



OPOLSKA
IZBA
LEKARSKA

Rok Założenia 1990

Sierpień–Wrzesień 2014

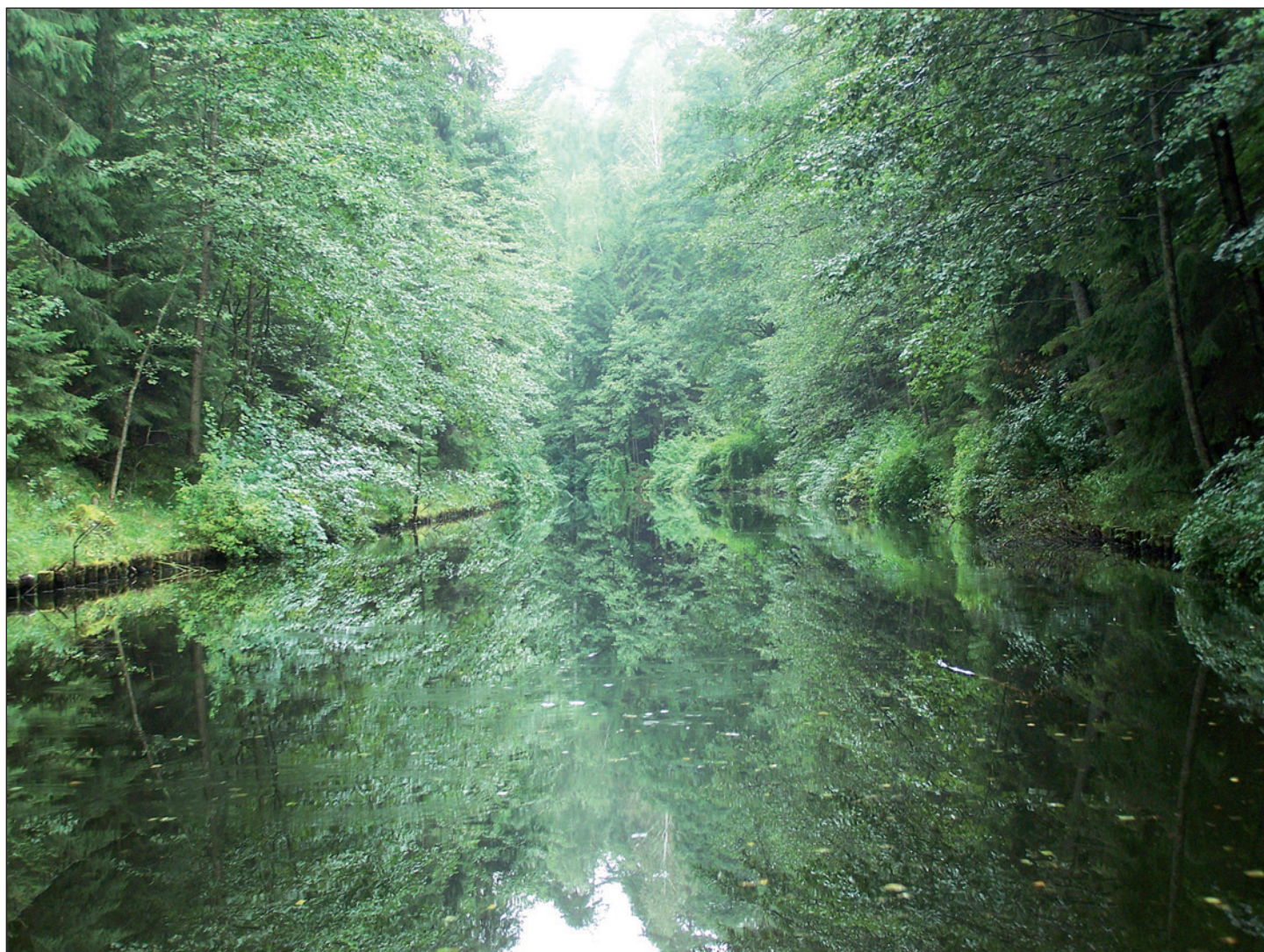
ISSN 1426-661X

BIULETYN INFORMACYJNY

Nr 215–216

OPOLSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

www.izbalekarska.opole.pl



Fot. Adam Bagiński

WYKOPALISKA

Maciej Bernhardt wymyślił sobie ruiny. Stworzył sanktuarium, które wciąż czeka na odkrywcę. Ekspozaty namalował drobniaczkowo – jak przystało na hiperrealistę.

Starożytne świątynie greckie przemawiają do nas dziś fragmentami, części dawnej świetności górują nad krajobrazem – najczęściej pofałdowanym, skalistym i wypiętrzonym. Niepełne budowle poświęcone bogom wyrastają na brzegach urwisk i nad przepaściami. Ale nie rażą. Przeciwnie – wtapiają się w naturę, łagodnie wnikają w przyrodę rzędami wyciosanych z marmuru kolumn. To nie gotyckie katedry, które chcą dotknąć chmur. Tu niebo opiera się na sześcianach i prostopadłościanach, kładzie się na płaskich lub lekko spadzistych dachach. Promienie słońca prześwietlają otwarte wnętrza, chodzą pomiędzy kamiennymi blokami, zatrzymują się u stóp posągów, rzeźbią muskuły Herkulesów i wygładzają dłonie Persefonom. Światło kręci się też wokół Kariatyd i dziewcząt Core, wpada w ich włosy i nabłyszcza usta, półcień natomiast maskują zadrapania i uszczerbki.

Barwione niegdyś panteony całkiem wypłowiały. Uległy erozji – pokruszyły się, złuszczyły, niektóre już się rozpadają. Wyglądają jak dezenterzy skazani na dożywocie za ucieczkę z pola walki. A przecież brały udział w tylu wojnach, widziały bitwy i odchodzące bataliony, stały bez ruchu, kiedy mierzono do nich z armat, trwały bez szmeru, kiedy strzelano do nich z czołgów. Patrzyły z góry na rumowiska miast, zbałwanione morza i wraki zatopionych okrętów.

Antyki każdego roku obrastają historią. Choć pomniejszane, coraz to uboższe o kolejne fryzy – i tak się bogacą. Bo wynosi je wiekowość, uszlachetnia pamięć stuleci, uświetniają odgłosy rozmów, jakie toczyli wśród nich Sokrates, Platon, Ksenofont i inni sławni. Wydaje się, że w kamieniach znajdują się skrytki dla słów i obrazów, że strzegą one tajemnic szeptanych kiedyś z ust do ust.

* * *

Maciej Bernhardt wymyślił sobie ruiny. Stworzył sanktuarium, które wciąż czeka na odkrywcę. Drobniaczkowo – jak przystało na hiperrealistę – namalował ekspozaty: zakurzone świeczniki i potłuczone kielichy, metalowe skrzynie, sprężyny, koła zamachowe i pordzewiałe maszyny. Zrekonstruował płaskorzeźby, kamienne podesty i ławy. W kryptach grobowych



i korytarzach umieścił posąжки bogów i władców. Jego królowie nie mają imion, lecz znawcy na pewno określą ich pochodzenie. Kiedy dwudziestego stycznia 1913 roku niemiecki archeolog Ludwig Borchardt (co za zbieżność nazwisk!) dzielił wykopaliska w egipskim Tell el-Amarnie (połowa miała zostać w Kairze), długo ważył w rękach „malowane popiersie gipsowe księżniczki z rodziny królewskiej”. Nie wiedział jeszcze, że to Nefretete. Ale od razu wyczuł odkrycie stulecia. Kilka dni później królowa wyruszyła w podróż do Berlina. Jej popiersie należy do najsłynniejszych na świecie.

Maciej Bernhardt też ma intuicję. Jako dziecko waleśsał się po Nowej Hucie. Archeolodzy poszukiwali tam śladów dawnych kultur, a jego ojciec szkicował odnalezione skarby: gliniane pucharki, dzbanki i wazy, grzebienie, kolczyki i bursztynowe paciorki, miedziane sztylety i krzemienne groty, przęśliczki, ciężarki i szpulki. Dbał o detale, rysował szczeliny i pęknięcia, zaznaczał ornamenty. Żaden szczegół nie umknął jego uwadze. W mieszkaniu wszędzie leżały rysunki, kartki opatrzone notatkami i szyframi zajmowały stoły i tapczany. Przyszły malarz poznawał nazwy starych przedmiotów, a pod zabrudzonymi, fałszywymi barwami poszukiwał pierwotnych odcieni. Próbował odczytać historie, usłyszeć tamte odgłosy i dźwięki.

Obrazy z cyklu „Sanktuarium” są wyciszone, stonowane; barwy jakby dopiero co wyszły spod ziemi. Soczyste kolory krzyczą z płócien, gdzie wyginają się modelki i gdzie palą się młodzieńcy. Ale to zupełnie inna historia.

Agnieszka KANIA

A miało być tak pięknie – słońce, szum fal, delikatny szmer liści drzew, pogodne niebo i spokój... po prostu spokój. A tymczasem nasi niezawodni aktorzy głównej sceny zafundowali nam niezłe igrzyska – i to w najgorszym z możliwych, stylu! Afera goni aferę, podsłuchy, taśmy, oskarżenia – jazgot i jeszcze raz jazgot.

Na dodatek miłościwie nam panujący Pan Minister dostał takiego dopału, że w iście ekspresowym tempie przeprowadza przez Parlament swoje – pozał się Boże – pomysły kolejkowo-onkologiczne. Reperkusje tych działań znalazły swoje odbicie również na łamach tego najnowszego numeru Biuletynu.

Znajdziecie tutaj zresztą więcej tekstów dotyczących aktualnych spraw – klauzuli sumienia, zapisów prawnych, problemów na linii lekarz – pacjent itd.

Jak zapewne zauważyliście, ten numer Biuletynu jest również – jak poprzedni – podwójny. Jest to związane głównie z cyklem wydawniczym i kolportażem „Gazety Lekarskiej”, jednak niemałe znaczenie ma tutaj podjęcie przez naszą Izbę polityki oszczędnościowej, mającej na celu zgromadzenie środków na przeprowadzenie niezbędnych prac remontowych w naszej siedzibie.

Zostawiam Was więc ze świeżą lekturą i do kolejnego – październikowego numeru Biuletynu.

Jerzy B. LACH

SZPALTA PREZESA

Koleżanki i Koledzy,

Okres wakacyjny powinien być wolny od stresów i frustracji. Ale niestety Ministerstwo zafundowało nam „powtórkę z rozrywki”. I nie chodzi tu bynajmniej o rozrywkę rozumianą jako umiłanie czasu. Wręcz przeciwnie. Komisja Zdrowia zajmuje się aktualnie pakietem ustaw, określonym jako pakiet antykolejkowy i pakiet onkologiczny. Specjalnie użyłem sformułowania „zajmuje się” a nie „pracuje nad”, bowiem trudno mówić o pracy w sytuacji, w której jakiegokolwiek poprawki są od razu odrzucane jako niezgodne z ideą zmian. I nie mają nawet znaczenia sygnały ze strony prawników, że niektóre z proponowanych zmian mogą się okazać niekonstytucyjne – chęć jak najszybszego przepchnięcia tych projektów jest ponad wszystkim.... również ponad zdrowym rozsądkiem.

Modułowy system specjalizacji ostatecznie rozpocznie swoje funkcjonowanie od jesieni bieżącego roku. Zatwierdzone zostały nowe programy specjalizacji, natomiast weryfikacja ośrodków szkolących ograniczona została do złożenia przez te ośrodki oświadczenia o spełnianiu warunków do prowadzenia szkolenia. Otwarta została jednocześnie możliwość dla nowych podmiotów, które dotychczas akredytacji nie posiadały, aby mogły występować o uzyskanie takich uprawnień. Stąd mój apel do wszystkich ordynatorów i kierowników oddziałów, aby przyjrzeni się wymogom, które muszą być spełnione (personalnym, organizacyjnym, sprzętowym) i jeżeli tylko jest taka możliwość – występowali do CMKP o akredytację do prowadzenia specjalizacji lub staży kierunkowych do specjalizacji.

Jerzy JAKUBISZYN

Pakiet kolejkowy – pismo Prezesa NRL

NRL/ZRP/MK/479-1/1252/2014

Warszawa, dnia 10 lipca 2014 r.



PREZES
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
Maciej Hamankiewicz

Koleżanki, Koledzy,

Chciałbym poinformować, że w Sejmie trwają prace nad tzw. pakietem kolejkowym opracowanym przez Ministra Zdrowia pana Bartosza Arłukowicza.

Projekty ustaw składających się na pakiet kolejkowy zostały przesłane samorządowi lekarskiemu do za-

CO SŁYCHAĆ W IZBIE

opiniowania. Dzięki uważnej lekturze tych przepisów przez wielu naszych kolegów Naczelna Rada Lekarska zgłosiła ponad 30 uwag do projektowanych przepisów. Serdecznie dziękuję za aktywny udział w opiniowaniu ważnych dla służby zdrowia ustaw.

Pierwsze czytanie projektów ustaw odbyło się na posiedzeniu Sejmowej Komisji Zdrowia w dniu 9 lipca 2014 r. Ministerstwo Zdrowia i posłowie koalicji rządzącej zamienili proces legislacyjny w farsę. Najpierw przegłosowano, że wszystkie projekty ustaw będą omówione i przyjęte jednego dnia, mimo że materia jest obszerna, o dużym znaczeniu dla pacjentów i środowisk medycznych, a wszyscy partnerzy społeczni oraz posłowie opozycji postulowali o wnikliwą analizę zaproponowanych

rozwiązań. W rezultacie obrady nad znaczną częścią przepisów toczyły się w porze nocnej i zakończyły prawie o północy. Nie jest to normalna pora dla przyjmowania aktów prawnych w państwie demokratycznym.

Z niekrytym oburzeniem informuję Koleżanki i Kolegów, że wszystkie poprawki zgłoszone przez partnerów społecznych, w tym samorząd lekarski i samorząd pielęgniarów i położnych zostały odrzucone, bez jakichkolwiek wyjaśnień Ministra. Nie to jednak budzi największy sprzeciw, lecz fakt, że strona rządowa nie zamierza prowadzić jakiegokolwiek dialogu opartego na wymianie argumentów. Z zażenowaniem stwierdzam, że na większość naszych poprawek zgłoszonych w czasie prac legislacyjnych strona rządowa reprezentowana przez Ministra Bartosza Arłukowicza odpowiadała, że „stanowisko Rządu jest negatywne”. Taka postawa jednoznacznie dowodzi lekceważącego stosunku władz rządowych do 170-tysięcznej grupy zawodowej lekarzy oraz do 300-tysięcznej grupy pielęgniarów i położnych oraz szeregu innych organizacji. Władza wykazała się wyjątkowo bulwersującą arogancją.

W wyniku lakonicznego sprzeciwu Ministra Zdrowia i posłów z koalicji rządzącej wobec wszelkich poprawek zgłaszanych przez samorząd lekarski oraz samorząd pielęgniarów i położnych oraz innych partnerów społecznych nie dowiedzieliśmy się, dlaczego Ministerstwo jest przeciwnie proponowanym przez nas rozwiązaniom.

Z kronikarskiego obowiązku odnotować należy, że dowiedzieliśmy się jednak od Ministra Zdrowia, dlaczego chce wprowadzić dla lekarzy POZ wskaźnik wykrywalności nowotworów i dlaczego osoby, które nie osiągnęły tego wskaźnika będą karane odebraniem prawa wystawiania kart leczenia onkologicznego. Z wyjaśnień Ministra wynika, że odebranie uprawnień nie jest karą, lecz ... nagrodą – ci którzy osiągnęli wymagany wskaźnik otrzymają nagrodę w postaci tego, że nie odbierze się im uprawnień, a ci którzy nie osiągnęli wskaźnika też otrzymają nagrodę, ponieważ będą mogli skorzystać z nieodpłatnego szkolenia w zakresie wykrywania nowotworów!

Chciałbym jeszcze dodać, że postawa polityków rządzącej koalicji wzbudziła nie tylko nasze oburzenie, znaczna część polityków partii opozycyjnych opuściła obrady Sejmowej Komisji Zdrowia na znak protestu przeciwko takiemu niedopuszczalnemu sposobowi procedowania nad ważnymi ustawami.

Na koniec chciałem przekazać koleżankom i kolegom informację w jakich obszarach zgłaszaliśmy uwagi do projektu ustaw, przypominając, że wszystkie te uwagi zostały odrzucone.

Nasze uwagi dotyczyły między innymi:

1. wprowadzenia wskaźnika skuteczności rozpoznania nowotworów, od którego uzyskania uzależnia się prawo lekarza POZ do wydawania kart leczenia onkologicznego. Tego rodzaju ograniczenie prawa wykonywania zawodu jest nie do przyjęcia i spotkało się ze zdecydowanie krytyczną oceną Naczelnej Rady Lekarskiej.

2. domagaliśmy się wprowadzenia mechanizmu egzekwowania przez obywateli prawa do świadczeń gwarantowanych udzielanych w rozsądnym terminie poprzez ustalenie maksymalnego okresu oczekiwania w kolejce na świadczenie, po upływie, którego pacjent mógłby, na koszt NFZ, wykonać to świadczenie w dowolnie wybranej placówce w kraju lub za granicą. Skoro proponowany pakiet ustaw ma skrócić kolejki, to wydaje się to najlepszym rozwiązaniem dyscyplinującym NFZ do zapewnienia realnej dostępności świadczeń.

3. oczekiwaliśmy wprowadzenia zmian sposobu wyceny świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych przez NFZ, tak aby uwzględnione zostały nie tylko bezpośrednie koszty świadczenia, ale także konieczne koszty związane z działaniem podmiotu udzielającego świadczenie

4. kwestionowaliśmy konieczność wprowadzenia osobnego druku „karty leczenia onkologicznego”, która budzi zastrzeżenia w kontekście prawa pacjenta do ochrony tajemnicy leczenia. Popierając inicjatywę stworzenia szybkiej ścieżki diagnostycznej i leczniczej dla osób cierpiących na choroby nowotworowe uważamy, że stworzenie osobnej karty wyróżniającej się kolorem i kształtem niepotrzebnie ujawnia otoczeniu, że jej posiadacz cierpi na określony rodzaj schorzenia

5. w ramach społecznej kontroli działania władz publicznych domagaliśmy się udziału przedstawicieli samorządu lekarskiego w pracach Rady NFZ oraz rad oddziałów wojewódzkich NFZ.

6. domagaliśmy się wykreślenia zapisów, z których wynika, że Minister Zdrowia będzie uprawniony do ustalania ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń w ramach kontraktu z NFZ bez konieczności zasięgnięcia opinii przedstawicieli środowiska lekarskiego.

7. domagaliśmy się wykreślenia zapisów upoważniających NFZ do kontrolowania gabinetów lekarskich bez ograniczenia długości trwania kontroli oraz bez ograniczenia liczby kontroli.

8. domagaliśmy się zachowania statusu konsultanta krajowego jako eksperta współpracującego z Ministerstwem Zdrowia, a nie bezwolnego wykonawcę poleceń służbowych.

Szanowne Koleżanki i Koledzy, proponowane przez Ministra Zdrowia rozwiązania nie rozwiążą problemów pacjentów i nas lekarzy. Nie rozwiążą problemu kolejek. Nie poprawią losu chorych onkologicznie. Mimo tego nieszczęsnego przebiegu posiedzenia Sejmowej Komisji Zdrowia nie zaprzestaniemy prób naprawy systemu opieki nad chorymi w Polsce. Liczymy na wsparcie całego środowiska lekarzy i lekarzy dentystów, mając nadzieję, że rządzący przestaną być głusi na merytoryczne uwagi środowisk pacjenckich i medycznych.

PREZES
Naczelnej Rady Lekarskiej
Maciej Hamankiewicz
Maciej Hamankiewicz

POSIEDZENIA OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ

W dniu 21 maja br. odbyło się kolejne posiedzenie Okręgowej Rady Lekarskiej w Opolu. Program zebrania obejmował:

1. Przyznanie praw wykonywania zawodu.
2. Rejestrację podmiotów prowadzących szkolenie dyplomowe lekarzy.
3. Zmiany w rejestrze indywidualnych praktyk lekarskich.
4. Przyznanie świadczeń z Funduszu Samopomocy i dofinansowanie udziału w imprezach sportowych.
5. Wyznaczenie przedstawicieli OIL do komisji konkursowych.
6. Podjęcie uchwał w sprawie zmiany wysokości składki członkowskiej.
7. Podjęcie uchwały w sprawie wyasygnowania pieniędzy na logistyczne przygotowanie remontu siedziby OIL.
8. Powołanie Komitetu Organizacyjnego obchodów 25-lecia Opolskiej Izby Lekarskiej.
9. Sprawozdanie z majowego posiedzenia NRL i posiedzenia Konwentu Prezesów ORL.
10. Sprawozdanie członków Rady z działalności pomiędzy posiedzeniami.
11. Sprawy różne i wolne wnioski.

Ad 1.

O wpis na listę członków OIL zwrócili się:

- lek. Karolina Łuczak – przeniesienie z DIL,
- lek. Dominik Dziad – przeniesienie z ŚIL.

Uchwały przyjęto jednogłośnie.

Ad 2.

Państwowa Medyczna Wyższa Szkoła Zawodowa w Opolu organizująca w dniu 27 maja br. konferencję pt.: „Senior.eu – pozytywne starzenie” zwróciła się z prośbą o przyznanie 6 punktów edukacyjnych. Uchwałę przyjęto jednogłośnie.

Oddział Noworodków Krapkowickiego Centrum Zdrowia zwrócił się o przyznanie punktów edukacyjnych za organizację konferencji neonatologicznej w dniu 29 maja br., a także o jej dofinansowanie. Uchwałę w sprawie przyznania 4 punktów przyjęto jednogłośnie. Uchwała w sprawie wsparcia konferencji kwotą 500 zł została podjęta przy 3 głosach przeciwnych.

Firma Amader s.c. zwróciła się z prośbą o przyznanie 4,5 punktu edukacyjnego za szkolenie dla lekarzy dentyстів w dniu 7 czerwca br. pt. „Licówki – pełna estetyka i funkcjonalność”. Uchwałę przyjęto jednogłośnie.

Stowarzyszenie na Rzecz Autyzmu „Uczymy się żyć razem”, przy współudziale Opolskiego Urzędu Marszałkowskiego, zorganizuje w dniu 10 czerwca br. szkolenie pt. „Zespół autystyczny, od podejrzenia do diagnozy”. Stowarzyszenie wystąpiło do Izby z wnioskiem o zare-

jestrowanie jako podmiot szkolący lekarzy i jednocześnie – jako organizacja pożytku publicznego – poprosiło o zwolnienie z opłaty rejestracyjnej, która wynosi 500 zł. Rada przy poparciu 7 członków postanowiła o całkowitym zwolnieniu z opłaty rejestracyjnej, jednocześnie jednogłośnie przyznano konferencji 5 punktów edukacyjnych.

Ad 3.

Jednogłośnie przyjęto uchwałę o wykreśleniu z rejestru praktyki lek. Marii Gabriel-Smudy.

Ad 4.

Dwoje lekarzy zwróciło się do Funduszu Samopomocy o przyznanie zapomogi w związku z wypadkiem losowym. W jednym przypadku świadczenie przyznano przy 1 głosie wstrzymującym, a w drugim – jednogłośnie.

W przypadku trzeciego podania, po burzliwej dyskusji ustalono, że Prezes zwróci się z pismem do składającej wniosek o przedstawienia swojej aktualnej sytuacji materialnej.

O dofinansowanie udziału w Mistrzostwach Polski w Siatkówce Piłkowej w Niechorzu zwrócili się Paweł i Witold Pędichowie. Uchwałę przyjęto przy 8 głosach poparcia, 1 przeciw i 7 wstrzymujących się.

Ad 5.

Starostwo Powiatowe w Kędzierzynie-Koźlu zwróciło się do Rady z prośbą o wyznaczenie jej przedstawiciela do komisji konkursowej na zastępcę dyrektora ds. medycznych – zaproponowano kol. Jacka Mazura.

Dyrekcja Szpitala Ginekologiczno-Położniczego w Opolu poprosiła o wyznaczenie przedstawiciela Izby do komisji konkursowej na stanowisko pielęgniarki oddziałowej Oddziału Położniczego Rooming-in, Noworodków i Wcześnieńców – zaproponowano kol. Krzysztofa Wiśniewskiego.

Dyrekcja Opolskiego Centrum Onkologii prosiła o wyznaczenie przedstawiciela Izby do komisji konkursowej na stanowisko naczelnego pielęgniarki (wytypowano kol. Piotra Tokara) oraz przewodniczącego i członków komisji konkursowych na stanowiska ordynatorów na wszystkich oddziałach OCO. Rada zaproponowała ten sam skład dla wszystkich komisji: na przewodniczącego – kol. Jerzego Jakubiszyna, a na członków kol. kol. Zbigniewa Kowalika i Lidię Czopkiewicz.

Ad 6.

Do Rady został złożony jeden wniosek o obniżenie wysokości składki członkowskiej do 10 zł z powodu osiągnięcia wieku emerytalnego. Uchwałę podjęto jednogłośnie.

Ad 7.

Jednogłośnie przyjęto uchwałę o zabezpieczeniu kwoty 97.933,73 zł i przeznaczeniu jej na przygotowanie doku-

mentacji projektowej i nadzór autorski w trakcie realizacji remontu budynku Izby dla architekt Marii Słoty-Pudy. Kwota ta jest niższa od pierwotnie przewidywanej, ponieważ udało się wynegocjować z wykonawcą obniżenie wynagrodzenia z 4,5% na 4% kosztów całej inwestycji. Kol. Olejnik zaproponował, aby wypłata w/w kwoty miała miejsce w dwóch-trzech transzach, przy czym ostatnia transza zostałaby wypłacona dopiero po uzyskaniu pozwolenia na budowę. Przyjęto również, że zapisy takie zostaną zawarte w umowie, która zostanie podpisana między prezesem Izby a panią architekt.

Ad 8.

Rada powołała Komitet Organizacyjny obchodów 25-lecia izb lekarskich w następującym składzie: Jerzy Lach – przewodniczący oraz Aleksander Wojtyłko, Marta Rodziewicz-Kabarowska, Zbigniew Kowalik oraz Wiesław Latała.

Kol. Lach przedstawił możliwości ubiegania się o nadanie z tej okazji odznaczeń państwowych. Kol. Martyniszyn zaproponował, by zwrócić się do przedstawicieli poszczególnych delegatur o wytypowanie osób, które w ciągu minionego ćwierćwiecza zasłużyły się dla lokalnych społeczności lekarskich i zabiegać również w poszczególnych starostwach o nadanie im odznaczeń regionalnych. Prezes zobowiązał się do wystosowania odpowiednich pism do przewodniczących delegatur.

Ad 9.

Kol. Jakubiszyn poinformował, iż na ostatnim spotkaniu Konwentu Prezesów pracowano nad nowym regulaminem dotyczącym opłacania składek członkowskich. Zaproponowano, aby wszyscy lekarze i lekarze dentyści do 75 r. ż. płacili tę samą składkę, natomiast po 75 r. ż. nie płacili nic, nawet, gdy pracują.

