



OPOLSKA
IZBA
LEKARSKA

Rok Założenia 1990

BIULETYN INFORMACYJNY

Luty 2022

ISSN 1426-661X

Nr 302

OPOLSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

www.izbalekarska.opole.pl



NADMIAR ŻYCIA

Na gwiazdkę zamówiłam sobie album zatytułowany „13”. To niemal 200-stronicowa księga fotografii Jacka Poremby. Kurier porzucił paczkę u sąsiadów. Odebrałam ją pod wieczór i pobiegłam z pakunkiem do domu. Długo myłam ręce, starannie wycierałam palce w papierowy ręcznik, prawie jak przed operacją. Potem rozciąłam karton, odwinęłam folię i niczym ślepiec macałam okładkę, próbując ją odczytać dotykiem. Potem ostrożnie przekartkowałam album, stro- na po stronie. Zatrzymałam się na podobiznach muzyków, piosenek, pisarzy i uczonych.

Poremba nie używa rekwizytów. Nie potrzebuje pejza- żu: domów z piaskowca, fontann czy alpejskich szczytów. Wystarczą mu twarze. Wydłubuje je z ciemnego, nieprze- niknionego tła. Twarze na zdjęciach wyglądają jak maski, jak rzeźby odlane ze światła. To więcej niż podobizny: owal, nos, podbródek, skronie. Jest tu nadmiar. Nadwyżka. Nagroma- dzenie. Skupienie. Natężenie. Intensywność. Przynależność. I zwielokrotnienie, pomnoże- nie bytów, bo w jednym ujęciu skraplają się i osoba portreto- wana i portrecista. Zdjęcie – portret nasiąka fotografem jak sosna żywica, jak obraz malar- zem, jak maska pośmiertna człowiekiem.

Te portrety przypominają też mapy. Szczegóły, które nie mają znaczenia znikają, bo mapa jest rodzajem wyboru, więc fałszem. Mistyfikacją. Falsy- fikatem. To, co nieistotne ska- zuje na nieistnienie. A *Rzeczy- wistość to zawsze/ Więcej lub mniej/ Niż pragniemy./ Tyl- ko my zawsze jesteśmy/ Równi samym sobie.* tłumaczył nam przecież Ricardo Reis (Fernan- do Pessoa).

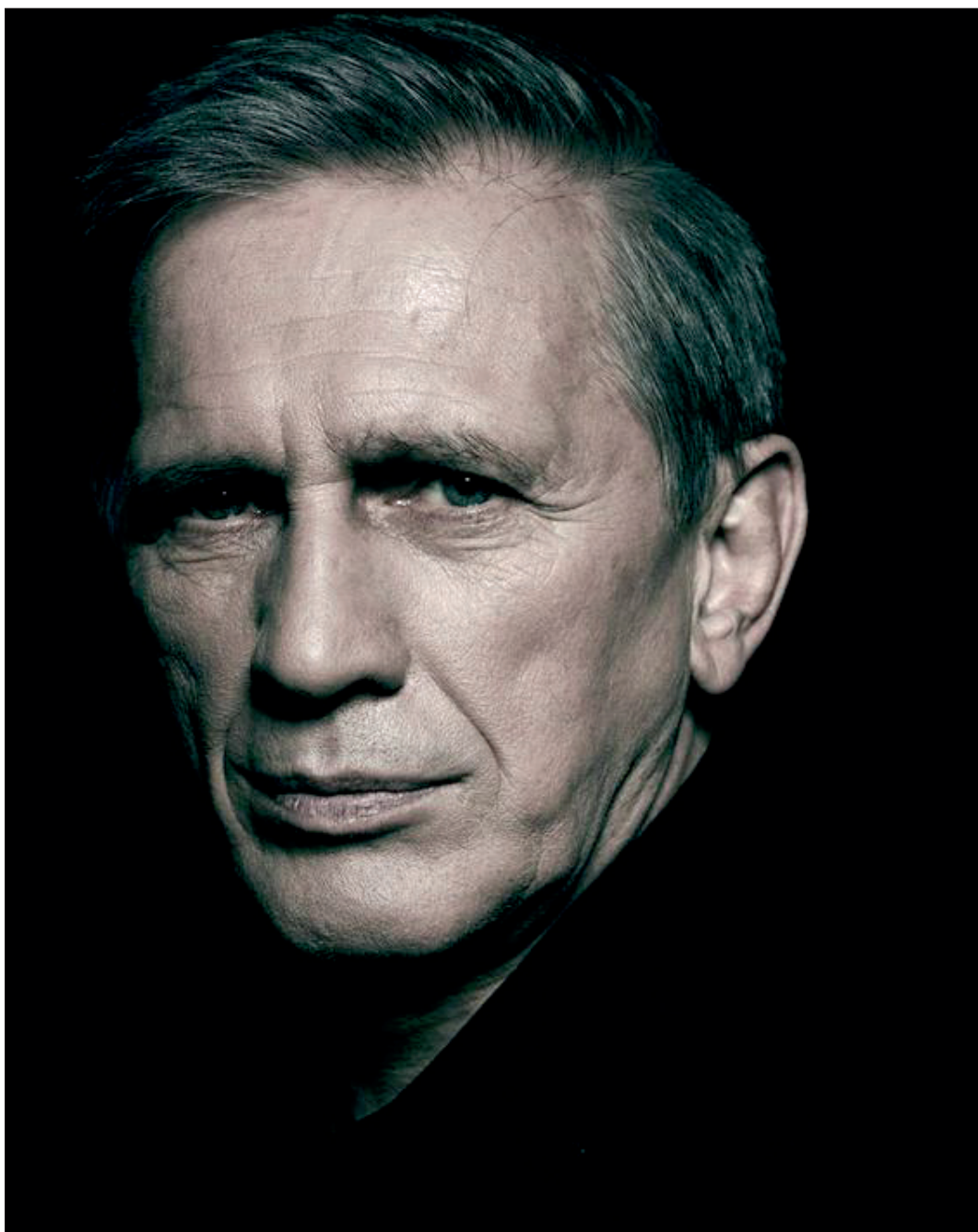
Portret – mapa odwołu- je się bardziej do aury niż do wizerunku. Jest pamięt- ką chwili z fotografem, który na krótko zapuścił się w pew- ną ludzką krainę. Uchwycił elegancję i godność, wycofa- nie i wsobność, zapał i werwę, brawurę i polot, pominął nato- miast krosty, liszaje i wyłysia- łe rzęsy, przekrwione spojówki, zmarszczki i cienie pod nawi- sami łuków brwiowych.

Weźmy na przykład portret Jana Englerta, jego twarz wy-

dobywa się z ciemności. Osobna. Owinię- ta całunem światła. Straciła ciało, które ją dotąd nosiło do sklepu i do teatru, ale zy- skała ponadczasowość, nieśmiertelność, jak księżna Alba przeniesiona na płótna Francisca de Goi, Joanne Habeturne odmalowana przez Amadeę Modiglianiego, albo Fillide Melandroni uchwyco- na przez Michelangela da Caravaggia.

Caravaggio mawiał, że jego obrazy nie tyle się ogląda co czuje. A w portretach Poremby czuć barok. Mroczny. Gniew- ny. Niepokojący. Nie ma tu co prawda odrąbanych głów Ho- lofernesów i Goliatów, są tylko wyłowione światłem, wystę- pujące z brzegów, rozpalone nadmiarem życia twarze.

