



OPOLSKA
IZBA
LEKARSKA

Rok Założenia 1990

Listopad 2014

ISSN 1426-661X

BIULETYN INFORMACYJNY

Nr 218

OPOLSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

www.izbalekarska.opole.pl



Copyright Jagoda A. Musiał

WYSPY SZCZĘŚLIWE

– Najlepsze jabłka jadłem w 1950 – zaczął opowiadać profesor Andrzej Basaj. – Jechaliśmy do więzienia, odwiedzić ojca. Był AK-owcem, zgarnęli go w Chełmie, ale posiedział trochę i zwał na południe. W Opolu bezpieka też miała swoje macki. Tym razem wywieźli go aż pod Szczecin.

Miałem siedem lat i kożuch uszyty z baranicy dziadka; gruby, wiązany sznurkiem w pasie. – Nie zmarzniesz, Jędrusiu – obiecała mama. Zmarzłem na kość. Zgubiliśmy się, wsiedliśmy do wagonu jadącego do Słupska, potem długo wracaliśmy koleją.

W Wigilię wylądowaliśmy na dworcu w Pile. Wielu się wtedy pogubiło. Grzaliśmy się przy koksiaku, cisnęli do żaru, ktoś złapał gorący węgiel i schował go do kieszeni. – Pali się! – wrzasnęła nagle baba z magła i popchnęła mnie na koszt. Wielki brodac złapał mnie za kołnierz i podniósł do góry, jak szczeniaka. Mężczyzna miał jasne oczy, prawie przezroczyste, i wychudzone policzki poorane bliznami. Przestraszyłem się, skuliłem, rozbeczałem. I wtedy pewien kuternoga wyjął z plecaka wojskowego jabłko: – Usmaż sobie.

Antonówka skwierczała na płycie, tryskała sokiem, rumieniła się i marszczyła. Trzymałem ją później w dłoniach, wachałem, bałem się ugryźć.

– Jedz – zaszeptał.

– Czemu?

– Bo mam jeszcze jedną.

Nadciągali nowi podróżni, a może to byli ludzie pozbawieni domów? Kłębiliśmy się koło paleniska: mężczyźni ubrani w przechodzone marynarki, znoszone palta i połatane swetry, kobiety w chustach na zakładkę; była też prawdziwa dama w kapeluszu z szerokim rondem. Raz po raz ktoś rozplatał tłumoczek albo otwierał tekturową walizkę, szperał, przerzucał szpargały i wreszcie wyciągał skarby: chleb, smalec, ogórki. I dzielił się jak opłatkiem. Rano przyjechał pociąg.

Ojca widziałem krótko, mówiliśmy przez kraty. Więcej zresztą było spojrzeń niż słów, ktoś nas poganiał: – Szybciej, bo my też z daleka. Kolejka ciągnęła się przez cały długi korytarz. Matki, żony i synowie stały na schodach i przy wartowni.

– Wyjdźcie! – krzyczał strażnik

– Dokąd?

– Na plac.

– Ale tam sypie śnieg.



„Wyspy szczęśliwe XXI” – profesor Andrzej Basaj, linoryt, serigrafia, 1976

* * *

„Wyspy szczęśliwe” z linorytu profesora Andrzeja Basaja muszą być bardzo daleko od Szczecina. Temperatura nie spada tam poniżej dwudziestu stopni, wiatr goni rajskie pióra po niebie. Mali chłopcy noszą czyste dżinsy i skórzane mokasyny pod kolor, bawią się bączkami, zbierają perły, puszczają latawce. Słońce zachodzi tu pewnie ze dwa razy na dzień. Na wyspach szczęśliwych można oglądać widoki, cieszyć się ciepłym morzem, pływać na fali, a potem wylegiwać się na trawie, puszczać zajączki lusterkiem i szukać daktyli. Pewnie nie ma tam ani krat ani kolejek.

* * *

Artysta mieszka niedaleko Opolu, w małym domu ocienionym wiciokrzewem. Podlewa kwiaty, karmi koty i chmarę ptaków. – Zeszłej zimy zjadły siedemdziesiąt kilo ziaren słonecznika. A to nie była taka mroźna zima jak dawniej.

Agnieszka KANIA

Dużymi krokami zbliża się do nas zima. Zapowiedzi górali są różne: „zima będzie ostra... albo nie”. A więc, jak zwykle do końca nie wiadomo! Jakaś na pewno będzie. Podobnie rzecz się ma z ochroną zdrowia – jakaś na pewno będzie. Mnożą się jednak głosy (oczywiście nie nasze, a w mediach), że nie jest najlepiej! Tyle tylko, że Samorząd Lekarski mówi o tym od wielu, wielu lat i... nic. Czy „nowy – stary” minister zdrowia coś w tej materii zdziała? Śmiem wątpić – on już dawno wykazał swoją zupełną bezpłodność w tej materii.

Ale my mamy też swoje inne problemy i bez niego. Od kilkunastu tygodni toczy się ostra dyskusja na temat podniesienia przez Naczelną Radę składek członkowskich. Ciągłe odzywają się głosy, że ustalone stawki są za wysokie. Opinie w tej kwestii znajdziecie Państwo także i poniżej (patrz – Szpalta Prezesa), ja tylko pozwolę sobie na dwie uwagi.

Po pierwsze najwyższy już czas, abyśmy przestali zgrywać łachmaniarzy, bo już dawno wszyscy dookoła wiedzą ile zarabiamy. Może nie na miarę naszych ambicji, ale już na pewno nie tyle, ile przed kilkoma laty. A po drugie, tych najgłośniejszych protestujących zaprosiłbym do opiniowania wniosków naszych starszych Koleżanek

i Kolegów żyjących na skraju ubóstwa z emerytur starego portfela, którzy coraz liczniej zwracają się do Samorządu o zapomogi finansowe na leki i leczenie, albo zwyczajnie – na przeżycie od pierwszego do pierwszego. W ostatnich dwóch-trzech latach liczba tych podań wzrosła lawinowo, a my nie mamy moralnego prawa odmawiać im tego wsparcia. I to tyle na ten temat!

Jak zawsze zapraszam do lektury najnowszego numeru Biuletynu – mam nadzieję, że znajdziecie w nim sporo ciekawych opinii i informacji. Życzę miłej lektury.

Jerzy B. LACH

Komisja d/s Lekarzy Seniorów

zaprasza na Spotkanie Oplatkowe

w dniu 13 grudnia br. (sobota) o godz. 14.00,
które odbędzie się w lokalu „Willa Młynówka”,
przy ul. Korfantego 4 w Opolu.

Prosimy o zgłaszanie obecności do Biura Izby Lekarskiej,
do dnia 9 grudnia br. (wtorek).

*Przewodniczący Komisji
Dr med. Tadeusz CHOWANIEC*

SZPALTA PREZESA

Koleżanki i Koledzy,

Od nowego roku wzrasta składka, którą zobowiązany jest płacić każdy lekarz i lekarz dentysta – członek izby lekarskiej. Wynosić ona będzie 60 złotych. Wielu z Was na pewno już o tym słyszało, niektórzy z Was brali udział w internetowej dyskusji, wyrażając swoje niezadowolenie z tego faktu. No cóż, jest to naturalny odruch – nikt nie lubi podwyżek, jeżeli nie dotyczą przychodów.

Składka płacona dotychczas była najniższą składką w gronie samorządów zaufania publicznego. A oczekiwania – jak najbardziej słuszne – członków izby lekarskiej w stosunku do swoich władz, związane z coraz mniej przyjaznym otoczeniem prawnym oraz nastawieniem mediów, są coraz większe. Niestety podejmowanie pewnych działań jest kosztowne. Istnieje konieczność powołania ośrodka medialnego, który reagowałby natychmiast na wszelkie niekorzystne dla środowiska informacje medialne. Ośrodek taki powinien również koordynować od strony medialnej wszystkie zewnętrzne wystąpienia przedstawicieli samorządu, a także prowadzić stronę internetową skierowaną do pacjentów, wyjaśniającą, że lekarze nie mogą ponosić konsekwencji błędów w systemie ochrony zdrowia. Należy również wzmocnić pozycję Rzecznika Praw Lekarza tak, aby w szczególnie drastycz-

nych przypadkach naruszenia dobrego imienia lekarza mógł sprawnie wszczynać i prowadzić sprawy sądowe. Realizacja w/w zadań wymaga współpracy z kancelariami prawnymi i agencjami PR, a tego zrobić bezkosztowo się nie da. Te przesłanki legły u podstaw decyzji – podjętej najpierw przez Konwent prezesów okręgowych izb lekarskich, a ostatecznie przez Naczelną Radę Lekarską – o podwyższeniu składki.

Przypominam po raz kolejny o konieczności aktualizowania swoich wpisów w rejestrze praktyk lekarskich, czyli między innymi o wpisywaniu aktualnych numerów polisy ubezpieczeniowej OC. Już w kilku izbach zewnętrzne kontrole (województwa) wyłapały braki we wpisach, co może skutkować nałożeniem na lekarza kary finansowej. Dla tych z Was, którym dokonanie takiej aktualizacji sprawia trudność logistyczną, zamieścimy w kolejnym Biuletynie „instrukcję obsługi”.

Ze względu na styczniowe obchody 25-lecia Opolskiej Izby Lekarskiej będziemy chcieli laureatów „Prymariusza Opolskiego” AD 2015 uhonorować w trakcie tych uroczystości. Oznacza to konieczność wcześniejszego, niż zwykle, zgłaszania kandydatur do tego wyróżnienia. Oczekujemy na zgłoszenia do końca listopada.

Jerzy JAKUBISZYN



PREZES
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
Maciej Hamankiewicz

NRL/BRP/KS/605/2014

Warszawa, 08.09.2014 r.

Szanowne Koleżanki, Szanowni Koledzy Lekarze i Lekarze Dentyści

Naczelna Rada Lekarska w dniu 5 września 2014 roku podjęła uchwałę w sprawie wysokości składki członkowskiej wprowadzonej od 1 stycznia 2015 roku. Zgodnie z wnioskiem XII Krajowego Zjazdu Lekarzy uproszczono zasady opłacania składki. Projekt uchwały przygotowała Komisja Finansowo-Budżetowa sporządzając ją zgodnie z wnioskiem Konwentu Prezesów Okręgowych Rad Lekarskich oraz projektem przedstawionym przez Okręgową Izbę Lekarską w Warszawie. Obydwa te materiały oprócz uproszczenia zasad opłacania składek zawierały propozycję podwyższenia składki z 40 zł do 60 zł.

Po przeprowadzeniu dyskusji przez Naczelną Radę Lekarską uchwała została przegłosowana 31 głosami za, 11 przeciw i 8 wstrzymującymi się od głosu.

Od stycznia przyszłego roku ze składki automatycznie zwolnieni zostaną lekarze, którzy ukończyli 75 rok życia oraz wszyscy lekarze, którzy nie osiągają przychodu. Uproszczono zasadę dokumentowania uprawnienia do zwolnienia wprowadzając możliwość stosownego oświadczenia.

Składka wyniesie 60 złotych miesięcznie dla lekarza, lekarza dentysty i 10 zł miesięcznie dla lekarza stażysty.

Wśród argumentów przeważających za wzrostem składki były m.in. oczekiwania lekarzy w obszarze doskonałości wiedzy i umiejętności i zapotrzebowania na szkolenia organizowane przez samorząd; zapewnienie pomocy prawnej przez izby w większym niż dotychczas wymiarze; kontynuacja wsparcia socjalnego dla ubogich lekarzy; zła sytuacja finansowa, w której znajduje się wielu starszych lekarzy z tzw. starego portfela, którzy mają bardzo niskie świadczenia emerytalne; kontynuacja stypendiów dla sierot po zmarłych lekarzach.

Obecna składka członków naszego samorządu jest jedną z najniższych składek w Unii Europejskiej i mimo inflacji nie była zmieniana od 6 lat.

Mam nadzieję, że przez kolejne 6 lat utrzyma się na tym samym poziomie.

Z wyrazami szacunku

Maciej Hamankiewicz
Prezes Naczelnej Rady Lekarskiej

CO SŁYCHAĆ W IZBIE

SPRAWOZDANIE Z POSIEDZENIA OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ W OPOLU

W dn. 24 września br. odbyło się posiedzenie Okręgowej Rady Lekarskiej w Opolu. Na spotkaniu poruszano następujące tematy:

1. Przyznanie praw wykonywania zawodu.
2. Rejestracja 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. Podjęcie uchwały w sprawie opłat za kserokopie dokumentacji OROZ i OSL.
8. Nowelizacja regulaminu przyznawania „Prymariusza Opolskiego” w związku z uroczystościami 25-lecia Opolskiej Izby Lekarskiej.
9. Sprawozdanie z wrześniowego 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 zwróciły się dwie Koleżanki:

- lek. Magdalena Bemben – przeniesienie z Dolnośląskiej Izby Lekarskiej;
- lek. Agnieszka Czok – przeniesienie z Dolnośląskiej Izby Lekarskiej.

Rada podjęła uchwały jednogłośnie.

Ad 2. Opolskie Centrum Onkologii wraz z Państwową Medyczną Wyższą Szkołą Zawodową zwróciło się do Rady o przyznanie punktów edukacyjnych dla organizowanego w dn. 4 października br. szkolenia dla lekarzy POZ. Rada przyznała 3 pkt. edukacyjne.

Ad 3. Z rejestru jednogłośnie wykreślono praktyki trojga lekarzy, w tym jedną z powodu zgonu.

Ad 4. Trzem osobom przyznano zapomogi, a czterem osobom – dofinansowanie do udziału w Igrzyskach Lekarskich w Zakopanem.

Istniejący już drugi rok chór naszej Izby „Medianto”, zwrócił się do Rady o dofinansowanie jego wyjazdu na Ogólnopolski Przegląd Chórów Lekarskich do Poznania – Rada przyznała jednogłośnie 2.500 zł.

Ad 5. Dyrektor Szpitala w Branicach zwrócił się z prośbą o wytypowanie przedstawicieli naszej Izby do konkursu na stanowiska Pielęgniarek Oddziałowych Oddziału Psychiatrii Ogólnej dla Dorosłych B oraz Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego. Rada zaproponowała do wszystkich komisji kol. Ewę Pendziałek-Grunwald.

Ad 6. Rada, po zapoznaniu się z wnioskami, zwolniła całkowicie z płacenia składki członkowskiej jedną osobę, a czterem obniżyła składkę do 10 złotych. Wszystkie uchwały przyjęto jednogłośnie.

Ad 7. Prezes przedstawił projekt uchwały w sprawie opłat za kserokopie dokumentacji OROZ i OSL bazujący na stawkach, jakie wynikają z ustawy o prawach pacjenta (maksymalnie 60 gr za stronę kserokopii). Po burzliwej dyskusji, większością głosów podjęto uchwałę o kwocie 1 zł (+VAT) za 1 stronę kopii dokumentów. Z powyższych opłat będą zwolnieni członkowie izby oraz ich pełnomocnicy.

Ad 8. W związku ze zbliżającymi się uroczystościami 25-lecia Opolskiej Izby Lekarskiej, na jednej z poprzednich Rad padła propozycja, aby w bieżących roku wyjątkowo odstąpić od przyjętego Regulaminu przyznawania „Prymariusza Opolskiego” – a konkretnie, by umożliwić przyznanie tego tytułu większej, niż zwykle liczbie osób.

Prezes przedstawił propozycję nowelizacji regulaminu i zaproponował wprowadzenie następujących, obowiązujących tylko jednorazowo, zmian:

- wnioski zgłaszające kandydatów do nagrody należy składać do 30 listopada 2014 r. (a nie jak zawsze do 30 grudnia);
- rozpatrywanie wniosków nastąpi na grudniowych posiedzeniach Prezydium i Rady (a nie w styczniu);

- można przyznać podwójną liczbę wyróżnień (czyli cztery).

Dyskusja dotyczyła przede wszystkim trzeciej poprawki. Ostatecznie zdecydowano, że przy przyznawaniu wyróżnień w 2015 r. nie będzie obowiązywał pkt. 5 regulaminu (ograniczenie przyznawanych wyróżnień do 2 rocznie). Uchwałę tą przyjęto przy 2 głosach wstrzymujących się.

Ad 9. Prezes poinformował o burzliwej dyskusji, jaka toczyła się podczas posiedzenia NRL, a dotyczyła zmiany wysokości składki członkowskiej. Ostatecznie przyjęto propozycję Konwentu prezesów izb lekarskich, popartą przez Komisję Finansowo-Budżetową NRL, o podniesieniu składki do 60 zł. Zadecydowano też o wystosowaniu wniosku do Trybunału Konstytucyjnego z zapytaniem o konstytucyjność przepisów uniemożliwiających udostępnianie pytań egzaminacyjnych z LEK-u, LDEK-u oraz egzaminów specjalizacyjnych.

Natomiast podczas posiedzenia Konwentu dyskutowano głównie na temat nowych składek na rzecz Izby oraz o obchodach 25-lecia istnienia samorządu lekarskiego.

Ad 10. Kol. Tadeusz Chowaniec poinformował o lekarce Bronisławie Ligudzie-Kozak, która skończyła 100 lat. Prezes obiecał przedstawić sylwetkę jubilatki w jednym z najbliższych BI.

Kol. Aleksander Wojtyłko przeczytał list Redaktora Naczelnego NTO, w którym to Redaktor obiecuje spotkać się z członkami Rady Okręgowej na kolejnym posiedzeniu Rady.

Kol. Wiesław Latała poinformował o wspólnym kursie naukowo-szkoleniowym Opolskiego Oddziału PTS, Komisji Stomatologicznej Opolskiej Izby Lekarskiej i Wojewódzkiej Przychodni Stomatologicznej dotyczącym chirurgii stomatologicznej, w którym uczestniczyła dr hab. Marzena Dominiak.

Kol. Adam Martyniszyn przekazał krótką informację o ostatnim zlocie lekarzy – motocyklistów zrzeszonych w Klubie „Doktor Riders”, który odbył się w Słoku koło Bełchatowa.

Ad 11. Kol. Wojtyłko poprosił o przedstawianie wszystkich kandydatów na konsultantów wojewódzkich na posiedzeniach Rady naszej Izby.

Kol. Jerzy Lach z kolei zwrócił się do członków Rady i poszczególnych delegatur Izby o zgłaszanie lekarzy, którzy poza pracą zawodową działają również na niwie kulturalnej.

W związku z wyczerpaniem porządku obrad na tym posiedzenie zakończono.

Sekretarz Rady
Lek. dent. Barbara
HAMRYSZAK

Prezes Rady
Dr n. med. Jerzy
JAKUBISZYN

SPOTKANIE KOMISJI STOMATOLOGICZNEJ

W dniu 11 września br. w siedzibie OIL w Opolu odbyło się kolejne posiedzenie Komisji Stomatologicznej OIL. Zebranych powitała dr J. Smerkowska-Mokrzycka. Przewodnicząca omówiła bieżące sprawy:

- Minister Finansów ma zamiar wprowadzić od przyszłego roku dla wszystkich podmiotów gospodarczych obowiązek posiadania kasy fiskalnej – niezależnie od wysokości obrotów;
- Prezydent RP 23 lipca 2014 r. podpisał nowelizację ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia, dzięki której termin wprowadzenia dokumentacji elektronicznej został przesunięty do dnia 31 lipca 2017 r.;
- Ministerstwo Zdrowia przymierza się do zmian w sprawie refundacji recept. W propozycji MZ każdy lekarz będzie mógł wystawić receptę zniżkową niezależnie czy ma podpisaną umowę z NFZ czy nie;
- 5 września 2014 r. NRL podjęła uchwałę w sprawie zmiany od 1 stycznia 2015 r. wysokości składki członkowskiej. Będzie ona wynosiła 60 zł miesięcznie dla każdego lekarza i lekarza dentysty oraz 10 zł miesięcznie dla lekarza stażysty; automatycznie zwolnieni z płacenia składki zostaną wszyscy lekarze, którzy ukończyli 75 rok życia oraz wszyscy, którzy nie osiągają przychodu;
- 11 września 2014 r. wchodzi w życie nowelizacja ustawy o konsultantach medycznych, która zobowiązuje konsultantów m. in. do upublicznienia źródeł swoich dochodów;
- Przewodnicząca odczytała pismo od Przewodniczącej ds. zawodów pomocniczych KS NRL wraz z opinią prawną mec. M. Szewczyńskiego, w którym zwraca się z prośbą o opinię środowiska w sprawie rozporządzenia Ministerstwa Edukacji Narodowej z dnia 8 sierpnia 2014 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie klasyfikacji zawodów szkolnic-

two zawodowego, które przewiduje m. in. likwidację naboru na szkolenie asystentek stomatologicznych od roku szkolnego 2016/17.

Po ożywionej dyskusji, w której udział wzięli: dr Mokrzycka, dr Kabarowska, dr Hamryszak, dr Matuszek, dr Rogala, dr Rączy, dr Chruszczyk, dr Sienkiewicz, dr Hałaburdo większością głosów zdecydowano o wyrażeniu dezaprobaty KS OIL w Opolu dla wprowadzonego rozporządzenia. Zawód asystentki stomatologicznej powinien istnieć na rynku pracy tak samo, jak zawód higienistki stomatologicznej i pomocy dentystycznej.

Szkolenia:

- w dniach 3–4 października br. odbędą się Jesienne Podlaskie Spotkania Stomatologiczne w Białowieży;
- 17–18 października br. odbędzie się w Toruniu XX Ogólnopolska Konferencja Stomatologiczna Expo-dent 2014.

W części obejmującej wolne wnioski dr Adamska zgłosiła problem krzywdzącego rozliczenia przez NFZ umowy kontraktowej za I półrocze 2014 r. Pomimo przekazania do rozliczenia świadczeń w ilości przekraczającej (w niewielkim stopniu) wartość umowną kontraktu, system naliczeń do rozliczenia NFZ nie potrafił podać wartości zgodnej z umową kontraktową. W tym przypadku rozliczona wartość kontraktu została pomniejszona o 1 punkt rozliczeniowy. Nie doszłoby do tego w przypadku „ręcznego” rozliczenia. Tak działający system uzyskał jednostkowo niewielką kwotę (1,20 zł) oszczędności, lecz jeżeli takich przypadków jest więcej, to oszczędności uzyskane kosztem świadczeniodawców mogą być znaczne. Dr Adamska zwróciła się do KS OIL z prośbą o zebranie informacji, czy ten problem ma większy zasięg i podjęcie stosownych kroków.

Sekretarz KS
Lek. stom. A. ADAMSKA

Przewodnicząca KS
Lek. stom.
J. SMERKOWSKA-MOKRZYCKA

UWAGA NA ZMIANY W ZASADACH WYPISYWANIA LEKÓW PSYCHOTROPOWYCH

Od 18 września br. weszła w życie nowelizacja rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie środków odurzających, substancji psychotropowych, prekursorów kategorii I i preparatów zawierających te środki lub substancje (Dz. U. 2014 r., poz. 1172). Zmiany dotyczą zasad przepisywania leków zawierających środki odurzające i substancje psychotropowe. Zgodnie z nowymi zapisami rozporządzenia, pacjenci nie będą musieli co miesiąc zgłaszać się do lekarza po receptę na preparaty zawie-

rające środki odurzające grupy I-N oraz substancje psychotropowe grupy II-P.

Do najważniejszych zmian należą m. in.:

1. Na receptce Rpw (dawna różowa) można przepisać ilość leków z grupy I-N i II-P na 90 dni stosowania (poprzednio do 30 dni);
2. Leki te mogą być przepisane na dwóch lub trzech receptach (łącznie do 90 dni) z odroczonym terminem realizacji (to nowość);

3. Termin realizacji recepty nie może przekroczyć 30 dni od daty wystawienia recepty (poprzednio było to 14 dni) – zapis ten dotyczy też recept z odroczonym terminem realizacji;
4. Obecnie, zamiast sumarycznej ilości substancji czynnej (wypisanej słownie) można napisać ilość leku za pomocą jednostek dawkowania oraz wielkości dawki (również słownie), czyli np. 3 op. Relanium 5mg (60 tabl.) można zapisać:
 - a) Relanium 5mg tabl. **trzysta miligramów** + signum;
 - b) Relanium **sześćdziesiąt-tabletek-po-pięć-miligramów** + signum;
5. Jeśli ze sposobu dawkowania nie będzie można wyliczyć sumarycznej ilości przepisanych leków, apteka może wydać dwa najmniejsze opakowania leku refundowanego lub dwa najmniejsze opakowania leku zarejestrowanego, czyli w powyższym przykładzie signum powinno być np. takie 1x1 tabletka na noc/60 dni. Jeśli będzie tylko 1x1, to apteka może wydać tylko dwa opakowania (40 tabl.).