Kol. Lach przedstawił wyniki wyborów uzupełniających na stanowisko zastępcy sekretarza NRL, została nim lek. dent. Anna Lella. Decyzją Naczelnej Rady Lekarskiej w jej komisjach znaleźli się również Opolanie: Marta Rodziewicz-Kabarowska w Komisji Etyki Lekarskiej, Tadeusz Chowaniec w Komisji ds. Emerytów i Rencistów, Jerzy Lach w Komisji ds. Kultury, Tomasz Mazur w Komisji Młodych Lekarzy.

Na majowe posiedzenie NRL przybył prof. Jacek Jassem, prezes Polskiego Towarzystwa Onkologicznego, który przedstawił główne założenia tzw. „Cancer-planu”, jednocześnie skrytykował propozycje Ministra Zdrowia, który pewne elementy tego planu włożył do swojego pakietu antykolejkowego.

Ad 10.

Kol. Latała poinformował o konferencji z okazji 10-lecia podpisania listu intencyjnego o współpracy pomiędzy Izbą Lekarską a Opolskim Oddziałem Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego, która odbyła się w poprzednią sobotę w Pałacu w Kamieniu Śląskim.

Kol. Kowarzyk przedstawił informację o podpisaniu nowej umowy na korzystanie z programu prawniczego

dla Izby. Umowę tę udało się podpisać na znacznie lepszych warunkach finansowych, niż poprzednio.

Kol. Dryja przedstawił krótkie sprawozdanie z ćwiczeń ratowniczych przeprowadzonych na dużą skalę wspólnie z Wojewódzką Komendą Policji w Opolu oraz z Państwową Medyczną Wyższą Szkołą Zawodową w Opolu.

Kol. Lach zaproponował, aby Biuletyn Informacyjny ukazał się w najbliższych miesiącach zgodnie z cyklem wydawniczym „Gazety Lekarskiej” – wspólny numer czerwcowo-lipcowy oraz wspólny numer sierpniowo-wrzesniowy – co pozwoli to na spore oszczędności. Pomysł spotkał się z aprobatą i został przyjęty.

Kol. Martyniszyn poinformował o zakończeniu akcji odnowienia płyty nagrobkowej dr Liebarta (zbiórka pieniędzy odbyła się w trakcie dorocznego Balu Karnawałowego).

Ad 11.

Izba Lekarzy Weterynarii wystosowała zaproszenie na swój Zjazd Sprawozdawczo-Wyborczy. Izbę reprezentować będzie kol. Kowarzyk.

Prezes przedstawił organizację „Apostołowie Opinii”, której działanie polega na polubownym przekonaniu internautów o wycofaniu obraźliwych wpisów na forach internetowych dot. lekarzy. Spotkanie z nimi odbędzie się w trakcie czerwcowego posiedzenia Prezydium.

Kol. Kowarzyk poinformował o nowelizacji ustawy o kombatanach, którzy powinni być przyjmowani do każdego lekarza specjalisty bez skierowania, najpóźniej w ciągu 7 dni od zgłoszenia.

Po wyczerpaniu porządku obrad posiedzenie zakończono.

Sekretarz ORL
lek. dent. Barbara HAMRYSZAK

Prezes ORL
dr n. med. Jerzy
JAKUBISZYN

* * *

W dniu 25 czerwca br. odbyło się następne posiedzenie Okręgowej Rady Lekarskiej w Opolu. Pod nieobecność Prezesa zebranie zostało poprowadzone przez Wiceprezes Jolantę Smerkowską-Mokrzycką. Program zebrania obejmował:

1. Przyznanie praw wykonywania zawodu.
2. Rejestrację podmiotów prowadzących szkolenie podyplomowe lekarzy.
3. Zmiany w rejestrze indywidualnych praktyk lekarskich.
4. Przyznanie świadczeń z Funduszu Samopomocy i dofinansowanie udziału w imprezach sportowych.
5. Wyznaczenie przedstawicieli OIL do komisji konkursowych.
6. Podjęcie uchwał w sprawie zmiany wysokości składki członkowskiej.
7. Sprawozdanie z posiedzenia Konwentu prezesów ORL w dniu 13.06.2014.

8. Sprawozdanie członków Rady z działalności pomiędzy posiedzeniami.

9. Sprawy różne i wolne wnioski.

Ad 1.

O wpis na listę członków OIL zwrócili się:

- lek. dent. Anita Bublik – przeniesienie z ŚIL;
- lek. Jan Myrta – przeniesienie z ŚIL;
- lek. Dorota Kukulska – przeniesienie z Warszawy;
- lek. Michał Buchowiecki – przeniesienie z DIL.

Uchwały przyjęto jednogłośnie.

Ad 2.

Brak wniosków.

Ad 3.

Grupowa Praktyka Lekarska „Medyk” z Namysłowa zwróciła się z wnioskiem o wykreślenie praktyki z rejestru naszej Izby. Uchwałę przegłosowano jednogłośnie.

Ad 4.

Do Funduszu Samopomocy wpłynęły dwa wnioski o zapomogi z powodu zdarzeń losowych. Uchwały przyjęto jednogłośnie.

W związku z wnioskiem o zapomogę jednej z lekarzy w poprzedniego miesiąca, która została zobligowana przez Radę do dokładniejszego wyjaśnienia swojej sytuacji materialnej, wobec dotychczasowego braku reakcji ze strony zainteresowanej, zdecydowano o przełożeniu podjęcia decyzji w tej sprawie do następnego posiedzenia Rady.

Lek. dent. Paweł i Witold Pędichowie zwrócili się do Izby o wyasygnowanie kwoty 90 zł na pokrycie kosztów Mistrzostw Polski w Siatkówce Lekarzy, które były organizowane przez naszą Izbę w kwietniu br. Prośba ta wywołała burzliwą dyskusję pomimo przeprowadzenia głosowania, w którym 7 członków Rady głosowało za, 1 był przeciw, a 4 wstrzymało się od głosu. W związku z tym kol. Mazur zgłosił wniosek o reasumpcję głosowania w tej sprawie: za głosowało 11 członków, 1 był przeciwny. Następnie kol. Martyniszyn złożył kolejny wniosek o zebranie wymienionej kwoty wśród członków Rady. Jego wniosek przyjęto jednogłośnie i członkowie Rady złożyli się wspólnie na pokrycie kosztów poniesionych przez braci Pędichów.

Ad 5.

Brak wniosków.

Ad 6.

Do Rady wpłynęły podania:

Jednego lekarza o zwolnienie z opłacania składki na czas nieokreślony z powodu zaprzestania wykonywania zawodu.

Dwóch lekarzy o czasowe zwolnienie z opłacania składki na czas określony (1.06.2014 do 30.04.2017 i 1.06.2014 do 31.10.2014).

Jednego lekarza o obniżenie składki do 10 zł z powodu osiągnięcia wieku emerytalnego.

Wszystkie uchwały przyjęto jednogłośnie.

Ad 7.

Kol. Smerkowska-Mokrzycka w zastępstwie Prezesa przedstawiła temat poruszany podczas ostatniego posiedzenia Konwentu. Prezesi zaproponowali zmiany w regulaminie opłacania składek przez członków okręgowych izb, a mianowicie: wszyscy pracujący lekarze i lekarze dentyści do 75 r. ż. będą płacić po 60 zł miesięcznie, stażyści po 10 zł, a członkowie po 75 r. ż. będą ze składki całkowicie zwolnieni. Po burzliwej dyskusji, kol. Mazur zaproponował, aby nasza Rada określiła swoje stanowisko w tej kwestii. Za wnioskiem o podwyższenie składki członkowskiej dla pracujących lekarzy i lekarzy dentyistów, bez określenia jej wysokości, głosowało 9 osób, 3 były przeciw, 2 osoby wstrzymały się. (*Uchwała – patrz poniżej*)

Ad 8.

Kol. Mazur przedstawił relacje ze spotkania Rzeczników Praw Lekarzy poszczególnych Izb. W dużych Izbach funkcje te sprawują zespoły lekarsko-prawnicze, a każda izba posiada inny regulamin pracy Rzecznika. Postanowiono więc na tym spotkaniu regulamin ujednolicić. Ponadto zastanawiano się nad sposobami obrony lekarzy przed atakami ze strony prasy oraz pacjentów. Zespół z DIL-u postanowił wydawać gazetkę informacyjną dla pacjentów przedstawiającą ww. problemy. Rozwinęła się kolejna dyskusja. Kol. Wojtyłko poparł pomysł lekarzy z DIL-u, a kol. Martyniszyn wieszczył jeszcze większe represje i „nagonkę” prasową na lekarzy. Z kolei kol. Mijas uważał, że wszyscy lekarze powinni zachowywać się niezwykle etycznie względem siebie, szczególnie dotyczy do młodych lekarzy – konieczne jest kształcenie w tym kierunku.

Kol. Wojtyłko poinformował o odbytej konferencji „Wyzwania pediatrii XXI w. Urazy u dzieci i młodzieży”, zorganizowanej ostatnio przez Państwową Medyczną Wyższą Szkołę Zawodową w Opolu, która została bardzo wysoko oceniona przez uczestników.

Ad 9.

Kol. Smerkowska-Mokrzycka poinformowała o zajęciu II miejsca w XI Ogólnopolskich Mistrzostwach Izb Lekarskich w Żeglarskim w klasie Omega przez drużynę opolskich lekarzy dentyistów w składzie: Sylwester Pikor, Anna Adamska, Jolanta Korjat.

Członkowie Rady zaproponowali, aby w ogólnopolskich obchodach 25-lecia istnienia naszego Samorządu nasza Izba była reprezentowana przez kol. kol.: Ryszarda Kwiecińskiego, Marka Sabata, Stanisława Kowarzyka, Wojciecha Osińskiego, Zbigniewa Kuzyszyna, Małgorzatę Łuszczynską-Ostrowską, Ewę Noceń-Firlej, Jolantę Smerkowską-Mokrzycką oraz Stanisława Chruszczyka. Obok nich, w jubileuszowych obchodach udział wezmą Opolanie – członkowie organów Naczelnej Izby Lekarskiej: Jerzy Jakubiszyn, Jerzy Lach, Marta Rodziewicz-Kabarowska, Jacek Miarka i Rafał Pędich. Na listę rezerwową zaproponowano dr Tadeusza Chowańca.

Stanowisko**Okręgowej Rady Lekarskiej w Opolu****z dnia 25 czerwca 2014 r.****w sprawie projektowanych zmian w uchwale
dotyczącej składek członkowskich**

Okręgowa Rada Lekarska w Opolu opowiada się za:

- podwyższeniem wysokości składki członkowskiej dla wszystkich czynnych zawodowo lekarzy i lekarzy dentyistów do 75 roku życia,
- zwolnieniem z opłacania składki członkowskiej wszystkich lekarzy i lekarzy dentyistów po ukończeniu 75 roku życia,
- utrzymaniem obniżonej (10zł) składki dla lekarzy i lekarzy dentyistów stażystów.

*Sekretarz ORL**lek. dent. Barbara HAMRYSZAK**Wiceprezes ORL**lek. dent. Jolanta
SMERKOWSKA-
MOKRZYCKA**Sekretarz ORL**lek. dent. Barbara HAMRYSZAK**Wiceprezes ORL**lek. dent. Jolanta
SMERKOWSKA-
MOKRZYCKA*

SPRAWOZDANIE Z POSIEDZENIA KOMISJI STOMATOLOGICZNEJ OIL W OPOLU

W dniu 23 czerwca br. w siedzibie OIL w Opolu odbyło się kolejne posiedzenie Komisji Stomatologicznej VII Kadencji. Kol. J. Smerkowska-Mokrzycka – Przewodnicząca Komisji, przedstawiła bieżące informacje z pierwszego posiedzenia Komisji Stomatologicznej Naczelnej Rady Lekarskiej, które odbyło się 5 czerwca br. Na spotkaniu tym nowa Przewodnicząca KS NRL Agnieszka Ruchała-Tyszler przedstawiła kierunki działania Komisji na najbliższą Kadencję. Należąc do nich będą: kształcenie przed- i podyplomowe, możliwości pracy w zawodzie i jakość pracy lekarza dentyisty, analiza systemu NFZ w zakresie świadczeń stomatologicznych, regulacje dotyczące zawodów pomocniczych, wzmacnianie pozycji lekarzy dentyistów w UE i poza jej granicami.

Na tym samym posiedzeniu dokonano wyboru na stanowisko wiceprzewodniczącego KS, którym został Andrzej Baszkowski oraz sekretarza KS, którą została Małgorzata Lindorf. KS powołała również swoje zespoły robocze i wybrała ich przewodniczących:

- Zespół ds kształcenia lekarzy dentyistów z przewodniczącą Alicją Marczyk-Felba,
- Zespół ds NFZ – przewodniczącą Anita Pacholec,
- Zespół ds wykonywania zawodu – przewodniczącą Jerzy Gryko,

- Zespół ds zawodów pomocniczych – przewodniczącą Jolanta Smerkowska-Mokrzycka,
- Zespół ds standardów – przewodniczącą Ewa Miękus-Pączek.

Ponadto postanowiono pozostawić stary regulamin dotyczący składu i zasad działania KS NRL. W czasie spotkania poruszano także temat skierowań do specjalistów w dziedzinach stomatologicznych – większość lekarzy dentyistów jest za nie wystawianiem skierowań.

W dalszej części spotkania naszej Komisji Stomatologicznej kol. Mokrzycka przedstawiła i omówiła obszerne fragmenty przyjętego przez KS NRL stanowiska w sprawie limitu przyjęć na kierunki lekarsko-dentyistyczne. Komisja negatywnie ocenia proponowany przez MZ limit, uważając, że zwiększenie limitu przyjęć będzie skutkowało obniżeniem jakości kształcenia przed- i podyplomowego, a rosnąca liczba absolwentów stomatologii przewyższać będzie zapotrzebowanie na lekarzy dentyistów. Przewodnicząca przekazała także inne informacje, między innymi to, że:

- NRL stoi na stanowisku, że należy przywrócić staż podyplomowy na minimum 6 miesięcy.
- Jesienią wejdą jednolite 3-letnie moduły specjalizacji dla większości specjalności stomatologicznych.

nych (w przypadku chirurgii stomatologicznej będą to 4 lata, a w chirurgii szczękowo-twarzowa nawet 6 lat).

- NFZ przymierza się do ogólnopolskiej akcji weryfikowania świadczeń (za lata 2008–14) i może to być prowadzone w formie niezapowiedzianej wizytacji.
- Nie ma na razie jasnej opinii prawnej, czy szkolenia prowadzone nieodpłatnie przez poszczególne izby lekarskie powinny być obciążone podatkiem, który należy odprowadzić do właściwego Urzędu Skarbowego.
- NRL planuje wystąpić z pismem do MZ w sprawie nieodpowiedniego reklamowania się niektórych członków naszej korporacji zawodowej.
- 6 grudnia br. odbędą się ogólnopolskie obchody z okazji 25-lecia Samorządu Lekarskiego.

Następnie poruszano nasze opolskie sprawy:

- W dniach 24–26 października br. w Rytrze odbędzie się Konferencja Naukowo-Szkoleniowa Lekarzy Stomatologów na temat „Interdyscyplinarne

leczenie pacjentów z chorobą przyzębia wokół zębów i implantów zębowych”, w której koszt uczestnictwa wynosi 790 zł.

- W XI Mistrzostwach Izb Lekarskich w Żeglarskim w klasie Omega załoga w składzie: S. Pikor, A. Adamska i J. Korjat zajęła II miejsce.
- Kolejne posiedzenia KS zaplanowano na: 11 września, 20 października i 18 grudnia 2014 r.

W wolnych wnioskach kol. Małgorzata Pokuszyńska-Baran przekazała informację, że termin wprowadzenia elektronicznej dokumentacji pacjenta został przesunięty na sierpień 2017 r. z powodu niekompletnych baz danych pacjentów w NFZ, a kol. Wiesław Latała zaprosił na wspólne posiedzenie naukowo-szkoleniowe PTS i KS OIL we wrześniu na tematy chirurgiczne, w której prelegentem będzie Pani Prof. M. Dominiak.

Sekretarz KS
Lek. stom. Anna ADAMSKA

Przewodnicząca KS
Lek. stom. Jolanta
SMERKOWSKA-
MOKRZYCKA



PODJĘTO WALKĘ O DOBRE IMIĘ LEKARZY

Bezpodstawne oszczerstwa, zarzuty nie mające oparcia w rzeczywistości oraz szkalujące opinie publikowane w internecie, to problemy, z którymi boryka się większość polskich lekarzy. Walka z niewidocznymi krytykantami jest bardzo trudna. **Nie jest jednak niemożliwa.** Właśnie wystartował program SecureMED+, z którego mogą skorzystać wszyscy lekarze, chcący walczyć o swoje dobre imię.

Jaki jest cel projektu?

Twórcami projektu są specjaliści z zakresu prawa oraz doświadczeni analitycy danych. Efektem ich pracy jest pierwsze skuteczne narzędzie do monitoringu, weryfikacji danych i ochrony wizerunku lekarzy w internecie. Raz zszarganą opinię bardzo trudno odbudować, dlatego tak ważne jest stałe śledzenie tego, co na temat naszej osoby publikuje się w sieci.

Misją projektu jest przede wszystkim uświadomienie lekarzom, że mają prawo do walki o swoje dobre imię i nie są pozostawieni sami sobie, że mogą liczyć na wsparcie w tej niełatwej batalii. Autorzy programu podkreślają, że era anonimowości i bezkarności w sieci dobiegła końca.

Co da Ci program SecureMED+?

Dołączając do programu SecureMED+ zyskujesz możliwość **stałego monitorowania opinii** na swój te-

mat, publikowanych w serwisach: tematycznych (zbierających oceny oraz komentarze o lekarzach i placówkach medycznych), lokalnych, reklamowych, tematycznych, bazach danych, na forach oraz portalach. Możesz także weryfikować Twoje **dane teleadresowe** dostępne na poszczególnych stronach internetowych. Nieaktualny numer telefonu kontaktowego lub błędny adres e-mailowy, może znacznie utrudnić, a nawet uniemożliwić pacjentowi kontakt z Tobą. Dodatkową wartością są informacje na temat efektywnego zarządzania swoim wizerunkiem w internecie, z których możesz w każdej chwili skorzystać.

Logując się do swojego konta na stronie programu, zyskujesz dostęp do następujących danych:

- jakości i liczby opinii na Twój temat,
- oceny Twojego wizerunku,
- średniej opinii nt. lekarzy z Twojej specjalizacji w danej lokalizacji (miasto, kraj) – możliwość porównania,
- treści komentarzy oraz bezpośrednie odnośniki do serwisów, w których ktoś dodał opinię na Twój temat,
- nacechowanie opinii (czy jest ona pozytywna, negatywna czy neutralna),

- prawdopodobieństwa znalezienia opinii na Twój temat (tzw. „znajdywalność” podana w %)

Jeżeli uznasz, że wybrana opinia mija się z prawdą lub jest dla Ciebie krzywdząca, **możesz w każdej chwili zgłosić ją do usunięcia**, za pomocą przycisku „zgłoś”, który znajduje się obok danego komentarza.

Jak dołączyć do programu?

Narzędzia SecureMED+ są dostępne dla zarejestrowanych użytkowników. By dołączyć do programu należy wejść na stronę www.securemed.pl, wypełnić formularz rejestracyjny i poczekać na wiadomość mailową, w której przekazane zostaną dane do logowania. Okres oczekiwania wynika z faktu, że administrator serwisu musi po prostu dopasować zgłoszenie do właściwej osoby. Czasami zdarza się tak, że kilku lekarzy ma te same imiona i nazwiska, co wydłuża nieco proces weryfikacji. Po otrzymaniu ww. danych można już swobodnie logować się do systemu i korzystać ze wszystkich możliwości programu.

Dlaczego warto walczyć z oszczerczymi opiniami?

Analizy pokazują, że w wyniku usunięcia opinii, ograniczamy ryzyko jej ponownego pojawienia się do zaledwie 2%, a ogólna liczba ataków na daną osobę spada o 95%. Ma to związek z wysoką, bo wynoszącą aż 73%, wykrywalnością sprawców. Brak reakcji skutkuje natomiast problemami zawodowymi oraz utratą autorytetu.

Warunki korzystania z SecureMED+

Każdy zarejestrowany użytkownik serwisu może korzystać ze wszystkich możliwości programu, czyli: dostępu do analiz i opinii publikowanych w sieci oraz opcji zgłaszania wybranej opinii do usunięcia.

Program SecureMED+ to pierwsze tego typu rozwiązanie na polskim rynku. Stanowi odpowiedź na szerzące się zjawisko bezkarności w internecie. Wraz ze startem projektu skończył się czas, kiedy lekarze byli pozostawieni sami sobie i nie dysponowali narzędziami umożliwiającymi skuteczną walkę o swoje dobre imię.

PLAN SZKOLEŃ PROWADZONYCH W RAMACH KOMISJI KSZTAŁCENIA OIL NA II PÓŁROCZE 2014 r.

Termin	Kierownik naukowy	Temat	Miejsce szkolenia
12.IX. 2014 r. (piątek) godz. 15.00–18.00	mgr Jerzy Nowosielski	Przepisy BHP dla lekarzy dentystów	Kluczbork (zapisy u dr Ewy Noceń-Firlej)
10.X. 2014 r. (sobota) godz. 16.00–19.00	dr Marek Dryja – Konsultant Wojewódzki w dziedzinie ratownictwa medycznego	Ratownictwo medyczne – udzielanie I pomocy w gabinecie lekarza i lekarza dentysty	Kluczbork (zapisy u dr Ewy Noceń-Firlej)
Październik 2014 r. (poniedziałek-czwartek) godz. 9.00–14.00 (termin w trakcie ustalania)*	dr Andrzej Sznajder – Konsultant Wojewódzki w dziedzinie radiologii i diagnostyki obrazowej	Radiologia i diagnostyka obrazowa (4 dni – dla lekarzy wszystkich specjalności będących w trakcie specjalizacji w dziedzinie chorób wewnętrznych)	Zakład Diagnostyki Obrazowej WCM w Opolu, al. Witosa 26
04.X. 2014 r. (sobota) godz. 10.00–14.00**	dr Marek Dryja – Konsultant Wojewódzki w dziedzinie ratownictwa medycznego	Ratownictwo medyczne – udzielanie I pomocy w gabinecie lekarza i lekarza dentysty	Sala konferencyjna WCM Opole, al. Witosa 26
11.10. 2014 r. (sobota) I grupa***	dr Krzysztof Waszkiewicz	Stany nagłe w gabinecie lekarskim – postępowanie praktyczne	Centrum Ratownictwa Medycznego w Opolu, ul. Mickiewicza 2
24.X. 2014 r. (piątek) godz. 10.00–15.00**	mgr Wojciech Krówczyński	Ochrona danych osobowych – Grawena Edu – Kraków (dla lekarzy medycyny i lekarzy dentystów)	Opolska Izba Lekarska Opole, ul. Grunwaldzka 23
08.11. 2014 r. (sobota) II grupa***	dr Krzysztof Waszkiewicz	Stany nagłe w gabinecie lekarskim – postępowanie praktyczne	Centrum Ratownictwa Medycznego w Opolu, ul. Mickiewicza 2
Nr kursu 5-730/1-12-285-2014 część I* 14–16.11. 2014 r. (piątek-niedziela) część II* 21–23.11. 2014 r. (piątek-niedziela)	dr Marek Lenart Konsultant Wojewódzki w dziedzinie zdrowia publicznego	Zdrowie publiczne (dla lekarzy w trakcie specjalizacji) – kurs kończy się egzaminem testowym	Opolska Izba Lekarska Opole, ul. Grunwaldzka 23
grudzień 2014 r. godz. 9.00–13.00 (termin w trakcie ustalania)*	dr Wiesława Błudzin – Konsultant Wojewódzki w dziedzinie chorób zakaźnych	Zakażenia HIV i choroba AIDS (2 dni – dla lekarzy w trakcie specjalizacji z chorób zakaźnych, rehabilitacji medycznej, chirurgii ogólnej oraz mgr fizjoterapii w trakcie specjalizacji z fizjoterapii)	Opolska Izba Lekarska Opole, ul. Grunwaldzka 23

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

** prosimy o zgłaszanie chęci uczestnictwa w w/w szkoleniach telefonicznie – 77/454-59-39 do siedziby OIL w Opolu. Za uczestnictwo w szkoleniu przysługuje 5 pkt. edukacyjnych.

*** zgłoszenia na kurs – strona internetowa: www.opole.szkolenia@hipokrates.org

Małgorzata ŁUSZCZYŃSKA–OSTROWSKA

OCRONA DANYCH OSOBOWYCH W PRAKTYCE LEKARSKIEJ

Zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych, każda praktyka lekarska zobowiązana jest do prowadzenia dokumentacji przetwarzania danych osobowych bez względu na to, czy ich przetwarzanie jest w formie tradycyjnej, czy elektronicznej. Do przestrzegania procedur powinien zostać powołany administrator bezpieczeństwa informacji, czyli osoba odpowiedzialna za przestrzeganie wszystkich zasad przetwarzania danych osobowych. Jeśli chcesz:

- samodzielnie pełnić obowiązki administratora ochrony danych i nie płacić z tego tytułu innym;
- mieć pewność, że Twoje dane są należycie zabezpieczone;
- być przygotowanym na wypadek kontroli inspektora GODO lub Państwowej Inspekcji Pracy: weź udział w kursie. Każdy uczestnik otrzyma wzory dokumentów wymaganych do ochrony danych osobowych, niezbędnych w razie kontroli.
- **Termin szkolenia:** 24 października 2014 r. (piątek); rozpoczęcie o godz. 10.00, zakończenie o godz. 14.00
- **Miejsce szkolenia:** siedziba Opolskiej Izby Lekarskiej w Opolu przy ul. Grunwaldzkiej 23.
- **Program szkolenia:**

1. Wykład I – Jak bronić się przed nowymi zagrożeniami utraty danych

- Jak tworzyć kopie zapasowe,
- Co Internet o mnie wie. Bezpieczeństwo i anonimowość,
- Jak bezpiecznie korzystać z usług w Internecie,
- Jak bezpiecznie korzystać z bankowości elektronicznej i nie dać się naciągaczom,
- Jak chronić pocztę elektroniczną.

2. Wykład II – Jak samodzielnie zadbać o bezpieczeństwo swoich danych

- Niezbędne wymagania bezpieczeństwa,
- Jak poradzić sobie z rolą administratora ochrony danych,
- Zakres szkolenia zespołu medycznego,
- Jak przygotować się na kontrolę inspektora GODO,
- Jaki jest zakres kontroli,
- Jak dokumentacja jest wymagana do kontroli.

COACHING W MEDYCYNIE

Najczęściej o coachingu mówi się przy okazji rozwoju pracowników w firmie. Ostatnio jest coraz więcej informacji o jego stosowaniu w praktyce lekarskiej. Jest to wspieranie pacjenta w poszukiwaniu i dokonywaniu zmian w sposób zgodny z jego oczekiwaniami oraz podążaniu wraz z nim w kierunku jego zdrowienia, przy wykorzystaniu jego zdolności i umiejętności.

Rolą coachingu jest towarzyszenie pacjentowi w taki sposób, aby zdobył przekonanie, że posiada wiele, sobie tylko właściwych, zasobów i możliwości. Mając tego świadomość, wspierany przez lekarza, określa kierunek zmian we własnym zachowaniu w sobie tylko właściwy sposób.

Lekarz, stosujący techniki coachingowe, towarzyszy pacjentowi inspirując go do działania poprzez uświadamianie mu za pomocą pytań – innej, szerszej perspektywy funkcjonowania. Możliwości określa pacjent. To są jego wybory i odpowiedzialność za dokonywanie zmian.

