



OPOLSKA
IZBA
LEKARSKA

Rok Założenia 1990

Grudzień 2018–Styczeń 2019

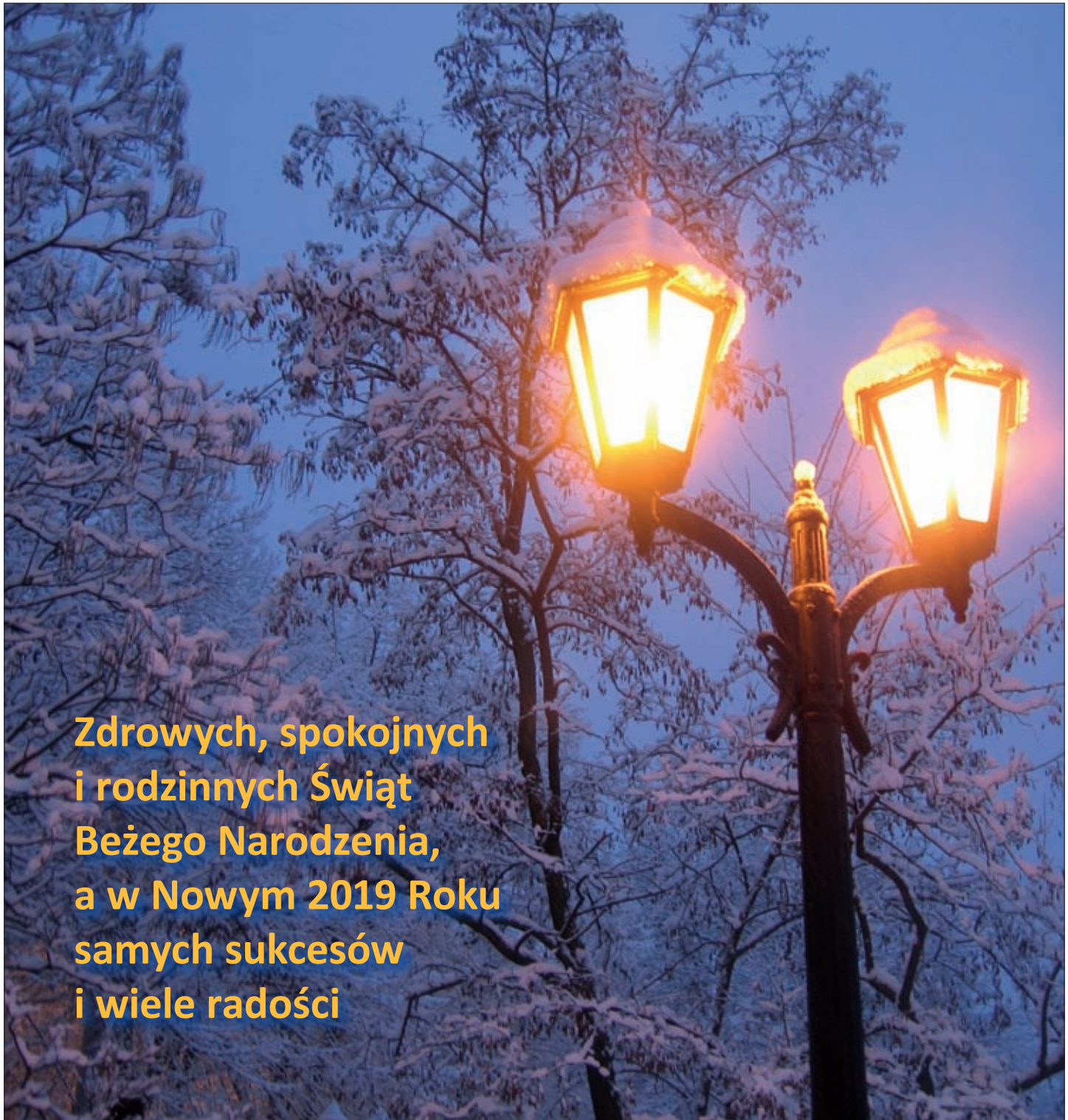
ISSN 1426-661X

BIULETYN INFORMACYJNY

Nr 265–266

OPOLSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

www.izbalekarska.opole.pl



**Zdrowych, spokojnych
i rodzinnych Świąt
Beżego Narodzenia,
a w Nowym 2019 Roku
samy sukcesów
i wiele radości**

SPRAWA MIĘDZY DWOJGIEM

Na dobraną parę to oni nie wyglądają, niby tacy święci, a ciągle się kłócą. Artysta dokonał niemożliwego: ożywił rzeźby. Patrzącemu wydaje się, że wpuścił w nie krew, nadał im cielesność (może nawet umieścił w statuach cząstkę potężnego fiat, którym Stwórca wyzwolił świat z chaosu), wprowadził ruch, spotęgował wrażenie dziania się, sprawił, że trwanie i nietrwanie przecinają się. Wczoraj przenika teraźniejszość. XVIII-wieczne posągi z kościoła „Na Górcie” to podwójny portret intymny, wizerunek pełen emocji. Z pasją wyrzeźbiona – pasja. Anna zdjęła maskę skromnej niewiasty, odrzuciła kostium zgodnej żony. Stoi zacięta i niepokorzona. Przypomina trochę Nemezis. Bogini obdzielała ludzi szczęściem (każdemu mniej więcej po równo) i dbała o sprawiedliwość: na gniewnych zsyłała miłość bez wzajemności, skąpym kazała łożyć na biednych, niewiernych karała tęsknotą, łapczywych głodem, gburów nieświeżym oddechem.

Rzeźby z kościoła „Na Górcie” pokazują sprawę pomiędzy dwojgiem. Trzeba było mieć odwagę, tworząc świętych – nieświętych. Anna zdjęła kaptur, rozchyliła płaszcz i otworzyła dziennik oprawiony w skórę. Wylicza przyrzeczenia Joachima złożone przed ślubem: miał być czuły i troskliwy, chciał ją żywić i ubierać, zabrać w podróż po Morzu Śródziemnym, nie oszczędzać na kucharach i fryzjerach. Mówił, że ochroni ją przed mrozem, zdejmie troski, odstraszy żale, obiecał zbudować dom i spłodzić dziecię. I co? Przez dwadzieścia lat nie urodziła ani jednego dziecka!

Kobieta nie jest ani czarująca, ani urodziwa. Artysta podkreślił jej temperament. Zatrzymał ją w kontrapoście, silną i posępną, o ostrych rysach twarzy: oddał zapadnięte policzki, wąskie wargi, wydatny podbródek i długi nos. Czy odrzucił hellenistyczne dziedzictwo? Czy oddzielił dobro od piękna?

Anna choć nie jest dobrotliwa, pozostaje dobra. Choć jej czoło pokrywają już zmarszczki, wciąż jest piękna. Rzeźbiarz udowodnił, że piękno i dobro mają nie tyle metafizyczny, co ludzki wymiar. Skazy, niedoskonałości, chwilowe słabości nie ujmują lecz dopowiadają pełnię, są ornamentem, dekiem. I koniecznością.

A mężczyzna zmierzwił brodę, wyciągnął rękę w pojedynczym geście i powiedział nieśmiało: *Dałem ci to, co mogłem. A brzemienność to już sprawa boska*. Spuścił głowę, obrócił się na pięcie, zabrał laskę z sieni i poczłapał w kierunku pustyni. Zatrzymał się na wierzchołku wydmy, owinał płaszczem, skulił, bo targał nim porywisty wiatr i spojrzał na migające plamki miasta. – *Jedna z tych kropek świeci*

się u nas – pomyślał. Długo wędrował, wspinał się na pagórki porośnięte kępami spalonych traw, widział w oddali jeziora (wyschnięte albo z resztkami wody zmienionej w błoto). Raziło go osłepiające słońce, piach wciskał się w usta, przenikał do gardła i zamykał krtań.

Nocował przytulony do kamieni, spał w cieniu kaktusów albo szukał jam wydrążonych w wydmach. On potomek Dawidowy, wychowany w naza-

retańskiej willi ozdobionej freskami, gdzie do wieczery przygrywała harfa, przebywał teraz wśród kości jaszczurek i hien. Co robił od świtu do zmroku? Pewnie układał figury z czaszek i żeber, wymyślał nowe byty.

Zdany na siebie, na własny spryt i przebiegłość, zmęczony i wystraszony, zziębnięty i głodny, wyczekujący jakiegoś znaku, chyba pierwszy raz poczuł się naprawdę człowiekiem. W poszarpanym płaszczu i przydeptanych sandałach przemierzał bezdroża, rozniecał ogień i liczył dzikie wielbłądy ciągnące na północ. Marzył. Cierpiał. Szlochał, czasem ryczał jak zranione zwierzę.

Czy Anna chodziła do wrózek, czy odwiedzała pocieszycielki? Czy tłumaczyła sąsiadom, że posprzeczała się trochę z Chimkiem, więc pojechał do wód na odpoczynek? Czy układała wiersze, albo pisała piosenki jak ponad dwa tysiące lat później robiła to inna Anna (Amy Winehouse) po rozstaniu z Blakiem? Musiała się martwić, nie było go przecież

tydzień, dwa tygodnie, miesiąc. Nie mogła zadzwonić ani wysłać gołębia pocztowego. Rabusie zaglądali do jej okien, plotkowały praczki, gadali sklepikarze, w końcu znaleźli nowy temat, ona zaś pogodziła się ze stratą.

A na co liczył Joachim? Według Złotej Legendy Jakuba de Voragine z 1275 roku, a także pism apokryficznych, protoewangelii Jakuba i ewangelii pseudo-Mateusza siebie obciążał hańbą bezpłodności. Czy mimo pocucia winy oglądał się za żoną, wierzył, że ona tęskni i wypatruje go w oknie na poddaszu? A może marzył mu się jakiś cud? Przyznać trzeba, że miał szczęście. Bo archanioł Gabriel wybrał się w te strony, przechadzał się po niebie, karmił słońca za pożary na wschodzie, chłodził oceany i przesiewał przez palce piach. Nagle zobaczył starca. Poklepał go po ramieniu i powiedział: *Wracaj bracie do Jerozolimy. Anna jest brzemienna*.

Agnieszka KANIA



„Joachim” – rzeźba Joachima z kościoła „Na Górcie” (ok. 1750 r., autor nieznany). Fot. Roman Hławacz

Fragment opowiadania o opolskim kościele „Na Górcie”, które ukazało się w piśmie akademickim „Indeks”.



Drodzy Czytelnicy
Biuletynu!

Przed Wami podwójny numer Biuletynu, którym zamykam odchodzący 2018 rok i otwieram nowy – 2019. Jaki był ten stary rok? Na pewno pełen

napięć w ochronie zdrowia, strajków praktycznie wszystkich zawodów medycznych – w tym również i lekarzy. Udało się nam wywalczyć podwyżki uposażeń, o które zabiegaliśmy od dawna. Niestety zażądano od nas „lojalek”, które na pewno spowodują trudności wielu placówek ochrony zdrowia. Czy zostaną spełnione pozostałe nasze postulaty – zobaczymy, czas pokaże.

Jak pokazują informacje dochodzące z równych stron – ostatnio choćby z Ukrainy – rozszerza się ruch antyszczepionkowy. Pomimo solidarnego wielogłosu środowiska lekarskiego, epidemiologów i ministerstwa zdrowia ciągle walczy się temat szczepień i zagrożeń z tego wynikających. Tylko nikt nie bierze pod uwagę zwiększonych nakładów na leczenie tych wszystkich przeciwników szczepień wtedy, gdy zarażą się odrą, ospą, błonicą itd. To są koszty, jakie poniesiemy my wszyscy, koszty niefrasobliwości, ignorancji i pseudonaukowych dywagacji.



Koleżanki, Koledzy,

Koniec roku sprzyja podsumowaniom, więc i ja uległam tej pokusie. A jest co wspominać. Nowelizacja ustawy z dnia 5 lipca 2018 r. o zmia-

nie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw przez parę miesięcy rodziła wątpliwości interpretacyjne, na koniec okazało się, że nie dotyczy lekarzy dentystów-rezydentów. „Lojalki” lekarzy specjalistów wprowadziły lekki zamęt organizacyjny w placówkach medycznych i problemy z obsadą lekarską w wielu oddziałach i ambulatoriach. Placówkom medycznym nie pozostało nic innego, jak skorzystać z ustawowej możliwości omijania zakazu konkurencji i powszechnego wpisywania się do wykazu wyłączonych z niego oddziałów, by praca przebiegała bez zakłóceń.

Kolejny gorący jesienny temat to narastająca aktywność tzw. ruchów antyszczepionkowych, opartych na pseudonaukowych teoriach i zniechęcających rodziców do szczepienia dzieci. Odpowiedzią na to było Stanowisko Nr 38/18P-VIII Prezydium NRL z dnia 28 września 2018 r. w sprawie projektu ustawy o zmianie ustawy Prawo oświatowe oraz niektórych innych ustaw przygotowanego w ramach inicjatywy obywatelskiej „Szczepimy, bo myślimy”. Zaangażowała się w tę inicjatywę nie tylko

Od pewnego czasu obowiązuje nowy sposób rozliczania świadczeń medycznych, a ponieważ zbliża się koniec roku rozliczeniowego możliwe będzie ocenienie wszystkich pozytywnych i negatywnych skutków tych zmian. Jak wypadną ostatecznie? Zobaczymy.

A teraz jeszcze o jednym smutnym fakcie. W ostatnich dniach listopada odszedł od nas jeden z „ojców założycieli” Opolskiej Izby Lekarskiej, pierwszy jej Prezes, a następnie jej Honorowy Dziekan – dr n. med. Ryszard KWIECIŃSKI. Cześć Jego pamięci!

Drodzy Czytelnicy! Nadchodzą Święta Bożego Narodzenia – czas rodzinnych, pełnych ciepła spotkań z najbliższymi. A tuż po nich zmienia się nam data – nadchodzi Nowy Rok. Jaki będzie? Mam nadzieję, że może zacznie się coś w końcu dobrego dzieć w ochronie zdrowia. Że lekarze nie będą już tak bardzo obciążeni typowo administracyjnymi czynnościami za sprawą asystentów i sekretarek medycznych, którzy pojawią się (co daj Boże!) w większości zakładów zdrowotnych. W ramach rozbuchanych marzeń – mam nadzieję, że wszystkie wprowadzane cudowne reformy dotyczące e-czegoś tam się udadzą i tym samym zaprzeczą większości praw Murphy’ego. Że co? Że się nie uda?!

Mimo to – wszystkiego najlepszego!!!!

Jerzy B. LACH

SZPALTA PREZESA

Naczelna Rada Lekarska, ale także wszystkie okręgowe izby. Opolska Izba Lekarska wydała w tej sprawie Stanowisko, udostępniła plakaty promujące szczepienia i włączyła się z dniem 2 listopada w ogólnopolską kampanię zbierania podpisów dla inicjatywy ustawodawczej, której cele i założenia poparła.

I wreszcie dzień 12 listopada, który zamiast łączyć Polaków w jeden wielki naród, świętujący 100 rocznicę odzyskania niepodległości, podzielił na tych, co świętują i na tych, co udzielają świadczeń opieki medycznej w dniu 12 listopada „według zaplanowanej na ten dzień kolejności zgłoszenia wynikającej z listy oczekujących lub kontynuacji leczenia u danego świadczeniodawcy”. Gdy piszę te słowa, pod ustawą z dnia 24 października 2018 r. o ustanowieniu Święta Narodowego z okazji Setnej Rocznicy Odzyskania Niepodległości Rzeczypospolitej Polskiej nie ma jeszcze podpisu Prezydenta RP, ale wszystko wskazuje na to, że tak będzie. I choć do pracy przyjdziemy, by zapewnić bezpieczeństwo zdrowotne naszym pacjentom, jakiś niesmak pozostanie.

Kończąc, chciałabym Wszystkim życzyć radości podczas niezwykłych Świąt Bożego Narodzenia, dobra i wzajemnej życzliwości, miłych spotkań przy świątecznym stole w gronie rodziny, a w Nowym Roku wszelkiej pomysłowości.

Jolanta SMERKOWSKA-MOKRZYCKA

POSIEDZENIE OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ W OPOLU

W dniu 24 października br. odbyło się kolejne posiedzenie Rady, które – jak zawsze – prowadziła Prezes Jolanta Smerkowska-Mokrzycka. Rada obradowała nad następującymi problemami:

Przyznanie praw wykonywania zawodu

Do Rady wpłynęły dwa wnioski o wpisanie na listę członków naszej Izby w związku z przeniesieniem z innych Izb:

- lek. Sokół Dorota – przeniesienie z Warmińsko-Mazurskiej Izby Lekarskiej w Olsztynie,
- lek. Filaczyńska Kaja – przeniesienie z Dolnośląskiej Izby Lekarskiej we Wrocławiu.

Z kolei lek. Kawecka-Bilińska Katarzyna zwróciła się o przyznanie prawa wykonywania zawodu po odbytych stażu podyplomowym. Rada podjęła wszystkie uchwały jednogłośnie.

Rejestracja podmiotów prowadzących szkolenie podyplomowe lekarzy

Firma Nutrikon Sp. z o.o. dr n. med. Grzegorz Krawowski przeprowadzi w dniach 16-17 listopada br. w Jarnołtówku warsztaty medyczne dla lekarzy – przyznano 14,5 pkt. edukacyjnych.

Prezes poinformowała również o innych szkoleniach prowadzonych przez podmioty zarejestrowane w innych Izbach:

- Firma Marku Dental z Częstochowy przeprowadzi dn. 8 listopada br. w Opolu kurs teoretyczno-praktyczny dla lekarzy dentystów pt: „Indywidualne li-cówki kompozytowe – prosta metoda na ładny uśmiech Pacjentów”.
- Firma RAD-MED z Katowic przeprowadzi w Kędzierzynie-Koźlu i Nysie szkolenia „Ochrona radiologiczna pacjenta”.

Powyższe podmioty spełniają warunki kształcenia podyplomowego lekarzy i lekarzy dentystów.

Zmiany w rejestrze indywidualnych praktyk lekarskich

Z rejestru wykreślono jednogłośnie trzy indywidualne praktyki lekarzy, w tym jedną z powodu zgonu lekarza dentysty.

Przyznanie świadczeń z Funduszu Samopomocy i dofinansowania imprez sportowych

Do Rady wpłynął jeden wniosek o przyznanie pożyczki szkoleniowej, który rozpatrzono jednogłośnie pozytywnie.

Wyznaczenie przedstawicieli OIL do komisji konkursowych

Dyrektor SP ZOZ Szpitala Specjalistycznego MSWiA w Głucholazach zwrócił się do Rady o wyznaczenie swego przedstawiciela do składu komisji konkursowych na stanowiska:

- Pielęgniarki Oddziałowej Oddziału Rehabilitacji Kardiologicznej z Działem Intensywnego Nadzoru Medycznego;
- Pielęgniarki Oddziałowej Rehabilitacji Pulmonologicznej;
- Pielęgniarki Oddziałowej Oddziału Chorób Płuc i Gruźlicy oraz pododdziału Chorób Płuc i Gruźlicy;
- Pielęgniarki Oddziałowej pododdziału Chorób Płuc.

Po rekomendacji Prezydium Rada jednogłośnie pozytywnie zaopiniowała kandydaturę dr Adama Bąka do wszystkich komisji.

Dyrektor SP ZOZ MSWiA w Opolu skierował prośbę o wyznaczenie przedstawiciela Rady do Komisji Konkursowej na stanowisko Pielęgniarki Oddziałowej Oddziału Ginekologicznego. Rada – przy jednym głosie wstrzymującym – zaproponowała dr Małgorzatę Łuszczynską-Ostrowską.

Podjęcie uchwał w sprawie zwolnienia z opłaty składki członkowskiej.

Do Rady wpłynęły 3 wnioski o zwolnienie z opłaty z powodu zaprzestania wykonywania zawodu. Wszystkie uchwały przyjęto jednogłośnie.

Rekomendacja w sprawie powołań na konsultantów wojewódzkich

Wojewoda Opolski zwrócił się do Rady o wyrażenie opinii dotyczącej kandydatury dr hab. n. med. Beaty Łabuz-Roszak na Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie Neurologii. Prezes przedstawiła kandydaturę i poinformowała, że została ona jednomyślnie zaakceptowana przez Prezydium.

W imieniu Wojewody dyr. Wydziału Polityki Społecznej i Zdrowia zwrócił się w związku z rezygnacją obecnego konsultanta dr n. med. Andrzeja Bunio do Rady o przedstawienie propozycji kandydata do funkcji Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie geriatrii. Kandydatura zostanie przedstawiona na następnym posiedzeniu Rady.

Reakcja samorządu lekarskiego na projekt ustawy antyszczepionkowej

Prezes zapoznała Radę z projektem Obywatelskiej Inicjatywy Ustawodawczej – „Szczepimy – bo myślimy”.



Poinformowała również o działalności tzw. ruchów antyszczepionkowych. W odpowiedzi na nie Prezydium opracowało stanowisko dotyczące przedmiotowego problemu (w załączeniu). Stanowisko zostanie zamieszczone na stronie internetowej naszej Izby i rozesłane do wszystkich okręgowych izb lekarskich.

Ponadto z inicjatywy Prezes we współpracy z Wielkopolską Izbą Lekarską zostały wydrukowane plakaty, popierające obowiązkowe szczepienia. Prezes zaapelowała do członków Rady o rozpropagowanie akcji zbierania podpisów pod projektem Ustawy oraz rozwieszanie plakatów w prywatnych praktykach.

Prezes zobligowała Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie pediatrii kol. Jarosława Mijasa do zaprezentowania na stronie naszej Izby stanowiska jego i pediatrów w kwestii szczepień.

Sprawozdanie z konwentu Prezesów ORL

Prezes poinformowała, że dnia 12 października br. na posiedzeniu Konwentu Prezesów Okręgowych Rad Lekarskich, który odbył się w Gnieźnie, Konwent jednogłośnie postanowił wspierać każdy projekt obywatelski promujący ideę szczepień ochronnych oraz prowadzić w izbach akcje informacyjne o zagrożeniach wynikających z zaniechania szczepień. Następnie Prezes odczytała kilka nadesłanych do naszej Izby stanowisk i apelów Okręgowych Rad Lekarskich, które również popierają ideę obowiązkowych szczepień ochronnych.

Prezes NRL prof. dr hab. med. Andrzej Matyja wystosował pismo do Marszałka Senatu RP i Marszałka Sejmu RP apelujące o nienarzucanie dyscypliny partyjnej lekarzom-posłom w trakcie procedowania inicjatyw ustawodawczych, dotyczących szczepień ochronnych.

Prezes NRL oraz Prezesi Izb Lekarskich zwrócili uwagę na nieetyczne zachowanie się lekarzy propagujących ruch antyszczepionkowy, za co powinni zostać pociągnięci do odpowiedzialności zawodowej. Prezes poinformowała również, że pierwsze tego typu sprawy odbywają się w Wielkopolskiej Izbie Lekarskiej.

Prezes odczytała pismo Prezesa NIL o porozumieniu samorządów zawodów medycznych w sprawie cyfryzacji opieki zdrowotnej (jest to pierwsza inicjatywa, w ramach której współpracę podjęły wszystkie samorządy). Powołano grupę ekspertów, która opracuje wspólne rekomendacje w obszarze Elektronicznej Dokumentacji Medycznej.

W dalszej części Prezes przypomniała o Konferencji „Prawo i medycyna – wybrane problemy”, która odbędzie się 30 listopada br. Informacje o konferencji i o zgłaszaniu uczestnictwa znajdują się na stronie internetowej naszej Izby.

Prezes przedstawiła pisma skierowane do dyrektorów Opolskiego Centrum Ratownictwa w Opolu i OOW NFZ, dotyczące problemów pracy SOR-ów i pogotowia ratunkowego w województwie opolskim oraz od-

powieź dyr. OCR w Opolu. Pisma od dyr. OOW NFZ nie otrzymaliśmy.

Prezes odczytała wnioski dotyczące rezygnacji dwóch lekarzy z uczestnictwa w pracach Komisji Kształcenia OIL. Rada podjęła uchwałę jednogłośnie. Ponadto poinformowała, że Komisja Kształcenia podjęła działalność w nowej kadencji.

Prezes odczytała pismo lekarza, który zwrócił się z prośbą do Prezesa OIL o rekomendacje na stanowisko biegłego sądowego i udzielonej lekarzowi odpowiedzi.

Sprawozdanie członków Rady z działalności pomiędzy posiedzeniami

Kolega Jakubiszyn zrelacjonował spotkanie z lekarzami Wojewódzkiego Specjalistycznego Zespołu Neuropsychiatrycznego w Opolu dotyczące warunków pracy, jak również podziału pracy pomiędzy lekarzy na etacie i lekarzy na kontraktach. Zaplanowano spotkanie z lekarzami, którzy mają opracować projekt nowego systemu pracy.

