaszane w literaturze, obawy co do wzajemnego stosunku tych regulacji.

W literaturze poddaje się w wątpliwość celowość wprowadzenia omawianej zmiany, argumentując to pozostawieniem w niezmiennym kształcie przepisu art. 448 k.c., który, ze względu na szeroką hipotezę, stanowi podstawę zasądzenia zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę w przypadku naruszenia każdego dobra osobistego, w tym także wartości opartej na stosunku emocjonalnym do określonej osoby. W konsekwencji przepis art. 446 § 4 k.c. nie tyle tworzy podstawę dochodzenia zadośćuczynienia przez osoby najbliższe, co potwierdza jej istnienie. Trudno jednak nie zgodzić się ze stanowiskiem, że nowa regulacja jest korzystniejsza z punktu widzenia podmiotów uprawnionych. Należy przede wszystkim mieć na uwadze, że wprowadzenie przepisu art. 446 § 4 k.c. jako podstawy dochodzenia zadośćuczynienia pieniężnego w przypadku śmierci osoby najbliższej umożliwia naprawienie szkody niemajątkowej bez względu na podstawę odpowiedzialności deliktowej, a nie jedynie – jak ma to miejsce w przypadku art. 448 k.c. – w przypadkach odpowiedzialności na zasadzie winy. Nowe uregulowanie zwalnia także członków rodziny zmarłego od poszukiwania konkretnego dobra osobistego, które zostało naruszone przez śmierć bliskiej osoby. Dochodzenie zadośćuczynienia za krzywdę wynikłą ze śmierci najbliższego członka rodziny jest warunkowane zaistnieniem zdarzenia powodującego śmierć najbliższego członka rodziny, wyrządzeniem i odczuwaniem krzywdy oraz co do zasady adekwatnego związku przyczynowego, a także dodatkowych okoliczności jak wina, czy działanie niezgodne z prawem, uzależnione od zasady odpowiedzialności w konkretnym przypadku wyrządzenia krzywdy. Jak podkreśla Sąd Najwyższy, utrata najbliższej osoby zawsze wywołuje ból, który odczuwany jest przez każdą osobę różnie i dlatego okoliczność ta nie wymaga dowodu.

Przyznanie zadośćuczynienia zależy od swobodnego uznania sądu rozstrzygającego sprawę. W Kodeksie cywilnym nie ustanowiono regułami kryteriów, w oparciu

o które sądy mogłyby ustalać wielkość sumy pieniężnej przyznawanej tytułem zadośćuczynienia. Z treści przepisów wynika, że kwota powinna stanowić „*odpowiednią sumę pieniężną*”. Zadośćuczynienie pieniężne jest środkiem stosowanym fakultatywnie, który ma wynagrodzić doznaną przez poszkodowanego szkodę niemajątkową, dlatego czynnikiem determinującym wysokość zadośćuczynienia jest rozmiar odczuwanej szkody niemajątkowej.

Czynnikami wpływającymi na wysokość zadośćuczynienia uznawanymi w doktrynie i orzecznictwie są: długotrwałość cierpień fizycznych i psychicznych, ich intensywność, rodzaj odniesionych obrażeń i ich wpływ na życie poszkodowanego, poczucie bezradności, konsekwencje w życiu osobistym i zawodowym i wiek poszkodowanego. Intensywność cierpień z powodu kalectwa jest większa u człowieka młodego, skazanego na rezygnację z radości życia, jaką daje zdrowie, możliwość pracy i osobistego rozwoju. Nie bez znaczenia dla rozmiaru poczucia krzywdy jest zachowanie się i postawa osoby odpowiedzialnej za szkodę wyrządzoną czynem niedozwolonym. Obojętne zachowanie się tej osoby wobec wyrządzonej szkody może pogłębić u pokrzywdzonego poczucie krzywdy.

Ustalając wysokość zadośćuczynienia, mającego rekompensować szkodę niemajątkową sąd powinien uwzględnić wszystkie elementy krzywdy, również te, które mogą ujawnić się w przyszłości, polepszenie lub pogorszenie stanu zdrowia. Zadośćuczynienie powinno być umiarkowane, a wysokość kwoty pieniężnej utrzymana w rozsądnych granicach, odpowiadającym aktualnym warunkom i przeciętnej stopie życiowej społeczeństwa.

Możliwość dochodzenia zadośćuczynienia wiązana była z odpowiedzialnością za skutki czynu niedozwolonego. Obecnie proponuje się, aby roszczenie o zadośćuczynienie pieniężne za doznaną krzywdę przysługiwało także w razie niewykonania umowy. Ma to istotne znaczenie w przypadku świadczenia usług medycznych na podstawie umowy, ponieważ pacjent uzyskaby możliwość wywodzenia swych żądań z przepisów o odpowiedzialności kontraktowej.

*Plk w st. spocz. prof. dr hab. Władysław WITCZAK*

*Ordynator Oddziału Chorób Wewnętrznych  
Szpitala Wojskowego w Lublinie  
Kierownik Katedry Prawa Medycznego Katolickiego  
Uniwersytetu Lubelskiego Jana Pawła II  
Członek Komisji Bioetycznej Wojskowej Izby Lekarskiej*

(przedruk ze „Skalpela” nr1/11)

# Jaki lekarz jest uprawniony do dokonywania obdukcji pacjenta?

## PYTANIE

Jaki lekarz może dokonywać obdukcji pacjenta? Czy lekarz w izbie przyjęć jest do tego uprawniony? Czy jakieś przepisy regulują to zagadnienie?

## ODPOWIEDŹ

W przypadku, gdy obdukcja ma być dowodem w postępowaniu karnym, powinna zostać wykonana przez lekarza-biegłego sądowego z zakresu medycyny sądowej, wpisanego na listę biegłych, prowadzoną przez prezesa sądu okręgowego. Na biegłego może zostać powołana także osoba spoza listy (tzw. biegły ad hoc). Także w sytuacji, gdy obdukcja zostanie wykonana przez lekarza, który nie został powołany na biegłego, organ prowadzący postępowanie karne zwykle kieruje na dodatkowe badania (obdukcję) przeprowadzane przez biegłego. (Odpowiedzi udzielono 15 lipca 2011 roku. Stan prawny dotychczas się nie zmienił).

## UZASADNIENIE

Biegły jest powoływany do konkretnej sprawy w drodze postanowienia organu prowadzącego postępowanie karne.