Metoda ta wyzwala indywidualny potencjał tkwiący w każdym pacjencie. Przy profesjonalnym wsparciu lekarza-coacha pacjent dąży do realizacji konkretnych celów, a także – co najważniejsze – do zmiany postaw

w dłuższej perspektywie czasu. Dzięki temu, w wielu przypadkach, potrafi zmobilizować się do zmiany stylu życia, zmierzyć się z ograniczeniami związanymi z chorobą i konstruktywnie podejść do rekonwalescencji.

Coaching ostatnio staje się bardzo modną dyscypliną. Powstają nowe szkoły coachingu i wiele osób już po krótkim przeszkoleniu określa siebie jako coacha fachowca. Tymczasem jest to umiejętność wymagająca bardzo dużego doświadczenia i pracy nad sobą, aby umieć podążać za pacjentem i za pomocą pytań wskazywać mu kierunek, w którym chce lub do którego może zmierzać. Coaching jest niezwykle skuteczną techniką wzmacniania chęci pacjenta, aby stosował się do wszystkich zaleceń lekarskich i dzięki temu zachował lub odzyskał nadszarpnięte zdrowie. Lekarz wydaje diagnozę i określa postępowanie lecznicze, daje pacjentowi określone zalecenia związane z procesem dochodzenia do zdrowia i często ze smutkiem stwierdza przy kolejnej wizycie, że nie są one przestrzegane. Z różnych powodów pacjent bagatelizuje problem, odkłada leczenie na później lub zmienia lekarza, jak w dowcipie o psie myśliwskim, w którym lekarz zalecił zmienić psa jedzenie, a właści-

ciel zdecydował się zmienić lekarza, bo psu karma bardzo smakowała.

W przypadku, kiedy powodzenie leczenia zależy od zmiany zachowań pacjenta bardzo skuteczne w pracy lekarza są techniki coachingowe, które zmieniają perspektywę spojrzenia pacjenta na powstały problem zdrowotny, często powiązany z problemami mentalnymi w myśl zasady, że ciało jest zwierciadłem duszy. Warto mieć przeświadczenie, że pacjent jest dostatecznie zmotywowany do określonego postępowania. Jeśli tak nie jest, to coaching może dać pacjentowi odpowiedź co może zrobić, aby zyskać motywację do określonych działań. Technika coachingowa zadawania odpowiednich pytań w celu wydobywania najważniejszych wartości dla pacjenta tworzą bazę, na której jak ogień można rozpalić jego chęć do poprawy stanu zdrowia. Ledwo tłący się płomień, bierność w działaniu, skazują pacjenta na długotrwałe leczenie z małym skutkiem. Wiara w to, że mi się uda coś zmienić, wyjść z choroby, wziąć się za bary ze swoim losem to połowa sukcesu. Lekarz może czynnie uczestniczyć w tym procesie nie wchodząc w relację terapeuty odpowiedzialnego za postępowanie pacjenta, lecz w rolę osoby coacha pozostawiającego pacjentowi wybór i pokazującemu mu drogę, którą powinien ochotczo iść, aby dokonał się w nim proces szybkiego zdrowienia. Przy odpowiednim przygotowaniu lekarza krótka sesja pytań na początku, w trakcie wywiadu lub na zakończenie wizyty, dać pacjentowi możliwość przejrzenia się jak w lustrze w swojej sytuacji oraz uświadomienia wyznawanych wartości, które motywują go do zmiany. Jeśli nie mamy w sobie motywacji do działania, to nawet nie chce się nam poruszyć palcem w bucie, bo

i po co...? Wspieranie pacjenta poprzez szukanie wartości, które motywują go do przestrzegania zaleceń lekarza to jedno z zadań coachingu w medycynie.

Coaching nie wymaga dużych nakładów czasowych. Jest możliwy do zastosowania podczas wizyty i daje niespodziewanie dobre efekty. Bardzo dobre wyniki w pracy z pacjentem uzyskuje się w przypadku profilaktyki chorób cywilizacyjnych, jak nadwaga i otyłość, palenie tytoniu, nadciśnienie tętnicze lub cukrzyca.

Często świadomość własnych ograniczeń, lęków i obaw daje siłę do podejmowania decyzji o zmianie. Szczególnie ważne jest to w przypadku pacjentów ciężko chorych, w podeszłym wieku, u których dominuje podejście: I tak nic z tego, po co się wysilać, kiedy niezadługo umrę. Czy warto się tak męczyć? Po co mam to robić? Czy jest sens tak cierpieć? Można pomóc odpowiedzieć na te pytania pacjentowi w świetle walki o ludzkie życie bez względu na czas i okoliczności. Warto wziąć z coachingu to, co można zastosować w praktyce, bo są to techniki sprawcze, a zarazem nie obarczające lekarza za decyzje podejmowane przez pacjenta.

Wojciech KRÓWCZYŃSKI

Autor jest wykładowcą i konsultantem z zakresu przedsiębiorczości i zarządzania praktyką medyczną. Zajmuje się również rozwojem kariery zawodowej i osobistej pracowników firm oraz osób poszukujących pracy. Pracował w branży wydawniczej, budownictwie mieszkaniowym i przemysłowym oraz w farmacji. Ma ponad dwudziestoletnie doświadczenie w pracy dla koncernów medycznych.

WIOSENNE SPOTKANIE LEKARZY SENIORÓW

WRĘCZENIE DYPLOMÓW I MEDALI JUBILATOM
Z OKAZJI 50-LECIA UKOŃCZENIA STUDIÓW LEKARSKICH

W dniu 12 kwietnia 2014 r. w „Villa Młynówka” w Opolu odbyło się tradycyjne wiosenne spotkanie lekarzy seniorów zorganizowane przez Okręgową Izbę Lekarską w Opolu.

Niestety na coroczne spotkanie wielkanocne nie mógł przybyć Przewodniczący Komisji Lekarzy Seniorów dr n. med. Tadeusz Chowaniec z powodu ciężkiej choroby małżonki dr Zofii Chowaniec.

Zebranie otworzyła nowo wybrana Wiceprzewodnicząca Komisji Lekarzy Seniorów dr Płaszowiecka, która przekazała głos Prezesowi Okręgowej Izby Lekarskiej w Opolu dr n. med. Jerzemu Jakubiszynowi.

Dr Jerzy Jakubiszyn poinformował zebranych, że coroczne wiosenne spotkanie lekarzy seniorów połączone jest z uroczystością wręczenia dyplomów i medali z okazji 50-lecia uzyskania dyplomów ukończenia studiów le-

karskich naszym seniorom. Dr Jerzy Jakubiszyn gratulując wszystkim jubilatom tych wyróżnień i składając podziękowania za wieloletnią działalność na rzecz zdrowia społeczeństwa naszej „Małej Ojczyzny – Opolszczyzny”, wręczył te wyróżnienia następującym Koleżankom i Kolegom:

1. Opole:

- Dobek Eugenia,
- Klimek Alicja,
- Kubicka Halina,
- Kubicki Janusz,
- Madziar Roman,
- Makarewicz Danuta,
- Malinowska-Dębiec Barbara,
- Mróz-Skoczek Mirosława,
- Puziewicz Jerzy,

- Smrza-Glogier Maria,
- Urbańczyk Robert,
- Żygadło Henryk,
- 2. **Branice:** Walczak Anna,
- 3. **Brzeg:**
 - Klaus Józef,
 - Stromich Helena,
 - Trawińska-Tkaczyńska Zofia,
- 4. **Kędzierzyn-Koźle:**
 - Rduch Ludwik,
 - Sznura Barbara,
 - Wyrwał-Gromek Renata,
- 5. **Głubczyce:**
 - Berezka Janusz,
 - Maćków-Król Maria,
- 6. **Głucholazy:** Stachowiak-Adamowicz Urszula,
- 7. **Kluczbork:** Preś Janusz,
- 8. **Nysa:** Tomecka Marta,
- 9. **Olesno:** Mielczarek Bogdan,
- 10. **Strzelce Opolskie:**
 - Skłębić-Kostrzewa Adela,
 - Świerkot-Baluch Maria,
- 11. **Wieluń:** Korwin-Piotrkowski Witold,
- 12. **Wolczyn:** Łysiak Urszula.

Wręczono równocześnie dyplomy i medale jubileuszowe lekarzom stomatologom:

- Koziółek-Zgolik Lucja (Krapkowice),
- Rosikom-Świerczewska Ewa (Opole),
- Skowron Joanna (Opole),
- Szybiak Aurelia (Ozimek),
- Tutak Elżbieta (Opole).

Oczywiście w trakcie spotkania odżyło wiele wspomnień – czasami sprzed wielu lat – nie tylko zawodowych, ale także towarzyskich. Wszyscy wspominając nasze młode drogi życiowe życzyliśmy sobie dalszego dobrego zdrowia i samopoczucia, jak również kolejnych takich sympatycznych spotkań.

Jak zwykle nasze wiosenne spotkanie lekarzy seniorów i jubilatów zaszczycił swoją obecnością męski chór „Camerton” pod dyrekcją niezwykle brawurowo prowadzącej koncert P. Marii Przebindowskiej. Chór „Camerton” zachwycił nas wszystkich pięknymi pieśniami romantycznymi i patriotycznymi (niezapomniany „Niemen”), zaś słynną arię z opery Verdiego „Nabucco” (Hymn niewolników do Boga) bisował. Swoją występowanie „Camerton” zakończył pieśnią o „Sokołach z Ukrainy”, co wszyscy – z uwagi na aktualną sytuację u naszych wschodnich sąsiadów – przyjęli z wielkim aplauzem. I znowu w „Camertonie” brylował pięknym głosem nasz Kolega dr Leszek Pisarski (były członek chóru Filharmonii Opolskiej).

Z uwagi na 50-lecie uzyskania dyplomu lekarza i podjęcia obowiązujących wówczas 2-letnich stażów dyplomowych (był to rok 1964) chciałbym – ku pamięci mo-

ich koleżanek i kolegów z Opola – z tęsknotą wrócić do tamtych lat.

Ówczesny Dyrektor Wydziału Zdrowia Wojewódzkiej Rady Narodowej dr Janusz Majewski z radością przyjmował na staże lekarskie młodych lekarzy z Wrocławia, Zabrza, jak również z Krakowa. Pojawiła się wówczas w Opolu liczna grupa młodych lekarzy z Krakowa (były to wówczas miasta partnerskie), że wymienię: Andrzeja Sikorskiego i jego żonę Zofię, Konrada Glińskiego, Halinę Kubicką, Janusza Kubickiego, Ryszarda Krakowiaka, Maćka Augustyńskiego, Krysię Mazalon i in.

Rozpoczynaliśmy staże podyplomowe, trwające po 6 miesięcy na każdym oddziale, pod okiem nie tylko wspólnych ordynatorów praktyków, ale również naukowców. Wspomnieć w tym miejscu należy:

- na chirurgii ogólnej Docenta Klemensa Kiryłowicza, twórcę wielu patentów narzędzi do udrażniania naczyń tętniczych,
- na oddziale chirurgii urazowo-ortopedycznej Docenta Witolda Arcta, który jako jeden z pierwszych w Polsce stosował implanty kostne w schorzeniach kręgosłupa,
- na oddziale chorób wewnętrznych Docenta Jana Urbańczyka, ucznia światowej sławy hematologa Juliana Aleksandrowicza z Krakowa oraz Docenta Stefana Syca, ucznia wspaniałego gastrologa profesora Gasińskiego z Zabrza,
- na ginekologii Docenta Stanisława Lembrycha – późniejszego jedyne na Opolszczyźnie profesora belwederskiego, jak również wieloletniego Dyrektora Szpitala dr n. med. Stanisława Knopińskiego – twórcy cytologii onkologicznej na Opolszczyźnie, dr n. med. Andrzeja Chabałowskiego – wspaniałego operatora i położnika oraz dr n. med. Tadeusza Chowańca – twórcy endokrynologii ginekologicznej na Opolszczyźnie,
- i wreszcie na pediatrii dr Aleksandrę Pospieszalską prowadzącą żelazną ręką oddział, która stworzyła niezwykle liczną i wykształconą kadrę pediatrów na Opolszczyźnie.

Co miesięczne spotkania Polskiego Towarzystwa Lekarskiego (niestety już nieistniejącego) prowadzone przez Docenta Jana Urbańczyka oraz V Wydziału Nauk Medycznych Opolskiego Towarzystwa Naukowego prowadzone przez dr Tadeusza Chowańca gromadziły na wszystkich – wówczas interdyscyplinarnych – wykładach i dyskusjach (często z luminarzami polskiej medycyny, że wspomnę prof. Juliana Aleksandrowicza hematologa z Krakowa) liczną rzeszę lekarzy. Tego potencjału naukowego zazdrościli nam nawet niektóre ośrodki akademickie.

Przykładem może być Szpital Ginekologiczno-Położniczy im. dr Sergiusza Mossora w Opolu, w którym powstało ponad 300 prac naukowych, publikowanych w renomowanych czasopismach polskich i zagranicznych, 20

doktoratów, dwie prace habilitacyjne ukoronowane profesurą Stanisława Lembrycha.

Pozostawiam P. T. Czytelników naszego Biuletynu z myślą, jak można porównać dzisiejsze merkantylne czasy służby zdrowia do okresu naszych młodych lat siernieżnej rzeczywistości PRL-u, gdzie mieliśmy czas nie tylko na działalność naukową, ale również życie towarzyskie.

P. S. Małżonka naszego Przewodniczącego Komisji ds. Lekarzy Seniorów Opolskiej Izby Lekarskiej dr n. med. Tadeusza Chowańca zmarła po krótkiej i ciężkiej chorobie w dniu 12 kwietnia 2014 r. Dr Zofia Chowaniec, całe swoje życie zawodowe związała z oddziałem laryngolo-

gicznym Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Opolu, gdzie pełniła funkcję zastępcy ordynatora. Mimo przejścia na emeryturę do końca swojego życia konsultowała ciężkie przypadki schorzeń laryngologicznych.

Jej ostatnie pożegnanie w dniu 24 kwietnia br. na opolskim cmentarzu na Półwsi odbyło się przy pięknej słonecznej pogodzie i zgromadziło rzesze bliskich, przyjaciół i pacjentów, którym ratowała zdrowie i życie. Cześć jej pamięci.

Wyrazy głębokiego żalu i współczucia składamy Panu dr Tadeuszowi Chowańcowi i najbliższej Rodzinie.

Dr hab. n. med. Janusz KUBICKI

I WOJNA KRYMSKA (1853–1856)

Omawiając historię I Wojny Krymskiej musimy sięgnąć pamięcią do postaci cara Mikołaja I (1795 – 1855). Jego babką była caryca Katarzyna II. Mikołaj I był nie tylko wielkim despotą, ale również miał ogromne marzenia imperialne. Powszechnie nazywano go żandarmem Europy. W czasie 27-letniego panowania nie przegrał żadnej bitwy i wojny. M. in. stłumił Powstanie Listopadowe w Polsce w roku 1831 oraz Powstanie Węgierskie podczas Wiosny Ludów w roku 1848 (w tym powstaniu walczył nasz generał Józef Bem). Mikołaj I podobno nigdy nie zdejmował munduru wojskowego.

Obserwując postępujący kryzys Imperium Tureckiego postanowił dotrzeć do Istanbuhu (dawny Konstantynopol i Bizancjum), aby mieć kontrolę nad cieśninami Bosforem i Dardanelami, co umożliwiłoby swobodne wyjście floty czarnomorskiej na Morze Śródziemne. Przy okazji planował wyzwolić spod panowania muzułmanów prawosławnych chrześcijan Bułgarii i Serbii.

W roku 1853 ulubiony przez Mikołaja I feldmarszałek Iwan Paszkiewicz (to on stłumił Powstanie Listopadowe) zaatakował zależne od sułtana tureckiego księstwa nadunajskie Mołdawię i Wołoszycznę (ta ostatnia znajduje się obecnie na terenie Rumunii). Równocześnie flota rosyjska dowodzona przez admirała Nachimowa rozbiła całkowicie flotę turecką pod Synopą.

Dlatego też rząd turecki zwrócił się o pomoc do Anglii i Francji. Anglicy nie mogli dopuścić do imperialnych zakusów Mikołaja I, ponieważ upadające Imperium Osmańskie zapewniało im dotarcie przez Bosfor i Dardanele do kolonii azjatyckich przede wszystkim do Indii. Również cesarz francuski Napoleon III marzył o sławie, chcąc dorównać swojemu wielkiemu stryjowi Napoleonowi Bonaparte.

Na prośbę sułtana tureckiego we wrześniu 1854 r. nastąpił desant około 60.000 żołnierzy angielskich, francuskich, włoskich oraz tureckich (wojskami tureckimi dowodził generał Ismail Pasza, z pochodzenia Węgier zbiegły z monarchii austriackich Habsburgów). Austria



zachowała podczas inwazji na Krym neutralność, aczkolwiek sprzyjała Mikołajowi I, natomiast Prusy całkowicie nie angażowały się w tej wojnie.

Desant wojsk alianckich miał miejsce w miejscowości Eupatoria, kilkadziesiąt kilometrów od Sewastopola (nazwy tych miejscowości stale powtarzane są obecnie w wiadomościach TV). Desant pod Eupatorią był największą logistycznie operacją wojskową w historii do roku 1944, gdy alianci wylądowali w Normandii. Oblężenie Sewastopola uznawanego za twierdzą nie do zdobycia trwało ponad rok. Obroną kierował książę admirał Aleksander Mienszyków.

Dlatego oblężenie Sewastopola trwało tak długo? Przyczyną były poważne błędy logistyczne kampanii. Otóż żołnierzy alianckich karmiono miejscową tłustą baraniną

co powodowało biegunki, a w następstwie – z uwagi na straszne warunki higieniczne – dezynterię, a zwłaszcza cholere. Dopiero sprowadzenie oddziałów kolonialnych głównie z Algierii, dla których baranina była potrawą narodową, przechyliła szalę na korzyści wojsk alianckich. Równocześnie żołnierze nie zostali zaopatrzeni w odzież zimową, ponieważ opierając się na relacjach podróżników uważano, że na Krymie jest zawsze ciepło.

W czasie Wojny Krymskiej zginęło ponad 250.000 żołnierzy wojsk alianckich, przy czym większość nie od kul armatnich tylko z powodu właśnie cholery i odmrożeń.

Do historii przeszedł najśłynniejszy epizod z tej wojny, mianowicie szarża 600 kawalerzystów brytyjskich nazwana „Szarżą lekkiej brygady” (był taki słynny film). Otóż na skutek błędu niedołężnego dowództwa angielskiego lekka brygada skierowana została w wąwozie wprost na baterie rosyjskie bronione przez 5000 Kozaków. Zakończyła się ona ostatecznie na zdobyciu tych baterii, ale zginęła połowa składu osobowego brygady. Znany poeta angielski Alfred Tennyson napisał niezwykle popularny poemat o tej szarży, który znalazł się w kanonach literatury angielskiej.

Sewastopol został ostatecznie zdobyty w dniu 8 września 1855 r. Załamany niepowodzeniami wojennymi car

Mikołaj I wpadł w depresję i zmarł 2 marca 1855 r. z powodu zapalenia płuc po odbieraniu wielogodzinnej defilady wojsk rosyjskich. Krążyły jednak pogłoski o jego samobójstwie przez zażycie trucizny.

Jego następca, syn Aleksander zgodził się na zaproponowane warunki pokojowe. Rosja nie poniosła żadnych strat terytorialnych. Zgodziła się na protektorat turecki nad Mołdawią i Wołoszczyzną, zaś Turcja zgodziła się na opiekę aliantów nad chrześcijanami w Turcji i Ziemi Świętej.

Podczas Wojny Krymskiej arystokratka angielska Florencja Nightingale zorganizowała kobiecy korpus wolontariuszek i założyła pierwszy na świecie wojskowy szpital polowy. Została patronem pielęgniarstwa i do dzisiaj, w trakcie tzw. czapkowania młodych adeptów pielęgniarstwa i położnictwa w Państwowej Medycznej Wyższej Szkole Zawodowej w Opolu, zapala się oliwną lampką Florencji Nightingale.

P. S. W tym samym roku 1855, kiedy zmarł car Mikołaj I, w Stambule zmarł na cholere nasz wieszcz narodowy Adam Mickiewicz, który planował utworzenie z emigrantów legionu polskiego do walki z Rosjanami podczas Wojny Krymskiej.

Dr hab. n. med. Janusz KUBICKI

I MISTRZOSTWA OPOLSZCZYZNY LEKARZY W TENISIE ZIEMNYM ZAKOŃCZONE!

Dnia 25 maja 2014 r. na kortach Winner Tennis w Strzelcach Opolskich odbyły się I Mistrzostwa Opolszczyzny Lekarzy w Tenisie Ziemnym. A oto klasyfikacja końcowa:

- I miejsce – Mariusz Polikowski – Brzeg
- II miejsce – Janusz Pichurski – Opole
- III miejsce – Ryszard Wileński – Strzelce Opolskie
- IV miejsce – Krzysztof Partyka – Nysa

Uczestnicy imprezy uznali za bardzo udaną, w związku z czym ustalono już termin kolejnych zawodów. Zapraszamy ponownie 23 i 24 maja 2015 r. do Strzelca Opolskich. Pozdrawiam uczestników oraz kibiców

Ryszard WILEŃSKI

*P.S. Na załączonym zdjęciu zwycięzca turnieju –
Mariusz POLIKOWSKI.*



O „PAKIECIE ANTYKOLEJKOWYM” MINISTRA ARŁUKOWICZA

Zlek. Krzysztofem ŁANDĄ – wieloletnim ekspertem w dziedzinie ekonomiki zdrowia, prezesem i założycielem Fundacji Watch Health Care, kierownikiem Biura Standaryzacji w Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia w latach 1998–2002, byłym członkiem Board of Directors Health Technology Assessment International (HTAI), ekspertem Polskiej Unii Onkologii, ekspertem BCC ds. ochrony zdrowia, byłym dyrektorem DGL w centrali NFZ rozmawia Magdalena JANISZEWSKA

W ramach projektu Barometr WHC (Watch Healthcare Care) monitoruje Pan, wraz ze współpracownikami, zmiany w zakresie dostępu do gwarantowanych świadczeń zdrowotnych w Polsce. Jaki obraz systemu opieki zdrowotnej wyłania się z najnowszego raportu WHC? Czy jest on zbieżny z rokiem ubiegłym?

Należy podkreślić, że monitorujemy nie tylko dostęp do świadczeń gwarantowanych, ale również częściowo gwarantowanych, do których występuje współpłacenie oraz świadczeń znajdujących się poza koszykiem, które nie są finansowane ze środków publicznych w Polsce. Co do wyników ostatniego Barometru, to porównując przeciętny czas oczekiwania dziś i rok wcześniej (II/III 2013 r.) okazuje się, że nie uległ on zmianie, czyli jest dokładnie taki sam. Oznacza to stagnację – wypadkowa pozytywnych i negatywnych zmian w systemie powoduje, że jego kondycja ani się nie poprawia, ani się nie pogarsza. Szczegółowa analiza wyników świadczy o krótkookresowej poprawie w dostępie do świadczeń gwarantowanych, jednak nie wskazuje na istnienie długofalowej tendencji w tym zakresie. Więcej znajdziecie Państwo na stronie: www.korektorzdrowia.pl/barometr.

Czy rzeczywiście we wszystkich dziedzinach medycyny chorzy napotykają w Polsce na ograniczenia dostępu. W jakich częściach kraju i do jakich specjalistów kolejki są najdłuższe/najkrótsze. Ile wynosi średni czas oczekiwania na realizację świadczeń zdrowotnych?

Prezentowane średnie czasy oczekiwania wyznaczone są na losowej próbie, co najmniej 6 świadczeniodawców z całej Polski dla każdego świadczenia wskaźnikowego. Jeśli rozrzut jest duży lub istnieją jakiekolwiek podejrzenia, że podawane nam informacje nie oddają rzeczywistości, czy nieprawdopodobne, czasy są jeszcze raz sprawdzane przez pracowników Fundacji w „podejrzanych placówkach” oraz dodatkowo weryfikowane u 6 kolejnych świadczeniodawców. Z oczywistych względów „siła statystyczna” (precyzja i istotność statystyczna) wyników dla pojedynczych świadczeń zdrowotnych nie jest wysoka, jednak wyniki średnie dla

wszystkich świadczeń w danej dziedzinie charakteryzuje już znacznie większa precyzja, gdyż obejmują one dane z ponad 35 placówek. Natomiast średni czas oczekiwania ogółem dla Polski, na podstawie wszystkich monitorowanych w Barometrze WHC dziedzin, jest obliczany na podstawie kilkuset świadczeń wskaźnikowych ze wszystkich dziedzin. Weryfikacja czasu oczekiwania ma miejsce w ok. 1500 placówkach medycznych, posiadających kontrakt z NFZ, co przekłada się na wysoką precyzję i obiektywność.

Zasadniczym celem Barometru WHC jest monitorowanie zmian czasu oczekiwania na świadczenia gwarantowane w Polsce, czyli czy dostęp w ujęciu generalnym poprawia się czy pogarsza, niezależnie od przyczyny czy przyczyn tych zmian. Obecnie najdłużej oczekuje się na wizytę u: ortodonta (11,4 mies.), angiologa (7,8 mies.) oraz endokrynologa (6,5 mies.). W zakresie diagnostyki najdłuższy czas odnotowaliśmy dla oceny bezdechu śródsewnego (8,9 mies.). Najdłużej oczekuje się na zabiegi z zakresu endoprotezoplastyki stawu biodrowego (29,6 mies.), usunięcia ząbny (26,2 mies.) oraz endoprotezoplastyki stawu kolanowego (26,1 mies.).

Średni czas oczekiwania na teoretycznie gwarantowane świadczenia zdrowotne wynosi w Polsce ok. 2,5 mies. (stan na II/III 2014 r.). W porównaniu do poprzednio analizowanego okresu (przełomu X i XI 2013 r.) czas ten skrócił się nieznacznie o 0,2 mies. Prawdopodobnie to wynik apeli premiera, co mogło na chwilę zdyscyplinować świadczeniodawców i pacjentów.

Pomysły ministra Arłukowicza na rozładowanie kolejek w polskiej ochronie zdrowia ocenia Pan... Które punkty projektów aktów prawnych powinny być wdrożone, a które nadają się do kosza?

Większość pomysłów traktuję i będę traktował jako nierealistyczne dopóty, dopóki nieprzedstawione zostanie poważne studium wykonalności oraz źródła finansowania dla konkretnych zmian. Nie można spełnić zaprezentowanych szczytnych celów „reformy” bez określenia źródeł jej finansowania. Należy podkreślić, że kolejek

w Polsce nie da się rozładować, dopóki nie zbilansuje się zawartości koszyka z wielkością środków finansowych na jego realizację, czyli albo musimy usunąć coś z koszyka albo musimy dodać pieniędzy z takiego czy innego źródła. Zaprezentowane pomysły dobrze wyglądają medialnie, to piękne hasła, ale nie widzę szans na ich realizację dopóki nie poznamy konkretów, a żadnego studium wykonalności nie widziałem.

