



OPOLSKA
IZBA
LEKARSKA

Rok Założenia 1990

Marzec 2017

ISSN 1426-661X

BIULETYN INFORMACYJNY

Nr 245

OPOLSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

www.izbalekarska.opole.pl



Fot. Jerzy B. LACH

WYTRAWNE Z CYKUTĄ

Kłócił się z Janem Matejką, chciał się nawet pojedynkować (na pistolety albo pałasze). Poszło o coś więcej niż pieniądze (do ich braku zdążył się już przyzwyczaić, miał tyle długów, że chodziła za nim policja), *Tys mi wyrwał troje: honor, kraj i spokój* – wyrzucał autorowi „Stańczyka” Wilhelm Leopolski (1828-1892). Ten genialny malarz cierpiał na urojenia i manię prześladowczą. Czy ślady tej obsesji można odnaleźć na obrazach?

„Zgon Acerna” to portret potrójny. Zakonnik przysiadł na skraju krzesła. Ma wydłużoną twarz, przyлизane włosy i zaciśnięte usta. Wygląda, jak wężące zwierzę – właśnie



zwietrzył ofiarę i przygotowuje się do skoku. Przewraca stronę za stroną, odczytuje pytania i czeka. Odpowiedzi szuka nie tylko w słowach, śledzi także mimikę i gesty. O ponurym usposobieniu, z kieszeniami wypchanymi narzędziami „presji fizycznej” – jak nazywano instrumenty tortur, przypomina inkwizytora. Jego zadaniem jest zebrać dowody, dowieść zdrady i ukarać poetę. – *Odszczekasz, coś napisal?* – pyta wycieńczonego mężczyznę, który leży na łóżku w celi szpitalnej. – *Dlaczego nazwałeś jezuitów krwio pijcami? Obżartuchy i osły? A kto uczy dzieci? Kto gotuje zupy ubogim?* – powtarza. Ale Sebastian Klonowicz nie ma zamiaru się kajać. Zaciął się w sobie: nie ustąpi, niczego nie odwoła, niczego się nie zaprze. A może gra na zwłokę, bo czuje, jak trucizna krąży w jego nabrzmiałych żyłach? Jak więzień jezuitów zdobył truciznę? Kto ją przemycił do szpitala świętego Łazarza w Lublinie?

Można by pomyśleć, że Wilhelm Leopolski pokręcił daty, że coś mu się pomyliło, nie przestudiował biografii, nie prześledził losów osób, zanim się zabrał za malowanie. Bo lekarz królewski Wojciech Oczko (trzecia postać z portre-

tu) nie mógł doglądać umierającego w 1602 roku Sebastiana Klonowicza. Zmarł trzy lata wcześniej, pochowano go w kościele Ojców Bernardynów w Lublinie. Ale z pewnością się znali (sławni w tamtych czasach żyli bliżej). Siedzi na łóżku poety, na tle brunatnej ściany. Łatwo go przeoczyć, bo wtapia się w tło, prawie znika jak zjawą, mara, przywidzenie (zresztą w późniejszej wersji „Zgonu Acerna” rozpuścił się, rozmył na dobre). Odnosi się wrażenie, że duchowość dotyka go w sensie dosłownym (to, co ludzkie, reprezentuje duchowny). Może doktor przeczytał pamflet Acernusa:

„*Szlachcica polskiego przeciw jezuitom akcję pierwszą*” zrozumiał, jakie niebezpieczeństwo grozi autorowi, podarował mu truciznę i podpowiedział, jak ją skutecznie dozwadzać. A teraz czuwa niczym anioł stróż, żeby nieborak nie pomylił dawek i nie naraził się na długie konanie.

Malarz zadbał o detale. Pokrycie krzesła jezuita przypomina niebieską planetę (są tam zarysy kontynentów i oceany), to obicie sugeruje sprawy przyziemne. Niebiańskością obdarzył Leopolski mężczyzn na łóżku – jeden wrócił

z zaświatów, drugi właśnie się tam wybiera. Poeta wyspał proszek do kieliszka z winem, pomieszał (czerwony trunek zmętniał), upił łyk, ale zostawił kilka kropli na dnie, bo chciał jeszcze napisać list – wyznanie. Nie otworzył kałamarza, zanurzył pióro w trunku. Czy liczył na to, że po latach ktoś dociekliwy odczyta zapiski, zbada skład chemiczny atramentu i odkryje prawdę?

Mogło też być inaczej. To zakonnik wzbogacił wytrawne czerwone cykutą i dał do wypicia pocie. Śpieszył się, chciał zebrać zeznania i skończyć zlecenie. A tu nagle upiór! I to nie byle jaki – duch doktora Oczki – tego, który przeszczepił nos dwórcę króla Augusta. Jeśli poda odtrutkę i uratuje oszczercę? *Taki nieważki, a jak umie wejść w paradę!* – psioczył jezuita. – *A kysz, uciekaj. strachu. Wracaj do grobu!*

Może nie było żadnej trucizny, zwid pojawił się na obrazie dla hecy? Nie przypadkiem mówiło się o Leopolskim, że jest trochę dziwny, dlatego czasu do czasu ląduje w szpitalu psychiatrycznym.

Agnieszka KANIA





Przed Wami marcowy numer Biuletynu. Jak zawsze starałem się zgromadzić w nim dla Was interesujące materiały. A więc, na początku, znajdziecie w tym numerze – zapisy bieżącej aktywności organów naszej Opolskiej Izby Lekarskiej (Rady, Komisji Stomatologicznej i Komisji Kształcenia). Jest także informacja o powstaniu nowej Komisji – Kultury i zaproszenie do udziału w jej pracach. Będzie kilka słów o sukcesie naszych muzykujących Kolegów z zespołu Reanimators New oraz o odznaczeniu naszej Koleżanki. I wreszcie niezawodni – dr Agnieszka Kania i prof. Janusz Kubicki – przedstawią kolejne swoje teksty.

Do części „zagranicznej” wybrałem rozmowę z ministrem Łandą o zmianach w refundacji wyrobów medycznych oraz z dr Woronowiczem o stresie u lekarzy. W części prawnej tekst o instytucji mediacji, przetwarzaniu danych osobowych lekarzy i przeszczepianiu narządów. Ponadto znajdziecie materiały o tym, jak przekazywać niepomyślne wiadomości, krótką rzecz o krytyce, o problemach leczenia otyłości i informacje o ludzkim śnie.

Mam – stale i niezmiennie – nadzieję, że każdy z Was znajdzie w tym numerze Biuletynu coś, co go zainteresuje. Z tym przekonaniem żegnam się do następnego numeru.

Jerzy B. LACH

* * *

PRZEPROSINY

Chciałbym gorąco przeprosić P. dr Grażynę WOJTALSKĄ – Sekretarza Komisji Senioralnej naszej Izby – za „pozbawienie” jej autorstwa tekstu zamieszczonego w poprzednim miesiącu o opłatku naszych najstarszych Koleżanek i Kolegów i przypisaniu go dr Kubickiemu. Przepraszam bardzo.

Jerzy B. LACH

SZPALTA PREZESA



Koleżanki i Koledzy,

Kończy się bieżąca kadencja władz samorządu lekarskiego. W styczniu Okręgowa Rada Lekarska dokonała podziału naszej Izby na rejony wyborcze, w których przeprowadzane będą wybory Delegatów VIII kadencji, czyli na lata 2018-2022. Na wniosek grupy młodych lekarzy wydzielono tym razem dwa rejony wyborcze, grupujące wyłącznie lekarzy do 35 roku życia. Jeden obejmować będzie lekarzy zatrudnionych w szpitalach Opola, drugi – w pozostałych. W obu tych rejonach będzie znajdować się około 300 osób, co pozwoli na wybór około 15 delegatów. Tym samym młodzi lekarze będą mieli dość znaczącą reprezentację w składzie Okręgowego Zjazdu Lekarzy. Apeluję więc do lekarzy rozpoczynających swoją życiową medyczną „przygodę” o wykorzystanie tej szansy, o zgłaszanie swoich kandydatur w wyborach delegatów, o aktywność i pasję. Ci z nas, którzy zaczęli swoją działalność samorządową w momencie reaktywowania

izb lekarskich będą powoli schodzić ze sceny bieżącej działalności. Potrzebny jest zdecydowany dopływ nowej, młodej energii. Liczę na to, że nadchodzące wybory pozwolą na wypromowanie osób, które będą decydowały o obliczu Opolskiej Izby Lekarskiej w następnych kadencjach.

Od 1 marca dostępna będzie dla wszystkich członków Opolskiej Izby Lekarskiej usługa pomocy prawnej, związanej z wszelkimi problemami, jakie mogą spotkać lekarza czy lekarza dentystę w czasie pracy, w kontakcie z roszczeniowym pacjentem lub roszczeniową rodziną pacjenta, w zetknięciu z pracodawcą, NFZ, itp. W momencie, gdy piszę te słowa dogrywane są ostatnie szczegóły umowy między Opolską Izbą Lekarską, a kancelarią adwokacką. Gdy będziecie czytać te słowa na stronie internetowej izby zamieszczone już będą odpowiednie dane kontaktowe (nr telefonu, adres mailowy), które pozwolą korzystać z tej formy pomocy.

Jerzy JAKUBISZYN

POSIEDZENIE OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ W OPOLU

W dniu 25 stycznia 2017 r. odbyło się pierwsze w tym roku posiedzenie Okręgowej Rady Lekarskiej. Porządek obrad przewidywał następujące punkty.

Przyznanie praw wykonywania zawodu

Jednogłośnie przyjęto uchwały o wydaniu duplikatów prawa wykonywania zawodu dwóm lekarzom, którzy zagubili dokumenty. Dokonano też wpisu do rejestru OIL czterech osób z przeniesienia z innych izb.

W tym punkcie poruszono też problem jednej z lekarek, na którą wpłynęły liczne skargi świadczące o jej zaburzeniach psychicznych (kilka lat temu leczyła się już stacjonarnie z tego powodu). Postanowiono powołać komisję do zbadania jej zdolności do wykonywania zawodu, w następującym składzie: przewodniczący lek. Stanisław Kowarzyk, członkowie lek. lek. Stanisław Piwowarczyk, Izolda Świstuń i Elżbieta Sadowska. Komisja zacznie działać, jeżeli lekarka nie podda się leczeniu psychiatrycznemu (jeden z członków Rady przekazał, że mąż lekarki wystąpił do sądu o przymusowe leczenie).

Ponadto Prezes przedstawił pismo z Ministerstwa Zdrowia, w którym zwrócono się do Rady z pytaniem, czy nie zgłaszamy sprzeciwu wobec rozpoczęcia stażu podyplomowego przez lek. T. Z., obywatelkę Ukrainy, w innym terminie niż 1.03.2017. Rada nie wyraziła sprzeciwu.

Rejestracja podmiotów prowadzących szkolenie podyplomowe lekarzy

Z prośbą o przyznanie punktów edukacyjnych zwrócił się do Izby Oddział Opolski Polskiego Towarzystwa Onkologicznego, który przeprowadzi szkolenie dla lekarzy pt.: „Kardioonkologia” w dniu 30 stycznia br. w Opolu – przyznano 3 pkt. edukacyjne.

Ponadto z prośbą o przyznanie punktów edukacyjnych zwróciła się firma AMADER s.c., która przeprowadzi szkolenie dla lekarzy dentystów pt.: „Anatomia opracowania kanałów za pomocą narzędzi Hy-Flex” w dniu 28 stycznia br. w Opolu – przyznano 6 pkt. edukacyjnych.

Zmiany w rejestrze indywidualnych praktyk lekarskich

Z rejestru wykreślono dwie praktyki z powodu zgonu lekarzy oraz sześć praktyk na wniosek lekarzy, którzy zawiesili działalność gospodarczą.

Przyznanie świadczeń z Funduszu Samopomocy

Do Funduszu Samopomocy wpłynął jeden wniosek o przyznanie zapomogi z powodu licznych przewlekłych schorzeń. Z powodu pewnych zastrzeżeń i konieczności wyjaśnienia dodatkowych okoliczności, rozpatrzenie wniosku zostało przełożone na następne posiedzenie Rady.

Wyznaczenie przedstawicieli OIL do komisji konkursowych

Brak wniosków.

Podjęcie uchwał w sprawie zmiany wysokości składki członkowskiej

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

Wybór Prymariusza Opolskiego.

W tym roku wpłynął tylko 1 wniosek o przyznanie tej godności. Kol. Rodziewicz-Kabarowska zgłosiła kandydaturę Małgorzaty Łuszczynskiej-Ostrowskiej. Uzasadnienie wniosku członkowie Rady otrzymali drogą elektroniczną. Uznano, że dodatkowa dyskusja nie jest niezbędna. W głosowaniu wzięło udział 15 członków Rady. Jednogłośnie podjęto uchwałę przyznającą kol. Małgorzacie Łuszczynskiej-Ostrowskiej godność Prymariusza Opolskiego w roku 2017.

Zmiana uchwały 83/16/VII z 21.12.2016 w sprawie rejonów wyborczych VIII kadencji (patrz poniżej)

Prezes poinformował członków Rady, że grupa młodych lekarzy zwróciła się z prośbą o utworzenie odrębnego rejonu wyborczego dla lekarzy do 35 roku życia. Prezes przekazał, że biuro Izby dokonuje symulacji, czy wyodrębnienie tej grupy lekarzy z dotychczasowych rejonów nie spowoduje, że któryś z dotychczasowych rejonów straci zdolność do bycia samodzielnym rejonem. Jeżeli nie będzie takiego zagrożenia, to powstaną dwa nowe rejonu wyborcze dla młodych lekarzy – jeden obejmujący lekarzy pracujących w szpitalach Opola i drugi obejmujący pozostałą część województwa. Prezes zaproponował projekt nowego podziału na rejonu, który ostatecznie zaakcep-



towany zostanie drogą elektroniczną, po dokończeniu symulacji przez biuro.

Sprawozdanie z posiedzenia Naczelnej Rady Lekarskiej (13.01.2017) oraz Konwentu Prezesów orl (12.01.2017)

Prezes przedstawił Stanowisko NRL (będzie zamieszczone w najbliższym BI), dotyczące projektu ustawy o utworzeniu sieci szpitali, w którym stwierdzono, że nie zostały uwzględnione żadne uwagi, dotyczące tworzonej ustawy wnoszone przez NRL. Ponadto stwierdzono, że dojdzie do chaosu i pogorszenia dostępności pacjentów do świadczeń.

Ponadto Prezes poinformował, że od 1maja 2017 r. zacznie działać System Monitorowania Kształcenia Pracowników Medycznych, w którym będzie można śledzić przebieg procesu kształcenia podyplomowego.

Sprawozdanie członków Rady z działalności pomiędzy posiedzeniami

Kol. Latała zdał relację z ostatniego szkolenia zorganizowanego wspólnie przez KS oraz PTS dla lekarzy dentyków, podczas którego miały miejsce 2 wykłady dr hab. n. med. Klaudiusza Łuczaka z Kliniki Chirurgii Szczękowo-Twarzowej we Wrocławiu, pt. „Czułość onkologiczna i możliwości wykrywania zmian przed- i nowotworowych przez stomatologów” oraz „Rola infekcji HPV w etiopatogenezie raka błony śluzowej jamy ustnej i gardła”. Wykłady te spotkały się z dużym zainteresowaniem.

Kol. Mazur uczestniczył w spotkaniu Rzeczników Praw Lekarzy izb okręgowych, podczas którego postanowiono ujednolicić działania Rzeczników we wszystkich izbach.

Kol. Dryja uczestniczył w spotkaniu w Poznaniu, na którym powołano Porozumienie Lekarzy Ratownictwa Medycznego, które m. in. będzie obserwować projekty ustaw o ratownictwie medycznym i odpowiednio je opiniować. Aktualnie wyrażono sprzeciw, aby wykluczyć obecność lekarzy w zespołach ratowniczych.

Sprawy różne i wolne wnioski

Prezes odczytał pismo z Sądu Okręgowego, w którym zwrócono się o rekomendowanie lekarzy ze specjalizacją z chorób wewnętrznych do funkcji lekarzy sądowych.

Wobec wyczerpania porządku obrad na tym posiedzenie zakończono.

*Sekretarz ORL
Lek. dent. Barbara HAMRYSZAK
Prezes ORL
Dr n.med. Jerzy JAKUBISZYN*

* * *

Uchwała nr 87/17/VII Okręgowej Rady Lekarskiej w Opolu z dnia 25 stycznia 2017 r. w sprawie ustalenia rejonów wyborczych Opolskiej Izby Lekarskiej w kadencji 2018–2022 oraz ustalenia zasad wyboru delegatów na okręgowy zjazd lekarzy VIII kadencji.

Na podstawie art.25 pkt 4 ustawy z dnia 2 grudnia 2009r. o izbach lekarskich (Dz.U. z 2016r., poz.522), w związku z §13 ust.1 załącznika do uchwały nr 12 X Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 29 stycznia 2010 r., w sprawie regulaminu wyborów do organów izb lekarskich, na stanowiska w organach i trybu odwoływania członków tych organów i osób zajmujących stanowiska w tych organach oraz wyborów komisji wyborczych, uchwała się co następuje:

§ 1

Dla przeprowadzenia wyborów kadencji 2018-2022 ustala się następujące rejonory wyborcze:

- Rejon Wyborczy nr 1 – obejmujący lekarzy powiatu Brzeskiego, urodzonych nie później niż 31.12.1981,
- Rejon Wyborczy nr 2 – obejmujący lekarzy powiatu Głubczyckiego, urodzonych nie później niż 31.12.1981,
- Rejon Wyborczy nr 3 – obejmujący lekarzy powiatu Kędzierzyńsko-Kozielskiego, urodzonych nie później niż 31.12.1981,
- Rejon Wyborczy nr 4 – obejmujący lekarzy powiatu Kluczborskiego, urodzonych nie później niż 31.12.1981,
- Rejon Wyborczy nr 5 – obejmujący lekarzy powiatu Krapkowickiego, urodzonych nie później niż 31.12.1981,
- Rejon Wyborczy nr 6 – obejmujący lekarzy powiatu Namysłowskiego, urodzonych nie później niż 31.12.1981,
- Rejon Wyborczy nr 7 – obejmujący lekarzy powiatu Nyskiego bez lekarzy zatrudnionych na terenie Głucholaz, urodzonych nie później niż 31.12.1981,
- Rejon Wyborczy nr 8 – obejmujący lekarzy zatrudnionych na terenie Głucholaz, urodzonych nie później niż 31.12.1981,
- Rejon Wyborczy nr 9 – obejmujący lekarzy powiatu Oleskiego, urodzonych nie później niż 31.12.1981,
- Rejon Wyborczy nr 10 – obejmujący lekarzy powiatu Prudnickiego, urodzonych nie później niż 31.12.1981,
- Rejon Wyborczy nr 11 – obejmujący lekarzy powiatu Strzeleckiego, urodzonych nie później niż 31.12.1981,
- Rejon Wyborczy nr 12 – obejmujący lekarzy zatrudnionych w Wojewódzkim Centrum Medycznym w Opolu i w Opolskim Oddziale Wojewódzkim Narodowe-

go Funduszu Zdrowia, urodzonych nie później niż 31.12.1981,

- Rejon Wyborczy nr 13 – obejmujący lekarzy zatrudnionych w Szpitalu Wojewódzkim w Opolu i w Regionalnym Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa, urodzonych nie później niż 31.12.1981,
- Rejon Wyborczy nr 14 – obejmujący lekarzy zatrudnionych w Opolskim Centrum Onkologii i w Oddziale Wojewódzkim ZUS, urodzonych nie później niż 31.12.1981,
- Rejon Wyborczy nr 15 – obejmujący lekarzy zatrudnionych w Centrum Ginekologii, Położnictwa i Neonatologii w Opolu, urodzonych nie później niż 31.12.1981,
- Rejon Wyborczy nr 16 – obejmujący lekarzy zatrudnionych w Wojewódzkim Specjalistycznym Zespole Neuropsychiatrycznym, urodzonych nie później niż 31.12.1981,
- Rejon Wyborczy nr 17 – obejmujący lekarzy zatrudnionych w Szpitalu MSWiA i w 116 Szpitalu Wojskowym, urodzonych nie później niż 31.12.1981,
- Rejon Wyborczy nr 18 – obejmujący lekarzy zatrudnionych w Szpitalu w Kup, Szpitalu w Pokoju i w NZOZ „Megavita”, urodzonych nie później niż 31.12.1981,
- Rejon Wyborczy nr 19 – obejmujący lekarzy zatrudnionych na terenie powiatu Opolskiego ziemskiego, urodzonych nie później niż 31.12.1981,
- Rejon Wyborczy nr 20 – obejmujący lekarzy zatrudnionych w SPZOZ „Centrum, w SPZOZ „Śródmieście” i w SPZOZ „Zaodrze”, urodzonych nie później niż 31.12.1981,
- Rejon Wyborczy nr 21 – obejmujący lekarzy zatrudnionych w niepublicznych zakładach opieki zdrowotnej na terenie Opola, urodzonych nie później niż 31.12.1981,
- Rejon Wyborczy nr 22 – obejmujący pozostałych lekarzy z terenu Opola, urodzonych nie później niż 31.12.1981,
- Rejon Wyborczy nr 23 – obejmujący lekarzy Związku Pracodawców Opieki Medycznej Opolszczyzny nie przypisanych do innych rejonów wyborczych, urodzonych nie później niż 31.12.1981,

- Rejon Wyborczy nr 24 – obejmujący lekarzy urodzonych 1.01.1982 i później, pracujących w szpitalach na terenie Opola,
- Rejon Wyborczy nr 25 – obejmujący lekarzy urodzonych 1.01.1982 i później nie przypisanych do rejonu 24,
- Rejon Wyborczy nr 26 – obejmujący lekarzy dentyistów powiatu Brzeskiego,
- Rejon Wyborczy nr 27 – obejmujący lekarzy dentyistów powiatu Kędzierzyńsko-Kozielskiego,
- Rejon Wyborczy nr 28 – obejmujący lekarzy dentyistów powiatów Kluczborskiego, Namysłowskiego i Oleskiego,
- Rejon Wyborczy nr 29 – obejmujący lekarzy dentyistów powiatu Nyskiego,
- Rejon Wyborczy nr 30 – obejmujący lekarzy dentyistów powiatu Strzeleckiego,
- Rejon Wyborczy nr 31 – obejmujący lekarzy dentyistów powiatów Głubczyckiego i Prudnickiego,
- Rejon Wyborczy nr 32 – obejmujący lekarzy dentyistów powiatów Krapkowickiego i Opolskiego ziemskiego,
- Rejon Wyborczy nr 33 – obejmujący lekarzy dentyistów powiatu Opolskiego grodzkiego.

§ 2

Ustala się najmniejszą liczebność rejonu wyborczego na 25, a największą na 300.

§ 3

Ustala się przelicznik wyboru delegatów jako 1 delegat na 20 lekarzy lub lekarzy dentyistów.

§ 4

Traci moc uchwała nr 83/16/VII Okręgowej Rady Lekarskiej w Opolu z dnia 21 grudnia 2016r. w sprawie ustalenia rejonów wyborczych Opolskiej Izby Lekarskiej w kadencji 2018-2022 oraz ustalenia zasad wyboru delegatów na okręgowy zjazd lekarzy VIII kadencji.

§ 5

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Sekretarz ORL

Lek. dent. Barbara HAMRYSZAK

Prezes ORL

Dr n.med. Jerzy JAKUBISZYN

Posiedzenie Komisji Stomatologicznej

W dniu 2 lutego w siedzibie OIL w Opolu odbyło się kolejne posiedzenie KS OIL. Przewodnicząca dr J. Smerkowska-Mokrzycka powitała zebranych i przystąpiła do omawiania bieżących informacji.

- Minutą ciszy uczciliśmy odejście 29 stycznia br. na wieczny dyżur lek. stom. Janiny Wołoszyn.
- W związku z pojawiającymi się doniesieniami o kontrolach ZAiKS-u na terenie kraju (w tej sprawie pismo do OIL wystosował Przewodniczący KS NRL) w związku z odtwarzaniem w gabinetach stomatologicznych muzyki bez odpowiednich opłat, Przewodnicząca wystosowała do członków KS zapytanie

mailowe o takich praktykach w naszym regionie. Nie było takich sygnałów od członków naszej Izby. Taką odpowiedź zwrotnie przesłano do kolegi Przewodniczącego KS NRL dr L. Duzińskiego.

- W związku z wygaśnięciem 31 grudnia ub. r. dotychczasowych umów na wystawianie recept na leki refundowane konieczne jest założenie aktywnego konta w portalu NFZ. Aktualizację danych w portalu NFZ można dokonać do 30 czerwca br.



- NRL wystosowała do Ministra Zdrowia apel z dnia 13 stycznia 2017 r. o podjęcie działań mających na celu zmiany przepisów dotyczących wystawiania recept na leki i wyroby medyczne w ramach programu 75+.
- W proponowanych zmianach ustawy Prawo atomowe są przewidziane ułatwienia dla branży stomatologicznej:
 - lekarzy stomatologów wykonujących zdjęcia wewnątrzustne za pomocą aparatów rentgenowskich służących wyłącznie do tego celu nie będzie dotyczył wymóg sprawowania wewnętrznego nadzoru nad przestrzeganiem wymagań ochrony radiologicznej przez osobę, która posiada uprawnienia inspektora ochrony radiologicznej;
 - zwolnienie z obowiązku uzyskania zgody państwowego wojewódzkiego inspektora sanitarnego na prowadzenie działalności z narażeniem na promieniowanie jonizujące, wyłączenie gabinetów stomatologicznych z obowiązku poddawaniu się audytom klinicznym zewnętrznym, zmianę w zakresie nowych form odbycia szkoleń z ochrony radiologicznej pacjenta i nadzorujące wykonywanie badań i zabiegów przy użyciu promieniowania jonizującego.