Usunięto obowiązek szczegółowego zapisania przez lekarza na receptę sposobu dawkowania leku. Ministerstwo podkreśla, że zmianę tę postulowało zarówno środowisko lekarskie, jak i i aptekarskie. W przypadku niektórych leków trudno jest napisać na receptę szczegółowy sposób dawkowania, gdyż leki zawierające środki odurzające lub substancje psychotropowe często są zażywane przez pacjenta doraźnie. W związku z tym sformułowanie „szczegółowy” mogło wprowadzać problemy interpretacyjne.

Poza tym usunięto obowiązek stawiania wykrzyknika przy przepisaniu jednorazowej lub dobowej dawki leku, zawierającego w składzie środki odurzające grupy I-N lub substancje psychotropowe grupy II-P, które przekraczają dawkę maksymalną określoną w: *Farmakopei Europejskiej*, *Farmakopei Polskiej*, odpowiedniej farmakopei uznawanej w państwach członkowskich Unii Europejskiej, czy *Charakterystyce*

Produktu Leczniczego lub jeśli ich maksymalna dawka nie jest określona w tych dokumentach.

Od 4 października br. obowiązuje rozporządzenie ministra zdrowia (Dz. U. 2014 r. poz. 1239) zmieniające rozporządzenie w sprawie recept lekarskich.

Najważniejsze zmiany:

1. Zmiana okresu stosowania leku z 90 dni na 120 dni na jednej receptce + dawkowanie;
2. Można wystawić do dwunastu recept na następujące po sobie okresy, nieprzekraczające w sumie 360 dni stosowania, czyli mogą to być np. trzy recepty, każda na 120 dni, gdzie druga i trzecia mają odroczony termin realizacji (lub dwanaście recept – każda na 30 dni);
3. Na jednej receptce można przepisać podwójną ilość leku robionego i takich recept można wystawić do szesnastu łącznie na 120 dni stosowania;
4. Niestety dodany punkt mówiący o możliwości przepisania 10-krotnej ilości leku robionego w postaci maści, żelu czy też kremu do stosowania zewnętrznego na skórę jest odwołany w §16.3, który każe aptece zmniejszyć tę ilość do dwukrotnej.

Opracował

Sekretarz Okręgowej Rady Aptekarskiej w Opolu
mgr farm. Marek MATYSIK

Z ŻYCIA CHÓRU „MEDICANTO”

*„Muzyka jest matematyką tajemną,
której elementy sięgają nieskończoności”*

Autor nieznanym

W dniach 25–28 września 2014 r. odbył się II Ogólnopolski Festiwal Chórów Lekarskich w Poznaniu. Organizatorami tego wydarzenia byli: Wielkopolska Izba Lekarska – wraz z działającym w jej strukturach Chórem Kameralnym – oraz Naczelna Izba Lekarska.

W festiwalu udział wzięło 7 chórów działających przy okręgowych izbach lekarskich, tj. najstarszy stażem chór „**Medici pro Musica**” z Olsztyna utworzony w 1956 r., „**Cames**” z Katowic, „**Continuo**” z Lublina, „**Remedium**” ze Szczecina, „**Medicantus**” z Warszawy, **Kameralny Chór Wielkopolskiej Izby Lekarskiej** z Poznania oraz nasz, najmłodszy stażem, chór „**Medicanto**” utworzony 2 lata temu przy Opolskiej Izby Lekarskiej.

Podczas festiwalu wszyscy uczestniczyliśmy w warsztatach edukacyjnych z zakresu emisji głosu, prowadzonych przez pochodzącą z Głubczyc **dr hab. Agnieszkę Franków-Żelazny** (pierwsze muzyczne kroki stawiała w chórze mieszanym Liceum Ogólnokształcącego w Głubczycach) oraz **dr n. med. Hannę Zajączkiewicz** (pochodzącą z Kędzierzyna-Koźła).

Pani **prof. Agnieszka Franków-Żelazny** jest absolwentką studiów biologicznych na Uniwersytecie Wrocławskim oraz Akademii Muzycznej we Wrocławiu i Bydgoszczy. Jest niezwykle, fascynującą i wielce utalentowaną osobą, która uczestnicząc w ponad 600 koncertach w 18 krajach Europy i Stanach Zjednoczonych, otrzymała wiele nagród i wyróżnień w dziedzinie chóralistyki. Obecnie jest dyrektorem artystycznym Polskiego Narodowego Chóru Młodzieżowego, powstałego w 2013 roku, prowadzonego przez Filharmonię Wrocławską oraz adiunktem na Wydziale Edukacji Muzycznej,

Chóralistyki i Muzyki Kościelnej Akademii Muzycznej im. Karola Lipińskiego we Wrocławiu, prowadząc klasę dyrygentury chóralnej oraz chór im. Stanisława Krukowskiego.

Dr n. med. Hanna Zajączkiewicz jest absolwentką Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku, związana była z Kliniką Otolaryngologii Dziecięcej w Białymstoku, gdzie ukończyła studia doktoranckie i obroniła tytuł doktora nauk medycznych. Obecnie jest rezydentem Oddziału Otolaryngologii WSS2 w Jastrzębiu Zdroju. Ponieważ pasją Pani Doktor oprócz medycyny jest śpiew, stara się łączyć te dwie miłości. W 2011 r. ukończyła z wyróżnieniem studia wokalne na Wydziale Instrumentalno-Pedagogicznym Uniwersytetu Muzycznego im. F. Chopina w Białymstoku, w klasie śpiewu solowego. Studiowała śpiew również w Veronie (Włochy), a obecnie jest pod opieką wokalną Izabeli Kłosińskiej, solistki Opery Narodowej. Jest laureatką wielu konkursów wokalnych w kraju i zagranicą.

Pod kierunkiem obu wymienionych Pań, oraz **dr n. med. Justyny Chelmińskiej**, absolwentki Uniwersytetu Medycznego (jest rezydentką na internie) i Akademii Muzycznej w Poznaniu, założycielki i dyrygenta Chóru Kameralnego WIL, inicjatorce Festiwalu Chórów Lekarskich, w ośrodku „Bojanowe Gniazdo” w Zaniemyślu, odbywały się zajęcia z zakresu rozśpiewania, ćwiczenia emisyjne oraz próby do wspólnego wykonania utworu finałowego „Luminous Night of the Soul” (Jasna noc Duszy) Ola Gjeilo. Wielogodzinne, ale bardzo ciekawe zajęcia dla wszystkich uczestników były niezwykle przeżyciem i nowym doświadczeniem.

Drugiego dnia naszego pobytu na festiwalu, tj. w piątek 26 września o godz. 19.00, w Kolegiacie Kórnickiej odbyły się indywidualne koncerty poszczególnych chórów. Zaprezentowano różnorodne programy, zarówno zbiory wybranych pieśni chóralnych, jak i fragmenty większych form. Niezwykle ciekawy był występ chóru szczecińskiego z żydowską muzyką sakralną. Piękną harmonią wyróżnił się chór lubelski wykonując pieśni cerkiewne. Kilka pięknych pieśni w towarzystwie chóru warszawskiego wykonała rewelacyjna solistka i jednocześnie nasz muzyczny pedagog – Hanna Zajączkiewicz. Urokliwy popis, m. in. w utworze „Miasteczko Zdrój”, dał chór olsztyński, a cały koncert zamykała kolęda rodem z Ameryki Południowej brawurowo wykonana przez chór gospodarzy, tj. WIL, w towarzystwie instrumentów perkusyjnych charakterystycznych dla tego kontynentu.

Nasz opolski chór w tym koncercie wystąpił jako pierwszy, bardzo starając się zaprezentować najlepiej, jak można i choć trafiły się małe potknięcia, dopuszczalne przecież u debutantów, ten występ zaliczamy do udanych. Zaśpiewaliśmy 5 utworów, tj. psalm Mikołaja Gomółki „Kleszczmy rękoma”, pieśń „Daj Ci, Boże, dobrą noc”, pieśń Fryderyka Chopina w opr. Alfreda Wil-

lima „Nie ma czego trzeba”, utwór Ola Gjeilo „Ubi Caritas” oraz pieśń Józefa Świdra, skomponowaną do słów wiersza C. K. Norwida, „Moja Piosenka”. Piękny wieczór rozpoczęty w Kórniku zakończył się spotkaniem integracyjnym w Zaniemyślu.

Następnego dnia, w sobotę 27 września, czekał nas kolejny pracowity dzień, tym razem w Poznaniu. Przed południem odbyła się próba generalna utworu finałowego, wraz z kwartetem smyczkowym i pianistką, w Kościele oo. Franciszkanów na Wzgórzu Przemysła, gdzie na wieczór zaplanowany był koncert finałowy. Utwór „Luminous Night of the Soul” wykonywały razem wszystkie chóry. Przygotowanie w ciągu 2 dni ponad 150 osób było nie lada sztuką, ale zaangażowanie, cierpliwość i rzetelność dyrygentki Justyny Chelmińskiej sprawiły, że czuliśmy się dobrze przygotowani.

Po przerwie obiadowej i odpoczynku w Zaniemyślu, wróciliśmy do Poznania, gdzie najpierw uczestniczyliśmy we Mszy Św. a zaraz potem w wielkim koncercie prowadzonym przez dziennikarkę muzyczną, panią Alię Kurczewską.

Każdy z chórów zaprezentował po 3 wybrane utwory. My, tym razem występowaliśmy jako drudzy i wykonaliśmy trzy pierwsze utwory spośród prezentowanych dzień wcześniej w Kórniku. Ten występ udał się nam znakomicie. Byliśmy bardzo zadowoleni i odebraliśmy wiele miłych, pozytywnych uwag i gratulacji. Wielkie gratulacje za osiągnięcie wysokiego poziomu chóru w tak krótkim, bo zaledwie 2-letnim, okresie otrzymała nasza Pani Dyrygent, Elżbieta Willim.

Po prezentacjach wszystkich 7 chórów przyszła pora na wykonanie utworu finałowego „Luminous Night of the Soul” z towarzyszeniem kwartetu z Orkiestry Kameralnej WIL „Operacja Muzyka” pod dyktando Justyny Chelmińskiej. Finałowe wykonanie dziesięciominutowego dzieła przez ponad 150 osobowy chór mieszany, zakończyły wielkie owacje widowni. Na bis został wykonany utwór Artura Andrusa „Chóry, czyli piosenka o »Ciptaszk«”. Podziękowaniom i gratulacjom dla dyrygentów i prezesów chórów nie było końca.

Po koncercie udaliśmy się na Rynek Poznański, gdzie w budynku nieopodal Ratusza, zwanym „Waga Miejska” odbył się bankiet, na którym wspólnie wszyscy świętowali, uwalniając emocje i radość, nawiązując nowe znajomości i dobre relacje. Było pięknie!

Ten wyjazd był dla naszego chóru ukoronowaniem dotychczasowej żmudnej pracy nad emisją, harmonią, brzmieniem i interpretacją. Nie zapominamy, że jesteśmy amatorami, którzy kochają muzykę, szczególnie chóralną i którzy chcą odreagować na próbach trudy naszych medycznych profesji.

Wielkie podziękowanie należy się Państwu Elżbiecie i Alfredowi Willimom, którzy z wielkim zaangażowaniem i cierpliwością pracują z naszą 24-osobową grupą rozmiłowanych w muzyce lekarzy i lekarzy dentystów.

Mamy nadzieję, że za 2 lata weźmiemy udział w kolejnym, trzecim Festiwalu Chórów Lekarskich.

Zapraszamy wszystkich chętnych (szczególnie panów) do naszego chóru. Próby odbywają się raz w tygodniu, w środy, w godz. 18.00–20.00 w budynku Opolskiej Izby Lekarskiej.

Nagranie utworu finałowego: <http://www.youtube.com/watch?v=PzOJLawBAYc>; zdjęcia z koncertów: <http://www.piramus.com/27092014/>

Joanna JANECKA (alt)

Marta KABAROWSKA (alt)



PLAN SZKOLEŃ PROWADZONYCH W RAMACH KOMISJI KSZTAŁCENIA OIL NA IV KWARTAŁ 2014 r.

Termin	Kierownik naukowy	Temat	Miejsce szkolenia
8.XI.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.XI. 2014 r. (piątek-niedziela) część II** 21–23.XI. 2014 r. (piątek-niedziela)	dr Marek Lenart Konsultant Wojewódzki w dziedzinie zdrowia publicznego	Zdrowie publiczne (kurs dla lekarzy w trakcie specjalizacji) – kurs kończy się egzaminem testowym	Opolska Izba Lekarska Opole, ul. Grunwaldzka 23
12.XII. 2014 r. (piątek) godz. 12.00	dr Jolanta Wiśniewska dr n. med. Krzysztof Wiśniewski	Nietrzymanie moczu u kobiet – wskazania, diagnostyka i leczenie	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-dniowy kurs 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.

* Zgłoszenia na kurs: opole.szkozenia@hipokrates.org

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

Małgorzata ŁUSZCZYŃSKA-OSTROWSKA

JESIENNE SYMPOZJUM LEKARZY–PISARZY 2014 W OPOLU

Tradycyjnie, dwa razy w roku w różnych miastach wiosna i jesienią, lekarze parający się piórem i należący do Unii Polskich Pisarzy Lekarzy (UPPL) spotkali się w dniach 03–05 października w Opolu. Byłem jedynym przedstawicielem z województw z Północnej Polski. Organizacją części kulturalno-artystycznej zajęła się lekarka dentystka Agnieszka Kania, znana z publikacji z *Gazecie Lekarskiej* i nagród w konkursach literackich. Doktor Jerzy Lach – Redaktor Naczelny *Biuletynu Opolskiego* znalazł dla nas wspaniałą „Kamienicę”, zadbał też o stół. Sympozjum częściowo sponsorowała Opolska Izba Lekarska, ale jak zawsze większość kosztów ponoszą uczestnicy.

W pierwszym dniu pobytu udaliśmy się na spacer, a potem na koncert do Opolskiej Filharmonii, w której

odbywa się festiwal perkusyjny „Drum Fest” z udziałem wielu znanych zespołów z Europy i świata. Większość z 23 osób uczestniczących w sympozjum było zachwycone poziomem muzycznym i wokalnym zespołu z USA Marka Wooda, jednego z najbardziej znanych w świecie skrzypków (skrzypce elektryczne własnej konstrukcji), którego żona (wokal), dwóch gitarzystów oraz cała kilkudziesięcioosobowa orkiestra Filharmonii Opolskiej wykonała wiązkę znanych utworów muzyki klasycznej oraz program autorski głównego wykonawcy. Kunszt gry oraz sposób poruszania się na scenie wywoływał entuzjazm młodszej widowni i nieco mniejszy aplauz, ogłuszonych decybelami starszych koneserów sztuki.

Po tym ekscytującym koncercie udaliśmy się na kolację w restauracji „Venezia” wspólnie z władzami Opol-

skiej Izby Lekarskiej – doktorami Jerzym Jakubiszynem i Jerzym Lachem, prezesem UPPL prof. dr hab. Markiem Pawlikowskim, Przewodniczącym Kolegium Redakcyjnego *Gazety Lekarskiej* dr Jarosławem Waneckim i dziennikarzami opolskich mediów. Jako przedstawiciel „morskiej strony literatury medycznej”, żartobliwie nazywany przez kolegów „admiralem”, opowiadałem dla opolskiego radia o tradycjach Wybrzeża, (konkretnie Gdyni), wodowania (chrztu) nowych książek, odbywających się na „Darze Pomorza” i Okręcie-Muzeum „Błyskawica”.

W drugim dniu zwiedzaliśmy miasto. Widzieliśmy pomniki artystów związanych z piosenką – Jonasza Kofty, Agnieszki Osieckiej, Marka Grechuty czy Czesława Niemena. Byliśmy w „Kościele na Górcie”, gdzie wisi obraz z Kolegiaty stanisławowskiej, w Kościele oo. Franciszkanów podziwialiśmy rzeźby nagrobne Piastów. Natomiast w Muzeum Śląska Opolskiego, zobaczyliśmy sporo wykopalisk archeologicznych, galerię obrazów wśród nich Kossaka, Michałowskiego i Malczewskiego, bogate zbiory „Porcelany Tułowickiej” (zestawy stołowe, figurki). Poszliśmy również do oddzielnie usytuowanego najbogatszego w Polsce zbioru prac malarskich i szkiców Jana Cybisa, oraz zwiedziliśmy egzotyczną „Kamienicę Czyszową”.

Po znakomitym obiedzie w hotelu całe popołudnie i wieczór poświęcony był prezentacjom literackim i komentarzom krytyka Janusza Wójcika, który przy okazji wygłaszanych tekstów bardzo trafnie, ze znakomitym wyczuciem (na marginesie) przypominał osoby twórcze związane z Ziemią Opolską lub nawiązujące do sytuacji opisywanych w tekstach literackich.

Prezentowanie fragmentów utworów byłoby uciążliwe i zajęłoby zbyt dużo miejsca, wspomnę, więc tylko kilkanaście szczególnie wbijających się w pamięć wystąpień literackich lekarzy.

Szczególnie duże wrażenie zrobił na słuchaczach opis Powstania Styczniowego, czytany przez prof. Marka Pawlikowskiego, a napisanego na podstawie rodzinnych przekazów. Atrakcyjnie wspominał czasy studenckie Maciej Zarębski w książce

„Z Klerykowa w Świat” – refleksyjnie, a jednocześnie humorystycznie przedstawił swoje teksty laureat wielu konkursów literackich, były poseł na sejm RP dr Zbigniew Kostrzewa. Głębokie przemyślenia poetyckie – Jerzy Andrzejczyk i Maria Magda Człapińska. Interesująco brzmiały refleksje z egzotycznych podróży z poetyckim opisem innych kultur i zdjęciami, w przepięknie wydanej książce „Z podróży” prof. dr hab. Waldemara Hładkiego, lekarskim krakowskim bardem śpiewającym przy akompaniamencie gitary znane ballady m. in. Okudźawy. Urokliwie były poetyckie opisy ogrodu w Aninie Aldony Kraus, oraz teksty o bliskich spotkaniach z księdzem-poetą Janem Twardowskim. Dodatkowym, atrakcyjnym elementem jej prezentacji była подарowana uczestnikom profesjonalnie nagrana płyta CD z muzyką

– występem solistki i chórem z warszawskiego Ursynowa – zatytułowana „Treny”. Interesującymi fraszkami, często bardzo aktualnymi, popisywali się dr Stefan August oraz dr Eugeniusz Depta. (Oto grób jest Wojewody, choć nie wydał na to zgody).

Ciekawe refleksje o stresie ocalałych z holokaustu i ze swoich wykładów akademickich snuł prof. dr hab. Zdzisław Gajda. Dr Maria Majka Luckner wyrecytowała kilka swoich skomplikowanych myślowo i filozoficznie wierszy, a dr Jolanta Bulzak przypominała, że ważne są również romantyczne marzenia, choć zaskoczyła słuchaczy końcowym wierszem z depresyjną pointą.

Refleksje nadmorskie we fragmentach najnowszego opowiadania p.t. „Sopot by night – czyli wracamy do Gdyni” zapoznał uczestników sympozjum piszący te słowa.

Poetyckim i prozatorskim tekstom (w zaplanowanych przerwach) towarzyszyło znakomite wykonanie światowych przebojów muzyki filmowej przez pierwszego skrzypka Opolskiej Filharmonii, panią Emilię Kos, w której większość „doktorów-literatów” natychmiast się zakochała, czemu trudno się dziwić, bo artystka – poza muzyczną wirtuozerią – okazała się piękną kobietą.

Komentarzem podkreślającym głębokie treści spotkania, który szczególnie wrył mi się w pamięć, były refleksje wypowiedziane przez prowadzącego spotkanie, krytyka Janusza Wójcika o senatorze i pisarzu Edmundzie Osmańczyku, pochowanym w Opolu (autorze „Encyklopedii ONZ”), oraz wspomnienie o poecie, uczestniku Powstania Warszawskiego i więźniu obozu Mauthausen Jerzym Kozarzewskim, potomku Cypriana Kamila Norwida, którego stalinowski sąd skazał na karę śmierci jako „wroga ludu”. Wstawiennictwo Juliana Tuwima, który wówczas powrócił z emigracji i który był przez ówczesne władze hołubiony, uratowało go od śmierci. Tuwim, w liście do prezydenta Bolesława Bieruta napisał, że „nie powinna polska kula zabić potomka Norwida”. W rezultacie artysta został ułaskawiony. Zamiast czytać swoje teksty, nestor Unii dr Eugeniusz Czubak poprosił prowadzącego wieczór o odczytanie wiersza M. Hemara p.t. „Kto rządzi światem” pisanego przed laty, ale jakże aktualnego do dziś z pointą o „wielkiej zмовie idiotów” i hasłem „kretyni wszystkich krajów łączcie się”.

Reasumując Jesienne Sympozjum w Opolu było niezmiernie interesujące, refleksyjne, stojące na wysokim poziomie artystycznym i organizacyjnym, za co szczególne podziękowanie należy się dr Agnieszce Kani.

Następna, kolejna „Biesiada Literacka”, zapoczątkowana kilka lat temu przez Honorowego Członka Unii, wieloletnią prezes UPPL Barbarę Szeffer-Marcinkowską, odbędzie się jak zawsze, w pierwszy piątek marca, czyli 06. 2015 Roku w Łodzi.

Kmdr rez. lek. med. Zbigniew JABŁOŃSKI



Uczestnicy spotkania piszących lekarz prawie w komplecie



*Organizatorka spotkania –
dr Agnieszka Kania*



Autor – dr Zbigniew Jabłoński



Zajęcia w Muzeum Śląska Opolskiego



W trakcie przechadzki po Opolu



INFORMACJE WAŻNE DLA WSZYSTKICH CZŁONKÓW IZBY

Co jakiś czas Biuro naszej Izby przypomina, że zgodnie z art. 49 ust. 5 Ustawy o izbach lekarskich z dnia 02.12.2009 r. (Dz. U. z 2009 r. nr 219, poz. 1708) lekarz, lekarz dentyista obowiązany jest, w terminie 30 dni, do zawiadomienia okręgowej izby lekarskiej o:

1. zmianie nazwiska;

2. zmianie adresu zamieszkania i do korespondencji z podaniem telefonu i adresu poczty elektronicznej;
3. uzyskaniu lub utracie obywatelstwa polskiego;
4. zatrudnieniu – przedkładając zaświadczenie wydane przez pracodawcę zawierające datę zatrudnienia,

formę zatrudnienia, stanowisko oraz wymiar czasu pracy, a po zakończeniu zatrudnienia świadectwo pracy. W przypadku umowy cywilnoprawnej: kserokopia umowy oraz zaświadczenie o realizacji bądź wykonaniu tej umowy;

5. wykonywaniu zawodu wyłącznie w praktyce lekarskiej przedkładając stosowne oświadczenie;
6. zaprzestaniu wykonywania zawodu na czas nieokreślony na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
7. utracie dokumentu uprawniającego do wykonywania zawodu;
8. uzyskaniu specjalizacji, stopnia naukowego lub tytułu naukowego;
9. przyznaniu emerytury lub renty przedkładając stosowny dokument (decyzja ZUS bądź aktualna legitymacja emeryta/rencisty);
10. posiadaniu prawa wykonywania zawodu w innym państwie;
11. wykonywaniu zawodu w innym niż Rzeczypospolita Polska państwie członkowskim Unii Europejskiej.

Ponadto:

1. lekarz, lekarz dentysta, który zrzekł się prawa wykonywania zawodu obowiązany jest do złożenia okręgowej radzie lekarskiej stosownego oświad-

czenia wraz z dokumentem uprawniającym do wykonywania zawodu;

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

INFORMACJE PAŃSTWOWEJ MEDYCZNEJ WYŻSZEJ SZKOŁY ZAWODOWEJ W OPOLU



W imieniu JM Rektora PMWSZ w Opolu z przyjemnością informujemy, że **II Międzynarodowa Konferencja Pulsu Uczelni pt. „Od pomysłów do publikacji”** odbędzie się 7–8 maja 2015 r.

Serdecznie zapraszamy studentów, naukowców, wydawców, bibliotekarzy na kolejną konferencję Państwowej Medycznej Wyższej Szkoły Zawodowej w Opolu z cyklu „Jak pisać prace naukowe? Gdzie publikować?”

Wybitni prelegenci, w tym m. in. prof. Christos Lionis z Grecji, dr Jose Manuel Lopez-Abuin z Hiszpanii, dr Andrzej Szpakow z Białorusi, wykłady, okrągły stół, debata, dyskusje i specjalistyczne warsztaty dla piszących prace naukowe, przygotowujących dorobek naukowy do oceny, wydających czasopisma naukowe oraz zarządzających informacją naukową w bibliotekach.

Rezerwujcie majowy termin – szczegółowe informacje w opracowaniu na stronie konferencji: www.2mkpu.wsm.opole.pl. Kontakt: Biuro konferencji: redakcja@wsm.opole.pl; tel. 77/44-23-528, 77/44-23-511.