Agnieszka KANIA



Jan Englert - portret Jacka Poremby



Nowy Rok 2022 zaczął się tak, jak wszyscy światli ludzie przewidywali, wielkim wzrostem liczby zachorowań i – niestety – także i zgonów. Liczby te plasują nas na niechlubnym czele listy krajów najbardziej dotkniętych pandemią COVID-9. Wg aktualnych prognoz IV fala przejdzie w jeszcze większą falę V, co może spowodować katastrofalne skutki dla funkcjonowania ochrony zdrowia. A wszystko to dzieje się przy różnych gierkach, zabawach w podchody, podpuszczaniu i wypuszczaniu polityków różnej maści przy jednoczesnym braku podejmowania rozsądnych decyzji. Gdy piszę te słowa 13 spośród 17 członków Rady Medycznej premiera złożyło rezygnację uznając, że ich obecność w organie – którego rad nikt nie słucha – nie ma dalszego sensu. Pracownicy ochrony zdrowia walczący z pandemią

w dalszym ciągu robią to pozostawieni sami sobie (pomimo niewielkich gestów robionych przez rządzących). Jak długo to jeszcze potrwa??

W cieniu tych wydarzeń trwa w naszej Izbie kampania wyborcza. Jakie będą jej efekty – trudno powiedzieć. W innych izbach „nie ma szału”. W największej izbie w pierwszej turze wybrano zaledwie ok. 1/3 delegatów, więc trwa II tura. Czy i u nas tak będzie? Jest to na pewno sygnał dla działaczy samorządu lekarskiego, że po 30 latach funkcjonowania izb w obecnym kształcie nadeszła pora na zmiany – jakie i jak daleko idące? O tym powinna zdecydować – moim zdaniem – szeroka dyskusja wewnątrz Samorządu. Miejmy nadzieję, że nowo wybrani nasi przedstawiciele od niej nie uciekną.

Tymczasem życząc owocnej lektury nowego Biuletynu żegnam się do marca.

Jerzy B. LACH

SZPALTA PREZESA



Koleżanki! Koledzy!

Zeszły rok minął, ale jego konsekwencje odczuwamy wszyscy w najbliższych latach. Działalność Samorządu Lekarskiego przypomina przysłowiową walkę z wiatrakami i nie jest to naszą winą. Rząd zdaje się nie zauważać postępującej degrengolady w ochronie zdrowia, nie mówiąc już o nastawieniu Ministerstwa Zdrowia dla zgłaszanych przez nas permanentnie postulatów i zastrzeżeń. Mamy powrót do „zawodówek” (Prezydent RP podpisał ustawę z dnia 17 listopada 2021 r. o zmianie ustawy Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce oraz niektórych innych ustaw, która umożliwia uczelniom zawodowym prowadzenie nauczania na kierunku lekarskim i lekarsko-dentystycznym), mamy, mimo ostrego sprzeciwu Samorządu Lekarskiego, nowelizację rozporządzenia Ministra Zdrowia i utworzenie specjalizacji „chirurgiczna asysta lekarza”. Mamy także propozycję zniesienia stażu podyplomowego lekarzy i lekarzy dentystów – ostatnio Minister Zdrowia powołał dwa zespoły, których zadaniem jest sprawdzenie, czy istnieje możliwość lepszego wykorzystania ostatnich lat studiów na kierunku lekarskim i lekarsko-dentystycznym na praktykę czynności zawodowych w bezpośrednim kontakcie z pacjentem. W związku z tym przesunięto na 1 stycznia 2023 r. ter-

miny wejścia w życie nowych rozwiązań dotyczących stażu podyplomowego lekarzy i lekarzy dentystów.

W cieniu tego wszystkiego, praktycznie niezauważalnie (a było to 2 grudnia 2021 r.) minęła rocznica 100-lecia powstania Samorządu Lekarskiego w Polsce. Planowana przez Naczelną Izbę Lekarską wielka gala została odwołana z powodu pandemii, a obchodzono ją bardzo symbolicznie w postaci uchwały NRL, okolicznościowych kartek pocztowych czy „Zeszytu Historycznego”.

Obecnie mamy „Nowy Ład”, a właściwie to, co każdy widzi gołym okiem. Nie dość nadchodzącej fali Omikrona to jeszcze totalne zamieszanie związane z wejściem w życie nowej ustawy. A w tym wszystkim my musimy się znaleźć. W związku z tym skupię się tylko na rzeczach najważniejszych dla nas. 28 lutego kończy się ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej dla wielu naszych członków (tych, którzy robią to za pośrednictwem Izby) i stąd pragnę przypomnieć o tym fakcie, a także o tym, że ubezpieczenie pozostaje na niezmiennych zasadach i warunkach finansowych, co jest dobrą wiadomością w czasach „Nowego Ładu”. Jak zawsze jest możliwość bezpośredniego ubezpieczenia się samodzielnie przez wejście na stronę naszej Izby (czynne już od 17 stycznia) i tradycyjnie u naszych pracowników w okresie od 7 do 25 lutego 2022 r. (szczegóły znajdziecie Państwo w środku Biuletynu).

Jolanta SMERKOWSKA-MOKRZYCKA



OSTATNIE POSIEDZENIA OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ W 2020 R.

W dniu 24 listopada 2021 r. odbyło się przedostatnie posiedzenie Okręgowej Rady Lekarskiej. Rada obradowała nad następującymi kwestiami.

Przyznanie praw wykonywania zawodu

O wpisanie na listę członków naszej Izby wnioski złożyli:

- Żrebiec Łukasz – przeniesienie z Dolnośląskiej Izby Lekarskiej,
- Kokowski Radosław – przeniesienie ze Śląskiej Izby Lekarskiej,
- Polewiak Paweł – przeniesienie z OIL w Gdańsku,
- Kujawska Kalina – przeniesienie z OIL w Rzeszowie.
- Z kolei Kubisiak Aleksandra wystąpiła o wymianę PWZ po odbyciu stażu podyplomowego.

Ponadto, zgodnie z decyzją administracyjną MZ Rada przyznała PWZ na określony zakres czynności medycznych na 5 lat trojgu lekarzy:

- Tsybuliak Volodymyr,
- Velychko Yaroslav,
- Naporka Vitalij.

Rejestracja podmiotów prowadzących szkolenie podyplomowe lekarzy

Do Rady wpłynęły wnioski o rejestrację szkoleń i przyznanie punktów edukacyjnych od następujących podmiotów:

- Firma Medica-Rescue organizuje kurs z ratownictwa medycznego dla lekarzy dentystów - jednogłośnie przyznano 9,5 pkt.;
- Klinika Nova organizuje warsztaty z techniki enukleacji anatomicznej stercza dla lekarzy - jednogłośnie przyznano 9 pkt.

Zmiany w rejestrze indywidualnych praktyk lekarskich

Z rejestru praktyk wykreślono jedną praktykę lekarską oraz jedną grupową praktykę lekarską.

Przyznanie świadczeń z Funduszu Samopomocy

W tym punkcie omówiono sprawę zaniedbanego nagrobka lekarza Adama Chudyka. Dr Kudyba opisał stan miejsca pochówku. Decyzja w sprawie sfinansowania odnowienia nagrobka nastąpi po przedstawionym kosztorysie z zakładu kamieniarskiego.