NRL przyjęła stanowisko z dnia 13 stycznia br. w sprawie projektu ustawy o zmianie ustawy Prawo atomowe. NRL z zadowoleniem przyjęła proponowane zmiany w projekcie, który uwzględnia część postulatów zgłaszanych przez samorząd lekarski, ale zwraca uwagę na fakt, iż zakładane zmiany należałoby opiniować wraz z projektami rozporządzeń wykonawczych, których na razie nie ma.

UE zmierza do wyeliminowania amalgamatu z gabinetów stomatologicznych. Od 1 stycznia 2019 r. możliwe będzie stosowanie amalgamatu tylko w formie kapsułkowanej, a od 1 lipca 2018 r. zakazane będzie stosowanie amalgamatu w zębach mlecznych i w leczeniu dzieci poniżej 15 roku życia, kobiet w ciąży i karmiących piersią. Ponadto nowe przepisy nakazywać będą dentystom stosowanie separatorów amalgamatu. W związku z tym tematem KS NRL wystosowała do NRL apel z dnia 20 stycznia br. o podjęcie działań związanych z właściwym wdrożeniem spodziewanych regulacji w zakresie stosowania amalgamatu stomatologicznego. Przewodnicząca odczytała obszernie fragmenty apelu.

NRL na posiedzeniu 13 stycznia br. przyjęła dwa stanowiska: w sprawie kształcenia przed i podyplomowego lekarzy dentystów. W pierwszym z nich NRL zwraca uwagę na zwiększanie limitów przyjęć na studia lekarsko-dentystyczne bez głębokiej analizy możliwości finansowych i dydaktycznych uczelni w zakresie zapewnienia odpowiedniego poziomu kształcenia i prawidłowej realizacji programu nauczania praktycznego zawodu, w drugim natomiast zwraca uwagę na brak odpowiedniej liczby miejsc specjalizacyjnych oraz niewystarczającej liczby jednostek prowadzących szkolenie specjalizacyjne (analiza przepisów określających wymogi dla jednostek prowadzących specjalizacje), propozycja dofinansowania z budżetu państwa jednostek prowadzących

specjalizacje na poziomie umożliwiającym prowadzenie danej specjalizacji (m. in. wprowadzenie wynagrodzenia dla kierowników specjalizacji, zagwarantowanie urlopu szkoleniowego osobom szkolącym się).

NRL zwróciła się do Ministra Zdrowia w sprawie zasad kontraktowania świadczeń stomatologicznych w roku 2017, z propozycją przedyskutowania proponowanych zmian w rozporządzeniu dotyczącym „Szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej”.

KS NRL na posiedzeniu w dniu 20 stycznia br. przyjęła stanowisko w sprawie projektowanego Zarządzenia Prezesa NFZ dotyczącego określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie stomatologiczne. Stanowisko KS NRL zostało poparte przez Prezydium NRL na posiedzeniu w dniu 23 stycznia br.

W roku 2017 nakłady na leczenie stomatologiczne wzrosną o 0,51% (!) w stosunku do roku ubiegłego. Są to wartości średnie w oparciu o dane ze wszystkich oddziałów NFZ. W niektórych OOW nakłady na stomatologię spadną (Lubuski, Opolski, Dolnośląski, Podkarpacki, Warmińsko-Mazurski). Mimo wprowadzenia dla stomatologii dziecięcej współczynnika korygującego w wysokości 1,2 nie wzrasta zainteresowanie świadczeniami stomatologicznymi dla dzieci i młodzieży. Do 10 lutego br. można zgłaszać uwagi do projektu zarządzenia prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie stomatologiczne. NFZ chce wprowadzić wyższe wskaźniki korygujące (w 3 przypadkach) i wyższą wycenę punktową procedury (w 1 przypadku). Dnia 26 stycznia br. odbyło się spotkanie Prezesa NRL i Przewodniczącego KS NRL z Ministrem Zdrowia. Fragmenty notatki z tego spotkania odczytała Przewodnicząca KS OIL w Opolu.

Po raz ostatni sprawozdanie za rok 2016 o korzystaniu ze środowiska (termin składania sprawozdań upływa 31 marca br.) złożyli lekarze dentyści prowadzący indywidualne praktyki lekarskie (jako przedsiębiorcy), o ile opłata za każdy z rodzajów korzystania przez nich ze środowiska, nie przekroczy 100 zł (np. w wyniku emisji gazów).

Sprawa poruszana przez ortodontów na poprzednim posiedzeniu została przekazana radcy naszej izby do rozważenia, co zaś do problemu leczenia ortodontycznego bez specjalizacji – informacji na posiedzeniu KS OIL udzieliła dr Justyna Grzybowska-Substelna, Konsultant Wojewódzki w dziedzinie ortodoncji dla woj. opolskiego.

Szkolenia – dr Ewa Bukowińska przekazała na ręce Przewodniczącej zaproszenie na Międzynarodowe Seminarium Periodontologiczno-Protetyczne, które odbędzie się w Warszawie 25 marca 2017 r.

Na zakończenie posiedzenia KS Przewodnicząca przypomniała o zbliżającym się Okręgowym Zjeździe Budżetowym 18 marca 2017 r. i kolejnym posiedzeniu KS 23 marca 2017 r.

*Przewodnicząca KS
Lek. stom. Jolanta SMERKOWSKA-MOKRZYCKA*

KOMISJA KULTURY NASZEJ IZBY ZACZĘŁA DZIAŁALNOŚĆ



Dnia 25.01.2017 r. odbyło się pierwsze spotkanie Komisji Kultury powołanej w grudniu 2016 r. przez Radę Okręgową Opolskiej Izby Lekarskiej.

Komisja Kultury powołana została w składzie:

- Błaszczuk Marek,
- Kania Agnieszka,
- Kania Marek,
- Lach Jerzy,
- Łuszczynska-Ostrowska Małgorzata,
- Rodziewicz-Kabalarska Marta,
- Smerkowska-Mokrzycka Jolanta

Pierwsze posiedzenie otworzył Prezes Izby kol. Jerzy Jakubiszyn, który przywitał zebranych i zgłosił wniosek o wybór Zarządu. Komisja wybrała na n/wym. stanowiska:

- Przewodniczący – Rodziewicz-Kabalarska Marta,
- Z-ca przewodniczącego – Błaszczuk Marek,
- Sekretarz – Łuszczynska-Ostrowska Małgorzata.

Na pierwszym spotkaniu omówiono organizację warsztatów fotograficznych, które mają odbyć się w dniach 15 – 18 czerwca br. w Pałacu w Rogowie.

Lista członków komisji jest otwarta, serdecznie zapraszamy Koleżanki i Kolegów i wszystkich chętnych, którzy chcieliby współpracować. Zapraszamy Tych, którzy piszą i malują. Tych, którzy muzykują i fotografują – wszystkich Twórców Sztuki i jej Wielbicieli.

Sekretarz

Małgorzata ŁUSZCZYŃSKA-OSTROWSKA

Przewodniczący

Marta RODZIEWICZ-KABAROWSKA

* * *

Komisja Kultury Opolskiej Izby Lekarskiej zaprasza zainteresowanych na organizowany w dniach 14-18 czerwca przez siebie Ogólnopolski Plener Fotograficzny. Zajęcia odbywać się będą w przepięknym Pałacu w Rogowie Opolskim. Zgłoszenia prosimy kierować na adres Opolskiej Izby Lekarskiej, 45-054 OPOLE ul. Grunwaldzka 23, tel. 77/454-59-39, e-mail: opole@hipokrates.org. Liczba miejsc ograniczona do 25. Osobami prowadzącymi są Jolanta Smerkowska-Mokrzycka i Marta Rodziewicz-Kabalarska.



PLAN SZKOLEŃ PROWADZONYCH W RAMACH KOMISJI KSZTAŁCENIA OIL NA I PÓŁROCZE 2017 r.

Termin	Kierownik naukowy	Temat	Miejsce szkolenia
cz. I 20-23.IV.17 r. ² cz. II 27-30.IV.17 r. ²	Prof. nadzw. Teresa Kokot Konsultant Wojewódzki w dziedzinie zdrowia publicznego	Zdrowie publiczne (dla lekarzy i lekarzy dentystów wszystkich specjalności będących w trakcie specjalizacji wg starego trybu)	Sala konferencyjna Urzędu Marszałkowskiego w Opolu
11-12.V.17 r. (2 dni – 16 godz.) ²	Dr n. med. Iwona Rajca-Biernacka dyrektor Regionalnego Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Opolu	Przetaczanie krwi i jej składników (dla lekarzy i lekarzy dentystów specjalizujących się wg modułowych programów specjalizacji)	Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Opolu
19.V.17 r. (5 godz.) ¹	Prof. nadzw. Teresa Kokot Konsultant Wojewódzki w dziedzinie zdrowia publicznego	Senior – pacjentem podstawowej opieki zdrowotnej	Opolskie Centrum Onkologii lub Sala konferencyjna Urzędu Marszałkowskiego w Opolu
Czerwiec – termin w trakcie ustalania (2 dni – 16 godz.) ²	Dr n. med. Sławomir Tubek Konsultant Wojewódzki w dziedzinie chorób wewnętrznych	Geriatrya (dla lekarzy objętych programem modułu podstawowego w zakresie chorób wewnętrznych)	Sala konferencyjna Urzędu Marszałkowskiego w Opolu

1) zapisy w sekretariacie Izby – prosimy o zgłaszanie chęci uczestnictwa w w/w szkoleniach telefonicznie – 77/454-59-39 do siedziby OIL w Opolu. Za uczestnictwo w szkoleniu przysługuje 5 pkt. edukacyjnych.

2) kursy wymagane do specjalizacji, zgłoszenia: strona internetowa: opole.szkozenia@hipokrates.org informacja o kursach będzie zamieszczona na stronie internetowej www.cmkp.edu.pl (w zakładce kursy specjalizacyjne) będzie tam również zamieszczony formularz zgłoszenia. Szkolenia bez przyznawanych punktów edukacyjnych.

Małgorzata ŁUSZCZYŃSKA-OSTROWSKA

25 LAT KODEKSU ETYKI LEKARSKIEJ W NIL

14 grudnia 1991 r. uchwalono Kodeks Etyki Lekarskiej, obowiązujący każdego lekarza i lekarza dentystę w Polsce. Z okazji jubileuszu w Naczelnej Izbie Lekarskiej w dniach 9-10 grudnia 2016 r. odbywały się uroczyste spotkania.



Naczelna Rada Lekarska spotkała się z twórcami Kodeksu Etyki Lekarskiej, Minister Zdrowia wręczył odznaczenia państwowe dla osób związanych z odpowiedzialnością zawodową, a także wspomniano krajowe zjazdy lekarzy, na których zajmowano się Kodeksem.

W zespole, który tworzył Kodeks Etyki Lekarskiej przed 1991 rokiem byli: doktor Wanda Terlecka, doktor Maria Łastowska, profesor Zbigniew Chłap, doktor Stanisław Wencelis, którzy 9 grudnia 2016 r. zaszczylicili posiedzenie Naczelnej Rady Lekarskiej swoją obecnością oraz doktor Jerzy Umiastowski, który nie mógł przybyć na uroczystości.

Doktor Wanda Terlecka podkreślała, że kodyfikacja zasad lekarskiej etyki 25 lat temu była zdarzeniem rewolucyjnym. Zaznaczyła jednocześnie, że znaczenie kodeksowych zapisów wzrastało z czasem, a sam Kodeks Etyki Lekarskiej znajduje więcej uznania dziś niż przed 25 laty. To dzięki Kodeksowi uformowała się w lekarzach i lekarzach dentystach świadomość ich lekarskiej tożsamości, a jego zapisy po dziś dzień znajdują odzew w lekarskich sercach i umysłach.

Zdaniem profesora Zbigniewa Chłapa 25 lat temu w Polsce doszło do czegoś wyjątkowego. Echa uchwalenia Kodeksu Etyki Lekarskiej można było usłyszeć również za granicą. Profesor nawiązał także do chwalebnej tradycji polskich kodeksów etycznych, formułowanych we wcześniejszych okresach dziejów kraju. Wzruszony uroczystym zgromadzeniem przekazał Prezesowi NRL archiwalne materiały wykorzystywane w pracach zespołu kodyfikacyjnego. Profesor podziękował również izmom lekarskim i delegatom na Nadzwyczajny II Krajowy Zjazd Lekarzy, dzięki którym skodyfikowane normy zaczęły powszechnie obowiązywać lekarzy i lekarzy dentystów.



Doktor Maria Łastowska nie kryła wzruszenia, że po tylu latach Kodeks Etyki Lekarskiej nadal jest szanowany, a jego zapisy – wciąż aktualne. Zaapelowała, aby w kwestiach etycznych polscy lekarze i lekarze dentyści kultywowali swoje tradycje i byli z nich dumni.

Doktor Stanisław Wencelis nawiązał do dyskusji i debat, które toczyły się w czasach powstawania Kodeksu, a także do głosów krytyki, jakie padały wówczas pod adresem efektów prac zespołu kodyfikacyjnego. Wyraził swoje zdumienie, że w porównaniu z tamtą burzliwą, niespokojną dla Kodeksu Etyki Lekarskiej atmosferą, dziś cieszy się on powszechnym uznaniem i odgrywa tak dużą rolę w życiu każdego lekarza oraz lekarza dentysty.

Niektórzy uczestnicy Nadzwyczajnego II Krajowego Zjazdu Lekarzy w Bielsku Białej, podczas którego uchwalono Kodeks Etyki Lekarskiej, wspominali tamtą atmosferę na uroczystym spotkaniu organów odpowiedzialności zawodowej 10 grudnia 2016 r. Swoimi wspomnieniami podzieliły się doktor Wanda Wenglarzy-Kowalczyk, doktor Anna Glińska i doktor Anna Serafinowska-Kielczewska.

W spotkaniu uczestniczył Minister Zdrowia Konstanty Radziwiłł, który wręczył odznaczenia państwowe osobom związanym z odpowiedzialnością zawodową.

Odnaczenia otrzymali:

- Złoty Krzyż Zasługi – lekarz Grzegorz Wrona;
- Srebrne Krzyże Zasługi lekarze: Mirosława Kozłowska, Wojciech Łacki, Urszula Mikołajczak-Mejer;
- Brązowy Krzyż Zasługi – lekarz Stanisław Schneider;
- Medal Złoty za Długoletnią Służbę – lekarz dentysta Marta Rodziewicz-Kabarowska;
- Odznakę Honorową „Za Zasługi dla Ochrony Zdrowia” – lekarz Barbara Baranowicz.

Po ceremonii wręczenia odznaczeń Przewodniczący Naczelnego Sądu Lekarskiego doktor Wojciech Łacki zadedykował swoje odznaczenie tym wszystkim, od których uczy i uczył się samorządności, a także tym, od których uczy i uczył się zawodu lekarza.

*Tekst i zdjęcia: Katarzyna STRZAŁKOWSKA
Rzecznik Prasowy NIL*

OD REDAKCJI OPOLSKIEJ:

Bardzo serdecznie gratulujemy naszej Koleżance odznaczenia!!!

POTRZEBNY LEKARZ? NAJLEPIEJ TAKI, KTÓRY KOCHA MUZYKĘ

III Ogólnopolski Festiwal Zespołów Rockowo-Bluesowych „Eskulap Rock” Olsztyn 2016

*Gdy człowiek usłyszy lubianą melodię,
to jakby ujrzał starego przyjaciela*

*Józef Bulatowicz,
Poeta i fraszkopisarz*

Co dwa lata Olsztyn zaprasza na Eskulap Rock – festiwal lekarskich zespołów muzycznych. Dzięki tradycyjnemu wsparciu Warmińsko-Mazurskiej Izby Lekarskiej po raz trzeci udało się zorganizować imprezę, która ma już ugruntowaną renomę i na którą zjeżdżają do Olsztyna zespoły z całego kraju. Publiczność też dopisuje. Nie inaczej było 22 października – Nowy Andergrant pękał w szwach. Klub przy ulicy Dworcowej jest jakby stworzony do takich imprez – ze względu na specyficzny mikroklimat sprzyjający prawdziwej integracji i dobrej zabawie.

Na tegorocznym festiwalu zagrało pięć zespołów. Z wysokiego C rozpoczął **Nofan z Wołowa**, wykonujący własne rockowe kawałki, grane na całkiem ostrą nutę. Charyzmatyczna wokalistka, Kasia Łyczko, z miejsca podbiła serca widzów. Nofan – którego gitarzystą

Robert Kowalik (internista) bravurowo wykonywał swoje solówki – od razu wysoko zawiesił poprzeczkę, jeśli chodzi o poziom artystyczny. Potem była sekwencja zespołów skupiających się na wykonywaniu standardów.

Reanimators z Opola (pediatra, anestezjolog, chirurg naczyniowy, psychiatra, a na wokal u zjawiskowa chirurg Kasia Odziomek) zaczęli od Breakoutów, skończyli na Cockerze, a serca publiczności podbili bravurowym wykonaniem *Money for Nothing* Dire Straits.

Po Godzinach z Lublina (pulmonolog, ortopeda, radiolog, torakochirurg, specjalista medycyny fizykalnej) postawili na wykonane z niezwykłą pasją absolutne evergreeny – m. in. *Whiter Shade of Pale* Procol Harum i *When a Blind Man Cries* Deep Purple. A na bis – rarytas: *Gyöngyhajú lány*, czyli nieśmiertelna *Dziewczyna o perłowych włosach* zespołu Omega, zaśpiewana przez Wojtkę Remiszewskiego po węgiersku!

Olsztyńscy The Doctors (anestezjolog, kardiolog, urolog) – niewątpliwi ulubieńcy miejscowej publiczności – poza standardami zaprezentowali dwie własne kompozycje, a swój występ zakończyli kultowym *Hey Jude* – budząc aplauz widzów, którzy ciągnący się przez długie minuty słynny McCartney’owski refren odśpiewali chóralnie razem z muzykami.

Na koniec na scenie pojawił się zespół **A+ z Białego-stoku** (kardiolog, patomorfolog – ze wsparciem przyjaciół). Przełamali nieco konwencję, prezentując świetnie dopracowane standardy z kręgu jazzu i bossa novy. Na koniec przedstawili swoje wersje dwóch wielkich polskich przebojów – *W moim magicznym domku* Hanny Banaszak i *Do łezki łezka* Maryli Rodowicz, które wykonała urokliwa wokalistka, kardiolog, Joanna Tołowińska, zbierając zasłużoną burzę braw.



Całość zakończył jam session: wymieszani muzycy ze wszystkich kapel, przy wsparciu całej publiczności i wokalisty olsztyńskiego zespołu **Pain Killers**, złożyli hołd świeżemu laureatowi Nagrody Nobla, odśpiewując *Knocking on the Heaven's Door* Boba Dylana.

Publiczność reagowała żywiołowo – po zidentyfikowaniu każdej kolejnej piosenki radość była taka, jak po celnym zdiagnozowaniu najrzadszego przypadku zapalenia gardła. (Oczywiście niebezzasadne jest pytanie, jak to będzie w kolejnych latach. Publika jest coraz młodsza, a kawałki Hendrixa, Dylana czy Beatlesów coraz starsze. Zapewne zanim się obejrzymy, klasycznymi standardami będą utwory Adele albo Florence and the Machine...).

Laureat wybierany był w sposób całkowicie demokratyczny. Z jednym wyjątkiem – nie można było głosować na współgospodarzy imprezy – olsztyńskich The Doctors. Dlatego laureaci wielu ogólnopolskich przeglądów musieli się zadowolić ogólnym aplauzem, nieujętych w formalne ramy sędziowskiego werdyktu.

Ostatecznie publiczność swoimi głosami zdecydowała, że laureatem festiwalu zostali opolscy Reanimators: Kasia Odziomek – wokal, Marek Błaszczuk – bas, Marek Piętka – perkusja, Jacek Polewiak – klawisze, Michał Rybczak – gitara, Mietek Syrczyk – gitara.



Jedną z piosenek zaprezentowanych przez zwycięzców festiwalu była *I Don't Need No Doctor* Johna Mayera. Oczywiście tytuł jest przewrotny, by nie powiedzieć – nieprawdziwy. Bo przecież wszyscy potrzebujemy lekarzy – szczególnie tych śpiewających, co olsztyński festiwal udowodnił w każdym calu.

Jarek NOWAKOWSKI

(przedruk z Biuletynu Warmińsko-Mazurskiej Izby Lekarskiej nr 12/16)

ERNEST WERTHEIM – TWÓRCA GINEKOLOGII ONKOLOGICZNEJ (1864–1920)

P. T. Koleżanki i Koledzy!

Dziękując bardzo serdecznie i gorąco za zainteresowanie się moimi dywagacjami historycznymi postanowiłem od czasu do czasu przedstawić postaciom luminaarzy, którzy na zawsze zapisali się w annałach historii medycyny. Jako pierwszego chciałbym przedstawić niezwykłą postać twórcy onkologii ginekologicznej – Ernesta Wertheima.

Jednym z najczęstszych i zarazem najzłośliwszych nowotworów kobiecych narządów płciowych, jest rak szyjki macicy. Najczęściej występuje on w okresie klimakterium, aczkolwiek coraz częściej jest rozpoznawany u młodszych kobiet, zwłaszcza prowadzących współżycie z kilkoma partnerami. Rokowanie w przypadkach raka szyjki macicy zależy przede wszystkim od jego wczesnego rozpoznania.

W tym miejscu należy wymienić twórcę metody wczesnego wykrywania raka szyjki macicy – Papanicolaou, który w latach pięćdziesiątych ubiegłego stulecia opracował metodę wczesnego rozpoznawania raka szyjki macicy na podstawie rozmazów cytologicznych pobieranych:

1. z tarczy części pochwowej szyjki macicy,
2. z kanału szyjki macicy, gdzie często wykrywa się postać wewnątrzszyjkowego raka.

Papanicolaou wprowadził w diagnostyce cytologicznej raka szyjki macicy pięć stopni:

- stopień I: prawidłowy obraz komórek płaskonabłonkowych z małym piknotycznym jądrem komórkowym (podobnych do komórek naskórka),
 - stopień II: prawidłowe komórki płaskonabłonkowe z małym piknotycznym jądrem, którym w obrazie cytologicznym towarzyszy obecność leukocytów świadczących o stanie zapalnym.
- Oba powyższe stopnie cytologiczne są prawidłowe.
- stopień III: pojawiają się pojedyncze komórki paratypowe – mniejsze z większym nieregularnym jądrem komórkowym kosztem cytoplazmy. W stopniu III obowiązuje kontrola histopatologiczna: pobranie wycinków z tarczy części pochwowej szyjki macicy w kolposkopie i wyskrobin z kanału szyjki macicy.
 - stopień IV: pojedyncze komórki nietypowe: małe z dużym jądrem o nieregularnym kształcie (np. nerkowatym licznie jądra komórkowe), same komórki o rozmaitych kształtach, np. kijankowate.
 - stopień V: liczne komórki nietypowe.



Stopień cytologiczny IV i V nie jest jeszcze rozpoznaniem raka szyjki macicy, ale wymaga szybkiej diagnostyki histopatologicznej.

W przypadkach wprowadzenia obowiązkowych badań cytologicznych – o co ginekolodzy często apelowali, m. in. na Zjeździe Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego we Wrocławiu – można by całkowicie wyeliminować występowania raka szyjki macicy w naszej populacji. Uczynili to, np. Finowie, gdzie wprowadzono obowiązek badań cytologicznych do 60 roku życia. W Finlandii rak szyjki macicy jest obecnie nieobserwowany i często lekarze z tego kraju przyjeżdżają do Polski w celach szkoleniowych, aby zapoznać się z tym nowotworem.

Na szczęście coraz częściej prowadzone są masowe badania profilaktyczne polegające na badaniach cytologicznych, m. in. w środowiskach studenckich, co może zaowocować zmniejszeniem przypadków występowania tego groźnego nowotworu. Te akcje profilaktyczne nasze środowisko lekarskie powinno jak najbardziej popierać.

Obok nazwiska Papanicolaou należy w tym miejscu wymienić niezwykłą postać Ernesta Wertheima pioniera ginekologii onkologicznej i twórcę do dzisiaj powszechnie stosowanej metody operacyjnej raka szyjki macicy.

Ernest Wertheim urodził się w Austrii w miejscowości Graz w roku 1864. Po ukończeniu studiów medycznych w Grazu pracował przez kilka lat w klinice w Pradze, jako asystent wybitnego ginekologa profesora Schauty. Kiedy w roku 1891 Schauta został zaproszony do objęcia I Uniwersyteckiej Kliniki Chorób Kobietych, Wertheim razem z nim przeniósł się do Wiednia i pozostawał jego ulubionym asystentem do roku 1897. W tym właśnie roku Wertheim został w wieku zaledwie 33 lat Kierownikiem II Uniwersyteckiej Kliniki Chorób Kobietych we Wiedniu, którą to funkcję sprawował przez następne 13 lat.

Równocześnie Wertheim został Kierownikiem Instytutu Rakowego we Wiedniu ufundowanego przez milionera Rothschilda dla upamiętnienia jego żony zmarłej z powodu raka piersi. Instytut ten przeznaczony był początkowo tylko do leczenia schorzeń nowotworowych kobiecych narządów płciowych i wyposażony był w najnowocześniejsze na owe czasy laboratoria i aparaturę.

Nazwisko Wertheima przeszło do historii medycyny z dwóch powodów. Po pierwsze opracował unikalną metodę operacyjnego leczenia obniżenia i wypadania macicy tzw. *Interpositio uteri vesico-vaginalis* noszącej do dzisiaj nazwisko jego i jego nauczyciela Operacja Wertheima-Schauty. Operacja ta polegała na przemieszczeniu obniżonej macicy pomiędzy pęcherz moczowy i pochwę. Metoda ta została po raz pierwszy ogłoszona w pracy pt. „Die operative Behandlung des Prolapses”. Wertheim wykonał ponad 1300 tych operacji. Również w naszym Szpitalu Ginekologiczno-Położniczym w Opolu wykonywaliśmy kilkakrotnie tego typu operacje – entuzjastą ich był mój nauczyciel Professor Stanisław Lembrzych – zawsze z dobrymi efektami.

