



OPOLSKA
IZBA
LEKARSKA

Rok Założenia 1990

Grudzień 2014/Styczeń 2015

ISSN 1426-661X

BIULETYN INFORMACYJNY

Nr 219/220

OPOLSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

www.izbalekarska.opole.pl

Wspaniałych Świąt
Bożego Narodzenia
i pomyślnego
Nowego 2015 Roku



W lesie jest tłoczno, niemal tak, jak na dawnej procesji. Przechadzają się tam żonglerzy i łowcy ptaków.

Chciał powielić mapę. Zamówił więc u stolarza płytę z drewna owocowego.



* * *

– Las będzie prawdziwy.

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

I po raz kolejny przyjdzie obejrzyć się nam wstecz na mijający właśnie 2014 r. Jaki był? Co nowego – dobrego i złego – nam przyniósł? Czy spełniły się nasze marzenia? Czy zrealizowaliśmy swoje plany? Co, z kolei, przyniesie nam nadchodzący Nowy Rok? Czy uda się wreszcie przynajmniej trochę wyprostować kręte drogi, jakimi podąża ochrona zdrowia w Polsce?

Odpowiedzi na te i szereg innych pytań musimy udzielić sobie sami. W bieżącym numerze Biuletynu próbuję podsunąć Wam w formie „podpowiedzi” kilka tekstów traktujących o tym, co się dzieje aktualnie w naszym kraju i co może nas czekać w najbliższej przyszłości. Jakże jednak będą Wasze konkluzje? Nie wiem.

Pomimo wszystko wkraczamy w Nowy Rok w nastroju nieco odświeżonym, no bo przecież obchodzimy swoje 25 urodziny (mam na myśli oczywiście Samorząd Lekarski). Z tego też powodu zamieszczam materiał nadesłany do mnie przez mego Przyjaciela dr Włodzimierza Bednorza wieloletniego działacza Dolnośląskiej Izby Lekarskiej (przez ponad 2 kadencje jej Prezesa) z kilkoma refleksjami nad minionym czasem.

Znajdziecie również dwa bardzo ważne, dla większość z Was, materiały dotyczące kas fiskalnych (opinia prawna na ten temat oraz ABC postępowania przy ich rejestracji).

Wracam także po raz kolejny do problemów antybiotykoterapii z materiałem o dość zatrważających wnioskach końcowych.

Z wielką radością przywitałem propozycję dr Marka Szwieca – onkologa, który zaproponował cykliczny druk tekstów o nowotworach. Myślę, że ta cenna inicjatywa oraz treści przekazywane co 2 miesiące przez Pa-

na Doktora i jego Kolegów będzie dla Was interesująca z punktu widzenia codziennej pracy w chorym.

Materiały zamieszczone w tym – obejmującym po raz kolejny dwa miesiące – Biuletynie nie grzeszą zbytnim optymizmem, ale pomimo to, w związku z nadchodzącymi Świętami Bożego Narodzenia oraz Nowego 2015 Roku składam wszystkim Wam najserdeczniejsze życzenia zdrowych, spokojnych i rodzinnych Świąt oraz wszelkiej pomyślności w Nowym Roku.

Jerzy B. LACH

PODZIĘKOWANIA

Na ręce dr Krzysztofa WOMPERSKIEGO ordynatora Oddziału Rehabilitacji Kardiologicznej Szpitala Specjalistycznego MSW w Głucholazach składam dla całego personelu wyrazy najwyższego uznania i podziękowanie za troskliwą i przyjazną opiekę.

Andrzej OCHARSKI
emerytowany lekarz stomatolog

Opolski Oddział
Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego

zaprasza na

TRADYCYJNY BAL STOMATOLOGA

który odbędzie się 14 lutego 2015 r.
w salach hotelu „Festival”

Tel. kontaktowy 77/452 09 24, kom. 606 665 202

SZPALTA PREZESA

Koleżanki i Koledzy,

Niestety to, co zapowiadałem we wrześniowym Biuletynie stało się faktem. Podpisane niedawno nowe rozporządzenie Ministra Finansów, które obowiązywać będzie od nowego roku, zmusza każdego lekarza i lekarza dentystę, prowadzącego praktykę lekarską do posiadania kasy fiskalnej. Nie ma żadnego znaczenia poziom dotychczas uzyskiwanych przychodów w praktyce. Jedynie lekarze, którzy uzyskują przychody wyłącznie w oparciu o faktury, wystawiane innym podmiotom, nie muszą zaopatrywać się w kasę. Ale wystarczy przyjąć jednego pacjenta poza kontraktem i kasa będzie konieczna. Okres przygotowawczy to dwa miesiące. Tak więc najpóźniej od 1 marca 2015 trzeba będzie tą kasą się posługiwać.

W dalszej części Biuletynu będzie więc przypomnienie „ABC kasy fiskalnej”, które ułatwi Wam wejście w tę nową rzeczywistość. W numerze także instrukcja postępowania w przypadku konieczności dokonania zmian w rejestrze praktyk.

Ten Biuletyn jest numerem świątecznym. Składam więc wszystkim Wam najserdeczniejsze życzenia zdrowia, wytrwałości w pracy dla pacjentów oraz odporności na kolejne pomysły naszego Ministra. Słynny pakiet onkologiczny i zielona karta na pewno doprowadzą do zwiększenia obciążeń biurokratycznych, co niestety jeszcze bardziej ograniczy czas, który powinien być poświęcony na bezpośrednią rozmowę z pacjentem.

Jerzy JAKUBISZYN

POSIEDZENIE OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ

W dniu 29 października 2014 r. odbyło się kolejne posiedzenie Okręgowej Rady Lekarskiej w Opolu. Do zaproponowanego wcześniej członkom Rady porządku obrad, prowadzący zebranie Prezes Jakubiszyn zaproponował kilka poprawek. Ze względu na nieobecność, planowane spotkanie Rady z dr Adamem Tomczykiem, członkiem Zarządu Porozumienia Zielonogórskiego nie odbędzie się. Ponadto konieczne jest podjęcie przez Radę uchwały upoważniającej Prezesa i Skarbnika do podpisania umowy z Ministerstwem Zdrowia na przekazanie pieniędzy za zadania zlecone. I wreszcie Rada ma zaproponować kandydatury do funkcji konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie pediatrii. Ostatecznie więc program październikowego posiedzenia Rady Okręgowej przedstawiał się następująco:

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. Zatwierdzenie wykazu osób proponowanych do odznaczeń państwowych z okazji 25-lecia Opolskiej Izby Lekarskiej.
8. Spotkanie z Redaktorem Naczelnym NTO Krzysztofem Zyzikiem.
9. Przyjęcie uchwały w sprawie upoważnienia do podpisania umowy z Ministerstwem Zdrowia.
10. Wskazanie kandydatur do funkcji konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie pediatrii.
11. Sprawozdanie z październikowego posiedzenia NRL i posiedzenia Konwentu Prezesów orl.
12. Sprawozdanie członków Rady z działalności pomiędzy posiedzeniami.
13. Sprawy różne i wolne wnioski.

Ad 1.

O wpis na listę członków OIL zwróciły się dwie Koleżanki:

- lek. Agnieszka Laskowska-Ziętek – przeniesienie ze Śląskiej Izby Lekarskiej;
- lek. Agata Cieślak – przeniesienie z Dolnośląskiej Izby Lekarskiej.

Z kolei kol. Marzena Ogłódek zwróciła się z prośbą o wydanie duplikatu zagubionego prawa wykonywania zawodu. Uchwały w tych sprawach przyjęto jednogłośnie.

Ad 2.

Do Izby zwróciły się z prośbą o przyznanie punktów edukacyjnych następujące podmioty szkolące:

- „Amader” w dn. 18.10 br. przeprowadzi szkolenie „Opracowanie kanału korzeniowego na 3 sposoby”. Rada przyznała 6 pkt edukacyjnych.
- „LOMA” w dn. 22.11 br. zorganizuje szkolenie „Badanie laboratoryjne zmieniające praktykę lekarską cz. IV”. W tym przypadku Rada przyznała 3,5 pkt edukacyjnego.
- „MIP-PHARMA” przeprowadzi w dn. 28.11 br. szkolenie „Opieka pozabiegowa nad pacjentem implantoprotetycznym. Rola wizyt kontrolnych”.
- „Orthomed” zorganizuje w Szczecinie szkolenie dla lekarzy dentyków ortodontów. Decyzji jednak w tej sprawie nie podjęto ze względu na to, że Rada oczekuje na uchwałę Rady Okręgowej w Szczecinie.

Ad 3.

O wykreślenie z rejestru praktyk poprosiła lek. dent. Małgorzata Wójtowicz. Uchwałę przyjęto jednogłośnie.

Ad 4.

Do Funduszu Samopomocy wpłynęło 7 wniosków o wypłatę zapomogi. Pięć osób motywowało to złym stanem zdrowia i trudną sytuacją materialną (zapomogi przyznano czterem osobom, piąty wniosek będzie procedowany w listopadzie). Jedna osoba zwróciła się o wsparcie, ponieważ odbywa przeszkolenie po przerwie w wykonywaniu zawodu i nie osiąga żadnych przychodów (zapomogę przyznano). Ostatni przypadek dotyczył lekarza, obywatela Rosji, który przyjechał do Polski w ramach repatriacji (ma żonę Polkę) i zwrócił się o zwrot kosztów poniesionych na legalizację dokumentów, potrzebnych do nostryfikacji dyplomu i otrzymania prawa wykonywania zawodu. Koszty te wyniosły 2.000 zł. Rada podjęła decyzję o refundację poniesionych przez lekarza kosztów przy 7 głosach za, 5 przeciwnych i 7 wstrzymujących się.

Ad 5.

Nie wpłynęły do Izby w tej sprawie żadne wnioski.

Ad 6.

O obniżenie składki członkowskiej z powodu osiągnięcia wieku emerytalnego do 10 zł zwróciły się trzy oso-

by, a o całkowite zwolnienie z opłacania składki członkowskiej z powodu zaprzestania wykonywania zawodu – również trzy osoby. Wszystkie uchwały w tym punkcie przyjęto jednogłośnie.

Ad 7.

Rada pozytywnie zatwierdziła wnioski zgłoszone do Komisji ds. obchodów jubileuszu 25-lecia istnienia Samorządu Lekarskiego o przyznanie odznaczeń państwowych za zasługi na rzecz opolskiego środowiska lekarskiego. Postanowiono zgłosić do biura Prezydenta RP następujących lekarzy i lekarzy dentystów:

- Janusz Suzanowicz – Brzeg,
- Janina Szponarska – Brzeg,
- Arkadiusz Rams – Głuchołazy,
- Jarosław Karoń – Kędzierzyn-Koźle,
- Jacek Mazur – Kędzierzyn-Koźle,
- Róża Bruzi-Bużowicz – Kluczbork,
- Włodzimierz Fijałkowski – Kluczbork,
- Mirosław Misiak – Kluczbork,
- Ewa Noceń-Firlej – Kluczbork,
- Stanisław Kowarzyk – Nysa,
- Jacek Miarka – Nysa,
- Józefa Markowska-Kuźniak – Olesno,
- Witold Pilarski – Olesno,
- Stanisław Chruszczyk – Opole,
- Danuta Henzler – Opole,
- Katarzyna Rączy – Prudnik,
- Andrzej Banyś – Strzelce Opolskie,
- Tadeusz Żelazny – Strzelce Opolskie.

Ad 8.

Prezes Jakubiszyn przedstawił Red. Zyzikowi punkt widzenia lekarzy na obecną sytuację panującą w ochronie zdrowia. Kol. Przewodniczący uważa, że większość artykułów zamieszczanych na łamach NTO traktuje problemy lekarzy i pacjentów zbyt pobieżnie, bez dokładnego sprawdzenia informacji. Red. Zyzik zapewnił, że w żadnym wypadku dziennikarze NTO nie dążą tylko do podwyższenia sprzedaży zamieszczając materiały sensacyjne, lecz starają się przedstawiać spojrzenia wszystkich zainteresowanych stron. Redaktor Naczelny proponował cykliczne debaty na temat systemu, w jakim działają lekarze, warunków ich pracy oraz przedstawiania bieżących decyzji władz dotyczących ochrony zdrowia w Polsce. Prezes i reszta członków Rady pozytywnie odniosła się do tego pomysłu.

Red. Zyzik poinformował także Radę o tym, iż Redakcja gazety nie ponosi odpowiedzialności za wpisy czytelników na forum internetowym. Jeśli jakiś lekarz poczuje się pokrzywdzony zamieszczonymi na forum opiniami o sobie, to Redaktor prosi o kontakt. NTO na pewno udostępni dane autora takich obraźliwych opinii i będzie można wtedy zgłosić wniosek do prokuratury. Jednocześnie zapewnił, że Redakcja ze swej strony stara się takie wpisy na bieżąco usuwać, nie zawsze jednak nadąży.

Ad 9.

Prezes przekazał, że na ostatnim posiedzeniu Konwentu Prezesów okręgowych rad lekarskich podjęto decyzję o podpisaniu z Ministerstwem Zdrowia umów na rok 2014 za zadania zlecone od administracji państwowej. Poinformował też, że Okręgowa Izba Lekarska w Gdańsku, która prowadziła w imieniu wszystkich izb postępowanie sądowe o zwrot kosztów za rok 2011 (kiedy to izby nie podpisały umów z MZ) w I instancji sprawę wygrała. Rada podjęła więc uchwałę w sprawie upoważnienia Prezesa i Skarbnika do podpisania umowy.

Ad 10.

Kol. Jakubiszyn poinformował członków Rady o rezygnacji dr Teresy Szymczyk z funkcji konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie pediatrii. W związku z powyższym poprosił o zgłaszanie kandydatów na to stanowisko. Kol. Wojtyłko zaproponował dr Jarosława Mijasa, natomiast kol. Mazur dr Danutę Gmyrek. Przy jednym głosie wstrzymującym postanowiono zarekomendować Wojewodzie Opolskiemu obydwie kandydatury.

Ad 11.

Prezes przekazał, że zarówno Konwent, jak i Naczelna Rada Lekarska opowiedziały się za utrzymaniem składki w kwocie uchwalonej we wrześniu w wysokości 60 zł.

Poinformował również o pomysle Konwentu stworzenia tzw. funduszu wizerunkowego. Od każdej składki pobierana byłaby złotówka na opłacenie firmy dbającej o nasz wizerunek i reagującej na medialne ataki na lekarzy.

Ad 12.

Kol. Łuszczyńska-Ostrowska podziękowała w imieniu izbowego chóru za przyznanie dofinansowania do wyjazdu na Przegląd Chórów Izb Lekarskich. Przekazała też krótką informację o przebiegu tego wydarzenia.

Kol. Wojtyłko poinformował o konferencji w Jeseniku, gdzie odczytał list z pozdrowieniami od członków naszej Izby. Zostało to bardzo ciepło przyjęte.

Kol. Dryja z kolei brał udział w spotkaniu z Ministrem Zdrowia, dotyczącym zagrożeń wynikających z możliwości wybuchu epidemii wirusa Ebola. Poinformował, że w przypadku zarażenia tym wirusem mieszkańcy Opolszczyzny będą leczeni w szpitalu zakaźnym we Wrocławiu.

Kol. Latała przekazał informację o kolejnym wspólnym posiedzeniu Opolskiego Oddziału PTS i Komisji Stomatologicznej OIL.

Ad 13.

Na koniec posiedzenia Przewodniczący Komisji Bioetycznej kol. Miarka zwrócił się z prośbą o uzupełnienie składu Komisji o dwie osoby – kol. kol. Wojtyłkę i Dryję. Rada nie zgłosiła żadnych zastrzeżeń.

Po wyczerpaniu porządku obrad na tym posiedzeniu zakończono.

Sekretarz ORL
Lek. dent. Barbara
HAMRYSZAK

Prezes ORL
Dr n. med. Jerzy
JAKUBISZYN

PLAN SZKOLEŃ PROWADZONYCH W RAMACH KOMISJI KSZTAŁCENIA OIL NA I PÓŁROCZE 2015 r.

Termin	Kierownik naukowy	Temat	Miejsce szkolenia
20.II.2015 r. (piątek)	Konsultant Wojewódzki w dziedzinie ratownictwa medycznego dr Marek Dryja	Udzielanie I pomocy w gabinecie lekarza i lekarza dentysty z uwzględnieniem wykorzystania zestawu p/wstrząsowego – zanim przyjedzie zespół „R”	Kluczbork – zapisy dr Ewa Noceń-Firlej
6.III.2015 r. (piątek) godz. 12.30*	Konsultant Wojewódzki w dziedzinie ratownictwa medycznego dr Marek Dryja	Udzielanie I pomocy w gabinecie lekarza i lekarza dentysty z uwzględnieniem wykorzystania zestawu p/wstrząsowego – zanim przyjedzie zespół „R”	Opolska Izba Lekarska Opole ul. Grunwaldzka 23
27.III.2015 r. (piątek) godz. 10.00*	mgr Wojciech Krówczyński Grawena Edu-Kraków	Jak liczyć, aby się nie przeliczyć? – zarządzanie finansami w praktyce lekarza i lekarza dentysty	Opolska Izba Lekarska Opole ul. Grunwaldzka 23

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

Małgorzata ŁUSZCZYŃSKA-OSTROWSKA

POSIEDZENIE KOMISJI STOMATOLOGICZNEJ

W dniu 20 października 2014 r. w siedzibie OIL w Opolu odbyło się kolejne posiedzenie Komisji Stomatologicznej. Zebranych powitała dr J. Smerkowska-Mokrzycka. Przewodnicząca omówiła bieżące sprawy:

W Słoku k. Bełchatowa w dniu 26 września br. odbyło się posiedzenie Komisji Stomatologicznej NRL, na którym wysłuchano sprawozdań zespołów roboczych, omówiono zagadnienia związane z działalnością międzynarodową NIL w zakresie stomatologii, przyjęto stanowisko w sprawie nakładów NFZ na leczenie stomatologiczne, przyjęto Uchwałę Komisji w sprawie nowelizacji ustawy o działalności leczniczej (wraz z załącznikiem zawierającym projekt stanowiska NRL), mającej na celu określenie minimalnych wymogów, które muszą spełniać kierownicy przedsiębiorstw podmiotów leczniczych.

W swoim stanowisku Komisja Stomatologiczna NRL stanowczo sprzeciwia się dalszemu obniżaniu nakładów na świadczenia stomatologiczne (w planie finansowym na rok 2015 jest o 2,49% mniej środków niż w 2014 r. – czyli o 44.641.000 zł mniej). Roczny wydatek na leczenie stomatologiczne wyniesie ok. 45 zł na 1 osobę. We wszystkich doniesieniach naukowych i raportach jednoznacznie wskazuje się na pogarszanie stanu uzębienia zarówno u dzieci i młodzieży, jak i u dorosłych Polaków. Polska plasuje się na czołowych miejscach pod względem próchnicy u dzieci i młodzieży, bezzębienia u dorosłych, zaniedbań higienicznych pacjentów, a jednocześnie na końcowych miejscach w zestawieniach wysokości środków przeznaczonych na leczenie i profilaktykę stomatologiczną.

Nie jest również jednakowy rozdział pieniędzy między województwami. W 2015 r. najwięcej dostaną (w przeliczeniu na 1 mieszkańca) województwa lubelskie, warmińsko-mazurskie, podlaskie i zachodniopomorskie. Najmniej zaś dostaną pacjenci z Mazowsza, Wielkopolski i Dolnego Śląska.

Dr Anita Pacholec, przewodnicząca zespołu ds. NFZ przesłała do Okręgowych KS tabelę prezentującą zestawienie warunków zawierania umów kontraktowych w zakresie stomatologii w poszczególnych województwach. Zawiera ona m. in. ilość ofert złożonych, przyjętych i odrzuconych; wartość punktu oczekiwana/minimalna; etat przeliczeniowy. Dane zawarte w tabeli pokazują znaczne dysproporcje w wycenie świadczeń pomiędzy województwami. Nasze województwo plasuje się w środku stawki.

Dr Mokrzycka przedstawiła ponadto przyjęte na Posiedzeniu KS NRL tematy do realizacji przez Komisję ds. NFZ. Dr Pacholec przesłała też ankietę z pytaniami do przedyskutowania w okręgowych Komisjach Stomatologicznych.

W roku 2015 Ministerstwo Zdrowia przyznało na cały kraj tylko 64 miejsca rezydentur dla lekarzy dentystów, którzy pragną się specjalizować. Rezydentury dla dentystów to tylko 2,6% wszystkich rezydentur, natomiast dentyści stanowią ok. 22% wszystkich lekarzy. W województwie opolskim w roku 2014 w jesiennym naborze na specjalizację będzie tylko 1 miejsce rezydentur z zakresu chirurgii stomatologicznej.

Od nowego roku wchodzi nowe zasady zwolnień z opłacania składki na Izbę Lekarską. Przewodnicząca odczytała obszernie fragmenty listu Prezesa NIL dr Macieja Hamankiewicza w tej sprawie.

Z okazji 25-lecia Samorządu Lekarskiego na Prezydium ORL wytypowano 2 stomatologów do odznaczeń państwowych: dr Stanisława Chruszczyka i dr Wiesława Latałę – ten ostatni nie wyraził jednak zgody. Do końca listopada należy złożyć wniosek o nagrodę Prymariusza Opolskiego. KS zaakceptowała kandydaturę dr Ewy Noceń-Firlej. Kandydatura z poprzedniego okresu dr Wiesława Sienkiewicza automatycznie zostaje podtrzymana.

W dniach 6–8 lutego 2015 r. w Kołobrzegu odbędzie się Konferencja Naukowo-Szkoleniowa „Najnowsze trendy w stomatologii” (koszt 850 zł + koszt warsztatów).

W części poświęconej wolnym wnioskowi:

Dr Robert Rypniewski złożył zapytanie czy można skrócić okres zgłaszania przerwy w udzielaniu świadczeń do NFZ (miesięczny okres czasami jest trudny do zachowania, bywają sprawy losowe lub nagłe).

Dr Katarzyna Kwiecień-Drab zgłosiła problemy z realizacją polisy dodatkowej NNW u jednej z lekarek z Oleśna – określenie jasnych warunków i zasad realizacji tego typu ubezpieczenia.

Dr Jerzy Drzyzga zapytał o kartę ubezpieczeniową. Przewodnicząca zobowiązała się do wyjaśnienia tych kwestii.

Sekretarz KS

Lek. dent.

A. ADAMSKA

Przewodnicząca KS

Lek. stom.

J. SMERKOWSKA-MOKRZYCKA

OPINIA PRAWNA

Z dniem 1 stycznia 2015 r. wchodzi w życie rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 4 listopada 2014 r. w sprawie zwolnień z obowiązku prowadzenia ewidencji przy zastosowaniu kas rejestrujących (Dz. U. 2014, poz. 1544). Niniejsze rozporządzenie stanowi kontynuację zwolnień ujętych w obowiązującym w latach 2013–14 rozporządzeniu Ministra Finansów z dnia 29 listopada 2012 r. Ustawodawca w § 4 ust. 1 pkt 2 lit. f wskazał, że zwolnienia z obowiązku ewidencjonowania nie dotyczą świadczenia usług w zakresie opieki medycznej świadczonej przez lekarzy i lekarzy dentystów. Nowa regulacja nakłada obowiązek posiadania kasy rejestrującej przez lekarzy oraz lekarzy dentystów świadczących usługi na rzecz pacjentów będących osobami fizycznymi nieprowadzącymi działalności gospodarczej oraz rolników ryczałtowych, bez względu na wysokość obrotów czy ilość wykonanych usług.

Zgodnie z art. 111 ust. 1 ustawy z dnia 11 marca 2004 r. o podatku od towarów i usług (w skrócie o VAT) kasy fiskalne służą ewidencjonowaniu sprzedaży prowadzonej na rzecz osób fizycznych nieprowadzących działalności gospodarczej i rolników ryczałtowych. Lekarze mający kasy fiskalne wystawiają więc paragon tylko pacjentom, którzy korzystają z jego usług bezpośrednio. Usługi lekarskie wykonywane na rzecz podmiotu gospodarczego dokumentuje się analogicznie fakturą lub rachunkiem. Świadczenie usług lekarskich w ramach kontaktów na rzecz podmiotu gospodarczego (NFZ, firma prowadząca przychodnię, szpital) nie podlega ewidencji na kasie fiskalnej. Jeżeli więc lekarz świadczy swoje usługi wyłącznie w ramach kontraktu z NFZ czy z innym podmiotem gospodarczym, nie musi posiadać kasy fiskalnej. Natomiast lekarze, którzy świadczą usługi, zarówno w ramach kontraktu, jak i prywatnie, będą zobligowani do ewidencjonowania na kasie fiskalnej czynności wykonanych bezpośrednio na rzecz pacjenta będącego oso-

bą fizyczną nieprowadzącą działalności gospodarczych czy rolnikiem ryczałtowym.