Kolega Mazur zrelacjonował uroczystość inauguracji roku akademickiego w PMWSZ w Opolu. Mówił również o projekcie połączenia tej Uczelni z Uniwersyte-tem Opolskim.

Sprawy różne i wolne wnioski

Przewodniczący Komisji Bioetycznej OIL kol. Miarka poinformował Radę o zwiększeniu stawki wynagrodzenia dla członków komisji. Stawki nie były zmieniane od 2003 r.

Przewodnicząca Komisji Kształcenia zwróciła się do Rady o zwiększenie wynagrodzenia dla lekarzy prowadzących szkolenia dla lekarzy specjalizujących się – głównie członków naszej Izby. Skarbnik Izby powiedział, że przy projektowaniu budżetu na rok 2019 uwzględni te propozycje (o ile będą odpowiednie środki finansowe).

Kolega Latała przekazał informacje dotyczące posiedzenia Oddziału Opolskiego PTS-u, na którym wykład prowadziła prof. nadzw. dr hab. Beata Dejak z Uniwersytetu Medycznego w Łodzi.

Wobec wyczerpania porządku obrad, na tym posiedzenie zakończono.

Sekretarz ORL

Lek. Małgorzata ŁUSZCZYŃSKA-OSTROWSKA

Prezes ORL

Lek. dent. Jolanta SMERKOWSKA-MOKRZYCKA

* * *

Stanowisko Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej w Opolu z dnia 17 października 2018 r. w sprawie obywatelskiego projektu ustawy „antyszczepionkowej”

Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej w Opolu wyraża zdecydowany sprzeciw wobec obywatelskiego projektu ustawy o zmianie ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych.

Proponowany projekt ustawy, wprowadzający dobro- wolność szczepień, stwarza zagrożenie epidemiologiczne

dla całej populacji w postaci powrotu chorób, które dotychczas dzięki wieloletnim szczepieniom, były skutecznie zwalczane lub całkowicie wyeliminowane. Według aktualnej wiedzy medycznej, potwierdzonej badaniami naukowymi, jedyną skuteczną ochroną przed chorobami zakaźnymi są szczepienia ochronne; w związku z tym, wszystkie projekty, w tym obywatelskie, negujące ideę szczepień zasługują na nasze potępienie i zdecydowany sprzeciw.

Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej w Opolu stwierdza, że wszyscy lekarze, którzy deklarowali poparcie dla

tego obywatelskiego projektu powinni podlegać postępowaniu dyscyplinarnemu przed okręgowymi rzecznikami odpowiedzialności zawodowej.

Jednocześnie Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej w Opolu popiera wszelkie inicjatywy, promujące ideę szczepień obowiązkowych.

Sekretarz ORL

Lek. Małgorzata ŁUSZCZYŃSKA-OSTROWSKA

Prezes ORL

Lek. dent. Jolanta SMERKOWSKA-MOKRZYCKA

SPOTKANIE KOMISJI STOMATOLOGICZNEJ

W dniu 8 listopada br. odbyło się kolejne posiedzenie Komisji Stomatologicznej. Jej Przewodnicząca – dr Barbara Hamryszak poinformowała o następujących sprawach:

1. Piśmie do Sanepidu dotyczącym zasad częstotliwości wykonywania kontroli biologicznej procesów sterylizacji oraz posiadania odpowiednich uprawnień – kursów do obsługi autoklawów.
2. Piśmie z dnia 31 października 2018 r. Ministerstwa Zdrowia do Prezesa NRL Andrzeja Matyji, w którym poinformowano o rozpoczęciu przez Ministerstwo prace mających na celu **uchylenie** obowiązku dla świadczeniodawców do prowadzenia dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej historii choroby oraz historii zdrowia i choroby, ze względu na niedostateczne przygotowanie świadczeniodawców do powyższego obowiązku.
3. Piśmie wystosowanym do NFZ z kategorięcznym sprzeciwem wobec projektu rozszerzenia uprawnień kontrolnych dotyczących m.in.:
 - decydowaniu przez NFZ o zasadności wyboru leków przez lekarzy,

- możliwości kontroli placówki pod nieobecność jej kierownika,
- analizowaniu przez NFZ dokumentów finansowo-księgowych placówki,
- badaniu i ocenie dokumentów medycznych przez pracownika NFZ nie będącego lekarzem,
- o swobodnym poruszaniu się po kontrolowanej placówce medycznej, jak i zapewnieniu kontroli osobnego pomieszczenia,
- możliwości kontroli w każdym przypadku bez zapowiedzi.

Komisja informuje o możliwości zapisywania się na szkolenia organizowane przez izbę lekarską. Wszystkie informacje znajdują się na stronie internetowej Izby.

Informujemy o **Balu Stomatologa** organizowanym w Kędzierzynie– Koźlu w dniu 19 stycznia 2019 r. Do dokładniejszych informacji można zasięgnąć u dr Ewy Rogali i dr Donaty Hałaburdo. Serdecznie zapraszamy.

Sekretarz KS

Lek. dent. Agnieszka RĄCZY-CHOMIK

Przewodniczący KS

Lek. dent. Barbara HAMRYSZAK



ZASŁUŻENI DLA WOJEWODZTWA OPOLSKIEGO

19 października 2018 r., przy okazji otwarcia po remoncie Pracowni Tomografii Komputerowej Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Opolu oraz Oddziału Chirurgii Ogólnej i Naczyniowej USK, Wicewojewoda Violetta Porowska wręczyła Odznaki Honorowe „*Za Zasługi dla Województwa Opolskiego*” siedmiu lekarzom: Jarosławie JAWORSKIEJ-WIECZOREK, Wojciechowi GRZYWNIE (pośmiertnie), Zbigniewowi SZUDROWICZOWI (także pośmiertnie), Andrzejowi JASTRZĘBSKIEMU, Romanowi SADOWSKIEWMU, Markowi PISKOZUBOWI oraz Markowi ZIĘBIŃSKIEMU. Poniżej przedstawiamy ich sylwetki.

Dr. n.med. Wojciech Grzywna studiował medycynę na Śląskiej Akademii Medycznej. Był specjalistą w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii, pediatrii oraz

neonatologii. Pod koniec lat siedemdziesiątych ubiegłego wieku współtworzył Klinikę Patologii Noworodka w Zabrze, gdzie był Ordynatorem Oddziału Intensywnej Terapii. Był twórcą pierwszej w Polsce karetki „N” służącej do przewożenia noworodków. Prowadził szeroko zakrojoną działalność naukową i dydaktyczną – był autorem ponad stu medycznych publikacji naukowych. W ramach pracy w Śląskiej Akademii Medycznej zajmował się kształceniem studentów medycyny oraz lekarzy w ramach specjalizacji. Założył i prowadził Studenckie Koło Naukowe funkcjonujące przy Klinice Patologii Noworodka.

Na przełomie lat siedemdziesiątych i osiemdziesiątych zaangażowany był w działalność opozycyjną.

W 1995 roku dr n.med. Wojciech Grzywna zajął się organizacją Oddziału Intensywnej Opieki Medycznej dla

Dzieci w Opolu. Został Ordynatorem Oddziału, który rozpoczął pracę 1 października 1996 r. Z właściwym sobie zaangażowaniem szkolił zespół lekarzy i pielęgniarek w zakresie intensywnej terapii dziecięcej. Poświęcił się temu całkowicie, spędzając w oddziale wiele czasu. Każdy, kto zetknął się z doktorem Grzywną pozostawał pod wrażeniem nie tylko Jego wiedzy i umiejętności zawodowych, ale także ogromnej kultury, taktu i skromności, połączonych z niesamowitym wręcz poczuciem humoru. Doktor Grzywna stał się dla personelu wzorem etyki zawodowej, do której przywiązywał ogromną wagę. Został wybrany delegatem na Krajowy Zjazd Lekarzy oraz sędzią Okręgowego Sądu Lekarskiego w Opolu.

W takcie pracy w Opolu nadal zajmował się działalnością naukową i dydaktyczną – uczestniczył i organizował liczne konferencje naukowe, pisał prace naukowe.

Dr n.med. Wojciech Grzywna jako jeden z pionierów w dziedzinie intensywnej terapii noworodków i dzieci w Polsce stał się niekwestionowanym autorytetem, zarówno merytorycznym jak i moralnym dla lekarzy na Opolszczyźnie. Swoim zaangażowaniem i ciężką pracą przyczynił się do rozwoju dziedziny anestezjologii i intensywnej terapii dzieci i noworodków w województwie opolskim. Nie sposób policzyć dzieci, którym doktor Grzywna uratował życie, kierując się dewizą: „Najważniejszą cechą lekarza jest kompetencja zawodowa połączona z głębokim humanizmem”.

Dr n. med. Wojciech Grzywna zginął 10 października 1999 r. w wypadku samochodowym w drodze do pracy.

* * *

Dr n. med. Zbigniew Szudrowicz swoją całą ponad 30-letnią drogę zawodową związał z Województwem Opolskim. Pracę zawodową rozpoczął w Zakładzie Patomorfologii Szpitala Wojewódzkiego w Opolu w roku 1981 jako asystent, a następnie objął funkcję Kierownika tego Zakładu.

W 1998 r. Zakład Patomorfologii pod jego kierownictwem przeniósł swoją siedzibę do Wojewódzkiego Centrum Medycznego w Opolu. Dr n. med. Zbigniew Szudrowicz stworzył i zorganizował wysokospecjalistyczną pracownię histopatologiczną, wykształcił wysokiej klasy personel, w którym zaszczylił szacunek do pracy i drugiego człowieka.

Wybitnie zasłużył się również dla opolskiej onkologii, otwierając przy Opolskim Centrum Onkologii Pracownię Histopatologiczną „Hist-Lab”, na bazie której – po jego śmierci – powstało laboratorium histopatologiczne.

Na przełomie wieków dr n. med. Zbigniew Szudrowicz piastował funkcję Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie patomorfologii. Należał do najlepszych w kraju znawców tej niezwykle ważnej, choć przez lata niedocenianej specjalizacji. Dzięki jego rozpoznaniom odsetek potwierdzeń histopatologicznych na Opolszczyźnie należał do najwyższych w kraju.

Uważał się za praktyka, a nie pracownika naukowego i starał się zawsze formułować wyniki badań w jasny dla lekarzy klinicystów sposób. Do końca pogłębiał swoją ogromną wiedzę, studiując literaturę fachową. Był tytanem pracy i samotnie dźwigał na swoich barkach ciężar olbrzymiej odpowiedzialności. Przez środowisko medyczne uważany był za twórcę nowoczesnej patomorfologii na Opolszczyźnie.

* * *

Dr n. med. Jarosława Jaworska-Wieczorek jest specjalistą chorób wewnętrznych i nefrologii z 40-letnim stażem pracy. Od początku swojej pracy związana z Oddziałem Nefrologii i Stacją Dializ Wojewódzkiego Centrum Medycznego (obecnego Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Opolu). Uzyskała specjalizację I i II stopnia z zakresu chorób wewnętrznych, specjalizację II stopnia z nefrologii oraz tytuł doktora nauk medycznych.

W Wojewódzkim Centrum Medycznym pracuje od stycznia 1997 r. jako Kierownik Stacji Dializ. Zaangażowała się w rozwój dializoterapii ze szczególnym uwzględnieniem ambulatoryjnej dializy otrzewnowej, która w latach 90-tych dopiero rozwijała się w Polsce. Brała czynny udział w uruchomieniu tej metody leczenia na Opolszczyźnie, zakładała pierwsze cewniki Tenckhoffa, edukowała chorych oraz personel pielęgniarski i lekarski.

Nie można zapomnieć o zaangażowaniu dr Jaworskiej-Wieczorek w działania na rzecz zwiększenia liczby przeszczepów u chorych poddawanych już leczeniu dializami oraz chorych leczonych zachowawczo – jeszcze w okresie przed dializacyjnym.

Dr Jaworska-Wieczorek od 2004 r. jest jednocześnie pracownikiem dydaktycznym PMWSZ w Opolu, w której szkoli nowe kadry pielęgniarek i fizjoterapeutów. Oddana pacjentom, stale pogłębia swoją wiedzę, uczestnicząc w konferencjach naukowych w kraju i za granicą.

* * *

Dr Andrzej Jastrzębski po ukończeniu studiów i stażu podyplomowego, w 1965 r. przyjechał do Opola, aby stworzyć podwaliny działania medycyny sądowej. Początkowo był zatrudniony w Wydziale Kryminalistyki Komendy Wojewódzkiej MO na stanowisku starszego eksperta d/s sądowo-lekarskich.

Specjalizację drugiego stopnia z zakresu medycyny sądowej uzyskał w 1972 r. W marcu 1973 r. został Wojewódzkim Inspektorem d/s Medycyny Sądowej, a od dnia 1 października 1978 r. Kierownikiem utworzonej w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Opolu Pracowni Medycyny Sądowej. W dniu 1 sierpnia 1998 r. Pracownia została przeniesiona do nowej siedziby w tworzonego wtedy Wojewódzkiego Centrum Medycznego w Opolu i przekształcona w Zakład Medycyny Sądowej. Dr Andrzej Jastrzębski kierował Zakładem do kwietnia 2015 r. W okresie 1976-2014 r. pełnił funkcję specjalisty wojewódzkiego, a następnie funkcję Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie medycyny sądowej.

W czasie wieloletniej pracy wykonywał sekcje, wydawał opinie oraz wykonywał badania sądowo-lekarskie dla jednostek organów ścigania i wymiaru sprawiedliwości województwa opolskiego. Na przestrzeni lat dr Jastrzębskiemu udało się doprowadzić do takiego stanu tej dyscypliny medycyny, że na Opolszczyźnie wszystkie sekcje i niemal wszystkie opinie sądowo-lekarskiej są wykonywane przez specjalistów medycyny sądowej.

Miarą sukcesu jest również fakt, iż jako jedynemu kierownikowi nieakademickiego zakładu w czasach przemian i trudności finansowych udało mu się utrzymać i rozwijać Zakład Medycyny Sądowej WCM. Wymagało to uporów i wytrwałości, a także stworzenia korzystnej atmosfery i dobrej współpracy z władzami województwa, dyrekcją szpitala oraz przedstawicielami organów ścigania i wymiaru sprawiedliwości.

Po ponad 50 latach pracy zawodowej dr Andrzej Jastrzębski w 2015 r. przeszedł na emeryturę.

* * *

Dr Marek Piskozub w 1985 r. ukończył Wydział Lekarski Akademii Medycznej we Wrocławiu. Po studiach wrócił do rodzinnego miasta i podjął pracę w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym – początkowo jako lekarz stażysta, a potem jako lekarz Oddziału Chirurgii Ogólnej. W 1989 r. uzyskał specjalizację I stopnia w zakresie chirurgii ogólnej, a w 1994 r. – II stopień specjalizacji.

Od 1 stycznia 1994 r. zatrudniony w Wojewódzkim Centrum Medycznym w Opolu (obecnie Uniwersytecki Szpital Kliniczny). W latach 1994-97 starszy asystent w Oddziale Chirurgii Ogólnej tego szpitala. W latach 1997-98 pełnił funkcję Lekarza Naczelnego Szpitala Wojewódzkiego nr 2 w Opolu przy al. Witosa 26 (okres tak zwanego wielkiego WCM). W roku 1998 został dyrektorem Wojewódzkiego Centrum Medycznego w Opolu i zarządzał tą jednostką przez 17 lat – do roku 2015.

W okresie zarządzania wojewódzkim Centrum Medycznym w Opolu otworzył m.in. pierwszy w województwie opolskim Oddział Kardiologii, Oddział Ratunkowy, rozszerzył działalność chirurgii o chirurgię naczyniową. Wraz z zespołem lekarzy kardiologów uruchomił pierwszą na Opolszczyźnie Pracownię Badań Hemodynamicznych w systemie ostrodyżurowym działającą przez siedem dni w tygodniu i 24 godziny na dobę.

Po kilku latach od otwarcia Oddziału Kardiologii uruchomił drugą salę kardiologiczną w strukturach bloku operacyjnego. Dla mieszkańców województwa opolskiego uzyskał kontrakt na świadczenia rehabilitacyjne finansowane przez ZUS. Uruchomił jedyny na Opolszczyźnie w tamtym czasie 64-rzędowy tomograf komputerowy, a następnie nowoczesny 1,5 T rezonans magnetyczny. Z początkiem nowego wieku, wraz z zespołem chirurgów naczyniowych, uruchomił pierwszą w województwie opolskim Pracownię Radiologii Zabiegowej, w której wykonywana jest angiografia naczyń.

Dzięki staraniom dr Marka Piskozuba w szpitalu od 2011 r. działa Centrum Urazowe – jedyne na Opolszczyźnie. Oddał do użytku pierwsze lądowisko dla śmigłowców medycznych. Wprowadził wraz z zespołem lekarzy nefrologów hemodializy wykonywane całodobowo przez siedem dni w tygodniu oraz dializy otrzewnowe. W roku 2013 uruchomił Zespół Domowej Dializoterapii Otrzewnowej. Z każdym rokiem wprowadzał w Wojewódzkim Centrum Medycznym w Opolu nowe rozwiązania i innowacje w różnych specjalnościach medycznych, które wynikały z potrzeb zdrowotnych społeczeństwa województwa opolskiego.

W Wojewódzkim Centrum Medycznym wykonywane były w niektórych specjalnościach (np. w neurochirurgii) pierwsze w Polsce zabiegi operacyjne. W 1998 r. wprowadził jako jeden z nielicznych dyrektorów szpitali w Polsce medyczny system komputerowy Clinicom, który obejmował rejestrację pacjentów do poradni, dokumentację medyczną pacjentów hospitalizowanych, moduł apteczny, moduł identyfikacji pacjenta, moduł zlecania leków czy portal e-pacjent.

Dzięki staraniom dyrektora Marka Piskozuba w 2007 r. szpital uzyskał certyfikację w trzech systemach ISO: jakość ISO 9001, BHP PN-N 18001 i środowisko ISO 14001. Był to pierwszy szpital w województwie opolskim i piąty szpital w Polsce, który wdrożył Zintegrowany System Zarządzania, aż w trzech systemach. W roku 2009 szpital otrzymał akredytację Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia. W 2015 r. szpital jako jedyny na Opolszczyźnie wdrożył System Zarządzania Bezpieczeństwem Informacji ISO 27001:2013.

W rankingach „Rzeczpospolitej” w okresie sprawowania funkcji dyrektora przez Marka Piskozuba szpital osiągnął trzykrotnie miejsce w pierwszej dziesiątce najlepszych szpitali w Polsce i kilkakrotnie został oceniony jako najlepszy szpital w województwie opolskim. Szpital otrzymał akredytację na szkolenie lekarzy na wszystkich oddziałach i monospecjalistycznych przychodniach. Rozpoczął współpracę z uczelniami z Opolszczyzny oraz z uczelniami medycznymi z Wrocławia i Katowic. Szpital zarządzany przez dyrektora Marka Piskozuba stał się rozpoznawalny w całej Polsce. Swoimi doświadczeniami, osiągnięciami i rozwiązaniami dzielił się z pracownikami innych jednostek ochrony zdrowia.

Przez kolejne lata poczynając od roku 1998 Wojewódzkie Centrum Medyczne w Opolu zarządzane przez dyrektora Marka Piskozuba było jednostką ochrony zdrowia rozwijającą się we wszystkich specjalnościach medycznych, zajmującą bardzo wysoką pozycję w województwie opolskim i w kraju.

* * *

Dr Marek Ziębiński jest specjalistą w dziedzinie anestezyjologii oraz organizacji ochrony zdrowia. Medycynę studiował na Śląskiej Akademii Medycznej, a po jej ukończeniu rozpoczął pracę w Zakładzie Anestezjolo-

gii w Katowicach. Następnie pracował jako anestezjolog w szpitalu w Bielsku Białej. Na przełomie lat siedemdziesiątych i osiemdziesiątych zaangażowany był w działalność opozycyjną.

Z Wojewódzkim Centrum Medycznym w Opolu (obecnym Uniwersyteckim Szpitalem Klinicznym) był związany od początku jego tworzenia, będąc Zastępcą Dyrektora na etapie budowy szpitala. W latach 1992-93 pełnił obowiązki Kierownika Bloku Operacyjnego w budowie, w latach 1993-98 był Zastępcą Dyrektora ds. Lecznictwa, a w latach 1998-99 był Dyrektorem Naczelnym.

Od momentu powstania szpitala był związany z Oddziałem Intensywnej Terapii Dzieci, pełniąc w nim dyżury lekarskie. Od roku 1999 aż do przejścia na emeryturę w roku 2017 pełnił funkcję Zastępcy Ordynatora Oddziału ITD.

Dr Marek Ziębiński jest autorem kilku prac naukowych w zakresie intensywnej terapii dzieci. Uczestniczył aktywnie w licznych wydarzeniach naukowych, był współorganizatorem kilku medycznych konferencji naukowych. Praca dr Marka Ziębińskiego stanowiła nieocenioną pomoc zarówno merytoryczną, jak i organizacyjną dla przełożonych oraz współpracowników Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii Dzieci i Noworodków.

* * *

Dr n. med. Roman Sadowski, posiada jednocześnie tytuł lekarza i lekarza dentystry. W lipcu 1991 r. zatrudniony został w Wojewódzkiej Przychodni Chirurgii Stomatologicznej w Opolu, która od października tegoż roku stała się częścią Wojewódzkiego Centrum Medycznego w Opolu (obecnego Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego). Jesienią 1993 r. uzyskał I stopień specjalizacji w dziedzinie chirurgii stomatologicznej, a jesienią 1997 r. – II stopień specjalizacji w dziedzinie chirurgii szczękowo-twarzowej. Od czerwca 1998 r., kiedy powołany

został na stanowisko pełniącego obowiązki Ordynatora Oddziału, stworzył od podstaw Oddział Chirurgii Szczękowo-Twarzowej. 18 marca 2002 r. został Ordynatorem tego Oddziału, którym kieruje do dzisiaj.

Dzięki jego zaangażowaniu i stałemu poszerzaniu zakresu działalności diagnostycznej i zabiegowej, publikacjom w prasie fachowej i licznie wygłaszanym referatom na zjazdach naukowych silnie zaznaczył obecność opolskiej chirurgii szczękowo-twarzowej w kraju. Dr n. med. Roman Sadowski przyczynił się do uzyskania akredytacji do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie chirurgii szczękowo-twarzowej, jako jeden z trzech poza klinicznych oddziałów w Polsce. Do chwili obecnej wykształcił 3 chirurgów szczękowo-twarzowych, a kolejni są w trakcie specjalizacji.

W kwietniu 2005 r. powołany został przez Wojewodę Opolskiego na stanowisko Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie chirurgii szczękowo-twarzowej i funkcję tę pełni do chwili obecnej. W lutym 2009 r. po obronie pracy doktorskiej „Ocena leczenia torbielopochodnych ubytków kości szczęk wypełnianych mieszaniną materiału Cerasorb, kości własnej i bogatopłytkowego osocza” uzyskał tytuł doktora nauk medycznych. Jesienią 2010 r. założył Stowarzyszenie Wspierania Rozwoju Chirurgii Szczękowo-Twarzowej w województwie opolskim.

W swej aktywności zawodowej skupia się zwłaszcza na chirurgii ortognatycznej. W ostatnich dwóch latach podjął ścisłą współpracę z Kliniką Chirurgii Onkologicznej i Rekonstrukcyjnej w Gliwicach z zamiarem wyszkolenia się i implementacji na swoim macierzystym oddziale zabiegów z zakresu chirurgii rekonstrukcyjnej, opartej na zespole niach mikronaczyniowych. Z chwilą uruchomienia takich procedur operacyjnych, Opolski Oddział Chirurgii Szczękowo-Twarzowej stanie się pionierem w tej dziedzinie medycznej na Opolszczyźnie.

„KTÓRĘDY DO BUSZU?” – NAJNOWSZE DZIEŁO AGNIESZKI KANI

Wieczorem 16 listopada w Galerii „Panaceum” w Opolu odbyła się prezentacja najnowszego zbioru utworów stałej współpracowniczki naszego Biuletynu dr Agnieszki Kani połączonej z wernisażem prac studentów Wydziału Sztuki Uniwersytetu Opolskiego. Skąd takie połączenie? Otóż dyrektor opolskiego ZOO zaprosił na cały miesiąc studentów Wydziału Sztuki UO do swego ogrodu, aby w sposób twórczy przetworzyli swoje emocje związane obcowaniem z żywymi – często egzotycznymi – zwierzętami. A skąd w tym całym „zamieszaniu” wzięła się nasza pisząca Koleżanka? To niech wyjaśni już sama główna bohaterka spotkania.