Podjęcie uchwał w sprawie zmiany wysokości składki członkowskiej

O zwolnienie z opłacania składek członkowskich z powodu nieosiągania przychodów zwróciło się do Izby pięć lekarzy - zwolnienia przyznano jednogłośnie.

Wyznaczenie przedstawicieli OIL do komisji konkursowych

Brak wniosków

Rekomendacje w sprawie powołania kandydatów na konsultantów

Wojewoda Opolski zwrócił się do Rady z prośbą o rekomendację do funkcji Konsultanta Wojewodzkiego dla dwojga lekarzy:

- Anita Lyssek-Boroń w dziedzinie okulistyki (rekomendacja jednogłośnie),
- Agnieszka Rzeszotarska-Sordoń w dziedzinie medycyny rodzinnej (rekomendacja jednogłośnie).

Sprawozdanie z posiedzenia Konwentu Prezesów ORL w dniu 21.10.2021r. i NRL w dniu następnym

Kol. Smerkowska-Mokrzycka poinformowała, że na Konwencie przedstawiono nowego Przewodniczącego Porozumienia Rezydentów. Omawiano także dalszy przebieg protestu pracowników medycznych, w tym losy „Białego Miasteczka”, które uzyskało finansowe wsparcie od 13 izb okręgowych.

Kol. Jakubiszyn z kolei omówił posiedzenie NRL, na którym m.in. wystosowano apel do lekarzy o ograniczenie nadmiarowej pracy oraz omówiono dotychczasowe kontakty z ministerstwem zdrowia.

Sprawozdanie z działalności członków między posiedzeniami

Prezes poinformowała o potrzebie podpisania umowy z ministerstwem zdrowia na czynności przejęte od administracji państwowej. Podpisanie takiej umowy zarekomendowano w głosowaniu jednogłośnie.

Kol. Smerkowska-Mokrzycka mówiła również o złożeniu wniosku do prokuratury o możliwości popełnienia przestępstwa przez autorów plakatów antyszczepionkowych wywieszanych w Opolu. Do Izby wpłynęło pismo z prokuratury o odmowie wszczęcia postępowania.

Rada postanowiła jednogłośnie zgłosić kol. Janusza Cholewińskiego do odznaczenia Hominem Inveni.

Kol. Jakubiszyn przedstawił aktualny stan głosowania korespondencyjnego. W wielu rejonach wyborczych nie osiągnięto jeszcze minimum 20% oddanych głosów. Zapelował o aktywizację środowiska w tej materii.

Sprawy różne i wolne wnioski

Kol. Kudyba poinformował, że z uwagi na niskie zainteresowanie i okres 4 fali pandemii, spotkanie opłatkowe emerytów planowane na 11 grudnia zostanie odwołane.

Z-ca Sekretarza ORL
Lek. Stanisław KOWARZYK

Ostatnie w 2021 r. posiedzenie Rady odbyło się 15 grudnia. Rada obradowała nad następującymi problemami:

Przyznanie praw wykonywania zawodu

Wniosek o przyznanie PWZ złożyła lek. Broniszewska-Pryk Pamela (przeniesienie ze Śląskiej Izby Lekarskiej w Katowicach), a o wydanie duplikatu PWZ – lek. Kubiśiak (Gadomska) Aleksandra. Uchwały w obu sprawach podjęto jednogłośnie.

Z kolei wniosek o przyznanie warunkowego PWZ złożyli:

- lek. Havrylko Roman - uchwałę podjęto jednogłośnie;
- lek. Teshchenko Vladyslava - uchwałę podjęto przy jednym głosie przeciw;
- lek. Khoroshchak Vira – ponowne przyznanie PWZ na czas określony do 19.04.2024 r. (uchwałę podjęto jednogłośnie).

Rejestracja podmiotów prowadzących szkolenie podyplomowe lekarzy

Firma „MedicaRescue Ł. Szymczyszyn” z Kędzierzyna-Koźła zarejestrowana w naszej Izbie, która przeprowadzi szkolenie dla lekarzy dentystów na terenie Małopolskiej Izby Lekarskiej złożyła wniosek o przyznanie punktów edukacyjnych. Uchwałę podjęto jednogłośnie i przyznało 9 pkt. edukacyjnych.

Zmiany w rejestrze indywidualnych praktyk lekarskich

Prezes przedstawiła dwa wnioski o wykreślenie indywidualnych praktyk lekarskich z powodu zgonu oraz jeden z powodu zaprzestania działalności praktyki lekarskiej - uchwały podjęto jednogłośnie.

Przyznanie świadczeń z Funduszu Samopomocy

Brak wniosków.

Zmiany w wysokości składki członkowskiej

Wniosek o zwolnienie z opłacania składki członkowskiej złożyło 5 lekarzy – uchwały w tych sprawach podjęto jednogłośnie.

Wyznaczenie przedstawiciela OIL do Komisji Konkursowej

Kol. Martyniszyn przedstawił problemy lekarzy POZ z pionem zakaźnym w kwestii przekazywania pacjentów COVID+ do leczenia szpitalnego. Krytycznie ocenił pracę koordynatora ds. COVID, który nie realizuje nałożonych na niego obowiązków. Krytyczne uwagi kol. Martyniszyna potwierdził kol. Wojtyłko i kol. Gajda z własnych doświadczeń w kontaktach z koordynatorem. Podjęto decyzję o wystąpieniu z pismem w tej sprawie do odpowiednich organów decyzyjno-zarządzających.

Wobec wyczerpania programu obrad na tym posiedzenie zakończono.

Prezes ORL
Lek. dent. Jolanta SMERKOWSKA-MOKRZYCKA

- Dyrektor SP ZOZ Opolskie Centrum Onkologii w Opolu zwrócił się z prośbą o wyznaczenie przedstawicieli OIL do komisji konkursowej na stanowisko Ordynatora Kliniki Onkologicznej z Odcinkiem Dziennym. Do składu Komisji zaproponowano: Przewodniczący – kol. Jerzy Jakubiszyn,
- członkowie: kol. kol. Lidia Czopkiewicz i Piotr Tokar - uchwałę podjęto jednogłośnie.

Sprawozdanie z posiedzenia NRL on-line z dnia 11.12.2021 r.

Informację przedstawił kol. Jakubiszyn. Poruszono następujące zagadnienia:

przedstawiono rys historyczny 100-lecia Izby Lekarskiej;

- podjęto Uchwałę Organów NIL w sprawie upamiętnienia 100-lecia lekarskiego samorządu zawodowego;
- podjęto Stanowisko w sprawie statusu zawodu lekarza i lekarza dentysty jako wolnego zawodu;
- przedstawiono wpływ polityki podatkowej państwa związany z Polskim Ładem na wykonywanie zawodu lekarza i lekarza dentysty;
- zatwierdzono liczbę delegatów na Krajowy Zjazd Lekarzy;
- rozdzielono dotacje finansowe na szkolenia dla poszczególnych Izb;
- omówiono zwrot poniesionych kosztów przez Izby Lekarskie na wydanie PWZ.