Ustawodawca przewidział okres przejściowy dla wprowadzenia kas fiskalnych w § 9 rozporządzenia. Lekarze uprzednio zwolnieni z obowiązku ewidencjonowania, którzy po dniu 31 grudnia 2014 r. kontynuują świadczenie usług w zakresie opieki medycznej są zwolnieni z obowiązku ewidencjonowania do dnia 28 lutego 2015 r. Z dniem 1 marca 2015 r. każdy lekarz świadczący usługi z zakresu opieki medycznej na rzecz osób fizycznych nieprowadzących działalności gospodarczej lub rolników ryczałtowych, jest obowiązany posiadać kasę fiskalną. Inaczej kształtuje się obowiązek lekarzy którzy przed dniem 1 stycznia 2015 r. zaprzestali świadczenia usług medycznych, a następnie po wejściu w życie rozporządzenia świadczą te usługi. Wówczas świadczenie usług medycznych jest zwolnione z obowiązku ewidencjonowania przez okres 2 miesięcy następujących po miesiącu, w którym wykonano taką usługę. Analogicznie została uregulowana sytuacja lekarzy rozpoczynających świadczenie usług po dniu 31 grudnia 2014 r.

Dodać należy, że na podstawie art. 111 ust. 4 ustawy o VAT podatnicy, którzy rozpoczną ewidencjonowanie obrotu i kwot podatku należnego w obowiązujących terminach, mogą odliczyć od tego podatku kwotę wydatkowaną na zakup każdej z kas rejestrujących zgłoszonych na dzień rozpoczęcia (powstania obowiązku) ewidencjonowania w wysokości 90% jej ceny zakupu (bez podatku), nie więcej jednak niż 700 zł. Odliczenie 90% ceny netto urządzeń fiskalnych obowiązuje jedynie przy pierwszym zakupie kas fiskalnych. Warunkiem odliczenia jest uprzednie złożenie do naczelnika właściwego urzędu skarbowego oświadczenia o liczbie kas i miejscu ich używania.

Anna KRAUZE

*Radca Prawny OIL w Opolu
Opole, dn. 18 listopada 2014 r.*

ABC KASY FISKALNEJ

Podstawowe pytanie – kogo dotyczą nowe regulacje prawne

Poniższe informacje dotyczą lekarzy i lekarzy dentyków, którzy dotychczas nie mieli obowiązku ewidencjonowania swoich przychodów przy użyciu kas fiskalnych. Dla tych z Was, którzy już z kas korzystają, nowe regulacje prawne niczego nie zmieniają.

Nowe rozporządzenie Ministra Finansów likwiduje próg przychodów, którego osiągnięcie zmuszało poprzednio do zainstalowania kasy fiskalnej. Teraz osiągnięcie nawet przychodu w wysokości 1 złotego z tzw. obrotu konsumenckiego spowoduje konieczność zakupu kasy.

Jeżeli kasę raz zainstalujemy, to korzystanie z niej będzie konieczne już zawsze, niezależnie od tego jaki będzie w przyszłości obrót konsumencki.

Kolejne pytanie – które przychody wprowadzamy do kasy fiskalnej.

Tylko i wyłącznie te, które pochodzą z obrotu konsumenckiego czyli od osób fizycznych. Nie wprowadzamy do kasy tych przychodów, które udokumentowane są rachunkami wystawianymi na rzecz podmiotów działalności gospodarczej. Natomiast wystawienie rachunku pacjentowi nie zwalnia z obowiązku wprowadzenia przychodu do kasy (różnica wówczas polega tylko na tym, że pacjent nie dostaje wydruku z kasy fiskalnej tylko rachunek, a wydruk z kasy dopina się do kopii rachunku).

Następne pytanie – czy prowadząc praktykę w kilku lokalizacjach trzeba mieć odrębną kasę w każdej z tych lokalizacji

Można przyjąć takie rozwiązanie, ale nie jest to konieczne. Można mieć 1 kasę przenośną. Trzeba jednak o wyborze wariantu zdecydować na samym początku, bo tylko przy pierwszym instalowaniu kasy (kas) można wystąpić do Urzędu Skarbowego o częściowy zwrot kosztów kasy (kas), a można ubiegać się o zwrot do każdej zainstalowanej kasy. Zwrot ten wynosi 90% ceny, nie więcej niż 700 zł. Trzeba pamiętać, że jeżeli z jakichś powodów dojdzie do awarii kasy, to do czasu jej naprawienia nie można prowadzić działalności gospodarczej – dobrze jest więc mieć kasę zastępczą (też refundowaną). O wszelkich zmianach związanych z używaniem kas (np. kasa w jednej lokalizacji się zepsuła i kasa z innej lokalizacji będzie teraz używana w obu lokalizacjach) należy niezwłocznie powiadamiać Urząd Skarbowy. Oczywiście lekarz ma obowiązek udzielania pomocy w stanach zagrożenia życia i zdrowia, jeżeli więc taka potrzeba zaistnieje w okresie „niesprawnej” kasy fiskalnej, należy bezwzględnie takiej pomocy udzielić, a uzyskany przychód wprowadzić do kasy po jej naprawieniu.

Wreszcie – jakie są kolejne etapy procesu instalowania kasy fiskalnej

1. Do Urzędu Skarbowego, właściwego ze względu na siedzibę praktyki, należy zgłosić zamiar zainstalowania kasy (kas). Zgłoszenie należy zaadresować na Naczelnika tego Urzędu, w nagłówku podać dane praktyki wraz z nr NIP, w treści wspomnieć o liczbie kas i poszczególnych lokalizacjach albo o stosowaniu kasy przenośnej, jak też o zamiarze posiadania kasy zastępczej (od tego co będzie w tym zgłoszeniu zależy krotność zwrotu kosztów zakupu). Należy też podać jaka firma będzie serwisować kasę (kasy).

2. Do firmy serwisującej należy zgłosić potrzebę ufiaskalnienia kasy. Kasa po jej zakupieniu może być używana w celu nabycia wprawy i operacje wykonywane w tym okresie nie wchodzi do pamięci kasy. Jednak najpóźniej w przeddzień rozpoczęcia pełnego korzystania z niej (czyli najpóźniej 28 lutego 2015 r.) musi ona zostać zaplombowana i od tego momentu nie można z niej usunąć żadnych operacji. Przedstawiciel firmy serwisującej po dokonaniu tego ufiaskalnienia zostawia specjalny dokument, który należy w terminie do 7 dni przekazać do Urzędu Skarbowego (jeżeli osobiście to trzeba zrobić kserokopię i poprosić o potwierdzenie daty wpływu, jeżeli listownie to bezwzględnie listem poleconym za potwierdzeniem odbioru). **Przekroczenie tych 7 dni pozbawia możliwości ubiegania się o refundację kosztów zakupu.** Przedstawiciel serwisu wprowadzi również do pamięci kasy odpowiednie kody, które będą musiały być stosowane potem przez lekarza. Kody te muszą być zgodne z aktualną Polską Klasyfikacją Wyrobów i Usług. Na szczęście ich zakres jest bardzo ograniczony. Każdy lekarz prowadzący indywidualną praktykę lekarską będzie stosował jeden kod – 86.21.10.0 – *usługi w zakresie ogólnej praktyki lekarskiej*. Lekarze prowadzący praktyki specjalistyczne mają dwa kody – 86.22.11.0 – *usługi w zakresie analizy i opisywania obrazów medycznych* lub 86.22.19.0 – *pozostałe usługi w zakresie specjalistycznej praktyki lekarskiej*. Lekarze dentyści mają również do dyspozycji dwa kody – 86.23.11.0 – *usługi w zakresie praktyki ortodoncyjnej* lub 86.23.19.0 – *pozostałe usługi w zakresie praktyki dentystrycznej*.

3. Urząd Skarbowy powiadomi o nadaniu kasie numeru identyfikacyjnego, który konieczne trzeba w sposób trwały nanieść na obudowę kasy.

Rodzaje kas

Są kasy tańsze, które kopię paragonu fiskalnego drukują na zapasowym pasku papieru wewnątrz kasy i są kasy droższe, które mają pamięć elektroniczną i w niej zapisują poszczególne transakcje. W przypadku wydruku papierowego, kopie paragonów należy przechowywać **przez okres 2 lat**. W przypadku praktyki, która korzysta

z systemu elektronicznego obsługującego działalność tej praktyki, a system z kolei jest rozbudowany o moduł fiskalny, można zamiast kasy fiskalnej posiadać drukarkę fiskalną sprzężoną z komputerem. Ceny w/w urządzeń oscylują w granicach 1000–1500 zł.

Kasy są zaopatrzone w zapasowe zasilanie bateryjne, które pozwala na wydrukowanie minimum 200 paragonów (ważne, gdy mamy awarię zasilania w energię elektryczną).

Korzystanie z kasy

Oryginał paragonu fiskalnego otrzymuje pacjent. Wyjątkiem, o którym już wyżej wspomniano, jest sytuacja, gdy pacjentowi wydajemy rachunek – wówczas paragon fiskalny doczepiany jest do kopii rachunku i pozostaje u lekarza.

Na koniec każdego dnia przyjmowania pacjentów należy sporządzić raport dzienny (w kasie jest odpowied-

ni przycisk, pozwalający na dokonanie tego podsumowania). Jeżeli po sporządzeniu takiego raportu trafi się niespodziewany pacjent (np. pacjent z bólem zęba u lekarza dentysty), należy go oczywiście przyjąć, wprowadzić kolejny przychód do kasy i wydrukować nowy raport dzienny. Na koniec każdego miesiąca należy sporządzić raport miesięczny. Raportyienne i miesięczne należy przechowywać **przez 5 lat**.

Kasa musi być serwisowana co 24 miesiące, nawet gdyby – jako kasa zastępcza – nie była w ogóle używana.

Jeżeli kasa została zainstalowana i pobrano zwrot kosztów zakupu, a z jakichś względów nie była przez 3 lata używana, to trzeba będzie oddać te 700 zł (nie dotyczy to kasy zastępczej).

Wszystkie awarie, kradzieże, „zapełnienia” pamięci, itp. wymagają zgłoszenia do Urzędu Skarbowego i do Serwisu.

NOWOTWORY – ROSNĄCY PROBLEM I KONIECZNOŚĆ WSPÓLNYCH STRATEGII

„Medycyna zna zatem tę chorobę od ponad trzech tysięcy lat. I od ponad trzech tysięcy ludzkość stuka do drzwi medycyny błagając o lek.” – „Fortune” marzec 1937.

„Trzeba było niemałej odwagi, by w latach sześćdziesiątych zabierać się do chemioterapii [...] I silnego przekonania, że nowotwór zostanie w końcu pokonany za pomocą lekarstw.” – Vincent DeVita, badacz z NCI.

„Spróbujmy pokonać ostatecznie raka przed dwusetną rocznicą powstania Stanów Zjednoczonych. Cóż by to było za święto!” – „New York Times” grudzień 1969 r.

„Dziś, oprócz uniwersalnego lekarstwa, najbardziej potrzebujemy metody stwierdzenia obecności raka, nim jeszcze wystąpią kliniczne symptomy.” – Sidney Faber listopad 1962 r.

„Zdaje się, że wkroczyliśmy w nowy wspaniały świat dokładnie celowanych, mniej szkodliwych i bardziej skutecznych terapii łączonych.” – „Breast Cancer Action Newsletter”, 2004 r.

„Rewolucję w badaniach nad nowotworami można streścić jednym zdaniem: rak jest w gruncie rzeczy chorobą genetyczną.” – Bert Vogelstein

Szanowni Koleżanki i Koledzy!

Pozwoliłem sobie na nieco nietypowe rozpoczęcie artykułu, ale myślę, że powyższe cytaty zaczerpnięte z książki *„Cesarz wszech chorób. Biografia raka”* trafnie odzwierciedlają zmiany, które dokonały się w leczeniu nowotworów. Biorąc pod uwagę rosnącą liczbę zachorowań na nowotwory Opolski Oddział Polskiego Towarzystwa Onkologicznego wyszedł z inicjatywą zamieszczenia serii artykułów informacyjnych, które będą

dotyczyć: profilaktyki, wczesnych objawów, diagnostyki i leczenia nowotworów z uwzględnieniem sytuacji w województwie opolskim. Inicjatywa spotkała się z aprobatą Prezesa OIL w Opolu dr Jerzego Jakubiszyna oraz redaktora Biuletynu Informacyjnego dr Jerzego Lacha. Obecny artykuł stanowi wstęp do kolejnych, omawiających szczegółowo poszczególne nowotwory.

Zdajemy sobie sprawę, że „onkologia” jest pojęciem bardzo szerokim, dlatego zamierzamy przedstawić najważniejsze informacje w skróconej i przystępnej formie „Onkologii w pigułce”. Większość z państwa już teraz w codziennej praktyce spotyka się z pacjentem z podejrzeniem nowotworu, z rozpoznanym nowotworem w trakcie leczenia onkologicznego lub po jego zakończeniu. Perspektywy najbliższych lat wskazują na wyraźny wzrost liczby zachorowań. Jest to związane ze wzrostem długości życia oraz zmianą sytuacji demograficznej. Obecnie w Polsce osoby powyżej 65 roku stanowią 14% populacji, ale w 2025 r. wartość ta wzrośnie do 21 %. Jednym z głównych czynników ryzyka zachorowania jest wiek. Niezwykle ważne jest palenie tytoniu, które ma związek z ryzykiem wielu nowotworów szczególnie źle rokujących, jak: rak płuca, rak przełyku, rak krtani, gardła i inne. W przypadku raka płuca, nowotworu w 85–90% związanego z paleniem tytoniu, przeżycia pięcioletnie są na poziomie 10–11%. Jest to nadal najczęstszy nowotwór w grupie mężczyzn i trzeci co do częstości w grupie kobiet. Mimo tego w 2010 r. 23,8% dorosłych osób w Polsce paliło papierosy. Innym ważnym czynnikiem jest otyłość i nadwaga. W 2013 r. w Polsce 46,8% osób miało prawidłową wagę ciała, 36,6% nad-

wagę, a 16,6% otyłość. Problem wydaje się szczególnie istotny, jeżeli weźmiemy pod uwagę, że między rokiem 2001 a 2009 podwoiła się liczba nastolatków w wieku 15 lat z nadwagą i otyłością z 7% do 14%. Jeżeli dołączymy do tego błędy dietetyczne, małą ilość spożywanych warzyw i owoców, zanieczyszczenie środowiska, palenie tytoniu, spożycie alkoholu, to całkiem realny staje się przedstawiony scenariusz, w którym nowotwory w ciągu najbliższych dziesięciu lat staną się pierwszą przyczyną zgonów. Rozpatrując najczęstsze nowotwory, przewidywany wzrost liczby zachorowań jest istotny. W przypadku raka piersi, przy założeniu liniowego wzrostu zachorowań, liczba ta wzrośnie z 16 tys. w 2011 r. do niemal 20 tys. w 2020 r. Podobne wartości przewidywane są w przypadku raków jelita grubego. Jednocześnie wyniki leczenia nowotworów w Polsce są o 10–15% gorsze niż w większości państw Unii Europejskiej, co niewątpliwie ma wieloczynnikowe podłoże. Badania EURO-CARE-5, które oceniają wyniki leczenia nowotworów w Europie, wykazały 5-letnie przeżycia w Polsce na poziomie 45,5%, a wartość ta była szczególnie niska w grupie mężczyzn i wyniosła 37,7%. Liczby te nie napawają optymizmem i trudno nie zgodzić się ze stwierdzeniem, że słowo „rak” jest utożsamiane z obawą, strachem, bezradnością i nieuchronnym wyrokiem.

Z drugiej strony od kilkudziesięciu lat obserwujemy stopniowy, stały postęp w leczeniu nowotworów, choć nie mam wątpliwości, że droga do sukcesu jest jeszcze daleka. Istnieje konieczność podjęcia wieloczynnikowych działań, które pozwolą zmniejszyć umieralność przez wcześniejsze wykrywanie nowotworów i poprawę wyników leczenia. W ciągu 15 lat mojej pracy pojawiły się pierwsze skuteczne leki w leczeniu raka nerki, czerniaka, nowotworów podścieliskowych przewodu pokarmowego i wielu innych. W znacznej mierze jest to związane z rozwojem nauk podstawowych, głównie biologii molekularnej, dzięki której poznawane są mechanizmy inicjacji i progresji nowotworu. Pozwoliły one na opracowanie leków określanych jako „celowane”, których działanie jest ukierunkowane na mechanizmy progresji istotne w danym nowotworze. Leki te odgrywają ważną rolę w leczeniu raka piersi, nerki, jajnika, nowotworów podścieliskowych przewodu pokarmowego, mięsakach, raku płuca, nowotworach neuroendokrynnych, nowotworach układu chłonnego. Leczenie onkologiczne staje się coraz bardziej dokładne i mniej okaleczające. Jest to widoczne w leczeniu chirurgicznym, gdzie w miejsce zabiegów rozległych, stosuje się obecnie metody z oszczędzaniem narządu i mniejszym ryzykiem trwałych powikłań.

Widzimy to w leczeniu raka piersi, gdzie pierwsze zabiegi chirurgiczne obejmowały usunięcie piersi, mięśnia piersiowego, węzłów chłonnych pachowych, jak również węzłów zamostkowych. Obecnie możemy usunąć tylko części piersi oraz wykonać procedurę „węzła wartow-

nika”, oszczędzając pozostałe węzły pachowe. Zabieg oszczędzający pierś ma istotne znaczenie psychologiczne, a oszczędzenie węzłów chłonnych zmniejsza ryzyko obrzęku kończyny górnej i ograniczenie jej sprawności. Również radioterapia stała się bardziej dokładna i ukierunkowana na leczenie chorych tkanek z zaoszczędzeniem zdrowych narządów. Trzeba jednak pamiętać, że takie postępowanie jest możliwe w przypadku wykrycia nowotworu na wczesnym etapie. Głównym czynnikiem warunkującym sukces leczenia w większości nowotworów jest stopień zaawansowania. Jednym ze sposobów warunkujących wczesne wykrycie są badania przesiewowe. Nie mają one uzasadnienia we wszystkich nowotworach, ale mają udowodnione miejsce w raku piersi, jelita grubego i szyjki macicy. Powodują wyraźny spadek umieralności w grupie osób, które te badania wykonują. W Polsce odsetek osób zgłaszających się na nie jest niższy, niż w innych państwach Europy. W województwie opolskim, według ostatnich danych, na przesiewowe badanie mammograficzne zgłosiło się 41,26% kobiet objętych tym badaniem. Jest to wartość niższa od oczekiwanej. Dopiero zgłaszalność na poziomie 75–80% powoduje, że przesiewowe badanie mammograficzne ma społeczne i ekonomiczne uzasadnienie. Nadal w codziennej praktyce od 20% do 25% pacjentek ma rozpoznanego raka piersi w stadium pierwotnie nieoperacyjnym.

Konieczne jest podjęcie działań przez lekarzy i inne osoby pracujące w ochronie zdrowia oraz środki masowego przekazu celem przedstawienia rzetelnych informacji odnośnie roli tych badań. Równie ważna jest profilaktyka pierwotna, która ma informować o czynnikach ryzyka nowotworów i promować zachowania prozdrowotne. To również rolą nas – lekarzy – jest przekazywanie społeczeństwu informacji odnośnie znaczenia palenia papierosów, picia alkoholu, otyłości, diety, wysiłku fizycznego, infekcji wirusowych i bakteryjnych. Analizując czynniki ryzyka warto uwzględnić wywiad rodzinny. W przypadku powtarzających się zachorowań na raka piersi, jajnika, jelita grubego, żołądka lub innych warto skierować pacjenta na badania genetyczne pod kątem wysokiego, dziedzicznego ryzyka zachorowania. Osoby ze stwierdzonym wysokim ryzykiem zachorowania powinny być objęte specjalnymi programami opieki. Należy pamiętać, że badania profilaktyczne i badania genetyczne mają znaczenie jedynie w niektórych nowotworach. W większości we wczesnym wykryciu gra rolę „czujność onkologiczna” i znajomość objawów. Niestety wczesne objawy są niecharakterystyczne, niespecyficzne i są identyczne, jak w częściej występujących chorobach nienowotworowych.

Kolejnym ważnym elementem mającym olbrzymi wpływ na wyleczalność nowotworów jest odpowiednie zaplanowanie leczenia. Znaczna część nowotworów wymaga leczenia skojarzonego: chirurgicznego, radioterapii i leczenia systemowego (chemioterapii, immunote-

rapii, hormonoterapii). Metody te stosuje się w różnych sekwencjach, a często stosuje się je równocześnie. Dlatego ważne jest, aby pacjent był konsultowany w ośrodku onkologicznym, który dysponuje odpowiednimi metodami diagnostycznymi i wszystkimi wymienionymi metodami leczenia. Decyzja o leczeniu powinna być podejmowana przez grupę lekarzy onkologów (chirurg onkolog, onkolog kliniczny, radioterapeuta, ginekolog onkolog). Nie można zapomnieć o opiece psychologicznej, którą powinni być objęci pacjenci w trakcie leczenia i po jego zakończeniu. Nie ma wątpliwości, że nowotwory są problem wielospecjalistycznym. Biorąc pod uwagę, że w województwie opolskim jest ograniczona liczba lekarzy onkologów, którzy skupiają się głównie na leczeniu pacjentów z rozpoznaną chorobą nowotworową, to Państwo, jako lekarze innej specjalności odgrywacie główną rolę we wczesnym wykryciu nowotworów.

Szczególna rola w tym procesie przypada lekarzom rodzinnym. Powyższy artykuł jest wstępem do następnych, które będą drukowane w kolejnych Biuletynach Informacyjnych w odstępach co dwa miesiące. Planowane będą artykuły informacyjne odnośnie wczesnych objawów, czynników ryzyka, profilaktyki, leczenia i badań kontrolnych poszczególnych nowotworów z uwzględnieniem sytuacji w województwie opolskim. Przedstawimy najczęstsze powikłania leczenia onkologicznego, z którymi Państwo możecie się spotkać w codziennej praktyce. Artykuły – forma drukowana w „Biuletynie Informacyjnym” OIL – pozwoli Wam wrócić do artykułów w przypadku pojawiających się pytań i wątpliwości.

Kolejny będzie dotyczył zagadnienia, z którym Państwo najczęściej spotykacie się w codziennej praktyce i będzie omawiał podstawowe zasady leczenia bólu u pacjentów z rozpoznanymi nowotworami.

Mam nadzieję, że najbliższy i kolejne artykuły okażą się dla Państwa przydatne. Tą drogą będziemy mogli dotrzeć do znacznie większej liczby z Was, niż przez prowadzenie szkoleń. Nie oznacza to, że zamierzamy z nich zrezygnować! W ramach działalności Opolskiego Oddziału Polskiego Towarzystwa Onkologicznego we współpracy z innymi towarzystwami naukowymi w województwie opolskim, będą prowadzone comiesięczne szkolenia edukacyjno-naukowe. Informacje odnośnie prowadzonych szkoleń znajdziecie Państwo na stronie Internetowej Opolskiego Centrum Onkologii w zakładce PTO. Adres internetowy Opolskiego Centrum Onkologii: www.onkologia.opole.pl.

Przesyłam Wam koleżeńskie pozdrowienia i mam nadzieję, że planowane artykuły okażą się przydatne. Liczę także na Państwa propozycje odnośnie tematów z zakresu onkologii, które powinny być omówione w planowanym cyklu artykułów.

Lek med. Marek SZWIEC

Oddział Onkologii Klinicznej Opolskiego

Centrum Onkologii

Przewodniczący Opolskiego Oddziału PTO w Opolu

Kontakt: Opolskie Centrum Onkologii

Oddział Onkologii Klinicznej

45-060 Opole, ul. Katowicka 66A; tel. 77/44 16 090

DO OPOLSKICH PRZYJACIÓŁ

Pomysł na Izbę Lekarską w Opolu narodził się, jak sądzę, we wrześniu – październiku 1989 roku, bowiem na listopadowym zjeździe założycielskim we Wrocławiu (pamiętna sala Politechniki) delegaci z województwa opolskiego od razu zaproponowali wyłączenie się ze struktur Dolnego Śląska. Zostało to oczywiście demokratycznie przegłosowane przez całą salę – następstwem tego kroku były kolejne zjazdy grudniowe – w Opolu i we Wrocławiu, aby zdążyć z wyborem delegatów na I Zjazd Krajowy w Warszawie.