– *Pomyślem na ZOO zarazili mnie Magdalena Hlawacz i Grzegorz Gajos z Wydziału Sztuki Uniwersytetu Opolskiego. Studenci rysowali, malowali, rzeźbili i filmowali zwierzęta. I szukali kogoś, kto napisze o zwierzyńcu – książka powinna mieć przecież słowa. Ilustracje studentów i absolwentów Wydziału Sztuki pojawiły się na wystawie „Ilustragan 3” i w książce pod tym samym tytułem. Tam też zmieściły się opowiadki, napisane w bezsenny weekend – mówi Agnieszka Kania.*

I tu pojawia się nieco niezwykły w obecnych czasach ponury cień cenzury. Otóż sama autorka i osoby ją wspierające stwierdziły, że ogólny ton napisanych świeżo tekstów nie jest zbyt przychylny idei ograniczania wolności

zwierząt i zamykania ich w takich miejscach, jak ogrody zoologiczne. A przecież cały materiał powstał dzięki uprzejmości dyrektora ZOO i mogłoby to być nie najlepiej przez niego odczytane.

– Po tym jak zadziałała cenzura trzeba było natychmiast, z dnia na dzień pomyśleć od początku. Ale nie ma tego złego. Dzięki cenzurze powstała druga książeczka, pod tytułem „Którędy do buszu?” zaprojektowana przez Grzegorza Gajosa z ilustracjami Patrycji Kostyry – z humorem komentuje całe zdarzenie Pani Agnieszka.

Stąd właśnie wzięła się połączona impreza autorki tekstów i artystów, którzy wspólnie pokazali swój pomysł na to *Którędy do buszu?* Były więc obrazy olejne, akryle, fotografie, projekcje, rysunki i grafiki. Swoje prace pokazywali: Agnieszka Plech, Paulina Ptaszyńska, Alicja Wicher, Michał Krawiec, Kasia Mular, Paulina Wróblewska, Józef Chyży, Bartosz Posacki, Malwina Mielniczuk, Elżbieta Gądek, Wojciech Brzeszczak, Natalia Nosowa, Patrycja Kostyra, Roman Hławacz. A kuratorką wystawy była Malwina Mielniczuk.

Zanim jednak licznie zebrani na imprezie mogli poglądać prace artystów, Dr Agnieszka Kania przedstawiła swoje najnowsze dzieło odpowiadając na pytania red. Danuty Starzec („Przychodzi Starzec do lekarza”). Zaś wybrane teksty ze swadą zaprezentowała aktora Opolskiego Teatru Lalki i Aktora Karolina Gorzkowska (ogładana ostatnio w przedstawieniu „Śmierć przychodzi w środę” w reżyserii Agaty Dudy-Gracz).

Jerzy B. LACH



KRÓL RYSZARD LWIE SERCE I SUŁTAN SALADYN W WALCE O JEROZOLIMĘ PODCZAS III WYPRAWY KRZYŻOWEJ

Przez prawie sto lat chrześcijanie władali Jerozolimą. Niestety w roku 1187 Jerozolima została zdobyta przez Saracenów na których czele stał genialny wódz Sułtan Saladin (1138–93).

Nowo wybrany papież Grzegorz VIII, który przeszedł do historii z przydomkiem Wielki natychmiast wydał bulwę, w której ogłosił zorganizowanie III Wyprawy Krzyżowej. Jej celem było odbicie Królestwa Jerozolimskiego, aby przywrócić dostęp chrześcijanom do Ziemi Świętej. Do uczestnictwa w tej wyprawie zgłosiło się rycerstwo z całej Europy oraz najwięksi władcy: niemiecki cesarz Fryderyk Barbarossa (1122–90) oraz angielski król Ryszard Lwie Serce (1157–1200). Niestety w drodze do Jerozolimy cesarz Barbarossa utopił się podczas przeprawy przez rzekę na terenie dzisiejszej Turcji i dowództwo nad całą wyprawą objął Ryszard Lwie Serce.

Flota Ryszarda Lwie Serce wylądowała koło miasta Akkon, które było już oblegane przez francuskiego króla Filipa II. Po zdobyciu tej twierdzy na rozkaz Ryszarda

Lwie Serce zamordowano blisko 3 tysiące wziętych do niewoli muzułmanów.

W dalszej drodze do Jerozolimy, mimo że Filip II powrócił do Europy, Ryszard Lwie Serce pokonał wojska Saladyna pod miastem Arsuf. Niestety dalej napotkał na duże trudności, ponieważ Saladin rozkazał zniszczyć wszystkie pola uprawne i zatruci studnie. Mimo tych przeszkód wojska Ryszarda Lwie Serce dotarły na odległość 20 kilometrów od Jerozolimy i jeszcze raz pokonały Saracenów pod twierdzą Jaffa.

Niestety dalszy marsz na Jerozolimę pokrzyżowała pogoda – potężne burze, ulewne deszcze i gradobicia. Nic więc dziwnego, że w roku 1192 Ryszard Lwie Serce podjął decyzję opuszczenia Ziemi Świętej, podpisując uprzednio z Saladynem traktat pokojowy, na podstawie którego zapewniono swobodny dostęp chrześcijanom do Jerozolimy. Tak więc III Wyprawa Krzyżowa zakończyła się połowi-





Ryszard
Lwie Serce



Sułtan Aladyn

czym sukcesem, ponieważ Jerozolima nie została zdobyta i nadal pozostała w rękach muzułmanów.

Po powrocie do Anglii Ryszard Lwie Serce zorientował się, że jego brat Jan bez Ziemi (1166–1216) uknuł przeciwko niemu spisek, który ostatecznie zakończył się wzięciem do niewoli Ryszarda Lwie Serce przez niemieckiego cesarza Henryka VI Hohenstaufa. W niewoli Ryszard Lwie Serce pozostawał przez dwa lata, dopóki nie został wykupiony za olbrzymią sumę pieniędzy. Dopiero wówczas mógł powrócić do Anglii i ponownie zasiąść na tronie. Tak więc losy niezwykle odważne-

go i bohaterskiego króla, który przeszedł do historii nie tylko Anglii, ale również Europy były niezwykle burzliwe i dramatyczne.

Wg przekazów historycznych w III Wyprawie Krzyżowej udział wzięli Polacy książęta – Władysław II Wygnaniec i Henryk Sandomierski.

Podczas III Wyprawy Krzyżowej powstał rycerski Świecki Zakon Szpitalników zresztą istniejący do dnia dzisiejszego, którego zadaniem była opieka medyczna nad rannymi rycerzami.

Prof. Janusz KUBICKI

OPOLANKA NA PODIUM W XXI HALOWYCH MISTRZOSTWACH POLSKI LEKARZY W TENISIE

W dniach 8–11 listopada 2018 r. w Pabianicach odbyły się XXI Halowe Mistrzostwa Polski Lekarzy w Tenisie – Memoriał dr Andrzeja Jasińskiego. Organizatorami mistrzostw byli Bogusław Rataj, Adam Jakubowski i Daniel Leończyk, a sędzią naczelnym Mirosław Grabda. Lekarze rywalizowali codziennie do późnych godzin wieczornych na hali tenisowej MOSIR przy ul. Grotaróweckiego 8.

9 listopada odbyło się oficjalne otwarcie turnieju, podczas którego uczciliśmy pamięć dr Jasińskiego minutą ciszy. Przemawiała również Joanna Szafranek – Prezes Polskiego Stowarzyszenia Tenisowego Lekarzy, dziękując za wspieranie organizacji turnieju i zapraszając na kolejne zawody pod egidą PSTL w nowym roku w Częstochowie (5-7 styczeń 2019). Partnerami turnieju byli m.in.: Okręgowa Izba Lekarska w Łodzi, Mercedes-Benz Auto-Studio, VanPro Center i Angora.

W hotelu Aviator lekarze bawili się w sobotę podczas players party, które poprzedzała konferencja pt. „Wspomaganie procesu treningowego – współczesne kierunki” pod kierownictwem naukowym prof. dr hab. n. med. Ewy Brzezińskiej-Lasoty. Mogliśmy posłuchać m.in. o odżywkach, suplementach diety w sporcie, igłowa-

niu suchym i nowoczesnych technologiach w diagnostyce wydolności. Przyznano również nagrody „fair play”. U kobiet otrzymała ją Anna Komar, a u mężczyzn Michał Dyrda.

Turniej był pełen emocjonujących meczów. Nie zawsze wygrywali faworyci. Największe niespodzianki oglądaliśmy w kategorii open kobiet i mężczyzn, gdzie wygrali kolejno Zuzanna Przybylska i Kacper Mularczyk, ogrywając po drodze graczy z czołowych lokat rankingu PSTL. Był to ich dopiero pierwszy turniej i mamy nadzieję, że nie ostatni. Cieszymy się, że dołączają do nas nowe twarze polskiej medycyny i liczymy, że ta tendencja się utrzyma.

Opolską Izbę Lekarską reprezentowała **Natalia Pelczar**. Zdobyła brązowy medal w singlu i w deblu w kategorii open.

Wszystkich lekarzy i stomatologów zapraszamy do udziału w turniejach organizowanych przez Polskie Stowarzyszenie Tenisowe Lekarzy. Więcej informacji na stronie <http://pstl.org/>.

Marcin POKRZYWNICKI
Sekretarz PSTL

NOWY PRZEPIS NA PIERNICZKI ŚWIĄTECZNE

Pamiętacie Państwo zapewne, że przed rokiem w Biuletynie zamieściłem przepis na pierniczki świąteczne autorstwa Pani Izabeli Janiak ze Świeradowa Zdroju – właścicielki Pracowni Piernikowej „Izabel”. W tym roku Pani Izabela postanowiła przypomnieć Wam stary przepis na pierniczki łuckie, pochodzący z książki kucharskiej Marii Ochorowicz-Monatowej z 1910 r., z której korzystała babcia Pani Izabeli. Jak sama zapewnia pierniczki po upieczeniu nie muszą leżakować i są od razu mięciutkie.

Składniki:

160 g płynnego miodu,
110 g masła,
50 g zmielonych migdałów,
250 g mąki,
1/2 łyżeczki proszku do pieczenia,
3/4 łyżeczki sody,
3 łyżki domowej przyprawy do piernika lub dwa opakowania gotowej przyprawy piernikowej,
2 łyżeczki kakao,
1/4 łyżeczki soli.

Do dekoracji:

150 g cukru pudru,
białko z jednego jajka,
2-3 łyżeczki stołowej zimnej wody.

Wykonanie:

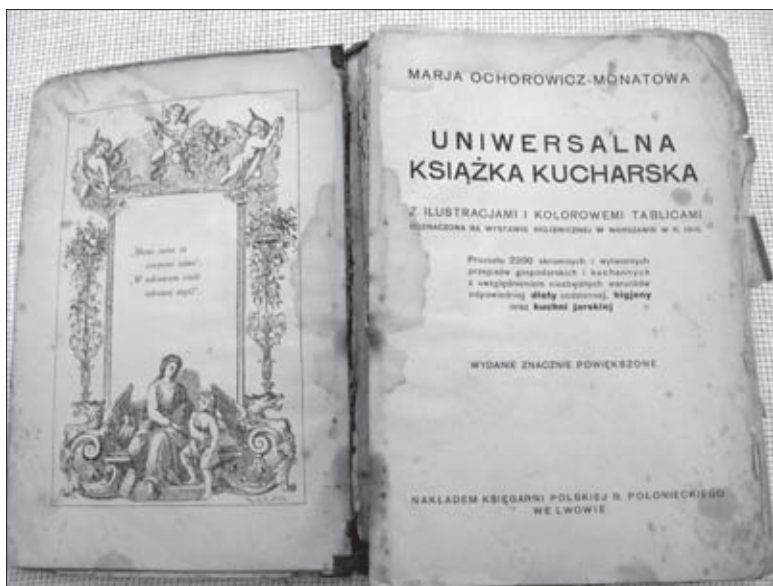
W garnuszku roztop miód i masło. Gotując na małym ogniu – mieszaj. Odstaw na 15 min. Do miski wsyp migdały i pozostałe składniki. Dolej schłodzony miód z ma-

śłem i mieszaj do uzyskania konsystencji ciasta. Uformuj małe kulki równych rozmiarów, ułóż na wyłożonej pergaminem blaszce, kulki trochę rozplaszcz na grubość ok. 2 cm. Piecz przez ok 15 min. w piekarniku nagrzanym do 160°C z termoobiegiem lub 180°C bez termoobiegu. Po 5 min. przenieś pierniczki z blaszki na kratkę do wystygnięcia.

Dla zrobienia lukru wymieszaj cukier puder, roztrzepane białko i wodę. Pod kratkę z pierniczkami połóż papier. Tak przygotowanym lukrem, posmaruj pierniczki za pomocą pędzla. Zostaw do wyschnięcia i gotowe. Smacznego!!!

PS. Na ostatnim zdjęciu są właśnie pierniczki łuckie.

Jerzy B. LACH



SZPITALE POWIATOWE SZYKUJĄ SIĘ NA WOJNĘ

Chociaż nie ma jeszcze oficjalnych danych, już wiadomo, że z tzw. lojalek, czyli podwyżek dla specjalistów zatrudnionych w szpitalach, w zamian za zobowiązanie się do niewykonywania tożsamyh świadczeń w innej placówce, skorzystało znacznie więcej lekarzy, niż szacowało to Ministerstwo Zdrowia, wprowadzając takie rozwiązanie do „ustawy 6% PKB”. W większości placówek, wnioski o podwyżki do 7 września, który to termin gwarantował ich wypłaty od lipca br., złożyło około 60% specjalistów, ale były i takie, gdzie ten odsetek sięgał nawet 80%. Jednak te wskaźniki mogą się zmienić, ponieważ wniosek można złożyć w każdej chwili, tyle że podwyższona wypłata nastąpi od kolejnego miesiąca. Tymczasem więcej lekarzy z „lojalkami” oznacza, że koszty tych podwyżek będą wyższe, niż pierwotnie wyliczono, a poniesie je nie tylko Narodowy Fundusz Zdrowia, ale również szpitale bezpośrednio z własnych budżetów.

Kto straci na „lojalkach” – i to podwójnie?

Na „lojalkach” stracą głównie szpitale regionalne, zwłaszcza powiatowe i to podwójnie. Nie tylko muszą wypłacać je własnym etatowym pracownikom, którzy złożą odpowiednie wnioski, ale mogą też stracić lekarzy kontraktowych, którzy dotychczas – wobec występujących tu braków kadrowych – zabezpieczali obsadę dyżurową, czy pełnili rolę konsultantów. „Kontraktowcy” to głównie lekarze z dużych lecznic w Łodzi: Instytutu Centrum Zdrowia Matki Polki, szpitali klinicznych Uniwersytetu Medycznego czy tzw. marszałkowskich, takich jak np. „Kopernik” czy „Biegański”.

Działało to tak, że specjalista po zakończonej pracy na etacie w Łodzi, jechał do innego szpitala w regionie, gdzie mógł dorobić, a placówka miał zapewnioną obsadę. Teraz, jeśli specjalista podpisze lojalkę, nie będzie mógł w ten sposób pracować, a szpital w regionie straci deficytowego medyka i nie będzie w stanie „spiąć” grafików. Problemy z obsadzeniem dyżurów mogą mieć wszystkie powiatowe szpitale, dlatego też zamierzają (lub już to zrobiły) złożyć wnioski do Łódzkiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ w sprawie wpisania ich na listę szpitali tzw. zagrożonych utratą ciągłości pracy, w których lekarze z „lojalkami” będą mogli podjąć pracę.

– Koszty wynagrodzeń są dla szpitali coraz większym obciążeniem. Z jednej strony resort zawiera porozumienia płacowe z poszczególnymi grupami pracowników medycznych, które gwarantują im podwyżki,

z drugiej – nie daje pieniędzy na ich realizację – mówi Janusz Atłachowicz, dyrektor SPZOZ w Wieluniu i dodaje: – Tak jest właśnie z podwyżkami dla specjalistów, ponieważ środki, jakie otrzymywać będziemy na ten cel z NFZ, pokrywać będą jedynie różnicę pomiędzy dotychczasowym wynagrodzeniem zasadniczym gwarantowaną po podpisaniu „lojalki” kwotą 6.750 zł plus różnicę powstałą w związku z tym w wysokości dodatku stażowego. Natomiast różnice w wysokości pozostałych składników pensji (dodatek funkcyjny, dyżury), a także składki na ZUS i zdrowotnej – będą musieli ponieść pracodawcy.

„Lojalki” to kolejna sprawa, która zwróciła uwagę na problemy finansowe, z którymi muszą się borykać szpitale powiatowe. Bo podwyżki dla lekarzy to nie wszystko. Szpitale muszą też ponieść koszty włączenia do podstawy wynagrodzenia pielęgniarek tzw. dodatku zembałowego (i również sfinansować pochodne), ponadto uwzględnić koszty, jakie niesie za sobą decyzja o podniesieniu najniższych wynagrodzeń pracowniczych, co dotyczyć będzie sporej grupy zatrudnionych na stanowiskach pomocniczych. Do tego na pewno podniosą swoje stawki firmy outsourcingowe, wynajmowane do sprzątania, prania, wyżywienia, ochrony, a także świadczące inne usługi.

Powiatowe szpitale zgłaszają konkretne postulaty

Szpitalom powiatowym w takiej sytuacji będzie coraz trudniej funkcjonować. Właściwie wszystkie działają trzysta sześćdziesiąt dni w roku i mają stały ostry dyżur, dwadzieścia cztery godziny na dobę. To do nich wprowadzono nocną i świąteczną pomoc, to one wykonują wiele procedur, które są najniżej płatne. Wobec stale pogarszającej się sytuacji finansowej i kadrowej, oczekują od ministra zdrowia i prezesa decyzji, które pozwolą na poprawę warunków ich finansowania. Zgłaszają konkretne postulaty.

– Zależy nam przede wszystkim na zwiększeniu wartości umów we wszystkich rodzajach świadczeń opieki zdrowotnej wymagających zaangażowania personelu medycznego o 15%. To fundamentalne, bo obecna wyceńna świadczeń jest po prostu za mała – mówi wspomniany już dyrektor J. Atłachowicz i dodaje: – Nie widzimy przy tym także możliwości wprowadzenia w szpitalach takich norm zatrudnienia pielęgniarek, jakie wynikają z porozumienia, które zawarły one z ministrem Szumowskim. W Polsce po prostu nie ma takiej liczby pań wykonujących ten zawód, jest ich o dużo za mało. Tych

norm wprowadzić po prostu nie sposób bez wykształcenia odpowiedniej liczby pielęgniarek. Zależy nam zatem na odroczeniu przepisu o normach do czasu, gdy sytuacja na rynku pracy się nie zmieni. Wreszcie zwracamy uwagę na to, że szpitale powiatowe nie korzystają w odpowiedni sposób z pracy rezydentów. Jest ich wielu w szpitalach większych, do nas trafiają rzadko. I chcemy to zmienić.

– Mamy czterech rezydentów, ale z chęcią byśmy przyjęli co najmniej drugie tyle, bo to dla szpitala czysty zysk – dodaje Andrzej Kowalski, dyrektor ds. medycznych szpitala w Wieluniu. – Ale uważam, że to również zysk dla samych rezydentów, którzy tu mogą się nauczyć więcej niż w klinice czy wielkim szpitalu wojewódzkim. W szpitalach powiatowych zespoły oddziałowe są małe, ale z reguły zgrane i każdy młody lekarz od razu ma możliwość bezpośredniego leczenia czy operowania pacjentów. W przypadkach wątpliwych, może zawsze porozmawiać lub skonsultować coś ze starszymi kolegami i koleżankami. To tu, w takich szpitalach jak nasz, funkcjonuje wciąż stary układ mistrz-uczeń.

Bunt powiatowych dyrektorów

Maciej Biardzki, menedżer ochrony zdrowia, ekspert w dziedzinie jej organizacji i finansowania, publicysta, pisze w artykule opublikowanym na łamach medexpres.pl: „Wygląda na to, że dochodzimy do przesilenia w systemie opieki zdrowotnej. Chroniczne braki finansowe, na które nałożyły się narastające braki kadrowe, powodują coraz większe napięcia. Polityka prowadzona przez obecny resort zdrowia, z podpisywaniem odrębnych porozumień z kolejnymi grupami zawodowymi, okazuje się katalizatorem prowadzącym do wybuchu. Od lipca do grona protestujących dołączyły szpitale powiatowe. Protest szpitali powiatowych jest o tyle specyficzny, że protestują nie ich pracownicy, a zarządzający tymi jednostkami, wspierani przez ich organy tworzące – samorządy powiatowe”.

– Nasz szpital jest coraz bardziej zadłużony. Na koniec roku może to być w skrajnym przypadku nawet trzy miliony złotych, gdy tymczasem zaplanowaliśmy wcześniej, że nie przekroczy ono miliona złotych strat. Do podwyżkowego biznesu będziemy musieli dołożyć z własnego budżetu, gdy tymczasem nasz kontrakt z NFZ się nie zmienił – mówi dyrektor J. Atłachowicz i dodaje: – Podczas sesji powiatu, na której informowałem o pesymistycznym wariantcie dotyczącym zadłużenia, mówiłem, że ktoś będzie musiał pokryć ten ujemny wynik. Kto? W przypadku szpitali powiatowych, czy to będących SPZOZ-ami, czy też spółkami samorządowymi, to będzie starostwo, jeśli oczywiście nie dojdzie do likwidacji lecznicy.

Taki scenariusz rysuje w rozmowie z dziennikarzem TOK FM były wiceminister zdrowia Jakub Szulc, który przyznaje, że dla kierownictwa szpitali „lojalki” to po-

wód do zmartwień, ale jest to również wielkie zmartwienie ministra zdrowia. Jeżeli będzie tak, że jeden lekarz pracuje na jednym etacie, to już dzisiaj można mówić o zamknięciu około 25% szpitali, głównie powiatowych. Do tego umowa o pracę to dla budżetu każdego szpitala większe obciążenie niż kontrakt. Dodatkowo, lekarz zatrudniony na umowie ma wyznaczoną określoną z góry liczbę godzin pracy, więc skończyć trzeba będzie z trwającymi kilkadziesiąt godzin dyżurami. Lekarzy będzie coraz bardziej brakować...

Dla polityków nie ma okresu przejściowego

Najgorsze jest to, że wszelkimi zmianami dyrektorzy szpitali powiatowych są zaskakiwani, o niektórych dowiadują się z mediów. Problem w tym, że zbliża się końcówka września, a nie wiedzą, jak zaplanować dyżury na październik, bo dopiero na koniec września, a nawet później zostanie dokonany wstępny bilans, ilu lekarzy złożyło wnioski o podwyżki w zamian za podpisanie „lojalek” oraz które szpitale zostaną wpisane przez NFZ na listę „zagrożonych”.

– Dla polityków nie ma okresu przejściowego, odnośmy wrażenie, że dla nich wszystko da się zrobić z dnia na dzień. Wiadomo, że zmian w ochronie zdrowia nie załatwi się w tydzień ani w miesiąc, ani w kwartał, to są długofalowe procesy, które wymagają podejmowania decyzji organizacyjnych, kadrowych, finansowych, przy zachowaniu bezpieczeństwa dla pacjentów – podsumowuje naszą rozmowę dyrektor wieluńskiego SPZOZ.

Szpitale powiatowe szykują się na wojnę, za sojuszników mają starostwa powiatowe. Postulaty, o których była mowa wyżej, sformułowane zostały we wspólnym stanowisku podjętym na spotkaniu przedstawicieli Ogólnopolskiego Związku Pracodawców Szpitali Powiatowych oraz Związku Powiatów Polskich w dniu 18 sierpnia br. Podobne postulaty, a nawet bardziej „roszczeniowe” wobec decydentów ochrony zdrowia, podjęła Polska Federacja Szpitali.

W obronie szpitali powiatowych stanęło też Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej, które w swoim stanowisku, podjętym 20 lipca br. zwróciło uwagę, że ryczałtowy system finansowania szpitali w obecnym kształcie prowadzi nieuchronnie do ich dalszego zadłużenia się. Obowiązujący system ustalania ryczałtu skutkuje bowiem brakiem jakiegokolwiek wpływu szpitali na wielkość ich budżetu, który bazuje na poziomie wykonania świadczeń w 2015 r. Prezydium NRL wysuwa też argument, że istniejące możliwości zwiększenia przychodów szpitali, np. poprzez wykonywanie zwiększonej ilości nielimitowanych świadczeń, są zdecydowanie niewystarczające z punktu widzenia możliwości prowadzenia gospodarki finansowej tych placówek.

Nina SMOLEŃ

(przedruk z „Panaceum” nr 10/18)

WERYFIKACJA KOSZYKA ŚWIADCZEŃ GWARANTOWANYCH

Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji pracuje nad aktualizacją koszyka świadczeń gwarantowanych. – *W pierwszym roku ta weryfikacja ma objąć onkologię, kardiologię, okulistykę, ortopedię i traumatologię narządu ruchu* – informuje nas Ministerstwo Zdrowia. Zapowiada też przesunięcie części procedur z leczenia szpitalnego do opieki ambulatoryjnej.