Postać Ernesta Wertheima przeszła jednak do historii przede wszystkim dzięki jego pionierskiej operacji rozszerzonego wycięcia macicy wraz z przydatkami, przymaciczami, dużym mankietem pochwy oraz okolicznymi węzłami chłonnymi zwłaszcza w okolicy dużych naczyń biodrowych, w przypadkach raka szyjki macicy. Po raz pierwszy ten zabieg wykonał Wertheim w Instytucie Rakowym we Wiedniu w roku 1898. Między rokiem 1900 a 1910 rokiem ogłosił liczne publikacje i doniesienia dotyczące tej metody operacyjnej raka szyjki macicy. W tym okresie podał do literatury światowej ponad 500 przypadków radykalnego usunięcia macicy własną metodą. W roku 1906 u szczytu sławy Wertheim odbył triumfalne tournée po Stanach Zjednoczonych, gdzie jego metodę operacyjną przyjęto entuzjastycznie.

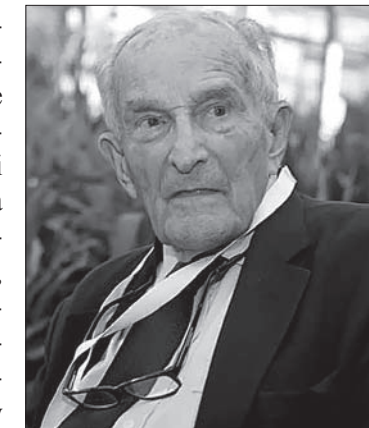
Wertheim był wspaniałym operatorem. Do jego Kliniki Wiedeńskiej zjeżdżali się ginekolodzy z całego świata, aby podnosić swoje umiejętności. Przede wszystkim Wertheim był wspaniałym operatorem pochwowym, zagorzałym obrońcą docierania do narządów miednicy mniejszej drogą pochwową. Opracował ogromny atlas operacji pochwowych łącznie z usuwaniem tą drogą guzów przydatków i dużych mięśniaków macicy.

Równocześnie Wertheim był wyjątkowo szorstki w obęsjciu również do swoich asystentów, miewał często okresy depresji, w związku z czym współpraca z nim nie należała do łatwych.

Podkreślić jednak należy, że Wertheim był człowiekiem wielkich pasji, stąd jego liczne zainteresowania. Był jednym z najlepszych wiedeńskich łowców i narciarzy. Jedynym sposobem odpoczynku dla niego było polowanie na jelenie. Był jednym z pierwszych ludzi, którzy odważyli się przelecieć balonem nad Alpami (oczywiście, że nie samotnie).

Ale przede wszystkim Wertheim był jednym z pionierów rodzącego w tamtych latach automobilizmu. Niestety to „hobby” przyplacił ciężkim wypadkiem samochodowym w roku 1913, doznając złamania kości podstawy czaszki, co stało się przyczyną całkowitej utraty słuchu.

Siedem lat później w roku 1920 Wertheim zmarł w wieku 56 lat. Działalność naukowa, opracowanie nowoczesnej techniki operacyjnego leczenia raka szyjki macicy (do dzisiaj preferowanej) oraz szeroki wachlarz zainteresowań pozamedycznych Ernesta Wertheima pozwala uznać tę postać za jedną z wyróżniających się luminarzy medycyny.



Dr hab. n. med. Janusz KUBICKI

NAJLEPSI DZIENNIKARZE ZOSTALI NAGRODZENI. KTO DZIENNIKARZEM MEDYCZNYM ROKU 2016?

Z przyjemnością informujemy, że po raz ósmy uhonorowani zostali najlepsi dziennikarze, którzy na co dzień podejmują trud pracy z tematyką zdrowotną. Laureaci wyróżnili się, na przestrzeni 12 miesięcy 2016 r., kreatywnością oraz umiejętnością przekazywania swoim czytelnikom, słuchaczom i widzom nawet najtrudniejszych tematów medycznych.

Wręczenie nagród odbyło się 20 stycznia, podczas dorocznej konferencji noworocznej dla dziennikarzy zgromadzonych wokół Stowarzyszenia „Dziennikarze dla Zdrowia”. Wśród laureatów w kategorii „Publicystyka prasowa” **Dziennikarzem Medycznym Roku 2016** został nasz Kolega – długoletni Redaktor Naczelny „Gazety Lekarskiej”, a obecnie Rzecznik Prasowy i jednocześnie szef biuletynu Lubelskiej Izby Lekarskiej „Medium” – Marek Stankiewicz.

Wszystkim laureatom gratulujemy!

CO PISZĄ INNI

NA TYCH ZMIANACH ZYSKAJĄ PACJENCI

Rozmowa z Krzysztofem ŁANDĄ, wiceministrem zdrowia

Co dobrego ma przynieść dla pacjenta ustawa wprowadzająca refundację wyrobów medycznych?

Ustawa o refundacji wyrobów medycznych ma kilka celów. Po pierwsze, zapewnienie stosowania u pacjentów wysokiej jakości wyrobów medycznych. Dzisiaj kontrola ich jakości jest słaba. Minister zdrowia, ustalając grupę wyrobów medycznych, określi w rozporządzeniu minimalne wymagania jakościowe, które muszą spełnić wyroby, o których refundację będą ubiegały się podmioty odpowiedzialne czy dystrybutorzy. Dzisiaj często mamy wątpliwości co do jakości np. soczewek stosowanych w operacjach zaćmy, stentów czy endoprotez. Jeśli dana grupa wyrobów medycznych będzie objęta procedurą refundacyjną, to z pewnością zapewnimy wysoką jakość wszystkich stosowanych wyrobów. Tym bardziej, że w ustawie zawarliśmy zapisy, które umożliwiają płatnikowi kontrolę wyrobów medycznych zastosowanych u pacjenta. Jeśli ktoś będzie miał reoperację zaćmy, gdyż coś złego stało się z soczewką, to możemy skontrolować, czy świadczeniodawca nie wstawił soczewki o niskiej jakości, która nie była objęta

Refundacją będą objęte najtańsze wyroby?

Nie, to dotyczy wszystkich konkurencyjnych wyrobów medycznych, jeśli zostanie dla nich utworzona grupa objęta procedurą refundacyjną. Wiele najtańszych wyrobów, ale o niskiej jakości, które dziś są stosowane, wypadnie z refundacji.

Drugim celem wprowadzenia ustawy jest racjonalizacja wydatków, żeby płatnik nie przepłacał bez powodu.

Dzisiaj na przykład w procedurze operacji zaćmy mamy policzony koszt całego zabiegu na 2300 zł, z czego 450 zł przypada na samą soczewkę. Proszę mi pokazać szpitale, które stosują soczewki za 450 zł! Większość stosuje soczewki za 200-300 zł, a wiele nawet za 80 czy 100 zł. Można mieć wątpliwości co do jakości tych soczewek. Jeżeli zaś soczewki wydzielimy z finansowania tego zabiegu i będzie za nie płacone odrębnie, to zapewnimy ich odpowiednią jakość. Poza tym producenci soczewek będą musieli negocjować ceny z Komisją Ekonomiczną, proponować instrumenty dzielenia ryzyka, a wtedy na pewno uzyskamy dużo niższe ceny, niż jakkolwiek pojedynczy szpital czy nawet grupa szpitali. Dlatego, że ustalenie ceny urzędowej wyrobu medycznego ma taką siłę, jak przetarg centralny na całą Polskę.

Refundowane nie będą po prostu najtańsze soczewki?

Nie, ponieważ jeżeli postawimy barierę jakościową, to wszystkie najtańsze i najgorsze soczewki wypadną. Zmusimy świadczeniodawców, którzy dzisiaj stosowali soczewki za 70 czy 80 zł, a nie spełniały procedury jakościowej, do zrezygnowania z nich, bo będziemy finansować tylko soczewki wysokiej jakości.

Pacjent będzie mógł dopłacić do droższych soczewek, jeśli będzie chciał takie mieć?

Będę proponował, żeby pacjent zawsze miał do wyboru wiele wyrobów medycznych w danej grupie, które będą dla niego bezpłatne, ale jeśli będzie chciał jeszcze lepszy produkt, czy produkt z dodatkowymi cechami, to będzie miał możliwość współpłacenia. To będzie propo-

zycja ze strony resortu, natomiast zobaczymy, co stanie się z tymi zapisami w toku debaty sejmowej.

Jest jeszcze trzeci cel tej ustawy. Otóż dziś jest bardzo wiele nieprawidłowości, jeśli chodzi o zakupy i przetargi wyrobów medycznych. Co chwila w mediach wybuchają afery, bo np. dyrektor w jednym ośrodku kupuje rezonans magnetyczny za 8 mln zł, a w drugim ośrodku ten sam rezonans za 20 mln zł. Jeżeli taka nieprawidłowość zostanie dostrzeżona przez ministra zdrowia, to będzie miał możliwość zareagowania. Jestem zresztą pewien, że jeśli w ministerstwie przenegocjujemy ceny z dystrybutorami i producentami, to ustalimy cenę urzędową nie na 20 czy 8 mln, tylko na 6 mln zł i to będzie cena maksymalna w całej Polsce.

Czy każdy wyrób medyczny będzie musiał przejść przez ocenę Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji?

Nie każdy. Wyrobów medycznych jest bardzo wiele, należą do różnych grup, nie można ich traktować tak samo jak leków. Minister zdrowia spośród wyrobów medycznych stosowanych dzisiaj w Polsce będzie mógł wskazać jedną grupę, drugą, trzecią, a potem kolejne, które powoli będą obejmowane tą procedurą. Inne będą refundowane na takich samych zasadach, jak dziś. Dla większości wyrobów obejmowanych procedurą refundacyjną nie potrzeba zaawansowanej oceny technologii medycznych, wystarczy znajomość parametrów technicznych.

Jakie produkty byłyby w ten sposób traktowane jako pierwsze?

Na pewno chcielibyśmy tą procedurą objąć już na wstępie środki adsorpcyjne i stenty stosowane w kardiologii. Myślimy jeszcze o dwóch innych grupach wyrobów medycznych.

Kardiolodzy są przeciwni pomysłom obniżania wycen w kardiologii interwencyjnej, nawet z uwzględnieniem odrębnego finansowania stentów.

Powiem tak: nie powinni. Ci, którym zależy na jakości stentów używanych u pacjentów w Polsce, nie mają powodu do niepokoju. Nie powinni też mieć powodów do niepokoju ci, którzy nie zarabiają nadwyżek z tego tytułu, że stosują taki, a nie inny sprzęt. Powinni się raczej cieszyć, że będą stosowane stenty wysokiej jakości, za które płatnik zapłaci odrębnie. Osoby, które mają podejście *pro publico bono*, są przeciwne stosowaniu stentów niskiej jakości i czerpaniu korzyści w przetargach ze stentów, na pewno będą zwolennikami ustawy o refundacji wyrobów medycznych. Natomiast mogą czuć się zaniepokojeni dystrybutorzy czy producenci wyrobów medycznych, którzy nakładają na przykład marżę 3000% na te wyroby medyczne. Podobnie jak osoby, które sprowadzają do Polski wyroby medyczne bardzo niskiej jakości, które na pewno nie spełnią minimalnych wymogów jakościowych. W tej ustawie chodzi o to, żeby wyeliminować niepożądane zjawiska na rynku.

Kiedy ustawa wejdzie w życie?

Projekt jest już po konsultacjach społecznych wraz z rozporządzeniami do ustawy. Wyjdzie na dniach do Komitetu Stałego Rady Ministrów. Chciałbym, żeby zaczęła obowiązywać od 1 stycznia 2017 r., choć znając kalendarz prac sejmowych myślę, że to będzie tak naprawdę dopiero drugi kwartał przyszłego roku.

Jest już też projekt nowelizacji ustawy refundacyjnej. Zyskają osoby z chorobami rzadkimi?

Projekt znajduje się obecnie w konsultacjach zewnętrznych. W tej ustawie po raz pierwszy znalazło się podejście egalitarne w stosunku do chorób rzadkich, co było od lat postulowane. Planujemy, że przy podejmowaniu decyzji o objęciu refundacją leków na choroby rzadkie będzie nadal analiza kliniczna i analiza finansowa wpływu na budżet płatnika, natomiast zamiast klasycznej analizy ekonomicznej pojawi się uzasadnienie ceny. To znaczy: producent będzie musiał przedstawić uzasadnienie ceny, jaką chce uzyskać. Będzie to dotyczyć pierwszej technologii o udowodnionej efektywności klinicznej w danym wskazaniu ultraradkim. W przypadku kolejnych leków w leczeniu danej choroby ultraradkiej będzie to nadal klasyczna analiza ekonomiczna.

Które leki na choroby ultraradkie będą mogły być objęte refundacją?

Chodzi o wszystkie choroby, które spełniają kryterium chorób ultraradkich, czyli występujących u 1 osoby na 50 tysięcy bądź rzadziej – czyli dotyczy to chorób, na które choruje w Polsce 750 osób lub mniej. Te leki do tej pory nie miały żadnej szansy na refundację albo minister zdrowia podejmował decyzję wbrew obowiązującej ustawie, a potem był pod prężeniem krytyki różnego rodzaju analityków, którzy mówili, że decyzje ministra są niespójne z rekomendacjami Rady Przejrzystości czy prezesa AOTMiT.

Dla producentów leków na choroby ultraradkie uzasadnienie ceny będzie rzeczywiście ułatwieniem?

Uzasadnienie ceny na pewno nie będzie żadnym ułatwieniem. Śmiem twierdzić, że ono umożliwi nam racjonalny dialog. Komisja Ekonomiczna i AOTM do tej pory brały pod uwagę wyniki analizy ekonomicznej. To nie ma żadnego sensu, ponieważ wynik analizy ekonomicznej, związany głównie z ceną leku sierocego, był bardziej zależny od chorobowości, czyli liczby pacjentów chorych i zwrotem z inwestycji na badania i rozwój danej cząsteczki, niż z jej efektywnością kliniczną. Analiza ekonomiczna nic nam nie mówiła. Natomiast jeśli firma proponuje cenę we wniosku refundacyjnym, to musi uzasadnić, dlaczego ma ona być właśnie taka. Albo producent będzie potrafił to uzasadnić, albo nie. Każda luka, słabość, niepewność uzasadnienia ceny jest szansą dla komisji ekonomicznej, żeby obniżyć cenę, zaproponować instrument dzielenia ryzyka. Dla instytucji refundacyjnych taki zapis jest szansą na uzyskanie bardzo dobrych warunków w negocjacjach z producentem.

W każdym razie dla osób chorych np. na chorobę Pompego lub Neumanna-Picka taka zmiana będzie szansą na refundację leków, których do tej pory nie mieli?

Po pierwsze, trzeba udowodnić, że lek jest rzeczywiście skuteczny. Potem trzeba określić jego profil bezpieczeństwa. To przekłada się na cenę. Ja bym chciał, żeby producent przedstawił analizę kliniczną obciążoną minimalną niepewnością oszacowań, bo te leki są już stosowane od kilku lat na niemałej populacji, więc myślę, że skuteczność i bezpieczeństwo można już było precyzyjnie określić. Skoro mamy precyzyjne określenie skuteczności i bezpieczeństwa, to konieczne jest uzasadnienie ceny. Jeśli uważamy, że jest ona zbyt wysoka, to pytamy o instrument dzielenia ryzyka. Jeżeli coś jest nieskuteczne, to na pewno nie możemy za to płacić. Ale myślę, że do takich sytuacji nie będzie dochodzić, bo do refundacji przyjmujemy w większości wnioski dla technologii, które są już zarejestrowane.

Czy ta zmiana może być też szansą dla chorych na rzadkie nowotwory hematologiczne, którzy do tej pory nie mieli leków?

Na pewno będzie to dla nich większa szansa, jeśli to jest wskazanie ultraradkie. Dzisiaj ich szanse były praktycznie zerowe, jeżeli sztywno podchodziliśmy do progu opłacalności. Dzięki podejściu egalitarnemu ich szan-

se wzrosną. Ale to bynajmniej nie przesądza, że któryś z leków wejdzie do refundacji.

Czy na te nowe technologie znajdą się pieniądze?

Do tej pory leki na choroby ultraradkie miały bardzo niewielkie szanse na refundację, dlatego że konkurowały o te same środki finansowe z lekami, które były stosowane u setek tysięcy ludzi, a więc ich cena była znacznie niższa. Zrównujemy szanse tych leków, żeby mogły zawalczyć o środki publiczne.

Czyli jest szansa na osobny budżet na choroby ultraradkie?

Jestem zwolennikiem takiego rozwiązania, ale do tego jest potrzebna debata polityczna i społeczna, czy taki budżet należy wydzielić, na jakich zasadach i w jakiej wysokości. Ja jestem zwolennikiem takiego rozwiązania, ale – jak podkreślam – to jest pytanie polityczne i odpowiedź musi być również polityczna.

Nie wymieni pan chorób, które na takim rozwiązaniu zyskają?

Wszystkie. Leki stosowane w chorobach ultraradkich nie będą miały uprzywilejowanej pozycji w walce o środki publiczne, ale przynajmniej nie będą – jak do tej pory – dyskryminowane w tej walce.

Rozmawiała Katarzyna PINKOSZ

(przedruk ze „Świata lekarza” nr 7/16)

STRES LEKARZY

Z dr n. med. Bohdanem WORONOWICZEM, pełnomocnikiem ds. zdrowia lekarzy i lekarzy dentystów w OIL w Warszawie, rozmawia Anetta CHĘCIŃSKA.

Wykonywanie zawodu lekarza wiąże się ze stresem. Jak wpływa on na pracę?

Wśród 100 najbardziej stresogennych zawodów w Polsce lekarze znajdują się na miejscu dziewiątym. Doświadczają nie tylko „typowych” stresów wynikających z obciążenia obowiązkami, warunkami pracy czy relacjami interpersonalnymi. Narażeni są na działanie specyficznych stresorów związanych z długotrwałą relacją z przewlekłe chorymi, skutkującą przejęciem odpowiedzialności za stan zdrowia i funkcjonowanie pacjenta, a także ze schorzeniami, które mają charakter postępujący, są nieuleczalne i prowadzą do śmierci. Lekarze, będąc jedną z najbardziej narażonych na stres grup zawodowych, są w dodatku świadomi skutków stresu, który powoduje poważne problemy zdrowotne, w tym obniżenie sprawności fizycznej i intelektualnej. Zaangażowanie emocjonalne w relację z pacjentem w sposób szczególny wiąże się z ryzykiem tzw. wypalenia zawodowego, czyli wystąpienia objawów „zespołu wyczerpania emocjonalnego, depersonalizacji i obniżonego poczucia dokonania osobistych, który może wystąpić u osób pracujących

z innymi ludźmi w pewien określony sposób” – jak to określiła amerykańska psycholog Christina Maslach. Z kolei Europejskie Forum Stowarzyszeń Medycznych WHO definiuje wypalenie zawodowe jako zespół wyczerpania energii emocjonalnej, fizycznej i poznawczej przejawiający się zmęczeniem emocjonalnym i fizycznym oraz brakiem efektywności.

Jakie są wyniki skierowanej do lekarzy ankiety dotyczącej szczególnie trudnych i stresogennych sytuacji w ich codziennej praktyce?

Ankieta przygotowana przez Grzegorzem Rajcą, psychologiem, który teraz opracowuje wyniki od strony statystycznej. Uzyskaliśmy odpowiedzi od 474 respondentów. Kobiety stanowiły 2/3 badanych, średnia wieku wyniosła 38,3 roku, średni staż pracy – 12,3 roku. 44% ankietowanych to lekarze specjaliści, 48% – lekarze w trakcie specjalizacji. 95% badanych miało codzienny kontakt z pacjentem. Wyniki amerykańskich badań z ostatnich lat wykazują, że największy wpływ na wypalenie zawodowe lekarzy ma nadmiar obowiązków zawodowych, a także obciążenie pracą administracyjną i biurokracją. W badaniu, które prowadziłem w ciągu minionych kilku miesięcy (ankieta była udostępniona na stronie internetowej naszej Izby – *Warszawskiej – przyp. Red. opolskiej*), czynniki utrudniające pracę i stresujące, które wymieniają polscy lekarze, nie odbiegają od zgłaszanych przez

amerykańskich kolegów. Jest jednak dość istotna różnica. W naszym badaniu na drugim miejscu wśród źródeł stresu, tuż za „*nadmiernym obciążeniem biurokratycznym i administracyjnym*” (78% respondentów), był brak satysfakcjonującego wynagrodzenia w stosunku do nakładu pracy (73% respondentów). To daje do myślenia i warto o tym mówić w okresie „dobrej zmiany”. Zbyt duże obciążenie pracą sygnalizowało 71% respondentów, a 66% – brak czasu na rozwijanie zainteresowań. Problemy dotyczące komunikacji i relacji z pacjentem (m.in. agresja ze strony pacjenta lub jego rodziny, manipulacja, nierealistyczne oczekiwania) znalazły się na dalszych pozycjach, a przyczyn wypalenia zawodowego jest oczywiście znacznie więcej.

Lekarze jakich specjalności są najbardziej narażeni na stres?

Z badań Peckhama (2015) wynika, że ofiarami wypalenia zawodowego, które jest rezultatem pracy w warunkach przewlekłego stresu, są najczęściej lekarze pracujący na OIOM-ach, oddziałach ratunkowych, lekarze rodzinni, lekarze chorób wewnętrznych i chirurdzy. Tam, gdzie bezpośrednio ratuje się życie, gdzie spotyka się przypadki trudne do leczenia, tam gdzie są częste zgony. Najmniej narażeni na wypalenie zawodowe według tych badań są dermatolodzy, psychiatry, patolodzy i okuliści. W naszych badaniach najwięcej doświadczeń stresujących (proporcjonalnie do liczby ich przedstawicieli wśród respondentów) zgłaszali specjaliści anestezjologii i intensywnej terapii oraz chirurdzy, interniści, położnicy i lekarze rodzinni.

Czy ze stresem łatwiej radzą sobie młodzi czy starsi lekarze? Co powinno być dla nich i dla otoczenia sygnałem ostrzegawczym?

Na podstawie przeprowadzonego badania mogę powiedzieć, że w naszych realiach podatność na stres częściej dotyczy młodych lekarzy, stażystów i w trakcie specjalizacji. Lekarze, którzy doświadczają przewlekłego stresu w pracy, skarżyli się na stany ciągłego zmęczenia, rozdrażnienie, utratę zadowolenia z wykonywanej pracy i spadek motywacji do niej. Pisali też o przenoszeniu się problemów zawodowych na życie rodzinne i trudnościach w pogodzeniu obu tych sfer życia.

A skutki?

Sytuacje stresogenne prowadzą do wspomnianego już tzw. wypalenia zawodowego, rzutują na jakość pracy i bezpieczeństwo pacjenta, co w zawodzie lekarza jest szczególnie obciążone ryzykiem, a także na życie osobiste i własne zdrowie. Objawy wypalenia zawodowego dotyczą sfery funkcjonowania fizycznego (ból głowy, zaburzenia snu, skoki ciśnienia itp.) i emocjonalnego (obniżenie nastroju, poczucie bezradności, zniechęcenie, brak wiary w możliwość zmiany trudnej sytuacji itp.) oraz sfery zachowań (opuszczanie pracy, spadek wydajności, konflikty z pacjentami, ze współpracownikami itp.). Jednym z niezwykle ryzykownych i niestety dosyć często

spotykanych sposobów radzenia sobie ze stresem i z objawami wypalenia zawodowego jest korzystanie z „pomocy” substancji psychoaktywnych, takich jak alkohol, leki czy narkotyki, które przynoszą chwilową ulgę. Wykazują to zarówno badania zagraniczne, jak i te, które ostatnio my przeprowadziliśmy. Z badań amerykańskich wynika, że wypalenie zawodowe może powodować także wystąpienie objawów PTSD (zespół stresu pourazowego), a nawet myśli samobójczych. Badania te potwierdzają, że liczba lekarzy mających objawy wypalenia zawodowego rośnie. W 2013 r. zgłaszało je 45% kobiet i 37% mężczyzn, a w 2015 – 51% kobiet i 43% mężczyzn. Inne badania wykazały, że 55% lekarzy w Stanach Zjednoczonych stwierdzało u siebie objawy wypalenia. Nie wydaje mi się, żeby problem wśród polskich lekarzy był mniejszy. Nie zdziwiłbym się, gdyby okazało się, że jest nawet większy, bo np. opublikowane w 2006 r. polskie badania dowodzą, że prawie połowa lekarzy uważa, iż nie radzi sobie ze stresem w pracy, z czego 1/5 przyznaje, że potrzebuje w tym względzie pomocy (Joško i wsp.).

Jak można pomóc lekarzom w radzeniu sobie ze stresem?

Nie ulega wątpliwości, że to poważny problem i konieczne jest podjęcie działań mających na celu nabycie umiejętności radzenia sobie ze stresem przez lekarzy. Konieczne jest to tym bardziej, że przeprowadzone jeszcze w latach 80. ubiegłego stulecia w szpitalach amerykańskich badania wykazały, iż dzięki programom antystresowym o około 50% spadła liczba błędów lekarskich.

Kierując ankietę do lekarzy, chciałem dowiedzieć się, jak często i w jakich okolicznościach zawodowych doświadczają stresu. Zależało mi również na poznaniu opinii na temat propozycji wsparcia koleżanek i kolegów w radzeniu sobie z sytuacjami stresogennymi przez nasz samorząd. Aż 80% badanych uznało, że jest to inicjatywa bardzo potrzebna. Wychodząc naprzeciw tym oczekiwaniom, od września 2016 r. prowadzimy w Okręgowej Izbie Lekarskiej w Warszawie grupę wsparcia psychologicznego dla członków naszego samorządu.

Czy lekarze potrafią otwarcie mówić o swoich problemach związanych ze stresem i konsekwencjach takich stanów?

