



OPOLSKA
IZBA
LEKARSKA

Rok Założenia 1990

Grudzień 2017–Styczeń 2018

ISSN 1426-661X

BIULETYN INFORMACYJNY

Nr 254–255

OPOLSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

www.izbalekarska.opole.pl

Zdrowych, radosnych
i rodzinnych Świąt
Bożego Narodzenia
oraz
wszelkiej pomyślności
w Nowym Roku



Fot. Alfred Polok



Olga Boznańska namalowała „Mnicha przy winie” w 1887 roku. Skąd u dwudziestodwulatki pomysł na portret duchownego - pijaka? Może przeczytała „Listy ciemnych mężów”? *Epistolae obscurorum virorum* ukazały się w 1515 roku i cieszyły się taką popularnością, że wznawiano je przez całe stulecie. W tamtym czasie nie istniały jeszcze dzienniki ani czasopisma, listy były więc jedynym sposobem przekazywania wiadomości nie tylko prywatnych, ale też natury politycznej czy naukowej. Korespondencja dawała swobodę, pozwalała na dzielenie się nowinkami i plotkami, dopuszczała lekki ton, a co najważniejsze wciągała czytelnika do wspólnoty osób bliskich, obiecywała mu intymność i uczestnictwo w poufnej rozmowie.

Pod koniec XIX wieku książkę odkryto na nowo, z łaciny przetłumaczono ją na niemiecki i francuski; malarka była poliglotką, kobietą o otwartym umyśle, czytającą i poszu-

kującą prawdy. Podczas studiów w Monachium mogła się natknąć na przekład, który stał się inspiracją do namalowania portretu. Jakie myśli wyrażały listy? Ich autorzy bronili postępu i wolności, literatury i nauki, a także odważnie potępiali nadużycia kleru i antysemityzm.

Europę wieków średnich cechowała wrogość dla innych. Żydzi przypinali wtedy żółte kółka do płaszczy, nosili szpiczaste czapki, nie mogli studiować prawa ani medycyny, pozwalano im tylko zajmować się dla handlu albo pożyczać denary na procent. Pewnie dlatego niektórzy wyrzekali się wiary i próbowali dopasować się do reszty by sięgnąć po zabronione. Wśród neofitów nie brakowało nadgorliwców, którzy oczerniali niedawnych współwyznawców, oskarżali ich o szarlatanerię i działania na szkodę chrześcijan. Na ich tle wyróżniał się Jan Pfefferkorn z Kolonii- autor „Zwierciadła” i „Wroga Żydów”. W swoich publikacjach zalecał on ściganie żydowskich lekarzy, żądał, aby wykonywali najbrudniejsze prace (niech czyszczą kloaki!- pokrzykiwał) i domagał się konfiskaty hebrajskich ksiąg. Powoływał się zresztą na dawne tradycje: już w VI wieku cesarz bizantyjski Justynian I Wielki wydał zakaz czytania Talmudu, a w XIII wieku król francuski Ludwik Święty pod naciskiem papieża Grzegorza IX nakazał palenie ksiąg Miszny i Gemary.

Przechrztę wspierali dominikanie i arcybiskup koloński, przeciwko Pfefferkornowi opowiedział się natomiast hebraista Jan Reuchlin, niszczenie dorobku kulturowego nie mieściło mu się po prostu w głowie. Natychmiast oskarżono o herezję, może spłonąłby na stosie, gdyby nie ujęli się za nim wybitni humaniści epoki renesansu Crotus Rubianus, Ulryk von Hutten i Herman Busch. To oni ogłosili „Listy ciemnych mężów”. Bronili w nich uczonego, a ponadto kpili sobie z chciwych biskupów, żartowali z niedouczonego księży, którzy po pijaku prawili kazania i wyśmiewali zakłamanych zakonników- ich kochanki i zbyt krótkie posty.

Mnich z obrazu rozchylił usta, przymknął oczy i oparł się ciężko na stole. Siedzi smutny, otumaniony, nietrzeźwy. Przed nim stoi pusty antałek po winie (pewnie z klasztornej piwniczki) i dwa puste kieliszki - ślad po kimś kto się pojawił i zniknął jak wstyd i wyrzuty sumienia.

Agnieszka KANIA

BIULETYN INFORMACYJNY OPOLSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

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

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

ŁAMANIE I DRUK: Wydawnictwo i Drukarnia Świętego Krzyża w Opolu, ul. Katedralna 8A

NAKŁAD: 2800 egz. ISSN 1426-661X



Kolejny rok dobiega końca i kolejny nowy rok się zaczyna. Z jednej strony to czas na podsumowania, z drugiej – oczekiwanie na to, co przyniosą nam nadchodzące dni. Dziwny to czas!

Za nami pierwsze miesiące kolejnej reformy systemu ochrony zdrowia. Mamy ośrodki medyczne w sieci i poza nią. Mamy nowy system finansowania świadczeń. Czy w związku z tym zmniejszyły się nasze obawy i uczucie niepewności, co do tego, jak to będzie? Niezupełnie. Pojawiły się bowiem nowe problemy. Akcja protestacyjna lekarzy rezydentów powoli rozszerza się na pozostałe grupy lekarzy. W jednostkach ochrony zdrowia nasila się akcja wypowiadania umów opt-out, zaczynają się problemy z obsadzaniem dyżurów lekarskich. Media zbliżone do obozu rządzącego nasilają presję na środowisko lekarskie szeroko szermując argumentami etycznymi. Dzieje się!

Jednocześnie jeszcze przed nami „elektronizacja” – w połowie roku przestają istnieć papierowe zwolnienia lekarskie, a w nieodległej przyszłości pojawią się także i e-recepty. Niejasna jest przyszłość aktualnego protestu lekarskiego i jego ewentualnych skutków, czy też efektów. Coraz trudniej się pracuje.

A na dodatek zbliżające się miesiące, to czas zmiany warty w Samorządzie. Na początku marca odbędzie się Okręgowy Sprawozdawczo-Wyborczy Zjazd Lekarzy członków naszej Izby, na którym dojdzie do zmiany władzy. Aktualny Prezes Jerzy Jakubiszyn, po 2 kolejnych kadencjach przekaze swoją funkcję nowemu Prezesowi. Kto nim zostanie – zdecydują w naszym imieniu właśnie wybrani delegaci na Zjazd. Jak zostanie uformowana nowa Rada Okręgowa i inne ograny naszej Izby – to również zależeć będzie od delegatów.

Z moich obliczeń wynika, że spośród 24 aktualnie urzędujących Prezesów okręgowych izb lekarskich, jedynie 7-8 może ponownie ubiegać się o tę funkcję. Z kolei

w maju odbędzie się Krajowy Zjazd Lekarzy, na którym również dojdzie do znacznych zmian. Prezes Hamankiewicz – będący w identycznej sytuacji, jak nasz Kolega – przekaze swoje uprawnienia innemu „Naczelnemu” Prezesowi. Jak więc widzicie wszędzie idzie nowe!

Tymczasem przed Wami ostatni w tym roku i jednocześnie pierwszy w przyszłym (bo podwójny) numer Biuletynu. Staralem się w nim zawrzeć materiały będące odzwierciedleniem tego, co się dzieje wokół nas. By uprzedzić ewentualne głosy krytyki od razu wyjaśnię, że nie piszę o sprawach protestu lekarskiego (choć w ostatnim numerze znaleźć można wywiad z przedstawicielem lekarzy rezydentów). Sytuacja bowiem jest dynamiczna i materiał przygotowany przeze mnie w połowie listopada może być już mocno nieaktualny na początku stycznia. Zresztą wszystkie aktualności znajdziecie na naszej stronie internetowej.

Mam nadzieję, że ci spośród Was, którzy w ogóle czytają nasz Biuletyn, znajdą dla siebie ciekawy tekst na świąteczne wieczory. Życząc spokojnych, radosnych (wbrew wszystkiemu) i rodzinnych Świąt Bożego Narodzenia oraz (mimo wszystko) szczęśliwego Nowego 2018 Roku, żegnam się z Wami do lutego.

Jerzy B. LACH

ZAPROSZENIE

Zapraszamy na **Karnawałowe Spotkanie Medyków 2018**, które odbędzie się 27 stycznia 2018 r. w „Zajeździe Ostoja” w Krzywiźnie koło Kluczborka. Zabawa zaczyna się o godzinie 19.00, a bawić będzie DJ DyLama. Bilety w cenie 170 zł od osoby można zamówić pod telefonem 662-288-515 lub 605-763-494. Możliwość noclegu na miejscu.

Zaprasza Delegatura Kluczborska OIL Opole



Koleżanki i Koledzy,
Protest lekarzy rezydentów wszedł w nową fazę. Zdecydowano o masowym wypowiadaniu klauzuli opt-out czyli o rezygnowaniu z pracy ponad normę kodeksową – 48 godzin średnio tygodniowo. Na swoim listopadowym posiedzeniu Okręgowa Rada Lekarska wystosowała apel do członków Opolskiej Izby Lekarskiej, aby do akcji rezydentów przyłączali się także lekarze specjaliści. Ponieważ ewentualne wypowiedzenia obowiązywać będą od 1

SZPALTA PREZESA

stycznia 2018 r., dopiero po Nowym Roku okaże się, jak wygląda nasza samorządowa solidarność.

W dalszej części Biuletynu znajdziecie informację o kolejnym roku ubezpieczeń odpowiedzialności cywilnej. Zasady nie zmieniły się – podstawowe warunki ubezpieczenia są takie, jak w ubiegłym roku. Nowum jest prośba ubezpieczyciela, aby w miarę możliwości korzystać z ubezpieczania się on-line. Należy wejść na stronę internetową www.polisagrupowa.pl albo skorzystać z linku ze strony internetowej Izby (baner zlokalizowa-

ny w prawym dolnym rogu). Oczywiście dla tych, którzy wolą bezpośredni kontakt z osobą doradzającą wybór wariantu ubezpieczenia, możliwe jest ubezpieczenie się w trybie dotychczasowym czyli w biurze OIL. Osoby, które będą korzystały z ubezpieczenia on-line muszą to zrobić najpóźniej 28 lutego. Osoby, które chcą skorzystać z pośrednictwa pracownika biura Izby, muszą to zrobić w okresie 12-23 lutego.

Zbliża się koniec kadencji władz samorządu lekarskiego. We wszystkich rejonach wyborczych naszej Izby,

w których zgłoszony został co najmniej jeden kandydat dopełniona została cała procedura wyborcza i skompletowana została lista delegatów (zamieścimy ją w kolejnym numerze Biuletynu). Już dzisiaj natomiast informuję, że **Zjazd Sprawozdawczo-Wyborczy** odbędzie się w **sobotę 3 marca 2018 r.** Bardzo proszę wszystkich wybranych na nową kadencję o uwzględnienie tego dnia jako dnia wolnego od dyżuru, urlopu lub innych zdarzeń, które uniemożliwiałyby udział w Zjeździe.

Jerzy JAKUBISZYN

CO SŁYCHAĆ W IZBIE

POSIEDZENIA OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ

W dniu 25 października 2017 r. odbyło się posiedzenie Okręgowej Rady Lekarskiej w Opolu. Spotkanie prowadził Prezes Jakubiszyn według programu przedstawionego członkom Okręgowej Rady Lekarskiej drogą elektroniczną.

Przyznanie praw wykonywania zawodu

Jednogłośnie postanowiono wydać Prawo Wykonywania Zawodu następującym lekarzom, którzy ukończyli staż podyplomowy: Barbarze Wesnerowicz, Aleksandrze Kolek-Leder i Weronice Juruć, a także lek. Oleksandrovi Hrytsakowi, który jest cudzoziemcem z kartą Polaka i będzie odbywał staż podyplomowy w Oleśnie.

Rejestracja podmiotów prowadzących szkolenie podyplomowe lekarzy

Jednogłośnie przyznano:

- 3 pkt. edukacyjne dla Opolskiego Oddziału Polskiego Towarzystwa Onkologicznego, który przeprowadzi w dniu 23 listopada 2017 r. w Opolu szkolenie dla lekarzy pt. „Nowotwory skóry – leczenie wielodyscyplinarne”,
- 12 pkt. dla Opolskiego Koła Regionalnego Polskiego Towarzystwa Ortodontycznego za szkolenie dla lekarzy dentystów pt. „Diagnostyka i leczenie zaburzeń czynnościowych narządu żucia” w Opolu w dniach 12-13 stycznia 2018 r.,
- 15 pkt. dla firmy Nutrikon, organizatora warsztatów medycznych „Leczenie ran przewlekłych” w dniach 17-18 listopada 2017 r. w Jarnołtówku.

Przyjęto informację o organizowaniu kursów medycznych przez firmę Meditrans Sp. z o.o., zarejestrowaną w Świętokrzyskiej Izbie Lekarskiej i posiadającą uchwałę Prezydium NRL o spełnianiu wymogów: w dniu 17 listopada 2017 r. pt. „Wybielanie – techniki wybielania domowego i gabinetowego zgodne z obowiązującym pra-

wem w Polsce” oraz w dniu 9 grudnia 2017 r. pt. „Jak sprawnie wykonać zabieg szynowania zębów”.

Zmiany w rejestrze indywidualnych praktyk lekarskich

Z powodu zaprzestania działalności wykreślono z rejestru trzy praktyki.

Przyznanie świadczeń z Funduszu Samopomocy.

Do Funduszu Samopomocy wpłynęły 3 podania o przyznanie zapomogi. Dwie przyznano przy 4 głosach wstrzymujących, jedną zaś przy 2 głosach wstrzymujących się.

Wyznaczenie przedstawicieli OIL do komisji konkursowych

Brak było wniosków.

Podjęcie uchwał w sprawie zmiany wysokości składki członkowskiej

O zwolnienie z opłacania składek członkowskich z powodu nieosiągania przychodów zwróciła się jedna osoba. Uchwałę podjęto jednogłośnie.

W tym momencie Prezes poprosił o wprowadzenie do programu Rady punktu 6A, w którym Rada upoważni Prezesa i Skarbnika do podpisania umowy z Ministerstwem Zdrowia na refundację kosztów związanych z zadaniami administracyjnymi wykonywanymi przez Izbę w 2017 r. Uchwałę w tej sprawie przyjęto jednogłośnie.

Wyznaczenie przedstawiciela ORL do Rady Społecznej USK w Opolu

Prezes przedstawił konieczność uchylenia uchwały sprzed miesiąca (członkiem Rady Społecznej podmiotu leczniczego nie może być osoba, która w tym podmiocie



jest zatrudniona). Przekazał, że dyskutowało już o tym Prezydium i rekomenduje ono na tę funkcję kol. Mazura. Z sali zgłoszono kandydaturę kol. Dryji. W wyniku tajnego głosowania przedstawicielem ORL w Radzie Społecznej USK w Opolu został kol. Dryja.

Przyjęcie uchwały w sprawie rekompensowania członkom samorządu lekarskiego potrąceń z wynagrodzenia za pracę na rzecz samorządu

Po burzliwej dyskusji postanowiono przyjąć uchwałę w sprawie wypłacenia członkom ORL kwot potrąconych przez pracodawcę z wynagrodzenia w związku z pracą na rzecz samorządu zawodowego.

W tym momencie na posiedzenie Rady przybył zaproszony przez Prezesa lek. Konrad Rekucki, rezydent Oddziału Kardiologii USK w Opolu, który przewodniczy Komisji Młodych Lekarzy naszej Izby. Przedstawił on postulaty, o jakie zabiega kierowana przez niego Komisja, a mianowicie:

- dodatek do kształcenia podyplomowego w kwocie 150 zł rocznie;
- zapomoga przy urodzeniu dziecka wypłacana przez Izbę;
- prośba, aby kursy obowiązkowe do specjalizacji nie odbywały się w soboty i niedziele, ponieważ lekarze mają problem u swojego pracodawcy z odebraniem wolnych dni w innym terminie;
- pomoc przy dopilnowaniu przebiegu staży specjalizacyjnych;
- szkolenia organizowane przez Izbę na tematy związane z prawem.

W odniesieniu do aktualnej akcji protestacyjnej poprosił o poparcie dla obywatelskiego projektu ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (zawierający drogę dojścia do finansowania ochrony zdrowia w wysokości 6,8% PKB w ciągu 4 lat). Zdał także relację z dotychczasowego przebiegu akcji protestacyjnej lekarzy rezydentów i omówił możliwe scenariusze na przyszłość (wypowiadanie klauzuli opt-out, rezygnacja z dodatkowych zatrudnień). Członkowie Rady wyrazili jednoznaczne poparcie dla akcji młodych lekarzy i dopytywali się o możliwość zaopatrywania w okolicznościowe koszulki z nadrukiem poparcia dla protestu. Kol. Wojtyłko zaproponował, aby kol. Gajda została łącznikiem pomiędzy lekarzami rezydentami a Izbą, co członkowie Rady przyjęli przez aklamację.

Przyjęcie stanowiska w sprawie planów Ministerstwa Zdrowia dotyczących ułatwienia lekarzom spoza Unii Europejskiej możliwości pracy w Polsce

Przy 9 głosach za i 5 przeciwnych Rada przyjęła Stanowisko, w którym stanowczo sprzeciwia się planom Ministra Zdrowia, aby umożliwić w Polsce pracę lekarzom

spoza krajów Unii Europejskiej bez spełnienia wszystkich kryteriów, wymaganych przy ubieganiu się o prawo wykonywania zawodu.

Omówienie przebiegu wyborów w rejonach wyborczych OIL

Wybory lekarzy na Zjazd Okręgowy zostały zakończone i na następnej Radzie Prezes przedstawi propozycję daty Zjazdu Sprawozdawczo-Wyborczego (wiosna 2018 r.).

Sprawozdanie z nadzwyczajnego posiedzenia Konwentu Prezesów ORL

Prezesi ORL uczestniczyli 14 października br. w pikiecie pod Urzędem Rady Ministrów razem z lekarzami rezydentami, a następnie odwiedzili głodujących lekarzy.

Kol. Olejnik zaproponował wykupienie w NTO miejsca, na którym zostanie przedstawione nasze poparcie dla protestujących lekarzy rezydentów. Prezes zaproponował, aby był to plakat, zaproponowany przez Prezydium NRL (czerwony tekst na czarnym tle), do którego dołączony zostanie tekst, zawarty w stanowisku Prezydium naszej Rady z 4 października 2017 r. Propozycja została przyjęta przez aklamację.

Sprawozdanie członków Rady z działalności pomiędzy posiedzeniami

Kol. Latała zdał relację z ostatniego szkolenia zorganizowanego przez KS oraz PTS dla lekarzy dentystów, podczas którego prof. dr hab. n. med. Marzena Dominiak, Kierownik Zakładu Chirurgii Stomatologicznej UM we Wrocławiu wygłosiła wykład pt. „Wyzwania i ograniczenia w regeneracji zębodołów poekstrakcyjnych”.

Sprawy różne i wolne wnioski

Kol. Martyniszyn opowiedział o organizowanym spotkaniu opłatkowym lekarzy z Delegatury Kluczborskiej oraz o planowanym 27 stycznia 2018 r. w hotelu Ostoja w Krzyżźnie balu lekarzy.

Na tym posiedzenie zakończono.

*Sekretarz ORL, lek. dent. Barbara HAMRYSZAK
Prezes ORL, dr n. med. Jerzy JAKUBISZYN*

* * *

W dniu 22 listopada 2017 r. odbyło się przedostatnie w bieżącym roku posiedzenie Okręgowej Rady Lekarskiej. Posiedzenie prowadził Prezes Jakubiszyn zgodnie w programem zebrania przesłanym wszystkim członkom Rady w formie elektronicznej we wcześniejszym terminie.

Przyznanie praw wykonywania zawodu

W związku z ukończeniem stażu podyplomowego o przyznanie Prawa Wykonywania Zawodu zwróciło się ośmioro lekarzy. Rada jednogłośnie przyznała w/w PWZ.

Rejestracja podmiotów prowadzących szkolenie podyplomowe lekarzy

Z informacją o przeprowadzeniu w dniach 15 i 16 listopada br. szkolenia z zakresu karmienia piersią, zwróciła się Fundacja Twórczych Kobiet, zarejestrowana w Okręgowej Izbie Lekarskiej w Warszawie i posiadająca uchwałę Prezydium NRL o spełnieniu wymogów do prowadzenia kształcenia.

Zmiany w rejestrze indywidualnych praktyk lekarskich

Brak było wniosków.

Przyznanie świadczeń z Funduszu Samopomocy

O przyznanie zapomóg w związku z trudną sytuacją materialną zwróciły się trzy osoby, w tym wdowa po zmarłym lekarzu, która wystąpiła o zapomogę na uczącego się niepełnoletniego syna. Rada jednogłośnie przyznała zapomogi.

Wyznaczenie przedstawicieli OIL do komisji konkursowych

Brak było wniosków.

Zmiany w wysokości składki członkowskiej

W związku z niezyskiwaniem dochodów o zwolnienie z opłaty składki członkowskiej zwróciło się 21 osób, które ukończyły staż podyplomowy, ale nie podjęły na razie żadnego zatrudnienia. Rada jednogłośnie podjęła uchwały o zwolnieniu z opłacania składek.

Omówienie przebiegu wyborów w rejonach wyborczych OIL

Prezes oddał głos Przewodniczącemu Okręgowej Komisji Wyborczej kol. Chruszczykowi, który poinformował zebranych, że we wszystkich rejonach wyborczych, w których zostali zgłoszeni kandydaci na Okręgowy Zjazd Lekarzy nowej kadencji wybory się odbyły. Do wyborów nie zgłoszono protestów, tak więc Komisja po zapoznaniu się ze wszystkimi protokołami podjęła uchwałę, zatwierdzając ostateczne listy delegatów na Zjazd Okręgowy z poszczególnych rejonów.

Prezes Jakubiszyn zaproponował, aby Okręgowy Zjazd Sprawozdawczo-Wyborczy odbył się 3 marca. Wobec braku sprzeciwu podjęto odpowiednią uchwałę, wyznaczając także terminy posiedzeń Rady i jej Prezydium w styczniu i lutym 2018 r.

Sprawozdanie członków Rady z działalności pomiędzy posiedzeniami

Na wstępie Prezes przypomniał, że całostronicowe ogłoszenie o proteście lekarzy rezydentów ukazało się w sobotnim wydaniu NTO, bezpośrednio po październikowym posiedzeniu Rady.

Następnie głos zabrała kol. Gajda – pełnomocnik Rady ds. kontaktów z Opolskim Oddziałem Porozumienia Rezydentów, która poinformowała o aktualnej sytuacji trwającego protestu. W chwili obecnej rezydenci będą przystępować do wypowiadania umów opt-out. Zaproponowała również, aby poza noszeniem koszulek z napisami dotyczącymi protestu, zainwestować w znaczki, afisze i ulotki, które będzie można rozdawać pacjentom w swoich miejscach pracy. Rada zaakceptowała tę propozycję.

Kol. Jakubiszyn dodał, że w najbliższym czasie spotka się ze wszystkimi ordynatorami USK w Opolu by zaproponować im wsparcie protestu poprzez wypowiadanie umów opt-out także przez lekarzy specjalistów z ich oddziałów.

Kol. Olejnik zaproponował wystosowanie apelu do członków Opolskiej Izby Lekarskiej, aby postępowali w podobny sposób. Wywołało to gorącą dyskusję, w której głos zabierali kol. Olejnik, Martyniszyn, Latała, Dryja, Mazur i Suzanowicz. W dyskusji podkreślano, że podjęcie decyzji o wypowiedzeniu umowy opt-out będzie czasami trudne do przeprowadzenia ze względu na różne sytuacje Koleżanek i Kolegów czy też konieczność zabezpieczenia chorych – zwłaszcza na oddziałach intensywnej opieki. Zgodzono się jednak, że należy podjąć taką próbę, by uzmysłowić wszystkim olbrzymie braki kadrowe w ochronie zdrowia. Decyzja o wystosowaniu apelu została podjęta przy 1 głosie wstrzymującym się.

Kol. Mielczarek poinformował o tym, że pracownicy administracji Szpitala w Oleśnie na polecenie Dyrektora zrywają plakaty i ulotki informujące o proteście.

W dalszej części kol. Jakubiszyn przekazał członkom Rady informacje o odbytych ostatnio posiedzeniach Konwentu Prezesów rad okręgowych oraz Naczelnej Rady Lekarskiej. Na tym pierwszym spotkaniu omawiano przede wszystkim sprawę przekazywania i przechowywania dokumentacji medycznej z praktyk lekarskich po zmarłych lekarzach. Większość prezesów izb zaproponowała przyjęcie postawy oczekiwania na rozwój wypadków w tej sprawie. Kol. Olejnik zaproponował, aby już od dzisiaj zacząć przetwarzać papierową dokumentację na formę elektroniczną, co pozostaje w zgodzie z proponowanym przez rządzących skomputeryzowaniem dokumentacji oraz w trosce o jej zabezpieczenie. Prezes zaproponował, aby prowadzić w tej sprawie rozmowy dotyczące przyszłych działań.

Na posiedzeniu NRL Rada podjęła kilka stanowisk związanych z protestem m.in.: w sprawie powierzania dyżurów lekarskich w oddziałach szpitalnych lekarzom o odpowiednich kwalifikacjach, w sprawie poselskiego projektu ustawy o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentyisty i w sprawie roli lekarzy rezydentów w szpitalach.

Kol. Łuszczynska-Ostrowska przekazała członkom Rady informacje o pełnym sukcesie uczestnictwie chóru

naszej Izby w III Festiwalu Chórów Lekarskich, który odbył się w dniach 9-11 listopada 2017 r. w Gnieźnie i Trzemesznie. Przy tej okazji Prezes zaproponował, aby Rada przyznała dofinansowanie występu chóru na tej imprezie w wysokości 4.500 PLN. Rada, przy 1 głosie wstrzymującym się, przyznała refundację.

Sprawy różne i wolne wnioski

Kol. Olejnik przedstawił pismo lekarzy urologów z USK w Opolu dotyczące warunków pełnienia przez nich dyżurów na oddziale i SOR (*patrz poniżej – przyp. Redakcji*). Pisali oni o nadmiernym obciążeniu pracą, wyręczaniem się nimi przy załatwianiu pacjentów SOR przez jego personel i fatalnej organizacji pracy na SOR. Pismo to wywołało kolejną gorącą dyskusję, w której głos zabierali kol. kol. Jakubiszyn, Dryja, Olejnik, Mazur, Martyniszyn, Latała, Mielczarek, Suzanowicz i Gajda. W dyskusji podkreślano m.in., że nie po raz pierwszy mowa jest w trakcie posiedzenia Rady o złej organizacji pracy na SOR w USK w Opolu, za co winę ponosi przede wszystkim Dyrekcja szpitala. Sprawa ta dotyczy nie tylko lekarzy urologów, ale również i innych specjalności. Nadmierne obciążenie pracą na SOR powoduje liczne zwolnienia wśród lekarzy USK. Kol. Martyniszyn zaproponował przyjęcie przez Radę stanowiska w tej sprawie i zamieszczenie go w najbliższym Biuletynie. Prezes Jakubiszyn zobowiązał się do przygotowania projektu tego dokumentu i poddanie go elektronicznemu głosowaniu (*patrz poniżej – przyp. Redakcji*).

Kol. Gajda z kolei zapoznała członków Rady z problemem realizacji programu Ministerstwa Zdrowia „Za życiem”, w którym zobowiązano lekarzy kilku specjalności (m.in. lekarzy rodzinnych i ginekologów) do wypisywania zaświadczeń dotyczących występowania u pacjentów następstw schorzeń, powstałych w trakcie życia płodowego. Po pierwsze brakuje podstawowych informacji dla lekarzy, dotyczących zakresu chorób, do których odnosi się ten program. A po drugie jest to kolejna porcja „papierologii” nakładanej na lekarzy. Prezes Jakubiszyn po krótkiej dyskusji zaproponował, aby do tej sprawy powrócić na grudniowej Radzie. Rada zaaprobowwała tę propozycję.

Wobec wyczerpania programu posiedzenia, na tym spotkanie Rady zakończono.