Od wielu lat eksperci wskazują, że polski koszyk jest przeładowany i bardziej przypomina worek, do którego wpadają wszystkie świadczenia finansowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia. W grudniu 2015 r. ówczesny wiceminister zdrowia Krzysztof Łąda zapowiedział porządkowanie koszyka przez ekspertów m.in. w zakresie oceny technologii medycznych – tzw. koszykarzy.

To porządkowanie koszyka ma polegać, m.in., na usunięciu z niego części i zastępowaniu ich bardziej efektywnymi klinicznie i kosztowo.

Dr Jerzy Gryglewicz, ekspert Instytutu Zarządzania w Ochronie Zdrowia w Uczelni Łazarskiego, przypomina, że koszyk świadczeń gwarantowanych powstał w wyniku orzeczenia Trybunału Konstytucyjnego z 2004 r. TK stwierdził wówczas, że obywatele powinni wiedzieć, co im się należy w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego.

– *Koszyk, czyli wykaz świadczeń gwarantowanych oraz warunków ich udzielania, powstał w 2009 r. poprzez przepisanie katalogów NFZ. Zmarnowaliśmy więc szansę na to, aby popracować nad prawdziwym koszykiem trochę dłużej i staranniej, a nie zaledwie kilka tygodni. W krajach Europy Zachodniej taki proces trwa latami* – stwierdza ekspert.

Mniej szpitalnie, bardziej ambulatoryjnie

Dodaje, że koszyk nadal jest zbiorem wszystkich świadczeń finansowanych przez NFZ.

– *Plusem rozwiązania przyjętego w 2009 r. było to, że każde nowe świadczenie, aby mogło być finansowane przez Fundusz, musi przejść analizy, dokonywane głównie w Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji* – stwierdza dr Gryglewicz.

– *Największa praca powinna dotyczyć świadczeń szpitalnych. W tym katalogu jest mnóstwo procedur, które zamiast w szpitalu powinny być wykonywane ambulatoryjnie. Jednym z wielu przykładów jest leczenie osteoporozy, naprawę niewymagającą hospitalizacji* – podaje nasz rozmówca i zaznacza, że przesunięcie postępowania terapeutycznego ze szpitala do trybu ambulatoryjnego przyniesie istotne oszczędności dla publicznego płatnika.

– *Przesunięcie części świadczeń z zakresu leczenia szpitalnego do ambulatoryjnej opieki specjalistycznej nastąpi w ciągu czterech lat* – informuje nas Krzysztof Jakubiak,

rzecznik Ministerstwa Zdrowia, dyrektor Biura Prasy i Promocji MZ.

– *Teza o tym, że koszyk obejmuje prawie wszystkie świadczenia dostępne na rynku, może wynikać z dużej niedookreśloności jego zawartości, a w konsekwencji swobody dla lekarzy w doborze metod terapeutycznych i diagnostycznych* – zauważa rzecznik resortu zdrowia. – *W niektórych obszarach są dostępne prawie wszystkie technologie medyczne, ale są też obszary, gdzie brakuje zwłaszcza nowych technologii, charakteryzujących się potwierdzoną skutecznością zarówno kliniczną, jak i kosztową* – zaznacza Krzysztof Jakubiak.

Wskazuje zarazem, że uwzględnienie w koszyku wielu technologii nie oznacza, że wszystkie zostaną sfinansowane z publicznych pieniędzy: – *Nawet jeśli zagwarantujemy pacjentowi dwie metody operacji nowotworu, to dwie nie zostaną wykonane jednocześnie.*

Lekarz musi mieć wybór, ale...

Rzecznik MZ zauważa, że uwzględnienie w koszyku wielu technologii, oznacza, że „*dajemy lekarzom wybór co do metod diagnostycznych, terapeutycznych, czy innych w przywracaniu zdrowia pacjentom*”. – *Ten wybór należy zachować w jak największym stopniu. Jednak na pewno należy ograniczyć finansowanie ze środków publicznych metod nieefektywnych lub wręcz o udowodnionej szkodliwości* – zastrzega Jakubiak.

Przypomina, że 15 marca 2018 r. wiceminister zdrowia Zbigniew Król zwrócił się do prezesa AOTMiT Romana Topór-Mądrego z wnioskiem o ocenę zasadności zmiany technologii medycznej we wszystkich świadczeniach gwarantowanych w zakresach: podstawowa opieka zdrowotna, ambulatoryjna opieka specjalistyczna oraz leczenie szpitalne.

Resort zdrowia podaje, że przewidywanym efektem wypracowanych zmian ma być:

1. Uszczelnienie wykazu świadczeń gwarantowanych poprzez dokładne określenie, jakie procedury przysługują w określonym stanie zdrowia.
2. Ograniczenie wydatków na świadczenia o udowodnionym braku efektywności, nieudowodnionej efektywności klinicznej oraz świadczeń o udowodnionej szkodliwości (...).
3. Wskazanie świadczeń najbardziej skutecznych spośród dostępnych oraz najbardziej efektywnych kosztowo spośród dostępnych.
4. Poprawa efektywności świadczeń poprzez opisanie optymalnego modelu ich udzielania w zakresie świadczenia lub w propozycji do zaleceń postępowania.

5. Identyfikacja świadczeń zdrowotnych, które odpowiadają potrzebom zdrowotnym oraz identyfikacja niezaspokojonych potrzeb zdrowotnych i przygotowanie możliwych scenariuszy, które odpowiadają na te potrzeby zdrowotne.

Takie efekty mają być osiągnięte m.in. poprzez wspomniane przesunięcie części świadczeń z zakresu szpitalnego do AOS. W pierwszym roku weryfikacja świadczeń gwarantowanych ma objąć:

- onkologię,
- kardiologię,
- okulistykę,
- ortopedię i traumatologię narządu ruchu.

Czy kąpiel perelkowa powinna być refundowana?

– Kolejny koszyk, który wymaga gruntownej analizy, to leczenie uzdrowiskowe. Jest ono w Polsce tak zorganizowane, że korzystają z niego głównie osoby zdrowe. Powinniśmy postawić na rehabilitację w warunkach uzdrowiskowych. Przestańmy więc stosować picie wody mineralnej i kąpiele perelkowe jako świadczenia refundowane ze środków publicznych – zaznacza Jerzy Gryglewicz.

Podkreśla, że kilkaset milionów złotych, które NFZ przeznacza rocznie na uzdrowiska, należy przede wszystkim wykorzystać na rehabilitację poszpitalną o udowodnionej efektywności – W koszyku brakuje też obecnie dobrych programów rehabilitacyjnych dla konkretnych jednostek chorobowych. Dzisiaj finansuje się ze środków publicznych niektóre świadczenia rehabilitacyjne, które są nie tylko nieskuteczne, ale wręcz szkodliwe – mówi ekspert.

Jego zdaniem błędem jest prowadzenie prac nad koszykiem bez szerokiej dyskusji ze środowiskiem medycznym, w tym z konsultantami krajowymi w poszczególnych dziedzinach oraz z towarzystwami naukowymi. – To właśnie specjaliści mogą wskazać, które procedury nie powinny znajdować się w koszyku. Tymczasem stawiamy na tzw. koszykarzy, którzy są oczywiście bardzo ważni, jednak tak istotne zmiany powinny być przygotowywane w formie dialogu i dyskusji społecznej – podsumowuje dr Jerzy Gryglewicz.

Zasady korzystania ze świadczeń gwarantowanych

Dr Balicki, były minister zdrowia, zwrócił uwagę, że nawet jeśli na ochronę zdrowia będziemy przeznaczali 10% PKB, i tak będzie brakowało pieniędzy, aby wszystkie procedury finansować ze środków publicznych. – Dlatego nie tyle sam koszyk wymaga poważnych zmian, co zasady, na których pacjenci korzystają ze świadczeń gwarantowanych – podkreśla.

Dodaje: – Istotne więc jest precyzyjne określenie, według jakich zasad dana procedura jest finansowana ze środków publicznych. Trzeba otwarcie powiedzieć społeczeństwu, kiedy i dlaczego publiczny płatnik nie sfinansuje określonego świadczenia.

Marek Balicki wskazuje, że reguły finansowania świadczeń powinny uniemożliwiać sytuacje, w których część pacjentów korzysta ze środków publicznych na leczenie, nie odnosząc z niego korzyści zdrowotnych. – Te same pieniądze powinny być przeznaczane na skuteczne leczenie innych grup pacjentów. Oczywiście ustalenie nowych metod korzystania ze świadczeń w ramach publicznego finansowania wymaga społecznej akceptacji. Dlatego bardzo potrzebna jest publiczna debata na ten temat – mówi były minister zdrowia.

Także Krzysztof Jakubiak zauważa, że oprócz tego, co jest ujęte w koszyku, bardzo ważne jest, czy pacjent ma realny do tego dostęp. – Możemy mieć w koszyku nowoczesne i efektywne technologie, ale jeśli właściwy pacjent, we właściwym czasie, we właściwy sposób nie otrzyma tej technologii, to nie uzyskamy efektu zdrowotnego, na którym nam tak zależy – podkreśla rzecznik Ministerstwa Zdrowia.

Co, komu, w jakim terminie i standardzie?

Jakubiak dodaje, że wśród świadczeń gwarantowanych można również wskazać drogie technologie medyczne, pozostawione są bez dokładnego opisanie uprawnionych osób, warunków realizacji świadczenia (w szczególności w zakresie personelu medycznego), a także wymagań dotyczących jakości udzielanych świadczeń i oczekiwanego efektu zdrowotnego.

– Może to sprzyjać dużej swobodzie i nieodpowiedzialności, a w konsekwencji niegospodarności w wydatkowaniu publicznych funduszy oraz niedostosowaniu technologii do potrzeb pacjenta. Takie sytuacje powinny ulec ograniczeniu. Dlatego istotne jest dookreślenie w koszyku tych elementów, które są gwarancją udzielenia świadczenia: co, komu, w jakim terminie i standardzie? To zadanie jest właśnie realizowane we współpracy z AOTMiT – zaznacza rzecznik resortu zdrowia.

Dodaje: – Na początek koszyk zostanie zweryfikowany w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej oraz leczenia szpitalnego. Oczekujemy, że zadanie to zostanie zrealizowane w ciągu 4 lat.

Obecny stan prac nad koszykiem

MZ informuje nas, że prace dotyczące koszyka koncentrują się na:

- kwalifikacji nowych świadczeń opieki zdrowotnej jako świadczeń gwarantowanych
- pracach przekrojowych (związanych m.in. ze zmianą technologii, pracami koszykowymi sensu stricto)
- standaryzacji postępowania medycznego (proces budowy metodyki oraz opiniowanie zaleceń postępowania diagnostyczno-terapeutycznego).

„W roku 2018 – w modelu obejmującym przygotowanie od podstaw dokumentacji HTA (oceny technologii medycznych – red.) – realizowane są prace dotyczące 24 świadczeń opieki zdrowotnej (stan na dzień 6 lipca). Do-

kumentacja ta obejmuje analizę kliniczną opartą o wyniki systematycznych przeglądów literatury, ocenę wpływu finansowego oraz w uzasadnionych przypadkach ocenę ekonomiczną świadczeń” – wyjaśnia MZ.

„Prace przekrojowe skupione są w obszarze rehabilitacji leczniczej oraz w szeroko pojętym obszarze onkologii (Agencja zaplanowała finalizację prac do grudnia br.). Zaplanowane do równoległej realizacji prace analityczne w zakresie wybranych obszarów kardiologii, powinny zostać zakończone w pierwszym kwartale 2019 r.” – podaje ministerstwo.

– W obszarze standaryzacji ukończony został proces opiniowania, stanowiący podstawę opublikowania przez Ministerstwo Zdrowia zaleceń postępowania w obsza-

rze diagnostyki i leczenia raka piersi. Do końca bieżącego roku Agencja zakłada ukończenie opracowań dotyczących minimum 12 jednostek chorobowych z 4 specjalizacji medycznych, w tym w najbliższych miesiącach zalecenia w obszarze hematologii onkologicznej – informuje nas Krzysztof Jakubiak.

„W obszarze metodyki zaleceń opracowane i opublikowane zostały na stronie internetowej AOTMiT ramy metodyczne oraz adaptacja polska narzędzia Agree II, stanowiące podstawę procesu opracowywania zaleceń o wysokim stopniu jakości metodycznej” – podaje resort zdrowia.

Wojciech KUTA

(przedruk z „Rynku Zdrowia” nr 9-10/18)

MEDYCZNY NOBEL 2018 – IMMUNOTERAPIA W ONKOLOGII

Nagroda Nobla w dziedzinie fizjologii lub medycyny wręczona została po raz pierwszy w 1901 r. Pierwszą nagrodę otrzymał niemiecki bakteriolog Emil Behring, twórca surowic i szczepionek, m.in. przeciw tężcowi i błonicy. Dotychczas uhonorowano 214 osób, w tym 12 kobiet. Żaden z badaczy nie został nagrodzony medycznym Noblem dwukrotnie. W młodym wieku nagrodę otrzymał F. Banting za odkrycie insuliny, miał wtedy 32 lata. Natomiast Peyton Rous, odkrywca wirusów odpowiedzialnych za nowotworzenie, odbierał Nobla jako 87-latek.

10 grudnia w Sztokholmie zostaną wręczone medale i nagrody (9 mln koron szwedzkich, czyli 870 tys. euro) tegorocznym laureatom, a odbędzie się to w dniu rocznicy śmierci Alfreda Nobla.

Laureaci tegorocznego Nobla to – **James P. Allison**, profesor immunologii z M.D. Anderson Cancer Center (USA) oraz **Tasuku Honjo** pracownik Uniwersytetu w Kioto (Japonia). Komitet Noblowski w uzasadnieniu napisał, że nagroda przyznana zostaje za odkrycia dotyczące zastosowań immunoterapii w onkologii (*for their discovery of cancer therapy by inhibition of negative immune regulation – The Nobel Assembly at Karolinska Institutet*).

Badania J.P. Allisona dotyczące receptorów CTLA-4 obecnych na powierzchni limfocytów pozwoliły opracować nowoczesne metody immunoterapii. Umożliwiają one odblokowanie układu odpornościowego i jego stymulację do niszczenia komórek nowotworowych. Z kolei zasługą T. Honjo jest odkrycie receptorów PD1 na powierzchni komórek limfocytarnych, z którymi także wiążą się leki stosowane w walce z nowotworami. Oba typy receptorów, zarówno CTLA-4, jak i PD-1, określa się obecnie mianem punktów kontrolnych. Działające za ich pośrednictwem leki – inhibitory punktów kontrolnych – stały się prawdziwym przełomem w leczeniu za-

awansowanych form czerniaka. Z powodzeniem zaczęto je stosować także w terapii zaawansowanego raka płuca, nerki, nowotworów układu chłonnego, nowotworów głowy i szyi. Warto przy tym pamiętać, że każdego roku w Polsce rozpoznaje się czerniaka (od którego zaczęła się immunoterapia nowotworów) u 4 tys. osób. Nowoczesne prace nad immunoterapią dotyczyły właśnie leczenia tego jednego z najbardziej agresywnych nowotworów złośliwych.

Na powierzchni limfocytów obecne są receptory, które odpowiadają za hamowanie aktywności tych komórek, jak i receptory aktywujące limfocyty. Bez receptorów hamujących limfocyty byłyby komórkami nieustannie pobudzonymi, a to mogłoby prowadzić, i czasami prowadzi, do autoagresji. Oba badane przez Noblistów receptory (CTLA-4 i PD-1) należą do receptorów hamujących, niemniej mechanizmy ich działania są odmienne.

Amerykański badacz uznał, że zablokowanie receptora CTLA-4 może wywołać uaktywnienie limfocytów, które następnie zaatakują skutecznie komórki nowotworowe. Opracował więc przeciwciało, które zdolne jest przyłączać i blokować CTLA-4. W roku 1994 w eksperymentach prowadzonych na myszach wykazał, że podanie zwierzętom przeciwciała anty CTLA-4 powodowało zanikanie guzów nowotworowych u tych gryzoni. W roku 2010 uzyskano już świetne wyniki w badaniach klinicznych z zastosowaniem leku ipilimumab w leczeniu zaawansowanej postaci czerniaka. W roku 2011 amerykańska FDA wydała zgodę na dopuszczenie leku do użytku.

T. Honjo badał z kolei receptory PD-1, czyli receptory związane z procesem apoptozy (programowanej śmierci komórkowej – *programmed cell death protein*), które odkryte zostały w roku 1992. W tym przypadku receptory PD-1 rozpoznają komórkę nowotworową,

z tym, że sama komórka uzłośliwiona (nowotworowa) posiada też receptor PD-L1, który ma zdolność hamowania receptora PD-1 obecnego na limfocycie. Efektem jest nie tylko niezdolność limfocyta do zniszczenia komórki rakowej, ale sam limfocyt ulega przy tym uszkodzeniu. W tym przypadku zadaniem leku (przeciwciała) jest zablokowanie receptora PD-1 tak, aby nie został unieczynniony przez samą komórkę nowotworową. Dzięki temu pozostaje limfocyt komórką aktywną. Po raz pierwszy udowodnił to właśnie japoński badacz T. Honjo.

Immunoterapia to obecnie bardzo obiecujący i aktualny nurt w medycynie. Stale poszukuje się nowych zastosowań immunoterapii w leczeniu kolejnych jednostek chorobowych.

Marek JURGOWIAK

Dr n. med. Marek JURGOWIAK jest pracownikiem Katedry Biochemii Klinicznej CM UMK, przewodniczącym Rady Programowej „Primum”, członkiem Rady Programowej Centrum Nowoczesności Młyn Wiedzy.

(przedruk z „Primum” nr 11/18)

RODO BRONI, RODO RADZI, RODO NIGDY WAS NIE ZDRADZI...

...zwłaszcza od czasu, gdy pojawiły się jakieś wytyczne. Na stronach MZ oraz UODO został opublikowany „Poradnik po RODO w służbie zdrowia”, opracowany przez Ministerstwo Zdrowia i Ministerstwo Cyfryzacji. Dokument jest dobrą instrukcją postępowania dla podmiotów leczniczych, praktyk zawodowych lekarzy i lekarzy dentystów. W sposób prosty, rozsądny, na przykładach pokazuje, jak postępować, udzielać świadczeń zdrowotnych i jednocześnie chronić dane osobowe, a przede wszystkim, jak nie narażać się na kary. Już we wstępie do dokumentu czytamy „*Nie ujmując znaczenia i doniosłości przepisom RODO, personel medyczny powinien mieć przede wszystkim na względzie obowiązek ratowania zdrowia ludzkiego, poświęcając dobro, jakim jest ochrona danych osobowych*”. Nareszcie racjonalne spojrzenie, co prowadzi do przypisania właściwej wagi diagnostyce i leczeniu w zderzeniu z ochroną danych osobowych. Ale po kolei...

Rejestracja

Aby przyjąć pacjenta, należy go najpierw zarejestrować – poradnik ten szczegółowo informuje, jak to zrobić. Po pierwsze w podmiocie leczniczym należy wyznaczyć stanowisko do rejestracji, wskazać obszar, w którym powinien znajdować się tylko obsługiwany pacjent (ewentualnie także opiekun prawny, osoba towarzysząca – dzieci, osoby niepełnosprawne, seniorzy). Ww. obszar winien być wygradzony taśmą lub barierką, zaopatrzony w pisemną informację o konieczności przebywania wyłącznie jednej osoby. Zalecane jest oddzielenie kolejnych stanowisk np. płytą z pleksi (lub podobnego materiału) oraz utrzymanie odpowiedniej odległości pomiędzy stanowiskami, a – o ile warunki lokalowe na to pozwolą – wydzielanie osobnego pomieszczenia (lub kilku), poza korytarzem, do rejestracji.

Istotne jest również umożliwienie rejestracji telefonicznej lub elektronicznej poprzez wydzielenie odrębnego stanowiska. Jest to ważne dlatego, że pacjenci stojący w kolejce słyszą, co mówi osoba prowadząca rozmowę, mimo że jej się wydaje, że jest słyszana tylko przez pacjenta, z którym rozmawia. A dzwonić może osoba słabosłyszająca, do której należy głośniej mówić, powtarzać nazwisko i imię dla potwierdzenia uzyskanych informacji. Powyższe zagadnienia opisane są w pkt 1 ppkt a-h *Poradnika*. Postępowanie według powyższych wskazówek nie gwarantuje sukcesu, pozostaje bowiem tzw. czynnik ludzki – pacjenci najchętniej stoją przed rejestracją w bliskiej odległości od siebie – jeden za drugim, aby nikt nie wszedł do kolejki. Często prośby personelu o podchodzenie pojedynczo nie są respektowane. Ćwiczymy to od lat, gdyż to ustawa o prawach pacjenta – już dawno, w epoce przedRODOwocej – zobowiązywała nas do poszanowania intymności. Co ciekawe – w bankach, na lotniskach nikt linii i barierki wyznaczających stanowiska nie przekracza.

W *Poradniku* jest też informacja, że okazanie przez pacjenta dokumentu ze zdjęciem jest sposobem na identyfikowanie go podczas rejestracji. Możliwość okazania dokumentu ze zdjęciem przez pacjenta, to moim zdaniem punkt ważny nie tylko w odniesieniu do RODO, ale też niezwykle istotny przy ustalaniu prawa do świadczeń ze środków publicznych (e-wuś) czy też orzekania o czasowej niezdolności do pracy (ZLA). Rozdział 1 pkt 2 ppkt b *Poradnika* mnie nie przekonywa. Podano w nim, że w sytuacji, gdy pacjent odmówi okazania dokumentu ze zdjęciem, można poprosić go o podanie danych osobowych (imienia, nazwiska, numeru PESEL, adresu) ustnie lub – jak czytamy w ppkt c – o wpisanie ich do formularza. Spotkałem się w życiu zawodowym z sytuacją, gdy osoba znająca dane osobowe konkretnej osoby posłużyła się nimi do uzyskania nienależnego świadczenia. Jest to niebezpieczne z punktu widzenia postępowań prokura-

torskich, spraw sądowych, które mogą mieć miejsce w przypadku wykorzystania danych osobowych osoby, która zgłosi takie wykorzystanie. Samo sprawdzenie przez indywidualne konto pacjenta może sprokrować taką sytuację. To zdarzenia rzadkie w praktyce codziennej, ale z ostrożności procesowej domagałbym się dokumentu ze zdjęciem.

Jak wywoływać pacjentów do gabinetu?

To kolejne powodujące sporo kontrowersji w codziennej praktyce pytanie. Problem opisany został w pkt 2 *Poradnika*. Zagadnienie to urosło do problemu za sprawą różnych dziwnych i irracjonalnych rozwiązań. Przykład rozwiązania irracjonalnego – nadawanie pacjentom w jednej z placówek pseudonimów – np.: Gargamel, Afrodyta itd. *Poradnik* pokazuje możliwe i bezpieczne sposoby realizacji obowiązku ochrony danych osobowych, proponując różne sposoby. Jednym z nich jest wywoływanie po numerze ID nadanym w placówce, np. „*Pan nr 00667788, proszę do gabinetu*” (trochę odhumanizowany sposób – człowiek udający się do lekarza nie chce być kolejnym numerem). Kolejna, nowoczesna wersja – nad gabinetem wyświetla się elektronicznie numer ID pacjenta, wyświetlacz powiązany jest z elektronicznym systemem rejestracji. Inny, podobny sposób to wezwanie po godzinie wizyty, np. „*Pani umówiona na 17.30, bardzo proszę do gabinetu*” – może brzmieć lepiej. Bardzo dobrym sposobem jest wezwanie po imieniu, np. „*Pani Dobrosławo, proszę do gabinetu*”. Trudniej jest w praktyce, gdy pod gabinetem czekają trzy Dobrosławy. Można wówczas dodać – „*umówiona na 17.30*”, można także, gdy poczekalnia jest wspólna dla 3–4 gabinetów, podać numer właściwego gabinetu. Kolejny pomysł do zastosowania w praktyce to numerki do poszczególnych gabinetów z umówioną godziną w różnych kolorach – wówczas prosimy: „*Z czerwoną karteczką nr 3 do gabinetu 777*”. W praktykach zawodowych dla pacjentów leczonych przewlekłe, najczęściej znanych osobiście i pamiętanych przez personel medyczny wystarczy: „*Pani Dobrosławo, zapraszam*”.

Informacje na drzwiach

Opisany dokument – *Poradnik* zamyka też dyskusję na temat tego, czy na drzwiach gabinetu mogą się znajdować takie dane, jak imię i nazwisko lekarza, jego specjalizacja i godziny przyjęć. W mediach pojawiały się opinie, że na drzwiach może być tylko numer gabinetu, np. 777, oraz godziny przyjęć, np. 20. 20.–23. 40, a informacja o specjalizacji lekarza stanowi komunikat dla osób postronnych, że konkretny pacjent czekający pod drzwiami specjalisty np. dermatologii i wenerologii ma jakiś problem zdrowotny związany z tą

dziedziną medycyny – odbiór społeczny niezbyt dobry. Obecnie wytyczne w opracowanym dokumencie potwierdzają jednoznacznie, że takie dane powinny być na drzwiach, a w przypadku realizacji świadczeń na podstawie ustawy o świadczeniach finansowanych ze środków publicznych na podstawie umowy z NFZ – dla spełnienia ogólnych warunków umów – dane na drzwiach gabinetów dodatkowo powinny być zgodne z danymi w SZOI (system NFZ do zgłaszania potencjału podmiotu).