Odnosząc się do szczegółowych zapisów, chciałabym skomentować te dotyczące Agencji Taryfikacji (AT). Niewątpliwie jest to bardzo ważna i potrzebna instytucja w Polsce, ale z pewnością bardzo złym pomysłem jest umieszczenie jej w Agencji Oceny Technologii Medycznych. AT ma ogromny potencjał, tak jak Komisja Ekonomiczna, czyli agencja cen dla leków. AT mogłaby uwolnić wiele środków w systemie z procedur, które dzisiaj są wycenione znacząco ponad koszty wykonania, czyli ich wycena jest rażąco przeszacowana. Oceniam, że w pierwszym roku funkcjonowania AT mogłaby uwolnić około 3–5 mld złotych – przypominam, że Komisja Ekonomiczna w pierwszym roku swojego funkcjonowania uwolniła 2 mld złotych, a w drugim roku prawie miliard. Potencjał w obszarze technologii nielekowych jest znacznie większy, ale AT musi powstać w modelu podaży-popytu. Zapisy rozczarowują, po pierwsze ze względu na ulokowanie AT w AOTM, a po drugie, dlatego, że są hasłowe (np. zakłada się przedstawienie metodyki stosowanej przez AT post factum, a w zadaniach AT nie ma negocjacji ze środowiskami świadczeniodawców, związkami zawodowymi, zrzeszeniami lekarzy specjalistów, pielęgniarek itd.). Przedstawione zapisy są bardzo ogólnikowe i niedopracowane.

Naczelna Rada Lekarska i inne organizacje lekarskie stoją na stanowisku, że proponowane zmiany wymagają zwiększenia środków na ochronę zdrowia do przynajmniej 6%. PKB. Pana szacunki również nie pozostawiają złudzeń w tej materii. W rozmowie z reporterem RMF FM przyznał Pan, że na sam pakiet onkologiczny trzeba będzie wydać nawet 5 mld złotych... A co z resztą? Jak reforma za zero złotych wpłynie na jakość leczenia polskich pacjentów?

W mojej opinii dodatkowo potrzebne jest 3–5 mld złotych, aby rozładować kolejki do onkologii w Polsce i przy założeniu, że wielkość koszyka onkologicznego nie zmieni się. Jeden z moich znajomych z NFZ szacuje koszt likwidacji ograniczeń do najważniejszych świadczeń onkologicznych na ok. 1,5 mld złotych. Gdyby w szacunkach uwzględniono wszystkie świadczenia onkologiczne i gdyby wziąć pod uwagę zwiększoną podaż niektórych świadczeń, które mogą być nadużywane, to te koszty byłyby co najmniej dwa razy wyższe. Życzenia ministra Arłukowicza nie zostaną zrealizowane, jeśli nie zwiększy się finansowania lub nie zmniejszymy zawartości koszyka. Kolejki będą też dalej istniały, jeśli obiet-

nice „nieograniczonego” dostępu do opieki onkologicznej zostaną powiązane z bardzo restrykcyjnymi barierami biurokratycznymi. Na razie szczegółów, jak MZ zamierza zbilansować system, nie ma. Nie wierzę w realną reformę dostępności za zero złotych, stąd tym bardziej nie widzę możliwości poprawy jakości świadczeń onkologicznych. W projekcie ustawy nie odnajduję zapisów mogących realnie wpłynąć na poprawę jakości świadczeń, a system zapewniania jakości po prostu wymaga nakładów. Jakość wymaga profesjonalnego podejścia, stąd odsyłam do prezentacji dotyczącej podstawowych założeń, kierunków i wstępnych propozycji zmian systemu opieki onkologicznej w Polsce (<http://tinyurl.com/nuoyo3>), gdzie qualityka zajmuje poczesne miejsce.

„To nieprawda, że kolejki istnieją we wszystkich systemach. (...) Warto też pamiętać, że kolejka to technologia o udowodnionej szkodliwości” – czytamy w jednym z Pana felietonów opublikowanych na stronie Medexpress. Który kraj może zatem poszczycić się bezkolejkowym/prawie bezkolejkowym systemem i rozsądną polityką zdrowotną?

Zgodnie z Euro Health Consumer Index 2012, znaczące (istotne) kolejki do świadczeń zdrowotnych występują w: Polsce, Szwecji, Norwegii, Finlandii, Hiszpanii, we Włoszech, Irlandii, Wielkiej Brytanii, Chorwacji, Serbii, Bułgarii, na Słowenii i Łotwie. Natomiast w Niemczech, Holandii, Belgii, Szwajcarii, Austrii, Słowacji, Albanii oraz Grecji występują nieznaczne kolejki lub ich całkowity brak (<http://tinyurl.com/kkfu6hm>).

Kraj, który w mojej opinii prowadzi najlepszą politykę zdrowotną to Australia (choć po ostatnich wyborach zaczął ewoluować w złym kierunku, to wciąż jeden z najlepszych systemów ochrony zdrowia na świecie). Oprócz tego wiele moglibyśmy czerpać z Holandii, Szwajcarii czy Szkocji.

Jest szansa, by przeszczepić model australijski na polski grunt?

Oczywiście jest szansa, aby wiele rozwiązań australijskich przeczepić na polski grunt. Tak na prawdę z modelu australijskiego już bardzo dużo zaczerpnęliśmy. Komisja Ekonomiczna (czyli agencja cen dla leków) to nic innego jak australijski PPBA (ang. Pharmaceutical Benefits Pricing Authority) z niemal identycznymi zadaniami, a Rada Przejrzystości jest bardzo podobna do australijskiego PBAC (ang. Pharmaceutical Benefits Advisory Committee). Wiele jednak wciąż nam brakuje, np. ubezpieczeń komplementarnych, prawidłowego zarządzania koszykiem świadczeń gwarantowanych oraz takiej polityki projakościowej, jaka jest w Australii.

A gdyby to Pan był ministrem zdrowia... Co zawarłby Pan w planie działań zmierzającym do skrócenia czasu oczekiwania na świadczenia medyczne?

Spojrzałbym na system oczami chorego i to Jego, zgodnie z duchem dyrektywy o opiece transgranicznej, postawiłbym w centrum. Chorym zależy przede wszystkim na dostępności i jakości. Należy przygotować realistyczny plan działań zmierzający do zbilansowania systemu oraz wdrożyć system zapewniania jakości. Niezależnie od podejmowanych działań, warunkiem *sine qua non* jest poprawa zarządzania koszykiem świadczeń gwarantowanych. Nie można tolerować tego, że świadczenia nielekowe wchodzą do koszyka praktycznie bez żadnej kontroli, a politycy składają obywatelom gwarancje bez pokrycia, czyli wpisują do koszyka nowe technologie, bez wskazania dodatkowych środków na ich finansowanie.

Jeśli chcemy zachować obecną zawartość koszyka, to należy wskazać źródła dodatkowych środków finansowych, tak żeby gwarancje składane społeczeństwu były realne. Dodatkowe środki mogą pochodzić np. z ubezpieczeń komplementarnych, z poszerzenia zakresu współ-

płatnienia do niektórych świadczeń (tych, które mogą być nadużywane), jak również Agencja Taryfikacji uwolniłaby sporo środków finansowych z tytułu obniżki ceny świadczeń, które dziś są zdecydowanie przeszacowane.

Proponowałbym również, aby NFZ w pierwszej kolejności kontraktował świadczenia najpotrzebniejsze, o najlepszym stosunku kosztu do uzyskiwanego efektu, a dopiero potem to co zostanie, przeznaczał na inne świadczenia zdrowotne, które mają mniejsze znaczenie. W tej chwili w Polsce system jest postawiony na głowie, NFZ ochoczo kontraktuje drogie technologie „wysoko specjalistyczne”, a obywatele czekają w kolejkach do zupełnie podstawowych świadczeń zdrowotnych o doskonałym stosunku kosztu do uzyskiwanego efektu zdrowotnego. To nie jest system przyjazny dla chorych.

Dziękuję za rozmowę.

(przedruk z „Medium” nr 6–7/14)

LEKARZ ZNIEWOLONY, PACJENT WYKLUCZONY?

Na marginesie wykładu prof. Stanisława Czekalskiego w Śremie

Właściwie jest to konkluzja i konieczność ze znakiem zapytania, ponieważ w tym pytaniu zawierają się wnioski z wykładu zatytułowanego „*Medycyna jest ofiarą współczesnej cywilizacji*”, który odbył się na odświeżonym dorocznym zebraniu koła PTL w Śremie.

Rozwój ludzkości, cywilizacji i medycyny są współzależne i każdy zainteresowany o tym wie. Jednak nie każdy dochodzi do takich wniosków, jak prof. Czekalski. Twierdzi on, że obecny poziom rozwoju cywilizacji przyczynił się do niezwykłych wprost możliwości dzisiejszej medycyny. Równocześnie jednak zachodzą niekorzystne zmiany w dziedzinie epidemiologicznej. Narastają lawinowo choroby cywilizacyjne stymulowane przez konsumpcyjny styl życia, zanieczyszczenie środowiska, zmiany obyczajowe i tym podobne. Najbardziej rzuca się w oczy otyłość, ale jej skutki zdrowotne są odczuwalne przecież w każdej niemal dziedzinie medycyny.

Odpowiedź, jaką daje na to system ochrony zdrowia, jest w różnym stopniu skuteczna. Pierwszy z brzegu przykład z naszego krajowego podwórka. Chlubimy się tym, że przedłuża się średni okres życia mężczyzn i kobiet. Ale jaką mamy odpowiedź na opiekę zdrowotną dla grupy ludzi starszych? Oczywiście medycyna jako taka ją ma. Jednak do pacjenta może ona dotrzeć poprzez system. Ale epidemii XXI wieku nie zahamują broszury i ulotki, choć i one mają swoje znaczenie. Ze smutkiem trzeba powiedzieć, że profilaktyka, ten jeden z filarów kondycji człowieka, jest wciąż bardziej hasłem niż praktyką. Tu potrzebne są działania w skali państwa i to nie tylko ograniczone do medycyny,

lecz dotyczące całego życia społecznego. Medycyna i służba zdrowia to ostatnie koło ratunkowe. Im więcej zaniedbań w profilaktyce, tym więcej problemów w ochronie zdrowia.

Profesor Czekalski twierdzi, że polska służba zdrowia została uznana za najgorszą w Europie. A ten stan organizacyjny mało skutecznie zapobiega tendencji rysującej się także jako wynik obecnego wysokiego rozwoju cywilizacji, a mianowicie temu, że człowiek staje się kategorią ekonomiczną, manipulowaną przez prawo tworzone przez polityków. W ten sposób cywilizacja staje się barbarzyństwem na szczytach rozwoju. Ten trend jest obecny wszędzie, nawet we Francji czy w Niemczech, gdzie systemy ochrony zdrowia uznawane są za dobre. Jednak największe szkody wyrządza tam, gdzie system jest tak bardzo niedoskonały. I może to jest właśnie nasz przypadek. Trudno nie zauważyć, że jest to system o znamionach zniewolenia. Lekarz niemal codziennie i w każdym wypadku musi podejmować decyzję między dobrem pacjenta a bezpieczeństwem ekonomicznym swojej placówki. Co tu zastosować, żeby pomóc choremu i żeby punkty się zgadzały? Co może myśleć o autorach programów, które jednych pozwalają leczyć, a innych pacjentów wykluczają? Żeby nie być gołosłownym. Jest program dla leczenia chorych na SM, niestety, pięcioletni. A co potem? Naprawdę woła to o pomstę do nieba. Co tu mówić o etyce? Jest diagnoza, jest terapia i należy ją stosować, dopóki daje rezultaty. Pieniężmi i biurokracją niech się zajmuje ten, kto powinien być do tego zobowiązany. I niech kasjer nie mówi lekarzo-

wi, kto ma żyć, a kto musi umrzeć. Bo tu właśnie chodzi o życie – sacrum, a nie ekonomię.

Wykład odbywał się w trakcie podkoziółka w tak zwanym śremskim „klasztorku”, czyli zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym dla osób ze schorzeniami psychicznymi. To podopieczni „długoterminowi” i jak tu obliczyć ich opłacalność dla systemu? Dla społeczeństwa to jest jasne – opieka i zapobieganie wykluczeniu. Z jej wynikami członkowie Koła PTL spotykają się w otoczeniu

prac plastycznych tych osób ujawniających, że naprawdę warto. Szkoda tylko, że wykład profesora Czekalskiego nie zgromadził większego grona słuchaczy. Prowadzi to do jakże gorzkiego wniosku, że większość środowiska nie ma już siły na walkę z wiatrakami. Ale jest także swoistym SOS, że lekarze chcą tylko leczyć. Leczyć według najlepszej wiedzy i umiejętności!

Barbara NOWICKA

(przedruk z Biuletynu Wielkopolskiej Izby Lekarskiej nr 5/14)

KOMUNIKACJA LEKARZ – PACJENT (część II)

Barier w budowaniu relacji lekarza z pacjentem

Czynniki, które negatywnie wpływają na relację między lekarzem a pacjentem, możemy podzielić na cztery grupy: bariery związane z organizacją opieki medycznej, z pacjentem, jego chorobą i z lekarzem. W pierwszej części artykułu (zamieszczonej w poprzednim numerze) zostały omówione dwie pierwsze grupy, dzisiaj – dwie kolejne.

Choroba

Stan zdrowia chorego wpływa na jego potrzeby i oczekiwania w stosunku do lekarza. Źródłem dodatkowych trudności w osiągnięciu dobrego porozumienia między nimi mogą być: szybki rozwój choroby, nasilenie objawów, poważne zaburzenia w funkcjonowaniu organizmu, przewlekłość choroby, złe rokowanie oraz nasilone działania uboczne leków.

Nagle wystąpienie choroby lub jej bardzo szybki postęp sprawiają, że pacjent jest zupełnie nieprzygotowany do zderzenia z nową rzeczywistością. Osoba, która nagle zostaje przyjęta do szpitala, może cierpieć również z powodu niespodziewanej utraty niezależności oraz odczuwanego przez nią przedmiotowego traktowania przez personel medyczny. Z czasem chory uczy się funkcjonować w szpitalnej rzeczywistości, ale początek, ze względu na silny lęk o zdrowie, życie i własną podmiotowość, jest bardzo trudny. W praktyce oznacza to dla personelu medycznego konieczność szczególnie rozważnego porozumiewania się z chorymi w momencie rozpoznania i na początku leczenia.

W przypadku złego rokowania, czy przewlekłości choroby tworzenie dobrej relacji jest szczególnie ważne. W perspektywie osoby ciężko i przewlekle chorej właściwa komunikacja z personelem jest jednym z głównych kryteriów jego oceny jakości opieki medycznej. Dla lekarza komunikacja z pacjentem w tak trudnej sytuacji pozostaje dużym wyzwaniem i obciążeniem emocjonalnym. Wsparciem może być dla niego dobra współpraca i dobre relacje w zespole medycznym, podnoszenie kompetencji komunikacyjnych i umiejętność radzenia sobie ze stresem.

Nasilenie objawów, zaburzenia w funkcjonowaniu organizmu i działania uboczne leków budzą w pacjencie wątpliwości, co do słuszności sposobu leczenia i wymagają od lekarza cierpliwego wyjaśniania ich przyczyn. Takie postępowanie pozwala na stałe budowanie i utrzymywanie motywacji pacjenta do kontynuowania terapii.

Choroba, zwłaszcza poważna, w każdym swoim aspekcie jest zagrożeniem dla poczucia własnej wartości osoby leczonej. Zadaniem lekarza jest podmiotowe traktowanie pacjenta, pomagające choremu odnaleźć się w trudnej sytuacji i przyjąć rolę partnera w walce z chorobą.

Lekarz

Lekarz w relacji z pacjentem pełni rolę profesjonalisty i można mieć mylne wrażenie, że odbywa się to w pełnym oddzieleniu od jego osobowości, która jest odczuwana jako niezwiązany z pracą zawodową element jego prywatności.

W rzeczywistości osobowość lekarza pełni kluczową rolę w jego relacjach z pacjentami. Spotkanie dwóch osób: medyka i pacjenta jest szczególnym rodzajem kontaktu. O charakterze tego spotkania decyduje

w dużym stopniu osobowość lekarza. Wiąże się to zawsze z wynikającą z osobowości lekarza możliwością i umiejętnością udźwignięcia swojej roli w tej relacji.

Brak pewności siebie, bierność i trudności w podejmowaniu decyzji, niezależnie od posiadanej wiedzy, sprawiają, że zaufanie pacjenta do leczącego zmniejsza się. Chory w takiej relacji czuje się osamotniony i pozabawiony wsparcia.

Nadopiekuńczość i nadwrażliwość lekarza są cechami, które w pierwszych kontaktach mogą być pozytywnie odbierane przez chorych, jednak stanowią bardzo poważną barierę w prawidłowej, konstruktywnej relacji z nim. Nadopiekuńczość lekarza zabiera pacjentowi możliwość pełnego współudziału w decyzjach medycznych. Nadwrażliwość czyni lekarza słabszym, co utrudnia konstruktywną współpracę.

Potrzeba dominacji i uznania oraz nastawienie kso-

ny jako publiczność, od której oczekuje podziwu i aprobaty, a ich brak zniechęca go do chorego.

Natomiast nadmierna wiara lekarza we własne możliwości, perfekcjonizm, nieodczuwanie lub nieumiejętność okazania empatii sprawiają, że relacja lekarza z pacjentem traci swój humanistyczny wymiar. Pacjent, jako osoba przestaje istnieć w takiej relacji, co w konsekwencji niszczy jego chęć współpracy z lekarzem i uniemożliwia skuteczną terapię.

Optymalną relacją lekarza z pacjentem jest relacja partnerska, w której obie strony pozostają autonomiczne. W takiej relacji lekarz musi zachować zasoby własnych sił psychicznych, dając jednocześnie pacjentowi szansę na odpowiedzialne decydowanie w sprawach swojego życia i zdrowia.

W pracę lekarza wpisane jest okresowe przedkładanie potrzeb pacjenta nad własne. Większość lekarzy doświadczyło sytuacji, kiedy będąc w nienajlepszej kondycji zdrowotnej lub mając poważne problemy osobiste, musieli zająć się drobnymi, niekiedy wręcz symulowanymi dolegliwościami swoich pacjentów.

W sytuacjach wiążących się ze stresem i przeciążeniem emocjonalnym istotną rolę odgrywa współpraca i wzajemne wspieranie się całego zespołu leczącego. Wsparcie ze strony innych lekarzy w trudnych sytuacjach klinicznych jest jednym z elementów pozwalających lekarzo-

wi uniknąć wypalenia zawodowego. Brak odczuwanego lub realnego wsparcia ze strony innych lekarzy pogłębia trudności w emocjonalnym udźwignięciu trudnych problemów i może sprawić, że stworzenie właściwej relacji z chorym przekracza możliwości lekarza.

W wielu specjalnościach medycznych lekarz staje wobec cierpienia i nieszczęść ludzkich. Musi znaleźć w sobie siły i umiejętność nie tylko funkcjonowania w takich realiach, ale również udzielania wsparcia. Zmierzenie się z tym wymaga często od niego zmierzenia się z własnym lękiem przed chorobą, cierpieniem i śmiercią. Poza intelektualnym wymiarem świadomości zagrożeń, takie sytuacje uruchamiają atawistyczne lęki. Własny, bardzo silny lęk przed chorobą i śmiercią może skutkować ucieczkowym dążeniem do jak najgłębszego odcięcia się od chorego lub ogromnym dyskomfortem lekarza w kontaktach z nim. Lekarz musi nauczyć się pokonywać własne lęki, żeby stworzyć konstruktywną relację z chorym bez ponoszenia przekraczających jego możliwości kosztów emocjonalnych.

Problemy we współpracy z chorymi są często źródłem stresu dla lekarzy, dlatego kształcenie kompetencji komunikacyjnych jest zawsze dużym wsparciem w praktyce klinicznej.

Aldona Katarzyna JANKOWSKA

(przedruk z „Primum Non Nocere” nr 4/14)

LEKARZU, BROŃ SIĘ SAM

„Odradzam. Nie dość że arogancki, bo podczas wizyty patrzył cały czas w komputer i nie dowiedziałam się, co mi jest, to jeszcze skasował mnie więcej, niż ustaliliśmy w rozmowie telefonicznej. Leci na kasę, chyba nie bardzo zna się na leczeniu i jeszcze cham. Dziewczyny odpuście go sobie.”

Alicja Katarzyńska: *To jeden z komentarzy na temat lekarza ginekologa z portalu, na którym młode kobiety polecały sobie lekarzy. Jeden z całkiem kulturalnych komentarzy, dodajmy. Jeszcze kilka lat temu nie było tak łatwo obrazić lekarza...*

Karol Kolankiewicz: Coraz więcej lekarzy ma swoje strony internetowe, oczywiście takie strony mają też przychodnie, kliniki, szpitale. Można skomentować jakość usług, ocenić personel, poskarżyć się. Ale to nie jedyna możliwość, są przecież ogólnopolskie portale medialne skupiające adresy lekarzy, lekarzy według specjalności medycznych, różne rankingi, czy po prostu strony dzienników i tygodników, słowem – jest mnóstwo miejsc, gdzie dużo można: wystawić opinię, opisać swoją historię, przypadek, ujawnić dane, medyczne szczegóły, obrazić, oskarżyć. Każdy internauta może to

przeczytać, mało tego, jak jest jakiś „ciekawy przypadek”, od razu mogą to podchwycić media, rozdmuchać itp. Niestety, sposobów, w jaki można naruszyć dobre imię lekarza, jest coraz więcej.

Tłumaczy pan lekarzom na szkoleniach w gdańskiej OIL, co to jest naruszenie dobrego imienia i jak z tym walczyć.

Dobre imię, godność, cześć zalicza się do dóbr osobistych człowieka. Godność i cześć człowieka są chronione Konstytucją i prawem cywilnym, co oznacza, najprościej mówiąc, że nikt nie ma prawa jej naruszać, że podlega ochronie wynikającej z prawa cywilnego i karnego.

Do dóbr osobistych zalicza się też, oprócz dobrego imienia i godności, m. in. zdrowie, wolność, swobodę sumienia, nazwisko lub pseudonim, wizerunek, ale też prawo do spokoju, do integralności fizycznej i psychicznej.

Naruszyć dobre imię i godność osobistą można na wiele sposobów, m. in. przez zniewagę lub zniesławienie, czyli zachowanie, które w powszechnym rozumieniu uważane jest za obraźliwe. Zniewagą może być wypowiedź, gest lub inne zachowanie, które ubliża drugiej osobie.

Jeśli chodzi o zniesławienie czy też pomówienie, zwykle jest to przypisanie określonej osobie wyjątkowo negatywnej cechy, np. mówienie czy pisanie o lekarzu, że jest: leniwy, arogancki, niedbały, pazerny, nie umie leczyć. I zwykle celowo – żeby w lokalnym środowisku wzbudzić niechęć do lekarza, podważyć jego kompetencje.

Komentarze, opinie, ostrzeżenia, opisy mają siłę sprawczą, bo mogą je w szybkim czasie przeczytać setki tysięcy osób korzystających z Internetu i „wyrobić sobie opinię”, zniechęcić się. Odwrócić to – znacznie trudniej.

Taki komentarz, nieuzasadniona krytyka może naruszać dobre imię lekarza w oczach pacjentów, współpracowników, pracodawców czy w końcu znajomych.

Lekarz prowadzący gabinet, gdy zostanie pomówiony za pomocą środków dostępnych w Internecie, może utracić potencjalnych i obecnych pacjentów, a to może oznaczać zawodową śmierć.

Wszelkie pomówienia i zniesławienia czy inne formy naruszenia dobrego imienia lekarza powodują, że lekarz może bronić się przed zarzutami, ale wówczas powinien potrafić udowodnić mediom lub autorowi komentarza, że niesprawdzone przypisanie lekarzowi niewłaściwego postępowania naraziło go na utratę pracy, dobrego imienia czy wiele innych, trudnych do usunięcia skutków – no i potem zapracować, żeby to zaufanie odbudować. To nieraz gorsze niż roszczenia finansowe pacjentów, na wypadek których lekarze się ubezpieczają.

Naruszenie dobrego imienia lekarza to nie tylko komentarze w internecie?

Naruszeniem dobra osobistego jest też szarpanie, popychanie lekarza przez agresywnego pacjenta, rodzinę lub znajomych chorego. Naruszeniem prawa do ochrony wizerunku jest opublikowanie zdjęcia lekarza bez jego zgody, np. jako ilustracji do tekstu o jakichś nieprawidłowościach w służbie zdrowia.

Dobra osobiste lekarzy naruszają nie tylko pacjenci, ale i dziennikarze którzy w pogoni za sensacją często nie dbają o to, żeby jak najrzetelniej ustalić prawdziwy stan rzeczy. Ale może obrażać nawet tytuł tekstu, nieudany kamuflaż, tzn. takie ukrycie danych osobowych, że każdy przeciętny odbiorca bez trudu ustali, o kogo naprawdę chodzi, np. w jednej z gazetki napisano kiedyś, że wypadek pod wpływem alkoholu spowodował Zenon H., syn „polskiego kosmonauty” (jak wiadomo kosmonautę mieliśmy jak dotąd jednego), także wszystkie określenia typu „były dyrektor największego szpitala w Gdańsku”, „znany dermatolog, członek rady lekarskiej w...” itp. Nawet zapowiedź programu telewizyjnego, audycji może naruszać dobre imię lekarzy – „Już za trzy dni reportaż o korupcji w gdańskim szpitalu”.

Wydaje się, że lekarze albo nie wiedzą, jak mogą się bronić, albo niechętnie dochodzą swych praw. Można obawiać się, że czarny PR wobec nich, który od dłuższego czasu funkcjonuje właściwie we wszystkich mediach, spełnił swoje zadanie i lekarze przestali wierzyć, że warto walczyć o obronę swojego wizerunku?

Prawo przewiduje wiele sposobów pozwalających lekarzom reagować na naruszanie ich dóbr osobistych, chociaż w jednym z orzeczeń Sądu Najwyższego z 2013 r. znalazło się takie stwierdzenie, że jeżeli ktoś wykonuje zawód zaufania publicznego, nie może żądać milczenia i musi się zgodzić na poddanie swej aktywności jawnej krytyce. Słowem, lekarze, ale także np. adwokaci muszą mieć „grubą skórę” i to trzeba sobie jasno powiedzieć.

Ale przede wszystkim muszą mieć wiedzę, że najczęściej w bardzo prosty sposób i bez większych kosztów mogą dochodzić swoich praw. Są tacy, którzy nie odpuszczają, decydują się na procesy, domagają się usuwania komentarzy, przeprosin, sprostowań, ale to ciągle nie jest liczna grupa. A lekarz może i moim zdaniem powinien reagować we wszystkich sytuacjach. Zaleciłbym tylko, aby lekarz, zanim podejmie jakiegokolwiek kroki, poprosił o ocenę sytuacji dwie osoby: prawnika i kolegę najlepiej spoza środowiska, żeby zobiektywizować wydarzenie.

A jeśli i prawnik i kolega zgodnie potwierdzą „walcz o swoje dobre imię”, to co dalej? Jeśli postać lekarza zostanie przedstawiona w negatywnym świetle np. w artykule prasowym niezgodnym z faktami?

Tu mamy do dyspozycji Prawo prasowe i Kodeks cywilny. Prawo prasowe odnosi się do faktów czyli sprostowania: terminów, dat, był, nie był, zrobił coś, nie zrobił. Jeśli w artykule pojawia się np. informacja, że lekarz nie przyjął pacjenta na oddziale o godz. 14.00, bo był w prywatnym gabinecie i wiemy, że to nieprawda to prosta sprawa – w sprostowaniu piszemy „nie był w gabinecie, tylko na sali operacyjnej”, itp.