Powyższe sprawy są uregulowane w przepisach art. 193-200 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 roku – Kodeks postępowania karnego (Dz.U. nr 89, poz. 555 z późn. zm.). Przepisy tej ustawy określają także elementy, które musi zawierać opinia biegłego.

Jeżeli obdukcja nie musi mieć waloru dowodowego, co do zasady może ją przeprowadzić każdy lekarz. Przepisy prawne nie określają bowiem, jaką specjalizację musi mieć lekarz lub w jakiej formie powinien wykonywać zawód (w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego albo w ramach praktyki zawodowej), aby móc wykonać obdukcję. Obowiązują więc w tym zakresie ogólne zasady dotyczące wykonywania zawodu lekarza.

Natomiast jeżeli chodzi o możliwość wykonania obdukcji w izbie przyjęć, to należy zauważyć, że co do zasady w izbie następuje kwalifikacja pacjentów w celu ich przyjęcia do szpitala. Nie ma wprawdzie przepisu zakazującego dokonywania obdukcji w izbie przyjęć (jak wyżej wskazano, nie ma bowiem w ogóle takich przepisów), ale ze względu na wyżej wskazany cel istnienia izby przyjęć, należy przyjąć, że lekarz tam pracujący może odmówić wykonania obdukcji (rozumianej jako wydanie zaświadczenia, po przeprowadzeniu badania opisującego stwierdzone przez lekarza obrażenia ciała, i podanie ewentualnej przyczyny powstania tych obrażeń). Jeżeli natomiast z wewnętrznych regulacji obowiązujących w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego, a zwłaszcza dotyczących izby przyjęć, wynika, że istnieje taka możliwość, to nie ma przeszkód prawnych, aby wykonać obdukcję w izbie przyjęć.

*Małgorzata BRZOZOWSKA*

*radca prawny, ekspert Serwisu Prawo i Zdrowie  
www.abc.com.pl*

(przedruk z „Pomorskiego Magazynu Lekarskiego” nr10/11)

# Nadzieja w wyroku trybunału konstytucyjnego

## Pytanie:

– Jestem jedną z tych lekarek, które zostały ukarane w tym roku karą 10 tys. zł za brak złożenia w terminie sprawozdania o gospodarowaniu odpadami. Czy zmiana ustawy o odpadach, uchwalona przez Sejm 28 kwietnia 2011 r. i opublikowana w Dz. U. z 2011 r. nr 138, poz. 809, powoduje automatyczne umorzenie tej kary, skoro nałożona została na podstawie uchylonych przepisów?

## Odpowiedź:

Nowelizacja ustawy uregulowała nowe zasady odpowiedzialności za nieterminowe złożenie sprawozdań o odpadach, nie wprowadziła natomiast szczegółowych uregulowań w stosunku do osób ukaranych już karą na mocy starych przepisów, ani żadnych zasad umarzania wymierzonych kar. Oznacza to obowiązek zapłaty ka-

ry na zasadach określonych w prawomocnej decyzji organu.

Nowe przepisy wprowadziły natomiast nowe zasady odpowiedzialności za nieterminowe złożenie sprawozdań o odpadach. Przewidują one, że jeżeli posiadacz odpadów nie przekaże do Urzędu Marszałkowskiego zbiorczego zestawienia danych o odpadach w terminie do 15 marca każdego roku za poprzedni rok, podlega karze pieniężnej w wysokości 500 zł. W decyzji o jej wymiarzeniu marszałek województwa określa termin przekazania tego zestawienia nie krótszy niż 14 dni. W przypadku niezachowania również i tego terminu posiadacz może być ukarany karą 2 tys. zł. Kara w tej wysokości może być wymierzana wielokrotnie, z tym że łączna wysokość wszystkich kar za dany rok kalendarzowy nie może przekroczyć 10 tys. zł.

Odnosząc się do zapytania czytelniczki, należy mieć jednak na uwadze, iż przed Trybunałem Konstytucyjnym toczy się postępowanie wywołane pytaniem prawnym Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Łodzi w przedmiocie zbadania, czy przepis wprowadzający karę w wysokości 10 tys. zł jest zgodny z Konstytucją RP. W przypadku pozytywnego rozstrzygnięcia TK, tj. uznania niezgodności z Konstytucją zakwestionowanych

przepisów, będzie można dokonać wznowienia prawomocnego postępowania o wymierzeniu kary w terminie miesiąca od wejścia w życie orzeczenia Trybunału, co umożliwi odzyskanie zapłaconych kwot.

Paweł LENARTOWICZ  
prawnik OIL w Łodzi

(przedruk z „Panaceum” nr 1/12)

## CO PISZĄ INNI

# Czy choroba Alzheimera może nie być otępieniem?

Czy będziemy leczyli „zdrowych pacjentów”?

W powszechnej świadomości utarł się obraz osoby cierpiącej na chorobę Alzheimera, jako zagubionego starszego człowieka mającego problem z rozpoznawaniem osób i miejsc, stale dopytującego o to samo, nie pamiętającego, co działo się przed chwilą. Będąc opiekunem takiej osoby, trzeba poświęcić jej bardzo dużo własnego czasu i nadzorować niemal każdy aspekt jej życia. Opiekunowie, którzy są pokoleniem zstępnym (dzieci, wnuki), z reguły wykonują pracę zawodową i ten rodzaj opieki może być przez nich wykonywany w bardzo ograniczonym zakresie. Współmałżonkowie osób chorujących natomiast, sami są w wieku podeszłym i fizycznie oraz psychicznie mogą nie być w stanie skutecznie się nimi opiekować.

Jako lekarze, rozpoznając chorobę Alzheimera, posługujemy się uznanymi powszechnie kryteriami diagnostycznymi – zakładają one, że w tej chorobie musi być obecne postępujące otępienie. Za taki stan uważa się stałe zaburzenie pamięci oraz innych funkcji poznawczych (mowy, umiejętności wykonywania czynności, możliwości rozumienia i rozpoznawania, a także planowania czynności złożonych). Objawy muszą trwać co najmniej pół roku i zaburzać sprawność funkcjonowania codziennego pacjenta. Otępienie w chorobie Alzheimera najczęściej postępuje powoli, z okresami stabilizacji stanu pacjenta.