Z-ca Sekretarza ORL, lek. Jerzy B. LACH
Prezes ORL, dr n. med. Jerzy JAKUBISZYN

Informacja dla lekarzy rezydentów oraz ich pracodawców

Wymiar obowiązującego rezydenta czasu pracy oraz wysokość przysługującego wynagrodzenia nie są uzależnione od rodzaju realizowanego elementu progra-

mu specjalizacji i miejsca jego odbywania (staż specjalizacyjny w jednostce macierzystej, staż specjalizacyjny w innej jednostce, kurs), dlatego też czas realizacji poszczególnych kursów i staży specjalizacyjnych powinien być uznany za czas pracy, za który przysługuje wynagrodzenie.


Opolska Izba Lekarska jest organizatorem kilku kursów, których ukończenie jest obowiązkowe dla lekarzy i lekarzy dentystów specjalizujących się, i które zostały zatwierdzone przez Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego. Ze względów organizacyjnych – głównie dostępności wykładowców – kursy te często wypadają w dni weekendowe, tj. w soboty i niedziele.

Opolska Izba Lekarska przypomina, że pracodawca **ma obowiązek** oddelegować swojego pracownika na taki kurs, a w przypadku, gdy kurs wypada w dniu (dniach) wolnym od pracy, na podstawie art. 151(3) Kodeksu pracy ma obowiązek zapewnić pracownikowi możliwość odebrania innego dnia wolnego (innych dni wolnych) do końca obowiązującego u danego pracodawcy okresu rozliczeniowego. Termin odebrania dnia wolnego (dni wolnych) ma być z pracownikiem uzgodniony.

Prezes Okręgowej Rady Lekarskiej w Opolu
Dr n. med. Jerzy JAKUBISZYN

Lekarze Oddziału Urologii
Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Opolu

Opole
13.07.2017


RPJ/56594/2017 P
Data: 2017-07-21
Opolski Urząd Wojewódzki

Pan Dyrektor
Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Opolu
al. Wincentego Witosa 26

W związku z stale pogarszającymi się warunkami pracy lekarzy dyżurnych Oddziału Urologii oraz przerzucania na nich nadmiernej ilości obowiązków chcemy kategorycznie zaprotestować przeciwko aktualnej organizacji pracy i zbyt niskiemu, niesprawiedliwemu systemowi wynagradzania.

Pkt 1. Liczba zaopatrzonych pacjentów w SOR przez lekarzy dyżurnych Oddziału Urologii za sam okres 1.07.2017 – 12.07.2017 wynosi **103 (!)**. Liczba ta nie uwzględnia konsultacji, jakie wykonują lekarze dyżurni Oddziału Urologii dla innych gabinetów w SOR.

Pkt 2. Permanentnie łamane jest rozporządzenie nr 3/2017 wydane przez lekarza K. Tomśza z SOR - pacjenci zgłaszający się bez skierowania do SOR zostają przypisani lekarzowi, który pełni dyżur w Oddziale Urologii – bez wcześniejszego uzgodnienia z lekarzem dyżurnym Oddziału Urologii, bez zezwolenia wywiadu, badania fizykalnego oraz bez zlecenia podstawowych badań laboratoryjnych i obrazowych przez personel SOR – dysponujemy odpowiednią dokumentacją.

Pkt 3. Lekarze dyżurni Oddziału Urologii konsultują i wykonują w trybie dyżurowym zabiegi u pacjentów tutejszego szpitala. W okresie od 1.06.2017 do 12.07.2017 wykonaliśmy w trybie dyżurowym ok. 90 zabiegów w warunkach sali zabiegowej w Oddziale – jednocześnie realizując pełną opiekę dla pacjentów Oddziału Urologii i pacjentów przypisanych nam w SOR w trakcie dyżuru.

Pkt 4. Lekarze dyżurni Oddziału Urologii biorą udział w zabiegach na bloku operacyjnym (zabiegi pilne, re-operacje, asysty do operacji wykonywanych przez inne zespoły dyżurne – w tym do zabiegów u pacjentów z urazami wielonarządowymi, pękniętymi tętniakami aorty etc.) - pozostawiając Oddział Urologii bez lekarza na czas zabiegu. Możemy wykazać liczne przypadki wpisania pacjentów pod tzw. opiekę lekarza dyżurnego Urologii w SOR w czasie, gdy brał udział w pilnych operacjach – a pacjenci do czasu zakończenia zabiegów pozostawali niezaopatrzeni w SOR.

Pkt 5. Lekarze dyżurni Oddziału Urologii wykonują planowe konsultacje urologiczne dla pacjentów z całego regionu Opolszczyzny w ramach SOR, (nagminne jest wysyłanie pacjentów na planowe konsultacje urologiczne do SOR ze Szpitala Wojewódzkiego w Opolu, Szpitala Neurologicznego w Opolu i Opolskiego Centrum Onkologii).

Pkt 6. Nie ma żadnych formalnych wytycznych i ustaleń dotyczących sytuacji pilnych, w których zachodzi konieczność nadzoru nad dyżurnym rezydentem, jaki i wezwania specjalisty urologa do pomocy dyżurnemu (zarówno rezydentowi i specjalście urologii) - brak dyżurów w tzw. gotowości („pod telefonem”) - co jest praktykowane w innych oddziałach tut. USK.

* * *

172323 Lek. Andrzej Mroza
specjalista prolog
46-0274000
2347473

Lek. Marek Łuczak
specjalista prolog FEBU
2347473

MACTEJ DZWIĘCKI
specjalista prolog
młody

Z. pospolit
Władysław
specjalista prolog
46-0274000
2347473

Dr in. med. Andrzej Szewalski
Specjalista prolog FEBU
Lubowidz, ul. Piłsudskiego 1
2707171

1. Ordynator Oddziału Urologii USK w Opolu
2. Dyrektor USK w Opolu - Dariusz Madera
3. Dyrektor ds. lecznictwa USK w Opolu - Andrzej Kucharski
4. Opolska Izba Lekarska
5. Narodowy Fundusz Zdrowia Oddział Opolski
6. Związek Zawodowy Lekarzy w USK Opole
7. Rektor Uniwersytetu Opoleńskiego
8. Urząd Marszałkowski w Opolu
9. Konsultant Województwa w dziedzinie Urologii w woj. Opolskim

Michał Pietrus
lekarz
2631802

Jacek Chelchowski
lekarz
2633885

Specjalista prolog FEBU
447-79
2735756

Specjalista prolog FEBU
362-760

Sekretarz ORL, lek. dent. Barbara HAMRYSZAK
Prezes ORL, dr n. med. Jerzy JAKUBISZYN



- Stanowisko Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej w Opolu z dnia 4 października br., wyrażającego pełne poparcie dla akcji protestacyjnej lekarzy rezydentów;

- Apel nr 11/17/P-VII Prezydium NRL z dnia 12 października br. do lekarzy i lekarzy dentystów, by dzień 13 października był „Dniem solidarności z protestującymi lekarzami”;

- Uchwałę nr 19/17/P-VII z 27 października br. w sprawie przeznaczenia środków finansowych na ochronę praw lekarzy biorących udział w proteście;

- Apel nr 9/17/VII NRL z 27 października br. do lekarzy i lekarzy dentystów o ograniczenie w najbliższym czasie gotowości do świadczenia pracy i wykonywania świadczeń zdrowotnych do maksymalnie 48 godzin w tygodniu;

- Apel nr 7/17/P-VII NRL z 27 października br. w sprawie lekarzy biorących udział w proteście;

- fragmenty rozporządzenia MZ w sprawie wysokości zasadniczego wynagrodzenia miesięcznego lekarzy i lekarzy dentystów odbywających specjalizację w ramach rezydentury.

6) OIL w Opolu wraz z Oddziałem ZUS planuje zorganizować cykl spotkań z pracownikami ZUS w celu umożliwienia zainteresowanym założenia profilu na PUE ZUS oraz profilu zaufanego ePUAP (bezpłatny podpis elektroniczny) w związku z planowanym wprowadzeniem w II półroczu 2018 r. wyłącznie elektronicznych zwolnień lekarskich; chętni mogą się zgłaszać w Biurze Izby do 20 listopada br.

7) Przewodnicząca KS odczytała założenia do projektu ustawy o zdrowiu dzieci i młodzieży oraz ocenę Prezydium NRL zawartą w Stanowisku nr 71/17/P-VII (pozy-

tywna idea zmian przepisów, ale bardzo liczne uchybienia w założeniach projektu ustawy o zdrowiu dzieci i młodzieży w wieku szkolnym).

8) Dr Smerkowska-Mokrzycka odczytała fragmenty listu Ministra Radziwiłła z dnia 2 listopada 2017 r., dotyczące stomatologii, będącego odpowiedzią na pismo członków NRL z dnia 28 września br.

9) Wraz z członkiem KS OIL w Opolu – Dr Baszak, Przewodnicząca wystosowała 2 października br. pismo do Dyrektora OOW NFZ z prośbą o analizę wyceny punktu kalkulacyjnego w poszczególnych zakresach świadczeń stomatologicznych.

Dn. 3 listopada br. wpłynęła odpowiedź Dyrektora OOW NFZ na to pismo, z której dowiadujemy się, że podstawą do oceny kryterium ceny w postępowaniu konkursowym jest porównanie ceny oferowanej przez oferenta z ceną oczekiwaną przez Fundusz (wartość zamówienia i planowana lista świadczeń w danym rodzaju). Ponadto pod względem ceny jednostki rozliczeniowej nasz OOW NFZ plasuje się na 4 miejscu w skali kraju (za dużo, by umrzeć, a za mało by godnie żyć ze swojej pracy!).

10) Szkolenia:

- IV Andrzejki Stomatologiczne w dniach 24-26 listopada 2017 r. w Hotelu Stok w Wiśle (wszystkie ogłoszenia o szkoleniach można znaleźć na stronie internetowej naszej Izby).

Ostatnie posiedzenie Komisji Stomatologicznej w tym roku odbędzie się w dn. 14 grudnia 2017 r.

Przewodnicząca KS

Lek. stom. Jolanta SMERKOWSKA-MOKRZYCKA

UBEZPIECZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI CYWILNEJ NA 2018 ROK

Koleżanki i Koledzy,

Od 1 marca 2018 r. kontynuować będziemy program Ubezpieczenia Odpowiedzialności Cywilnej oraz ubezpieczenie Ochrony Prawnej Lekarza wynegocjowany przez naszego partnera Brokera PWS Konstanta z PZU SA oraz InterRisk TU S.A. Nowością jest możliwość przystępowania do ubezpieczenia przez stronę internetową www.polisagrupowa.pl lub poprzez baner zamieszczony na stronie Izby, do czego zachęcamy wszystkich członków Opolskiej Izby Lekarskiej.

Obowiązek ubezpieczenia spoczywa na każdym lekarzu czy lekarzu dentyście, który wykonuje zawód w formie praktyki lekarskiej (dotyczy to każdego rodzaju praktyki – stacjonarnej, na wezwanie, kontraktu). Inaczej mówiąc nie musi zawierać takiego ubezpieczenia lekarz (lekarz dentysta), który pracuje tylko i wyłącznie w oparciu o kodeksową umowę o pracę.

Rozporządzenie Ministra Finansów doprecyzowało zasady tego ubezpieczenia. Obejmuje ono wszystkie

szkody, jakie mogą być wyrządzone w czasie udzielania świadczeń zdrowotnych albo powstałe wskutek zaniechania udzielenia takich świadczeń.

Jest wyłączenie, które związane jest z zabiegami chirurgii plastycznej i zabiegami kosmetycznymi – otóż ochrona ubezpieczenia odnosi się wyłącznie do zabiegów wykonywanych w przypadku wad wrodzonych oraz następstw urazów czy chorób. Ubezpieczenie nie pokrywa szkód, będących następstwem zabiegów estetycznych. Rozporządzenie wprowadziło minimalną sumę gwarancyjną dla tego ubezpieczenia – w przypadku lekarza (lekarza dentystry) wynosi ona 75.000 euro na 1 zdarzenie i 350.000 euro na wszystkie zdarzenia w okresie ubezpieczenia.

Ubezpieczenie obowiązkowe proponowane członkom Opolskiej Izby Lekarskiej przez PZU uwzględnia podział na trzy grupy specjalności (**składki takie, jak w ubiegłym roku**):

Grupa I (składka 444 zł)	Grupa II (składka 192 zł)	Grupa III (składka 104 zł)
<ul style="list-style-type: none"> Anestezjologia i intensywna terapia Chirurgia ogólna Chirurgia dziecięca Chirurgia naczyniowa Chirurgia onkologiczna Chirurgia plastyczna Torakochirurgia Kardiochirurgia Neurochirurgia Chirurgia szczękowo-twarzowa Chirurgia stomatologiczna Urologia Urologia dziecięca Ortopedia i traumatologia Ginekologia i położnictwo Ginekologia onkologiczna Medycyna ratunkowa Neonatologia 	<ul style="list-style-type: none"> Medycyna sportowa Radioterapia Lekarz dentysta nie posiadający żadnej specjalizacji oraz pozostałe specjalności stomatologiczne poza chirurgią stomatologiczną np.: ortodoncja periodontologia protetyka stomatologiczna stomatologia dziecięca stomatologia zachowawcza z endodoncją. 	<p>Wszystkie pozostałe specjalności</p> <p>Uwaga: Jeżeli lekarz z III grupy wykonuje jakieś zabiegi chirurgiczne, endoskopowe, z zakresu radiologii interwencyjnej czy inne wymagające pisemnej zgody – musi się ubezpieczyć, jak w grupie II.</p>

Jeżeli lekarz ma kilka specjalizacji, ubezpiecza się zgodnie z tą, którą wykonuje.

Jeżeli lekarz wykonuje kilka specjalizacji, ubezpiecza się zgodnie z tą, która ma wyższą składkę.

W przypadku lekarzy będących w trakcie specjalizacji, nieposiadających żadnej innej specjalizacji, nalicza się składkę przewidzianą dla grupy ryzyka obejmującej faktycznie wykonywaną specjalizację.

W dalszym ciągu istnieje możliwość bardzo korzystnego ubezpieczenia pakietowego (**połączenie ubezpieczenia obowiązkowego z dobrowolnym**), tzw. **klauzulą nadwyżkową**. Pozwala to nie tylko podwyższyć sumę gwarancyjną ubezpieczenia, ale objąć ubezpieczeniem sytuacje czy zdarzenia, których nie zawiera ubezpieczenie obowiązkowe:

- udzielanie I pomocy (także w sytuacji, w której lekarz, ratując czyjeś życie, udzielał jej po spożyciu alkoholu),
- udzielanie świadczeń medycznych okazjonalnych (niezbędnej pomocy medycznej – nie dotyczy stałej pracy) poza terenem Polski – np. podczas wyjazdu wypoczynkowego,
- uwzględnienie w składce podstawowej zabiegów estetycznych i kosmetycznych,
- koszty ekspertów, biegłych, zastępstwa prawnego – poniesionych za zgodą PZU S.A. lub zasądzonych,
- niezbędne koszty sądowej obrony przed roszczeniami, niezbędne koszty sądowej obrony w postępowaniu karnym poniesione za zgodą PZU S.A. lub zasądzone,

- koszty postępowań sądowych, w tym mediacji lub postępowania pojednawczego poniesione za zgodą PZU S.A. lub zasądzone,
- koszty poniesione na minimalizowanie wyrządzonej szkody,
- odpowiedzialność cywilna za szkody wyrządzone osobom trzecim w wynajmowanym pomieszczeniu praktyki (do kwoty 50.000 zł),
- odpowiedzialność cywilna za szkody wyrządzone osobom trzecim w wynajmowanym sprzęcie (do kwoty 50.000 zł),
- szkody rzeczowe wyrządzone w mieniu pacjenta w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych (do kwoty 50.000 zł), ubezpieczenie od innych zdarzeń odpowiedzialności cywilnej, związanych z miejscem wykonywania praktyki, ale nie związanych z udzielaniem świadczeń (np. zalanie sąsiada wskutek awarii w gabinecie, uderzenie przedmiotem spadającym z okna gabinetu czy dachówką spadającą z dachu domu lub poślizgnięcie się pacjenta na mokrej posadzce w pomieszczeniu, w którym jest gabinet itp.) do kwoty 50.000 zł,
- w ramach ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej lekarza, PZU S.A. dla każdego Ubezpieczonego, organizuje i pokrywa koszty usługi Asysty Prawnej (usługa assistance). **Nr telefonu Centrum Alarmowego dla Asysty Prawnej: 22/505-16-04.** Usługa asysty prawnej polega na:
- udzielaniu telefonicznie lub udzielaniu w formie elektronicznej konsultacji prawnych,

- przesyłaniu w formie elektronicznej wzorów umów i wzorów pism należących do powszechnego obrotu prawnego,
- przesyłaniu w formie elektronicznej tekstów obowiązujących lub archiwalnych (obowiązujących na dany dzień) aktów prawnych prawa polskiego,
- informacje o obowiązujących procedurach sądowych i kosztach prowadzenia sporów prawnych oraz dochodzenia lub ochrony swoich praw,
- przesłanie danych teleadresowych instytucji (sąd, prokuratura, kancelarie prawne).

W ramach składki ubezpieczeniowej ubezpieczenia pakietowego uzyskano również:

- ubezpieczenie na wypadek szkód wynikających z naruszenia praw pacjenta, w tym również szkód nie będących szkodą osobową czy rzeczową (np. badanie pacjenta bez zachowania intymności),
- ubezpieczenie szkód wyrządzonych w związku z uczestnictwem w eksperymencie medycznym lub badaniach klinicznych,
- **ochronę prawną (ubezpieczaną przez TU Inter Risk S.A.) do kwoty 50.000 zł.** Ubezpieczenie ochrony prawnej ma na celu zagwarantować lekarzowi bezwarunkowe pokrycie kosztów ochrony prawnej w przypadku wystąpienia do lekarza z roszczeniem odszkodowawczym przez poszkodowanego pacjenta, NFZ, czyli: koszty wynajęcia adwokata, radcy prawnego, który odpisze na pozew, będzie reprezentował go w Sądzie, koszty powołania biegłych; koszty te pokrywane są do 50.000 zł w granicach wynagrodzenia określonego przez rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości, który wyznaczył minimalne należne wynagrodzenie adwokatom, radcom prawnym (konieczne jest zgłoszenie przez lekarza wniosku na piśmie).

A oto warianty tego ubezpieczenia pakietowego (**składki, jak w roku ubiegłym**):

Kwota, o którą zwiększa się suma gwarancyjna	Grupa I specjalności – składka łączna	Grupa II – składka łączna	Grupa III – składka łączna
300.000,00 zł	699,00 zł	334,00 zł	200,00 zł
400.000,00 zł	731,00 zł	344,00 zł	208,00 zł
700.000,00 zł	757,00 zł	354,00 zł	216,00 zł
1.300.000,00 zł	933,00 zł	432,00 zł	263,00 zł
2.500.000,00 zł	1.752,00 zł	763,00 zł	473,00 zł

- za 20 zł można podnieść sumę gwarancyjną (OC nie-medyczne) za szkody rzeczowe i osobowe w związku z prowadzoną działalnością i posiadanym mieniem (do 50% sumy ubezpieczenia nadwyżkowego, nie więcej niż 500.000 zł) – **chodzi o szkody związane z miejscem prowadzenia praktyki**
- za 20 zł można podnieść sumę gwarancyjną do 500.000 zł na szkodach w ruchomościach i nieruchomościach użytkowanych na podstawie umowy najmu, dzierżawy lub innego stosunku prawnego – **chodzi o szkody w użytkowanym obcym sprzęcie np. medycznym.**

Lekarz (lekarz dentysta) niewykonujący praktyki lekarskiej i niepodlegający ubezpieczeniu obowiązkowemu może skorzystać z ubezpieczenia dobrowolnego. Daje ono ochronę przy udzielaniu pierwszej pomocy (nawet pod wpływem alkoholu w sytuacjach ratujących życie) oraz pokrywa szkody rzeczowe wyrządzone pacjentowi przy udzielaniu tej pierwszej pomocy. Daje również ochronę w innych sytuacjach udzielania świadczeń zdrowotnych, niezwiązanych z pracą etatową i niewymagających założeń prywatnej praktyki.

A oto warianty tego ubezpieczenia (**i tutaj również składki, jak w roku ubiegłym**):

Suma gwarancyjna	Grupa I – składka	Grupa II – składka	Grupa III – składka
200.000 zł	291,00 zł	145,00 zł	73,00 zł
300.000 zł	330,00 zł	159,00 zł	83,00 zł
400.000 zł	340,00 zł	170,00 zł	90,00 zł
700.000 zł	392,00 zł	187,00 zł	97,00 zł
1.300.000 zł	509,00 zł	233,00 zł	125,00 zł
2.500.000 zł	984,00 zł	426,00 zł	248,00 zł

Każdy, kto wykupi jeden z wariantów ubezpieczenia OC (niezależnie czy tylko obowiązkowe, czy tylko dobrowolne, czy pakietowe) może za dodatkową składkę zawrzeć ubezpieczenie NNW, rozszerzone dodatkowo o zarażenie się wirusami WZW lub HIV.

Ubezpieczenie to obejmuje zarówno świadczenie jednorazowe z tytułu samego zakażenia, jak i koszty leczenia. A oto, jakie są warianty tego dodatkowego ubezpieczenia (wszystkie kwoty podane są w złotych):

NNW	10.000	10.000	10.000	10.000	10.000	10.000	20.000	50.000
Wypłata 1-razowa z tytułu WZW	10.000	10.000	10.000	20.000	50.000	100.000	100.000	100.000
Wypłata 1-razowa z tytułu HIV	10.000	10.000	10.000	20.000	50.000	100.000	100.000	100.000
Koszty leczenia	3.000	5.000	10.000	10.000	10.000	10.000	10.000	10.000
Składka	86	110	170	180	210	259	299	417

Przystąpienie do ubezpieczenia:

W tym roku jest możliwość przystąpienia do ubezpieczenia przez stronę internetową www.polisagrupowa.pl. Zachęcamy do korzystania ze strony internetowej oraz systemu naszego partnera, brokera ubezpieczeniowego PWS Konstanta S.A. Informujemy, iż jest to dedykowane rozwiązanie informatyczne przygotowane dla naszej Izby Lekarskiej. Będzie to na pewno przydatne narzędzie w zakresie informacji o funkcjonujących produktach dla lekarzy, nowych rozwiązaniach ubezpieczeniowych oraz baza danych zawierająca posiadane polisy ubezpieczeniowe. Wszystkie niezbędne informacje, znajdziecie na stronie: www.polisagrupowa.pl **lub poprzez baner na stronie Izby.**

Zawierając ubezpieczenie OC Lekarza przez stronę internetową otrzymujecie bezpośrednio na swoje

go maila potwierdzenie zawarcia umowy co pozwoli na zaoszczędzenie czasu. Składkę będzie można uiścić przelewem na konto bankowe Opolskiej Izby Lekarskiej w terminie 14 dni od daty wystawienia potwierdzenia ubezpieczenia.

Istnieje też możliwość tradycyjnej formy przystąpienia do ubezpieczenia – umowy ubezpieczenia, jak w latach poprzednich – można zawierać poprzez kontakt z Izbą Lekarską. W przypadku wyboru tradycyjnej formy ubezpieczenia (poprzez kontakt z pracownikiem Biura Izby) składki będą zbierane w okresie **od 12 do 23 lutego 2018 r.**

Przypominamy, iż do ubezpieczenia mogą przystąpić wyłącznie lekarze i lekarze dentyści, będący członkami Opolskiej Izby Lekarskiej.

Jerzy JAKUBISZYN

BADANIE PET W OPOLU

WIEDZA JEST WTEDY, GDY O CZYMŚ NIE TYLKO WIESZ, LECZ MOŻESZ TO ZOBACZYĆ

„Kiedy zaglądasz do jaskini, z początku widzisz bardzo niewiele. Ale kiedy przyzwyczaisz się do ciemności, widzisz coraz więcej. A jeżeli odważysz się wystarczająco długo zobaczysz wszystko”.

DOROTA TERKOWSKA – PUBLICYSTA, PISARKA
NICOLA MORGAN – PUBLICYSTKA, PISARKA

Szanowne Koleżanki i Koledzy!

W poniższym artykule przedstawione są informacje dotyczące badania PET (pozytonowa tomografia emisyjna), które jest dostępne i możliwe do wykonania w Opolu. Artykuł ma charakter praktyczny przedstawia podstawowe informacje dotyczące wykonania badania, wskazania, sposób przygotowania jak również dane kontaktowe. Przedstawiony na wstępie oraz w tytule cytat uświadamia postępy jakiego badania PET wprowadziło w diagnostyce onkologicznej (choć oczywiście nie widzi „wszystkiego” o czym Państwo dowiecie się w poniższym tekście). Jednym ze wskazań do wykonania badania PET jest obecności zmian przerzutowych i jednocześnie braku ogniska pierwotnego w wykonanych badaniach obrazowych (badanie TK, MR, scyntygrafia). Nie jest to rzadka sytuacja w onkologii ponieważ dotyczy 2-5% rozpoznań. W 2014 roku w województwie opolskim rozpoznano 4.613 nowotworów. W takim przypadku przerzuty nowotworowe

bez obecności ogniska pierwotnego rozpoznaje się u 92-230 osób. Badanie PET pozwala wykryć ognisko pierwotne do 30% z nich (30-69 osób) i daje możliwość leczenia bardziej celowanego związanego z określonym rozpoznaniem narządowym. To oczywiście jedno ze wskazań do wykonania badania, ale uświadamia przydatność tej metody obrazowania w sytuacji, gdy badania strukturalne nie są skuteczne. Pozostałe znajdziecie Państwo w poniższym artykule, którego autorką jest Koleżanka dr n. med. Diana Jędrzejuk pracująca w Ośrodku PET-TK w Opolu oraz adiunkt w Katedrze i Klinice Endokrynologii, Diabetologii i Leczenia Izotopami Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu.

Dr n. med. Marek SZWIEC

Przewodniczący Opolskiego Oddziału PTO w Opolu
Oddział Onkologii Klinicznej Opolskiego Centrum Onkologii
Tel. 77/441-60-90; e-mail: szwiec72@gmail.com

* * *

BADANIE POZYTONOWEJ TOMOGRAFII EMISYJNEJ W OPOLU

Pozytonowa tomografia emisyjna (*positron emission tomography*, PET) to technika obrazowania, w której rejestruje się promieniowanie powstające podczas anihila-

lacji pozytonów (anty-elektronów). Współcześnie, przeprowadzenie badania wymaga posiadania urządzenia hybrydowego czyli PET połączonego z tomografią komputerową w celu uzyskania informacji zarówno funkcjonalnej, jak i strukturalnej. Podstawą uzyskania obrazu jest podanie pacjentowi wyprodukowanego w cyklotronie radiofarmaceutyku, który deponuje się m.in. w zmienionych nowotworowo narządach (należy wspomnieć o wychwycie fizjologicznym lub procesach zapalnych). Jako, że ilość ośrodków wyposażonych w urządzenia hybrydowe PET-TK jest w Polsce zdecydowanie większa niż ilość cyklotronów, koniecznością staje się korzystanie z radiofarmaceutyków o relatywnie długim czasie połowicznego rozpadu.

Od uruchomienia pierwszego PET-TK w Polsce (Bydgoszcz) minęło 14 lat. Od tego czasu zmieniała się medycyna, same urządzenia PET-TK, radiofarmaceutyki, wskazania i refundacja przez NFZ. Działający od kilku miesięcy w Opolu PET-TK zmniejszył rzeczywistą odległość od pacjenta do badania i zwiększył dostępność do tego, co teraz w świecie jest normą w onkologicznym procesie diagnostycznym. Przez wszystkie lata doświadczeń z badaniami PET, nadzieje w nim pokładane z jednej strony zostały rozbudzone, ale i niekiedy stracone. Zawsze istotną informacją jest możliwość oceny drobnych zmian, które nie są możliwe do zobrazowania za pomocą innych technik radiologicznych. Nie jest jednak tak, jak podają to media, że można zobaczyć 1 komórkę nowotworową. Dopiero przy obecności 10^8 – 10^9 komórek aktywna metabolicznie zmiana zostaje uwidoczniiona. Wynika z tego, że negatywny wynik PET-TK oznacza, że albo nie ma komórek nowotworowych albo jest ich mniej niż 10^8 . Nie możemy więc powiedzieć, że brak zmian w badaniu PET-TK wyklucza obecność komórek nowotworowych. Z drugiej strony pozytywny wynik badania po zakończeniu leczenia onkologicznego i po wykluczeniu procesu zapalnego wskazuje na obecność metabolizmu (aktywności) o charakterze nowotworowym.