Przy formułowaniu sprostowania byłby potrzebny prawnik, żeby oddzielić fakty od ocen i jasno sformułować żądanie umieszczenia sprostowania w artykule prasowym i w internecie. Tu są jasno określone zasady, np. sprostowanie nie może być większe niż dwukrotność artykułu, musi zostać wydrukowane tą samą czcionką (nie mniejszą), pojawić się w tym samym dziale co artykuł, w określonym czasie od otrzymania. Nie trzeba od razu iść do sądu i wszczynać procesu. Można też domagać się przeprosin, zadośćuczynienia, wiele redakcji dobrowolnie umieszcza w nakazanym terminie sprostowanie, żeby uniknąć procesu.

A jak dochodzić swoich praw przy naruszeniu nietykalności osobistej, szarpania, popychania itp?

Mieliśmy przypadek lekarza, którego poturbował mąż pacjentki. Powód? Żona za długo musiała czekać w kolej-

ce. Sprawa trafiła do sądu, który uznał winę męża pacjentki i na mocy orzeczenia sądu umieszczono przeprosiny tego pana podpisane jego imieniem i nazwiskiem. Przez miesiąc wisiały w widocznym miejscu w tej poczekalni. Kodeks karny czy Kodeks cywilny chroni nas we wszystkich sprawach, choć awantura w poczekalni, która przeradza się w rękoczyn, to już może być prawo karne.

Ale lekarze nie mogą zapominać bardzo ważnej rzeczy: lekarz w trakcie czynności ratujących życie człowieka, np. na Szpitalnych Oddziałach Ratunkowych jest traktowany jak funkcjonariusz publiczny! To znaczy, że ma zapewnioną nietykalność cielesną – jeśli pacjent, rodzina, bliscy zaczną go szarpać, popychać, wyzywać – policja i prokuratura ścigają sprawcę takiego czynu z urzędu. Niestety, często trzeba o tym stanowczo kilkukrotnie przypominać funkcjonariuszom Policji, a nawet prokuratorom.

A co lekarz może zrobić z pomówieniami w internecie?

Administrator strony, portalu, serwisu po otrzymaniu informacji czy wezwania od lekarza lub prawnika, że określony wpis narusza dobra osobiste czy też jest pomówieniem z Kodeksu karnego ma obowiązek komentarz usunąć – taki obowiązek wynika z przepisów ustawy o świadczeniu usług drogą elektroniczną. Trzeba wiedzieć, że właściciel strony odpowiada za wszystko, co się na niej znajduje, i nie jest tak, że wszystko może tam umieścić. Dlatego właśnie po otrzymaniu zawiadomienia, że pewne treści mogą naruszać prawo, musi zareagować. A jak się jeszcze mu uświadomi, że jeśli nieprawdziwego komentarza nie usunie, będzie odpowiadał razem z jego autorem, to sprawa szybciej idzie.

Można też żądać podania danych osobowych komentatora, mimo że administrator może zasłaniać się ochroną danych osobowych, tajemnicą telekomunikacyjną, ale NSA w ostatnim czasie stwierdził, że ten kto narusza prawo, nie może sam się prawem zasłaniać, musi się liczyć z tym, że w tej danej konkretnej sprawie ważniejsze od prawa do ochrony tajemnicy telekomunikacyjnej czy danych osobowych będzie prawo poszkodowanego do obrony dobrego imienia czy czci. Administratorzy nierzadko udostępniają namiary w takich sytuacjach, sami nie chcą mieć kłopotów.

Lekarze muszą pamiętać: internauta ukryty pod „nickiem” nie jest bezkarny ani anonimowy – można go zidentyfikować i zmusić do poniesienia konsekwencji. A prośba do administratora strony nic nie kosztuje.

Innym sposobem dowiedzenia się, kto stoi za obraźliwymi tekstami, jest złożenie zawiadomienia na policji lub w prokuraturze o możliwości popełnienia przestępstwa pomówienia czy znieważenia z wnioskiem o ustalenie danych osobowych sprawcy. Na żądanie organów ścigania dane te zostaną ujawnione.

Wobec tej powszechnej nieżyczliwości medialnej wobec lekarzy – rozmawiać z dziennikarzami czy nie?

Najlepszą obroną jest pełna przejrzystość: w prowadzeniu gabinetu, przychodni, kliniki, szpitala itp. Pojawia się zarzut, że za pieniądze wepchnięto pacjenta do kolejki? Od razu szybka reakcja: u nas to robi się tak i tak, nie można nikogo wepchnąć, bo jest określona procedura. Jeśli zdarzy się rzeczywiście błąd, czasami lepiej przyznać się, przeprosić i naprawić – temat wówczas szybciej przycichnie. Nie można się tego bać, bo zdarza się wszędzie. To właśnie buduje wiarygodność, zamyka drogę spekulacjom, domysłom. Nie ukrywać, nie kombinować. Jeśli jest ta pełna przejrzystość, nie ma obaw, żeby współpracować z mediami, ale rozważnie. Jeśli lekarz nie chce, nie może rozmawiać, odsyła dziennikarza do ordynatora, dyrektora, prezesa. Odradzam rozmowy przez telefon, warto być do rozmowy przygotowanym, znać wcześniej fakty, sprawdzić dokumentację medyczną, wtedy nie ma się czego bać. W przypadku pomówienia warto wydać komunikat prasowy, np. w lokalnej gazecie, portalu internetowym przedstawiający stanowisko danego lekarza czy danej placówki w sprawie. Na koniec muszę dodać, że równie ważna jest wyważona reakcja – każdą sprawę traktować trzeba indywidualnie i z całą rozważą – nie ma uniwersalnej recepty jak postępować we wszystkich przypadkach.

Dziękuję za rozmowę.

Rozmawiała Alicja KATARZYŃSKA

Karol KOLANKIEWICZ – adwokat, koordynator Biura Prawnego Okręgowej Izby Lekarskiej w Gdańsku, specjalizuje się w prawie ochrony zdrowia, w szczególności w zakresie problematyki dotyczącej funkcjonowania praktyk lekarskich i podmiotów leczniczych. Występuje jako obrońca w sprawach karnych dotyczących lekarzy i innych osób wykonujących zawody medyczne, jak również w postępowaniach w zakresie ochrony dóbr osobistych; prowadzi także szkolenia i wykłady z zakresu prawa medycznego.

(przedruk z „Pomorskiego Magazynu Lekarskiego” nr 6-7/14)

KLAUZULA SUMIENIA W PRAKTYCE LEKARSKIEJ

Temat ujęty w tytule zrodził w ostatnich miesiącach wiele rozbieżnych stanowisk, poczynając od opcji liberalnej, neutralnej światopoglądowo, po ortodoksyjną, wychodzącą z założeń etyki kościoła katolickiego.

Jako pismo Okręgowej Izby Lekarskiej, do której przynależność jest obowiązkowa, nie opowiadamy się za żadną ze stron, skupiamy bowiem lekarzy rozmaitych światopoglądów, a nawet wyznań.

Natomiast wychodząc z założenia, że jest to problematyka żywo interesująca środowisko, postanowiliśmy przedstawić Czytelnikom wybrane fragmenty ważniejszych dokumentów i oświadczeń z ostatnich miesięcy, pozwalających na zajęcie własnego stanowiska.

A dyskusja w tej kwestii – dodajmy – toczy się w wielu krajach, różne są w nich regulacje prawne i niemałe rozbieżności.

Końcowy dokument, który rekomendujemy, to „Stanowisko Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 6 grudnia 2013 roku”.

* * *

Zgromadzenie Parlamentarne Rady Europy Rezolucja 1763 (2010) z 7 października 2010 r.

Prawo do sprzeciwu sumienia ramach zgodnej z prawem opieki medycznej

(przytaczamy § 1, 2, 4)

1. Żadna osoba, szpital ani instytucja nie mogą być zmuszone, pociągnięte do odpowiedzialności ani dyskryminowane w żaden sposób z powodu odmowy wykonania, udzielania wsparcia, pomocy ani skierowania do aborcji, przeprowadzenia ludzkiego poronienia, eutanazji lub jakichkolwiek działań, które mogłyby spowodować śmierć płodu lub zarodka ludzkiego, z jakiegokolwiek powodu.

2. Zgromadzenie Parlamentarne podkreśla potrzebę, by potwierdzić prawo do sprzeciwu sumienia, a jednocześnie odpowiedzialność państwa, aby zapewnić, że pacjenci mają dostęp do zgodnej z prawem opieki medycznej, w sposób terminowy. Zgromadzenie niepokoi to, że nieuregulowane korzystanie ze sprzeciwu sumienia może nieproporcjonalnie dotyczyć kobiety, szczególnie te o niskich dochodach lub mieszkających na obszarach wiejskich. (...)

4. Mając na względzie obowiązki państw członkowskich zapewnienia dostępu do zgodnej z prawem opieki medycznej i ochrony prawa do zdrowia, a także obowiązków zapewnienia poszanowania prawa do wolności

myśli, sumienia i wyznania świadczeniodawców opieki zdrowotnej, Zgromadzenie zachęca państwa członkowskie Rady Europy do opracowania kompleksowych i jasnych przepisów, które określą i uregulują

sprzeciw sumienia w zakresie zdrowia i usług medycznych, które:

4.1. zagwarantują prawo do sprzeciwu sumienia w odniesieniu do udziału w procedurze medycznej, o której mowa;

4.2. zapewnią, że pacjenci są informowani w sposób terminowy o sprzeciwie sumienia i skierowani do innego świadczeniodawcy w zakresie opieki zdrowotnej;

4.3. zapewnią, że pacjenci otrzymają odpowiednie leczenie, w szczególności w nagłych przypadkach.

* * *

Stanowisko Komitetu Bioetyki przy Prezydium PAN nr 4/2013 z dnia 12 listopada 2013 r. w sprawie tzw. klauzuli sumienia

(przytaczamy p. 1 wprowadzenia oraz p. 4, 6,
i część 23)

1. Przypadki odmowy wykonania przez polskich lekarzy legalnych i uzasadnionych świadczeń zdrowotnych coraz częściej trafiają na łamy prasy i stają się przedmiotem publicznej krytyki, a nawet postępowań sądowych. Najczęściej sprawy te dotyczą procedur medycznych z zakresu szeroko rozumianej medycyny reprodukcyjnej – diagnostyki prenatalnej i przerywania ciąży. W dwóch takich sprawach zapadły ostatnio wyroki Europejskiego Trybunału Praw Człowieka w Strasburgu stwierdzające, że postawa polskich lekarzy oraz niezapewnienie przez państwo polskich skutecznych instrumentów prawnych pozwalających pacjentowi na wyegzekwowanie należnego mu świadczenia doprowadziły do poważnego naruszenia m.in. postanowień art. 3 Europejskiej Konwencji Praw Człowieka, to jest prawa do wolności od tortur oraz nie-ludzkiego i poniżającego traktowania oraz art. 8 Konwencji, czyli prawa do ochrony życia prywatnego [R.R. v Poland, App. No. 27617/04 Eur. Ct. H.R. (2011); P and Sv. Poland, App. No. 57375/08 Eur. Ct. H.R. (2012)].

Klauzula sumienia w społeczeństwie demokratycznym

4. Ludzie różnią się swoich w ocenach moralnych dotyczących określonych zachowań. To, co dla jednych jest moralnie dopuszczalne, a nawet konieczne w danych okolicznościach, inni uważają za moralnie niegodziwe.

6. Z prawem do wolności sumienia i wyznania skorelowany jest obowiązek państwa do zapewnienia każdemu obywatelowi swobody wyboru religii lub przekonań oraz wyrażania ich indywidualnie i zbiorowo, prywatnie i publicznie. Państwo nie może wprowadzać rozwiązań prawnych faworyzujących tylko jeden wybrany system wartości, a tym samym zmuszać części obywateli do działań niezgodnych z ich sumieniem. Obowiązkiem państwa jest ponadto zapewnienie każdemu człowiekowi ochrony przed zakusami ze strony innych jednostek i grup, pragnących narzucić mu swoje przekonania światopoglądowe.

23. W opinii Komitetu, przedstawiciel zawodu medycznego nie może, powołując się na klauzulę sumienia, odmówić podjęcia działań, których celem jest dostarczanie pacjentowi informacji lub innych środków niezbędnych do podjęcia przez niego świadomej decyzji dotyczącej dalszego postępowania medycznego, które jest legalne, uzasadnione w świetle aktualnej wiedzy medycznej i sytuacji zdrowotnej pacjenta. Takie działanie profesjonalisty medycznego pozbawiałoby bowiem pacjenta możliwości samodzielnego dokonania wyboru i podjęcia czynności nakierowanych na uzyskanie pożądanego świadczenia. Udzielenie pacjentowi informacji lub środków, pozwalających mu na podjęcie autonomicznej decyzji w tej sprawie nie godzi, ani nie stwarza bezpośredniego zagrożenia dla dobra, które profesjonalista uznaje za godne ochrony. Dlatego też okoliczność, że działanie, które pacjent zamierza podjąć na podstawie informacji uzyskanych od profesjonalisty medycznego, jest w przekonaniu tego ostatniego moralnie naganne, nie daje mu podstaw do skorzystania z klauzuli sumienia. Ostateczna decyzja o podjęciu, bądź zaniechaniu dalszego działania należy wyłącznie do pacjenta i obciąża wyłącznie jego sumienie.

* * *

Konferencja Episkopatu Polski w sprawie klauzuli sumienia

Stanowisko zespołu ekspertów KEP

ds. Bioetycznych, Warszawa, 14 lutego 2014 r.

(z b. obszernego dokumentu, odnoszącego się głównie do stanowiska Komitetu Bioetyki przy PAN, cytujemy wnioski końcowe)

14. [Wnioski] W opinii Zespołu ekspertów Konferencji Episkopatu Polski ds. Bioetycznych prawidłowa interpretacja klauzuli sumienia zakłada w szczególności co następuje:

- Prawo do odmowy udzielenia świadczenia zdrowotnego z powodu obiekcji sumienia jest immanentnie związane z osobową godnością człowieka i wynikającą z niej wolnością sumienia. Ograniczenie klauzuli sumienia może nastąpić tylko w drodze wyjątku – w ustawie, o ile jest to konieczne z punktu

widzenia zdrowia publicznego oraz prawa do ochrony zdrowia.

- Sprzeciw sumienia jest podstawą do powstrzymania się od wykonania świadczenia zdrowotnego. Do zakresu świadczeń zdrowotnych, których dotyczy klauzula sumienia, należy zaliczyć także wystawianie recept (np. recept na wczesnoporonne środki antykoncepcyjne) oraz skierowań na badania specjalistyczne przy uzasadnionym przekonaniu, że stanowią one część procedury nakierowanej na zniszczenie dobra, a nie tylko służą uzyskaniu informacji o stanie zdrowia pacjenta.
- Obowiązek wskazania realnej możliwości uzyskania świadczenia u innego lekarza lub w innym podmiocie leczniczym oraz obowiązek odnotowania i uzasadnienia faktu skorzystania z klauzuli sumienia w dokumentacji medycznej, nie mają charakteru warunków, których spełnienie decydowałoby o możliwości skorzystania przez lekarza, pielęgniarkę, położną i farmaceutę z klauzuli sumienia. Są to tylko dodatkowe obowiązki spoczywające na lekarzu w przypadku powołania się na sprzeciw sumienia.
- Podmiot leczniczy może wydać deklarację, że nie wykonuje się w nim określonych świadczeń zdrowotnych, o ile odmienny wniosek nie wpływa z katalogu rodzajów i zakresu świadczeń zdrowotnych zawartego w statucie danego podmiotu.
- Ograniczenie klauzuli sumienia, wprowadzone do art. 39 przez odwołanie się do art. 30, dotyczy wyłącznie niebezpieczeństwa utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia, natomiast nie obejmuje „innych przypadków niecierpiących zwłoki”.
- Obowiązek zapewnienia dostępu do świadczeń zdrowotnych spoczywa na państwie, a nie poszczególnych lekarzach czy konkretnych podmiotach leczniczych.

* * *

Stanowisko nr 74/13/P-VI

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 6 grudnia 2013 r. w sprawie korzystania z klauzuli sumienia w praktyce lekarskiej

W związku z pojawiającymi się w ostatnim czasie medialnymi doniesieniami o stanowiskach różnych osób i instytucji w sprawie korzystania z klauzuli sumienia w praktyce lekarskiej, Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej przypomina, że lekarz, lekarz dentysta (dalej: lekarz) powinien wykonywać swój zawód zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy, z poszanowaniem człowieka bez względu na jego wiek, płeć, rasę, wyposażenie genetyczne, narodowość, wyznanie, przynależność społeczną, sytuację materialną, poglądy polityczne lub inne uwarunkowania i że w sytuacjach niecierpiących

zwłoki wynikających z zagrożenia życia lub ciężkiego uszkodzenia zdrowia pacjentów jest zawsze zobowiązany udzielić pomocy.

Lekarz, tak jak każdy, ma prawo do odmowy podejmowania działań, które są niezgodne z jego sumieniem. Prawo do działania w zgodzie z sumieniem i przekonaniami zapewnia bowiem każdemu art. 53 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej oraz art. 18 Międzynarodowego Paktu Praw Obywatelskich i Politycznych. Prawo lekarza do kierowania się w życiu zawodowym normami moralnymi w sposób szczególny potwierdza także rezolucja nr 1763 Zgromadzenia Parlamentarnego Rady Europy w sprawie prawa do klauzuli sumienia w ramach legalnej opieki medycznej z 2010 r.

Podczas wykonywania zawodu lekarz powinien postępować zgodnie z nakazami i zakazami wynikającymi z przyjętych przez siebie zasad moralnych, światopoglądu oraz wyznawanych przekonań religijnych. Lekarze mogą zostać pozbawieni tego prawa tylko w sytuacjach niecierpiących zwłoki, wynikających z zagrożenia życia lub ciężkiego uszkodzenia zdrowia pacjentów. Prawa innych osób, tak długo, jak nie dochodzi do zagrożenia ich życia i zdrowia, nie mogą być podstawą do ograniczania lekarza w postępowaniu zgodnym ze wskazaniami swojego sumienia.

W związku z tym Prezydium przypomina, że:

1. Lekarz ma prawo do odmowy udziału w procedurach niezgodnych z jego sumieniem (obejmuje ono w szczególności takie czynności, jak wykonywanie, uczestnictwo, pomoc, orzekanie o stanie zdrowia mające na celu zakwalifikowanie do zabiegu niezgodnego z sumieniem lekarza).
2. Korzystając z klauzuli sumienia lekarz powinien przekazać swoje stanowisko pacjentowi oraz odno-

tować je w dokumentacji medycznej. Nie można jednak oczekiwać od lekarza korzystającego z klauzuli sumienia, aby oświadczał, jaki reprezentuje światopogląd i z jakich względów świadczenie uznał za niezgodne ze swoim sumieniem.

3. Korzystając z klauzuli sumienia lekarz nie powinien wywierać wpływu na decyzję pacjenta, ani narzucać mu swojego poglądu. Odmowa wykonania świadczenia zdrowotnego ze względu na niezgodność z sumieniem nie powinna także przyjmować formy uzasadniania medycznego (w szczególności co do skuteczności lub bezpieczeństwa procedury).
4. Lekarz nie ma obowiązku wcześniejszego określania swoich poglądów. W związku z tym całkowicie nieuzasadnione są propozycje ustalania list lekarzy o określonych przekonaniach i ewentualna dyskryminacja ich przy zatrudnianiu.
5. Samorząd lekarski powinien udzielać pomocy we wszystkich przypadkach nieuprawnionego nacisku na autonomię lekarzy deklarujących wolę skorzystania z klauzuli sumienia.

* * *

W nawiązaniu do powyższego Stanowiska, na posiedzeniu w dniu 21 lutego 2014 roku, Uchwałą nr 2/14/VI Naczelna Rada Lekarska, postanowiła zaskarżyć do Trybunału Konstytucyjnego: art. 39 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty (tzw. klauzula sumienia) jako niezgodny ze sformułowaną w Konstytucji RP oraz Międzynarodowym Pakcie Praw Obywatelskich i Politycznych zasadą wolności sumienia. (ww. Uchwałę NRL znajdą czytelnicy na stronach NIL)

(przedruk z „Galicyskiej Gazety Lekarskiej” nr 2/14)

PRAWO NA CO DZIEŃ

PRAWA I OBOWIĄZKI LEKARZY W POSTĘPOWANIU PRZED SĄDEM I ORGANAMI ŚCIGANIA – CZĘŚĆ II

Wykonując swój zawód, lekarze podlegają różnym rodzajom odpowiedzialności. Może to być odpowiedzialność karna, cywilna czy też zawodowa. W związku z tym lekarze mogą stać się uczestnikami postępowania przed organami ścigania, sądami powszechnymi lub sądami lekarskimi. Zwykle dochodzi do zbiegu tych odpowiedzialności.

Dlatego warto zwrócić uwagę na istotne aspekty zachowania lekarza w toku poszczególnych etapów postę-

powania, ze szczególnym uwzględnieniem znaczenia tajemnicy lekarskiej.

Niniejsze opracowanie nie obejmuje zagadnień związanych z odpowiedzialnością zawodową lekarzy, która zostanie omówiona w odrębnym artykule.

Odpowiedzialność karna

Lekarz w związku z wykonywaniem czynności zawodowych, jak każdy inny obywatel, może zostać pociągnię-

ty również do odpowiedzialności karnej. Odpowiedzialność karna uzależniona jest od zaistnienia następujących przesłanek: popełnienie czynu zabronionego, istnienie związku przyczynowego pomiędzy czynem a skutkiem, który nastąpił w wyniku popełnienia przestępstwa oraz winy sprawcy. Zwykle tego typu procesy są związane z zaniechaniem udzielenia pomocy przez lekarza, czy też błędem w sztuce medycznej, a ściganie przestępstw następuje z oskarżenia publicznego.

Pierwszą fazą procesu karnego jest postępowanie przygotowawcze, które wszczyna się, jeżeli zachodzi uzasadnione podejrzenie popełnienia przestępstwa. Może być ono prowadzone w formie śledztwa lub dochodzenia. W wypadkach niecierpiących zwłoki, w granicach koniecznych dla zabezpieczenia śladów i dowodów przestępstwa przed ich utratą, zniekształceniem lub zniszczeniem, prokurator albo Policja może w każdej sprawie, jeszcze przed wydaniem postanowienia o wszczęciu śledztwa lub dochodzenia, przeprowadzić w stosunku do osoby podejrzanej w niezbędnym zakresie czynności procesowe, a zwłaszcza dokonać oględzin, w razie potrzeby z udziałem biegłego, przeszukania lub innych czynności, a także przedsięwziąć wobec niej inne niezbędne czynności, nie wyłączając pobrania krwi, włosów i wydzielin organizmu.

Jeżeli dane istniejące w chwili wszczęcia postępowania przygotowawczego lub zebrane w jego toku uzasadniają dostatecznie podejrzenie, że czyn popełniła określona osoba, niezwłocznie przedstawia się jej zarzuty i przesłuchuje. Osobę tę od chwili rozpoczęcia przesłuchania uważa się za podejrzanego.

Stronom postępowania przygotowawczego przysługuje wiele uprawnień, m.in. uprawnienia wiążące się z szeroko pojętym prawem do informacji (dostęp do akt postępowania, zawiadamianie stron o rozstrzygnięciach procesowych oraz pouczenia), możliwość wnioskowania o przeprowadzenie czynności w postępowaniu przygotowawczym, możliwość udziału w czynnościach postępowania przygotowawczego, jak również możliwość składania środków odwoławczych od rozstrzygnięć lub działań/zaniechań organów prowadzących postępowanie przygotowawcze. Dodatkowo podejrzany ma prawo do żądania przesłuchania go w obecności obrońcy.

W tym miejscu należy zwrócić uwagę, że obronę w procesie karnym należy podjąć już na etapie postępowania przygotowawczego, gdyż może to mieć decydujące znaczenie dla dalszego przebiegu postępowania przed sądem. Może się zdarzyć, że obrona podjęta przez podejrzanego na etapie postępowania przygotowawczego będzie na tyle skuteczna, że postępowanie to nie wejdzie w fazę postępowania przed sądem, a postępowanie przygotowawcze zostanie umorzone.

Dlatego ze względu na istotną wagę procesu karnego, warto już na etapie postępowania przygotowawczego ustanowić obrońcę, którym – inaczej niż w procesie

cywilnym – może być jedynie adwokat. Obrońca posiadający wiedzę prawniczą i doświadczenie będzie potrafił odpowiednio ustalić linię obrony i we właściwy sposób korzystać z uprawnień przysługujących oskarżonemu, tak aby go uniewinnić lub zminimalizować skutki ewentualnego wyroku skazującego.

Etap postępowania przygotowawczego, jeżeli nie zostało wydane postanowienie o umorzeniu takiego postępowania, kończy się z chwilą wniesienia przez organ ścigania aktu oskarżenia do sądu, a dotychczas podejrzany lekarz staje się oskarżonym.

W toku postępowania karnego przed sądem zasadą jest, że obecność oskarżonego w toku rozprawy jest obowiązkowa. W związku z podstawową zasadą procesu karnego – zasadą domniemania niewinności, oskarżonemu, podobnie jak na etapie postępowania przygotowawczego, przysługuje prawo składania wyjaśnień, a także do odmowy składania wyjaśnień, lub odpowiedzi na określone pytania. Będzie on miał również prawo zadawania pytań osobom przesłuchiwanym oraz składania wyjaśnień co do każdego z przeprowadzanych dowodów.

Jak zostało omówione powyżej, lekarz zobowiązany jest do zachowania tajemnicy lekarskiej. W piśmiennictwie wskazuje się jednak, że ujawnienie przez oskarżonego w wyjaśnieniach tajemnicy podlegającej ochronie prawnej jest zgodne z normami prawnymi i nie może być uznane za czyn zabroniony, o ile okoliczności objęte tajemnicą mają jakikolwiek związek z meritem sprawy. (1) Nie można bowiem stosować do oskarżonych w drodze analogii przepisów dotyczących świadków. Oskarżony ma prawo do składania wyjaśnień, w których może mówić wszystko to, co przyczyni się do polepszenia jego sytuacji w procesie, gdyż znajduje się w bardzo niekorzystnej dla siebie roli procesowej. To jemu zarzuca się popełnienie czynu zabronionego, a taka sytuacja powoduje, że powinno się dać priorytet zasadzie prawa do obrony. (2)

Inaczej sytuacja przedstawia się, gdy lekarz w procesie karnym występuje w roli świadka. Generalną zasadą jest, że zwolnienie od obowiązku zachowania tajemnicy związanej z wykonywaniem zawodu może nastąpić w drodze decyzji sądu lub prokuratora. W art. 180 § 2 K.p.k. (3) wprowadzone zostały jednak dodatkowe przesłanki zwolnienia osób obowiązanych do zachowania tajemnicy notarialnej, adwokackiej, radcy prawnego, doradcy podatkowego, lekarskiej lub dziennikarskiej. Mogą być one bowiem przesłuchiwane co do faktów objętych tą tajemnicą tylko wtedy, gdy jest to niezbędne dla dobra wymiaru sprawiedliwości, a okoliczność nie może być ustalona na podstawie innego dowodu. W postępowaniu przygotowawczym w przedmiocie przesłuchania lub zezwolenia na przesłuchanie w takim wypadku decyduje sąd a nie prokurator. Zwalniając od zachowania tajemnicy, sąd wydaje postanowienie, na które stronom

nie przysługuje zażalenie. Nadto sąd przesłuchuje takie osoby na rozprawie zawsze z wyłączeniem jawności.