Z opisanego wizerunku pacjenta oraz kryteriów diagnostycznych, wyłania się obraz osoby uzależnionej w większym lub mniejszym stopniu od otoczenia. Pomimo, że z reguły uzyskujemy od opiekunów informacje o zaburzeniach pamięci trwających od wielu lat i postępujących stopniowo, a wiele osób świadomych istnienia schorzenia zgłasza się do nas już przy drobnych problemach, nie możemy rozpoznawać choroby ani wdrażać leczenia. Wynika to z faktu, że leki stosowane w celu zmniejszenia zaburzeń pamięci zarejestrowane są do leczenia choroby Alzheimera i nie mamy żadnych dowodów, że stosowanie ich wcześniej przynosi pożądane skutki. Poza tym, refundacja leków następuje jedynie w momencie postawienia tego rozpoznania.

Cóż więc należy robić, gdy przychodzi do nas osoba zgłaszająca problemy z pamięcią szczególnie dotyczącą bieżących faktów, które od jakiegoś czasu narastają? Jednocześnie pacjent jest w pełni samodzielny, względnie ma niewielkie problemy z czynnościami o wysokim stopniu trudności (np. obsługą kont bankowych, czytaniem skomplikowanych treści itp.).

Zgodnie z obecną wiedzą, jeśli te informacje uzyskane od pacjenta znajdują potwierdzenie w wywiadzie od osoby drugiej (nazywamy tę osobę „informatorem”) oraz jeśli w badaniach neuropsychologicznych wykonanych przez osobę doświadczoną w ocenianiu funkcji poznawczych ujawnimy odchylenia dotyczące tychże funkcji, możemy rozpoznać nowo zdefiniowaną jednostkę o nazwie „łagodne zaburzenia poznawcze” (skrót ŁZP ang. *Mild Cognitive Impairment*). Opis tego stanu nie został ujęty w powszechnie obowiązujących klasyfikacjach schorzeń, ponieważ wiedza na ten temat jest stosunkowo świeża i nie posiadaliśmy jej w czasie tworzenia tych klasyfikacji. Jednocześnie mamy już dostatecznie dużo dowodów na bardzo duże ryzyko, że pacjent cierpiący na ŁZP w ciągu kilku lat może zachorować na otępienie, w tym chorobę Alzheimera. Nam jednak nie pozostaje nic innego, jak edukowanie go o możliwości pogorszenia, ćwiczeniach funkcji poznawczych oraz konieczności wykonywania kolejnych badań kontrolnych do czasu rozpoznania otępienia i możliwości wdrożenia dostępnego leczenia.

Od lat wiadomo, że tłem choroby Alzheimera jest toczący się proces powstawania patologicznych białek, które odkładają się w obrębie drobnych naczyń oraz mózgowia, wywołując stan zapalny i wtórnie uszkodzenia neuronów. Efektem tego procesu jest obumieranie komórek wydzielających substancje neuroprzekaznikowe odpowiedzialne za procesy poznawcze. Białkiem patologicznym jest Amyloid (Aβ) o łańcuchu długości 40–42 aminokwasów. Powstaje on z białka prekursorowego amyloidu (ang. *APP*) na skutek działania enzymów tnących to białko na cząstki



mające tendencje do odkładania się w formie nierozpuszczalnych złożeń. Uszkodzenie neuronów przez A powoduje powstawanie w nich spletków neurofibrilarnych ufosforylowanego białka tau, które po rozpadzie obumarłych neuronów uwalnia się do płynu mózgowo-rdzeniowego. Nie znamy „technienia” uruchamiającego kaskadę amyloidową ale wiemy, że zaczyna ona się toczyć w mózgu 40-latków, którzy zachorują na pełnoobjawową chorobę Alzheimera po 60 roku życia. Do tego czasu być może zgłoszą się do specjalisty zajmującego się otępieniami jako świadomi, zaniepokojeni problemami z pamięcią pacjenci, ale pomoc ograniczy się do udzielenia informacji o możliwej przyszłości.

Nawet badania kliniczne nad nowymi lekami zakładały leczenie pacjentów z rozpoznaniem choroby Alzheimera, czyli wtedy kiedy opisany proces patologiczny uszkodził już ponad 80% neuronów. Wobec tego – nawet jeśli lek badany miałby szansę zahamować proces uszkadzający mózg – problemy poznawcze były już na tyle zaawansowane, że i tak pacjent pozostawałby niesamodzielny angażując w opiekę najbliższe otoczenie. Tak było do tej pory. Ostatnie lata „zapaliły światło w tunelu”. Spróbuję wyjaśnić dwie kwestie. Celem leczenia powinien być okres, kiedy pacjent jest samodzielny, a w jego mózgu z pewnością toczy się proces patologiczny odpowiedzialny za schorzenie. Zatrzymanie choroby w tym okresie byłoby idealną metodą postępowania. Dotąd brakowało jednak metod diagnostycznych przy pomocy których moglibyśmy nabyć pewność rozpoznania choroby Alzheimera przed ujawnieniem otępienia.

Pojawiły się metody (biomarkery) rozpoznawania stanu przedklinicznej choroby Alzheimera. I tu dochodzimy do wyjaśnienia tytułu artykułu. Choroba Alzheimera staje się powoli stanem, kiedy pacjent jest samodzielny, nie ma otępienia a zauważa tylko, potwierdzone przez informatora i neuropsychologa, charakterystyczne problemy poznawcze. Biorąc pod uwagę dzisiejsze kryteria diagnostyczne ten stan nazywamy „przedkliniczną chorobą Alzheimera”.

Naukowcy opracowali nowe metody diagnostyczne oraz udowodnili, że są one pewne. Do tych metod należą badania neuroobrazowe (obrazujące zmiany w mózgu typowe dla choroby) oraz metody oceny poziomu białek patologicznych w płynie mózgowo-rdzeniowym.

Do metod neuroobrazowych należą rezonans magnetyczny (RM) oraz pozytronowa tomografia emisyjna (PET). RM głowy z oceną zaniku mózgowia oraz objętościową oceną hipokampa (struktury, która jako pierwsza ulega zanikowi w typowej chorobie Alzheimera) jest badaniem stosunkowo mniej specyficznym (zanik zdarza się także w innych jednostkach chorobowych) oraz jeśli pracownia nie ma opracowanych norm (co w polskich warunkach jest rzadkością) wskazane jest udowodnienie narastania zaniku w kolejnych badaniach co odracza rozpoznanie. PET z oceną ilościową odkładającego się A jest badaniem bardzo kosztownym, a znaczniki używane do oznaczania białka patologicznego mają krótki czas półtrwania, więc nie można ich dostarczać

do pracowni. Należałoby produkować go lokalnie (czyli dla uruchomienia opłacalnego procesu produkcji trzeba by wykonywać dużą ilość badań, co niesie dalsze koszty). Z tych powodów badania neuroobrazowe są biomarkerami stosowanymi jedynie w celach naukowych. Ich zaletą jest nieinwazyjność.

