



OPOLSKA
IZBA
LEKARSKA

Rok Założenia 1990

Grudzień–Styczeń 2022/2023

ISSN 1426-661X

BIULETYN INFORMACYJNY

Nr 312/313

OPOLSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

www.izbalekarska.opole.pl



*Pogodnych, rodzinnych Świąt
Bożego Narodzenia
oraz szczęśliwego Nowego 2023 Roku*

W NOSIE MA NIEBO

Z Wieży Wolności (bordż-e azadi) Teheran wygląda jak sprane, pożółkłe prześcieradło. Zbiegasz po dwustu osiemdziesięciu sześciu schodach, skradasz się za facetem w uszance ze sztucznego futra (35 stopni w cieniu!), idziesz za nim w głąb miasta, a tam kolor: podszewka murali, złożonych bram i różowych szarbatów.

Dawni budowniczowie perskich wiosek i miast trzymali się „linii nieba” (khat-e àsemán). Chałupki biedaków i przestronne wille kupieckie miały tę samą wysokość. Dachy lepiły się do siebie, można było po nich chodzić jak po dywanach, a przy odrobinie szczęścia podejrzeć dziewczynę, która wiesza pranie lub pluska się, podkasawszy spódnice, w płytkim basenie na dziedzińcu domu. Bo w świecie upału i suszy ogniskiem domowym jest fontanna albo zbiornik z wodą. Chłodzą się w tam figi i arbuzy, psy i ludzie. Teheran zapomniał o „linii nieba”. W XX wieku z niewielkiej miejsciny zmienił się w metropolię. Przyjął opuszczających pustynię Persów, zaprosił Azerów, Ormian, Kurdów, Beludżów, Bachtiarów, Asyryjczyków, Tałyszów, Mazandaran i Turkmenów. Musieli się gdzieś pomieścić.

Północne dzielnice miasta wyrastają z gór Elburs, niemalże dotykają wiecznie białego Damavandu. Im dalej na południe miasta, tym więcej kiosków, blaszaków, bud, ru-

der. I obskurnych bloków mieszkalnych, bez ani jednego okna na wschodnich i zachodnich ścianach. Władza dostrzegła w nich olbrzymie płótna. Podobrazia.

Kiedy w 1979 roku rewolucja obaliła Mohameda Rezę Pahlawiego, zniszczyła też jego pomniki. Były ich setki, jeśli nie tysiące. Posągi, udane lub pokraczne, zdobiły skwery, place i parki. Ruhollah al- Musawi al- Chomejni nie zamierzał się gramolić na opuszczone przez szachinszacha postumenty. Wspiął się znacznie wyżej, zagarnął gigantyczne ściany wieżowców, szkół i fabryk, przywłaszczył też sobie kilometry pól. Bo Iran to mury, murki i parkany, bariery, przegrody, parawany i ciężkie furty z żelaznymi kołatkami: owalną dla niej i w kształcie ogona dla niego.

Zaraz po przewrocie Islamska Republika Iranu ogłosiła kodeks muralisty: Rewolucyjny mural musi być skuteczny. Nie ma w nim miejsca na dwuznaczność czy aluzje. Powinien się zapisać w pamięci przechodniów. Artyści chwycili za pędzle. Murale rozlały się po płotach, rozsiadły na ścianach drapaczy chmur, sklepów, mostów i wiaduktów. Setki, jeśli nie tysiące, ajatollahów przemawia, zagrzewa do walki z monarchią, Irakiem i Ameryką, rozmyśla, tronuje, przewodniczy, oplakuje męczenników i dokąś kroczy, uważając, by nie pobrudzić tych swoich długich, ciemnych płaszczy. A nad placem Vanak górował do niedawna Chomejni w kwiatkach; siwobrody (bez turbanu!) wyłaniał się z wypłowiałego nieba. Niby jakiś Abraham z obrazu Marca Chagalla.

Chomejniego wymazał Mehdi Ghadyanloo. W 2004 roku jako student animacji, otrzymał zlecenie od burmistrza Teheranu: miał zamalować gigantyczny portret. W poniedziałek wiatr przeraźliwie dął z prawej strony, chłopak wdrapał się jednak na drabinę i zapackał cztery metry krzaczastych brwi imama, po ojcu kupcu. Wrócił do akademika, przykucnął na turkmeńskim dywanie i czekał na Korpus Strażników Rewolucji. Bał się, że go wrzucą do worka z wygłodniałymi szczurami. Nie wrzucili. We wtorek zamazał tęczówki: zieloną, po matce zmarłej na cholewę, piwną po dziadku pielgrzymie. I znów nikt nie zapukał do odrapanych drzwi bursy. W środę szerokimi pociągnięciami pędzla wyprasował lwia zmarszczkę i siateczkę bruzd wokół oczu najmędrszego z mędrców. W czwartek wybielił plamy wątrobowe na jego czole, kawał siwej brody i wąsa. W piątek muzułmanie świętowali. Muezini śpiewali azany, kobiety kolebały się przy drzwiach meczetów, zaś wydatny nos Ajat Allaha, czyli Znak Boga pilnował placu Vanak. Przechodniom zdawało się, że nos rośnie, pęcznieje, obrasta w pryszcze. Co i raz ktoś robił sobie fotkę na tle ściany, co i raz ktoś wytykał nos palcami. Tego dnia do pokoju Mehdiego wtargnęli strażnicy. Wyprowadzili biedaka na ulicę, kopniakami popędzili pod mur i czuwali, dopóki nos nie zniknął pod grubą warstwą emulsji, dopóki nie przeistoczył się w niebo.



MehdiGhadyanloo – mural, plac Vanak, Teheran

Agnieszka KANIA

Tekst pochodzi z tomiku „Zapatrzenia” 2011



Drodzy Czytelnicy!

W dn. 21 października br. Naczelna Rada Lekarska przyjęła uchwałę Nr 41/22/IX w sprawie wydawania „Gazety Lekarskiej” w roku 2023. Zgodnie z jej treścią w roku 2023 zostanie wydanych

10 numerów „Gazety Lekarskiej”, z tego w lutym, kwietniu i czerwcu będą to wydania papierowe, a w pozostałe miesiące tylko elektroniczne. Jest jednak wyjątek!! Otóż wszyscy członkowie Samorządu, którzy w dn. 1 stycznia 2023 r. mieli skończone 70 lat będą otrzymywali „GL” w wersji papierowej – jak dotychczas. Wszyscy pozostali będą otrzymywać tylko wersję elektroniczną „Gazety”. Istnieje oczywiście możliwość zmiany (i to w obie strony!) formy otrzymywanego czasopisma po wypełnieniu specjalnego formularza elektronicznego udostępnionego przez Naczelną Izbę Lekarską lub w wersji papierowej.

Jakie to będzie miało skutki? Radykalnej zmianie ulega system kolportażu „Gazety”, ale również i biuletynów poszczególnych izb, bo do tej pory prowadzony był (poza pojedynczymi izbami) kolportaż centralny. Jego kosztami Naczelna Izba z izbami okręgowymi dzieliła się pospół. Teraz biuletyny izbowe pozostaną „na lodzie”, bo do tej pory (a piszę ten tekst 16 listopada) nie została nadal jeszcze podpisana nowa umowa o kolportażu i nikt nie wie, jakie będą nowe stawki (a pewnie będą wyższe – no bo inflacja, mniejsza ilość egzemplarzy kolportowanych, itd.).

Poza tym, tak radykalne odejście od formy papierowej do formy elektronicznej „Gazety” stawia przed biuletynami (a tym samym i izbami) również konieczność zweryfikowania formy wydawanych biuletynów oraz zwiększa koszty ich kolportażu.

Przed podjęciem tej decyzji przeprowadzono konsultacje wśród Redaktorów Naczelnych biuletynów izbowych, którzy jednomyślnie wypowiedzieli się przeciwko tak ekspresowemu tempu wprowadzanych zmian. Zwracali oni także uwagę na brak pełnej weryfikacji baz danych adresowych, zarówno poszczególnych izb, jak i w Naczelnej Izbie. To powoduje, że nie ma możliwości odpowiedzialnego stwierdzenia rzeczywistej liczby osób otrzymujących elektroniczną lub papierową formę „Gazety”. Wszyscy redaktorzy zaproponowali również przynajmniej roczne *vacatio legis* dla uchwały. Stało się jednak inaczej, choć symptomatyczne jest to, że sama uchwała przeszła zaledwie jednym głosem. Widać więc, ile było i nadal jest wątpliwości wobec niej.

Co to oznacza dla lekarzy Opolszczyzny? Otóż po dyskusji podjęliśmy z Panią Prezes decyzję, że Biuletyn naszej Izby będzie w przyszłym roku wydawany w wersji papierowej – jak do tej pory. Oczywiście zawsze będzie też widoczny na naszej stronie internetowej w formie elektronicznej. Ze względu na bieżącą sytuację finansową Izby zmniejszyliśmy jednak liczbę wydań do pięciu numerów dwumiesięcznych (choć razem z podwójnym numerem grudzień 2022/styczeń 2023 będzie ich razem sześć). Prowadzimy jednocześnie rozmowy na temat ewentualnej zmiany sposobu i podmiotu kolportującego nasz Biuletyn niezależnie od „Gazety Lekarskiej”. Tak więc pomimo zawirowań staramy się stawiać im czoła.

Moi Drodzy! Ponieważ coraz szybciej zbliżają się najpiękniejsze w roku Święta, chciałbym złożyć Wam wszystkim życzenia spokojnych, rodzinnych, pogodnych Świąt Bożego Narodzenia. A w Nowym 2023 Roku – przede wszystkim zdrowia, ale też więcej chwil wolnych od pracy spędzanych z rodziną, większego dystansu do siebie i swojej pracy. Dosiego Roku!!!

Jerzy B. LACH



Koleżanki ! Koledzy!

Naczelna Rada Lekarska po długiej dyskusji, na swym posiedzeniu w dniu 21 październi-

ka 2022 r. podjęła uchwałę o zmianie wysokości składki członkowskiej od 1 stycznia 2023 roku. Najważniejsze zapisy uchwały mówią o tym, że od Nowego Roku składka członkowska będzie wynosiła w podstawowym wymiarze 120 zł miesięcznie dla lekarza i lekarza dentyści, połowę tej kwoty (60 zł) będą uiszczać lekarze, lekarze dentyści - stażyści). Nowością jest całkowite zwolnienie z opłaca-

nia składek lekarzy, lekarzy dentyistów, którzy ukończyli 70. rok życia.

Wiem, że nie spotkało się to z aprobatą wielu z Was, ale z drugiej strony chcę tu przytoczyć, czym na co dzień zajmuje się nasza Izba (bo nie tylko pobieraniem wymagalnych składek), a o czym może niektórzy nie wiedzą lub - z nawału zajęć - zapominają. Nie będę tu przytaczała całej działalności Izby tylko skupię się na tym, co najistotniejsze dla każdego członka Opolskiej Izby Lekarskiej.

W sytuacjach nagłych, zdarzających się w kontakcie z pacjentem czy jego rodziną, jest do dyspozycji (telefon,





mail) pomoc prawna Kancelarii mecenasa Jagielskiego. Planowo po różne porady można zgłaszać się do Rady Prawnego Izby. Przy Izbie działa Pełnomocnik ds. zdrowia lekarzy, a także Rzecznik Praw Lekarza. Ze składek utrzymywana jest działalność komisji problemowych: Komisji Stomatologicznej, Komisji Kształcenia, Komisji ds. Rejestracji Lekarzy, Komisji ds. Lekarzy Emerytów i Rentistów, Komisji Etyki Lekarskiej, Komisji Bioetycznej, Komisji Młodych Lekarzy, Komisji Kultury i Sportu.

Prowadzimy (nieodpłatne dla uczestników) kursy wymagane w cyklu szkolenia specjalizacyjnego (pragnę zauważyć, że nie robi tego wiele innych dużych izb). W tym roku przeprowadziliśmy 8 takich szkoleń, po to, by nasi członkowie nie musieli jeździć po Polsce i tracić swój cenny czas, a także i pieniądze. Przy Izbie działa Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej i Okręgowy Sąd Lekarski.

Dbamy o lekarzy i lekarzy dentystów, którzy znaleźli się w sytuacjach kryzysowych, wypłacając im bezzwrotne zapomogi, a w przypadku śmierci naszego członka - odprawy pośmiertne dla ich rodzin. Troszczymy się też o naszych seniorów, organizując im jednodniowe wycieczki czy spotkania (tak, jak ostatnio dla osób, które przed 50 laty ukończyły Akademię Medyczną oraz dla Super Seniorów - 90-latków, dołączając dla tych ostatnich drobne gratyfikacje pieniężne).

Nie zapominamy też o naszych młodych lekarzach. W Izbie wypłacane jest „becikowe”, nagrody za specjalizacje i stopnie naukowe, udzielamy nieoprocentowanych pożyczek szkoleniowych dla lekarzy w trakcie specjalizacji i doktoratu. Wypłacamy nagrody finansowe za wybitne osiągnięcia sportowe naszych członków, dofinansowujemy udział lekarzy w imprezach sportowych, konkursach muzycznych, wspieramy działalność chóru lekarskiego i zespołów muzycznych, działających przy naszej Izbie.

Pieniądze, które uzyskamy z podniesienia składki członkowskiej (składka nie była rewaloryzowana od 2014 r., a wartość nabywcza złotego zmieniła się w tym czasie diametralnie) pozwoli nam kontynuować te działalności, a może nawet je zwiększać. Piszę „może”, bo większość tej kwoty pokryje koszty rosnącej inflacji, a nikt nie wie, co będzie dalej. Na dzień dzisiejszy jest to dla nas pożądana uchwała, bo dzięki temu jest szansa, że Opolska Izba Lekarska będzie nadal funkcjonować.

Koniec roku ma także swoje prawa. Zbliżają się Święta Bożego Narodzenia, a z nimi Nowy Rok. To czas ulubiony nie tylko przez dzieci, ale i dorośli darzą go wielkim sentymentem. Czegóż więc Państwu życzyć? Chyba trochę spokoju od tego, co niesie nam życie, trochę radości, wiele miłości i mnóstwa sił, by stawić czoła przeciwnościom, rodzinnym spotkań, dobra i wzajemnej życzliwości.

Jolanta SMERKOWSKA-MORZYCKA

CO SŁYCHAĆ W IZBIE

Posiedzenie Okręgowej Rady Lekarskiej

W dniu 19.10.2022 r. odbyło się kolejne posiedzenie Okręgowej Rady Lekarskiej, na którym obradowała ona nad następującymi problemami:

Przyznanie praw wykonywania zawodu

Wniosek o wydanie PWZ w związku z przeniesieniem z DIL we Wrocławiu złożyła lek. Grelich Monika – uchwała została podjęta jednogłośnie.

Wnioski o wydanie PWZ po odbytym stażu lekarsko-dentystycznym złożyli:

- Żurakowska Katarzyna,
- Latusek Michalina,
- Ciastoń Maciej,
- Walecko Dominika.

Uchwały w tych sprawach podjęto jednogłośnie

Wniosek o przedłużenie dla obcokrajowców PWZ do 5 lat złożyli:

- Myronchuk Tetiana,
- Tropak Mariana,
- Reznichenko Yevheniia (praca pod nadzorem lekarza specjalisty przez 5 lat),

- Prylipko Kateryna (obywatelka Ukrainy, specjalista laryngologii - wymóg pracy pod nadzorem przez 3 miesiące).

Uchwały podjęto jednogłośnie.

- Drozd Alina (praca pod nadzorem przez 5 lat) - uchwała została podjęta większością głosów (za głosowało 10 osób, przeciw były 4 osoby).

- Paliy Andrei i Paliy Khrystsina (małżeństwo z Białorusi chcące pracować w Kędzierzynie-Koźlu) - uchwała o odmowie wydania pozwolenia na pracę (13 osób za, jeden głos wstrzymujący).

Rejestracja podmiotów prowadzących szkolenia podyplomowe lekarzy

Firma MedicaRescue Łukasz Szymczyszyn zarejestrowana w naszej Izbie złożyła wniosek o przeprowadzenie dla lekarzy stomatologów kursów „Medyczne czynności ratunkowe w gabinecie stomatologicznym” we Wrocławiu, Nowogardzie i Chorzowie i o przyznanie punktów edukacyjnych. Uchwałę podjęto jednogłośnie i przyznano 9 pkt. edukacyjnych.



Firma Nutrikon Sp. z o.o. z Tarnowa Opolskiego wnio-
skuje o przyznanie punktów za warsztaty medyczne z za-
kresu: żywienia dojelitowego i pozajelitowego oraz le-
czenia ran, które mają być przeprowadzone w dniach:
18-19.11.2022 r. Uchwałę podjęto jednogłośnie i przy-
znano 15,5 pkt. edukacyjnych.

Firma Nutrikon Sp. z o.o. z Tarnowa Opolskiego przepro-
wadzi jednodniowe warsztaty z zakresu żywienia dojelito-
wego i pozajelitowego w dniu 17.11.2022 r. Uchwałę podjęto
jednogłośnie przyznając za szkolenie 5,5 pkt. edukacyjnych.

Informacja o aktualnej sytuacji finansowej Izby w kontekście pożyczki z NIL i spłaty pożyczki w banku

Skarbnik Izby kol. Kowalik poinformował, że galo-
pujące ostatnio podwyżki cen mediów spowodowały, że
pomimo prawidłowego realizowania wydatków z budżetu
Izby został on mocno nadszarpnięty. Z tego powodu
Opolska izba Lekarska zwróciła się do Naczelnej Izby Le-
karskiej o udzielenie korzystniejszej oprocentowanej pożycz-
kę, aby spłacić w całości kredyt bankowy zaciągnięty na
ostatni remont siedziby naszej Izby. Ponadto, by zmniej-
szyć bieżące opłaty za media, podjęto dodatkowe dzia-
łania oszczędnościowe w postaci skrócenia czasu pracy
Biura Izby do czterech dni (w piątki wszyscy pracowni-
cy pracują zdalnie) oraz zawieszenia zebrań Komisji oraz
wszelkich form aktywności chóru do końca bieżącego ro-
ku. Uchwalona przez NRL podwyżka składki oraz decy-
zja Zjazdu o zmniejszeniu procentowego odpisu skład-
ki izb okręgowych na Naczelną Izbę Lekarską powinna
po Nowym Roku poprawić naszą sytuację finansową.

Zmiany w rejestrze indywidualnych praktyk lekarskich

Do Rady wpłynął jeden wniosek o wykreślenie prak-
tyki lekarskiej w związku z zakończeniem działalności
- uchwałę podjęto jednogłośnie.

Przyznanie świadczeń z Funduszu Samopomocy

Do Rady wpłynął jeden wniosek o przyznanie bez-
zwrotnej zapomogi - uchwałę podjęto przy 11 głosach
za i 3 przeciw.

Zmiany w wysokości składki członkowskiej

Wnioski o zwolnienie z opłacania składek członkow-
skich w związku z nieosiąganiem przychodu złożyło czwo-
ro lekarzy - uchwałę podjęto większością głosów (za gło-
sowało 13 osób, jedna osoba wstrzymała się).