Osobiście czuję się prawie członkiem Izby Opolskiej, bowiem przed kilka lat mieszkałem w Opolu przy ul. Grunwaldzkiej 7 (czy ktoś jeszcze pamięta krasnoludka stojącego przed tym domem?), zdawałem maturę w III LO, a moi śp. Rodzice Zbyszko i Róża wnieśli swój wkład w kulturalne życie Śląska Opolskiego.

Małe Izby – co mogłem obserwować z perspektywy swojej aktywności w Izbie Naczelnej – są bardzo zintegrowane, prężne. Na zjazdach okręgowych jest żywa dyskusja, delegaci się dobrze znają i jest ich oczywiście mniej – w dużych izbach na zjazd przyjeżdża ponad 200 osób – co ułatwia prowadzenie obrad. Można by powiedzieć,

że małe jest piękne. Niestety jest też mniej pieniędzy... Patrząc się jednak na działalność Izby w Opolu, a także OIL w Bielsku i Częstochowie, to chyba korzyści takiego rozwiązania przeważają zdecydowanie nad negatywami.

Kilkakrotnie jako delegat NRL uczestniczyłem w Zjazdach tej, siostrzanej dla DIL-u, Izby i byłem pełen podziwu dla rewolucyjnego zapału wielu kolegów – szczególnie Marka Sabata, opanowania Krzyśka Kamińskiego, mozolnej organizacyjnej pracy Marty Kabarowskiej.

Jacek Miarka wrósł w Naczelny Sąd Lekarski, jest kompetentny, bezkompromisowy, panuje nad stronami rozprawy i składem orzekającym. Potrafi przywołać do porządku nawet najbardziej wygadanego profesjonalnego adwokata.

Stopniowo objawiał się samorodny prawniczy talent Jerzego Jakubiszyna, nieocenione krytyka ukrytych w ustawach i rozporządzeniach niuansów legislacyjnych. Miarą uznania, jakim się cieszy w Polsce jest przewodniczenie Konwentowi Prezesów

Jurek Lach dziennikarstwo i działalność medialną wyssał z mlekiem ojca, znanego dziennikarza, od wielu lat redaguje wydawnictwa Izbowe, wielokrotnie spotykali-

śmy się na ogólnopolskich zebraniach redaktorów biuletynów izbowych. Z tymi dwoma Jurkami łączy mnie prawdziwa przyjaźń. Mam nadzieję, że Izba Okręgowa i Naczelna będzie mogła jeszcze długo czerpać z ich mądrości, opanowania i dowcipu.

Ale Opolska Izba, to nie tylko działacze, to rzesza Koleżanek i Kolegów ofiarnie i kompetentnie wykonujących „robotę” lekarską – mogłem się sam przekonać o tym w chwilach dla mnie najtrudniejszych – odchodzenia moich Rodziców. Jestem im za to ogromnie wdzięczny.

Aby nie kończyć tego krótkiego tekstu tym smutnym akcentem, chcę wspomnieć o wielu członkach Opolskiej Izby, którzy w przeszłości studiowali na Akademii Medycznej (obecnie Uniwersytecie) we Wrocławiu. W czasie naszych spotkań przypominają mi prowadzone przeze mnie ćwiczenia. Niestety(!) nie pamiętają o miodzie mądrości naukowej jaki płynął z moich ust, za to doskonale cytują zabawne anegdoty, powiedzenia, wspominają – jak mówią – ciepłą, dowcipną i pozbawioną nudy atmosferę ćwiczeń z endokrynologii i medycyny. Ale nie wszyscy lekarze wędrowali z Wrocławia do Opola. Byli

też transfery odwrotne. W czasie, gdy byłem Prezesem Dolnośląskiej Izby Lekarskiej przyszedł do mnie nobliwie wyglądający starszy pan – i mówi: *Panie Prezesie jestem lekarzem, przenoszę się z Izby Opolskiej do Dolnośląskiej, kultura nakazuje, aby Prezesowi Izby przedstawić się i złożyć wyrazy szacunku – nazywam się Tadeusz Kukiz, byłem ordynatorem w Niemodlinie, obecnie zamieszkałem we Wrocławiu.* Ofiarował mi jednocześnie wydaną przez siebie książkę pt. „Madonny kresowe”. Był to ojciec znanego muzyka, wokalisty, obecnie radnego Sejmiku Dolnośląskiego. W ubiegłym roku Minister Kultury odznaczył dr Tadeusza Kukiza medalem „Gloria Artis” za pięciotomowe opracowanie wizerunków Matki Boskiej przywiezionych z kresów wschodnich do Polski po II wojnie światowej, których wiele znajduje się także na ziemi dolnośląskiej. W ten sposób nasze Izby zostały połączone także duchowo.

Pozdrawiam całą Opolską Izbę! Życzę dalszych 25 lat, aby można było mówić o prawdziwym jubileuszu (bo taki jest dopiero po 50 latach)!

Włodzimierz BEDNORZ

NAGRODY, NAGRODY...

Miło mi donieść, że koniec roku obfitował w radosne i krzepiące wydarzenia dla naszej Korporacji. Otóż 4 października ogłoszone zostały wyniki VI edycji Plebiscytu „Opolski Hipokrates 2014”.

I tak najwięcej głosów czytelników NTO uzyskał (już po raz drugi z rzędu) **dr Jarosław Mijas**, specjalista w dziedzinie chorób płuc, medycyny ratunkowej i pediatrii. Pracuje w Strzelcach Opolskich i od 9 lat jest ordynatorem Oddziału Dziecięcego w Szpitalu Powiatowym w Strzelcach Opolskich.

Kolejne miejsce zajął **dr Jarosław Kostyla**, który jest specjalistą medycyny ratunkowej i pełni funkcję zastępcy ordynatora Szpitalnego Oddziału Ratunkowego Wojewódzkiego Centrum Medycznego w Opolu.

Trzecie miejsce w plebiscycie czytelników NTO przypadło ex aequo **dr Bogusławowi Jaroszewiczowi** – ordynatorowi Oddziału Chorób Wewnętrznych 116 Szpitala Wojskowego w Opolu i **dr Jackowi Kochanowskiemu** – lekarzowi rezydentowi ze Szpitala Wojewódzkiego w Opolu.

Wśród lekarzy dentyków najwięcej głosów czytelników uzyskał **dr Michał Lizurej** z Opola, a kolejne miejsca zajęli: **dr Gabriela Mijas** – prowadząca Specjalistyczną Praktykę Stomatologiczną w Strzelcach Op. i Kędzierzynie-Koźlu oraz **dr Marta Cybulska** z NZOZ „Eurodent” w Zdzeszowicach.

W tym roku Kapituła Plebiscytu **nominowała do tej nagrody czterech lekarzy: dr Jerzy Jakubiszyn** – otolaryngolog z Opola, **dr Aleksander Sachanbiński** – chirurg onkolog z Opola, **dr Paweł Szkaradek** – specjali-

sta chorób oczu z Kędzierzyna-Koźla oraz **dr Wojciech Walas** – anestezjolog i neonatolog z Opola.

Jak przyznali członkowie Kapituły Nagrody „Opolski Hipokrates”, wybór był niezwykle trudny, ale ostatecznie **Honorową Statuetkę „Opolskiego Hipokratesa” otrzymał dr Aleksander Sachanbiński**. Dr Sachanbiński jest specjalistą chirurgii ogólnej i chirurgii onkologicznej i pełni funkcję Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie chirurgii onkologicznej. Od 1998 r. jest ordynatorem Oddziału Chirurgii Onkologicznej Opolskiego Centrum Onkologii.

W czasie tej samej uroczystości wręczone zostały również, przyznane przez Sejmik Województwa Opolskiego, odznaki „Za Zasługi dla Województwa Opolskiego”. Ten szacowny tytuł otrzymali: **dr Wiesława Budzin** – zakaźnik, ordynator Oddziału Chorób Zakaźnych Szpitala Wojewódzkiego w Opolu, **dr Roman Szwedowski** – urolog, wieloletni ordynator Oddziału Urologicznego początkowo Szpitala Wojewódzkiego, a następnie Wojewódzkiego Centrum Medycznego w Opolu, **dr Janusz Piechurski** – chirurg, ordynator Oddziału Chirurgii Ogólnej Szpitala Wojewódzkiego w Opolu, **dr Aleksander Sachanbiński** – chirurg onkolog z Opolskiego Centrum Onkologii oraz **dr Zbigniew Kowalik** – chirurg, ordynator Oddziału Chirurgii Ogólnej i Naczyniowej Wojewódzkiego Centrum Medycznego w Opolu.

Przy tej okazji chciałbym gwoili ścisłości również przypomnieć, że to samo odznaczenie w czerwcu br. otrzymał **dr Robert Urbańczyk**, były Lekarz Wojewódzki.

Wszystkim nagrodzonym bardzo serdecznie gratulujemy!!!
(oprac. Jerzy B. LACH)

DLACZEGO WIĘKSZOŚĆ WŁADCÓW I KRÓLÓW POLSKI BYŁA WYKLINANA PRZEZ KOŚCIÓŁ?



Bolesław Chrobry



Bolesław Krzywousty



Władysław Łokietek



Władysław Jagiello



Kazimierz Jagiellończyk

Wg Galla Anonima już brat św. Wojciecha, patrona Polski Gaudenty miał obłożyć kłutwą Bolesława Chrobrego (967–1025) z powodu jego rozpustnego życia.

Bolesław II Zapomniany, pierworodny syn Mieszka II został wyklęty przez papieża Benedykta VIII, kiedy rozpoczął walkę z nowopowstałym w Polsce kościołem chrześcijańskim mordując księży, burząc kościoły i wprowadzając z powrotem stare bóstwa pogańskie. Zamordowany, został całkowicie wymazany z historii, mimo że panował 4 lata. Do Polski z Niemiec w towarzystwie biskupa Arona powrócił wówczas drugi syn Mieszka II Kazimierz Odnowiciel, który przystąpił do odnawiania chrześcijaństwa.

Krakowski biskup Stanisław ze Szczepanowa (późniejszy święty i patron polski) wg Jana Długosza rzucił kłutwę na króla Bolesława Śmiałego (1041–81) za grzech sodomii (w historii podobnie grzeszyli Aleksander Macedoński i nasz król Władysław Warneńczyk). Wkrótce po tym Stanisław Szczepanowski zginął z rąk Bolesława Śmiałego na krakowskiej Skałce, zaś król – wraz z żoną i jedynym synem Mieszkiem – musiał uciekać z Krakowa na Węgry, gdzie wkrótce zmarł w miejscowości Osijek.

Kolejnym władcą, na którego spadła najsurowsza w chrześcijaństwie kara i która pozbawiła go korony królewskiej był Bolesław Krzywousty (1086–1139). Otrzymał ją jednak jak najbardziej zasłużenie za zabójstwo swojego przyrodniego brata Zbigniewa w roku 1111 – tym bardziej, że zaprosił go na spotkanie pojednawcze gwarantując pełne bezpieczeństwo. Niestety Zbigniew został pojmany, następnie oślepiiony i wtrącony do więzienia, gdzie zmarł po kilku dniach. Kłutwa ciążyła na Bolesławie Krzywoustym przeszła na jego synów.

Jako pierwszy obłożony został kłutwą kościelną jego najstarszy syn Władysław II Wygnaniec (1104–59). Jako książę senior, dążąc do zjednoczenia Polski podzielonej przez ojca na dzielnice, próbował podporządkować

sobie młodszych braci, którzy schronili się na zamku w Poznaniu. Wówczas arcybiskup gnieźnieński Jakub ze Żnina rzucił na Władysława Wygnaniec kłutwę, ponieważ w jego wojsku oblegającym Poznań znajdowały się pogańskie oddziały Polowców. Wg Jakuba ze Żnina Władysław Wygnaniec w walce z chrześcijańskimi książętami sprzymierzył się z poganami. Władysław II musiał opuścić Polskę zyskując przydomek Wygnaniec. Udał się do Rzymu i – aby zdjąć z siebie kłutwę – wziął udział w drugiej Wyprawie Krzyżowej do Ziemi Świętej, co automatycznie znosiło kłutwę. Jednak arcybiskup Jakub ze Żnina razem z ówczesnym księciem seniorem Bolesławem Kędzierzawym decyzji papieża Eugeniusza III nie przyjęli do wiadomości. Wówczas Gwidon, legat papieski w Polsce, na polecenie papieża rzucił kłutwę na braci juniorów i całe duchowieństwo polskie. Władysław Wygnaniec mimo, że miał poparcie cesarza niemieckiego Fryderyka II Barbarossy, na dworze którego znalazł schronienie, nigdy do Polski nie powrócił i pochowany został w miejscowości Altenburg w Saksonii.

Piastowski książę Bolesław Brodaty został obłożony kłutwą w roku 1235 przez papieża Grzegorza IX rzekomo za prześladowanie kościoła w Polsce. To prześladowanie polegało na tym, że Henryk Brodaty dążył do rozdziału spraw duchowych od doczesnych, co wiązało się ze znacznym uszczupleniem olbrzymich majątków kościelnych. Te zarzuty były zadziwiające ponieważ jego żona Jadwiga Trzebnicka została świętą i patronką całego Śląska, klasztor w Trzebnicy ufundował sam książę Henryk Brodaty, zaś jego syn Henryk otrzymał przydomek Pobożnego (zginął w bitwie pod Legnicą z Tatarami w roku 1241). Mimo dwukrotnego odwołania papież Grzegorz IX kłutwy nie anulował, tylko ją zawiesił, co przekreśliło definitywnie starania Henryka Brodatego o koronę królewską. Mimo kłutwy kościelnej Henryk Brodaty spoczął w ufundowanym przez siebie klasztorze w Trzebnicy, gdzie później pochowano jego żonę św.

Jadwigę. Do unieważnienia tej klątwy doprowadził, dopiero po jego śmierci, jego syn Henryk Pobożny.

Podobną klątwą obłożony został Henryk IV Probus, czyli Prawy (1248–90), który przez kilka miesięcy zasiadał na tronie krakowskim. Henryk Probus rozmaitymi sposobami uszczuplał majątki kościelne, dlatego też klątwę na niego nałożył biskup wrocławski Tomasz, a zatwierdził ją arcybiskup gnieźnieński Jakub Świnka. Ponieważ papież Marcin IV klątwę tą utrzymał, Henryk Probus najechał dobra biskupa Tomasza, a kiedy mieszkańcy Raciborza, gdzie się schronił, wydali go Henrykowi Probusowi – ten zmusił go do odwołania klątwy.

Drugą klątwę na księcia Henryka Probusa nałożył w roku 1285 ponownie arcybiskup gnieźnieński Jakub Świnka, zaś zatwierdził papież Honoriusz III za zagarnięcie przez niego z Klasztoru Dominikanów we Wrocławiu kosztowności zdeponowanych na sfinansowanie udziału rycerstwa śląskiego w kolejnej Wyprawie Krzyżowej. Ponieważ Henryk IV obiecał wziąć w niej udział, zwrot zagarniętych pieniędzy i przekazanie własnych funduszy na Wyprawę Krzyżową – klątwa została z niego zdjęta. Ostatecznie do Wyprawy Krzyżowej nie doszło, zaś wizerunek Henryka IV Probusa wydaje się, że nie był całkowicie „Prawy”.

Dwukrotnie klątwą kościelną obłożony był również król Władysław Łokietek (1260–1333). Otóż po śmierci króla Przemysława II w czasie walk o Wielkopolskę, wojska Władysława Łokietka – złożone głównie z najemników niechrześcijańskich (ruskich i węgierskich) – niszczyły kościoły, klasztory, profanowały cmentarze. Tą w pełni zasłużoną klątwę rzucił na Władysława Łokietka biskup poznański Andrzej. Wkrótce biskup Andrzej odwołał klątwę pod naciskiem czeskiego króla Wacława II po obietnicy złożonej przez Łokietka, że zostanie lennikiem Wacława II. Klątwa ta została ostatecznie zdjęta podczas pobytu Władysława Łokietka w Rzymie w roku 1300.

Po dziesięciu latach w roku 1310 na głowę Władysława Łokietka spadła kolejna klątwa kościelna. Klątwę, w imieniu ówczesnego papieża Klemensa V, nałożył legat papieski na Węgrzech (w Polsce w owym czasie nie było legata papieskiego) w następstwie wyroku, jaki zapadł w sądzie papieskim w Preszburgu (obecna Bratysława) w sprawie konfliktu Władysława Łokietka z biskupem krakowskim Janem Muskata. Otóż Jan Muskata był orędownikiem panowania w Polsce czeskiego króla Wacława II. Po jego śmierci Władysław Łokietek wygnał Jana Muskata z Krakowa i zagarnął jego posiadłości. Jan Muskata schronił się we Wrocławiu, zaś w roku 1309 na zaproszenie Władysława Łokietka, mając jego pełne gwarancje, przybył do Krakowa. Został jednak przez wysłanników Łokietka schwytany i wtrącony do więzienia. Sąd papieski w Preszburgu wydał wyrok przywrócenia wszystkich godności i posiadłości biskupowi krakowskiemu i rzucił klątwę nie tylko na Władysława

Łokietka, ale również na cały naród Polski. Władysław Łokietek nie podporządkował się temu wyrokowi i zgodził się na przywrócenie Jana Muskaty na biskupstwo krakowskie dopiero, kiedy rozpoczął starania o koronę królewską. Ówczesny papież Jan XXII wyraził zgodę jedynie na koronę króla krakowskiego, tak więc Władysław Łokietek nigdy nie był królem Polski. Łokietek zemścił się na Janie Muskacie po jego śmierci. Nie wyraził bowiem zgody na jego pochówek w kryptach Katedry Wawelskiej, gdzie składano szczątki jego poprzedników. Jego skromny pogrzeb odbył się w Klasztorze Cystersów w podkrakowskiej Mogile (obecna Nowa Huta).

Najwyższa kara kościelna dotknęła również syna Władysława Łokietka – Kazimierza Wielkiego (1310–70). Klątwa ta nie dotyczyła jednak niemoralnego prowadzenia się króla (podwójna bigamia, liczne kochanki) lecz nałożenia wysokiego podatku na dobra kościelne. Klątwę tą rzucił na Kazimierza Wielkiego biskup krakowski Bodzanta w roku 1349. Pisemne uzasadnienie przekazał królowi sekretarz biskupa ksiądz Marcin Boryczka. Kazimierz Wielki rozkazał Boryczkę wraz z dekretem o klątwie zaszyć żywcem w worku, który następnie wrzucono do przerebli na Wiśle pod Wawelem (był to bowiem miesiąc grudzień). Biskup Bodzanta nie upomniał się o swojego sekretarza, zaś sam Boryczka – mimo, że zginął śmiercią męczeńską z rąk królewskich (jak niegdyś Stanisław Szczepanowski z rąk króla Bolesława Śmiałego) – nie został świętym i pamięć o nim zniknęła w mrokach dziejów.

Po raz ostatni klątwy papieskie dotknęły dwóch pierwszych Jagiellonów, w wyniku usilnych knoń Krzyżaków.

Jako pierwszy otrzymał ją Władysław Jagiełło (1362–1434), gdyż w bitwie pod Grunwaldem z rycerzami Zakonu Najświętszej Marii Panny wspierali go pogańscy Tatarzy, prawosławne pułki smoleńskie Wielkiego Księcia Litewskiego Witolda, jak również czescy husyci pod dowództwem Jana Žižki.

Dwukrotnie wykłęty był również syn Władysława Jagiełły – Kazimierz Jagiellończyk (1427–92), który podczas 13-letniej wojny z Zakonem Krzyżackim również używał wojsk „innowierców”.

Te klątwy papieskie zostały całkowicie zignorowane przez hierarchów kościelnych i dostojników obu Jagiellonów. Sami papieże nie nalegali na ich wprowadzenie w życie, ponieważ rozumieli znaczenie chrześcijańskiej Polski w Europie i jej rolę w chrystianizacji Litwy.

Równocześnie szerząca się w Europie reformacja Lutra i Kalwina, ruchy husyckie, rozdział kościoła europejskiego na zachodni za stolicą w Rzymie i wschodni w Konstantynopolu spowodowało, że klątwy papieskie i kościelne straciły na znaczeniu i w odradzającej się z mroków ciemnego średniowiecza Europie przestały być stosowane.

Dr hab. n. med. Janusz KUBICKI

OPŁATEK

„Jest w moim kraju zwyczaj, że w dzień wigilijny, przy wejściu pierwszej gwiazdy wieczornej na niebie ludzie gniazda wspólnego łamią Chleb Biblijny najtkliwsze przekazując uczucia w tym chlebie”.

C. K. Norwid

Biały opłatek, otaczany w Polsce tak wielką czcią, jest upamiętnieniem bardzo dawnych czasów, a jego pierwotną formą był chleb ofiarny (łac. *oblatum*) przynoszony przez pierwszych chrześcijan na spotkania, wspólne czuwanie i modlitwy przypominające dzielenie się chlebem z apostołami przez Chrystusa na Ostatniej Wieczery i wypowiedzianych wtedy słów: *„To czyńcie na moją pamiątkę!”* (Łk.22.19).

Ten wspólny posiłek był nazywany agape „uczta miłości niebiańskiej”. Później chleby te, których przygotowanie i wypiek nazywano eulogiami, rozdawano po agape innym wiernym, by w okresie Bożego Narodzenia łamali je i dzielili się z bliskimi na znak miłości i braterstwa. W wiekach średnich, w X-XI wieku pojawiło się inne pieczywo ofiarne zwane nebulia, czyli mgiełka, podobne do dzisiejszych opłatków. Z ich wyrobu zasłynął zakon benedyktynów w Cluny, a towarzyszył temu ściśle przestrzegany rytuał. Młynki do mielenia najlepszych ziaren pszenicy na mąką służyły tylko do tej czynności, a uzyskanej mąki nie wolno było użyć do innego pieczywa. Formy żelazne do wypieku (*ferramenta oblatoria*) poświęcano i wygłaszano nad nimi specjalną modlitwę. Zakonnicy, ubrani w białe alby, wypiekali opłatki śpiewając przy tym pobożne pieśni. Po pewnym czasie do tych czynności zostali dopuszczeni tzw. „ludzie kościelni”: organisci, ministranci, kantorzy, wikariusze, a z biegiem lat ludzie świeccy.

Formy do wypieku, zwane w Polsce żelazami lub żelazkami, były często arcydziełami żelazorytnictwa ludowego. Odciskały na opłatkach różnorodne wzory: symboliczne litery IHS, znak krzyża, winne grona, kłosa pszenicy, ale i inicjały plebanów, sylwetki kościołów i miejsc kultu – zwłaszcza Jasnej Góry i Kalwarii. Władysław Reymont w „Chłopach” opowiada, jak Hanka, żona Antka Boryny znalazłszy się przed Godami w domu organisty, przypatruje się wypiekowi opłatków i ogląda ofiarowany jej jeszcze gorący opłatek, trzymając go z uszanowaniem przez zapaskę: *„Jakie tam na nim wyciśnięte historie różne, o mój Jezu! – szepiała... – Na prawo, w pierwszym kółku to Matka Boska, święty Jan, Pan Jezus, a w drugim kółku widzicie złób, drabinę, bydlątka, Dzieciątka Jezus na sianie, święty Józef, a tu kłęczą trzej królowie... objaśniała Hankę organiscina”.*

Opłatki wyrabiano i wyrabia się do dzisiaj z tzw. ciasta praśnego sporządzonego z mąki pszennej i wody, bez zakwasu i soli. To kolejna pamiątka odległych, bo biblijnych czasów, kiedy to Izraelici przygotowywali chleb przed wyjściem z Egiptu. Bardzo się spieszyli i nie użyli zakwasu. Piekli chleby praśne. Do dziś w religii żydowskiej obchodzi się święto Praśników, zwane inaczej Pesah lub Paschą, dla upamiętnienia wybawienia z niewoli egipskiej. Dlatego w Polsce dzielenie się opłatkiem było szczególnie ważne w czasach zaborów i walk o niepodległość.