Niestety my, lekarze, mamy z tym problem. Prosić o pomoc w tak delikatnej sprawie nie jest łatwo, zwłaszcza kiedy dotyczy to osób zawodowo zajmujących się niesieniem pomocy innym. Dużo łatwiej radzić komuś w sprawach zdrowotnych, niż prosić o radę w sprawie swojego nie najlepszego samopoczucia. Pierwszy krok jest trudny, ale tym bardziej uważam, że kontakt z doświadczonym psychologiem, w miejscu przyjaznym i bezpiecznym, z zapewnieniem pełnej dyskrecji, może być pomocny w radzeniu sobie z długotrwałym stresem i jego skutkami, może zmniejszyć zagrożenie wypaleniem zawodowym. Skoro mamy świadomość, że problem stresu dotyka lekarzy coraz częściej, wspólnie musimy szukać

sposobów przeciwdziałania negatywnym konsekwencjom tego zjawiska i proponować działania zapewniające skuteczną pomoc. To kolejny temat dla „dobrej zmiany”, którą w tej kwestii powinien realizować zarówno resort, jak i samorząd lekarski. Nasz projekt dopiero ruszył, pierwsze spotkania za nami. Chciałbym, żeby tworząca się grupa wsparcia psychologicznego była zaworem bezpieczeństwa. Warto wiedzieć, że w razie potrzeby można go wykorzystać.

Musimy mieć świadomość, że nie jesteśmy w stanie wpływać bezpośrednio na natychmiastową poprawę sytuacji, w jakiej nam przyszło pracować, jednak zgodnie

z sugestią rzymskiego cesarza i filozofa Marka Aureliusza możemy zmienić własną ocenę sytuacji i dzięki temu stać się spokojniejsi i mniej zestresowani. Temu celowi ma służyć grupa wsparcia.

Polecam przypisywaną Markowi Aureliuszowi „Modlitwę o pogodę ducha”, z której sam często korzystam:

*Boże użyż mi pogody ducha,
abym godził się z tym, czego nie mogę zmienić,
odwagi, abym zmieniał to, co mogę zmienić,
mądrości, abym umiał odróżnić jedno od drugiego.*

(przedruk z „Pulsu” nr 11/16)

OCENA, OPINIA, KRYTYKA (I CO Z TEGO WYNIKA)

Zdarza się, że w bezpośrednich rozmowach lub relacjach pojawia się takie oto zastrzeżenie: Tylko mnie nie oceniaj! Dziwne to i trudne do pojęcia żądanie, więc pytamy: Dlaczego ono w ogóle funkcjonuje? Czy należy rozumieć, że jeśli „jakiś jeden ktoś” zwierza się jakiemuś „drugiemu ktosiowi”, to jednocześnie ten pierwszy ma prawo blokować dalszy dialog? Chyba nie, ale od pewnego czasu takie i podobne quasi-uzurpacje robią karierę, gdyż ludzie lubią się wygadać, a przy tym nieraz swego rozmówcę do cna zagadać (jak to czasem obserwujemy nawet w wywiadach dziennikarskich). Ten nowy obyczaj można interpretować mniej więcej tak: JA jestem tu kimś, więc mówię, pytam, rozwijam temat, ponieważ taka jest moja wola, potrzeba, chęć itd., a TY możesz mnie jedynie wysłuchać, lecz nie ujawniaj swojej opinii i zrezygnuj także z wszelkich komentarzy.

Obawa przed cudzą opinią

Ciekawe, skąd się biorą tak dziwaczne wymagania? Przyczyny tego typu zachowań mogą być przeróżne, choć wydaje się, że w ten sposób „mówiący” albo pragnie wykazać swoją niby przewagę nad „słuchającym”, albo obawia się jego zbyt szczerych wypowiedzi. Dlatego, chcąc chronić własne, jakże wrażliwe JA oraz osobiste przekonania, po prostu nie dopuszcza go do głosu. U niektórych osób obawa przed cudzą, zwłaszcza niekorzystną oceną czy opinią jest tak silna, że na wszelki wypadek wolą się asekurować i w ten sposób zastrzec sobie jakby nietykalność. Jednak nie zawsze to się udaje, a otwartość rozmówcy nieraz bywa trudna do zniesienia. Natomiast co odważniejsi nie uchylają się od krytyki i dyskusji, a niekiedy wręcz sami ją wywołują, aby polemizować.

Zresztą, czy w ogóle można komukolwiek odmówić prawa do wyrażenia własnej opinii? Chyba nie, bo to jest nader trudny do pohamowania prawie-odruch. Przecież nawet maluchy, chociaż jeszcze nie umieją mówić, a już swoją aprobatę albo niechęć objawiają dość wymownymi gestami. To nic innego, jak właśnie taka spontanicz-

na ocena, która z czasem przybiera postać słowną lub pisemną, co znamy jeszcze ze szkoły, gdy bez zastanowienia wyrażało się rozmaite, nieraz krzywdzące „koleżeńskie” opinie (że np. Kaśka jest gruba, a Jarek głupi). No i niestety, taka forma ocen pozostaje nieraz na długo, a w dorosłym życiu bywa coraz bardziej „udoskonalana”. Zwłaszcza dotyczy to opinii negatywnych, które łatwo się mnożą i silnie utrwalają, czego liczne przykłady widać na każdym kroku. Osoby zbyt brutalnie „oceniane” bronią się jak mogą, acz nie zawsze skutecznie.

Przemoc stała się modą

Oczywiście, każdy by chciał zbierać wyłącznie pozytywne oceny, pochwały, wyrazy uznania itp., chociaż wobec nadmiernej chwalby niektórzy odczuwają zażenowanie i protestują. Natomiast opinie, dotyczące własnej osoby zwykle nie są obiektywne – tym bardziej, że prawdziwa skromność jest zjawiskiem dość rzadkim.

Obecnie już u bardzo młodych ludzi można zauważyć szybki wzrost pewności siebie oraz utrwalanie przekonania o absolutnej słuszności głoszonych „racji”. W stosunku do siebie młodzież jest raczej bezkrytyczna i nie uznaje cudzych argumentów, nie chce ustąpić bodaj na cal, a taka postawa nieraz przekształca się w ostrą agresję, z jaką naprawdę trudno walczyć.

Przemoc stała się modą, a uprzejmość jest uważana za rodzaj słabości. Chyba mało kto dziś wie, co znaczy dobre wychowanie. Niektórzy całkiem zapominają o istnieniu takich słów, jak „proszę, dziękuję, przepraszam” i że przyjaznym gestem oraz grzecznością czy elegancją w zachowaniu można osiągnąć znacznie więcej, niż przemocą oraz lekceważeniem innych. Obyczaje okrutnie nam się zmieniły na niekorzyść, czyli po prostu schamialy (przepraszam za dosadność, ale to fakt), czego liczne przykłady obserwujemy nawet „na salonach” – zwłaszcza politycznych. Słuchając debat sejmowych lub publicznych dyskusji, także tych toczonych przed kamerami, nabieramy przekonania, że nie ma już powrotu do dobrych manier, bo liczy się tylko bezpardonowość

▶ w mowie, słowie, a nieraz też w uczynku. I prawie nie ma znaczenia, kto się takimi metodami posługuje, skoro nastąpiło zrównanie płci, czyli każdy każdemu potrafi „stosownie przyłożyć” – często ku satysfakcji gawiedzi. A taka publiczna aprobata jest równoznaczna z przychylną oceną. Czyż nie?

Na marginesie tych obserwacji i rozważań nasuwają się jeszcze inne wątpliwości, związane ze stosowaniem ocen, bez których nie można się obyć, zwłaszcza przy wszelkich egzaminach czy konkursach. Poddajemy się im bez protestów, a niekiedy z aprobatą i entuzjazmem. Pewnie narażę się wielu zwolennikom konkursów piękności, ale trudno. Powiem otwarcie: nie mam nic przeciwko konkursom piękności dla zwierząt (psów, kotów, różnych ptaszków lub owadów), ale z mieszanymi uczuciami podchodzę do wystawiania na pokaz i publiczną ocenę młodych kobiet, zwłaszcza tych, które posiadają nie tylko cielesne walory.

Kobieta to też człowiek

Ostatnio odbył się konkurs na miss piękności studentek, co skłoniło mnie do refleksji nad tym zjawiskiem, które wydaje się raczej dyskryminujące niż szlachet-

nie wyróżniające. Przecież te osoby mają jakieś ambicje, jak też (chyba) świadomość, że uroda nie jest ich zasługą i nie ona powinna być głównym atutem w ocenie człowieka. (No bo kobieta to też człowiek). A uroda owszem, jest miłym dodatkiem do całości osoby, lecz nie po to się studiuje, aby epatować swą fizycznością. Wszak studentki mają do zaoferowania znacznie więcej, bo choćby walory umysłowe oraz wyniki, jakie osiągały w nauce. Czy więc nie to właśnie powinno być stosownie eksponowane i nagradzane, a nie dar, który jakby sam spadł z nieba?

Tymczasem te urodziwe panie nie wstydzą się uczestniczyć w zawodach o tytuł najpiękniejszej studentki, zamiast najmądrzejszej, najbardziej godnej uznania w nauce? I tu też pojawia się pytanie: Dlaczego? Dlaczego się godzą na rolę eksponatu? Czyżby wartością nadrzędną był dla nich wyłącznie chwilowy efekt i okazjonalny polklask? Zresztą warto pamiętać, że uroda szybko przemija, a zdobyta wiedza oraz jej efekty pozostają na długo...

*Barbara SZEFFER-MARCINKOWSKA
tel. 42 686 28 10, e-mail: bsm3@tlen.pl*

(przedruk z „Panaceum” nr 6–7/16)

KULISY LUDZKIEGO SNU

Pomimo ogromnego rozwoju medycyny i techniki do chwili obecnej mózg pozostaje ogromną zagadką. Pomimo to proponuję Państwu odbyć podróż między zakręty i bruzdy naszej centralnej nerwowej jednostki dowodzącej, aby zmierzyć się ze stanem wiedzy dotyczącym naszej aktywności, która zajmuje 1/3 naszego życia – SNEM. Usiądźmy wygodnie, nasze powieki robią się coraz cięższe, zamykamy drogę dopływu bodźców z zewnątrz...

Sen – tak często bagatelizowany, niedoceniany, momentami trudny do zdobycia. Można przyjąć, że każde doniesienie naukowe dotyczące owego obszaru naszego życia coraz bardziej docenia jego wagę i sugeruje, żeby nie traktować go po macoszemu. Początkowo uważaliśmy, że wraz z nami w okresie odpoczynku mózg również wycisza swoją aktywność. Obecnie wiemy, że pracuje on również „na nocną zmianę” i czasami wykonuje ogromną pracę. Od pewnego czasu zastanawiamy się: w takim razie ile godzin snu potrzebujemy? Publikacji jest mnóstwo, ale National Sleep Foundation z za „Wielkiej Wody” poddało analizie 300 publikacji na temat snu. Oczywiście długość snu zależy od wieku, ale skupmy się na dwóch grupach ludzi. W przedziale wieku od 26 do 64 lat potrzebna ilość snu wynosi 7–9 godzin na dobę, w okresie życia 65+ to 7–8 godzin na dobę. Przewlekłe skracanie snu, a, co ciekawe, również wydłużanie powoduje w naszym ciele prawdziwe spustoszenie! W takim razie, jak ocenić milowy wynalazek Thoma-

sa Edisona w postaci żarówki elektrycznej? Cieszyć się, że rozświetlił nocny mrok, czy oskarżyć o globalną kradzież statystycznej godziny snu z każdego naszego dnia? Śpimy coraz krócej, około godzinę mniej niż 100 lat wcześniej. To może w związku z tym zaczynać pracę godzinę później? Znaczna część z nas oddałaby wiele za możliwość przestawienia budzika o jedną cyfrę do przodu każdego dnia, inni uważaliby to za bezproduktywne wylegiwanie się w pościeli. Każdy z nas jest inny, a co za tym idzie – mamy różne mózgi. To, czy jesteśmy przysłowiowym „skowronkami” lub „sowami”, nie zależy od naszych przyzwyczajęń, decyduje o tym nasz mózg, choć oczywiście w dużym stopniu pozostaje on plastyczny i reaguje na jego modelowanie.

Co tak naprawdę się dzieje, gdy mózg przechodzi ze stanu czuwania w stan snu? Fale naszego mózgu zwalniają, a temperatura naszego ciała nieznacznie spada. Zapewne dużo wody upłynie w Wiśle nim dokładnie dowiemy się, jak wyglądają procesy zachodzące podczas snu, ale Nobel na pewno czeka na odkrywcę tego fenomenu. Wszystko wskazuje na to, że intensywna praca naszej jednostki centralnego zarządzania polega m. in. na usunięciu zbędnych informacji zapisanych podczas dnia (znacząco różni się ilość danych, która dociera do naszego mózgu, od ilości, którą sobie uświadamiamy), choć i w tym przypadku mózg jest sprytny i z części nieuświadomionego szumu tworzy marzenia sennie. Być może to dlatego mamy wrażenie, że już gdzieś kiedyś

byliśmy lub coś widzieliśmy, ale zupełnie tego nie pamiętamy. Skąd ten szum informacyjny się bierze? Nasz mózg skupia ostrość i uwagę wzrokową na niewielkim obszarze. Przeprowadźmy domowy eksperyment: po-
dejdziecie pierwsze. Poproście drugą osobę, żeby stanęła 10 m od Was, trzymając w dłoni mały obrazek. Poproście, aby rozłożyła ręce. Patrzcie na jedną dłoń i starajcie się opisać, co widzicie na obrazku trzymanym w drugiej. Nie jesteśmy w stanie podać dokładnego opisu obrazka, ale jeżeli jest tam polana i domek, być może nasz mózg zafunduje nam spacer po bliźniaczo wyglądającej łące we śnie, np. pojutrze. Kto wie? Spokojnie! W razie bujnych sennych harców wśród zbóż uśpione mięśnie naszego ciała będą przecież zwiotczone po to m.in., żebyśmy nie zrobili sobie krzywdy. Sprytne! Ale wracając do szumu, nasuwa się pytanie: czy nie możemy się wypaść na zapas? Moja nauczycielka języka polskiego zapewne spojrzałaby na mnie krzywym okiem, ale odpowiem pytaniem na pytanie: a czy można wypaść śmieci z kosza na zapas? Czy gdybyśmy wysypywali śmieci częściej to pojemność kosza się zwiększy?

Jeszcze drobna ciekawostka odnośnie oczyszczania mózgu. Najnowsze doniesienia mówią również o regulacji odległości w synapsach, które podczas snu zwiększają się, umożliwiając usunięcie toksyn.

A co ze śladami pamięciowymi? Czy nauka bezpośrednio przed snem rzeczywiście ma większy sens? Rozumiem, że kwestia trzymania książki pod poduszką jest jasna, wiedza nie przenika na zasadzie dyfuzji przez poduszkę, dodatkowo większe tomy mogą dać wątpliwy komfort snu. Okazuje się, że aktywność synaps nerwo-

wych w mózgu jest ekstremalnie duża we śnie. Wydaje się, że to wtedy nasz komputer przerzuca dane na twardy dysk z pamięci, nazwijmy ją podręczną. Podczas analizy modeli zwierzęcych zauważono, że podczas snu tworzy się duża liczba nowych połączeń między komórkami w porównaniu ze zwierzętami, których sen był zaburzony. Prosty model doświadczalny pokazał, że lepiej radzą sobie z zadaniem zwierzęta, które uczyły się godzinę i spały prawidłowo niż te po 3 godzinach na nauki z przerywanym snem. Konkluzja eksperymentu była prosta – bez prawidłowego snu nie powstają efektywnie ślady pamięciowe. Jednak uwaga na sen jako bombę pomysłów! Tablica Mendelejewa w obecnym kształcie ukazała się rosyjskiemu chemikowi właśnie we śnie, zaś maturzyści do dziś mają z tego powodu... sennie koszmary!

Małe konkluzje lekarskie. Uprawiany przez nas zawód przeczy większości zasad poszanowania naszej jednostki centralnej. Gdy już mamy chwilę na sen, postaramy się więc go celebrować: ciemne pomieszczenie, zupełna cisza i najważniejsze – chociaż kilka jego nieprzerwanych godzin. Pamiętajmy! Nasz sen, nasz mózg, nasze życie!

Jakub PIOTRKOWSKI

Jakub PIOTRKOWSKI – lekarz stażysta, swoją drogę medyczną rozpoczął na Gdańskim Uniwersytecie Medycznym. Pasjonat dźwięków: medycznie – ultradźwięków, po godzinach – bluesa i jazzu. Uwielbia spędzać czas w kuchni lub podróżować i poznawać jej tajniki lokalne. Zgłębia arkana enologii, szukając jej związków z medycyną. Nie wyobraża sobie dnia bez kilku stron dobrej książki. Wykładowca uniwersytetu trzeciego wieku.

(przedruk z Biuletynu Lekarski Warmińsko-Mazurskiej Izby Lekarskiej nr 143/16)

ZE SMARTFONÓW CZĘŚCIEJ KORZYSTAJĄ OSOBY O LENIWYM UMYŚLE

Osoby o intuicyjnym stylu myślenia, które nie lubią nadmiernie obciążać swojego umysłu, częściej niż osoby analityczne używają funkcji wyszukiwania w swoim telefonie, co może potęgować ich skłonność do bezmyślności – czytamy w „Computers in Human Behavior”.

Naukowcy z Uniwersytetu w Waterloo (Kanada) doszli do wniosku, że z wyszukiwarek internetowych w smartfonach najczęściej korzystają ludzie o intuicyjnym stylu myślenia, którzy mają tendencję do polegania na swoich odczuciach i pierwszych skojarzeniach. Wolą oni posłużyć się telefonem niż przez chwilę samodzielnie zastanowić się nad rozwiązaniem problemu, co może prowadzić do jeszcze większego rozleniwienia ich umysłu.

„Szukają oni informacji, które są tak naprawdę już im znane lub łatwo dostępne, ale nie chce im się nawet włożyć wysiłku w zastanowienie się nad tym faktem” – komentuje współautor publikacji Gordon Pennycook.

Zupełnie inaczej postępują osoby o analitycznym stylu myślenia, które podczas rozwiązywania problemów chętnie posługują się logiką i wolą zmusić swój umysł do pracy, niż liczyć na uzyskanie gotowej odpowiedzi za pomocą smartfona.

Badacze przeprowadzili wśród 660 osób testy mierzące styl poznawczy (analityczny vs intuicyjny) oraz umiejętności werbalne i numeryczne. Następnie wy pytali uczestników o ich nawyki związane z używaniem telefonu. Okazało się, że osoby o intuicyjnym stylu myślenia i niższych wynikach w zakresie umiejętności poznawczych częściej korzystały z wyszukiwarki w smartfonie niż osoby skłonne do myślenia analitycznego, które posiadają zazwyczaj wyższy poziom inteligencji.

„Wyniki naszego badania pokazują, że istnieje związek pomiędzy częstym korzystaniem ze smartfona a obniżoną inteligencją. Pytanie, czy smartfony prowadzą do

► obniżenia inteligencji, wciąż pozostaje otwarte i wymaga dalszych badań” – mówi Pennycook. Naukowcy nie stwierdzili występowania związku pomiędzy poziomem umiejętności poznawczych a korzystaniem z mediów społecznościowych i aplikacji rozrywkowych.

„Nasze uzależnienie od smartfonów i innych urządzeń tego typu będzie prawdopodobnie stale rosło. To ważne,

by zrozumieć, w jaki sposób smartfony wpływają na psychologię człowieka, zanim te technologie zakorzenią się w naszej rzeczywistości do tego stopnia, że ciężko będzie nam sobie wyobrazić, jak wyglądało życie bez nich. Myślę, że już możemy znajdować się w tym punkcie” – podsumowuje jeden z badaczy Nathaniel Barr. (PAP)

(przedruk z „Częstochowskiej Gazety Lekarskiej” nr 4/15)

RĘCZNE MYCIE NACZYŃ ZMNIEJSZA RYZYKO ALERGII U DZIECI

Ręczne mycie naczyń kuchennych może być bardziej korzystne dla zdrowia niż używanie zmywarki, przynajmniej, jeśli chodzi o ryzyko alergii u dzieci – twierdzą szwedzcy specjaliści na łamach czasopisma naukowego „Pediatrics”.

Zmywarka gwarantuje, że umyte w niej naczynia będą bardziej sterylne. W tym właśnie problem – uważa alergolog wydziału pediatrii uniwersytetu w Gothenburgu, dr Bill Hesselmar. Jego zdaniem, gdy na naczyniach jest mniej bakterii, tym większe jest ryzyko rozwoju skłonności do alergii u dziecka. Specjalista powołuje się na przeprowadzone w Szwecji obserwacje ponad 1 tys. dzieci w wieku 7-8 lat zamieszkujących w dwóch różnych regionach kraju. Rodzice wypełniali kwestionariusz czy ich pociechy cierpią na egzemy (stany zapalne skóry), astmę lub alergię sezonową.

Pytano również o to, jak dbają o higienę: czy używają zmywarki, czy też zwykle ręcznie myją naczynia kuchenne. A także o to, czy ich dzieci jedzą produkty fermentacji, takie jak kapusta kwaszona, oraz świeże warzywa i owoce prosto z gospodarstw rolnych, które zwykle zawierają więcej bakterii aniżeli inne produkty. Okazało się, że 12% badanych w Szwecji rodzin nadal ręcznie zmywało naczynia. I w tych rodzinach dzieci o połowę mniej były narażone na alergię w porównaniu do tych, które używały zmywarek. Z badań wynika, że

o ile w rodzinach, które nie miały zmywarki 23% dzieci cierpiało z powodu egzemy, a 1,7% chorowało na astmę, to w tych, które jej używały u 38% pojawiła się egzema, a u 7,3% rozwinęła się astma.

Korzystny wpływ ręcznego mycia naczyń widoczny był nawet wtedy, gdy autorzy badań uwzględnili również to, że dzieci miały również kontakt ze zwierzętami domowymi albo chodziły do przedszkola (z niektórych innych badań wiadomo, że te dzieci również rzadziej chorują z powodu astmy i alergii – przyp. PAP).

Na astmę i alergię mniej narażone są również dzieci, które przynajmniej raz w miesiącu jadły produkty fermentacji, takie jak kiszony ogórek czy kwaszona kapusta. Ryzyko uczuleń zmniejsza również spożywanie świeżych warzyw i owoców „prosto z działki”.

Pediatra i alergolog University of Kansas Hospital w Kansas City dr Selina Gierer powiedziała „HealthDay News”, że najnowsze badania szwedzkich specjalistów potwierdzają hipotezę, że nadmierna higiena może zwiększać ryzyko alergii. Specjalistka przestrzega jednak przed wyciąganiem zbyt pochopnych wniosków. Podkreśla, że narażenie na uczulenia zależy również od wpływu innych czynników środowiskowych oraz od predyspozycji genetycznych.

(PAP)

(przedruk z „Częstochowskiej Gazety Lekarskiej” nr 4/15)

MEDYCYNA PO DYPLOMIE

FARMAKOTERAPIA BÓLU PRZEWLEKŁEGO W OPARCIU O DRABINĘ ANALGETYCZNĄ WHO CZ. 2 – SŁABE OPIOIDY

W 1986 r. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) podzieliła leki przeciwbólowe w ten sposób, że umieściła je na trzech stopniach drabiny analgetycznej. Na stopniu pierwszym są proste leki przeciwbólowe (paracetamol, metamizol i NLPZ), na drugim – słabe opioidy (trama-

dol, kodeina i dihydrokodeina – DHC), a na trzecim – silne opioidy (morfina, fentanyl, buprenorfina, oksykodon, metadon i tapentadol). Do każdego stopnia w wybranych sytuacjach klinicznych dołączyć można leki wspomagające – adjuwantowe. Nowością wprowadzoną w ostatnich latach jest możliwość zastosowania niskich dawek sil-

nych opioidów (np. do 30 mg morfiny, do 20 mg oksykodonu na dobę), zamiast słabych opioidów na drugim szczeblu drabiny. Najważniejsze jest jednak dobranie leku do natężenia bólu, jego rodzaju i stopnia wydolności narządów, a także właściwe dawkowanie, odpowiednie łączenie leków przeciwbólowych, które wykorzystuje sumowanie się efektu przeciwbólowego (addycję) lub jeszcze lepiej synergizm działania, oraz odpowiednie dobranie do danej jednostki chorobowej leków adjuwantowych. Właściwie zastosowana farmakoterapia jest skuteczna u około 85% chorych.

Tramadol

Tramadol to lek przeciwbólowy o podwójnym mechanizmie działania. Analgezia po jego podaniu wynika zarówno z oddziaływania leku na receptory opioidowe m, k oraz d, jak i z aktywacji układu noradrenergicznego i serotonergicznego. Za efekt opioidowy leku odpowiada 0-desmetylotramadol – główny aktywny metabolit, który powstaje przy udziale CYP 2D6 i ma 700 razy większe powinowactwo do receptora opioidowego m. Pierwotnie niskie powinowactwo tramadolu do receptorów opioidowych sprawia, że po jego podaniu praktycznie nie obserwuje się depresji ośrodkowego układu oddechowego ani działań niepożądanych na układ sercowo-naczyniowy, a przy stosowaniu dawek terapeutycznych ryzyko wystąpienia uzależnienia fizycznego jest minimalne.

Drugim metabolitem tramadolu jest nieaktywny N-metylotramadol, który powstaje przy udziale CYP 3A4. Za działanie na układ monoamin odpowiada głównie lek macierzysty. Aż 90% tramadolu i jego metabolitów jest wydalanę przez nerki. Z tego powodu u chorych z ciężką niewydolnością wątroby i nerek zaleca się zmniejszenie dawek tramadolu do maksymalnie 200 mg na dobę. Mniejszą skuteczność tramadolu obserwuje się w populacji tzw. wolnych metabolizerów oraz u chorych otrzymujących równocześnie inhibitory CYP 2D6 (duloksetynę, fluoksetynę, paroksetynę, sertralinę, citalopram, haloperidol, metoklopramid). Lekami, które zmniejszają efekt przeciwbólowy tramadolu, są również ondansetron i karbamazepina. Osłabienie efektu analgetycznego tramadolu w przypadku równoczesnego stosowania ondansetronu tłumaczy się przede wszystkim antagonizmem ondansetronu w stosunku do receptorów serotoninowych, natomiast w przypadku równoczesnego podawania karbamazepiny, która jest silnym induktorem CYP 3A4, nasileniem przemiany tramadolu do nieaktywnego metabolitu N-metylotramadolu. Najczęściej występującymi objawami niepożądanymi, szczególnie w początkowej fazie terapii, są nudności i nadmierne pocenie się. Z oddziaływaniem tramadolu na układ monoamin wiąże się ryzyko wystąpienia zagrażającego życiu zespołu serotoninowego u chorych otrzymujących tramadol w skojarzeniu z innymi lekami hamującymi

wychwyt zwrotny serotoniny, takimi jak: sertralina, citalopram, paroksetyna, wenlafaksyna.