Sprawozdanie z działalności członków Rady pomiędzy posiedzeniami

Prezes przekazała informacje z:

- posiedzenia online Rady Społecznej Opolskiego Oddziału NFZ, na którym omówiono: analizę skarg pacjentów do NFZ (większość z nich to skargi niezasadne), zabezpieczenie łóżkowe w naszym województwie na potrzeby zakażenia COVID z propozycją utworzenia nowych oddziałów;
- spotkania w Adwokaturze Opolskiej dnia 09.12.2021 r. z okazji 5-lecia Porozumienia Zawodów Zaufania Publicznego.

Podjęcie Uchwały w sprawie harmonogramu posiedzeń Prezydium ORL, posiedzeń ORL i Okręgowego Zjazdu Lekarzy

Prezes przekazała harmonogram posiedzeń i termin Okręgowego Zjazdu Lekarzy (19.03.2022 r.) - uchwałę podjęto jednogłośnie

Sekretarz ORL

Lek. Małgorzata ŁUSZCZYŃSKA-OSTROWSKA

Sprawy różne i wolne wnioski

Prezes zaapelowała o zgłaszanie kandydatów do Prymarusza Opolskiego – termin do końca grudnia br.

Wobec wyczerpania porządku obrad na tym posiedzeniu zakończono.

Prezes ORL

Lek. dent. Jolanta SMERKOWSKA-MOKRZYCKA



PREZES
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
prof. dr hab. med. Andrzej Matyja

RP079.36.2021
RP.KW-00045.2021

Warszawa, 24.11.2021 r.

Szanowne Koleżanki i Szanowni Koledzy,

2 grudnia tego roku minie 100 lat od powstania pierwszych izb lekarskich w naszym kraju. Jak wiecie, z tej okazji Telewizja Polsat postanowiła zorganizować transmitowany na żywo specjalny koncert m.in. z udziałem gwiazd polskiej sceny muzycznej. Po rozmowach z kierownictwem Stacji podjąłem jednak niełatwą decyzję o wstrzymaniu zaawansowanych już przygotowań i odwołaniu tego wyjątkowego wydarzenia ze względu na obecną sytuację pandemiczną – rosnące liczby zachorowań, hospitalizacji i zgonów.

Moim zdaniem, mimo ciągłego braku zakazu organizowania masowych imprez i innych obostrzeń, nie możemy sobie pozwolić na obchodzenie Jubileuszu 100-lecia z takim rozmachem, jaki – ku naszej satysfakcji – zaplanowała Telewizja Polsat, chcąc uhonorować polskich lekarzy. Zarówno my, jak i nasi eksperci, zarzucamy decydom bierność wobec pandemii, więc znaleźlibyśmy się w niefortunnym położeniu, kiedy to bardzo liczna grupa (ponad 500 osób na widowni oraz ekipa artystów, realizatorów i obsługi) zgromadzona w jednym pomieszczeniu potęgowałaby zagrożenie epidemiczne, gdy w tym czasie trwa walka o życie i zdrowie pacjentów. Stalibyśmy się po prostu hipokrytami.

Dlatego w imieniu Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej oraz własnym wyrażam żal, że nie będziemy mogli – tak jak planowaliśmy z Telewizją Polsat – uczcić pamięć ojców samorządu i naszych poprzedników, a także pokazać trud i zaangażowanie współczesnych lekarzy i lekarzy dentystów, docierając z tym przekazem również do szerokiej publiczności telewizyjnej.

Mam nadzieję, że przyszłość przyniesie wiele okazji do świętowania w większym gronie i w sprzyjających ku temu okolicznościach.

Z koleżeńskimi pozdrowieniami,

Andrzej Matyja

Prezes Naczelnej Rady Lekarskiej

Naczelna Izba Lekarska, ul. Jana Sobieskiego 110, 00-764 Warszawa
tel. 22 559-13-30, fax 22 559-13-23
e-mail: prezes@hipokrates.org

UBEZPIECZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI CYWILNEJ NA 2022 ROK

Koleżanki i Koledzy,

Od 1 marca 2022 r. kontynuować będziemy program Ubezpieczenia Odpowiedzialności Cywilnej oraz ubezpieczenie Ochrony Prawnej Lekarza (**na nie zmienionych zasadach i warunkach finansowych**) wynegocjowany przez naszego partnera, Brokera PWS Konstanta S.A. z PZU S.A. oraz InterRisk TU S.A. Podobnie, jak w roku ubiegłym istnieje możliwość przystępowania do ubezpieczenia bezpośrednio przez stronę internetową

wą www.polisagrupowa.pl lub poprzez baner zamieszczony na stronie Izby, do czego zachęcamy wszystkich członków Opolskiej Izby Lekarskiej.

Mając na uwadze utrudnienia związane z występowaniem pandemii oraz ograniczenia prawne, które mogą wystąpić – prosimy o nieodkładanie kontynuacji ubezpieczenia do ostatniej chwili. Szczegóły dotyczące możliwości zawarcia umowy ubezpieczenia znajdują się na końcu tego artykułu.

Ubezpieczenie w czasach pandemii – przypomnienie stanowiska związanego z ochroną

1. Ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej:

W roku ubiegłym uzyskano potwierdzenie, od PZU S.A., że PZU S.A. w zakresie udzielanej lub już udzielonej ochrony ubezpieczeniowej nie wprowadziło obostrzeń związanych z panującym stanem epidemiologicznym i nie mają zastosowania żadne dodatkowe ograniczenia odpowiedzialności

2. Zabezpieczenie lekarzy na wypadek zachorowania jak i śmierci na skutek zachorowania na SARS-CoV-2 ?

Pragniemy Państwu przypomnieć, że w Opolskiej Izbie Lekarskiej od 2016 roku istnieje możliwość przystąpienia lekarzy będących członkami izby lekarskiej do grupowego ubezpieczenia na życie wraz z utratą dochodów na skutek choroby w TU Generali Życie S.A. Oferta jest bardzo szeroka i obejmuje zarówno opcje z utratą dochodu jaki i bez. Na początku pandemii ubezpieczyciel potwierdził pokrycie ubezpieczeniowe dla przypadków zachorowania lekarza na SARS-CoV-2.

- Ochrona ubezpieczeniowa w tym programie jest szeroka i obejmuje między innymi:
- Czasową niezdolność do pracy (utrata dochodów);
- Śmierć ubezpieczonego;
- Wypłatę świadczenia za pobyt ubezpieczonego w szpitalu

Zachęcamy do zapoznania się z ofertą dostępną przez baner. Zwracamy jednak uwagę na obowiązujące w tej chwili karencje w wypłacie odszkodowania, które dla powyższych świadczeń wynoszą:

- 3 miesiące – pobyt w szpitalu (za wyjątkiem pobytu w szpitalu w wyniku NNW);
- 6 miesięcy – śmierć ubezpieczonego (za wyjątkiem zgonu w wyniku NNW) oraz czasowa niezdolność ubezpieczonego do pracy.

Przypomnienie warunków programu. Sposób zawarcia ubezpieczenia

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

Rozporządzenie Ministra Finansów doprecyzowało zasady tego ubezpieczenia. Obejmuje ono wszystkie szkody, jakie mogą być wyrządzone w czasie udzielania świadczeń zdrowotnych albo powstałe wskutek zaniechania udzielenia takich świadczeń. **Jest wyłączenie**, które związane jest z zabiegami chirurgii plastycznej i zabiegami kosmetycznymi – otóż ochrona ubezpieczenia odnosi się wyłącznie do zabiegów wykonywanych w przypadku wad wrodzonych oraz następstw urazów czy chorób. Ubez-

pieczenie nie pokrywa szkód, będących następstwem zabiegów estetycznych. Rozporządzenie wprowadziło minimalną sumę gwarancyjną dla tego ubezpieczenia – w przypadku lekarza (lekarza dentystry) wynosi ona 75.000 euro na 1 zdarzenie i 350.000 euro na wszystkie zdarzenia w okresie ubezpieczenia.