Z-ca sekretarza ORL
Lek. Iwona GAJDA

Wyznaczenie przedstawiciela OIL do komisji kon- kursowej

Na wniosek dyrektora SP ZOZ Opolskie Centrum On-
kologii w Opolu do komisji konkursowej na stanowisko
Zastępcy Kierownika podmiotu leczniczego delegowa-
no jednogłośnie dr Lidię Czopkiewicz.

Informacja o posiedzeniu Rady Społecznej Opol- skiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ

Prezes Jolanta Smerkowska-Mokrzycka poinformowa-
ła o posiedzeniu Rady Społecznej OOW NFZ, które od-
było się w dniu 30.09.2022. Poinformowano na nim, że
obecny dyrektor Oddziału Robert Bryk złożył rezygna-
cję z pełnienia tej funkcji. Rezygnacja została przyjęta.

Wniosek NIL w sprawie wyznaczenia przedstawi- ciela Naczelnej Rady Lekarskiej

Rada podjęła decyzję o zaopiniowaniu pozytywnie
na kandydatów na członków Rad Społecznych SP ZOZ
MSWiA w Opolu oraz SP ZOZ Szpital Specjalistyczny
MSWiA w Głuchołazach. Na powyższe funkcje reko-
mendowano dotychczasowych przedstawicieli Samorzą-
du, tj. dr Jerzego Lacha w Opolu i dr Bernadetę Mandyne
w Głuchołazach - uchwałę podjęto jednogłośnie

Sprawy różne i wolne wnioski

Rada dyskutowała nad pismem dyrekcji NZOZ Optima
Medycyna, które wpłynęło do Izby w związku z odmową
uznania przez OOW NFZ jako lekarza specjalistę lekarza
z Ukrainy lek. Olgi Yarkowej (posiada ona tytuł specjali-
sty, ale nadany w Ukrainie, jednak jej dyplom nie został
nostryfikowany w Polsce). Dr Yarkowa pomimo uzyska-
nia PWZ do pracy na terenie Polski nie może w związku
z tym pracować jako specjalista. Dr Jakubiszyn przedstawił
obowiązujące w Polsce regulacje prawne w tym zakresie
i wskazał rozwiązania, z których lekarz może skorzystać.

Kol. Kinga Szczepańska poinformowała o pracach Po-
rozumienia Rezydentów i o projekcie ustawy „no fault”.

Kol. Adam Bąk poruszył sprawę braku kadr medycz-
nych w publicznej ochronie zdrowia i przedstawił swój
pogląd na temat rozwiązania tego problemu w postaci
obowiązku „odpracowywania” studiów przez kilka lat
po ich skończeniu w tej ochronie zdrowia.

Wobec wyczerpania porządku obrad na tym posie-
dzenie zakończono.

Prezes ORL
Lek. dent. Jolanta SMERKOWSKA-MOKRZYCKA

OPIEKAGERIATRYCZNA W WOJEWÓDZTWIE OPOLSKIM

Z uwagi na olbrzymi problem demograficzny jakim
jest starzenie się społeczeństwa, co dotyczy całego kra-
ju, ale w największym stopniu województwa opolskie-
go na naszym terenie powstało kilka placówek, które
zajmują się leczeniem schorzeń dotyczących starszych
grup wiekowych.

Czym jest zatem geriatryka i z jakim schorzeniem moż-
na skierować pacjenta do placówki, na terenie której znaj-
duje się Oddział lub Poradnia Geriatryczna. Geriatryka jest
dziedziną medycyny zajmującą się profilaktyką, diagno-
zowaniem i leczeniem chorób wieku podeszłego. Osoby
starsze, z uwagi na wielość i różnorodność schorzeń wy-



magają podejścia holistycznego, czyli opieki wielospecjalistycznej. Dlatego też lekarz geriatra łączy wiedzę z kilku obszarów medycyny, m.in. medycyny rodzinnej, neurologii, psychiatrii, diabetologii, gastroenterologii, endokrynologii, kardiologii, ortopedii i fizykoterapii.

Na terenie województwa opolskiego działa kilka Poradni Geriatrycznych, gdzie seniorzy na podstawie skierowania mogą uzyskać specjalistyczną pomoc:

- Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Zaodrze” w Opolu, ul. Licealna 18, 45-714 Opole
- Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Vita” Spółka Partnerska w Kluczborku, ul. Grunwaldzka 18

GDERANIA STAREGO

Ostatnio doświadczyłem paru nieprzyjemnych chwil i to... aż wstyd się przyznać, z powodu własnego zagażenia. W swoim zadufaniu, że oto znalazłem się w okresie pewnej życiowej stabilizacji, nie dostrzegłem zmian przebiegających obok mnie. Ja wiem, że mijają dzień za dniem, zmienia się pogoda, kartki w kalendarzu itd. Nie o takie zmiany mi chodzi, ale o coś bardziej ważnego.

Otóż nie zauważyłem, że zmienia się środowisko, ludzie wokół mnie. Jestem lekarzem z 45-letnim stażem i jednocześnie działam w samorządzie lekarskim prawie od samego początku. Swoje szlify doktorskie i samorządowe zdobywałem pracując w wielu zespołach ludzkich. Słowo „zespół” ma tu bardzo istotne znaczenie. Jest to bowiem grupa ludzi związana ze sobą wspólnotą celów i działań związanych z ich osiągnięciem.

Praca w zespole stawia przed nami szereg wyzwań. Trzeba dostosować się do rytmu pracy wszystkich członków zespołu, zrezygnować (przynajmniej w części) z własnych ambicji, nawyków i oczekiwań. Wszystko po to, by osiągnąć jakiś wspólny cel: sprecyzowanie diagnozy, ustalenie programu leczenia, wyleczenie chorego, wzajemnej pomocy w zdobywaniu doświadczenia zawodowego (w tym także osobistego – czytaj specjalizacja), zorganizowania pracy samorządu, wzbogacanie jego oferty kierowanej do lekarzy, itd. Wymaga więc ona najkrócej mówiąc współpracy.

Taki sposób działania powoduje, że nawiązują się pomiędzy członkami zespołu różnorakie więzi – od przyjaźni, poprzez koleżeństwo, na akceptacji obecności innych kończąc. Oczywiście, że znaczna część tych umiejętności (czy też cech) zdobyliśmy już wcześniej – w czasie wspólnych zabaw na podwórkach, czy w klasie szkolnej. Jednak te „dorosłe” relacje „szlifują” ostatecznie w nas najważniejsze cechy związane z naszym życiem społecznym. Ich posiadanie tych cech pozwala każdemu z nas, czasem lepiej lub gorzej, funkcjonować w zbiorowości ludzkiej (towarzyskiej, sąsiedzkiej, szpitalnej, samorządowej). Ci, którzy nie posiadli ich lub też posiadli je w niedostatecznym stopniu zwykle „odstają” od resz-

- „Diabetica” Sp. z o.o. w Nysie, ul. Bohaterów Warszawy 27.

Istnieje również możliwość skierowania pacjentów w wieku podeszłym (zgodnie z definicją NFZ po 60 r. ż.) do Oddziału Geriatrii celem diagnostyki i optymalizacji leczenia. Takie jednostki działają w:

- Stobrowskim Centrum Medycznym Sp. z o.o. z siedzibą w Kup;
- Samodzielnym Publicznym Zespole Opieki Zdrowotnej w Kędzierzynie Koźlu.



ty otoczenia i stanowią grupę osób nazywanych społecznie.

No dobrze, strasznie się wymądrzam, więc zapytacie zapewne zniecierpliwieni, o co w końcu mi chodzi. Otóż praca w zespole wiąże się z szeregiem uwarunkowań. Jednym z nich jest sposób podziału obowiązków i brania za swoje działania odpowiedzialności. Najczęściej sposób funkcjonowania zespołu określały różnego rodzaju przepisy. Jednakże znaczna ich część działała na zasadzie porozumień pomiędzy członkami zespołu. Jak zapewne domyślicie się sami, były to porozumienia ustne, zwyczajowe. Miały one równie istotną moc, jak te formalne – spisane. Ich przestrzeganie, a przynajmniej respektowanie, zapewniało bez wstrząsowy żywot zespołu i końcowe efekty jego pracy.

W powstałym pod koniec lat 80. Samorządzie Lekarskim wszystkie działania od samego początku właśnie na tym polegały – na wspólnym zaangażowaniu w dzieło jego stworzenia. Ustawa o samorządzie lekarskim dała jedynie zarys tego czym miały być izby lekarskie. Wszystko inne powstawało w zespołach ludzi, którym zależało na odrodzeniu, po latach niebytu, niezależnej korporacji zawodowej lekarzy. W tamtych czasach wszyscy byliśmy dla siebie KOLEGAMI. Przyjął się nawet niepisany zwyczaj, że w samorządzie zwracaliśmy się do siebie po imieniu bez względu na zajmowane zawodowo stanowiska i wiek. Wyjątek oczywiście stanowili ci spośród nas, których uważaliśmy za naszych wielkich mistrzów i nauczycieli. Forma „kolega” pozwalała na szybsze wchodzenie do tego zespołu, ale też stawiała przed każdym z nas wymagania. Jeśli „umówiliśmy się” na jakieś działania, jakieś obowiązki – to była to umowa wiążąca obie strony. Na dodatek nigdzie nie opisana formalnie. Ta forma koleżeńskości wypełniała również każdemu z nas pewien komfort. Jeśli zwróciłem się do swojego kolegi samorządowca z jakąś prośbą, to nigdy nie doświadczyłem odmowy pomocy. To tylko wzmacniało więzi nas łączące ze sobą. Do tej pory, jeśli zdarzy się nam spotkać przy oka-

zji jakiegoś jubileuszu w dawnymi przyjaciółmi z innych izb lekarskich, to jest to okazja do wielu radosnych chwil.

Tymczasem „panta rhei” – wszystko, a zwłaszcza czas spłynie nieubłagane. Czasy, w którym praca dla naszych koleżanek i kolegów była spontanicznym działaniem społecznym zmieniła się na czas, gdy wszystko jest sformalizowane, zetatyzowane i dominuje tzw. profesjonalizm. Kiedyś byliśmy w samorządzie lekarskim wszyscy dla siebie kolegami, ale ten moment chyba nieubłagane już przeminął. Z kolegów staliśmy się dla siebie urzęd-

nikami. Dziś coraz trudniej jest opierać się na ustaleniach ustnych, wszystko regulują przepisy uchwał i rozporządzeń. Jakby zupełnie minął czas, gdy polegaliśmy na sobie nawzajem.

Idzie nowe!!! Ale czy w związku z tym jest lepiej??

PS. Na szczęście nadal mam jeszcze wokół siebie swoich Przyjaciół i Kolegów, na których – tak jak dawniej – mogę polegać „jak na Zawiszy”.

Jerzy B. LACH

DLACZEGO MARIA TUDOR, PIERWSZA CÓRKA KRÓLA HENRYKA VIII, ZOSTAŁA NAZWANA „KRWAWĄ MARY” I JAKI TO MA ZWIĄZEK Z POŁOŻNICTWEM?

Maria I Tudor (1516-1558) nazwana przez potomnych „Bloody Mary” była córką króla Henryka VIII Tudora (1491-1547) i jego pierwszej żony Katarzyny Aragońskiej (1485-1536).

Katarzyna Aragońska była córką Ferdynanda Aragońskiego i Izabelli Kastylskiej (Katolickiej), którzy zjednoczyli Hiszpanię (z wyjątkiem Portugalii), wygnali Maurów (Arabów) po sześciu wiekach ich pobytu na Półwyspie Iberyjskim (słynna obrona Grandy) do Afryki oraz wysłali w roku 1492 Krzysztofa Kolumba, aby odkrył nową morską drogę do Indii.

Ślub Henryka VIII z Katarzyną Aragońską odbył się w roku 1509 i oprócz Marii Tudor Katarzyna Aragońska urodziła pięcioro dzieci martwych lub zmarłych tuż po porodzie.

Po kilkunastu latach pożycia małżeńskiego Henryk VIII postanowił rozwieść się z Katarzyną Aragońską, aby poślubić w roku 1533 Annę Boleyn (1504-1536). Nie wyraził na to zgody ówczesny papież Klemens VII i wówczas Henryk VIII zerwał z Rzymem i doprowadził do powstania narodowego kościoła anglikańskiego, które-

go zwierzchnikiem został on sam. Anna Boleyn urodziła Henrykowi VIII przyszłą królową Anglii Elżbietę I (1533-1603) oraz dwóch martwych synów.

Maria Tudor została uznana za nieślubną córkę Henryka VIII i popadła w niełaskę. Tymczasem wkrótce Anna Boleyn została oskarżona przez Henryka VIII o cudzołóstwo i ścięta mieczem w Tower w roku 1536.

W parę dni później Henryk VIII ożenił się z damą swojego dworu Jane Seymour (1507-1537), która urodziła mu w roku 1537 upragnionego następcę tronu - Edwarda. Niestety Jane Seymour zmarła 2 tygodnie po porodzie.

Henryk VIII, który zmarł w roku 1547 wśród objawów patologicznej otyłości, podagry i niemożności poruszania się (niewykluczone, że cierpiał na syfilis) miał jeszcze trzy żony: Anne z Kleve (ślub w roku 1540),

Katarzynę Howard, kuzynkę Anny Boleyn (ślub w tym samym roku 1540, ścięta w wieku 18 lat tym razem w Tower, również z powodu rzekomego cudzołóstwa) oraz Katarzynę Parr (ślub w roku 1543).

Trzy ostatnie małżeństwa Henryka VIII były bezdzietne, ponieważ według historyków Henryk VIII cierpiał na rzadką chorobę genetyczną Mc Loeda dotyczącą niezgodności w układzie czerwono-krwinkowym, tzw. czynnika Kell (stąd liczne w pierwszych trzech małżeństwach porody płodów martwych i umierających tuż po porodzie).

Henryk VIII pochowany jest obok swej żony Jane Seymour w Windsorze. Po jego śmierci na tron angielski wstąpił jego jedyny, chorowity syn Jane Seymour, który panował tylko 6 lat.

Po nim, po wielu perypetiach, na tron angielski w roku 1553 wstąpiła Maria I Tu-



Maria I Tudor



Filip II Habsburg



dor, córka Katarzyny Aragońskiej. Maria Tudor, w przeciwieństwie do swojej młodszej siostry Elżbiety (córkę Anny Boleyn), była żarliwą katoliczką i rozpoczęła walkę o powrót Anglii do katolicyzmu i zwalczanie protestantów, których nazywała innowiercami. Zaczęły płonąć stosy, na których palono innowierców, spalono m. in. arcybiskupa Canterbury Thomasa Cranmera.

Maria Tudor nie tylko nie była piękną, ale wg kronikarzy kobietą wręcz brzydką i złośliwą. W wieku 40 lat, w roku 1556, wyszła za mąż za niezwykle przystojnego króla Hiszpanii Filipa II Habsburga (1527-1598), młodszego od niej o 11 lat, co w dynastycznych małżeństwach w tamtych czasach było zjawiskiem dość częstym. Filip II był wdowcem. Jego żona, Maria Portugalska, urodziła mu jedyne obłąkanego syna Don Carlosa (co w dynastiach Habsburgów austriackich i hiszpańskich było często obserwowane, ale może to być tematem moich kolejnych rozważań historyczno-genetycznych).

Filip II niezwykle ucieszył się, kiedy 40-letnia Maria Tudor zaszła w ciążę, ponieważ wierzył, że jako król Hiszpanii, mąż królowej Anglii, a może w przyszłości król Anglii stanie się najpotężniejszym władcą Europy i pokona swojego największego wroga, jakim dla niego była Francja.

Oczekiwanemu w radości dziecku sporządzono nie-spotykaną kołyskę z marmurowymi kolumnkami, złoceniami, srebrnymi ptaszkami. Maria Tudor, której imponująco powiększał się brzuch w swojej szczęśliwości zaprzestała palenia innowierców, co spotkało się z wielkim niezadowoleniem papieża.

W terminie spodziewanego porodu osobisty lekarz Marii Tudor, któremu dotychczas nie pozwalała dotykać swojego powiększającego się brzucha, z przeraże-

niem stwierdził, że nie jest w ciąży lecz naprawdę toczył ją rak jelit z wodobrzuszem.

Po tej straszliwej diagnozie Filip II natychmiast powrócił do Hiszpanii, zaś Maria Tudor, królowa Anglii (1553–1558) oraz królowa Hiszpanii (1556–1559) wkrótce w osamotnieniu zmarła z powodu zaawansowanej choroby nowotworowej jamy brzusznej, przy czym, w ostatnich miesiącach życia z rozpacz, z jeszcze większą energią wydawała rozkazy palenia innowierców. Przyjmuje się, że w okresie panowania Marii Tudor na stosach spłonęło około 300 protestantów, stąd jej przydomek „Krwawej Marii”.

Po śmierci Marii Tudor na tron angielski wstąpiła jej młodsza, długowieczna siostra Elżbieta I (z innej matki), która panowała 45 lat i była bezżenna oraz bezdzietna.

Ciekawostką jest fakt, że zarówno Maria I Tudor jak i Elżbieta I spoczywają w tym samym grobie w Opactwie Westminsterskim w Londynie.

Wracając do jedyne go męża Marii Tudor Filipa II, króla Hiszpanii, przeszedł on do historii jako twórca „Niezwyciężonej Wielkiej Armady”, która miała pokonać Anglię, została jednak pokonana w roku 1588 w kanale La Manche (również przez sztormową pogodę) przez flotyllę Elżbiety I.

Chichotem historii jest to, że Filip II zmarł również z powodu wodobrzusza (podobnie, jak jego żona Maria Tudor), prawdopodobnie z powodu schorzenia nowotworowego. Filip II został pochowany w wybudowanej przez siebie nekropolii królów hiszpańskich - Escorialu.

PS. Na pamiątkę „Bloody Mary” w większości nie tylko europejskich restauracji i barów serwowany jest cocktail o składzie sok pomidorowy + wódka o nazwie „Krwawa Mary”, a o genezie tej nazwy niestety niewielu wie.

Dr hab. n. med. Janusz KUBICKI

GOŚCINNE WYSTĘPY

HARMONIA

Wiele japońskich słów nie ma odpowiedników w prostym tłumaczeniu na inne języki. Do wyrażenia ich sensu, trzeba użyć całych zdań, czasem nawet długiego akapitu, aby spróbować zrozumieć, jaki nacisk położył rozmówca na umocnienie międzyludzkich relacji. Jednym z moich ulubionych zwrotów, wyuczonych w „kraju czerwieniących klonów” jest „okagesama”, czyli „dzięki tobie”.

Japończycy utożsamiają się ze wszystkimi osobami, z którymi zetknął ich los. Od wieków działają zespołowo. To daje im poczucie wartości życia. Koncepcja sensu istnienia - „ikigai” – jest wspólnym zbiorem pasji, misji, powołania i umiejętności. Spełnienie możliwe jest dzięki osiągnięciu harmonii i codziennego, nieprzerwanego

doskonalenia się, utrzymaniu porządku, czystości i organizacyjnej perfekcji. Rezultat życia jest wówczas zadawalający.