Ochrona danych ochroną danych, a że pacjenci w ogólnej poczekalni podczas oczekiwania na wizytę opowiadają sobie o wszystkich chorobach, na które cierpią – to ich prawo, a naszym obowiązkiem jest dane stanowiące tajemnicę lekarską chronić. SIC!

Rozmowa z pacjentem

W pkt 4 *Poradnika* znajdujemy odpowiedź na pytanie – może mniej dotyczące praktyk zawodowych lekarzy, a bardziej problemów podmiotów leczniczych świadczących usługi całodobowe szpitalne i pozaszpitalne – czy można rozmawiać z pacjentem o jego chorobie w obecności innych pacjentów i jak się do pacjenta zwracać. Problem by nie istniał, gdyby szpitale dysponowały salami jednoosobowymi. W praktyce najczęściej szpitale publiczne dysponują salami wieloosobowymi, a sale jednoosobowe są zazwyczaj izolatami, a zatem jest ich niewiele. Standard, do którego dążymy, to sale dwuosobowe, a zatem problem rozmów z pacjentami w obecności innych pacjentów jest powszechny, a przy tym poważny. W *Poradniku* rozróżniono 2 sytuacje – bardzo odmienne w zakresie wagi przekazywanych pacjentom informacji w sali chorych w obecności innego pacjenta. I tak wiadomości dotyczące przebiegu procesu leczenia, postawionej diagnozy, zgody na zabiegi powinnyśmy przekazywać na osobności, a zatem przykładowo w pokoju konsultacyjnym, o ile stan zdrowia pacjenta na to pozwala, czyli może przejść do takiego pokoju lub bez uszczerbku dla stanu zdrowia zostać przetransportowany. W sytuacji kiedy stan zdrowia nie pozwala przenieść pacjenta, a pacjent pyta o stan zdrowia, to w myśl instrukcji z analizowanego *Poradnika* ważniejsze jest prawo pacjenta do informacji o stanie zdrowia, niż prawo do poszanowania intymności. W każdym przypadku zachowajmy zdrowy rozsądek i chwilę się zastanówmy, jakiej informacji udzielimy.

W drugiej sytuacji – kiedy mamy do przekazania pacjentowi informacje dotyczące bieżącego monitorowania stanu zdrowia, wyników badań, planowanych badań, zmiany dawki leku – przekazanie informacji jest możliwe przy innych pacjentach. Informacje przekazujemy ścisłym głosem, tak, aby nie było słychać na całym korytarzu, stosujemy parawany pomiędzy

stanowiskami. Zachowajmy jednak czujność i rozsądek, bo informacji o planowanym badaniu w kierunku np. HIV z uwagi na dodani wynik USR z oczywistych względów nie powinniśmy przekazywać w obecności innych pacjentów na sali chorych.

Ważne jest to, że w sytuacji zagrożenia życia możemy rozmawiać tu i teraz, bez względu na miejsce i obecność innych osób, gdyż zwłoka może zagrozić zdrowiu i życiu pacjenta, ale w razie skarg i zarzutów musimy umieć wykazać, że taka szczególna sytuacja ratowania życia miała miejsce. Z powyższą kwestią wiąże się kolejna – czy lekarz, pielęgniarka lub położna może zwracać się do pacjenta po imieniu i nazwisku w wieloosobowej sali chorych. Nie. Powinniśmy stosować formę Pan/Pani i ewentualnie dodać imię pacjenta. Wyjątki – to brak możliwości identyfikacji pacjenta po imieniu czy czynności ratujące życie, jak opisałem powyżej.

Kolejne pytanie: Czy można oznaczać produkty lecznicze imieniem i nazwiskiem pacjenta (dotyczy to żywienia pozajelitowego, chemioterapii)? Tak, można. Informacja o tym znajduje się w rozdziale 7 *Poradnika*. Wynika to z troski o bezpieczeństwo pacjenta i chęci uniknięcia błędów. Umożliwia personelowi medycznemu sprawdzenie danych na każdym etapie. Dobrą praktyką, od lat stosowaną, jest zasłonięcie nazwiska podczas podawania produktu leczniczego na sali chorych.

Karty przyłóżkowe

Rozdział 9 dotyczy informacji zawartych w tzw. karcie przyłóżkowej, umieszczonej na łóżku chorego. To dokument, który musimy prowadzić, ale jednocześnie masa wpisów dokonywanych na karcie gorączkowej nie jest dokumentem, gdyż nie ma tam dokonanej autoryzacji, czyli imienia i nazwiska osoby dokonującej wpisu i numeru prawa wykonywania zawodu. Wpis „RR 120/80” mógł być wykonany przez salową – bo jak udowodnić, że przez magister pielęgniarstwa ze specjalizacją, gdy nie ma autoryzacji? Ten problem nie występuje, gdy prowadzimy kartę gorączkową w systemie elektronicznym – wówczas wiadomo, kto wpisu dokonał, nie występuje również dylemat, czy można ją powiesić przy łóżku.

Autorzy *Poradnika* dopuszczają powieszenie karty gorączkowej na łóżku pacjenta pod warunkiem, że jest ona zakryta, odwrócona, czyli tak umieszczona i zabezpieczona, by osoba postronna stojąca przy łóżku nie mogła jej przeczytać. Niemniej taka forma nie jest zabezpieczeniem przed dostępem przez osoby postronne do informacji zawartych w karcie – kartę można odwrócić, zdjąć osłonę i przeczytać, a to stanowi naruszenie. Przepisy o akredytacji szpitali już dawno nie pozwalały, aby karta gorączkowa znajdowała się

przy łóżku, identyfikację zapewnia opaska na rękę pacjenta. Niemniej nawet w szpitalach akredytowanych można znaleźć karty przy łóżkach pacjentów, wyczytać z nich i diagnozę, i jakie leki zaordynowano. Nierzadko zdarza się na poparcie takich działań usłyszeć bezsensowny argument „bo zawsze tak było”.

Udzielanie informacji o pacjencie

Dochodzimy już do końca *Poradnika*. Na deser dylemat głośny medialnie z powodu odmowy przez personel szpitala odpowiedzi na pytanie, czy w placówce przebywa dane dziecko po wypadku samochodowym (głośna medialnie sprawa z okresu już po wejściu w życie przepisów RODO). A zatem – czy przekazać osobie dzwoniącej do placówki medycznej i przedstawiającej się jako np. matka dziecka (o znanym nam imieniu, nazwisku, numerze PESEL i miejscu zamieszkania) informację o tym, że trafiło ono do placówki. Odpowiedź brzmi: TAK. Postępujemy tak w sytuacjach takich jak: klęska żywiołowa, masowe wypadki, wtedy gdy poszkodowani są rozmieszczeni w kilkunastu placówkach ochrony zdrowia, a bliscy poszukują informacji o miejscu pobytu i stanie zdrowia danej osoby. Udzielamy odpowiedzi po uprawdopodobnieniu, że osoba dzwoniąca to matka dziecka – zna PESEL, adres i na przykład imię ojca. Wszystko zadziała, gdy dziecko jest w odpowiednim wieku do podania danych osobowych i było przytomne, gorzej, gdy mały pacjent jest bez kontaktu i mamy jedynie imię dziecka. Wówczas, w przypadku takich masowych zdarzeń, nadrzędne jest prawo osoby bliskiej, opiekuna prawnego do uzyskania wnioskowanej informacji.

Przedstawiony *Poradnik* oceniam pozytywnie. W prosty, ale i wielowariantowy sposób instruuje, jak zachować się w konkretnych sytuacjach. W dokumencie zachowano w interpretacji przepisów zdrowy rozsądek, co pozwala w sytuacjach nagłych nie komplikować życia osobom udzielającym pomocy i skupić się na ratowaniu życia. Zachęcam do zapoznania się i stosowania. Mam nadzieję, że zaznajomienie się z treścią *Poradnika* pozwoli Państwu sprawnie realizować z jednej strony – obowiązki związane ze świadczeniem usług medycznych, a z drugiej – nie zapominać o zasadach ochrony danych osobowych. Przedstawione powyżej zagadnienia nie wyczerpują tematyki RODO w praktyce zawodowej lekarza, ale o tym w kolejnym odcinku. Dobranoc Państwu, gdyż pewnie uśpiłem już wszystkich potencjalnych czytelników.

Dr n. med. Marek LEWANDOWSKI
Dyrektor SP WZOZ MSWiA w Bydgoszczy

(przedruk z „Primum” nr 11/18)

DWA STANDARDY LECZENIA

Lekarze dentyści zostali w systemie ochrony zdrowia w Polsce zepchnięci do działalności komercyjnej. W zdecydowanej większości jesteśmy nie tylko lekarzami, ale również przedsiębiorcami. Prowadzimy jednoosobowe gabinety stomatologiczne, pracujemy również w większych zespołach i klinikach dentystycznych. W każdym z tych miejsc zderzamy się z tym samym problemem. Jest nim rozbieżność między leczeniem, które możemy zaoferować pacjentowi w ramach kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia, a usługą komercyjną. W drugim przypadku zapewniamy leczenie na światowym poziomie, stosujemy technikę i materiały spełniające najwyższe standardy, ale jest to świadczenie kosztowne. W pierwszym – ograniczeni kontraktem i warunkami finansowania, które narzuca NFZ – nie wykorzystujemy na rzecz pacjenta tego, co nakazuje współczesna wiedza medyczna i umożliwia lekarzowi dentyście nowoczesna stomatologia.

Chcemy leczyć nie tylko komercyjnie. Pacjent powinien mieć wybór, w którym gabinecie, czy w ramach

ubezpieczenia, czy komercyjnie, skorzysta z usługi. Podkreślam, chcemy przyjmować pacjentów w ramach kontraktu z NFZ, ale wymagania, jakie fundusz nam stawia, są trudne do zaakceptowania. Musimy dostosowywać się do płatnika i oferować chorym leczenie metodami, które nie przystają do współczesnych standardów. W rezultacie pacjenci wyrabiają sobie błędną opinię o polskich stomatologach. Powinniśmy tę kwestię uświadamiać społeczeństwu i wskazywać, że środki przeznaczone w budżecie NFZ na stomatologię są zbyt małe, nie wystarczają do zaspokajania potrzeb. Tym bardziej, że coraz mocniej podkreśla się znaczenie stanu jamy ustnej dla zdrowia całego organizmu, a w licznych przypadkach związanych z leczeniem innych schorzeń, np. przed wieloma zabiegami operacyjnymi, wymaga się od pacjenta zaświadczenia z gabinetu stomatologicznego.

Dariusz PALUSZEK

Wiceprezes ORL w Warszawie ds. lekarzy dentyistów

(przedruk z „Pulsu” nr 11/18)

PRZY KAWIE O... KAWIE

Osoby pijące kawę żyją dłużej – takie doniesienia płynące z laboratoriów naukowych z pewnością stanowią zachętę do sięgnięcia po filiżankę małej czarnej. Nie zastanawiamy się jednak najczęściej, co sprawia, że temu popularnemu napojowi przypisuje się aż taką moc. Nazwa kawa wywodzi się z arabskiego kahwa (kahwah), co oznacza... napój przyrządzany z roślin. To, co zawierają ziarna kawy, w dużej mierze zależy od gatunku zielonego krzewu, ale także od warunków klimatycznych w jakich jest uprawiany.

Prozdrowotne właściwości kawy dotyczą zarówno tej z kofeiną, jak i bezkofeinowej. Co zatem innego – poza kofeiną – kryje się w ziarnach kawy i stanowi o tym, że jej zwolennicy rzadziej cierpią na choroby sercowo-naczyniowe, zaburzenia neurologiczne czy też cukrzycę typu 2? Ciekawa jest także obserwacja, że wśród miłośników kawy mniej jest też samobójców. Czy to wynik działania składników zawartych w ziarnach, czy raczej efekt związany np. z towarzyskim stylem życia lub typem usposobienia i odbioru otaczającej rzeczywistości – do końca, może na szczęście, nie wiadomo. A zatem warto kawę pić zarówno w aspekcie życia towarzyskiego, jak i z przyczyn czysto zdrowotnych.

Wedle różnych źródeł kawa może zawierać nawet tyśiąc biologicznie aktywnych składników. Zawartość poszczególnych substancji zależy nie tylko od gatunku kawy, ale i sposobu jej parzenia. Składniki te to: kofeina, kwas chlorogenowy, trigonelina, włókna rozpuszczalne, białka, tłuszcze, minerały, witamina niacyna, melanoidy oraz szereg związków lotnych. Z punktu widzenia naszego zdrowia najistotniejszymi składnikami kawy wydają

się być: kofeina, kwas chlorogenowy i diterpeny. Związki te mają działanie antyoksydacyjne, hepatoprotekcyjne, przeciwzapalne, przeciwbakteryjne, przeciwwirusowe oraz rozkurczające dla mięśni gładkich.

W uśa od 30 lat prowadzone są badania obejmujące dużą liczbę, bo aż 210 tys., kobiet i mężczyzn. Kilka lat temu pismo New England Journal of Medicine opublikowało wyniki obserwacji 400 tys. kobiet i mężczyzn, z których wynika, że częste picie kawy znacząco zmniejsza ryzyko zgonu z powodu udaru mózgu, cukrzycy i chorób układu oddechowego. Prawdopodobnie jedną z przyczyn takiego działania kawy jest to, że substancje w niej zawarte zmniejszają oporność organizmu na insulinę oraz mają działanie przeciwzapalne, a wiemy, że stany zapalne towarzyszą rozwojowi i przebiegowi wielu chorób. Należy też odnotować wyniki innych badań opublikowane w Cancer Causes Control, które nie potwierdziły przypuszczeń, jakoby kawa zmniejszała ryzyko raka prostaty u mężczyzn, a jeszcze inne badania (European Food Safety Authority Study) sugerują nawet, że wypijanie czterech filiżanek kawy dziennie sprzyja nerwowości, lękom czy też napadom paniki. Niemniej, obecnie zauważamy przewagę tych dobrych stron działania czarnego naparu, stąd warto przyjrzeć się niektórym jego aktywnym składnikom.

Zawartość kofeiny zależy od gatunku kawy, np. ziarna arabiki zawierają 1,2 do 1,4% kofeiny, a ziarna robusty 1,2 do 3,3% tego składnika. Kofeina jest metylksantyną. Podlega metabolizowaniu w wątrobie, z udziałem cytochromu P450, do trzech pochodnych – paraksantyny, teofiliny i teobrominy. Mechanizm jej działania opie-

ra się na blokowaniu funkcji adenozyliny za pomocą jej receptorów A1, A2A, A2B, A3, poprzez mobilizację puli wewnątrzkomórkowej wapnia, hamowanie fosfodiesterazy (PDEs), modulowanie działania receptora dla benzodiazepin (GABAA), hamowanie przekazników cAMP, zwiększenie poziomu katecholamin.

W filiżance kawy kofeina może występować (zależy to także od sposobu jej przygotowania) w ilości od 50 do 380 mg. Wedle obecnego stanu wiedzy – 500 mg kofeiny dziennie to dla większości osób dawka zupełnie bezpieczna. Zatem wypicie każdego dnia od jednej do 3-4 filiżanek kawy, wydaje się nie tylko bezpieczne, ale i przynoszące korzyści miłośnikom kawy. W tym aspekcie ciekawe są wyniki badań (Uniwersytet Floryda) wskazujące, że kofeina może hamować odkładanie się złogów amyloidowych w mózgu, a te uchodzą obecnie za czynnik sprawczy rozwoju choroby Alzheimera. Gryzoniom, u których wywołano chorobę Alzheimera, podawano wodę z zawartością kofeiny w ilości 500 mg (odpowiednik około 5 filiżanek kawy). Dwa miesiące wystarczyły, żeby zwierzęta lepiej sobie radziły w testach mierzących pamięć i myślenie od pozostałych – niepijących kofeiny myszy. Jednocześnie odnotowano ubytek liczby płytek amyloidowych w mózgu i to aż o połowę. Efekt ten tłumaczy się wpływem kofeiny na działanie enzymów niezbędnych do formowania amyloidu. Kofeina hamuje też procesy zapalne prowadzące do odkładania amyloidu. Ma więc nie tylko działanie ochronne, zapobiegając chorobie, ale może pomóc także pacjentom, u których rozwinęła się już choroba. Oczywiście daleka jeszcze jest droga do tego, żeby stwierdzić jednoznacznie, że picie kawy może przynieść pomoc pacjentom cierpiącym na tą wyniszczającą chorobę.

Kolejnym składnikiem kawy są kwasy chlorogenowe. Zaliczane są do polifenoli. Oczywiście jest rola antyoksydacyjna tych związków, a niedawno dowiedziono, że mogą być modulatorami szlaków komórkowych zaangażowanych w patomechanizm schorzeń neurodegenera-

cyjnych. Poprzez swoją aktywność antyoksydacyjną i zapewne inne, nie poznane dotąd mechanizmy działania kwasy chlorogenowe wykazują także działanie w profilaktyce przeciwnowotworowej. I tu ciekawa uwaga dla pijących kawę z mlekiem. Białka mleka, szczególnie o dużej zawartości proliny, takie jak kazeina, mogą wiązać związki fenolowe i przez to wpływać na niwelowanie ich aktywności, a co za tym idzie ich działania prewencyjnego.

Kolejne aktywne biologicznie składniki kawy to kafeol i kaweol należące do związków znanych jako diterpeny. Są rozpuszczalne w tłuszczach i obecne są w oleju ziaren kawy. Wykazują spory potencjał antyoksydacyjny i przeciwnowotworowy. Picie kawy, która zawiera diterpeny poprawia stosunek frakcji lipoproteinowych LDL i HDL na korzyść tej drugiej oraz stosunek apolipoproteiny B do apolipoproteiny A1. Co też ciekawe, diterpeny podwyższają poziom cholesterolu całkowitego i triglicerydów, szczególnie u kobiet, więc picie kawy w ilości powyżej 5-10 filiżanek dziennie może być szkodliwe. Kawa w ilości 3-5 filiżanek dziennie to dawka zalecana.

Obecnie diskutowany jest wpływ kawy na organizm człowieka w aspekcie patomechanizmu oraz działań profilaktycznych w odniesieniu do chorób sercowo-naczyniowych, chorób autoimmunologicznych, układu kostnego i mięśniowego, a także w profilaktyce zmian starzeniowych. Jedno nie podlega dyskusji – kawa ma istotne znaczenie społeczne, związane z relacjami międzyludzkimi – jest synonimem budowania i podtrzymywania relacji towarzyskich i zawodowych, a jej odkryte działania prozdrowotne i przeciwstarzeniowe niech stanowią zachętę do codziennej ...małej czarnej.

Marek JURGOWIAK

Dr n. med. Marek JURGOWIAK jest pracownikiem Katedry Biochemii Klinicznej CM UMK, przewodniczącym Rady Programowej Primum, członkiem Rady Programowej Centrum Nowoczesności Młyn Wiedzy.

(przedruk z „Primum” nr 10/18)

ZAKAŻENIE EMOCJONALNE

Tradycyjnie szerzej rozprzestrzeniające się zimą infekcje dróg oddechowych w tym roku zostały wyparte przez szybko namnażające się patogeny zakażenia emocjonalnego. To specyficzne schorzenie zaatakowało szerokie rzesze obywateli w Polsce i wielu innych krajach połączonych wspólną przeszłością wojenną. Cechą powodującą wybuch zakaźnych emocji jest odmienne podejście interpretacyjne do tych samych faktów.

Od dawna wiadomo, że emocje są zaraźliwe. Pierwszy zwrócił na to uwagę Carl Gustav Jung w 1935 r., podczas jednego ze swoich wykładów. Rozważania o zakażeniu społecznym były modne w XIX w., gdy

debatowano o zbiorowych histeriach i psychozach. Wszyscy spotkaliśmy się z zaraźliwym śmiechem. To skądinąd sympatyczne zjawisko jest współcześnie wypierane przez zaraźliwą nienawiść, szerzącą się głównie przez media internetowe.

Wszystkie takie zjawiska są określane mianem zakażenia społecznego. Obejmuje ono przenoszenie procesów behawioralnych, poznawczych i afektywnych. Koncentrując się na zagadnieniach związanych z afektem, trzeba odróżnić nastrój od emocji. Uważa się, że nastrój jest zjawiskiem rozciągniętym w czasie, o niewielkim natężeniu, powstającym stopniowo. Trudno określić początek nastroju, jego największe nasilenie

oraz zakończenie. Emocje zaś są krótkotrwałe, intensywne, mają wyraźny początek i zakończenie. Odróżnia się więc zakażenie nastrojem i zakażenie emocjonalne. Oba stany zaliczane są do zakażenia afektywnego.

Stany zakażenia emocjonalnego mogą służyć komunikacji między ludźmi. Do niedawna badania nad zakażeniem emocjonalnym były prowadzone na niewielkich grupach i dlatego nie zawsze można było wnioski z nich rozciągać na większe populacje.

Klinicyści nie zajmują się szczęściem

Klasycznie wykształceni klinicyści nie zajmują się szczęściem, jest ono poniżej ich naukowej uwagi. A po winni! Na łamach „British Medical Journal” w 2008 r. ukazało się doniesienie „*Dynamic spread of happiness in a large social network: longitudinal analysis over 20 years in the Framingham Heart Study*” (1). Zbadana w zakresie czynników ryzyka schorzeń układu krążenia populacja miasteczka Framingham, niedaleko Bostonu, została poddana jeszcze jednej analizie przez Jamesa H. Fowlera z Department Political Science, University of California oraz Nicholasa A. Christakisa z Department of Health Care Policy, Harvard Medical School i Department of Sociology, Harvard University. Ciekawe, że populacją Framingham zainteresowali się przedstawiciele nauk społecznych, a nie stricte medycznych, jak to miało miejsce do tej pory.

Celem było sprawdzenie, czy uczucie bycia szczęśliwym może rozprzestrzeniać się z osoby na osobę w sieci społecznej i czy istnieją nisze szczęścia w obrębie tej sieci. Badaniem objęto 4.739 osób w okresie od 1983 do 2003 r. Szczęście mierzono (tak!) w skali czterostopniowej oraz przez analizę zachowań. Okazało się, że gdy ktoś jest szczęśliwy, jego przyjaciółom zamieszkałym w odległości nie większej niż 1 mila (1,6 km) udziela się to uczucie. O 25% czują się bardziej szczęśliwi. Podobnie, jak z najbliższymi sąsiadami, ma się sprawa ze współmałżonkami i rodzeństwem – im też udziela się stan szczęśliwości. Nieszczęścia i frustracji nie badano, ale można sądzić, że udzielają się na podobnych zasadach.

Epidemia otyłości

Wszyscy znamy to określenie, ale nie bierzemy pod uwagę jego zakaźnego charakteru. A może powinniśmy? Wskazuje na to inne badanie przeprowadzone na społeczności Framingham. Wyniki opublikowano na łamach „The New England Journal of Medicine” (N Engl J Med. 2007 Jul 26;357(4):370-9. Epub 2007 Jul 25). Doniesienie ma tytuł „*The spread of obesity in a large social network over 32 years*”, a autorami są N.A. Christakis i J.H. Fowler. W okresie 1971–2003 na grupie 12.067 osób oceniano, czy BMI danej osoby ma jakiś związek z BMI jej rodziny, krewnych oraz przyjaciół. Okazało się, że ryzyko stania się oty-

łym zwiększa się o 57%, gdy mamy grubasa w rodzinie lub wśród przyjaciół. Gdy nasz brat lub siostra cierpią na otyłość, nasze ryzyko zostania osobą otyłą rośnie o 40%, a gdy wysokie BMI ma jeden małżonek, ryzyko wzrostu BMI u drugiego zwiększa się o 37%.

Epidemia nastrojów udzielonych

Przedstawione tu badania dotyczyły zdarzeń z życia codziennego. Ktoś miał realny powód, aby być szczęśliwym, i podzielił się wiadomością o swoim szczęściu z sąsiadem. Ktoś lubiący grillować zaprosił na wspólną degustację swojego sąsiada raz, drugi... i obaj popadli w nadwagę lub otyłość.

W dobie mediów masowych i Internetu duża część naszego życia dzieje się w środowisku elektronicznym. I okazuje się, że tu również jest miejsce na zakaźne nastroje. Przekonano się o tym w sposób naukowy, testując użytkowników Facebooka, a wyniki badań – a raczej manipulacji – opublikowano w „*Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*” w 2014 r., w artykule Adama D.I. Kramera i wsp. zatytułowanym „*Experimental evidence of massive-scale emotional contagion through social networks*” (2).