Ubezpieczenie obowiązkowe wraz z ochroną prawną proponowane członkom Opolskiej Izby Lekarskiej przez PZU uwzględnia podział na trzy grupy specjalności:

Grupa I (składka 454 zł)	Grupa II (składka 202 zł)	Grupa III (składka 124 zł)
<ul style="list-style-type: none">• Anestezjologia i intensywna terapia• Chirurgia ogólna• Chirurgia dziecięca• Chirurgia naczyńowa• Chirurgia onkologiczna• Chirurgia plastyczna• Torakochirurgia• Kardiochirurgia• Neurochirurgia• Chirurgia szczękowo-twarzowa• Chirurgia stomatologiczna• Urologia• Urologia dziecięca• Ortopedia i traumatologia• Ginekologia i położnictwo• Ginekologia onkologiczna• Medycyna ratunkowa• Neonatologia	<ul style="list-style-type: none">✓ Medycyna sportowa✓ Radioterapia• Lekarz dentysta nie posiadający żadnej specjalizacji oraz✓ pozostałe specjalności stomatologiczne poza chirurgią stomatologiczną np.:<ul style="list-style-type: none">• ortodoncja• periodontologia• protetyka stomatologiczna• stomatologia dziecięca• stomatologia zachowawcza z endodoncją.	<p>Wszystkie pozostałe specjalności</p> <p>Uwaga:</p> <p>Jeżeli lekarz z III grupy wykonuje jakieś zabiegi chirurgiczne, endoskopowe, z zakresu radiologii interwencyjnej czy inne wymagające pisemnej zgody – musi się ubezpieczyć jak w grupie II.</p>

- Jeżeli lekarz ma kilka specjalizacji, ubezpiecza się zgodnie z tą, którą wykonuje.
- Jeżeli lekarz wykonuje kilka specjalizacji, ubezpiecza się zgodnie z tą, która ma wyższą składkę.
- W przypadku lekarzy będących w trakcie specjalizacji, nieposiadających żadnej innej specjalizacji, nalicza się składkę przewidzianą dla grupy ryzyka obejmującej faktycznie wykonywaną specjalizację.

W dalszym ciągu istnieje możliwość bardzo korzystnego ubezpieczenia pakietowego (**połączenie ubezpieczenia obowiązkowego z dobrowolnym**) tzw. klauzury nadwyżkowej.

- Pozwala to nie tylko podwyższyć sumę gwarancyjną ubezpieczenia, ale objąć ubezpieczeniem sytuacje czy zdarzenia, których nie zawiera ubezpieczenie obowiązkowe;
- udzielanie pierwszej pomocy (także w sytuacji, w której lekarz, ratując czyjeś życie, udzielał jej po spożyciu alkoholu),
- udzielanie świadczeń medycznych okazjonalnych (niezbędnej pomocy medycznej - nie dotyczy stałej pracy) poza terenem Polski – np. podczas wyjazdu wypoczynkowego lub podejmowanych w ramach stażu, praktycznej nauki zawodu, delegacji służbowej, udziału w konferencjach naukowych oraz wyjazdów interwencyjnych z pomocą medyczną obywateli RP,
- uwzględnienie w składce podstawowej zabiegów estetycznych i kosmetycznych,
- koszty ekspertów, biegłych, zastępstwa prawnego – poniesionych za zgodą PZU S.A. lub zasądzonych,
- niezbędne koszty sądowej obrony przed roszczeniami, niezbędne koszty sądowej obrony w postępowaniu karnym poniesione za zgodą PZU S.A. lub zasądzone,
- koszty postępowań sądowych, w tym mediacji lub postępowania pojednawczego poniesione za zgodą PZU S.A. lub zasądzone,
- koszty poniesione na minimalizowanie wyrządzonej szkody,
- odpowiedzialność cywilna za szkody wyrządzone osobom trzecim w wynajmowanym sprzęcie oraz pomieszczeniu praktyki (do kwoty 50.000 zł),
- szkody rzeczowe wyrządzone w mieniu pacjenta w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, ubezpieczenie od innych zdarzeń odpowiedzialności cywilnej, związanych z miejscem wykonywania praktyki, ale nie związanych z udzielaniem świadczeń (np. zalanie sąsiada wskutek awarii w gabinecie, uderzenie przedmiotem spadającym z okna gabinetu czy dachówką spadającą z dachu domu lub poślizgnięcie się pacjenta na mokrej posadzce w pomieszczeniu, w którym jest gabinet itp.)
- szkody związane z utratą, uszkodzeniem mienia przechowywanego do 5.000 zł np. mienie pacjenta pozostawione w poczekalni lub depozycie,
- szkody nie związane ze szkodą osobową lub rzeczową (limit 100.000 zł),
- w ramach ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej lekarza, PZU S.A. dla każdego Ubezpieczonego, organizuje i pokrywa koszty usługi Asysty Prawnej (usługa assistance). Nr telefonu Centrum Alarmowego dla Asysty Prawnej: 225-051-604.

Usługa asysty prawnej polega na:

- udzielaniu telefonicznie lub udzielaniu w formie elektronicznej konsultacji prawnych,

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

W ramach składki ubezpieczeniowej ubezpieczenia pakietowego uzyskuje się również:

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

CORIS LEX SERVICES SP.Z.O.O.

Tel. (22) 647-56-10 7 dni w tygodniu 9-21

Fax. (22) 568-98-99 24 h

Email: interrisk@asysta.prawnika.pl 24 h

A oto warianty tego ubezpieczenia pakietowego:

Kwota, o którą zwiększa się suma gwarancyjna OC	Grupa I specjałności – składka łączna	Grupa II – składka łączna	Grupa III – składka łączna
100.000,00 zł	545,00 zł	265,00 zł	161,00 zł
200.000,00 zł	643,00 zł	298,00 zł	173,00 zł
300.000,00 zł	669,00 zł	304,00 zł	180,00 zł
400.000,00 zł	701,00 zł	314,00 zł	188,00 zł
500.000,00 zł	715,00 zł	320,00 zł	192,00 zł
700.000,00 zł	727,00 zł	324,00 zł	196,00 zł

Kwota, o którą zwiększa się suma gwarancyjna OC	Grupa I specjałności – składka łączna	Grupa II – składka łączna	Grupa III – składka łączna
800.000,00 zł	735,00 zł	335,00 zł	215,00 zł
1.300.000,00 zł	903,00 zł	402,00 zł	243,00 zł
1.500.000,00 zł	990,00 zł	420,00 zł	290,00 zł
2.500.000,00 zł	1.722,00 zł	733,00 zł	453,00 zł
3.000.000,00 zł	1.940,00 zł	820,00 zł	540,00 zł
3.500.000,00 zł	2.090,00 zł	870,00 zł	590,00 zł