W politycznych życzeniach nie raz, nie dwa, podążaliśmy w ciągu ostatnich dekad, za cywilizacyjnym dobrobytem i inną kulturą pracy. Zbyt często zarządzający chcieli uzyskać podpatrzony rezultat natychmiast, zapominając, że złożył się na nie dorobek wielu pokoleń Anglików, Francuzów, Niemców, Amerykanów, Japończyków... „Co kraj to obyczaj” i nie od dzisiaj wiadomo, że nie wszystkie rozwiązania możliwe są do zastosowania wszędzie i w każdym czasie. Mimo to, w przednoworocznym wspomnieniu „państwa gejsz i sa-



murajów”, marzy mi się harmonijny rozwój mojej Ojczyzny. Nic na siłę, ale konsekwentnie. Nie z dnia na dzień, ale codziennie. Z szacunkiem, uznaniem hierarchii i podziału władzy, umiejętnym dzieleniem dóbr, zamiast nonszalanckiego rozdawania łask, które jadą na pstrym koniu.

„Okagesama” oznacza „dzięki tobie”. Czy powiedzieliśmy to sobie wzajemnie z nauczycielem, policjantem, urzędnikiem, pielęgniarką, muzykiem, dziennikarzem, sprzedawczynią, przedsiębiorcą, pracownikiem budowlanym...? Kimkolwiek, kto ciężko pracuje! A przecież dzięki nim i dzięki nam uczą się dzieci, bezpieczniej jest na ulicach, sprawnie działa administracja, nie zamykamy szpitali, odpoczywamy, możemy szukać prawdy między słowami, zwiększać obroty gospodarcze, budować drogi i czuć potrzebę służenia innym...

Każde japońskie kimono ma dwie poły: prawą i lewą. Układa się je na zakładkę i zawiązuje pasem w talii. „Osusowake” znaczy „dzielić się połą”, czyli małą porcją czegoś, co dostało się w nadmiarze. Otrzymane dobra powinny rozejść się w dwie strony, jak poły kimona: dla zachowania równowagi, podkreślenia sensu istnienia i niepodważalnego miejsca innych ludzi w naszym życiu.

Gdyby jednak harmonię zakłócił hałas tłukącej się starej, porcelanowej filiżanki z rodzinnego serwisu do parzenia świątecznej herbaty, nadzieję przywrócić może „kint-

sugi” – tradycyjna metoda naprawy wyrobów ceramicznych, sklejanych żywicą sumaka lakowego zmieszaną ze złotem. Albowiem zgodnie z japońską filozofią, doświadczenie strat trzeba zawsze umiejętnie przekształcić w udoskonalenie dalekich planów przyszłości.

W lipskiej galerii sztuki współczesnej, uczestniczyłem w warsztatach będących elementem wystawy dzieł Yoko Ono. Zwiedzający mieli posklejać jedną z kilkudziesięciu wyłożonych na stoły filiżanek. Klej był zwykły. Robota mozolna i bez spektakularnego efektu. Satysfakcja ogromna.

Niech mam się zatem w Nowym Roku klei jak najlepiej. Dzięki innym i w harmonii z samym sobą.

Jarosław WANECKI
Kierownik Ośrodka Kultury
i Dziedzictwa Historycznego NIL



„Filiżanki czekające na sklejenie” - wystawa Yoko Ono, Lipsk (fot. J. Wanecki)

CO PISZĄ INNI

OPIEKA KOORDYNOWANA – SŁUSZNA IDEA, KTÓREJ WDROŻENIE POTRWA LATA

Model kompleksowej opieki nad pacjentem, który właśnie wchodzi do POZ, sprawdził się w wielu krajach. W Polsce właściwie ma samych zwolenników, jednak ministerialne rozporządzenie dotyczące opieki koordynowanej wzbudziło wiele pytań i wątpliwości. Jak zwykle diabeł tkwi w szczegółach...

Od 1 października w przychodniach POZ można wdrażać opiekę koordynowaną. Zarówno lekarze rodzinni, jak i urzędnicy mówią zgodnie: koordynacja to słuszny kierunek. Na razie jednak środowisko lekarskie nie jest gotowe, by zastosować to rozwiązanie na skalę powszechną.

Na pierwszy rzut oka nowe przepisy (a konkretnie: rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 15 września 2022 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej) przynoszą same korzyści. Przede wszystkim dają lekarzom rodzinnym większe możliwości w zakresie diagnozowania, leczenia i monitorowania pacjentów z chorobami przewlekłymi. Łatwiejsza i szybsza ma być też wczesna

diagnostyka pacjentów z podejrzeniem m.in. cukrzycy, nadciśnienia tętniczego, niewydolności serca, przewlekłej choroby niedokrwiennej serca, migotania przedsionków, astmy oskrzelowej, przewlekłej choroby obturacyjnej płuc, niedoczynności tarczycy oraz tych, u których wykryto pojedyncze i mnogie guzki tarczycy. Lekarze rodzinni będą mogli zlecać część badań, które dotąd były wyłącznie w gestii specjalistów, np. echokardiografię, holter ciśnieniowy czy holter ekg. Dzięki temu pacjent z ustalonym rozpoznaniem, którego stan jest ustabilizowany, a chodzi np. do kardiologa, diabetologa bądź endokrynologa tylko na badania kontrolne, będzie je mógł wykonywać u swojego lekarza POZ. Zwolni więc miejsce dla kogoś, kto potrzebuje konsultacji w poradni specjalistycznej. Przynajmniej w założeniach.

– Przyjmujemy, że dana poradnia specjalistyczna przyjmowała np. tysiąc pacjentów, wśród których część to byli pacjenci ze stabilnym stanem zdrowia, ale wymagający monitorowania i specjalistycznych badań. Jeżeli tym sta-



bilnym pacjentom wykonamy badanie kontrolne w POZ, wyniki będą w normie, z tego tysiąca ujmemy dobre kilkaset osób, więc rzeczywiście zrobi się miejsce w kolejkach do specjalistów – mówi Jacek Krajewski prezes Porozumienia Zielonogórskiego. – Tyle że takich badań nie może wykonać osoba przypadkowa. Holter ekg czy echokardiografię jednak musi wykonać specjalista.

Prezes PZ dodaje, że lekarzom podstawowej opieki zdrowotnej ułatwiono życie w ten sposób, że podzielono działania – mogą teraz osobno wykonać badania i osobno konsultacje specjalistyczne. Już nie musi ich robić ten sam lekarz. Mogą znaleźć pracownię, gdzie zatrudniony jest specjalista wykonujący badania, bez konsultacji, a zatem może on takich badań wykonać więcej. Lekarz rodzinny sam zinterpretuje wynik badania i oceni, czy konsultacja specjalisty jest potrzebna, czy nie. – W ten sposób zluźowało się, czy raczej zluźuje się trochę miejsca u specjalistów – tłumaczy Jacek Krajewski. – Ale poza tą słuszną zasadą, która powinna być wprowadzona dużo wcześniej, jest szereg problemów dotyczących realizacji opieki koordynowanej.

Kwestia skali, czyli brakuje ludzi i pracowni

Ministerialne rozporządzenie zakłada, że w każdej placówce POZ ruszy system opieki koordynowanej. I tu pojawia się pierwszy problem. – Polega on na powszechności wprowadzenia tego rozwiązania. O ile niektóre placówki są już do tego przygotowane, bo np. mają zakontraktowane podstawową opiekę zdrowotną oraz opiekę specjalistyczną i wykonują część badań ujętych w budżecie powierzonym, więc właściwie już prowadzą opiekę koordynowaną, nawet bez wprowadzenia tych przepisów, o tyle większość podmiotów POZ takiej możliwości nie ma – mówi szef Porozumienia Zielonogórskiego. – Z kilku powodów. Przede wszystkim nie stworzy się nagle większej liczby specjalistów. Miną lata, zanim się wykształci tylu specjalistów lub znajdzie się tyle osób, spełniających wymogi rozporządzenia, np. rezydentów w danej dziedzinie lub lekarzy, którzy pracowali co najmniej 5 lat na oddziale jednoimiennym ze specjalizacją wymienioną w rozporządzeniu. Ta furtka wprowadzie trochę tę pulę specjalistów poszerza, ale wciąż jest ich za mało w stosunku do liczby pacjentów potrzebujących specjalistycznej pomocy.

Nowe przepisy pozwalają odciążyć specjalistów od pacjentów, którzy nie muszą być przez nich konsultowani. Mogą być prowadzeni w POZ, która uzyskuje do tego narzędzia. Jeśli stan zdrowia pacjenta się zdestabilizuje, lekarz rodzinny wyśle go na konsultację do specjalisty. To on zdecyduje, kto trafi do niego i do którego konkretnie

– Zbyt mała liczba specjalistów powoduje, że do konsultacji u nich będziemy wybierać osoby, które najpilniej jej potrzebują, a więc do takiego lekarza będą trafiać pacjenci wyselekcjonowani przez lekarza rodzinnego – mówi Jacek Krajewski. – Druga kwestia to pytanie: czy pacjent będzie chciał, żeby to lekarz POZ decydował, do którego

specjalisty on pójdzie. Jeśli pacjent podpisze umowę na prowadzenie opieki koordynowanej ze swoim lekarzem rodzinnym, to lekarz będzie mu wybierał specjalistę. Pytanie, czy wszyscy się na to zgodzą.

Koordynacja kosztuje

Kolejnym mankamentem oprócz zbyt małej liczby lekarzy, jest niewystarczająca liczba pracowni specjalistycznych. Pacjenci nadal więc będą czekać na badania, dopóki nie powstanie więcej pracowni specjalistycznych współpracujących z POZ. Tego też nie robi się w ciągu miesięcy, ale lat.

– Kolejna kwestia to wysokość kontraktów. POZ ma teraz rutynę wynikającą z przepisów, z rozporządzenia ministra zdrowia o świadczeniach gwarantowanych. Wykonywaliśmy pewne rutynowe czynności i zaopatrywaliśmy pacjentów na poziomie, którego od nas wymagało w kontrakcie – mówi prezes PZ. – Część z nas robiła oczywiście więcej, zdecydowanie większa część wykonywała to, co było w kontrakcie. Teraz w opiece koordynowanej rutyna się zmienia, ponieważ w przypadku chorób przewlekłych, które wchodzi w zakres opieki koordynowanej, będziemy musieli wykonać zdecydowanie więcej działań niż do tej pory było w rozporządzeniu o świadczeniach gwarantowanych i w naszym kontrakcie. Trzeba więc zwiększyć kontrakty.

W modelu opieki koordynowanej w centrum jest człowiek potrzebujący pomocy. Za rękę prowadzi go koordynator, czyli osoba, która zbiera informacje od lekarza, pielęgniarki, dietetyka, specjalisty, przygotowuje pacjenta do kolejnej wizyty u swojego lekarza rodzinnego. Pilnuje terminów wykonania badań, terminów konsultacji. To musi być człowiek, który jest zorientowany w systemie opieki zdrowotnej, jest sympatyczny, potrafi rozmawiać z pacjentami. I któremu trzeba zapłacić za pracę.

Większe możliwości, większa odpowiedzialność

Jacek Krajewski zwraca uwagę na jeszcze jeden ważny aspekt. Nowe uprawnienia wymagają nowych umiejętności i poszerzenia wiedzy przez lekarzy POZ.

– Trzeba uzupełnić wiedzę, by prowadzić pacjenta z szerszymi wymaganiami, i to nie tylko wiedzę lekarską, ale często także pielęgniarską – mówi szef Porozumienia Zielonogórskiego. – I na to też potrzeba czasu. Po pierwsze nie pójdziemy na szkolenia wszyscy naraz, bo przecież ktoś musi zaopatrywać pacjentów. Po drugie, część lekarzy nie zdecyduje się na dodatkową edukację, bo jest w starszym wieku i uważa, że już nie będzie w stanie uzupełnić wiedzy do tego stopnia, żeby prowadzić tych chorych w sposób odpowiedzialny.

Wprowadzenie opieki koordynowanej to proces, który potrwa długo. Zarówno lekarze, świadczeniodawcy, placówki opieki medycznej, jak i głównie pacjenci muszą sobie z tego zdawać sprawę. – Nawet ci, którzy przygotowywali te przepisy, od razu mówili, że to będzie długotrwały proces. Chodzi tylko o to, żeby on nie trwał za długo i żeby się nie skończył po pierwszej wielkiej eu-

forii po paru miesiącach czy po roku – zauważa prezes Krajewski. – Clou jest wdrożenie tego narzędzia sprawnie i powszechnie, aby za jakiś czas mógł działać w każdym, nawet małym wiejskim ośrodku. Tam będzie to szczególnie trudne, zwłaszcza że często lekarze, którzy tam pracują, są jedynymi lekarzami na dość dużą populację, którą zabezpieczają.

Stopniowo i wspólnymi siłami

Czy wobec wymienionych wyżej trudności opieka koordynowana ma szansę zaistnieć w przychodniach POZ?

– Zdecydowanie tak, ale jeżeli stworzy się odpowiednie warunki, jeżeli NFZ pomoże poprzez wskazanie bazy dostępnych specjalistów, stworzy możliwość kontaktu między specjalistami i lekarzami w małych placówkach, jeżeli da pomocnika w postaci dobrze wycenionego koordynatora, jeżeli będzie współpraca ze strony ministra zdrowia i jeżeli będzie właściwe dofinansowanie personelu pomocniczego, to ten model za kilka czy kilkanaście lat może sprawnie działać – uważa prezes PZ. – Tym bardziej że zainteresowanie lekarzy jest duże, ponieważ to oznacza poszerzenie kompetencji, możliwość rzeczywistego wpływu na to, co się dzieje z pacjentem. Wzrosnie ranga lekarza, pacjenci będą objęci kompleksową opieką. Naprawdę wszyscy jesteśmy za. Natomiast trzeba jeszcze dopracować wiele szczegółów.

Tak, ale nie teraz

Zatem ile placówek wystartuje z opieką koordynowaną w tym roku? Prezes PZ szacuje, że w tym roku wprowadzi ją nie więcej niż 10% POZ-ów. Anna Krzyszowska-Kamińska z Dolnośląskiego Związku Lekarzy Rodzinnych-Pracodawców nie ma wątpliwości, że idea rozszerzania możliwości lekarza rodzinnego jest słusz-

na i bardzo potrzebna. Ona sama jednak na razie w ten model nie wejdzie. Dlaczego?

– Od lipca funkcjonuje budżet powierzony, możemy zlecać 6 dodatkowych badań. Świetnie, ale sposób rozliczania ich zabiera nam strasznie dużo czasu i zaangażowania, zabiera prawdziwy czas dla pacjenta, muszę omówić nawet prawidłowy wynik, żeby rozliczyć badanie – wyjaśnia lekarka. – Bardzo obawiam się, że jako właściciel przychodni dołożę z własnej kieszeni, bo na razie nie mamy informatycznych narzędzi do łatwej kontroli nad badaniami i budżetem, a wycena badań jest bardzo niska.

Pani doktor uważa, że możliwość zlecenia lub wykonania badań typu holter czy usg serca jest bardzo potrzebne, ale wymaga czasu na szkolenia, zakup sprzętu itp. Tego nie robi się z dnia na dzień.

– Myślę, że wielu pacjentom nie spodoba się narzucenie konkretnego specjalisty lub odmówienie skierowania i umówienie go ze specjalistą – wylicza pani doktor. Przyznaje, że model koordynacji na razie jest bardzo skomplikowany: – To są zmiany, które powinny być wprowadzane powoli i przejrzysto, wymagają zatrudnienia koordynatora – a ja nie mam miejsca w praktyce na kolejne biurko i stanowisko pracy. Słabe jest też finansowanie procedur, np. na konsultacje kardiologa mam 120 złotych. Rozmawiałam z kilkoma kardiologami – za tę cenę są słabo zainteresowani, tak samo jak endokrynolodzy. Na razie „lizemy rany” w POZ po covidzie. Zespół wypalenia i u lekarzy, i u pielęgniarek jest bardzo mocny, trudno się zebrać do czegośkolwiek nowego...

Maciej SAS

(przedruk za zgodą z „Medium” nr 11/22)

O KSZTAŁTOWANIU KADRY LEKARSKIEJ UWAG KILKA

Do napisania tych słów skłoniły mnie osobiste obserwacje ostatnich tygodni, wzmocnione głosami wyrażonymi podczas organizowanej przez Wielkopolską Izbę Lekarską w minionym październiku konferencji ogólnopolskiej dla dyrektorów medycznych szpitali. Głosy te – jak i refleksje moje – wybrzmiewają dość dramatycznie.

Od kilku lat obserwujemy zdecydowany odpływ lekarzy z naszych szpitali. Zadziwieniem staje się jednak to, że dotyczy to nie tyle szpitali powiatowych czy zlokalizowanych poza dużymi ośrodkami, ile nawet szpitali – wydawałoby się najsilniejszych – klinicznych. Przyczyny tego są na pewno złożone. Nie tylko związane z wymogami dyżurowania czy natężonej – często stresującej – pracy, prowadzonej w zbyt wielu wymiarach, która wymaga łączenia z pracą ambulatoryjną i w pracowniach, z dydaktyką i nieraz nauką.

Od złych relacji po zarobki

Do tego dochodzić może często sytuacja ułomnych stosunków międzyludzkich, zwykłego przepracowa-

nia i zmęczenia. A na dodatek – co bywa czasami decydujące bądź przeważa szalę – marne zarobki, zupełnie niekonkurencyjne w stosunku do ambulatoryjnej opieki specjalistycznej czy także medycyny rodzinnej. Przy nierzadkiej niestety postawie odpowiedzialnych za kadrę lekarską decydentów ekonomicznych, którzy nie zrozumieli jeszcze, że sytuacja nieco się zmieniła i że szacunek oraz zaufanie do personelu lekarskiego – nawet ze względów tylko ekonomicznych – zaczyna być w cenie. I że to nie lekarze – w wielu obszarach – stali się pentamentami swych zatrudniających, lecz właśnie odwrotnie.

Syndromy obumierania

Zastanawiać się zawsze należy, jakie są symptomy umierania zespołów lekarskich. Znamy tak wiele zespołów, chociażby na przykład chirurgicznych, które przed kilkunastu laty rozwijały się kwitnąco w wielu szpitalach powiatowych. Sygnałem ostrzegawczym są sytuacje, w których rezydenci, wykształceni przez zespoły, nie chcą pozostawać w miejscu swego kształcenia. Kie-



dy absolwenci medycyny nie wybierają rezydentur w danej jednostce, unikając jej. Kiedy wreszcie odchodzą specjaliści. Odejdzie z zespołów, zwłaszcza kilku lekarzy czy rezydentów, musi być swego rodzaju czerwoną lampą zapalającą się jako znak ostrzegawczy. A jeśli w ciągu kilku lat odchodzi z dużego zespołu na przykład 12 osób, to nie ma szans, by ten zespół zachował sprawność.

Miejsce na przywództwo

Dlatego wydaje się, że szczególne miejsce pozostaje dla tych wszystkich w naszym zawodzie, którzy są w stanie wskrzesić w sobie nieco charyzmy, by unieść ciężar kształcenia kolejnych pokoleń lekarskich, będąc przy tym przekonującymi, ale także unieść odpowiedzialność za koordynację pracy innych specjalistów w ramach dobrze pojętej kolegialnej i życzliwej współpracy. Jest czas i przestrzeń w medycynie na przywództwo, które musi nieść ze sobą swego rodzaju dojrzałość. Warto jednak zaznaczyć, że tak jak łatwo można zepsuć zespół lekarski, tak tworzenie jego w praktyce trwa wiele lat.