Zakazem dowodowym o charakterze bezwzględ- nym objęta jest natomiast tajemnica lekarska w wypad- ku określonym w art. 199 K.p.k., zgodnie z którym zło- żone wobec lekarza udzielającego pomocy medycznej oświadczenia oskarżonego, dotyczące zarzucanego mu czynu, nie mogą stanowić dowodu.

Podsumowanie

Powyższe rozważania jedynie w skróty sposób przedstawiają najistotniejsze elementy postępowania sądowego związanego z odpowiedzialnością cywilną oraz karną lekarzy. Należy przy tym pamiętać, że warto

w takich sytuacjach skorzystać z profesjonalnej pomocy prawnej radcy prawnego lub adwokata oraz przestrzegać obowiązku zachowania tajemnicy lekarskiej

Jadwiga JARZĄBKIEWICZ-GÓRNIAK
Radca prawny BIL

(1) M. Klejnowska Monika, Ujawnienie w wyjaśnie- niach oskarżonego tajemnicy chronionej prawem, Ius et Adm.2004.4.111, Lex nr 102657/1

(2) M. Kucharczyk, Kwestia ujawniania tajemnicy pań- stwowej, służbowej, zawodowej i funkcyjnej w wyjaśnieniach oskarżonego, Państwo i Prawo, 2005.2.78 LEX nr 46669/1-5

(3) Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks postępowania karnego (Dz.U. Nr 89, poz. 555 ze zm.), dalej K.p.k.

(przedruk z „Primum Non Nocere” nr 2/14)

POSTĘPOWANIE PRZED WOJEWÓDZKIMI KOMISJAMI DS. ORZĘKANIA O ZDARZENIACH MEDYCZNYCH

NOWA PROCEDURA (NIE) DLA PROFESJONALNYCH PEŁNOMOCNIKÓW

„Działanie każdego systemu, a w szczególności tak złożonego, jak polski system ochrony zdrowia, obarczo- ne jest ryzykiem wystąpienia działań niepożądanych. W skali kraju dochodzi do tysięcy zdarzeń medycznych dziennie. Nawet przy maksymalnej niezawodności sys- temu ochrony zdrowia, jaką można zapewnić wprowa- dzeniem odpowiedniego systemu jakości, regulacja- mi prawnymi, czy nadzorem, pewien margines błędów jest nieunikniony”, czytamy w uzasadnieniu projektu ustawy z 28 kwietnia 2011 r. o zmianie ustawy o pra- wach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczy- cieli Komunikacyjnych.¹ Stąd też ustawodawca uznał, iż niezbędne jest uregulowanie sytuacji pacjentów, którzy ucierpieli w wyniku „nieuniknionych błędów” świad- czeń medycznych.

W dniu 1 stycznia 2012 r. weszła w życie ustawa z 28 kwietnia 2011 r.², którą znowelizowano m. in. ustawę o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (dalej: u.p.p.), wprowadzając do niej rozdział 13a, zatytułowany „Zasady i tryb ustalania odszkodowania i zadośćuczyn- nienia w przypadku zdarzeń medycznych”.

Polskie prawo co prawda oferowało narzędzia ochro- ny praw pacjenta, jednakże były to przede wszystkim instrumenty, jakie pacjenci uzyskali po wejściu w ży- cie ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjen- ta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2009 r. Nr 52, poz. 417 i Nr 76, poz. 641 oraz z 2010 r. Nr 96, poz. 620). Jednakże w przypadku wystąpienia błędu medycznego

i dochodzenia odszkodowania jedyną możliwą drogą je- go uzyskania był proces sądowy z powództwa cywilne- go o odszkodowanie lub zadośćuczynienie. Dochodze- nie tego rodzaju spraw przed sądem trwa zwykle kilka lat, co legło u podstaw stworzenia pozasądowego spo- sobu dochodzenia tego typu roszczeń.

Znowelizowana ustawa wprowadza alternatywny do sądowego tryb dochodzenia od szpitali roszczeń za szko- dy wyrządzone przez te podmioty. Od chwili więc wej- ścia w życie powyższej ustawy roszczeń z tytułu szkód medycznych dochodzić można bądź w procesie cywil- nym przed sądami powszechnymi, bądź w postępowa- niu prowadzonym przed wojewódzką komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych (dalej: wojewódzka komisja, komisja). Wybór drogi należy w tym wypadku tylko i wyłącznie do poszkodowanego (ewentualnie jego przedstawicieli ustawowych czy spadkobierców, którzy również są legitymowani do złożenia wniosku). Celem postępowania przed wojewódzką komisją jest ustalenie, czy zdarzenie, którego następstwem była szkoda mająt- kowa lub niemajątkowa, stanowiło zdarzenie medyczne. Tym zaś wyrażeniem ustawa określa zakażenie pacjenta biologicznym czynnikiem chorobotwórczym, uszkodze- nie ciała lub rozstrój zdrowia pacjenta albo jego śmierć będących następstwem niezgodnych z aktualną wiedzą medyczną:

1. diagnozy, jeżeli spowodowała ona niewłaściwe le- czenie albo opóźniła właściwe leczenie, przyczyni- ając się do rozwoju choroby,
2. leczenia, w tym wykonania zabiegu operacyjnego,

3. zastosowania produktu leczniczego lub wyrobu medycznego (art. 67a ust. 1 u.p.p.)

Pamiętać również należy, że roszczeń odszkodowawczych można domagać się jedynie od szpitali, bowiem jak stanowi art. 67a ust. 2 u.p.p. przepisy dotyczące zasad i trybu ustalania odszkodowania i zadośćuczynienia w przypadku zdarzeń medycznych stosuje się jedynie do zdarzeń medycznych będących następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych w szpitalu w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej. Rozważyć zatem należy, czy, jak twierdzi D. Karkowska w komentarzu do znowelizowanej ustawy, zapis taki jest w ogóle konstytucyjny³, skoro w ogóle nie dopuszcza dochodzenia w nowym postępowaniu roszczeń od innych podmiotów świadczących usługi medyczne.

Postępowanie przed komisjami uregulowane nowelą z 2011 roku określa się jako ugodowo-mediacyjne⁴, quasi-administracyjne⁵ czy quasi-sądowe⁶.

Nie do końca zrozumiały i niespójny tryb procedowania oraz pozycja samych komisji wywołują szereg wątpliwości natury zarówno teoretycznej, jak i praktycznej. Podstawowy zarzut, jaki stawia się nowym uregulowaniom, dotyczy właśnie niejasnego statusu komisji. Z treści przepisu art. 67e ust. 2 u.p.p. wynika, iż „*wykonywanie zadań wojewódzkiej komisji nie stanowi wykonywania władzy publicznej*”, a zatem orzeczenia komisji nie mogą być utożsamiane z decyzjami administracyjnymi. Skutkiem takiego zapisu jest brak możliwości odwołania się od tych orzeczeń do sądów administracyjnych przy jednoczesnym braku przepisów, które umożliwiałyby ich zaskarżenie do sądów powszechnych. Taka konstrukcja jest wielce niekorzystna i powodować może wypaczenie całego systemu dochodzenia roszczeń na podstawie przepisów ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

Poza brakiem sądowej kontroli orzeczeń komisji krytykę budzi również wiele innych przepisów znowelizowanej ustawy m. in. mało precyzyjne zapisy, które umożliwiają odmienną ich wykładnię, zbytni formalizm działania komisji, termin, jaki zakreślono komisjom do wydania orzeczenia (w rzeczywistości nierealnie krótki), brak możliwości dochodzenia rent z tytułu poniesionej szkody, niespójność przepisów ustawy z ustawą o działalności leczniczej w zakresie ubezpieczenia szpitali od zdarzeń medycznych, brak możliwości zwolnienia wnioskodawcy od opłaty od wniosku, brak dewolucyjności, czy kwestie związane ze zwrotem kosztów postępowania. Zakreślony temat niniejszego opracowania nakazuje jednak skupić się na rozstrzygnięciu wątpliwości, jakie budzą nowe zapisy ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta w zakresie zastępstwa stron przez pełnomocników.

Skoro bowiem ustawodawca powołał do życia komisje i przekazał im kompetencje do rozstrzygania sporów o roszczenia z tytułu zdarzeń medycznych, do tej pory

rozstrzyganych jedynie przez sądy powszechne, powstaje pytanie o rolę, jaką profesjonalni pełnomocnicy będą pełnili w tych nowych postępowaniach.

Dochodzenie roszczeń pieniężnych tytułem odszkodowań za szeroko rozumiane szkody medyczne nie jest dla radców prawnych i adwokatów żadną nowością, albowiem procesy takie toczą się codziennie w sądach powszechnych i wielokrotnie strony korzystają z pomocy profesjonalistów. Duża część funkcjonujących na rynku prawnym kancelarii specjalizuje się już w tzw. „procesach medycznych”. Tym bardziej więc może dziwić treść przepisów ustawy o prawach pacjenta, w której art. 67b czytamy, że z wnioskiem skierowanym do komisji o ustalenie zdarzenia medycznego wystąpić może: pacjent, jego przedstawiciel ustawowy oraz – w razie śmierci pacjenta – jego spadkobiercy. W żadnym z dalszych przepisów nie znajdujemy uregulowań dotyczących reprezentowania poszkodowanego pacjenta lub jego spadkobierców przez pełnomocników, w tym pełnomocników profesjonalnych. Przepis art. 67o u.p.p., który odsyła do odpowiedniego stosowania enumeratywnie wymienionych w nim przepisów Kodeksu postępowania cywilnego, również nie rozwiązuje tej kwestii. Z pobieżnej analizy przedstawionych przepisów należy wnioskować, iż skoro nie wspominają o możliwości zastępowania pacjenta przez radców prawnych i adwokatów, ani nie odsyłają w tym zakresie do odpowiedniego stosowania przepisów procedury cywilnej, to takie zastępstwo nie jest dopuszczalne, co stanowi olbrzymi mankament nowych przepisów.

Inaczej wydaje się przedstawiać sytuacja szpitala i ubezpieczyciela zajmujących opozycyjną do pacjenta stronę w postępowaniu przez komisjami. Przepis art. 67i ust. 2 u.p.p. stanowi bowiem, iż w posiedzeniach wojewódzkiej komisji, może uczestniczyć podmiot składający wniosek oraz przedstawiciele kierownika podmiotu leczniczego prowadzącego szpital i ubezpieczyciela, z którym szpital zawarł umowę ubezpieczenia. Użyty przez ustawodawcę zwrot „*przedstawiciele szpitala i ubezpieczyciela*” niewątpliwie oznacza ich pełnomocników – nie ma podstaw by przyjąć, iż roli tej nie może pełnić radca prawny czy adwokat. Sytuacja przedstawia się więc zupełnie odmiennie, a czynnikiem różnicującym jest jedynie to, po której ze stron postępowania w sprawie ustalenia istnienia zdarzenia medycznego się właśnie znaleźliśmy.

Niewątpliwie taka interpretacja budzi kolejne kontrowersje i pytania o konstytucyjność zapisów znowelizowanej ustawy, jako naruszających podstawową zasadę równości stron. Zauważyć również należy, iż w zasadzie w każdej z procedur (cywilnej, karnej czy administracyjnej) każda ze stron może zlecić prowadzenie czynności pełnomocnikowi, w tym oczywiście pełnomocnikowi profesjonalnemu.

Założeniem ustawodawcy było wprowadzenie systemu odpowiedzialności placówek opieki zdrowotnej, dającego prawo uzyskiwania przez pacjentów rekompensaty za szkody zdrowotne poniesione w związku z leczeniem na drodze pozasądowej bez konieczności udowodnienia winy pracowników opieki zdrowotnej. System ten zmierzać ma do realizacji idei ułatwienia uzyskania odszkodowania lub zadośćuczynienia osobom poszkodowanym na skutek stwierdzonego błędu medycznego w oznaczonych w ustawie przypadkach⁷.

Jednakże wątpliwości interpretacyjne, jakie już teraz budzi znowelizowana ustawa i brak uregulowania pewnych znaczących dla stron zagadnień, jak chociażby kwestia zastępowania wnioskodawcy przez pełnomocników, stoją w sprzeczności z wyżej powołanymi przez ustawodawcę założeniami. Skoro bowiem na wniosek, jaki podmiot inicjujący postępowanie kieruje do komisji, nałożono o wiele bardziej rygorystyczne wymogi formalne niż Kodeks postępowania cywilnego stawia pozwom, a do tego nie istnieje analogiczna do procedury cywilnej możliwość uzupełnienia braków formalnych składanych pism, to burzy to ideę ułatwienia pacjentom dochodzenia roszczeń. Tym bardziej, iż skutkiem niedochowania warunków formalnych wniosku skierowanego do komisji jest jego bezwzględny zwrot bez jednoczesnego wskazania, jakich warunków formalnych nie dochowano i brak możliwości żądania zwrotu poniesionej od wniosku opłaty. Niewątpliwie więc wiele osób, dla których ta nowa procedura okaże się, wbrew założeniom ustawodawcy, skomplikowana chciałoby skorzystać z pomocy fachowca, tego jednak ustawa nie dopuszcza.

Co prawda w zakresie postępowania dowodowego istnieją pewne uproszczenia na korzyść wnioskującego, albowiem, jak wskazuje treść przepisu art. 67d ust. 1 pkt 7 u.p.p. wniosek powinien zawierać uzasadnienie uprawdopodobniające zdarzenie, którego następstwem było zakażenie, uszkodzenie ciała, rozstrój zdrowia albo śmierć pacjenta oraz szkody majątkowej lub niemajątkowej. Oznacza to więc, że nie ma on obowiązku udowodnienia zdarzenia i szkody, jednakże nie znaczy to, że nie ma on obowiązku oparcia swych twierdzeń na jakimś materiale dołączonym do wniosku, na co zresztą wprost wskazują dalsze przepisy powołanego artykułu u.p.p. Słusznie jednak zwracają uwagę P. Szewczyk i A. Przybycień⁸, że uprawdopodobnienie wkracza w sferę ocen merytorycznych, w ustawie zaś wymieniane jest wśród wymogów formalnych wniosku, a zatem również jego brak powoduje zwrot wniosku.

Wnioskodawcy mogą mieć więc problemy z samodzielnym prawidłowym sformułowaniem uzasadnienia, które zawierałoby w sobie elementy uprawdopodobniające nie tylko samo zdarzenie, ale również i szkodę. Po raz kolejny więc jawić się może potrzeba skorzystania z pomocy profesjonalnego pełnomocnika, który poradzi sobie z zawiłościami procesowymi nowej ustawy.

Rozwiązaniem może okazać się treść przepisu art. 67g ust. 2 pkt 5) u.p.p., który stanowi, iż „członek składu orzekającego podlega wyłączeniu w postępowaniu w sprawach, w których (...) był lub jest pełnomocnikiem albo przedstawicielem ustawowym podmiotu składającego wniosek”.

Skoro zatem ustawa nakazuje wyłączyć członka składu orzekającego komisji w sytuacji, w której jest pełnomocnikiem wnioskodawcy, to zadać należy sobie pytanie, czy tym samym ustawodawca jednak przewidział udział pełnomocników zastępujących podmioty inicjujące postępowanie przed komisjami.

Należy jednak poddać analizie tę tezę, zastanowić się, czy zapis taki nie dotyczy jedynie postępowania sądowego czy dyscyplinarnego, jakie toczyły się lub toczą w sprawie rozpoznawanej przed komisją, i w których to wnioskodawca korzystał lub korzysta z pomocy pełnomocnika.

Jeżeli chodzi o cywilne postępowanie sądowe, to przepis art. 67b ust. 2 u.p.p. pkt 2) stanowi, że „postępowania przed wojewódzką komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych (...) nie wszczyna się, a wszczęte umarza w przypadku, gdy w związku z tym samym zdarzeniem prawomocnie osądzono sprawę o odszkodowanie lub zadośćuczynienie pieniężne albo toczy się postępowanie cywilne w tej sprawie”.

W związku z powyższym zapisem ustawy nie ma możliwości, aby postępowanie cywilne toczyło się równolegle z postępowaniem przed komisją, albo zostało prawomocnie zakończone przed jego wszczęciem, a tym samym nie dojdzie do sytuacji, w której członek składu orzekającego komisji będzie wyłączony z uwagi na konflikt interesów wynikający z faktu, iż jednocześnie pozostaje związany z wnioskodawcą stosunkiem pełnomocnictwa procesowego.

Inaczej wygląda zaś kwestia postępowań dyscyplinarnych i karnych. Cytowany bowiem powyżej przepis ustawy w punkcie 1) stanowi, iż postępowanie przed komisją „(...) zawiesza się w przypadku toczącego się w związku z tym samym zdarzeniem postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej osoby wykonującej zawód medyczny lub postępowania karnego w sprawie o przestępstwo”. W przypadku zaś zakończenia tych postępowań, postępowanie przed wojewódzką komisją podejmuje się z urzędu.

Nie bez związku z analizowanym zagadnieniem pozostaje fakt, iż ustawa o izbach lekarskich⁹, regulująca odpowiedzialność zawodową, o której mowa w przepisie art. 67b ust. 2 pkt 1) u.p.p., zmieniła zasady postępowania przed sądami lekarskimi, albowiem stało się ono jawne dla pokrzywdzonych, którzy zyskali status strony (do czasu wejścia w życie ustawy mogli oni być wyłącznie świadkami w postępowaniu). Przepis art. 56 ust. 1 ustawy o izbach lekarskich stanowi, iż „stronami postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej

lekarzy są pokrzywdzony oraz lekarz, którego dotyczy postępowanie, lub obwiniony". Natomiast „*pokrzywdzonym jest osoba fizyczna, osoba prawna lub jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej, której dobro prawne zostało bezpośrednio naruszone lub zagrożone przez przewinienie zawodowe*” (art. 57 ust. 1 ustawy). Pokrzywdzony zaś może ustanowić nie więcej niż dwóch pełnomocników spośród lekarzy, adwokatów lub radców prawnych.

Znamiennym jest, iż w skład wojewódzkich komisji do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych wchodzi 16 członków, z których 8 posiada co najmniej wyższe wykształcenie i tytuł magistra lub równorzędny w dziedzinie nauk medycznych, zaś pozostałych 8 posiada co najmniej wyższe wykształcenie i tytuł magistra w dziedzinie nauk prawnych. Z treści powołanych powyżej przepisów wynika, że może dojść do sytuacji, w której toczy się postępowanie w sprawie odpowiedzialności zawodowej lekarza uregulowane w ustawie o izbach lekarskich, a równocześnie pacjent wszczyna postępowanie o przyznanie przez komisję odszkodowania z tytułu zdarzenia medycznego. Może również w związku z tym dojść do konfliktu interesów w przypadku, gdy członek składu orzekającego (lekarz, adwokat lub radca prawny) będzie równocześnie pełnomocnikiem pokrzywdzonego w toczącym się postępowaniu o ustalenie odpowiedzialności zawodowej lekarzy. W tej sytuacji u.p.p. nakazuje wszczęcie postępowania przed komisją zawiesić. Identycznie postąpić należy w przypadku toczącego się równocześnie postępowania karnego.

Wykładnia przepisów powyższych ustaw wskazuje, iż ustawa o prawach pacjenta stanowiąc o wyłączeniu członka składu orzekającego miała na myśli tylko i wyłącznie sytuację, w której członek składu jest lub był jednocześnie pełnomocnikiem poszkodowanego w postępowaniu uregulowanym przepisami art. 53 i n. ustawy o izbach lekarskich oraz pełnomocnikiem w postępowaniu karnym w sprawie o przestępstwo. Są to jedyne sytuacje, w których spełniona jest dyspozycja przepisu art. 67g ust. 2 pkt 5) u.p.p. dotyczącego wyłączenia członka składu orzekającego. Niemniej jednak są one możliwe, a zatem nie można tego przepisu interpretować jako swoistej „furtki” pozostawionej przez ustawodawcę, która pozwalałaby, pomimo jednoznacznej treści przepisu art. 67b u.p.p., na zastępowanie wnioskodawców przez pełnomocników, w tym przez profesjonalistów.

Tym samym potwierdzić należy pogląd, iż ustawodawca w ogóle nie przewidział możliwości zastępowania wnioskodawcy przez pełnomocników. Powołując się na racjonalizm, stwierdzić należy, iż gdyby taką sytuację dopuszczał, dałby temu wyraz w przepisach ustawy, a dokładniej w przepisie art. 67b dotyczącym podmiotów uprawnionych do złożenia wniosku o przyznanie odszkodowania lub zadośćuczynienia. Skoro zaś przepis ten o pełnomocnikach wnioskodawcy nie wspomina, uznać

należy, że ich udział w postępowaniach prowadzonych przed komisjami jest niedopuszczalny, co ocenić należy negatywnie postulując jednocześnie zmianę przepisów w tym zakresie.

Media podają, iż na stan z kwietnia 2012 r. liczba wniosków, jakie wpłynęły do 16 wojewódzkich komisji jest relatywnie niewielka, jednakże alarmującą jest informacja, iż większość ze złożonych wniosków została zwrócona ze względów formalnych. Potwierdza to jedynie wyżej wyrażony pogląd, iż wnioskodawcy mają realne problemy z samodzielnym formułowaniem wniosków pomoc w tym zakresie jest i będzie w wielu przypadkach konieczna. Oczywiście pozostaje wsparcie, jakiego profesjonalista może udzielać w ramach porad prawnych, jednakże nie gwarantuje to wnioskodawcy kompleksowej obsługi, która dawałaby mu poczucie pewności i komfortu prawnego. Nie można również zapominać o sytuacji, w której pacjent, na skutek odniesionych szkód spowodowanych zdarzeniem medycznym, nie jest w ogóle w stanie stawiać się na posiedzenie komisji. Podobnie ustawa pomija milczeniem fakt braku zdolności postulacyjnej wnioskodawcy. W takich sytuacjach również niedopuszczalne jest, by jakkolwiek inny podmiot zastępował niezdolnego do stawiennictwa wnioskodawcy, co tym bardziej uwidacznia brak równości stron nowego postępowania.

Idee, jakie leżą u podstaw wprowadzonych zmian, takie jak szybkość postępowania, której bezpośrednim skutkiem ma być bezzwłoczne zaspokojenie roszczeń pacjenta, łatwość i dostępność procedury, mogą okazać się jedynie niemożliwymi do zrealizowania postulatami, zaś samo postępowanie przed komisjami przerodzić się może w postępowanie „na próbę”, co wypacza słuszne z natury założenia ustawodawcy.

Konkludując powyższe rozważania, należy pozytywnie ocenić podjęte przez ustawodawcę próby stworzenia alternatywnego sposobu dochodzenia przez pokrzywdzonych działaniem medycznym pacjentów roszczeń odszkodowawczych, jednakże obowiązująca od 1 stycznia 2012 r. znowelizowana ustawa regulująca tę materię nie spełnia pokładanych w niej oczekiwań. Przepisy powołujące do życia nową procedurę winny być zatem zmienione w ten sposób, by założenia ustawodawcy mogły być rzeczywiście spełnione przy jednoczesnym zachowaniu podstawowych zasad procedowania analogicznych do postępowania cywilnego a tym samym gwarantujące równość podmiotów i konstytucyjność przepisów.

Streszczenie

Z uwagi na fakt, iż w skali kraju dochodzi do tysięcy zdarzeń medycznych dziennie, których konsekwencją są nie dające się wyeliminować błędy, ustawodawca dostrzegł potrzebę uregulowania praw poszkodowanych pacjentów w dochodzeniu należnych im roszczeń odszko-

dowawczych. Obowiązująca od 1 stycznia 2012 r. nowa procedura, mająca być alternatywą do postępowania cywilnego, wprowadzona została nowelizacją zmieniającą ustawę o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

Wprowadzony do ww. ustawy rozdział 13a, zatytułowany „Zasady i tryb ustalania odszkodowania i zadośćuczynienia w przypadku zdarzeń medycznych”, reguluje powołanie wojewódzkich komisji do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych, ich funkcjonowanie oraz procedurę dochodzenia odszkodowań za ustalone w tym postępowaniu zdarzenia medyczne.

Jednakże nowe przepisy poprzez ich niespójność, niejasność, skomplikowany charakter oraz brak niezbędnych regulacji powodują, iż postępowanie zaoferowane przez ustawodawcę nowelizacją z 28 kwietnia 2011 r., wbrew wcześniejszym założeniom, nie będzie spełniało swojej roli i okaże się mało atrakcyjne dla potencjalnych wnioskodawców. Jednym z powodów takiego stanu rzeczy może być bowiem brak przepisów, które umożliwiałyby występowanie w postępowaniu przed komisjami pełnomocników zastępujących wnioskodawców. Brak unormowań w tym zakresie powoduje, iż nowa procedura jawić się może jako bardziej skomplikowana, sformalizowana i budzi wątpliwości co do konstytucyjności jej zapisów. W tym więc zakresie podjęte winny być prace nad jej dostosowaniem do potrzeb pacjentów oraz wymogów stawianych obowiązującym już procedurom.

Hanna FRĄCKOWIAK

Autorka jest radcą prawnym, asystentką w Katedrze Postępowania Cywilnego UWM w Olsztynie.

1. Dz. U. Nr 113, poz. 660, druk sejmowy nr 3488.

2. Ustawa z 28 kwietnia 2011 r. o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych (Dz. U. Nr 113, poz. 660)

3. Więcej na temat naruszenia zasady równego traktowania obywateli w: D. Karkowska, Ustawa o prawach pacjenta i rzeczniku praw pacjenta. Komentarz, Warszawa 2012 r., s. 480–481.

4. Tak w uzasadnieniu projektu ustawy z 28 kwietnia 2011 r. o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych, Dz. U. Nr 113, poz. 660, druk sejmowy nr 3488.

5. Tak D. Karkowska, ibidem, s. 483.

6. Tak P. Szewczyk, A. Przybycień, Terra incognita, czyli o alternatywnym sposobie kompensacji szkód medycznych, Dodatek do EP 1/2012, Nowe prawo medyczne – zbiór referatów oraz D. Karkowska, ibidem, s. 496, gdzie autorzy określają wojewódzką komisję jako organ quasi-sądowy.

7. Z uzasadnienia projektu ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych, Dz. U. Nr 113, poz. 660, druk sejmowy nr 3488.

8. P. Szewczyk, A. Przybycień, Terra incognita, czyli o alternatywnym sposobie kompensacji szkód medycznych, Dodatek do EP 1/2012, Nowe prawo medyczne – zbiór referatów.

9. Ustawa o izbach lekarskich z dnia 2 grudnia 2009 r., Dz. U. nr 219, poz. 1708.

(przedruk z „Vox Medici” nr 2/14 – artykuł pierwotnie ukazał się w nr 146/2014 „Radcy Prawnego”)

UWAGA ZMIANA PRZEPISÓW!

18 maja 2014 r. weszła w życie Ustawa z 14 marca 2014 r. o zmianie ustawy o kombatantach oraz niektórych osobach będących ofiarami represji wojennych i okresu powojennego oraz niektórych innych ustaw opublikowana w Dz. U. z 2014 r., poz. 496.