Wykorzystanie PET-TK w onkologii, to niemal 95% wszystkich zastosowań tego badania w procesie diagnostycznym. Pozostałe specjalności, które korzystają z tej metody to kardiologia i neurologia czyli 5% wśród wskazań i refundacji. PET-TK zawsze wygra konkurencję z badaniami jedynie strukturalnymi, bo zaburzenia funkcji oceniane w PET wyprzedzają zmiany anatomiczne – oceniane jedynie w TK. PET-TK różnicuje proces łagodny od złośliwego, a także wznowę od dokonanych procesów naprawczych po leczeniu. Daje informację o zaawansowaniu procesu nowotworowego i określa wczesną odpowiedź na przeprowadzone leczenie np. chemioterapię. Umożliwia również planowanie radioterapii przeprowadzanej pod kontrolą PET.

Wskazaniami do badania PET-TK są przede wszystkim wzrost markerów nowotworowych przy braku zmian w badaniach strukturalnych lub też niejednoznaczny ob-

raz w badaniach MR lub TK. Jeśli przy wzroście markerów nie są widoczne przerzuty w innych badaniach (scynitygrafia, TK) PET-TK umożliwia ocenę zaawansowania choroby i identyfikację ognisk odległych.

Obecnie refundacja badań PET z zastosowaniem ^{18}F FDG (fluorodeoksyglukoza wyznakowana przez fluor pozytonowy ^{18}F) obejmuje: raki głowy i szyi, chłoniaki, pojedynczy guz płuca i raki płuc, raki jelita grubego i odbytnicy, czerniaki i mięsaki, raki tarczycy, guzy mózgu, raki jajnika i przełyku, jak również planowanie radioterapii (szczegółowo dostępne na oryginalnym skierowaniu na badanie PET-TK na stronach internetowych poszczególnych ośrodków).

I jeśli onkologia, to właśnie zdecydowana większość badań wykonywana jest z ^{18}F FDG. Radioznacznik ten posiadający relatywnie długi czas połowicznego rozpadu (110 minut) może być dostarczony na dalsze odległości celem wykonania badania w placówkach nieposiadających cyklotronu. Nie można tego powiedzieć o krótko żyjących radiofarmaceutykach ^{11}C ($T_{1/2}$ – 20 minut) czy ^{15}O ($T_{1/2}$ – 2 minuty). Badania z ich użyciem muszą być wykonane w placówce wyposażonej w cyklotron.

^{18}F FDG jest transportowana do komórek przez te same mechanizmy transportowe co glukoza, a następnie ulega fosforylacji katalizowanej przez heksokinazy. Produkty tej reakcji gromadzą się w komórce i nie ulegają dalszym przemianom. Dzięki temu możemy zobrazować narządy i tkanki o zwiększonym metabolizmie glukozy, w tym nowotwory.

Drugim, stosowanym w onkologii radiofarmaceutykiem, jest ^{18}F -cholina. Badania z jej użyciem są refundowane przez NFZ w przypadku raka gruczołu krokowego i raka nerki. Bardziej szczegółowo – w przypadku rozpoznania nawrotu (przerzutów) po radykalnym leczeniu wtedy, gdy inne badania nie pozwalają na dokonanie takiej oceny. Nie ma wskazań refundacyjnych tego badania w wykrywaniu zmiany pierwotnej z powodu niezadowalającej czułości (87%) i swoistości (62%), podczas gdy zastosowanie ^{18}F -cholino w odległych zmianach przerzutowych lub miejscowym nawrocie choroby jest zdecydowanie wyższe (czułość: 82%, swoistość: 95–100%). Czułość tej metody zwiększa się wraz ze zwiększaniem się stężenia PSA.

Radiofarmaceutyków, które można stosować w badaniach PET jest coraz więcej, co nie oznacza, że są one powszechnie dostępne. Krótki czas połowicznego rozpadu wymaga bezpośredniego dostępu do cyklotronu, inne nie są refundowane, a część pozostaje w sferze badań klinicznych.

W ośrodku PET-TK w Opolu rutynowo wykonywane są badania z ^{18}F FDG. Okresowo (po zgłoszeniu odpowiedniej ilości pacjentów) również z ^{18}F – choliną, znacznikiem dedykowanym (a badanie z tym znacznikiem refundowane) w przypadku raka prostaty i raka nerki.

Jako, że wskazań do badania PET-TK jest więcej niż badań objętych refundacją konieczne jest zaznajomienie się z drugą stroną oryginalnego skierowania na badanie PET-TK tak, aby określić prawidłowy punkt, który pozwoli na uzyskanie refundacji.

Każdy pacjent lub osoba prawnie odpowiedzialna za pacjenta otrzymuje wszystkie niezbędne informacje o procedurze badania. Do badania PET należy się przygotować i to zupełnie inaczej niż do innych badań obrazowych. Nie jest wymagany wynik poziomu kreatyniny, bo nie są podawane kontrasty dożylnie, jak przy MR czy TK.

Badanie trwa długo i łącznie od wejścia do wyjścia pacjenta z ośrodka może minąć ponad 3 godziny. Po konsultacji lekarskiej, potwierdzeniu prawidłowej glikemii i dożylnym podaniu radiofarmaceutyku pacjent oczekuje na badanie około 1 godzinę w pozycji leżącej lub siedzącej. Konieczne należy wtedy ograniczyć mówienie i aktywność fizyczną. Samo badanie przypomina TK (a nie MR), trwa w zależności od zakresu maksymalnie do pół godziny.

Radioznaczniki stosowane w PET-TK mogą się kumulować w nerkach i pęcherzu moczowym (narządy krytyczne) wobec czego wymagane jest prawidłowej nawodnienie. Pacjent powinien pić powoli do 2 l czystej, niegazowanej, bezsmakowej wody na 6 godzin przed badaniem. Picie wody po badaniu ma przyspieszyć eliminację radiofarmaceutyku z organizmu.

Zwraca się uwagę na utrzymanie diety niskowęglowodanowej i wysokobiałkowej na 24 godz. przed badaniem. Na 12 godz. przed badaniem zakazane jest picie kawy, alkoholu i palenie papierosów.

Pacjent powinien nie jeść co najmniej 6 godzin przed badaniem ponieważ wtedy glikemia i poziom insuliny są niskie. Jako, że sposoby karmienia pacjentów są różne, konieczne jest zaprzestanie również karmienia sondą/gastrostomią odżywczą, dożylnymi preparatami zawierającymi dextrozę czy też żywienia pozajelitowego.

Czas badania i kolejność wykonania badania u chorych na cukrzycę powinien być wyznaczony indywidualnie. Przestrzega się zasady, aby glikemia w chwili podawania radiofarmaceutyku nie przekraczała 150 mg% (niektóre źródła podają 200 mg%). Jako, że insulina jest odpowiedzialna za dystrybucję glukozy w komórkach nienowotworowych nie zaleca się redukcji zbyt wysokich wartości glikemii insuliną przed badaniem (czasami koniecznością jest odesłanie pacjenta do modyfikacji leczenia cukrzycy i przełożenie badania na inny termin). Jeśli pacjent z cukrzycą i wysokim poziomem glikemii zjawi się w ośrodku PET odpowiednio wcześniej to można podać podskórnie insulinę szybko działającą pod warunkiem, że uda się utrzymać większy niż 4 godzinny okres czasu między podaniem insuliny a podaniem ^{18}F FDG. Podwyższone poziomy glukozy czasami udaje się zmniejszyć zwiększając jeszcze nawodnienie pacjenta. Często obecnie stosowana w leczeniu metformina (ale nie inne leki

hipoglikemizujące) może powodować widoczny w jelicie grubym, i w mniejszym stopniu w jelicie cienkim, wysoki wychwyty ^{18}F FDG (artefakt).

Mimo stosowania przez pacjentów leków podwyższających stężenie glukozy (np. glikokortykosteroidy) nie zaleca się ich odstawiania przed badaniem. Żucie gumy, ssanie pastylek na kaszel czy cukierków również jest zabronione z powodu m. in. większej pracy mięśni żwacznych, w których może uwidaczniać się wyższy wychwyty znacznika.

Pacjent powinien powstrzymać się na 6-48 godz. przed badaniem od większych wysiłków fizycznych, które aktywują mięśnie, jak bieganie, jazda na rowerze, podnoszenie ciężarów, prace ogrodowe, forsowne prace domowe czy aktywność seksualna, aby zminimalizować wychwyty ^{18}F FDG w mięśniach.

Ważne dla badania są też czynniki środowiskowe. Podawana w czasie zbierania ankiety klaustrofobia czy widoczne napięcie mięśni, a także rozpoznanie nowotworów nabłonkowych głowy i szyi mogą wymagać podania alprazolamu w czasie iniekcji radiofarmaceutyku.

Z powodu możliwości nieswoistego pobudzenia tłuszczu brunatnego pacjent powinien unikać narażenia na zimno już dwa dni przed wykonaniem badania. Podczas podróży na badanie PET szczególnie zabronione jest używanie klimatyzacji czy też otwieranie okna w samochodzie. Podobnie ważne jest utrzymanie wyższej temperatury w pomieszczeniu w czasie i po podaniu radiofarmaceutyku. Oczywiście są sposoby farmakologiczne na zmniejszenie nieswoistego gromadzenia się izotopu w brunatnej tkance tłuszczowej, ale nie stosuje się ich rutynowo.

Badania PET są finansowane przez NFZ w sytuacji spełnienia warunków refundacyjnych, które znajdują się na odwrocie typowego (dostępnego na stronie internetowej) skierowania, dokładnego wypełnienia druku skierowania przez lekarza leczącego pacjenta. Skierowanie na badanie, które będzie zrefundowane można wystawić zarówno podczas hospitalizacji jak i leczenia ambulatoryjnego.

Diagnostyka PET-TK w Opolu stała się faktem. Służy pacjentom oraz lekarzom w podejmowaniu decyzji w trudnych przypadkach klinicznych. W przypadku pytań zachęcam Państwa do kontaktu, a poniżej przekazuję dane kontaktowe.

Dr n. med. Diana JĘDRZEJUK
Ośrodek PET TK w Opolu
NZOZ MCD VOXEL

NZOZ MCD VOXEL 45-001 Opole, ul. Katowicka 66A;
Rejestracja: osobista i tel.
Poniedziałek-piątek – 8-16, wtorek 10-18
Tel: (77) 551 66 50, fax: (77) 550 75 66
e-mail: pet.opole@voxel.pl

PIERNIKOWY ŚWIAT PANI IZABELI



W czasie swoich wędrówek po Polsce będąc w Świeradowie Zdroju trafiłem do **Pracowni Piernikowej Izabell**. Jej właścicielka – Pani Izabela Janiak w malutkiej kuchni i przyległym pokoju urządziła jakby wyjęty żywcem z bajek i baśni, piernikowy świat. Powietrze tam przesycone jest silnym zapachem wszelkich przypraw i aromatycznych pierniczek. Gdzie nie spojrzeć – pełno gwiazdek, choinek, aniołków, chaterek i pociągów – oczywiście wszystko z piernika. Na półkach stoją słoje z fikuśnymi pokrywami, wypełnione piernikami po same brzegi, które spokojnie leżakują i nabierają aromatu. Na stołach z kolei – co niezwykle – liczne ozdoby przestrzenne (3D!!) zrobione z piernika. Prawdziwe cudenka!!

Okazało się, że Pani Izabela wymyśliła sobie taki właśnie sposób na życie – prowadzi pracownię pierników (i tych płaskich i tych przestrzennych), które potem rozsyła na liczne wystawy i konkursy w kraju i za granicą. A na miejscu organizuje dla chętnych warsztaty, w czasie których podpowiada i uczy, jak zrobić dobre pierniki. Ponadto przekazuje również „tajemną wiedzę” o tym, jak przygotować lukier do ozdabiania pierników i jak pięknie i fantazyjnie tego dokonać. Sam miałem okazję przekonać się, że wbrew pozorom nie jest to aż takie trudne, a przy okazji Pani Izabela zdradziła szereg drobnych sztuczek technicznych, dzięki którym pierniki stają się prawdziwymi arcydziełami.

W czasie przemiłej pogawędki przy piernikach zapytałem Panią Izabelę, czy nie mogłaby Czytelnikom naszego Biuletynu podpowiedzieć, jak przygotować pyszne pierniki na świąteczny stół. I tak oto przed paroma dniami otrzymałem maila z obiecany przepisem. Poniżej prezentuję więc przepis na pierniki z **Pracowni Piernikowej Isabell** dla zapracowanych.

- 400g mąki pszennej typ 450,
- 200 g prawdziwego miodu płynnego(rodzaj wg upodobań smakowych: może być wyrazisty – gryczany lub łagodny – lipowy),
- 200 g cukru pudru,
- 2 całe jajka rozmiar M,
- 70 g płynnego, ostudzonego masła,
- płaska łyżeczka sody oczyszczonej,

- można użyć gotową przyprawę do piernika (dwa opakowania) lub przygotować ją samemu,
- łyżka kakao (dla lepszego koloru i czekoladowego posmaku).

Sypkie składniki należy razem dokładnie wymieszać, a następnie dodać wszystkie płynne składniki. Ciasto wyrabiamy w robocie z ramieniem do ciężkiego ciasta lub ręcznie – w misce – do momentu uzyskania gładkiej masy, przypominającej rozgrzaną w dłoniach plastelinę.

Jeżeli ciasto jest zbyt wolne (przyczyną czego może być większa zawartość wody w miodzie lub/i większe jajka niż podane w przepisie), należy dodać jeszcze trochę mąki.

Całość ciasta należy wyłożyć na stolnicę, uformować gruby walek, pociąć na porcje, z których potem będziemy wałkować placki. Następnie poszczególne porcje należy słusznie obtoczyć w mące i ułożyć w naczyniu, które szczelnie zamykamy i odstawiamy do chłodziarki na dwa, trzy dni. Po tym czasie, z wcześniej przygotowanych porcji wałkujemy placki o grubości od 4 do 6 mm i wykrawamy różne kształty.

Pierniczki układamy na blaszkach wyłożonych pergaminem lub matą silikonową. Pieczemy w piekarniku przez ok. 10 min. w 160°C z termoobiegiem lub w 180°C bez termoobiegu.

Po upieczeniu pierniczki będą miękkie do momentu wystygnięcia, a potem robią się już twarde. Aby zmiękły należy zamknąć (ale nie hermetycznie) w puszkach, słojach lub innych tego typu naczyniach na 3 do 4 tygodni. Jeżeli nie mamy czasu lub jesteśmy zapominalscy cały proces można przyspieszyć wkładając do pojemnika przekrojoną połówkę jabłka na jedną, maksimum dwie noce.

Upieczone pierniczki można wspaniale ozdobić, ale to już zależy od naszych upodobań, zdolności i chęci.

Tyle sam przepis. Natomiast tych, którzy chcą czegoś więcej – po rady, inspiracje i garść praktycznych porad lub naukę wyrobu i zdobienia pierników odsyłam do **Pracowni Piernikowej Isabell** Pani Izabeli Janiak, 59-850 Świeradów– Zdrój, ul. Rolnicza 2, tel. 509-460-300, (www.pracowniapiernikowa.pl)

Jerzy B. LACH

Autorką zdjęć z Pracowni jest Katarzyna Żolik

GDZIE POCHOWANI ZOSTALI KRÓLOWIE POLSCY I ICH ŻONY



Największą nekropolią królów polskich i ich żon jest krakowski Wawel. Jednak wielu z nich spoczęło w innych miastach Polski, jak również za granicą.

Pierwsi władcy Polski **Mieszko I** (932-922) i jego syn **Bolesław Chrobry** (967-1025) zostali pochowani w Katedrze Poznańskiej. W tzw. „Złotej Kaplicy” na Ostrowie Tumskim możemy podziwiać ich piękne posągi.

W Katedrze Poznańskiej są pochowani również **Mieszko II** (990-1034), oraz jego syn **Kazimierz Odnowiciel** (1016-1058).

Bolesław Śmiały (1041-1081) zmarł na wygnaniu po zabójstwie biskupa Stanisława Szczepanowskiego w miejscowości Osijek i tam został pochowany.

Władysław Herman (1043-1102) oraz jego syn **Bolesław Krzywousty** (1086-1138) zostali pochowani w Katedrze w Płocku.

Książęta dzielnicowi:

- **Władysław Wygnaniec** (1104-1159) – zmarł na wygnaniu w Saksonii i jest pochowany w miejscowości Altenburg.
- **Bolesław Kędzierzawy** (1127-1178) spoczął w Katedrze Wawelskiej.
- **Mieszko Stary** (1131-1202) jest pochowany w Kościele św. Pawła w Kaliszu.
- **Kazimierz Sprawiedliwy** (1138-1194), jak również **Leszek Biały** (1188-1227) są pochowani w Katedrze Wawelskiej.
- **Władysław Laskonogi** (1168-1231) jest pochowany w Raciborzu.
- **Bolesław Wstydliwy** (1221-1279) jest pochowany w Kościele o.o. Franciszkanów w Krakowie znajdującym się naprzeciwko słynnego „okna papieskiego” przy ul. Franciszkańskiej 3. Natomiast jego żona św. Kinga (1244 – 1292) spoczęła w założonym przez siebie Klasztorze Klarysek w Starym Sączu.
- **Leszek Czarny** (1240-1289) jest pochowany w Kościele o.o. Dominikanów w Krakowie. Kościół ten znajduje się naprzeciwko Kościoła o.o. Franciszkanów przy placu Wszystkich Świętych.
- **Henryk Probus** (Prawy 1248-1290) jest pochowany w ufundowanym przez siebie Kościele św. Trójcy we Wrocławiu.
- **Przemysław II** (1257-1296) – książę wielkopolski. Pierwszy po rozbiciu dzielnicowym koronował się na króla Polski w roku 1295. Niestety w tym samym roku został zamordowany przez Brandenburczyków. Jest pochowany w Katedrze Poznańskiej.

Wacław II król Czech i Polski zmarł w Pradze i tam jest pochowany.

Władysław Łokietek, który rozpoczął jednoczenie ziem polskich po dzielnicowym rozbiciu pochowany jest

na Wawelu. Jego pierwszy w Katedrze Wawelskiej sarkofag wykonany jest z kamienia.

Jego syn **Kazimierz Wielki**, który zastał Polskę drewnianą a zostawił murowaną, spoczywa również na Wawelu. Jego piękny sarkofag wykonany z czerwonego marmuru możemy podziwiać w prawej nawie Katedry. Uderza masywna postać króla z trefioną brodą, która w owych czasach należała do rzadkości.

Ludwik Węgierski – król Węgier i Polski, ojciec św. Jadwigi Andegaweńskiej jest pochowany w starej stolicy Węgier Székesfehérvár.

Jagiellonowie:

- **Jadwiga Andegaweńska** – jej piękny sarkofag z białego marmuru projektu prof. Antoniego Madejskiego znajduje się w prawej nawie Katedry. Obok w szklanej gablocie eksponowane są jej insygnia królewskie: berło i jabłko wykonane z drzewa i pokryte skórą, ponieważ wszystkie kosztowności św. Jadwiga przekazała na reaktywację Akademii Krakowskiej ufundowanej przez Kazimierza Wielkiego. Stąd nazwa Uniwersytet Jagielloński.
- **Władysław Jagiello** – jego sarkofag znajduje się również w prawej nawie Katedry Wawelskiej. Wykonany jest z czerwonego marmuru. Zwraca uwagę wystająca dolna warga króla tzw. „warga Jagiellonów”, która z pokolenia na pokolenie przekazywana była Habsburgom – z uwagi na częste małżeństwa Jagiellonów z Habsburżankami. Podobną nieco wystającą wargę dolną miał długowieczny cesarz Austro-Węgier Franciszek Józef. Małżonki Władysława Jagiełły pochowane są również na Wawelu: **Anna Cilejska** i **Elżbieta Granowska** w Kaplicy Mariackiej, **Sonia Holszańska** w Kaplicy św. Trójcy.
- **Władysław Warneńczyk** – jego sarkofag wykonany z brązu jest jednym z najpiękniejszych w Europie, znajduje się w lewej nawie Katedry Wawelskiej naprzeciwko jego ojca Władysława Jagiełły. Jest oczywiście pusty, ponieważ ciała Władysława Warneńczyka nie znaleziono na polu bitwy pod Warną (być może zabrali je Turcy). Po bitwie pod Warną w Europie pojawili się dwukrotnie oszuści poddający się za cudownie uratowanego Władysława Warneńczyka. Szybko zostali jednak zde-maskowani, ponieważ Warneńczyk miał dodatkowe szóste palce w nóg. Nie mniej jego następca na tronie polskim Kazimierz Jagiellończyk koronował się dopiero po kilku miesiącach wierząc, że Władysław Warneńczyk nie zginął pod Warną i zjawi się w Polsce.

Kazimierz Jagiellończyk i jego żona **Elżbieta Rakuszan** zwana „matką królów” (ponieważ urodziła czterech królów Czech, Węgier i Polski) pochowani zostali w Katedrze Wawelskiej, przy czym Kazimierz w pięknym sarkofagu zaprojektowanym w stylu bizantyjskim przez samego

mistrza Wita Stwosza. Zaś Elżbieta Rakuszanka w Kaplicy Świętokrzyskiej. W roku 1973 przeprowadzono badania szczątków królewskich stwierdzając znaczne deformacje kręgosłupa i miednicy kostnej Elżbiety Rakuszanki (mimo to urodziła trzynastoro dzieci). Następnie odbył się uroczysty powtórny pogrzeb pary królewskiej z udziałem kardynałów Stefana Wyszyńskiego i Karola Wojtyły.

- **Jan Olbracht** – to za jego panowania w lasach bukowińskich (obecna Mołdawia) wyginęła szlachta. Pochowany został w Katedrze Wawelskiej.
- **Aleksander** jedyny Jagiellon, który nie został pochowany na Wawelu. Spoczął w Katedrze Wileńskiej. Natomiast jego żona **Aleksandra Helena Rurykiewiczówna**, córka Wielkiego Księcia Moskiewskiego Iwana III Srogiego (nie mylić z Iwanem IV Groźnym) – z woli swojego ojca nigdy nie przeszła na katolicyzm z prawosławia, dlatego też nie została koronowana na królową Polski. Została pochowana w Wilnie w ufundowanej przez siebie cerkwi pod wezwaniem Przczystej Bogurodzicy.
- **Zygmunt I Stary, Zygmunt II August, Anna Jagiellonka** (żona królów Henryka Walezego i Stefana Batorego). Ostatni Jagiellonowie ufundowali Kaplicę Zygmuntowską z rzucającą się z daleka złotą kopułą. W kaplicy znajdują się wykonane z czerwonego marmuru w pozycjach półleżących postacie Zygmunta I Starego, Zygmunta II Augusta oraz Anny Jagiellonki. Natomiast ich trumny są w kryptach wawelskich, przy czym zwraca uwagę potężna trumna Zygmunta I Starego, który był dużej postury (w filmie o królowej Bonie grał go Jerzy Bińczycki).

Pierwsza żona Zygmunta I Starego **Barbara Zapolya** pochowana jest na Wawelu, druga jego żona **Bona Sforza** po konflikcie ze swoim synem Zygmuntem Augustem wyjechała do swojego rodzinnego Bari, gdzie została zabita przez swojego dworzanina Papacodu, który okazał się agentem Habsburgów. Pochowana została w Bari. Tamże spoczął znany wszystkim dzieciom św. Mikołaj żyjący w IV wieku.

Pierwsza żona Zygmunta Augusta, podobnie jak jego druga żona **Barbara Radziwiłłówna**, pochowane zostały w Katedrze Wileńskiej (niestety w zawierusze dziejowej zostały zniszczone), zaś trzecia żona **Katarzyna Habsburżanka** po wydaleniu z Wawelu (częste napady padaczkowe) wyjechała do Linzu, gdzie zmarła i jest pochowana.

Pierwszy król elekcyjny **Henryk Walezy**, po ucieczce z Polski na wieść o śmierci swojego brata Karola IX i koronacji na króla Francji w roku 1575, został zamordowany w roku 1589 przez fanatycznego mnicha Jakuba Clementa. Pochowany został w grobach królewskich w St. Denis.

Stefan Batory – książę Siedmiogrodu i pogromca cara Iwana IV Groźnego pod Pskowem (vide słynny obraz Jana Matejki „Batory pod Pskowem”) jest pochowany w oddzielnej krypcie Katedry Wawelskiej. Na jego płycie nagrobnej zawsze znajdują się kwiaty składane przez delegacje i odwiedzających z Węgier.

Wawowie – obok Kaplicy Zygmuntowskiej na Wawelu znajduje się Kaplica Wazów. Pochowani oni zostali natomiast w kryptach wawelskich: **Zygmunt III Waza** (mimo, że przeniósł stolicę do Warszawy), **Władysław IV** oraz **Jan Kazimierz** (mimo, że zmarł we Francji) oraz ich żony: **Anna i Konstancja Austriacki** (żony Zygmunta III Wazy), **Cecylia Renata i Maria Gonzaga** (żony Władysława IV) – ta ostatnia była również żoną Jana Kazimierza.

Jan III Sobieski – pogromca Turków pod Wiedniem – pochowany jest w pięknym sarkofagu z czarnego marmuru. Możemy go podziwiać w najstarszej krypcie wawelskiej – Krypcie św. Leonarda, w której znajdują się również sarkofagi bohaterów narodowych Polski: Tadeusza Kościuszki, księcia Józefa Poniatowskiego (bohatera wojen napoleońskich), Władysława Sikorskiego. Natomiast ukochana Jana III Sobieskiego „Marysieńka” **Maria Kazimiera** pochowana jest we Francji (Blois).

August II Sas (Mocny) jest pochowany na Wawelu, natomiast jego żona **Krystyna Eberhardyna** w Saksonii (Drezno) ponieważ nie przeszła na katolicyzm i nie była koronowana na królową Polski.

August III Sas jest pochowany w rodzinnym Dreźnie, podobnie jak jego żona **Maria Józefina**. Zresztą większość swojego panowania August III Sas spędzał w Saksonii.

Stanisław Leszczyński, po abdykacji wyjechał z Polski do Francji i zamieszkał w Lotaryngii, przyczyniając się do olbrzymiego rozkwitu tej prowincji, m. in. w stolicy założył Uniwersytet. Zmarł w wieku 90 lat z powodu oparzeń od kominka. Został pochowany w Nancy, jednak w czasie Rewolucji Francuskiej jego ciało zostało zbezczeszczone (m. in. odcięto głowę). Później jego szczątki przewiezione zostały w relikwiarzu do Polski i pochowane między grobami królewskimi na Wawelu.

Stanisław August Poniatowski, ostatni król Polski, został pochowany w miejscowości Wołczyn w Rosji. Również jego grób został okradziony, a zwłoki zbezczeszczone. Do dzisiaj nie wiadomo, gdzie szukać jego szczątków.

Zwiedzając krypty królewskie na Wawelu nie można ominąć Krypty Srebrnych Dzwonów. Znajduje się w niej metalowa trumna Naczelnika Rzeczypospolitej Polskiej Marszałka Józefa Piłsudskiego zawsze pokryta świeżymi kwiatami. Po katastrofie smoleńskiej w roku 2010 umieszczono w niej marmurowy sarkofag Prezydenta Lecha Kaczyńskiego i Jego małżonki Marii.