Konstituowanie kompetentnej, stabilnej oraz twórczej i zintegrowanej ze szpitalem kadry lekarskiej jest jednym z podstawowych wymogów dobrego zarządza-

nia i działania każdego szpitala, nie tylko klinicznego. Z jednej strony może stanowić o jego sukcesie, jednakże z drugiej strony, w przypadku uchybień, prowadzić może do obniżenia jego rangi, a nawet stanowić istotne zagrożenie sprawnego funkcjonowania, powodując nie-raz istotne zawirowania. Podstawowym pytaniem zarządczym w szpitalach jest to, które określa, w jaki sposób do stworzenia takiego odpowiedzialnego korpusu medycznego w szpitalu doprowadzić, ale także, jak go utrzymać i rozwijać.

Przestrzeń szacunku i zaufania

Nie można w formowaniu kadry lekarskiej nie wspomnieć o dwóch rzeczywistościach, niezwykle istotnych w relacjach międzyludzkich, których zachowanie jest warunkiem tworzenia dobrej kultury organizacyjnej oraz zachowania bezpieczeństwa pacjentów, choć dla niektórych mogą okazywać się niezrozumiałe i niezbyt wymierne. Są nimi: konieczność zachowania wzajemnego szacunku oraz zaufanie.

Szczepan COFTA

(przedruk za zgodą z Biuletynu
Wielkopolskie Izby lekarskiej nr 11/22)

JODEK POTASU. TABLETKA, KTÓRA CZEKA W POGOTOWIU, GDY PRZYJDZIE ZAGROŻENIE...

Czarny scenariusz jest taki: w czasie działań wojennych w Ukrainie, dochodzi do awarii/ostrzelania/zniszczenia elektrowni jądrowej. Zagrożenie „wisi w powietrzu”... No prawie, bo nie wisi, ale przemieszcza się. Radioaktywna chmura sunie ze wschodu na zachód Europy, docierając do Polski. Dzieci, młodzież – wszyscy ci, którzy nie ukończyli 40. roku życia – są narażeni na wchłonięcie „złego jodu”, który zaatakuje ich gruczoł tarczycy. Skutek? W przyszłości mogą zachorować na raka tarczycy.

Czarny scenariusz to fikcja? Niestety, niekoniecznie... Wystarczy przypomnieć sobie katastrofę w elektrowni jądrowej w Czarnobylu w 1986 roku.

Lepiej więc dmuchać na zimne? Z tego założenia wychodzą najwidoczniej polskie władze i postanowiły przygotować – prewencyjnie – dawki jodku potasu, który – oczywiście tylko w razie zagrożenia – będzie rozdany Polakom. I tu trzeba podkreślić, że zostanie rozdany za darmo. Jego odpowiednia dawka ma nas uchronić przed wchłonięciem przez nasz organizm złego jodu, który może nadejść wraz z radioaktywną chmurą.

Jodek potasu już trafił do każdego miasta

Ministerstwo Spraw Wewnętrznych i Administracji postanowiło (na przełomie września i października) o prewencyjnym rozpoczęciu dystrybucji tabletek jodku potasu do powiatowych jednostek Państwowej Straży Pożarnej.

– To działania rutynowe i przewidziane w przepisach prawa na wypadek ewentualnego wystąpienia skażenia radiacyjnego. Musimy być przygotowani na różne warianty wydarzeń, nawet te najmniej prawdopodobne – wyjaśnił na specjalnej konferencji w Warszawie Błażej Poboży, podsekretarz stanu w Ministerstwie Spraw Wewnętrznych i Administracji. Wiceminister dodał, że „podjęte przez MSWiA działania są związane z procedurami zarządzania kryzysowego i służą zapewnieniu bezpieczeństwa obywatelom naszego kraju”.

Z jednostek straży pożarnej – za pośrednictwem wojewodów – tabletki zostały już przekazane do samorządów, a te ustaliły specjalne miejsca (głównie w szkołach, ale też w bibliotekach, lokalnych centrach kultury, radach osiedli, przychodniach), w których w razie zagrożenia jodek potasu będzie wydawany Polakom. Pełna lista placówek, z konkretnymi adresami, jest dostępna na stronie Dolnośląskiego Urzędu Wojewódzkiego i na stronie oficjalnego portalu miasta Wrocławia – wroclaw.pl. (w przypadku Opolszczyzny wykaz takich placówek znajduje się na stronie Opolskiego Urzędu Wojewódzkiego <https://www.gov.pl/web/uw-opolski/dystrybucja-tabletek-jodku-potasu-na-terenie-województwa-opolskiego> - przyp. Redakcji Opolskiego Biuletynu).

Podsekretarz stanu w MSWiA poinformował, że do tabletek z jodkiem potasu jest dołączona specjalna ulot-

ka zawierająca informację o dystrybucji oraz dawkowaniu preparatu.

– Cel jest taki, aby na wypadek skażenia radiacyjnego, zabezpieczyć organizm przed przyjęciem złego jodu – powiedział wiceminister, który dodał, że dla Polaków łącznie przygotowano ponad 57 mln tabletek. Czyli dla każdego powinno wystarczyć.

Co to takiego ten jodek potasu, o którym od kilku tygodni mówi cała Polska?

Jak wyjaśniają endokrynolodzy, jodek potasu to sól, która jest podawana np. pacjentom z niedoborem jodu. Jest bezpieczna – przyjmowana jest nawet przez kobiety w ciąży czy też kobiety karmiące.

Ale trzeba pamiętać, że jodek potasu jest przyjmowany przy niedoborze jodu w dawkach tysiąc razy mniejszych niż te, jakie stosuje się w celu zabezpieczenia tarczycy przed nieprawidłowościami wynikającymi z promieniowania.

– Jeśli w momencie zagrożenia różne izotopy dostałyby się do powietrza i taka chmura radioaktywna, z tym jodem radioaktywnym, mogłaby dotrzeć do nas, wtedy osoby, które byłyby narażone na ekspozycję nim – jeżeli nie zostaną odpowiednio zabezpieczone – są zagrożone wystąpieniem raka tarczycy. W przeszłości, oczywiście... – tłumaczy na portalu wroclaw.pl prof. dr n. med. Marek Bolanowski z Wrocławia, wojewódzki konsultant ds. endokrynologii.

Czas jest bardzo ważny. I wiek także ma znaczenie...

Endokrynolog zaleca wtedy, profilaktycznie, tylko w tej konkretnej sytuacji, przyjmując odpowiednią, dużą dawkę jodku potasu. Światowa Organizacja Zdrowia i Polskie Towarzystwo Endokrynologiczne zalecają przyjmowanie dużej dawki stabilnego jodu od 24 godzin przed spodziewaną ekspozycją do 8 godzin po ekspozycji, żeby zabezpieczyć się przed niekorzystnym wpływem izotopu promieniotwórczego na tarczycę w aspekcie ochrony przed rakiem tarczycy.

Czy jodek potasu powinien zażyć każdy z nas, niezależnie od tego, ile ma lat? – W tym przypadku, im młodsza jest osoba, tym bardziej jest zagrożona. Dlatego dzieci, młodzież, kobiety w ciąży koniecznie powinny przyjmować jodek potasu w sytuacji zagrożenia. W niektórych zaleceniach zagranicznych – naukowych – nie zaleca się podawania jodku potasu osobom po czterdziestce, a już osoby powyżej 60. roku życia nie są kwalifikowane do tej profilaktyki – tłumaczy na portalu wroclaw.pl prof. dr n. med. Marek Bolanowski i dodaje: – Osoby po 60. roku życia mogą mieć różne inne stany chorobowe i np. taki jod podany starszej osobie, w dużej dawce, może wywołać nadczynność tarczycy, która z kolei może powodować migotanie przedsionków i groźne dla życia powikłania tego migotania.

Uwaga na przeciwwskazania!

Endokrynolodzy zastrzegają, że zażyć dużą dawkę jodku potasu można tylko w razie zagrożenia. Jeżeli byśmy

chcieli go codziennie stosować, profilaktycznie, to byłoby duże ryzyko wystąpienia zaburzeń funkcji tarczycy. To jest potężna dawka, tysiąc razy większa od tej, którą stosuje się w suplementacji codziennej.

Warto też pamiętać o tym, że istnieją przeciwwskazania do stosowania jodku potasu: Nie powinny go przyjmować osoby, które mają nadczynność tarczycy, ale też osoby, które mają np. choroby dermatologiczne – zapalenie skóry, pęcherze na skórze, zapalenie naczyń. Zakazane jest też oczywiście stosowanie przez osoby, które są uczulone na jodek potasu.

– Dlatego warto skonsultować ze swoim lekarzem rodzinnym dużo wcześniej, czy korzyści z zażycia jodku potasu będą większe niż ewentualne ryzyko zagrożeń – mówi na wroclaw.pl prof. dr n. med. Marek Bolanowski.

Czy zagrożenie złym jodem jest duże

Dr Łukasz Młynarkiewicz, prezes Państwowej Agencji Atomistyki, zapewnił w czasie konferencji prasowej w MSWiA, że rosyjskie działania militarne na Ukrainie oraz ataki na Zaporoską Elektrownię Jądrową nie stwarzają bezpośredniego zagrożenia dla mieszkańców Polski. – Dzisiaj wszystkie reaktory pozostają wyłączone. Nie grozi nam scenariusz Czarnobyla i Fukushimy – mówił.

Jak czytamy na stronie MSWiA, Państwowa Agencja Atomistyki przeprowadziła wiele symulacji i prognoz związanych z agresją Rosji na ukraińskie obiekty jądrowe. Uwzględniają one różne scenariusze. Ważną rolę odgrywają tutaj: odległość elektrowni w Zaporozżu od granic Polski, warunki atmosferyczne oraz fakt, że reaktor jest wyłączony.

– Dysponujemy bardzo czułą siecią wykrywania skażeń promieniotwórczych. Działania militarne na terenie Zaporoskiej Elektrowni Jądrowej nie zagrażają mieszkańcom Polski – podkreślił dr Łukasz Młynarkiewicz.

Jak trzeba dawkować – w razie zagrożenia – tabletki z jodkiem potasu?

- Noworodki i niemowlęta – 12,5 mg (jeden raz), czyli 1/4 tabletki.
- Dzieci od miesiąca do 3 lat – 25 mg (jeden raz), czyli 1/2 tabletki.
- Dzieci od 3 do 12 lat – 50 mg (jeden raz), czyli 1 tabletka.
- Dzieci powyżej 12 lat i osoby dorosłe – 100 mg (jeden raz), czyli 2 tabletki.
- Kobiety w ciąży i karmiące piersią – 100 mg (jeden raz), czyli 2 tabletki.

Źródło: MSWiA

Robert MIGDAŁ
(przedruk za zgodą z „Medium” nr 11/22)

DOSZLIŚMY DO ŚCIANY, TERAZ MUSIMY SIĘ PRZEZ NIĄ PRZEBIĆ

W ostatnich dniach sierpnia powołano radę do spraw rozwoju stomatologii przy Ministerstwie Zdrowia. Rada ma się zajmować m.in. kształceniem w zawodach związanych z branżą stomatologiczną oraz wyceną świadczeń finansowanych ze środków publicznych

W jej skład wchodzi m.in. konsultanci krajowi w obszarze stomatologii, przedstawiciele: MZ, NFZ, NRL, AOTMiT, KRAUM. Do zadań rady należeć będzie proponowanie rozwiązań i zgłaszanie postulatów w zakresie: kształcenia przeddyplomowego na kierunku lekarsko-dentystycznym, kształcenia przeddyplomowego w innych zawodach mających zastosowanie w stomatologii, kształcenia podyplomowego lekarzy dentystów, ze szczególnym uwzględnieniem szkolenia specjalizacyjnego i umiejętności przeznaczonych dla lekarzy dentystów, rozwoju zawodowego, w tym nabywania nowych kwalifikacji przez przedstawicieli zawodów, zasad wykonywania zawodu lekarza dentysty oraz prowadzenia działalności leczniczej, w tym w szczególności praktyki zawodowej, a także obszaru i wyceny świadczeń finansowanych ze środków publicznych. Na czele rady stanął lek. dent. Paweł Barucha, wiceprezes NRL i przewodniczący Komisji Stomatologicznej NRL.

„Panaceum”: 31 sierpnia powołano Radę do spraw rozwoju stomatologii, po co lekarzom dentystom taka jednostka?

Paweł Barucha: To wynik rozmów z Ministerstwem Zdrowia. Zależało nam na stworzeniu w ministerstwie komórki, która będzie się zajmowała stomatologią. Chcieliśmy, żeby powstało „biurko”, które zajmowałoby się wszystkimi sprawami dotyczącymi lekarzy dentystów: od kwestii odpadów medycznych aż po wycenę procedur w państwowej opiece zdrowotnej. W ministerstwie stwierdzono, że lepsza będzie grupa ekspertów i powołano radę.

Dlaczego lekarze dentyści potrzebują takiego osobnego „biurka”, czy osobnej rady? Czy ich sprawy znacząco różnią się od spraw lekarzy innych specjalizacji?

Tu nie chodzi o to, że się znacząco różnią. Ze względu na to, iż prawie wszyscy lekarze dentyści pracują na własny rachunek, ich problemy są mniej zauważane przez rządzących.

Pojawiały się głosy o autonomii dentystów w samorządzie, co pan o tym myśli?

Nie jestem zwolennikiem tego pomysłu. Wiadomo, że wszyscy jesteśmy lekarzami, a im nas jest więcej, tym większą mamy siłę przebicia. Nie wiem, skąd wziął się pomysł jakiegokolwiek rozdziału, ja nigdy nie spotkałem się z niezrozumieniem ze strony lekarzy ogólnych. Przez osiem lat byłem prezesem ORL, gdzie zajmowałem

się sprawami wszystkich lekarzy i tam też nie widziałem podziałów. Ponadto utrzymanie osobnej Izby będzie kosztować, musiałyby to być Izba ogólnopolska na wzór Wojskowej Izby Lekarskiej, a patrząc na to, ilu jest dentystów, można się spodziewać, że składka musiałyby być wielokrotnie wyższa. Słowem, to nie jest dobry pomysł.

A jednak lekarze dentyści potrzebują osobnej jednostki przy Ministerstwie Zdrowia?

Mnie zależy przede wszystkim na tym, żeby do świadomości społecznej dotarło, że stomatologia to nie jest tylko rzemiosło polegające na łataniu dziur w zębach. To jest LECZENIE zębów, LECZENIE jamy ustnej. Ucieka nam również świadomość, że wiele chorób może się zaczynać w jamie ustnej, a zaniedbania w tym obszarze rzutują na zdrowie całego organizmu. Jestem więc zdania, że stomatologia powinna odzyskać swoje miejsce.

Do tej pory odbyły się już dwa posiedzenia rady, co uradzono?

Umówiliśmy się, że każde posiedzenie zakończy się przynajmniej jednym konkretnym wnioskiem. Chodzi o to, żebyśmy nie zajmowali się wszystkim, czyli każdą dziedziną i każdym szczegółem. Żeby móc zająć się szczegółami, trzeba najpierw stworzyć fundament działań. Po pierwsze więc, zwróciliśmy się do Narodowego Funduszu Zdrowia z wnioskiem, abyśmy doszli w finansowaniu stomatologii do 4% z ogólnej puli na ochronę zdrowia, jak to miało miejsce w latach 2008–2009. W tej chwili to 1,8%. Na przyszły rok planowane jest 2%. I tu – po wytłumaczeniu, z czego wynika ten wniosek – nie napotkaliśmy na sprzeciw ze strony NFZ.

Po drugie, wskazujemy Ministerstwu Zdrowia, dziedziny stomatologii do zmian wycen przez AOTMiT. Teraz ma być przepracowana protetyka. Dlaczego akurat ona? Bo ma najmniej procedur i chcemy przetestować możliwość zmian. Zależy nam na stworzeniu pewnego mechanizmu działania, by wkrótce móc się zająć także wycenami pozostałych procedur.

Publiczna stomatologia nie ma się najlepiej. Czytałam, że w ciągu pięciu lat liczba dentystów pracujących na kontrakcie z NFZ może się zmniejszyć pięciokrotnie, a przecież już teraz kolejki do „państwowego” dentysty są dość długie, bo gabinetów jest bardzo mało.

Dlatego nie ma czasu, by AOTMiT szczegółowo analizował i na nowo wyceniał wszystkie procedury. Za chwilę może się okazać, że nie będzie już co naprawiać. Grozi nam, że za chwilę nie będzie publicznej ochrony zdrowia w zakresie stomatologii.

Podczas ubiegłorocznego strajku lekarzy w Warszawie zapadł mi w pamięć transparent z napisem „Jestem jedynym dentystą na trzy gminy”. Czy jest aż tak źle?

Lekarzy pracujących na kontrakcie z NFZ jest około 33%. To dane z czerwca przedstawione podczas sejmowej komisji zdrowia. Ta liczba ciągle się zmniejsza. Ma na to wpływ wiele czynników, między innymi pandemia czy inflacja a także niskie wpływy z NFZ, ale fakt jest faktem i trzeba szybko wprowadzić zmiany. Moim zdaniem doszliśmy do ściany. Albo pójdziemy dalej i zwiększymy rentowność tych praktyk, albo trzeba będzie z nich zrezygnować ze szkodą dla pacjentów. Myślę, że te realia zostały zauważone w Ministerstwie Zdrowia i jedną z reakcji jest właśnie powołanie rady do spraw rozwoju stomatologii.

A co z działaniami systemowymi dotyczącymi profilaktyki zdrowia jamy ustnej? Nie ma już gabinetów szkolnych, nie ma – jak na przykład w krajach skandynawskich – obowiązku regularnych kontroli stomatologicznych co kilka miesięcy. Polskie dzieci chorują na próchnicę. Czy są jakieś plany w tym kierunku?

Oczywiście, takie rozwiązania są konieczne. Chociaż daleki jestem od wzoru: nie kontrolujesz – tracisz prawo do ubezpieczenia. To by uczyniło z lekarzy wrogów publicznych. Gabinety szkolne zniknęły zastąpione przez dentobusy, które jednak nie spełniły swojego zadania, więc

gabinety będą musiały wrócić. To jeden z obszarów, którymi trzeba pilnie się zająć. Jest cała masa wniosków dotyczących profilaktyki, stomatologii dziecięcej, protetyki czy ortodoncji, które „utknęły” w Ministerstwie Zdrowia, naszym zadaniem teraz jest je „odkopać” i wreszcie się nimi zająć, tym bardziej że często są to gotowe propozycje rozwiązań, które wystarczy wdrożyć.

Co do profilaktyki, nikt nie ma wątpliwości, że jest konieczna i tym problemem trzeba szybko się zająć, bo leczenie bez zapobiegania jest bez sensu.

A jakie rozwiązania i jakiego rodzaju pomoc może zaoferować lekarzom dentystom samorząd lekarski?

Najważniejsza jest opieka prawna. I nie mam tu na myśli tylko porad udzielanych przez telefon. Musi to być pomoc na piśmie, a w uzasadnionych przypadkach nawet reprezentacja lekarza przed sądem. Planujemy stworzyć kalendarz dla lekarza dentysty przedsiębiorcy. Dokument, który będzie pokazywał w ciągu roku, jakie obowiązki ma lekarz względem państwa. Oczywiście na bieżąco zajmujemy się tworzonymi aktami prawnymi i próbujemy je korygować z korzyścią dla środowiska.