- za 20 zł można podnieść sumę gwarancyjną do 500 000 zł na szkodach w ruchomościach i nieruchomościach użytkowanych na podstawie umowy najmu, dzierżawy lub innego stosunku prawnego – **chodzi o szkody w użytkowanym obcym sprzęcie np. medycznym**

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

A oto warianty tego ubezpieczenia:

Suma gwarancyjna OC	Grupa I – składka	Grupa II – składka	Grupa III – składka
100.000,00 zł	256,00 zł	139,00 zł	82,00 zł
200.000,00 zł	301,00 zł	155,00 zł	93,00 zł
300.000,00 zł	340,00 zł	169,00 zł	103,00 zł
400.000,00 zł	350,00 zł	180,00 zł	110,00 zł
500.000,00 zł	375,00 zł	190,00 zł	115,00 zł
700.000,00 zł	402,00 zł	197,00 zł	117,00 zł

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

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

800.000,00 zł	420,00 zł	203,00 zł	122,00 zł
1.300.000,00 zł	519,00 zł	243,00 zł	145,00 zł
1.500.000,00 zł	540,00 zł	255,00 zł	165,00 zł
2.500.000,00 zł	994,00 zł	436,00 zł	268,00 zł
3.000.000,00 zł	1.050,00 zł	470,00 zł	340,00 zł
3.500.000,00 zł	1.090,00 zł	540,00 zł	420,00 zł

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

Przystąpienie do ubezpieczenia:

W związku z ograniczeniami związanymi z występowaniem pandemii zachęcamy Państwa do przystępowania do ubezpieczenia bezpośrednio przez stronę internetową www.polisagrupowa.pl lub poprzez baner zamieszczony na stronie Izby. Zawarcie ubezpieczenia zajmuje kilka minut bez konieczności wychodzenia z domu, a cała dokumentacja wraz z potwierdzeniem ochrony trafia do Państwa w czasie rzeczywistym.

Zachęcamy do korzystania z tego rozwiązania. Jest ono dedykowane dla naszej Izby Lekarskiej. Dodatkowo na stronie znajduje się szereg informacji na temat Programu ubezpieczenia oraz jest możliwość sięgania do polis z bieżącego oraz poprzednich okresów ubezpieczenia, jeśli wcześniej skorzystaliście już z tej możliwości zakładając konto na stronie.

Zawierając ubezpieczenie OC Lekarza przez stronę internetową otrzymujecie bezpośrednio na swojego maila potwierdzenie zawarcia umowy ubezpieczenia OC Lekarza oraz Ochrony Prawnej, co pozwoli na zaoszczędzenie czasu. Składkę będzie można uiścić przelewem na konto bankowe Opolskiej Izby Lekarskiej w terminie 7 dni od daty wystawienia potwierdzenia ubezpieczenia.

Pozostawiamy możliwość zawarcia ubezpieczenia w Izbie, zwracamy jednak uwagę, że mogą wystąpić trudności organizacyjne niezależne od naszej woli. Nie-



stety w przypadku opóźnienia w zgłoszeniu istnieje ryzyko powstania luki w okresie ochrony ubezpieczenia. Prosimy nie pozostawiać tej sprawy do ostatniej chwili. Uruchomienie możliwości zawarcia ubezpieczenia online – od **17 stycznia 2022 r.**

Informujemy także, że nasz Broker zobowiązał się do udzielenia Państwu wsparcia w zawarciu ubezpieczenia

przez internet poprzez możliwość kontaktu telefonicznego (poza kontaktem z Izbą):

1. Jadwiga Kołodziejczyk – 662 246 213

2. Jadwiga Senecka – 604 269 575

W przypadku wyboru tradycyjnej formy ubezpieczenia (poprzez kontakt z pracownikiem Biura Izby) składki będą zbierane w okresie od 7 do 25 lutego 2022 r.

Jolanta SMERKOWSKA-MOKRZYCKA

SYLWESTROWY DYŻUR CHIRURGA DZIECIĘCEGO W OPOLU

Dedykowane pani Dr Małgorzacie Puziewicz-Krzemienowskiej

Sylwestrowego wieczoru
Na chirurgicznym dyżurze,
U drzwi opolskiego SOR-u
Poruszenie było duże.

Jacyś dziwni ratownicy
W huk petard i nocy mrok
Połamany, jak w krzywicy
Podrzućli Stary Rok.

Chirurga ściągnięto, a nuż,
Trzeba będzie operować?
Rok argumentował, jak już,
To on musi wykorkować.

Poci się chirurg, lecz bada.
Strapioną blond drapie główkę.
Rok rzecze, to moja rada,
Pędź Pani na porodówkę.

Dziecięcego potrzebują
Chirurga, bo Nowy Roczek
Politycy nam zepsują,

Nim wykona pierwszy krocze.
Pierwszy w porodowej sali

Jak go dobrze skorygujesz
Oprze się zepsucia fali
Wkrótce ty też to odczujesz.

Skorzystała z rady
No i już w pierwszym kroku
Zoperowała wady
Małego Nowego Roku.

Szczęście ludzi było duże
Że od Tokio do Hamburga,
To w Opolu na dyżurze
Mają takiego chirurga.

Czas już na podsumowanie,
Na dyżurze, już po zmroku,
Choć nie siedzisz przy szampanie.
Wypatruj Dobrego Roku.

Wrocław 2018–12–30 - Sławomir ZMONARSKI.

SYFILIS (KIŁA) PLAGĄ JAGIELLONÓW

Rok 1492 był przełomowym w historii Polski i Europy. W Polsce umiera najwybitniejszy król z dynastii Jagiellonów Kazimierz Jagiellończyk, ojciec czterech królów: Władysława króla Czech i Węgier oraz Jana Olbrachta, Aleksandra i Zygmunta Starego - królów Polski.

W tym samym roku powraca do Portugalii Krzysztof Kolumb odkrywca nowego kontynentu - Ameryki. Jego marynarze przywieźli nieznaną dotąd w Europie chorobę (rzekomo pojedyncze przypadki obserwowano już podczas wypraw krzyżowych). Pierwsze przypadki tej choroby występującej epidemicznie zaobserwowano już dwa lata później, kiedy król francuski Karol VIII rozpoczął oblężenie Neapolu, do którego Francuzi rościli pretensje. Tymczasem obrońcy oddali się królowi francuskiemu bez jednego wystrzału, otwierając wszystkie bramy miasta.

Rozpoczęło się wielotygodniowe świętowanie tego bezkrwawego zwycięstwa ograniczające się przede wszystkim do pijaństwa i rozpusty.

Tak rozpoczął się pochód tej strasznej i nieznannej dotąd choroby. Nazwano ją początkowo chorobą neapolitańską, a później w zależności od kraju, gdzie się pojawiała, chorobą francuską, niemiecką, a nawet polską. Często nazywano ją również przymiotem dworskim, ponieważ często pojawiała się w sferach wyższych. Był to syfilis lub kiła (obecnie wiemy wywoływany przez bakterie krętka błędnego). W tamtych czasach zbierał on śmiertelne żniwo, ponieważ przez dziesiątki lat nie znano skutecznej metody leczenia. Dopiero postęp w leczeniu syfilisu dały na-



cierania i kąpiele rtęciowe, ale bardzo często doprowadzały one do niewydolności nerek i wypadania zębów.