Przed ołtarzem św. Stanisława Szczepanowskiego, znajdującego się w centralnym miejscu Katedry Wawelskiej, znajduje się Krypta Arcybiskupów Krakowskich. Pochowani w niej są: Kardynał Książe Adam Sapieha (zmarł w czasach PRL-u, a jego pogrzeb był manifestacyjny), arcybiskup Franciszek Jop (uprzednio był pierwszym po wojnie biskupem opolskim, jego tablica znajduje się w prawej nawie Katedry Opolskiej) oraz ostatnio kardynał Franciszek Machalski. Blisko 90-letni kardynał zmarł po złamaniu kręgosłupa, tuż przed śmiercią odwiedził go papież Franciszek.

Dr n. med. Janusz KUBICKI

Warszawa, 24 lipca 2017 r.

RZECZPOSPOLITA POLSKA
p.o. Rzecznika Praw Pacjenta
Krystyna Barbara Kozłowska

Szanowni Państwo,

W związku z docierającymi do Rzecznika Praw Pacjenta sygnałami o odmowie lub odstępowaniu przez lekarzy (podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych) od udzielania świadczeń zdrowotnych małoletnim pacjentom z powodu uchybiania przez rodziców tych pacjentów obowiązkowym szczepieniom ochronnym, Rzecznik Praw Pacjenta niniejszym przedstawia swoje stanowisko w tej sprawie.

Na wstępie należy zaznaczyć, że przedstawiony Państwu pogląd jest próbą zainicjowania szerszej dyskusji, której rezultatem będzie wspólne stanowisko wobec społecznie niezwykle ważnego problemu prowadzącego niejednokrotnie do narażania na niebezpieczeństwo zdrowia małoletnich pacjentów w skutek powstałego konfliktu pomiędzy opiekunem dziecka a lekarzem, który odmawia kontynuacji leczenia małoletniego pacjenta.

W polskim porządku prawnym bezsprzecznym prawem lekarza jest prawo do odmowy lub odstąpienia od udzielenia świadczeń zdrowotnych z zastrzeżeniem spełnienia warunków określonych w przepisach prawa. Niemniej jednak – co należy podkreślić – jest to wyjątek od generalnego obowiązku spoczywającego na osobach wykonujących zawód lekarza polegającego na udzielaniu świadczeń zdrowotnych [1], w szczególności: badaniu stanu zdrowia, rozpoznawaniu chorób i zapobieganiu im, leczeniu i rehabilitacji chorych, udzielaniu porad lekarskich, a także wydawaniu opinii i orzeczeń lekarskich, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należytą starannością [2]. Z opisanym obowiązkiem lekarza skorelowane jest prawo pacjenta do uzyskania świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom wiedzy medycznej [3].

Problematyka przedstawionego zagadnienia jest ponadto niezwykle istotna z uwagi na dobro małoletniego pacjenta będącego pod opieką swoich przedstawicieli ustawowych, najczęściej rodziców. Niekwestionowanym atrybutem władzy rodzicielskiej jest możliwość podejmowania samodzielnych decyzji chroniących interes dziecka w zakresie ochrony jego dóbr osobistych, w szczególności życia i zdrowia. W konsekwencji, działania rodziców należy oceniać w świetle ochrony dobra dziecka. Kierując się dobrem dziecka, rodzice powinni dążyć do stworzenia dziecku korzystnej dla niego sytuacji życiowej, która będzie sprzyjać jego rozwojowi duchowemu i fizycznemu. Dobro dziecka jest więc wartością wysoko cenioną

przez ustawodawcę. Mamy z nią do czynienia zarówno w Konstytucji RP, jak i w innych aktach porządku krajowego i międzynarodowego, by wskazać jedynie Kodeks rodzinny i opiekuńczy czy Konwencję o prawach dziecka; co więcej, ustawodawca zwykle daje pierwszeństwo dobru dziecka przed interesem rodziców [4]. W tym miejscu przytoczyć należy chociażby art. 24 ust. 1 Konwencji o prawach dziecka [5], który stanowi, że Państwa-Strony uznają prawo dziecka do jak najwyższego poziomu zdrowia i udogodnień w zakresie leczenia chorób oraz rehabilitacji zdrowotnej. Państwa-Strony będą dążyły do zapewnienia, aby żadne dziecko nie było pozbawione prawa dostępu do tego rodzaju opieki zdrowotnej.

Przechodząc do problematyki szczepień należy podkreślić, że w obowiązującym stanie prawnym zgodnie z przepisami ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi [6] **osoby przebywające na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej są powiązane na zasadach określonych w ustawie do szczepień ochronnych.**

Obowiązkiem lekarza sprawującego profilaktyczną opiekę zdrowotną jest powiadomienie osoby obowiązanej do poddania się obowiązkowym szczepieniom ochronnym lub osoby sprawującej prawną pieczę nad osobą małoletnią lub bezradną albo opiekuna faktycznego w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, do obowiązku poddania się tym szczepieniom, a także poinformowanie o szczepieniach zalecanych [7]. Natomiast każdorazowe wykonanie obowiązkowego szczepienia ochronnego jest poprzedzone lekarskim badaniem kwalifikacyjnym w celu wykluczenia przeciwwskazań do wykonania obowiązkowego szczepienia ochronnego [8]. Po przeprowadzonym lekarskim badaniu kwalifikacyjnym lekarz wydaje zaświadczenie ze wskazaniem daty i godziny przeprowadzonego badania [9].

Obowiązkowego szczepienia ochronnego nie można przeprowadzić, jeżeli między lekarskim badaniem kwalifikacyjnym przeprowadzonym w celu wykluczenia przeciwwskazań do szczepienia a tym szczepieniem upłynęło 24 godziny od daty i godziny wskazanej w zaświadczeniu [10]. W przypadku gdy lekarskie badanie kwalifikacyjne daje podstawy do długotrwałego odroczenia obowiązkowego szczepienia ochronnego, lekarz kieruje osobę objętą obowiązkiem szczepienia ochronnego do konsultacji specjalistycznej [11]. Lekarz przeprowadzający konsultację specjalistyczną dla osoby, w przypadku której lekarskie badanie kwalifikacyjne daje podstawy do długotrwałe-

go odroczenia obowiązkowego szczepienia ochronnego, odnotowuje w dokumentacji medycznej wynik konsultacji specjalistycznej, z uwzględnieniem okresu przeciwwskazania do wykonania szczepienia, rodzaju szczepionek przeciwwskazanych do stosowania lub indywidualnego programu szczepień ze wskazaniem rodzajów stosowanych szczepionek oraz terminu kolejnej konsultacji specjalistycznej. [12]

W myśl powyżej wymienionych przepisów, osoby przebywające na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej są bezwzględnie obowiązane na zasadach określonych w ustawie do poddawania się szczepieniom ochronnym. Natomiast przesłanką odroczenia ww. obowiązku mogą być wyłącznie względy medyczne stwierdzone przez lekarza przeprowadzającego badanie kwalifikujące.

Powracając w tym miejscu do problemu zasygnalizowanego na wstępie niniejszego pisma, tj. odstępowania przez lekarzy od leczenia dziecka „nieszczepionego”, należy wskazać, że takie działanie w ocenie Rzecznika Praw Pacjenta może naruszać prawo małoletnich pacjentów do świadczeń zdrowotnych, o którym mowa w art. 6-8 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

Jak wskazano wcześniej prawo do odstąpienia lub odmowy leczenia jest uprawnieniem każdego lekarza (za wyjątkiem określonych sytuacji). W przypadku odstąpienia od leczenia, lekarz ma obowiązek dostatecznie wcześniej uprzedzić o tym pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego bądź opiekuna faktycznego i wskazać realne możliwości uzyskania tego świadczenia u innego lekarza lub w podmiocie leczniczym. **Zaznaczyć przy tym należy, że prawo do odstąpienia od leczenia pacjenta jest prawem konkretnego lekarza a nie całego podmiotu leczniczego.**

Mieć jednak na uwadze należy, że zasygnalizowane w niniejszym piśmie sytuacje dotyczą świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej udzielanych małoletnim pacjentom w ramach środków publicznych (w oparciu o umowę z NFZ). Rozpatrując zatem przedmiotowe zagadnienie należy wziąć także ponadto uwagę normy prawne wynikające z ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i uwzględnić tryb i zasady udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w oparciu o umowę z płatnikiem. Należy podkreślić, że w oparciu o przepisy ww. ustawy pacjent ma prawo wyboru podmiotu leczniczego udzielającego świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej spośród tych świadczeniodawców, którzy zawarli umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Świadczeniobiorca, dokonując wyboru świadczeniodawcy, dokonuje jednocześnie wyboru lekarza, pielęgniarki lub położnej podstawowej opieki zdrowotnej. Wybór świadczeniodawcy udzielającego świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej oraz lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej

opieki zdrowotnej potwierdzany jest, jak stanowi ww. ustawa, przez świadczeniobiorcę pisemnym oświadczeniem woli – deklaracją wyboru. Przedmiotowa konstrukcja pozwala na przyjęcie założenia, iż deklaracja wyboru świadczeniodawcy udzielającego świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej oraz lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej jest jednostronnym pisemnym oświadczeniem woli świadczeniobiorcy o dokonaniu wyboru świadczeniodawcy, pacjent wskazuje z imienia i nazwiska lekarza, który będzie jego lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej. Zauważyć jednocześnie należy, iż możliwość odmowy leczenia pacjenta nie oznacza jednoczesnej możliwości „skreślenia” pacjenta z listy pacjentów objętych opieką lekarza podstawowej opieki zdrowotnej. Jak już bowiem wskazano wyżej, deklaracja wyboru lekarza POZ jest jednostronną czynnością prawną i nie może zostać „unieważniona” wyłącznie decyzją świadczeniodawcy czy lekarza podstawowej opieki zdrowotnej.

Mając powyższe na uwadze w opinii Rzecznika Praw Pacjenta odstąpienie od udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w ramach umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia dziecku wyłącznie z powodu braku wykonania obowiązkowego szczepienia dziecka, czyli de facto przez uchybienie obowiązkowi wynikającemu z przepisów prawa przez rodziców, może stanowić ograniczenie w dostępie do świadczeń zdrowotnych dla tego dziecka. Przyznanie słuszności ww. postępowaniu mogłoby doprowadzić do sytuacji, w której dziecko – wobec odmowy leczenia przez świadczeniodawców – pozostawałoby „poza systemem”, bez opieki medycznej (w szczególności jeśli chodzi o udzielanie świadczeń zdrowotnych, które w żadnym stopniu nie dotyczą szczepień ochronnych, ani z nimi nie kolidują). Takie postępowanie może stanowić bez pośrednie zagrożenie dla zdrowia lub życia dziecka, np. w sytuacji gdy rodzice dziecka wobec niemożności uzyskania świadczeń zdrowotnych z zakresu poz (a więc – jeszcze – bez zagrożenia życia lub zdrowia), po nasileniu objawów i pogorszeniu stanu zdrowia, byliby zmuszeni do zasięgnięcia pomocy na szpitalnym oddziale ratunkowym. Nie można dopuszczać do takich sytuacji. Osoby kierujące podmiotami leczniczymi powinny podjąć starania celem objęcia opieką pacjenta przez innego zatrudnionego lekarza. Negatywne skutki konfliktu na linii rodzice-lekarz bezpośrednio dotycząją małoletniego pacjenta, który nie jest w żaden sposób odpowiedzialny za zaistniałą sytuację. Oczywiście Rzecznik Praw Pacjenta nie kwestionuje, że w niektórych przypadkach, wobec nałożenia się kilku czynników czy też rozrostu konfliktu, zmiana lekarza będzie uzasadniona. Niemniej takie sytuacje zawsze należy rozpatrywać indywidualnie; niedopuszczalne jest postępowanie a priori w stosunku do dzieci bez obowiązkowych szczepień.

Intencją Rzecznika Praw Pacjenta nie jest negowanie możliwości odstąpienia przez lekarza od leczenia pacjen-

ta, a jedynie wskazanie zagrożeń jakie niesie za sobą pochopna decyzja o odstąpieniu od leczenia dziecka, którego rodzice nie realizują obowiązku szczepień ochronnych. Należy bowiem pamiętać, że w tym sporze zawsze powinien być najważniejszy mały pacjent i jego dobro. Nie można w imię realizacji obowiązku szczepień – mimo że obowiązkowych – pozostawiać dziecko bez opieki lekarskiej.

Z poważaniem

z upoważnienia Rzecznika Praw Pacjenta
Zastępca Rzecznika Praw Pacjenta
Grzegorz BŁAŻEWICZ

- [1] Art. 2 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2017 r. poz. 125, z późn. zm.).
- [2] Art. 4 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty.
- [3] E. Zielińska, *Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty*. Komentarz, LEX 2014.
- [4] J. Haberko, *Cywilnoprawna ochrona dziecka poczętego a stosowanie procedur medycznych*, LEX. 2010.

[5] Dz. U. z 1991 r. Nr 120, poz. 526, z późn. zm.

[6] Dz.U. z 2017 r. poz. 1318.

[7] Art. 17 ust. 9 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2016 r. poz. 1866, z późn. zm.)

[8] Art. 17 ust. 1 ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi

[9] Art. 17 ust. 4 ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi10 art. 17 ust. 3 ustawa o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi.

[10] Art. 17 ust. 3 ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi10 art. 17 ust. 3 ustawa o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi.

[11] Art. 17 ust. 5 ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi.

[12] § 8 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 18 sierpnia 2011 r. w sprawie obowiązkowych szczepień ochronnych (Dz. U. z 2016 r. poz. 849, z późn. zm.)

(przedruk ze „Skalpeła” nr 10-11/17)

JAK PRZEKONAĆ NIEZDECYDOWANYCH

O wakcynologii społecznej z dr. n. hum. Tomaszem SOBIERAJSKIM, socjologiem z Uniwersytetu Warszawskiego, rozmawia Izabela FILC-REDLIŃSKA

MT: Od 10 lat bada Pan postawy Polaków wobec szczepień. Co w ciągu dekady zmieniło się w tych obszarach?

DR TOMASZ SOBIERAJSKI: Polacy mogą znaleźć w internecie coraz więcej rzetelnych informacji na temat szczepień. Kiedy 10 lat temu przeszukiwałem pod tym kątem sieć, napotykałem bardzo dużo stron z niesprawdzonymi danymi, na których powoływano się na wątpliwe autorytety. Owszem, dzisiaj takie strony również istnieją. Wynika to z tego, że antyszczepionkowcy jako pierwsi zawładnęli internetem, a kto jest pierwszy, ten bierze więcej. Jednak pojawiło się też sporo wiarygodnych źródeł, jak choćby serwis prowadzony przez Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny Szczepienia.info, który ruszył w nowej odsłonie.

Poza tym wbrew pozorom nie przybyło przeciwników szczepień. Natomiast wzrosła liczba osób niezdecydowanych, niemających wyrobionego zdania. Niestety, środek ciężkości w tej grupie przechylił się na stronę antyszczepionkowców.

Pacjentom wydaje się dzisiaj także, że mają większą wiedzę – nie tylko o szczepieniach, lecz na każdy temat dotyczący zdrowia – co jest skutkiem szerszego dostępu do informacji. W efekcie zmieniła się ich postawa wobec lekarzy. Chcą być traktowani bardziej partnersko i częściej wdają się ze specjalistami w polemikę.

W ostatnich latach kilkakrotnie wzrosła liczba rodziców, którzy odmawiają zaszczepienia swojego dziecka. Czy lekarze mogą wpłynąć na zahamowanie tego trendu?

Uważam, że lekarze to grupa, która może odegrać w tej kwestii kluczową rolę. Jak bowiem wynika z moich badań, 93% rodziców ma zaufanie do lekarzy na temat przekazywanych przez nich podczas wizyty informacji o szczepieniach. Dlatego jeśli specjalista odradzi szczepienie (niestety, tacy się zdarzają), istnieje spore prawdopodobieństwo, że rodzic go nie wykona, nawet jeśli chciał to zrobić. Działa to też w drugą stronę: jeśli lekarz poleci szczepienie, znaczna większość rodziców go posłucha.

Co ciekawe, lekarze nie doceniają zaufania, jakim są obdarzani: średnio co drugi uważa, że pacjenci mu nie ufają. Natomiast przeszacowują liczbę przeciwników szczepień: jeśli spytamy lekarzy ilu w ich gabinecie pojawia się antyszczepionkowców, wskazują 12-25% pacjentów. Tymczasem wśród samych pacjentów deklaruje się w ten sposób zaledwie 2-3%.

Jak przekłada się to na komunikację w gabinecie?

Często niewinne pytania ze strony pacjentów są traktowane przez lekarzy jako atak, bo sądzą, że mają do czynienia z przeciwnikami szczepień. W efekcie pacjenci szukają informacji gdzie indziej, np. dzwonią do sta-

cji sanitarno-epidemiologicznych. Mówią, że próbowali dowiedzieć się tego samego od lekarza, ale ten na nich nakrzyczał.

Lekarze są przyzwyczajeni do suchego informowania, wręcz nakazywania realizacji szczepień. Jednak jeśli chcą być skuteczni, powinni tę postawę zmienić. Owszem, zawsze będą pacjenci, którym wystarczy sucha informacja. Ale znacznie powiększyła się grupa tych, którzy mają wątpliwości i zadają pytania. W dużej mierze wynika to ze sprzecznych informacji, jakie znajdują w internecie. Trzeba z nimi rozmawiać i nie traktować każdej ich wątpliwości jako próby ataku.

Na co w takiej rozmowie warto zwrócić uwagę?

Najważniejsza jest pierwsza rozmowa, kiedy po opuszczeniu szpitala rodzice przychodzą z niemowlęciem do pediatry lub lekarza rodzinnego w celu kontynuowania lub realizacji kalendarza szczepień. Często słyszę od lekarzy, że podczas wizyty szczepiennej nie mają czasu na rozmowę. Na tę pierwszą trzeba go znaleźć. Tym bardziej że wbrew pozorom nie chodzi o poświęcenie godziny – najczęściej wystarczy kwadrans, czego dowodzą ćwiczenia, jakie wykonuję z lekarzami podczas warsztatów. Będzie to procentowało w przyszłości, m.in. oszczędnością czasu.

Ta pierwsza rozmowa ma służyć nie tylko poznaniu małego pacjenta i jego rodziców, lecz przede wszystkim zbudowaniu przestrzeni zaufania, a więc obrazu specjalisty, który ma wiedzę, doświadczenie i wie, jak postępować z dzieckiem. Dzięki temu nawet jeśli rodzice będą szukali informacji o szczepieniach w internecie (a zawsze będą tak robili), to osobą finalnie decydującą o tym, jak szczepione jest ich dziecko, pozostanie lekarz.

W jaki sposób zbudować tę przestrzeń zaufania?

Ważne jest to, co mówimy, lecz równie istotny jest przekaz pozawerbalny, czyli mowa ciała. Jeśli nie przywitamy się z pacjentem, nie nawiążemy z nim kontaktu wzrokowego, tylko będziemy się wpatrywać w ekran monitora, na naszej twarzy nie pojawi się serdeczny uśmiech (nie mylić z pobłażliwym!) itp., musimy się liczyć z tym, że umowa, którą zawarliśmy z pacjentem na temat szczepień, może nie zostać przez niego dotrzymana.

Dobrze kiedy elementy pozawerbalne i werbalne ze sobą współgrają. Jeśli mówimy, że jakieś szczepienie jest w przypadku danego dziecka kluczowe, warto to podkreślić odpowiednim gestem albo tembrzem głosu, np. przesylabizować słowo „klu-czo-we”. Bardzo dobrym rozwiązaniem jest położenie przed rodzicem kalendarza szczepień i przejście go z nim krok po kroku, zakreślając przy tym szczepienia, które wykonamy u jego dziecka.

A jeśli chodzi o sferę werbalną?

Lekarze często przypominają, że szczepienia są obowiązkowe – zwłaszcza podczas rozmowy z pacjentami, którzy mają wątpliwości dotyczące tej formy profilaktyki. Radziłbym stosować ten argument ostrożnie, bo jak pokazują badania, rodzice – zwłaszcza młodszy – źle reagują

na to słowo. Uważają, że nałożenie na nich obowiązku szczepienia dzieci jest zabieraniem im wolności. Nie rozumieją, że to forma pewnej umowy społecznej, podobnie jak obowiązujący na drogach ruch prawostronny. Zamiast mówić o obowiązku, lepiej wytłumaczyć, dlaczego ważne jest, aby jak najwięcej dzieci zostało zaszczeponych.

Rozmowa o szczepieniach nieuchronnie wiąże się z używaniem fachowej terminologii. Jak często po nią sięgać?

Z moich badań wynika, że aż 80% pacjentów nie rozumie terminu „szczepionka skojarzona”. A przecież w wakcynologii to podstawa! Dlatego im prostszy język, tym lepiej. I nie jest ważne wykształcenie rodziców. Pamiętajmy, że dla każdego wizyta u lekarza wiąże się ze stresem, pod wpływem którego może mieć problem ze zrozumieniem nawet pozornie łatwych kwestii.

Nie sugerujemy się też zasobnością portfela pacjenta – a niestety lekarzom zdarza się wpadać w pułapkę, która polega na oferowaniu szczepień zalecanych, płatnych, tylko rodzicom wyglądającym na zamożniejszych. To błąd. Choćby dlatego, że osoby lepiej sytuowane rzadziej wykupują swoim dzieciom szczepienia dodatkowe, co ustaliłem w swoich badaniach.

Skąd wiemy, ile pacjent zrozumiał z naszej rozmowy?

Temu służy podsumowanie wizyty. Warto na końcu powiedzieć: „A więc uzgodniliśmy, że szczepimy przeciwko...” i tu można zawiesić głos, żeby pacjent dokończył. Albo powiedzieć: „Plan na najbliższy miesiąc jest taki... (i pokrótce go opisać), zgadza się?”. Jeśli wciąż mamy poczucie, że nie wszystko jest zrozumiałe, dopytajmy, czy jeszcze coś trzeba wyjaśnić. Jeśli rodzic przyzna, że nadal czegoś nie rozumie, to udzielając odpowiedzi, docieńmy to, że jest z nami szczery. Tego rodzaju zachowanie sprawia, że pacjent czuje się zaopiekowany, co przekłada się na wzmocnienie zaufania.

Trudno o budowanie zaufania, gdy w gabinecie pojawia się zadeklarowany przeciwnik szczepień i wymienia sto powodów, dla których – jego zdaniem – szczepionki są szkodliwe. Jak rozmawiać z takim pacjentem?

Nie chcę powiedzieć, że jest on dla lekarza stracony, ale przekonywanie osoby przekonanej najczęściej sprowadza się do tego, że cała para idzie w gwizdek. W takim przypadku nie wystarczy godzina rozmowy ani tym bardziej kwadrans. Co można zrobić? Wziąć kilka głębszych oddechów i powiedzieć: „Moim zadaniem jest przekazanie podczas tej wizyty rzetelnych informacji na temat szczepień, proszę przez chwilę, mnie posłuchać”. Ale najlepsze, co można zrobić, to zachować swój czas i energię, dla osób niezdecydowanych, z wątpliwościami.

Jak liczna jest to grupa?

Około 75% pacjentów. Dla porównania, tych całkowicie przekonanych jest ok. 20-25%, najwięcej wśród rodziców mających troje i więcej dzieci. Natężenie wątpliwo-

ści dotyczących szczepień i ich powody mogą być różne. Często pojawiają się przy pierwszym dziecku, kiedy rodzice obawiają się dosłownie o wszystko. W takiej sytuacji wystarczy okazać im zrozumienie i wytłumaczyć, po co szczepionki są stosowane. Częstym powodem lęków są informacje wyczytane w internecie. Jeśli mamy do czynienia z takim pacjentem, możemy zadać mu retoryczne pytanie: „Komu pan bardziej ufa – anonimowym wpisom w sieci czy mojej wiedzy i doświadczeniu?”. Zdarza się, że wątpliwości wynikają ze złych doświadczeń znajomych, rodziny lub sąsiadów. Wtedy możemy uspokoić rodziców, mówiąc, że każde dziecko jest inne i może inaczej zareagować na tę samą szczepionkę.

Kiedy od setnego pacjenta lekarz słyszy to samo pytanie, np. czy rtęć w szczepionkach jest szkodliwa, trudno zachować cierpliwość. Jak sobie z tym poradzić?

Niestety, to problem wpisany w ten zawód. Nie ma innego wyjścia, jak udzielić odpowiedzi w taki sposób, jakby się to robiło pierwszy raz. Bo przecież pacjent usłyszy naszą odpowiedź po raz pierwszy. Bardziej niepokojące jest to, kiedy podczas drugiej lub trzeciej wizyty ten sam pacjent wciąż zadaje to samo pytanie. To oznacza, że powinniśmy zmienić nasz sposób komunikacji. Może warto powiedzieć to samo, ale prostszym językiem lub zapisać daną informację pacjentowi na kartce.

Co musi się zmienić, byśmy mogli w przyszłości spokojniej rozmawiać na temat szczepień?

Na pewno istnieje potrzeba zahamowania fali fałszywych (anty) szczepionkowych autorytetów, która przetacza się przez internet. Trzeba też poważnie pomyśleć o wy-

jęciu wakcynologii spod wyłącznej kurateli medycznej. Na podstawie rozmów z wieloma specjalistami w kraju i na świecie widzę, że lekarzom brakuje środków, by samodzielnie rozwiązać problem narastających wątpliwości względem szczepień. Tu jest miejsce dla wakcynologii społecznej, którą się zajmuję. Mówiąc w skrócie, jej rola polega na tym, by pacjenci lepiej rozumieli lekarzy, a lekarze pacjentów, bo ma to realne szanse przełożyć się na wzrost wzajemnego zaufania i wyszczepialności. Piszę o tym w publikacji „Społeczny kontekst szczepień. Wprowadzenie do wakcynologii społecznej i socjologii szczepień”, która stanowi podsumowanie wieloletnich badań postaw pacjentów i lekarzy wobec szczepień. Zawiera m.in. analizę mitów na temat tej formy profilaktyki i wskazówki, jak rozmawiać z pacjentami.

Rozmowa na piątkę

PAMIĘTAJ, ŻE...

1. Przeznaczenie większej ilości czasu na pierwszą rozmowę z rodzicami dziecka na temat szczepień pozwoli zaoszczędzić czas w przyszłości.
2. Rzadko rodzic mający wątpliwości wobec szczepionek jest antyszczepionkowcem.
3. Komunikuj się z rodzicami werbalnie i niewerbalnie, słowa podkreślaj odpowiednimi gestami.
4. Używaj mało skomplikowanych słów, dzięki temu zwiększasz szansę, że rodzic zrozumie, co chcesz mu przekazać.
5. To, co tobie wydaje się oczywiste, nie jest oczywiste dla rodziców małego pacjenta.

(przedruk z „Medical Tribune” nr 9/17)

WOLNY RYNEK KONTRA SOCJALIZM W OCHRONIE ZDROWIA

SLOGANY CZY RZECZYWISTOŚĆ?

Starcie idei następuje nawet na poziomie analizy reformy ochrony zdrowia. Według rządu mamy za dużo wolnego rynku w służbie zdrowia, zdaniem niektórych wracamy na tory socjalistyczne. Inni twierdzą, że nadchodzące zmiany są połowiczne i bardziej deklaratywne niż fundamentalne, a wolnego rynku w ochronie zdrowia i tak nigdy było.

– Doświadczamy w ostatnim czasie więcej podejścia rynkowego, komercjalizacji, jeśli chodzi o opiekę zdrowotną. Stoimy raczej na stanowisku, aby nieco zmienić kierunek, bo jest za dużo wolnego rynku w służbie zdrowia – powiedział 7 września minister zdrowia Konstanty Radziwiłł.

Powrót do przeszłości

Jaki będzie więc ten kierunek zmian w ocenie polityków i ekspertów? Najostrzejszy w ostatnim czasie krytyk ministerialnych propozycji, poseł klubu PiS Andrzej Sośnierz, mówi wprost, że „zmierzamy w kierunku socjali-

stycznego spojrzenia na służbę zdrowia”. Czyli, że nie jest ona zwykłym sektorem gospodarki, ale przede wszystkim służbą czy misją.

– Proponowane rozwiązania, choćby budżetowanie szpitali, to właśnie powrót do gospodarki socjalistycznej, kiedy zakładom przydzielano środki, za które miały funkcjonować i leczyć wszystkich, którzy się zgłoszą – tłumaczy.