*Rozmawiała Justyna KOWALEWSKA
(przedruk za zgodą z „Panaceum” nr 11/22)*

MOC(NE) SŁOWA

Z prof. dr hab. Jadwigą Stawnicką, językoznawcą, kierowniczką Katedry Bezpieczeństwa Wewnętrznego AWF w Katowicach rozmawia Piotr Biernat

Jako pierwsza w Polsce, przez trzy lata wraz z zespołem językoznawców badała pani, jak wygląda komunikacja lekarza z pacjentem w gabinecie. Zapowiadała się obiecująco, ale...

ale no właśnie... Czujemy dziś po tym duży niedosyt. Chcieliśmy wykonać unikatowe i naszym zdaniem bardzo potrzebne badania, polegające na obserwacji przebiegu rozmowy lekarza z pacjentem. Oczywiście za ich zgodą. Po wielu trudach zrobiliśmy to, ale mój niedosyt bierze się stąd, że program ten nie był kontynuowany, nie powstało żadne opracowanie, monografia ani nawet konferencja, która by podsumowała nasze wnioski. Wygląda na to, że choć wszyscy podkreślają, jak ważna jest w terapii właściwa komunikacja z pacjentem, to nikt nie chce konfrontacji tej umiejętności z praktyką. Istnieje za to wiele podręczników teoretycznych, takich poradników. Tylko że to nie wystarczy, żeby poprawić tę komunikację.

Słyszałem, że wielu lekarzy było przeciwnych temu projektowi. Czego się bali?

Mało, że byli przeciwni, to po wysłaniu pism do wielu szpitali i poradni otrzymałam odpowiedzi, że to niemożliwe i nie ma zgody zainteresowanych. Tylko w Szpitalu Klinicznym nr 5 w Katowicach zrozumieli naszą intencję. Może za mało przekonałam lekarzy, że celem tego badania nie jest ich krytyka, tylko analiza narzędzi

potrzebnych do lepszego kontaktu z pacjentem? Tymczasem oni odebrali nasze badania jako ingerencję w ich prywatność, próbę zdemaskowania ich w relacji z pacjentem.

Może dlatego taki w nich lęk, bo sami między sobą też nie potrafią dobrze się komunikować?

Właśnie. W 2017 roku byłam zaproszona na debatę samorządową o wizerunku lekarza widzianym z różnych perspektyw i już wtedy zwracałam uwagę, jak ważna jest rozmowa między lekarzami o pacjentach. Jakże często traktuje się ich przedmiotowo, wybiórczo, bez empatii i całościowego obrazu. A przecież to człowiek, który w gabinecie znalazł się w bardzo trudnej komunikacyjnej sytuacji, wręcz kryzysowej. Jedni nie potrafią wtedy wykrztusić z siebie ani jednego słowa, a inni ten lęk zamieniają w agresję.

I wtedy marzymy o dawnym etosie lekarza, który potrafi rozbroić taką sytuację, stać się powiernikiem, opiekunem, wysłuchać, doradzić i skierować, gdzie trzeba.

W trakcie naszych badań obserwowaliśmy wiele sytuacji. Pewnego dnia dostałam do analizy nagranie z rozmowy w gabinecie. Słucham i słucham - a tam głucha cisza, tylko szuranie nogami, jakieś półsłówka i stuk klawiatury komputera. Zero komunikacji. Paradoksalnie, tak krytykowana, teleporada okazała się w wielu przypadkach zbawienna. Przecież lekarz, który zadzwonił do pacjenta, nie mógł milczeć, musiał mówić, pytać, dopytywać się. Nawet jak czytał dokumentację, musiał robić to na głos, bo pacjent po drugiej stronie słuchawki nie



wiedział, co się dzieje. Dla niektórych lekarzy to był egzamin z dobrej komunikacji.

Jakie jeszcze bariery w komunikacji odkryliście?

Przed wszystkim czasowe. I od razu chcę powiedzieć, że kilkanaście minut dla pacjenta to nie tak mało, ale pod warunkiem, że lekarz potrafi odpowiednio zarządzać tym czasem. Często barierą jest gadulstwo pacjenta i brak reakcji lekarza. Nie przerywa potoku słów, bo myśli, że zostanie odebrany jako nieempatyczny albo niekulturalny. No i taka pogawędka trwa i trwa. Tymczasem, powiedzmy szczerze, że pacjent jest tak samo odpowiedzialny za komunikację, jak lekarz. Powinien przyjść przygotowany, najlepiej z pytaniami zapisanymi na kartce, konkretnie mówić i nie ukrywać niczego w potoku słów. Ja tak robię zawsze i moja wizyta nie dość, że jest szybka, konkretna, to jeszcze pełna wiedzy, po którą przyszedłam. Nie boję się dopytywać, jak czegoś nie wiem albo nie rozumiem. Ale wiem, że dla innych to kolosalnie trudna sprawa.

Badania są bezlitosne. Prawie 60% pacjentów nie rozumie, co do nich mówi lekarz, a 80% nie pamięta zaleceń. Czyli tyle samo wiedzą po wizycie, jak i przed nią.

Pytaliśmy pacjentów po wyjściu z gabinetu, czy zrozumieli lekarza. Jak mówili, że nie, to pytano, ich dlaczego nie dopytali. Mówili, że się wstydzieli, albo nie zdążyli. Ja już nie wiem, jak o tym mówić, aby przed spotkaniem z lekarzem dobrze się przygotować do wizyty. Może dzięki mediom, może ulotki i plakaty powinny wisieć przed drzwiami gabinetów, aby pacjent, wchodząc, wiedział, że może uczestniczyć w rozmowie z profesjonalistą i że nie ma tu miejsca na stres czy wstyd.

No ale powiedzmy szczerze, że dla wielu medyków techniki komunikacyjne, choć łatwe do nauczania, to nadal czarna magia. A przecież tyle dobrego można zrobić za pomocą niewerbalnych metod w komunikacji.

Tylko trzeba o tym wiedzieć i chcieć. Na studiach medycznych wciąż za mało czasu się temu poświęca, powiem nawet, że mam wrażenie, iż komunikowanie się z pacjen-

tami to margines w przygotowaniu lekarzy do zawodu. Brakuje umiejętności okazywania uważności, wrażliwości, delikatności. A przecież uśmiechem na twarzy, przyjaznym gestem, można wiele zdziałać już od początku spotkania z pacjentem.

Przy 30 pacjentach dziennie może to być niewykonalne.

Na tym, myślę, polega ten zapominany etos pracy lekarza, aby tego trzydziestego traktować tak, jak pierwsze. To da się zrobić pod warunkiem, że chce się to zrobić i potrafi panować nad swoimi emocjami i odpowiednio zarządzać czasem, aby nie być za bardzo zmęczonym.

Czy można określić, który etap wizyty w gabinecie jest najważniejszy dla lekarza i pacjenta?

Jeśli podzielimy ją na trzy etapy, to sadzę, że najważniejsza jest ta część środkowa, przed pożegnaniem, czyli rozmowa. Idealnie jest ją tak poprowadzić, aby pacjent sam sądził, że to on zaproponował taki, a nie inny sposób leczenia, zwłaszcza, jeśli wiąże się on z jakimiś ograniczeniami np. w jedzeniu lub paleniu, albo konieczna jest zmiana stylu życia. Niektórym lekarzom to się udaje i wtedy chory wychodzi z gabinetu przekonany, że to on był inicjatorem tej terapii, a lekarz go w tym wspiera. To jest mistrzostwo świata.

Czy może pani profesor teraz już powiedzieć, jak łatwo przebić barierę w komunikacji z pacjentem?

Klucz tkwi w tym, aby nie tylko nie szkodzić, ale też nie milczeć, żeby po prostu po ludzku rozmawiać z pacjentami. W niesieniu pomocy chorym warstwa odpowiedniego doboru słów i kompetencji komunikacyjnych jest niezwykle ważna. Wszak etos lekarza to coś więcej niż tylko ścisła wiedza medyczna, to odpowiednia relacja z pacjentem, to zarządzanie czasem, to wreszcie traktowanie każdego pacjenta podmiotowo. I to wszystko jest dla mnie prawdziwym niesieniem pomocy i za to pacjenci szanują lekarzy, zwłaszcza tych pierwszego kontaktu.

(przedruk za zgodą z „Pro Medico” nr 10/22)

W OBRONIE TŁUSZCZU I BIAŁEK

Z dużym zainteresowaniem przeczytałem artykuł dr Krystyny Łaskarzewskiej-Resiak „Epidemia otyłości, jeszcze raz o tzw. diecie – w obronie węglowodanów”. Mam nadzieję, że pani doktor się nie obrazi, że przedstawię swoje wątpliwości dotyczące niektórych stwierdzeń zawartych w tej publikacji.

Po pierwsze, dosyć dziwne jest to, że diabetolog staje w obronie węglowodanów. Przepraszam za porównanie, ale trochę przypomina to sytuację, w której lekarz leczący uzależnienia alkoholowe stanąłby w obronie alkoholu. Spożycie cukru w ciągu ostatnich stu lat wzrosło ponad stukrotnie i nikt nie ma już wątpliwości, że jest to główna przyczyna lawinowo rosnącej epidemii otyłości i schorzeń cywilizacyjnych, a więc również cukrzycy typu II.

Druga sprawa – liczenie kalorii. „Kaloria” oraz „zasady termodynamiki” to terminy fizyczne niemające bezpośredniego przełożenia na skomplikowany organizm biologiczny, jakim jest człowiek. Kaloria to po prostu ilość energii potrzebna do podniesienia temperatury 1 grama wody o 1 stopień Celsjusza. Człowiek nie jest prostą spalarką do produkcji ciepła. Białko, tłuszcz czy węglowodany podlegają innemu wchłanianiu, innym przemianom biochemicznym, które również zużywają energię. Pożywienie człowieka to nie tylko energia, ale przede wszystkim informacja przekazywana do komórek za pomocą hormonów. Możemy obliczyć ilość kalorii przyjętych, lecz niezwykle trudne jest obliczenie kalorii zużytych. Zmniejszanie spożytych kalorii powoduje zwolnienie me-

tabolizmu celem zachowania homeostazy. Dlatego wielu naukowców podważa sens liczenia kalorii.

Chociaż węglowodany są niewątpliwie głównym źródłem energii człowieka, to na szczęście nie są jedynym. Gdyby tak było, nie mielibyśmy szans na przetrwanie okresów głodu, które stale towarzyszyły ludzkości. Nasz organizm sam potrafi wytwarzać glukozę (glukoneogeneza), poza tym produkuje ciała ketonowe, które są doskonałym paliwem również dla mózgu. Nie bardzo rozumiem, w jaki sposób ciała ketonowe obciążają nerki i wątrobę? Dieta ketogeniczna stosowana u dzieci z padaczką oporną na leczenie farmakologiczne nie wykazała tego typu powikłań. Zmniejszenie ilości tłuszczu w wątrobie raczej powinno poprawić jej funkcję.

Zapotrzebowanie człowieka na węglowodany jest równe 0. Nie ma węglowodanów niezbędnych, są za to niezbędne tłuszcze (omega 3 i 6) i niezbędne aminokwasy. Nawet przy długotrwałych głodówkach u zdrowych osób cukier spada nieznacznie i rzadko osiąga niebezpieczne poziomy. Produkcję energii rekompensują ciała ketonowe.

Oczywiście nie dotyczy to chorych na cukrzycę typu I i typu II z niedoborem insuliny. Wtedy duży wzrost ciał ketonowych jest zagrożeniem dla życia. Komórki, które nie posiadają mitochondriów (erytrocyty), nie mogą używać ciał ketonowych do wytwarzania ATP, ale na pewno nie dotyczy to mózgu.

Wymienione przez panią doktor skutki uboczne diety ketogenicznej dotyczą jej okresu początkowego, kiedy organizm, dotychczas przyzwyczajony do ciągłego korzystania z glukozy, nie przystosował się jeszcze do używania nowego paliwa. Objawy te ustępują po kilku tygodniach. Oczywiście bardzo słuszne jest zalecenie ograniczenia spożycia węglowodanów prostych i tych z wysokim indeksem glikemicznym, ale przecież węglowodany złożone, takie jak skrobia (chleb, ziemniaki), stanowią główne źródło cukrów w diecie człowieka, to długie łańcuchy glukozy. Zalecana ilość węglowodanów 40–50% może dotyczyć młodych, aktywnych, zdrowych metabolicznie osób, ale jest bardzo wątpliwa w przypadku chorych na cukrzycę, insulinooporność, nadciśnienie czy chorobę Alzheimera. Szczególnie niebezpieczne jest wzrastające spożycie fruktozy, którą można znaleźć

w niemal wszystkich produktach przetworzonej żywności. Tak na marginesie – to właśnie nadmiar fruktozy jest również odpowiedzialny za wzrost kwasu moczowego i niealkoholowe stłuszczenie wątroby.

Trudno się zgodzić ze stwierdzeniem, że przyczyną stłuszczenia wątroby jest tłuszcz i białko. Jeszcze niedawno szkodliwa fruktoza była zalecana jako bezpieczny cukier dla diabetyków, gdyż ma niski indeks glikemiczny.

Nadmierne spożycie mięsa jest oczywiście kontrowersyjne i raczej niezalecane. Ale dotyczy to przede wszystkim mięsa przetworzonego i pochodzącego z przemysłowych hodowli. Jeżeli jakaś dieta jest niedoborowa, to jest nią na pewno dieta wegańska, która musi być uzupełniana suplementacją witaminy B12 oraz niezbędnymi aminokwasami. Każda dieta może być zdrowa lub nie. Przecież wegetariańskie czy wegańskie są coca-cola, bułki i dżemy.

Zgadzam się z panią doktor, że kluczem do poprawy sytuacji jest edukacja społeczeństwa, ale musi być ona oparta na najnowszej wiedzy i znajomości skomplikowanego metabolizmu człowieka. Trzeba też uwzględnić indywidualne cechy organizmu każdego pacjenta. Należy dążyć do ograniczenia reklam niezdrowej żywności, szczególnie tych adresowanych do dzieci, opodatkować niezdrową, przetworzoną żywność, dotować producentów naturalnych, ekologicznych produktów spożywczych.

Duża część społeczeństwa jest uzależniona od cukru. Coraz lepiej poznajemy mechanizmy tego uzależnienia (stymulacja dopaminy w mózgu). Węglowodany zwiększają wydzielanie insuliny, powodując niekorzystne konsekwencje metaboliczne prowadzące do wielu schorzeń.

Zwalczając spożycie tłuszczu czy białek, zachęcamy społeczeństwo do zwiększonego spożycia węglowodanów ze wszystkimi tego konsekwencjami. Skutki takiej diety widzimy codziennie na ulicy i w gabinetach lekarskich. Jeżeli nie zmienimy podejścia do zaleceń dietetycznych, epidemia otyłości i chorób cywilizacyjnych zniszczy naszą i tak kulejącą opiekę zdrowotną.

dr Roman ŁESIÓW

(przedruk za zgodą z biuletynu

Warmińsko-Mazurskiej Izby Lekarskiej nr 174/22)

PRAWO NA CODZIEN

CO Z KLAUZULĄ „DOBREGO SAMARYTANINA” W POLSKIM PRAWIE MEDYCZNYM?

Klauzula „dobrego samarytanina” obowiązuje w prawie medycznym w wielu porządkach normatywnych (np. USA, Australia, Irlandia). Powyższe określenie (ang. good

samaritan clause), a przede wszystkim rozwiązanie instytucjonalne zostało zaczerpnięte właśnie z tych obszarów prawnych, w których funkcjonuje od lat i, co najważniej-





sze, dotyczy nie tylko osób wykonujących zawody medyczne, ale również odnosi się do tzw. osób cywilnych. Zasadniczym celem powyższej zasady jest wyeliminowanie niechęci danej osoby, która znalazła się w szczególnych warunkach (szczegółne warunki mogą dotyczyć okoliczności miejsca, czasu, przestrzeni np. wypadek na drodze, załamanie w restauracji, przyjazd osoby rannej czy osoby zakażonej do zamkniętego szpitala, ambulatorium czy prywatnego gabinetu lekarskiego) do udzielenia pomocy medycznej drugiej osobie znajdującej się w tak zwanej sytuacji nagłej. O ile przedstawiciele zawodów medycznych obowiązują chociażby tzw. przysięga Hipokratesa, o tyle nie można wykluczyć sytuacji, w których rodzaj udzielanej pomocy o charakterze zdrowotnym, specyfika zdarzenia, warunki udzielenia tej pomocy powinny być brane pod uwagę pod kątem wyłączenia odpowiedzialności za niepożądane skutki udzielania tej pomocy, nawet w postaci ciężkiego uszczerbku na zdrowiu takiej osoby czy jej śmierci.

W polskim porządku normatywnym zainteresowanie tego typu rozwiązaniem prawnym pojawiło się przy okazji pandemii COVID-19, której charakter i specyfika sprawiły, iż został wprowadzony w Polsce stan epidemii, obecnie zmieniony na stan zagrożenia epidemicznego. Powyższe zjawiska, ich nieprzewidywalność, swoisty paraliż systemu ochrony zdrowia sprawiły, że od dyskusji w tym kontekście ustawodawca przeszedł do wprowadzenia swoistego rozwiązania normatywnego. Znalazło ono swoje odzwierciedlenie w art. 24 ustawy o zmianie niektórych ustaw w związku z przeciwdziałaniem sytuacjom kryzysowym związanym z wystąpieniem COVID-19 z dnia 28 października 2020 r. (Dz. U. z 2020 r. poz. 2112), zgodnie z którym nie popełnia przestępstwa, o którym mowa w art. 155, art. 156 §2, art. 157 § lub art. 160 §3 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny (Dz. U. z 2020 r. poz. 1444 i 1517) ten, kto w okresie ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego albo stanu epidemii, udzielając świadczeń zdrowotnych na podstawie ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2020 r. poz. 514, 567, 1291 i 1493), ustawy z dnia 20 lipca 1950 r. o zawodzie felczera (Dz. U. z 2018 r. poz. 2150 oraz z 2020 r. poz. 1291), ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2020 r. poz. 562, 567, 945 i 1493), ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2020 r. poz. 882 i 2112) albo ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi w ramach zapobiegania, rozpoznawania lub leczenia COVID-19 i działając w szczególnych okolicznościach, dopuścił się czynu zabronionego, chyba że spowodowany skutek był wynikiem rażącego niezachowania ostrożności wymaganej w danych okolicznościach. Powyższy przepis obowiązuje w polskim prawie od 26.01.2021 r. Jest to swoistego rodzaju kontratyp względem tak zwanych czynów

zabronionych przez ustawę – Kodeks karny, wyłączający odpowiedzialność karną osób wymienionych w rzeczonym przepisie. Niestety, konstrukcja norm prawnych wynikających z tego przepisu jest karkołomna, co sprawia, że jej zastosowanie w praktyce należy do rzadkości. Innymi słowy, wprowadzono regulację prawną teoretycznie odpowiadającą na swoistego rodzaju „wołanie” przedstawicieli zawodów medycznych, którzy w rzeczywistości nie odniosą z tego żadnych korzyści. Przechodząc od ogółu do szczegółu. Po pierwsze: wyłączono ściśle określone rodzaje przestępstw, z ograniczeniem ich do sytuacji nieumyślnego ich popełnienia. Po drugie: ograniczono obowiązywanie rzeczowej klauzuli wyłącznie do czasu obowiązywania stanu zagrożenia epidemicznego albo stanu epidemii. Po trzecie: ograniczono analizowaną zasadę do sytuacji udzielania świadczeń zdrowotnych na podstawie enumeratywnie wymienionych aktów prawnych dotyczących z reguły: lekarzy, lekarzy dentystów, pielęgniarek, położnych, ratowników medycznych. Po czwarte: udzielane świadczenia zdrowotne odnoszą się jedynie do tych, które polegają na zapobieganiu, rozpoznawaniu lub leczeniu COVID-19. Po piąte: opisane powyżej świadczenie zdrowotne udzielane jest w szczególnych okolicznościach, tak jakby sam fakt obowiązywania stanu epidemii czy zagrożenia epidemicznego nie oznaczał per se takich specyficznych warunków pracy przedstawicieli ww. zawodów medycznych. Po szóste: klauzula nie ma zastosowania w sytuacji, w której skutek w postaci wypełnienia znamion czynu zabronionego był wynikiem rażącego niezachowania ostrożności wymaganej w danych okolicznościach. Zatem ustawodawca wprowadził sześć przesłanek, których łącznie zaistnienie lub niezastnienie w zależności od przesłanki umożliwia skorzystanie z analizowanej zasady.