Druga grupa biomarkerów jest niestety inwazyjna. Ich zaletą jest natomiast niska cena i prostota wykonania. Metoda polega na ocenie poziomu białek patologicznych w płynie mózgowo-rdzeniowym (PMR) pobranym za pomocą nakłucia lędźwiowego oraz we krwi obwodowej. Metoda oceny PMR jest czulsza i dokładniejsza (opracowano wartości będące normą) stąd jest ona metodą z wyboru. Przy pomocy oceny w PMR poziomu A (jego ilość w PMR spada w związku z odkładaniem w mózgowiu) oraz białka tau (jego poziom rośnie w związku z rozpadem coraz większej ilości uszkodzonych neuronów) uzyskujemy pewność toczącego się w mózgowiu patologicznego procesu Alzheimerowskiego. Być może wątpliwości budzi sama konieczność wykonywania inwazyjnej procedury nakłucia lędźwiowego, jednak jeśli istniałyby metody terapeutyczne hamujące rozwój procesu patologicznego, czy nie byłaby to wystarczająca korzyść przeważająca nad ryzykiem tej procedury. Poza tym każdy kto pracuje dłużej w neurologii pamięta czasy kiedy nakłucie lędźwiowe było jedną z niewielu metod diagnostycznych wykonywanych powszechnie bez znaczącej ilości powikłań przy właściwym przestrzeganiu procedur.

Czym wobec tego dysponujemy na dzień dzisiejszy? Umiemy rozpoznać chorobę Alzheimera bez otępienia. A co możemy z tą wiadomością zrobić? Otóż prowadzone są badania eksperymentalne nad lekami hamującymi odkładanie Aβ. Leki te aktywizują substancje zapobiegające powstawaniu tego białka (aktywizują enzymy tnące APP na rozpuszczalne fragmenty lub hamują enzymy tnące na fragmenty nierozpuszczalne), działają w mechanizmie immunologicznym (czynna lub bierna immunizacja doprowadzająca do rozpadu złożeń białka). Znane są też inne mechanizmy potencjalnie mogące zahamować rozwój choroby. Badania te prowadzone są bardzo intensywnie z dużym bezpieczeństwem dla pacjenta. Leki podawane są w sposób nieuciążliwy (krótkie wlewy, wstrzyknięcia podskórne wykonywane w dość dużych odstępach czasu).

Uważam, że badania przyniosą wreszcie znaczący postęp we wczesnym rozpoznawaniu choroby bez znaczących objawów na etapie samodzielności pacjenta i pozwolą znaleźć leki, które pacjenta w tym stanie utrzymają. I mam nadzieję, że ta nadzieja się ziści. Pozwolę sobie też zaznaczyć, że w naszym ośrodku prowadzimy większość badań w tym zakresie. Zapraszamy lekarzy zainteresowanych tematyką zaburzeń pamięci do współpracy.

*Robert KUCHARSKI, specjalista neurolog  
Kierownik Centrum Psychoneurologii Wieku Podeszłego  
NZOZ Dom Sue Ryder, 85-796 Bydgoszcz, ul. Roentgena 3;  
[www.domsueryder.org.pl](http://www.domsueryder.org.pl)*

(przedruk z „Primum Non Nocere” nr 2-3/12)

# Męskie sprawy i sprawki

Co czwarty mężczyzna w Europie umiera przed osiągnięciem wieku emerytalnego. Jeśli jest Polakiem lub Litwinem, ma jeszcze mniejsze szanse dożyć sędziwych lat. W Polsce aż 40% mężczyzn umiera w wieku 15–64 lat, na Litwie – 44%. Największe szanse na dożycie starości mają Szwedzi – ponad 80% z nich może odpocząć na zasłużonej emeryturze.

Przytoczone dane pochodzą z raportu analizującego stan zdrowia 290 mln mężczyzn z 34 krajów europejskich: 27 krajów Unii Europejskiej, trzech krajów kandydujących oraz Islandii, Norwegii, Liechtensteinu i Szwajcarii. Przedstawił je prof. Witold Zatoński, kierownik Zakładu Epidemiologii i Prewencji Nowotworów Centrum Onkologii w Warszawie, podczas konferencji „Różnice w zdrowiu w populacji Polski”.

## Ile to kosztuje

Koszty leczenia mężczyzn i kobiet kształtują się na podobnym poziomie. Ale opublikowana na początku roku analiza wydatków Narodowego Funduszu Zdrowia w 2009 r. wykazała, że mężczyźni między 45. i 65. rokiem życia stanowią jedną z trzech najbardziej kosztochłonnych grup pacjentów. Urzędnicy skorelowali ten wynik z większą zapadalnością na choroby układu krążenia. Dwie pozostałe grupy, których leczenie jest najdroższe, to kobiety między 18. i 40. rokiem życia oraz osoby po 65. roku życia. W ostatniej z wymienionych grup wprost proporcjonalnie do upływającego czasu koszty leczenia kobiet zaczynają odgrywać dominującą rolę, mimo że to mężczyźni powyżej 65. roku życia statystycznie częściej trafiają do szpitala. Na każdych 100 ubezpieczonych w wieku emerytalnym hospitalizowanych było w 2009 r. 55 mężczyzn i 42 kobiety. Specjalnie dla „Menedżera Zdrowia” analitycy zastanawiają się, dlaczego.

## Tytoń i alkohol

Im dalej na wschód, tym gorsze prognozy dla mężczyzn. W Rosji w 2007 r. mniej niż 50% panów dożyło 65 lat. Prof. Zatoński podczas konferencji „Różnice w zdrowiu w populacji Polski” podkreślił, że palenie tytoniu niemal w 50% tłumaczy różnice w długości życia mężczyzn na wschodzie i zachodzie Europy, natomiast nadużywanie alkoholu w jednej czwartej. Są to istotne czynniki ryzyka występowania chorób krążenia, wciąż najczęstszego zabójcy mężczyzn.