Wg historyków kiła została przywleczona do Krakowa w roku 1497 przez pątniczkę, która powróciła z pielgrzymami do Rzymu. Kiła stała się prawdziwym przekleństwem dynastii Jagiellonów. Prawie wszyscy Jagiellonowie, z wyjątkiem Zygmunta Starego, umierali z powodu zakażenia kiłowego.

Najstarszy syn Kazimierza Jagiellończyka, Jan Olbracht słynął z rozpustnego trybu życia, szczególnie po klęsce w lasach bukowińskich (na terenie dzisiejszej Rumunii, gdzie wyginęła szlachta) w roku 1497. Jan Olbracht zmarł w roku 1501 w wieku zaledwie 44 lat.

Dwa lata później w roku 1503 zmarł kolejny syn Kazimierza Jagiellończyka Fryderyk kardynał gnieźnieński, który mimo piastowania tak wysokiej funkcji kościelnej prowadził bardzo swobodny tryb życia. W chwili śmierci liczył 35 lat.

Kolejny syn Kazimierza Jagiellończyka, Aleksander żonaty z Heleną Rurykiewiczówną, córką cara moskiewskiego Iwana III Srogię zmarł również z powodu „polskiej choroby”, tj. syfilisu w roku 1506 w wieku 44 lat. Był bezpłodny (w przeszłości niepłodny był tylko król Przemysław II). Aleksander został pochowany w ukochanym przez siebie Wilnie.

W Wilnie pochowany został również następny syn Kazimierza Jagiellończyka – Kazimierz, który prowadził niezwykle ascetyczny tryb życia. Zmarł w roku 1484 i został zaliczony do grona świętych. Jest on patronem Litwy.

Również wzorowy tryb życia prowadził najmłodszy syn Kazimierza Jagiellończyka Zygmunt, który po urodze-

niu syna Zygmunta Augusta otrzymał przydomek Starego (mimo, że stary nie był). Był dwukrotnie żonaty. Po raz pierwszy z Barbarą Zapolyą, która była jego wielką miłością. Zmarła po porodzie drugiej córki. Drugą żoną Zygmunta Starego była Bona z rodu Sforzów. Był przykładnym mężem i ojcem doprowadzając do sekularyzacji Zakonu Krzyżackiego (słynny „Hołd Pruski” na krakowskim Rynku). Zygmunt Stary zmarł w wieku 81 lat. Był najdłużej panującym królem Polski, panował 40 lat.

Nie można niestety powiedzieć tego o jedynym synu Zygmunta Starego, Zygmuncie Auguście. Prawdopodobnie zaraził się kiłą od drugiej żony i wielkiej miłości Barbary Radziwiłłówny. Pierwszym mężem Barbary Radziwiłłówny był wojewoda wileński Giesztold (formalnie była Giesztoldową) słynęła ona z wyjątkowo rozpustnego trybu życia i nazywaną ją „wielką nierządnicą Litwy”. Mimo protestów magnatów Zygmunt August zawarł w tajemnicy ślub z Barbarą Radziwiłłówną, a w roku 1550 doprowadził do jej koronacji. Zmarła wkrótce pochowana została w Wilnie. Jej grób nie dotrwał do czasów dzisiejszych. Wg niektórych historyków Barbara Radziwiłłówna zmarła na raka szyjnej macicy, wg innych przyczyną jej zgonu była sepsa kiłowa.

Zygmunt August nie miał dzieci z dwoma żonami z dynastii Habsburgów (Elżbietą i jej siostrą Katarzyną). Zmarł w roku 1572 i na nim wygasła dynastia Jagiellonów panująca w Polsce blisko dwa wieki.

Zakażenie syfilisem obserwowano także w dynastii Wazów. Wolny od niej był tylko Zygmunt III Waza, natomiast zachorowali na syfilis jego dwaj synowie Władysław IV i Jan Kazimierz.

Prof. dr n. med. Janusz KUBICKI

CO PISZĄ INNI

STAŻ LEKARSKI: (DE)TERMINACJA W SŁUSZNEJ SPRAWIE?

Profesjonalizacja adeptów medycyny od wieków była domeną bardziej doświadczonych lekarzy uczących trudnej sztuki leczenia. Na przestrzeni dziejów taki właśnie model kształtował początki samodzielności lekarskiej ugruntowanej zdobywanym pod czujnym okiem mistrza doświadczeniem w praktyce klinicznej. Wykwały się w nim ponadczasowe autorytety i wzorce profesjonalisty medycznego. Z biegiem czasu miejsce niegdyśszego terminowania w klinice zastąpił obowiązkowy staż lekarski formujący absolwenta medycyny w prawdziwego lekarza. To jednak może się diametralnie zmienić wraz z pomysłem włączenia nauczania praktycznego zawodu lekarza do kształcenia przeddyplomowego. Miałoby to umożliwić szybszy dopływ lekarzy do coraz bardziej pustoszącego systemu opieki zdrowotnej. Multum, non multa?

Uchwałę w tej sprawie podjęła niedawno Konferencja Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych i zwróciła się z nią do Ministerstwa Zdrowia, wnioskując o zniesienie obowiązkowego stażu podyplomowego dla lekarzy i lekarzy dentystów. Decyzję podyktowaną koniecznością walki z niedoborem lekarzy w Polsce – szczególnie uwypuklonym w czasie pandemii – ma także uzasadniać wysoki poziom kształcenia potwierdzony przez Polską Komisję Akredytacyjną oraz liczne akredytacje międzynarodowe. A także, jak przekonują rektorzy, „bardzo dobre przygotowanie do rozpoczęcia pracy i kształcenia specjalizacyjnego od strony praktycznej dzięki intensywnemu doskonaleniu umiejętności praktycznych na ostatnim roku studiów”.

Zaoszczędzone dzięki likwidacji stażu podyplomowego środki finansowe – zdaniem uchwałodawcy – powinno przeznaczyć się na zwiększenie liczby kształconych w Pol-



sce lekarzy oraz na poprawę jakości kształcenia w uczelniach medycznych. Ministerstwo Zdrowia bardzo szybko poparło przedstawiony pomysł, zapowiadając jednocześnie podjęcie inicjatywy legislacyjnej w tej sprawie. Przedstawiciele resortu zdrowia nie wykluczają nawet zniesienia stażu już od przyszłego roku, tzn. dla studentów obecnego piątego roku studiów medycznych. Studentów, którzy – co nie jest bez znaczenia – przez kilka miesięcy w zajęciach dydaktycznych uczestniczyli zdalnie.

Jest to o tyle ciekawe, że w 2016 r. ta sama ekipa rządząca zdecydowanie opowiedziała się za przywróceniem stażu podyplomowego zlikwidowanego wcześniej w 2011 r. Obecny minister zdrowia tłumaczy jednak, że w ciągu ostatnich kilku lat na uczelniach medycznych zaszły olbrzymie zmiany (uruchomiono m.in. centra symulacji medycznej sfinansowane z wykorzystaniem funduszy unijnych), a obecna sytuacja w systemie ochrony zdrowia zmagającym się z pandemią – w szczególności kryzys kadrowy, z którym mamy dziś do czynienia – jest nieporównywalna do tej z 2016 r. Tymczasem o faktycznej jakości i przydatności centrów symulacji medycznej w przygotowaniach do praktycznej nauki zawodu wiele mówią choćby komentarze młodych lekarzy zamieszczane w mediach społecznościowych. Można w nich przeczytać m.in. o uruchamianiu takich centrów jedynie okazjonalnie i to przy znacznym ograniczaniu demonstrowanych procedur medycznych (ze względu na zbyt wysokie koszty materiałów) czy wprost: – o „symulowaniu” nauki praktycznej w centrach symulacji (sic!) sprowadzanej po prostu do wyświetlania prezentacji na dany temat.