* * *

Zachęcamy do publikowania wyników badań, opisów przypadków i prac poglądowych z zakresu medycyny

i nauk pokrewnych w Kwartalniku „PULS UCZELNI” (ISSN 2080-2021), wydawanym przez Państwową Medyczną Wyższą Szkołę Zawodową w Opolu.

„PULS UCZELNI” jest indeksowany w: Ulrich’s TM International Periodicals Directory, Index Copernicus (ICV 2013: 6.30 pkt.), CEJSH oraz w jednej z najobszerniejszych na świecie baz tekstów naukowych – EBSCO.

Więcej informacji na temat Kwartalnika oraz Regulamin przygotowania prac do druku znajduje się na stronie: www.pulsuczelni.wsm.opole.pl

Kontakt: Redakcja Pulsu Uczelni: redakcja@wsm.opole.pl; tel. 77/44-23-511.

* * *

Zachęcamy również do korzystania ze zbiorów i usług Biblioteki i Centrum Informacji Naukowej naszej Uczelni, szczególnie światowych baz pełnotekstowych elektronicznych publikacji medycznych – www.biblioteka.pmwsz.opole.pl. Godziny otwarcia Biblioteki: poniedziałek 8–15; wtorek–piątek 8–19; sobota 9–16.

Kontakt: 77/44-23-513.

JUBILEUSZOWY ZLOT KLUBU MOTOCYKLOWEGO LEKARZY *DOCTOR RIDERS*

W dniach 28–31 sierpnia 2014 r. w hotelu „Wodnik” w miejscowości Słok koło Bełchatowa odbył się X Jubileuszowy Zlot Klubu Motocyklowego Lekarzy *Doctor Riders*.

Przed dziesięciu laty przy Izbie Lekarskiej w Łodzi, z inicjatywy trzech lekarzy powstał Klub Motocyklowy. To dzięki pomysłodawcy Grzesiowi Krzyżanowskiemu oraz dzięki staraniom Włodka i Marcina Dłużyńskich – I Ogólnopolski Motocyklowy Zlot Lekarzy *Doctor Riders* odbył się w wrześniu 2005 r. w Pabianicach. Od tego czasu Klub ma ogólnopolski zasięg. Nasz Klub w 2006 r. został zarejestrowany w organizacji zrzeszającej kluby motocyklowe w Polsce, nieco później uzyskał swoje „barwne plecy”.

Coroczny zlot, kończący sezon motocyklowy „rajdersów” odbywa się tradycyjnie, od trzeciej edycji w ostatni weekend sierpnia w okolicy Łodzi. Do imprez firmowanych przez Klub *Doctor Riders* dołączyły już w 2006 r. ogólnopolskie zloty otwierające sezon – zawsze w maju, co rok na terenie innej Izby, organizowane przez miejscowych klubowiczów. Zaledwie rok później rozpoczęły się cykliczne rajdy „rajdesów” pod nazwą „Poznaj Swoj Kraj” (PSK), odbywające się każdego roku w miesiącach czerwiec-sierpień, zawsze w innym zakątku Polski. Inicjatorami PSK są również lokalni członkowie Naszego Klubu. Wymienione trzy imprezy *Doctor Riders* organizowane są corocznie dla członków i sympatyków Naszego Klubu z terenu całej Polski.

Zrodziły się też liczne inicjatywy spotkań i wypraw „rajdersów” przez nich przygotowywane o szerszej formule, z uczestnictwem znajomych i przyjaciół organizatorów. Niektóre mają cykliczny charakter. Są, m. in. kwietniowe Jurajskie Zloty Lekarzy Motocyklistów w Praju u Ilony (*Jelonek*) i Mariusza (*Marucha*) Malickich (z okazji ogólnopolskiego rozpoczęcia sezonu motocyklowego na Jasnej Górze), lipcowe rajdy pod nazwą „MotoBrige”

prowadzące po obu stronach Wisły w okolicy Chelmną, organizowane przez Bożenę (*Struś*) i Stasia (*Wiking*) Lek-sów, czy wrześniowe spotkania w Baranowie, których animatorem jest Mariusz Janikowski (*Manix*).

Były też organizowane o całkowicie otwartej formule wyjazdy zagraniczne, gdzie spędzając na motocyklu od kilku dni do miesiąca, ich uczestnicy mieli więc okazję podziwiać z „siodła” różne zakątki świata (np. zamki na Słowacji, Wyspy Owcze, Islandię, okolice Jeziora Bodeńskiego).

Każda powyższa impreza ma swój niepowtarzalny klimat, swoją atmosferę. Cieszymy się sobą nawzajem i swoimi motorami, przeżywając wspólnie niezapomniane przygody. Zachwyca Nas – przy dobrej pogodzie – urokliwy krajobraz, zabytkowa architektura i przepiękna przyroda zwiedzanych miejsc.

Między wyjazdami organizowane są kursy bezpiecznej jazdy motocyklem, pokazy udzielania pierwszej pomocy, a 6 grudnia, w mikołajowych przebraniach „Rajdersi” rozdają najmłodszym paczki ze słodyczami oraz przekazują prezenty dla podopiecznych domów dziecka. W potrzebie solidarnie niesiemy pomoc swoim kolegom motocyklistom – ofiarom wypadków lub dotkniętym ciężką chorobą.

I właśnie tak życie klubowicza toczy się już przez dziesięć lat. I chyba będzie dalej, bo ilość motocyklistów rośnie, pomimo stałej rotacji osób. Każdy lekarz motocyklista może dołączyć do klubowiczów. Na jubileuszowym X Zlocie *Doctor Riders* było nas 264 członków i około 220 motocykli, które w asyście policji, w paradzie przejechały całą ul. Piotrkowską w Łodzi.

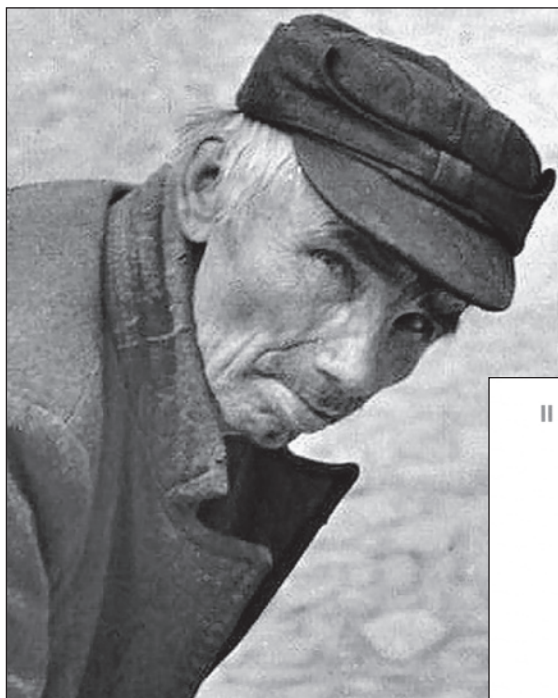
Do zobaczenia w drodze na moto–jednoślazie. Pozdrawiam.

Adam (Adaś) MARTYNISZYN
Wolczyn





KOLEJNY SUKCES NASZEGO KOLEGI



Po raz kolejny miło mi donieść Szanownym Czytelnikom Biuletynu, że nasz kędzierzyńsko-kozielski Kolega dr Jan Sagan zdobył, na współorganizowanych przez Okręgową Izbę Lekarską w Częstochowie II Międzynarodowym Salonie Fotografii Artystycznej Lekarzy „PhotoArtMedica 2014” srebrny medal w kategorii „Oblicza ludzi” za pracę zatytułowaną „Spojrzenie 2”. Pragnę przypomnieć, że nie jest to pierwsze wyróżnienie dr Sagana, bo w przeszłości pisałem już o jego sukcesach artystycznych. Serdecznie gratulujemy!!!

Jerzy B. LACH

II MIĘDZYNARODOWY SALON FOTOGRAFII ARTYSTYCZNEJ LEKARZY

PhotoArtMedica 2014

Częstochowa

SREBRNY Medal PhotoArtMedica 2014

Dr n. med. Jan SAGAN

Kędzierzyn-Koźle

Dr Zbigniew BRZEZIN

Prezes Okręgowej Izby Lekarskiej w Częstochowie

Mieczysław CYBULSKI, AFIAP, AFRP zdff, hon. PTF, hon. GFA

Prezes Fotoklubu RP, Przewodniczący Jury Salonu PhotoArtMedica

Dr n. med. Krzysztof MUSKALSKI

Komisarz Salonu PhotoArtMedica

SUKCES NASZEGO KOLEGI I JEGO WNUKA!!

Z moją wewnętrzną radością i pewną satysfakcją dzielę się wiadomością, że 6 września 2014 r. odbyły się w Istebnej Mistrzostwa Polski Lekarzy w Kolarstwie Górskim oraz że zdobyłem na nich tytuł Mistrza Polski Lekarzy MTB 2014 w swojej grupie wiekowej – czyli +65. Mój 9-letni wnuczek Kuba Piechowski zajął w zawodach dzieci do lat 11 – trzecie, czyli „podiumowe” miejsce.

Na początku stycznia br. kolega powiadomił mnie, że po kilku latach przerwy Beskidzka Izba Lekarska organizuje Mistrzostwa Polski Lekarzy w Kolarstwie Górskim. Mają się odbyć 6 września w Istebnej. Uruchomiono zapisy. Zapisalem się. Pomyślałem, że jeśli zapiszę się to będzie motywacja, by przygotowując się stracić kilka kilogramów nadwagi i będzie to pożytek niezależnie od tego, czy pojedę, czy nie.

Zacząłem trochę biegać, a wiosną trochę jeździć rowerem, ale kilogramów nie ubywało. Byłem nawet w czeskich górach by potrenować „pod górę”. Czasu miałem mało, no bo praca i dyżury!!

W sierpniu zdecydowałem, że spróbuję. Zamówiłem nocleg w Istebnej i z Żoną, Wnuczem i rowerami pojechaliśmy. Wiedziałem, że będą też zawody-zabawa dla dzieci oraz osób towarzyszących. Żona nie dała się namówić na start – przyjęła rolę naszej serwisantki, żywicieli, kierowniczk, dbała o nasze bidony itp.

W dniu startu moja ochota zmalała, gdy obserwowałem dojeżdżających na stadion w Istebnej-Zaolziu lekarzy i lekarzy, dysponujących znakomitą sprzętem. Podziwiałem szczupłe sylwetki wielu z nich, ale było też sporo osób obu płci o sylwetkach „dość pełnych”. Dużo dzieci wyciągało rowery. Z naszej Izby, poza mną, chyba nikt nie



przyjechał – mimo, że jest wielu lekarzy „kolarzy”.

O godz. 14-tej wystartowaliśmy. Trasa okazała się trudna, męcząca, prowadząca pod górę – początkowo asfaltem, potem szutrem, aż wjechaliśmy do lasu. Po korzeniach, wąskimi ścieżkami bardzo mocno w górę, potem ostro – nawet karkołomnie – w dół po kamieniach. Podjazdy, zmęczenie, narastający brak tchu i jedna wywrotka na kamieniach spowodowały, że nie wiedziałem ile osób jedzie za mną. Dopiero po dojechaniu na metę na stadionie w Istebnej-Zaolziu dowiedziałem się, że w swojej grupie wiekowej +65 jestem pierwszy.

Po nas wystartowały dzieci, a wśród nich mój 9-letni wnuczek Kuba. Pojechał w grupie dzieci do 11 r.ż. W chwilę po starcie Kuba został sporo z tyłu za grupą dzieci – zapomnieliśmy przestawić przerzutkę w jego rowerze na „miękką”. Zanim rozpedził się – grupa mu odjechała. Mimo to udało mu się przyjechać na 3-cim miejscu. Mimo, że stanął na podium i dostał medal, był bardzo niezadowolony. Miał do mnie żal o błąd w ustawieniu przerzutki i zażądał ode mnie byśmy za rok przyjechali jeszcze raz!!

Żeby go udobruchać wieczorem poszliśmy na 3 godziny do aquaparku – bo w Istebnej, beskidzkiej wiosce, jest aquapark! Zauważyłem, że dzisiejsza Istebna, stojące wyciągi narciarskie, zaplecze, pensjonaty, hotel itp, to nie ta Istebna, którą pamiętam, gdy ok. 20, może 30 lat temu byłem tam na nartach. Schronisko, w którym wtedy z radością mieszkaliśmy, to dziś drewniana, nieczynna, wolnostojąca, porośnięta chwastami rudera.

Jerzy PYCIA
chirurg – Kluczbork

JAK TO SIĘ STAŁO, ŻE ELŻBIETA II, KTÓRA ZAJMOWAŁA TRZECIE MIEJSCE W SUKCESJI DO TRONU ZJEDNOCZONEGO KRÓLESTWA WIELKIEJ BRYTANII I IRLANDII PÓŁNOCNEJ ZOSTAŁA KRÓLOWĄ

Aby odpowiedzieć na to pytanie musimy sięgnąć do początków XX wieku. Wg opinii współczesnych polityków było nieprawdopodobne aby została ona królową Wielkiej Brytanii. Kiedy przyszła bowiem na świat była trzecią w kolejce po stryju Edwardzie VIII (nie miał dzieci) oraz po ojcu Jerzym VI.

Otóż po śmierci króla Jerzego V na tron brytyjski wstąpił 20 stycznia 1936 r. jego najstarszy syn Edward VIII (urodzony 23 czerwca 1894 r.). Już w czasie koronacji łączyła go ogromna miłość z Amerykanką, podwójną rozwódką Wallis Simpson, dla której postanowił abdykować 11 grudnia 1936 r., ponieważ temu związkowi przeciwstawił się rząd, kościół, rodzina królewska i opinia publiczna. Edward VIII zmarł w Paryżu 28 maja 1972 r. z powodu raka gardła.

Po jego abdykacji na tron brytyjski powołano jego młodszego brata, księcia Yorku, który przybrał imię Jerzego VI. Przeszedł on do historii m. in. z tego powodu, że dotknięty był silnym jękaniem, co deprymowało go podczas wystąpień publicznych (vide film Toma Hoopera z roku 2010 pt. „Jak zostać królem”). Jerzy VI urodził się 14 grudnia 1895 r. Jego żoną była Elżbieta Bowes-Lyon, potomkini króla Szkocji Roberta i króla Anglii Henryka VIII.

Mieli dwie córki: Elżbietę urodzoną 21 kwietnia 1926 r. i Małgorzatę urodzoną 21 sierpnia 1930 r. (zmarła 9 lutego 2002 r.). Panowanie Jerzego VI to początek rozpadu Imperium Brytyjskiego m.in. utrata Indii, Pakistanu, Ceylonu, Irlandii, niemniej jednak cieszył się wielką sympatią i szacunkiem społeczeństwa, ponieważ podczas bombardowań Londynu w trakcie II wojny światowej m. in. Pałacu Buckingham mimo nacisków nie opuścił miasta.

Jerzy VI zmarł 6 lutego 1952 r. z powodu raka płuc i gardła (był namiętnym palaczem) i pochowany został w kaplicy św. Jerzego w Pałacu w Windsorze.

Jego najstarsza córka Elżbieta w czasie II wojny światowej wstąpiła do Kobiecej Służby Wojskowej, m. in. kopiąc okopy na przedmieściach Londynu dochodząc do stopnia kapitana. W dniu zakończenia wojny na tarasie Pałacu Buckingham wystąpiła w mundurze oficerskim.

W dniu 20 listopada 1947 r. w opactwie Westminsterkim poślubiła młodego przystojnego oficera pochodzenia grecko-duńskiego-niemieckiego Filipa Bauntbattena syna księcia greckiego Andrzeja mimo, że istniały podejrzenia, że krewni Filipa byli związani z reżimem nazistowskim. To małżeństwo przetrwało już prawie 70 lat. Elżbieta II i jej mąż książę Filip doczekali się 4 dzieci:

Karola, księcia Walii i następcy tronu (ur. 14 listopada 1948 r.),

Annę (ur. 15 sierpnia 1950 r.), która kiedyś spadła z konia, Andrzeja, księcia Yorku (ur. 19 lutego 1960 r.), Edwarda, hrabiego Wessex (ur. 10 marca 1964 r.).

Wiadomość o śmierci ojca zastała Elżbietę w czasie pobytu w Kenii podczas licznych wizyt państwowych w krajach Wspólnoty Brytyjskiej. Jej uroczysta koronacja odbyła się w Opactwie Westminsterkim w dniu 2 czerwca 1953 r. w obecności ponad 7000 osób.

Panowanie Elżbiety II to dalszy rozpad Imperium Brytyjskiego. Niepodległość uzyskały m. in. Ghana, Nigeria, Uganda, Kenia, Malta, Jamajka, Bahamy. Kraje te zniosły monarchię i zostały republikami, aczkolwiek pozostały państwami członkowskimi Wspólnoty Narodów Brytyjskich.

Królowa Elżbieta II cieszy się wielką sympatią i szacunkiem społeczeństwa, czego dowodem były wspaniałe uroczystości jej Srebrnego Jubileuszu panowania w roku 1977 oraz Złotego Jubileuszu w roku 2002 (powstały wówczas nowe linie metra londyńskiego o nazwach „Silver” i „Gold”). Niedawno obchodzono diamentowy Jubileusz 60-lecia panowania z wspaniałą paradą statków na Tamizie. Elżbieta II jest najdłużej panującą królową brytyjską ponieważ również długowieczna królowa Wiktoria panowała tylko 54 lata (1837 – 1901).

Szczególną sympatią Elżbieta II darzy swojego najstarszego wnuka Williama (syna księcia Karola) i nie tylko politycy zastanawiają się, kto zostanie następcą tronu brytyjskiego. W przeciwieństwie do króla Hiszpanii Juana Carlosa Elżbieta II nie planuje abdykacji.

PS. Rok koronacji Elżbiety II przeszedł również do historii z tego powodu, że w dniu 29 maja 1953 Nowozelandczyk Edmund Hillary (otrzymał tytuł szlachecki) i Sierp Tensing zdobyli dach świata Mont Everest.

W tym samym roku 6 marca 1953 zmarł „wybitny językoznawca i jutrzeńka wielu Narodów” Józef Stalin (a więc 3 miesiące przed koronacją Elżbiety II).

dr hab. n. med. Janusz KUBICKI



KOMUNIKACJA LEKARZ – PACJENT (część czwarta)

UDZIAŁ PACJENTA W PODEJMOWANIU DECYZJI MEDYCZNYCH

Czy pacjent powinien decydować o wyborze stosowanej u niego terapii? To pytanie jest w rzeczywistości pytaniem o podmiotowość pacjenta i granice jego autonomii. W wielu sytuacjach klinicznych pojawia się dylemat: autonomia woli pacjenta czy jego zdrowie. Im bardziej paternalistyczna jest relacja między lekarzem a pacjentem, tym częściej gwarancją wyboru optymalnej terapii jest osoba lekarza i tym mniejszy udział pacjenta w dokonywanych wyborach. Wątpliwości odnośnie słuszności podejmowanych przez lekarzy decyzji są jednym z zarzutów wobec paternalizmu w medycynie. Ciągły postęp nauki, który zmienia często pogląd o zasadności wyboru określonej metody czy miejsca leczenia, oraz współczesne dążenie do stopniowego

przyznawania autonomii pacjentowi przyczyniają się do ewolucji relacji między lekarzem a pacjentem oraz zmiany modelu podejmowania decyzji.

Uświadomiona zgoda pacjenta

Prawny wymóg uzyskania świadomej zgody pacjenta jest przywróceniem mu możliwości samostanowienia. Wprowadzenie go było pod wieloma względami momentem przełomowym. Aktualnie w całej Europie tę kwestię regulują podobne przepisy. Konieczność uzyskania zgody chorego na podejmowane wobec niego czynności medyczne jest realizacją postulatów: autonomii, prawa do decydowania o samym sobie oraz poszanowania integralności cielesnej każdego człowieka.

Zgoda oznacza dobrowolną decyzję podjętą przez osobę zdolną do świadomego wyrażenia woli po uzyskaniu odpowiednich informacji.

Największą trudność w prawidłowej realizacji procedury uzyskania zgody na leczenie stanowi przekazanie pacjentowi odpowiedniego zasobu informacji. Jaki powinien być poziom wiedzy pacjenta, żeby wyrażona zgoda była zgodą świadomą? W praktyce ujawniają się kolejne trudności: osoby nastawione

ugodowo lub uległe często wyrażają zgodę, przyjmując bezwarunkowo punkt widzenia lekarza i nie starając się uzyskać informacji o planowanej procedurze. Cel świadomej zgody jest realizowany, gdy nie opiera się ona tylko i wyłącznie na zaufaniu wobec lekarza. Jej podstawy powinna stanowić wiedza pacjenta na temat jego obecnego stanu zdrowia, możliwości leczenia i szans na

poprawę i możliwych komplikacji oraz działań niepożądanych stosowanej metody.

Wyrażenie przez pacjenta zgody na leczenie jest nie tylko etycznym wymogiem wynikającym z respektowania prawa pacjenta do samostanowienia, ale również wymogiem prawnym.

Wspólne podejmowanie decyzji (*shared decision making*)

Źródłem aktualnie wprowadzanej w życie w wielu krajach europejskich, Stanach Zjednoczonych i Kanadzie koncepcji *shared decision making* (SDM) jest potrzeba zwiększenia udziału chorego w podejmowaniu decyzji medycznych dotyczących jego zdrowia, wobec rosnącego od lat siedemdziesiątych zainteresowania opieką medyczną zorientowaną na pacjenta. Postępowanie zgodne z koncepcją SDM pozwala na, pożądane ze względów etycznych i prawnych, zachowanie autonomii pacjenta.

Zasady współudziału pacjenta w podejmowaniu decyzji medycznych są bardzo dobrze udokumentowane. Mimo, że celowość widziana z perspektywy etyki i prawa nie budzi wątpliwości, praktyczna realizacja tego modelu wiąże się z wieloma trudnościami. W praktyce część pacjentów nie chce brać udziału w podejmowaniu decyzji medycznych, a wyniki badań nad akceptacją tego modelu przez lekarzy są niejednoznaczne. W codziennej pracy lekarskiej, przy istniejących ograniczeniach czasowych, bardzo trudne jest pełne i bezstronne przekazanie informacji o metodach leczenia.

Warto jeszcze podkreślić, iż wspólne decydowanie to nie to samo, co świadoma zgoda (*informed consent*), która oznacza prawne zobowiązanie lekarza do udzielenia pacjentowi wyczerpującej informacji na temat proponowanej procedury medycznej przed udzieleniem przez niego prawnie wymaganej zgody.

Udział pacjentów w procesach ustalania wysokości i zasadności refundacji leków i oceny technologii medycznych

Często decyzja o możliwym sposobie leczenia zapada jeszcze zanim pacjent przekroczy próg gabinetu lekarskiego. Ocena i wybór refundowanych technologii medycznych bywają najważniejszymi decyzjami dotyczą-

cymi życia pacjenta, na które ten często nie ma żadnego wpływu. Pojawia się coraz więcej projektów, których celem jest przyznanie chorym prawa wpływu na istotne decyzje o akceptacji terapii. W 2010 r. Health Equality Europe (HEE) – nieformalna koalicja osób, których misją jest usytuowanie pacjenta w centrum wszystkich decyzji medycznych, przygotowała przewodnik *Understanding Health Technology Assessment* („Ocena technologii medycznych – jak ją rozumieć”). Przewodnik zawiera jasne instrukcje, jak zbierać i dokumentować dane na temat przebiegu choroby widzianej z perspektywy wpływu, jaki ma dana technologia medyczna na życie chorych. Celem opracowania przewodnika jest pomoc organiza-

com pacjentów w uzyskaniu wpływu na wybór refundowanych technologii medycznych.

Przedstawione powyżej trzy modele uczestniczenia pacjenta w procesie decyzyjnym, który go dotyczy, dają mu prawo do samostanowienia, niosąc jednocześnie obciążenie współodpowiedzialnością za podjęte decyzje.

Aldona Katarzyna JANKOWSKA
Klinika Pediatrii Hematologii i Onkologii CM UMK
Członek grupy roboczej Assessment w European
Association for Communication in Healthcare

(przedruk z „Primum” nr 6-7/14)

GŁOS DRUGIEJ STRONY

Aleksandra Wiśniowska: *Pamiętam, jak kilka miesięcy temu podczas prelekcji dla dziennikarzy wydawnictw medycznych rozmawialiśmy o niekorzystnym wizerunku lekarza w mediach. Podkreślała Pani wówczas mechanizmy błędnej komunikacji...*

Elżbieta Cichocka: Istotnie, z roku na rok nasila się liczba publikacji, które pokazują błędy lekarskie w kontekście dramatu drugiej strony – pacjentów. Co warto podkreślić, ci ostatni są obecnie ogromnie wyczuleni na postępowanie lekarzy, charakteryzują się też pewną łatwością w obciążaniu konkretnego człowieka za swoją krzywdę, której przyczyny mogą być różne – niekoniecznie wynikające z zaniedbania czy niewiedzy. Bo wiemy, że w wielu przypadkach zawodzi nie pojedynczy lekarz, a np. organizacja pracy w szpitalu. Odpowiadać zatem powinien szpital, jednak pacjent ma do czynienia z konkretnym lekarzem, którego łatwiej skrytykować, bez wnikania w zawłość związane z procesem leczenia.