Krakowski Szpital Specjalistyczny im. Jana Pawła II jest przykładem placówki zdominowanej przez panów. Specjalizuje się w chorobach serca i płuc – organów, które u mężczyzn szwankują częściej. Rocznie hospitalizowanych jest 15.300 mężczyzn i zaledwie 8600 kobiet. Różnicę widać nawet w poradniach. Korzysta z nich o 15% więcej panów.

Doktor n. med. Anna Prokop-Staszecka, dyrektor Szpitala im. Jana Pawła II, jest pulmonologiem, praktykuje od prawie 30 lat. – *Zauważam, że na schorzenia płuc chorują coraz młodsi mężczyźni. Jedną z przyczyn jest coraz wcześniejsze rozpoczynanie palenia* – mówi.

## Stres i brawura

Ostatnio Światowa Organizacja Zdrowia zwróciła uwagę na rolę przewlekłego stresu psychospołecznego w determinowaniu umieralności. Jest to stres związany z warunkami pracy i życia rodzinnego, a także pozycją społeczną.

– *Modyfikacja czynników, które są źródłem stresu psychospołecznego, jest trudna, bo jest on generowany bardziej na poziomie populacji, a dotychczasowe próby ograniczenia jego skutków przez leczenie narażonych osób miały słabą skuteczność. Wydaje się jednak, że kobiety są mniej narażone i lepiej radzą sobie z przewlekłym stresem psychospołecznym* – mówi prof. Andrzej Pająk, dyrektor Instytutu Zdrowia Publicznego Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie.

Panowie umierają znacznie częściej niż kobiety z powodu wypadków, urazów i aktów przemocy – w pracy, na drodze i podczas uprawiania sportów ekstremalnych. Policja nie rozgranicza w oficjalnych statystykach płci ofiar śmiertelnych wypadków drogowych, ale wystarczy zerknąć na wykres dotyczący sprawców. Z danych w 2010 r. wynika, że winnymi 77,1% wypadków komunikacyjnych byli mężczyźni.

## Zaniedbanie

Z rejestru nowotworów Centrum Onkologii wynika, że w 2009 r. na nowotwory złośliwe zmarło 41 tys. kobiet i ponad 52 tys. mężczyzn. Nie da się ukryć, że w walce z nowotworami kobiety mają nieco łatwiej. Najczęściej chorują na raka piersi, który wcześniej wykryty ma dobre rokowania. Na mammografii wciąż zgłasza się tylko co czwarta Polka z grupy ryzyka, ale dzięki kampaniom medialnym sytuacja powoli się poprawia. Panie chętniej korzystają również z programów profilaktycznych raka jelita grubego.

– *Nowotwory najczęściej dopadające mężczyzn to rak płuc, przewodu pokarmowego i prostaty – trudniejsze do zdiagnozowania i leczenia niż nowotwory typowo kobiece* – mówi prof. Marek Pawlicki, krakowski onkolog. – *Pacjenci z nowotworem płuc dużo czasu tracą na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej. Oceniam, że trafiają do onkologów zazwyczaj z dwu-trzymiesięcznym opóźnieniem. Tracimy w ten sposób co najmniej 1–1,5 stopnia zaawansowania nowotworu.*

Wtórjuje mu dr Anna Prokop-Staszecka: – *Nierzadko pacjent dostaje od lekarzy POZ kilka antybiotyków, a nikt nie zleci mu wykonania zdjęcia RTG płuc.*

Rak płuc to nowotwór najczęściej powodujący śmierć mężczyzn i od niedawna również kobiet. Aż ponad dwie trzecie pacjentów diagnozowanych jest dopiero wówczas, gdy choroba ma wysoki stopień zaawansowania miejscowego lub doszło do przerzutów. By zwiększyć szanse na wcześniejsze wykrycie nowotworów płuc u mężczyzn, Krakowski Szpital im. Jana Pawła II w ubiegłym roku rozpoczął międzynarodowy projekt interdyscyplinarny pod nazwą Nelson. Celem jest ocena wartości wielorządowej tomografii komputerowej we wczesnej diagnostyce raka płuca. Do udziału zaproszono obecnych i byłych palaczy w wieku 50–74 lat. Potrzebowano 1800 osób. Okazuje się, że nakłonienie do badań tyłu mężczyzn, którzy nie mają dolegliwości, jest dużym wyzwaniem.

– *Zainteresowanie mężczyzn udziałem w badaniach jest niewielkie. To kolejny dowód, że panowie rzadziej korzystają z profilaktyki* – mówi dr Anna Prokop-Staszecka.

### Tchórzostwo

Na końcu listy przyczyn nadumieralności mężczyzn specjaliści w rozmowie z „Menedżerem Zdrowia” wymieniają niezmiennie mentalność. I zaraz potem zastanawiają się, czy nie jest to najważniejszy czynnik. Bo leży u podłoża nałogów, niehigienicznego trybu życia i braku profilaktyki. Profesor Marek Pawlicki mówi bez ogródek: – *Mężczyźni to tchórze. Jeszcze nie spotkałem pacjentki, która ze strachu odmówiłaby wykonania gastrokopii czy kolonoskopii. Tymczasem co trzeci mężczyzna ma wątpliwości. Trochę ze wstydu, trochę ze zwykłego strachu. Panowie zdecydowanie mniej ufają lekarzom. Nie wy-*

*konują badań, bo obawiają się diagnozy. Z perspektywy lekarza odnoszę wrażenie, że mają słabszy instynkt samozachowawczy. Anna Prokop-Staszecka znacznie częściej spotyka się z wypadkami dysymulacji mężczyzn niż kobiet. – Mamy wpojone stereotypy, że mężczyzna musi być twardy. A choroba jest oznaką słabości. Faceci nie płaczą, a do lekarza idą w ostateczności* – ocenia specjalistka. – *Kobiety są bardziej cierpliwe, nie zniechęcają ich tak łatwo kolejki na korytarzu przychodni, odległe terminy badań. Są przez to bardziej skuteczne w trosce o swoje zdrowie.*

### Ile lat życia

Ze statystyk wynika, że Polak, który świętuje 45. urodziny, może się spodziewać jeszcze 29 lat życia. Pod warunkiem, że rzuci palenie, nie będzie nadużywał alkoholu, będzie unikał stresu i ryzykownych zachowań, zacznie natomiast regularnie uprawiać sport, relaksować się i zadba o relacje międzyludzkie.