Kiedy opłatki były już gotowe, roznoszono je po domach. Ten zwyczaj nazywano kolędą. I znów zacytujmy fragment z „Chłopów”: *„kolędę niesą... Józka przystąpiła zapłoniona do organisciaka i jęła prosić, aby dał jej kilka kolorowych opłatków – na światy mi potrzebne. Juści że dał jej kilkanaście i coś aż w pięci kolorach. Aż tyle. Mój Jezus, dyć to starczy i na światy, i na księżyc, i na gwiazdy”.* Ozdoby z opłatków, przede wszystkim różnokolorowe kule-swiaty wieszane były u sufitu, a gwiazdy, aniołki, księżycy – na choinkach. W dramacie Słowackiego „Horsztyński” czytamy: *„Czuję drżące listki chleba w moich dłoniach. Jak ja lubiłem niegdyś dzień Bożego Narodzenia! W tym samym pokoju kleiłem różnokolorowe księżycy, kołyski... jaka świętość i wesele napelniały moje dziecięce serce”.*

Gdy w wieczór wigilijny zakończono wszelkie przygotowania, a uroczysta cichość zalegała w domach, rozpoczynał się i rozpoczyna do dzisiaj wzruszający czas. Opłatek, leżący na talerzu przybranym jodłową gałązką lub na bochenku chleba, czy na sianku podnosi gospodarz domu i dzieli się nim z najbliższymi. Wszyscy składają sobie życzenia. O tym niezwykłym momencie, w którym czuje się wspólnotę serc, pięknie śpiewa Katarzyna Dąbrowska (słowa Wojtek Gęsicki):

*„...za oknem srebrzy się droga
i pachnie noc, znowu pachnie snem.
Opłatek – okruchy wspomnień,
życzenia spełnionych dni,
radości, szczęścia świata,
bo świat to ja...
świat to ja i ty”.*

Z opłatkiem związane jest wiele wierzeń. Przede wszystkim miano przekonanie, że opłatkiem można dzielić się z duszami bliskich zmarłych. Wincenty Pol w wierszu „Pieśń o domu naszym” napisał o tym tak:

*„...a trzy krzesła polskim strojem
Koło stołu stoją próżne
I z opłatkiem każdy swoim*

*Idzie do nich splacać dłużne
I pokłada na talerzu
Anielskiego chleba kruchy
Bo w tych krzesłach siedzą duchy”.*

Oplatki zostawiano także na stole na noc, aby dusze zmarłych mogły się posilić i razem z żywymi uczestniczyć w tym wielkim święcie. Oplatkom przypisywano moc magiczną i niezwykle właściwości. Sama ich obecność w domu przynosiła szczęście i spokój, a zwłaszcza dostatek i obfitość chleba, którym będzie się można dzielić z innymi. Okruch opłatka wrzucony do studni oczyszczał wodę, która dawała ludziom i zwierzętom zdrowie. Oplatek leczył choroby, niweczył uroki. Włożony do piętki chleba i umieszczony za świętym obrazem przynosił wspaniałe plony w polu. Człowiek zabłąkany w lesie, gdy przypominał sobie, z kim dzielił się ostatnio opłatkiem bez trudu odnajdował drogę do domu.

*„Biały oplatek, stół i siano
Biały oplatek, stół i my [...]”.*

Nie zawsze opłatek był tylko biały. Specjalne kolorowe opłatki – żółte, czerwone i zielone były dawane w noc wigilijną zwierzętom, bo wierzono, że takiego wielkiego święta dostąpić powinien także ich świat. Dla zwierząt zapiekano także w opłatkach rutę i inne święcone zioła, by przynosiły im zdrowie. *„Chrystus się w onej godzinie narodził, to niech każde stworzenie krzepi się tym chlebem świętym. W tę noc Narodzenia każde bydłátko rozumie człowieczą mowę i przemówić jest zdolne, że to między niemi Pan się narodził... równe są dzisiaj ludziom, więc i opłatkiem trza się z nimi podzielić”* – mówił Maciej Boryna idąc po wieczery z rodziną do obory.

*„Biały oplatek, kolęd piano
Biały oplatek, kolęd rytm”.*

W imieniu Redakcji życzę wszystkim, by w miłości i przyjaźni przeżyli Boże Narodzenie, wierni najcenniejszym i najlepszym polskim tradycjom.

Barbara KACZKOWSKA

(przedruk z „Galicyskiej Gazety Lekarskiej” nr 6/13)

NOBEL MEDYCZNY 2014 ZA MÓZGOWY SYSTEM NAWIGACJI

Nagrody Nobla w dziedzinie fizjologii lub medycyny wzbudzają ogromne zainteresowanie, gdyż badania nagradzane w tej dziedzinie (i ich twórcy) zwykle stanowią o wielkim postępie w naukach medycznych, a ich rezultaty wiążą się z nadziejami na praktyczne zastosowania przez współczesną medycynę. Dotyczy to także tegorocznych laureatów, których badania przybliżają nas nie tylko do głębszego poznania naszej natury, ale mogą stanowić również o postępie np. w leczeniu choroby Alzheimera.

Laureaci tegorocznego Nobla – John O’Keefe, May-Britt Moser i Edvard I. Moser nagrodzeni zostali za odkrycie, że w mózgu obecne są komórki, które tworzą system pozycjonowania – „swoisty mózgowy system nawigacyjny”.

Komitet Noblowski uzasadniając przyznanie nagrody stwierdził: *„Odkrycia te pozwoliły wyjaśnić, jak mózg tworzy mapę przestrzeni, która nas otacza, i w jaki sposób możemy się poruszać w złożonym otoczeniu”*. Jak możliwa jest orientacja w przestrzeni i skąd wiemy gdzie jesteśmy? Jak odnaleźć drogę z jednego miejsca do drugiego? Jak mózg przechowuje informacje, które pozwalają nam powtórzyć przebytą już wcześniej drogę i jak ją odnajdujemy z powodzeniem? O rozwiązaniu tych zagadek myśleli już filozofowie i badacze od bardzo dawna.

(...) Natura umysłu (obejmująca naturę pamięci, uczenia się, świadomości czy wolnej woli) tradycyjnie należała do zakresu kompetencji filozofii. Filozofowie zmagali się z nią przez wiele wieków. Neurofilozofia

wypływa z uznania, że nauki badające mózg, wraz ze wspomagającą je aparaturą, wreszcie stały się zaawansowane na tyle, by doprowadzić do prawdziwego postępu w zrozumieniu umysłu. Mówiąc bardziej zuchwale, filozofia umysłu uprawiana bez zrozumienia, jak działa mózg i neurony jest jałowa. (...) (P.S. Churchland, Brain – Wise: Studies in Neurophilosophy MIT Press Cambridge MA 2002).

John O’Keefe – profesor londyńskiego uniwersytetu UCL (University College London), odkrył w roku 1971 obecność w hipokampie tzw. komórek miejsca. Badając szczury odkrył, że dzięki tym komórkom zwierzęta sprawnie orientowały się w miejscu swojego pobytu, wiedziały, gdzie są.

May-Britt Moser i Edvard Moser (piąte w dziejach małżeństwo wyróżnione tą nagrodą) – z norweskiego Uniwersytetu Nauki i Technologii w Trondheim oraz Kavli Institute for Systems Neuroscience and Centre for the Biology of Memory (Norwegia), odkryli w 2005 roku tzw. komórki siatkowe. Badacze ustalili, że komórki siatkowe decydują o odnajdywaniu drogi jaką mamy przebyć (w danym terenie). M-B i E Moser odkryli, że u szczurów próbujących odnaleźć drogę do celu aktywowany jest obszar mózgu w obrębie tzw. kory śródwęczowej. Tworzące go komórki nerwowe układają się w regularny kształt siatki. Co więcej, tworzące go komórki nerwowe (siatkowe) budują nie jedną, ale co najmniej cztery mapy o różnej skali. Takich map, jak się obecnie podejrzewa, może być więcej (nawet 10) i są one niezależnie modyfikowane przez bodźce z otoczenia. Później-

sze badania potwierdziły występowanie takich map także w mózgu człowieka.

Członkowie Komitetu Noblowskiego podkreślają, że odkrycia te mogą pomóc zrozumieć lepiej np. mechanizmy utraty pamięci przestrzennej, co obserwuje się chociażby w przebiegu choroby Alzheimera.

W 1901 roku wręczona została pierwsza Nagroda Nobla. Pierwszą nagrodę w kategorii Medycyna otrzymał – niemiecki bakteriolog Emil Behring, twórca surowic

i szczepionek m. in. przeciw tężcowi i błonicy. W tym roku Komitet Noblowski otrzymał 263 nazwiska kandydatów do nagrody, a przyznano ją już po raz sto piąty. Dotychczas uhonorowano 207 osób, w tym jednaście kobiet.

Dr n. med. Marek JURGOVIK
Katedra Biochemii Klinicznej Collegium Medicum UMK,
członek Rady Programowej „Primum”

(przedruk z „Primum” nr 11/14)

POLSKA NA OSTATNIM MIEJSCU W RANKINGU ZAUFANIA DO LEKARZY

New England Journal of Medicine (NEJM) opublikował wyniki badania poziomu zaufania, jakim opinia publiczna darzy lekarzy jako grupę zawodową. Polska znalazła się na ostatnim miejscu w tym światowym rankingu.

Badanie zostało przeprowadzone w latach 2011–13 w ramach International Social Survey Programme (ISSP) realizowanego w 29 krajach przez instytuty naukowe i badawcze poszczególnych państw. Badano 2 parametry: zaufanie do lekarzy jako do grupy zawodowej oraz indywidualne zadowolenie z leczenia podczas ostatniej wizyty u lekarza.

Dużym zaufaniem darzą lekarzy obywatele takich krajów, jak: Szwajcaria, Holandia, Dania, Wielka Brytania, Finlandia, Francja i Turcja (poziom zaufania od 83 do 75%). Ranking zamykają: Chorwacja, Stany Zjednoczone, Chile, Bułgaria, Rosja i Polska z wynikami zaufania na poziomie 58–43%.

Zaufaniem darzy lekarzy mniej niż połowa respondentów z Bułgarii, Rosji i Polski, która jest krajem zamykającym ranking z zaufaniem do lekarzy na poziomie 43%.

Niewielki odsetek respondentów jest także zadowolony z wizyt lekarskich. W Polsce to zaledwie 23%, co daje nam 25 miejsce w grupie 29 badanych krajów. Dla porównania: w Szwajcarii, Danii czy Stanach Zjednoczonych z wizyt lekarskich zadowolonych jest nawet 64% badanych.

- *Opublikowane wyniki martwią. Pacjenci potrzebują lekarzy, którym mogą ufać. To zaufanie wspiera skuteczność zastosowanych terapii i leków* – komentuje Ewa Borek z Fundacji MY Pacjenci. – *Badanie powinno sprowokować dyskusję z udziałem obu zainteresowanych stron, prowadzącą do ustalenia działań naprawczych* – zaznacza.

Dodaje, że podobne niepokojące dane pojawiały się już wcześniej w badaniach European Trusted Brands przeprowadzanych co roku przez *Readers Digest*. Wskazywały, że w Polsce poziom zaufania do le-

karzy spada od 2011 roku – z poziomu 73% do 56% w 2014 r.

Skąd ten problem?

Te obniżające się z roku na rok oceny już od dawna są przedmiotem komentarzy środowiska, które próbuje wskazać przyczyny takiego stanu.

- *Zaufaniem darzy nas tylko 57% społeczeństwa. To jest najgorszy wskaźnik od lat, jeszcze jakiś czas temu było to o 15–20% więcej* – mówił odnosząc się do jeszcze wcześniejszych badań sondażowych Roman Łabędź, członek Okręgowej Rady Lekarskiej w Koszalinie, w wywiadzie udzielonym „Głosowi Koszalińskiemu” w kwietniu br.

- *Moim zdaniem dzieje się tak dlatego, że lekarz jest utożsamiany z opieką medyczną. To z nim kontaktuje się pacjent i jego obwinia za sytuację w ochronie zdrowia* – wyjaśniał Roman Łabędź.

Przekonywał również, że „nie przełamaliśmy jeszcze mitu lekarza-łapówkarza, a to zjawisko już nie istnieje albo jest bardzo niewielkie”. – *Natomiast w ostatnich latach bardzo poprawił się poziom życia lekarzy, w związku z tym jesteśmy postrzegani jako enklawa dobrobytu w społeczeństwie* – wskazywał na kolejny powód, który może wpływać na niechęć wobec lekarzy.

Kryzys autorytetów

Komentując niskie notowania lekarzy w badaniach ankietowych prof. Marzena Samardakiewicz, psychoonkolog z Kliniki Hematologii, Onkologii i Transplantologii Dziecięcej II Katedry Pediatrii Uniwersytetu Medycznego w Lublinie, zwraca uwagę, że z socjologicznego punktu widzenia takie oceny należy traktować jako wyznik ogólnego kryzysu autorytetów.

- *Dzisiejsze wyobrażenie pacjentów o lekarzach daje obraz ludzi, którzy coraz rzadziej pracują z misją, których trzeba o wszystko prosić, którzy nie słuchają, nie doradzają, na nic nie mają czasu. Można odnosić wrażenie, że odrabiają „pańszczyznę” i idą do domu.*

Dodatkowo obraz środowiska lekarskiego psują ci, którzy nie potrafią przyznać się do błędów – stwierdziła prof. Samardakiewicz w rozmowie z portalem rynekzdrowia.pl.

Dr Marcin Pakulski, do niedawna zastępca prezesa NFZ ds. medycznych, zauważa z kolei, że na kryzys zaufania do lekarzy nakłada się także deficyt odpowiedzialności ze strony wielu pacjentów.

- Polacy uważają, że ich tryb życia i decyzje, jakie podejmują w kwestii swojego zdrowia, to ich sprawa, natomiast choroba jest już problemem państwa – mówił w trakcie sesji poświęconej polityce zdrowotnej, organizowanej przez Rynek Zdrowia podczas tegorocznego Europejskiego Kongresu Gospodarczego.

Jego zdaniem pacjenci ufają dr Google i suplementom diety, wychodzą od lekarza rodzinnego i nie stosują przepisanych przez niego leków.

- Możemy mówić o kryzysie zaufania do tego, kto wie i dobrze radzi, ale i braku odpowiedzialności wobec siebie i innych ludzi, którzy korzystają z systemu ochrony zdrowia. Skoro mamy system oparty na solidarności społecznej, powinniśmy się zachowywać odpowiedzialnie i mieć zaufanie do lekarzy – przekonywał Marcin Pakulski.

Rozczarowanie systemem

- Pod pojęciem „zaufanie do lekarza” pacjenci często mają na myśli system ochrony zdrowia, w którym przyszło im się poruszać. Oczywiście muszą być nim rozczarowani i z pewnością są rozczarowani tymi, z którymi mają najczęstszy kontakt w placówkach medycznych, czyli lekarzami – komentuje dr Maciej Hamankiewicz, prezes Naczelnej Rady Lekarskiej.

- To na nas chorzy często wyladowują swoje frustracje, gdy okazuje się, że mają podejrzenie poważnej choroby, a badanie tomograficzne mogą wykonać dopiero za kilka miesięcy. To na nas wylewają swoje żale, gdy

nie możemy przeprowadzić jakiejś operacji, bo wyczerpały się limity NFZ – wymienia prezes NRL.

Dodaje: – To nas spotyka agresja ze strony rodzin, których bliski umiera w karetce, bo ta wiezie go nie do najbliższego, ale odległego szpitala, w którym znajduje się właściwy oddział. Wiele z negatywnych opinii wynika z braków systemowych: niedofinansowania ochrony zdrowia, braku kształcenia większej liczby specjalistów, braku dobrej organizacji, np. nocnej i świątecznej pomocy.

Dr Maciej Hamankiewicz zwraca ponadto uwagę, że istnieją także przypadki wynikające z błędów w komunikacji pomiędzy pacjentem i lekarzem i przypomina – Naczelna Izba Lekarska prowadzi szkolenia z zakresu rozmowy z pacjentem, reakcji w trudnych sytuacjach, umiejętności przekazywania informacji. *– Takich szkoleń jest zbyt mało podczas studiów medycznych, a przecież kontakt z lekarzem, sposób i czas rozmowy są bardzo ważne i wpływają na ocenę lekarza przez pacjenta – wskazuje.*

- Oczywiście możemy też wziąć pod uwagę porównanie zaufania do wszystkiego i wszystkich w danym kraju. Przyjmując, że polskie społeczeństwo nie ufa lekarzom, polscy lekarze nie ufają izbom lekarskim, izby nie ufają ministrom, ministrowie nie ufają Sejmowi a Sejm nie ufa społeczeństwu, to Polska w ogóle jest krajem, w którym nikt nikomu nie ufa – mówi Maciej Hamankiewicz.

- Niestety, i tym razem z przykrością, muszę przyznać, że jeśli tyle grup społecznych i zawodowych nie darzy się zaufaniem, to mamy kryzys państwa wynikający z błędnych decyzji podejmowanych na najwyższym szczeblu. Państwo bowiem powinno chronić oraz w największym stopniu organizować i finansować pracę tych zawodów, do których samo reguluje dostępność i które dotyka tak wrażliwych sfer, jak zdrowie i życie ludzi – przekonuje prezes NRL.

RR

(przedruk z www.rynekzdrowia.pl – 30X.2014)

WYNIKI WYBORÓW WSTRZYMAJĄ PAKIET?

Co wspólnego mają wybory do sejmików wojewódzkich i rad gmin z pakietem onkologicznym? Na pierwszy rzut oka – nic. A jednak, mogą mieć, i to bardzo dużo. Już kilka godzin po ogłoszeniu sondażowych wyników wyborów prominentni politycy Platformy Obywatelskiej zaczęli mówić o konieczności pilnego przeglądu planów ministerstw.

Ewa Kopacz przed wtorkowym zarządzeniem Platformy Obywatelskiej zapowiedziała „porządki w partii”. Ale wielu jej kolegów uważa, że premier porządki powinna rozpocząć od swoich bezpośrednich podwładnych. Najczęściej wymieniane jest zaś nazwisko Bartosza Arłukowicza, a konkretnie – plany wprowadzenia od 1 stycznia 2015 r. pakietu onkologicznego.

Jeszcze kilka tygodni temu w sejmowych kuluarach mówiło się, że Ewa Kopacz ma bardzo prosty plan: pozwoли Arłukowiczowi „zwodować” pakiet onkologiczny, a gdy okaże się on źle przygotowany (a w sytuacji, gdy na sześć tygodni przed wejściem w życie rewolucyjnych rozwiązań brakuje rozporządzeń ministra, o zarządzeniach prezesa NFZ nie wspominając, raczej trudno przypuszczać, że pakiet 31 grudnia okaże się „dobrze przygotowany”) wyrzuci ministra z rządu z wielkim hukiem.

– Premier Kopacz zatrzymała w rządzie Arłukowicza tylko po to, żeby go publicznie ściąć – mówił mi jeden z polityków Platformy tuż po ogłoszeniu składu rządu. Jednak większość moich rozmówców w październiku była bardziej powściągliwa: – Arłukowicz twierdzi, że

wszystko jest pod kontrolą. Ewa Kopacz nie ma powodu mu nie wierzyć. W końcu lepiej lub gorzej, ale poradził sobie w jeszcze trudniejszej sytuacji, gdy przejął po niej resort w 2011 r. i na dwa miesiące przed wejściem w życie ustawy refundacyjnej musiał przygotowywać wszystkie rozporządzenia.

To już jednak historia. Po wyborach samorządowych Platforma Obywatelska ma więcej powodów, by bać się właśnie powtórki z początku 2012 r. – niekończących się medialnych awantur wokół tematu najbardziej przemawiającego do wyobraźni przyszłych wyborców, czyli zdrowia. Podwójna kampania wyborcza, parlamentarna i prezydencka, w sytuacji gdy nie jest się liderem sondaży, i tak będzie dużym wyzwaniem. Partia z pewnością nie będzie chciała ryzykować balastu w postaci np. wymuszonej okolicznościami dymisji ministra zdrowia, którą dziennikarze będą komentować w korytarzach poradni i szpitali onkologicznych.

- Bartosz Arłukowicz i Sławomir Neumann własnymi głowami mogą gwarantować, że wprowadzenie pakietu onkologicznego będzie sukcesem. Problem w tym, że nikogo ich głowy już nie interesują. Od niedzieli Platforma musi myśleć o zminimalizowaniu ryzyka znacznie bolesniejszej porażki w wyborach parlamentarnych – komentuje w rozmowie ze mną inny polityk PO.

Z informacji, do których udało się mi dotrzeć, wynika że w gronie doradców premier Ewy Kopacz trwają dyskusje nad apelem, z jakim zwróciły się kilka dni temu środowiska medyczne – przedstawiciele samorządu, onkologów i lekarzy rodzinnych. Apel o przesunięcie w czasie wprowadzenia rozwiązań pakietu onkologicznego w całym kraju (z możliwością przetestowania go w jednym z mniejszych województw, w którym ist-

nieje wyspecjalizowany ośrodek onkologiczny) byłby dla premier Kopacz wygodnym pretekstem do wycofania się z forsowania rozwiązań potencjalnie niebezpiecznych, jak się okazuje, nie tylko dla świadczeniodawców czy pacjentów, ale również – dla polityków.

Zwłaszcza, że według niektórych ekspertów już w tej chwili można mówić o naruszeniu przez organy państwa konstytucyjnej zasady zaufania wobec państwa, gdyż zainteresowane wprowadzanymi zmianami podmioty (świadczeniodawcy, lekarze, pacjenci) nie mają praktycznie szans przygotować się do działania w nowej rzeczywistości. Scenariusza, w którym Trybunał Konstytucyjny miałby się zająć przepisami pakietu onkologicznego, politycy PO nie nazywają czarnym. – *To raczej czarna dziura, z której nie byłoby jak się wydostać* – mówią.

Politycy PO zwracają też uwagę na to, że choć wokół pakietu onkologicznego w środowiskach medycznych od tygodni nagromadziło się wiele emocji (głównie negatywnych), w żaden sposób nie przekładają się one na temperaturę dyskusji politycznej. Prawo i Sprawiedliwość zachowuje się tak, jakby nie było tematu. Od czasu do czasu któryś z senatorów czy mniej znaczących posłów przypomni stanowisko partii, która chciała odrzucenia ustaw, ale nie jest to żaden zdecydowany głos. Tak, jakby PiS konstruował pułapkę, chciał uśpić czujność przedstawicieli rządu, i dopiero w grudniu, gdy wszystko będzie się „rozłazić” – planował przypuścić frontalny atak.

- Nie stać nas ani na błąd, ani nawet na podjęcie ryzyka – przyznają politycy Platformy. I zastanawiają się, czy świadomość tego ma również Ewa Kopacz.

Małgorzata SOLECKA

18.11.2014 Kurier mp.pl

Z NADZIEJĄ O STAROŚCI

Ludzie w wieku podeszłym, czyli po 65. roku życia (ponad 5 mln w Polsce), w dobie szybkich przemian coraz częściej pozostają osamotnieni i zagubieni. Nie radzą sobie z pogarszającym się zdrowiem, słabnącą kondycją fizyczną i intelektualną. Przez ludzi młodszych spychani są na dalszy plan, często ubezwłasnowolniani. Znacznie pogarsza się ich sytuacja materialna. Brak pieniędzy na leki, lepszą żywność i opiekę, brak motywacji do jakiegokolwiek działania sprawia, że często tracą sens życia.

Starość to nie choroba, ze starości nie można się „wyleczyć”, nie można też uniknąć starzenia. Starzenie się to normalny, długotrwały i nieodwracalny proces fizjologiczny, który zachodzi w rozwoju każdego żywego organizmu. Rozpoczyna się u człowieka już w wieku średnim i nasila się z upływem czasu. Ważne, aby to starzenie było harmonijne, z zachowaniem zdrowia, sprawności i w otoczeniu bliskich sobie osób. O to nale-

ży dbać już od wczesnych lat. Zdrowy styl życia, właściwe odżywianie, przebywanie w zdrowym środowisku, dbanie o zdrowie, kondycję fizyczną i poziom intelektualny, zadbanie o rodzinę i przyjaciół to warunek zdrowego starzenia się.

W przypadku zachorowania konieczna jest jak najszybciej podjęta właściwa i skuteczna terapia. Człowiek w starszym wieku inaczej choruje. Inne są objawy chorób, ich przebieg, inna reakcja na leczenie. Mało charakterystyczne symptomy chorobowe mogą być mylnie przyjęte za obraz starzenia, a niepodjęcie w porę leczenia może doprowadzić do zgonu lub przejścia choroby w stan przewlekły. Starsi ludzie zwykle obciążeni są wielochorobowością, bardziej narażeni na powikłania i na utratę sprawności. Wymagają odpowiedniego do wieku podejścia, co powinno mieć swoje odzwierciedlenie w organizacji ochrony zdrowia.

Kilka lat temu, na jednym ze spotkań polskich geriatrów i gerontologów, zasłużony dla polskiej geriatrii, wieloletni prezes Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego, obecnie emerytowany profesor, Wojciech Pędich z żalem, ale i nadzieją mówił: „Przez wiele lat pisaliśmy pisma do Ministerstwa Zdrowia i wszelkich władz o narastającej potrzebie rozwoju opieki geriatrycznej i przedstawialiśmy gotowe projekty jej rozwoju, ale te pisma trafiały do szuflady. Dziś jest szansa na zmiany, przy Ministerstwie Zdrowia pracują nasi uczniowie, mogą wpływać na rozwój opieki geriatrycznej. Działa tam Rada ds. Seniorów. Nie tylko pisma, ale i ich głos może szybko dotrzeć do odpowiednich osób, decydujących o organizacji ochrony zdrowia i wreszcie rozwinie się geriatryka w Polsce”.