W celu zapewnienia możliwości weryfikacji udzielania świadczeń opieki zdrowotnej szef Urzędu ds. Kombatantów i Osób Represjonowanych prowadzi, w formie elektronicznej, bazę danych osób mających uprawnienia z tytułów określonych w ustawie.

W bazie danych osób uprawnionych są przetwarzane następujące informacje dotyczące tych osób: imię lub imiona oraz nazwisko, adres miejsca zamieszkania, data urodzenia, numer PESEL, a w przypadku osób, którym nie nadano numeru PESEL – numer dokumentu potwierdzającego tożsamość, informacja o rodzaju przyznanego świadczenia: rencie, rencie inwalidy wojennego, rencie osoby represjonowanej, dodatku kombatanckim, świadczeniu w wysokości dodatku kombatanckiego.

Do nieodpłatnego przekazywania informacji do bazy danych osób uprawnionych w powyższym zakresie są obowiązane następujące podmioty: Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego, Zakład Emerytalno-Rentowy Ministerstwa Spraw Wewnętrznych, wojskowe biura emerytalne, Biuro Emerytalne Służby Więziennej, minister sprawiedliwości.

Szef Urzędu ds. Kombatantów i Osób Represjonowanych aktualizuje bazę danych osób uprawnionych i przekazuje nieodpłatnie informacje zawarte w tej bazie Narodowemu Funduszowi Zdrowia w terminie 14 dni od dnia przekazania informacji do bazy danych osób uprawnionych przez wymienione podmioty. Podczas aktualizowania bazy danych osób uprawnionych szef Urzędu ds. Kombatantów i Osób Represjonowanych usuwa z bazy danych informacje o danej osobie uprawnionej w razie zgonu tej osoby lub wydania decyzji o pozbawieniu jej uprawnień określonych w ustawie.

Po upływie 6 miesięcy od dnia wejścia w życie ustawy tracą ważność zaświadczenia i legitymacje potwier-

dzające prawo do korzystania z uprawnień określonych w ustawie, wydane przed 18 maja 2014 r., z wyjątkiem zaświadczeń i legitymacji wydanych przez:

- kierownika Urzędu ds. Kombatantów i Osób Represjonowanych,
- Zakład Ubezpieczeń Społecznych,
- ministra pracy i polityki socjalnej w okresie od 24 stycznia 1991 r. do 1 sierpnia 1991 r.

Zgodnie z art. 47c Ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. nr 164, poz. 1027, ze zm.) zasłużeńi honorowi dawcy krwi, zasłużeńi dawcy przeszczepu, inwalidzi wojenni i wojskowi oraz kombatanci mają prawo do korzystania poza kolejnością ze świadczeń opieki zdrowotnej oraz z usług farmaceutycznych udzielanych w aptekach.

Korzystanie poza kolejnością ze świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie świadczeń opieki zdrowotnej w szpitalach i świadczeń specjalistycznych w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej oznacza, że świadczeniodaw-

ca udziela tych świadczeń poza kolejnością przyjąć wynikającą z prowadzonej przez niego listy oczekujących. Świadczeniodawca udziela świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa wyżej, w dniu zgłoszenia. W przypadku, gdy udzielenie świadczenia nie jest możliwe w dniu zgłoszenia, świadczeniodawca wyznacza inny termin poza kolejnością przyjąć wynikającą z prowadzonej przez niego listy oczekujących. Świadczenie z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej nie może być udzielone w terminie późniejszym niż w ciągu 7 dni roboczych od dnia zgłoszenia.

W miejscach rejestracji pacjentów do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, w miejscach udzielania świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej oraz w aptekach, odpowiednio świadczeniodawca albo kierownik apteki, uwidacznia pisemną informację o powyższych uprawnieniach.

*Mec. Beata KOZYRA-LUKASIAK
radca prawny DIL*

(przedruk z „Medium” nr 6-7/14)

OBOWIĄZEK WYPEŁNIANIA „NIEBIESKIEJ KARTY”

Procedura „Niebieskiej Karty” obejmuje ogół czynności podejmowanych i realizowanych w związku z uzasadnionym podejrzeniem zaistnienia przemocy w rodzinie. Określa ją rozporządzenie Rady Ministrów z 13 września 2011 r. w sprawie procedury „Niebieskiej Karty” i wzorów formularzy „Niebieskiej Karty” (Dz. U. nr 209, poz. 1245), wydane na podstawie art. 9d ust. 5 ustawy z 29 lipca 2011 r. o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie (Dz. U. nr 180, poz. 1493 z późn. zm.).

Kto wypełnia „Niebieską Kartę”

§ 2 ust. 1 ww. rozporządzenia stanowi, iż wypełnienia „Niebieskiej Karty” dokonuje przedstawiciel jednostki ochrony zdrowia – może to być lekarz, pielęgniarka bądź ratownik medyczny. Zgodnie z § 14

ust. 2 ww. rozporządzenia, w przypadku gdy stan zdrowia osoby, co do której istnieje podejrzenie, że jest dotknięta przemocą w rodzinie, wymaga przewiezienia jej do podmiotu leczniczego. Przedstawiciel podmiotu leczniczego, do którego osoba ta została przewieziona, wypełnia formularz: „Niebieska Karta – A”. Przepis posługuje się pojęciem „przedstawiciel podmiotu leczniczego”, zatem wypełnienie karty nie musi należeć do lekarza (patrz § 14 ust. 3 w w. rozporządzenia).

Posłużenie się przez ustawodawcę szerokim pojęciem „jednostki ochrony zdrowia”, które nie jest zdefiniowane w ustawie z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, powoduje kłopot w odpowiedzi na pytanie, jakie podmioty mają obowiązek sporządzania „Niebieskiej Karty”? Wydaje się, iż użycie pojęcia „jednostka ochrony zdrowia” miało na celu jak najszersze określe-

nie podmiotów, które mają obowiązek wypełnić „Niebieską Kartę”.

Rozporządzenie nie rozstrzyga, kto wypełnia kartę wskazując, iż może to być lekarz, pielęgniarka lub ratownik medyczny. Może tak się stać, iż lekarz pracujący w podmiocie leczniczym może zostać zobowiązany przez pracodawcę do wypełniania takiego rodzaju dokumentów – źródłem takiego obowiązku będzie wtedy polecenie pracodawcy lub pisemny wykaz obowiązków.

Odpłatność za wypisanie „Niebieskiej Karty”

Powołane na wstępie akty prawne milczą na temat odpłatności za wypełnienie „Niebieskiej Karty”. Kwestii tej nie reguluje ustawa z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Jedyne wskazanie to nieostry przepis art. 3 ust.1 pkt 1 wspomnianej wyżej ustawy o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie, który stanowi, iż obowiązkiem gminy jest zapewnienie bezpłatnego poradnictwa medycznego ofiarom przemocy.

W takim razie zwrócenie się do ministra zdrowia z pytaniem, jak rozumie zakres pojęcia „jednostki ochrony zdrowia” i w związku z tym, czy każdy podmiot leczniczy lub lekarz, wykonujący działalność leczniczą, mają obowiązek wystawiać pacjentom „Niebieskie Karty”? – byłoby zasadne. Wymaga również wyjaśnienia kwestia ewentualnej odpłatności za tego typu świadczenia. Ustawa o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie wskazuje, iż są to zadania własne gminy – jednak brakuje jednoznacznego przepisu, kto powinien zapłacić za czas po-

święcony na wystawienie „Niebieskiej Karty”, ile i w jakim trybie.

Dane z „Niebieskiej Karty” a tajemnica lekarska

Istnieje brak wyraźnej regulacji w tym zakresie, skoro jednak „Niebieska Karta” może zostać wypisana w wyniku porady lekarskiej – wszelkie dane w niej zawarte, o których dowiedział się lekarz, stanowią tajemnicę lekarską. Niestety, dane te nie są chronione, ponieważ

do karty uzyskują dostęp inne osoby: pracownicy socjalni, policja itd. Ewentualnie można skorzystać z przepisu art. 40 ust. 2 pkt 3 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, który przewiduje możliwość ujawnienia tajemnicy lekarskiej w sytuacji, gdy pacjentowi (innej osobie związanej z pacjentem) grozi niebezpieczeństwo dla życia lub zdrowia.

*mec. Paweł LENARTOWICZ
prawnik OIL w Łodzi
(przedruk z „Panaceum” nr 5/14)*

PRZESTĘPSTWA PRZECIW WOLNOŚCI SEKSUALNEJ A TAJEMNICA LEKARSKA...

Przestępstwa przeciwko wolności seksualnej i obyczajności od 27 stycznia br. (na mocy ustawy z 13 czerwca 2013 r. o zmianie ustawy Kodeks karny oraz ustawy Kodeks postępowania karnego) ścigane są w naszym kraju z urzędu. Konsekwencją zmiany trybu ścigania tego typu zdarzeń, jak wynika z komunikatu Ministerstwa Zdrowia z 7 kwietnia 2014 r., jest nałożenie na członków personelu medycznego, którzy podczas udzielania świadczeń powzięli podejrzenie, iż pacjent jest ofiarą przemocy seksualnej, obowiązku zawiadomienia prokuratury lub policji.

Wniosek, jaki Ministerstwo Zdrowia wyciągnęło ze zmiany trybu ścigania przestępstw przeciwko wolności seksualnej i obyczajności – konieczność powiadomienia przez członka personelu medycznego organów ścigania – nie jest oczywisty. Dr n. prawnych Tomasz Sroka z Uniwersytetu Jagiellońskiego dowodzi (<http://prawo.gazeta-prawna.pl>, 7 maja 2014 r.), że postępowanie zgodne z wytycznymi zawartymi w komunikacie może zostać uznane za niedochowanie tajemnicy zawodowej i w konsekwencji narażać lekarza na odpowiedzialność karną.

Przekazanie zdobytej przez członka personelu medycznego podczas udzielania świadczeń medycznych informacji o podejrzeniu, że pacjent jest ofiarą przestępstwa,

nie jest bowiem złamaniem tajemnicy zawodowej tylko w dwóch przypadkach. Gdy pacjent (lub jego przedstawiciel ustawowy) wyraził na takie działanie zgodę albo gdy mocą ustawy nałożone zostały przepisy, które w tej konkretnej, jednoznacznie zdefiniowanej sytuacji zwalniają personel medyczny z tajemnicy i obligującą do przekazania organom ścigania informacji o podejrzeniu popełnienia przestępstwa. Jednak w przypadku przestępstw przeciwko wolności seksualnej i obyczajności, według dr Tomasza Sroki, takie przepisy nie istnieją. A na pewno: „wymogu tego nie spełnia art. 304 § 1 Kodeksu postępowania karnego, nakładający na każdego jedynie społeczny obowiązek zawiadomienia prokuratora lub policji o popełnieniu przestępstwa ściganego z urzędu”.

Lekarz, który bez zgody pacjenta zawiadamia policję lub prokuraturę o podejrzeniu popełnienia na jego szkodę przestępstwa przeciwko wolności seksualnej i obyczajności, nie naraża się na odpowiedzialność karną za przestępstwo z art. 266 § 1 Kodeksu karnego jedynie wówczas, gdy, jak stwierdza dr Tomasz Sroka, „popełnimie podejrzenie, że przestępstwo to, ścigane z urzędu, zostało popełnione z użyciem przemocy w rodzinie”.

(przedruk z „Primum” nr 6-7/14)

MEDYCYNĄ PO DYPLomie

WYPADEK NURKOWY! CO ROBIĆ?

Według szacunkowych danych liczba osób przeszkolonych przez różne organizacje nurkowe sięga w Polsce 160 tysięcy. Połowa z nich nurkuje rekreacyjne z różną częstotliwością. Zaczynają się wakacje, co sprzyja uprawianiu sportów wodnych. Może się zatem zdarzyć, że na dyżurze przywiozą nam pacjenta, który podczas nurkowania uległ wypadkowi.

Czy to jest wypadek nurkowy?

Najważniejszym pytaniem, jakie należy zadać pacjentowi lub świadkom zdarzenia, jest to, czy poszkodowany oddychał pod wodą sprężonym powietrzem. Jeśli otrzymamy negatywną odpowiedź, to znaczy, że na pewno nie mamy do czynienia z wypadkiem nurkowym. Może się przecież zdarzyć, że odziany w sprzęt nurek

(przed pierwszym zejściem pod wodę) zachłyśnie się, dozna urazu lub zawału mięśnia sercowego.

Uraz ciśnieniowy

Z uwagi na nagłe zmiany ciśnienia w przestrzeniach powietrznych, przy nagłym wynurzeniu może dojść do urazu ciśnieniowego. Dotyczy to przede wszystkim płuc i ucha środkowego, ale także zatok obocznych nosa, przewodu pokarmowego, twarzy i skóry (u nurkujących w suchych skafandrach). Uraz ciśnieniowy płuc jest, po utonięciu, drugą co do częstości przyczyną śmierci nurków. Objawy występują najczęściej do 5 minut po wynurzeniu (84% przypadków). Efektem barotraumy jest pękanie pęcherzyków płucnych z towarzyszącym krwiopłuciem i obecnością powietrza w przestrzeniach pozapęcherzykowych (odma opłucnej, rozedma śródpiersia, rozedma podskórna i zatory gazowe). Najmniejsza udokumentowana głębokość, po wynurzeniu z której doszło do urazu ciśnieniowego płuc i zatoru gazowego, to 1,1 m. W związku z tym nawet nurkowanie z akwalungiem na basenie może okazać się niebezpieczne.

Choroba dekompresyjna (*decompression sickness – dcs*)

Dekompresja może spowodować powstanie pęcherzyków gazu obojętnego (zazwyczaj azotu). Pojawiają się one we krwi żyłnej, powodując żyłne zatory gazowe (*Venous Gas Embolism – VGE*) objawiające się najczęściej obrzękiem płuc. W układzie tętniczym pęcherzyki powstają w związku z dekompresją krwi tętniczej lub przechodzą z układu żylnego przez przetrwały otwór owalny. Pęcherzyki gazu mogą również pochodzić z układu żylnego w związku z wyczerpaniem się tak zwanego filtra płucnego. Konsekwencją są tętnicze zatory gazowe (*Arterial Gas Embolism – AGE*), z głównymi objawami ze strony ośrodkowego układu nerwowego. Ponadto pęcherzyki mogą tworzyć się bezpośrednio w tkankach o relatywnie słabej perfuzji, takich jak substancja biała rdzenia kręgowego, tkanka tłuszczowa, tkanki okołostawowe (teoria pęcherzyków autochtonicznych).

Efektem działania pęcherzyków gazu jest uszkodzenie śródbłonna naczyń, reakcja zapalna z aktywacją układu dopełniacza, niszczenie surfaktantu, aktywacja układu krzepnięcia, a także wzrost ciśnienia lokalnego w tkankach z limitem podatności (rdzeń kręgowy).

DCS może objawiać się zaburzeniami mięśniowo-szkieletowymi (typ I wg Goldinga) lub zaburzeniami neurologicznymi i ze strony układu sercowo-naczyniowego do wstrząsu włącznie (typ II). U 40% poszkodowanych objawy występują w ciągu 5 minut od wynurzenia, u 56% w ciągu 10 minut, a u 14% w ciągu godziny lub później.

Czynnikami predysponującymi do DCS są: odwodnienie, alkohol, płeć żeńska, nadwaga, starszy wiek

i oczywiście błędy podczas nurkowania (nagłe wynurzenie, przekroczenie czasu nurkowania bezdekompresyjnego, nurkowania powtarzane) lub po nurkowaniu (wysiłek fizyczny, nagłe ogrzanie organizmu, lot samolotem).

Na miejscu zdarzenia

Jak w każdym nagłym przypadku, podczas udzielania pomocy poszkodowanemu nurkowi postępujemy zgodnie z zasadami BLS, dbając w pierwszej kolejności o nasze bezpieczeństwo. Zespół nurków zawsze jest przeszkolony w zakresie udzielania pierwszej pomocy. Dodatkowo, wiele miejsc nurkowych ma opracowane tak zwane plany ewakuacyjne ze szczegółowym sposobem postępowania przy wypadku. W każdej sytuacji nagłego pogorszenia stanu zdrowia podczas nurkowania lub bezpośrednio po nim, nawet przytomnej i wydolnej oddechowo osobie, zgodnie z rekomendacjami ECHM (*European Consensus Conference for Hyperbaric Medicine*), należy niezwłocznie **podać tlen w największym możliwym do uzyskania stężeniu**. Mimo, że tlen jest gazem medycznym, wielu instruktorów nurkowania i wiele miejsc nurkowych posiada butlę z tlenem z odpowiednim oprzyrządowaniem. Ponadto na miejscu zdarzenia osobie poszkodowanej **należy podać płyny doustne lub dożyłne** i zawsze mieć na uwadze możliwość wystąpienia hipotermii.

Diagnostyka

Decydujące znaczenie ma wywiad i badanie przedmiotowe bazujące na informacjach podanych powyżej (czas wystąpienia objawów, profil nurkowy, problemy podczas nurkowania, urazy). Warto również zastanowić się, czy osoba, która jest ofiarą wypadku nurkowego, nie miała wcześniej schorzeń będących przeciwwskazaniem do nurkowania. Wśród badań dodatkowych znaczenie mają: CT i MR głowy przy objawach AGE, RTG klatki piersiowej przy urazie ciśnieniowym i VGE, badanie echokardiograficzne i badanie dopplerowskie (stwierdzenie pęcherzyków gazu), a także badanie dna oka w związku z możliwością wystąpienia zatorów gazowych w naczyniach siatkówki.

Leczenie

Leczeniem z wyboru DCS jest terapia hiperbaryczna (*Hyperbaric Oxygen Therapy – HBO*), nawet przy braku stwierdzonych pęcherzyków w badaniach obrazowych OUN (przy dodatnim wywiadzie i wykluczeniu innych przyczyn). Oczywiście pacjent po urazie ciśnieniowym płuc powinien mieć w pierwszej kolejności odbarczoną odnę opłucnej (drenaż). Zgodnie z zaleceniami ECHM wskazana jest również płynoterapia (unikanie roztworów glukozy), opcjonalne jest również leczenie przeciwkrzepliwe. W przypadku DCS nie zaleca się natomiast sterydoterapii.

Transport

Należy dążyć do jak najszybszego wdrożenia HBO. Największe korzyści uzyskują pacjenci, u których wdrożono leczenie tlenem hiperbarycznym w czasie **5–6 godzin od wypadku**. Podczas transportu należy stosować tlenoterapię i płynoterapię. W przypadku transportu lotniczego wskazany jest lot na niskim pułapie (często potrzebna jest specjalna zgoda) lub przelot w kabinie presuryzowanej (normobarycznej). Najbliższym ośrodkiem specjalizującym się w leczeniu nurków jest Krajowy Ośrodek Medycyny Hiperbarycznej w Gdyni

(KOMH). W sytuacji wypadku nurkowego warto skontaktować się z lekarzem dyżurnym KOMH (numer alarmowy: **58/622-51-63**). Na miejscu zdarzenia prawie każdy instruktor nurkowania ma ten numer telefonu i e na pewno go udostępni. [...]*

dr n. med. Przemysław BŁAWAT
Lekarz nurkowy KDP/CMAS, PADI Rescue Diver
Oddział Kliniczny Chirurgii Klatki Piersiowej
i Nowotworów
Centrum Onkologii im. prof. F. Łukaszczyka w Bydgoszczy

* skrót pochodzi od Redakcji Opolskiego Biuletynu

(przedruk z „Primum” nr 6-7/14)

ALERGIA NA JAD OWADÓW

Reakcje po użądleniu owada mogą mieć charakter reakcji miejscowej o charakterze niealergicznym spowodowanej toksycznym działaniem składników jadu (enzymy, neurotoksyny), objawiającej się bólem, rumieniem i obrzękiem w miejscu użądlenia, ustępującym w ciągu kilku dni.

Po użądleniu obserwuje się również reakcje duże, miejscowe przebiegające z dreszczami i gorączkami. W przypadku użądlenia przez większą liczbę owadów może wystąpić uogólniona reakcja toksyczna z uszkodzeniem serca, mięśni, zaburzeniami czynności wątroby, nerek, niedokrwistością i ryzykiem zgonu po użądleniu przez więcej niż 200 owadów (50 u dzieci). Kolejnym typem reakcji po użądleniu są reakcje nietypowe, takie jak zapalenie naczyń czy choroba posurowicza.

Alergia na jad owadów jest to immunologicznie uwarunkowana nadwrażliwość na składniki jadu wywołująca objawy większe niż miejscowe. Wystąpić mogą reakcje anafilaktyczne po użądleniu przez owada błonkoskrzydłego. Szacunkowe liczby osób, u których występują bezpośrednie reakcje ogólnoustrojowe na użądlenia owadów, zamykają się w przedziale od 1% do 7% populacji ogólnej.

Reakcje anafilaktyczne są podzielone na 4 stopnie. W stopniu pierwszym występuje pokrzywka, świąd skóry, uczucie choroby, niepokój. W stopniu drugim do wymienionych objawów dołączają obrzęk naczynioruchowy, ucisk w klatce piersiowej, zawroty głowy, nudności, wymioty, biegunka i bóle brzucha. W stopniu trzecim dodatkowo obserwuje się: duszność, chrypkę, osłabienie, zamroczenie, lęk, zaburzenia połykania i mowy.

W ostatnim stopniu czwartym pojawia się spadek ciśnienia, sinica, utrata świadomości, nietrzymanie moczu i stolca.

W Polsce najczęściej obserwuje się uczulenie na jad osy i pszczoły, rzadziej szerszenia, a wyjątkowo trzmieła. W diagnostyce uczuleń na jad owadów ważne znaczenie ma ustalenie rodzaju owada, który użądlił pacjenta, pomocnym w tym może być znajomość miejsc bytowania tych owadów. Osy są wszystkożerne i można je spotkać w miastach, przy cukierniach, śmietnikach, natomiast pszczoły raczej bytują na polach i łąkach. W dalszym etapie diagnostyki wykonuje się testy immunologiczne oraz śródskórne z jadem owadów. Trzeba jednak zaznaczyć, że nie kwalifikuje się do odczulania pacjentów którzy mają tylko dodatni wynik testu.

Pacjenci uczuleni na jad owadów są pacjentami specjalnej troski, gdyż często użądlenia przebiegają ze wstrząsem anafilaktycznym i wymagają kwalifikowanej pomocy medycznej. Pacjenci tacy powinni być zaopatrzeni w strzykawkę z adrenaliną i mieć opracowany plan postępowania na wypadek użądlenia.

Alergię nad jad owadów błonkoskrzydłych leczy się poprzez terapię odczulającą. Polega ona na wielokrotnym podaniu rosnącej dawki szczepionki w celu uzyskania tolerancji organizmu na dany alergen (w tym przypadku jad konkretnego owada). Zazwyczaj terapia trwa od trzech do pięciu lat.

Dr n. med. Sławomir TOKARSKI
PCCHP w Rzeszowie

(przedruk z Biuletynu OIL w Rzeszowie nr 2/14)

BIULETYN INFORMACYJNY OPOLSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

WYDAWCA: Opolska Izba Lekarska, 45-054 Opole, ul. Grunwaldzka 23, tel. 0 77 454 59 39, www.izbalekarska.opole.pl; nr konta: 54-1020-3668-0000-5102-0009-8277

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

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

Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego w Warszawie w partnerstwie z **Ministerstwem Zdrowia** realizuje projekt systemowy pn. „*Wsparcie systemu kształcenia ustawicznego personelu medycznego w zakresie opieki geriatrycznej*”, współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego, którego celem jest poprawa opieki nad osobami starszymi w Polsce.

W ramach projektu przygotowano innowacyjną ofertę szkoleń w ramach doskonalenia zawodowego dla lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej (POZ), którzy w swojej codziennej praktyce rozwiązują problemy zdrowotne osób 65+.

Szkolenia w formie kursów doskonalących dla lekarzy POZ z zakresu opieki geriatrycznej realizowane są na podstawie programów kształcenia opracowanych przez zespoły eksperckie pod kierunkiem wybitnych specjalistów z zakresu geriatry i stanowią nowość na rynku ofert szkoleniowych w Polsce w tym zakresie.

Podstawowe informacje dla lekarzy zainteresowanych uczestnictwem w kursie:

- czas trwania kursu – 21 godzin = 3 dni (robocze lub weekendowe),
- kurs przeznaczony dla lekarzy POZ, niezależnie od posiadanej specjalizacji oraz dla lekarzy odbywających specjalizację z medycyny rodzinnej,
- kurs bezpłatny,
- uczestnicy otrzymują dofinansowanie na pokrycie kosztów dojazdów i noclegów,
- za udział w kursie uczestnik otrzymuje 16 punktów edukacyjnych w oparciu o Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 6 października 2004 r. w sprawie sposobu dopełnienia obowiązku doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentystów (Dz. U. Nr 231, poz. 2326, z późn. zm.).

Najbliżej województwa opolskiego kursy realizuje **Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach** pod kierownictwem naukowym **Pana dr hab. n. med. Jana Szewieczka**.

Poniżej lista kursów wraz z terminami realizacji:

- Kurs nr: L/2-744/0-00-006-2014, w dniach 10–12.10.2014 r.
- Kurs nr: L/2-744/0-00-007-2014, w dniach 15–17.11.2014 r.
- Kurs nr: L/2-744/0-00-008-2014, w dniach 12–14.12.2014 r.

Zgłoszenia na kursy należy nadsyłać na adres e-mail: **smr2@cmkp.edu.pl** lub telefonicznie pod nr (22) 56 01-080 lub 608 590 580 (osoba upoważniona do kontaktu – Pani Teresa Witkowska, Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, ul. Kleczewska 61/63, 01-826 Warszawa).

Zapraszam wszystkich lekarzy POZ do wzięcia udziału w innowacyjnym przedsięwzięciu, którego realizacja może przyczynić się do stworzenia podstaw dla nowej jakości opieki nad seniorami w Polsce.

Więcej informacji nt. projektu znajduje Państwo na stronach internetowych **www.cmkp.edu.pl** i **www.geriatrya.mz.gov.pl**

* * *

Śląska Izba Lekarska informuje, że istnieje możliwość podjęcia **studiów podyplomowych „Prawo w medycynie”**. Studia prowadzone są wspólnie przez Uniwersytet Śląski, Uniwersytet Medyczny i Śląską Izbę Lekarską. Studia służą uzyskaniu orientacji w zakresie przepisów prawa medycznego oraz w elementarnych przepisach innych dziedzin prawa.

Wykładowcy łączą w swojej działalności pracę naukowo-dydaktyczną z wykonywaniem różnych funkcji w systemie wymiaru sprawiedliwości lub w systemie ochrony zdrowia w Polsce. Gwarantuje to nie tylko wysoki poziom rozważań teoretycznych, ale także doskonale zrozumienie dla potrzeb praktyki stosowania prawa.