W sytuacji, o której mowa, jest jeszcze druga strona...

Druga strona medalu to sposób, w jaki lekarze odpierają padające zarzuty. Odnoszę wrażenie, że przyjmują nierzadko stanowisko: „najlepszą obroną jest atak”. Obciążają prasę i dziennikarzy za to, że podnosi tego typu tematy, przyjmują język atakującego, operują podobnymi zwrotami. Tymczasem musimy mieć świadomość, że zawód tzw. zaufania publicznego zawsze będzie w centrum uwagi społeczeństwa. Takie samo zainteresowanie nieprawidłowościami czy patologiami budzą profesje: policjanta, sędziego, nauczyciela czy prokuratora... My – jako społeczeństwo – od ludzi wykonujących zawody zaufania publicznego wymagamy więcej i oczekujemy więcej. Spodziewamy się po nich wyższych standardów postępowania i zachowania. Dlatego, gdy coś zawodzi, rodzi się sensacja.

Co jednak nie usprawiedliwia napastliwości niektórych mediów i ich prób manipulacji opinią publiczną...

Uważam, że nie powinniśmy się obrażać na rzeczywistość, bo złych doniesień jest faktycznie coraz więcej, tylko podejmować próby wyjaśnienia zawłości i złożoności sytuacji, w jakiej znalazł się konkretny lekarz i jego pacjent. Nie powinny także mieć miejsca sytuacje, gdy lekarz odmawia komentarza lub sam wycofuje się z linii obrony. Nierzadko wyjaśnienie udzielone we właściwym momencie potrafi otworzyć oczy opinii publicznej na dodatkowy aspekt sprawy. Tymczasem w debacie brakuje słyszalnego głosu drugiej strony... Nie ma dialogu, dziennikarz dzwoni, a lekarz poirytowany prosi o spokój lub zasłania się brakiem czasu. A potem w mediach mamy relację jednej strony i ciszę po drugiej. Wnioski zaś wyciągają pacjenci i spirala się nakręca.

Czyli: „nie to się dzieje, co się dzieje, ale to się dzieje, co się pisze”. Tematy pozbawione sensacji są medialnie nieatrakcyjne? Lepiej napisać o „lekarzu – mordercy” niż „lekarzu – herosie”. Morderca szybciej się sprzeda, zaliczy więcej kliknięć, będzie miał więcej odsłonięć na stronie...

A proszę mi powiedzieć ile pojawia się publikacji o rzetelnych sędziach, oddanych nauczycielach, uczciwych policjantach? Istotą prasy jest między innymi to, że wychwytyuje anomalie. Reflektor zawsze był i będzie skierowany na naświetlanie nieprawidłowości. Newsem nie jest to, że pies pogryzł człowieka, newsem jest to, że człowiek pogryzł psa. W mojej opinii zadaniem środowiska lekarskiego jest zaakceptować to i nie unikać dialogu, bo tylko rozmową można korygować błędne opinie, lub wyjaśniać nieporozumienia.

A co z odpowiedzialnością za słowo? Magdalena Bajer z Forum Dziennikarzy zwraca uwagę na dziennikarską lekkomyślność, brak refleksji nad tym, ile szkody w rela-

cyjach lekarz – pacjent powstaje po nierzetelnym artykule, jak wpływa na obie strony zachwianie zaufania...

Jeśli chodzi o prasę tabloidową – przyznam, że sama jestem bezradna wobec jej praktyk. Z wielkim bólem i smutkiem obserwuję erozję zawodu dziennikarza, podobnie jak od 25 lat z tym samym smutkiem obserwuję upadek etosu w zawodzie lekarza. Przyczyn tego stanu rzeczy jest wiele, jedną z nich jest komercjalizacja życia i czasów, w których przyszło nam pracować. Jakie będą tego skutki? Nie wiem. Oba zawody, ale również inne zawody zaufania publicznego, trawia podobne przyczyny: ekonomiczne, patologie środowiskowe, prym komercjalizacji, który jest zabójczy dla wspomnianego wyżej etosu. Uważam, że rozwiązaniem jest pozostanie uczciwym z samym sobą i wykonywanie zawodu najlepiej jak się potrafi.

ZROZUMIEĆ PACJENTA

W niewielu sektorach jakość świadczonych usług ma tak duże znaczenie, jak w branży medycznej. Również w żadnej innej dziedzinie życia konsekwencje błędu, zaniedbania lub niewystarczającego działania mogą okazać się tragiczne w skutkach, nieodwracalne.

Na satysfakcję pacjenta z uzyskanej usługi medycznej wpływają różne czynniki, m. in. dostępność do świadczeń, przebieg wizyty lekarskiej, proces zdrowienia. Jednak ostatecznie to subiektywne przeświadczenie o poprawie stanu zdrowia jest dominującym elementem kształtującym opinię pacjenta. Nawet jeśli nie jest zgodne z obiektywnymi wynikami badań naukowych, to z marketingowego punktu widzenia powinien być najistotniejszym kryterium gospodarki rynkowej. Duży wpływ na subiektywne odczucia pacjenta ma to, w jaki sposób przebiegała sama wizyta, czy lekarz przekazał wystarczające informacje i czy pacjent został potraktowany w odpowiedni sposób. Dzisiejszy usługobiorca świadczeń medycznych przed kontaktem z lekarzem może znaleźć w Internecie bardzo wiele informacji na temat swoich dolegliwości; w sieci odbywają się dyskusje na temat diagnostyki oraz terapii. Pacjenci często dzielą się między sobą ocenami placówek oraz poszczególnych lekarzy. Z kolei osoby poszukujące lekarza chętnie używają tego narzędzia w celu wstępnej weryfikacji usługodawcy. Dlatego warto dbać o jakość obsługi, aby nie zostać negatywnie opisanym.

Pacjenci pytani o to, jakie czynniki wpływają na ich zadowolenie z jakości usługi medycznej, często wskazują aspekt merytoryczny („wiedza lekarza”), którego nie są w stanie rzetelnie ocenić. Co ciekawe, niektórym z badanych wystarczy tytuł naukowy, aby uważać lekarza za kompetentnego – im wyższy tym lepiej. Jednak najczęściej pojawiające się odpowiedzi na pytanie o kryteria oceny jakości usługi medycznej, można opisać jako „kompetencje społeczne”, w tym tworzenie przez leka-

* * *

Mec. Krystian NICZPAN (Kancelaria Radców Prawnych Niczpan, Trefon, Prasalek s.c.):

– Moje doświadczenie i obserwacje utwierdzają mnie w przekonaniu, że wdawanie się we „flirt” z mediami dobre jest dla celebrytów. Na ogół lekarzom w sytuacjach kryzysowych, kiedy starają się tłumaczyć z niekorzystnych zdarzeń, w których uczestniczyli, występowanie w mediach przynosi szkodę. Uważam, że w większych podmiotach leczniczych zatrudnianie fachowców od PR-u jest w obecnych czasach nieodzowne. To oni muszą prowadzić politykę informacyjną i ponosić za nią odpowiedzialność. Ma to szczególne znaczenie w sytuacji, gdy, nie oszukujemy się, u przeciętnego Polaka lekarze i inni pracownicy ochrony zdrowia lokują się po „złej stronie mocy”. Duży w tym udział mają właśnie media.

(przedruk z „Pro Medico” nr 9/14)

rza w trakcie badania odpowiedniej atmosfery, sposób prowadzenia rozmowy – podejście do pacjenta, używany język (dopasowany do konkretnego chorego). Nie wszyscy przedstawiciele zawodu posiadają wystarczające kwalifikacje społeczne w kontakcie z pacjentem i jego rodziną. Fachowe umiejętności merytoryczne specjaliści nie wystarczają lub nie mają wiele wspólnego z wysoką satysfakcją klienta po wykonanej usłudze. Personel medyczny postrzega i ocenia jakość usługi jako procedurę medyczną wykonaną w zgodzie z obowiązującymi standardami i procedurami, aktualnym stanem wiedzy medycznej, niedostatecznie uwzględniając subiektywny czynnik zadowolenia – zwłaszcza w powszechnej opiece medycznej, gdzie pacjent jest traktowany przedmiotowo. Dlatego w celu poprawy jakości usług medycznych zaleca się cykliczne szkolenia personelu medycznego z zakresu komunikacji i tzw. umiejętności miękkich.

Struktura ludzkiego postrzegania i oceny świata jest swojego rodzaju schematem poznawczym. Uniwersalną zasadą budowy schematów prototypowość, zgodnie z którą rdzeniem znaczeniowym schematu jest prototyp, czyli egzemplarz najbardziej typowy, najlepiej dopasowany do schematu i w tym sensie najbardziej kompleksowy. Prototypowy lekarz, to ktoś ubrany w biały fartuch, ze stetoskopem na szyi. Zwykle (zwłaszcza w powszechnej opiece medycznej) nie ma zbyt dużo czasu, za to posiada szczegółową wiedzę z zakresu medycyny. Ma paskudny charakter pisma, przez co ciężko jest odczytać wskazane zalecenia czy recepty. Idealny lekarz powinien być miły i empatyczny w stosunku do swoich pacjentów. Prototyp pozwala odróżniać obiekty („*ten w białym fartuchu pewnie jest lekarzem*”) oraz wnioskować o ich zaobserwowanych jeszcze cechach („*na pewno jest gburawaty*”), uzupełniać nimi spostrzeżenia i pamięć zdarzeń w ciągu całego życia.

Otoczenie społeczne współczesnego człowieka jest bardzo bogate. Żyjemy w swego rodzaju dżungli informacyjnej. Ilość komunikatów dopływająca do naszego

mózgu znacznie przekracza możliwości ich dokładnego analizowania. Podobnie jest z ilością decyzji, które codziennie podejmujemy, nie jesteśmy w stanie dokładnie przeanalizować alternatyw (między innymi dlatego, że nie mamy wystarczającej wiedzy eksperckiej przy wyborze lekarza czy mechanika samochodowego). W tej sytuacji nasz umysł ucieka się do heurystyk, czyli uproszczonych reguł myślenia pozwalających na formułowanie sądów bez analizy większości informacji, na których sąd powinien się opierać. Heurystyki to nieświadomie stosowane myślowe „drogi na skróty”.

Wielu badaczy, prowadzących swoje prace w latach 90-tych dowodziło, że ludzie będący w dobrym nastroju bardziej pobieżnie przetwarzają informacje – silniej ulegają heurystykom, łatwiej popadają w stereotypy, słabiej rozpoznają siłę argumentacji nadawcy komunikatu. Natomiast ludzie będący w negatywnym nastroju są bardziej uważni, częściej zwracają uwagę na argumentację, mniej ulegają stereotypom i heurystykom.

Ludzkie oceny pozostają też pod dużym wpływem heurystyki afektu: jeśli jesteśmy nastawieni pozytywnie do jakiegoś działania, lubimy je, to mamy skłonność oceniać związane z nim ryzyko jako niskie, a korzyści jako wysokie.

Można zatem wnioskować, że miłe zachowanie (empatia, serdeczność, uprzejmość) lekarza wpływa pozytywnie na nastrój i emocje pacjenta, który ocenia jego kompetencje przez pryzmat sympatycznej atmosfery w trakcie wizyty. To znaczy, że gdy jest w dobrym nastroju, ocenia kompetencje lekarza wyżej niż w sytuacji, gdy przez zachowanie lekarza zostanie wprowadzony w negatywny nastrój.

Specjaliści zajmujący się marketingiem od wielu lat posługują się opakowaniami do kreowania decyzji zakupowych konsumenta. Eksperci od wizerunku twierdzą, że ludzi także można „włożyć w odpowiednie opakowanie”. Pierwsze wrażenie ma ogromne znaczenie. Pacjent wchodząc do gabinetu najpierw odbiera informacje o: płci, kolorze skóry, wieku, atrakcyjności fizycznej, jakości i czystości ubrania. Na tej podstawie buduje swoje emocjonalne nastawienie do lekarza. Z wielu przeprowadzonych badań wynika, że przypadkowa osoba, która nosi fartuch lekarski, jest postrzegana jako autorytet i wzbudza większe zaufanie niż np. lekarz, który przyjeżdża w eleganckiej koszuli.

Inna, powszechnie stosowana heurystyka zakłada, że im bardziej pewna siebie jest osoba wygłaszająca jakąś tezę, tym bardziej prawdopodobne jest, że zaakceptujemy to, co mówi. Będziemy skłonni jej zaufać. W licznych badaniach nad zeznaniami w sądach, prowadzonymi w Stanach Zjednoczonych stwierdzono, że jest bardziej prawdopodobne, iż sędziowie przysięgli dadzą wiarę zeznaniu, gdy składa je naoczny świadek lub powołany ekspert, który emanuje pewnością siebie – zarówno w mowie werbalnej, jak i niewerbalnej, co do głoszonych tez.

Z badań wynika, że jesteśmy skłonni bardziej zaufać osobie, którą lubimy, która wzbudza naszą sympatię. Istotnym wyznacznikiem skuteczności nadawcy komu-

nikatu (np. lekarza stawiającego diagnozę) jest czystość jego intencji. Zdecydowanie bardziej wiarygodni są ci lekarze, którzy uważani są za bezinteresownych i obiektywnych niż tacy, których postrzegamy jako czerpiących zyski z naszej choroby. Bardziej jesteśmy skłonni realizować zalecenia lekarza (wykonać badanie, wykupić leki, kontynuować terapię), gdy uważamy go za bezinteresownego i wiarygodnego. Zaufanie do nadawcy (lekarza), ocena jego intencji, są w decydującym stopniu uzależnione od atrybucji odbiorcy komunikatu (pacjenta) czy perswazji, a zwątpienie w czystość intencji najbardziej utrudnia nadawcy skuteczne przekonanie odbiorcy. Jeśli ktoś wzbudza nasze dobre emocje – jest miły – z jednej strony przypisujemy mu dobre i czyste intencje, z drugiej, przenosimy pozytywne emocje na jego poglądy i mamy zaufanie do zaleceń.

W tym rozumieniu lekarz jest nadawcą komunikatu perswazyjnego, który informuje pacjenta o wykrytym schorzeniu. Przekazuje również instrukcje, jak powinien postępować pacjent w świetle aktualnej wiedzy medycznej. Próbuje on wpłynąć na chorego (aby postępował zgodnie z jego zaleceniami), zmienić jego postawę (próba zmiany nawyków żywieniowych, stylu życia itd.) oraz skłonić do wykonania badań, zabiegów, czy podjęcia zalecanej farmakoterapii. Od skutecznej perswazji lekarza w dużej mierze zależy zdrowie, a czasem nawet życie pacjenta. Z punktu widzenia procesu modelu perswazji, wysoka kompetencja nadawcy nasila uwagę, jaką zwracamy na komunikat (prawdopodobieństwo, że w ogóle zaczniemy słuchać eksperta niż laika w danej sprawie), zwiększa rozumienie przekazu oraz szansę zaakceptowania treści i stosowania się do dalszych zaleceń lekarza.

Z przeprowadzonego przeze mnie w 2012 r. badania na grupie ponad 40 lekarzy zatrudnionych u prywatnego dostawcy usług medycznych można wysnuć wniosek, że doskonale zdają sobie oni sprawę, na jakie elementy zachowania, sposobu bycia i prowadzenia rozmowy należy zwracać uwagę, aby stworzyć dobre warunki wizyty. Dobre – to jest takie, które przekonają pacjenta o kompetencji specjalisty. Lekarze w większości mają świadomość, według jakich kryteriów oceniają ich pacjenci. Widać to bardzo dobrze w prywatnych placówkach medycznych, gdzie cały proces obsługi pacjenta, od rejestracji po wejście do gabinetu, coraz częściej przebiega z uwzględnieniem potrzeb klienta. Tam też duży nacisk kładziony jest na podnoszenie kwalifikacji pozamedycznych. Niestety, w powszechnej opiece medycznej chory nadal traktowany jest jak petent. Pacjenci czekają miesiącami, aby dostać się do specjalisty – w takim kontekście jakość obsługi ma marginalne znaczenie. Dzieje się tak m. in. ze względu na brak konkurencji wśród świadczeniodawców realizujących usługi finansowane przez NFZ.

Marta DOMAŃSKA

Marta DOMAŃSKA – psycholog biznesu, od ponad 8 lat związana z branżą medyczną. W ostatnich lat zajmuje stanowisko kierownika działu promocji i PR w spółce Genomed S.A.

(przedruk z „OSOZ” nr 8/14)

BÓL, KTÓRY PROWADZI DO DEPRESJI

O zawiłych, pogmatwanych i obustronnych związkach bólu oraz depresji rozmawiamy z prof. dr hab. med. Dominiką DUDEK z Zakładu Zaburzeń Afektywnych Katedry Psychiatrii Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie

MT: Przeciętny Polak zażywa coraz więcej różnych leków, mających poprawiać samopoczucie psychiczne i redukować dolegliwości bólowe.

PROF. DOMINIKA DUDEK: Mówimy już o medykalizacji lub psychiatryzacji życia codziennego. Różnym zjawiskom życia, które nie są patologiczne, nadaje się znaczenie medyczne. Dawniej człowiek był nieśmiały – dzisiaj nazywamy to fobią społeczną, którą się leczy. Dawniej dziecko było niegrzeczne, teraz ma ADHD. To dotyczy także słowa „depresja”, które jest nadużywane. Jak pisał Antoni Kępiński – „*smutek jest dolą człowieka*”. Trafiają do mnie pacjenci, którzy mówią o smutku, zniechęceniu życiem, o tym, że są przepracowani, że się boją restrukturyzacji w firmie... Oni nie mają depresji, ale oczekują od psychiatry, że ją rozpozna, da lek i w cudowny sposób sprawi, że życie stanie się przyjemne. Nie tędy droga. Rolą psychiatry jest przekonanie człowieka, żeby nie nadawał swoim problemom życiowym miana depresji i nie oczekiwał cudownego leku. Wiele osób, które odczuwają egzystencjalne niezadowolenie z życia czy nie potrafią znaleźć sobie w nim miejsca i jego sensu, jest skłonna wsłuchiwać się w swoje ciało. Kogóż z nas czasem coś nie zaboli? Ale w normalnym trybie życia nie zwracamy na to uwagi. Głowa boli, to za chwilę przestanie. Nie mówię o ludziach poważnie chorych, lecz o osobach znudzonych życiem, sfrustrowanych. Będą one reagować na banalną dolegliwość i szukać pigułek szczęścia, czyli leku na depresję lub ból.

Jakie są związki depresji z bólem i z dolegliwościami somatycznymi?

Zawile, skomplikowane i obustronne. Z jednej strony osoby, które cierpią na depresję, częściej chorują również na choroby somatyczne, częściej odczuwają dolegliwości bólowe. Z drugiej strony pacjenci z przewlekłymi chorobami somatycznymi, połączonymi z bólem, częściej cierpią na zaburzenia depresyjne. Ta druga zależność wydaje się dość intuicyjna, tzn. jeśli ktoś odczuwa przewlekły ból, to, mówiąc wprost, nie ma się z czego cieszyć i popada w depresję. Takie myślenie stanowi swego rodzaju pułapkę.

Dlaczego?

Ponieważ depresja w chorobach somatycznych jest często niedostatecznie i niewłaściwie zdiagnozowana. W społeczeństwie i wśród lekarzy pokutuje przekonanie: jeśli chorego trapi ciężka choroba i ból, to z czego

ma się cieszyć – depresja jest po prostu wypadkową tych zdarzeń. To niewłaściwe myślenie, które opóźnia pomoc i fałszuje diagnozę. Depresja nie jest prawidłową reakcją, lecz kolejną chorobą, która obniża jakość życia i powoduje dodatkowe cierpienie. W normalnych warunkach, kiedy pacjent ma odpowiednią opiekę medyczną, wsparcie otoczenia, powinien mieć takie zasoby psychiczne, które pozwolą mu radzić sobie ze stresem, jakim jest przewlekła choroba, bez wpadania w depresję. Jest też i taka zależność, że współistnienie depresji i przewlekłej choroby z dolegliwościami bólowymi będzie obniżało jakość życia, wpłynie na przebieg leczenia i rokowanie w chorobie somatycznej. Pogorszenie rokowania wynika z wielu czynników. Pacjent w depresji nie ma często motywacji do życia, leczenia, nie stosuje się do zaleceń lekarza, gorzej znosi chorobę. Depresję z chorobami somatycznymi łączą różne wspólne mechanizmy patofizjologiczne, które będą miały wpływ na rokowanie. Jednym z patomechanizmów opisywanych w etiopatogenezie zaburzeń depresyjnych jest nieprawidłowa, nadmierna aktywacja osi stresu i brak jej fizjologicznego wyhamowywania. A nadmierna aktywacja osi stresu będzie wpływać na inne procesy fizjologiczne w organizmie. Przykład tego mechanizmu może stanowić współistnienie depresji z chorobą niedokrwienną serca. U pacjentów po zawale, którzy dodatkowo mają depresję, ryzyko ponownych incydentów sercowych i śmierci z powodu powikłań sercowo-naczyniowych jest istotnie statystycznie większe niż u pacjentów, którzy są po zawale, ale nie stwierdza się u nich dodatkowo depresji.

Czy depresja nasila odczuwanie bólu?

Oczywiście. Depresja bardzo nasila subiektywne odczuwanie bólu. Okazuje się, że próg tolerancji jest modyfikowany przez czynniki emocjonalne. Wśród nich są depresja i lęk, które bardzo często idą w parze. Taki pacjent znacznie silniej odczuwa ból i ocenia go jako nie do wytrzymania. Tworzy się błędne koło, bo jeśli człowiek odczuwa bardzo silny ból, nie do wytrzymania, to siłą rzeczy boi się go, staje się bardziej przygnębiony. Zaczynają się uruchamiać katastroficzne myśli, a stąd już krok do samobójstwa.

Z czego to wynika?

Z mechanizmów psychologicznych, ale też biologicznych. Ból i depresja mają ze sobą wiele wspólnego, jeśli chodzi o podłoże biologiczne. W mózgu człowieka, który jest w depresji, i człowieka, który odczuwa ból, aktywowane są podobne struktury. Poza tym istnieją również związki dotyczące czynników zapalnych, immunologicznych, hormonalnych, które są wspólne dla dolegliwości bólowych i zaburzeń depresyjnych.

Kolejna sprawa, którą należy brać pod uwagę w diagnostyce, to depresja współistniejąca z przewlekłym

bólem. Określam to mianem bomby z opóźnionym zapłonem. Wiemy, że w depresji mogą pojawić się myśli i zachowania samobójcze. Niestety, ciężka depresja jest stanem zagrażającym życiu. Przyjmuje się, że 15–20% pacjentów z depresją popełnia samobójstwo. To są przerażające dane. Jednym z czynników ryzyka samobójstw w depresji są przewlekłe choroby z dolegliwościami bólowymi.

Pacjent informuje lekarza POZ o dolegliwościach somatycznych, a nie o smutkach i lękach.

To stwierdzenie wymaga komentarza. To, co powiedziałam, pokazuje ścisły związek depresji z chorobami somatycznymi i bólem. Natomiast należy pamiętać o jeszcze jednym zjawisku. Współcześnie słowo depresja jest nadużywane. Często mówimy: mam doła, jestem w depresji, mając na myśli: jest mi smutno. Natomiast w tym prawdziwym zespole depresyjnym, wymagającym leczenia, smutek i obniżenie nastroju jest tylko jednym z symptomów. Występuje cały szereg innych objawów, również tych zahaczających o sferę cielesną: brak apetytu, utrata masy ciała, brak snu. Pojawiają się też różnego rodzaju dolegliwości bólowe. Nie są one charakterystyczne. Mogą to być napięciowe bóle głowy, jakieś pieczenia, ucisk w klatce piersiowej, bóle pochodzące ze wszystkich organów i narządów. Nawet kiedyś mówiło się o lęku przedsercowym (*pavor precordialis*). Pacjenci mówią: jakby kamień mi leżał na sercu. W niektórych przypadkach na pierwszy plan mogą wysuwać się inne objawy niż rozpacz, przygnębienie, obniżenie nastroju, smutek. My, psychiatrzy, używamy wtedy określenia depresja maskowana.

Niekiedy stanowi to problem diagnostyczny dla lekarzy POZ.