Co jednak dość istotne, to zwrócenie uwagi, że wraz z odejściem pandemii COVID-19 wyłączona zostanie z polskiego porządku prawnego regulacja prawna zwana klauzulą „miłosiernego samarytanina”. Pozostanie ona jedynie jako historyczna regulacja prawna, zawierająca szereg przesłanek pozwalających stypizować ją jako klauzulę o raczej pozornym charakterze. Zwaną przez wielu tzw. dziurawym parasolem ochronnym, obrazującym niechęć, tudzież daleko idącą ostrożność polskiego ustawodawcy do wprowadzania rozwiązań normatywnych doskonale funkcjonujących w rozwiniętych systemach prawnych, jak również systemach ochrony zdrowia. Potrzeba zastosowania takiej instytucji w polskim prawie jedynie wypłynęła w dobie pandemicznej, bowiem należy jednoznacznie stwierdzić, że obejmuje ona znacznie szersze potrzeby środowiska medycznego, które COVID-19 co najwyżej obnażył. Należy wprowadzać rozwiązania systemowe, budujące fundamenty do sprawnego funkcjonowania systemu ochrony zdrowia, w którym jakość tej ochrony tworzona jest m.in. poprzez budowanie poczucia bezpieczeństwa osób wykonujących zawody me-

dyczne. Komfort pracy co do zasady pozwala na jej raczej bezbłędne wykonywanie, choć wykluczyć nie można sytuacji rażącego niedbalstwa czy zaniechania w działaniu, które nie aktywuje możliwości zastosowania takiej klauzuli, pozwalając na zastosowanie na wprost rozwiązań o odpowiedzialności karnej czy cywilnej. Wprowadzenie wyjątków od zasadniczych reguł, nie pozbawia tych reguł racji bytu czy też nie wyklucza ich z obrotu prawnego, nadal tworzą one fundament funkcjonowania systemu, w którym: kto nieumyślnie powoduje śmierć człowieka, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5, kto powoduje ciężki uszczerbek na zdrowiu w postaci: 1) pozbawienia człowieka wzroku, słuchu, mowy, zdolności płodzenia, 2) innego ciężkiego kalectwa, ciężkiej choroby nieuleczalnej lub długotrwałej, choroby realnie zagrażającej życiu, trwałej choroby psychicznej, całkowitej albo znacznej trwałej niezdolności do pracy w zawodzie lub trwałego, istotnego zeszpecenia lub zniekształ-

cenia ciała, podlega karze pozbawienia wolności na czas nie krótszy od lat 3, odpowiednio zmniejszonej nawet jeśli działał nieumyślnie; kto powoduje naruszenie czynności narządu ciała lub rozstrój zdrowia, inny niż określony powyżej, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5; kto naraża człowieka na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3. Tym samym wprowadzenie rzeczonej klauzuli na stałe do obrotu prawnego nie wyklucza zastosowania powyższych, systemowych norm prawnych. Zatem wskazywanie na argument, iż klauzula „miłosiernego samarytanina” miałyby całkowicie wyłączyć odpowiedzialność karną czy cywilną zdaje się być chybione, nie merytoryczne, a jedynie populistyczne.

dr Natalia KREJ

radca prawny

(przedruk za zgodą z „Medium” nr 11/22)

W OBLICZU ROSZCZENIA PACJENTA

Część II - Jak i o czym rozmawiać z doradcami, prawnikami, ubezpieczycielami

Oto drugi z cyklu artykułów o tym, jak się zachować i jak radzić sobie przed organem i podczas konsultacji z prawnikami w przypadku roszczenia pacjenta. Ta część poświęcona jest temu wszystkiemu, co się dzieje w przypadku skierowania przez pacjenta roszczenia o charakterze finansowym. W tekście skupiam się na tych postępowaniach, gdzie w grę wchodzi w istocie pieniądze. Piszę prawniczym językiem – rzecz traktować będzie o postępowaniu cywilnoprawnym.

Moje wieloletnie doświadczenia wskazują, że lekarz, który staje się „bohaterem” jakiegokolwiek postępowania dotyczącego realizowanego przezeń leczenia, czuje się głęboko skrzywdzony i ma poczucie, że występuje w charakterze oskarżonego. Termin „oskarżony” jest bodaj najczęstszym określeniem pojawiającym się w rozmowie prawnika z lekarzem, gdy dotyczy się tematyki postawy i emocji lekarza w postępowaniu. I tutaj – w moim przekonaniu – potrzebne jest wyjaśnienie, że nakreślony obraz odbiega od stanu faktycznego. Emocje towarzyszące lekarzowi nie zawsze są uzasadnione...

Kim jest oskarżony?

Oskarżonym – i to w możliwie najszerszym ujęciu tego terminu – jest ten, przeciwko komu (konkretnie wskazanej osobie) prowadzone jest postępowanie karne. I to wyłącznie karne. Chodzi o postępowanie prowadzone przez prokuratora lub policję pod nadzorem prokuratora lub – po wniesieniu aktu oskarżenia – prowadzone przez sąd karny. Wszelkie inne konfiguracje nie polegają już na oskarżeniu. Uznaję, że ta kwestia jest ważna nie tylko z powodu czysto prawniczej terminologii czy innych wymogów nacechowanych przymiotami dyskusji prawniczej. Na kanwie moich wieloletnich doświadczeń

zawodowych uświadomiłam sobie, i chcę uświadomić także lekarzy, jak istotny jest w tym wszystkim sposób myślenia medyka zaangażowanego w procedury prawnego rozstrzygnięcia o jego pracy. Jako radca prawny specjalizujący się w medycynie mam za zadanie uspokoić swojego klienta – lekarza. To kwestia mojej etyki zawodowej i potrzeba zapewnienia komfortu medykowi.

Lekarzu, co warto wiedzieć?

1. Każdy pacjent ma prawo pisać skargi dotąd, dokąd mieści się to w granicach prawa.

2. Każdy organ, który otrzymał taką skargę ma obowiązek ją rozpoznać.

3. Przyjęcie skargi do rozpoznania w najmniejszym stopniu nie oznacza w linii prostej: skazania, ukarania, ani żadnego innego negatywnego orzeczenia – w szczególności odpowiedzialności majątkowej.

Naturalnie formułując te trzy punkty, posługuję się językiem potocznym. Taki zazwyczaj stosowany jest jednak przez lekarzy w związku z toczącymi się postępowaniami cywilnymi. W tym miejscu uczynię małą dygresję.

W trakcie moich publicznych wystąpień, pisanie doniesień naukowych, prasowych, podczas szkoleń i wykładów akademickich zawsze kładłam, i nadal kładę, ogromny nacisk na komunikację z pacjentem. Komunikacja z pacjentem wciąż pozostaje tematem wymagającym szeroko zakrojonych dyskusji i przede wszystkim ustawicznych szkoleń, po prostu edukacji. Ta sfera – będąca przyczyną bardzo wielu skarg, pozwów, roszczeń, itd. dotknięta jest kilkoma szczególnie często popełnianymi błędami. Oto one:

1. stosowanie w kontakcie z pacjentem języka meta (fachowej terminologii). Proszę prześledzić artykuły mo-



jego autorstwa ukazujące się w prasie medycznej, nawet ten, i rozważyć, jak często i w jakich kontekstach używam fachowej prawnej lub prawniczej (tak, tak – to nie to samo) terminologii? Ograniczam specjalistyczny język do minimum, ponieważ piszę do i dla nieprawników.

2. bazowanie na przekonaniu, że pacjent nie musi wszystkiego wiedzieć lub przeciwnie – kierowanie się założeniem, że pacjent wiedzieć musi wszystko. Dwa przeciwstawne zdanie i oba prawdziwe. Moje ulubione pytanie kierowane do audytorium na początku większości szkoleń brzmi: Jaki jest pacjent? Odpowiedzi są zazwyczaj następujące: „Roszczeniowy, pełen oczekiwań, agresywny, chory, wymagający...”. Po tych wyliczeniach zwykłam mawiać: „Pacjent jest wystraszony”. Choćby nie wiem co, i jak mówił. Każdy martwi się o swoje zdrowie. Ten lęk trzeba pokonać. To się bardzo opłaci w dalszej terapii. Po co mówić pacjentowi: „Ma pan odmě, spróbujemy zdrenować, to znaczy ja wprowadzę kaniulę i poczuje pan ulgę...”. Czy nie lepiej powiedzieć: „Zebrało się panu w płucach dużo krwi/płynu i przez to płuco jest tak ściśnięte, dlatego nie może pan oddychać. Zrobię taką małą dziurkę, włożę rurkę i ten płyn wypłynie, a pan będzie mógł oddychać”. Po co pytać o zgodę na znieczulenie regionalne czy podpajęczynówkowe. Naprawdę taką ujmę przyniesie lekarzowi wyjaśnienie pacjentowi, że znieczulimy tylko tę rękę, np. od ramienia lub od łokcia, albo podamy znieczulenie w plecy i od połowy w dół nic pani nie poczuje? Z pacjentem trzeba rozmawiać jak z dzieckiem, ale z dzieckiem, któremu należy się szacunek. I druga kwestia. Bez względu na to trzeba powiedzieć choremu nie tylko o możliwych powikłaniach leczenia, trzeba też dodać, że leczenie może się nie powieść. Należy wyraźnie podkreślić, że niepowodzenie wpisane jest w proces leczenia. To naprawdę zniwelowałoby liczbę pozwów i istotny ich odsetek.

Sprawy cywilne – tu chodzi o pieniądze

Należy pamiętać, że w sprawach cywilnych chodzi o pieniądze. Nie piszę o tym ani z ironią, ani z pogardą dla pozywających lekarzy pacjentów. Akcentuję to po to, by uspokoić czytelników „Medium”. Ustawodawca wie, że praca medyka i terapia najeżone są niebezpieczeństwami. I z tego właśnie powodu wykonywanie zawodu lekarza objęte jest obowiązkowym ubezpieczeniem od odpowiedzialności cywilnej, czyli tej majątkowej.

Roszczenie majątkowe przybiera postać wezwania do zapłaty, a gdy to okazuje się być nieskuteczne – pozwu sądowego. Możliwe są co najmniej dwie sytuacje:

1. lekarz jest pozwanym;
2. lekarz jest świadkiem.

Bez względu na rolę w procesie uzasadniony jest kontakt lekarza z radcą prawnym. Obowiązuje przy tym całkowita szczerość. Jak w kontakcie z lekarzem. Prawnik musi wiedzieć wszystko, by móc właściwie pomóc. I kolejna prawda, którą chcę przekazać w swym tekście: „Tak, jak lekarze nie odpowiadają za choroby, tak radca praw-

ny nie odpowiada za treść przepisów”. Wielu moich kolegów, po otrzymaniu pozwu i przed przystąpieniem do sporządzania odpowiedzi na pozw pisemnie prosi lekarzy uczestniczących w procesie terapeutycznym o ustosunkowanie się do pozwu. Ja postępuję nieco inaczej, ale nie zmienia to faktu, że warto opisać prawnikowi przebieg terapii i wskazać wszelkie istotne punkty. Jeżeli na przykład pozw jest pozwem o zadośćuczynienie za cierpienie i uszkodzenie funkcji organizmu, ponieważ założono opatrunek Caldwell'a, a po fakcie okazało się, że pęknięta była kość barkowa, czego na czas nie rozpoznano. Nie ma tutaj miejsca na wstyd i ukrywanie prawdy, nie jest to też samooskarżenie. Radca prawny musi takie rzeczy wiedzieć. Podobnie rzecz się ma, jeśli w toku leczenia nie uzyskano od pacjenta zgody na któryś z etapów leczenia. To wszystko trzeba ujawnić reprezentującemu lekarza prawnikowi. Radca prawny może prosić o wyjaśnienie z zakresu wiedzy medycznej, o wskazanie źródeł. Może zapytać, czy gdyby w szpitalu był inny sprzęt lub leki, to czy leczenie mogłoby wyglądać inaczej. To wszystko trzeba prawnikowi cierpliwie wyjaśnić. Ja lubię pytać lekarzy o to, co ich zdaniem odpowie biegły? To pytanie może nosić znamiona wróżenia z fusów, niemniej trzeba wiedzieć, że wszelkie sprawy dotyczące bezpośrednio przebiegu leczenia znajdują rozstrzygnięcie lub wyroki opierają się o opinie biegłych.

Kolejna kwestia, którą trzeba mieć na uwadze to rodzaj ewentualnego błędu, który w pozwie jest zarzucony. Czy chodzi o:

1. błąd diagnostyczny,
2. błąd w wyborze metody leczenia,
3. błąd w organizacji procesu leczenia.

Często zdarza się, że pozw wprost tego nie artykułuje. Zresztą pozw, tzw. medyczne, i procesy medyczne mają pewną cechę. Przyjmuje się, że pacjent, nawet reprezentowany przez profesjonalnego pełnomocnika wcale nie musi dokładnie umieć sprecyzować, gdzie jego zdaniem tkwiła niezgodność procesu terapeutycznego ze sztuką medyczną. To stawia podmioty wykonujące działalność leczniczą i samych lekarzy uczestniczących w procesach przed szczególnymi zadaniami. Pisząc możliwie najprościej – należy wykazywać się w procesie mądrością dowodową.

Głównym dowodem w procesie medycznym jest cała dokumentacja medyczna. Nie tylko indywidualna, ale także zbiorcza. Ileż to razy udawało się obalić podnoszony zarzut o opieszałości lub braku zainteresowania pacjentem ze strony lekarza, a wszystko dzięki wpisom w dokumentacji zbiorczej. By lepiej to zobrazować, posłużę się przykładem: pacjent był niezadowolony z powodu tego, że w jego ocenie siedział bezczynnie i cierpiał w poczekalni, podczas gdy cały czas trwały badania i konsultacje jego wyników badań i pobieranie materiału – krwi, moczu, itp. Na podstawie dokumentacji zbiorczej udało się odtworzyć powód, dla którego dwukrotnie oddało-

no moment przeprowadzenia konsultacji. Kolejny raz akcentuję, prawidłowo prowadzona i rzetelna, treściwa oraz czytelna dokumentacja to spokój na wypadek roszczeń.

Zeznania świadków

Kolejnym dowodem są zeznania świadków, w tym zeznania lekarza. Nie jestem entuzjastycznie nastawiona do prowadzenia dowodu z zeznań lekarza w charakterze świadka. W bardzo wielu przypadkach takie zeznanie przybiera formę przepytывania lekarza o stan jego wiedzy medycznej. Zeznanie jest przydatne w sytuacji ustalenia okoliczności, który nie były, a nawet nie mogły być, zapisane w dokumentacji medycznej.

Skoro jednak już lekarz zeznaje, warto wiedzieć o kilku regułach:

1. lekarz nie ma obowiązku pamiętać każdego pacjenta ani szczegółów dotyczących konkretnego leczenia;

2. na sali sądowej lekarzowi wolno poprosić sąd o okazanie dokumentu medycznego w celu przypomnienia sobie jakiejś okoliczności, potwierdzenia jego prawdziwości, etc.;

3. w toku zeznań pytania zadają wyłącznie: sąd, pełnomocnicy i strony – czyli sędzia, radca prawny, adwokat, sam pacjent. Lekarz nie ma możliwości zadawania pytań;

4. jeżeli pada pytanie ze strony radcy prawnego reprezentującego lekarza lub szpital, w którym lekarz pracuje, to trzeba pamiętać, że jest to na pewno pytanie „na korzyść”;

5. warto w czasie zeznań wiedzieć dokładnie, w jakim czasie prowadzono terapię, której sprawa dotyczy. Nie-

rzadko zdarza się, że pozew zawiera zarzut zaniechania jakieś terapii, wykonania badania, podania leku, który w czasie leczenia w ogóle nie istniał lub był niedostępny w kraju albo stosowano go w innym celu.

W zakresie spraw technicznych warto wiedzieć także, że:

1. wezwanie w charakterze świadka jest niezależne od woli świadka i jako takie stanowi jego obowiązek;

2. na wezwanie, w sytuacji kolizji terminu lub znacznej odległości pomiędzy miejscem zamieszkania a miejscem rozstrzygania sporu, można zwrócić się z prośbą o zmianę terminu, o umożliwienie złożenia zeznań przed sądem w miejscowości, w której lekarz mieszka na stałe;

3. możliwe jest obecnie składanie zeznań na piśmie.

Świadek ma także prawo nie dotrzeć na posiedzenie sądu, podczas którego składać miał zeznanie, ale natychmiast należy nieobecność usprawiedliwić. Usprawiedliwieniem jest nagły dyżur, przedłużająca się operacja, własna choroba (dziecka, innej osoby bliskiej), inne nagłe zdarzenia (kolizja drogowa, opóźnienie pociągu, etc.).

Aktualność zachowują wszelkie uwagi zawarte w poprzednim tekście. W kolejnym tekście skupię się na aspekcie tajemnicy zawodowej w kontekście składania zeznań.