Czy tak się stało? Czy decydenci słyszą głos geriatrów, czytają pisma? Czy ojcowie polskiej geriatrii nie zawiedli się znowu? Były ogromne nadzieje. Poprzednia minister zdrowia Ewa Kopacz i obecny – Bartosz Arłukowicz wykazywali wielkie zainteresowanie geriatrią i obiecywali poparcie dla jej rozwoju. Były to jednak hasła bez pokrycia. Rodzą się pytania. Kto się boi geriatrii? Co sprawia, że geriatryka w Polsce nie może się przebić? Demografia domaga się zmiany myślenia.

Nasze społeczeństwo kurczy się, gospodarka karleje, coraz mniej rodzi się dzieci, młodzi w poszukiwaniu możliwości realizacji zawodowej i poprawy warunków życia wyjeżdżają do innych państw. W kraju zostawiają starych, samotnych, schorowanych rodziców i dziadków, często owdowiałych, nierzadko w bardzo trudnej sytuacji.

W Polsce co szósty senior odczuwa osamotnienie. Piotr Czekanowski w swoim badaniu stwierdził, że większość z badanych, którzy zgłaszali osamotnienie mieszkała w jednoosobowych gospodarstwach domowych. Samotność sprzyja chorobom, a choroby prowadzą do izolacji, osamotnienia. Błędne koło.

Według GUS, w 2008 r. 57,8% osób w wieku starszym wymagało stałej lub częściowej opieki osób drugich z powodu niepełnosprawności. Osoby 75+ wymagały pomocy w zakresie ciężkich prac domowych (55%), przy zakupach (44%), przy kąpieli (30%), w zakresie podstawowej samoobsługi (6%). Powyższych świadczeń udzielali opiekunowie rodzinni (77%), pomoc opłacana prywatnie (9%), nieformalna pomoc sąsiedzka (9%), pomoc publiczna (4,5%).

Obecnie sytuacja stała się znacznie gorsza. Coraz mniej jest opiekunów rodzinnych, coraz bardziej poszukiwana jest pomoc opiekunów społecznych, instytucji opieki długoterminowej. Dawniej wstydem dla rodziny było odesłanie rodzica do domu pomocy społecznej, dziś staje się to coraz częściej koniecznością. Tyle, że obecne emerytury nie wystarczają na opłaty.

Nie wszyscy starsi wiekiem i gorzej sprawni muszą być skazani na opiekę w instytucjonalnych zakładach. Celem

opieki geriatrycznej jest zapobieganie przedwczesnemu niedołężnieniu, utrzymanie starszych ludzi jak najdłużej w zdrowiu, zarówno fizycznym, jak i psychicznym, utrzymanie sprawności i zdolności do samoobsługi, możliwości przebywania we własnym środowisku do ostatnich swoich dni, gdzie czują się najlepiej.

Według metaanalizy kilkunastu badań w krajach europejskich, także w Polsce, objęcie pacjenta w wieku starszym całościową opieką geriatryczną przynosi ewidentne zyski dla państwa, które obecnie tak bardzo chce oszczędzać. Zyski są również dla pacjenta, bo leczony przez specjalistyczny zespół geriatryczny czuje się dowartościowany, skuteczniej leczony, bez nadmiernych obciążeń. Jednoczasowe i kompleksowe specjalistyczne badanie diagnostyczne, profesjonalne, indywidualnie dobrane leczenie i pomoc w dalszej rehabilitacji, opiece poszpitalnej ambulatoryjnej i w domu pacjenta daje zdecydowanie lepsze efekty. Badania Jarosława Derejczyka i zespołu w Sosnowcu, przy współudziale Śląskiego Oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia, to potwierdzają. Obserwowane koszty leczenia pacjenta przez 12 miesięcy po leczeniu na oddziale geriatrycznym są o około 2 tys. zł niższe niż po leczeniu na oddziale internistycznym. Pacjenci poddani całościowej opiece geriatrycznej w warunkach szpitalnych w obserwacji rocznej zyskują: zmniejszenie śmiertelności w okresie 12 m-cy o 22%; zwiększenie prawdopodobieństwa dalszego pobytu chorych w warunkach domowych po wypisie ze szpitala o 47%; poprawę sprawności fizycznej o 72%; poprawę funkcji poznawczych o 47%.

Potrzeba więc więcej oddziałów i poradni geriatrycznych, lekarzy specjalistów geriatrii, pielęgniarek geriatrycznych, chętnych rehabilitantów, psychologów do pracy w zespole geriatrycznym. Mamy coraz więcej wykształconych specjalistów w tej dziedzinie. Należy ich tylko dobrze zagospodarować, a usługi geriatryczne wyżej oszacować. Narodowy Fundusz Zdrowia nie powinien swoimi działaniami hamować rozwoju geriatrii.

„Starość jest wyzwaniem, na które trzeba umieć odpowiedzieć” powiedział święty Jan Paweł II, polski papież. Także Ojciec Święty Franciszek zwrócił uwagę na to, że obecna długość życia ludzkiego postawiła nowe wyzwania, gdyż wraz z tym zjawiskiem wzrosła liczba osób starszych, cierpiących na różne choroby, którym często towarzyszy pogorszenie zdolności poznawczych. Osobom tym należy zapewnić nie tylko zwykłą opiekę medyczną, ale również godność i wolność. Nie można skazywać ich na izolację i milczenie. Konieczne są w tym kierunku właściwe działania. Czy możemy zaufać naszym rządzącym? Czy pozwolą na rozwój opieki geriatrycznej? Czy podejmą się tego zadania? Miejmy nadzieję.

Maria LASKOWSKA-SZCZEŚNIAK

(przedruk z „Medicusa” nr 6-7/14)

KOMUNIKACJA Z CHORYM CIERPIĄCYM Z POWODU BÓLU PRZEWLEKŁEGO

Chorzy z bólem przewlekłym doświadczają nie tylko bólu. Ich cierpienie związane jest z lękiem o przyszłość i brakiem możliwości samodzielnego udźwignięcia swojej sytuacji, zarówno w sensie organizacyjnym, jak i ekonomicznym, z brakiem niezależności, postępem choroby, z inwazyjnością przebytego leczenia oraz obawą o wystąpienie powikłań leczenia i przede wszystkim niepewnością co do jego wyniku. W przypadku bólu przewlekłego, zwłaszcza w przebiegu choroby nowotworowej, cierpienie występuje często w postaci tzw. bólu totalnego (wszechogarniającego) zawłaszczającego wszelkie sfery ludzkiej egzystencji: fizyczną, psychiczną, socjalną i duchową.

Efekt placebo w badaniach obrazowych mózgu metodą fMRI

Doświadczenie bólu łączy w sobie sferę fizjologiczną i psychologiczną, związaną z nastawieniem i nadziejami jednostki. Dlatego efekt placebo może spowodować analgezję przez zmianę nastawienia i oczekiwań pacjenta. Jednocześnie istnieje wiele sporów na temat mechanizmu działania placebo. Kontrowersje budzi opinia, że placebo powoduje zmiany sensoryczne transmisji. W swoich badaniach T. Wager z zespołem przeprowadził obrazowanie mózgu metodą fMRI u pacjentów, którym podano placebo jako środek przeciwbólowy. Badania fMRI w przeprowadzonym doświadczeniu wykazały zmniejszenie aktywności mózgu w obszarach aktywizujących się w czasie bólu, obejmujących: wzgórze, wyspę i przednią część zakrętu obręczy. Jednocześnie stwierdzono zwiększenie aktywności kory czołowej w oczekiwaniu

na ból. Wyniki badań dostarczyły dowodów, że placebo zmienia doświadczenie bólu i mechanizm tego procesu (Wager 2004)

Wyniki tych badań są potwierdzeniem przekonania, że **chorzy z bólem przewlekłym potrzebują nie tylko skutecznego farmakologicznego leczenia bólu fizycznego, ale również silnego wsparcia psychicznego, duchowego i socjalnego.**

Chory skarżący się z powodu bólu wymaga uważnej, czasem długotrwałej rozmowy, pozwalającej na zdobycie ważnej wiedzy o bólu, objawach towarzyszących, dotychczasowym leczeniu, wynikach badań dodatkowych oraz funkcjonowaniu pacjenta w życiu prywatnym i zawodowym. Przewlekły ból, związany zwykle z przewlekłą chorobą, towarzyszącą pacjentowi przez wiele lat, zazwyczaj wywołuje potrzebę bardzo dobrej współpracy i stworzenia szczególnej relacji między chorym a lekarzem. Rola lekarza polega na pomocy w radzeniu sobie z chorobą, trwającą czasem całe następujące po rozpoznaniu życie, oraz nauczaniu pacjenta godnego życia z nią.

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

Tor D. Wager, James K. Rilling, Edward E. Smith, Alex Sokolik, Kenneth L. Casey, Richard J. Davidson, Stephen M. Kosslyn, Robert M. Rose, Jonathan D. Cohen Placebo-Induced Changes in fMRI in the Anticipation and Experience of Pain; Science 20 February 2004: Vol. 303 no. 5661 p. 1162–1167

(przedruk z „Premium” nr 10/14)

DEPRESJA NIE JEDNO MA IMIĘ

Rozmowa z dr. Dariuszem MAZURKIEWICZEM ordynatorem Oddziału Psychiatrii w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Rzeszowie

Słowo „depresja” pojawia się w naszych codziennych rozmowach dość często, jednak nie w każdym przypadku lekarz psychiatra potwierdziłby taką potoczną „diagnozę”. Czym jest depresja, jak definiują tę chorobę specjaliści?

Przede wszystkim muszę podkreślić, że depresja nie jest stanem jednorodnym. Bardzo często mówimy: „mam depresję”, „mam chandrę”, młodzież mówi także: „mam doła”. Oczywiście nie jest to tożsame z rozumieniem depresji w sensie psychiatrycznym. W ujęciu medycznym stan depresyjny wiąże się ze znacznym obniżeniem nastroju w stosunku do stanu zwyczajnego dla danej oso-

by. Proszę zwrócić uwagę, że mamy różną konstrukcję psychiczną. Niektóre osoby mają usposobienie pogodne, inni z kolei mogą być bardziej melancholijni. To ważne, żeby depresję określać właśnie w odniesieniu do stanu, który jest najbardziej typowy dla konkretnej osoby. Jeśli taki znacząco obniżony nastrój będzie trwał co najmniej 2 tygodnie, możemy mówić o epizodzie depresyjnym. Depresja to nie tylko smutek. Często obserwujemy też osłabienie „napędu”, czyli chęci i energii do celowego działania, ponadto może pojawić się obniżenie samooceny, zaburzenia rytmu dobowego czyli snu i czuwania oraz zaburzenia sfery popędowej: od łaknienia,

poprzez sferę seksualną, na instynkcie samozachowawczym kończąc.

W psychiatrii wyróżniamy też postać zaburzeń nastroju zwaną cyklotymią czyli liczne okresy łagodnej depresji przeplatane okresami kilkudniowej euforii. Ponadto wyróżniamy też dystymię – czyli stan niezbyt może nasilonego obniżonego nastroju, ale utrzymujące się dość długo – nawet kilka lat.

Co dla konkretnej osoby powinno być sygnałem, że doświadcza stanu depresyjnego, który sam nie zniknie, i że potrzebna jest pomoc lekarza?

Do lekarza warto wybrać się wówczas, kiedy obniżenia stanu emocjonalnego wpływają znacząco na funkcjonowanie, zarówno samego chorego, jak i osób mu bliskich. Przy czym trzeba mieć świadomość, że stany ciężkiej depresji – zwykle nie powstają od razu. Zaburzenia nastroju stopniowo się nasilają.

Oczywiste jest, że zauważając u siebie mało nasilone, początkowe objawy choroby, nie zasięgamy od razu opinii lekarza, jednak im wcześniej podejmie się leczenie, tym jest ono skuteczniejsze. Jeśli u pacjenta występowały wcześniej epizody depresji, przeplatane z okresami remisji, nie powinien on lekceważyć objawów zwiastunowych. A są nimi na przykład nieokreślone poczucie lęku i nieuzasadnione dolegliwości ze strony ciała czyli objawy psychosomatyczne. To już powinno być traktowane jako pierwsze sygnały, że warto być może zasięgnąć pomocy specjalisty.

Trudno oczywiście wyobrazić sobie, że w takiej sytuacji każdy będzie biegł do lekarza, a już zwłaszcza do psychiatry, bo wciąż jednak istnieje w naszym kraju stygmatyzacja osób korzystających z pomocy lekarzy psychiatrów. Aczkolwiek muszę zaznaczyć, że zjawisko to jest coraz mniej widoczne. W mojej praktyce znaczącą grupą pacjentów są osoby młode, które nie wstydzą się, albo znacznie mniej niż starsze pokolenia wstydzą się wizyty u psychiatry.

Czy depresja pojawia się z przyczyn zewnętrznych, niezależnych od człowieka, czy być może wynika z jakiejś wrodzonej konstrukcji psychicznej i jest tylko kwestią czasu, kiedy się ujawni?

To złożone zadanie. Możemy mówić o depresji endogennej – kiedy choroba rozwija się bez łatwo uchwytnych przyczyn i wydaje się, że pojawiła się bez powodu. Choć pewnie, gdyby sięgnąć w przeszłość danej osoby, jej dzieciństwa albo nawet życia płodowego czy relacji między rodzicami, takie przyczyny można by odszukać. Ale nie są one „oczywiste”. Jest też depresja reaktywna, która pojawia się jako reakcja na trudną sytuację życiową, na jakiś kryzys, chorobę, doświadczenie utraty kogoś bliskiego albo rozstanie z kimś ważnym. Choroba może się też rozwinąć jako reakcja na być może drobne, ale powtarzające się stresory życia codziennego, które nadwyrężają nasz system obronny.

Warto pamiętać, że niektóre leki, albo nadużywanie substancji psychoaktywnych może mieć charakter depresjogeny. Depresjogenne są wszelkiego rodzaju uzależnienia, które powodują, że człowiek traci kontrolę nad własnym życiem, niszczy relacje z innymi ludźmi, traci swój majątek oraz pracę, czyli wszystko, co było dla niego wcześniej ważne. Dodatkowo zgubne jest to, że pacjenci właśnie używki traktują w kategoriach „leku na całe zło”, w nich szukają ukojenia, a tymczasem wpadają w błędne koło nałogu oraz depresji.

Wielokrotnie w literaturze podnoszony jest też problem występowania depresji u osób cierpiących na przewlekłe choroby ciała, zwłaszcza choroby nowotworowe, układu krążenia, powodujące znaczne ograniczenia w funkcjonowaniu, lub połączone z przewlekłym bólem.

Czy depresję można skutecznie leczyć?

Oczywiście, depresję można leczyć. Jeśli mówimy o depresji endogennej, to taki epizod depresyjny nawet nie leczony trwa około pół roku. Ale wdrażając leczenie po pierwsze – zmniejszamy cierpienie pacjenta, epizod choroby możemy skrócić i sprawić, że dolegliwości będą mniej intensywne, a po drugie – leczenie zmniejsza ryzyko nawrotów choroby.

W depresji o nasileniu umiarkowanym lub ciężkim, podstawową formą jest leczenie farmakologiczne. Jeśli nasilenie objawów zmniejszy się, pacjent ma już dobrane leki, wtedy warto – jako uzupełnienie – wprowadzić psychoterapię. W zależności od kondycji pacjenta i jego chęci może to być terapia poznawczo-behawioralna, która ma na celu poznanie mechanizmu choroby i wyćwiczenie możliwości radzenia sobie z nią; ponadto możemy zaproponować terapię psychodynamiczną czy systemową, a więc nastawioną na funkcjonowanie całej rodziny.

Wydaje mi się, że sporo osób obawia się uzależniającego charakteru leków stosowanych w leczeniu psychiatrycznym.

Zawsze przy ordynowaniu leku lekarz musi uprzedzić pacjenta, gdy może on spowodować uzależnienie. Leki przeciwdepresyjne nie mają takiego charakteru, co jednak nie znaczy, że można je odstawiać bez porozumienia z lekarzem. Wszystkie środki psychoaktywne powinny być odstawiane za wiedzą lekarza i stopniowo, aby zaobserwować, czy zmniejszenie dawki leku nie spowoduje nawrotu choroby oraz aby uniknąć efektu odbicia. [...]*

Statystyki pokazują niekorzystną tendencję. Schorzeń psychicznych, w tym depresji, przybywa i szacuje się, że ta liczba w najbliższych latach nadal będzie rosła. Dlaczego tak się dzieje?

Wy tłumaczenie jest dość banalne. Nasze życie zmieniło się na niekorzyść, żyjemy coraz szybciej, stale bierzemy udział w różnego rodzaju „wyścigach” w życiu zawodowym i społecznym. Zarówno inni, jak i my sami stawiamy sobie coraz większe wymagania. Ponadto rosną

różnice między sytuacją osób zamożnych oraz tych biedniejszych – a niekiedy nawet pozostających w nędzy.

Jest jeszcze jeden ważny powód: kryzys rodziny. Rodziny coraz gorzej spełniają swoją tradycyjną funkcję. Niegdyś to właśnie rodzina dawała jednostce pewien dobrostan psychiczny, dziś rodziny często są rozbite a jeszcze słabną w nich relacje międzypokoleniowe. Ta podstawowa komórka społeczna nie daje więc już takiego oparcia, jakie zapewniała jeszcze kilkadziesiąt lat temu. A osamotnienie, stan porzucenia, brak bliskich, którym można się zwierzyć, to czynniki zwiększające ryzyko pojawienia się depresji. Kolejnym czynnikiem jest emigracja zarobkowa, niejednokrotnie naruszająca fundamenty funkcjonowania rodziny.

W Polsce szacuje się, że 10% ludności dotyka depresja, z czego tylko połowa szuka pomocy. Proszę pamiętać, że skrajnym następstwem depresji są próby samobójcze. W poprzednim roku było ich około 6 tysięcy – i aż 4 tysiące okazało się skutecznych. To bardzo dużo, to aż 10 dziennie. Problem jest globalny. Wg WHO rocznie aż milion osób popełnia samobójstwo, to jest około 3 tysiące dziennie. W skali globu można szacować, że 350 mln ludzi choruje na depresję. Temu problemowi trzeba więc mądrze i zdecydowanie stawiać czoła.

Dziękuję za rozmowę.

* skrót pochodzi od Redakcji Opolskiej.

(przedruk z Biuletynu Okręgowej Izby Lekarskiej w Rzeszowie nr 1/14)

NAPRAWDĘ ZŁY PACJENT

Zadaje dużo pytań, jest nieufny, potwierdza diagnozę u innych specjalistów, konsultuje dolegliwości w Internecie, nie obchodzi go, czy lekarz go lubi, czy nie. Pacjenci, również w Polsce, coraz częściej wychodzą z założenia, że w nieprzyjaznym systemie muszą walczyć o swoje. Inaczej nie będą dobrze leczeni.

- Jeżeli jesteś dobrym pacjentem, powinienes to szybko zmienić. Inaczej może się to dla ciebie źle skończyć – ostrzega Elizabeth Cohen, dziennikarka amerykańskiej stacji telewizyjnej CNN i autorka bestsellerowej książki „The empowered patient”. Na podstawie osobistych przeżyć oraz licznych relacji pacjentów radzi, jak zostać adwokatem samego siebie w chorobie, poruszać się po skomplikowanym systemie ochrony zdrowia i „nie dać się zabić w szpitalu”. Swoim czytelnikom podaje praktyczne rady – w jaki sposób znaleźć dobrego lekarza, który będzie nas słuchał i otoczy odpowiednią opieką, jakie pytania zadawać podczas wizyty, aby wykorzystać maksymalnie czas spędzony w gabinecie lekarskim, sprytnie zredukować koszty leczenia, szukać pomocy w Internecie czy rozprawić się z ubezpieczycielem, który nie chce pokryć kosztów drogiego leczenia. – W USA co roku 99.000 pacjentów umiera z powodu zakażeń szpitalnych, kolejne 98.000 – w wyniku błędów medycznych. To więcej, niż suma zgonów w wyniku raka piersi, raka prostaty, wypadków samochodowych, AIDS i cukrzycy – z perspektywy Elizabeth Cohen szpital jest miejscem niebezpiecznym, personel medyczny bywa niekompetentny i nie zawsze musi mieć rację. Aby przeżyć, należy zapomnieć o relacji opartej na pełnym zaufaniu do lekarza.

Publikacja wzbudziła wiele emocji po stronie pacjentów oraz lekarzy. „Przewodnik po tym, jak dać sobie radę z medycyną w dzisiejszym świecie”, „system jest nieprzyjazny i przytłaczający – dzięki książce na końcu wiemy, jak domagać się tego, co nam się należy” – pa-

cjenci z entuzjazmem odnoszą się do porad. Dla wielu pracowników ochrony zdrowia taka postawa to rzuwanie rękawicy specjalistom, podważanie ich kompetencji i niebezpieczne wchodzenie w rolę lekarza. Autorka rysuje obraz wrogiego systemu, w którym pacjent skazany jest na samego siebie. Czy tak jest naprawdę? „Pacjent niepokorny” to zjawisko, które od kilku lat narasta także w Polsce. Chcemy być dobrze leczeni, niezależnie od kondycji ochrony zdrowia. Wierzymy coraz bardziej w nieograniczoną moc medycyny, oczekując szybkiej i skutecznej pomocy – bez względu na to, czy jest ona możliwa. W czasach powszechnego dostępu do Internetu lekarz nie ma monopolu na wiedzę. Stajemy się odważni w kontakcie z pracownikami ochrony zdrowia, coraz częściej na własną rękę poszukujemy informacji i pomocy; wskazówki znajomych i innych chorych cenimy bardziej niż zalecenia specjalistów.

Już na samym wstępie książki można przeczytać, jak poruszać się po rynku ochrony zdrowia, aby otrzymać „właściwe” leczenie? Rada podstawowa – nie można być „dobrym pacjentem”. A jest się nim wówczas, kiedy:

- przejmujemy się tym, co mówi lekarz;
- martwimy się, że swoimi pytaniami możemy obrazić lekarza;
- nie jesteśmy zadowoleni z lekarza, planujemy zmianę, ale ostatecznie tego nie robimy;
- boimy się powiedzieć lekarzowi, że chcielibyśmy uzyskać drugą opinię na temat diagnozy i leczenia;
- trwamy uparcie przy lekarzu, który od dłuższego czasu nas leczy, mimo że terapia nie przynosi spodziewanych efektów;
- nie otrzymując satysfakcjonujących odpowiedzi na pytania, przestajemy po prostu pytać.

Kiedy „zły pacjent” czegoś nie rozumie, pyta o wyjaśnienie. Gdy nadal coś nie jest jasne, żąda wytłumaczenia. Nie liczy się, czy lekarz lub pielęgniarka są ziryto-

wani dociekliwością. Współczesny chory nie powinien też zwracać uwagi na to, czy lekarz go lubi czy nie. Autorka stawia bardzo prostą, ale dobitną tezę: „*jeżeli kilka razy oddajesz samochód do naprawy i ciągle jest zepsuty, to czy próbujesz dalej w tym samym warsztacie, czy zmieniasz mechanika?*” W końcu zdrowie jest ważniejsze od sympatii personelu medycznego, przyzwyczajęń i uprzejmości. W ostateczności proces leczenia to transakcja biznesowa – lekarz otrzymuje za każdą wizytę określone środki finansowe (niezależnie od źródła, prywatnego czy publicznego), stąd naszym prawem jest egzekwowanie dobrej obsługi. W tym modelu określenia typu „zaufanie” czy „opieka” już się nie liczą, a wiedza specjalistów odarta zostaje z pewnej magicznej otoczki.

Punkt widzenia autorki może być atrakcyjny dla chorych, którzy zderzyli się z bezdusznymi zasadami systemu lub stali się ofiarą błędów, niewłaściwej diagnozy, pomyłek. Z drugiej strony, czy takie podejście – postawienie pacjentów w opozycji do lekarzy, burzenie podstaw zaufania i relacji mających znaczenie w procesie leczenia – jest sprawiedliwe wobec lekarzy wykonujących swój zawód z poświęceniem i zaangażowaniem, traktujących pracę w kategorii misji?