W 2012 r., w okresie od 11 do 18 stycznia, poddano testom ponad 155 tys. użytkowników Facebooka. W pierwszej badanej grupie umieszczano wiadomości o pozytywnym wydźwięku, w drugiej – o wydźwięku negatywnym. Analizując komentarze użytkowników portalu, stwierdzono szerzenie się emocji przez posty pisane przez internautów, przy czym większą siłę oddziaływania i większy zakres szerzenia się miały posty z wiadomościami negatywnymi. Stwierdzono też, że lektura informacji umieszczanych na Facebooku w sposób znamieny wpływała na nastrój użytkowników. Mimo że negatywne wiadomości nie pochodziły z realnego świata, realnie oddziaływały na ludzi.

Czy tylko Facebook posługuje się taką manipulacją? Nie! – odpowie każdy uczestnik życia społecznego w każdym kraju. Wszystkie rządy manipulują opinią społeczną, mając na względzie swój polityczny interes. Jako środowisko lekarskie codziennie doświadczamy manipulacji opinią społeczną na temat funkcjonowania systemu ochrony zdrowia. Choć współcześnie dostęp do usług medycznych jest szerszy niż kilkadziesiąt lat temu, poziom niezadowolonych pacjentów jest o wiele wyższy.

Jako Polacy doświadczamy okresowo manipulacji społeczną opinią międzynarodową na temat naszego kraju. Czytamy w Internecie, jak to wszyscy na świecie zamartwiają się stanem demokracji w naszym kraju, jakością prawa lub interpretacją przeszłości. Mam bardzo zdystansowany stosunek do tych opisów zamartwiania się międzynarodowej społeczności sprawami Polski od czasu pewnej rozmowy z kelnerem w Dallas.

– Hej, John! Pomóż mi obsłużyć ten automat do nalewania kawy – zagałam do kelnera w sali śniadaniowej.
– Nie umiesz obsłużyć tego automatu? – zdziwił się kelner. – A skąd jesteś?
– Jestem z Warszawy – odpowiedziałam. Na twarzy kelnera malowała się perfekcyjna pustka. – Z Warszawy, z Polski – dodałam z uprzejmym uśmiechem.
– A gdzie leży Polska? – zainteresował się kelner. – To gdzieś na północy?
– W Europie – odpowiedziałam resztkami sił i, nie czekając na następne pytanie młodego Amerykanina, który najwyraźniej nie uważał na lekcjach geo-

grafii, oddaliłam się defiladowym krokiem do swojego stolika.

Jak wniosek płynie z tej opowieści? Miliony ludzi na całym świecie żyją swoimi, lokalnymi sprawami, a sprawy dotyczące osób z odległych krajów, o których często nic nie wiedzą, nie zajmują nawet na chwilę ich uwagi.

Krystyna KNYPL

[1] http://www.bmj.com/content/337/bmj.a2338.abstract?ijkey=130f0b51ace2ebfa392108016931fb9f20cb6640&keytype=tf_ipsecsha

[2] <http://www.pnas.org/content/111/24/8788.full>

(przedruk z „Pulsu” nr 4/18)

„WALCZĘ O SAMĄ SIEBIE” – UZALEŻNIENIE OD SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH Z PERSPEKTYWY KOBIETY

Podejście środowiska praktyków i teoretyków do kwestii uzależnienia od substancji psychoaktywnych wśród kobiet zmienia się na przestrzeni lat. Pojawia się coraz więcej konferencji, artykułów, książek dotyczących tej problematyki, a w szczególności uzależnienia od alkoholu. Wiele z nich jest autorstwa samych uzależnionych kobiet, które dzięki samym sobie i pomocy innych pokonały tę chorobę. Pozostaje nadzieja, że zmienia się również podejście do tego problemu ogółu społeczeństwa.

Obserwując leczące się z uzależnienia kobiety, można odnieść wrażenie, że coraz więcej z nich „wychodzi z ukrycia”. Kobiety, o których mówiło się „pijaczki”, bardzo długo musiały się ukrywać przed społeczeństwem z powodu potężnej dyskryminacji i wręcz prześladowań – „będą patrzeć na mnie jak na trędowatą”. W niniejszym artykule opisano specyfikę uzależnień wśród kobiet. Warto zastanowić się nad tym, co zauważa Haraid Klingemann: „*Ruchy feministyczne w latach siedemdziesiątych ubiegłego wieku wywalczyły zwiększenie uwagi w odniesieniu do specyficznych potrzeb pacjentek leczenia uzależnień. Tymczasem debata na temat specyficznych potrzeb mężczyzn praktycznie się nie odbyła*”. Podobnie zresztą profesor Philip G. Zimbardo w swej najnowszej książce „Man interrupted” dyskutuje o kwestiach obecnych uzależnień typowo męskich, takich jak pornografia czy gry komputerowe, ich przyczynach i skutkach w powiązaniu z „kryzysem męskości”.

Różnice między kobietami i mężczyznami w zakresie nadużywania etanolu

Badania nad specyfiką picia etanolu kobiet określają zarówno odmiennosć w wielu aspektach różniącą je od picia mężczyzn, jak również w obrębie samych kobiet, np. w związku z wiekiem, w którym rozwija się uzależnienie. Różnice między nadużywaniem etanolu wśród

kobiet i mężczyzn można podzielić na czynniki epidemiologiczne, biologiczną reakcję na etanol, następstwa fizjologiczne, reakcje emocjonalne, ryzyka okresów przełomowych, predyspozycje osobowościowe, konsekwencje psychospołeczne i medyczne, rozpoznawanie uzależnienia przez profesjonalistów, występowanie i leczenie zaburzeń współistniejących oraz będących skutkiem uzależnienia.

Uzależnienie jest głównie chorobą emocji. Życie emocjonalne kobiet można przyrównać do biegu przez płotki: „*Kobieta ma do pokonania wyznaczony odcinek biegni. Na jej drodze umieszczone są przeszkody, których pokonanie wymaga większej mobilizacji psychofizycznej. Żeby pokonać płotek, trzeba wzmocnić czujność i wysiłek i zapanować nad równowagą*”... Pytanie, czy kobiety mają przez ten życiowy bieg przez płotki trudniej w życiu niż mężczyźni, pozostawiam jako retoryczne.

U kobiet pijących alkohol metabolizm etanolu jest inny niż u mężczyzn. Po spożyciu tej samej dawki w przeliczeniu na masę ciała kobiety mają większe stężenie etanolu we krwi niż mężczyźni. Odpowiada za to większa zawartość procentowa tkanki tłuszczowej w masie ciała kobiet (utrudnia rozkład etanolu) i niższa zawartość płynów w stosunku do masy ciała (przyspiesza przenikanie etanolu do krwi), które to proporcje zmieniają się w ciągu cyklu miesięcznego (stąd zmiany wchłaniania etanolu w przebiegu cyklu miesięcznego i zmian hormonalnych), poza tym estrogeny zwiększają toksyczność aldehydu octowego (będącego metabolitem w przemianie etanolu), a dehydrogenaza alkoholowa w żołądku kobiet ma słabsze działanie. Dodatkowo zażywanie środków antykoncepcyjnych nasila toksyczne działanie etanolu. W związku z tym u kobiet występuje tzw. efekt teleskopowy: mimo niższych poziomów spożycia etanolu występuje szybsza niż u mężczyzn progresja od nadużywania etanolu do uzależnienia oraz szybsza progresja powikłań zdrowotnych.

Wszystkie szkody zdrowotne u kobiet spowodowane nadużywaniem etanolu są bardziej nasilone i groźniejsze dla zdrowia. Kobiety uzależniają się minimum o 5 lat szybciej niż mężczyźni, szybciej doświadczają pierwszych objawów fizycznego uzależnienia (np. zespołu abstynencyjnego); mają osłabione funkcje psychomotoryczne; doświadczają szkód zdrowotnych o większym nasileniu niż mężczyźni (poważne szkody średnio po ok. 14 latach intensywnego picia, u mężczyzn po ok. 20 latach); objawy marskości wątroby po 5 latach (u mężczyzn po 10-20 latach). Ponadto częściej występują u nich nadciśnienie, miokardiopatie, osteoporoza, neuropatia obwodowa, inne. Dużym zagrożeniem jest wzrost ryzyka wystąpienia raka piersi nawet przy niewielkim, ale regularnym spożyciu etanolu. Organizm kobiet starzeje się również relatywnie szybciej niż u pijących mężczyzn.

Wszystkie rozpoznania psychiatryczne są częstsze u kobiet nadużywających alkoholu niż u kobiet niepijących i częstsze niż u mężczyzn nadużywających. Wyższy jest wskaźnik podwójnych rozpoznań, uzależnienie w większości występuje u kobiet jako rozpoznanie wtórne. Częstsze są głębokie depresje i silne stany lękowe (uzależnione kobiety podejmują próby samobójcze ponad 4 razy częściej niż kobiety niepijące oraz częściej niż uzależnieni mężczyźni; wskaźnik dokonanych samobójstw jest taki sam jak u pijących mężczyzn),

Alkohol u kobiet stanowi najczęściej remedium na problemy emocjonalne (samotność, poczucie krzywdy, winy, wstydu, złość, smutek, rezygnację), depresję, stany lękowe, problemy w relacjach, syndrom pustego gniazda, niską samoocenę, bezradność życiową, wahania nastroju związane z cyklem miesięczkowym. Bardzo istotnymi czynnikami sprzyjającymi sięganiu po alkohol są traumy, w tym szczególnie nadużycia seksualne. Problemy z alkoholem, jak podaje dr Woronowicz, u kobiet wiążą się ze sferą przeżywania (u mężczyzn ze sferą działania), a alkohol często jest łączony z lekami przeciwdepresyjnymi i uspokajającymi.

Kobiety pijące znacznie częściej rozwodzą się z powodu ich uzależnienia niż mężczyźni (pośrednio potwierdza to również procent mężczyzn uczestniczących w terapii dla rodzin – zazwyczaj na całą grupę kobiet przypada tylko jeden mężczyzna). Co ciekawe, statystycznie kobiety z wyższym wykształceniem spożywają więcej alkoholu niż kobiety z niższym (mężczyźni z wyższym wykształceniem spożywają mniej alkoholu niż z niższym), a przebieg uzależnienia u kobiet o niższym statusie jest bardziej podobny do przebiegu uzależnienia u mężczyzn.

Kobiety najczęściej odczuwają bardzo silny wstyd z powodu problemów z nadużywaniem substancji psychoaktywnych. Przez to m.in. dużo później zwracają się o pomoc. Ponadto ich problem częściej jest bagatelizowany lub niedostrzegany przez otoczenie, również przez lekarzy (brak czujności diagnostycznej – brak właściwego rozpoznania, przepisywanie leków zamiast psychoterapii,

czego wynikiem jest częste branie leków razem z alkoholem, uzależnienie od leków i alkoholu, opóźnianie właściwego leczenia – na co zwracam szczególną uwagę!). Zauważam jednak coraz częściej odwrotne zjawisko – jest coraz mniej postaw, które Ewa Woydyłło-Osiatyńska, autorytet w dziedzinie leczenia uzależnień wśród kobiet, opisuje słowami: „lekarze rodzinni z reguły omijają temat picia jak rafę lub mieliznę”. Wykrywanie uzależnienia wśród kobiet bywa trudniejsze, ponieważ diagnoście/lekarzowi nie przychodzi do głowy, żeby powiązać objawy psychiczne i somatyczne z nadużywaniem substancji psychoaktywnych.

Jakie czynniki sprzyjają sięganiu po alkohol przez kobiety w zależności od wieku?

W każdym okresie życia powody sięgania po alkohol przez kobiety mogą być różne. W badaniach Edith S. Lisansky Gomborg podane są czynniki ryzyka, które występują przez całe życie (np. picie problemowe w rodzinie generacyjnej, presja ze strony rówieśników i partnerów, depresja, brak umiejętności radzenia sobie ze stresem) oraz czynniki specyficzne dla pewnych okresów życia.

I tak u kobiet między 20-40 r.ż. specyficznymi czynnikami są kwestie związane z pełnieniem ról, zaburzenia płodności, bardzo silne przeżywanie intensywnych konfliktów i załamań emocjonalnych; w wieku 40-59 lat – zespół pustego gniazda, niewielkie prawdopodobieństwo wejścia w nową rolę życiową, rozpad małżeństwa, samotne picie w domu, współwystępowanie innych chorób; u kobiet powyżej 55 r.ż. przejście na emeryturę (poczucie pustki, pogorszenie sytuacji finansowej), wspólne picie z partnerem na emeryturze, strata partnera życiowego, pogarszająca się kondycja zdrowotna, starzenie się, używanie leków psychoaktywnych. Prof. Lucyna Golińska podaje (w badaniach amerykańskich), że 1/4 kobiet uzależnia się po 60 r.ż. Z mojej prawie dwudziestoletniej praktyki w Ośrodku Profilaktyki i Terapii Uzależnień w Gdyni wynika, że coraz więcej kobiet w wieku emerytalnym zgłasza się na leczenie; z dziesięcioletniej praktyki pełnomocnika – kilka kobiet lekarek jest w wieku emerytalnym, część z nich była uzależniona wcześniej, lecz dopiero teraz zgłosiła się na leczenie, a pozostałe po przejściu na emeryturę.

Wśród młodych kobiet (badania M. Dragan) szczególnie podkreślane są niekorzystne doświadczenia w dzieciństwie (zaburzenia więzi, nieadekwatne rozpoznawanie, odzwierciedlanie i reagowanie przez rodzica na stany wewnętrzne dziecka prowadzące do niewłaściwej samoregulacji emocji); wadliwa regulacja emocji za pomocą alkoholu (jest ściśle związana z przekonaniami i wczesnymi doświadczeniami dotyczącymi „użyteczności” i pozytywnego działania alkoholu w regulacji nastroju) oraz szczególnie podkreślane znaczenie wykorzystania seksualnego. Wiadomo, że picie problemowe u wszystkich osób mo-

► że wynikać ze wszystkich rodzajów niekorzystnych doświadczeń z dzieciństwa, lecz w przypadku wykorzystywania seksualnego często na pierwszy plan wysuwają się objawy PTSD i przekonania o niemożności kontrolowania picia. Leczenie w takich sytuacjach jest szczególnie trudne i czasami bez jednoczesnego leczenia obu schorzeń (co samo w sobie jest skomplikowane) zaprzestanie picia na dłuższą metę i wyzdrowienie są trudne do osiągnięcia. Wykorzystanie seksualne we wczesnym okresie życia może nie tylko sprzyjać uzależnieniu, ale być też czynnikiem, który utrudnia wyzdrowienie w każdym wieku (ostatnio jedna z pacjentek w wieku emerytalnym, która wciąż „zapijała” mimo intensywnego leczenia, po raz pierwszy w życiu wyznała terapię, że jako dziewczynka była wykorzystywana seksualnie – niestety nie miała wtedy wsparcia u nikogo). Prof. Golińska zwraca również uwagę na wzmożone ryzyko uzależnienia wśród młodych kobiet (28-35 lat), „świetnie wykształconych, często »singlelek«, które chcą być niezależne, bez zobowiązań emocjonalnych, być doceniane jako osoby profesjonalne i wyjątkowe, co niesie z jednej strony ogromną satysfakcję, a z drugiej – ryzyko pustki emocjonalnej. A ta jest ogromnym zagrożeniem, ponieważ kobiety w większym stopniu niż mężczyźni koncentrują się na relacjach z innymi ludźmi i żaden inny obiekt (fakt, zdarzenie, idea) nie jest tak silnie emocjonujący jak związki z innymi ludźmi. Kobiety mają też skłonność do »przeżywania« relacji, szczególnie w zakresie emocji z zakresu nieprzyjemnych”. Inną kwestią są problemy seksualne, które pojawiają się u minimum 85% procent uzależnionych kobiet na skutek nadużywania etanolu.

Czy wykonywany zawód przez kobiety ma znaczenie w kwestii nadużywania substancji?

Co do specyfiki związanej z wykonywanym zawodem, wiele razy słyszałam pytania: „Jak to, lekarki też są uzależnione? Lekarki też doświadczają przemocy? Przecież są takie mądre, wykształcone, mają pieniądze... jak to możliwe...?”. Pewna dziennikarka zadała mi pytanie, w jakim wieku uzależniają się lekarze, oraz czy kobiety lekarki mają odmienny „schemat” wchodzenia w uzależnienia niż pozostałe kobiety. Inne pytania redaktorów różnych mediów: „co skłania lekarki do picia alkoholu, czemu piją, czym różnią się od innych kobiet?”. Tak jakby lekarki były jakąś bardzo szczególną i zupełnie odmienną nacją kobiet. Mało kto pyta np. o pielęgniarki, policjantki czy pilotki samolotów, a one przecież wykonują również bardzo odpowiedzialne i stresujące zawody.

Uzależnienie od substancji psychoaktywnych u kobiet -lekarek nie jest wywołane tym, że wykonują one zawód lekarza jako taki. Im jednak bardziej stresujący zawód (czy specjalizacja) w powiązaniu z osobistym wyposażeniem do radzenia sobie ze stresem (to niezwykle ważny czynnik!) oraz innymi czynnikami biopsychospo-

łecznymi (np. podatnością genetyczną na uzależnienie), tym większe prawdopodobieństwo rozwoju uzależnienia. Kto by pomyślał, że zawód fryzjerki może być stresujący? A jednak znam kobietę, która zrezygnowała z niego, ponieważ nękały ją silne obawy, że źle uczesała klientkę, że mogła lepiej, że klientka będzie na nią zła... Lekarki czasami po terapii zmieniają specjalizację na lżejszą bądź świadomie rezygnują z pełnienia funkcji kierowniczych, aby obniżyć poziom doświadczanego w życiu zawodowym stresu. Wyniki badań amerykańskich pokazują, że wśród przebadanych chirurgów 15% mężczyzn i 25% kobiet ma problem z nadużywaniem alkoholu. „Choć badania nie ustalają przyczyny częstszych uzależnień wśród kobiet chirurgów, wnioski płynące z wcześniejszych obserwacji sugerują, że stres związany z godzeniem obowiązków wynikających z życia zawodowego i osobistego dużo silniej odbija się na psychice kobiet”.

Muszę przyznać, że prawie wszystkie lekarki, które monitoruję bądź leczyłam, wpisują się w opisaną powyżej specyfikę charakterystyczną dla wszystkich kobiet. Zatem według mnie „wchodzenie” w uzależnienie związane jest ze specyfiką dotyczącą kobiet jako takich, a nie w związku z wykonywanym zawodem. Oczywiście stres związany z wykonywaniem zawodu lekarza i łączenie roli lekarki z innymi rolami społecznymi może przyspieszać lub modyfikować proces uzależniania się u osoby podatnej.

Z obserwacji w Ośrodku Profilaktyki i Terapii Uzależnień w Gdyni wynika, że na przestrzeni ostatnich 10 lat procentowy udział kobiet w terapii uzależnienia od alkoholu kształtuje się na mniej więcej podobnym poziomie: na Dziennym Oddziale Terapii Uzależnienia od Alkoholu średnio 54% kobiet (48-60%), w Poradni Terapii Uzależnienia od Alkoholu i Współuzależnienia średnio 26,5% (26-28%), w Poradni Leczenia Uzależnień (uzależnienia inne niż alkohol oraz behawioralne) średnio 19,9 % (19-21%).

Aktualne dane z monitorowania leczenia uzależnionych lekarzy pokazują, że w każdej grupie wiekowej są lekarze z problemami z używaniem substancji psychoaktywnych, najwięcej kobiet lekarek jest w przedziale wiekowym 40-50 lat, a mężczyzn – 50-60 lat. Warto jednak zauważyć, że osoby, które monitoruję, z reguły są już na bardzo zaawansowanym etapie uzależnienia, czyli problemy musiały zacząć się dużo wcześniej. Jak pisałam w innych artykułach, u lekarzy problem statystycznie rozpoznawany jest około 10 lat później niż w innych grupach zawodowych.

Powrót do zdrowia

Ponieważ uzależnienie jest chorobą, należy je leczyć. Są różne koncepcje, czy kobiety powinny mieć osobne czy wspólne programy leczenia z mężczyznami. W placówkach leczenia uzależnień bywa różnie – w mniejszości po-

zostają te, w których działają zupełnie osobne programy dla kobiet. Najczęściej kobiety biorą udział we wspólnej terapii z mężczyznami oraz uczestniczą w dodatkowych zajęciach terapeutycznych tylko dla kobiet. Są również grupy wyłącznie dla kobiet w ramach mitingów Anonimowych Alkoholików. Dla leczących się kobiet, według ich słów, najważniejsze jest „*wsparcie innych osób z otoczenia, rodziny, przyjaciół, pracowników (wsparcie emocjonalne i wartościujące – komunikaty wzmacniające poczucie własnej wartości, zapewniające o wzajemnym szacunku), szacunek terapeuty/lekarza do uzależnionej pacjentki i wiara, że pacjent sobie poradzi*”.

Niektórzy autorzy sugerują, że warto specyfikować leczenie uzależnionych kobiet w związku z wyróżnionymi przez nich typami alkoholizmu u kobiet, np. (wg K. Gąsiora): typ 1 – bez obciążeń rodzinnych, ze znaczącym nasileniem cech lękowo-depresyjnych; typ 2 A – obciążenie rodzinne alkoholizmem, wysoki poziom niepokoju, nieprzystosowania i cech antyspołecznych, często z cechami osobowości typu borderline; typ 2 B – obciążenie rodzinne alkoholizmem, niski poziom niepokoju, antisocjalne cechy osobowości. Jednak w praktyce daleko jeszcze do takich programów, które będą (oprócz terapii indywidualnej oraz farmakoterapii) dostosowywać osobne ścieżki terapeutyczne w zależności od typologii uzależnień i wynikających z nich wskazań.

Co dla lekarek miało najważniejsze znaczenie w powrocie do zdrowia?

Oprócz tego, co wymieniłam powyżej, bardzo ważna jest dla nich praca. Zawieszenie prawa wykonywania zawodu lub obawa przed jego utratą to silne motywy do podejmowania leczenia. Istotna jest opinia o lekarce nie tylko kolegów z pracy, ale przede wszystkim pacjentów. Lekarki wstydzą się, gdy myślą, że pacjent mógłby dostrzec objawy problemu z nadużywaniem substancji. Jedna z lekarek, uzależniona od leków, po zakończonej terapii i monitorowaniu przez pełnomocnika, powiedziała: „*wsparcie i motywacja to jedna sprawa, ale gdyby nie »bat nad głową«, który nałożyła Izba (skierowanie na leczenie i monitorowanie – a w przypadku odmowy zawieszenie prawa), nie byłoby mi łatwo się zmobilizować*”. Większość lekarek, skierowanych przez organy Izby, które początkowo bardzo niechętnie zgłaszało się do pełnomocnika, po pewnym czasie leczenia przyznawało, że przychodzą już „bez przymusu”, a nawet chętnie, ponieważ otrzymują wsparcie. Inną grupą są osoby, które zgłosiły się z „wolnej ręki” – te osoby pozostają przez cały czas kontaktu z pełnomocnikiem całkowicie anonimowe. Kilka lekarek z tej grupy ukończyło terapię na poziomie pogłębionym, utrzymując kilka lat abstynencje, bardzo dobrze radzą sobie w pracy. Lekarki też nadmieniają, że „*praca trzyma ich przy życiu – często wtedy, gdy nie mają innych punktów oparcia*”. Wśród zgłaszających

się do mnie lekarek 3/4 jest uzależnionych od etanolu, pozostałe od leków nasennych lub opioidów; występuje u nich też mieszane uzależnienie od etanolu i leków nasennych. Około połowa lekarzy zgłaszających się do pełnomocnika to kobiety.

Pamiętajmy, by okazać wsparcie Koleżance, która podejmuje trud leczenia uzależnienia. Bardzo istotne jest wsparcie ze strony środowiska lekarskiego – nie tylko kolegów z pracy, ale również lekarza rodzinnego, czy innego, który wie o podjętej przez lekarzkę-pacjentkę terapii. Takie nieoceniające wsparcie jest nieocenione...

Niezwykle ważna jest życzliwa i kompetentna pomoc przełożonych. Przykład: dzięki wspieraniu, pełnej prawdziwego zrozumienia i przychylności postawie ordynatorki oddziału, na którym pracowała młoda stażystka (przełożona wiedziała o chorobie podwładnej), młoda lekarka podjęła skuteczną terapię i dziś cieszy się trzeźwością we wszystkich obszarach życia. „*Każdy, kto wie cokolwiek o alkoholizmie, powinien przezwyciężyć nieśmiałość bądź fałszywą skromność, by nie przechodzić obojętnie obok nadmiernie pijącej znajomej czy koleżanki z pracy. Oczywiście musi to być osoba świadoma tego, że alkoholizm to choroba, z której można wyzdrowieć*” (E. Woydytło). W niektórych przypadkach konieczne jest interdyscyplinarne i interinstytucjonalne podejście do kwestii pomocy. Niektóre lekarki osiągnęły sukces w leczeniu dopiero dzięki takiemu współdziałaniu.