Tak, i to dużo. Nasi pacjenci zgłaszają się często nie do psychiatrów, ale do lekarzy pierwszego kontaktu. Ci, widząc osobę w skrajnej agitacji (pobudzeniu depresyjnym) lub w stuporze depresyjnym, która ledwo mówi, jest zaniedbana i ma spowolnione ruchy, nie będą mieli problemu z rozpoznaniem depresji i skierowaniem jej do psychiatry. Jednak niekiedy do lekarza POZ zgłaszają się pacjenci z umiarkowaną bądź łagodną depresją, u których będą dominować inne objawy. I tu wychodzą trudności w relacji pacjent-lekarz. Kiedy ktoś idzie do psychiatry, jest przygotowany, że będzie mówił o swoich emocjach. Jednak gdy idzie do lekarza innej specjalności, jest skrępowany. Bo jak panu doktorowi zwracać głowę tym, że jest mi smutno, że się boję? Dlatego pacjent koncentruje się na dolegliwościach fizycznych.

Co w takim razie może być wskazówką w pracy lekarza?

Często dolegliwości są niecharakterystyczne. Nie bardzo pasują do obrazu choroby somatycznej i zazwyczaj nie ustępują pod wpływem rutynowego leczenia. Dolegliwości fizyczne mogą mieć rytm podobny do depresyjnego, np. dobowy. Wiemy, że objawy depresyjne nasilają

się zazwyczaj rano, a wieczorem pacjent czuje się lepiej. Podobnie będzie z objawami fizycznymi towarzyszącymi depresji. Poza tym ważny jest wywiad w kierunku obciążenia rodzinnego. Jeśli ktoś z krewnych I stopnia chorował na depresję, powinno to być sygnałem, że coś jest na rzeczy. I najważniejsze: jeśli temu pacjentowi poświęci się trochę więcej czasu, nie potraktuje się go rutynowo, porozmawia się, to dostrzeże się depresyjny smutek, to, co nazywamy depresyjnym stylem myślenia, z niską samooceną, skrajnym pesymizmem. Tego nie da się nie zauważyć. I jeszcze jedna rzecz: objawy o charakterze psychogennym mogą dotyczyć tego narządu, który jest już osłabiony przez proces chorobowy.

Na przykład kręgosłupa.

Bardzo dobry przykład i niezwykle częsty. Któż w pewnym wieku nie ma problemów z kręgosłupem? W depresji ten ból będzie znacznie bardziej nasilony. Ale przychodzi mi też na myśl przykład pacjentki kardiologicznej, którą konsultowałam. Młoda kobieta, z niestabilną dusznicą, miała założone stenty i kilka dni po wypisie dzwoniła do lekarza, że boli ją w klatce piersiowej, że czuje, jakby ktoś przykładł jej żelazko, że na pewno umrze... Trafiła do mnie i okazało się, że ma niewyleczoną depresję. Zwykle leczenie przeciwdepresyjne usunęło wszystkie dolegliwości. Objawy psychogenne lubią dotyczyć obszarów, które już są narażone na chorobę. I jeszcze jeden przykład, z badań naukowych na temat odczuwania bólu. Przeprowadzono je u pacjentów, którzy mieli wykonane proste zabiegi chirurgiczne. W którejś dobie po operacji oceniano nasilenie subiektywne objawów bólowych i objawów depresyjnych. Okazało się, że zachodzi między nimi ścisła korelacja: im więcej było objawów depresyjnych, tym mocniej chorzy odczuwali ból. Potwierdziły to inne badania, w których stwierdzono, że 60% pacjentów z depresją zgłasza dolegliwości bólowe.

W książce „Ból i depresja” pisze pani o bólu przewlekłym, który prowadzi do zachowań depresyjnych, i odwrotnie. Jak silny musi być ból, by zawładnął umysłem?

Myślę, że nie ma jednoznacznej odpowiedzi – to sprawa indywidualna. Trudno o obiektywny pomiar siły tego bólu. Na pewno wpływa on na skuteczność leczenia depresji. Jeżeli mówimy o leczeniu depresji, to – jak wspomniałam – 60% pacjentów z depresją ma dolegliwości bólowe. Ból ewidentnie przeszkadza w leczeniu depresji. Im bardziej pacjenci odczuwają go jako silny, tym gorzej poddaje się ona terapii.

Na łamach „Journal of the American Medical Association” ukazał się artykuł mówiący o tym, że leki w połączeniu z psychoterapią i dodatkowo rozluźnienie mięśni, ćwiczenia oddechowe oraz regularny wypoczynek pozwalają łagodzić cierpienie fizyczne i psychiczne.

Jeżeli mamy do czynienia z bólem czysto psychogenym, czyli bólową maską depresji, możemy się spo-

dziewać poprawy w dolegliwościach somatycznych wraz z ustępowaniem depresji. Oczywiście, najczęściej stosowanymi lekami przeciwdepresyjnymi są inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny i noradrenaliny. Natomiast jeżeli mamy do czynienia z chorobą, której towarzyszy ból, np. neuropatią cukrzycową, i równocześnie z depresją, warto pomyśleć o lekach, które w profilu mają również działanie przeciwbólowe. Szereg leków przeciwdepresyjnych wykazuje działanie przeciwbólowe i bywają one stosowane u pacjentów bez depresji, zdrowych psychicznie, ale z przewlekłym bólem. Na przykład nieduże dawki amitriptyliny czy wenlafaksyna mają działanie przeciwbólowe. Lekiem sprawdzającym się przy bólach neuropatycznych jest duloksetyna. Jeśli pacjent ma depresję i cierpi z powodu bólu, warto pomyśleć o takim leku. Często wspomnianym objawom towarzyszy także bezsenność, co dodatkowo pogarsza jakość życia. W tym przypadku sprawdza się trazodon, agomelatyna, mirtazapina i mianseryna. Tam znajdziemy komponent działania przedwłokowego i wyciszającego, który uspokoi pacjenta.

Włączenie uznanej metody psychoterapii w leczenie depresji z przewlekłymi chorobami somatycznymi po-

zwala choremu zredukować poziom lęku i napięcia, lepiej radzić sobie z bólem. Natomiast wszelkie dodatkowe aktywności, takie jak relaksacja, rozluźnianie mięśni, ćwiczenia oddechowe i odpowiednia dieta, jeszcze nikomu nie zaszkodziły. Jednak samymi takimi metodami wyleczyć depresję się nie da.

Rozmawiał Ryszard STERCZYŃSKI

Anhedonia to jeden z osiowych objawów depresji, stan, kiedy pacjent nie odczuwa przyjemności, traci zainteresowanie wszystkim. U wielu osób epizod depresji mija i są one w stanie wrócić do normalnego funkcjonowania, ale utrzymuje się u nich stan anhedonii, braku radości. Niby wszystko jest w porządku, ale emocje są płaskie, a życie straciło dla nich kolor.

Celem psychiatrii jest uzyskać pełną remisję i usunąć wszystkie objawy depresyjne. Jednak czasem się to nie udaje i zostają objawy rezydualne, co oznacza, że stan człowieka się poprawił, ale nie jest on wyleczony w 100%. Często taką pozostałością są objawy bólowe. Wiąże się to z ryzykiem nawrotu depresji oraz nadużywaniem leków przeciwbólowych, alkoholu. To jest nagminny problem, z którym lekarze próbują sobie poradzić.

(przedruk z „Medical Tribune” nr 9/14)

NIE DO KOŃCA ZNAMY STRUKTURĘ WIRUSA EBOLA

O kłopotach badaczy, postępach prac nad szczepionką i lekiem na gorączkę krwotoczną rozmawiamy z prof. dr. hab. med. Andrzejem GŁADYSZEM z Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu, wieloletnim konsultantem krajowym w dziedzinie chorób zakaźnych

MT: Dlaczego wciąż nie ma szczepionki przeciw gorączce krwotocznej Ebola? Czy wirus, który ją wywołuje, jest tak bardzo specyficzny, czy też naukowcy nie interesowali się nim szczególnie, gdy dotyczył wyłącznie Afryki?

Prof. Andrzej Gładysz: I jedno, i drugie. Poważne prace zarówno nad szczepionką, jak i nad lekiem na gorączkę krwotoczną rozpoczęły się stosunkowo niedawno, gdy wirus zaczął wymykać się z zamkniętych enklaw, a także gdy zaczęli się nim interesować bioterrorysty. Do tej pory wirus Ebola, jako jeden z kilku wywołujących gorączki krwotoczne, powodował epidemie w ograniczonych rejonach; były to tzw. ogniska tłące się. Zagrożenie jego rozprzestrzenianiem powstało wraz z pojawieniem się wirusa w dużych aglomeracjach, gdzie jest rozwinięty ruch turystyczny, biznesowy, itp. Trzeba jednak jasno powiedzieć, że sam wirus jest dla badaczy kłopotliwy, i to z niejednego powodu. Jego rezerwuar jest wciąż nierozpoznany. Według jednej z hipotez, są nim nietoperze

owocożerne, według innej niektóre gatunki małych człoko- kształtnych, o czym miałyby świadczyć stosunkowo duża liczba zakażeń wśród myśliwych spożywających ich mięso. Dużym kłopotem jest fakt, że wirus ma niejednorodną budowę – występują cztery jego podtypy. Jądro jest to samo, ale różnią się niektóre inne elementy genetyczne części składowych wirusa.

Jakie ma to konsekwencje w pracach nad szczepionką?

To dodatkowa trudność. Naukowcy muszą dokładnie wiedzieć, jakie podtypy wirusa występują na danym terenie, a także odpowiedzieć na pytanie, na ile przeciwciała uzyskane dla jednego z podtypów będą skuteczne w innym. Szczepionka musi być tak skomponowana, by obejmować wszystkie warianty genetyczne. Ponadto fakt występowania kilku odmian wirusa powoduje większą możliwość mutacji, czyli wytwarzania tzw. paraszczepów. Trzeba to podkreślić: uczeni uczciwie mówią, że nie do końca znają strukturę tego wirusa

Może przynajmniej dokładnie określone są drogi zakażenia?

Przyjmuje się, że transmisja wirusa ogranicza się do bezpośredniego kontaktu z chorym lub zmarłym, zwłaszcza jego wydalinami i wydzielinami. Nie można jednak zupełnie wykluczyć drogi kropelkowej. O takiej możliwości może świadczyć przypadek lekarza z Sier-

ra Leone – Umara Khana, który zmarł pod koniec lipca po zakażeniu ebolą. To był specjalista wirusolog, który z nadzwyczajną pieczołowitością stosował wszelkie środki ostrożności. Fotografował się często w kombinezonie i podkreślał, jak bardzo jest to ważne w kontaktach z chorymi, a zajmował się chorymi skrajnymi. Jednak nie uniknął zakażenia. Mogło być tak, do czego oczywiście się skłaniam, że w kombinezonie pojawiły się niezauważalne gołym okiem uszkodzenia, które stały się drogą dla wirusa. Jednak być może to poszlaka, świadcząca o możliwości przeniesienia Eboli drogą powietrzną. Wydaje się, że taką ewentualność biorą pod uwagę także zwolennicy hipotezy o nietoperzach jako rezerwuarze wirusa. Przecież z nietoperzami na ogół ludzie nie mają bezpośrednich kontaktów. W każdym razie trudno będzie opracować szczepionkę czy lek na ebolę bez dokładnego poznania dróg jej szerzenia się.

Czy ten wirus jest wyjątkowo zjadliwy, czy też raczej budzi przerażenie opinii publicznej z powodu kosztownych skutków, kojarzących się z thrillerami medycznymi?

Na pewno nie ginie łatwo. Pośrednim tego dowodem jest duża liczba zakażeń wśród osób, które miały bezpośredni kontakt ze zwłokami zmarłych na ebolę – zajmowały się ich myciem lub uczestniczyły w rytuałach związanych z pochówkiem. A trzeba dodać, że w krajach objętych epidemią pożegnanie zmarłych jest niezwykle (w porównaniu z naszą kulturą) intensywne, ludzie nie tylko całują swoich bliskich, ale wręcz się kładą na ich ciałach. Łatwość, z jaką dochodzi w ten sposób do zakażenia, świadczy, że mamy do czynienia z wirusem o dużych predyspozycjach do przetrwania. I powodującym dużą śmiertelność. Ocenia się ją średnio na ok. 60%, ale w niektórych rejonach endemicznych dochodzi ona do 90%.

Czy w ogóle jest możliwe opracowanie skutecznego leku na tę gorączkę krwotoczną?

Prace prowadzone przez Amerykanów są już zaawansowane, a FDA (amerykańska Agencja Żywności i Leków) pozwoliła na skrócenie procedury obowiązującej w badaniach nad lekiem przed jego zastosowaniem u ludzi. Podano go już dwóm osobom – lekarzowi i pielęgniarce. Jednocześnie zauważono, że im wcześniej od wystąpienia objawów lek jest podany, tym skuteczniej zdaje się hamować namnażanie wirusa. Przypuszczam, że w niedługiej perspektywie uda się ograniczyć skalę epidemii. Ważne będą obserwacje dokonane u kolejnych pacjentów. Niewykluczone, że będzie tak, jak w przypadku leków stosowanych u zakażonych HIV – nie ma możliwości całkowitej jego eliminacji, ale skutecznie udaje się hamować jego namnażanie. To też już będzie sukcesem, jeśli uwzględnimy patomechanizm zakażenia – szybkie rozprzestrzenianie się w organizmie i atakowanie wszystkich narządów, z centralnym układem nerwowym włącznie.

Także w Europie mamy się bać?

Na pewno nie można wykluczyć ani zawleczenia wirusa, ani jego szybkiego przemieszczania. Nie da się administracyjnie zakazać ludziom podróżowania. Można za to, a nawet trzeba, wprowadzić szybko pewne procedury, choćby na lotniskach, jak zrobiono już w Wielkiej Brytanii. Wracający z rejonu epidemii, którzy poczują się źle, mają możliwość badania lekarskiego natychmiast, gdy wysiądą z samolotu. Tak samo powinno być wszędzie, także na Okęciu i w innych portach lotniczych. Jeśli lekarz uzna, że objawy są niepokojące, należy wdrożyć wszystkie procedury związane z izolacją pacjenta i jego transportem do specjalistycznego ośrodka. Wprawdzie wiadomo, że chory jest źródłem zakażenia dopiero gdy wystąpią objawy, ale można sobie wyobrazić sytuację, że ktoś wsiada do samolotu w świetnej formie, ale kiedy z niego wysiada, czuje się źle. I należy być na to przygotowanym.

Jakie są pierwsze objawy gorączki krwotocznej Eboli?

Najczęściej w ciągu dwóch-czterech dni od zakażenia, a najdłużej – w ciągu trzech tygodni pojawia się gorączka i bóle mięśniowo-stawowe, podobnie jak przy grypie. Około piątej doby dochodzą pęcherzykowe wykwity na błonie śluzowej jamy ustnej, które szybko zaczynają krwawić. Potem powstają sińce, wybroczyny, krwawienie – zajęte są wszystkie narządy, także centralny układ nerwowy, co daje zaburzenia neurologiczne i psychiczne. Choroba ma przebieg wielonarządowy, bo wirus uszkadza błonę wewnętrzną naczyń włosowatych.

We Wrocławiu obserwowaliśmy burzę medialną w związku z pobytem w Liberii grupy licealistów. Organizatorom wyjazdu (szkole) zarzucono skrajną nieodpowiedzialność; w niektórych mediach wręcz domagano się, by po powrocie uczniowie zostali poddani kwarantannie. Czy także pańskim zdaniem ta sytuacja była niebezpieczna?

Nie popadajmy w histerię. Z tego, co mi wiadomo, ten wyjazd był dobrze przygotowany, organizatorzy konsultowali się w tej sprawie z GIS, uczestnicy mieli świadomość zagrożenia i znali procedury postępowania po powrocie. Wiedzieli, że w razie wystąpienia najmniejszych objawów chorobowych mają się zgłosić do lekarza, a część zrobiła to, mimo że u żadnego z nich objawy się nie pojawiły. Nie ma potrzeby poddawania kwarantannie każdego, kto wraca z kraju objętego epidemią. Podkreślam: Ebolą nie można się zarazić od kogoś, kto nie ma objawów chorobowych.

Wrocławscy licealiści zostali zbadani przez zakaźnika w specjalistycznym ośrodku. Zakładam, że znał on wszelkie procedury. Ale nie można wykluczyć, że ktoś po powrocie np. z Sierra Leone, gdy źle się poczuje, uda się do swojego lekarza rodzinnego. Jak lekarz ma postąpić z takim pacjentem?

Jeżeli lekarz uzyskuje informację od pacjenta, że niedawno wrócił on z kraju objętego epidemią, powinien traktować go jako potencjalnie zakażonego. Przychodnie POZ zwykle nie dysponują odpowiednimi środkami zabezpieczenia, jak choćby strój ochronny. Dlatego właściwe postępowanie w takim przypadku sprowadza się do odizolowania, w miarę możliwości, pacjenta od innych osób przebywających w przychodni i poinformowania o zdarzeniu lokalnego centrum zarządzania kryzysowego oraz sanepidu. To służby, których obowiązkiem jest zorganizowanie potencjalnie zakażonemu specjalistycz-

nego transportu do ośrodka chorób zakaźnych, w którym procedury dalszego, bezpiecznego postępowania muszą być już bezwzględnie znane i stosowane. Mam tylko wątpliwości, czy w każdym województwie, nawet z portem lotniczym, sztaby kryzysowe dysponują karetkami wyposażonymi w kapsuły izolacyjne i wdrożą taką organizację postępowania, która zapewni bezpieczeństwo personelowi medycznemu oraz przypadkowym osobom.

Rozmawiała Alicja GIEDROYĆ

(przedruk z „Medical Tribune” nr 9/14)

Jak uniknąć kontaktu

1. Ebolę podejrzewać należy u osób, które wróciły z terenów endemicznych, nie wykluczają kontaktu z osobą chorą i demonstrować objawy grypopodobne, z wysoką gorączką lub biegunką krwistą, krwawieniem z nosa czy z krwiopluciem. Nasilenie tych objawów koreluje z pogarszaniem się ogólnego stanu zdrowia. Takiego pacjenta należy izolować do czasu wykluczenia gorączki krwotocznej Ebola. Jeśli od powrotu z terenu endemicznego upłynęło 21 dni, zakażenie takie należy wykluczyć. Izolacja pacjenta podejrzanego czy zakażonego wymaga pomieszczenia z ujemnym ciśnieniem powietrza i toalety chemicznie dezynfekowanej. Chorym zajmują się tylko niezbędni lekarze, pielęgniarki i sanitariusze, ale bezwzględnie wyposażeni w kombinezony ochronne z maskami i szczelnymi okularami ochronnymi. Sprzęt używany do pobierania materiału biologicznego musi być najpierw zdezynfekowany, a następnie zutylizowany. Materiał biologiczny może być badany tylko w laboratorium o najwyższym stopniu bezpieczeństwa (III – Instytut Medycyny Wojskowej w Puławach i Narodowy Instytut Zdrowia – PZH).
2. Prewencyjnie, przebywając na terenach endemicznego występowania gorączki krwotocznej Ebola, należy myć ręce tak często, jak tego wymaga sytuacja i na ile istnieją możliwości. Należy unikać kontaktu bezpośredniego z osobami zdradzającymi niecharakterystyczne objawy chorobowe.
3. Osoby z kontaktu z chorymi poddaje się kwarantannie na okres trzech tygodni. Niczego się nie przyjmuje w kwarantannie, a leki zleca lekarz, ale już chorym. Jednak największe znaczenie mają fartuchy, maseczki z pierwszego kontaktu i ich utylizacja wg procedur. Natomiast kombinezony w placówkach specjalizacyjnych podlegają dezynfekcji chemicznej i utylizacji zgodnej z procedurami.

PRZEŁOM W LECZENIU HCV

Z dr hab. med. Krzysztofem TOMASIEWICZEM kierownikiem Katedry i Kliniki Chorób Zakaźnych UM w Lublinie rozmawia Jerzy JAKUBOWICZ

Drogi zakażenia WZW typu C

Do zakażenia dochodzi najczęściej podczas wykonywania zabiegów medycznych lub pozamedycznych (kolczykowanie, tatuaż) z przerwaniem ciągłości tkanek i z użyciem niejałowego sprzętu medycznego (narzędzia chirurgiczne, endoskopy). Obecnie, w związku ze znaczną poprawą stanu higieny szpitalnej, sporadycznie dochodzi do zakażeń HCV w warunkach opieki medycznej. Należy jednak pamiętać, że HCV jest wirusem odkrytym stosunkowo niedawno, w 1989 r., a powszechna i rutynowa możliwość diagnostyki tego zakażenia istnieje w Polsce od 1993 r. Zatem wszystkie osoby, które były hospitalizowane przed ponad 20 laty lub też otrzymywały w tym czasie leczenie preparatami krwi, mogły

być narażone na zakażenie HCV i powinny być zbadane w tym kierunku.

Nadal istnieje wysokie ryzyko zakażenia HCV osób używających niejałowego sprzętu medycznego (narkomani). Narażeni na zakażenie są także partnerzy seksualni osób zakażonych HCV oraz dzieci matek zakażonych HCV. W tych ostatnich przypadkach ryzyko zakażenia jest wprawdzie dość niskie, ale nie może być całkowicie pomijane.

Okres wylegania

Okres wylegania choroby może wahać się w szerokich ramach czasowych, tj. od 15 do 160 (180) dni, przy czym objawy ostrego zakażenia HCV najczęściej pojawiają się po 2–12 tygodniach. Cały problem zakażeń

HCV polega na tym, że ponad 80% zakażeń HCV przebiega od początku skąpo- lub bezobjawowo. Do rzadkości należą przypadki zakażeń ostrych, przebiegających z żółtaczką i wysokim poziomem aminotransferaz (AlAT i AspAT). Wiele osób dowiaduje się o zakażeniu przypadkowo lub po wystąpieniu objawów związanych z zaawansowaną fazą zakażenia.

Epidemiologia

Zakażenie wirusem zapalenia wątroby typu C (HCV) stanowi aktualnie jeden z najważniejszych problemów hepatologii infekcyjnej. Przy założeniu, że przeciwciała anti-HCV występują u około 1,9% populacji naszego kraju i do 4% populacji świata, zarówno na poziomie globalnym, jak i poziomie krajowym, stanowi to jedno z największych zagrożeń zdrowia publicznego. Dyskusyjne pozostaje zagadnienie, u jakiego odsetka seropozytywność łączy się z czynnym zakażeniem. Obecnie uważa się, że chronicyzacja procesu infekcyjnego może dotyczyć od 50 do 70% osób anti-HCV-dodatnich. Jednak najważniejszym stwierdzeniem jest fakt, że zaledwie 15% wie o zakażeniu. Pozostali są wciąż nieświadomi zakażenia HCV, nie diagnozują się i co wydaje się kluczowe – nie leczą.

Postać przewlekła żółtaczki HCV

W przypadku zakażenia przewlekłego można wyróżnić trzy grupy pacjentów: 1) u których brak jest wykładników czynnej choroby wątroby; 2) u których zmiany histopatologiczne wątroby są miernie nasilone i 3) u których znaczne zaawansowanie zmian prowadzi do rozwoju marskości i ewentualnie pierwotnego raka wątroby.

Przez długi okres czasu pacjent nie odczuwa żadnych dolegliwości lub są one na tyle niespecyficzne, że nie budzą podejrzenia zakażenia HCV, ani u zakażonego ani u jego lekarza rodzinnego. Ważne jest, aby badania diagnostyczne na obecność HCV zaproponować osobom nie tylko z wywiadem epidemiologicznym wskazującym na potencjalne ryzyko zakażenia, ale także pacjentom, u których przewlekłe utrzymują się niecharakterystyczne objawy takie jak: osłabienie, bóle stawowe i mięśniowe, objawy dyspeptyczne lub świąd skóry. Warto także pamiętać, że sam fakt zakażenia wirusem zapalenia wątroby C (HCV) predysponuje do rozwoju chorób o ustalonym lub prawdopodobnym podłożu immunologicznym, jak mieszana kriglobulinemia, autoimmunologiczne zapalenie wątroby, zespół Gullain-Barre, kłębkowe zapalenie nerek, kriglobulinemia, zapalenie naczyń (vasculitis), choroba Behçeta oraz choroby gruczołu tarczowego. Wiedza na temat tzw. pozawątrobowej manifestacji zakażenia HCV i immunizującej roli wirusa jest wciąż niedostateczna wśród lekarzy różnych specjalizacji.

Badania diagnostyczne

Na „dzień dobry” wystarczy oznaczenie anti-HCV. Pozostałe badania, zarówno potwierdzające fakt zakażenia, jak też identyfikujące poziom wirerii, genotyp wirusa oraz stadium zaawansowania choroby leżą po naszej stronie – w poradni lub Klinice/Oddziale Chorób Zakaźnych. W tym roku w „Diagnostyce Laboratoryjnej” ukazały się rekomendacje diagnostyczne, których mam przyjemność być współautorem, razem z kolegami z Polskiej Grupy Ekspertów HCV oraz Państwowego Zakładu Higieny, Krajowej Izby Diagnostów Laboratoryjnych i Instytut Hematologii i Transfuzjologii. Pełna diagnostyka i kwalifikacja pacjentów do terapii jest procesem złożonym i dość kosztownym, ale takie postępowanie jest prowadzone u wszystkich osób zakażonych. Jakość testów, w tym progi czułości metod molekularnych, badania genetyczne i jakość sprzętu nie różnią się od stosowanego w najlepszych ośrodkach światowych.