Agnieszka SIENKO

*O Autorce: radca prawny, mediator sądowy, coach, konsultant kryzysowy, wykładowca, szkoleniowiec, autorka książek i artykułów, trener biznesu.
(przedruk za zgodą z „Medium” nr 12/20-1/21)*

LEKARZU – BROŃ SIĘ! (CZ. 2)

Kontynuując cykl porad traktujących o asekuracji lekarzy przed konfrontacyjnie usposobionymi do nich pacjentami, przybliżę następne przepisy kodeksu karnego mogące chronić lekarza przed wyrządzeniem mu krzywdy. W cytowanej w poprzednim tekście ankiecie lekarze wskazywali jako najczęstszy przejaw agresji pacjentów różnego rodzaju obelgi i podważanie kwalifikacji. Zachowanie takie może być oceniane – o czym pisałem poprzednio – jako zniewaga (obrażenie kogoś, ubliżenie mu, na przykład za pomocą jakiegoś wyzwiska lub niekulturalnego gestu), ale też, w pewnych okolicznościach, zniesławienie

Zniesławienie polega na takim zachowaniu sprawcy, które ma poniżyć pokrzywdzonego lub go zdyskredytować w opinii publicznej, otoczeniu, przedstawić go w negatywnym świetle, zniszczyć jego reputację. Zgodnie z dyspozycją kodeksu karnego zniesławienie może być popełnione przez pomówienie pokrzywdzonego o takie postępowanie lub właściwości, które mogą poniżyć go w opinii publicznej lub narazić na utratę zaufania potrzebnego dla danego stanowiska, zawodu lub rodzaju działalności. Przepis ten pozwala chronić tu sławę, cześć

w znaczeniu dobrego imienia oraz pozytywne wyobrażenie o wartości danego człowieka u innych. Opisane cytowanym przepisem zachowanie się sprawcy przestępstwa zniesławienia ujęte jest w bardzo syntetycznej formule normatywnej w postaci zwrotu „pomawia”.

Jak wynika z orzecznictwa Sądu Najwyższego jeszcze z okresu Drugiej Rzeczypospolitej (i jeszcze aktualnego), zniesławienie może być wyrażone w jakikolwiek sposób, zdolny do uzewnętrznienia myśli sprawcy i przełaniania ich w świadomość innych osób. Może nastąpić zatem nie tylko ustnie, ale także pismem, drukiem, wizerunkiem lub karykaturą, może uzewnętrzniać się gestem (np. znaczące oklaskiwanie mówcy w chwili, gdy ten podnosi hańbiący zarzut przeciw innej osobie), mimiką (np. ironiczny grymas, gdy ktoś mówi o nieskazitelnym uczciwości innej osoby). Pomówienie może być wyrażone także przy wykorzystaniu najrozmaitszych środków przekazu informacji, np. wizerunku, utworu artystycznego. Ba, wypowiedź o charakterze zniesławiającym może przybrać postać anegdot. Zniesławiający zarzut może przybrać postać pytania, jeżeli z jego treści oraz kontekstu, w jakim zostało zadane, wynika, że celem sprawcy nie

było uzyskanie czy też zweryfikowanie wiedzy na określony temat, lecz skompromitowanie podmiotu, którego pytanie dotyczy („Czy to prawda, że X jest kiepskim chirurgiem”). Pomawiający zarzut nie musi odwoływać się do konkretnych faktów.

Zgodnie z ukształtowaniem w orzecznictwie sądowym poglądem odpowiada za zniesławienie również osoba przekazująca wypowiedzi innych osób na zasadzie cytatu – „Mówi się, że doktor X przyjmuje korzyści majątkowe”. Odpowiedzialność karna za pomówienie wchodzi zatem w rachubę w sytuacji, w której pod pozorem cytowania cudzej wypowiedzi następuje wyrażenie własnego poglądu.

Charakter pomówienia mają wszelkie informacje, które zdolne są odebrać pomówionemu, udzielone mu przez społeczeństwo zaufanie w związku z zajmowanym stanowiskiem, wykonywaniem zawodu lub prowadzeniem swojej działalności. Informacje te mogą dotyczyć sfery etycznej, wiedzy, fachowości, doświadczenia, sposobu życia, a nawet do właściwości fizycznych, jeżeli mają znaczenie dla należytego wykonywania funkcji. Pomawiający nie musi wskazywać na konkretne fakty, wystarczy twierdzenie, że np. „lekarz jest nieudolny”. Pomówienie zatem może przybrać postać pogłoski, twierdzeń ogólnikowych i niejednoznacznych. Formułowany zarzut może być uczyniony w postaci podejrzeń czy insynuacji.

Skutkiem pomówienia musi być narażenie na poniżenie pomówionej osoby w opinii publicznej. Oznacza sytuację, w której istnieje realne niebezpieczeństwo pogorszenia w „odbiorze społecznym” ukształtowanej co do danego podmiotu opinii. „Poniżyć” oznacza „upokorzyć kogoś” (internetowy słownik języka polskiego). Jak objaśnił to Sąd Najwyższy, opisywany występ nie

polega na poniżeniu w ogóle, lecz na poniżeniu w opinii publicznej, co oznacza, że chodzi tu nie tyle o urazę osobistych uczuć osoby pokrzywdzonej, ale o to, jak osoba pomówiona będzie postrzegana przez szeroki, nieokreślony krąg osób.

Pomawiający zarzut może być uczyniony za pomocą środków masowego komunikowania (telewizja, prasa, Internet). W praktyce lekarze są najczęściej ofiarami pomówień za pomocą różnych forów i stron internetowych. Za takie pomówienie ustawodawca przewiduje surowszą karę, nawet do jednego roku pozbawienia wolności.

Zniesławienie ścigane jest z oskarżenia prywatnego, chyba że pracownik medyczny posiada ochronę przewidzianą dla funkcjonariusza publicznego (na przykład ordynator). Wówczas ściganie sprawcy następuje w trybie publicznoskargowym (przez prokuratora).

Dla ilustracji zagadnienia przedstawię krótki opis sprawy z mojej praktyki. Pacjent w izbie przyjęć wypowiadał się o lekarzu dyżurnym, że jest nietrzeźwy, podczas gdy lekarz nie był w takim stanie. Takie zachowanie oczywiście naraziło medyka na utratę zaufania potrzebnego do wykonywania przez niego zawodu lekarza. W uzasadnieniu wyroku sąd napisał, że zawód lekarza ze względu na swoją specyfikę opiera się na zaufaniu pacjenta wobec lekarza co do tego, iż pomoc medyczna zostanie mu udzielona w sposób fachowy przez osobę do tego uprawnioną i w pełni świadomą podejmowanych czynności i dlatego każde zachowanie godzące w zaufanie do tego zawodu musi spotkać się z właściwą reakcją karną.

Jerzy CIESIELSKI

Adwokat

(przedruk za zgodą z „Panaceum” nr 11/22)

CZY LECI Z NAMI... LEKARZ?

Mówi się, że lekarzem jest się zawsze. Również na pokładzie samolotu w drodze na upragnione wakacje, kiedy lekarz staje się świadkiem nagłego, niebezpiecznego zdarzenia, a pierwsza pomoc niesiona jest w niecodziennych warunkach. Pojawia się wówczas szereg trudności, poczynając od nieznaności historii choroby pacjenta, przez możliwe problemy z zebraniem wywiadu i odebraniem zgody na leczenie, ograniczoną ilość sprzętu, leków i miejsca, aż po brak możliwości uzyskania szybkiego wsparcia ze strony naziemnych służb ratunkowych. Jak nie zapomnieć w takich warunkach o własnym bezpieczeństwie – także prawnym?

Lekarz jako gwarant na pokładzie samolotu

Do określenia statusu prawnego lekarza kluczowe znaczenie będą miały przepisy właściwe dla kraju rejestracji przewoźnika, a w zależności od formy roszczeń właściwa może być jurysdykcja kraju wylotu bądź lądowania samolotu. Trzeba pamiętać, że pokład samolotu stanowi „przedłużenie” terytorium państwa. Dokładne wska-

zanie tego, za co i kiedy będzie odpowiadał lekarz, jest – niestety – niemożliwe, albowiem wymaga sięgnięcia do obcych porządków prawnych. Zgodnie z polskim ustawodawstwem, określając status prawny lekarza na pokładzie samolotu decydującym będzie to, czy lekarz jest członkiem personelu pokładowego zatrudnionym do udzielania pomocy w stanach nagłych, czy też tylko bierze udział w podróży w charakterze pasażera będącego świadkiem nagłego wypadku. W tym ostatnim przypadku wydaje się (gdyż głosy w tej materii są podzielone), że nie jest on gwarantem zobowiązany do opieki nad osobą narażoną na niebezpieczeństwo, co eliminuje odpowiedzialność z art. 160 § 2 kk (narażenie człowieka na niebezpieczeństwo). Natomiast jako udzielającemu pomocy – zgodnie z ustawą z 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (tj. Dz. U. z 2021 r. poz. 2053 – PRM) – lekarzowi przysługuje ochrona przewidziana w Kodeksie karnym dla funkcjonariuszy publicznych.

Czy lekarz-pasażer może zostać pociągnięty do odpowiedzialności karnej za zaniechanie udzielenia pomocy potrzebującemu lub za czynności podjęte w celu ratowania życia i zdrowia?

Lekarz-pasażer jako przypadkowy świadek zdarzenia odpowiada jak każdy obywatel zobowiązany do udzielenia pomocy człowiekowi znajdującemu się w niebezpieczeństwie. Przy czym – zgodnie z art. 30 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty – lekarz ma obowiązek udzielać pomocy lekarskiej w każdym przypadku, gdy zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia. Doprecyzowaniem tego przepisu jest art. 69 Kodeksu Etyki Lekarskiej, który stanowi, że lekarz nie może odmówić pomocy lekarskiej w przypadkach niecierpiących zwłoki, jeśli pacjent nie ma możliwości uzyskania jej ze strony instytucji powołanych do udzielania pomocy. Co prawda w szczególnie uzasadnionych wypadkach lekarz może nie podjąć się lub odstąpić od leczenia chorego, ale nie dotyczy to przypadków niecierpiących zwłoki (art. 7 KEL).

Zaniechanie tych obowiązków może rodzić odpowiedzialność lekarza-pasażera na podstawie art. 162 § 1 kk, który stanowi, że kto człowiekowi znajdującemu się w położeniu grożącym bezpośrednim niebezpieczeństwem utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu nie udziela pomocy, mogąc jej udzielić bez narażenia siebie lub innej osoby na niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3. Nie musi przy tym nastąpić skutek w postaci śmierci bądź uszczerbku na zdrowiu, aby doszło do wypełnienia znamion czynu zabronionego. Wystarczy, aby lekarz obejmował świadomością niebezpieczeństwo, w jakim znalazła się druga osoba oraz nie przystąpił lub odstąpił od udzielenia pomocy, mimo iż nie wystąpiły ku temu obiektywne przeszkody, chyba że konieczne jest poddanie się zabiegowi lekarskiemu albo możliwa jest niezwłoczna pomoc ze strony instytucji lub osoby do tego powołanej (w domyśle ratunkowych służb naziemnych).

Niesienie pierwszej pomocy przybiera, z założenia, postać kontratypu wyłączającego bezprawność jako działanie w stanie wyższej konieczności polegającego na poświęceniu dobra przedstawiającego niższą wartość w stosunku do dobra ratowanego. Wyraża to art. 5 ust. 2 PRM, zgodnie z którym osoba udzielająca pierwszej pomocy może poświęcić dobra osobiste innej osoby, inne niż życie lub zdrowie, a także dobra majątkowe w zakresie, w jakim jest to niezbędne dla ratowania życia lub zdrowia osoby znajdującej się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. Oznacza to, że lekarz nie będzie ponosił odpowiedzialności w przypadku zniszczenia mienia osoby ratowanej lub mienia należącego do przewoźnika (np. zniszczenia odzieży, zniszczenia pokładu samolotu), ewentualnego zniszczenia mienia innych osób, jeżeli zostanie ono użyte do ratowania życia i zdrowia (np. odzieży użytej do za-

tamowania krwotoku), uszkodzeń ciała osoby ratowanej będącej skutkiem podjęcia czynności ratunkowych.

Podkreślenia wymaga także, że postępowanie lekarza-pasażera może być nie tylko przedmiotem postępowania karnego, ale również – a może przede wszystkim – postępowania w zakresie odpowiedzialności zawodowej. Jego zakres przedmiotowy jest szerszy, obejmuje bowiem nie tylko odpowiedzialność za błędy medyczne, ale także naruszenie zasad etyki oraz przepisów związanych z wykonywaniem zawodu lekarza. Ocenie w tym trybie będzie podlegała np. odmowa udzielenia pomocy, zachowanie lekarza po ujawnieniu się sytuacji wymagającej interwencji medycznej itp.

Czy lekarz-pasażer może zostać pociągnięty do odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone podczas czynności podjętych w ramach udzielania pierwszej pomocy?

Odpowiedzialność cywilną lekarza-pasażera w przypadku wyrządzenia szkody podczas czynności podjętych w ramach udzielania pierwszej pomocy, należy kwalifikować tak, jak prowadzenie cudzych spraw bez zlecenia w rozumieniu Kodeksu cywilnego. Oznacza to, że występujący z roszczeniem musi wykazać, że lekarz-pasażer świadomie i rażąco naruszył normy postępowania, skutkiem czego wyrządził ratowanej osobie szkodę, np. podjął działania ratunkowe nieadekwatne, nieprzydatne w danej sytuacji.

Warto też wskazać, że lekarzowi-pasażerowi, który poniósł szkodę na mieniu powstałą w następstwie udzielania przez nią pierwszej pomocy, przysługuje roszczenie o naprawienie tej szkody od Skarbu Państwa, przy czym mowa tu o szkodzie rzeczywistej. Naprawienie szkody nie przysługuje, jeżeli szkoda powstała wyłącznie z winy osoby udzielającej pierwszej pomocy lub osoby trzeciej, za którą Skarb Państwa nie ponosi odpowiedzialności. W zakresie nieuregulowanym w ustawie PRM do naprawienia szkody stosuje się przepisy Kodeksu cywilnego. Kwestią otwartą pozostaje tu ewentualne dochodzenie rekompensaty za utracony urlop obejmujące zarówno roszczenie majątkowe (odszkodowanie za opłacony pobyt), jak i niemajątkowe (zadośćuczynienie za naruszone dobro osobiste w postaci „udanego urlopu”).

Czy lekarz może przyjąć wynagrodzenie lub inne formy gratyfikacji za udzieloną pomoc od linii lotniczych?

Znane są przypadki nagradzania lekarzy za okazaną pomoc, jednak formy wdzięczności opierają się na zwyczaju przyjętym u danego przewoźnika. Zwykle są to vouchery na darmowe loty i nie ma ani formalnych, ani etycznych przeciwwskazań do przyjęcia takiej gratyfikacji. Może to być jednak przedmiotem zainteresowania pracowników i funkcjonariuszy Krajowej Administracji Skarbowej.

Marta KOWALCZYK
aplikant radcowski,

Dział Prawny OIL w Łodzi
(przedruk za zgodą z „Panaceum” nr 7-8/22)

JESTEŚMY JAK TALIA KART...

Kolejny raz w przestrzeni publicznej w sposób nieodpowiedzialny (ale zapewne wyrachowany i świadomy) padły słowa dotyczące społeczności osób transpłciowych niezgodne z aktualną wiedzą medyczną. Ignorancja w odniesieniu do rzetelności własnych wypowiedzi na temat, o którym nie ma się elementarnego pojęcia, nawet już mnie nie irytuje i właściwie zasługuje jedynie na skomentowanie tego zjawiska bon motem „nie znam się, ale się wypowiem”. Cóż, efekt Dunninga-Krugera nie oszczędził nawet niektórych osób z dyplomem lekarza zabierających głos w sprawach dotyczących różnorodności płciowej czy seksualnej.

Czym jest płeć?

W tym miejscu chciałbym tylko przypomnieć, jak nie zero-jedynkowo przedstawia się kwestia pojęcia płci w świetle medycyny rozrodu, endokrynologii, genetyki czy ostatecznie psychiatrii i seksuologii.

Nie ma jednej uniwersalnej definicji płci – jest ich kilkanaście. Tak jak drzewo z każdym rokiem swojego rozwoju zyskuje kolejne warstwy, tak w naszym soma i psyche zachodzą fizjologiczne zmiany, które definiują ostatecznie naszą tożsamość płciową czy seksualną. Wobec tego, jak na poziomie „elementarnej wiedzy” określić płeć pacjenta z chromosomalnie zdefiniowaną płcią „męską” – XY a cierpiącego na zespół całkowitej niewrażliwości na androgeny (CAIS), będącego fenotypową kobietą? Nie wystarczy już podstawowa wiedza z biologii, aby przyswoić sobie różnorodność wariantów płci definiowanej na poziomie genetyki u pacjentów 46 XX i 46 XY z dysgenезją gonad. Nie wspomnę już o obecności dodatkowych chromosomów X lub Y, ich braku czy mozaicyzmie chromosomowym.

Od wczesnych lat 30. a jeszcze do końca lat 80. przeważał pogląd o genetycznie zdominowanej determinacji płci zależnej od chromosomów płci, różnicowaniu gonad i różnicowaniu płci w zależności od różnych stężeń hormonów produkowanych przez te gonady, jądra lub jajniki. Obecnie taki rozdział ścieżek rozwoju płci na męską i żeńską jest zbyt prosty! Współczesna wiedza dostarcza bogatych informacji o równoległe działających mechanizmach i czynnikach kierujących rozwój często w zupełnie nieoczekiwaną stronę.

Rozwój płci...

...możemy podzielić na dwa etapy: genetycznie zaprogramowane przekształcanie się bipotencjalnych gonad w jądra i jajniki, a następnie hormonalnie uwarunkowane zróżnicowanie płci już po etapie zdeterminowania gonad, obejmujące także rozwój struktur mózgowych. Każdy z tych etapów może ulec zakłóceniu, co będzie prowadziło do zaburzeń różnicowania płci DSD (dysgenesis of sex development), nie tylko tej somatycznej.

Zarodek człowieka jest w pewnym sensie niezdeteterminowany płciowo przez pierwsze 40 dni od momentu zapłodnienia. Przyszła płeć, począwszy od pierwszego blastomeru, przynajmniej potencjalnie zależy od subtelnej różnicy liczby i jakości genów pomiędzy żeńskim (XX) a męskim (XY) kariotypem. I chociaż te same geny zawarte w chromosomie X posiada zarówno „genetyczna” kobieta i mężczyzna, to jednak męski zarodek otrzymuje jakościowo inne geny w chromosomie Y – obecność genu SRY. Rola tych genów to przeprogramowanie dominującej „kobiecej ścieżki rozwoju” na męską. Można więc powiedzieć, że mężczyzna jest „przeprogramowaną genetycznie” kobietą!

Na początku istnienia zarodka embriony dwóch różnych płci różnią się jedynie kariotypem. Po 40 dniu rozwoju w zarodkach „męskich” uruchamiane są geny regulatorowe z rodziny SOX zlokalizowane na chromosomie 17, dzięki aktywności genu SRY zlokalizowanego na chromosomie Y. Prowadzi to do różnicowania bipotencjalnej gonady w jądra lub, przy braku genu SRY, w jajniki. Dodatkowo sytuację komplikuje fakt obecności na chromosomie 17 dwóch obszarów regulatorowych, których utrata prowadzi do odwrócenia płci, tj. obszaru XY SR oraz obszaru XX RevSex. Utrata XX RevSex skutkuje rozwojem osoby męskiej z kariotypem XX i analogicznie utrata XY SR rozwojem osoby żeńskiej z kariotypem XY.