Preferuje się podawanie tramadolu drogą doustną. Preparaty doustne o natychmiastowym uwalnianiu (kapsułki, krople) stosuje się w dawce 25–50 (12,5–100) mg, co 4–8 godzin, natomiast preparaty o przedłużonym działaniu w dawce 50–200 mg, co 12 godzin. Dawka dobową tramadolu nie powinna przekraczać 400 mg na dobę. Zastosowanie tramadolu w kroplach (20 kropli = 50 mg) pozwala na bardzo precyzyjne „zmiareczkowanie” poziomu bólu i skuteczne prowadzenie postępowania przeciwbólowego. Tramadol dostępny jest również w postaci ampulek i preparatów połączonych z paracetamolem (również o kontrolowanym 12-godzinnym czasie działania) i łączonych z deksketoprofenem (preparatem do leczenia bólu ostrego). Połączenie tramadolu z paracetamolem lub deksketoprofenem przyspiesza początek działania leku i wykazuje hiperaddycyjny synergizm działania w aspekcie efektu przeciwbólowego. Tramadol może być wykorzystywany w bólu zarówno ostrym, jak i przewlekłym, który powstaje w wyniku urazu, zmian zwyrodnieniowych w narządzie ruchu lub jest następstwem choroby nowotworowej.

Kodeina

Kodeina jest alkaloidem fenantrenowym pochodzącym z opium, agonistą receptora opioidowego m o sile działania dziesięciokrotnie słabszej od działania morfiny. Jest metabolizowana przy udziale izoenzymu CYP 2D6 na drodze O-demetylacji do glukuronianów morfiny oraz na drodze N-demetylacji do norkodeiny, która nie ma istotnego znaczenia klinicznego. Pierwszy szlak metaboliczny i powstająca w jego efekcie morfina odgrywa zasadniczą rolę w działaniu przeciwbólowym kodeiny. Około 10% osób rasy białej, 1–2% populacji azjatyckiej oraz 1–18% afrykanerów jest niewrażliwa na kodeinę (wolni metabolizerzy). U kilku procent populacji obserwuje się natomiast nadekspresję (bardzo szybcy metabolizerzy), w następstwie czego zachodzi szybsza przemiana kodeiny do glukuronidów morfiny. Z uwagi na małe ilości morfiny powstającej z kodeiny ryzyko groźnych powikłań u tej grupy chorych jest niewielkie, nie należy jednak lekceważyć tego zjawiska (zwłaszcza u dzieci; leku nie wolno stosować u pacjentów poniżej 12. roku życia, ze względu na niedojrzałość bariery krew-mózg i wynikające z tego ryzyko depresji oddechowej). Kodeina podawana jest najczęściej doustnie, w postaci kropli lub tabletek o natychmiastowym uwalnianiu. Zaczyna działać po 15–30 minutach, a czas działania wynosi około 4 godzin. Kodeinę stosuje się zazwyczaj w dawce początkowej 20 mg, co 4 godziny, maksymalna dawka dobową wynosi 240 mg. Wydalana jest w całości przez nerki, dlatego nie powinno się jej stosować u chorych z niewydolnością nerek. **Zastosowanie kodeiny zostało w ostatnich latach znacznie ograniczone (wykorzy-**

stuje się głównie jej silne działanie przeciwkaszlowe) wraz z wprowadzeniem nowych, znacznie lepiej tolerowanych leków opioidowych, przede wszystkim z powodu bardzo silnego jej działania zapierającego i złożonego metabolizmu.

Dihydrokodeina (DHC)

DHC jest pochodną kodeiny, która powstaje przez uwodornienie podwójnego wiązania w głównym łańcuchu cząsteczki kodeiny. Metabolizm dihydrokodeiny jest podobny jak kodeiny, ale w odróżnieniu od niej DHC jest lekiem aktywnym. Działa z równą siłą także u wolnych metabolizerów. Maksymalne stężenie w surowicy występuje po około 3 godzinach od podania leku, a średni

okres półtrwania wynosi 3,3–4,5 godziny. DHC jest dostępna w formie tabletek o kontrolowanym uwalnianiu, do stosowania co 12 godzin w dawkach 60 i 90 mg. Jej maksymalna dawka dobową wynosi 240 mg. DHC wydalana jest w całości przez nerki, dlatego nie powinno się jej stosować u chorych z niewydolnością nerek. Podobnie jak kodeina powoduje silne zaparcie.

Małgorzata MALEC-MILEWSKA

Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii CMKP
w Warszawie

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

Piśmiennictwo u autorki.

(przedruk z „Pulsu” nr 12/16)

PYTANIE XXI WIEKU

CZY CZŁOWIEK POKONA OTYŁOŚĆ, CZY OTYŁOŚĆ POKONA CZŁOWIEKA?

Współcześnie, ludzkość pozwoliła się „zniewolić” epidemii otyłości. Człowiek stał się niewolnikiem własnego apetytu – instynktu, który dawniej służył przetrwaniu, a obecnie wymknął się spod kontroli i zaczął działać degeneracyjnie na zdrowie. Doskonale zdefiniowano, co stoi za epidemią otyłości. Ogólnie mówiąc, to dynamika środowiska życia spowodowała, że organizm człowieka mimo olbrzymich zdolności przystosowawczych „nie nadąża” za zmianami otoczenia.

Wydaje się, że nauka odkryła wszystkie tajniki otyłości, jej przyczyny, powikłania, jakie ze sobą niesie, możliwości zapobiegania, różne metody leczenia. A jednak wciąż otyłość bierze górę nad inteligencją człowieka. W czym kryje się fenomen epidemiologii otyłości i kto powinien się z nią rozprawić? Naturalnym jest, że w pierwszej kolejności odpowiedzialność za swoje zdrowie powinien wziąć sam człowiek. Dziwi fakt, że wraz ze wzrostem wiedzy i świadomości człowieka na temat otyłości, maleje jej zastosowanie, by chronić własne zdrowie. W związku z tym człowiek wymaga wsparcia w walce z otyłością, które z racji swoich kompetencji może dać lekarz, na każdym szczeblu udzielania świadczeń zdrowotnych – od lekarza rodzinnego po specjalistę leczenia otyłości.

Przyczyny otyłości i jej konsekwencje

U ponad 90% osób przyczyną otyłości pierwotnej jest dodatni bilans energetyczny wynikający z nadmiernego dowozu pokarmu w stosunku do potrzeb organizmu, a głównie spożywanie pokarmów wysokoenergetycznych, małej aktywności fizycznej i siedzącego trybu życia. Natomiast otyłość wtórna jest spowodowana najczęściej zaburzeniami endokrynologicznymi, organicz-

nymi chorobami podwzgórza, zespołami uwarunkowanymi genetycznie oraz błędami jatrogennymi. Zażywanie niektórych leków także sprzyja tyciu. Do leków tych należą: neuroleptyki, przeciwdepresanty, przeciwpadaczkowe, steroidy, antagonisty serotoniny, przeciwcukrzycowe, adrenolityki.

Z informacji zawartych w tabeli 1. wynika, że otyłość zwiększa ryzyko wielu chorób, uświadamianie tego pacjentowi stanowi bardzo duży czynnik motywacyjny do podjęcia próby eliminowania otyłości. Informacja usłyszana z ust lekarza z założenia jest bardziej akceptowana przez chorego, niż przez inne fachowe osoby, nawet dietetyka.

Tabela 1. Zwiększenie ryzyka chorób u osób otyłych w porównaniu do osób szczupłych (według WHO)

>3-krotnie	2-3-krotnie	1-2-krotnie
<ul style="list-style-type: none">• cukrzyca typu 2,• nadciśnienie tętnicze,• dyslipidemia,• choroba pęcherzyka żółciowego,• insulinooporność,• zadyszka,• zespół bezdechu sennego	<ul style="list-style-type: none">• choroba niedokrwienna serca,• choroba zwyrodnieniowa stawów (kolan),• hiperurikemia i dna	<ul style="list-style-type: none">• rak piersi, okrężnicy,• endometrium,• zaburzenia dotyczące hormonów płciowych,• zespół policystycznych jajników,• upośledzenie płodności,• bóle krzyża,• zwiększone ryzyko anestezjologiczne,• nieprawidłowości płodu

Leczenie otyłego pacjenta musi być indywidualne, dostosowane do wieku, płci, stopnia zaawansowania i typu otyłości, czynników ryzyka metabolicznego i chorób to-

warzyszących. Pożądanym celem leczenia otyłości jest redukcja 10% wyjściowej masy ciała w okresie 3-6 miesięcy. Już wówczas można spodziewać się korzyści metabolicznych wynikających z redukcji tkanki trzewnej, m. in.: obniżenie poziomu glukozy i insuliny na czczo, poprawa parametrów lipidowych w surowicy, obniżenie ciśnienia krwi u osób leczonych z powodu nadciśnienia tętniczego [2].

Wysiłek fizyczny – ważny czynnik w walce z otyłością

Zdolność do wysiłku ludzi z otyłością jest na ogół niska. Ma to związek z dużą masą ciała, której przemieszczanie się przy ruchach lokomocyjnych ciała powoduje zwiększenie wydatku energetycznego i szybki rozwój zmęczenia. Większe jest też obciążenie układu mięśniowo-szkieletowego, co prowadzi do rozwoju zmian degeneracyjnych kości i stawów. Ponadto nagromadzenie się tkanki tłuszczowej w okolicy stawów powoduje zmniejszenie ich ruchomości. Przyczyną niskiej zdolności do wysiłku jest też towarzysząca otyłości obniżona sprawność układu oddechowego i sercowo-naczyniowego. Czynniki te sprzyjają małej aktywności ruchowej, to z kolei przyczynia się do dalszego zmniejszenia wydolności dobowego wydatku energetycznego i rozwoju zaburzeń przemiany materii.

Intensywność wysiłku stosowanego w terapii osób z nadwagą lub otyłością powinna być dostosowana do ich możliwości, ze względu na przeciążenie układu ruchowego. W celu zwiększenia dobowego wydatku energetycznego zaleca się wysiłek dynamiczny, długotrwały o umiarkowanej intensywności bez nadmiernego obciążenia kolan, bioder i kręgosłupa. Ćwiczenia o niskiej lub umiarkowanej intensywności są nie tylko bezpieczniejsze niż wysiłek o dużej intensywności, ale również zapewniają osiągnięcie większego wydatku energii, dzięki możliwości wydłużenia czasu wysiłku. Istotne znaczenie ma także to, że podczas długotrwałego wysiłku intensywność zapotrzebowania energetycznego pokrywana jest w większym stopniu przez utlenianie kwasów tłuszczowych niż podczas krótkich wysiłków o dużym obciążeniu. Długotrwały marsz jest zatem lepszą formą ruchu dla osób otyłych niż bieganie. Szczególnie zalecanymi formami ruchu, zwłaszcza w początkowej fazie treningu, jest chód z kijami, marsz, marszobieg, pływanie i ćwiczenia w wodzie oraz jazda na rowerze i bieg narciarski.

W treningu osób z nadwagą i otyłością uwzględnia się też ćwiczenia kształtujące gibkość i siłę mięśni, ponieważ te cechy mają bardzo duży wpływ na jakość życia, zwłaszcza osób w starszym wieku. W treningu siły, podczas którego stosuje się ćwiczenia z pokonywaniem oporu, zalecana jest duża ostrożność przy doborze obciążeń – nie tylko z obawy przed uszkodzeniem układu ruchu, ale również ze względu na duży wzrost ciśnienia



Piramida zdrowego żywienia (wg IZZ, Warszawa 2016)

tętniczego krwi, towarzyszącego tego rodzaju wysiłkom. Jednak sukces wysiłku fizycznego w walce z otyłością leży w jej regularnym i długotrwałym stosowaniu [1]. Uważa się, że w walce z nadwagą i otyłością poprzez aktywność fizyczną najkorzystniejszy jest udział w zajęciach grupowych. Ja natomiast upatruję większy sukces redukcji nadmiernej masy ciała w indywidualnym stosowaniu aktywności fizycznej, a zaletą tego jest m. in.: dowolny czas, który można poświęcić na ćwiczenia, niekolidujący z innymi obowiązkami, nieponoszenie kosztów związanych z opłatą za bilety wstępu na siłownię oraz swobodę w wykonywaniu ćwiczeń bez większego skrępowania. Osobom, które chcą podjąć wysiłek redukcji masy ciała, można polecać specjalnie stworzone do tego celu aplikacje na telefon np. Asystent Równowagi.

Dieta – niezbędny czynnik w walce z otyłością

Pożądanym celem jest stopniowe zmniejszenie masy ciała. W eliminowaniu nadwagi i otyłości nie poleca się stosowania głodówek. Głodówki prowadzą do niedoboru białek, zaburzeń wodno-elektrolitowych, wzrostu poziomu kwasu moczowego, wreszcie do spadku przemiany materii o 15-20%, co w rezultacie sprzyja rozwojowi otyłości w późniejszym okresie.

Do nieracjonalnych, a nawet szkodliwych sposobów redukcji masy ciała należą także niektóre diety polecane przez nieprofesjonalistów. Według badań IZZ dieta ryżowa zawiera tylko 1 g białka przy normie 0,8 g/kg masy ciała, tylko 6 g błonnika zamiast 20-30 g, zapotrzebowanie na witaminę C pokrywa w 85%, ale już na tiaminę

tylko w 15%, na ryboflawinę w 19%, na wapń w 10%, na żelazo w 25%, na magnez w 32%. Także w diecie MAYO wszystkie składniki są dostarczane poniżej zalecanych norm. Jeżeli tego rodzaju dietę rozpoczyna osoba zdrowa, wówczas przez pewien czas nie będzie odczuwała negatywnych skutków. Dieta tłuszczowa Atkinsa i Jana Kwaśniewskiego jest propozycją nieracjonalnego żywienia, jest to dieta wysokotłuszczowa i bardzo ubogowęglowodanowa. W przypadku braku lub niedostatecznej ilości węglowodanów w pożywieniu dochodzi do nieprawidłowego spalania kwasów tłuszczowych i powstawania ciał ketonowych zakwaszających ustrój. Stosowanie diety tłuszczowej w dłuższym okresie może powodować zakwaszenie ustroju (bardzo duża podaż produktów mięsnych), zaburzyć endogenną produkcję cholesterolu, a nadmiar dostarczanego retinolu i żelaza może kumulować się w komórkach wątrobowych i je uszkadzać. Ponadto dieta ta wymaga suplementacji witaminy C, potasu, wapnia, magnezu i miedzi.

Aby zredukować masę ciała bezpiecznie, należy to robić wolno i długo – nawet przez całe życie. Dlatego w diecie powinny być uwzględnione wszystkie niezbędne dla organizmu składniki, tylko w odpowiednich ilościach, ograniczając głównie spożycie tłuszczów, cukru i jego przetworów. Te warunki spełnia jedynie dieta zbilansowana 1000-1500 kcal. Składa się ona z 5 posiłków spożywanych regularnie, co 3-4 godziny o ustalonych porach dnia, przy czym ostatni posiłek należy spożywać nie później niż 2 godziny przed snem.

Rozpoczynając redukcję nadwagi lub otyłości, należy zorientować się, ile kalorii spożywa dana osoba podczas każdego posiłku i w ciągu całego dnia. Dlatego poleca się prowadzenie dzienniczka żywieniowego, co najmniej przez jeden lub dwa tygodnie i używanie elektronicznej wagi kuchennej z pomiarem kalorii. Otyli nie zdają sobie sprawy z tego, że poza zasadniczymi posiłkami znaczną wartość kaloryczną dostarczają z pożywieniem w czasie podjadania.

Mimo, że już dużo wiadomo na temat właściwego żywienia, to wciąż dobór diety w redukowaniu otyłości budzi wiele kontrowersji. Wszyscy są zgodni co do jednego – musi być to dieta zbilansowana, niskoenergetyczna, a ograniczenie pożywienia musi być tak realizowane, aby ilość składników odżywczych dostarczanych z pożywieniem była możliwie bliska zapotrzebowaniu człowieka zdrowego. Dieta o zmniejszonej wartości energetycznej powinna dostarczać odpowiednią ilość białka, składników mineralnych i witamin. W przeciwnym razie, jeśli dieta będzie oparta jedynie na kilku wybranych artykułach spożywczych, to wówczas będzie dietą niedoborową. Utratę 1 kg zapasów tłuszczowych w ciągu tygodnia uzyskuje się przez niedobór 7000 kcal w stosunku do potrzeb organizmu, czyli utratę 1000 kcal w ciągu dnia.

W diecie redukcyjnej ważna jest podaż płynów. Dla osób, które nie mają nadciśnienia i obrzęków, wskazane

jest wypijanie ok. 6 szklanek płynów obojętnych dziennie, takich jak: gorzka herbata, kawa, odłuszczone mleko, soki naturalne, sok pomidorowy, sok jarzynowy. Połowę limitu płynów powinna stanowić woda. Zabrania się picia napojów słodzonych, alkoholu, w tym piwa [3].

Piramida Zdrowego Żywienia i Aktywności Fizycznej – nowa z 2016 r.

Pisząc o ważnych czynnikach w walce z otyłością, nie sposób nie wspomnieć o nowej Piramidzie Zdrowego Żywienia i Aktywności Fizycznej, zważywszy, iż nastąpiła istotna zmiana w kolejności spożywania grup produktów spożywczych. Zmianą w nowej piramidzie, względem poprzedniej wersji z 2009 r., jest przesunięcie warzyw i owoców na najważniejsze, pierwsze miejsce wśród grup produktów spożywczych zalecanych do spożycia. Wcześniej w podstawie piramidy znajdowały się produkty zbożowe, które teraz zostały przeniesione na drugie miejsce.

Warzywa i owoce powinny być podstawą żywienia, dostarczają wielu bezcennych składników mineralnych, witamin, polifenoli i w istotny sposób zmniejszają zachorowalność oraz umieralność na choroby układu krążenia, cukrzycę czy nowotwory. Warzywa i owoce powinny stanowić co najmniej połowę tego, co jemy. Należy jednak zachować właściwe proporcje: $\frac{3}{4}$ porcji powinny stanowić warzywa, a $\frac{1}{4}$ owoce.

Dr hab. Jan CZECZELEWSKI, prof. nadzw. UMCS

Absolwent Wydziału Biologii i Nauk o Ziemi Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie. Pracownik Wydziału Wychowania Fizycznego i Sportu w Białej Podlaskiej, Akademii Wychowania Fizycznego im. Józefa Piłsudskiego w Warszawie i pracownik Zakładu Geografii Regionalnej i Turystyki Wydziału Nauk o Ziemi i Gospodarki Przestrzennej UMCS w Lublinie. W 1997 r. uzyskał stopień doktora nauk biologicznych w Wojskowym Instytucie Higieny i Epidemiologii W 2009 r. stopień naukowy doktora habilitowanego w zakresie nauk o kulturze fizycznej, po przedłożeniu rozprawy habilitacyjnej pt. „*Sposób żywienia. Stan odżywienia (wybrane cechy somatyczne) oraz aktywność fizyczna dzieci i młodzieży z terenu powiatu bialskiego; uwarunkowania i wzajemne związki*”. Główne zainteresowania naukowe to poznawanie związków pomiędzy sposobem żywienia, stanem odżywienia i aktywnością fizyczną dzieci, młodzieży i osób dorosłych. Autor bądź współautor ponad 70 oryginalnych prac badawczych opublikowanych w języku polskim, angielskim i rosyjskim.

PIŚMIENNICTWO:

- 1) Nazar K., *Wysiłek fizyczny – ważny czynnik w walce z otyłością*, KOSMOS, 2010, 3-4, t. 59:395-402.
- 2) Zahorska-Markiewicz B., *Aktualna strategia leczenia otyłości*, „Kardiologia w Praktyce”, 2004 3:8-12.
- 3) Ostrowska L., *Dieta w leczeniu otyłości*, „Kardiologia w Praktyce”, 2004, 3:14-20.

(przedruk z „Medium” nr8-9/16)

JAK PRZEKAZYWAĆ NIEPOMYŚLNE WIADOMOŚCI?

Czas płynie obok nas bezgłośnie, niezauważalnie i stanowczo. Przyjaciel ze studiów spotkany po latach uśmiecha się z wysiłkiem, ścisza głos: „Wiesz, to że zachorowałem na nowotwór było dla mnie w jakiś sposób zrozumiałe, ale sposób, w jaki poinformował mnie o tym mój kolega, w jednej chwili mnie odczłowieczył”.

Nie chcielibyśmy ich przekazywać. Nigdy nie chcielibyśmy ich usłyszeć. Sposób prowadzenia rozmowy nie zmieni zły wiadomości w dobrą, a jednak profesor J. Nie-lubowicz w „Polskim Tygodniku Lekarskim” z 1991 r. napisał: „Wielka jest siła lekarskiego słowa, daje możliwości leczenia i nauczania. Słowo jest potrzebne lekarzowi do wykonywania zawodu tak, jak każde inne narzędzie. Słowo lekarskie, które wywodzi się z prawdziwej wiedzy i chęci pomożenia choremu ma rzeczywistą, skuteczną siłę. Złe wiadomości w medycynie to jakiegokolwiek informacje, które niekorzystnie i w poważnym stopniu wpływają na przyszłość osoby, której dotyczą.”

W literaturze dotyczącej komunikowania rozpoznania poważnej choroby zwraca się uwagę, że w przeszłości ujawnianie diagnoz nie było obligatoryjne. Według Hilary Husband w latach 60. ubiegłego wieku ok. 90% lekarzy nie informowało swoich pacjentów o rozpoznaniu choroby nowotworowej z obawy, że informacja o takiej diagnozie pozbawi ich nadziei i w konsekwencji odbierze siły, wolę życia i będzie przyczyną podejmowania przez nich prób samobójczych. Jednak już pod koniec lat 70., wraz ze wzrostem skuteczności terapii onkologicznych, sytuacja diametralnie się zmieniła i ten sam odsekt klinicystów uważał za wskazane informowanie pacjentów o chorobie nowotworowej.

Osoba przekazująca niepomyślne wiadomości staje przed wyzwaniem poradzenia sobie ze swoimi własnymi negatywnymi emocjami, lękiem i napięciem, związanym z poczuciem odpowiedzialności oraz emocjami, których doświadcza odbiorca informacji.

Dla potrzeb lekarzy onkologów i ich pacjentów stworzono protokół SPIKES, zawierający sześć etapów przekazywania niepomyślnych wiadomości. W protokołach medycznych dotyczących, np. resuscytacji krążeniowo-oddechowej lub postępowania w kwasicy ketonowej każdy krok musi zostać właściwie wykonany, a udana realizacja kolejnego etapu zależy od prawidłowego przeprowadzenia i zakończenia etapu poprzedzającego. Postępowanie lekarza w czasie przekazywania informacji o rozpoznaniu poważnej choroby wymaga podobnej świadomości znaczenia poszczególnych etapów tego procesu oraz delikatności, precyzji, czujności i konsekwencji.

SPIKES wyodrębnia następujące kroki:

S – SETTING UP the interview, czyli przygotowanie rozmowy (m. in. zarezerwowanie odpowiedniej ilości czasu i zorganizowanie odpowiedniego miejsca, przemyślenie trudności, które mogą się pojawić w trakcie rozmowy);

P – assessing the patient’s PERCEPTION, etap polegający na ocenie wyjściowego stanu wiedzy i nastawienia/punktu widzenia pacjenta;

I – obtaining the patient’s INVITATION – to otrzymanie zgody/zaproszenia do dalszej rozmowy od pacjenta;

K – giving KNOWLEDGE and information to the patient, czyli udzielanie pacjentowi informacji o diagnozie;

E – addressing the patient’s EMOTIONS with empathic responses – empatyczna odpowiedź na emocje pacjenta;

S – STRATEGY and SUMMARY – strategia dalszego postępowania i podsumowanie.

Wartością SPIKES jest zwrócenie uwagi na potrzebę dowiadywania się, jakie są potrzeby pacjenta (np. co do zakresu informacji, które jest w stanie przyjąć), oraz akceptacji i przyjmowania bez oceniania emocji pacjenta.

Polski protokół **EMPATIA**, przedstawiony obok, podkreśla istotność przygotowania treści rozmowy i jej miejsca, przekazania pacjentowi prawdy i nadziei, planu terapii, udzielenia mu wsparcia oraz przygotowania adnotacji w dokumentacji.

* * *

EMOCJE. Głęboki kontekst emocjonalny pozostaje nieodłącznym elementem przekazywania złych wiadomości. Kontekst ten obejmuje zarówno emocje pacjenta, jak i lekarza. Otrzymanie wiadomości o poważnej chorobie jest z natury odbierane przez pacjenta jako wrogie, bywa opisywane jako „uderzenie w głowę” albo „wybuch bomby”.

Lekarz przekazujący informacje o poważnym zagrożeniu dla zdrowia i życia również doświadcza wielu negatywnych emocji. Istnieją różne strategie obronne stosowane przez pracowników opieki medycznej w takich sytuacjach. Niektóre z nich pozwalają na budowanie zaufania pacjenta, inne mogą być przyczyną zaprzepaszczenia szansy na dobrą współpracę. Przed przystąpieniem do rozmowy z pacjentem należy poświęcić kilka chwil na przygotowanie jej planu, uwzględniającego treść i kolejność przekazywanych pacjentowi informacji. Stworzenie planu obejmuje staranną znajomość szczegółowego rozpoznania dotychczasowego przebiegu choroby, jej aktualnego stadium, planów postępowania i rokowania.