Terapia dotychczasowa i nowa

Omawianie zagadnienia terapii przewlekłego zakażenia HCV należy rozpocząć od jednoznacznego stwierdzenia, że jest to jak dotąd chyba jedyna przewlekła choroba wirusowa, którą można całkowicie wyleczyć, a konkretnie dokonać eradykacji wirusa z organizmu pacjenta. Jego dalsze losy zależą wówczas jedynie od tego, na jakim etapie choroby wątroby podjęto leczenie. Ostatnie obserwacje wskazują w sposób jednoznaczny, że w porę podjęta terapia może prowadzić do cofania się zmian włóknistych, nawet w dość zaawansowanych stadiach choroby.

Dotychczasowym standardem terapii było, a w wielu krajach wciąż jest, połączenie interferonu pegylowanego alfa (PEG-IFN) z rybawiryną. Efekt immunomodulujący PEG-IFN w połączeniu z działaniem przeciwwirusowym rybawiryny (choć jej dokładny mechanizm działania pomimo wieloletniego doświadczenia nie został w pełni zidentyfikowany) pozwalały na uzyskanie skuteczności wirusologicznej na poziomie 40–50% (zależnie od genotypu wirusa i genotypu człowieka w zakresie IL-28B). Niestety, taka terapia była często okupiona licznymi działaniami niepożądanymi, a ponadto nie mogły z niej korzystać osoby z przeciwwskazaniami dla interferonu alfa, zwłaszcza pacjenci z niewydolnością wątroby, w tym oczekujący na przeszczep tego narządu. Obecnie w naszym kraju stosuje się tzw. terapię trójkową. Do wspomnianego schematu dwulekowego dołączany jest jeden z inhibitorów proteazy pierwszej generacji – boceprewir lub telaprewir. Problem działań niepożądanych pozostaje, ale w sposób istotny zwiększa się skuteczność leczenia. Prowadzenie terapii jest dość skomplikowane. Leczenie trwa od 24 do 72 tygodni, a częste wizyty pacjenta mają na celu ocenę bezpieczeństwa oraz skuteczności leczenia. U osób, u których w określonych punktach czasowych nie osiąga się

spadku wirerii i/lub negatywizacji HCV-RNA, leczenie jest przerywane.

Prawdziwym hitem ostatnich lat są leki należące do grupy preparatów o bezpośrednim działaniu na wirusa (DAAs). Są to inhibitory poszczególnych enzymów HCV. Ich dołączenie do terapii interferonowej pozwala na osiągnięcie skuteczności powyżej 90%. Wyniki badań klinicznych prezentowane na zjazdach Amerykańskiego i Europejskiego Towarzystwa Badań nad Wątrobą (AASLD, EASL) pozwalają mieć nadzieję, że w przyszłości preferowaną formą terapii będą schematy bez interferonu. Połączenie kilku leków anty-HCV będzie przypominało trochę terapię złożoną, stosowaną w zakażeniach HIV, z tą różnicą, że będzie ono bezpieczne i skutecznie wyeliminuje wirusa z organizmu. Takie schematy w przypadku genotypu 2 i 3 są już zarejestrowane, a w innych genotypach oczekują na akceptację odpowiednich agend. Na chwilę obecną podstawowym problemem wydaje się być cena, gdyż takie połączenia kosztują grubo ponad 100 tys. dolarów. To sprawia, że wielu krajów, również znacznie bogatszych niż Polska, nie stać na powszechne ich stosowanie. Prawdopodobnie leki te będą dostępne również w Polsce, w pierwszym rzucie dla pacjentów, którzy z racji zaawansowania choroby nie mogą czekać na leczenie. Tak więc w temacie terapii zakażenia HCV rewolucja dokonuje się na naszych oczach. Proszę mi pokazać inną tak dynamicznie rozwijającą się dziedzinę medycyny.

Zapobieganie

Skuteczne terapie są niezwykle potrzebne, ponieważ konsekwencje wieloletniej infekcji HCV są naprawdę poważne – marskość wątroby i rak pierwotny wątroby. Niestety, w naszej klinice coraz częściej obserwujemy pacjentów z powikłaniami marskości i zmianami ogniskowymi wątroby. Warto także pamiętać, że wciąż, pomimo bardzo intensywnych badań, nie dysponujemy metodami profilaktyki swoistej. Perspektywy opracowania szczepionki wydają się w tej chwili bardzo odległe. Wynika to z charakteru wirusa i obecności w jego genomie regionów o bardzo dużej zmienności.

Zakażenie HCV jest chorobą zawodową

Zakażenie HCV pozostaje chorobą zawodową pracowników opieki medycznej. Oczywiście zwiększone ryzyko kontaktu z materiałem zakaźnym niesie ze sobą niebezpieczeństwo zakażenia różnymi patogenami krwiopochodnymi. Obowiązuje zasada, że każdy pacjent może być zakażony „wszystkim”. Dlatego dziwią czasami obawy personelu medycznego przed kontaktem z chorym „zakaźnym”. W przypadku tych osób my po prostu wiemy, że są zakażeni, a pozostali... W tej dziedzinie mamy jeszcze wiele do zrobienia, bo taka stigmatyzacja praktycznie nie jest spotykana w krajach cywilizowanych.

(przedruk z „Medicusa” 8-9/14)

ANTYBIOTYKI: CUDOWNE LEKI MOGĄ PRZESTAĆ DZIAŁAĆ

Z prof. dr hab. n. med. Walerią HRYNIEWICZ, krajowym konsultantem w dziedzinie mikrobiologii lekarskiej, rozmawia Justyna WOJTECZEK

Od dłuższego już czasu trwa kampania Narodowego Programu Ochrony Antybiotyków, skierowana zarówno do pacjentów, jak i do lekarzy. Czy rzeczywiście jest potrzebna?

Pewnie, że tak, bo lekooporność stała się jednym z głównych zagrożeń dla zdrowia publicznego na całym świecie. Musimy zmienić nasze myślenie i działanie, bo inaczej niedługo nie będzie czym leczyć zakażeń bakteryjnych.

Jak do tego doszło?

Zachłysłaliśmy się fantastycznym działaniem antybiotyków. Nic dziwnego, bo umierających przywracały do życia i zdrowia. Penicylina została nazwana cudownym lekiem.

Warto wiedzieć, że już dawno zaobserwowano, że bakterie nieźle bronią się przed antybiotykami. Pierwsze były gronkowce, wytwarzające beta-laktamazy, czyli enzymy,

które inaktywują penicylinę. Ale na rynek wchodziły kolejne antybiotyki, o coraz szerszym spektrum działania, o coraz mniejszych działaniach niepożądanych, więc nie przywiązywano do tego należytej wagi.

Dopiero mniej więcej dziesięć lat temu świat wziął zagrożenie lekoopornością na poważnie. To wtedy rządy krajów, dla których zdrowie publiczne jest sprawą wielkiej wagi, a także organizacje międzynarodowe, zaczęły myśleć o przeciwdziałaniu szkodom. Teraz powstają kolejne wytyczne, które mają na celu z jednej strony zapewnienie skuteczności leczenia, a z drugiej dbałość o to, by nie doprowadzać do dalszego powstawania i szerzenia się lekooporności. Niestety, największym problemem jest to, że antybiotyki stosuje się wszędzie: u ludzi, zwierząt, w produkcji zwierzęcej i roślinnej. Dlatego oporne bakterie są powszechne, znajduje się je nawet w organizmach dzikich zwierząt.

Czy pani zdaniem lekarze są świadomi tego problemu?

Jest chyba trochę lepiej, choć mam obawy, czy zdążymy z upowszechnieniem wiedzy w tym zakresie, zanim nie będziemy mieli czym leczyć. Problem w tym, że lekooporność rozprzestrzenia się znacznie szybciej niż powstają nowe leki. Świat się skurczył, bo dużo podróżujemy. W odległych krajach, jak Indie czy Chiny, antybiotyki zaczęto stosować na szeroką skalę, a w zakupie nie ma praktycznie żadnych ograniczeń, poza finansowymi. Pacjenci biorą je na własną rękę, w niewłaściwych dawkach, często niepotrzebnie. Tak właśnie powstaje nowe źródło wielolekoopornych szczepów.

Pobyt we wspomnianych krajach może spowodować, że osoba podróżująca zostanie skolonizowana lub zakażona wielolekoopornymi szczepami i przywiezie je do Europy. To może się zdarzyć nawet temu, kto tam nie chorował ani nie korzystał z usług służby zdrowia. To właśnie z Azji przywleczono do Europy bakterie, które wytwarzają najgroźniejsze karbapenemy, czyli enzymy niszczące wszystkie antybiotyki beta-laktamowe, w tym karbapenemy, które do niedawna uchodziły za leki ostatniej szansy.

Może więc było trochę racji w tym, że Narodowy Fundusz Zdrowia domagał się robienia posiewów i antybiogramów?

Bardzo bym chciała, by u wielu pacjentów przed zleceniem antybiotyku lekarze pobierali materiał do badania mikrobiologicznego. Diagnostyka mikrobiologiczna powinna być jednak należycie refundowana, żeby lekarz mógł po nią sięgać i nie obciążać tymi kosztami pacjenta. Powszechna interpretacja wcześniejszych przepisów była jednak błędna i poczyniła sporo szkód. Nie można zapominać, że w większości wypadków antybiotyk musi być podany natychmiast, zwłaszcza w ciężkim zakażeniu.

Monitorujemy zużycie antybiotyków i okazało się, że według danych z NFZ spadło ono w 2012 r. o połowę. Dane z rynku aptecznego, obejmujące także leki nierefundowane, pokazały, że spożycie się nie zmieniło – lekarze po prostu wypisywali recepty pełnopłatne, aby uniknąć kar. Z pewnością nie jest to korzystne dla pacjentów i, co gorsza, nie podlega monitorowaniu przez NFZ lub inne jednostki podległe ministrowi zdrowia. Jest także niezgodne z dyrektywą UE, którą Polska jest zobowiązana wdrażać.

Innym problemem z tego samego okresu jest bezwzględny wymóg wypisywania leków zgodnie ze wskazaniem rejestracyjnym. To zwłaszcza w przypadku antybiotyków jest nonsensem, bo wiele z nich zostało zarejestrowanych kilkanaście lub kilkadziesiąt lat temu i, choć są potwierdzone dane kliniczne o możliwości ich szerszego zastosowania, niewielu producentów zmieniło dokument rejestracyjny. Posłużę się przykładem amoksyliny. Do niedawna – i tak stanowi ChPL – stosowa-

liśmy ją w dawce trzy razy po 500 mg dla osoby dorosłej. W tej chwili, by uzyskać efekt terapeutyczny, dawkę musimy podwoić. Na tym przykładzie widać, że zastosowanie tego leku zgodnie z ChPL nie tylko naraża pacjenta na kłopoty zdrowotne, ale jeszcze jest niekorzystne epidemiologicznie.

Co z tym można zrobić?

Protestować, co niniejszym czynię!

Pani Profesor, w ramach Programu Ochrony Antybiotyków bada pani występowanie pneumokoków. Jak w Polsce wygląda teraz sytuacja, jeśli chodzi o te drobnoustroje?

Cały czas je monitorujemy, bo należą do najgroźniejszych patogenów człowieka. Polska jest ewenementem w Europie: mamy najwyższy procent szczepów opornych na makrolidy. To skutek masowego nadużywania azytromycyny. Jako antybiotyk podawany krótko i w jednorazowej dawce, jest ona wygodna zarówno dla lekarzy, jak i pacjentów. Niestety, nadużywanie doprowadziło do niekorzystnej sytuacji, zwłaszcza że mamy tu oporność krzyżową z klindamycyną. Zatem nadużywając azytromycyny, eliminujemy z terapii nie tylko wszystkie makrolidy, ale jeszcze linkozamidy i streptograminy.

Co do zwalczania pneumokoków: mamy laboratoryjne potwierdzenie, że dzięki zastosowaniu bardzo wysokich dawek amoksycyliny w razie zakażenia pneumokokami jest bardzo duża szansa na uzyskanie skuteczności terapeutycznej w leczeniu infekcji zarówno dolnych, jak i górnych dróg oddechowych. Gorzej z zakażeniami inwazyjnymi, ponieważ obserwujemy wysoki odsetek szczepów opornych na penicylinę. Co więcej, u pneumokoków izolowanych z zapaleń opon mózgowo-rdzeniowych widzimy skojarzoną oporność na penicylinę, cefalosporyny i meropenem.

Jeśli więc podejrzewamy pneumokokowe zapalenie opon mózgowych, podejmujemy terapię skojarzoną cefalosporyną III generacji z wankomycyną, a po uzyskaniu wyniku antybiogramu możemy ją modyfikować. Możemy zastosować penicylinę, bo to wspierały lek, ale tylko po uzyskaniu wyniku antybiogramu. Coraz częściej w razie pneumokokowego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych musimy sięgać po wankomycynę z rifampicyną, a nawet niezarejestrowany w tym wskazaniu linezolid, którego skuteczność w tej postaci infekcji wykazano w publikacjach i badaniach mikrobiologicznych. ChPL nie powinna być jedynym naszym źródłem wiedzy w sytuacjach, gdy mamy obowiązek ratować życie pacjenta. To terapia na ratunek. Na szczęście takie przypadki są ciągle rzadkie.

A jak się sytuacja przedstawia, jeśli chodzi o meningokoki i gronkowce?

Do niedawna niemal 100% meningokoków było wrażliwych na penicylinę, w tej chwili zaczynamy obserwować rosnącą populację szczepów o obniżonej wrażliwości. Bardzo starannie ją monitorujemy, bo – jak wynika

z naszych badań – powoli ulega ona zmianie. Na szczęście cefalosporyny III generacji są ciągle skuteczne.

Co do gronkowców złośliwych, to pojawiły się w środowisku pozaszpitalnym szczepy odporne na metycylinę (MRSA), do niedawna typowe dla szpitala. Ich leczenie jest bardzo trudne, ale – w przeciwieństwie do typowych szczepów szpitalnych – MRSA są często wrażliwe na antybiotyki spoza grupy beta-laktamowych, a więc kotrimoksazol, klindamycynę itd.

Jakie są pani wskazówki dla praktykujących lekarzy w kwestii antybiotykoterapii?

Po pierwsze: wiedza! Czasami są takie, że lekarz musi na bieżąco uzupełniać swoją wiedzę, także na temat zakażeń, nowoczesnych metod ich wykrywania i aktualnych rekomendacji terapeutycznych. Na stronie internetowej Narodowego Programu Ochrony Antybiotyków można znaleźć wiele informacji (www.antybiotyki.edu.pl). Warto przypadki niepowodzeń terapeutycznych konsultować z mikrobiologiem i farmakologiem klinicznym.

Apeluję o to, żeby prowadząc terapię, myśleć o przyszłości, mieć na uwadze lekooporność, na pojawienie się której, a zwłaszcza rozprzestrzenianie, lekarze mają duży wpływ. Starajmy się prowadzić, jeśli tylko to możliwe, terapie celowane, czyli na podstawie antybiogramu, ale zawsze z uwzględnieniem parametrów PK/PD. Istnieją też kilka podstawowych zasad w praktyce lekarskiej, których przestrzeganie jest niezbędne w prowadzeniu rozsądnej antybiotykoterapii.

A zatem: zebranie bardzo dobrego i wnikliwego wywiadu kliniczno-epidemiologicznego na temat przebiegów zakażeń, współistniejących schorzeń, poprzednich antybiotykoterapii, infekcji wśród domowników, łącz-

nie z uzyskaniem informacji, czy pacjent lub ktoś bliski przebywał ostatnio w szpitalu, dokąd podróżował, jakie przeszedł szczepienia itp. Trzeba pacjenta dokładnie zbadać. Musi się do badania rozebrać, bowiem może już mieć pierwsze wybroczyny rozpoczynającej się sepsy meningokokowej. O terapii antyantybiotykiem decydujemy tylko wtedy, gdy zaobserwujemy odpowiedni zespół objawów klinicznych. Odosobniony kaszel lub gorączka czy ból mięśni nie oznaczają zakażenia. Antybiotyk należy podawać w odpowiedniej dawce, nie za niskiej i nie za wysokiej. Podawanie zbyt niskich dawek to bowiem pierwszy krok do powstawania opornych szczepów.

Nie należy niepotrzebnie przedłużać terapii, której czas różni się w zależności od postaci, ale także od etiologii zakażenia. Na przykład meningokokowe zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych leczymy siedem dni, a wywołane przez *Listeria monocytogenes* co najmniej 21 dni. Konieczne jest przekazywanie pacjentowi zrozumiałej informacji o konieczności ścisłego stosowania się do zaleceń lekarskich.

Podsumowując, w przypadku pacjenta z podejrzeniem zakażenia lekarz, przed przepisaniem antybiotyku, musi sobie odpowiedzieć na szereg pytań: czy to zakażenie bakteryjne i czy wymaga antybiotykoterapii, jaka jest najbardziej prawdopodobna etiologia i jaki najczęstszy wzór lekowrażliwości patogenu bakteryjnego, który spowodował zakażenie, czy wybrany antybiotyk penetruje do miejsca, w którym toczy się zakażenie, i w jakiej dawce należy go podać. Na końcu lekarz upewnia się, że pacjent zastosuje się do jego zaleceń.

(przedruk z „Pulsu” nr 4/14)

ZDROWIE – KALKULACJA BIZNESOWA?

Jedną z cech ludzi przedsiębiorczych jest zapobiegliwość. Nie tylko w biznesie, także w życiu prywatnym. Osoby takie zazwyczaj dbają o zabezpieczenie siebie i bliskich na wypadek choroby lub innych, trudnych do przewidzenia zdarzeń losowych. Wykupują drogie polisy ubezpieczeniowe, abonamenty w renomowanych lecznicach oraz podejmują inne tego typu działania. Ich efektem jest przede wszystkim uzyskanie wrażenia bezpieczeństwa – niezbędnego elementu poczucia komfortu i stabilności. Jest w tym trochę myślenia magicznego: im większe kwoty przeznaczane na wspomniane wydatki, tym stopień zabezpieczenia wydaje się pewniejszy. To przyjemna autosugestia.

Jak złudne jest takie myślenie – udowadnia samo życie. Przytoczę kilka własnych obserwacji z punktu widzenia doświadczonego lekarza. Gale Polskiego Biznesu są pięknymi uroczystościami, chętnie oglądam telewizyjne transmisje tych spektakli. Podniosły nastrój, elegancja, szyk. Sukcesy finansowe nie stanowią wcale jedynego

go kryterium wyróżniania laureatów. Bardzo szlachetne, że w trakcie gali nagradzane są także osoby docenione za innego typu działalność, np. charytatywną. Utkwiło mi w pamięci wystąpienie jednego z biznesmenów, zdobywcy nagrody za osiągnięcia na niwie przedsiębiorczości. Startował od przysłowiowego zera: założył własną firmę, rozwinął ją, a nawet wylansował markę ekskluzywnych towarów, rozpoznawalną na światowych rynkach. Przemawiał prosto, lecz bardzo emocjonalnie, był wyraźnie wzruszony. Pamiętam, co mnie wówczas zaniepokoiło: ów prelegent był spocony, duszność nie pozwalała mu na swobodne wysławianie się, a poszerzone żyły szyjne dopełniały obrazu tego otyłego mężczyzny ze znacznie nasiloną niewydolnością krążeniowo-oddechową. Wyczułonej uwadze lekarza takie szczegóły nie umykają.

Pomyślałem ze współczuciem, jak bardzo trudne musi być dla niego funkcjonowanie w codziennym życiu, skoro nawet bez wysiłku fizycznego balansuje na gra-

nicy omdlenia. Wcale nie był starym człowiekiem. Tak, niestety – był, o czym dowiedziałem się z prasy w niespełna rok później.

Panom X, Y, Z dobrze wiodło się w interesach. Pan X borykał się z cukrzycą. Oczywiście, stać go było na najlepszych specjalistów. Ale nawet medyczny geniusz nie uregułuje na zadowalającym poziomie cukrzycy u człowieka, który tak na oko ma 40–50 kg nadwagi i nie przestrzega odpowiedniej diety dla cukrzyków. Dieta? Przecież płacę swoim konowalóm za to, żebym mógł jadać wszystko to, co lubię! Pan X już nie boryka się z cukrzycą...

Pan Y dużo podróżował za granicę. Część z jego tajemniczych biznesowych wypraw obarczona była sporym ryzykiem, ale pan Y ryzyko lubił. Miał dobrych ochroniarzy, a poza tym nosił kamizelkę kuloodporną. To chyba złośliwość losu, że zabił go nie pocisk z magnum, ale maleńka skrzepinka, która utkwiała w jednej z jego tętnic wieńcowych, skutecznie ją zamykając. Reszty dokonał rozległy zawał serca. Pan Y słyszał tyle razy od swojego lekarza, że ma się odchudzić i brać leki, że aż się tym znudził. Kiedy miał pobieraną krew do badania, na wyniku często widniał napis: „*Surowica hyperlipemiczna, opalizująca, badanie niemożliwe do przeprowadzenia*”. Bo surowica krwi pana Y wyglądała jak rosół z tłustego wiejskiego kurczaka. Nie przejmował się tym. Do końca.

Pan Z miał zaskakujący pomysł. Do dzisiaj nie wiadomo, jak logiczny i rozsądny facet mógł zaplanować coś tak nedorzecznego. Wymyślił bowiem, że mała niebieska tabletką da mu siły i potencję jurnego młodzieńca, a fantazję Casanovy. Zapomniał, że nie jest w stanie wejść po schodach na drugie piętro bez odpoczynek po drodze. Podobno wiara czyni cuda, ale tym razem się nie powiodło. Pan Z dużo lepiej prezentował się na saloonach we fraku i muszce, niż obecnie po udarze mózgu: z rurką tracheostomią, podłączony do respiratora, mimo towarzystwa pięknej pielęgniarki. Wszystkich tych mężczyzn łączyło jedno: wiara w to, że ich status gwarantuje im bezpieczeństwo, także zdrowotne. Ci mądrzy, rozważni i przewidujący ludzie interesu zostali wyprowadzeni w pole przez socjotechniczne chwyt marketingowe! Dali sobie wmówić, że dbałość o zdrowie polega na posiadaniu polisy ubezpieczeniowej i abonamentu w ekskluzywnej prywatnej lecznicy.

Dlaczego poszło z nimi tak łatwo? Ponieważ doskonale wpisywało się w sposób funkcjonowania, do którego przywykli, a oparty na zasadzie: płacę i wymagam. Znam także inną odmianę takiego podejścia, również opartą na wątych podstawach myślenia życzeniowego. To postawa roszczeniowa. Nazwijmy ją: „się należy”. „Się należy” wizyta u lekarza specjalisty, „się należy” zniżka na leki, zwolnienie z pracy itp.

Pytam: a czy „się należy” dbałość o własne zdrowie? A gdzie aktywne życie, racjonalne odżywianie, aktyw-

ność fizyczna? Z tym niestety jest dużo trudniej. Bierność wynikająca często nie z braku świadomości czym jest „zdrowe życie”, ale zwyczajnego lenistwa, bywa bardzo silnie zakorzeniona. Podsycana frazesami o opiekuńczej roli państwa, koszyku świadczeń zdrowotnych gwarantowanych czy innymi sloganami z zakresu pustosłowa i nierealnych obietnic wyborczych.

Mógłbym powiedzieć, że to nie jest mój problem jako lekarza i jeszcze chwila, a zahaczę o politykę zdrowotną państwa. Chodzi o to, że wykonywanie swojego zawodu pojmuję nieco szerzej, choć niejednokrotnie wydaje mi się, że „walczę z wiatrakami”. Kiedy uświadamiam piętego czy dziesiątego otyłego pacjenta, że nie jestem mu w stanie pomóc w sprawie obolałych z przeciążenia nóg – większość ma mi za złe. Wszak trafili do mnie z rozpoznaniem choroby żyłkowej i liczyli na to, że usunięcie żyłaków cudownie ich uzdrowi. Kiedy pytam kolejnego, w jakim celu planuje poddać się operacji kolana, skoro to niczego nie zmieni w jakości jego życia, o ile najpierw nie zredukuje wagi – bywa, że patrzy na mnie jak na kosmitę. Tłumaczę, że za chwilę będzie miał problem nie tylko z drugim kolaniem, ale i z biodrami. Nie dociera. Kiedy kręcę głową nad spisem leków następnego pacjenta, który zjada dziennie chyba pół apteki – znowu zdziwienie. Przecież został skierowany do mojego gabinetu po kolejną receptę!