Doktor Prokop-Staszecka uczestniczyła ostatnio w konferencji, podczas której jeden z prelegentów poprosił o podniesienie ręki lekarzy obecnych na sali, którzy ukończyli 50 lat. Zgłosiło się kilkanaście osób. Chwile później poprosił o pozostawienie podniesionej dłoni medyków codziennie spacerujących ok. 40 minut. Las rąk znacznie się przerzedził.

– *Zgodnie z prawdą musiałam opuścić rękę. I tak sobie pomyślałam, że nie możemy mieć pretensji do społeczeństwa, że o sobie nie dba, skoro my, lekarze, palimy, nie uprawiamy sportów, obżeramy się wieczorami. Może zaczniemy rewolucję od siebie* – komentuje pulmonolog.

Natalia ADAMSKA-GOLIŃSKA

(przedruk z „Menedżera Zdrowia” nr 8/11)

## Umieralność mężczyzn w Polsce w latach 1970–2010

Umieralność mężczyzn w badanym okresie wahała się znacznie w różnych grupach wieku. Dla grup 0–14 lat najwyższy wskaźnik zanotowano w 1970 r., dla grup 15–29, 35–44 i 70–74 w 1980, a 30–44 i 45–69 w 1990. W 2010 r. zmiany w stosunku do 1970 r. były następujące:

Na 100 tys. urodzonych żywych chłopców do końca pierwszego miesiąca życia umierało 381, czyli 71% ogółu zmarłych w pierwszym roku niemowląt, przy czym w 86% przyczyną zgonów były wady rozwojowe oraz zaburzenia związane z czasem trwania ciąży. W grupie dzieci, które ukończyły sześć miesięcy, obserwujemy siedem zgonów na 100 tys. żywo urodzonych. Wyraźny

spadek wskaźnika umieralności obserwujemy w grupie dzieci i młodzieży do 15. roku życia, a w grupie 15–24 są one o 1/3 niższe niż przed 40 laty. Dla młodych dorosłych (25–44 lata) umieralność jest niższa już tylko o 15%, dla starszych (45–59 lat) praktycznie w porównaniu z rokiem 1970 nie obserwujemy poprawy: wskaźnik obecny – 99,7% tego z roku 1970. Mimo wzrostu liczby lekarzy, łóżek szpitalnych, nowych leków i nowych technologii, postęp jest zerowy. Nieco lepiej jest w najstarszej grupie (60–74), gdzie poprawa sięga 24%.

Przyczyny zjawiska wydają się złożone, ale niewątpliwie jedną z nich jest niechęć do korzystania ze świadczeń zdrowotnych przez mężczyzn w młodym i średnim



Grupy wieku	0–1	1–4	5–9	10–14	15–19	20–24	25–29	30–34	35–39	40–44	45–49	50–54	55–59	60–64	65–69	70–74
Wskaźnik (1970:100)	69,6	18,8	25,0	38,3	66,0	67,3	87,4	92,1	76,7	88,3	96,9	103,4	98,9	84,4	76,5	67,0

Źródło: Rocznik Demograficzny GUS 1971–2011

wieku z jednej strony, z drugiej – całkowity brak inicjatywy lekarzy POZ, którzy nie czują się odpowiedzialni za zdrowie podopiecznych w takim stopniu, aby wzywać osoby zarejestrowane choćby raz w roku, żeby sprawdzić czy żyją i czy nic złego się z nimi nie dzieje. Prawie zupełna likwidacja przemysłowej służby zdrowia, która prowadziła systematyczne badania okresowe, może mieć tu również duże znaczenie.

Kapitacyjny system opłacania POZ powoduje brak zahamowań w przyjmowaniu coraz większej liczby ubezpieczonych do jednego lekarza; gdyby wprowadzić wysoką stawkę kapitacyjną i – przynajmniej w miastach – ustalić górny limit podopiecznych na 1800 osób, na pewno lekarze znaleźliby czas na działania, które kiedyś nazywano czynnym poradnictwem: wzywanie pacjentów z określonych grup ryzyka na badania kontrolne.

Proponujemy uważnie przyjrzenie się tej propozycji nowemu ministrowi zdrowia, który – mamy nadzieję – również otrzymuje „Puls”. Bliższe szczegóły chętnie z nim omówimy.

Przy wsparciu ministra Michała Boniego przy Instytucie Spraw Publicznych powołano w ub. r. zespół do spraw zdrowia publicznego, współpracujący z wybitnymi specjalistami, m. in. z doradcą prezydenta PR dr med. Maciejem Pirogiem, byłymi ministrami i wiceministrami: Stanisławem Mlekodajem, Januszem Opolskim, Wojciechem Rudnickim i Andrzejem Wojtczakiem. Prace zespołu koordynuje prof. dr hab. Elżbieta Tarkowska. Zespół ten przygotował raport dotyczący pożądanych zmian w systemie ochrony zdrowia, a ponadto analizuje niektóre społeczno-ekonomiczne aspekty zdrowia Polaków, m.in. nadumieralność mężczyzn.

<http://www.isp.org.pl/publikacje,25,147.html>

## Wino i jego tajemnice

Winoterapią nazywamy zabieg, podczas którego resztki lub produkty pozostałe po produkcji wina, szczególnie czerwonego, zostają wtarte w skórę, dzięki czemu może ona wykorzystać działanie polifenoli i rezweratrolu. Najwięcej ich znajdziemy w skórkach i pestkach winogron. Są one perfekcyjnymi składnikami zabiegów pielęgnacyjnych.

### Zdrowie dla skóry

Winogrona bogate są w witaminy, minerały i pierwiastki śladowe. Znalezione w nich znaczne ilości witamin A, B, C i E, ale także sód, fluor, magnez, żelazo, potas, wapno i fosfor. Zawarte w nich antyoksydanty złuszczały obumarłe komórki naskórka, redukują stany zapalne, detoksykują, polepszają też kondycję i wspomagają procesy naprawcze zachodzące w skórze. Dzięki zawartości kwasów owocowych (winowego, jabłkowego i cytrynowego) aplikacja winogron lub resztek pochodzących z produkcji wina przyspiesza usuwanie martwych oraz uszkodzonych komórek skóry, jednocześnie stymulując produkcję nowych. Po zabiegu skóra jest zregenerowana i zrewitalizowana. Ekstrakt z winogron sprawdził się również jako czynnik redukujący przebarwienia posłoneczne i ciemne plamy, powstałe na skutek wahań hormonalnych i procesów starzenia się skóry. Winogrona

są zatem bogatym źródłem substancji chroniących naszą skórę przed przedwczesnym starzeniem się.