Przypomina, że w takim systemie szpitalowi się po prostu nie opłacało przyjmować pacjenta, bo to był wydatek. Szpital jako instytucja nie miał żadnej motywacji finansowej. Żeby temu zaradzić postanowiono wprowadzić system, w którym płaci się za każdego pacjenta określoną kwotę, aby pieniądze szły za pacjentem.

– W tej chwili wprowadzając sieć szpitali i ryczałtowe finansowanie szpitali wracamy generalnie do poprzedniego systemu, kiedy szpital dostawał pieniądze za to, że istnieje, a liczba pacjentów nie miała większego wpływu na wielkość dotacji – uważa Andrzej Sośnierz.

Ma się co prawda liczyć i kategoryzować pacjentów, ale w ryczałtowym systemie jest tyle zmiennych, a wzory wyliczeń są tak skomplikowane, że w ocenie byłego prezesa NFZ „i tak życie to wszystko rozsadzi”.

Wyższość publicznego nad prywatnym

Drugim zasadniczym problemem jest przekonanie obecnych władz, że „solą ziemi czarnej jest szpital publiczny”. Jak przypomina Andrzej Sośnierz przed reformą z 1999 r. państwo nie potrafiło rozwiązać wielu problemów wynikających z szybkiego rozwoju medycyny, problemu dostępu do dializ, do protez, nie miało pieniędzy na rezonanse, tomografy itd. Podmioty niepubliczne rozwiązały te problemy w ciągu około trzech lat, dzięki czemu nie trzeba było wydawać pieniędzy publicznych.

– A jak już problem został rozwiązany, to teraz się za nich weźmiemy. Murzyn zrobił swoje, Murzyn może odejść. Teraz będziemy znów kochać szpitale publiczne, a placówki prywatne będą wegetować, bo podobno jakieś zyski mają – ironizuje poseł klubu PiS. Jak dodaje, zapomina się jednak, że ci inwestorzy wyłożyli za państwo własne pieniądze i mają prawo je odzyskać, z zyskiem prowadząc swoje placówki.

To właśnie zyski osiągane przez podmioty prywatne najbardziej wadzą krytykom tego sektora w ochronie zdrowia.

– Tylko chciałem zwrócić uwagę, że te same stawki mają zakłady publiczne i niepubliczne. Jeżeli jednym się opłaca, potrafią odzyskać pieniądze, to dlaczego drugim się nie opłaca? Za te same stawki, te same pieniądze? To może denerwować tego, co się zadłuża, bo pokazuje jego mniejszą sprawność – dodaje Andrzej Sośnierz.

Jak podkreśla polityk, najłatwiej powiedzieć, że ten sektor trzeba likwidować czy ograniczać, bo „my tu tylko trudne przypadki leczymy, a on nam odciąga pacjentów i tylko śmietankę spija”. To się właśnie opowiada, żeby zdeprecjonować przeciwnika rynkowego.

Ostateczną konsekwencją eliminowania sektora niepublicznego będzie usunięcie z rynku konkurencji i również rachunku kosztów. Nie będziemy mieć w ogóle informacji, czy da się za określone pieniądze utrzymać zakład i jeszcze mieć zyski czy też nie.

Zdaniem dra Adama Kozierkiewicza, eksperta ds. ochrony zdrowia mamy raczej do czynienia jedynie z preferencją większych jednostek w stosunku do mniejszych.

– Akurat mamy koincydencję między dużą i publiczną jednostką. W związku z tym straciły małe, niepubliczne placówki. Ale głównie dlatego, że były małe, bo duże, niepubliczne zakłady spełniały warunki, w szczególności dotyczące SOR-u, izby przyjęć, zespołu z odpowiednim doświadczeniem itd., i znalazły się w sieci szpitali – przekonuje.

Zdaniem Kozierkiewicza np. w poz nie ma w żadnym stopniu dyskryminacji prywatnego sektora, wręcz

przeciwnie. Natomiast AOS jest obecnie ograniczany jako byt samodzielny, a w dużej części stanowi go właśnie sektor prywatny.

Ani wolnego rynku, ani socjalizmu

Z ministerialnym poglądem, że jest za dużo wolnego rynku w służbie zdrowia polemizuje też Krzysztof Bukiel, przewodniczący Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy.

– Gdzie był ten nadmiar wolnego rynku, skoro ceny za świadczenia zdrowotne ustalało państwo a nie rynek. Skoro o korzystaniu ze świadczeń ze środków publicznych decydował urzędnik NFZ a nie wolna konkurencja. Nie było tak, że pacjent idzie gdzie chce, a NFZ mu płaci określoną kwotę. Były jedynie namiastki wolnego rynku.

Jego zdaniem do tej pory głównym elementem przypominającym rynek było to, że się płaciło za wykonane działania a nie za samo trwanie. Bo na tym właśnie polegała publiczna służba zdrowia przed wprowadzeniem kas chorych.

Po reformie dostawało się co prawda pieniądze za wykonanie pewnych świadczeń, ale już ile tych świadczeń, jakie te świadczenia, za jaką cenę – to wszystko dyktował urzędnik, więc trudno mówić, że było za dużo wolnego rynku.

– Właściwie od początku wprowadzenia kas chorych politycy się przestraszyli mechanizmów rynkowych i stopniowo się z nich wycofywali. Wprowadzenie NFZ to oczywiście kolejny etap tego procesu. Trudno powiedzieć, żeby limitowanie świadczeń było oparte na zasadach rynkowych – ocenia Krzysztof Bukiel.

W jego ocenie mimo jednoznacznych zapowiedzi wprowadzenia systemu budżetowego, twórcy obecnej reformy zorientowali się, że spowoduje to taką rewolucję, iż może naprawdę znacząco pogorszyć dostępność świadczeń zdrowotnych.

Jak podkreśla przewodniczący OZZL, w rezultacie powstaje nieokreślony system, w którym pozostają pewne elementy rynkowe: chociażby to, że ryczałt płatny będzie za wykonane świadczenia, które trzeba sprawozdawać – także tutaj nie zmieni się wiele.

– Więcej w tym jest retoryki antyrynkowej niż faktycznych zmian – podsumowuje Krzysztof Bukiel.

Mało odważne reformy

Zgadza się z tym były minister zdrowia Marek Balicki, który zarzuca obecnemu pakietowi zmian, że to rozwiązania nawet nie połowiczne. Nie spodziewa się, żeby w ten sposób zostały wyeliminowane główne wady rozwiązań rynkowych.

– Liczba świadczeń rośnie, ale kolejki też. Więc konieczna jest zmiana i przejście na bardziej wspólnotowe rozwiązania. Ale niestety sieć szpitali nie jest rewizją w takich wymiarach, jak bym chciał – ocenia. Jak podkreśla,

nie ma żadnego ryczałtu, bo to nadal będzie finansowanie za wykonywanie świadczeń.

– O ryczałcie możemy mówić, gdy daje się pewną kwotę na 100 tys. mieszkańców określonego podmiotowi, prywatnemu czy publicznemu. Na głowę wychodzi np. 1000 zł czy 10 000 zł. I sprawuje się opiekę całościową (POZ, specjalistyka i szpital). W ramach tego budżetu trzeba sobie samemu poradzić, samemu decyduje się, ile świadczeń udzielamy i komu itd. – opisuje.

Zaznacza, że w Europie są takie rozwiązania, natomiast to co rząd wprowadza 1 października nie jest ryczałtem w takim rozumieniu.

– Dalej będzie szedł pieniądź za usługą. Jakby szedł za pacjentem to pół biedy, ale będzie szedł za usługą. Tylko w sposób mniej czytelny, mniej przejrzysty niż to było dotąd. Dalej nikt nie będzie odpowiadał za zdrowie określonej populacji, np. mieszkańców ul. Kasprzaka w War-

szawie. A każdy jest wynagradzany od liczby świadczeń, więc, upraszczając, celem graczy na rynku będzie dalej udzielanie świadczeń, a nie zdrowie mieszkańców – argumentuje Marek Balicki.

Jak podkreśla dr Kozierkiewicz, warto pamiętać przy zderzaniu się racji ideologicznych, politycznych i ekonomicznych, że jest warstwa komunikacyjno-polityczna i warstwa praktyczna. I one się generalnie ze sobą roz mijają...

– Wcześniej dominowała orientacja rynkowa, ale w dużej mierze była ona jedynie fasadą, tzn. deklarowano podejście wolnorynkowe, ale w praktyce pieniądze szły przecież mimo wszystko przed pacjentem i generalnie nie było za dużo rynku. Tak teraz formalnie zapowiadana jest orientacja etatystyczna czy publiczna, natomiast w praktyce również wygląda to inaczej – ocenia ekspert.

Daniel KUROPAS

(przedruk z „Rynku Zdrowia” nr 10/17)

NADWYKONANIA W CZORAJ, DZIŚ I JUTRO

Konstanty Radziwiłł zapowiedział solidny zastrzyk finansowy dla służby zdrowia. Mówił o blisko 3 mld zł. Część tej kwoty (ok. 1-1,5 mld zł) ma być przeznaczona na opłacenie nadwykonań. Według danych Centrali NFZ, tylko w 2016 r. wynosiły one ponad 321 mln zł.

Szpitala będą mogły liczyć na zapłacenie dużej części nadwykonań, które powodują ich ogromne trudności finansowe – oznajmił 14 września na konferencji prasowej minister Radziwiłł. Powiedział, że trwają uzgodnienia dotyczące przekazania – jeszcze w 2017 r. – dodatkowych środków z budżetu państwa dla NFZ na sfinansowanie nadwykonań świadczeń opieki zdrowotnej. 20 września szef resortu zdrowia potwierdził, że w grę wchodzi od 1 mld do 1,5 mld zł.

Dodatkowe pieniądze

Z kolei wiceminister **Katarzyna Głowala**, która w MZ odpowiada za budżet, finanse i inwestycje, wyjawiała, że resortowi zdrowia zależy na tym, żeby od 1 października szpitale sieciowe miały czyste konta. Celem tej operacji jest zatem dofinansowanie tych lecznic, które zostały zakwalifikowane do systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (PSZ), czyli tzw. sieci.

Tyle zapowiedzi. Na razie namacalnym efektem pertraktacji ministra zdrowia z wicepremierem **Mateuszem Morawieckim** o pieniądze jest rządowy projekt ustawy „o szczególnych rozwiązaniach zapewniających poprawę jakości i dostępności świadczeń opieki zdrowotnej” (tzw. specustawa). Zakłada ona wydatkowanie 282 mln zł. Poza tym prezes NFZ wydał 15 września zarządzenie zwiększające o 764 mln zł nakłady na dodatkowe świadczenia (chodzi o skrócenie kolejek oczekujących m.in. na operacje zaćmy,

operacje wymiany stawu biodrowego i stawu kolannowego). W tym celu konto NFZ ma być zasilone przez budżet państwa.

Ponad miliard zł ze specustawy i z funduszu zapasowego NFZ nie pójdzie na uregulowanie rachunków szpitali za ponadlimitowe usługi. Mają być one opłacone z innej puli.

W szpitalach sieciowych

Jeśli uda się ministrowi zdrowia pozyskać z budżetu 1-1,5 mld zł i opłacić zobowiązania państwa wobec szpitali, to przynajmniej dla placówek z sieci nadwykonania staną się historią. Szpitale sieciowe nie będą już procesowały się z NFZ o pieniądze za nadwykonania (np. w 2015 r. toczyło się 589 spraw sądowych przeciwko Funduszowi o zwrot należności za świadczenia ponad limit wyznaczony kontraktem) nie tylko dlatego, że ich rachunki zostaną uregulowane, ale dlatego też, że nie będzie czegoś takiego jak nadwykonania.

– Nie będzie nadwykonań. Jedyne o co będzie można zabiegać, to o zwiększenie kwoty ryczałtu. Jeśli ktoś wykonał na przykład 120% świadczeń w danym roku, to w następnym roku będzie mógł się starać o wyrównanie o 20%. Ale nie wstecz za miniony okres, jak do tej pory w ramach kontraktu z NFZ, tylko w następnym roku rozliczeniowym – powiedział nam **Krzysztof Macha**, wiceprezes Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Szpitali Prywatnych, ekspert Pracodawców RP.

– Mechanizm wyliczania ryczałtu jest taki, aby podmioty lecznicze nie generowały zbędnej liczby świadczeń. Dotychczasowy system wręcz zachęcał do zwiększania ich podaży, co rodziło coraz większy popyt – wskazywał na przyczynę narastania ponadlimitowych świadczeń wiceminister zdrowia **Piotr Gryza** (14 września podczas

posiedzenia Parlamentarnego Zespołu ds. Szpitali Powiatowych).

Teraz szpitale przyjmują więcej pacjentów niż określa limit zapisany w kontrakcie i liczą, że NFZ zapłaci za ich leczenie. Kiedy będą w sieci, przyznana im kwota ryczałtu będzie niezależna od liczby przyjętych pacjentów. Wynagrodzenie ryczałtowe charakteryzuje się bowiem tym, że jest stałe i że ma pokrywać wszelkie koszty, które ponosi świadczeniodawca.

Od kontraktu do ryczałtu

W okresie przejściowym jako podstawę finansową kwalifikowania do sieci przyjęto, że wysokość ryczałtu będzie z góry ustalona w oparciu o rzeczywistą liczbę wykonanych i sprawozdanych świadczeń w 2015 roku – bez względu na to, czy szpital otrzymał, czy nie otrzymał od NFZ zapłaty za te świadczenia.

– *Zakwalifikowane do sieci placówki, które wykazywały nadwykonania będą mogły liczyć na wyższy ryczałt, ale wraz ze wzrostem liczby nadwykonań ich finansowanie będzie maleć. Jeśli dyrektor oddziału NFZ będzie miał większą pulę środków na finansowanie ryczałtu, wówczas większy udział w tym wzroście środków będą miały szpitale, które mają nadwykonania* – tłumaczył wiceminister Piotr Gryza.

Innymi słowy, coś co przez lata uchodziło za finansowe obciążenie i problem, którego rozwiązanie wymaga długotrwałych negocjacji z NFZ lub nawet interwencji sądu, dla szpitala w sieci staje się teraz atutem.

Niejasności i nieporozumienia charakterystyczne dla okresu przejściowego od razu wykorzystały firmy doradcze. W rosyłanych w tych dniach mailach zwracały uwagę, że „nieistotne do tej pory nadwykonania, stają się krytyczne w odniesieniu do określenia wartości przyszłego ryczałtu”. Dlatego oferują działom rozliczeń w szpitalach usługę pn. Raport Weryfikacji Rozliczeń z NFZ.

Jedną z wątpliwości dotyczy też tego, czy placówki, które zostały zakwalifikowane do sieci, stracą możliwości dochodzenia roszczeń z tytułu nadwykonań z lat ubiegłych. W opinii Krzysztofa Macha, roszczenia dotyczące nadwykonań z poprzednich lat nie przepadają, bo to inny rodzaj umowy (NFZ płacił za nie, gdy na jego koncie pojawiały się niewykorzystane środki).

Potwierdza to oficjalnie płatnik. – *Placówki, które zostały zakwalifikowane do sieci szpitali, nie tracą możliwości dochodzenia roszczeń z tytułu nadwykonań z lat ubiegłych* – poinformowała nas **Sylwia Wądrzyk**, rzecznik prasowy Narodowego Funduszu Zdrowia.

Oznacza to, że nawet gdyby MZ nie wyasygnowało pieniędzy na nadwykonania lub byłoby ich zbyt mało, to szpitalom pozostają negocjacje i droga sądowa.

Dodatkowy pacjent poza siecią

– *Po wprowadzeniu ryczałtów szpitale sieciowe nie będą miały już żadnego interesu, żeby udzielać ponadlimitowych świadczeń. Będą raczej dążyły do tego, by nie zwiększać liczby pacjentów* – ocenił nadchodzące zmiany Krzysztof Macha. Jego zdaniem, szpitalom będzie się opłacało mieścić w przyznanym ryczałcie.

Tak będzie w przyszłości w odniesieniu do szpitali sieciowych. Te na kontraktach dalej będą wykazywały nadwykonania – możliwe, że nawet większe niż do tej pory, gdyż sieciowe, w przypadku wyczerpania ryczałtu, mogą się bronić przed przyjmowaniem dodatkowych pacjentów.

Alte to przyszłość. Sytuacja na dziś jest taka, że wartość nadwykonań za 2015 r., czyli w okresie przyjętym za podstawę do wyliczenia ryczałtu, to 141 416,20 tys. zł. Natomiast za 2016 r. nadwykonania, według obliczeń NFZ, osiągnęły poziom 321 446,54 tys. zł (stan na 31 lipca 2017 r.). Nadwykonania w 2017 roku będzie można oszacować po zamknięciu okresu rozliczeniowego.

Ryszard ROTAUB

(przedruk z „Rynku Zdrowia” nr 10/17)

CZAS TO MÓZG

O najnowszych metodach leczenia udaru oraz rehabilitacji poudarowej opowiada prof. Jacek ROŻNIECKI

Iwona Duraj: *Chociaż w medycynie obserwujemy nieustanny postęp i rozwój technik obrazowania, to możliwości pomocy pacjentom z udarem mózgu wciąż są ograniczone. Jakim orężem dysponuje współczesna neurologia w prewencji i leczeniu udaru mózgu?*

Prof. Jacek J. Rożniecki: Po długim okresie stagnacji w metodach leczenia udaru mózgu, zwłaszcza w przypadku udaru niedokrwiennego, w ostatnich 20 latach dokonał się znaczący postęp. Już w ostatnich latach ubiegłego wieku w Stanach Zjednoczonych, a w Europie na początku XXI wieku, wprowadzono pierwszą przyczynową metodę

leczenia niedokrwiennego udaru mózgu za pomocą leku trombolitycznego – rtPA – rekombinantnego tkankowego aktywatora plazminogenu. Leczenie to polega na dożylnym podaniu leku – 10% w formie bolusa, a 90% dawki w 1-godzinnej infuzji, której zadaniem jest dosłownie rozpuścić skrzepinę zamykającą światło naczynia mózgowego. Wprawdzie koncepcji polegającej na rozpuszczaniu skrzepiny próbowano już wcześniej przy pomocy streptokinazy, ale lek ten z powodów bezpieczeństwa odrzucono. Tromboliza za pomocą rtPA okazała się skutecznym działaniem rekanalizującym tętnicę mózgową, pozostając przy tym lekiem względnie bezpiecznym, jeśli był on zastosowany zgodnie z optymalnymi warunkami. Korzyści z zastosowania tego leczenia są bezdyskusyjnie

▶ i bezwzględnie górują nad potencjalnymi zagrożeniami związanymi z tym postępowaniem, i metoda ta weszła do standardów leczenia niedokrwienego udaru mózgu na całym świecie już kilkanaście lat temu.

W ostatnich 2 latach dokonał się kolejny, bardzo znaczący postęp leczenia ostrej fazy niedokrwienego udaru mózgu – w 7 wieloośrodkowych, randomizowanych, kontrolowanych badaniach wykazano około 50% wzrost skuteczności rekanalizacji tętnicy szyjnej lub mózgowej oraz wykładników poprawy stanu klinicznego po zastosowaniu dodatkowo do leczenia trombolitycznego mechanicznej trombektomii. Metoda ta, w analogii do angioplastyki z założeniem stentu w ostrym zespole wieńcowym, polega na wprowadzeniu do zamkniętego skrzepliny naczynia mózgowego o dużej średnicy, takiej jak początkowy odcinek tętnicy środkowej mózgu, lub do tętnicy szyjnej wewnętrznej, specjalnego stentu tzw. stent-retriever. Od stentu wieńcowego różni się on tym, że nie tylko w momencie rozprężania od razu rekanalizuje tętnicę wieńcową, ale po chwili jest wyciągany z naczynia razem z osadzoną na nim skrzepliną mózgową, a nie pozostawiany w naczyniu, tak jak stenty wieńcowe.

Alternatywnym do stent-retrieverów mózgowych narzędziem do rekanalizacji tętnicy mózgowej w ostrej fazie udaru niedokrwienego jest system Penumbra, którego zasada działania polega na mechanicznym rozdrabnianiu skrzepliny na fragmenty za pomocą specjalnego cewnika domózgowego, z jednoczesną aspiracją fragmentów tej skrzepliny. Mechaniczna trombektomia, głównie za pomocą stent-retrieverów, ale też i systemu Penumbra, stała się już 2 lata temu – zaraz po opublikowaniu wspomnianych 7 publikacji w czasopiśmie „The New England Journal of Medicine”, standardem ujętym już w amerykańskich (AHA/ASA), europejskich (ESO) i polskich (KNN PAN) rekomendacjach terapeutycznych dotyczących udaru mózgu.

Także w leczeniu profilaktycznym udaru mózgu w ostatniej dekadzie nieco się zmieniło. Przede wszystkim pojawiła się nowa grupa leków antykoagulacyjnych (NOAC), w skład której wchodzi, przynajmniej wśród dostępnych w Polsce, dabigatran, rywaroksaban oraz apiksban. Pierwszy jest bezpośrednim inhibitorem trombiny, a dwa pozostałe – inhibitorami czynnika Xa. W porównaniu z tradycyjnymi antykoagulantami – antagonistami witaminy K – warfaryną i acenokumarolem, nowe selektywne leki antykoagulacyjne są co najmniej tak samo skuteczne w zapobieganiu niedokrwinnemu udarowi mózgu w mechanizmie niezastawkowego migotania przedsionków (dabigatran w większej dawce ma tę skuteczność nawet większą), ale przede wszystkim są to leki bezpieczniejsze, bo obciążone znacznie mniejszym ryzykiem powikłań krwotocznych, zwłaszcza krwotoków domózgowych. Ponadto są to leki znacznie wygodniejsze w stosowaniu – bo nie wymagają badania INR, co w przypadku antagonistów witaminy K jest regułą.

Polacy mają niestety tendencję do stosowania nadmiaru leków, których przyjmowanie zdecydowanie powinno być pod kontrolą lekarza. I tak na przykład kontrowersyjne jest stosowanie diklofenaku (leku przeciwbólowego) – według ostatnich brytyjskich i kanadyjskich badań od 40 do 60% zwiększa ryzyko zawału serca i udaru mózgu.

To zagadnienie jest wciąż badane. Publikacja sprzed kilku lat zrobiła dużo szumu, ale metaanalizy wielu badań nad niesteroidowymi lekami przeciwzapalnymi o odmiennych mechanizmach działania nie wskazują jednoznacznie na szkodliwy wpływ któregoś z nich na istotne zwiększenie ryzyka udaru mózgu czy zawału serca, poza rofekoksybem. Na razie jednak jest za wcześnie na formułowanie jakichkolwiek wniosków, zwłaszcza że ich konsekwencje mogłyby być bardzo duże, bo leki te na całym świecie stosowane są przez miliony ludzi. Kolejne metaanalizy tej grupy (w tym diklofenaku) są opracowywane – poczekajmy na ich wyniki. Rofekoksyb zaś został z rynku wycofany.

A czy istnieją skuteczne metody regeneracji uszkodzonych komórek mózgowych? Wielu pacjentów wiąże wielkie nadzieje z komórkami macierzystymi. Czy słusznie?

Badania nad komórkami macierzystymi prowadzone są w różnych chorobach układu nerwowego w stwardnieniu bocznym zanikowym (SLA), stwardnieniu rozsianym (SM), chorobie Alzheimera, chorobie Parkinsona, po urazach rdzenia kręgowego, także w udarze mózgu. Wykorzystuje się tu głównie zwierzęcy model zawału mózgu. Jak na razie nie ma jednak danych, które mogłyby pokazać kliniczną skuteczność tej terapii u pacjentów z uszkodzeniem mózgu po udarze.

W przypadku zaistniałego udaru mózgu bardzo ważne jest okno czasowe, szybka reakcja, inaczej konsekwencje są tragiczne.

To jest warunek i podstawa sukcesu leczenia ostrej fazy udaru mózgu. Gdy dochodzi do nagłego niedokrwienia parenchymy mózgowej, najszybciej obumierają neurony w środku ogniska niedokrwienia. Następnie obszar martwicy mózgu w sposób ciągły i nieuchronny poszerza się do granic rejonu o zaburzonej perfuzji. Z każdą minutą pacjent z udarem niedokrwinnym traci przeciętnie około 1,9 mln. neuronów!

Proces rozszerzania się strefy martwej w przeciętnym udarze trwa 5-6 godzin, u niektórych ludzi dłużej, ale warunkiem tego jest dobre krążenie oboczne mózgu, tzw. kolaterale. Rozszerzenie się martwicy do granic obszaru niedokrwienia oznacza nieodwracalne utrwalenie objawów ogniskowych związanych z tym uszkodzeniem mózgu. Jednak w pierwszych godzinach część obszaru niedokrwienia, co prawda wciąż zmniejszająca się, pozostaje jednak żywa. Ten rejon nazywamy penumbrą (strefą półcienia), obszarem niedokrwionym, ale wciąż jeszcze żywym. Ma on potencjał odzyskania funkcji w przypadku rekanalizacji naczynia zamkniętego skrzepliną. Im wcześniej uda się to zrobić, tym więcej neuronów da się

uchronić przed obumarciem i tym większa szansa na powrót funkcji, które zostały zaburzone.

Im wcześniej więc wykona się zabieg trombolizy, w przypadku rekanalizacji naczynia, większa będzie korzyść z tego działania. Wprawdzie okno terapeutyczne dla leczenia rtPA wynosi 4,5 godziny od wystąpienia objawów neurologicznych, przy założeniu, że pacjent nie obudził się po nocy z tymi objawami; im szybciej wykona się trombolizę, tym większa szansa nawet na pełną funkcję mózgu. Przeciętny czas od wjazdu pacjenta do szpitala do momentu podania leku do żyły wynosi w najlepszych ośrodkach (Finlandia i Australia) poniżej 20 minut. W Polsce – powyżej godziny, choć w wiodących krajowych ośrodkach – definitywnie już poniżej godziny, ale i tak jest lepiej niż przed kilkoma laty, kiedy ten parametr czasowy wynosił ponad 2 godziny. A przecież jeszcze zawsze mija pewien czas, zanim pacjent wezwie karetkę pogotowia i zanim ta dojedzie do pacjenta, a potem przewiezie go do najbliższego oddziału udarowego.

Stąd wskaźniki leczenia trombolitycznego w Polsce jeszcze niedawno wynosiły tylko między 5 a 10%, a teraz przeciętnie kształtują się między 10 a 20%. Nowa, wspomniana wcześniej, wprowadzona na świat 2 lata temu metoda rekanalizacji za pomocą mechanicznej trombektomii pozwala na zastosowanie tego leczenia w ciągu aż 6 godzin od początku wystąpienia objawów udaru. Metoda ta, choć o ponad 50% przewyższa skutecznością dożylnie leczenie trombolityczne, może być jednak zastosowana do udarów niedokrwiennych z zamknięciem dużego naczynia, tj. tętnicy szyjnej wewnętrznej lub początkowego, najdalej środkowego odcinka tętnicy środkowej mózgu.

Koniecznym ogniwem w łańcuchu opieki po przebytym leczeniu czy zabiegu operacyjnym po udarze mózgu są działania rehabilitacyjne. Jakie czynniki powinny być spełnione, aby przynosiły oczekiwane efekty?

Rehabilitacja, by była skuteczna, musi być rozpoczęta wcześniej, czyli praktycznie w pierwszej, ewentualnie w drugiej dobie udaru. Powinna być prowadzona odpowiednio często, tj. 3-4 razy dziennie, odpowiednio długo – za każdym razem po co najmniej 20 minut i odpowiednio intensywnie. W zależności od stopnia niedowładów można stosować konwencjonalne metody rehabilitacji – ćwiczenia bierne i czynne, nowsze metody oparte na paradygmacie funkcjonalności – metodą PNF (ang. proprioceptive neuromuscular facilitation -czyli proprioceptywne nerwowo-mięśniowe torowanie ruchu) i metodą Bobath, wreszcie z wykorzystaniem nowszych technik, takich jak terapia przez unieruchomienie zdrowej kończyny, terapia za pomocą lustra, metody z wykorzystaniem stymulacji mięśni i nerwów niedowładnej kończyny, wspomagane ćwiczenia na „tredmilu”, i najnowsze metody – z wykorzystaniem robotów i „egzoszkieletów” oraz „rzeczywistości wirtualnej”.