Innym razem: znajoma opowiada mi o operacji kręgosłupa, która ją czeka z powodu dyskopatii. Pytam, jakie ćwiczenia wykonywała i przez ile miesięcy, aby ustabilizować kręgosłup i uniknąć operacji. Myślałem, że zabije mnie wzrokiem. Nie po to użyła wszelkich koneksji, załatwiając sobie termin w klinice, aby teraz ktoś deprecjonował jej zaradność!

Nie potrafię się przyzwyczaić do głupoty, traktuję ją jak wyzwanie. Dlatego nie potrafiłem być bierny i obojętny w opisanych sytuacjach. Bo kiedy szwankuje zdroworozsądkowe myślenie tam, gdzie chodzi o zdrowie i życie – robi się niebezpiecznie. Owszem, swoim racjonalnym podejściem poirytowałem niejednego pacjenta. Ale wielu podziękowało mi za to, że otworzyłem im oczy i rozmawiałem z nimi „tak po ludzku”.

Przytoczę jeszcze jeden przykład. Niedawno moim pacjentem był dobrze prosperujący przedsiębiorca. Sześćdziesiąt (!) kilogramów nadwagi, bóle kręgosłupa i bieder, duszności, chrapanie. Niby nic w porównaniu z „prawdziwie” chorymi pacjentami. Zaprosiłem go do gabinetu na rozmowę, bo ciekawiło mnie, jakimi ścieżkami podąża myślenie faceta, który dba o swoje firmy, jednocześnie tak bardzo zaniedbując siebie.

Zapytałem wprost: „Jeśli w każdym biznesie musi pan umieć szacować ryzyko, to jak pan ocenia własne szanse na dalsze przeżycie?” Wiedziałem, że jest pogodnym i dobronudszym człowiekiem, dlatego pozwoliłem sobie na tę niezbyt taktowną prowokację. Pytanie było na tyle bezczelne, że mój rozmówca tylko się uśmiech-

nał, ale brew nerwowo mu zadrgała. A potem wyjaśnił mi, że żona w corocznym prezencie kupuje mu pakiet wszechstronnych badań, dzięki którym ma pewność, że jest zupełnie zdrowy...

Mam własne dość cyniczne przemyślenia i obserwacje. Otóż: kto podupada na zdrowiu, ten staje się konsumentem drogich towarów i usług. Zgadza się? Osoba prowadząca intensywny tryb życia, w narażeniu na ciągły stres i przepracowanie, jest w grupie najwyższego ryzyka. Jej potencjał finansowy czyni z niej obiekt zainteresowania – warto na nią zapolować, bo prędzej czy później będzie miała problemy zdrowotne, i to poważne! Stąd okazywane zainteresowanie firm ubezpieczeniowych czy prywatnych lecznic proponujących objęcie „rodziną opieką”. Przypomina mi się typowa kryminalna scena filmowa: dwóch gangsterów, wycelowany pistolet i słowa: „*Nie miej mi za złe, to tylko biznes...*”

Nie mam nikomu za złe takich działań, to tylko biznes. Jednak proszę, bez wielkich słów, że chodzi o czyjeś zdrowie, a nie o pieniądze. Cóż, w końcu jako lekarze z tego żyjemy. Ale gdzieś przebiega subtelna granica, która oddziela dwa odmienne cele nadrzędne: leczenie i uzyskiwanie gratyfikacji z tego tytułu versus kierowanie się w leczeniu wskazaniem i li tylko merkantylnymi.

SUPLEMENTY DIETY

Suplementy diety to preparaty, które mają uzupełnić u osoby je stosującej, znane niedobory składników żywieniowych, takich jak witaminy czy składniki mineralne. Należy podkreślić, że te preparaty nie są lekami. Zalicza się je do medycyny alternatywnej.

Każdy lek, zanim zostanie zarejestrowany przez Urząd Rejestracji Produktów Leczniczych, musi przejść długą drogę badań. Są to co najmniej cztery fazy. Faza pierwsza to pierwsze podanie leku ludziom, a do jej udziału zapraszani są młodzi i zdrowi ochotnicy. Badana jest farmakokinetyka (zmiany stężenia leku) i farmakodynamika (mechanizm działania leku). W fazie drugiej biorą udział osoby cierpiące na chorobę, która jest wskazaniem dla nowego leku. Badaniom poddawana jest farmakokinetyka, farmakodynamika, tolerancja, bezpieczeństwo, a dodatkowo ustala się minimalną skuteczną dawkę i maksymalną tolerowaną. W fazie trzeciej biorą udział pacjenci, a ich ilość wynosi do kilku tysięcy. Celem weryfikacji jest potwierdzenie skuteczności, tolerancji i bezpieczeństwa w dużej i różnorodnej populacji. Gdy lek uzyska dobrą ocenę, rozpoczyna się procedura rejestracyjna. Ostatnia, czwarta faza jest fazą porejestracyjną, dostarczającą dalszych informacji o bezpieczeństwie, tolerancji i skuteczności badanego leku. Te badania trwają kilka lat. Suplementy diety takiej procedury nie wymagają. Dopuszcza je do obrotu Główny Inspektor Sanitarny,

Niech te słowa nie wyglądają jak łatka, którą próbuję przypiąć komukolwiek, a zwłaszcza kolegom po fachu, którzy wzięli inicjatywę organizacji własnej pracy w swoje ręce. Ja tylko z niepokojem obserwuję kierunek przemian prywatyzującego się systemu ochrony zdrowia. Nie ma w niej miejsca na oświatę zdrowotną, profilaktykę, wczesne wykrywanie chorób, opiekę nad zdrowiem dzieci. Zniknęli lekarze szkolni, higienistki, poradnie wad postawy. Nie opłaca się. Komu się nie opłaca? No przecież nie nam, lekarzom, tylko organizatorom naszej pracy, czyli urzędnikom – decydentom (choć praktycznie w każdej jednostce administracji państwowej jest jakaś komórka mająca w nazwie „Zdrowie”).

Jakie będą tego skutki? Już są. A co dalej – pożyjemy, zobaczymy. Może póki co, któryś z prominentnych polityków mógłby szczerze ogłosić:

OBYWATELU, MASZ BYĆ KONSUMENTEM I WYBORCĄ, A TWOJE ZDROWIE TO TWÓJ PROBLEM.

dr med. Hubert JUŻKÓW
autor poradnika zdrowotnego dla mężczyzn
„Druha młodość supermana”

(przedruk z „Meritum” nr 3/14)

gdyż traktowane są jako środki żywności, a nie są – jak się powszechnie uważa – odżywkami.

Rozróżniamy trzy rodzaje suplementów diety ze względu na ich produkcję: suplementy syntetyczne (produkowane chemicznie ze sztucznych komponentów), suplementy powstające z substancji naturalnych metodami obróbki termicznej oraz przy pomocy destylacji i suplementy naturalne pozyskiwane ze składników botanicznych, zachowujące struktury chemiczne tych składników (rozprawdzają je tylko przedstawiciele firm).

Suplementy diety zostały wprowadzone do sprzedaży przed ponad 20 laty. Miały być to witaminy i składniki mineralne. Obecnie dostępnych jest na rynku już około 10 tysięcy ze składnikami pochodzącymi z różnych stron świata, agresywnie reklamowanych prawie na wszystkie choroby i dolegliwości. Leków jest natomiast o 6 tysięcy więcej. Suplementy spożywane rozsądnie i wtedy, kiedy są potrzebne – nie są szkodliwe. Jednak niektóre mogą zaszkodzić, ponieważ nie są badane tak jak leki.

Państwowa Inspekcja Sanitarna rocznie kontroluje około 1400 preparatów i wycofuje z różnych powodów około 80. Chodzi głównie o zanieczyszczenie metalami ciężkimi i sprawdzenie, czy nie zawierają szkodliwych substancji wycofanych z naszego rynku.

Szczególnie należy uważać przy stosowaniu suplementów na odchudzanie, ponieważ mogą zawierać wyciągi z groźnych roślin rosnących w lasach azjatyckich.

Jeden z Zakładów Medycyny Sądowej Uniwersytetu Medycznego w naszym kraju przebadał 100 preparatów na odchudzanie. W 20 z nich znaleziono substancje zagrażające zdrowiu i życiu. Były to pochodne amfetaminy i odnotowano w nich wysokie stężenie kofeiny. Jak się okazuje, nawet znane powszechnie rośliny – np. herbata z kopru, ziele dziurawca, miłorząb, aloes i senes – spożywane w nadmiarze, mogą być szkodliwe dla zdrowia.

Są naukowe poglądy, że preparaty wielowitaminowe, w tym popularny wśród kobiet w ciąży i dzieci kwas foliowy, mogą zwiększać ryzyko zachorowania na raka gruczołu krokowego, płuc oraz czerniaka. Sprawy te były omawiane na niedawno odbytej naukowej konferencji pod hasłem „*Bezpieczeństwo leków roślinnych*”. Spożywając suplementy wielowitaminowe należy uważać, żeby nie przedawkować witaminy A, ponieważ jej nadmiar powoduje zaburzenia żołądkowo-jelitowe, układu nerwowego i uszkodzenia wątroby. Podobnie szkodliwe jest przedawkowanie witaminy D. W okresach słonecznych wystarczy w ciągu jednego dnia wystawić twarz i dłonie na 15 minut, żeby zapewnić organizmowi odpowiednią jej dawkę. Praktycznie w naszym społeczeństwie także nie stwierdza się braku witaminy C, ponieważ coraz więcej spożywamy warzyw i owoców. Natomiast nadmiar witaminy C może wywołać kamice nerkową. W czasopiśmie naukowym „*Annals of Internal Medicine*” ukazał się artykuł krytykujący stosowanie suplementów diety. Autorzy dokonali podsumowania kilku badań, w których wzięło udział ponad 400 tysięcy uczestników. W efekcie: nie stwierdzono korzystnego działania na żadne funkcje życiowe a badane suplementy nie zapobiegały chorobom przewlekłym. Bardzo

krytycznie ocenia się ponadto połykanie produkowanych w Meksyku tabletek, zawierających główkę tasiemca, stosowaną w celu odchudzania, czy chętnie kupowaną amigdalinę (wyciąg z pestek moreli), w której podczas rozpadu – powstaje cyjanek, mający niszczyć raka. Preparat, zawierający chloryn sodu, to kolejny „cudowny suplement” który w ciągu kilku dni „może wyleczyć AIDS”. Osobom cierpiącym na raka proponuje się kwas dichlorooctowy (zamiast chemioterapii), a tym, którzy chcą przywrócić sobie młodość – „boski pokarm”, składający się z mikroorganizmów i z kilkudziesięciu ziół.

Dzięki temu, że suplementy diety są jednymi z najczęściej reklamowanych produktów w naszym kraju, spożywanie ich ciągle wzrasta. W Polsce konsumenci wydają na nie 3 mld złotych. Jest to więc niezwykle intratny rynek, przynoszący duże zyski. Jednak należy pamiętać, że główną zasadą obecnie obowiązującego prawa żywnościowego jest zakaz wprowadzania do handlu żywności niebezpiecznej dla zdrowia, w tym także niebezpiecznych suplementów diety. Pełną odpowiedzialność w tym zakresie ponoszą producenci i podmioty, które takie produkty sprzedają. Dochodzi do sytuacji, w której niektóre firmy chcąc uniknąć odpowiedzialności – rejestrują działalność w egzotycznym kraju. Gdy pojawiają się zarzuty, szybko się wycofują i znikają. Niestety, dużą rolę odgrywają tu naiwni i nadmiernie wierzący konsumenci, którzy, nakręcając machinę związaną z pojawianiem się na rynku coraz nowszych, „cudownych” tabletek, nierzadko sami dają się złapać w jej pułapkę.

Włodzimierz JANISZEWSKI
specjalista epidemiolog

(przedruk z „Doktora” nr 3/14)

PALĄCY PROBLEM – JAK WYGRAĆ Z NAŁOGIEM

Lekarze przez znaczną część społeczeństwa postrzegani są jako osoby, które, mając dużą wiedzę i świadomość medyczną, powinny prowadzić zdrowy styl życia. Ale... Skoro lekarz pali, to palenie nie musi chyba być wcale tak bardzo szkodliwe. Trudno, aby taki wniosek nie nasuwał się osobom, które na przysłowiowym „dymku” przylapały swojego lekarza. Choć palący lekarze najczęściej doskonale wiedzą, że palenie tytoniu zwiększa ryzyko chorób układu oddechowego czy chorób układu krążenia, a także wiąże się z większym ryzykiem rozwoju raka nerki, pęcherza moczowego, choroby wrzodowej, niektórych chorób narządu wzroku, upośledzenia płodności czy impotencji, to zdaje się, że część z nich stara się po prostu o tym nie myśleć. Przerwa na dymka w czasie ciężkiego i stresującego dnia pracy daje chwilowe odprężenie, a zawarta w papiero-

sie nikotyna na chwilę oddala zmęczenie. Rzadko myślimy o tym, że za ten „grzech”, będący często codziennym rytuałem, być może przyjdzie nam kiedyś drogo zapłacić. Wszyscy znamy palących onkologów, kardiologów, pulmonologów, chirurgów naczyniowych i wielu innych specjalistów.

Dlaczego lekarze sięgają po papierosa? W przypadku naszej grupy zawodowej, jak pokazują badania ankietowe, jedną z najczęstszych przyczyn jest chęć rozładowania stresu. Część z nas sięga po papierosa z przyzwyczajenia, niektórzy, bo nikotyna stymuluje i pozwala przez chwilę intensywniej pracować. Inni palą, bo, jak mówią, „po prostu lubią”. Niestety, każdy wypalony papieros to krótsze życie. Zajmujący się tematyką wpływu palenia tytoniu na zdrowie człowieka naukowcy wyliczyli, że życie przeciętnego palacza jest o około 10 lat krótsze niż

osoby niepalącej, a każdy wypalony papieros skraca jego długość aż o 11 minut. Dlaczego więc palimy?!

Odsetek palących pracowników służby zdrowia jest różny w poszczególnych państwach i waha się w zależności od wielu czynników. Częściej od kobiet palą mężczyźni. Papierosy pali nieco ponad 3% lekarzy w USA, Wielkiej Brytanii i Australii. W Polsce odsetek palących lekarzy sięga 16% (wszyscy palacze w Polsce stanowią ok. 27% populacji). W paskudnym nałogu niechlubnie prowadzą jednak włoscy lekarze. Według badania przeprowadzonego w 2010 roku aż 33,9% z nich jest uzależnionych od nikotyny! Na rozpowszechnienie nałogu palenia tytoniu wpływ ma specjalizacja (najwięcej palą przedstawiciele specjalizacji zabiegowych), ale także miejsce pracy – częściej palą lekarze zatrudnieni w szpitalach niż w podstawowej opiece zdrowotnej. Coraz bardziej niepokojący jest wysoki odsetek palaczy wśród studentów medycyny. Aż co czwarty przyszły medyk w Polsce, Hiszpanii i Niemczech truje się papierosami! Jak pokazują badania, od papierosa w miejscu pracy nie może powstrzymać się co piąty z palących lekarzy. Na szczęście tylko niewielu z nas (1%) pali w obecności pacjentów. Palenie papierosów, poza finansowym wsparciem koncernów tytoniowych i budżetu państwa (dochody z akcyzy na wyroby tytoniowe tylko w 2013 r. przekroczyły 17 mld złotych), każdego dnia rujnuje zdrowie setek lekarzy i tysięcy pacjentów, a nikotynizm jest najczęściej nie wpisywaną w karty informacyjne jednostką chorobową (kod F17.2 w klasyfikacji ICD-10). Niestety, również zbyt rzadko nakłaniamy naszych pacjentów do rezygnacji z nałogu, a przodują w tym właśnie lekarze-palacze.

Co o palących lekarzach myślą pacjenci? Jak pokazują badania, około 40% społeczeństwa uważa, że palenie lekarzy jest nieetyczne, jednak ponad połowa jest zdania,

że mamy prawo do prywatności i podobnie jak inni ulegamy słabościom. Wiele osób zadaje sobie pytanie, czy lekarz, który pali, jest dla pacjenta wiarygodny? Jest, ale traci w jego oczach, a na pewno nie ułatwia pacjentowi podjęcia decyzji dotyczącej rezygnacji z nałogu. Jakże często z ust chorych słyszymy, że palenie nie jest chyba takie szkodliwe, skoro palą sami lekarze, a niektórzy wręcz do palenia zachęcają. Wszyscy chyba pamiętamy, jak była minister zdrowia Ewa Kopacz, nie bacząc na artykuł 71 Kodeksu Etyki Lekarskiej*, publicznie wyznała, że lubi palić i zaatakowała projekt ustawy zakazującej palenia w miejscach publicznych. Z kolei, niestety, niewielu palaczy usłyszało słowa, jakie wypowiedział umierający na raka płuc znakomity kardiochirurg prof. Zbigniew Religa: *Gdybym kilkanaście lat temu wiedział to, co wiem teraz, to bym nigdy nie palił...*

Na pytanie: „Czy warto palić?” my, lekarze, doskonale znamy odpowiedź. Problemem jest, czy tym z nas, którzy są w szponach nałogu, wystarczy sił na rozstanie się z nim? Może będzie to łatwiejsze, kiedy podejmując decyzję o zapaleniu kolejnego papierosa, pomyślimy o tym, że na własne życzenie bezpowrotnie puszczamy z dymem kolejne 11 minut własnego życia... Pamiętajmy, że na rozstanie z nałogiem nigdy nie jest za późno, a sezon urlopowy i chwila wytchnienia od pracy zwiększają nasze szanse na definitywne pokonanie nałogu.

Marek DERKACZ
marekderkacz@interia.pl

* **71 art. KEL:** Lekarz ma obowiązek zwracania uwagi społeczeństwa, władz i każdego pacjenta na znaczenie ochrony zdrowia, a także na zagrożenie ekologiczne. Swoim postępowaniem, również poza pracą zawodową, lekarz nie może propagować postaw antyzdrowotnych.

(przedruk z „Medicusa” 8-9/14)

PRAWO NA CO DZIEŃ

ZAPIS UMOWY KONTRAKTOWEJ MOŻE BYĆ UZNANY ZA NIEWAŻNY

Kiedy mamy do czynienia z taką sytuacją? Otóż, polskie prawo konstytuuje tzw. zasadę swobody umów. Zgodnie z art. 353 (1) kodeksu cywilnego, strony zawierające umowę mogą ułożyć stosunek prawny według swego uznania, byleby jego treść lub cel nie sprzeciwiały się właściwości (naturze) stosunku ustawy ani zasadom współżycia społecznego. Naruszenie tej zasady powoduje sankcję bezwzględnej nieważności czynności prawnych – artykuł 58 § 1 k.c. Przykład tego rodzaju

zapisów stanowią postanowienia umów kontraktowych zawieranych pomiędzy lekarzem a szpitalem, gdzie ten ostatni próbuje wyłączyć własną odpowiedzialność za szkodę wyrządzoną pacjentowi przy leczeniu i przenieść ją na samodzielnego lekarza świadczącego usługi jako tzw. kontraktowca i przedsiębiorcę. Takie praktyki zakwestionował Sąd Najwyższy. W wyroku z 26 stycznia 2011 r. (IV CSK 308/10) stwierdził, wbrew temu co strony zapisały w kontrakcie, że niepubliczny za-

kład opieki zdrowotnej może na podstawie art. 430 k.c. ponosić odpowiedzialność za szkodę wyrządzoną z winy lekarza prowadzącego indywidualną praktykę lekarską, która powstała przy wykonywaniu czynności na podstawie łączącej ich umowy o świadczenie usług medycznych. Orzeczenie zapadło na tle następującego stanu faktycznego.

Wyrokiem z 28 sierpnia 2009 r. Sąd Okręgowy w Olsztynie zasądził na rzecz małoletniej Joanny S. solidarnie od „O.” sp. z o.o. w O. i Bożenney K. zadośćuczynienie w kwocie 150.000 zł z odsetkami od 23 lutego 2005 r. oraz rentę w kwocie 6.000 zł miesięcznie płatną od 25 lutego 2008 r. Sąd Apelacyjny w Białymstoku wyrokiem z 20 stycznia 2010 r. zmienił to orzeczenie jedynie co do początkowej daty biegu odsetek od kwoty zadośćuczynienia, określając ją na 23 kwietnia 2008 r. i oddalając apelację pozwanych w pozostałym zakresie. Skargi kasacyjne wywiodły obie pozwane (spółka i lekarka).

W postępowaniu ustalono, że Spółka „O.” prowadzi niepubliczny zakład opieki zdrowotnej pod nazwą Centrum Medyczne Zakład Opieki Zdrowotnej w O. 14 grudnia 2004 r. pomiędzy pozwanymi została zawarta umowa o świadczenie usług medycznych, w której Centrum Medyczne „O.” powierzyło Bożennie K. samodzielne wykonywanie obowiązku świadczeń medycznych m. in. w oddziale dziecięcym. **W umowie zastrzeżono, że wadliwe wykonanie usług medycznych przez przyjmującego zamówienie „skutkuje jego odpowiedzialnością w stosunku do pacjenta lub osób trzecich za szkodę wyrządzoną z tego tytułu zgodnie z art. 429 k.c.”** (czyli odpowiadać ma tylko lekarka). W praktyce – udzielanie świadczeń przez lekarkę zostało poddane bezpośredniej kontroli merytorycznej dyrektora do spraw lecznictwa; zapewniał on i nadzorował ciągłość pracy w poszczególnych oddziałach i współpracował z ordynatorami. Ordynator oddziału dodatkowo sprawował nadzór nad pozwaną przez uczestniczenie w obchodach i wspólne z lekarzami ustalanie korekt leczenia i diagnostyki; mógł też zmieniać decyzje lekarza prowadzącego zarówno w zakresie proceduralnym, jak i medycznym. Powierzenie pozwanej Bożennie K. świadczenia usług medycznych wiązało się z zachowaniem jej podległości merytorycznej i obowiązkiem stosowania się do wydawanych przez przełożonych z ramienia Centrum wskazówek. Pozwana działała na rachunek „O.”, od którego otrzymywała wynagrodzenie za wykonane na terenie szpitala czynności.

23 lutego 2005 r. dwuletnia wówczas Joanna S. została przywieziona do szpitala prowadzonego przez pozwaną spółkę z rozpoznaniem zapalenia płuc, a czynności lecznicze wobec niej – jak się okazało, wadliwe – podjęła pozwana Bożenna K. Została ona prawomocnym wyrokiem karnym z 18 kwietnia 2007 r. uznana za winną popełnienia przestępstwa z art. 160 § 2 i 3 w związku z art. 156 § 1 pkt 2 i § 2 k.k., polegającego na zastoso-

waniu niewłaściwego leczenia, wskutek czego u dziecka doszło do zatrzymania akcji serca i niewydolności oddechowo-krażeniowej, co doprowadziło do nieumyślnego skutku w postaci choroby realnie zagrażającej życiu. W konsekwencji błędu w leczeniu powódka doznała uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego pod postacią spastycznego niedowładu czterokończynowego i ciężkiego zespołu psychoorganicznego. Niedowład uniemożliwia wykonywanie ruchów dowolnych, w tym utrzymywanie pozycji ciała. Zespół psychoorganiczny z zawężoną świadomością uniemożliwia kontaktowanie się z otoczeniem, zgłaszanie podstawowych potrzeb, wyrażanie emocji i uczuć, przyswajanie wiedzy. Małoletnia cierpi na encefalopatię anoksemiczną i wymaga leczenia przeciwpadaczkowego. Jest niezdolna do samodzielnej egzystencji i w każdej dziedzinie życia wymaga pomocy osób trzecich. Nie ma możliwości poprawy stanu zdrowia powódki, a rehabilitacja ma na celu utrzymanie dotychczasowego stanu. W bardzo szerokim uzasadnieniu Sąd Najwyższy, oddalając skargi kasacyjne, dokonał wnikliwej analizy szeregu zagadnień związanych ze zmianami w organizacji służby zdrowia i tym samym zmianami w kształtowaniu stosunków prawnych pomiędzy zakładami opieki zdrowotnej a lekarzami. W zakresie zasad ponoszenia skutków szkody wyrządzonej przy leczeniu Sąd wskazał, iż: *„umówienie się przez pozwane, że lekarka ponosi odpowiedzialność za wadliwe wykonanie usług medycznych – zgodnie z art. 429 k.c. – nie wywiera skutku prawnego w stosunku do osoby trzeciej, w danym wypadku – poszkodowanej przez wadliwe wykonanie świadczenia medycznego. Tego rodzaju zastrzeżenie umowne nie ma wpływu na podstawę prawną roszczeń powódki, którą stanowią, mające zastosowanie w danym stanie faktycznym, właściwe przepisy kodeksu cywilnego”*. Oznacza to, iż **umowne ustalenie odpowiedzialności na podstawie art. 429 k.c. jest – zgodnie z art. 58 § 1 k.c. – nieważne, jako prowadzące do obejścia ustawowej odpowiedzialności za szkodę przewidzianej w art. 430 k.c.** Sąd wskazał, że stosownie do art. 430 k.c., ten, kto na własny rachunek powierza wykonanie czynności osobie podlegającej przy jej wykonywaniu jego kierownictwu i mającej obowiązek stosować się do jego wskazówek, odpowiada za szkodę wyrządzoną z winy tej osoby. W judykaturze i piśmiennictwie ukształtował się w miarę jednolity model tej odpowiedzialności, w którym pojęcie podporządkowania rozumie się szeroko, uznając za wystarczające stwierdzenie „ogólnego” czy też „ogólnoorganizacyjnego” kierownictwa, jak również ogólnego charakteru wiążących wskazówek. Przy tej interpretacji zachowanie przez wykonującego powierzone czynności określonej samodzielności nie wyłącza istnienia podporządkowania w rozumieniu art. 430 k.c. **Trudność w ocenie tego stosunku występuje przede wszystkim w odniesieniu do osób mających wysokie kwalifika-**

cje zawodowe i podejmujących decyzje na podstawie specjalistycznej wiedzy. W praktyce sądowej najczęściej rozstrzygano ten problem w sprawach dotyczących szkód wyrządzonych przez lekarzy, a więc osoby niewątpliwie zachowujące niezależność w procesie leczenia, diagnozy i terapii. Także i w tej kwestii udało się wypracować w orzecznictwie i nauce prawa zgodne stanowisko, które można najogólniej ująć w formie tezy, że **niezależność zawodowa lekarza w zakresie sztuki medycznej nie sprzeciwia się stwierdzeniu stosunku podporządkowania w rozumieniu art. 430 k.c.**

Zapisów o podobnym charakterze, czyli de facto z mocy prawa nieważnych w płaszczyźnie prawnej związanej z procesem leczenia, można odnaleźć znacznie więcej. Dotyczą one zazwyczaj umownego modyfikowania odpowiedzialności, jak również kwestii zgody pacjenta i jej ewentualnych skutków.