Pacjenci oczekują coraz więcej. W nowoczesnym społeczeństwie rodzi się przekonanie, że lekarz jest bogiem, musi posiadać proste recepty na każdą dolegliwość. A jeżeli takimi nie dysponuje, nie jest dobrym lekarzem i należy poszukać innego (tak samo jak innego warsztatu w podanym przykładzie). Oczekiwania społeczne w stosunku do medycyny zawsze wykraczały poza jej realne możliwości. W czasach nowoczesnych technologii proces ten jeszcze bardziej się pogłębił. Dostęp do informacji w Internecie spowodował z kolei, że wiedza stała się łatwo dostępna. Wychodzimy z założenia, że „znamy się lepiej” – kiedy opinia znajomego lub wiadomości na stronie internetowej są sprzeczne z tym, co mówi lekarz, komu jesteśmy skłonni uwierzyć?

Punkt widzenia przedstawiony w książce „Pacjent wzmocniony” jest efektem tego, jak działa system, odbiciem profilu psychologicznego pacjenta XXI wieku.

TRIUMF BAKTERII

Odporność najbardziej rozpowszechnionych bakterii na antybiotyki osiągnęła poziom alarmujący – ostrzega w najnowszym raporcie Światowa Organizacja Zdrowia. Era poantybiotykowa, gdzie popularne infekcje i blache zranienia znowu mogą zabijać, stała się realnym zagrożeniem XXI wieku.

W Unii Europejskiej co roku z powodu zakażeń, gdzie lekarze nie mają do wyboru żadnego leku, umiera co roku około 25.000 osób. W USA jest to 23.000 osób, przy czym zarażonych na antybiotykooporne szczepy bakterii jest o wiele więcej – ok. 2 mln. Według WHO,

Być może to obraz mocno przerysowany, ale wskazujący kierunki zmian, jakie zachodzą w ochronie zdrowia. To także dobre pole do dyskusji, czego oczekuje pacjent i jaką postawę wobec tych potrzeb powinien przyjąć lekarz.

- *Pacjenci są coraz lepiej wyedukowani i sztuka polega na tym, żeby tego nie niedoceniać. To nie jest łatwe, bo jak ktoś głupoty opowiada, to lekarz w końcu ucina: proszę nie zawracać mi głowy jakimiś bzdurami! Ale w ten sposób można stracić pacjenta, a on może stracić szansę na swoje wyleczenie i życie – mówi w wywiadzie dla Gazety Wyborczej dr n. med. Janusz Meder (kierownik Oddziału Zachowawczego Kliniki Nowotworów Układu Chłonnego w Centrum Onkologii w Warszawie, prezes Polskiej Unii Onkologii), dodając: – Jeżeli nie spróbujemy mu wytłumaczyć, że jego informacje są błędne, że zioła, cudowne kropelki z Ameryki Południowej czy z Chin mogą nawet przyspieszyć chorobę, jeżeli go nie wysłuchamy, to on już nigdy nam nic nie powie. Na własną rękę i tak weźmie te zioła, a lekarz będzie się dziwił, skąd reakcje na leczenie, które normalnie nie występują. Szczerość jest konieczna do skuteczności leczenia, a pacjent będzie szczery, jeśli lekarz potraktuje go poważnie i przyjaźnie.*

„THE EMPOWERED PATENT”

Elizabeth Cohen

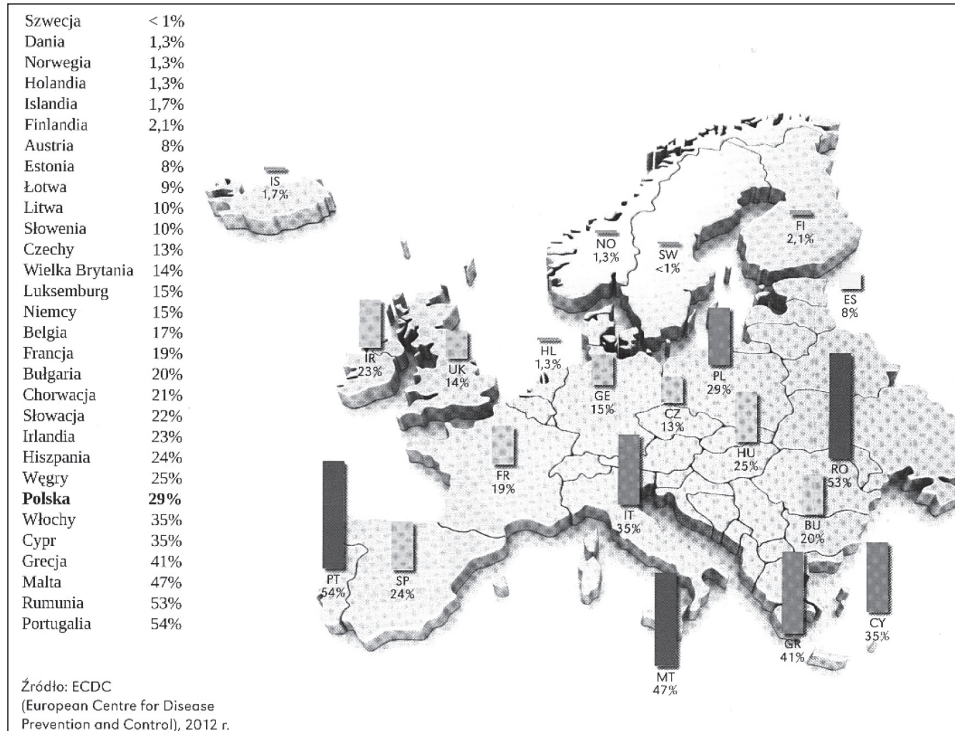
To właśnie tę książkę uznaje się za początek trendu „empowered patent” (pacjenta wzmocnionego, aktywnego). Autorka opisuje własne doświadczenia w kontaktach z lekarzami i radzi, w jaki sposób bezkompromisowo egzekwować swoje prawa w systemie ochrony zdrowia. Opisuje m.in. jak znaleźć dobrego lekarza, szukać porad w Internecie, nie dać się „zabić” w szpitalu, walczyć o środki na leczenie od ubezpieczyciela, taniej kupować lekarstwa. Elizabeth Cohen wychodzi tym samym z założenia, że system zdrowotny to nieprzyjazne otoczenie, w którym pacjent może przetrwać tylko wówczas, jeśli weźmie sprawy w swoje ręce.

(przedruk z „OSOS” nr 7/14)

z powodu chorób zakaźnych na świecie rocznie umiera 15 mln ludzi. Liczby te systematycznie rosną. Trudno w to uwierzyć, ale jedno z największych odkryć współczesnej medycyny, dokonane w 1928 r. przez Alexandra Fleminga, może przejść niebawem do historii.

- *Jeśli nie zaczniemy prowadzić racjonalnej terapii antybiotykami, wejdziemy w okres ery poantybiotykowej – z powodu lekooporności bakterii nie będzie czym leczyć pacjentów – przestrzega kierownik Narodowego Programu Ochrony Antybiotyków prof. Waleria Hryniewicz. Profesor podkreśla, że problem jest niezwykle poważ-*

ny. Antibiotyki są zlecane przez lekarzy wszystkich specjalności, a im więcej ich stosujemy, zwłaszcza niewłaściwie, tym szybciej wzrasta procent opornych szczepów. Źródłem lekooporności jest dodatkowo masowe używanie leków w produkcji rolnej oraz weterynarii. Ok. 20% zastosowań w rolnictwie jest związane z celami terapeutycznymi, aż 80% – z profilaktyką, której celem jest m. in. przyspieszenie wzrostu zwierząt. Szacuje się przy tym, że 40%-60% antybiotyków w produkcji rolnej wykorzystywane jest niewłaściwie albo niepotrzebnie. Szokować może też kolejna liczba: 80% wszystkich antybiotyków w USA trafia właśnie do rolnictwa.



Mapa Oporności – Gronkowiec złocisty oporny na metycylinę (MRSA)

Nieracjonalna konsumpcja

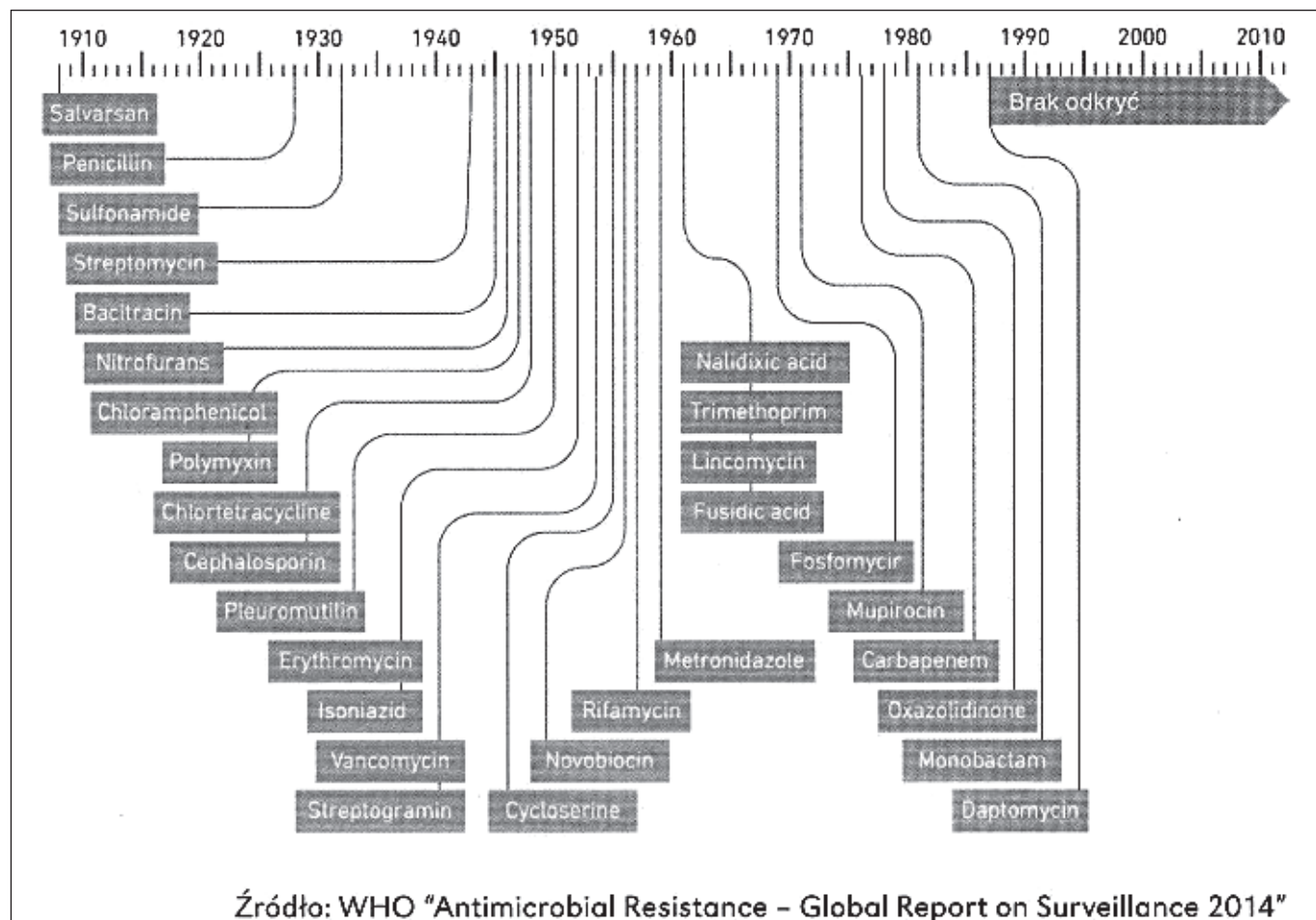
Narodowy Instytut Leków zlecił w 2010 r. badania, z których wynika, że w tym okresie aż 37% Polaków stosowało antybiotyki. Badania Europejskiego Programu Monitorowania Konsumpcji Antybiotyków ESAC (*European Surveillance of Antibiotic Consumption*) tylko potwierdzają te dane. Niestety, na mapie Europy Polska znajduje się w czołówce krajów, gdzie antybiotyki stosuje się zdecydowanie zbyt często. Polacy połykają je chętnie w przypadku przeziębienia (38%), grypy (18%), a nawet kaszlu (21%). Z przeprowadzonych badań ankietowych wynika, że 50% osób twierdzi, że antybiotyki są skuteczne w przypadku leczenia grypy, a 63% jest zdania, że pomagają zwalczać wirusy. Jak przyznają lekarze, niski poziom edukacji społecznej powoduje, że medycy niejednokrotnie mają do czynienia z presją pacjentów. Chorzy oczekują szybkiego wyleczenia i myślą, że antybiotyk im w tym pomoże. Kilka tabletek pozwoli uniknąć leżenia w łóżku, złego samopoczucia i nieobecności w pracy. Opisaną postawę reprezentują zwłaszcza rodzice małych dzieci, żądając przepisania antybiotyku, który przyniesie szybką ulgę w cierpieniu. Nie wiedzą, że w ten sposób wyrządzają swoim pociechom więcej krzywdy niż pożytku.

Aktualnie na rynku dostępnych jest ok. 200 antybiotyków. W początkowym okresie nawet niewielkie dawki przynosiły wysoką skuteczność. Z czasem trzeba było je zwiększać i łączyć ze sobą kilka różnych odmian leku. Fleming powiedział, że to natura wymyśliła penicylinę, on tylko ją odkrył. Przemawiając jako laureat nagrody Nobla w dziedzinie medycyny (1945 r.), przestrzegł przed problemem oporności.

Inteligentne bakterie

Według kanadyjskich uczonych, już 30.000 lat temu bakterie wykazywały częściową oporność na antybiotyki. Dopiero jednak ich masowe stosowanie we współczesnej medycynie i przemyśle rolniczym przyspieszyło omawiane zjawisko. Doskonałym przykładem jest gronkowiec złocisty. Krótko po odkryciu antybiotyków, w walce ze *Staphylococcus aureus* stosowano – z dużą skutecznością – penicylinę. Ale już 10 lat później połowa szczepów bakterii uodporniła się na lek. W 1959 r. wprowadzono metycylinę. Naukowcy niedługo cieszyli się sukcesem – na początku lat 60-tych zaczął rozprzestrzeniać się metycylinooporny szczep gronkowca. Dziś znany pod nazwą MRSA (*methicillin-resistant Staphylococcus aureus*) jest szczególnym zagrożeniem, zwłaszcza w przypadku zakażeń szpitalnych. Kolejne innowacje lekowe – wankomycyna i linezolid – okazały się tylko krótkoterminowym zwycięstwem nad szybko uodparniającymi się bakteriami. Według danych WHO z 2012 r., 20,2% poprzednich i 3,6% nowych przypadków gruźlicy w skali globalnej, wykazało oporność na antybiotyki.

Na czym polega przewaga bakterii i w jaki sposób bronią się przed antybiotykami? Nabywanie oporności odbywa się najczęściej na dwa sposoby: poprzez mutację i tzw. horyzontalny transfer genów. W przypadku mutacji mówimy o losowym przypadku – podczas replikacji kodu DNA w komórkach bakterii zdarzają się błędy. Mutacje najczęściej prowadzą do wolniejszego rozwoju lub śmierci bakterii. Ale zdarzają się też takie, których efektem jest lepsza adaptacja do warunków środowiska i oporność na antybiotyki. Horyzontalny transfer genów, to z kolei proces polegający na „przekazywaniu pomię-



Nowe antybiotyki – Daty odkrycia odrębnych klas leków antybakteryjnych

dzy bakteriami tego samego lub nawet różnego gatunku, materiału genetycznego zawierającego geny oporności na antybiotyki.”

Oporne bakterie rozprzestrzeniają się wyjątkowo szybko. Coraz częściej podróżujemy, wymiana produktów osiągnęła skalę globalną. Wraz z ludźmi i towarami przemieszczają się bakterie. Wektorami, czyli nosicielami przenoszącymi bakterie, są zwłaszcza osoby niewłaściwie leczone antybiotykiem (przykładowo przerywające leczenie) albo wychodzące ze szpitala, gdzie istnieją idealne warunki do rozwoju opornych szczepów. Ale nawet prawidłowo przeprowadzona terapia jest źródłem rozprzestrzeniania się opornych odmian. Zobrazować może to prosty przykład. Najbardziej skuteczny antybiotyk nie zabija wszystkich szczepów, lecz jedynie około 99%. Dla 1% ocalonych mikroorganizmów powstaje środowisko swobodnego życia i rozwoju – antybiotyk zabił inne bakterie, które dotąd stanowiły konkurencję. Dzięki nosicielom transportowane są dalej i w ten sposób populacja szczepów opornych rośnie w siłę.

Nowe metody leczenia

Świat stoi przed ogromnym problemem i wszystko wskazuje na to, że zjawisko oporności bakterii na antybiotyki można już tylko opóźniać, nie da się go jednak powstrzymać. Międzynarodowe organizacje zdrowia pu-

blicznego, w tym min. WHO oraz krajowe ośrodki (jak Narodowy Program Ochrony Antybiotyków w Polsce) prowadzą na szeroką skalę akcje informacyjne, które mają zwrócić uwagę na racjonalne i przemyślane stosowanie antybiotyków, higienę zapobiegającą wektorowej transmisji opornych szczepów, szersze wykorzystywanie badań mikrobiologicznych pozwalających precyzyjniej dobrać lek, izolowanie osób z opornym szczepem bakterii, znaczną redukcję zużycia antybiotyków w rolnictwie. Jednocześnie trzeba już dziś myśleć o przyszłości. Przemysł farmaceutyczny powinien zintensyfikować badania nad nowymi lekami, a także terapiami alternatywnymi do antybiotyków. W praktyce nie jest to takie proste.

Według *Infectious Disease Society of America*, tylko 5 z 13 największych koncernów farmaceutycznych nadal poszukuje nowych antybiotyków. O wiele bardziej opłacalne są badania i produkcja leków stosowanych w terapiach chorób przewlekłych, jak cukrzyca, choroby serca, nadciśnienie, nowotwory. Kuracja antybiotykiem trwa bowiem kilka, kilkanaście dni i kosztuje o wiele mniej w porównaniu z lekami na choroby przewlekłe, które pacjent przyjmuje latami lub do końca życia, a ich cena jest zazwyczaj wyższa. Ale to nie pieniądze są jedyną przeszkodą. Każdy lek, zanim zostanie dopuszczony do obrotu, musi przejść przez skomplikowaną procedurę badań klinicznych. Jeżeli mówimy o nowym środku na raka, ła-

two znaleźć tysiące ochotników do testów, dla których to często jedyna nadzieja na wyleczenie. W przypadku antybiotyków, firmy farmaceutyczne muszą niejednokrotnie czekać latami na wzrost liczby przypadków danej infekcji bakteryjnej. Kiedy pojawi się w końcu epidemia, trzeba reagować szybko, a tak czy owak chorzy często wybierają tradycyjne terapie, stroniąc od ryzyka badań klinicznych. W ten sposób badania nad nowymi lekami stoją po prostu w miejscu.

Prace badawcze mogłyby przyspieszyć zmiana modelu biznesowego w przemyśle farmaceutycznym i dotacje do badań nad niedochodowymi lekami. Stare antybiotyki nie są chronione patentami, tanie leki generyczne zalały rynek, tnąc aktualne zyski firm, które poniosły ogromne koszty prac badawczych. Nowa generacja antybiotyków musiałaby być znacznie droższa, co jednak ograniczy popyt. Dlatego postuluje się wprowadzenie dotacji do programu rozwoju farmaceutyków strategicznych z punktu widzenia zdrowia publicznego, ale z drugiej strony nierentownych dla producentów. Należy też przyspieszyć badania nad nowymi sposobami walki z bakteriami. Obiecujące są terapie bakteriofagami – wirusami, które atakują i niszczą mikroby. Naukowcy próbują ponadto poznać dokładnie mechanizm komunikacji pomiędzy bakteriami. Wiele z nich opiera swoje strategie walki na działaniu grupowym, produkując synchronicznie toksyny na określony sygnał. Jego zakłócenie mogłoby sparaliżować zdolności koordynacyjne bakterii. Kolejną metodą jest zastosowanie nanocząsteczek, posiadających zdolność przechwytywania niszczycielskich toksyn wytwarzanych przez bakterie. Pomocne okazać się mogą związki galu. Niektóre bakterie do intensywnego rozwoju potrzebują żelaza. Jednak mylą go łatwo właśnie z pierwiastkami galu. Kiedy bakteria wchłonie ich za dużo – ginie.

Niezależnie od nowych metod leczenia, naukowcy zwracają uwagę, że prawdopodobnie nigdy nie obejdzie-

my się bez antybiotyków, dlatego tak ważne dla światowej medycyny są nowe programy badawcze i minimalizacja masowej konsumpcji dostępnych leków. A ta zależy od decyzji każdego z nas.

BAKTERIOFAGI – NOWA NADZIEJA

Wobec wyczerpującego się w szybkim tempie potencjału antybiotyków, naukowcy poszukują nowych metod walki z bakteriami. Jedną z nich są bakteriofagi (potocznie: fagi) – wirusy, które posiadają zdolność atakowania bakterii. Występują powszechnie, można je znaleźć m. in. na powierzchni skóry człowieka i w przewodzie pokarmowym. Mają kuliste główki, które zawierają kwas nukleinowy (DNA, RNA), pałeczkowate ogonki i kilka odnóżeń. Przyczepiają się do powierzchni o wiele większych od nich bakterii, ogonkiem przebijają powierzchnię bakterii i wstrzykują w nią kwas nukleinowy. Geny bakteriofaga przejmują kontrolę nad funkcjami życiowymi bakterii. Rozpoczyna się reakcja łańcuchowa – bakteria zmuszona zostaje do wytwarzania kolejnych kopii bakteriofaga, nowe fagi rozrywają bakterię i zarażają kolejne. Fagi odkryto niemal 100 lat temu – w 1917 roku.

Zaletą fagów jest m. in. to, że atakują tylko jeden rodzaj bakterii, ich szybkość namnażania jest wprost proporcjonalna do liczby bakterii, potrafią przełamać tworzącą się z czasem oporność. Mają też wady – nie potrafimy nadal kontrolować procesu ich działania, a układ odpornościowy człowieka może zidentyfikować fagi jako intruzy, niszcząc je albo wywołując stan alergiczny.

W materiale wykorzystano następujące źródła: European Centre for Disease Prevention and Control, raport WHO „Antimicrobial Resistance – Global Report on Surveillance 2014”, „Antybiotykooporność – skutek grzechów współczesnej cywilizacji?” (Sylvia Wiktor, Laboratoria.net), PAP, Centres for Disease Control and Prevention, Encyclopedia Britannica. Nature, The Lancet., ZEIT Wissen, Newsweek, European Commission.

(przedruk z „OSOZ” nr 7/14)

DOSTĘP DO TESTÓW Z LEK I LDEK

Nie milknie dyskusja na temat dostępu do testów z Lekarskiego Egzaminu Końcowego i Lekarsko-Dentystycznego Egzaminu Końcowego. Pismem z 21 sierpnia 2014 r. Komisja ds. Młodych Lekarzy NRL zwróciła się do ministra zdrowia z wnioskiem o uchylenie art. 14a ust. 11 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, na podstawie którego odmawia się ujawnienia pytań z LEK i LDEK, prosząc go również o spotkanie, na którym przedstawiciele Komisji chcieli przedstawić swoje argumenty.

Odpowiedzi na to pismo udzieliła 11 września br. zastępczyni dyrektora Departamentu Nauki i Szkolnictwa Wyższego Edyta Kramek, która propozycję spotkania z ministrem zbyła milczeniem, a jej argumenty zupełnie

młodych lekarzy nie przekonały. W dniu 19 września br. przewodniczący wspomnianej Komisji – lek. Filip Dąbrowski wystosował zatem pismo do dyrektora tegoż Departamentu – Jolanty Orłowskiej-Heitzman, będącej jednocześnie członkiem NRL. W piśmie czytamy m.in.:

„Departament (...) wskazuje, że LEK i LDEK składa się z dwustu pytań i wyjaśnia, że w razie ich ujawniania w krótkim czasie wyczerpałyby się zasoby wiedzy, z których można formułować nowe. Z tym poglądem nie sposób się zgodzić i mam nadzieję, że Pani jako lekarz zweryfikuje to stanowisko. LEK i LDEK obejmują swoim zakresem ogromny materiał objęty programem studiów medycznych, twierdzenie zatem, że wiedza zdobywana

w czasie ich trwania wyczerpuje się w liczbie kilkuset czy nawet kilku tysięcy pytań jest

dla nas oderwana od rzeczywistości (...) Nie podzielam też poglądu, że ujawnienie pytań egzaminacyjnych prowadziłoby do obniżenia jakości wykształcenia lekarzy (...)