Najważniejsze dla rehabilitacji jest pierwsze kilka miesięcy po udarze, dlatego po pierwszym okresie tzw.

„wczesnej rehabilitacji poudarowej”, która wdrażana jest rutynowo jeszcze w trakcie hospitalizacji pacjenta z powodu epizodu udarowego, później przez kilka-kilkanaście miesięcy powinno się kontynuować tę formę terapii w warunkach szpitalnego oddziału rehabilitacji, a następnie – nadal w warunkach ambulatoryjnych.

Jedną z ostatnich dobrych informacji, jakie otrzymałam, przygotowując się do rozmowy z Panem, jest to, że w Polsce powstają nowe ośrodki zajmujące się zaburzeniami neurologicznymi, nastawione stricte na leczenie udaru mózgu (oddziały udarowe). Pytanie: czy powstające ośrodki są dostatecznie wyposażone w specjalistyczny sprzęt wysokiej klasy, dostosowany do światowych standardów, bowiem takie wyposażenie pociąga za sobą ogromne koszty. Poza tym czy mają zespół wysoko wykwalifikowanych specjalistów, dyspozycyjny przez całą dobę?

Przez ostatnie kilkanaście lat zadziało się i na świecie, i w Polsce bardzo wiele dobrego w tym zakresie. Samo „wprowadzenie” do szpitali oddziałów udarowych sprawiło, że nawet abstrahując od specyficznego leczenia przyczynowego, przeżywalność pacjentów zmagających się z udarem wzrosła oraz stopień niepełnosprawności chorych zmagających się z udarem zmalał. W procesie powstawania i wyposażania w odpowiednią aparaturę oddziałów udarowych w Polsce bardzo pomógł Narodowy Program Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego – POLKARD, a wiodącym ośrodkiem w Polsce, który ten program w zakresie leczenia udarów koordynował był Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie. Obecnie mamy w Polsce prawie 200 oddziałów udarowych, świetnie wyposażonych, gotowych do leczenia trombolitycznego 24 godziny przez 7 dni w tygodniu.

Najnowszym osiągnięciem opieki nad chorymi w ostrej fazie udaru mózgu będą niebawem referencyjne ośrodki interwencyjnego leczenia udaru mózgu, które będą miały potencjał wykonywania wspomnianej mechanicznej trombektomii tętnicy szyjnej lub dużej tętnicy mózgowej. Ten typ leczenia wymaga jednak nie tylko leku, jak rtPA, który powinien być podany najpierw, oraz odpowiedniej aparatury, w którą wyposażone są oddziały udarowe, ale także stałej gotowości zespołu ludzi, tj.: neurologa, radiologa interwencyjnego, anestezjologa, technika radiologii i pielęgniarzy. Ich współpraca potrzebna jest do przeprowadzenia trombektomii. Procedury te są już pozytywnie zaopiniowane przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT), ale wciąż jeszcze niewycenione przez NFZ.

Polska nie odbiega od średniej europejskiej pod względem zapobiegania i leczenia zawału serca. Pacjenci są leczeni na najwyższym poziomie – otrzymują najskuteczniejsze leczenie, zgodnie z najnowszymi standardami. Czy w przypadku udaru jest też taka szansa?

Jeśli chodzi o specyficzne farmakologiczne leczenie przyczynowe, czyli rekanalizację za pomocą leku trombolitycznego, jakim jest rtPA – „jesteśmy w Europie”, acz-

► kolwiek absolutna większość ośrodków powinna poprawić organizację pracy od momentu wjechania pacjenta do szpitala do chwili podania leku dożylnie, tak aby czas ten spadł poniżej godziny, a nawet pół godziny. „Czas to mózg”.

W kwestii tej pomocne są specjalne akcje poprawiające wspomnianą logistykę, jak QUICK oraz ANGELS. Jeśli chodzi o najnowsze osiągnięcia w leczeniu udaru niedokrwienego (czyli mechaniczną trombektomię), to chociaż w 2016 r. wykonano w kraju ponad 200 takich procedur, wciąż są kłopoty z ich rozliczeniem z NFZ, i wciąż czekamy na formalne rozwiązanie tego problemu. W tym przypadku jesteśmy więc daleko w tyle za ośrodkami europejskimi, nawet z krajów Europy Środkowo-Wschodniej, nie wspominając już o Ameryce Północnej, Australii czy niektórych krajach Azji. Mam nadzieję, że różnice te zostaną jednak wkrótce zniwelowane.

Rozmawiała Iwona DURAJ

Prof. nadzw. dr hab. n. med. Jacek J. ROŻNIECKI – specjalista neurolog, w szczególności zajmujący się problematyką bólów głowy oraz udarów mózgu. Jest absolwentem, a teraz pracownikiem Uniwersytetu Medycznego w Łodzi – kieruje Kliniką Neurologii, Udarów Mózgu i Neurorehabilitacji. Doktoryzował się z tematyki kłosterowego bólu głowy, jego habilitacja zaś dotyczyła neuroimmunoendokrynnych aspektów mózgowych i oponowych komórek tucznych w kontekście chorób neurologicznych. W latach 1990-95 pracował naukowo na Uniwersytecie Tufts w Bostonie. Współzałożyciel i były prezes Polskiego Towarzystwa Bólów Głowy, wiceprezes Łódzkiego Oddziału Polskiego Towarzystwa Neurologicznego, członek Zarządu oraz Rady Naukowej Fundacji Udaru Mózgu. Członek World Federation of Neurology, European Stroke Organization i American Heart Association/American Stroke Association. Wchodzi w skład Rady Naukowej „Medycyny Praktycznej – Neurologii”.

(przedruk z Biuletynu Okręgowej Izby Lekarskiej w Koszalinie nr 10/17)

RADY KARDIOLOGA DLA LEKARZY DENTYSTÓW

Z dr hab. n. med. Maciejem KOSTRUBCEM z Kliniki Chorób Wewnętrznych i Kardiologii, Centrum Diagnostyki i Leczenia Żylnej Choroby Zakrzepowo-Zatorowej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego Szpitala Dzieciątka Jezus w Warszawie o problemach leczenia stomatologicznego pacjentów z chorobami układu krążenia rozmawia Małgorzata SKARBK.

Czy lekarze dentyści powinni zwracać uwagę na ogólny stan zdrowia pacjenta?

Osoby z chorobami układu krążenia trafiają i będą trafiać do gabinetów stomatologicznych. Najczęstszymi problemami pacjentów, z jakimi spotykają się lekarze dentyści, są nadciśnienie tętnicze i cukrzyca. Stale rośnie też grupa osób, które mają wskazania do leczenia przeciwplatekowego i przeciwkrzepliwego. Są w ten sposób leczone z powodu udaru, migotania przedsionków, rzadziej w związku ze sztucznymi zastawkami oraz po przebiegu żylnej choroby zakrzepowo-zatorowej.

Nadciśnienie tętnicze jest zjawiskiem rozpowszechnionym. Szacuje się, że cierpi na nie nawet 1/3 populacji, a u części osób pozostaje nierozpoznane. Warto zatem zawsze pytać pacjenta, czy leczy się na nadciśnienie. Stres związany z wizytą w gabinecie dentystrycznym może powodować wzrost ciśnienia, a także powikłania sercowo-naczyniowe. W literaturze sporadycznie, ale jednak, pojawiają się opisy zawału mięśnia sercowego albo udaru spowodowanego wizytą u stomatologa. Dlatego zachęcam lekarzy dentystów, aby pytali o tę kwestię. A jeżeli są jakiegokolwiek wątpliwości – by mierzyli ciśnienie. Zakup ciśnieniomierza to nieduży wydatek, a urządzenie może się przydać nie tylko pacjentom. Lekarz także od czasu do czasu powinien sobie zmierzyć ciśnienie.

Czy należy odstąpić od zabiegu, gdy pacjent ma bardzo wysokie ciśnienie tętnicze?

Jeżeli ciśnienie w spoczynku, przed zabiegiem, nie przekracza 160/100 mmHg, większość zabiegów pilnych albo małoinwazyjnych można wykonać bezpiecznie. Niewątpliwie należy odstąpić od zabiegu i skierować pacjenta na izbę przyjęć, jeśli ciśnienie przekracza 200/120 mmHg. U takiej osoby nie można wykonać żadnych zabiegów, nawet pilnych, najwyżej zaopatrzyć miejscowe krwawienie po jakimś urazie. Najlepiej jednak, by taki pacjent trafił szybko do szpitala, w którym są specjaliści chirurgii szczękowej. Wtedy będzie leczony zarówno internistycznie, jak i stomatologicznie. Planowe zabiegi, np. uzupełnienia, należy przesunąć na inny termin, bo w ten sposób unikniemy powikłań.

Do gabinetów stomatologicznych zgłaszają się też pacjenci leczeni przeciwkrzepliwie i przeciwplatekowo. Jak należy z nimi postępować?

Leki przeciwplatekowe pojedynczo stosowane, np. kwas acetylosalicylowy czy kłpidogrel, raczej nie powodują dużego krwawienia. Podwójne leczenie przeciwplatekowe, czyli stosowanie dwu leków przeciwplatekowych (kwas acetylosalicylowy, kłpidogrel lub tikagrelor), które ma miejsce od 3 do 12 miesięcy po angioplastykach, może czasami powodować przedłużone krwawienie. Częściej jest to jednak krwawienie z przewodu pokarmowego niż okołozabiegowe, zwłaszcza przy drobnych zabiegach. Większość lekarzy internistów oraz chirurgów traktuje czynności stomatologiczne jak drobne zabiegi, związane z małym ryzykiem krwawienia. Utrata krwi, nawet je-

żeli trwa nieco dłużej, jest minimalna. Niedokrwistość może wystąpić, gdy małe krwawienie trwa dni lub tygodnie, a nie minuty czy nawet godziny.

Oczywiście, przyjmowanie przez pacjenta dwóch leków takich jak kwas acetylosalicylowy i kłopidogrel może dla lekarza dentystry stanowić problem. Przy zabiegu ekstrakcji powinien zwrócić większą uwagę na zachowanie hemostazy, czasami założyć spongostan lub szwy, dodatkowy ucisk, dłużej przytrzymać pacjenta w gabinecie.

Dlatego zaraz po zebraniu wywiadu dotyczącego nadciśnienia tętniczego trzeba zadać pacjentowi drugie pytanie: czy nie przyjmuje leków przeciwplatek, czy nie miał w ostatnim czasie zabiegu na tętnicach wieńcowych. Jeżeli odpowie twierdząco, należy odpowiednio się przygotować i poświęcić mu więcej czasu niż innym.

A jak postępować z pacjentami zażywającymi leki przeciwkrzepliwe?

Leki przeciwkrzepliwe (antykoagulanty), takie jak antagoniści witaminy K (np. acenokumarol, warfaryna) czy bezpośrednie inhibitory trombiny lub czynnika X, obniżają stężenie i aktywność czynników krzepnięcia, są stosowane w leczeniu choroby żyłno-zatorowej, w migotaniu przedsionków i u pacjentów ze sztucznymi zastawkami. Takim pacjentom nie można na dłużej odstawiać leków, najwyżej zmniejszyć dawkę albo jedną pominąć. Zaleca się wykonywanie drobnych zabiegów w tzw. dołku działania leków. Nie po ich przyjęciu, tylko tuż przed podaniem następnej dawki, kiedy stężenie leku jest najmniejsze.

Część pacjentów przyjmuje acenokumarol i warfarynę, które blokują produkcję czynników krzepnięcia, a ich działanie ujawnia się po kilku dniach. W tych przypadkach trzeba oznaczać wskaźnik INR i wykonywać zabiegi, gdy wynosi on pomiędzy 1,8 a 2. Na pewno nie należy przeprowadzać zabiegów, gdy osiąga wartość powyżej 2,5–3,0, bo może dojść do przedłużonego krwawienia. Zdarza się, że zabieg z różnych powodów trzeba przeprowadzić natychmiast, więc chirurdzy muszą operować również pacjentów z wysokim INR. Wtedy konieczne jest podjęcie dodatkowych czynności, np. podanie czynników krzepnięcia. Ale to przypadki sporadyczne, bardzo rzadko zdarzające się w stomatologii ambulatoryjnej.

Pacjenci leczeni przeciwkrzepliwie czasem także przyjmują dodatkowo niesterydowe leki przeciwzapalne i przeciwbólowe: ibuprofen, ketonal. Przyjmowane przewlekłe lub w dużej dawce, z powodu bólu, zwiększają ryzyko krwawienia z przewodu pokarmowego, ale też z jamy ustnej.

Specjalnej uwagi wymagają zapewne także pacjenci z cukrzycą.

Wszelkie rany u diabetyków goją się gorzej, częściej dochodzi u nich do przedłużonej infekcji. Czasami cierpią też na neuropatię, czyli zaburzenia czucia. Mogą nie zauważyć, że w jamie ustnej powstaje ropień. Nie gorączkują. Wymagają rozszerzonej diagnostyki, sprawdzenia, czy znaczna bolesność lub obrzęk nie jest efektem duże-

go ropnia. Dotyczy to zresztą nie tylko jamy ustnej, ale także innych części ciała.

Zwiększone ryzyko występuje zwłaszcza, gdy poziom cukru przekracza stężenie 200 mg/dl. Jeżeli pacjent ma glikemię powyżej 200 mg/dl, należy go traktować jak osobę ze zmniejszoną odpornością i zwiększonym ryzykiem infekcji. Z drugiej strony u pacjentów mających infekcję lub próchnicę zębów trudniej uzyskać kontrolę glikemii. Kardiolog, podobnie jak diabetolog, coraz częściej zwraca na to uwagę i zalecają pacjentom sanację zębów czy inne leczenie stomatologiczne, ponieważ dzięki temu zmniejsza się zapotrzebowanie na leki przeciwcukrzycowe. Nie istnieją specjalne zalecenia w zakresie profilaktyki antybiotykowej u diabetyków.

Jeszcze jedna uwaga: u pacjentów z cukrzycą bardzo często współistnieją choroby układu sercowo-naczyniowego: miażdżyca tętnic, choroba wieńcowa lub nadciśnienie tętnicze.

Jak należy postępować z chorym na hemofilię? To rzadka choroba, ale jednak się zdarza.

Tacy pacjenci zwykle pozostają pod opieką Instytutu Hematologii i leczeni są w specjalistycznych ośrodkach. Jeśli jednak trafi do nas chory na hemofilię, zawsze musimy go poprosić o dostarczenie zaleceń od lekarza prowadzącego. Pacjenci nie mają trudności z otrzymaniem takich wskazówek.

Zabieg najlepiej planować w czasie krótko po podaniu czynnika krzepnięcia. Wtedy jest mniejsze ryzyko krwawienia. Trzeba też zwrócić uwagę, czy chory regularnie przyjmuje dawkę preparatu krwi. Nie znam przypadku komplikacji z powodu hemofilii.

Czy są jeszcze inne choroby mogące utrudnić zabieg stomatologiczny?

Myślę, że warto jeszcze wspomnieć o chorobach nerek, które zwykle nie boją, nasilają się z wiekiem, ale dotyczą osób z różnych grup wiekowych. Jeżeli pacjent ma nadciśnienie tętnicze, obrzęki, pojawia się niewytłumaczalne osłabienie, może cierpieć na chorobę nerek. Występuje u niego zwiększone ryzyko incydentów sercowo-naczyniowych: udaru, zawału, wzrostu ciśnienia. O tej chorobie się często zapomina, a konieczna jest szczególna uwaga w przypadku leczenia cierpiących na nią osób. Podanie leków przeciwzapalnych pogarsza funkcję nerek. Brak wiedzy na temat choroby nerek raczej nie spowoduje komplikacji w gabinecie stomatologicznym, bo rzadko podaje się kontrast lub leki wpływające na funkcję nerek, ale czujność lekarza dentystry może przyczynić się do wcześniejszego wykrycia tego schorzenia.

Podsumowując, jeżeli do stomatologa trafia pacjent w starszym wieku lub otyły, najpierw należy przeprowadzić wywiad, zapytać o przyjmowane leki. To nakierowuje naszą uwagę na ewentualne choroby. Dzięki temu zwiększamy bezpieczeństwo pacjenta i wykonywanej procedury.

(przedruk z „Pulsu” nr 10/17)

NOBEL ZA ZEGAR BIOLOGICZNY

Jaki był pierwszy zegar? Z pewnością związany z naturą – zegar słoneczny czy księżycowy (odmierzający ruch Słońca lub Księżyca) albo zegar wodny (przepływ wody). Dopiero później pojawiły się: klepsydra (zegar piaskowy), zegary ogniowe (na świece), a potem oliwne.

Zegar, a raczej wiele zegarów, ma również nasz organizm, ale to odkryto znacznie później, kiedy od dawna używano już wszelkiego rodzaju zegarów mechanicznych. Najpierw jednak w XVIII w. Karol Linneusz w Uppsali opracował zegar kwiatowy, odmierzający czas otwierania się i zamykania w określonym rytmie kwiatów i liści, np. mimozy. Taki zegar „chodził” z dokładnością do kilku minut!

Stworzenie zegara kwiatowego zapoczątkowało badania, które doprowadziły do odkrycia molekularnych mechanizmów zegarów biologicznych, za które w 2017 r. Komitet Noblowski przyznał Nagrodę Nobla w dziedzinie medycyny i fizjologii. Otrzymali ją trzej badacze amerykańscy: Jeffrey C. Hall, Michael Rosbash i Michael W. Young. Nobel za to odkrycie był oczekiwany od co najmniej 10 lat. Dotyczy ono niemal wszystkich organizmów, ale ściśle związane jest również z tym, czym się zajmują lekarze – z chorobami.

Liście mimozy rozwijają się za dnia, a zamykają o zmierzchu, są zatem dostosowane do rytmów natury. Przełomowe było odkrycie, że kwiat ten umieszczony w ciemnościach zachowuje się tak samo, w tym samym rytmie. A zatem zegar tego kwiatu musi mieć mechanizm wewnętrzny, który powstał w reakcji na cykliczne zjawiska przyrody nieożywionej. I może działać niezależnie od nich, przynajmniej przez pewien czas (zanim powstanie nowe przystosowanie ewolucyjne).

W latach 70. XX w. Seymour Benzer i jego student Ronald J. Konopka postanowili sprawdzić, czy wewnętrzny mechanizm zegara biologicznego nie jest sterowany przez geny, i to był strzał w dziesiątkę. Do eksperymentów wybrali muszkę owocową i znaleźli mutację genu, która zakłócała jej rytm dobowy. Gen otrzymał nazwę „period”.

Obaj badacze zostali pominięci przez Komitet Noblowski. Amerykanin Benzer zmarł w 2007 r., był postacią wyjątkową w nauce. Poza biologią molekularną interesował się fizyką, w latach 40. uczestniczył w badaniach nad radarem, w genetyce odkrył m.in. mutacje nonsensowne. Powstała o nim książka, wydana także w Polsce: „Czas, miłość, pamięć. Wielki biolog i jego poszukiwania genezy zachowań”.

Ronald J. Konopka, również Amerykanin, zmarł w 2015 r. To on odkrył gen „period” i chyba miał szansę na Nobla, chociaż Komitet Noblowski ma z przyznawaniem nagrody coraz większe problemy, bo jedno

odkrycie coraz częściej ma wielu autorów, często ściśle ze sobą współpracujących. Nic dziwnego, że co jakiś czas któryś z badaczy się obraża, że go nie wyróżniono, i salon „pominiętych noblistów” z roku na rok się powiększa.

Zasługi tegorocznych noblistów w dziedzinie medycyny i fizjologii są jednak niepodważalne. Jeffrey C. Hall i Michael Rosbash, ściśle współpracując ze sobą i z Michaeliem W. Youngiem, w latach 80. XX w. wyizolowali gen „period”, który koduje białko o nazwie PER.

Białko to gromadzi się w jądrze komórkowym w nocy, a rozkłada się w dzień. Mechanizm ów może jednak działać w rytmie dobowym niezależnie od pory. Kiedy w jądrze komórkowym jest za dużo białka PER, samo zaczyna hamować swą produkcję. Tę zależność wyjaśnił Young w latach 90. XX w. Opisał drugie białko zegara biologicznego, o nazwie TIM, dzięki któremu może ono przeniknąć do jądra komórkowego (po przyłączeniu się do niego). Uczony wyizolował jeszcze trzecie białko DBT (doubletime) opóźniające gromadzenie się PER.

Te trzy geny nie wyczerpują jeszcze całej chronobiologii, bo składa się na nią wiele innych substancji i hormonów, np. kortyzol i melatonina. Tworzą one orkiestrę symfoniczną różnych genów i białek występujących w komórkach, tkankach wielu narządów wewnętrznych, którymi steruje dyrygent, czyli naczelny zegar. Znajduje się on w mózgu – w jądrach nadskrzyżowaniowych.

Dla medycyny chronobiologia ma ogromne znaczenie, ponieważ geny zegara biologicznego w komórce mają wysoką rangę i regulują również aktywność innych genów. Wpływają m.in. na funkcjonowanie protoonkogenów sprzyjających transformacji nowotworowej. Wyjaśnia to, dlaczego zaburzenia zegara biologicznego sprzyjają wielu chorobom, choćby nowotworom.

Nasz organizm różnie funkcjonuje w ciągu doby, ma okresy większej aktywności oraz „rozleniwienia”. Do zawałów serca częściej dochodzi wcześniej rano. Nawet operacje lepiej się udają w określonych porach dnia.

Człowiek nie jest już tak podporządkowany rytmom dobowym jak dawniej. Może pracować w nocy, błyskawicznie zmieniać strefy czasowe. Ale nasz organizm wciąż jest dostosowany do dnia i nocy, do pewnych rytmów. Być może to się kiedyś zmieni, na skutek nowego przystosowania ewolucyjnego. Nadal jednak pozostaniemy niewolnikami rytmów biologicznych, obojętnie, gdzie będziemy żyć: na Ziemi, na Marsie czy gdziekolwiek indziej w kosmosie.

Zbigniew WOJTASIŃSKI

(przedruk z „Pulsu” nr 10/17)

CO NALEŻY WIEDZIEĆ O POŁĄCZENIACH TRAMADOLU Z LEKAMI Z I STOPNIA DRABINY ANALGETYCZNEJ – CZ. 1

TRAMADOL Z PARACETAMOLEM

Kojarzenie leków w farmakoterapii bólu pozwala na poszerzenie spektrum ich oddziaływania, uzupełnienie efektu farmakodynamicznego i ograniczenie ryzyka wystąpienia działań niepożądanych dzięki możliwości zmniejszenia dawki. W praktyce klinicznej kojarzymy NLPZ z metamizolem i paracetamolem oraz analgetyki opioidowe z lekami z I stopnia drabiny analgetycznej (NLPZ, paracetamolem, metamizolem) oraz koanalgetykami. Można również (w wybranych przypadkach klinicznych) kojarzyć ze sobą silne opioidy, aby uzyskać synergizm działania (z wyjątkiem nalbufiny, która jest agonistą receptora kappa, ale antagonistą receptora mi). Nie uzyskamy natomiast synergizmu działania analgetycznego, łącząc dwa NLPZ oraz słaby opioid z opioidem silnym.

Na polskim rynku są dwa leki stanowiące połączenie (w jednej tabletkie) tramadolu z lekami z I stopnia drabiny analgetycznej, które wykazują synergizm superaddycyjny. Pierwszy to połączenie tramadolu z deksketoprofenem, drugi – tramadolu z paracetamolem.

Paracetamol z tramadolem

Podczas stosowania połączenia paracetamolu z tramadolem mamy do czynienia z bardzo korzystnym zjawiskiem, tzw. synergizmem superaddycyjnym. Doustnie podany lek szybko zaczyna działać dzięki temu, że wchłanianie paracetamolu jest szybkie (jego C_{max} wynosi około 30 minut). Efekt przeciwbólowy wzmacniany jest następnie przez tramadol. Tramadol początkowo aktywuje zstępujące szlaki kontroli bólu (serotoninergericzny i noradrenergiczny – działanie formy pierwotnej leku), a następnie w metabolizmie wątrobowym, w którym przy udziale CYP2D6 powstaje aktywny metabolit O-dezmetylotramadol (wielokrotnie wyższe powinowactwo z receptorem opioidowym niż formy pierwotnej), aktywuje się jego mechanizm opioidowy ośrodkowy. Tramadol gwarantuje w tym połączeniu długi czas działania preparatu (6 godzin). Łączne zastosowanie obu leków zapewnia silniejszy efekt przeciwbólowy niż daje każdy z nich osobno, redukcję dawek i działań niepożądanych.

Paracetamol jest lekiem przeciwgorączkowym i przeciwbólowym (terapia bólu ostrego i przewlekłego do poziomu 5 w skali NRS). W Polsce jest stosowany od wczesnych lat 60. i należy do najczęściej sprzedawanych bez recepty leków przeciwbólowych (dobowa dawka maksy-

malna dla pacjenta dorosłego wynosi 4g). Mechanizm jego działania nie jest do końca poznany, chociaż istnieją dość przekonujące dowody silnego działania ośrodkowego. Paracetamol prawdopodobnie jest inhibitorem części oksygenazowej cyklooksygenazy, co powoduje zahamowanie ośrodkowej produkcji prostaglandyn. Ośrodkowe działanie paracetamolu wynika także z działania leku na zstępujący serotoninergericzny mechanizm kontroli bólu (wzrost stężenia serotoniny w strukturach OUN przez zwiększenie uwalniania, a nie w następstwie hamowania jej wychwytu zwrotnego). Paracetamol hamuje również hyperalgezę wywołaną przez pronocyceptywne neuroprzekaźniki, takie jak substancja P i glutaminiany, oraz prawdopodobnie jest inhibitorem neuronalnej izoformy syntazy tlenu azotu. Działa również przez układ receptorów kanabinoidowych CB1.

Dobrze wchłania się z przewodu pokarmowego w jelicie cienkim. Prawie całkowicie metabolizowany jest w wątrobie. Słabo wiąże się z albuminami osocza. Nie drażni śluzówki przewodu pokarmowego, nie powoduje ryzyka uszkodzenia nerek. Nie jest zalecany chorzy z niewydolnością wątroby, nadużywającym alkoholu, stosującym karbamazepinę (ze względu na wzrost ryzyka uszkodzenia wątroby). Nie należy równocześnie stosować paracetamolu i warfaryny (wzrost ryzyka krwawienia – wzrost INR), paracetamolu i środków antykoncepcyjnych (środki antykoncepcyjne skracają okres półtrwania paracetamolu) oraz paracetamolu i flupirtyny/katadolonu (wzrost ryzyka uszkodzenia wątroby). Paracetamol nie jest skuteczny w zwalczaniu bólu trzewnego, neuropatycznego i zapalnego, sprawdza się natomiast w leczeniu bólu ostrego pooperacyjnego i pourazowego, bólu towarzyszącego chorobie nowotworowej oraz bólu somatycznego w narządzie ruchu o podłożu mechanicznym.

Tramadol jest racemiczną mieszaniną dwóch enancjomerów. Enancjomery (-) oraz (+) wykazują działanie w obrębie układu monoamin, natomiast działanie na receptory opioidowe wykazuje jedynie enancjomer (+), O-dezmetylotramadol. Tym samym relatywne działanie przeciwbólowe tramadolu może się zmieniać w czasie. Częsteczka macierzysta może się zmniejszać, a mechanizm opioidowy – nasilać się. Po podaniu doustnym lek wchłania się w >90%, średnia biodostępność wynosi 70% i jest niezależna od posiłku. Lek wiąże się z białka-

mi krwi w 20%. Okres półtrwania wynosi około 6 godzin, niezależnie od drogi podania. Krzywa zależności dawka/efekt w przedziale dawek terapeutycznych ma przebieg liniowy.