Na kolejnym poziomie możemy mieć jeszcze do czynienia z zaburzeniami funkcjonowania enzymów konwertujących testosteron do estrogenów lub do biologicznie najsilniejszej jego pochodnej, tj. dihydrotestosteronu, co także wpłynie na kolejne etapy hormonalnego i mózgowego różnicowania płci. Jak potwierdzają autorytety, poczucie przynależności płciowej ujawnia się zwykle między drugim a trzecim rokiem życia. U genetycznych chłopców, którzy rodzą się z obojnaczymi narządami płciowymi z powodu defektu w wytwarzaniu lub oddziaływaniu testosteronu, a także u genetycznych dziewczynek z obojnaczymi narządami płciowymi z powodu nadmiaru testosteronu – może wystąpić niezgodność między płcią genetyczną a płcią psychiczną.

Jakby tego było mało, na chromosomie X zlokalizowany jest np. gen dla receptora androgenowego, co w przypadku jego utraty u osoby z kariotypem XY skutkuje fenotypem kobiecym (zespół CAIS) pomimo obecności androgenów, o czym wspominałem na początku artykułu.

Nie podejmuję się przytaczać tu całej gamy procesów kształtowania się płci w ujęciu psychorozwojowym, społecznym i kulturowym, czym zajmują się inne dziedziny medycyny, a których ważną determinantą jest istnienie płci mózgu, potwierdzone w licznych badaniach funkcjo-

nalnego neuroobrazowania fMRI. Ocenia się, że zaledwie 20% przypadków zaburzeń rozwoju płci DSD (DSD dysgenesis of sex development) uzyskuje diagnozę molekularną, a co najmniej 50% pacjentów 46XY DSD nie może otrzymać właściwej diagnozy. Nie mam więc wątpliwości, że to tylko ułamek wiedzy, którą ciągle poznajemy.

Ostatecznie, na końcu tej drogi stoi przed nami zwykły człowiek...

Pomijając jednak całą warstwę naukową zagadnienia, którą niektórzy ignoranci utożsamiają z „poglądami” czy „ideologią” (trywializując ją dodatkowo swoim rechotem), to na końcu tej drogi stoi przed nami Człowiek, tak jak każdy z nas, pragnący żyć w zgodzie ze swoimi wewnętrznymi odczuciami, społecznie akceptowany, chcący zwyczajnie być szczęśliwym.

Jeśli uświadomimy sobie i innym, jak złożone są mechanizmy naszej natury, jeśli dzięki popularyzacji wiedzy w naszym najbliższym otoczeniu będziemy tępić przejawy nietolerancji i szyderstwa w przestrzeni publicznej – to wierzę, że przynajmniej w taki sposób, jako przedstawiciele świata medycznego, możemy zaprotestować!

Bartłomiej WOLSKI

O autorze: dr n. med. Bartłomiej Wolski jest konsultantem wojewódzkim w dziedzinie seksuologii, specjalistą w dziedzinie położnictwa i ginekologii oraz seksuologii, w trakcie specjalizacji z perinatologii. Jest współzałożycielem Kliniki – Lekarze Mostowa 4 – klinika przyjazna LGBTQ+. Kierownik Poradni Seksuologii i Patologii Współżycia w Lekarze Mostowa 4, zastępca kierownika Oddziału Położniczo-Ginekologicznego Szpitala św. Wojciecha w Gdańsku. (przedruk za zgodą z „Primum” nr 9/22)

ODESZLI OD NAS

ODESZLI OD NAS

Pani Dr Danuta HENZLER ukończyła Wydział Lekarski Akademii Medycznej we Wrocławiu w 1972 roku. Całe swoje życie zawodowe związała z Wojewódzkim Szpitalem Zespolonym w Opolu, gdzie odbyła staż podyplomowy, a następnie przeszła wszystkie szczeble awansu zawodowego od młodszego asystenta do ordynatora oddziału. Szpital zmieniał nazwy, zmieniał swoją siedzibę, ale Pani doktor była zawsze na stanowisku.

W 1975 uzyskała I stopień specjalizacji z chorób wewnętrznych, w 1979 – II stopień, a w 1981 uzyskała specjalizację z gastroenterologii.

W kwietniu 1983 r. jako starszy asystent Oddziału została jednocześnie Kierowniczką Poradni. W lipcu 1996 objęła funkcję Zastępcy Ordynatora, w styczniu 1999 – p.o. Ordynatora, wreszcie w grudniu 1999 została Ordynatorem Oddziału Gastroenterologii i Hematologii. Oddziałem kierowała do marca 2014, po czym została konsultantem szpitalnym w dziedzinie gastroenterologii. Przez wiele lat była Konsultantem Wojewódzkim w tej specjalności.

Pod jej kierunkiem specjalizację z chorób wewnętrznych i gastroenterologii zdobyło ponad 50 lekarzy. Kierowany przez nią Oddział uczestniczył w licznych badaniach klinicznych z zakresu gastroenterologii, uzyskał też uprawnienia do leczenia biologicznego przewlekłych nieswoistych schorzeń jelita grubego.

Dr HENZLER aktywnie uczestniczyła w pracach towarzystw naukowych – Polskiego Towarzystwa Lekarskiego, Towarzystwa Internistów Polskich, Polskiego Towarzystwa Gastroenterologicznego. W latach 90. przez 2 kadencje przewodniczyła Opolskiemu Oddziałowi TIP. Brała udział w organizacji licznych szkoleń, konferencji naukowych, a także dwóch kongresów – TIP i PT Gastroenterologicznego –

które były dużym sukcesem i uznaniem dla osiągnięć opolskiego środowiska internistów i gastroenterologów.

Od momentu reaktywowania Samorządu Lekarskiego bardzo aktywnie włączyła się w nurt jego działalności. W II i III kadencji była Okręgowym Rzecznikiem Odpowiedzialności Zawodowej, w IV i V – członkiem Okręgowego Sądu Lekarskiego.

Dr HENZLER odznaczona została Honorowym Medalem z okazji 100-lecia TIP. W 2007 uzyskała Srebrny Laur Umiejętności i Kompetencji, w 2010 była w gronie pierwszych laureatów Godności Honorowej Opolskiej Izby Lekarskiej czyli „Prymariusza Opolskiego”, w 2012 otrzymała wyróżnienie „Opolskiego Hipokratesa”, a w 2015 – w trakcie obchodów 25-lecia Opolskiej Izby Lekarskiej – odznaczona została Krzyżem Kawalerskim Orderu Odrodzenia Polski.

Pani Dr Danuta HENZLER całym swoim życiem zawodowym udowodniła, że medycyna może być pasją, a praca lekarza jest służbą na rzecz pacjentów. Jej wielką zaletą była umiejętność słuchania pacjentów, a każdemu kto z nią rozmawiał udzielało się jej ciepło i życzliwość.

Pani Danusi, odeszła Pani na wieczny dyżur, ale pozostanie Pani we wdzięcznej pamięci wszystkich, którzy mieli szczęście i zaszczyt spotkać Panią na swojej drodze.



Z głębokim smutkiem zawiadamiamy,
że dnia 30.10.2022 r. w wieku 74 lat odeszła

DR DANUTA HENZLER

dobry człowiek, wieloletni ordynator
Oddziału Wewnętrznego B w Szpitalu
na Katowickiej w Opolu



ZAPALENIE BŁONY NACZYNIOWEJ OKA

H.S. Sandhu, H.J. Kaplan

red. M. Misiuk-Hojło

rok wydania 2022

ISBN 978-83-67447-01-0, format 165 x 235, oprawa miękka, str. 400, cena 119,20 zł

W książce przedstawiono prawdziwe przypadki zapalenia błony naczyniowej oka z całego spektrum chorób zapalnych, zespołów maskujących, schorzeń idiopatycznych, chorób zapalnych z objawami ogólnoustrojowymi oraz chorób dotyczących wieku dziecięcego. Dużą wartością publikacji jest bardzo czytelny, łatwy do zrozumienia i zapamiętania informacji układ prezentowanej treści: opis przebiegu choroby na podstawie wywiadu i badania przedmiotowego, omówienie procesu diagnostycznego i postępowanie terapeutyczne. Przeanalizowano także bardziej złożone przypadki, których leczenie nie postępuje zgodnie z przewidywaniami, skłaniając do ponownego rozważenia diagnozy lub postępowania.

Publikacja jest skierowana do okulistów, specjalizujących się w diagnozowaniu i leczeniu zapalenia błony naczyniowej, ale także do rezydentów i lekarzy na każdym etapie praktyki okulistycznej i w gabinetach lekarzy rodzinnych.

W książce m.in.:

- ponad 80 prawdziwych, często nietypowych przypadków zapalenia błony naczyniowej
- unikalne sytuacje kliniczne odzwierciedlające codzienną praktykę kliniczną
- metody obrazowania diagnostycznego, w tym optyczna koherentna tomografia (OCT), angiografia optycznej koherentnej tomografii (OCTA), angiografia fluorescencyjna (FA) i angiografia z użyciem zieleni indocyjaninowej (ICGA)
- algorytmy diagnostyczne ułatwiające podjęcie decyzji odnośnie do leczenia, również w sytuacjach, gdy stan pacjenta nie poprawia się zgodnie z oczekiwaniami
- liczne fotografie, m.in. dna oka i odcinka przedniego błony naczyniowej
- bardzo czytelny układ
- informacje na temat dziecięcego zapalenia błony naczyniowej oka
- zespoły maskujące i wiele innych.

OPOLSKA IZBA LEKARSKA

Biuro: tel. 77/454-59-39, 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

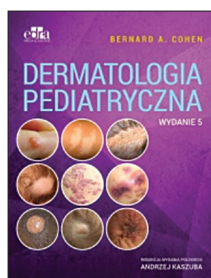
Praktyki Prywatne: opole.praktyki@hipokrates.org

Radca prawny – tel. kontaktowy: 601 708 952, przyjmuje:
poniedziałek 9.00-10.30, środa 14.30-17.00, czwartek 14.00-16.00,
piątek – po uprzednim ustaleniu telefonicznym.

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



DERMATOLOGIA PEDIATRYCZNA

B.A. Cohen

wyd. 5, red. A. Kaszuba

rok wydania 2022

ISBN 978-83-66960-99-2, format 210 x 275, oprawa twarda, str. 360, cena 170,10 zł

Dermatologia pediatria Bernarda A. Cohena to niezwykle praktyczna, bogata wizualnie publikacja poświęcona chorobom skóry u dzieci. Dzięki algorytmom diagnostycznym, wysokiej jakości materiałowi ilustracyjnemu i zwięzłemu tekstowi, napisanemu przez wiodące autorytety w tej dziedzinie, podręcznik stanowi doskonałą pomoc w praktyce klinicznej, a także w przygotowaniu do egzaminów.

Praktyczną wartość tego dzieła podnosi bardzo bogata i oryginalna dokumentacja fotograficzna, która stanowi pod-

stawę zdobywania i doskonalenia naszej wiedzy dermatologicznej. Podręcznik o wysokim poziomie naukowym i edytorskim zawiera zwięzłe opisy chorób skóry, włosów i błon śluzowych, a także zagadnień z psychodermatologii dziecięcej oraz przydatne wskazówki, także w postaci tabel, dotyczące ich patogenezę, diagnostyki, różnicowania i leczenia.

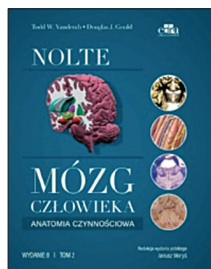
Dodatkową wartość stanowią zamieszczone na końcu każdego z rozdziałów praktyczne algorytmy podsumowujące właściwą diagnostykę różnicową.

Mam nadzieję, że to kolejne wydanie ze względu na ogromne walory praktyczne i interdyscyplinarne zostanie dobrze przyjęte nie tylko przez lekarzy dermatologów i pediatrów, ale również przez lekarzy rodzinnych, podstawowej opieki zdrowotnej i studentów medycyny.

prof. dr hab. n. med. Andrzej Kaszuba

W podręczniku:

- prawie 1000 wspaniałych fotografii (100 nowych lub zaktualizowanych), zrównoważonych zwięzłym opisem uwidocznionych zmian,
- najnowsze osiągnięcia naukowe i kliniczne w dermatologii pediatrii, w tym nowe warianty chorób naczyniowych, malformacji naczyniowych i zmian barwnikowych u niemowląt i dzieci,
- liczne tabele podsumowujące i algorytmy diagnostyki różnicowej.



MÓZG CZŁOWIEKA. ANATOMIA CZYNNOŚCIOWA MÓZGOWIA. TOM 2

T.W. Vanderah, D.J. Gould

wyd. 8, red. J. Moryś

rok wydania 2022

ISBN 978-83-66960-85-5, format 215 x 290, oprawa twarda, str. 350, cena 134,10 zł

Tajemniczość pracy mózgu wciąż budzi ciekawość nie tylko osób zajmujących się w sposób profesjonalny jego budową i czynnością, ale też specjalistów z różnych profesji medycznych jak neurologów, neurochirurgów, psychiatrów czy psychologów, a także osób po prostu ciekawych poznania tajników wiedzy o tym wspaniałym organie naszego ciała.

Obecne, ósme już wydanie tego znakomitego i niezwykle popularnego podręcznika, łączącego budowę anatomiczną na poziomie makroskopowym i mikroskopowym oraz, co niezwykle ważne, w powiązaniu z czynnością tego wciąż nie do końca poznanego narządu, przygotowane zostało przez profesora Todda W. Vanderaha z Uniwersytetu w Arizonie oraz prof. Douglasa J. Goulda z Oakland University w Rochester. Obaj profesorowie od lat zajmują się budową i czynnością mózgu, a swoją wiedzą i pasją starali się

podzielić z czytelnikami tej książki. Będziecie więc Państwo wraz z autorami wędrowali przez tajemną wiedzę o budowie mózgowia od poziomu molekularnego, po współczesne techniki obrazowania jego pracy, a w końcu dziesiątki schorzeń w różny sposób zaburzających prawidłową funkcję mózgu i prowadzących do objawów, jakie możemy zaobserwować u pacjentów. Nie jest to prosta wiedza, ale została przedstawiona w sposób jasny i logiczny, a podążając za autorami, poznajemy sekrety pracy najważniejszych układów czynnościowych. Piękna szata graficzna, dziesiątki rycin i zdjęć doskonale obrazują myśl autorów. Nie bez znaczenia są też liczne odnośniki do historii badań ośrodkowego układu nerwowego i zaburzeń jego funkcji przez pryzmat obserwacji klinicznych. Uwagi kliniczne zawarte w ramach pozwalają lepiej zrozumieć zawiłości towarzyszące budowie i czynności ośrodkowego układu nerwowego.

Mamy nadzieję, że przygotowany podręcznik stanowił będzie niezbędny zasób wiedzy o budowie i czynności ośrodkowego układu nerwowego dla wszystkich osób specjalizujących się w neuroanatomii i neurobiologii, neurologów, neurochirurgów, neuropatologów i psychiatrów, ale również dla osób, które pragną zgłębić tajemnice tej niezwyklej struktury.

Prof. dr hab. med. Janusz Moryś
Z Przedmowy do wydania polskiego

W PUBLIKACJI

- Aktualnie obowiązujące mianownictwo
- Zaktualizowane ryciny, tabele i ilustracje
- Najnowsze informacje z zakresu technik obrazowania medycznego
- Ramki kliniczne oparte na najbardziej aktualnym piśmiennictwie i statystykach

Wojewódzki Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności z siedzibą w Opolu uprzejmie zawiadamia, że poszukuje lekarzy - członków składu orzekającego następujących specjalności:

- lekarza pediatry,
- lekarza internisty,
- lekarza laryngologa,

ze specjalizacją co najmniej pierwszego stopnia, posiadających prawo wykonywania zawodu.

Wymogi kwalifikacyjne jakie powinien spełniać lekarz określa § 21 ust. 1 pkt 3 rozporządzenia Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 lipca 2003 r. w sprawie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności (Dz.U. z 2021 r., poz. 857).

Zadania lekarza w Zespole:

- weryfikacja złożonej dokumentacji medycznej w zakresie kompletności oraz konieczności jej uzupełnienia o niezbędne wyniki badań diagnostycznych oraz inne dokumenty związane ze stanem zdrowia osoby zainteresowanej,
- udział w posiedzeniach składów orzekających Zespołu, przeprowadzenie badania lekarskiego, wywiadu oraz zebranie materiału dowodowego dokumentującego stan zdrowia orzekanego i wypełnienie na tej podstawie oceny stanu zdrowia - w trakcie posiedzenia składu orzekającego zakończonego podpisaniem wydanego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności.

Wymagane dokumenty:

- kserokopia dyplomu ukończenia studiów medycznych,
- kserokopia dokumentu uprawniającego do wykonywania zawodu lekarza,
- kserokopia dyplomu ukończenia specjalizacji,
- oświadczenie kandydata o wyrażeniu zgody na pełnienie wybranej funkcji,
- oświadczenie o niekaralności za przestępstwo popełnione umyślnie,
- oświadczenie o pełnej zdolności do czynności prawnych oraz korzystaniu z pełni praw obywatelskich.

Oferty należy składać lub przysłać pocztą na adres Wojewódzkiego Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności, ul. Piastowska 14,45*082 Opole. Dodatkowe informacja pod nr 77 4524230.

W przypadku lekarzy o innych specjalnościach chętnych podjąć dodatkową pracę także prosimy o kontakt.

Zapraszamy lekarzy i lekarzy dentystów wraz z rodzinami do korzystania z Bazy Noclegowej w Warszawie należącej do Śląskiej Izby Lekarskiej. To samoobsługowy obiekt z 16 pokojami do wynajęcia w centrum Warszawy (ul. Sobieskiego 102a). Lokalizacja, komfort i przystępna cena są największymi zaletami tego miejsca.

Zachęcamy do obejrzenia filmu, w którym krok po kroku tłumaczymy, co należy zrobić, by skorzystać z Bazy Noclegowej: <https://www.youtube.com/watch?v=zma7JWkuB6g&t=6s>.

Cena za dobę pobytu wynosi 150 zł za pokój dwuosobowy oraz 180 zł za pokój trzyosobowy.

Istnieje możliwość wynajmu łóżek w pokoju trzyosobowym. Koszt wynajmu wynosi 75 zł.



Zapraszamy do Bazy Noclegowej
Pro Medico w Warszawie



Stobrowskie Centrum Medyczne Sp. z o.o. z siedzibą w Kup zatrudni lekarza specjalistę chorób wewnętrznych lub ze specjalizacją II stopnia z chorób wewnętrznych do pracy w charakterze Kierownika Oddziału Chorób Wewnętrznych. Oddział bardzo dobrze wyposażony, Zakład Diagnostyki Endoskopowej na miejscu, całodobowe laboratorium i Pracownia RTG.

Forma zatrudnienia do uzgodnienia – umowa o pracę lub umowa kontraktowa. Bardzo dobre warunki finansowe – do negocjacji. Kontakt telefoniczny: 77 403-28-51 lub mailowy: kadry@szpital-kup.eu

Przychodnia Odnowa zatrudni lekarza POZ w Kędzierzynie-Koźlu. Zapewniamy:

- pracę w nowoczesnej i wyremontowanej przychodni,

- współpracę z doświadczonym zespołem,
- elastyczny czas pracy.

Proponujemy:

- atrakcyjne wynagrodzenie,
- umowę według własnego wyboru (umowa o pracę lub kontrakt).

Prosimy o kontakt numerem: 570- 997-885.

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