Pisząc ten artykuł, myślałam o wszystkich kobietach, w tym lekarkach, które borykają się z problemem nadużywania/uzależnienia od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych na różnych etapach życia. Jeśli ten

artykuł pomoże choć jednej z nich zdecydować się na podjęcie walki o siebie i trzeźwe życie, uznaję, że spełnił swoje zadanie. Gdy w zeszłym roku w PML opublikowano moje artykuły dotyczące przemocy w rodzinach lekarskich, odzew przerósł wszelkie oczekiwania. Wiele lekarek dziękowało za nie, lecz najważniejsze, że postanowiły skutecznie rozwiązać problem. I teraz zachęcam gorąco do zgłaszania się osób, które potrzebują pomocy, do pełnomocnika, do odpowiednich placówek, które leczą uzależnienia, psychiatry i/lub lekarzowi rodzinnemu. Raz jeszcze podkreślam, że osoby zgłaszające się do pełnomocnika z „wolnej ręki” pozostają przez cały czas udzielania pomocy całkowicie anonimowe.

Zachęcam też wszystkich lekarzy, szczególnie rodzinnych, do bycia uważnym na emocjonalne problemy kobiet – ponieważ z obserwacji wynika, że kobietom o wiele łatwiej zwierzyć się z problemu lekarzowi rodzinnemu niż zgłosić do psychiatry lub placówki leczenia uzależnień. Nieoceniona może być pomoc lekarzy, których kobieta z problemem uzależnień obdarza zaufaniem, i którym może jako pierwszym powiedzieć, początkowo z wielkim wstydem, o swoim problemie. Umiejętność przyjęcia kobiety, zrozumienia problemu zażenowania i poczucia winy, jakie jej towarzyszą, może stworzyć podstawę

do udzielenia właściwej pomocy. W terapii nazywamy to sojuszem terapeutycznym.

Osoby zainteresowane zachęcam też do przeczytania książek – rozmów z uzależnionymi kobietami lub świadectw, wspomnień, autobiografii kobiet, które zmagają/zmagają się z tym problemem (znam osoby, które po napisaniu o tym, że sobie poradziły, wracały do nałogu – lecz nie poddały się i ponownie rozpoczynały walkę o siebie – taka jest natura owej choroby). Przykładowe pozycje umieszczone są w bibliografii. Warto też zobaczyć filmy o tej tematyce, np. „Kiedy mężczyzna kocha kobietę”, „28 dni”, „Nic zabawnego”, „Mam na imię Kasia”, „Urwany film”, „Wyjść na prostą”. Polskich propozycji jest niestety o wiele mniej, np. „Tylko strach” z Anną Dymną czy „Kochankowie mojej mamy” z Krystyną Jandą. Myślę, że wpisuje się to w polskie stereotypy (za J. Wawerską Kus: „*Matka Polka nie może być pijana – słowo »alkoholiczka« ma wyłącznie pejoratywne konotacje społeczne*”). Rok temu konsultowałam scenariusz dyplomowego filmu studentki z wydziału reżyserii Gdyńskiej Szkoły Filmowej o tematyce trudnej relacji uzależnionej matki z córką. Młodzi twórcy coraz częściej interesują się problemem uzależnień wśród kobiet. Wynika to być może również ze zwiększonej świadomości społecznej co do tego, w jaki sposób dorastanie w rodzinie z problemem uzależnień wpływa na dorosłe życie (np. tzw. syndrom dorosłego dziecka alkoholika [DDA]).

Na zakończenie przytoczę słowa Ewy Woźdyłło-Osiałyńskiej: „*Co takiego z nami jest, że tak często potulnie czekamy, aż utoniemy? Chyba wiem: kobiety są mistrzyniami adaptacji. Historie moich pacjentek alkoholiczek dowodzą, że kobiety potrafią przyzwyczaić się do najgorszych sytuacji*”. Lecz tak nie musi być. Doktor Woźdyłło w jednej ze swoich książek zachęca: „*Podnieś głowę!*”.

Niezależnie od tego, jak trudna jest sytuacja, i jak bardzo zaawansowany bywa problem uzależnienia, czy jakiegokolwiek inny, można się podźwignąć i znaleźć rozwiązanie. Do tego potrzebni są inni ludzie (a oni są!). Nikt, żadna kobieta, nie musi skazywać się na bycie samą w obliczu problemów. Zachęcam każdą, która zauważa u siebie kłopoty związane z nadużywaniem substancji psychoaktywnych o walkę o siebie. Pomoc jest na wyciągnięcie ręki...

PISMIENNICTWO:

- [1] Włodarczyk E. Żeby jeszcze skuteczniej pomagać... czyli o terapii i jej trudnościach z punktu widzenia kobiet uzależnionych od alkoholu. *Terapia Uzależnienia i Współuzależnienia* 2017; 1.
- [2] Dragan M. Problemowe picie alkoholu przez młode kobiety. Rola niekorzystnych doświadczeń i samoregulacji emocji. Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa 2016.

- [3] Wawerska-Kus J., Włodarczyk E. Równe traktowanie a psychoterapia uzależnień. *Terapia Uzależnienia i Współuzależnienia* 2017; 1.
- [4] Klingemann H. Sukcesy i porażki leczenia uzależnień: podsumowanie doświadczeń europejskich. *Terapia Uzależnienia i Współuzależnienia* 2017; 4.
- [5] Kobiety i alkohol – materiały z konferencji naukowo-szkoleniowej. Gdański Uniwersytet Medyczny 2015.
- [6] Jakubiak-Głowacka M. Alkohol a seksualność kobiet i mężczyzn. *Terapia Uzależnienia i Współuzależnienia* 2015; 100 (2).
- [7] Lato A. Przywrócić kobietom godność. *Terapia Uzależnienia i Współuzależnienia* 2016; 1.
- [8] Dudek K. Specyfika kobiecego uzależnienia od alkoholu. Instytut Psychologii Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie. *Kwartalnik Naukowy* 2011; 4 (8).
- [9] Alkoholizm wśród chirurgów częstszy niż sądzono. *Ze świata nauki* 2012-03-01 [PAP].
- [10] Kowalcze M. Specyfika uzależnienia kobiet. *Terapia Uzależnienia i Współuzależnienia* 2009; 5.
- [11] Woźdyłło E. Trudni pacjenci – kobiety. *Terapia Uzależnienia i Współuzależnienia* 2008; 6.
- [12] Golińska L. Kobiece pułapki alkoholizmu. *Terapia Uzależnienia i Współuzależnienia* 2008; 1.
- [13] Cyr M.G., McGarry K.A., komentarz prof. M. Wojnar. Zaburzenia związane z piciem alkoholu u kobiet. *Medycyna po dyplomie* 2003; 12(6).
- [14] Woronowicz B. Bez tajemnic o uzależnieniach i ich leczeniu. Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2015.
- [15] Gąsior K. Typy alkoholizmu u kobiet. *Alkoholizm i Narkomania* 2005; 18.
- [16] Gomberg E.S.L. Czynniki ryzyka picia alkoholu w życiu kobiety. Alkohol a zdrowie PARPA, Warszawa 1997.
- [17] Samochowiec J., Tymicz A., Wojciechowski B. Problemy emocjonalne kobiet. Cykl koordynowany przez prof. Eugenię Cęstochowską. *Medycyna po Dyplomie* 2002; 11(9).
- [18] Dane własne z OPI TU w Gdyni oraz OIL w Gdańsku.
- [19] Wybrane książki napisane przez uzależnione kobiety lub spisane rozmowy z uzależnionymi kobietami:
- [20] Dunin M. *Alkoholizma*. WAM, Warszawa 2014.
- [21] Felicjańska I. Jak być niezniszczalną. O uzależnieniu, depresji, przemocy. Burda Książki, Warszawa 2014.
- [22] Snella-Mrozik B. Piekło nie ma dna: rozmowy z trzeźwymi alkoholiczkami. Media Rodzina, Poznań 2003.
- [23] Benton S.A. Alkoholicy wysokofunkcjonujący z perspektywy profesjonalnej i osobistej. Wydawnictwo Feeria, Łódź 2015.

Uwaga: Egzemplarze książki Benton S.A. Alkoholicy wysokofunkcjonujący z perspektywy profesjonalnej i osobistej są dostępne w siedzibie OIL w Gdańsku. Zainteresowanych ich otrzymaniem proszę się o kontakt telefoniczny lub mailowy.

Katarzyna WIŚNIEWSKA

(przedruk z „Pomorskiego Magazynu Lekarskiego” nr 6/18)

CO POWINNA ZAWIERAĆ TREŚĆ PIECZĄTKI LEKARSKIEJ

Wśród zadawanych przez Państwa pytań pojawiła się ostatnio kwestia treści pieczętki lekarskiej, a konkretnie tego, czy pieczętka ta powinna zawierać wskazanie tytułu zawodowego, tj. zwrot „lekarz” lub „lekarz dentysta”. Warto więc w ramach niniejszego artykułu przypomnieć regulacje odnoszące się do omawianego zagadnienia.

Kwestia treści pieczętki lekarza lub lekarza dentysty nie została uregulowana w ustawie o izbach lekarskich, ani też w ustawie o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Niemniej omawiając poruszony problem należy powołać się na dwa akty prawne. Jednym z nich jest uchwała nr 110/05/IV Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 16 września 2005 r. w sprawie treści pieczętki lekarskiej, drugim ustawa z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne, regulująca m.in. obowiązkową treść recepty.

Odwołując się w pierwszej kolejności do ustawy Prawo farmaceutyczne, podkreślenia wymaga, iż zgodnie z jej art. 96a ust. 1 pkt 3, recepta musi zawierać m.in. następujące dane dotyczące osoby wystawiającej receptę lub odpis recepty:

- a) imię lub imiona i nazwisko osoby wystawiającej receptę,
- b) kwalifikacje zawodowe osoby wystawiającej receptę, w tym posiadany tytuł zawodowy,
- c) identyfikator pracownika, o którym mowa w art. 17c ust. 5 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia,
- d) numer telefonu do bezpośredniego kontaktu z osobą wystawiającą receptę,
- e) podpis.

W tym miejscu warto przypomnieć, iż zgodnie z rozporządzeniem Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 10 lutego 2017 r. w sprawie tytułów zawodowych nadawanych absolwentom studiów, warunków wydawania oraz niezbędnych elementów dyplomów ukończenia studiów i świadectw ukończenia studiów podyplomowych oraz wzoru suplementu do dyplomu, tytułami zawodowymi są m.in. tytuł „lekarza” oraz tytuł „lekarza dentysty”

Mając na uwadze, iż dane osoby wystawiającej receptę są najczęściej umieszczane w formie pieczętki, to w tym kontekście przepis ten pośrednio wskazuje, iż w treści pieczętki powinno widnieć sformułowanie „lekarz” lub „lekarz dentysta”, jako wskazanie posiadanego tytułu zawodowego. Niemniej powyższe dane mogą być zamiesz-

czane na recepcie również w innej formie, np. poprzez ich wydruk lub ich odręczne dopisanie. Stąd też treści omawianego przepisu nie można utożsamiać z obligatoryjnością umieszczenia ww. treści w pieczętce lekarskiej.

Nieco inaczej kwestia ta kształtuje się na gruncie przywołanej uchwały Naczelnej Rady Lekarskiej. Jak wynika z §1 ust. 1 ww. uchwały, pieczętka lekarska zawiera następujące dane:

1. imię i nazwisko,
2. tytuł zawodowy, tj. „lekarz” („lek.”) albo „lekarz dentysta” („lek. dent.”),
3. numer prawa wykonywania zawodu,
4. posiadane specjalizacje, zgodnie z brzmieniem określonym w dyplomie lub zaświadczeniu, potwierdzającym ich uzyskanie

Sposób, w jaki został sformułowany ww. przepis, nie budzi wątpliwości, iż **treści opisane w pkt. 1-4 powyżej stanowią obligatoryjne elementy treści pieczętki lekarskiej**. Wynika to z użycia w omawianym zapisie słowa „zawiera”, które w przeciwieństwie do sformułowania „może zawierać” wskazuje na brak dowolności w doborze wymienionych w nim elementów.

Dodatkowo omawiana uchwała w §1 ust. 2 zawiera również katalog fakultatywnych danych, które mogą znaleźć się na pieczętce lekarskiej. Są to:

1. tytuł i stopień naukowy,
2. umiejętności z zakresu węższych dziedzin medycyny lub udzielania określonych świadczeń zdrowotnych,
3. numer umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia upoważniającej lekarza do wystawiania recept,
4. numer telefonu,
5. adres.

Reasumując więc, podkreślić należy, iż wskazanie tytułu zawodowego lekarza lub lekarza dentysty jest obligatoryjnym elementem pieczętki lekarskiej. Zaznaczyć trzeba bowiem, że zgodnie z art. 8 pkt 3 ustawy o izbach lekarskich, członkowie izby lekarskiej są obowiązani stosować się do uchwał organów izb lekarskich, a więc m.in. również do uchwały nr 110/05/IV Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 16 września 2005 r. w sprawie treści pieczętki lekarskiej.

Maria RACHWAŁ-FRANKOWSKA
radca prawny

(przedruk z „Vox Medici” nr 5/18)

DLACZEGO LEKARZE CZĘSTO PRZEGRYWAJĄ SPRAWY SĄDOWE?

Wedle opinii prawników zajmujących się sprawami medycznymi dlatego, że lekarze próbują na sali sądowej dalej leczyć pacjentów, a tam niestety toczy się gra i to gra prawników według skomplikowanych zasad zapisanych w Kodeksie postępowania cywilnego.

Lekarze na ogół nie znają tych zasad. Próbuje posługiwać się takimi argumentami, które w sądzie nie są ważne. Mówimy często, że „niezbadane są wyroki boskie”. Nie tylko. Również wyroki sądów, nie wyłączając Najwyższego, bywają niezbadane. Sąd Najwyższy na przykład potrafił z sytuacji, w której nie było żadnych przepisów takie przepisy wywieść. Przykładowo tenże Sąd Najwyższy ustalił, że jeżeli pacjent nie wyraża zgody na zabieg operacyjny a ten jest absolutnie niezbędny, to lekarz jest zobowiązany przekonywać go do wyrażenia tej zgody i nie sposób określić ile razy ma go przekonywać, po prostu do skutku. Poza tym wyroki w sądach wynikają często z doświadczenia sędziego. I tu trzeba mieć chyba szczęście. W czasie jednej z rozpraw sądowych lekarz ginekolog mówił o łyżeczkowaniu macicy. Sędzia zaintrygowany spytał ginekologa - *a jak to się robi?* Ginekolog odpowiada spokojnie - *tak normalnie, w ciemno. Jak to w ciemno?* - docieka dalej sędzia, *to pan nie patrzył?* Wysoki Sądzie, padła odpowiedź, *nie za bardzo da się patrzeć tam, gdzie się łyżeczkuje*. Zatem, doświadczenie sędziego w ocenianiu medycznych działań jest bardzo ważne. Ale najważniejsze w tej grze sądowej są dowody. Jednym z najważniejszych takich dowodów jest protokół operacyjny.

Zajmijmy się w tym miejscu sprawą, z którą każdy chirurg czy operujący ginekolog musiał się zetknąć. Jest to kwestia rozszerzenia zabiegu operacyjnego. W ustawie o zawodzie lekarza i lekarza dentysty istnieje artykuł, który w całości cytuję:

Art. 35. 1. Jeżeli w trakcie wykonywania zabiegu operacyjnego albo stosowania metody leczniczej lub diagnostycznej wystąpią okoliczności, których nieuwzględnienie groziłoby pacjentowi niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkim uszkodzeniem ciała lub ciężkim rozstrojem zdrowia, a nie ma możliwości niezwłocznie uzyskać zgody pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego, lekarz ma prawo, bez uzyskania tej zgody, zmienić zakres zabiegu bądź metody leczenia lub diagnostyki w sposób umożliwiający uwzględnienie tych okoliczności. W takim przypadku lekarz ma obowiązek, o ile jest to możliwe, zasięgnąć opinii drugiego lekarza, w miarę możliwości tej samej specjalności

2. O okolicznościach, o których mowa w ust. 1, lekarz dokonuje odpowiedniej adnotacji w dokumentacji medycznej oraz informuje pacjenta, przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego albo sąd opiekuńczy.

Jednak wszystko zaczyna się od zgody pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego na zabieg. Ale zgoda taka musi być konkretna, czyli musi być w niej określo-

ne na jaki zabieg pacjent powinien się zgodzić i kto ma go wykonać, muszą być określone wskazania do operacji i ryzyko mogących się pojawić powikłań oraz typowych następstw, np. blizn pooperacyjnych. Każde zabiegi o podwyższonym ryzyku, nawet te diagnostyczne jak koronarografia, urografia, angiografia, a nawet założenie wkładki wewnątrzmacicznej do macicy wymagają zgody na piśmie.

Jakie mogą być konsekwencje braku zgody pisemnej? Bardzo poważne. Wykonanie operacji bez zgody pacjenta jest przestępstwem. Narusza to istotnie jego dobra osobiste, czyli prawo o decydowaniu o sobie. Nie do przyjęcia pozostaje również odbieranie zgód od pacjentów po zakończeniu operacji, a to się nadal zdarza w wielu szpitalach.

Szczególnej uwagi w tym zakresie wymagają również wszelkie zabiegi z dziedziny medycyny estetycznej. Jednocześnie orzecznictwo przyjmuje, że udzielanie świadczeń zdrowotnych jest zarazem zobowiązaniem do należytej staranności oraz w medycynie estetycznej zobowiązanie rezultatu, czyli konieczności uzyskania oczekiwanego przez pacjenta końcowego efektu.

Istnieją jednakowoż sytuacje, kiedy lekarz może działać bez zgody pacjenta. Po pierwsze są to sytuacje nagłe, nieprzewidywalne, wymagające natychmiastowej interwencji medycznej w związku z nagłym zagrożeniem życia czy zdrowia. Drugim precedensem jest tzw. zgoda zastępcza sądu, kiedy pacjent nie jest nam w stanie wyrazić zgody na operację, a my zyskujemy czas na uzyskanie sądowego werdyktu. Trzecią sytuacją jest konieczność rozszerzenia zabiegu operacyjnego do czego jednak muszą wystąpić określone przesłanki. A zatem musi się to wszystko wydarzyć w trakcie określonego zabiegu. My musimy być, realnie, przy stole podczas tej operacji. Muszą również wystąpić okoliczności, które zagrażałyby życiu bądź zdrowiu pacjenta. Rozszerzenie operacji bez zgody pacjenta z innych powodów, np. w wyniku przekonania, że takie rozwiązanie byłoby lepsze, byłoby „wskazane” itp. jest przestępstwem. Ustawodawcy zawarli również w tym wyjątku zapis, że lekarz ma obowiązek - jeżeli to jest możliwe - zasięgnąć opinii drugiego lekarza tej samej specjalizacji przed podjęciem decyzji o poszerzeniu zakresu operacji. No i tu mogą zacząć się problemy. Bo co zrobić, kiedy asystent pomagający przy operacji nie ma specjalizacji? Albo: „lekarz o ile to możliwe ma obowiązek zasięgnąć opinii innego lekarza”, a jeżeli to nie jest możliwe to nie ma obowiązku? Ułomna terminologia legislacyjna - a my lekarze musimy się przez te meandry prawnicze przedzierać.

Zakładam, że lekarze po spełnieniu wszystkich obowiązujących wymogów poszerzyli zabieg bez zgody pacjenta. Powinni wówczas uczynić odpowiedni, wyczerpujący i uzasadniający swe działania zapis w dokumentacji

medycznej i zaraz po wybudzeniu poinformować pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego o zaistniałej sytuacji. Jeżeli o tym zapomną i tego nie uczynią, z całą pewnością pojawi się podstawa do roszczeń, a w konsekwencji mogą zostać później przez sąd skazani. Bywa, że pacjenci dowiadują się o szczegółach operacji dopiero przy wypisie z oddziału albo po kilku latach, tak jak to się zdarzyło kilka lat temu pacjentce, która poprosiła lekarza o ubezpiełnienie w czasie cesarskiego cięcia. Tę prośbę sformułowała nawet na piśmie przed operacją. Pacjentka sądziła, że lekarz wykonując operację ubezpiełnienia wg Pomeroya zawiązał jej jajowód na supełek. Zgłosiła się do lekarza po czterech latach z prośbą o odwiązanie supełka z tego jajowodu, ponieważ ona chciała by mieć dziecko z nowym mężem. Aż trudno sobie wyobrazić dalszy tok tej rozmowy.

Istnieje jeszcze jedna możliwość poszerzenia podstawowego zabiegu operacyjnego. Jest to tzw. zgoda wariantowa. Polega ona jednak na tym, że jeszcze przed rozpoczęciem operacji zaznaczamy w formularzu zgody na wykonanie operacji, że jeżeli zastaniemy w operowanej okolicy jakąś inną nieprawidłowość to, niejako przy okazji, dokonamy pewnej chirurgicznej korekty. Takie wariantowe rozszerzenie zakresu operacji jest zgodne z prawem.

Ostatnimi czasy pojawiają się ciekawe rozwiązania dotyczące zgód na procedury medyczne. Dość często stosują je chirurdzy plastyczni oraz lekarze zajmujący się ginekologią estetyczną. Otóż zamienia się tam do tychczasowe „zgody” na „prośby” o wykonanie operacji. Pacjentka na przykład usilnie prosi o zainstalowanie w jej macicy wkładki antykoncepcyjnej. Pacjentka prosi, a lekarz może się zgodzić lub nie. Jeżeli się podejmuje wykonanie zabiegu, uprzejmie informuje o możliwych powikłaniach. Pacjentka oczywiście nalega dalej, aż do skutku. Jeżeli coś się nie powiedzie, a wszystko musi być dokładnie zapisane w dokumentacji, to sprawa potencjalnych roszczeń nie jest już taka oczywista. Jak z tego wynika, dbanie przez nas lekarzy o skrupulatne zapisy w dokumentacji medycznej, starannie i szczegółowo napisane protokoły operacyjne mogą uchronić nas przed roszczeniami niezadowolonych z efektów naszej pracy pacjentów.

Andrzej MATYJA

Artykuł powstał na podstawie relacji ze spotkania z mecenasem Radosławem Tymińskim specjalizującym się w prawie medycznym w czasie konferencji „Prawo medyczne a ginekologia”, która odbyła się w 2016 r. w Krakowie.

(przedruk z „Eskulapa Świętokrzyskiego” nr 9-10/18)

SAMOCHÓD W DZIAŁALNOŚCI LEKARZA

Nie od dziś wiadomo, że spora grupa lekarzy swój zarobek wykonuje między innymi w formie jednoosobowych działalności. Ma to tę znaczącą przewagę nad umowami zlecenia, czy umowami o pracę, że wydatki, które i tak są ponoszone, mogą być kosztem działalności, a tym samym obniżać dochód do opodatkowania i, rzecz jasna, sam podatek. Takim kosztem jest samochód i związane z nim wydatki na eksploatację. Samochód można obecnie wykorzystywać w firmie na co najmniej trzy sposoby:

Samochód jako środek trwały w firmie

Może on zostać do firmy zakupiony za gotówkę, w kredycie, lub przeniesiony z majątku prywatnego. Zaletą takiego rozwiązania jest niewątpliwie fakt, że auto jest od początku naszą własnością i w sytuacjach kryzysowych, takich jak stłuczka czy kradzież, mamy pełną swobodę decydowania o postępowaniu z uszkodzonym lub straconym autem, czego nie można powiedzieć o samochodzie będącym w leasingu, o czym mniej lub bardziej boleśnie przekonują się posiadacze takich pojazdów.

Inną zaletą, zwłaszcza w przypadku samochodów, które kupiliśmy kilka lat przed zarejestrowaniem naszej działalności, jest to, że jego wartość, którą przyjmujemy do amortyzacji (czyli sukcesywnego przenoszenia jego wartości w koszty) jest cena po jakiej kupiliśmy auto, nawet jeśli obecnie jest ono na rynku warte mniej.

Kolejnym plusem posiadania samochodu w działalności jest możliwość zaliczania w koszty wydatków związanych z jego eksploatacją w pełnej poniesionej wysokości, bez limitów, tak jak to ma miejsce w przypadku samo-

chodu wykorzystywanego w firmie, ale nie wniesionego do jej majątku (o tym w dalszej części artykułu).

Posiadanie własnego samochodu w działalności ma też swoje wady. Zasadnicza i największa wada to taka, że w przypadku zakupu do firmy samochodu o wartości przekraczającej równowartość 20 tys. euro, ta część powyżej limitu nie będzie kosztem podatkowym. W skrócie mówiąc, nieważne, ile będzie kosztowało auto, 90, 100 czy 200 tys. zł, do kosztów zaliczymy tylko 20 tys. euro, czyli obecnie około 84 tys. zł. Ten sam limit dotyczy też ubezpieczenia autocasco, a właściwie wartości samochodu przyjętej do tegoż ubezpieczenia.