Śluchaczami mogą zostać osoby, które ukończyły jednolite studia wyższe na polskich uczelniach. Szczegółowe informacje dostępne są na stronie: **www.wpla.us.edu.pl/podyplomowe-studia-prawo-w-ochronie-zdrowia**

* * *



V Kongres Top Nephrological Trends

W dniach 10–11 października 2014 r. w Poznaniu, już po raz piąty odbędzie się Kongres Top Nephrological Trends. W tym roku, postanowiliśmy nadać mu merytoryczny tytuł „*Nerki w chorobach cywilizacyjnych*” uznając niewątpliwą aktualność zagadnień związanych z identyfikacją osób zagrożonych powikłaniami nerkowymi tych chorób i optymalnym postępowaniem terapeutycznym, zarówno w zakresie profilaktyki jak i hamowania postępu już rozwiniętych nefropatii. Do prezentacji zaplanowanych zagadnień, zostali zaproszeni najwybitniejsi polscy specjaliści, którzy tradycyjnie gwarantują wysoki poziom naukowy i edukacyjny konferencji. **Uczestnicy Kongresu otrzymają punkty edukacyjne**

Termin: 10–11 października 2014 r.

Miejsce: Poznań, IBB Andersia, Plac Andersa 3

Przewodniczący Komitetu Naukowego: prof. dr hab. Andrzej Oko

Przewodnicząca Komitetu Organizacyjnego: dr hab. n. med. Ilona Idasiak-Piechocka

Organizatorzy: Katedra i Klinika Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu, Oddział Poznański Polskiego Towarzystwa Nefrologicznego, wydawnictwo Termedia

Biuro organizacyjne: Termedia sp. z o.o. ul. Kleeberga 2, 61-615 Poznań, tel./faks +48 61 656 22 00, **szkolenia@termedia.pl**, **www.termedia.pl**

* * *



Farmakoterapia kobiety w ciąży

Chora ciężarna to trudna sytuacja zarówno dla położników, jak i lekarzy innych specjalności. Na jednym oddzia-

le nie boją się ciąży, ale nie znają się na chorobie, na drugim znają chorobę, ale obawiają się ciąży. Jednak największy kłopot stanowi farmakoterapia chorych ciężarnych. Interniści wiedzą czym i jak leczyć, ale często obawiają się, położnicy boją się mniej, ale nie zawsze wiedzą, jakie leki podawać. To skłoniło nas, by zaprosić Państwa na spotkanie z pogranicza położnictwa i innych działów medycyny, głównie interny, na dyskusję pomiędzy doświadczonymi lekarzami, którzy niejednokrotnie już wspólnie musieli ustalać plan postępowania diagnostycznego i terapeutycznego u kobiet w okresie ciąży. Dlatego też każdy problem kliniczny to dwugłos położników i lekarzy innej specjalności. Celem tego spotkania jest wymiana poglądów pomiędzy reprezentantami różnych dziedzin medycyny, dyskusja na pograniczu specjalności, gdzie dokonuje się największy postęp. **Uczestnicy konferencji otrzymują punkty edukacyjne.**

Termin: 24–25 października 2014 r.

Miejsce: Gdańsk, Hotel NOVOTEL Gdańsk Marina, ul. Jelitkowska 20

Kierownicy Naukowi: prof. dr hab. Anna Fijałkowska, prof. dr hab. Romuald Dębski

Biuro organizacyjne: Termedia sp. z o.o. ul. Kleeberga 2, 61-615 Poznań, tel./faks +48 61 656 22 00, szkolenia@termedia.pl, www.termedia.pl



Pułapki Codziennej Praktyki Lekarskiej

Jakie błędy najczęściej popełniają lekarze i jak uniknąć? Na to pytanie podczas już drugiej edycji konferencji Pułapki codziennej praktyki lekarskiej odpowiadać będą uznani eksperci. Na wydarzenie to zapraszamy do Poznania lekarzy wszystkich specjalności medycznych 17–18 października 2014 r. Kierownikiem naukowym spotkania jest prof. Leszek Czupryniak, prezes Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego. W programie spotkania: pułapki (bardzo) wczesnej diagnostyki nowo-

tworów, pułapki terapii przeciwbakteryjnej i przeciwwirusowej, pułapki stanów przewlekłych, pułapki czające się w jamie brzusznej oraz pułapki komunikacji interpersonalnej, czyli „trudny pacjent” czy „trudny doktor”? **Uczestnicy otrzymają punkty edukacyjne.**

Termin: 17–18 października 2014 r.

Miejsce: Poznań, Novotel, pl. W. Andersa 1

Kierownik naukowy: prof. dr hab. Leszek Czupryniak

Organizatorzy: Klinika Chorób Wewnętrznych i Diabetologii Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego nr 1 im. N. Barlickiego w Łodzi, wydawnictwo Termedia

Biuro organizacyjne: Termedia sp. z o.o. ul. Kleeberga 2, 61-615 Poznań, tel./faks +48 61 656 22 00, szkolenia@termedia.pl, www.termedia.pl

Szpital Specjalistyczny MSW w Głucholazach zatrudni lekarzy na:

Oddział Chorób Płuc i Rehabilitacji Pulmonologicznej

- pulmonologa,
- internistę,

Oddział Rehabilitacji Kardiologicznej

- kardiologa,
- internistę,
- lekarza rehabilitacji medycznej

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

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Zaodrże” w Opolu zatrudni lekarza pediatrę lub lekarza medycyny rodzinnej (także w trakcie specjalizacji) do pracy w Poradni Dziecięcej. Kontakt tel.: 77/457-33-38, 77/474-46-92.

Zatrudnię lekarza internistę lub rodzinnego do pracy w przychodni ogólnej na etat lub na godziny. Kontakt telefoniczny – 530-101-303, 602-384-460. **Przychodnia Rodzinna ul. Stanisława Moniuszki 16, 47-100 Strzelce Opolskie.**

Przychodnia Rodzinna w Sycowie poszukuje do pracy w POZ lekarza:

- medycyny ogólnej,
- internisty,
- pediatry,
- medycyny rodzinnej
- lub lekarza bez specjalizacji.

Nawiążemy również współpracę (wizyty prywatne) w ramach specjalizacji:

- endokrynolog,
- alergolog,
- neurolog / neurolog dziecięcy,
- ortopeda / ortopeda dziecięcy,
- urolog,
- inni.

Przychodnia Rodzinna Medicaire, Marek Fronczak, 56-500 Syców, ul. Mickiewicza 25, tel. 531560622

Wynajmę pomieszczenie przygotowane pod gabinet dentystyczny w Opolu. Tel. kont. 603-712-931.

Sprzedam sprzęt okulistyczny:

- Lampę szczelinową z podstawą firmy Zeiss,
- Kasetę okulistyczną szkieł próbnych firmy Opta,
- Wzierniki elektryczne – 3 szt.,
- Tonometr płaski Schiotza,
- Pupilometr,
- Oprawki okularowe,
- Linijki do skiaskopii,
- Tablice Ishihara,
- Krzesło okulistyczne.

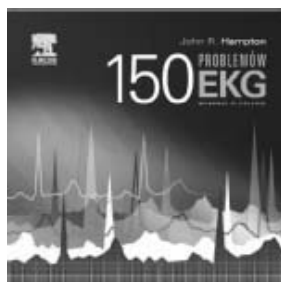
Cena do uzgodnienia, więcej informacji pod numerem telefonu 603-183-982.

NAROL – DENTAL

Sp z o.o. – polski producent instrumentów stomatologicznych, zaprasza PT. Lekarzy do odwiedzania naszej klinicznej strony informacyjnej:

www.narol-dental.pl –

Lucyna Zuchowska lek. dent.



150 problemów EKG

J.R. Hampton; wyd. II polskie; rok wydania: 2014; ISBN: 978-83-7609-842-5, format: 185 x 185, opr. broszurowa, 350 stron, cena: 66.60 zł (148 ELS pkt);

Z przedmowy:

Chociaż żadna publikacja nie może zastąpić wiedzy praktycznej, to jednak autorzy 150 problemów EKG podjęli próbę zbliżenia czytelników do konkretnych sytuacji klinicznych oraz nauczania ich interpretacji EKG w powiązaniu z określonym pacjentem.

W książce zaprezentowano 150 przypadków klinicznych wraz z krótką informacją o historii choroby i zapisem elektrokardiograficznym.

Przed przeczytaniem odpowiedzi czytelnik powinien samodzielnie zinterpretować elektrokardiogram w świetle dostępnych danych klinicznych oraz zdecydować o ewentualnym sposobie postępowania.

Więcej informacji można uzyskać, sięgając do wiedzy zawartej w innych książkach, takich jak EKG to proste i EKG w praktyce, do których odsyłacze znajdują się po każdej odpowiedzi.

Przypadki kliniczne podzielono na proste (*), bardziej złożone (**) oraz trudne (***)

* * *



Monitorowanie stanu płodu; L.A. Miller, D.A. Miller, S.M. Tucker; wyd. I polskie, red. R. Dębski; rok wydania: 2014; ISBN: 978-83-7609-723-7, format: 135x205, opr. broszurowa, 312 stron, cena: 74.71 zł (166 ELS pkt);

Z przedmowy: „Skrupulatnie poprawiona nowa edycja książki zawiera zarówno ujednoliconą terminologię wprowadzoną przez Narodowy Instytut Zdrowia Dziecka i Rozwoju Człowieka (NICHD, National Institute of Child Health and Human Development), jak również najnowsze informacje dotyczące interpretacji i metod postępowania opartych na dowodach (EBM, evidence based medicine). Książka dostarcza praktycznych, opartych doświadczeniem klinicznym informacji dotyczących wszystkich aspektów monitorowania płodu, zarówno w okresie przed porodem, jak i w trakcie porodu. Może służyć jako źródło wiedzy dla wszystkich lekarzy – od nowicjuszy poczynając, na doświadczonych specjalistach kończąc.”

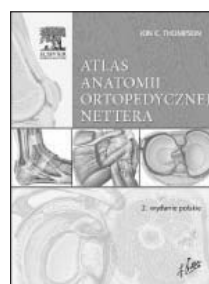
W publikacji:

- treść jest zorganizowana w sposób, który umożliwia lekarzom budowanie wiedzy, poczynając od najistotniejszych koncepcji, poprzez rozwijanie ich i - w rezultacie - dochodzenie w sposób logiczny do zaawansowanych zasad
- najistotniejsze informacje są uwypuklone dzięki ilustracjom, rycinom, tabelom oraz przykładowym zapisom czynności serca płodu
- szczegółowo omówiono komponenty czynności serca

płodu, a dodatkowo przedstawiono informację o wadze dowodów wspierających każdą cechę, obalając w ten sposób powszechniepanującą mityzowaną z monitorowaniem płodu

- określenie wagi dowodów wspierających szereg wzorów czynności serca płodu pozwoliło na odrzucenie części połączonych mitów
- dodatek z zapisami czynności serca płodów to pokazany zasób praktycznej wiedzy związanej z zastosowaniem definicji NICHD oraz zasadami ujednoliconej interpretacji

* * *



Atlas anatomii ortopedycznej Nettera; oprac. J.C. Thompson; wyd. II polskie; rok wydania: 2014; ISBN: 978-83-7609-816-6, format: 205 x 280, opr. broszurowa, 404 strony, cena: 125.10 zł (278 ELS pkt);

To znane Czytelnikom, podręczne, w pełni kolorowe źródło informacji. Książka doskonale sprawdza się podczas nauki do egzaminu oraz jako szybkie przypomnienie dla pracujących na oddziale lekarzy ortopedów. Kluczową cechą podręcznika są niezrównane wizualnie, doskonałe jakościowo, wyjątkowo precyzyjne ilustracje z kolekcji Nettera. Jon C. Thompson przedstawia najnowsze wiadomości w postaci całkowicie zaktualizowanych algorytmów diagnostycznych i terapeutycznych. Wszystkie schorzenia są ujęte w przejrzystych tabelach. W książce pojawiły się nowe zdjęcia radiologiczne, które obrazowo przedstawiają kluczowe korelacje kliniczne i obrazują struktury anatomiczne.

Kluczowe cechy publikacji:

- utrzymano popularną skrótoną formę przedstawienia wiedzy w postaci tabel, pozwalającą znaleźć potrzebne wiadomości szybko i sprawnie,
- zawiera użyteczne informacje kliniczne na temat chorób, urazów, badania przedmiotowego oraz podmiotowego, radiologii, dostępów operacyjnych i niewielkich zabiegów - w ramach każdego rozdziału,
- wypunktowane w tabelach kluczowe informacje na temat kości, stawów, mięśni i nerwów dobrze korelują z ilustracjami Nettera,
- najważniejsze informacje wyróżniono różnymi kolorami - cenne wiadomości na zielono, natomiast ostrzeżenia na czerwono.

W wydaniu drugim:

- obok przekrojowych ilustracji anatomicznych umieszczono zarówno tradycyjne radiogramy jak i obrazy z technik takich jak: tomografia komputerowa czy rezonans magnetyczny, dla lepszego zobrazowania materiału,
- dołączono opisy częstych dostępów anatomicznych by umożliwić lepsze zrozumienie technik operacyjnych,
- zreorganizowano wybrane tabele dotyczące dużych stawów jak bark, kolano i biodro by zwiększyć ich przejrzystość, a także dołączono nowe ilustracje i opisano nowe korelacje kliniczne,
- w każdym rozdziale wprowadzono nowe wiadomości w części dotyczącej badania fizykalnego, tabelach anatomicznych oraz w sekcji na temat chorób i złamań - w tym aktualne metody diagnostyczne i techniki lecznicze,
- przedstawiono najnowsze osiągnięcia na polu ortopedii za pośrednictwem algorytmów diagnostycznych i terapeutycznych w odniesieniu do wszystkich stanów klinicznych.



Dermatologia. Diagnostyka różnicowa; T.P. Habif, J.L. Campbell Jr, M.S. Chapman, J.G.H. Dinulos, K.A. Zug; wyd. II polskie, red. A. Kaszuba; rok wydania: 2014; ISBN: 978-83-7609-936-1, format: 76 x 250, opr. broszurowa (wachlarzyk), 338 stron, cena: 93.60 zł (208 ELS pkt)

To nie jest kolejny podręcznik dermatologii. To profesjonalne narzędzie diagnostyczne dla zapracowanego dermatologa, studenta w trakcie zajęć praktycznych czy lekarza pierwszego kontaktu. Unikatowy format „wzornika” zmienia książkę w nadzwyczaj przystępną i nowoczesną pomoc naukową. Zestaw usztywnionych kart stabilnie połączonych ze sobą w jednym narożniku umożliwia szybką ocenę wizualną i bezpośrednie porównanie zmian skórnych u pacjenta i na fotografii.

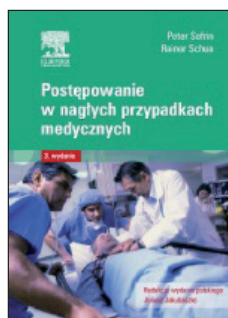
W publikacji:

- 600 zdjęć ponad 160 jednostek chorobowych w kieszkowym formacie,
- kolorowe fotografie każdej jednostki chorobowej i przystępne wiadomości na temat danej jednostki chorobowej na oddzielnej karcie,
- odsyłacze do innych potencjalnych możliwości diagnostycznych,
- zwięzła charakterystyka zasad leczenia każdej jednostki chorobowej.

W drugim wydaniu:

- udoskonalone i zmienione fotografie licznych schorzeń,
- uwzględnienie wyglądu schorzeń u pacjentów o różnych kolorach skóry,

- pogłębione informacje na temat trądziku, wyprysku i łuszczycy,
- uwzględniono nowe zagadnienia jak: „Lasery w dermatologii”, „Leiszmanioza” oraz „Trąd”.



Postępowanie w nagłych przypadkach medycznych

P. Sefrin, R. Schua; wyd. III polskie, red. J. Jakubaszko; rok wydania: 2014; ISBN: 978-83-7609-990-3, format: 105 x 150, opr. broszurowa, 426 stron, cena: 50.40 zł (112 ELS pkt);

Trzecie polskie wydanie cieszącego się dużą popularnością podręcznika stanowi niezawodną pomoc w nagłych sytuacjach klinicznych.

W poszczególnych rozdziałach w bardzo zwartej formie przedstawiono szczegóły dotyczące diagnostyki, leczenia oraz transportu pacjenta w stanie zagrożenia życia, omówiono również błędy, których należy unikać w postępowaniu. Jednolita i przejrzysta forma niezwykle ułatwia korzystanie z podręcznika oraz pozwala na szybkie odnajdywanie potrzebnych informacji.

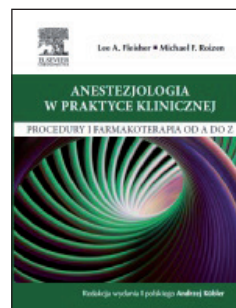
Pozycja skierowana jest do lekarzy medycyny ratunkowej, zespołów ratownictwa medycznego, a także do lekarzy innych specjalności medycznych pragnących uaktualnić swoją wiedzę na temat postępowania z pacjentami w stanie zagrożenia życia. Książka jest również doskonałym źródłem wiedzy dla studentów medycyny.

Przejrzysty i uporządkowany układ książki

Ujęcie tematu w postaci wytycznych: co należy robić, jakie są objawy, diagnostyka, rozpoznanie różnicowe

Alfabetyczny spis problemów zdrowotnych, ułatwiający szybkie znalezienie danego zagadnienia

Typowe błędy w 100 sytuacjach zagrożenia zdrowotnych



Anestezjologia w praktyce klinicznej. Procedury i farmakoterapia od A do Z

L.A. Fleisher, M.E. Roizen; wyd. I polskie, red. A. Kübler; rok wydania: 2014; ISBN: 978-83-7609-954-5, format: 215 x 275, opr. broszurowa, 398 stron, cena: 206.10 zł (458 ELS pkt);

Z przedmowy: Wybitni amerykańscy anestezjolodzy Lee Fleisher i Michael Roizen wraz z bardzo szerokim gronem współautorów podjęli się trudu redakcji opracowania obejmującego szeroki i złożony wymiar praktyki anestezjologicznej, analizując ją od strony pacjenta: na co choruje, jaki ma wpływ wykonywany zabieg, jakie leki czy paraleki przyjmuje. Omówili zasady postępowania anestezjologicznego w ponad 600 klinicznych sytuacjach.

W rezultacie powstało rozległe, encyklopedyczne dzieło obrazujące w pełni złożoność postępowania anestezjologicznego w różnych medycznych sytuacjach i okolicznościach. Ten aktualny zbiór wiedzy jest niezbędny dla wszystkich pracowników opieki zdrowotnej zajmujących się anestezjologią. Książka ta może być też interesująca dla lekarzy innych specjalności, którzy znajdą tu odpowiedź na pytania, jakie ryzyko stwarza znieczulenie w różnych chorobach czy zabiegach i jak należy wówczas postępować.



Stany nagłe w gastroenterologii; A.M. Mills, A.J. Dean; wyd. I polskie, red. E. Małecka-Panas; rok wydania: 2014; ISBN: 978-83-7609-982-8, format: 155 x 235, opr. twarda, 316 stron, cena: 125.10 zł (278 ELS pkt);

Z przedmowy: Właściwa ocena pacjenta z dolegliwościami ze strony przewodu pokarmowego jest niezwykle ważna dla specjalistów medycyny ratunkowej oraz lekarzy izby przyjęć. Dobre przygotowanie teoretyczne oraz umiejętność praktycznego wykorzystania tych wiadomości mogą uratować komuś życie.

Niniejszy podręcznik zawiera zagadnienia z tej dziedziny przedstawione w przejrzysty, łatwy do zrozumienia sposób. W większości rozdziałów przedstawiono kolejne choroby przewodu pokarmowego, uwzględniając szczegółowy opis badania klinicznego, diagnostyki, a także najnowszych metod obrazowania i leczenia. Czytelnik odnajdzie tu również przegląd informacji na temat leczenia poszczególnych grup pacjentów, jak dzieci, osoby w wieku podeszłym oraz pacjenci z niedoborami odporności czy po zabiegach operacyjnych.

Wiele rozdziałów porusza tematy rzadko omawiane w innych publikacjach: interdyscyplinarne lub z pogranicza różnych dziedzin medycyny. Podkreślenia wymaga szerokie i szczegółowe przedstawienie objawów ze strony przewodu pokarmowego w przebiegu chorób ogólnoustrojowych, w tym rzadko spotykanych, co ma istotne znaczenie w diagnostyce różnicowej.

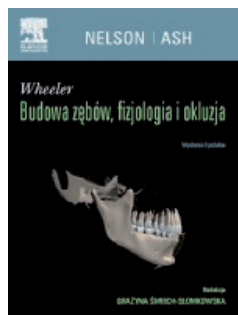
Pozycja ta na pewno spotka się z zainteresowaniem szerokiego grona czytelników: nie tylko lekarzy zajmujących się medycyną ratunkową, ale także studentów medycyny, stażystów oraz przedstawicieli wielu specjalności lekarskich.



Krwawienia z przewodu pokarmowego

J.J.Y. Sung, E.J. Kuipers, A.N. Barkun; wyd. I polskie, red. G. Rydzewska; rok wydania: 2014; ISBN: 978-83-7609-978-1, format: 170 x 245, opr. twarda, 348 stron, cena: 138.60 zł (308 ELS pkt);

Książka jest znakomitym opracowaniem dotyczącym ważnego problemu w gastroenterologii. Autorzy w sposób bardzo dokładny, oparty na rzetelnym przeglądzie literatury, a jednocześnie bardzo praktyczny, przedstawili podstawowe problemy dotyczące epidemiologii, diagnostyki oraz zasad postępowania w krwawieniach z górnego i dolnego odcinka przewodu pokarmowego, a także w krwawieniach z jelita cienkiego. Ogromna zaletą książki jest przedstawienie czytelnym algorytmów postępowania, które niewątpliwie będą przydatne zarówno lekarzom gastroenterologom, chirurgom, jak i wszystkim tym, którzy w trakcie dyżurów zetkną się z problemami krwawienia z przewodu pokarmowego. Autorzy przedstawiają także oparte na literaturze schematy postępowania w przypadku niewyjaśnionych krwawień z przewodu pokarmowego, stanowiących często prawdziwą zagadkę diagnostyczną. Dodatkową zaletą tego opracowania jest pokazanie mechanizmów i zasad prawidłowego planowania badań klinicznych dotyczących problemu diagnostyki i leczenia krwawień, co niewątpliwie ułatwia krytyczną analizę przedstawionej literatury, a jest rzadkością w podręcznikach medycznych.



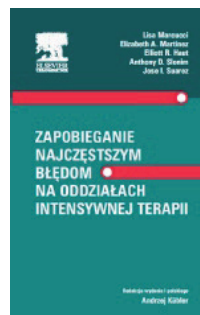
Wheeler Budowa zębów, fizjologia i okluzja

S.J. Nelson, M.M. Ash; wyd. I polskie, red. G. Śmiech-Słomkowska; rok wydania: 2014; ISBN: 978-83-7609-970-5, format: 220 x 280, opr. twarda, 338 stron, cena: 143.10 zł (318 ELS pkt);

Obecne wydanie podręcznika jest w pełni kolorowe, a prezentacja tekstu zyskała nowy wymiar. Zakres zagadnień to podstawy stomatologii – anatomia, fizjologia i okluzja. Wśród omawianych tematów znalazły się rozważania kliniczne na temat formowania zębów, tworzenia miazgi i kolejności wyrzynania. Oprócz szczegółowych zagadnień morfologii makroskopowej zębów w książce prezentowana jest wiedza na temat uzębienia poparta EBM.

Cechy książki:

- Umożliwia zrozumienie podstaw formowania zębów i zastosowania wiedzy w warunkach klinicznych.
- Rozdziały na temat stawu skroniowo-żuchwowego oraz schorzeń mięśni koncentrują się na ich funkcji oraz wpływie na estetykę.
- Przedstawia zwięzły przegląd rozwoju uzębienia od życia płodowego do dorosłości w dodatkowej części dotyczącej morfologii zębów.
- Wszystkie ryciny i zdjęcia są kolorowe i doskonałej jakości.
- Specjalnie przygotowane 64 karty ułatwiają naukę oznaczeń i cech charakterystycznych zębów oraz będą pomocne w przygotowaniu do egzaminów.



Zapobieganie najczęstszym błędom na oddziałach intensywnej terapii

E.A. Martinez, L. Marcucci, E.R. Haut, A.D. Slonim, J.I. Suarez; wyd. I polskie, red. A. Kübler; rok wydania: 2014; ISBN: 978-83-7609-974-3, format: 130 x 210, opr. broszurowa, 894 strony, cena: 206.10 zł (458 ELS pkt);

Z Przedmowy:

Personel pracujący na oddziałach intensywnej terapii (OIT) wykonuje u każdego z pacjentów ponad 100 różnych interwencji w ciągu doby. Każda z tych interwencji może spowodować groźne konsekwencje zdrowotne, jeżeli nie będzie wykonana w sposób prawidłowy. Pacjent OIT jest często pozbawiony świadomości, a czynność oddychania, krążenia nerek i innych ważnych dla życia narządów zależna jest od prawidłowego funkcjonowania mechanicznej aparatury i podawania właściwych dawek leków. Zapewnienie bezpieczeństwa stanowi z tego powodu bardzo poważne wyzwanie dla wszystkich zajmujących się intensywnym leczeniem.

Grupa amerykańskich lekarzy postanowiła opracować zasady bezpiecznego postępowania w różnych sytuacjach zdarzających się na oddziałach intensywnej terapii i zaprosiła do tego ponad 150 współautorów. Powstał obszerny podręcznik, w którym omówiono 318 problemów klinicznych, które zdarzają się podczas prowadzenia intensywnej terapii. Porady te dotyczą używania leków, obsługi aparatury oraz powszechnie stosowanych na OIT elementów zużywalnych, jak rurki, dreny i cewniki. Inne grupy omawianych zagadnień to postępowanie w zakażeniach, leczenie płynami, krwią i żywienie oraz interpretacja badań dodatkowych. Przedsta-

wione zostały sytuacje związane z określonymi zaburzeniami funkcji narządów: układu nerwowego, nerek, a także ze specyficznymi stanami klinicznymi, jak oparzenie czy ciąża.

Ten cenny podręcznik powinien trafić na każdy oddział intensywnej terapii ze względu na praktyczny, rzeczowy opis właściwego postępowania, co istotnie może pomóc w podejmowaniu prawidłowych decyzji personelu medycznego i zwiększyć bezpieczeństwo leczonych na OIT pacjentów.



Badanie kliniczne w pediatrii. Atlas i podręcznik Tom 2; B.J. Zitelli, S.C. McIntire, A.J. Nowalk; wyd. II polskie, red. A. Dobrzańska; rok wydania: 2014; ISBN: 978-83-7609-934-7, format: 210 X 305, opr. twarda, 472 strony, cena: 164.70 zł (366 ELS pkt);

Z przedmowy:

Badanie kliniczne w pediatrii to w tej chwili najpełniejsze i kompleksowe opracowanie, odpowiednie do uczenia się pediatrii od podstaw, a także doskonalenia wiedzy pozyskanej z innych, mniej szczegółowych źródeł. Zawarte w nim treści dają pełną, kompleksową wiedzę, zapewniając doskonale przygotowanie do zawodu. Na szczególne wyróżnienie w niniejszym podręczniku zasługuje unikalny zbiór ilustracji. Każdy rozdział zawiera liczne ryciny ze schematami, rysunkami, a także oryginalnymi zdjęciami z badania przedmiotowego, pola operacyjnego, badania histopatologicznego oraz zdjęciami otrzymanymi dzięki różnym technikom obrazowania. Te niezwykle ilustracje ułatwiają zarówno zrozumienie poszczególnych patologii, jak i zapamiętywanie skomplikowanych treści.