Okolo 85% wchłoniętego leku jest metabolizowane w wątrobie. Tramadol metabolizowany jest w procesie N- i O-demetylacji oraz sprzęgania produktów O-demetylacji z kwasem glukuronowym. Wydalą się go z moczem (90%) i kałem (10%). U pacjentów z niewydolnością nerek i wątroby okres półtrwania tramadolu może nieco się wydłużyć.

Tramadol stosuje się w bólu ostrym i przewlekłym o natężeniu od umiarkowanego do silnego (ze względu na mechanizm działania również w bólu neuropatycznym). Dawkowanie leku powinno być dostosowane do nasilenia dolegliwości bólowych pacjenta i do jego osobniczej wrażliwości. Preparaty krótko działające (kapsułki, krople) stosuje się doustnie w dawce 50–100 mg, co 6 godzin, natomiast preparaty o kontrolowanym uwalnianiu w dawce 50–200 mg, co 12 godzin. Całkowita dobową dawkę nie powinna przekraczać 400 mg, w wyjątkowych sytuacjach – 600 mg.

Lek może być podawany również drogą dożylną, domięśniową i podskórną w bólu ostrym pooperacyjnym, pourazowym (dawka tramadolu powinna być dostosowana do natężenia bólu i stopnia wydolności wątroby oraz nerek pacjenta). Objawy niepożądane mogą występować u około 10% chorych. Są to: nudności i wymioty, zawroty i bóle głowy, senność, suchość w jamie ustnej, nadmierna potliwość i zaparcia. Częstość występowania zapać po tramadolu jest jednak znacznie niższa niż w przypadku innych opioidowych leków przeciwbólowych stosowanych w dawkach ekwianalgetycznych. Ostrożność należy zachować przy stosowaniu tramadolu u chorych uzależnionych od opioidów, po urazie głowy i we wstrząsie, w zaburzeniach świadomości nieznanego pochodzenia, zaburzeniach oddechowych i w przypadku podwyższonego ciśnienia wewnątrzczaszkowego. Lek może obniżać próg drgawkowy.

Tramadol cechuje bardzo niski potencjał wywoływania lekozależności i rozwoju tolerancji, natomiast u chorych z grupy ryzyka powinien być podawany krótkotrwale i pod ścisłym nadzorem lekarza. W badaniach na zwierzętach nie obserwowano wpływu teratogennego. Lek przechodzi przez łożysko, nie badano jego wpływu u kobiet ciężarnych, zatem nie zaleca się przyjmowania go w czasie ciąży. Tramadol przenika do mleka, dlatego nie powinien być stosowany także w okresie karmienia. Jednorazowe podanie kobiecie karmiącej jest bez znaczenia klinicznego. Ze względu na ryzyko wystąpienia zespołu serotoninowego nie zaleca się łączenia tramadolu z lekami działającymi w mechanizmie serotoninowym i z inhibitorami MAO. Ostrożność należy zachować w przypadku równoczesnego podawania z pochodnymi kumaryny, ze względu na ryzyko nie-

kontrolowanego wzrostu INR oraz wystąpienia wybroczyn i krwawień.

Na rynku polskim są różne preparaty będące połączeniem tramadolu i paracetamolu w dawkach 37,5 mg/325 mg oraz 75 mg/650 mg (również w postaci rozpuszczalnej). Jedna tabletkę zawiera 37,5 mg lub 75 mg chlorowodoru tramadolu i 325 mg lub 650 mg paracetamolu. Dawkę preparatu należy ustalać indywidualnie dla każdego pacjenta. Trzeba stosować minimalną skuteczną dawkę zapewniającą efekt przeciwbólowy. Odstępy między dawkami powinny wynosić 6 godzin (4x37,5/324 mg do 4x75/650 mg).

Bardzo ciekawym i obiecującym lekiem jest nowy preparat łączący tramadol z paracetamolem, o przedłużonym uwalnianiu. Tabletki o przedłużonym uwalnianiu zapewniają szybki początek działania leku i jednocześnie długi, 12-godzinny, czas działania. To możliwe dzięki opracowaniu tabletki dwuwarstwowej, w której jedna warstwa, o natychmiastowym uwalnianiu, zawiera paracetamol (szybki początek działania), natomiast druga, o przedłużonym uwalnianiu, zawiera zarówno paracetamol, jak i tramadol (długi czas działania i powolne uwalnianie).

W przypadku preparatu o powolnym uwalnianiu mamy do czynienia z niewielką fluktuacją stężenia leku w surowicy krwi (małe wahania), w wyniku czego osiągnąć jest optymalny i bardziej stabilny efekt przeciwbólowy. Równocześnie podczas stosowania formy o przedłużonym uwalnianiu istnieje mniejsze ryzyko działań niepożądanych indukowanych przez farmakodynamiczną charakterystykę leku. W badaniach wykazano, że w przypadku formy SR rzadziej pojawiają się nudności i wymioty oraz mniejsze jest prawdopodobieństwo wystąpienia bólu między kolejnymi dawkami (mniejsze ryzyko pojawienia się bólów przebijających). Lek o powolnym uwalnianiu stosuje się 2 razy na dobę, natomiast połączenia konwencjonalne należy stosować 4 razy na dobę. Dawkowanie 2 razy na dobę zapewnia choremu większą wygodę, lepszą kontrolę bólu i lepszą jakość snu. Do leczenia przewlekłego przeznaczona jest szczególnie postać leku o kontrolowanym uwalnianiu, natomiast do leczenia zaostrzeń – formy działające szybko.

Małgorzata MALEC-MILEWSKA
Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii
CMKP, Warszawa

Autorka nie zgłasza konfliktu interesów związanego z prezentowanymi w artykule zagadnieniami. Piśmiennictwo u autorki.

(przedruk z „Pulsu” nr 10/17)

KLAUZULA SUMIENIA – CZY TO TYLKO „WIDZIMISIEŃ” POLSKIEGO LEKARZA?

Zagadnieniem, które ostatnimi czasy wzbudza żywe zainteresowanie nie tylko środowiska lekarskiego, ale również pozostałej części społeczeństwa, jest problematyka związana z klauzulą sumienia. Z jednej strony lekarze stają przed istotnym dylematem moralnym i prawnym – czy mogą odmówić określonego świadczenia, jeżeli pozostaje ono w sprzeczności z moim światopoglądem i wyznawanymi wartościami? Czy nie narażę się tym samym na odpowiedzialność nie tylko prawną, ale również moralną i zawodową? Z drugiej strony znajdują się pacjenci, którzy obawiają się, iż będą mieć utrudniony dostęp do pewnej grupy świadczeń. Należy się jednak zastanowić, czy rzeczywiście jest się czego bać i czy klauzula sumienia musi stanowić kolejny przedmiot społecznej dyskusji, w której urasta ona do gigantycznych rozmiarów problemu? Z pewnością nie! Aby jednak dojść do takiego przekonania, konieczne wydaje się zrozumienie, czym w istocie jest klauzula sumienia, gdyż u jej fundamentów nie leży wyłącznie prawo lekarza do odmowy udzielania pewnych świadczeń. Jej sens jest znacznie głębszy.

Klauzula sumienia a postrzeganie medycyny

Postrzeganie i rozumienie klauzuli sumienia w znacznej mierze wyznaczone jest przez indywidualne rozumienie medycyny i jej roli w społeczeństwie. To z kolei definiuje specyfikę kontaktu na linii lekarz-pacjent, a od tego już tylko krok w kierunku klauzuli sumienia. Z punktu widzenia przedstawicieli zawodów medycznych, wolność sumienia w najwyższym stopniu jest zapewniona na gruncie medycyny hipokratejskiej. Ujęcie to prowadzi bowiem do konieczności zapewnienia dóbr każdego pacjenta, które w tym wypadku będzie mieć wymiar dobra medycznego (zdrowie lub opieka od chwili narodzin do chwili śmierci), dobra osobistego, ujawnionego w zaufaniu, które powinno cechować relację lekarz-pacjent, a także dobra samej osoby chorego, w tym dobro duchowe i religijne [1]. Takie podejście prowadzi do konieczności uznania i poszanowania określonych norm moralnych zarówno przez lekarza jak i przez pacjenta, co stanowi już wystarczającą przesłankę do funkcjonowania klauzuli sumienia.

Na przeciwnym biegunie znajduje się kontraktalistyczny model medycyny. W najprostszym ujęciu polega na sprowadzeniu medycyny do roli swoistego towaru, który podobnie jak inne dobra może być przedmiotem handlu na wolnym rynku. Tym samym to pacjent, występujący poniekąd w roli klienta, przedstawia lekarzowi (sprzedawcy) swoje oczekiwania, które ten winien speł-

nić. Etyczne poglądy lekarza i jego sprzeciw sumienia nie mają tutaj żadnego znaczenia. Celem tak postrzeganej medycyny nie jest dobro pacjenta, a osiągnięcie określonych korzyści ekonomicznych [1].

Kontraktalistyczny model medycyny może pójść jeszcze krok dalej i przybrać wyraz legalistyczny. Wówczas oczekiwania danych grup społecznych znajdują swój wyraz w obowiązujących przepisach prawa, które ustawodawca wprowadza w życie, chcąc zaspokoić ich wolę i potrzeby i budując tym samym własny kapitał polityczny. W takiej sytuacji pacjent zgłasza się do lekarza wyposażony w odpowiednie instrumenty prawne, które de facto nie dają podstawy do odmowy udzielania żądane- go świadczenia [2]. Nie ma tutaj miejsca na sprzeciw sumienia zastąpiony w pewnym sensie wolą i dobrem ogółu, które przybrały postać regulacji prawnych.

Klauzula sumienia – podstawy prawne

Klauzula sumienia nie jest z punktu widzenia prawa niczym nowym. Podstawową kwestią, która w tym względzie podlega regulacji, jest wolność sumienia. Na gruncie krajowego ustawodawstwa została uregulowana w art. 39 ustawy o zawodach lekarza i lekarza denty- sty [3], zgodnie z którym „lekarz może powstrzymać się od wykonania świadczeń zdrowotnych niezgodnych z jego sumieniem, z zastrzeżeniem art. 30, z tym że ma obowiązek wskazać realne możliwości uzyskania tego świadczenia u innego lekarza lub w podmiocie leczniczym oraz uzasadnić i odnotować ten fakt w dokumentacji medycznej”. Przytoczona regulacja zawiera przepis odsyłający do art. 30 tejże ustawy, który traktuje o obowiązku udzielenia pomocy lekarskiej w każdym przypadku, gdy zwłoka mogłaby skutkować niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała bądź ciężkiego rozstroju zdrowia, jak również w innych przypadkach niecierpiących zwłoki.

Klauzula sumienia w kształcie przyjętym przez polskiego ustawodawcę nie oznacza możliwości dokonania przez lekarza odmowy wykonania świadczenia w sposób bezwzględny i bezwarunkowy. Można mówić tutaj o swoistym ograniczonym prawie odmowy udzielenia świadczeń medycznych, dla których podstawę stanowi wewnętrzny sprzeciw sumienia. Ustawodawca nie wskazał przy tym na żaden katalog świadczeń, który miałby chociażby charakter przykładowy. Dlatego należy stwierdzić, że na tej podstawie lekarz ma prawo odmówić przeprowadzenia wszelkich świadczeń zdrowotnych, pod warunkiem że wywołują u niego sprzeciw sumienia. Jest

to zatem kwestia mająca charakter silnie indywidualny, niedająca się wpisać w żadne konkretne ramy, a tym samym niezwykle trudna do oceny.

Klauzula sumienia bywa często rozumiana jako swoisty przywilej lekarza, który daje mu komfort wykonywania zawodu bez konieczności podejmowania działań sprzecznych z własnym sumieniem. Takie ujęcie wydaje się znacznym uproszczeniem, które prowadzi do błędnego wniosku i może wiązać się z niezrozumieniem istoty klauzuli sumienia. Trzeba bowiem podkreślić, że opiera się ona na wolności sumienia, która jest w bezpośredni sposób związana z istotą człowieczeństwa. Wolność sumienia stanowi zatem kategorię pierwotną i niezbywalną, posiadającą odpowiednie gwarancje prawne, zarówno na gruncie konstytucyjnym, jak i regulacji międzynarodowych [4].

Warto także wskazać, że klauzula sumienia w praktyce często nie sprowadza wyłącznie się do swobodnej decyzji lekarza o pozostawaniu w zgodzie z własnym sumieniem. Specyfika jego pracy wiąże się w bezpośredni sposób z presją zarówno ze strony pacjentów, jak i opinii społecznej, a niekiedy również wyznających inne wartości etyczne kolegów i koleżanek po fachu. Dlatego bardzo ważne, aby każdy lekarz, w ramach prawem przewidzianych, autonomicznie decydował, czy dane świadczenie nie stoi w opozycji do jego sumienia. Jeżeli uzna, że tak właśnie jest, wówczas bezwzględnie konieczne jest uszanowanie tej woli przez drugą stronę. Ponadto ograniczeniem autonomii decyzyjnej lekarza w zakresie możliwości skorzystania z klauzuli sumienia są sytuacje nagłe, które mogą prowadzić do niebezpieczeństwa utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała, ciężkiego rozstroju zdrowia oraz pozostałe przypadki określane zbiorczo jako „*niecierpiące zwłoki*”. Wówczas sprzeciw sumienia lekarza nie ma znaczenia i jest on zobowiązany do przeprowadzenia koniecznych świadczeń zdrowotnych. W tym wypadku bowiem prymat bierze sama istota zawodu lekarza, która w znacznym uproszczeniu sprowadza się do ratowania ludzkiego zdrowia i życia.

Należy podkreślić, że klauzula sumienia to nie tylko możliwość lekarza do postępowania w zgodzie z własnym sumieniem, ale również obowiązek polegający na konieczności wskazania realnej możliwości uzyskania danego świadczenia u innego lekarza lub w innym podmiocie leczniczym. Ponadto powinien odnotować również zaistniały fakt w dokumentacji medycznej i go uzasadnić. Powinność ta wynika w bezpośredni sposób stąd, że pacjent uprawniony do określonego świadczenia nie może zostać pozbawiony tego prawa za względu na sprzeciw sumienia lekarza. Ponadto należy również pamiętać, że lekarz może powoływać się jedynie na własne sumienie i na tej podstawie nie może odmawiać świadczenia w ogóle. Odmowa ta odnosi się tylko do niego samego i jednocześnie wiąże z koniecznością wskazania, gdzie realnie dane świadczenie można przeprowadzić. Przy-

jęcie innego punktu widzenia prowadziłyby do konieczności akceptacji sytuacji, w której istnieje swego rodzaju jednakowo wrażliwe zbiorowe sumienie całej ochrony zdrowia, co jest podstawą do niewykonywania pewnego rodzaju świadczeń zdrowotnych, jako sprzecznych z etyką lekarską [5]. Pogląd ten nie jest możliwy do zaakceptowania i racjonalnego urzeczywistnienia. Sumienie to bowiem wartość, którą odnosi się do konkretnej jednostki, a nie zbiorowości, i powoływanie się na nie w żadnym wypadku nie może prowadzić do całkowitego pozbawienia pacjenta możliwości otrzymania prawem dozwolonego świadczenia zdrowotnego.

W praktyce klauzula sumienia może budzić pewne wątpliwości co do zakresu stosowania. Ustawodawca ogólnie określił, że chodzi o wszystkie świadczenia zdrowotne sprzeczne z sumieniem lekarza. Warto w tym względzie podkreślić, że jeszcze przed wejściem w życie przepisów regulujących klauzulę sumienia, Trybunał Konstytucyjny [6] określił konstrukcję klauzuli sumienia w stosunku do lekarzy, którzy są zobowiązani do wydania orzeczenia w przedmiocie dopuszczalności przerywania ciąży, a także wykonania zabiegu przerywania ciąży [4]. Obecnie należy jednak przyjąć, że zakres stosowania klauzuli sumienia jest znacznie szerszy. Wiąże się to przede wszystkim z rozwojem medycyny, która pozwala na coraz większą ingerencję w ludzki organizm. Nie bez znaczenia zdaje się być również znacznie szerszy dostęp społeczeństwa do świadczeń zdrowotnych oraz rosnąca świadomość w tym zakresie. Dlatego w praktyce mogą się pojawić wątpliwości, czy rzeczywiście powołanie się w konkretnym przypadku na klauzulę sumienia nie będzie stanowić naruszenia przepisów prawnych, związanych nie tylko z klauzulą sumienia, ale również dostępem pacjenta do świadczeń zdrowotnych. Można jednak wskazać na pewien zakres świadczeń, które ze względu na swoją specyfikę i etyczne wątpliwości, będą stanowić otwarty katalog działań uzasadniających powołanie się na klauzulę sumienia (tabela).

Sytuacje mogące stanowić podstawę powołania się lekarza na klauzulę sumienia [opracowanie własne na podstawie [7]

- przepisanie lub zastosowanie hormonalnych środków antykoncepcyjnych
- przepisanie lub zastosowanie tzw. pigułek „dzień po” (morning after pill), które mnogą działać w mechanizmie antyimplantacyjnym
- wykonanie zabiegu sterylizacji, dokonanie eutanazji i samobójstwa wspomaganego
- przepisanie lub zastosowanie środków dopingujących i odurzających
- wykonanie zabiegów w zakresie sztucznej prokreacji
- wykonanie zabiegu przerwania ciąży
- przeprowadzanie eksperymentów w dziedzinie inżynierii genetycznej
- wydawanie zaświadczeń uprawniających do przerwania ciąży
- wykonanie badań prenatalnych

Klauzula sumienia odnosi się w bezpośredni sposób do odmowy wykonania określonego świadczenia medycznego, jeżeli stoi ono w opozycji do sumienia lekarza. Można się jednak zastanawiać, czy tożsama sytuacja będzie mieć miejsce wówczas, gdy lekarz ma jedynie asystować czy też pomagać przy danym działaniu. Wówczas powstaje pytanie o możliwość powołania się na klauzulę sumienia w przypadku pośredniego uczestnictwa przy wykonywaniu świadczenia medycznego. Wydaje się, że w tym wypadku należy przychylić się do możliwości zastosowania analizowanej instytucji prawnej [8]. Sam fakt określonego działania będzie bowiem pozostawać w sprzeczności z sumieniem danego lekarza, a tym samym nie można wymagać od niego jakiegokolwiek uczestnictwa w takim świadczeniu medycznym.

Jak to jest w innych państwach?

Klauzula sumienia znana jest większości krajowych systemów prawnych [9]. Zakres jej regulacji może się jednak różnić w pewnym zakresie, dlatego warto wskazać na najważniejsze regulacje określające funkcjonowanie klauzuli sumienia w innych państwach. Pozwoli to nie tylko na szersze spojrzenie na analizowaną problematykę, ale może być również możliwością wykorzystania w Polsce ciekawych rozwiązań sprawdzonych w innych ustawodawstwach.

Francja

W ustawodawstwie francuskim zagadnienia związane z klauzulą sumienia zawarto w Kodeksie zdrowia publicznego. Przewidziano w nim możliwość powoływania się lekarza na klauzulę sumienia, jednak możliwość ta została ograniczona jedynie do czterech kategorii świadczeń medycznych: przerwania ciąży, przerwania ciąży ze względów medycznych, sterylizacji w celach antykoncepcyjnych oraz badania na zarodkach i zarodkowych komórkach macierzystych. Należy jednak wskazać, że francuski Kodeks etyki lekarskiej odnosi się do tego zagadnienia znacznie szerzej. Na jego podstawie każdy lekarz ma prawo odmówić wykonania świadczenia medycznego z powodów osobistych lub zawodowych przy jednoczesnym obowiązku wskazania pacjentowi innej możliwości pozwalającej na uzyskanie pomocy. Oczywiście wyjątkiem w tym zakresie są tzw. nagłe przypadki, które wymagają natychmiastowej ingerencji lekarza. Wówczas klauzula sumienia nie może stanowić podstawy odmowy przeprowadzania świadczenia medycznego.

Niemcy

Ustawodawca niemiecki przewidział możliwość zastosowania przez lekarza klauzuli sumienia jedynie w przypadku zabiegu przerwania ciąży. Możliwość taka przysługuje nie tylko lekarzom, ale również wszelkim osobom, które bezpośrednio lub pośrednio są lub mogą być zaangażowane w zabieg aborcji. Ponadto w przepisach prawa niemieckiego daje się możliwość odmowy uczestnictwa w zabiegach, które są przeprowadzane na embrionach, co w bezpośredni sposób stanowi pokłosie ogólnych re-

gulacji kształtujących status ludzkiego embrionu w ustawodawstwie niemieckim.

Włochy

Interesujące rozwiązania obowiązują we Włoszech, gdzie klauzula sumienia jest wywodzona nie tylko z wolności sumienia, ale również z wolności wyznania. Odnosnie do lekarzy, klauzula sumienia została wprost wskazana w dwóch ustawach: ustawie z 22 maja 1978 r. nr 194 dotyczącej standardów ochrony macierzyństwa i dokonywania zabiegu przerywania ciąży i ustawie z 19 lutego 2004 r. nr 40 dotyczącej stosowania technik medycznie wspomaganej prokreacji. Na ich podstawie lekarz ma prawo odmówić zarówno wykonania jak również udziału w zabiegu prowadzącym do przerywania ciąży. Ponadto odpowiednie regulacje znajdują się w Kodeksie Deontologii Medycznej, który daje możliwość powołania się na klauzulę sumienia w przypadku świadczeń medycznych pozostających w opozycji do jego sumienia, o ile nie wpłynie to negatywnie na stan zdrowia pacjenta. Jednocześnie winien on udzielić wszystkich koniecznych informacji i wyjaśnień związanych ze stanem zdrowia i zabiegiem. Warto także wskazać na stanowisko włoskiego Narodowego Komitetu Bioetyki który wskazuje, że lekarz ma prawo powołać się na klauzulę sumienia przy odmowie przepisania środków postkoitalnych.

Stany Zjednoczone

Odpowiednie regulacje znajdują się również w ustawodawstwie Stanów Zjednoczonych. Należy jednak zaznaczyć, że amerykański system prawny opiera się w przeważającej części na tzw. precedensach, czyli orzeczeniach wydawanych przez sądy. Podobnie rzecz się miała w przypadku klauzuli sumienia, dla której kluczowe znaczenie miały orzeczenia Sądu Najwyższego z 1973 r. sprawach Roe vs. Wade i Doe vs. Bolton. W ich następstwie na terytorium całych Stanów Zjednoczonych zalegalizowana została aborcja. W odpowiedzi na ten fakt władze zarówno na poziomie stanowym, jak i federalnym uchwaliły przepisy pozwalające pracownikom oraz instytucjom służby zdrowia na odmowę przeprowadzania usług medycznych związanych ze zdrowiem reprodukcyjnym, bez konsekwencji prawnych, finansowych i co równie ważne – zawodowych.

Od czasu wydania wskazanych orzeczeń Sądu Najwyższego regulacje związane ze zdrowiem reprodukcyjnym ulegały zmianom. W dużej mierze sprowadzały się one do gwarancji braku dyskryminacji lekarza, który odmawia udzielenia sprzecznych z jego sumieniem świadczeń medycznych. Dopiero za prezydentury Baracka Obamy przedmiotowe regulacje uległy znaczącemu ograniczeniu. Mianowicie w 2011 r. ministerstwo zdrowia wydało dokument, w którym wskazano, iż świadczeniodawcy usług opieki zdrowotnej nie mogą odmówić leczenia pacjentów ze względu na to, że ich styl życia, orientacja seksualna lub inne elementy pozostają w sprzeczności z ich sumieniem. Jednocześnie antykoncepcja przesta-

► ła być postrzegana jako jedna z metod aborcji, skutkiem czego kwestie związane z nią zostały wyłączone spod zakresu klauzuli sumienia. Nadal lekarz może odmówić zabiegu aborcji i sterylizacji, jeżeli będzie to pozostawać w sprzeczności z jego sumieniem i nie może z tego powodu być w żaden sposób dyskryminowany. Należy również podkreślić, że ze względu na różność regulacji stanowych, zakres i możliwość stosowania klauzuli sumienia może być różna w poszczególnych stanach.

Aleksandra WĘGRZYŃSKA,
Bartosz WĘGRZYŃSKI

Aleksandra WĘGRZYŃSKA – absolwenta Kierunku Lekarskiego na Gdańskim Uniwersytecie Medycznym, lekarz rezydent w Szpitalu Dziecięcym Polanki im. Macieja Płazińskiego

Bartosz WĘGRZYŃSKI – prawnik, autor publikacji z zakresu prawa zdrowia i bioetyki, doktorat Uniwersytetu Humanistyczno-społecznego SWPS w Warszawie

PIŚMIENNICTWO:

- [1] Biesaga T., *Klauzula sumienia w etyce medycznej*. „Medycyna praktyczna” 2008; 12.
- [2] Biesaga T., *Autonomia lekarza i pacjenta a cel medycyny*. „Medycyna praktyczna” 2005; 6;
- [3] Dz. U. z 1997 r., nr 28, poz. 152.
- [4] Sobczak J. *Klauzula sumienia*, w: Gardocka T., Jagiełło D. (red.). *Medyczne prawo karne*. C. H. Beck, Warszawa 2016.
- [5] Szewczyk K. Bioetyka. *Medycyna na granicach życia*, tom 1, PWN, Warszawa 2009: 219-220.
- [6] Orzeczenie Trybunału Konstytucyjnego z dnia z 15 stycznia 1991 r., U 8/90, OTK 1991, nr 1, poz. 8.
- [7] Wróbel A., Jacek A., Gajdek M. *Stosowanie klauzuli sumienia w zawodach lekarza, pielęgniarki i położnej w świetle obowiązujących przepisów prawa*. „Pielęgniarstwo XXI w.” 2014; 1: 20.
- [8] Pawlikowski J., *Prawo do wyrażania sprzeciwu przez personel medyczny – problemy etyczno-prawne*. „Prawo i Medycyna” 2009; 3.
- [9] <http://www.bas.sejm.gov.pl/>; <http://www.deon.pl>.

(przedruk z „Pomorskiego Magazynu Lekarskiego” nr 10/17)

OGŁOSZENIA

70 lat Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach

JM Rektor Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach i Stowarzyszenie Absolwentów serdecznie zapraszają pracowników, absolwentów i studentów Uniwersytetu na jubileuszowy piknik z okazji 70-lecia Uczelni, który odbędzie się 25 maja 2018 r. w godz. 10.00-22.00 w kampusie Śląskiego Uniwersytetu Medycznego przy ul Jordana 19 w Zabrzu-Rokitnicy.

* * *

Centrum Ginekologii, Położnictwa i Neonatologii w Opolu, ul. Reymonta 8 zatrudni z dniem 01.01.2018 r. lekarza specjalistę w zakresie pediatrii do Poradni Neonatologicznej oraz lekarza specjalistę w zakresie rehabilitacji leczniczej, na udzielanie świadczeń zdrowotnych w Ośrodku Diennej Rehabilitacji Wieków Rozwojowego z zakresu Dziecięcej Opieki Koordynowanej. E-mail: jcisek@ginekologia.opole.pl. Tel.: 77/454-54-29.

* * *

MAZURDENT Centrum Stomatologiczne poszukuje do współpracy lekarza ortodontę. Zainteresowanych proszę o kontakt pod numerem telefonu: 603-706-810.

* * *

Sprzedam udziały w POZ na Opolszczyźnie- 577.000 zł. Kontrakt z NFZ. Tel. 601-241-829.

* * *

Na sprzedaż dom wolnostojący o powierzchni około 320 m², położony na działce o powierzchni 11 ar w Nysie. Lokal mieszkalny w skład wchodzi: parter – gabinet lekarski + poczekalnia, dodatkowo pomieszczenia gospodarcze ze spiżarnią i pralnią i suszarnią, kotłownia. Piętro: duży salon, WC, kuchnia 2 pokoje, łazienka. Piętro II duży salon, łazienka 3 pokoje. Media: woda i kanalizacja, instalacja elektryczna, gaz, telefon. Dom wybudowany z cegły, dodatkowo ocieplony.