Drugą wadą, ujawniającą się w przypadku samochodów nowych jest okres amortyzacji, czyli czas potrzebny do przeniesienia pełnej wartości samochodu do kosztów podatkowych. Stawka amortyzacyjna dla takich pojazdów to 20% rocznie, czyli w danym roku podatkowym do kosztów działalności zaliczymy nie więcej niż 1/5 wartości auta. Jeszcze innymi słowy mówiąc – potrzebujemy aż 5 lat na to, aby całą wartość samochodu przenieść do kosztów naszej działalności. Jeśli do tego uwzględnimy limit 20 tys. euro, łatwo policzyć, że maksymalny miesięczny koszt (a tym samym i korzyść), jaki możemy mieć to 1.400 zł, co w podatku przełoży nam się na około 250 zł miesięcznej oszczędności.

Własny samochód wykorzystywany w działalności

Ta forma wykorzystywania auta i możliwości kosztów twórczych, jakie daje w firmie, jest zdecydowanie najrzadziej wykorzystywana, bo też jej potencjał jest najmniej-

► szy. Jeśli w momencie zakładania działalności mamy już własne auto i nie zdecydujemy się na to, by je wprowadzić do środków trwałych, jedyną korzyścią, jaką odniesiemy będzie możliwość wpisywania w koszty wydatków eksploatacyjnych takich jak paliwo, opony, ubezpieczenie, remonty, naprawy czy przeglądy. Niestety, nie skorzystamy z możliwości obciążenia kosztów wartością samego auta, co w przypadku nowszych pojazdów może być dość sporą stratą. Ponadto, wydatki o których wspomniałam wcześniej, nie mogą być zaliczane do kosztów bezpośredniego. Konieczne jest prowadzenie tzw. ewidencji przebiegu pojazdu, czyli zapisywanie kiedy, skąd i dokąd pojechaliśmy i ile to było kilometrów. Te kilometry są bardzo ważne, bo podsumowane na koniec każdego miesiąca i pomnożone przez stawkę 0,8358 zł/km wyznaczają nam limit kwotowy, do którego rzeczywiście poniesione wydatki na samochód mogą być kosztem działalności. Jest to, jak widać, forma wymagająca zaangażowania i jednocześnie dająca najmniej korzyści.

Samochód w leasingu

Obecnie daje najwięcej korzyści podatkowych. Pozwala na elastyczne kształtowanie swoich dochodów do opodatkowania poprzez dobór wysokości opłaty wstępnej i czasu trwania leasingu, a przez to i rat leasingowych. Wadą jest niewątpliwie to, że samochód w czasie trwania leasingu jest własnością firmy leasingowej. Firmy te często narzucają dodatkowe warunki umów, a co za tym idzie również dodatkowe opłaty, niemniej korzyści jest tak wiele, że niejednokrotnie równoważą one wady i stanowią najlepszą opcję posiadania samochodu w firmie.

Jedną z istotnych zalet leasingu jest to, że najkrótszy możliwy okres jego trwania to 2 lata. Oznacza to, że w zaledwie tak krótkim okresie można ująć w kosztach całą

wartość auta. Wprawdzie z mojego doświadczenia wynika, że lekarze rzadko się na taką opcję decydują, ale ważne, że istnieje taka możliwość. Może to być w określonych sytuacjach bardzo istotne, a wręcz ratujące pieniądze.

Drugą ważną zaletą leasingu jest fakt, że nie obowiązuje tu limit 20 tys. euro, co oznacza, że raty leasingowe mogą być kosztem podatkowym w pełnej wysokości, bez względu na wartość początkową pojazdu.

Biorąc powyższe pod uwagę trudno się dziwić, że leasing jest popularny wśród przedsiębiorców, nie tylko lekarzy.

50% kosztów mniej od 2019 r.

Na koniec, niestety, zła wiadomość. Niedawno Ministerstwo Finansów ujawniło swoje plany dotyczące samochodów w firmie. Wg słów p. Bożeny Czerwińskiej zmiany mają zmierzać ku uproszczeniu zasad, ale, niestety, zmierzają ku znaczącemu ograniczeniu korzyści podatkowych, wynikających z posiadania samochodów osobowych w firmie. Chodzi tu zwłaszcza o leasing, choć nie tylko. Pierwszą zmianą ma być podwyższenie limitu dla samochodów amortyzowanych z obecnych 20 tys. euro do 150 tys. zł, oraz wprowadzenie takiego samego limitu dla rat leasingowych. Drugą zmianą, jeszcze chyba gorszą od poprzedniej, ma być ograniczenie do 50% zaliczania do kosztów uzyskania przychodów wydatków związanych zarówno z nabyciem, jak i eksploatacją (!) samochodów osobowych w firmie. Dla wielu lekarzy może to oznaczać znaczący wzrost podatków.

Zapowiedź ministerstwa ma stać się faktem już na początku 2019 r.

Monika ZALEWA
biegły rewident, księgowa dla lekarzy, ekspert w dziedzinie
rachunkowości i finansów
(przedruk z „Medicusa” nr 8-9/18)

ODSZEDŁ OD NAS

Żegnamy

dr. n. med. Ryszarda Kwiecińskiego

twórcę opolskiej nefrologii i wieloletniego Ordynatora Oddziałów Nefrologii w Szpitalu Wojewódzkim oraz Wojewódzkim Centrum Medycznym, a także Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie nefrologii, Przewodniczącego Okręgowej Rady Lekarskiej w Opolu odrodzonego samorządu lekarskiego I kadencji oraz Honorowego Dziekana Opolskiej Izby Lekarskiej, odznaczonego m.in. Krzyżem Oficerskim i Kawalerskim Orderu Odrodzenia Polski, pierwszego laureata Godności „Prymariusza Opolskiego” Opolskiej Izby Lekarskiej.

Członkowie Okręgowej Rady Lekarskiej w Opolu
Pracownicy Biura Opolskiej Izby Lekarskiej

Opolskie Koło Regionalne Polskiego Towarzystwa Ortodontycznego zaprasza na dziewiątą konferencję naukową, która odbędzie się w dniach 11-12 stycznia 2019 r. w Hotelu „Mercure” przy ul. Krakowskiej 57/59 w Opolu.

Tematem pierwszego dnia będą „Wady rozwojowe w codziennej praktyce lekarza ortodonta”. Zaproszenia do wygłoszenia wykładu przyjęli m.in. dr n. med. Maria Iwanecka-Zduńczyk, dr hab. n. med. Małgorzata Zadurska oraz dr n. med. Małgorzata Kuc-Michalska.

Drugi dzień poświęcony będzie współpracy lekarzy ortodontów z lekarzami chirurgami stomatologicznymi. Zaproszenie do wygłoszenia wykładu w tym dniu przyjęła prof. Marzena Dominiak. Szczegóły dostępne będą na oficjalnej stronie Polskiego Towarzystwa Ortodontycznego.

Przewodnicząca OKR PTO
Jolanta Jarka

Pilnie poszukiwany lekarz stomatolog! Miejsce pracy – **Opole**. W związku z dynamicznym rozwojem **prywatny Gabinet Stomatologiczny „Adenta”** poszukuje do współpracy lekarza stomatologa. Oferujemy pracę w przyjemnej atmosferze, zgranym i profesjonalnym zespole lekarzy i higienistek. Dodatkowym plusem w naszym gabinecie jest nowoczesny sprzęt, ułatwiający pracę lekarzowi. Chętnie porozmawiamy z doświadczonymi lekarzami, jak i młodymi, otwartymi na rozwój osobisty i doskonalenie swoich umiejętności.

Zgłoszenia i zapytania prosimy wysłać na adres: adenta.stom@gmail.com, tel. +48 695 350 239

Specjalistyczny Szpital w Branicach zatrudni: lekarza specjalistę rehabilitacji medycznej, lekarza specjalistę psychiatrii, lekarzy w trakcie specjalizacji bądź chętnych do specjalizacji w zakresie psychiatrii lub w rehabilitacji medycznej.

Oferujemy bardzo dobre warunki płacowe **oraz mieszkanie służbowe**. Kontakt pod numerem telefonu: 77/403-43-07, lub e-mail: sws.kadry@op.pl.

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. św. Jadwigi w Opolu zatrudni lekarzy specjalistów w dziedzinie psychiatrii i neurologii. Kontakt: tel.: 77/541-42-43.

Prudnickie Centrum Medyczne S.A. poszukuje kandydatów na stanowisko **Z-cy Ordynatora Oddziału Ginekologicznego**.

Wymagania niezbędne:

- Wykształcenie wyższe, dyplom lekarski
- Minimum 2 letnie doświadczenie zawodowe
- Specjalizacja z zakresu położnictwa i ginekologii

Wymagania dodatkowe:

- Umiejętność szybkiego podejmowania decyzji,
- Odpowiedzialność, systematyczność, terminowość, dobra organizacja pracy, komunikatywność, umiejętność pracy w grupie.
- Dyspozycyjność i zaangażowanie

Wymagane dokumenty i oświadczenia:

- Życiorys i list motywacyjny,
- Kopie dokumentów potwierdzających wykształcenie,
- Oświadczenia kandydata o korzystaniu z pełni z praw publicznych i o niekaralności za przestępstwo popełnione umyślnie,
- Oświadczenie kandydata o niekaralności za przestępstwo skarbowe popełnione umyślnie,
- Oświadczenie kandydata o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych do celów rekrutacji zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997r.o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002r. nr 101, poz.926 ze zm.).

Zainteresowanych prosimy o składanie dokumentów w siedzibie Prudnickiego Centrum Medycznego, ul. Szpitalna 14, 48-200 Prudnik. Szczegółowe informacje tel: (77)406-78-90, e-mail: pcm@pcm.prudnik.pl.

Zatrudnię lekarza w Poradni POZ w Starych Budkowicach – szczegółowe informacje pod nr. tel. 603-974-054; mail: medicor69@tlen.pl.

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



Diagnostyka ultrasono- graficzna. Jama brzuszna i miednica

Tom 3A. Kamaya, J. Wong-You-Cheong; red. W. Jakubowski; rok wydania: 2018; ISBN: 978-83-66067-54-7, format: 210 x 280, opr. twarda, 434 strony, cena: 161.09 zł (358 EUP pkt)

Badanie ultrasonograficzne jest często pierwszym badaniem obrazowym wykonywanym u pacjentów z bólem w obrębie jamy brzusznej lub miednicy, nieprawidłowymi wynikami badań biochemicznych, podejrzeniem zmiany nowotworowej lub objawami ginekologicznymi. W zależności od wyniku badania USG kieruje się chorych na dalszą diagnostykę lub – w wielu przypadkach – podejmuje decyzję kliniczną na podstawie samego obrazu USG. Dlatego kluczową umiejętnością lekarza wykonującego badanie jest sprawne rozpoznawanie cech ultrasonograficznych poszczególnych chorób. Im większa wiedza w tym zakresie, z tym mniejszym prawdopodobieństwem pacjent będzie kierowany na potencjalnie zbędne badania obrazowe.

W każdym rozdziale znajduje się wiele przykładów badań USG w skali szarości, kolorowych, metodą doppler mocy czy dopplera spektralnego. W przypadkach, które tego wymagały, zastosowano badanie USG ze wzmocnieniem kontrastowym. W wielu rozdziałach wskazano na korelacje z obrazowaniem tomografii komputerowej czy rezonansu magnetycznego. Szczegółowe ryciny przedstawiające omawiane jednostki chorobowe uzupełniają wspaniałą szatę graficzną tego podręcznika.

W dzisiejszych czasach, gdy tak dużą uwagę zwraca się na ostrożność w stosowaniu promieniowania w tomografii komputerowej, a także na minimalizację użycia kontrastów opartych na jodzie czy gadolinie, badanie USG wydaje się niezwykle atrakcyjną i optymalną metodą obrazowania. Ponadto technika ultrasonograficzna ciągle się rozwija, czego efektem jest ogromny postęp

dotyczący jakości obrazów, jaki dokonał się w ostatnim dziesięcioleciu. Wielki wpływ na codzienną praktykę ultrasonograficzną wywarło zastosowanie głowic z nowych materiałów, poprawa jakości i wzrost rozdzielczości obrazów, techniki redukcji szumu, większa czułość ultrasonografii dopplerowskiej, a także szerokie wykorzystanie głowic 3D. Nadszedł więc czas, aby w uznanej serii wydawnictwa Amirsys pojawiła się publikacja poświęcona jamie brzusznej i miednicy.

Żywnienie na oddziałach intensywnej terapii

P. Singer; red. S. Kłęk; 206 stron; rok wydania: 2018; ISBN: 978-83-66067-20-2, format: 170 x 240, opr. miękka, cena: 80.09 zł (178 EUP pkt)

W ostatnim czasie znacznie zmienił się profil pacjentów leczonych na oddziałach intensywnej terapii (OIT). Są to obecnie osoby coraz starsze, cierpiące na więcej niż jedną chorobę ostrą i przewlekłą, często po wielu zabiegach operacyjnych. Mimo tego, dzięki nowym osiągnięciom naukowym, zaangażowaniu w proces terapeutyczny systemów komputerowych i zaawansowanych technologii udaje się jednak stale poprawiać ich wyniki leczenia. Gigantyczny postęp dotyczy również leczenia żywieniowego.



W niniejszej publikacji m.in.:

- kryteria wyboru właściwego sposobu odżywiania u krytycznie chorych pacjentów
- związki między leczeniem żywieniowym a wynikami terapii
- sposoby skutecznej kontroli glikemii u pacjentów leczonych na oddziałach intensywnej terapii
- omówienie nowych diet i składników odżywczych

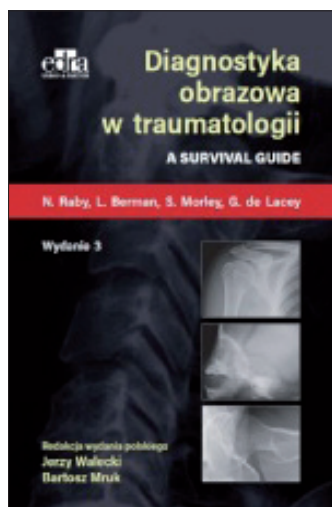
BIULETYN INFORMACYJNY OPOLSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

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

EDRA URBAN & PARTNER Sp. z o.o. • 50-011 Wrocław, ul. Kościuszki 29
Zamówienia: ksiegarnia@edraurban.pl • tel.: 42/680 44 09, fax: 42/680 44 86



Diagnostyka obrazowa w traumatologii. A Survival Guide

N. Raby, L. Berman, S. Morley, G. de Lacey; wyd. 3, red. J. Walecki, B. Mruk; rok wydania: 2018; ISBN: 978-83-66067-21-9, format: 148 x 210, opr. miękka, 384 strony, cena: 80.09 zł (178 EUP pkt)

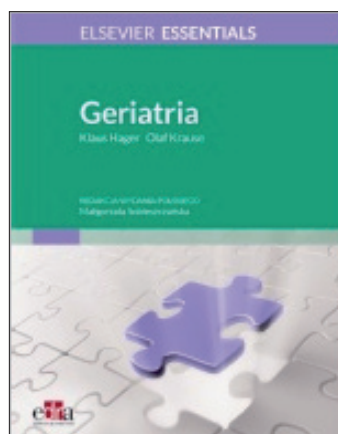
Książka ta nie jest kolejnym podręcznikiem radiologii ortopedycznej. Jej celem jest zwięzłe, a zarazem kompleksowe przedstawienie właściwego procesu diagnostyki radiologicznej urazów układu kostnego w warunkach oddziałów ortopedycznych i szpitalnego oddziału ratunkowego (SOR).

Niepodważalną zaletą książki są zawarte w niej wysokiej jakości zdjęcia, a towarzyszące im schematy widocznych na zdjęciach zmian stanowią niezwykle cenną pomoc w procesie diagnostycznym i zwiększają istotnie wartość dydaktyczną tej publikacji.

Każdy rozdział wzbogacono o przejrzyste tabele, służące zarówno prezentacji występujących objawów, których klinicyści nie powinien przeoczyć w procesie diagno-

stycznym, jak i omówieniu pułapek mogących ten proces utrudnić. Na końcu każdego rozdziału czytelnik znajdzie podsumowanie kluczowych zagadnień, co pozwoli mu na ugruntowanie zdobytej wiedzy.

Książka skierowana jest przede wszystkim do lekarzy radiologów, ortopedów traumatologów oraz lekarzy specjalizujących się w tych dziedzinach. Z pewnością pomocna będzie wszystkim lekarzom pracującym w ośrodkach urazowych oraz w izbach przyjęć.



Geriatrya; K. Hager, O. Krause; red. M. Sobieszczańska; rok wydania: 2018; ISBN: 978-83-66067-51-6, format: 140 x 210, opr. miękka, 193 str., cena: 75.60 zł

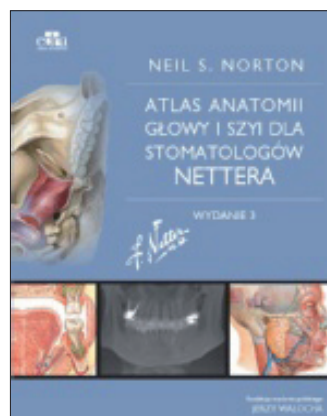
Pacjenci w starszym wieku stanowią dla opieki zdrowotnej duże wyzwanie. Współwystępowanie wielu chorób, osłabienie mechanizmów adaptacyjnych i funkcji poszczególnych układów (endokrynologicznego, odpornościowego, sercowo-naczyniowego, oddechowego, pokarmowego), ograniczenie mobilności, a nawet unieruchomienie,

funkcji poznawczych, depresja czy niedożywienie, znacznie utrudniają diagnostykę i wymagają wnikliwego oraz szerokiego przeanalizowania stanu pacjenta. Farmakoterapia uwzględniać musi odmienne warunki farmakokinetyki, dystrybucji i metabolizmu leku w organizmie starszego człowieka, a także w następstwie polipragmatyzacji ryzyko wystąpienia interakcji między stosowanymi lekami.

W publikacji **Geriatrya** znaleźć można informacje ułatwiające sprawowanie opieki i prowadzenie odpowiedniego leczenia u pacjentów w starszym wieku.

W niniejszej publikacji m.in.:

- na początku rozdziałów szybki przegląd omawianych zagadnień,
- standardy i wytyczne,
- wskazówki dotyczące współpracy interdyscyplinarnej,
- zalecenia dla pacjenta – ważne porady w skrócie.



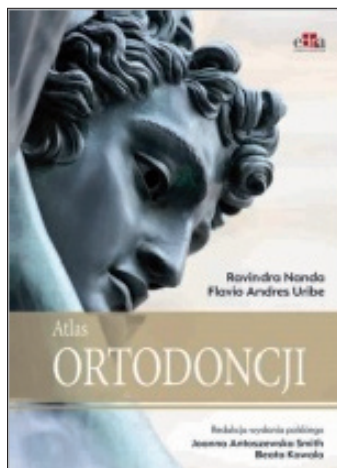
Atlas anatomii głowy i szyi dla stomatologów Nettera

N.S. Norton; wyd. 3, red. J. Walocha; rok wydania: 2018;

ISBN: 978-83-65835-68-0, format: 210 x 270, opr. miękka, 676 stron, cena: 152.10 zł (338 EUP pkt)

Atlas anatomii głowy i szyi dla stomatologów Nettera – najlepszy przewodnik w zdobywaniu całościowej wiedzy o anatomii głowy i szyi nie tylko dla studentów kierunków lekarsko-dentystycznych, ale również dla klinicystów różnych dyscyplin medycznych oraz już praktykujących stomatologów. W nowym wydaniu Atlasu:

- poszerzenie wielu istotnych zagadnień z zakresu anatomii głowy i szyi,
- zwięzły tekst i tabele ułatwiające zrozumienie klinicznego znaczenia pojęć anatomicznych,
- radiogramy uzupełniające rycinę anatomiczną,
- rozdział poświęcony anatomii, unaczynieniu żyłnemu i unerwieniu kończyny górnej, klatki piersiowej, jamy brzusznej i miednicy,
- rozszerzony rozdział na temat stawu skroniowo-żuchwowego,
- istotne wiadomości dotyczące budowy układu chłonnego z naciskiem na obszar głowy i szyi,
- korelacje kliniczne pomocne w zapoznaniu się z sytuacjami, z którymi można zetknąć się w praktyce,
- uwagi kliniczne na końcu każdego rozdziału,
- 50 pytań sprawdzających.



Atlas ortodoncji

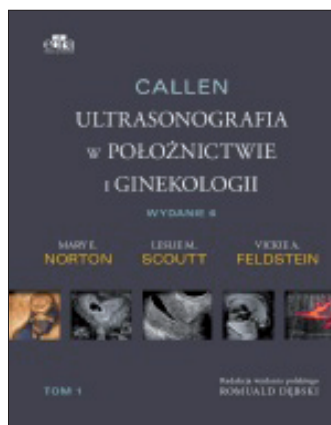
R. Nanda, F.A. Uribe
red. J. Antoszevska-Smith,
B. Kawala
rok wydania: 2018
ISBN: 978-83-65835-00-0
format: 210 x 280
opr. twarda, 424 str.
cena: 170.10 zł

Atlas ortodoncji ukazuje najnowsze narzędzia i techniki udoskonalaające efekty leczenia nawet najbardziej skomplikowanych przypad-

ków zaburzeń zgryzu. Przy-swojenie zawartej w pod-ręczniku wiedzy pozwala współczesnemu ortodontce wyprzedzać wymagania tej ciągle rozwijającej się dziedziny stomatologii.

Ustandaryzowane opi-sy często bardzo trudnych przypadków, zilustrowa-ne ponad 1500 zdjęciami, radiogramami i rycinami prowadzą Czytelnika przez analizy wewnątrzustne, ze-wnątrzustne i uśmiechu oraz diagnozę, zakończone ustaleniem listy problemów i celów leczenia. Każdemu opisowi towarzyszy krótka dyskusja na temat możliwo-sci terapeutycznych, omó-wienie biomechaniki i rzecz jasna przedstawienie wyni-ków leczenia.

Autorzy Atlasu ortodoncji wychodzą na przeciw ocze-kiwaniom zarówno spe-cjalistów, jak i rezydentów chcących doskonalić swoje umiejętności.



Callen. Ultrasonografia w położnictwie i ginekologii. Tom 1

M.E. Norton, L.M. Scutt, V.A. Feldstein; wyd. 6, red. R. Dębski; rok wydania: 2018; ISBN: 978-83-66067-12-7, format: 210 x 275, opr. twarda, 376 stron, cena: 161.10 zł (358 EUP pkt)

[...] Callena powinien przeczytać każdy zajmujący się ultrasonografią położ-niczno-ginekologiczną, czyli w praktyce każdy położnik-ginekolog. Kolejne wydania

Callena to były książki ab-solutnie podstawowe dla roz-woju mojej wiedzy, nie tylko ultrasonograficznej, ale i po-łożniczej; uczyłem się z nich patologii ciąży i terapii pre-natalnej. Tak naprawdę to nie jest podręcznik ultrasonogra-fii, tylko raczej przewodnik po zastosowaniu metod obra-zowych w położnictwie i gi-nekologii. Kiedykolwiek ktoś mnie zapytał, z jakiego pod-ręcznika powinno się uczyć ultrasonografii, odpowiada-łem: z Callena. Dla wielu ze względu na barierę języko-wą był on niezbyt dostępny. Dlatego też z ogromną ra-dością przekazuję Państwu tłumaczenie na język polski podręcznika Callena, biblii ultrasonografii położniczo-ginekologicznej. Jeżeli chce się dobrze i mądrze pro-wadzić diagnostykę ultrasono-graficzną, należy zapoznać się z tą książką.

Romuald Dębski

Przychodzi wena do lekarza

Ogólnopolski Konkurs Literacki
im. Profesora Andrzeja Szczeklika
Edycja VIII

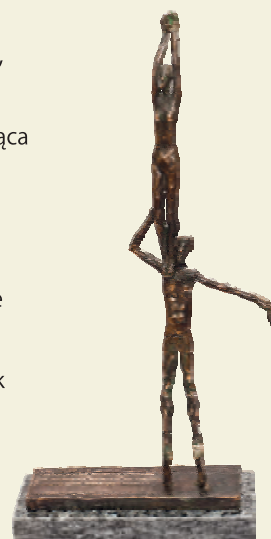
Jury: Anna Dymna, Waldemar Hładki, Ewa Lipska, Bronisław Maj, Maria Szczeklika, Jarosław Wanecki

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

Termin nadsyłania prac konkursowych
29 marca 2019 roku.

Szczegółowe informacje o konkursie są dostępne 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