Justyna STRAKA – prawnik

Autorka pracuje w Kancelarii Prawniczej „Krislex” w Bydgoszczy, www.facebook.com/krislex.bydgoszcz, **justyna.straka@krislex.pl**

(przedruk z „Primum” nr 8-9/14)

EGZAMINY RÓWNOWAŻNE Z PES

Nowelizacja ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, dokonana przez Sejm 28 kwietnia 2011 r., obok innych zmian dotyczących kształcenia podyplomowego lekarzy i lekarzy dentystów, wprowadziła zapis mówiący o tym, że egzaminy specjalizacyjne w różnych dyscyplinach klinicznych – organizowane przez uznane międzynarodowe instytucje medyczne (europejskie towarzystwa naukowe) – wskazane przez odpowiednie naukowe towarzystwa medyczne i konsultantów krajowych oraz zaakceptowane przez ministra zdrowia, są uznawane za równoważne państwowemu egzaminowi specjalizacyjnemu (PES). Minister zdrowia został zobowiązany (art. 16r ust 13 ustawy) do określenia, w drodze rozporządzenia, wykazu takich egzaminów, których złożenie z wynikiem pozytywnym umożliwia zaliczenie PES w całości albo w części.

Rozporządzenie w tej sprawie ukazało się 6 lutego 2012 r., wraz z dwoma załącznikami, zgodnie z którymi:

- I. za egzaminy równoważne z PES w całości uznaje się odpowiednie egzaminy złożone od 1 lipca 2011 r. organizowane w dziedzinach:
 - 1) anestezjologia i intensywna terapia – przez *European Society of Anaesthesiology* (ESA),
 - 2) urologia – przez *European Board of Urology* (EBU), we współpracy z Polskim Towarzystwem Urologicznym,
 - 3) chirurgia klatki piersiowej – przez *European Board of Thoracic and Cardiovascular Surgery* (EBTCS),
 - 4) radiologia i diagnostyka obrazowa – przez *European Society of Radiology* (ESR);

II. za egzaminy równoważne z PES w części testowej uznaje się odpowiednie egzaminy złożone od 1 lipca 2011 r. organizowane w dziedzinach:

- 1) anestezjologia i intensywna terapia – przez *European Society of Anaesthesiology* (ESA),
- 2) radiologia i diagnostyka obrazowa – przez *European Society of Radiology* (ESR).

Wskazane rozporządzenie ministra zdrowia zawiera również wykaz dokumentów, które potwierdzają złożenie z wynikiem pozytywnym egzaminu zorganizowanego przez dane europejskie towarzystwo naukowe, co upoważnia do uznania tego egzaminu za równoważny z PES w całości lub w części testowej.

Nina SMOLEŃ

Podstawa prawna:

1. *ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty z 5 grudnia 1996 r. – art. 16r, pkt. 13 (Dz. U. 1997, nr 28, poz. 152, z późn. zm.),*
2. *ustawa o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty z 28 kwietnia 2011 r. (Dz. U. 2011, nr 113, poz. 658),*
3. *rozporządzenie ministra zdrowia z 6 lutego 2012 r. w sprawie wykazu egzaminów organizowanych przez europejskie towarzystwa naukowe równoważnych z Państwowym Egzaminem Specjalizacyjnym oraz wykaz dokumentów potwierdzających złożenie takich egzaminów (Dz. U. 2012, poz. 151),*
4. *rozporządzenie ministra zdrowia z 2 stycznia 2013 r. w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentyistów (Dz. U. 2013, poz. 26)*

(przedruk z „Panaceum” nr 8-9/14)

MOJE WSPOMNIENIE O ŚP. DR ZOFII CHOWANIEC

W słoneczne, kwietniowe południe na cmentarzu w Opolu Półwsi pożegnaliśmy Panią dr Zofię Chowaniec, lekarza specjalistę laryngologa, naszą wieloletnią Koleżankę, a mojego Patrona specjalizacji.

Pani Doktor urodziła się w Nadwornej, w powiecie stanisławowskim. Wielokrotnie ze wzruszeniem opowiadała o tamtej ziemi. Z dziecinnych lat, wśród wspomnień, często wracało wspomnienie krawędzi marynarki ojca, dokąd sięgał Jej wzrok oraz jego mocnej ręki, gdy szli na spacer. Ojca widziała ostatni raz w 1939 roku jako 5-letnią dziewczynkę. Bolesne było wspomnienie łez matki po otrzymaniu listu o jego śmierci (zginął w Katyniu).

Potem była szkoła, Lwów, repatriacja, Orzegów, Bytom, studia na Śląskiej Akademii Medycznej i opolska stabilizacja.

Ja – jeszcze jako uczennica szkoły podstawowej – znałam dr Zofię Chowaniec jedynie z widzenia i podziwiałam Jej wyrazistą postać. Osobiście poznałam Ją, gdy jako młody lekarz w 1970 r. podjęłam pracę w Szpitalu Wojewódzkim przy ul. Katowickiej. W 1971 r. została opiekunem mojej specjalizacji z laryngologii.

Zosia, bo tak pozwoliła do siebie mówić (co było dla mnie wielkim wyróżnieniem), dała się poznać jako lekarz niezwykle wyczucia laryngologicznego, talentu manualnego, spokoju i doświadczenia. Była – trudno o Niej pisać w czasie przeszłym – niewątpliwie wspaniałym lekarzem, a także wyrazistą, szlachetną, szczerą i konsekwentną postacią na Oddziale Laryngologii.

Daleka od zabiegania o zaszczyty i pochwały, sumienna, pod pozorem chłodu i wyniosłości skrywała wielkie i wrażliwe serce. Osobiście ze wzruszeniem wspominam fakt, gdy w czasach szarości sklepowej, sprowadziła z Niemiec dla mojej – wtedy chorej – córki, wymarzony przez nią dezodorant Limara, opatrując to komentarzem, że „*gdy tylko można, trzeba spełniać marzenia*”.

Zawodowo najcenniejsze dla mnie, wtedy młodego lekarza było, gdy poproszona o pomoc przy operacji, zerkając mi zza ramienia, powiedziała: „*Noo... dobrze, teraz to trzeba tak skończyć!*”. Była to największa pochwała. Znałyśmy się i pracowały przez prawie 40 lat. Zawsze mogłam liczyć na Jej cenne rady.

Ostatni raz widziałam Zosię na oddziałowej Wigilii i wtedy rzuciło mi się w oczy Jej fizyczne osłabienie. Nie sądziłam, że to jest ostatni raz..

Teraz w Dniu Zmarłych zapalę znicz na miejscu Jej spoczynku. Dziękuję Ci Zosiu za wszystko – zawodowo i życiowo. I choć nie było przemówienia nad Twoją mogiłą, pozostała ogromna o Tobie pamięć, a także skrawki zapisanych Twoją ręką przepisów na tort migdałowy czy pasztet Gerwazy.

A TY z Niebiańskiej Krainy popatrz życzliwym okiem na tych, co jeszcze tu zostali.

Halina JAKOBI-RÓŻ



OGŁOSZENIA

V KONFERENCJA NAUKOWA „EKG – WCZORAJ, DZIŚ I JU- TRO”

Zapraszamy do udziału w jednej z największych konferencji kardiologicznych w Polsce, poświęconej problemom elektrokardiologii.

Termin: 29 listopada 2014 r.

Miejsce: Centrum Dydaktyczne Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

Oplaty: lekarz – 70 zł, lekarz emerytowany – 35 zł

Więcej informacji oraz formularz rejestracyjny: www.ekg.umed.pl

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Zaodrze” 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.

NZOZ Med-Dent zatrudni lekarza stomatologa.

Kontakt telefoniczny: 77/485-87-33 lub na adres mailowy: aptekasanitas@wp.pl

Hot Topics Diabetologia

W programie konferencji „Hot Topics – Diabetologia 2014” znajdzie się kilka różnych rodzajów sesji: właśnie „Hot topics” – o tym, co wzbudziło w tym roku najwięcej kontrowersji na zjazdach w Wiedniu i San Francisco, a następnie „Pułapki codziennej diabetologii” – o tym, na co trzeba uważać pracując w gabinecie lekarskim z chorymi na cukrzycę oraz sesję poświęconą tym chorobom towarzyszącym cukrzycy, które sprawiają obecnie chorym i lekarzom najwięcej kłopotów w procesie terapii. Konferencję zakończy sesja zapoczątkowująca cykl wykładów i dyskusji pod hasłem „Doskonalenie Praktyki Diabetologicznej”. W tej części konferencji znajdą się najbardziej praktyczne wskazówki i rady dotyczące postępowania z pacjentami z cukrzycą, udzielane przez doświadczonych diabetologów, w oparciu o przypadki kliniczne. Uczestnicy otrzymają punkty edukacyjne. Zapraszamy serdecznie!

Termin: 28–29 listopada 2014 r.

Miejsce: Kołobrzeg, Hotel AQUARIUS, ul. Kasprowicza 24

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



Neuropsychiatria i Neuropsychologia 2014 Update

Zapraszamy psychiatrów, neurologów, psychologów i innych specjalistów zainteresowanych tematyką integracji tych nauk w ramach tzw. neuroscienze do uczestnictwa w kolejnej konferencji naukowej Neuropsychiatria i Neuropsychologia 2014 Update. Spotkanie to odbędzie się w dniach 27–28 listopada 2014 r. w Poznaniu. Tematyka tegorocznej konfe-

rencji, podobnie jak poprzednich, dotyczy najnowszej wiedzy z zakresu neurobiologii, neuropsychiatrii i neuropsychologii, w tym patofizjologii (z uwzględnieniem genetyki molekularnej) i leczenia farmakologicznego chorób ośrodkowego układu nerwowego. Wykładowcami są wybitni przedstawiciele psychiatrii, neurologii, neuropsychologii i neurobiologii z naszego kraju. W tym roku jako gość zagraniczny wystąpi prof. Jules Angst z Uniwersytetu w Zurychu, jeden z najwybitniejszych przedstawicieli współczesnej psychiatrii. Dzięki jego badaniom w ostatnim półwieczu możliwa stała się nowoczesna klasyfikacja chorób afektywnych. Uczestnicy otrzymają punkty edukacyjne

Termin: 27–28 listopada 2014 r.

Miejsce: Poznań, Centrum Kongresowo-Dydaktyczne Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego, ul. Przybyszewskiego 37a

Kierownik naukowy: prof. dr hab. med. Janusz Robakowski

Organizatorzy: Klinika Psychiatrii Dorosłych Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu, Sekcja Psychofarmakologii Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, wydawnictwo Termedia, wydawca czasopisma Neuropsychiatria i Neuropsychologia

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



Symposium Instytutu Kardiologii „Stany nagłe w kardiologii 2014”

Zapraszamy na kolejne sympozjum naukowo-szkoleniowe organizowane 22 listopada br. przez Instytut Kardiologii w Warszawie pod hasłem „Stany nagłe w kardiologii 2014”. W tym roku przedstawimy cztery główne zagadnienia, które ukazują nowe możliwości diagnostyczne i terapeutyczne u osób z chorobami układu krążenia. Pierwsza sesja poświęcona będzie wstrząsowi kardiogennemu. Podczas drugiej sesji omówimy problematykę dotyczącą burz elektrycznych, które stanowią narastający problem kliniczny. W trakcie trzeciej sesji skoncentrujemy się na problemie przeło-

mu nadciśnieniowego. Podczas ostatniej sesji przedstawimy wskazania do leczenia operacyjnego w trybie pilnym w naszym Instytucie w 2014 r. oraz przypadek chorego operowanego z powodu ostrego rozwarstwienia aorty piersiowej. Uczestnicy Sympozjum otrzymają 5,75 punktu edukacyjnego PTK.

Termin: 22 listopada 2014 r.

Miejsce: Warszawa, hotel Marriott, Aleje Jerozolimskie 65/79

Organizatorzy: Instytut Kardiologii w Warszawie oraz 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



Trendy w Alergologii

Pierwsza edycja konferencji Trendy w Alergologii, która odbyła się w listopadzie 2013 r., cieszyła się niezwykle powodzeniem. Zapraszamy na kolejną, drugą edycję – Trendy w Alergologii 2014. Będzie ona poświęcona wyłącznie najnowszemu obszarowi wiedzy z dziedziny alergologii i chorób płuc: alergii pokarmowej, nowym lekom w leczeniu astmy, nowym lekom w leczeniu przewlekłej obturacyjnej choroby płuc, najnowocześniejszym lekiem w leczeniu alergicznego nieżytu nosa, nowym terapiom inhalacyjnym, wczesnej diagnostyce alergii u dzieci. Podobnie jak poprzednio będzie to spotkanie z lekarzami innych specjalności, którzy przedstawiają swoje spojrzenie na choroby alergiczne. Uczestnicy konferencji otrzymają punkty edukacyjne.

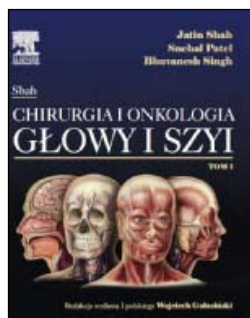
Termin: 21–22 listopada 2014 r.

Miejsce: Warszawa, PUŁAWSKA RESIDENCE HOTEL, ul. Puławska 361

Kierownik Naukowy: prof. dr hab. n. med. Rafał Pawliczak

Organizatorzy: Katedra Alergologii, Immunologii i Dermatologii, Wydział Nauk Biomedycznych i Kształcenia Podyplomowego Uniwersytet Medyczny 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



Jatin Shah. Chirurgia i onkologia głowy i szyi, tom I

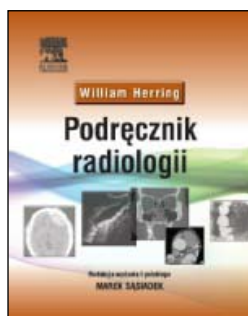
J. Shah, S. Patel, B. Singh; wyd. I polskie, red. W. Golusiński; rok wydania: 2014; ISBN: 978-83-7609-770-1, format: 250 x 310, opr. twarda, 476 stron, cena: 226.80 zł (504 ELS pkt)

„Na polskim rynku wydawniczym pojawiały się pozycje omawiające problematykę nowotworów głowy i szyi, jednakże z reguły były one częścią większego opracowania dotyczącego laryngologii, chirurgii szczękowo-twarzowej, radioterapii czy onkologii klinicznej. Pomimo iż wielu doskonale przygotowanych polskich lekarzy zajmuje się interdyscyplinarnym leczeniem nowotworów głowy i szyi, nie powstał do tej pory żaden wspólny podręcznik o dużej wartości edukacyjnej, który byłby swoistym „elementarzem” dla wszystkich zainteresowanych tą problematyką.

W związku z tym, postanowiłem sięgnąć po doskonałą monografię pod redakcją Profesora Jatina Shaha, który swoim autorytetem naukowym gwarantuje doskonałą jakość opracowania, poczynając od epidemiologii, poprzez diagnostykę i na interdyscyplinarnym leczeniu kończąc. Zespół autorów, który współtworzył podręcznik, przyczynił się do jego wysokiej wartości merytorycznej.

Myślę, że pozycja ta przyczyni się do podniesienia wiedzy na temat nowotworów głowy i szyi oraz poprawy wyników leczenia.”

Prof. dr hab. n. med.
Wojciech Golusiński



Podręcznik radiologii

W. Herring; wyd. I polskie, red. M. Sasiadek; rok wydania: 2014, ISBN: 9788376097466, format: 215 x 275, opr. broszurowa, 328 stron, cena: 93.60 zł (208 ELS pkt)

Zanim będziesz mógł zacząć wykonywać diagnostykę obrazową jako narzędzie w rozpoznawaniu choroby, na którą cierpi Twój pacjent, musisz wcześniej posiadać zdolność odróżniania obrazu prawidłowego od nieprawidłowego. To wcale nie jest takie proste, jak może się wydawać i wymaga często wielkiego doświadczenia, do którego zdobycia radiolodzy poświęcają całe swoje życie zawodowe.

Przeczytanie tej książki nie sprawi, że staniesz się radiologiem, lecz może sprawić, że będziesz potrafił lepiej rozpoznawać nieprawidłowości i interpretować obrazy radiologiczne. Dzięki temu, być może, zdobędziesz większą pewność siebie w pracy z pacjentami.

Podręcznik został skonstruowany w taki sposób, że podczas lektury poszczególnych rozdziałów nauczysz się, jak rozpoznać prawidłowe objawy. Będziesz umiał odróżnić fałd skórny od odmy opłucnowej, dowiesz się także, jak stwierdzić, czy to zamazane, białawe „coś” u podstawy płuca to objaw zapalenia płuc, czy też pacjent po prostu nie zaczerpnął odpowiednio głęboko powietrza.

Naucz się podstaw i nabierz pewności w interpretowaniu wyników badań obrazowych!



Ultrasonografia

J. Banholzer, P. Banholzer
wyd. I polskie, red. W. Jakubowski
rok wydania: 2014, ISBN: 978-83-7609-902-6, format: 210 x 300, opr. broszurowa, 114 stron, cena: 68.40 zł (152 ELS pkt)

Ultrasonografia BASIC skierowana jest do młodych lekarzy oraz studentów ostatnich lat, którzy wkrótce, podczas codziennej pracy zawodowej, powinni być w stanie bez problemów ocenić narządy, rozpoznać zmiany patologiczne, postawić najważniejsze i najczęstsze diagnozy oraz uniknąć typowych pułapek diagnostycznych. Książka może służyć jako materiał dodatkowy podczas kursów ultrasonograficznych, przy systematycznym stosowaniu badań ultrasonograficznych oraz przy przygotowywaniu się do egzaminu.

Doświadczeni użytkownicy metody mogą wykorzystać podręcznik do odświeżenia swojej wiedzy, udoskonalenia techniki badania lub poszerzenia spektrum wykonywanych badań.

Z Przedmowy

Elsevier Urban & Partner Sp. z o.o.

50-011 Wrocław, ul. Kościuszki 29

Zamówienia:

www.elsevier.pl,

tel. 42/680 44 09, fax: 42/680 44 86

e-mail: zamowienia@elsevier.com

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



IV Kongres Polskiego Towarzystwa Lipidologicznego

Polskie Towarzystwo Lipidologiczne, Oddział Łódzki Polskiego Towarzystwa Nadciśnienia Tętniczego, Klinika Nefrologii, Nadciśnienia Tętniczego i Medycyny Rodzinnej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi oraz wydawnictwo Termedia już po raz czwarty zapraszają na Kongres Polskiego Towarzystwa Lipidologicznego. Spotkanie odbędzie się 7–8 listopada w Warszawie pod naukowym kierownictwem prof. dr hab. Macieja Banacha. **Uczestnicy kongresu otrzymają punkty edukacyjne.**

Termin: 7–8 listopada 2014 r.

Miejsce: Warszawa, Sofitel Warsaw Victoria, ul. Królewska 11

Kierownik naukowy: prof. dr hab. Maciej Banach

Organizatorzy: Polskie Towarzystwo Lipidologiczne, Oddział Łódzki Polskiego Towarzystwa Nadciśnienia Tętniczego, Klinika Nefrologii, Nadciśnienia Tętniczego i Medycyny Rodzinnej Uniwersytetu Medycznego 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

* * *



XXVI SYMPOZJUM SEKCJI ALERGOLOGICZNEJ I ZJAZD SEKCJI FORUM MŁODYCH POLSKIEGO TOWARZYSTWA DERMATOLOGICZNEGO

Zapraszamy serdecznie do uczestnictwa w Konferencji Sekcji Alergologicznej Polskiego Towarzystwa Der-

matologicznego, która odbędzie się w Warszawie w dniach 13 i 14 listopada 2014 roku i będzie połączona ze zjazdem Sekcji Forum Młodych Polskiego Towarzystwa Dermatologicznego.

- Tematy konferencji będą dotyczyć diagnostyki i leczenia pokrzywek, diagnostyki alergii pokarmowych, kontrowersji w atopowym zapaleniu skóry, roli defektu bariery naskórkowej w predyspozycji do rozwoju chorób alergicznych, etiopatogenezy wyprysku alergicznego i niealergicznego, reakcji polekowych, świądu, reakcji fotoalergicznym. – zachęca do udziału prof. dr hab. Cezary Kowalewski, kierownik naukowy konferencji.

Wykład inauguracyjny wygłosi konsultant krajowy w dziedzinie alergologii profesor Jerzy Kruszewski: „Co dermatolog powinien wiedzieć o anafilaksji”. **Uczestnicy konferencji otrzymają punkty edukacyjne.**

Termin: 13–14 listopada 2014 r.

Miejsce: Warszawa, Hotel Novotel Airport, 1 Sierpnia 1

Organizatorzy: Sekcja Alergologiczna Polskiego Towarzystwa Dermatologicznego, Sekcja Forum Młodych Polskiego Towarzystwa Dermatologicznego, Klinika Dermatologii i Immunodermatologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, wydawnictwo Termedia

Kierownik Naukowy: prof. dr hab. Cezary Kowalewski

Komiteta Organizacyjnego: prof. dr hab. Cezary Kowalewski, prof. dr hab. Katarzyna Woźniak, dr n. med. Agnieszka Kalińska-Bienias, dr n. med. Monika Kałowska

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

* * *



Flebologia Estetyczna

Wszystkich lekarzy zainteresowanych współczesnymi możliwościami leczenia schorzeń układu żylnego, a przede wszystkim aspektem estetycznym tego rodzaju postępowania zapraszamy w listopadzie do Poznania. W trakcie konferencji chcielibyśmy zaproponować szereg ciekawych wykładów dotyczących różnych zagadnień związanych z leczeniem przewlekłych chorób żył, nie tylko w zakresie żylaków kończyn ale również innych zmian naczyniowych tak często stanowiących problem nie zawsze jedynie kosmetyczny. Zapraszamy do zapoznania się z ciekawym programem konferencji – w trakcie spotkania mówić będziemy nie tylko o sposobach leczenia pozwalających uzyskać najlepsze efekty kosmetyczne – będziemy się równocześnie starać przekazać szereg informacji praktycznych dotyczących kwalifikacji, wykonywania zabiegów jak również powikłań i możliwości ich zapobiegania. Uczestnicy Kongresu otrzymają 5,5 punktu edukacyjnego. (Według programu z dnia 26.06.2014 r.)

Termin: 29 listopada 2014 r.

Miejsce: Poznań, Centrum Kongresowo-Dydaktyczne Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego, ul. Przybyszewskiego 37a

Kierownik Naukowy: prof. dr hab. Zbigniew Rybak

Organizatorzy: Polskie Towarzystwo Flebologiczne, wydawnictwo Termedia

Patronat: Prezes Polskiego Towarzystwa Flebologicznego dr hab. Tomasz Urbanek

Patronat Honorowy: Redaktor Naczelny Phlebological Review (Przegląd Flebologiczny) dr hab. Marian Simka

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