### Zbawienne odpady

Winogrono składa się z czterech podstawowych części: miąższu, szypułki, skórki i pestek. W procesie produkcji wina wykorzystywany jest tylko wyciśnięty z owoców sok, reszta jest uznawana za odpady produkcyjne. Odpady te zawierają całe bogactwo cennych substancji i to właśnie dlatego wykorzystywane są dzisiaj w wielu skutecznych zabiegach w ośrodkach spa i w gabinetach kosmetycznych. Pestki i gałązki są oddzielane, suszone, a potem wyciska się z nich olej z pestek winogron. Olej wyciskany na zimno ma najwyższą jakość. Olej z pestek winogron może powstawać z owoców różnego rodzaju. Dostarcza on skórze wielu składników odżywczych i jest częstym składnikiem kosmetyków. To doskonały emolient wygładzający suchą, ściągniętą skórę. Jest lekki i łatwo się wchłania. Ma również delikatne właściwości ściągające i lekko napina skórę, dzięki czemu nadaje się do pielęgnacji wszystkich jej rodzajów, nawet skóry tłustej i problematycznej. Olej z pestek winogron bogaty jest w kwas linolowy i nienasycone kwasy tłuszczowe, które są kluczowym elementem błon komórkowych. Dzięki obecności kwasu linolenowego olej ten ma silne

właściwości przeciwzapalne, które wspomagają np. walkę z trądzikiem. Zniszczona i zestresowana skóra może także odnieść wiele korzyści ze stosowania oleju z pestek winogron – będzie silnie odżywiona i odbudowana. Olej ten znany jest również ze swoich właściwości promieniochronnych. Ekstrakt z pestek winogron to silnie skoncentrowana mieszanka antyoksydantów. Badania prowadzone nad rezweratrolelem dowiodły, że hamuje on rozwój komórek nowotworowych, a aplikowany zewnętrznie przyspiesza gojenie się ran i redukuje ryzyko powstawania blizn. Ekstrakt może być kruszony lub rozdrabniany i mieszany z emolientami w celu wykonania masek na twarz i ciało, może też być dodawany do kąpieli.

Myszę, że ten zbawienny wpływ winoterapii na skórę zmęczonych doktorów, powinien być wsparty doustnie co najmniej jedną lampką wina czerwonego.

## Kąpiel w czerwonym winie

Pod strumień ciepłej wody, napełniającą kąpiel, wlej jedną lub dwie szklanki czerwonego wina. W kąpiel oddychaj głęboko i relaksuj się przez przynajmniej 20 minut.

## Francuska winna maska na twarz

Potrzebujemy: filiżankę glinki kaolinowej, ¼ filiżanki oleju z winogron, 2 łyżki stołowe czerwonego wina. Zmieszaj dokładnie olej i wino. Wlej miksturę do glinki i dobrze wymieszaj. By uzyskać gładką konsystencję maski, możesz użyć blendera.

Serdecznie pozdrawiam wszystkich.

Lek. stom. Paweł MAZUREK

(przedruk z „Częstochowskiej Gazety Lekarskiej” nr 4/11)

# Alkohol, truskawki... i żołądek

*Spożywanie alkoholu naraża śluzówkę żołądka na uszkodzenia, a że alkohol w różnych postaciach pijemy nader często – cenne są te badania, wyniki których mogą być przydatne do opracowania skutecznych form ochrony żołądka przed skutkami stosowania alkoholowych napojów, ale i prewencji oraz leczenia różnych chorób układu pokarmowego. Pomocne w tych działaniach okazują się być... truskawki.*

Badania prowadzone na szczurach wydają się wskazywać, że jedzenie truskawek chroni błonę śluzową żołądka przed uszkodzeniami powodowanymi przez alkohol. Zespół kierowany przez M. Battino z Politechniki Regionu Marche uzyskał wyniki opublikowane w „Plos One”, które przede wszystkim mogą okazać się przydatne dla opracowania metod prewencji i leczenia wrzodów żołądka oraz innych chorób układu pokarmowego.

Badacze karmili zwierzęta ilością truskawek odpowiadającą spożyciu 0,5 kg owoców dziennie, przez osobę o masie 70 kg. Zwierzęta otrzymywały wyciąg z tych owoców. Po upływie 10 dni jednej z grup zwierząt wprowadzono do żołądka alkohol etylowy. Wyniki okazały się zaskakujące.

U szczurów spożywających truskawki, alkohol spowodował znacznie mniejsze spustoszenie w obrębie śluzówki żołądka, niż u zwierząt nie spożywających owoców. Uszkodzenia były mniejsze nawet o 87%. U zwierząt nie jedzących owoców ubytki w śluzówce stanowiły nawet 22% jej powierzchni, podczas gdy u karmionych truskawkami tylko 3%.

Uczeni podkreślają, że ochronne działanie na błonę śluzową żołądka wyciągu z truskawek wynika z tego, że owoce te zawierają spore ilości związków znanych jako skuteczne przeciwutleniacze (antyoksydanty).

Przeciwutleniacze to cząsteczki neutralizujące wolne rodniki tlenowe, które są produktem metabolizmu, ale

ich ilość gwałtownie rośnie podczas tzw. stresu oksydacyjnego, a ten może być skutkiem oddziaływania na tkanki różnego rodzaju ksenobiotyków, w tym alkoholu. Nadmiar wolnych rodników jest jednym z czynników w rozwoju schorzeń układu pokarmowego. Należą do nich choroby przebiegające ze stanami zapalnymi jelit oraz nowotwory jelita, czy wrzody żołądka. Stres oksydacyjny skutkuje bowiem uszkodzeniami biomolekuł komórkowych, takich jak DNA, białka, węglowodany i lipidy. Szczególnie groźne są uszkodzenia DNA, gdyż destabilizacja genomu prowadzić może nawet do transformacji i nowotworzenia komórek.