MIEJSCE I OSOBY. Konieczne jest znalezienie odpowiedniego, spokojnego miejsca, które pozwoliłoby na przeprowadzenie rozmowy na siedząco i bez ingerencji osób trzecich. Czas tej rozmowy należy przeznaczyć wyłącznie na nią. Lekarz nie powinien w trakcie odbierać telefonu ani rozwiązywać innych problemów. Do pacjenta należy decyzja, czy w czasie tej rozmowy chce być sam z lekarzem, czy wolałby, żeby uczestniczyła w niej jeszcze jakaś inna osoba wspierająca go. W przypadku kiedy rozmowa dotyczy dzieci, kluczowa jest obecność obojga rodziców. Kwestie obecności dziecka przy rozmowie

rozstrzygają rodzice i lekarz, kierując się m. in. wolą pacjenta, jego wiekiem i dojrzałością emocjonalną.

PERSPEKTYWA PACJENTA. Przed przekazaniem wiadomości należy wysłuchać krótkiej opinii pacjenta o jego stanie zdrowia oraz zapytać o jego obawy. Pozwala to poznać poziom wiedzy chorego i jego nastawienie. Wysłuchanie pacjenta pomaga uniknąć omawiania faktów, które są dla niego jasne, dostosować formę i język rozmowy do potrzeb pacjenta i jego gotowości do przyjęcia informacji oraz poznać jego perspektywę widzenia choroby. Pacjent w trakcie swojej wypowiedzi przekazuje lekarzowi wiele informacji pozawerbalnie, dlatego w tym przypadku szczególnie istotny jest kontakt wzrokowy.

ADEKWATNY JĘZYK. W trakcie udzielania informacji należy dołożyć starań, aby używany język był dostosowany i zrozumiały dla pacjenta. Istotne jest unikanie żargonu medycznego.

TREŚĆ WIADOMOŚCI. Bezpośrednio przed podaniem złej wiadomości warto powiedzieć tak zwane zdanie ostrzegające, pozwalające pacjentowi podnieść gardę. Może być to zdanie w rodzaju: „*Wolałbym, żeby ta wiadomość była lepsza*” lub „*Bardzo mi przykro, że nie mogę mieć dla pana lepszych informacji*”. Treść wiadomości należy przekazać bezpośrednio i jak najprościej. Po przekazaniu wiadomości należy unikać pokusy natychmiastowego pocieszenia pacjenta. Chwila milczenia po jej przekazaniu jest odbierana przez pacjentów jako szacunek dla nich.

INFORMACJE DODATKOWE. Kolejnym etapem rozmowy jest zapewnienie o dalszej opiece i stałej gotowości wsparcia, przedstawienie planu leczenia, planu postępowania, szczegółów rokowania oraz odpowiedź na pytania pacjenta. Pacjent, ze względu na prze-

żywany stres, zwykle jest w stanie zapamiętać około 40% z przekazywanych mu w trakcie rozmowy informacji. Z tego powodu warto przedstawić mu konkretny termin kolejnej rozmowy, w trakcie której będzie mógł uzyskać odpowiedź na pojawiające się pytania. Czas między tymi dwoma rozmowami pozwoli pacjentowi sprecyzować wątpliwości. Warto zaproponować mu zannotowanie pytań. Taki plan pozwala uniknąć poczucia niedoinformowania oraz wielokrotnych niesatysfakcjonujących rozmów. W trakcie konwersacji z pacjentem nie powinno pojawić się sformułowanie w rodzaju: „*nic nie można zrobić*” lub „*nie ma już żadnej nadziei*”. Ważne jest mówienie prawdy i jednocześnie pozostawienie pacjentowi nadziei, niezależnie od jego sytuacji zdrowotnej. W niektórych przypadkach będzie to nadzieja na czas bez bólu, pozwalająca na realizację marzeń chorego lub nieokaleczające leczenie, w innych na całkowite wyzdrowienie. Istotne jest udzielenie emocjonalnego wsparcia pacjentowi.

ADNOTACJE W DOKUMENTACJI. Ze względów medyczno-prawnych należy sporządzić krótką notatkę z treści rozmowy, podpisać ją i poprosić pacjenta o jej podpisanie. Notatka powinna zostać podpisana przez wszystkie osoby uczestniczące w spotkaniu. Pacjent może otrzymać kopię dokumentu.

Dr n. med. Katarzyna JANKOWSKA
Specjalista pediatrii i hematologii dziecięcej
Kliniki Pediatrii, Hematologii i Onkologii,
Collegium Medicum w Bydgoszczy
Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu
jankowska.umk@gmail.com

(przedruk z „Primum” nr 10/16)

PRAWO NA CO DZIEŃ

DAWSTWO NARZĄDÓW – AKTUALNY STAN PRAWNY

Każdy przeszczep organu ma swoje źródło w decyzji o wielkiej wartości etycznej. Szlachetność takiego gestu polega na tym, że jest on prawdziwym aktem miłosierdzia dla drugiego człowieka.

Św. JAN PAWEŁ II

Przeszczepianie komórek, tkanek, narządów powszechnie określane jest mianem transplantacji. Transplantacje narządów są współcześnie coraz powszechniejszą metodą leczenia, która przedłuża oraz ratuje życie coraz większej liczbie pacjentów. Problematyka transplantacji dotyka wielu dziedzin nauki począwszy od medycyny, bioetyki, religii, a także prawa. Obecnie dopuszczalność transplantacji w aspekcie etycznym i religijnym nie wzbudza już zasadniczo większych kontrowersji,

szczególnie w zakresie przeszczepów od nieżyjących dawców. Przykładowo, mający fundamentalne znaczenie dla katolickiej nauki społecznej Katechizm Kościoła Katolickiego stanowi, że przeszczep narządów zgodny jest z prawem moralnym, jeśli fizyczne i psychiczne niebezpieczeństwa, jakie ponosi dawca, są proporcjonalne do pożądanego dobra biorcy. Oddawanie narządów po śmierci jest czynem szlachetnym i godnym pochwały; należy do niego zachęcać, ponieważ jest przejawem wielkodusznej solidarności. Moralnie nie do przyjęcia jest pobranie narządów, jeśli dawca lub jego bliscy, mający do tego prawo, nie udzielają na to wyraźnej zgody. Jest rzeczą moralnie niedopuszczalną bezpośrednio powodowanie trwałego kalectwa lub śmierci jednej istoty

ludzkiej, nawet gdyby to miało przedłużyć życie innych osób (2 296 KKK). Z jednej strony Kościół zachęca do dobrowolnego dawstwa narządów, z drugiej natomiast zwraca uwagę na etyczne aspekty dawstwa, podkreślając obowiązek ochrony życia i godności zarówno dawcy, jak i biorcy.

Współcześnie przeszczep narządu musi być nie tylko uzasadniony medycznie, ale także zgodny z prawem. Transplantologia rozwijała się znacznie szybciej niż prawo w przedmiotowym zakresie, ale od połowy lat 90. XX wieku obowiązywały w Polsce adekwatne regulacje prawne, które zostały jednakże zmienione w XXI wieku w związku z członkostwem w Unii Europejskiej. Przeszczepienie może być wykonywane w celach leczniczych lub naukowych. Za pobrane od dawcy komórki, tkanki lub narządy nie można żądać ani przyjmować zapłaty, innej korzyści majątkowej lub korzyści osobistej.

Podstawy prawne i rodzaje przeszczepów

Przeszczepy stały się rewolucją w medycynie i musiały wprowadzenie regulacji prawnych w przedmiotowym zakresie (1). Przeszczepy muszą być bowiem zgodne zarówno z wiedzą medyczną, jak i z przepisami prawa. Przez wiele lat problematyka przeszczepów nie była uregulowana w polskim prawie. W 1975 r. ukazały się wytyczne ministra zdrowia i opieki społecznej w sprawie zabiegu przeszczepienia nerek. Były one stosowane latami przez analogię do innych narządów. Następnie w ustawie o zakładach opieki zdrowotnej uregulowano częściowo kwestię transplantacji – jedynie w odniesieniu do pobrania organów ze zwłok. Jednakże dopiero Ustawa z dnia 26 października 1995 r. o pobieraniu, przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów wypełniła lukę w polskim systemie prawnym w zakresie transplantacji. Pierwsza polska ustawa transplantacyjna obejmowała swym zakresem trzon problematyki w przedmiocie przeszczepów *ex mortuo* i *ex vivo*, które to opierała na zasadzie donacji.

Członkostwo Polski w Unii Europejskiej wiąże się m.in. z przyjęciem dorobku prawnego UE oraz ze stosowaniem i wdrażaniem prawa europejskiego. Parlament Europejski i Rada, mając na celu zagwarantowanie jakości i bezpieczeństwa tkanek i komórek ludzkich będących przedmiotem transplantacji, wydały 31 marca 2004 r. Dyrektywę nr 2004/23/WE w sprawie ustalenia norm jakości i bezpiecznego oddawania, pobierania, testowania, przetwarzania, konserwowania, przechowywania i dystrybucji tkanek i komórek ludzkich. Podstawowym celem Dyrektywy nr 2004/23/WE jest zagwarantowanie jakości i bezpieczeństwa transplantów, w szczególności dla zapobieżenia przenoszeniu się chorób. UE dąży bowiem do promowania możliwie najwyższego poziomu ochrony zdrowia publicznego w zakresie dotyczącym jakości i bezpieczeństwa tkanek i komórek. Konieczność harmonizacji prawa polskiego z prawem europejskim

spowodowała uchwalenie 1 lipca 2005 r. nowej (i dotychczas obowiązującej) ustawy dotyczącej transplantacji, tj. Ustawy o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów (t.j.: Dz. U. z 2015 poz. 793) – dalej zwanej u.p.p.p. Powyższa ustawa weszła w życie 31 grudnia 2006 r.

W aspekcie medycznym istnieją różne podziały przeszczepów, m.in. na autogenne i allogenne oraz ksenogenne. Zasadą są przeszczepy allogenne (bliźniopochodne). Obowiązująca ustawa z 2005 roku, podobnie jak jej poprzedniczka, dopuszcza możliwość przeszczepów ksenogennych (obcogatunkowych), jednakże precyzuje warunki ich przeprowadzania. Artykuł 20 u.p.p.p. stanowi bowiem, że przeszczepienie w celach leczniczych ludziom komórek, tkanek lub narządów pochodzących od zwierząt jest dopuszczalne pod warunkiem uzyskania pozytywnej opinii Krajowej Rady Transplantacyjnej, a do ich przeprowadzania mają zastosowanie przepisy dotyczące eksperymentów medycznych. Ponadto ze względu na fakt czy dawcą przeszczepu jest żywy człowiek, czy narząd pobiera się ze zwłok, wyróżnia się transplantacje:

1. *ex mortuo* – gdy transplant pozyskuje się ze zwłok,
2. *ex vivo* – gdy dawcą przeszczepu jest żywy człowiek.

Dychotomiczny podział na przeszczepy *ex mortuo* i *ex vivo* jest podstawowym podziałem wynikającym z prawnych regulacji transplantologii. W dalszej części artykułu zostaną przedstawione prawne warunki dopuszczalności pobrania narządu do przeszczepu od nieżyjącego, a następnie od żyjącego dawcy.

Przedstawiając prawną problematykę transplantacji nie można zapomnieć o istotnej roli zarówno organizacyjnej, jak i edukacyjnej Centrum Organizacyjno-Koordynacyjnego ds. Transplantacji (Poltransplant) w Warszawie. Centrum jest jednostką budżetową podległą ministrowi właściwemu do spraw zdrowia. Poltransplant prowadzi m.in. Krajową Listę Oczekujących na Przeszczepienie oraz Centralny Rejestr Sprzeciwów. Na stronie internetowej Poltransplant (www.poltransplant.org.pl) znajdują się aktualne akty prawne i dane dotyczące transplantacji, w tym liczba przeprowadzonych przeszczepów, a także oczekujących pacjentów. Jak wynika z danych Poltransplant w 2015 roku dawców zmarłych (rzeczywistych) było w Polsce 526 i dokonano 1.432 przeszczepów *ex mortuo* (z czego zdecydowaną większość stanowiły nerki – ok. 1.000). W 2015 roku przeszczepów nerki od dawców żywych było 60, a fragmentów wątroby 22. Na koniec ww. roku na Krajowej Liście Oczekujących było 1.584 osób, z czego ponad 900 oczekiwało na przeszczep nerki, natomiast na koniec lipca 2016 r. pacjentów oczekujących na przeszczepy ogółem było już 1.725.

Śmierć dawcy *ex mortuo*

Transplantacja *ex mortuo* oznacza pobieranie komórek, tkanek lub narządów ze zwłok ludzkich w celach diagnostycznych, leczniczych, naukowych i dydaktycznych. Są

to przeszczepy bardziej pożądane z uwagi na m.in. szerzy krąg potencjalnych dawców i brak dla nich zagrożeń zdrowotnych (w przeciwieństwie do dawców żywych), a także przemawiają za nimi względy ekonomiczne.

Podstawowym warunkiem dawstwa ex mortuo jakiegokolwiek narządu jest śmierć dawcy! Najpierw bowiem należy ustalić jednoznacznie śmierć człowieka będącego potencjalnym dawcą. Śmierć to kres życia osobniczego, ustanie procesów życiowych wskutek nieodwracalnych zmian w równowadze czynnościowej i załamanie wewnętrznej organizacji ustroju (2). Śmierć jest przede wszystkim procesem biologicznym, wynikającym z zatrzymania metabolizmu komórkowego. W roku 1968 tzw. Komisja Harwardzka odrzuciła klasyczną definicję śmierci związaną z kryterium zaniku krążenia krwi i oddychania na rzecz nowej definicji – śmierci mózgowej. Powszechnie za śmierć w sensie prawa uważana jest śmierć mózgu oznaczająca dezintegrację wszelkich procesów życiowych. Należy jednak zauważyć, iż w niektórych państwach o śmierci organizmu decyduje śmierć całego mózgu, w innych natomiast (w tym także w Polsce pod rządami ustawy transplantacyjnej z 1995 roku) gdy śmierć obejmie pień mózgu.

W polskim systemie prawnym definicja śmierci określona została w ustawach transplantacyjnych. Aktualnie obowiązująca ustawa utożsamia śmierć osobniczą ze śmiercią mózgową, za którą uważa trwałe i nieodwracalne ustanie czynności mózgu (3). Kryteria i sposób stwierdzenia trwałego nieodwracalnego ustania czynności mózgu ustalają powołani przez ministra właściwego ds. zdrowia specjaliści odpowiednich dziedzin medycyny przy uwzględnieniu aktualnej wiedzy medycznej. Minister właściwy ds. zdrowia ogłasza, w drodze obwieszczenia, w Dzienniku Urzędowym RP „Monitor Polski”, kryteria i sposób stwierdzenia trwałego nieodwracalnego ustania czynności mózgu. Obecnie obowiązuje w przedmiotowym zakresie Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 17 lipca 2007 r. w sprawie kryteriów i sposobu stwierdzenia trwałego nieodwracalnego ustania czynności mózgu (M.P. nr 46 poz. 547). Kryteria zawarte w powyższym obwieszczeniu oparto o założenie, że śmierć jest zjawiskiem zdysocjowanym. Oznacza to, że śmierć ogarnia tkanki i układy w różnym czasie. Rozpoznanie śmierci mózgu opiera się na stwierdzeniu nieodwracalnej utraty jego funkcji. Postępowanie kwalifikacyjne jest dwuetapowe: etap I – wysunięcie podejrzenia śmierci mózgu, etap II – wykonanie badań potwierdzających śmierć mózgu.

Trwałe nieodwracalne ustanie czynności mózgu stwierdza jednomyślnie, na podstawie kryteriów określonych w załączniku do obwieszczenia ministra zdrowia, komisja złożona z trzech lekarzy posiadających specjalizację, w tym co najmniej jednego specjalisty w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii oraz jednego specjalisty w dziedzinie neurologii lub neurochirurgii.

Komisję wyżej wskazaną powołuje i wyznacza jej przewodniczącego kierownik podmiotu leczniczego lub osoba przez niego upoważniona.

Wskutek nowelizacji w 2009 roku dodano do Ustawy z dnia 1 lipca 2005 o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów m.in. art. 9a, który stanowi, że **pobranie komórek, tkanek lub narządów do przeszczepiania jest dopuszczalne po stwierdzeniu zgonu wskutek nieodwracalnego zatrzymania krążenia**. Określono, że lekarz stwierdzający zgon pacjenta wskutek nieodwracalnego zatrzymania krążenia nie może brać udziału w postępowaniu obejmującym pobieranie i przeszczepianie komórek, tkanek lub narządów od osoby zmarłej, u której stwierdził zgon wskutek nieodwracalnego ustania krążenia. Minister zdrowia jest uprawniony do ogłaszania w drodze obwieszczenia w Dzienniku Urzędowym RP „Monitor Polski” kryteriów i sposobu stwierdzenia nieodwracalnego zatrzymania krążenia. Obecnie obowiązuje w przedmiotowym zakresie Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 9 sierpnia 2010 r. w sprawie kryteriów i sposobu stwierdzenia nieodwracalnego zatrzymania krążenia (M.P. nr 59 poz. 784). W świetle powyższego obwieszczenia stwierdzenie zgonu wskutek nieodwracalnego zatrzymania krążenia opiera się na całościowej interpretacji danych z wywiadu chorobowego i klinicznych objawów nieodwracalnego zatrzymania krążenia. Lekarz stwierdzający nieodwracalne zatrzymanie krążenia dla potrzeb pobrania narządów jest obowiązany oprzeć się na opinii dwóch lekarzy wybranych spośród specjalistów z następujących dziedzin medycyny: anestezjologii i intensywnej terapii, medycyny ratunkowej, kardiologii, kardiologii dziecięcej lub chorób wewnętrznych. Konkretnie kryteria zawiera przedmiotowe obwieszczenie.

Zgoda dawcy ex mortuo?

Sama śmierć dawcy nie wyczerpuje prawnych przesłanek do przeszczepu ex mortuo. Należy bowiem ustalić jeszcze, kto w świetle obowiązujących przepisów i w jaki sposób ma prawo do dysponowania narządami do przeszczepu. Uprawnionym (dysponentem transplantów) jest zasadniczo tylko sam dawca, jeżeli jest pełnoletni i nieubezpieczeniowy. Sam potencjalny dawca (a nie jego rodzina!) dysponuje swoimi tkankami i narządami na wypadek przyszłej transplantacji ex mortuo. W prawodawstwie światowym istnieją dwa podstawowe modele dotyczące przeszczepów ze zwłok. Pierwszy z nich, przyjęty także w polskim ustawodawstwie, opiera się na założeniu domniemywania zgody każdego potencjalnego dawcy na oddanie własnych narządów po śmierci. Model drugi (angloamerykański) natomiast zakłada konieczność istnienia wyraźnej zgody potencjalnego dawcy. Podkreślić należy, że od czasu pierwszej ustawy transplantacyjnej realizacja uprawnień potencjalnego dawcy oparta jest w Polsce o konstrukcję tzw. zgody do-

mniemanej. Zgoda domniemana polega na możliwości zgłoszenia za życia swojego sprzeciwu wobec pobrania organów i komórek do transplantacji. W świetle prawa polskiego nie jest wymagana zgoda dawcy na przeszczep narządu *ex mortuo*! Bezspornie należy przyjąć, że jeżeli osoba zmarła nie wyraziła za życia sprzeciwu, to dopuszczalne w świetle prawa jest pobranie od niej komórek, tkanek i narządów w celu przeszczepienia. Natomiast powyższe pobranie nie jest możliwe, gdy zmarły dawca za swego życia wyraził prawnie skuteczny sprzeciw. Prawnienie skuteczny sprzeciw może być wyrażony tylko w następujących formach:

1. wpisu w centralnym rejestrze sprzeciwów na pobranie komórek, tkanek i narządów ze zwłok ludzkich;
2. oświadczenia pisemnego zaopatrzonego we własnoręczny podpis;
3. oświadczenia ustnego złożonego w obecności co najmniej dwóch świadków, pisemnie przez nich potwierdzonego.

Ustawa transplantacyjna przewiduje zamknięty katalog prawnie dopuszczalnych form wyrażenia skutecznego sprzeciwu wobec pobrania transplantów. Sprzeciw może być w każdym czasie skutecznie cofnięty, jednakże przy zachowaniu formy przewidzianej dla jego złożenia (np. przez wykreślenie w centralnym rejestrze sprzeciwów). Pierwsza z możliwych form to wpis w centralnym rejestrze sprzeciwów dokonywany na podstawie zgłoszenia potencjalnego dawcy. Stwierdzenie istnienia sprzeciwu na pobranie komórek, tkanek lub narządów po ustaleniu śmierci człowieka rozpoczyna się od ustalenia, czy zarejestrowano go w centralnym rejestrze sprzeciwów. W przypadku małoletniego (czyli osoby poniżej 18. roku życia) lub innej osoby, która nie ma pełnej zdolności do czynności prawnych (np. osoby ubezwłasnowolnionej), sprzeciw może wyrazić za ich życia przedstawiciel ustawowy (czyli rodzic posiadający władzę rodzicielską lub opiekun prawny wyznaczony przez sąd). W przypadku małoletniego powyżej lat szesnastu sprzeciw może wyrazić również ten małoletni.

Reasumując, podstawowymi przesłankami transplantacji *ex mortuo* są:

1. śmierć mózgowa dawcy/zatrzymanie krążenia,
2. zgoda domniemana dawcy (czyli brak złożenia sprzeciwu w przepisanej formie),
3. zasadność medyczna.

Kto może być dawcą *ex vivo*?

Charakterystyczne dla regulacji prawnych w zakresie transplantacji *ex vivo* jest ograniczenie kręgu podmiotowego dawców. **Podstawowym kryterium decydującym o tym, kto może być dawcą, jest przedmiot transplantacji (komórki, tkanki, narządy nieregenerujące się lub komórki, tkanki, narządy ulegające regeneracji albo szpik kostny). Jeżeli przedmiotem przeszczepu mają być**

komórki, tkanki, narządy nieregenerujące się (nerka), to mogą one być wyłącznie pobrane od krewnych w linii prostej (czyli wstępnym i zstępnym, np. rodziców, dzieci, rodzeństwa, osoby przysposobionej oraz małżonka). Ponadto powyższego pobrania można dokonać od innej osoby, jeżeli uzasadniają to szczególne względy osobiste. Do powyższego kręgu dawców można zaliczyć narzeczonych, konkubentów. Pobranie komórek, tkanek lub narządu od żywego dawcy na rzecz osoby niebędącej krewnym w linii prostej, rodzeństwem, osobą przysposobioną lub małżonkiem, wymaga zgody sądu rejonowego właściwego ze względu na miejsce zamieszkania dawcy, wydanego w postępowaniu nieprocesowym, po wysłuchaniu wnioskodawcy oraz po zapoznaniu się z opinią Komisji Etycznej Krajowej Rady Transplantacyjnej. Procedura sądowa nie dotyczy pobrania szpiku i innych regenerujących się komórek lub tkanek. Sąd wszczyna postępowanie na wniosek kandydata na dawcę.

Natomiast **w przypadku pobrania szpiku lub innych regenerujących się komórek lub tkanek, pobranie może nastąpić również na rzecz innej osoby (niż krewny, małżonka itd.). W tej sytuacji brak jest ustawowych ograniczeń podmiotowych dla dawców i niewymagana jest zgoda sądu.** Pewne kategorie osób mogą być dawcami tylko w określonym zakresie lub w sytuacjach wyjątkowych – należą do nich kobiety ciężarne oraz małoletnie rodzeństwo biorcy. Bowiern kobieta ciężarna może być kandydatem na dawcę jedynie komórek i tkanek, a małoletni może być dawcą na rzecz rodzeństwa tylko w przypadku, gdy zachodzi bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia, a niebezpieczeństwa takiego nie można uniknąć w inny sposób niż przez dokonanie przeszczepu szpiku lub komórek krwiotwórczych krwi obwodowej, a dodatkowo – jeżeli nie spowoduje to dającego się przewidzieć upośledzenia sprawności organizmu dawcy. Transplantacja od małoletniego dawcy obwarowana jest jeszcze dodatkowymi wymogami ustawowymi. Pobranie szpiku lub komórek krwiotwórczych krwi obwodowej od małoletniego, który nie posiada pełnej zdolności do czynności prawnych, może być dokonane za zgodą przedstawiciela ustawowego po uzyskaniu zgody sądu opiekuńczego, właściwego ze względu na miejsce zamieszkania kandydata na dawcę. W przypadku, gdy dawcą szpiku jest małoletni powyżej lat trzynastu, wymagana jest także jego zgoda.

Zgoda dawcy i biorcy *ex vivo*

Warunkiem koniecznym transplantacji *ex vivo* jest ustalenie zasadności i celowości pobrania i przeszczepienia komórek, tkanek i narządów na podstawie aktualnej wiedzy medycznej. Zasadność pobrania ocenia się w odniesieniu do dawcy i biorcy. Ustalenie celowości i zasadności pobrania *ex vivo* spoczywa na lekarzach dokonujących transplantacji (pobierających i przeszczepiających komórki, tkanki lub narządy) i należy to roz-

patrywać przede wszystkim w kategoriach medycznych. Za zasadny i celowy należy uznać taki zabieg, który nie zagraża zdrowiu lub życiu dawcy i biorcy, a nieosiągalny jest transplant ex mortuo. Pobranie powinno zostać poprzedzone niezbędnymi badaniami lekarskimi ustalającymi, czy ryzyko zabiegu nie wykracza poza przewidywane granice dopuszczalne dla tego rodzaju zabiegów i nie upośledzi w istotny sposób stanu zdrowia dawcy.