Kupujący ma możliwość przejęcia pacjentów Niepublicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Nysie, oraz dodatkowo podjąć pracę w Szpitalu. Kontakt: k.rozumek@gmail.com, tel. 606-238-681 lub 77/433-90-23

* * *

Śląska Akademia Medyczna – Absolwenci 1968

W związku z odnową dyplomu po 50 latach, prosimy absolwentów Wydziału Lekarskiego i Oddziału Stomatologii Śląskiej Akademii Medycznej o zarejestrowanie się w Dziekanacie Wydziału Zabrzeńskiego u pani Julity Prabuckiej, **do 30 kwietnia 2018 r.** Adres Dziekanatu: 41-800 Zabrze, pl. Traugutta 2, tel.32/370-52-66;e-mail: kkpzabrze@sum.edu.pl.

Uroczystość odbędzie się w dniu 26 maja 2018 r. w Zabrzu-Rokitnicy. Po części oficjalnej – wspólny obiad w cenie 100 zł płatne w dniu uroczystości. O programie uroczystości powiadomimy każdego zarejestrowanego.

Prezes Stowarzyszenia Wychowanków ŚU
Maria GAJECKA-BOŻEK

DR PIOTR JASTRZĘBSKI

Dr Piotr Jastrzębski urodził się 5 września 1964 r. w Słupsku. Od wczesnych lat mieszkał wraz z rodzicami, również lekarzami, w Opolu. W 1989 r. ukończył Wydział Lekarski Akademii Medycznej im. Piastów Śląskich we Wrocławiu.

Po zakończeniu studiów powrócił do Opolu. Pracę podjął na Oddziale Chirurgii Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Opolu, gdzie rozpoczął specjalizację w zakresie chirurgii ogólnej. Pierwszy stopień specjalizacji osiągnął w 1993 r. Od momentu powstania w roku 1997 Oddziału Chirurgii Ogólnej i Naczyniowej w Wojewódzkim Centrum Medycznym w Opolu (obecnie Uniwersytecki Szpital Kliniczny) był asystentem tego oddziału, a od 1998 r. – po uzyskaniu tytułu specjalisty w zakresie chirurgii ogólnej – jego starszym asystentem.

W latach 2001-06 organizował nowo powstały Oddział Ratunkowy w Wojewódzkim Centrum Medycznym w Opolu, gdzie następnie pełnił obowiązki Ordynatora tego Oddziału. W 2003 r. uzyskał specjalizację w zakresie medycyny ratunkowej.

Pomimo zdobycia tych dwóch specjalizacji, nie zaprzestał rozszerzaniu swoich zainteresowań medycznych, które skierował w stronę chirurgii naczyniowej, i która ostatecznie stała się dla Niego największą pasją i żywiołem. W 2006 r. zwieńczeniem jego zainteresowań było uzyskanie tytułu specjalisty w zakresie chirurgii naczyniowej.

Przez ostatnie lata swojej pracy poświęcił się chirurgii naczyniowej, w której osiągnął bardzo wysoki poziom umiejętności i kompetencji, wykonując bardzo skomplikowane zabiegi z zakresu chirurgii wewnątrznaczyniowej. Był liderem tej specjalności, nie tylko w województwie opolskim. Należał do elity krajowej w tej nowoczesnej dziedzinie chirurgii naczyniowej.

W trakcie całego okresu swej pracy doktor Piotr Jastrzębski wykazywał się zawsze niezwykle solidnością i dążeniem do podnoszenia kwalifikacji zawodowych. Poprzez samokształcenie, wykorzystując liczne specjalistyczne kursy – także zagraniczne, zdobył szeroką wiedzę. W połączeniu z wrodzonymi zdolnościami manualnymi spowodowało to, że stał się w tym okresie dobrze wyszkolonym chirurgiem, szanowanym przez przełożonych i pacjentów.

Charakteryzował się dużą samodzielnością w podejmowaniu decyzji oraz umiejętnością współpracy w zespole. Cechy osobiste – koleżeńskość, taktowność, umiejętności dydaktyczne, zdolność nawiązywania kontaktów międzyludzkich, przy wybitnym poczuciu odpowiedzialności za powierzonego pacjenta oraz pełne oddanie choremu człowiekowi powodowały, że był bardzo lubiany przez pacjentów i przez kolegów, wśród których – mimo młodego wieku – potrafił już sobie wypracować autorytet.

Pod Jego kierunkiem dwóch chirurgów osiągnęło tytuł specjalisty z zakresu chirurgii ogólnej. Był również Kierownikiem Specjalizacji trzech następnych chirurgów, jednakże przedwczesna śmierć nie pozwoliła mu na dokończenie toku ich szkolenia.

Prywatnie zaś był niezwykle uprzejmym człowiekiem. Uwielbiał sport i podróże. Zmarł nagle w niedzielę wieczorem 16 lipca 2017 roku.

Koledzy z Oddziału



OPOLSKA IZBA LEKARSKA

Biuro: tel. 77/454-59-39, fax 77/454-67-09, opole@hipokrates.org

czynne: poniedziałek, wtorek, czwartek **7.30–15.30**; środa **7.30–16.00**; piątek **7.30–15.00**

Rejestr Lekarzy: opole.rejestr@hipokrates.org

Praktyki Prywatne: opole.praktyki@hipokrates.org

Składki: opole.skladki@hipokrates.org

Administracja Biura Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej:

tel. 77/453-75-72; opole.rzecznik@hipokrates.org

Administracja Biura Okręgowego Sądu Lekarskiego:

tel. 77/454-85-75; opole.sad@hipokrates.org

25-lecie

Wydział Lekarski
Akademii Medycznej
we Wrocławiu
R O C Z N I K 1 9 9 3

KOLEŻANKI i KOLEDZY! Serdecznie zapraszamy na spotkanie koleżeńskie z okazji 25-lecia ukończenia Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej we Wrocławiu, które odbędzie się w dniach **8-10 czerwca 2018 r.** Miejscem spotkania będzie ośrodek Vital & SPA Resort Szarotka w Zieleńcu.

P r o g r a m Z j a z d u :

Piątek 8 czerwca 2018

Od godz.14.00	Zakwaterowanie w Ośrodku
Godz.19.00-2.00	Grill przy biesiadnej muzyce

Sobota 9 czerwca 2018

Godz.8.00-10.00	Śniadanie
	Czas wolny, spacer po Zieleńcu
Godz.14.30	Pamiątkowe zdjęcie grupowe przed Ośrodkiem
Godz.15.00	Obiad
	Czas wolny
Godz.19.30	Wspólne zdjęcia pamiątkowe
Godz.20.00-2.00	Bankiet

Niedziela 10 czerwca 2018

Godz.9.00-10.00	Śniadanie i pożegnania
-----------------	------------------------

Opłata za uczestnictwo w Zjeździe wynosi od absolwenta/osoby towarzyszącej:

piątek-niedziela z noclegami	450 PLN
sobota-niedziela z noclegiem	350 PLN

Wpłaty prosimy dokonywać na konto **66 1090 2590 0000 0001 3393 3014** do dnia 31.12.2017r. z dopiskiem „Zjazd 1993”. Panie prosimy o podanie nazwiska obecnego oraz z okresu studiów.

Do dyspozycji gości pokoje 2-3-osobowe – proszę o e-mailowe zgłaszanie nazwisk Kolegów i Koleżanek, z którymi chcą być Państwo zakwaterowani.

UWAGA!!! W ośrodku zapewnione jest bezpłatne korzystanie z kompleksu basenowego, jacuzzi, saun, urządzeń fitness, jak również dostęp do bezprzewodowego internetu oraz bezpłatny parking. Dla uczestników istnieje możliwość zakupu pakietów SPA w promocyjnych cenach.

Bliższych informacji udziela: Patrycja Malec, tel. 501-217-204, e-mail patka.malec@wp.pl
Serdecznie zapraszamy do udziału w Zjeździe. **DO ZOBACZENIA W ZIELEŃCU!!!**

Za Komitet Organizacyjny
Iwona SZUSZKIEWICZ-WIERCIŃSKA i Dariusz KRUSZAKIN

30-lecie

Wydział Stomatologiczny
Akademii Medycznej
we Wrocławiu
R O C Z N I K 1 9 8 8

KOLEŻANKI i KOLEDZY! Serdecznie zapraszamy na spotkanie koleżeńskie z okazji 30-lecia ukończenia Wydziału Stomatologicznego Akademii Medycznej we Wrocławiu, które odbędzie się w dniach **15-16 września 2018r.** Miejszem spotkania będzie ośrodek Vital & SPA Resort Szarotka w Zieleńcu.

P r o g r a m Z j a z d u :

Zakwaterowanie od godz.13.00

Sobota 15 września 2018

Godz.14.00

Obiad

Popołudniu

Czas wolny (zwiedzanie gór, zbieranie grzybków)

Godz.18.30

Wspólne zdjęcia pamiątkowe

Godz.19.00

Grill przy biesiadnej muzyce

Niedziela 16 września 2018

Godz.8.00-10.00

Śniadanie i pożegnania

Opłata za uczestnictwo w Zjeździe od absolwenta/osoby towarzyszącej wynosi **350 PLN**. Mile widziane osoby towarzyszące

Wpłaty prosimy dokonywać na konto **66 1090 2590 0000 0001 3393 3014** do dnia 31.12.2017r. z dopiskiem „Zjazd 1988”. Panie prosimy o podanie nazwiska obecnego oraz z okresu studiów.

Do dyspozycji gości pokoje 2-3-osobowe – proszę o e-mailowe zgłaszanie nazwisk Kolegów i Koleżanek, z którymi chcą być Państwo zakwaterowani.

UWAGA!!! W ośrodku zapewnione jest bezpłatne korzystanie z kompleksu basenowego, jacuzzi, saun, urządzeń fitness, jak również dostęp do bezprzewodowego internetu oraz bezpłatny parking. Dla uczestników istnieje możliwość zakupu pakietów SPA w promocyjnych cenach.

Bliższych informacji udziela: Patrycja Malec, tel. 501-217-204, e-mail patka.malec@wp.pl
Serdecznie zapraszamy do udziału w Zjeździe. **D O Z O B A C Z E N I A W Z I E L E Ń C U !!!**

Za Komitet Organizacyjny
MAŁGORZATA STASZYŃSKA

30-lecie

Wydział Lekarski
Akademii Medycznej
we Wrocławiu
R O C Z N I K 1 9 8 8

KOLEŻANKI i KOLEDZY! Serdecznie zapraszamy na spotkanie koleżeńskie z okazji 30-lecia ukończenia Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej we Wrocławiu, które odbędzie się w dniach **27 października 2018r. (sobota) godz.19-ta w Haston City Hotel, ul. Irysowa 1-3**

Opłata za uczestnictwo w Zjeździe wynosi **300 PLN**. Wpłaty prosimy dokonywać na konto **66 1090 2590 0000 0001 3393 3014** do dnia 31.03.2018 r. z dopiskiem „Zjazd 1988L”. Koleżanki prosimy o podanie nazwiska obecnego oraz z okresu studiów.

Istnieje możliwość rezerwacji noclegu w Haston City Hotel po preferencyjnych cenach pod numerem telefonu 71/322-55-00 (prosimy o podanie hasła „rocznik 88”). Płatność za hotel indywidualna (nie jest wliczona w cenę zjazdu). Forma spotkania: uroczysty bankiet przy muzyce.

Bliższych informacji udziela: Patrycja Malec, 501-217-204, e-mail: patka.malec@wp.pl
Serdecznie zapraszamy do udziału w Zjeździe. **D O Z O B A C Z E N I A !!!**

Za Komitet Organizacyjny
Katarzyna JĘDRZEJEWSKA-JURGA i Małgorzata SZTAJER-MARCINIAK

40-lecie

Wydział Lekarski
Akademii Medycznej
we Wrocławiu
R O C Z N I K 1 9 7 8

KOLEŻANKI i KOLEDZY! Serdecznie zapraszamy na spotkanie koleżeńskie z okazji 40-lecia ukończenia Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej we Wrocławiu, które odbędzie się w dniach **22-24 czerwca 2018 r.** Miejscem spotkania będzie ośrodek Vital & SPA Resort Szarotka w Zieleńcu.

P r o g r a m Z j a z d u :

Piątek 22 czerwca 2018

Od godz.14.00	Zakwaterowanie w Ośrodku
Godz.19.00-2.00	Grill przy biesiadnej muzyce

Sobota 23 czerwca 2018

Godz.8.00-10.00	Śniadanie
Godz.10.15	Msza Święta (Kościół św. Anny w Zieleńcu)
Godz.11.00	Wykład – „Czarno-białe wspomnienia ze studiów” (osoby z dostępem do zdjęć ze studiów proszone są o kontakt z R. Ściborskim bądź przygotowanie ich w formie cyfrowej, optymalnie na nośniku danych USB – pendrive)
Godz.13.30	Pamiątkowe zdjęcie grupowe przed Ośrodkiem
Godz.14.00	Obiad
Popołudniu	Wycieczka piesza lub gondolowa do schroniska w Czechach – Masarykova Chata
Godz.19.30	Wspólne zdjęcia pamiątkowe
Godz.20.00-2.00	Bankiet

Niedziela 24 czerwca 2018

Godz.9.00-10.00	Śniadanie i pożegnania
-----------------	------------------------

Opłata za uczestnictwo w Zjeździe wynosi od absolwenta/osoby towarzyszącej:

piątek-niedziela z noclegami	450 PLN
sobota-niedziela z noclegiem	350 PLN

Wpłat prosimy dokonywać na konto **66 1090 2590 0000 0001 3393 3014** do dnia 31.12.2017r. z dopiskiem „Zjazd 1978”. Panie prosimy o podanie nazwiska obecnego oraz z okresu studiów.

Do dyspozycji gości pokoje 2-3-osobowe – proszę o e-mailowe zgłaszanie nazwisk Kolegów i Koleżanek, z którymi chcą być Państwo zakwaterowani.

UWAGA!!! W ośrodku zapewnione jest bezpłatne korzystanie z kompleksu basenowego, jacuzzi, saun, urządzeń fitness, jak również dostęp do bezprzewodowego internetu oraz bezpłatny parking. Dla uczestników istnieje możliwość zakupu pakietów SPA w promocyjnych cenach.

Bliższych informacji udzielają:

Patrycja Malec, tel. 501-217-204, e-mail patka.malec@wp.pl

Ryszard Ściborski, tel. 601-713-154, e-mail sciborski@poczta.onet.pl

Serdecznie zapraszamy do udziału w Zjeździe. **DO ZOBACZENIA W ZIELEŃCU!!!**

Za Komitet Organizacyjny
Ryszard ŚCIBORSKI

50-lecie

Jubileuszowy Zjazd Absolwentów
Akademii Medycznej
we **Wrocławiu**
R O C Z N I K 1 9 6 8

Droga Koleżanko! Drogi Kolego!

Serdecznie zapraszamy na uroczyste obchody z okazji 50-lecia uzyskania absolutorium, które odbędą się dnia **16 czerwca 2018r. (sobota)** we Wrocławiu.

15 czerwca 2018r. (piątek)

dla zainteresowanych – płatne dodatkowo **100 PLN**

Godz.19.00 Zwiedzanie z przewodnikiem Afrykarium
ZOO Wrocław, Wróblewskiego 1-5, 51-618 Wrocław

Godz.20.00 Kolacja w Restauracji (na terenie budynku Afrykarium)

16 czerwca 2018r. (sobota)

Godz.10.00 Msza Święta (Kościół Najświętszego Imienia Jezus, pl. Uniwersytecki 1)

Część oficjalna - Uniwersytet Wrocławski, AULA LEOPOLDINA

Godz.11.00 Śniadanie studenckie – Klub Uniwersytetu Wrocławskiego

Godz.12.00 Otwarcie Zjazdu – Aula Leopoldina Uniwersytetu Wrocławskiego

Godz.12.15 Wystąpienie Chóru *Medici Cantantes* Uniwersytetu Medycznego

Przemówienie JM Rektora UM i uroczyste wręczenie dyplomów

Wykład okolicznościowy

Wspólne zdjęcia pamiątkowe

Godz.19.00 Uroczysta kolacja – Haston City Hotel (sala Chrysler AB, I piętro)
ul. Irysowa 1-3, 51-111 Wrocław

Opłata za uczestnictwo w Zjeździe wynosi:

całkowity koszt **350 PLN**

osoba towarzysząca na uroczystej kolacji **200 PLN**

część oficjalna (bez uroczystej kolacji) **150 PLN**

Wpłaty prosimy dokonywać na konto **66 1090 2590 0000 0001 3393 3014** do dnia 31.12.2017r. z dopiskiem „Zjazd 1968”. Koleżanki prosimy o podanie nazwiska obecnego oraz z okresu studiów.

Istnieje możliwość rezerwacji noclegu w Haston City Hotel po preferencyjnych cenach pod numerem telefonu 71/322-55-00 (prosimy o podanie hasła „rocznik 68”). Płatność za hotel indywidualna (nie jest wliczona w cenę zjazdu).

Bliższych informacji udziela: Patrycja Malec, 501-217-204, e-mail: patka.malec@wp.pl
Serdecznie zapraszamy do udziału w Zjeździe. **DO Z O B A C Z E N I A !!!**

Za Komitet Organizacyjny

Wojciech DUREK, Andrzej KARMOWSKI, Wanda PORADOWSKA-JESZKE, Krzysztof WRONECKI



Podstawy EEG z miniatlasem. Rowan; L.V. Marcuse, M.C. Fields, J. Yoo; wyd. II, red. A. Sobieszek; rok wydania: 2017; ISBN: 978-83-65835-02-4, format: 236 x 149, opr. broszurowa, 150 stron, cena: 80.09 zł (178 EUP pkt)

Podstawy EEG z miniatlasem to publikacja dostarczająca przejrzystych i zwięzłych wskazówek dotyczących aspektów technicznych wykonywania i interpretacji badania EEG.

Dzięki praktycznemu układowi książka jest idealna dla studentów, rezydentów, a dołączone materiały referencyjne okażą się przydatne również dla doświadczonych neurologów.

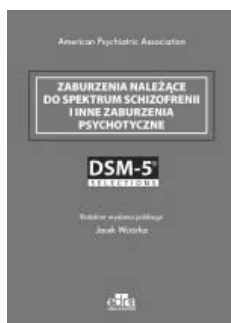
W nowym wydaniu:

Zwięzły, przyjazny dla użytkownika format, 4-kolorowy układ.

Nowa terminologia związana z badaniem EEG wprowadzona przez Amerykańskie Towarzystwo Neurofizjologii Klinicznej.

Rozszerzone zagadnienia pediatryczne i noworodkowe

Opis objawów epilepsji, któremu towarzyszy schemat przedstawiający wiek w chwili wystąpienia, rokowanie, charakterystykę kliniczną i cechy w obrazie EEG.



Zaburzenia należące do spektrum schizofrenii i inne zaburzenia psychiczne. DSM-5 Selections; wyd. I, red. J. Wciórka; rok wydania: 2017; ISBN: 978-83-65625-11-3, for-

mat: 180 x 255, opr. broszurowa, 128 stron, cena: 71.11 zł (158 EUP pkt)

Zaburzenia należące do spektrum schizofrenii i inne zaburzenia psychiczne jest jedną z pozycji serii „DSM-5 Selections”. Wspomniana seria to szereg publikacji książkowych, z których każda jest poświęcona któremuś z zaburzeń opisanych w DSM-5® *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*.

W niniejszej pozycji omówiono proces rozpoznawania zaburzeń należących do spektrum schizofrenii i innych zaburzeń psychicznych. Książka jest bezcennym uzupełnieniem innych książek z serii „DSM-5 Selections”, a także stanowi istotny wkład w rozwój wiedzy z zakresu zdrowia psychicznego.

Treść niniejszej publikacji opiera się na starannie wybranym materiale dotyczącym psychoz, który zaczerpnięto z:

- podręcznika DSM-5® *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, wyd. V (DSM-5® Diagnostyka i Statystyka Zaburzeń Psychiczych)

- DSM-5® *Guidebook* (Przewodnik po DSM-5®)

- DSM-5® *Clinical Cases* (Przypadki kliniczne według DSM-5®)

- DSM-5® *Self-Exam Questions* (Pytania do samodzielnego sprawdzania wiadomości według DSM-5® – przewodnik z pytaniami i odpowiedziami)



Radiologia interwencyjna. Grainger & Allison Diagnostyka radiologiczna; A.M. Belli, M.J. Lee, A. Adam; wyd. VI, red. M. Sąsiadek, J. Garca; rok wydania: 2018; ISBN: 978-83-65625-84-7, format: 210

x 280, opr. miękka, 192 strony, cena: 95.20 zł (238 EUP pkt)

Grainger & Allison's Diagnostic Radiology to uznany od lat klasyczny podręcznik z dziedziny diagnostyki obrazowej autorstwa ekspertów o międzynarodowym uznaniu.

Książka *Radiologia interwencyjna* obejmuje 11 rozdziałów, w których zawarto zwięzły przegląd aktualnie stosowanych technik obrazowania i ich klinicznego zastosowania w codziennej praktyce. Zwięzła formuła umożliwi użytkownikowi szybkie odnalezienie podstawowych informacji, które musi poznać. W rozdziałach opisano zalety różnych zabiegów i technik oraz ich wariantów, a także szczegóły najnowszych postępów w obrazowaniu. Podręcznik przeznaczony jest zarówno dla doświadczonych radiologów, chirurgów naczyniowych, jak i dla osób, które przygotowują się do egzaminu specjalizacyjnego.



Obrazowanie w onkologii. Grainger & Allison Diagnostyka radiologiczna; V. Goh, A. Adam; wyd. VI, red. M. Sąsiadek; rok wydania: 2017; ISBN: 978-83-65835-31-4, format: 210 x 280, opr. miękka, 133 strony, cena: 71.20 zł (178 EUP pkt)

Grainger & Allison's Diagnostic Radiology to uznany od lat klasyczny podręcznik z dziedziny diagnostyki obrazowej autorstwa ekspertów o międzynarodowym uznaniu.

Obrazowanie w onkologii składa się z siedmiu rozdziałów zaczerpniętych z szóstego wydania tego podręcznika. Stanowią one aktualny przegląd klasycznych i nowoczesnych technik obrazowania i ich zastosowania w diagnostyce wybranych chorób nowotworowych.

Omówiono w nich zalety i niedoskonałości poszczególnych badań i ich warianty. Osobne rozdziały poświęcono nowoczesnym metodom radioterapii, a także kierunkom rozwoju diagnostyki obrazowej.

Publikacja ta jest rekomendowana zarówno rezydentom radiologii jak i specjalistom, zapewniając dostęp do sprawdzonych i najbardziej aktualnej wiedzy na temat co ważne i nowe w diagnostyce obrazowej nowotworów.



Klatka piersiowa. Grainger & Allison Diagnostyka radiologiczna; C.M. Schaefer-Prokop, A.K. Dixon; wyd. VI, red. M. Sąsiadek; rok wydania: 2017; ISBN: 978-83-65625-85-4, format: 210 x 280, opr. broszurowa, 496 stron, cena: 151.20 zł (378 EUP pkt)

Grainger & Allison's Diagnostic Radiology to uznany od lat klasyczny podręcznik z dziedziny diagnostyki obrazowej autorstwa ekspertów o międzynarodowym uznaniu.

Książka obejmuje 13 rozdziałów, które stanowią aktualny przegląd nowoczesnych technik obrazowania oraz ich rutynowego zastosowania w praktyce klinicznej.

Zwięzła formuła przedstawionego materiału pozwala na szybkie opanowanie niezbędnych podstaw. We wszystkich rozdziałach omówiono zalety poszczególnych badań obrazowych, różne ich warianty oraz szczegóły najnowszych postępów technicznych w radiologii.

Podręcznik przeznaczony jest zarówno dla doświadczonych radiologów, jak i dla osób, które przygotowują się do egzaminu specjalizacyjnego z radiologii.

Przychodzi wena do lekarza

Ogólnopolski Konkurs Literacki im. Profesora Andrzeja Szczeklika Edycja VII

Jury: Anna Dymna, Waldemar Hładki, Ewa Lipska, Bronisław Maj,
Maria Szczeklić, Jarosław Wanecki

W konkursie może wziąć udział każda osoba mająca tytuł lekarza lub
lekarza dentystry.

Prace konkursowe będą przyjmowane w 3 kategoriach:

- Poezja
- Proza
- Felieton (kategoria dla biuletynów Okręgowych Izb Lekarskich)

Termin nadsyłania prac konkursowych w kategoriach Poezja i Proza
do 28 lutego 2018 roku wyłącznie pocztą elektroniczną na adres:
wena@mp.pl. Kategoria Felieton ma odrębny regulamin.

Prosimy o zapoznanie się z regulaminem konkursu
dostępnym na stronie internetowej:

www.mp.pl/wena

Informacji udziela:

Anna Wierzchowska-Woźniak
tel. 12 293 42 68, e-mail: wena@mp.pl



PARTNERZY



PATRON MEDIALNY



ORGANIZATORZY



medycyna **praktyczna**

XI CHARYTATYWNA GALA KARNAWAŁOWA

PRZYJACIÓŁ FUNDACJI PRO SENIORE

HOTEL MARRIOTT W WARSZAWIE

10 lutego 2018, godz. 19.00

Imprezę poprowadzi

Jolanta Mrotek

Wieczór uświetni występ

Zespołu Boogie Band

Zapraszamy

Zaproszenia w cenie 400 zł/os

34 2030 0045 1170 0000 0330 4290

Szczegółowe informacje można uzyskać

dzwoniąc pod nr:

22 542 83 02 lub 538 192 002

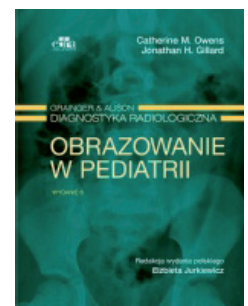
lub drogą mailową

proseniore@oilwaw.org.pl



Periodontologia H.P. Mueller; H.P. Mueller; wyd. II, R. Górską; rok wydania: 2017; ISBN: 978-83-65625-98-4, format: 170 x 240, opr. miękka, 272 strony, cena: 116.10 zł (258 EUP pkt)

Zwięzłe kompendium uwzględniające najnowsze osiągnięcia w dziedzinie periodontologii. Podręcznik *Periodontologia* oferuje czytelnikom zaktualizowaną wiedzę na temat anatomii i fizjologii jamy ustnej oraz zastosowania najnowszych metod w diagnostyce, profilaktyce i leczeniu chorób przyzębia. Najważniejsze cechy podręcznika: • treść rozdziałów bogato ilustrowana ponad 300 kolorowymi fotografiami i rysunkami • ramki zawierające skrócony opis badań klinicznych, metaanaliz i innych badań, ze stopniowaną oceną wyników • omówienie od dawna sugerowanej zależności między infekcjami przyzębia a chorobami układowymi. Główną grupą odbiorców są studenci stomatologii i lekarze przygotowujący się do specjalizacji, z pewnością jednak książka stanie się również pomocna dla periodontologów w ich codziennej praktyce klinicznej.



Obrazowanie w pediatrii. Grainger & Allison Diagnostyka radiologiczna; C.M. Owens, J.H. Gillard; wyd. VI, red. E. Jurkiewicz; rok wydania: 2017; ISBN: 978-83-65625-70-0, format: 210 x 280, opr. broszurowa, 300 stron, cena: 119.20 zł (298 EUP pkt)

Książka składa się z ośmiu rozdziałów zaczerpniętych z podręcznika *Grainger & Allison's Diagnostic Radiology* (wyd. 6), z części poświęconej technikom obrazowania w pediatrii. Każdy rozdział poświęcony jest innemu narządowi i zawiera zwięzłe omówienie współczesnych technik obrazowania oraz ich zastosowania w codziennej praktyce klinicznej. Konkretnie ujęcie tematu pozwoli czytelnikowi szybko opłacać podstawowe wiadomości z tej dziedziny. Przedstawiono zalety poszczególnych badań obrazowych, ich odmiany oraz najnowsze osiągnięcia diagnostyki obrazowej.



**Pożyczka dla lekarzy
bez wpisu do BIK**

do 300 000 zł, do 84 miesięcy,
na oświadczenie, bez ZUS i US

Infolinia: 733 000 778
www.credomedica.pl