W owocach, w tym w truskawkach, obecne są w dużych ilościach polifenole (barwniki roślinne) oraz witamina C, a te czynniki są skutecznymi antyoksydantami zwalczającymi wolne rodniki tlenowe (anionorodnik ponadtlenkowy, rodnik hydroksylowy). Co więcej, ekstrakt z truskawek aplikowany zwierzętom zwiększał w komórkach błony śluzowej żołądka aktywność enzymów uczestniczących w neutralizowaniu wolnych rodników. Do enzymów takich zaliczamy dysmutazę ponadtlenkową, katalazę czy peroksydazę glutationową. Są to białka kodowane w naszym genomie i stanowią element naturalnej endogennej ochrony antyoksydacyjnej.

Zatem dieta bogata w owoce i warzywa, w tym truskawki, może być skutecznym sposobem ochrony przed rozwojem chorób, które są wynikiem nasilonego stresu oksydacyjnego. Warto pomyśleć o wzbogaceniu diety w te smaczne składniki, a uczone badania takie mogą być pomocne w opracowywaniu coraz bardziej skutecznych metod prewencyjnych i terapeutycznych w zwalczaniu chorób układu pokarmowego, ale i zapewne wielu innych.

Marek JURGOWIAK

(przedruk z „Primum Non Nocere” nr 12/11)

## **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);  
nr konta: 54-1020-3668-0000-5102-0009-8277

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

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



**Centrum Opieki Paliatywnej „Betania” w Opolu,**  
45-555 Opole, pl. Kościelny 2, zatrudni lekarza na dy-  
żury pod telefonem na Oddziale Opieki Paliatywnej.  
**Kontakt:** tel. 608-098-892.

\* \* \*

**NZOZ Medrem-Poliklinika Sp. z o.o. w Opolu**  
ul. Katowicka 55 zatrudni w formie umowy cywilno-  
prawnej lekarza lub specjalistę chorób wewnętrznych

w godzinach od 8<sup>00</sup> do 12<sup>00</sup>, codziennie od poniedział-  
ku do piątku. **Szczegółowe informacje** pod numerem  
telefonu 77/423-26-61 lub 77/423-26-63.

\* \* \*

**Sprzedam unit stomatologiczny Exima** razem z  
końcówkami na światło i kamerę wewnątrzustną.  
**Tel. kontaktowy** 693-629-034.



ELSEVIER URBAN&PARTNER

**promocja  
wiosenna**

**Rabaty do  
50%**  
[www.elsevier.pl](http://www.elsevier.pl)

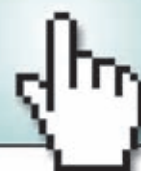
**Już od 20 marca  
do 8 kwietnia 2012**

Promocja tylko dla klientów indywidualnych na stronie [www.elsevier.pl](http://www.elsevier.pl).

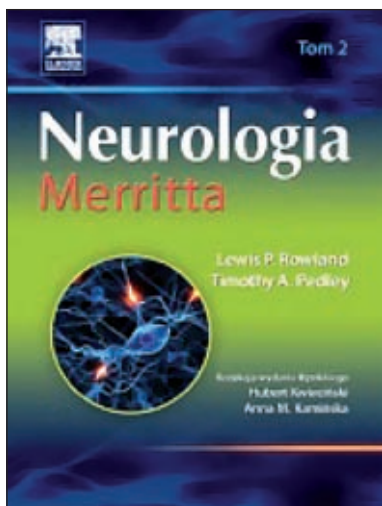
Elsevier Urban & Partner Sp. z o.o.  
ul. Kościuszki 29  
50-011 Wrocław  
[www.elsevier.pl](http://www.elsevier.pl)

KRS: Sąd Rejonowy Wrocław-Fabryczna, VI Wydział  
Gospodarczy, nr 0000123635, NIP: 898-001-39-48,  
kapitał zakładowy: 7 023 000 PLN

## ultrasonografy.pl



**Elsevier Urban & Partner Sp. z o.o., 50-011 Wrocław, ul. Kościuszki 29**  
**Zamówienia: [www.elsevier.pl](http://www.elsevier.pl); tel. 42/680-44-09, fax: 42/680-44-86**  
**e-mail: [zamowienia@elsevier.com](mailto:zamowienia@elsevier.com)**



## **Neurologia Merritta, III wydanie. Tom 2**

oprac. L.P. Rowland, T.A. Pedley  
wyd. III polskie, red. H.H. Kwieciński, A.M. Kamińska  
ISBN: 978-83-7609-523-3, format: 220x282, opr. twarda,  
cena det.: 159.00 zł, twoja cena: 143.10 zł (318 ELS pkt.)

Podręcznik przeznaczony jest dla szerokiego kręgu odbiorców. Odda usługi nie tylko tym, którzy rozpoczynają dopiero naukę neurologii, ale także tym, którzy zechcą poszerzyć uprzednio zdobyte wiadomości. Zawiera wyczerpujące informacje o częstych schorzeniach, z którymi stykamy się codziennie w naszej praktyce. Omówiono w nim aktualne zagadnienia nie tylko medyczne, ale także prawne i etyczne, dotyczące np. terminalnego okresu życia. Autorzy nie zapominają też o chorobach rzadkich. W tym wydaniu podręcznika pojawiły się nowe rozdziały poświęcone np. niedoborom przekazników glukozy czy zaburzeniom naprawy, transkrypcji i translacji DNA - jednostkom, które rozpoznajemy dzięki zastosowaniu najnowocześniejszych metod diagnostycznych.

Znakomicie zaplanowany, unowocześniony układ tej edycji pozwala na szybkie odnalezienie wszystkich informacji. Walory dydaktyczne podręcznika, uznawanego za jeden z najlepszych podręczników neurologii na świecie sprawiły, że jest on polecany w Polsce jako główne źródło wiedzy dla lekarzy przygotowujących się do państwowego egzaminu specjalizacyjnego w dziedzinie neurologii.

\* \* \*



## **Badanie psychiatryczne dzieci i młodzieży. Podręcznik kliniczny**

C. Cepeda  
wyd. I polskie, red. T. Wolańczyk  
ISBN: 978-83-7609-629-2, format: 140x204, opr. broszurowa, 448 stron, cena det.: 119.00 zł, twoja cena: 107.10 zł (238 ELS pkt.)

Praktyczny podręcznik adresowany do psychiatrów i psychologów dziecięcych, a w nim:

- ocena diagnostyczna i zasady efektywnej terapii,
- opis objawów psychopatologicznych,
- przypadki kliniczne,
- metody postępowania podczas badania psychiatrycznego szczególnych populacji młodych pacjentów,
- zasady komunikacji z rodziną.