Nie mogę także zgodzić się z sugestiami Departamentu, że w przypadku jawności pytań studiowanie medycyny ograniczyłoby się do nauczania się odpowiedzi na pytania z kilku poprzednich testów. Musimy pamiętać, jaka jest fundamentalna rola zawodowych egzaminów medycznych. W naszym rozumieniu mają one na celu umożliwienie lekarzom wykazanie się znajomością pewnego podstawowego zasobu wiedzy, uprawniającego ich do osiągnięcia kolejnych stopni (...) Niestety, dotychczasowa praktyka pokazuje, że zagadnienia poruszane w testach często dotyczyły wysoko specjalistycznych proce-

dur, dostępnych w pojedynczych ośrodkach w kraju lub posiadały wady konstrukcyjne (...)

Departament (...) w swoim piśmie kwestionuje także konieczność sprawowania społecznej kontroli nad pytaniami egzaminacyjnymi z LEK i LDEK. Nie negując wysokich kwalifikacji merytorycznych osób odpowiedzialnych za układanie pytań, należy zaznaczyć, że znajomość tych pytań może służyć m.in. weryfikacji, czy zakres wymaganej na LEK i LDEK wiedzy znajduje pokrycie w podręcznikach zalecanych w czasie studiów medycznych (...)"

Na koniec lek. Filip Dąbrowski poprosił o ponowne rozpatrzenie wniosku KML NRL i pomoc w zorganizowaniu trójstronnego spotkania przedstawicieli samorządu, Ministerstwa Zdrowia i Centrum Egzaminów Medycznych.

(opr. ns)

(przedruk z „Panaceum” nr 11/14)

PRAWO NA CO DZIEŃ

SZKOLENIE SPECJALIZACYJNE – CO NOWEGO?

Zbliżające się postępowanie kwalifikacyjne [...] zostanie przeprowadzone dla specjalizacji modułowych zgodnie z przepisami Ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2011 r., nr 277, poz. 1634, z późn. zm.) oraz Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 2 stycznia 2013 r. (Dz. U. z 2013 r., poz. 26) w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentystów.

Wprowadzenie modułowego systemu specjalizacji wprowadza zniesienie dotychczasowego podziału dziedzin na podstawowe i szczegółowe. Wyszczególniono **5 modułów podstawowych** właściwych dla danego szkolenia specjalizacyjnego: **chirurgia ogólna, choroby wewnętrzne, otorynolaryngologia, patomorfologia, pediatria**. 41 specjalizacji jest dwumodułowych – odbywają się one zgodnie z programem szkolenia specjalizacyjnego składającego się z modułu podstawowego oraz modułu specjalistycznego.

I. Specjalizacje posiadające wspólny moduł podstawowy w zakresie chirurgii ogólnej:

1. chirurgia dziecięca,
2. chirurgia klatki piersiowej,
3. chirurgia naczyniowa,
4. chirurgia ogólna,
5. chirurgia onkologiczna,
6. chirurgia plastyczna.

II. Specjalizacje posiadające wspólny moduł podstawowy w zakresie chorób wewnętrznych:

1. alergologia,

2. angiologia,
3. balneologia i medycyna fizykalna,
4. choroby płuc,
5. choroby wewnętrzne,
6. diabetologia,
7. endokrynologia,
8. gastroenterologia,
9. geriatria,
10. hematologia,
11. immunologia kliniczna,
12. kardiologia,
13. medycyna lotnicza,
14. medycyna morska i tropikalna,
15. medycyna paliatywna,
16. medycyna pracy,
17. nefrologia,
18. onkologia kliniczna,
19. reumatologia,
20. toksykologia kliniczna,
21. transfuzjologia kliniczna.

III. Specjalizacje posiadające wspólny moduł podstawowy w zakresie otorynolaryngologii:

1. audiologia i foniatria,
2. otorynolaryngologia,
3. otorynolaryngologia dziecięca.

IV. Specjalizacje posiadające wspólny moduł podstawowy w zakresie patomorfologii:

1. neuropatologia,
2. patomorfologia.

V. Specjalizacje posiadające wspólny moduł podstawowy w zakresie pediatrii:

1. choroby płuc dzieci,
2. endokrynologia i diabetologia dziecięca,
3. gastroenterologia dziecięca,
4. kardiologia dziecięca,
5. nefrologia dziecięca,
6. neonatologia,
7. onkologia i hematologia dziecięca,
8. pediatria,
9. pediatria metaboliczna.

37 specjalizacji jest jednomodułowych – odbywają się one zgodnie z programem szkolenia specjalizacyjnego składającego się z modułu jednolitego.

• **Dla specjalizacji lekarskich:** anestezjologia i intensywna terapia, chirurgia szczękowo-twarzowa, choroby zakaźne, dermatologia i wenerologia, diagnostyka laboratoryjna, epidemiologia, farmakologia kliniczna, genetyka kliniczna, kardiochirurgia, medycyna nuklearna, medycyna ratunkowa, medycyna rodzinna, medycyna sądowa, medycyna sportowa, mikrobiologia lekarska, neurochirurgia, neurologia, neurologia dziecięca, okulistyka, ortopedia i traumatologia narządu ruchu, położnictwo i ginekologia, psychiatria, psychiatria dzieci i młodzieży, radiologia i diagnostyka obrazowa, radioterapia onkologiczna, rehabilitacja medyczna, urologia, zdrowie publiczne.

• **Dla specjalizacji lekarsko-dentystycznych:** chirurgia stomatologiczna, chirurgia szczękowo-twarzowa, ortodoncja, periodontologia, protetyka stomatologiczna, stomatologia dziecięca, stomatologia zachowawcza z endodoncją, epidemiologia, zdrowie publiczne.

8 specjalizacji jest dostępnych wyłącznie dla lekarzy posiadających specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w odpowiedniej dziedzinie medycyny: endokrynologia ginekologiczna i rozrodczość, ginekologia onkologiczna, hipertensjologia, intensywna terapia, perinatologia, seksuologia, transplantologia kliniczna, urologia dziecięca.

Lekarz ubiegający się o rozpoczęcie specjalizacji składa wnioski o rozpoczęcie specjalizacji w formie: elektronicznej oraz papierowej w wybranej dziedzinie medycyny (oddzielnie dla trybu rezydenckiego i dla trybu pozarezydenckiego) do wojewody właściwego ze względu na obszar województwa, na terenie którego zamierza odbywać szkolenie specjalizacyjne. Składanie wniosków o rozpoczęcie specjalizacji lekarskiej w formie elektronicznej odbywa się za pośrednictwem strony: <http://wors.cmkp.edu.pl>. Wnioski składa się w dwóch terminach: do 28 lutego – na postępowanie kwalifikacyjne w terminie 1–31 marca, do 30 września – na postępowanie kwalifikacyjne w terminie 1–31 października.

Lekarz ubiegający się o odbywanie szkolenia specjalizacyjnego może być w danym terminie dopuszczony

do postępowania kwalifikacyjnego **tylko w jednej dziedzinie medycyny i tylko w jednym województwie**. Wygenerowany wniosek w systemie WORS, zatwierdzony, wydrukowany, podpisany przez lekarza składa się w [...] * Urzędzie Wojewódzkim w Wydziale Polityki Społecznej nie później niż w terminie 3 dni od końcowego terminu złożenia wniosku w formie elektronicznej.

W postępowaniu kwalifikacyjnym przeprowadzonym w terminie 1–31 października 2014 r. lekarz przekazuje wniosek w formie papierowej do wojewody do 3 października 2014 r. Termin przekazania wojewodzie wniosku w wersji papierowej jest zachowany, jeżeli przed jego upływem wniosek został nadany w polskiej placówce pocztowej operatora publicznego.

Do wniosku o rozpoczęcie specjalizacji należy dołączyć:

Składanie wniosku w trybie rezydenckim:

1. oświadczenie dotyczące odbywania specjalizacji;
2. kserokopię prawa wykonywania zawodu, potwierdzonego przez OIL lub notariusza;
3. potwierdzoną kserokopię zaświadczenia o złożeniu egzaminu LEP/LDEP lub LEK/LDEK;
4. kserokopię dokumentu, na podstawie którego cudzoziemiec niebędący obywatelem UE przebywa w Polsce;
5. propozycję jednostki szkoleniowej do odbywania specjalizacji.

Składanie wniosku w trybie pozarezydenckim:

1. zaświadczenie o średniej ocenie uzyskanej na egzaminie specjalizacyjnym I/II stopnia lub PES lub LEP/LDEP albo LEK/LDEK;
2. zgodę pracodawcy – w przypadku deklaracji odbywania specjalizacji w jednym z następujących trybów:
 - na podstawie umowy o pracę zawartej z podmiotem prowadzącym szkolenie specjalizacyjne,
 - w ramach płatnego urlopu szkoleniowego udzielanego pracownikowi na czas trwania szkolenia,
 - na podstawie umowy o pracę zawartej z innym podmiotem niż podmiot prowadzący szkolenie specjalizacyjne;
3. zgodę kierownika studiów doktoranckich;
4. zaświadczenie z zakładu pracy o wymiarze czasu pracy i informacji, na jaki czas została zawarta umowa o pracę.

Dokumenty wymagane w przypadku ubiegania się o punkty dodatkowe (tylko w trybie pozarezydenckim):

1. kopię poświadczoną za zgodność z oryginałem dyplomu uzyskania stopnia naukowego doktora nauk medycznych;
2. potwierdzone do dnia rozpoczęcia postępowania kwalifikacyjnego (do 28 lutego lub 30 września) udziału w publikacji w czasopiśmie naukowym, zamieszczonym w wykazie czasopism sporządzo-

nych przez ministra właściwego ds. nauki dla potrzeb oceny parametrycznej jednostek naukowych (potwierdzenie udziału w publikacji wydaje Główna Biblioteka Lekarska i jej oddziały oraz biblioteki uczelni medycznych);

3. zaświadczenie pracodawcy o posiadaniu co najmniej 3-letniego okresu zatrudnienia lub stosunku służbowego do dnia rozpoczęcia postępowania kwalifikacyjnego (do 28 lutego – w przypadku postępowania kwalifikacyjnego przeprowadzonego w terminie 1–31 marca oraz do 30 września – w przypadku postępowania kwalifikacyjnego przeprowadzonego w terminie 1–31 października), zgodnego z kierunkiem specjalizacji, w pełnym wymiarze czasu pracy, w jednostce uprawnionej do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego;
4. zaświadczenie pracodawcy informujące o zajmowanym stanowisku – w przypadku nauczycieli akademickich zatrudnionych na uczelniach medycznych lub innych uczelniach prowadzących działalność w dziedzinie nauk medycznych.

Postępowanie kwalifikacyjne obejmuje:

- ocenę formalną wniosku o rozpoczęcie specjalizacji wraz załącznikami;
- postępowanie konkursowe, w którym uwzględnia się najkorzystniejszy posiadany przez lekarza wynik z egzaminu;
- rezydenckie – wynik egzaminu LEP/LDEP albo LEK/LDEK;
- **pozarezydenckie**, jeżeli lekarz nie posiada żadnej lub odpowiedniej specjalizacji I/II stopnia bądź tytułu specjalisty – wynik egzaminu LEP/LDEP albo LEK/LDEK oraz punkty dodatkowe;
- **pozarezydenckie**, jeżeli lekarz posiada odpowiednią specjalizację I/II stopnia lub tytuł specjalisty – wynik egzaminu I/II stopnia lub PES lub LEP/LDEP albo LEK/LDEK oraz punkty dodatkowe.

Wynik postępowania stanowi procent maksymalnej liczby możliwych do uzyskania punktów za: egzamin LEP/LDEP albo LEK/LDEK – 200 punktów, egzamin specjalizacyjny w zakresie odpowiedniej specjalizacji

I/II stopnia lub PES – 200 punktów, punkty dodatkowe – maksymalnie 20.

Do odbywania specjalizacji kwalifikuje się lekarzy, w liczbie odpowiadającej liczbie wolnych miejsc szkoleniowych przyznanych na postępowanie kwalifikacyjne w danej dziedzinie medycyny w danym województwie, w kolejności od najwyższego wyniku uzyskanego w postępowaniu konkursowym. Zatwierdzone przez wojewodę [...] * wyniki postępowania kwalifikacyjnego udostępnia się do wglądu w siedzibie Wydziału Polityki Społecznej w formie zakodowanych (wg identyfikatora systemu WORS) list rankingowych w poszczególnych dziedzinach medycyny oraz na stronie internetowej: [...] * w komunikatach Wydziału Polityki Społecznej **31 marca lub 31 października**.

Rezygnacja ze szkolenia specjalizacyjnego

W odniesieniu do ww. zagadnienia należy przytoczyć zapisy rozporządzeń z roku 2001 i 2005. Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 sierpnia 2001 r. ws. specjalizacji lekarzy i lekarzy dentystów (Dz. U. nr 83, poz. 905) §10 ust. 11 mówił, że lekarz, który odbywa specjalizację w ramach rezydentury, nie może ubiegać się w tym samym czasie o odbywanie innej specjalizacji w tym trybie. Natomiast Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 października 2005 r. (Dz. U. nr 213, poz. 1779) ws. specjalizacji lekarzy i lekarzy dentystów §17.9. stanowi, że lekarz, który uzyskał tytuł specjalisty w podstawowej lub szczegółowej dziedzinie medycyny w ramach rezydentury, nie może ubiegać się ponownie o odbywanie innej specjalizacji, odpowiednio w podstawowej lub szczegółowej dziedzinie medycyny.

Obecnie, zgodnie z ustawą o zawodzie lekarza i lekarza dentysty, art. 16h ust. 7 informuje, że szkolenie w ramach rezydentury może odbywać wyłącznie lekarz nieposiadający I lub II stopnia specjalizacji lub tytułu specjalisty. Zmiana ustawowa tego zapisu spowodowała lawinowe rezygnacje z realizacji szkolenia w trybie rezydenckim. [...]

Anna KRZESIŃSKA-NOWACKA

* skróty pochodzą od Redakcji Biuletynu Opolskiego.

(przedruk z „Medium” nr 11/14)

NOWE PRZEPISY PRAWNE

11 września 2014 r. weszła w życie ustawa z 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o zawodach pielęgniarstwa i położnej oraz niektórych innych ustaw, opublikowana w Dz. U. z 2014 r., poz. 1136.

W ramach samodzielnego wykonywania świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych pielęgniarstwo i położnictwo posiadające dyplom ukończenia studiów drugiego stopnia na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo oraz pielęgniarstwo i położnictwo posiadające tytuł specjalisty w dziedzinie

pielęgniarstwa lub położnictwa mają prawo samodzielnie ordynować leki zawierające określone substancje czynne, z wyłączeniem leków zawierających substancje bardzo silnie działające, środki odurzające i substancje psychotropowe, oraz środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego, w tym wystawiać na nie recepty, ordynować określone wyroby medyczne, w tym wystawiać na nie zlecenia albo recepty – jeżeli ukończyły kurs specjalistyczny w tym zakresie (art. 15a ust. 1 ustawy).

W ramach realizacji zleceń lekarskich w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji pielęgniarka i położna, posiadające dyplom ukończenia studiów co najmniej pierwszego stopnia na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo, mają prawo wystawiać recepty na leki, z wyłączeniem leków zawierających substancje bardzo silnie działające, środki odurzające i substancje psychotropowe, oraz środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego niezbędne do kontynuacji leczenia, jeżeli ukończyły kurs specjalistyczny w tym zakresie.

Pielęgniarka i położna, posiadające tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa lub dyplom ukończenia studiów co najmniej pierwszego stopnia na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo, mają prawo wystawiać skierowania na wykonanie określonych badań diagnostycznych, w tym medycznej diagnostyki laboratoryjnej, z wyjątkiem badań wymagających metod diagnostycznych i leczniczych stwarzających podwyższone ryzyko dla pacjenta (art.15a ust. 6 ustawy).

Pielęgniarka i położna wykonują wymienione czynności zawodowe po uprzednim osobistym badaniu fizykalnym pacjenta. Pielęgniarka i położna, o których mowa wyżej, mogą, bez dokonania osobistego badania pacjenta wystawić receptę niezbędną do kontynuacji leczenia oraz receptę albo zlecenie na zaopatrzenie w wyroby medyczne jako kontynuację zaopatrzenia w wyroby medyczne, jeżeli jest to uzasadnione stanem zdrowia pacjenta odzwierciedlonym w dokumentacji medycznej.

Recepty lub zlecenia mogą być przekazane:

- osobie upoważnionej przez pacjenta do odbioru recepty lub zlecenia albo przedstawicielowi ustawowemu pacjenta,
- osobie trzeciej, jeżeli pacjent oświadczy podmiotowi udzielającemu świadczeń zdrowotnych, że recepty lub zlecenia mogą być odebrane przez osoby trzecie, bez szczegółowego określania tych osób.

Recepty na leki zawierające określone substancje czynne oraz na środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego, recepty i zlecenia na okre-

ślone wyroby medyczne oraz skierowania na określone badania diagnostyczne mogą być wystawiane przez uprawnione pielęgniarki i położne nie wcześniej niż od 1 stycznia 2016 r.

Zgodnie z art. 32 ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r., nr 164, poz. 1027, ze zm.), świadczeniobiorca ma prawo do świadczeń z zakresu badań diagnostycznych, w tym medycznej diagnostyki laboratoryjnej, wykonywanych na podstawie skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, felczera ubezpieczenia zdrowotnego lub skierowania pielęgniarki lub położnej, o których mowa w art. 15a ust. 6 ustawy z 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. nr 174, poz. 1039, ze zm.), będącej pielęgniarką ubezpieczenia zdrowotnego lub położną ubezpieczenia zdrowotnego.

Natomiast art. 40 ustawy stanowi, że zaopatrzenie w wyroby medyczne przysługuje świadczeniobiorcom na podstawie zlecenia albo recepty wystawionych przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego lub felczera ubezpieczenia zdrowotnego lub zlecenia albo recepty wystawionych przez pielęgniarkę lub położną, o których mowa w art. 15a ust. 1 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej, będącej pielęgniarką ubezpieczenia zdrowotnego lub położną ubezpieczenia zdrowotnego, na zasadach określonych w ustawie o refundacji. Kontynuacja zaopatrzenia w wyroby medyczne przysługuje świadczeniobiorcom także na podstawie zlecenia albo recepty wystawionych przez pielęgniarkę ubezpieczenia zdrowotnego lub położną ubezpieczenia zdrowotnego na zasadach określonych w ustawie o refundacji.

Wystawiający receptę jest obowiązany wpisać na receptę numer PESEL osoby uprawnionej do bezpłatnego zaopatrzenia w leki, o której mowa w art. 43-46 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

mec. Beata KOZYRA-LUKASIAK

(przedruk z „Pulsu” nr 11/14)

LEKARZ REZYDENT – NAJCZĘŚCIEJ ZADAWANE PYTANIA

Jakie przepisy regulują zagadnienia dotyczące odbywania specjalizacji w trybie rezydentury?

Status lekarza odbywającego specjalizację w ramach rezydentury określają przepisy Ustawy z 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (tekst jednolity z 2011 r. nr 277, poz. 1634 ze zm.) oraz Rozporządzenia Ministra Zdrowia z 2 stycznia 2013 r. w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentystów (Dz. U. z 2013 r., poz. 26).

Do postępowań i szkoleń specjalizacyjnych wstępnych i niezakończonych przed dniem wejścia w życie ni-

niejszego rozporządzenia (9 stycznia 2013 r.), mają zastosowanie przepisy rozporządzenia Ministra Zdrowia z 20 października 2005 r. w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentystów (Dz. U. nr 213, poz. 1779 ze zm.)

Czy lekarzowi przysługuje płatny urlop szkoleniowy w związku z przystąpieniem do egzaminu końcowego specjalizacji?

Lekarzowi przysługuje urlop szkoleniowy w wymiarze 6 dni na przygotowanie się i przystąpienie do Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego. Za czas urlopu szkoleniowego lekarz zachowuje prawo do wynagro-

dzenia. Urlop szkoleniowy przysługuje lekarzowi, który otrzymał powiadomienie z Centrum Egzaminów Medycznych o terminie PES.

Czy lekarz jest uprawniony do wyboru kierownika specjalizacji?

Lekarz odbywa szkolenie specjalizacyjne pod kierunkiem lekarza zatrudnionego na podstawie umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej albo wykonującego zawód na podstawie stosunku służby w podmiocie prowadzącym szkolenie specjalizacyjne, wyznaczonego przez kierownika tego podmiotu w porozumieniu z właściwym konsultantem wojewódzkim w danej dziedzinie medycyny, który wyraził zgodę na pełnienie tej funkcji. Kierownikiem specjalizacji może być lekarz posiadający II stopień specjalizacji lub tytuł specjalisty w dziedzinie medycyny będącej przedmiotem szkolenia specjalizacyjnego, a w uzasadnionych przypadkach w pokrewnej dziedzinie medycyny.

Czy lekarz, który został zakwalifikowany do odbywania specjalizacji w trybie rezydentury może zmienić miejsce odbywania specjalizacji?

Lekarz, który odbywa szkolenie specjalizacyjne w trybie rezydentury, może zmienić miejsce odbywania szkolenia specjalizacyjnego nie wcześniej niż po upływie jednego roku, chyba że jednostka organizacyjna, w której lekarz odbywa szkolenie specjalizacyjne, uległa likwidacji lub przestała spełniać wymagania do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego w danej dziedzinie medycyny. Lekarz zmieniający miejsce szkolenia specjalizacyjnego jest obowiązany do zmiany kierownika specjalizacji, którym staje się lekarz specjalista w podmiocie aktualnie prowadzącym szkolenie specjalizacyjne.

Czy jednostka uprawniona do prowadzenia specjalizacji może odmówić przyjęcia lekarza w celu odbycia specjalizacji?

Jednostka organizacyjna, posiadająca wolne miejsca szkoleniowe w danej dziedzinie medycyny, umożliwia odbywanie szkolenia specjalizacyjnego lekarzowi skierowanemu do jego odbywania w tej jednostce. W przypadku nieprzyjęcia lekarza skierowanego do odbywania szkolenia specjalizacyjnego przez jednostkę posiadającą wolne miejsca szkoleniowe wojewoda występuje do dyrektora Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego z wnioskiem o zmniejszenie maksymalnej liczby miejsc szkoleniowych, jakie zostały przyznane jednostce w zakresie danej specjalizacji.

Czy można rozwiązać umowę o pracę z lekarzem rezydentem w trybie wypowiedzenia?

Sąd Najwyższy w wyroku z 6 września 2005 r. (I PK 5/05) orzekł, że wypowiedzenie przez pracodawcę umowy o pracę na czas określony zawartej z lekarzem rezydentem może nastąpić tylko z przyczyn, które uniemożliwiają szkolenie specjalizacyjne, wymienionych aktualnie w ustawie o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz w rozporządzeniu w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentystów (zawieszenie prawa wykonywania zawodu lekarza albo zakaz wykonywania zawodu lekarza; ograniczenie lekarza w wykonywaniu określo-

nych czynności medycznych, objętych programem specjalizacji; zaprzestanie przez lekarza odbywania szkolenia specjalizacyjnego; przerwanie lekarzowi szkolenia specjalizacyjnego na wniosek kierownika specjalizacji po uzyskaniu opinii właściwego konsultanta wojewódzkiego w danej dziedzinie medycyny oraz właściwej okręgowej izby lekarskiej; upływ okresu, w którym lekarz był obowiązany ukończyć szkolenie specjalizacyjne). W razie wypowiedzenia tej umowy bez wskazania przyczyny uzasadniającej jej rozwiązanie pracownikowi przysługują roszczenia określone w art. 56 w związku z art. 59 k.p. – roszczenie o przywrócenie do pracy na poprzednich warunkach albo odszkodowanie.

Zdaniem Sądu Najwyższego rezydentura jest szczególnym, uprzywilejowanym trybem odbywania specjalizacji. Status rezydenta mogą uzyskać jedynie lekarze zakwalifikowani do odbywania specjalizacji w tym trybie po postępowaniu kwalifikacyjnym, którzy w danej dziedzinie medycyny zyskali największą liczbę punktów. Przepisy dotyczące umowy o pracę na czas określony zawieranej z lekarzem rezydentem są przepisami szczególnymi w stosunku do przepisów Kodeksu pracy, normujących ten typ umowy, a umowa z rezydentem jest szczególnym rodzajem umowy na czas określony.

Jaki wymiar godzinowy dyżuru medycznego obowiązuje lekarza odbywającego specjalizację w trybie rezydentury?

Zgodnie z komunikatem Ministerstwa Zdrowia z 13 listopada 2009 r. tygodniowy wymiar dyżuru medycznego odbywanego w ramach realizacji programu specjalizacji powinien wynosić 10 godzin i 5 minut. Przy takim ograniczeniu jego długości nie występuje konieczność podpisywania tzw. klauzuli opt-out, która powinna być dobrowolnym wyrażeniem zgody na pracę w wymiarze przekraczającym 48 godzin tygodniowo.