Fundamentalnym prawnym warunkiem transplantacji ex vivo jest świadoma zgoda dawcy poprzedzona odpowiednią informacją. Konstrukcja taka związana jest z autonomią woli pacjenta i jego podstawowym prawem do wyrażenia zgody na świadczenia zdrowotne. Kandydat na dawcę musi zostać przed wyrażeniem zgody szczegółowo, pisemnie poinformowany o rodzaju zabiegu, ryzyku związanym z tym zabiegiem i o dających się przewidzieć następstwach dla jego stanu zdrowia w przyszłości przez lekarza wykonującego zabieg oraz przez innego lekarza niebiorącego bezpośredniego udziału w pobieraniu i przeszczepieniu komórek, tkanek lub narządu. Zgoda dawcy musi mieć formę pisemną i być dobrowolna. Legalność przeszczepu ex vivo wymaga także realizacji obowiązku informacyjnego wobec biorcy, a także jego zgody. Kandydat na biorcę musi zostać poinformowany o ryzyku związanym z zabiegiem pobrania komórek, tkanek lub narządu oraz o możliwych następstwach pobrania dla stanu zdrowia dawcy, a także wyrazić zgodę na przyjęcie komórek, tkanek lub narzą-

du od tego dawcy (wymóg wyrażenia zgody na przyjęcie przeszczepu od określonego dawcy nie dotyczy szpiku lub innych regenerujących się komórek i tkanek). Przeprowadzenie przeszczepu ex vivo tylko zgodnie z wyżej wymienionymi warunkami oraz sztuką lekarską będzie zgodne z prawem.

Dr adw. Małgorzata PASZKOWSKA

Prawnik i socjolog. Od wielu lat doradca i wykładowca w zakresie prawa i zarządzania w ochronie zdrowia. Adiunkt w Katedrze Prawa WSiIZ w Rzeszowie. Wykładowca na kursach specjalizacyjnych dla lekarzy. Współorganizator kierunku zdrowie publiczne oraz uczelnianego centrum rehabilitacyjno-medycznego REH-MEDIQ. Prowadzi zajęcia ze studentami w szczególności na kierunku administracja i zdrowie publiczne i wykłady na studiach podyplomowych. Opiekun merytoryczny i autorka programów studiów podyplomowych: Zarządzanie podmiotami leczniczymi, Organizacja i zarządzanie w ochronie zdrowia, Usługi opiekuńcze i specjalistyczne usługi opiekuńcze (dla pracowników pomocy społecznej).

PRZYPISY

4) Interesujący przegląd regulacji prawnych dotyczących transplantacji: J.Duda, Cywilnoprawna problematyka transplantacji medycznej, Wolters Kluwer, Warszawa 2011.

5) Encyklopedia powszechna, tom IV, Wyd. PWN 1998, hasło „śmierć” s. 406.

6) Art. 9 Ustawy z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów.

(przedruk z „Medium” nr11/16)

PRZETWARZANIE W INTERNECIE DANYCH OSOBOWYCH LEKARZY

Każdy ma prawo do ochrony dotyczących go danych osobowych – czytamy w art. 1 ustawy z 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych (Dz. U. 2014 r. poz. 1182). Czy aby na pewno każdy? Wolne żarty. Jak to często w przepisach prawa bywa, nie każdy i nie zawsze. Wiedzą coś o tym lekarze, którzy zmagali się z portalami internetowymi publikującymi rankingi oceniające ich pracę i wpisy użytkowników na ten temat. Na ogół czekała ich porażka.

Art. 23 wspomnianej ustawy uściśla bowiem: przetwarzanie danych jest dopuszczalne, gdy:

Osoba, której dane dotyczą, wyrazi na to zgodę;

Jest to niezbędne do zrealizowania uprawnienia lub spełnienia obowiązku wynikającego z przepisu prawa;

Jest to konieczne do realizacji umowy, gdy osoba, której dane dotyczą, jest jej stroną lub na żądanie osoby, której dane dotyczą;

Jest niezbędne do wykonania określonych prawem zadań realizowanych dla dobra publicznego;

Jest to niezbędne do wypełnienia prawnie usprawiedliwionych celów realizowanych przez administratorów

danych albo odbiorców danych, a przetwarzanie nie narusza praw i wolności osoby, której dane dotyczą.

Z tego przepisu Wojciech Wiewiórowski, wieloletni Generalny Inspektor Ochrony Danych Osobowych (dziś zastępca europejskiego inspektora ochrony danych w Brukseli), wysnuwał wnioski, iż w określonych okolicznościach lekarzom pełna ochrona danych nie przysługuje. Jak uzasadniał swe stanowisko?

Serwis jest narzędziem

Pięć lat temu, uzasadniając odmowę uwzględnienia skargi na portal pewnej znanej lekarki hematolog (dalej nazywamy ją Skarżącą), generalny inspektor (dalej GIO-DO) wyjaśniał, że zgoda osoby, której dane dotyczą, nie tylko nie jest jedyną i wyłączną okolicznością czyniącą proces przetwarzania danych legalnym, ale także nie ma żadnych podstaw ku temu, by traktować tę przesłankę w sposób uprzywilejowany. Nie dostrzegał niczego nieestosownego w tym, że portal umożliwia użytkownikom wymianę informacji i opinii na temat lekarzy i zakładów opieki. Akcentował: przetwarzanie danych osobowych

należy uznać za legalne, gdy jest niezbędne do wypełnienia prawnie usprawiedliwionych celów i nie narusza praw i wolności osoby, której dane dotyczą. Wprawdzie, zauważał, termin „usprawiedliwione cele” jest zwrotem niedookreślonym i daje pewnego rodzaju luz decyzyjny. Z tego jednak względu organ stosujący prawo (GIODO) musi wyważyć kolidujące interesy Skarżącej, której informacje dotyczą, i użytkowników serwisu. W efekcie uznał, że prawo Skarżącej do ochrony prywatności nie może przewyższać prawa pacjentów-użytkowników serwisu do swobody wypowiedzi.

GIODO podkreślił także, iż przysługujące każdemu prawo do ochrony dotyczących go danych osobowych nie ma charakteru absolutnego i zarówno nauka prawa, jak i orzecznictwo wypracowały reguły różnicujące intensywność ochrony ze względu na pozycję i funkcję społeczną danej osoby. Zawód lekarza to zawód zaufania publicznego, którego wykonywanie jest istotne z punktu widzenia interesu publicznego. Dlatego lekarz udzielający świadczeń zdrowotnych, w szczególności w publicznych zakładach opieki zdrowotnej, musi liczyć się z tym, iż sposób wykonywania przez niego pracy i uzyskane efekty podlegają społecznej kontroli dokonywanej przez pacjentów. Serwis internetowy umożliwiający użytkownikom zamieszczanie opinii i komentarzy dotyczących lekarzy jest jedynie narzędziem, za pomocą którego pacjenci kontrolę sprawują.

Nowe spojrzenie

Taka interpretacja ustawy o ochronie danych osobowych obowiązywała przez wiele lat. Wydawało się, że nic nie jest w stanie jej wzruszyć. Jednak szykuje się poważna zmiana. Nowe spojrzenie na problem zapoczątkował ubiegłoroczny wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Warszawie, który uchylił decyzję GIODO uzasadnioną w identyczny sposób jak przedstawiony wyżej (sygn. akt II SA/Wa 1819/13). GIODO nie pogodził się z tym i zaskarżył ten wyrok do Naczelnego Sądu Administracyjnego, jednak w kwietniu tego roku sprawę przegrał (wyrok NSA OSK 1480/14). W efekcie musi ponownie rozpatrzyć sprawę, uwzględniając jednak wskazówki sądu. Zasadą jest bowiem, że sąd administracyjny, kontrolując zgodność zaskarżonej decyzji z prawem, orzeka wyłącznie na podstawie materiału dowodowego zgromadzonego przez urząd, w tym wypadku GIODO. Nie może go zastąpić i czynić w tym względzie własnych ustaleń.

Mimo takiego ograniczenia sąd dostrzegł kilka okoliczności, które dotąd nikomu nie wydawały się istotne. Przede wszystkim podważył przekonanie GIODO, że prawnie usprawiedliwionym celem legalizującym przetwarzanie danych lekarza bez jego zgody jest potrzeba społecznej kontroli i wykonywanie przezeń zawodu zaufania publicznego. GIODO, jak wytknął sąd, nie wziął jednak pod uwagę sytuacji, gdy rejestr ma charakter

stricte komercyjny. Tymczasem inkryminowany portal jest nawet pośrednikiem w umawianiu pacjentów. Jego klientami są lekarze, którzy mają w serwisie kalendarz wizyt. Zasady uczestnictwa w nim zostały tak pomyślane, że trudno nie zgodzić się ze skarżącym, według którego dopuszczono się w nich potrójnego wymuszenia danych. Pierwsze to wymuszenie ich od pacjentów, którzy chcą anonimowo umieścić swoją ocenę lekarza. Drugie to zmuszenie lekarza, który chce odpowiedzieć na zarzuty dotyczące jego osoby, do udzielenia zgody na przetwarzanie jego danych. Trzecie wymuszenie według skarżącego to konieczność podpisania umowy przez takiego lekarza na płatne pośrednictwo w umawianiu wizyt.

Sąd zauważył także, że regulowanym przez prawo rejestrem lekarzy, którzy uzyskali prawo wykonywania zawodu, jest rejestr prowadzony przez okręgową izbę lekarską. W jego ocenie rejestr ten pełni zarówno funkcję informacyjną, jak i ochronną, i to nie tylko dla osób korzystających ze świadczeń medycznych, lecz również dla samych lekarzy. Nie ma zatem charakteru prywatnego i komercyjnego, nie służy celom marketingowym (reklamowym) usług medycznych. Natomiast z częściowo poczynionych ustaleń GIODO w sposób bezsporny wynika, że ten charakter mają niektóre portale.

Reasumując, sąd stwierdził, że GIODO nie ustalił, czy właściciel portalu zapewnia należytą ochronę danych osobowych. Nie wziął np. pod uwagę, że jakakolwiek możliwość ingerencji lekarza w kwestii przetwarzania jego danych osobowych jest możliwa wyłącznie po zarejestrowaniu na portalu, a dzieje się to w sytuacji, gdy jego profil już istnieje. Nie dostrzegł także, że do zapewnienia ochrony swoich danych lekarz musi spełnić dodatkowe, i to pozaustawowe, obowiązki w postaci zawarcia z administratorem (właścicielem portalu) stosownej umowy cywilnoprawnej. Do tego zaś czasu uprawnień takich w ogóle nie ma.

Zdaniem sądu GIODO ma obowiązek zbadać dokładnie, czy przetwarzanie danych ma charakter komercyjny. Jeśli tak, potrzebna jest zgoda lekarzy na podanie jakichkolwiek informacji o nich. GIODO ma za zadanie również wyjaśnić, czy były udzielane zgody lekarzy i czy portal przetwarzał dane lekarza po zgłoszeniu przez niego sprzeciwu.

Nie tylko wolność słowa

Druga opisana historia skłania do kilku wniosków. Otóż po początkowym zachłyśnięciu się niemal nieograniczoną wolnością słowa w internecie coraz częściej dostrzega się, jak wielkie szkody można komuś uczynić za jego pośrednictwem. Coraz częściej ten fakt dostrzegają sądy. Na przykład pod koniec czerwca Europejski Trybunał Praw Człowieka orzekł w jednej ze spraw, że pociągnięcie komercyjnych internetowych portali informacyjnych do odpowiedzialności za treść komentarzy użytkowników nie łamie Europejskiej Konwencji Praw

► Człowieka. Dodajmy, że w tej sprawie nie odpowiadał na pytanie, czy swoboda wypowiedzi autorów komentarzy została złamana, ale czy obciążenie portalu odpowiedzialnością za komentarze umieszczone przez osoby trzecie było złamaniem prawa do przekazywania informacji (sprawa Delfi przeciw Estonii).

To nowe myślenie cechuje także polskie sądy, tyle że wolno mieć nasze młyny sprawiedliwości. Opisana druga sprawa ciągnie się już trzy lata. Doktor medycyny, kardiolog, Witold Pokojński batalię o ochronę swego dobrego imienia rozpoczął w czerwcu 2012 roku. Warto pogratulować mu cierpliwości oraz, jak sądzę, zręcznego prawnika, który dokładnie przeanalizował przepisy o ochronie danych osobowych.

Jednak mimo wygranej lekarza portal niewiele zmienił swoje procedury. Gra na zwłokę, czeka na wymuszo-

ną przez sąd decyzję GIODO, którą zapewne zaskarży do II instancji.

Spółka, z którą lekarz się wadził, przetwarza dane osobowe 134 tys. lekarzy. O tym, że wielu z nich ma z nią na pieńku, pośrednio świadczy choćby fakt, że skarżącego wspierała Naczelna Rada Lekarska w osobie Macieja Hamankiewicza od dawna prezentująca pogląd, że niektóre serwisy internetowe naruszają dobra osobiste lekarzy.

Czy zatem na przetwarzanie w internecie danych osobowych lekarzy potrzebna będzie ich zgoda? Wszystko na to wskazuje, że tak. Od kiedy? Tu odpowiedź może być jedna: w najbliższym czasie.

Żaneta SEMPRICH

(przedruk z „Medical Tribune” nr 11/15)

MEDIACJA JAKO PREFERENCYJNA METODA ROZWIĄZYWANIA SPORÓW DOTYCZĄCYCH ZDARZEŃ MEDYCZNYCH

Specyfika sporów dotyczących zdarzeń medycznych

Zdarzenia medyczne są specyficzną dziedziną, zarówno ze względu na duży stopień skomplikowania tych spraw od strony prawnej, jak i poziom emocji, który towarzyszy sytuacjom związanym z pogorszeniem się stanu zdrowia czy nawet utratą życia pacjenta. Spory te są także trudne emocjonalnie dla lekarzy, ponieważ mogą mieć wpływ na ich reputację, a także przyszłą karierę. Spory sądowe w tych sprawach zaliczane są do wyjątkowo trudnych i kosztownych, a ze względu na kompleksowość zagadnień dot. odpowiedzialności za zdarzenie medyczne toczą się latami. Postępowanie w tych sprawach wymaga wiedzy specjalnej od sędziów i prawników reprezentujących strony i często wielokrotnego sporządzania opinii przez biegłych oraz instytuty naukowe. Przeciętnie w każdej sprawie sądowej dot. zdarzeń medycznych sporządzane są trzy opinie biegłych. Odpowiedzialność personelu medycznego jest złożona, gdyż podlegają oni odpowiedzialności karnej, cywilnej i dyscyplinarnej, i coraz trudniej ją ustalić, gdyż współczesna medycyna bazuje na zespołowości leczenia, gdzie określone obszary są powierzone różnym osobom. Do tego dochodzą takie elementy, jak stopniowe poszerzanie się zakresu odpowiedzialności lekarzy i placówek medycznych wobec pacjentów oraz wzrost wysokości odszkodowania i zadośćuczynienia za szkodę i krzywdę doznaną w wyniku zdarzeń medycznych.

Z uwagi na skomplikowany i długotrwały charakter spraw sądowych dot. zdarzeń medycznych, a tak-

że występujące w nich elementy osobiste i emocjonalne po obu stronach, coraz częściej na świecie wprowadza się w nich, alternatywnie do sądowych, postępowania zawierające elementy mediacji, negocjacji i arbitrażu, a także zachęca do stosowania mediacji. W Polsce ustawodawca także dostrzegł konieczność zmian w tym zakresie i przyjął w nowelizacji ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2011 r. nr 113, poz. 660) alternatywne do sądowego postępowanie przed wojewódzkimi komisjami ds. orzekania o zdarzeniach medycznych. Postępowanie miało mobilizować strony ew. postępowania przed sądami do korzystania z alternatywnej, taniej i szybkiej procedury, która w założeniu miała być organem ugodowo-mediacyjnym. Pomimo to brak jest jednak w tym postępowaniu cech, które są najbardziej istotne w mediacji, takich jak możliwość decydowania strony o przebiegu procesu oraz treści ugody, nieformalność procedury, podjęcie dialogu przez strony zmierzającego do satysfakcjonującego dla nich wyniku opartego na tym, co jest dla nich słuszne i możliwe do zaakceptowania czy też prowadzenie przez strony negocjacji opartych na szerokich interesach. Wprawdzie po stwierdzeniu przez komisję, że zdarzenie miało miejsce, na drugim etapie ustawodawca przewidział możliwość negocjacji odnośnie do kwoty odszkodowania lub zadośćuczynienia (do 100 tys. zł w przypadku dochodzenia odszkodowania przez pacjenta i 300 tys. zł w przypadku dochodzenia zadośćuczynienia w przypadku śmierci pacjenta). Jednak nawet w tych granicach możliwość negocjacji jest bardzo niewielka, gdyż zakład ubezpie-

czeń przedstawia wnioskodawcy, czyli pacjentowi lub jego rodzinie propozycje odszkodowania, a jeśli wnioskodawca nie zaakceptuje tej propozycji, wówczas pozostaje mu jedynie wniesienie sprawy do sądu.

Zgodnie z raportem z badania spraw sądowych o błędy medyczne i z badania orzecznictwa wojewódzkich komisji ds. orzekania o zdarzeniach medycznych w 62% przypadków kwoty oferowane pacjentom były nie większe niż 10 tys. zł., w 28% przypadków kwoty te oscylowały między 10 a 50 tys. zł., a tylko w 9% przypadków kwoty odszkodowań przekraczały 50 tys. zł. Należy podkreślić, że te propozycje dotyczą wyłącznie spraw, w których komisja stwierdziła już, że zdarzenie niepożądane miało miejsce. Oferowane kwoty odszkodowań należy także ocenić w tym kontekście, że warunkiem ugody jest zrzeczenie się wszelkich roszczeń wynikających z tych zdarzeń przez pacjenta, co powoduje dla nich daleko idące konsekwencje. Przepisy dotyczące postępowania przed komisjami wojewódzkimi stwarzają szansę na szybsze rozwiązywanie sporów wynikających ze zdarzeń medycznych. Pomimo to, z powodu niskiej satysfakcji wnioskodawców spowodowanej głównie zaniżonymi ofertami, które nie wystarczają do zrehabilitowania szkód przez nich poniesionych oraz brakiem możliwości ich negocjowania w ramach tego postępowania, przepisy te nie spełniają pokładanych w nich nadziei na zmniejszenie ilości spraw kierowanych do sądów powszechnych.

Dlaczego mediacja?

Analiza charakteru zdarzeń medycznych, a także spraw sądowych w tych sporach wskazuje na to, że mediacja jest metodą, która może w nich znajdować szczególne zastosowanie. Potwierdzeniem tej tezy jest praktyka w różnych krajach, w których coraz częściej wykorzystuje się metody ADR (Alternative Dispute Resolution) nie tylko do rozwiązywania konkretnych sporów między pacjentem a lekarzem czy placówką medyczną, ale także wprowadza się systemowe rozwiązania w placówkach leczniczych. W wyniku mediacji, opartych na autonomii stron, dochodzą one do satysfakcjonującego rozwiązania opartego na ich przekonaniu o tym, co jest dla nich najważniejsze i możliwe do zaakceptowania, a także dochodzi do ostatecznego zakończenia sporu. Niezależnie od takich cech jak szybkość postępowania, stosunkowo niewielkie koszty ze względu na to, iż nie prowadzi się tu postępowania dowodowego z udziałem biegłych i świadków czy nieformalność tej metody, mediacja charakteryzuje się cechami niezbędnymi do efektywnego rozwiązywania sporów w zdarzeniach medycznych.

A. Zapewnienie poufności przekazywanych informacji

Poufność, jako jedna z głównych zasad mediacji zagwarantowana art. 1834 § 2 Kodeksu postępowania cywilnego, umożliwia stronom wymianę informacji, szer-

szą komunikację, jednocześnie bez obaw, że określone informacje zostaną wykorzystane w sądzie, jeśli dojdzie do postępowania formalnego i może spowodować odpowiedzialność personelu medycznego lub szpitala. Przepisy zobowiązują do poufności zarówno mediatora, jak i strony w równym stopniu, aby zapewnić otwartą komunikację, która może doprowadzić do zawarcia ugody. Poufność może mieć znaczenie nie tylko ze względu na swobodną wymianę informacji między stronami, ale także gdy lekarz lub szpital zdecydują się przeprosić pacjenta. W tym przypadku uczestnicy nie muszą się obawiać, że w ewentualnym postępowaniu przed sądem przeprosiny mogą być wykorzystane jako przyznanie się do winy.

B. Wspomaganie komunikacji między stronami

Często po zgłoszeniu problemów przez pacjentów, które mogą być następstwem zdarzenia medycznego, komunikacja między stronami jest zaburzona, gdyż lekarze zaprzestają kontaktów z pacjentem ze względu na chęć uniknięcia ewentualnej odpowiedzialności. Zerwanie komunikacji przez placówkę medyczną lub lekarza z pacjentem zwiększa prawdopodobieństwo wniesienia sprawy do sądu, gdyż czuje się on wtedy ignorowany i bezsilny, a także wpływa to na jego podejrzliwość wobec lekarza i szpitala. Jak wynika z badań prowadzonych wśród pacjentów, dla nich bardzo ważna jest informacja na temat tego, co było przyczyną zdarzenia i jeśli taka informacja nie jest im przekazywana, nie mając innej możliwości jej uzyskania, kierują sprawę do sądu. W czasie mediacji strony mają możliwość spotkania się twarzą w twarz. Nawet, jeśli w mediacji uczestniczy jedynie przedstawiciel szpitala i ubezpieczyciela, a nie personel medyczny, w wyniku którego działań doszło do zdarzenia, to strony mogą porozmawiać o tym, co się wydarzyło, jakie rzeczywiste szkody poniósł pacjent, w jaki sposób można uniknąć podobnych przypadków w przyszłości czy też wyrazić ubolewanie i żal z powodu zaistniałej sytuacji. W czasie mediacji pacjenci mają większą szansę na to, aby być wysłuchanymi i aby odpowiedziano im na ważne dla nich pytania dot. zdarzenia, a nawet na wyrażenie silnych emocji. Takie bezpośrednie spotkania mogą mieć także wartość dla lekarzy, którzy skargi pacjentów odczytują często jako atak na ich integralność, a także zagrożenie dla swojej reputacji i kariery, przez co przyjmują postawę defensywną. Dzięki tym spotkaniom mogą opowiedzieć bardziej otwarcie o wydarzeniu, ograniczyć swoją postawę obronną, wysłuchać historii pacjenta i nawiązać z nim ponownie kontakt.

C. Zaspokojenie szerokich interesów stron i zapewnienie bezpiecznej procedury

Badania przeprowadzone wśród pacjentów wskazują, że w sprawach zdarzeń medycznych pacjenci nie chcą się mścić i nie oczekują wysokiego odszkodowania, chociaż kwestie materialne są istotne ze względu na konieczność pokrycia kosztów leczenia czy też rekompensaty za

zmniejszenie możliwości zarobkowych, ale zależy im na zaspokojeniu trzech potrzeb.

Pierwsza potrzeba to otrzymanie przeprosin w jakiejś formie od lekarza lub placówki medycznej, co jest symbolicznym okazaniem szacunku, a także potwierdzeniem, że zdarzenie miało miejsce oraz przyznaniem, że pacjent doznał cierpienia. Po drugie, pacjenci, a także ich rodziny chcą zrozumieć, dlaczego i w jakich okolicznościach doszło do zdarzenia, kto był za nie odpowiedzialny. I wreszcie ważne jest dla nich, czy i w jaki

sposób można uniknąć niepożądanych zdarzeń w przyszłości, aby szkody tego rodzaju były zminimalizowane w odniesieniu do innych osób. Mediacja, która toczy się w bezpiecznej i poufnej atmosferze, daje szansę na wyrażenie emocjonalnych potrzeb pacjentów i ich rodzin oraz dialog na temat szeroko rozumianych potrzeb i interesów. W przypadku lekarzy, którzy odczuwają duży stres i dyskomfort z powodu tego, że mogli wyrządzić komuś krzywdę, utraty wiary we własne możliwości, obawę przed odpowiedzialnością, izolacją w środowisku czy też brak możliwości podzielenia się informacją o tym, co się zdarzyło, zapewnienie poczucia bezpieczeństwa jest niezwykle istotne. Ze względu na problematykę dotyczącą ważnych wartości zarówno po stronie pacjenta, jaki lekarza, istotną rolę odgrywa możliwość przedstawienia swoich emocji i obaw oraz zapewnienie bezpiecznej atmosfery, odmiennej od tej, która towarzyszy postępowaniom sądowym.

D. Kreatywne rozwiązania

Ze względu na to, że celem mediacji jest szerokie podejście do sporu, możliwe są w niej rozwiązania, które wychodzą poza zakres pozwu, czy też poza zakres środków przewidzianych w ustawie o prawach pacjenta, ograniczających się do zawarcia ugody w zakresie określonych kwot odszkodowania czy zadośćuczynienia. W postępowaniach tych strony, a przede wszystkim ich pełnomocnicy, skupiają się przede wszystkim na wykazaniu, że zdarzenie miało miejsce, związku przyczynowego między zdarzeniem a szkodą oraz wysokością odszkodowania. Nie ma w nim miejsca na kreatywne rozwiązania, które mogą być efektem otwartej rozmowy między stronami o tym, co się wydarzyło. Biorąc pod uwagę oczekiwania pacjentów nieograniczające się do uzyskania odszkodowania, możliwe są rozwiązania, które wychodzą poza wymiar finansowy, np. zobowiązanie się szpitala do podjęcia pewnych działań organizacyjnych czy logistycznych zmierzających do wyeliminowania niekorzystnych zdarzeń, przekazanie określonych kwot na cele charytatywne, czy też utworzenie specjalnego funduszu. Ponadto, w mediacji w sprawach zdarzeń medycznych niebagatelną rolę mogą odgrywać przeprosiny wyrażone w stosunku do poszkodowanego. Przeprosiny mają charakter intymny i należą do delikatniejszej materii leżącej w sferze emocjonalnej obu stron, wobec czego mediator może przedyskutować z każdą z nich, na

przykład podczas spotkań na osobności, możliwość i zakres przeprosin. Ponieważ przeprosiny są często interpretowane jako przyznanie się do winy, personel medyczny – ze względu na grożącą im odpowiedzialność – unika przeprosin. Ważną rolę odgrywa tu wspomniana zasada poufności mediacji, która gwarantuje, że informacje o przeprosinach nie zostaną przekazane dalej.