Czy lekarzowi rezydentowi może być powierzona praca w izbie przyjęć, jeżeli odbywa szkolenie specjalizacyjne na oddziale szpitalnym zgodnie z programem specjalizacji?

Powierzenie lekarzowi rezydentowi pracy w komórce organizacyjnej, która nie jest wskazana w programie specjalizacji, zdaniem Ministerstwa Zdrowia wyrażonym w piśmie MZ-NSR-842-16123-286/LT/13 z 29 stycznia 2013 r., oznacza złamanie zobowiązania, określonego w zawartej z ministrem zdrowia umowie, do prowadzenia specjalizacji rezydentów zgodnie z programem specjalizacji i planem jej odbywania. W konsekwencji spowoduje to konieczność zwrotu środków finansowych wykorzystanych niezgodnie z przeznaczeniem przez podmiot leczniczy.

Czy szpital może odmówić podpisania umowy cywilnoprawnej na dyżury medyczne realizowane pod nadzorem w ramach programu specjalizacji?

Lekarzom zakwalifikowanym do odbywania szkolenia specjalizacyjnego po 1 lipca 2011 r., za pełniony w ramach realizacji szkolenia specjalizacyjnego dyżur medyczny, przysługuje wynagrodzenie na podstawie umowy o pełnienie dyżuru medycznego, która może być

również częścią umowy o pracę. Zdaniem Ministerstwa Zdrowia, zawartym w piśmie MZ-NSR-842-16123-372/LT/14 z 12 marca 2014 r., ustawodawca nakłada na jednostki uprawnione do prowadzenia specjalizacji oraz jednostki uprawnione jedynie do prowadzenia stażu kierunkowego przewidzianego programami specjalizacji, obowiązek finansowania programowych dyżurów medycznych pełnionych w danej jednostce przez specjalizujących się lekarzy. Lekarz pełniący dyżur medyczny powinien otrzymać wynagrodzenie za jego pełnienie, niezależnie od formy tego dyżuru (samodzielny, towarzyszący, zespołowy). Forma dyżuru zależy od charakteru działalności danej jednostki (zabiegowa, zachowawcza) i od stopnia przygotowania zawodowego szkolącego się lekarza.

Jakie działania powinien podjąć lekarz rezydent, gdy napotyka na utrudnienia ze strony jednostki szkolącej, związane z realizowaniem szkolenia specjalizacyjnego?

Szkolenie specjalizacyjne może być prowadzone przez jednostki organizacyjne, które zapewniają warunki merytoryczne i organizacyjne umożliwiające realizację programu specjalizacji w danej dziedzinie medycyny i uzyskały akredytację. Nadzór nad realizacją szkolenia specjalizacyjnego sprawuje minister zdrowia. Nadzorowi podlega w szczególności zgodność realizacji zajęć z programem specjalizacji, prawidłowość prowadzonej dokumentacji przebiegu szkolenia specjalizacyjnego i zapewnienie odpowiedniej jakości szkolenia. W ramach powyższego nadzoru dyrektor CMKP przeprowadza kontrolę i monitoruje realizację szkolenia specjalizacyjnego.

W przypadku, gdy pojawią się utrudnienia ze strony jednostki szkolącej związane z realizowaniem szkolenia specjalizacyjnego, lekarz rezydent, powinien powiadomić konsultanta wojewódzkiego, wojewodę, dyrektora.

Mec. Beata KOZYRA-LUKASIAK
radca prawny DIL
(przedruk z „Medium” nr 11/14)

OBOWIĄZEK UDZIELENIA INFORMACJI PRZEZ LEKARZA PACJENTOWI ORAZ WYRAŻENIE ZGODY PRZEZ PACJENTA (CZ. I)

Przed przystąpieniem do omówienia obowiązujących przepisów w zakresie zgody pacjenta na:

- badanie lub udzielanie innych świadczeń zdrowotnych,
- wykonanie zabiegu operacyjnego, zastosowanie metody leczniczej lub diagnostyki stwarzającej podwyższone ryzyko dla pacjenta,

przedstawiam najważniejsze zagadnienia dotyczące obowiązku i zakresu udzielonej pacjentowi lub jego ustawowemu przedstawicielowi informacji.

Lekarz udziela przystępnej informacji o stanie zdrowia pacjenta, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu. Obowiązek udzielenia informacji przez lekarza dotyczy również pacjentów, którzy ukończyli 16 lat.

Informacja poprzedzająca wyrażenie zgody do przeprowadzenia określonych działań lekarskich powinna być:

- przystępna – co oznacza, że forma i treść informacji winna uwzględniać intelektualne możliwości percepcyjne pacjenta, nie powinno używać się języka łacińskiego, natomiast należy używać słów, określeń i nazw, które pacjent zrozumie;
- wszechstronna – zawierająca informację o diagnozie, rokowaniach, o alternatywnej terapii oraz ryzyku związanym z wyborem określonej terapii, a przede wszystkim o skutkach niepoddania się leczeniu;

- rzetelna – czyli zobiektywizowana na podstawie przeciętnego doświadczenia medycznego;
- adekwatnie szczegółowa – obejmująca informacje dotyczące istoty leczenia, konsekwencji i rokowań.

Lekarz może udzielić informacji również innym osobom za zgodą pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego. Również pacjent może żądać od lekarza nieudzielania jemu informacji. Lekarz ma prawo skorzystać z tzw. przywileju terapeutycznego, czyli ograniczenia informacji o stanie zdrowia i rokowaniu, jeżeli rokowanie jest niepomysłne dla pacjenta lub według oceny lekarza przemawia za tym dobro pacjenta. Nawet w tej sytuacji pacjent ma prawo żądać, a lekarza ma obowiązek udzielenia żądanej informacji.

Inaczej przedstawia się obowiązek udzielenia informacji w stosunku do pacjenta, który nie ukończył 16 lat lub jest nieprzytomny bądź niezdolny do zrozumienia znaczenia informacji – wówczas lekarz udziela informacji osobie bliskiej. Definicja osoby bliskiej znajduje się w ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, która stanowi, że jest to małżonek, krewny (np. rodzice, dziadkowie, dzieci, wnuki) lub powinowaty do drugiego stopnia w linii prostej (teściowie, rodzice teściów, dzieci męża i wnuki męża), przedstawiciel ustawowy (rodzice, kurator dla osoby ubezwłasnowolnionej częściowo, opiekun dla osoby ubezwłasnowolnionej całkowicie), osoba pozostająca we wspólnym pożyciu lub osoba wskazana przez pacjenta.

Jeżeli pacjent nie ukończył 16 lat, lekarz udziela informacji w zakresie i formie potrzebnej do prawidłowe-

go przebiegu procesu diagnostycznego lub terapeutycznego i wysłuchuje jego zdania.

Na kim spoczywa prawny obowiązek udowodnienia, że lekarz udzielił informacji pacjentowi?

Sąd Najwyższy w wyroku z 17 grudnia 2004 r. sformułował następującą tezę: „Ciężar dowodu wykonania ustawowego obowiązku udzielenia pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu przystępnej informacji poprzedzającej wyrażenie zgody na zabieg operacyjny spoczywa na lekarzu.” Warto zwrócić uwagę, że środkami dowodowymi jest **dokumentacja medyczna**, a w szczególności zapisy w historii choroby lub innych dokumentach podpisanych przez pacjenta. Lekarz może również przeprowadzić dowód z zeznań świadków, najczęściej pracowników obecnych podczas udzielania informacji pacjentowi.

Naruszenie prawa do informacji wywołuje następujące skutki prawne.

Jeżeli informacja ma charakter samoistny, to mamy do czynienia z naruszeniem dobra osobistego pacjenta w postaci naruszenia jego autonomii informacyjnej. W drugim przypadku, jeżeli informacja powiązana jest z udzieleniem skutecznej zgody na zabieg medyczny, wówczas nieudzielenie informacji medycznej w pełnym zakresie lub wcale, doprowadza do uznania zgodny pacjenta na leczenie za wadliwe. Prowadzi to do nielegalności interwencji medycznej, a co najważniejsze do przerzucenia ryzyka zabiegu z pacjenta na lekarza. Dlatego wskazanym jest sporządzanie adnotacji o udzieleniu informacji podpisanej przez pacjenta.

Należy pamiętać, że zgoda pacjenta jest lustrzanym odbiciem udzielonej informacji. Zatem jakiegokolwiek wady informacji czynią zgodę również wadliwą. Adekwatne wyrażenie zgody pacjenta w ramach prawidłowo udzielonej informacji przenosi ryzyko ingerencji lekarza na pacjenta.

Główną przyczyną procesów sądowych, nie tylko w Polsce, jest uchybienie obowiązkowi informacji. Poniżej przytaczam tezy orzeczeń Sądu Najwyższego oraz Sądów Apelacyjnych, wywołane przez pacjentów, którym udzielono wadliwej lub niekompletnej informacji.

• Wyrok Sądu Apelacyjnego w Gdańsku z dnia 26 lutego 2010 r. (I ACa 51/2010)

„Jeżeli pacjent kwalifikuje się do leczenia (wykonania zabiegu operacyjnego) kilkoma różnymi metodami, to powinien zostać przez lekarza szczegółowo poinformowany o wszystkich konsekwencjach wynikających z zastosowania poszczególnych metod, w tym o stopniu i możliwym zakresie ryzyka powikłań tak, aby mógł w sposób w pełni świadomy uczestniczyć w wyborze najlepszej dla siebie metody.

Zaniechanie przez lekarza wskazanego wyżej obowiązku poinformowania pacjenta narusza dyspozycję art. 31 ustawy o zawodzie lekarza, jak również pozbawia pacjenta możliwości wyboru i współdecydowania o sposobie leczenia, przez co standardowe wyrażenie zgody na wykonanie zabiegu jedną z możliwych metod nie ma charakteru zgody uświadomionej.”

• Wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 11 marca 2008 r. (I ACa 846/2007)

„1. Jeżeli pacjentka nie została poinformowana o możliwości wystąpienia poważnych komplikacji zdrowotnych na skutek podania kontrastu w postaci roztworu błękitu metylowego, to nie można mówić o skutecznej zgodzie na zabieg, a tym samym o przejściu przez nią ryzyka, jakie było z nim związane.

2. W braku „poinformowanej” zgody pacjentki powstanie szkody wskutek wykonania zabiegu, także prawidłowego z punktu widzenia medycznego, uzasadnia odpowiedzialność lekarza (szpitala).”

• Wyrok Sądu Najwyższego – Izba Cywilna z dnia 3 grudnia 2009 r. (II CK 337/2009)

„Obowiązek informacji uregulowany w art. 31 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (tekst jednolity: Dz. U. 2008 r. Nr 136 poz. 857 ze zm.) obejmuje przewidywalne, choćby nawet występujące rzadko, następstwa zabiegu operacyjnego, które mają szczególnie niebezpieczny charakter dla zdrowia lub zagrażają życiu. Nie oznacza to jednak, że w każdym przypadku lekarz ma obowiązek informowania o wszelkich możliwych, nawet poważnych skutkach zabiegu operacyjnego, niezależnie.”

• Wyrok Sądu Najwyższego – Izba Cywilna z dnia 28 września 1999 r. (II CKN 511/98)

„Informacja udzielana przez lekarza przed zabiegiem powinna zawierać takie dane, które pozwolą pacjentowi podjąć decyzję o wyrażeniu zgody na zabieg z pełną świadomością tego, na co się godzi i czego może się spodziewać. Lekarz powinien poinformować pacjenta o rodzaju i celu zabiegu oraz o wszystkich jego następstwach, które są zwykle skutkiem zabiegu, tj. pożądanych – ze względu na jego cel – skutkach zabiegu, jak i o innych jego skutkach (tzw. skutkach ubocznych). Informacja powinna w szczególności obejmować te dające się przewidzieć możliwe następstwa zabiegu, zwłaszcza jeżeli są to następstwa polegające na znacznym i istotnym uszczerbku zdrowia, które – jako skutek uboczny – wprawdzie występują rzadko lub bardzo rzadko, ale nie można ich wykluczyć, i powinna określać stopień prawdopodobieństwa ich wystąpienia. W tym wypadku nie można jednakże wymagać, by informacja wymieniała wszystkie możliwe objawy następstw zabiegu i zawierała ich opis. Wystarczające jest ogólne określenie rodzaju możliwych następstw zabiegu oraz wskazanie, czy zagrażają życiu pacjenta ewentualnie, jaki mogą mieć wpływ (doniosłość) na prawidłowe funkcjonowanie organizmu.”

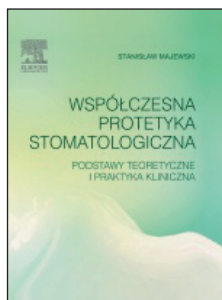
Opracowano na podstawie:

Ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty; Ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta; Kodeksu Etyki Lekarskiej.

Jadwiga JARZĄBKIEWICZ-GÓRNIAK

Radca prawny BIL

(przedruk z „Primum Non Nocere” nr 4/13)



Współczesna protetyka stomatologiczna. Podstawy teoretyczne i praktyka kliniczna

S. Majewski; wyd. I polskie; rok wydania: 2014; ISBN: 978-83-7609-731-2, format: 215 x 290, opr. twarda, 420 stron, cena: 170.10 zł (378 ELS pkt);

Podręcznik autorstwa profesora Stanisława Majewskiego – Krajowego Konsultanta w dziedzinie protetyki stomatologicznej, którego adresatami powinni być wszyscy studenci wydziałów stomatologicznych, a także specjalizujący się w protetyce lekarze.

Aby sprostać wymogom metodycznym i w celu podniesienia wartości dydaktycznej treść podręcznika została podzielona na cztery części:

- Część pierwsza – zawiera podstawowy zakres wiedzy teoretycznej, konieczny do zrozumienia całości przedmiotu.

- Części druga i trzecia – główna część tego podręcznika, obejmuje kompleks zagadnień współczesnej protetyki klinicznej, zarówno w zakresie praktyki podstawowej, obejmującej metody rekonstrukcji protetycznej w różnych konfiguracjach braków zębowych, jak i specjalistycznej, w przypadkach diagnostycznie i terapeutycznie trudnych – wymagających postępowania kompleksowego i leczenia, w tym implantoprotetycznego, m.in. takich jednostek chorobowych, jak: stomatopatie protetyczne, periodontopatie, zaburzenia okluzji, starcie patologiczne i dysfunkcje układu stomatognatycznego.

- W części czwartej w formie skrótowej przedstawione są wybrane zagadnienia z zakresu techniki laboratoryjnej i nowych technologii oraz materiałoznawstwa protetycznego.

Każdą z wymienionych części podręcznika poprzedza hasłowe streszczenie materiału w niej zawartego, a na końcu każdego rozdziału zamieszczony jest wykaz polecanych lektur uzupełniających oraz zestaw pytań kontrolnych, ułatwiających sprawdzenie zapamiętanych informacji.

Liczne ilustracje ułatwiają zrozumienie zagadnień wymagających wyobraźni przestrzennej, co jest niezbędne i zasadnicze w dziedzinie protetyki.

* * *



Położnictwo Tom 1 i 2

S.G. Gabbe, J.R. Niebyl, J.L. Simpson, M.B. Landon, H.L. Galan, E.R.M. Jauniaux, D.A. Driscoll; wyd. I polskie, red. P. Oszkowski, R. Dębski; rok wydania: 2014; Tom 1 - ISBN: 978-83-7609-994-1, format: 210x280, opr. twarda, 625 stron, cena: 269.09 zł (598 ELS pkt); Tom 2 - ISBN: 978-83-7609-994-1, format: 215x280, opr. twarda, 684 strony, cena: 291.60 zł (648 ELS pkt);

Światowy bestseller z dziedziny położnictwa pod redakcją zespołu specjalistów reprezentujących nie tylko szeroki zakres kompetencji, ale także wiele rejonów Europy i USA. Informacje zawarte w publikacji odzwierciedlają najnowszą wiedzę i zmiany, jakie zachodzą w dziedzinie położnictwa, a także w opiece nad pacjentkami. Wydanie polskie podzielono na dwa tomy:

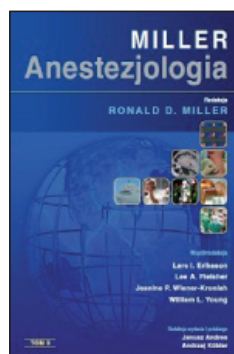
- Tom 1
 - Fizjologia
 - Opieka prenatalna
 - Opieka śródporodowa
 - Opieka poporodowa
- Tom 2
 - Ciąża powikłana
 - Ciąża i choroby współistniejące
 - Dodatek I. Prawidłowe wartości w ciąży

NOWOŚCI WYDAWNICZE

• Dodatek II. Anatomia miednicy W publikacji:

- diagnostyka i leczenie cukrzycy ciążowej
- postępowanie w zakażeniach wirusowych i bakteryjnych u matki, płodu i noworodka
- epidemiologia, diagnostyka i leczenie chlamydii, rzeżączki i kiły
- nowotwory w ciąży
- omówienie zaburzeń hematologicznych i neurologicznych u ciężarnych
- opisy najczęstszych chorób układu pokarmowego pojawiających się w ciąży
- algorytmy postępowania diagnostycznego
- działania niepożądane leków stosowanych w czasie ciąży
- na końcu każdego rozdziału podsumowanie najważniejszych informacji

* * *



Anestezjologia Millera.

Tom 3; wyd. I polskie, red. A. Kübler, J. Andres publikacja trzytomowa; rok wydania: 2014; ISBN: 978-83-7609-613-1, format: 220 x 280, opr. twarda, 980 stron, cena: 391.20 zł (978 ELS pkt);

Podręcznik Miller. Anestezjologia od ponad 25 lat uznawany jest za najdokładniejsze i najbardziej wyczerpujące źródło wiedzy z zakresu współczesnej anestezjologii. Jednym z głównych atutów tej książki jest jej kompleksowość i niezwykle obszerna baza bibliograficzna oparta na aktualnych pozycjach piśmiennictwa.

Obok tradycyjnych obszarów praktyki anestezjologicznej omówione zostały również najnowsze techniki znieczulenia i monitorowania funkcji organizmu z uwzględnieniem naukowych dowodów dotyczących teorii, praktyki

i technicznych aspektów każdego działu anestezjologii. Polskie wydanie tej pozycji zostało podzielone na trzy tomy.

* * *



Fizjoterapeutyczna metoda globalnych wzorców posturalnych

P. Souchart; wyd. I polskie, red. M. Żak; rok wydania: 2014; ISBN: 978-83-7609-710-7, format: 170 x 240, opr. broszurowa, 194 strony, cena: 77.40 zł (172 ELS pkt)

„Książka jest dziełem dającym podstawy do dobrego kształcenia w zakresie diagnostyki i postępowania terapeutycznego, a jak wiemy tylko solidna wiedza dotycząca strukturalnych i czynnościowych powiązań wewnątrz poszczególnych układów i narządów umożliwia zrozumienie występujących dysfunkcji, ich właściwą klasyfikację, a także prowadzenie odpowiednich działań usprawniających. W tym zakresie książka doskonale spełnia swe zadanie dostarczając wiadomości, o które nie jest łatwo w obecnych czasach, mimo szybkiego rozwoju techniki coraz powszechnie używanej w diagnostyce i terapii. Większość stron jest ilustrowana świetnymi pod względem treści i wykonania rysunkami i fotografiami, co znakomicie ułatwia zrozumienie i zapamiętanie jej treści. W niewielkiej stosunkowo objętości zamieszczono bardzo dużo praktycznie użytecznej wiedzy diagnostycznej i terapeutycznej. Należy zatem życzyć jej szerokiego rozpowszechnienia i użytecznego praktycznego zastosowania dla dobra usprawnianych pacjentów, a także aby przyczyniła się do rozwoju osób pracujących w ochronie zdrowia, a w szczególności fizjoterapeutów.”

*Prof. nadzw. dr hab.
Marek Żak*



VIII Konferencja Postępy w gastroenterologii

Wykładów uwzględniających najnowsze trendy w gastroenterologii będą mieli okazję wysłuchać uczestnicy konferencji **Postępy w Gastroenterologii**, która odbędzie się 5–6 grudnia 2014 r. w Poznaniu. Spotkanie koncentrować się będzie na nowościach w chirurgii przewodu pokarmowego, na tematyce guzów neuroendokrynnych oraz postępów w leczeniu wybranych chorób układu pokarmowego. Podczas konferencji pokazane zostaną problemy gastroenterologiczne z punktu widzenia innych niż gastrologów, specjalistów. Gościem specjalnym konferencji będzie prof. dr hab. **Jerzy Vetulani**. Uczestnicy otrzymają punkty edukacyjne.

Termin: 5–6 grudnia 2014 r.

Kierownik naukowy: prof. dr hab. Grażyna Rydzewska

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

Organizatorzy: Klinika Chorób Wewnętrznych i Gastroenterologii CSK MSW w Warszawie, Wydawnictwo Termedia, wydawca czasopisma *Przegląd Gastroenterologiczny*

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



Post Eular & ACR

W ostatnich latach obserwuje się niebywały postęp w zakresie diagnostyki i leczenia chorób reumatycznych. Jego najdobitniejszym wyrazem jest całkowita zmiana strategii terapii chorób reumatycznych o podłożu zapalnym dzięki wprowadzeniu na początek XXI wieku leków biologicznych. Najważniejszym światowym forum dyskusyjnym, na którym podejmowana jest problematyka reumatologiczna są coroczne kongresy Europejskiej Ligi Przeciwrumatycznej (EULAR). Niemniej istotny jest coroczny kongres

Amerykańskiego Towarzystwa Reumatologicznego (ACR). Podczas konferencji **Post Eular & ACR**, która odbędzie się w Poznaniu 12–13 grudnia 2014 roku, chcemy zainteresować uczestników tematyką ostatniego kongresu EULAR i ACR i przedstawić w miarę możliwości najważniejsze doniesienia z obydwu kongresów – organizowanego w Madrycie EULAR 2014 i w Bostonie ACR 2014. Uczestnicy otrzymają 9,5 punktu edukacyjnego.

Termin: 12–13 grudnia 2014 r.

Miejsce: Poznań, IBB Andersia Hotel, pl. Andersa 3

Przewodniczący Komitetu Naukowego: prof. dr hab. Włodzimierz Samborski

Organizator: Wydawnictwo Termedia

Partner merytoryczny i nadzór naukowy: Klinika Reumatologii i Rehabilitacji Ortopedyczno-Rehabilitacyjnego Szpitala Klinicznego im. Wiktorra Degi Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Oddział Poznański Polskiego Towarzystwa Reumatologicznego

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



VI Kongres Top Pulmonological Trends

W dniach 27–29 listopada 2014 r. w Poznaniu odbędzie się szósta już edycja Kongresu **Top Pulmonological Trends**. Hasło tegorocznego spotkania brzmi: *Keep your respiratory knowledge up-to-date*, a celem jest przekazanie nowości w diagnostyce i leczeniu chorób płuc w kontekście holistycznym i interdyscyplinarnym. Proponowana tematyka obejmuje ważne problemy kliniczne, często pojawiające się w codziennej praktyce lekarskiej. *Chcemy zasygnalizować nowe, istotne wyniki badań naukowych i ciekawe publikacje kreujące światowe trendy w pulmonologii, które pojawiły się w ostatnim czasie. Przekażemy, co ciekawego działo się na najważniejszych kongresach światowych, a także na zjeździe Polskiego Towarzystwa Chorób Płuc. Zastanowimy się, ja-*

kie czynniki wpływają na efektywność terapii chorób układu oddechowego. - mówi prof. dr hab. med. **Halina Batura-Gabryel**.

Termin: 27–29 listopada 2014 r.

Miejsce: Poznań, IBB Andersia Hotel, Plac Władysława Andersa 3

Organizator: Wydawnictwo Termedia

Partner merytoryczny i nadzór naukowy: Katedra i Klinika Pulmonologii, Alergologii i Onkologii Pulmonologicznej Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu, Stowarzyszenie Wspierania Pulmonologii Poznańskiej

Przewodnicząca Komitetu Naukowego: prof. dr hab. Halina Batura-Gabryel

Patronat Honorowy: Polskie Towarzystwo Chorób Płuc

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

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. Moniuszki 16, 47-100 Strzelce Opolskie.**

Opolskie Centrum Słuchu i Mowy MEDINCUS poszukuje do współpracy:

- lekarza otolaryngologa,
- surdologopedę,
- protetyka słuchu.

Kontakt tel. 77/551 11 70 lub rejestracja.opole@csim.pl

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Zaodrze” w Opolu, ul. Licealna 18, wynajmie 2 lokale o powierzchni około 12 m² oraz 23 m² na gabinety medyczne na parterze swej siedziby. Kontakt: tel. 77/474 77 78.