E. Zapewnienie równowagi między stronami

W sporach dotyczących zdarzeń medycznych w większości sytuacji występuje nierówność między stronami, gdyż pacjent nie ma często dostatecznych środków na specjalistyczną pomoc prawną, natomiast z drugiej strony występuje szpital i ubezpieczyciel, które to podmioty są reprezentowane przez pełnomocników specjalizujących się w dziedzinie zdarzeń medycznych i prawie ubezpieczeniowym. Czasami, również w mediacji, te różnice są trudne do zniwelowania, jednak rolą mediatora jest dążenie do zapewnienia równowagi stron, przez stosowanie odpowiednich technik mediacyjnych, zapewnienie osobie niemającej profesjonalnej reprezentacji możliwości skonsultowania się z prawnikiem, a także udziału członków rodziny czy bliskich wspierających go w negocjacjach. Zapewnienie większej równowagi między stronami jest szczególnie ważne w obliczu analizy przytaczanego raportu, z którego wynika, iż dominującą grupę poszkodowanych w przeprowadzanych badaniach stanowili pacjenci o złej lub bardzo złej sytuacji materialnej. W 68% spośród wszystkich przebadanych spraw sąd zwolnił poszkodowanych w całości od ponoszenia kosztów sądowych. Brak równowagi może wynikać także z różnego poziomu wykształcenia pacjenta i lekarza, z innego poziomu wiedzy medycznej, a także tradycyjnych, paternalistycznych relacji lekarzy z pacjentem. Zapewnieniu tej równowagi służą techniki mediacyjne mające na celu zniwelowanie tych różnic, m.in. dowartościowanie słabszej strony, rozmowy na osobności, przeznaczenie podobnego czasu na wypowiedzi, upewnienie się czy strona została dobrze zrozumiana i czy zrozumiała wypowiedź drugiej strony, czy też zapewnienie poczucia bezpieczeństwa i czuwania nad przebiegiem mediacji.

Praktyczne zastosowanie mediacji w sporach dotyczących zdarzeń medycznych

Zastosowanie mediacji w sprawach cywilnych w Polsce, pomimo wprowadzenia tej metody do systemu prawnego w Kodeksie postępowania cywilnego już w 2005 r., jest do tej pory niewielkie. Według statystyk Ministerstwa Sprawiedliwości ilość spraw kierowanych przez sądy do mediacji stopniowo wzrasta, wciąż stanowią one jednak bardzo niewielki odsetek spraw w stosunku do wszystkich spraw wpływających do sądów. Jeszcze mniejsze proporcjonalnie jest wykorzystanie mediacji w sprawach dotyczących zdarzeń medycznych. Z przywołanego raportu, opracowanego w 2015 r., wynika, że

w 183 sprawach sądowych, które były poddane badaniu, jedynie w trzech z nich doszło do ugodowego zakończenia sporu (1,64%). W tym w trzech przypadkach została zawarta ugoda przed sądem, a w jednym ugoda pozasądowa. Natomiast w żadnym z badanych przypadków nie zawarto ugody przed mediatorom. Na podstawie tych badań trudno stwierdzić, czy sądy nie kierują spraw dot. zdarzeń medycznych do mediacji, uznając je za sprawy na tyle kompleksowe od strony prawnej, iż nie nadają się do mediacji, z obawy że nie ma mediatorów wyspecjalizowanych w tej dziedzinie i istnieje wątpliwość co do ich kompetencji czy też strony lub ich pełnomocnicy nie wyrażają zgody na mediację. Możliwe jest, że wszystkie te przyczyny występują równocześnie. Ponadto dochodzą jeszcze inne czynniki, które są wymieniane jako hamujące rozwój mediacji i metod alternatywnych w tych sporach, w szczególności specyficzną kulturę milczenia odnoszącą się do sytuacji wynikających z niepożądanych zdarzeń medycznych. Poza tym w sporach dotyczących tych zdarzeń lekarze niechętnie spotykają się twarzą w twarz z pacjentem, a ich udział w mediacji jest raczej wyjątkiem, a nie regułą, gdyż często prawnicy, pomimo iż mediacja jest poufna, z dużą ostrożnością podchodzą do udziału swoich klientów w mediacji, ze względu na możliwość przekazania informacji, która mogłaby być wykorzystana później przez drugą stronę. Ponadto przeszkodą może być także postawa pacjentów, ze względu na to, że chcą, aby sąd jako organ wymierzający sprawiedliwość przyznał im rację i w ten sposób uznał ich cierpienie i krzywdę. Podobnie lekarze mogą dążyć do procesu po to, by uratować swoją reputację i dobre imię.

Przyjęte od 1 stycznia 2016 r. zmiany w ustawie o zmianie niektórych ustaw, w związku ze wspieraniem polubownych metod rozwiązywania sporów (Dz. U. 2015.1595) zmierzające do szerszego zastosowania tej metody, mogą sprzyjać zwiększeniu ilości spraw kierowanych do mediacji w sporach cywilnych chociażby z uwagi na nowe przepisy dotyczące m. in.: wzmocnienia zasady poufności obowiązującej wszystkie podmioty biorące w niej udział, obowiązek nakłaniania stron do mediacji przez sądy, obowiązek informowania w pozwie o tym, czy strony podjęły próbę mediacji lub innego pozasądowego sposobu rozwiązania sporu przed skierowaniem spraw do sądu, prowadzenia list mediatorów stałych przez sądy okręgowe czy też zachęt finansowych dla stron, między innymi zwolnienie z kosztów mediacji stron, które zostały zwolnione z kosztów sądowych.

Środowiska związane z promowaniem mediacji pokładają nadzieję w nowych przepisach na zwiększenie ilości spraw rozwiązywanych tą drogą, tym bardziej że w niektórych dziedzinach, np. w mediacjach gospodarczych, liczba ta zaczyna rosnąć. Mediacja jest metodą, która jak wskazano powyżej, przystaje do materii rozwiązywania i rozstrzygania skomplikowanych z prawne-

go i emocjonalnego punktu widzenia spraw dot. zdarzeń medycznych. Dziedzina ta wymaga jednak kompleksowego i systemowego podejścia. Jednym z możliwych rozwiązań byłoby wpisanie do ustawy o prawach pacjenta na etapie negocjacji możliwości prowadzenia negocjacji opartych na interesach między ubezpieczycielem a wnioskodawcą, przynajmniej do wysokości ustalonej w ustawie. Ponadto celowa byłaby możliwość negocjowania nie tylko określonej wysokości odszkodowania lub zadośćuczynienia, ale także innych elementów odnoszących się do szerokich interesów stron czy też wprowadzenie mechanizmów zapobiegających zaniżaniu pierwszej oferty. Innym postulatem jest też wdrożenie systemowych zmian polegających na zobowiązaniu placówek medycznych do zaproponowania pacjentom mediacji w każdej sprawie, w której nastąpiło zdarzenie medyczne na wczesnym etapie, zanim sytuacja wynikająca z braku komunikacji, zmusi pacjenta do wniesienia sprawy do sądu. Takie systemowe podejście stosowane jest na świecie w różnych organizacjach, włącznie z placówkami medycznymi, a ich celem jest rozwiązanie sporów na wczesnym etapie, bez ponoszenia wysokich kosztów związanych z postępowaniami przed sądami.

W systemie ochrony zdrowia, zdarzenia o niepożądanym charakterze są nieuniknione niezależnie od tego, jak dobrze funkcjonuje ten system, a ich skala jest duża ze względu na powszechność ochrony zdrowia. Dlatego właśnie w tych sporach rozwiązania systemowe mogą być szczególnie przydatne i uzasadnione z punktu widzenia ekonomicznego. Ponadto specjalizacja mediatorów w tych sprawach może spowodować większe zaufanie sędziów i pełnomocników do tej grupy, a w konsekwencji częstsze kierowanie spraw do mediacji przez sądy oraz zgodę stron na mediację. Z pewnością powinny być to osoby, które oprócz ogólnych umiejętności mediacyjnych dysponowałyby wiedzą na temat stosunków panujących w służbie zdrowia, etyki lekarskiej, stosunków pacjent – lekarz, posiadałyby wiedzę medyczną oraz prawną z zakresu prawa medycznego i prawa ubezpieczeń. W idealnym modelu takie mediacje w trudnych przypadkach mogłyby być prowadzone przez dwóch mediatorów, którzy oprócz znajomości technik mediacyjnych i komunikacyjnych mieliby wiedzę prawniczą oraz wiedzę medyczną. Ponadto, udział w mediacji osoby niebędącej lekarzem mógłby pozytywnie wpływać na zaufanie stron do procesu.

Dr hab. Ewa GMURZYŃSKA

Ukończyła Wydział Prawa i Administracji UW oraz studia LL.M na University of Florida w Stanach Zjednoczonych. Uzyskała tytuł doktora praw oraz habilitowała się na WpA UW. Jest wpisana na listę radców prawnych Okręgowej Izby Radców Prawnych w Warszawie. Adiunkt na WpA UW. Wykłada mediacje w sporach prawnych na WpA UW, prowadzi klinikę mediacji, Centrum Prawa Ame-

rykańskiego od 1998 r. oraz jest kierownikiem Studiów Negocjacji, Mediacji i innych ADR. Współzałożycielka i członek Zarządu Fundacji Centrum Rozwiązywania Sporów i Konfliktów przy WPIA UW. Jest mediatorem w sporach gospodarczych, cywilnych i akademickich. Autorka wielu artykułów o mediacji, książki „Mediacje w systemie amerykańskim – studia porównawcze” (2007) oraz „Rola prawników w alternatywnych metodach rozwiązywania sporów” (2014), współautorka i red. naczelny podręcznika „Teoria praktyka mediacji”, wyd. I (2009) i wyd. II (2014).

BIBLIOGRAFIA

- 1) Bogdanský T. *Medical Negligence Dispute Resolution: A Role for Facilitative Mediation and Principled Negotiation?* 20 ADR Journal 77 z 2009.
- 2) Cohen J.R., *AtMsIng Client to Apologize*, South California Law Review nr 72 z 1999.
- 3) Frąckowiak H.M., *Postępowanie przed Wojewódzką Komisją do Spraw Orzekania o Zdarzeniach Medycznych*, Warszawa 2016.
- 4) Gallagher T. i in., *Patients and Physicians Attitudes Regarding the Disclosure of Medical Errors*, JAMA, nr 289 z 2003 r., s.1001.
- 5) Gmurzyńska E., Morek R. (red.), *Mediacja. Teoria i praktyka*, Warszawa 2015.

6) Gmurzyńska E.: *Znaczenie przeprosin w rozwiązywaniu sporów prawnych. Przykłady uregulowań prawnych i orzecznictwa w systemie common law*, Studia Iuridica 59, 2014.

7) Gmurzyńska E., Morek R., *O problemach rozstrzygania spraw o błędy lekarskie roli mediacji*, kwartalnik ADR nr 3(15) 2011, s. 43-77.

8) Kraman S, Hamm G, *Risk Management: Extreme Honesty May Be the Best Policy*, Annals of Internal Medicine nr 131, grudzień 1999.

9) Kubiak R., *Prawo Medyczne*, Warszawa 2014.

10) Marek Z., *Błąd Medyczny. Odpowiedzialność etyczno-deontologiczna i prawna lekarza*, Kraków 2007.

11) Nestorowicz M., *Prawo Medyczne. Komentarze glosy do orzeczeń sądowych*, Warszawa 2014.

12) Zduński I., *Zadośćuczynienie i odszkodowanie w świetle działalności wojewódzkiej komisji do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych*, [w:] Zgoliński I. (red.) *Odszkodowanie i zadośćuczynienie w prawie polskim*, Bydgoszcz 2012. *Raport z badania spraw sądowych o błędy medyczne i z badania orzecznictwa Wojewódzkich Komisji ds. Orzekania o Zdarzeniach Medycznych*; <http://bf.com.pl/odszkodowania/poszkodowany-pacjent-sadzie-komisja-raport-badania>

(przedruk z „Medium” nr 10/16)

OGŁOSZENIA



Pod naukowym przewodnictwem konsultanta krajowego w dziedzinie reumatologii – prof. dr hab. Marka Brzosko – odbędzie się pierwsza konferencja skierowana nie tylko do reumatologów, lecz także lekarzy rodzinnych i internistów – **Kontrowersje w reumatologii**.

Do wygłoszenia wykładów zostali zaproszeni uznani specjaliści, którzy przedstawią główne tematy oraz najbardziej problematyczne zagadnienia z dziedziny reumatologii. Eksperti przybliżą kontrowersje dotyczące diagnostyki i leczenia chorób reumatycznych. Uczestnicy mogą liczyć na ciekawe dyskusje i możliwość zadawania pytań liderom reumatologii.

Termin: 21–22 kwietnia 2017 r.

Miejsce: Karpacz

Kierownik naukowy: prof. dr hab. Marek Brzosko

Partnerstwo merytoryczne i nadzór naukowy: Klinika Reumatologii, Chorób Wewnętrznych i Geriatrii Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie

Organizator: Wydawnictwo Termedia

Biuro organizacyjne: Termedia sp. z o.o. ul. Kleberga 2, 61-615 Poznań, tel./faks +48 61 656 22 00, szkolenia@termedia.pl

* * *

termedia

Bądź na bieżąco! Zamów newsletter i zdobądź bezpłatny dostęp do najnowszych informacji medycznych!

Cyklicznie wysyłamy newslettery zawierające wywiady z ekspertami, najnowsze doniesienia naukowe, aktualne informacje z zakresu ochrony zdrowia. Newslettery są przeglądem najważniejszych informacji z portali Wydawnictwa Termedia – mają sprecyzowany profil tematyczny, opracowywane są przez zespoły fachowców na podstawie międzynarodowych czasopism specjalistycznych, skierowane do określonych grup odbiorców:

www.edermatologia.pl – portal zawierający najbardziej aktualne doniesienia z dziedziny dermatologii. Łuszczyca, czerniak, trądzik, atopowe zapalenie skóry, grzybica, łupież i łojotokowe zapalenie skóry, choroby pęcherzowe, dermatologia estetyczna i kosmetologia, chirurgia dermatologiczna, dermatologia dziecięca – to wybrane kategorie dostępne w portalu.

www.eonkologia.pl – portal dla onkologów zawierający najnowsze doniesienia światowe i krajowe. W serwisie dostępna jest również wyszukiwarka badań klinicznych dotyczących chorób nowotworowych obejmująca wszystkie nowotwory, nad którymi prowadzone są badania w Polsce.

www.egastroenterologia.pl – największy w Polsce serwis internetowy dla gastroenterologów, skierowany do lekarzy specjalistów i pracowników ochrony zdrowia.

www.ereumatologia.pl – portal poświęcony tematyce reumatologicznej i ortopedycznej. W serwisie codziennie: najnowsze doniesienia naukowe, aktualności z rynku farmaceutycznego, wydarzenia i książki dla reumatologów, wyszukiwarka leków refundowanych.

www.epulmonologia.pl – serwis zawierający głównie informacje dotyczące chorób płuc a także zagadnienia z dziedziny alergologii.

LekarzPOZ – serwis zawierający aktualne wytyczne postępowania w diagnostyce i terapii różnych schorzeń, a także opisy przypadków, wywiady i artykuły pisane przez praktyków dotyczące najczęstszych problemów codziennej praktyki lekarskiej w POZ

Newsletter TOP10

Codziennie do ponad 60 tys. odbiorców wysyłamy Newsletter Menedżera Zdrowia – TOP10 zawierający przegląd najważniejszych wiadomości sektora medycznego ukazujących się na portalach: „Menedżera Zdrowia” oraz www.termidia.pl

Zapisz się do odbiorców tematycznych newsletterów Termedii: www.termidia.pl, szkolenia@termidia.pl, tel./faks +48 61 656 22 00

* * *

Szanowni Państwo,

Ośrodek Doskonalenia Zawodowego Lekarzy i Lekarzy Dentystów Naczelnej Izby Lekarskiej zaprasza lekarzy dentystów z całego kraju na szkolenie „Ochrona radiologiczna pacjenta dla lekarzy dentystów wykonujących medyczne procedury radiologiczne”. Szkolenie zakończone egzaminem (egzamin płatny zgodnie ze stawkami określonymi w obowiązujących Rozporządzeniach MZ). Certyfikat potwierdzający zdanie egzaminu jest ważny przez pięć lat od dnia jego wydania. Szkolenie akredytowane, uczestnicy otrzymują punkty edukacyjne.

Terminy: 20.03.2017 i 21.03.2017

Zapisy i informacje: www.odz.nil.org.pl

Miejsce odbywania szkoleń: Naczelna Izba Lekarska, Ośrodek Doskonalenia Zawodowego Lekarzy i Lekarzy Dentystów, ul. Sobieskiego 110, 00-764 Warszawa

Kontakt: e-mail: odz@hipokrates.org, tel. 22/559-13-10, 22/559-13-44.

*Z poważaniem
Kinga Wojtaszczyk*

* * *

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Śródmieście” w Opolu, ul. Waryńskiego 30 pilnie **zatrudni lekarzy pediatrów** w Poradni Dziecięcej POZ.

Miejsce pracy: Opole

Opis stanowiska: udzielanie świadczeń medycznych w ramach POZ.

Wymagania: posiadanie specjalizacji z pediatrii (lub w trakcie specjalizacji), medycyny rodzinnej (lub w trakcie specjalizacji).

Oferujemy: stabilne zatrudnienie, szkolenia oraz rozwój zawodowy, dobre narzędzia i warunki pracy, warunki zatrudnienia do uzgodnienia.

Tel. kontaktowy 77/44-120-72.

* * *

ZUS Oddział w Opolu ogłasza **nabór na stanowiska lekarzy orzeczników** – praca w pełnym lub niepełnym wymiarze czasu pracy. Szczegóły na stronie www.zus.pl / Praca w ZUS.

* * *

NZOZ Dental Complex nawiąże **współpracę z lekarzem dentystą** w ramach kontraktu z NFZ oraz wizyt prywatnych. Tel. 508-660-930, email gabinet@dentalcomplex.pl.

* * *

Przychodnia lekarska MegaMed Sp. z o.o w Opolu ul. Chabrów 117 **zatrudni lekarza ginekologa** z własnym aparatem ultrasonograficznym. Kontakt: Monika Schydlo tel. 77/402-40-95 lub 77/402-41-49.

* * *

Corona-Stomatologia Nysa zaprasza do współpracy **lekarza stomatologa**. Oferujemy szeroki zakres leczenia i diagnostyki m.in. CBCT, system artkulacyjny, mikroskop, radiowizjografia. Informacje: www.corona-stomatologia.pl; tel. 604 653 657

* * *

Sprzedam Autoklaw parowy z suszeniem próżniowym **TANZO C 18L** zgodny z wymogami europejskimi klasy B. Tel. 601-955-016.

OPOLSKA IZBA LEKARSKA

- **Biuro:** tel. 77/454-59-39, fax 77/454-67-09, opole@hipokrates.org
czynne: poniedziałek, wtorek, czwartek 7:30 – 15:30;
środa 7:30 – 16:00; piątek 7:30 – 15:00
- **Rejestr Lekarzy:** opole.rejestr@hipokrates.org
- **Praktyki Prywatne:** opole.praktyki@hipokrates.org
- **Składki:** opole.skladki@hipokrates.org
- **Administracja Biura Okręgowego Rzecznika
Odpowiedzialności Zawodowej:** tel. 77/453-75-72;
opole.rzecznik@hipokrates.org
- **Administracja Biura Okręgowego Sądu Lekarskiego:**
tel. 77/454-85-75; opole.sad@hipokrates.org



Fundacja Lekarze Lekarzom znajduje się w wykazie organizacji pożytku publicznego uprawnionych do otrzymania 1% podatku dochodowego od osób fizycznych za rok 2016.

Procedura przekazania 1% podatku jest wyjątkowo prosta, wystarczy że w składanym zeznaniu rocznym wskażemy organizację pożytku publicznego, którą chcemy wesprzeć. Należy tylko wpisać w konkretnej rubryce numer KRS oraz kwotę, jaką przekazujemy Fundacji.

*Prezes Fundacji
Mariusz Janikowski*

ul. Sobieskiego 110; 00-764 Warszawa
e-mail: fundacja@hipokrates.org
www.fll.nil.org.pl

Nr KRS Fundacji Lekarze Lekarzom: 0000409693
Przełącz 1% podatku Fundacji Lekarze Lekarzom

Lekarzu wypocznij!

Zaplanuj swój urlop w Grecji
na weekend majowy lub wakacje

Czekają na Ciebie kreteńskie plaże już w 2,5 godziny lotu z Polski

Nelmare sp. z o.o.
ul. Walońska 9/2
50-413 Wrocław
kontakt@nelmare.pl

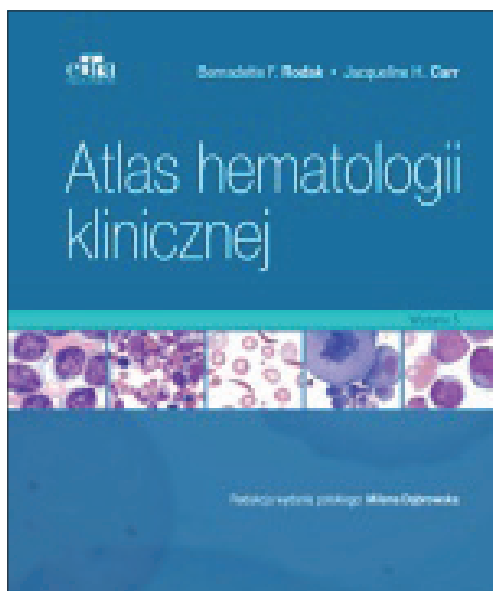
www.nelmare.pl

☎ 801 020 440
z telefonów stacjonarnych

☎ 71 728 14 14
z telefonów komórkowych



NOWOŚCI WYDAWNICZE

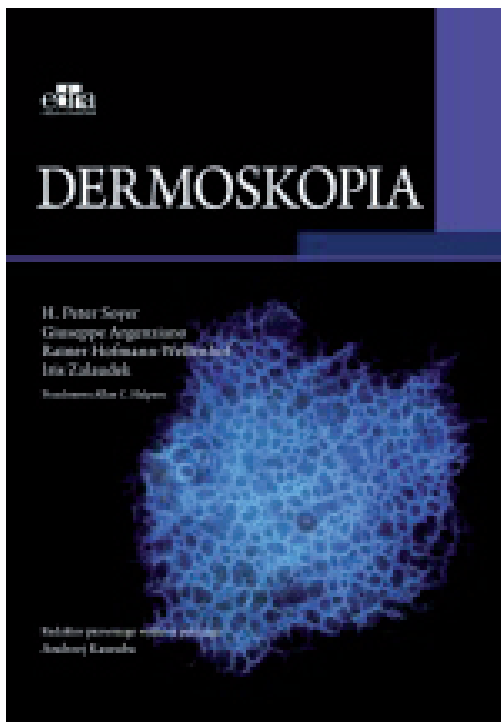


Atlas hematologii klinicznej, wyd. V
B.F. Rodak, J.H. Carr, wyd. V, red. M. Dąbrowska; rok wydania: 2017; ISBN: 978-83-65625-30-4, format: 176 x 235, opr. broszurowa, 200 stron, cena: 88.20 zł (196 EUP pkt)

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

Atlas hematologii klinicznej stanowi wyjątkowo przyjazne kompendium wiedzy o powstawaniu, dojrzewaniu i budowie komórek wszystkich szeregów prawidłowej hematopoezy, a także o zmianach towarzyszących różnym stanom chorobowym. Bardzo przydatnym dopełnieniem treści atlasu jest rozdział poświęcony fizjologicznym odchyleniom w parametrach erytrocytarnych i leukocytarnych krwi obwodowej noworodków. Syntetyczna i zrozumiała konwencja atlasu stanowi o jego dużych walorach dydaktyczno-poznawczych. Bogatym, a jednocześnie czytelnym źródłem wiedzy są tabele zawierające najistotniejsze informacje na temat poszczególnych komórek i ich zakresów norm oraz składników komórkowych i ich funkcji.

W nowym wydaniu zaktualizowano terminologię zgodnie z wytycznymi WHO oraz rozbudowano informacje zawarte w części szczegółowej. Dodana została tabela z cechami różnicującymi limfocyty i mielocyty, a także rozdział poświęcony zmianom morfologicznym wywołanym czynnikami wzrostu komórek mieloidalnych oraz słownik, który zawiera nie tylko najważniejsze terminy hematologiczne, ale również szeroką interpretację ich znaczenia.



Dermoskopia

H.P. Soyer, G. Argenziano, R. Hofmann-Wellenhof, I. Zalaudek; wyd. I polskie, red. A. Kaszuba; rok wydania: 2012; ISBN: 978-83-7609-615-5, format: 190x245, opr. twarda, 226 stron, cena: 143.10 zł (318 EUP pkt)

- Kolorowe zdjęcia zmian barwnikowych
- Kryteria diagnostyczne
- Opisy najczęstszych zmian barwnikowych

Książka jest nie tylko atlasem dermoskopii zawierającym doskonałej jakości obrazy, ale również, dzięki praktycznym komentarzom, podręcznikiem spełniającym wszystkie kryteria dydaktyczne. Wspaniały pomysł z wykorzystaniem „sygnalizacji świetlnej” przy ocenie każdego obrazu zmusza do dłuższej refleksji nad nim i ułatwia zapamiętywanie szczególnie tych najgroźniejszych przypadków. Należy podkreślić, iż kolekcja obrazów dermoskopowych zawartych w książce jest imponująca, nie tylko pod względem ilości, ale także jakości i różnorodności prezentowanych przykładów. Wszystko to daje dermatologowi wyjątkowe możliwości dalszego praktycznego doskonalenia umiejętności i nauki oceny obrazów dermoskopowych, a jednocześnie zachęca do szerszego stosowania badania w praktyce klinicznej.

Z przedmowy do wydania polskiego

FotOptyk



Fot. Alfred Polok

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

NAKLAD: 2800 egz. ISSN 1426-661X