O ile oczywiście nie sposób zakwestionować globalnego kryzysu pandemicznego, o tyle już pozostałe argumenty – zwłaszcza po ich zestawieniu z tematyką prowadzonych pięć lat temu dyskusji sejmowych dotyczących tego samego problemu – mogą wydawać się nie do końca przekonujące. Cofając się bowiem do sytuacji z 2016 r. i analizując ją pod kątem obowiązujących wówczas programów kształcenia medycznego można zauważyć pewną niekonsekwencję używanych dziś argumentów resortu zdrowia. Zmiany, na które powołuje się resort zdrowia, nie są bynajmniej efektem ostatnich lat, lecz w większości przypadków zostały wprowadzone do programu nauczania na studiach medycznych dużo wcześniej. Z podobną rezerwą można podejść do powoływania się władz resortu na obecny kryzys kadr medycznych. Otóż brak personelu medycznego w polskim systemie ochrony zdrowia także był równie palącym problemem w 2016 r., na co wskazywały wszystkie statystyki międzynarodowe kwestionowane wówczas przez resort zdrowia. Pandemia tylko jeszcze bardziej wyostriżyła i wzmocniła konsekwencje kryzysu kadrowego w opiece zdrowotnej.

Arbitralna, niekonsultowana z samorządem lekarskim zapowiedź zniesienia stażu podyplomowego coś jednak przyniosła: niezwykle szybko podzieliła całe środowisko na zwolenników i oponentów tego kontrowersyjnego po-

myślu. I tak w opinii zwolenników zniesienia obowiązkowego stażu lekarskiego sześcioletnie studia medyczne zapewniają wystarczająco długi okres kształcenia, co razem z rocznym stażem, trwającą przeważnie 5–6 lat specjalizacją daje aż trzynastoletni okres kształcenia lekarza. Rok mniej z tej puli nie powinno zatem zrobić większej różnicy w przygotowaniu merytorycznym do zawodu lekarskiego. Po drugie, praktyka pokazuje, że w niektórych placówkach organizujących staże lekarskie ich przebieg pozostawia wiele do życzenia, zwłaszcza w kwestii aktywnego włączania lekarza stażysty w zakres obowiązków adekwatnych do nabywanych przez niego kwalifikacji i nowych umiejętności praktycznych (słynne porządkowanie dokumentacji czy jedynie bierne uczestnictwo w obchodach przez stażystę nie wzięło się znikąd – przyp. autora). Po trzecie wreszcie, rezydentura rozpoczynana od razu po studiach z pominięciem stażu najpewniej oznaczałaby dla lekarza przyspieszoną możliwość uzyskania lepszych zarobków.

Cieęższe działa wytaczają jednak przeciwnicy likwidacji stażu lekarskiego odbywającego się w dotychczasowej formie, a także sami studenci ostatnich lat kierunków lekarskich. Ich obawy dotyczą m.in. stopnia praktycznego przygotowania do samodzielnego wykonywania zawodu lekarskiego nie tylko w związku z ewentualną likwidacją stażu lekarskiego, ale także w kontekście zajęć praktycznych realizowanych zdalnie. W swoich komentarzach zamieszczanych w mediach społecznościowych przekonują m.in., że „staż stanowi integralną część szkolenia lekarzy, a planowane przesunięcie stażu do programu kształcenia przeddyplomowego w ramach już dziś przeładowanych studiów lekarskich jest z gruntu nierealne”. Studiów, które zwłaszcza w obecnej sytuacji „nie przygotowują absolwentów w stopniu wystarczającym do samodzielnego wykonywania zawodu niezwłocznie po ich ukończeniu”. I dodają otwartym tekstem: „Staż podyplomowy to czas, w którym młodzi lekarze zapoznają się z działaniem polskiego systemu ochrony zdrowia oraz po raz pierwszy w swoim życiu, pod nadzorem opiekuna, zostaje im powierzona opieka nad pacjentami. To wtedy zapoznajemy się z praktycznymi aspektami wiedzy, jaką nabyliśmy w czasie studiów i pod kontrolą doświadczonych kolegów możemy wykorzystać ją w bezpieczny sposób. Taka praktyka jest dla nas szczególnie wartościowa w warunkach pandemii COVID-19, kiedy wiele zajęć w procesie kształcenia odbywało się w formie zdalnej, co z konieczności wiązało się ze zmniejszeniem realnego kontaktu z pacjentami oraz placówkami ochrony zdrowia”.

Brak logiki w planie działania Ministerstwa Zdrowia od lat podkreśla również samorząd lekarski. Jak bowiem inaczej nazwać niedawne zmiany w ustawie o zawodach lekarza i lekarza dentysty, w której zaktualizowano zasady odbywania stażu podyplomowego, a nawet rozbudowano jego program? Przedstawiciele izb lekarskich wska-

zują również na szersze tło proponowanych rozwiązań: ułatwiona ścieżka do zawodu lekarza w Polsce dla medyków spoza Unii Europejskiej, pomysł wprowadzenia szkół zawodowych dla lekarzy i lekarzy dentyków, uruchomienie nowych wydziałów w szkołach akademickich, a obecnie likwidacja stażu podyplomowego. Za takimi propozycjami – jakkolwiek je oceniać – musi stać odpowiednie przystosowanie programu kształcenia zawodów medycznych. Bez takiej adaptacji logice proponowanych przez resort zmian znowu trudno się bronić.

Co więcej, propozycja włączenia stażu lekarskiego w strukturę kształcenia przeddyplomowego napotyka na szereg trudności prawno-formalnych. O ile bowiem osoba realizująca staż podyplomowy legitymuje się tytułem zawodowym lekarza/lekarza dentydy uzyskanym w wyniku ukończenia studiów, posiada ograniczone prawo wykonywania zawodu – co oznacza, że przed jego przyznaniem właściwa izba lekarska sprawdziła wymóg nienagannej postawy etycznej – o tyle model dwusemestralnego praktycznego nauczania zakłada, że do pacjenta dopuszczona zostanie osoba niemająca tytułu zawodowego, nieposiadająca prawa wykonywania zawodu, której postawa etyczna nie była przedmiotem badania. Po drugie, lekarze/lekarze dentyści stażyści podlegają odpowiedzialności zawodowej za naruszenie zasad etyki lekarskiej oraz przepisów związanych z wykonywaniem zawodu, podczas gdy studenci odpowiedzialności takiej nie ponoszą. Obecny status prawny studenta biorącego udział w praktycznym nauczaniu zawodu budzi na tyle wiele wątpliwości, że konieczne jest opracowanie zasad prawnych regulujących m.in.:

1. zakres uprawnień studenta do udzielania świadczeń zdrowotnych, z określeniem, które czynności może wy-

konywać samodzielnie, które pod bezpośrednim nadzorem, a których nie wolno mu wykonywać;

2. dostęp studenta do dokumentacji medycznej pacjentów i do danych objętych tajemnicą lekarską;

3. kwestię prawa pacjenta do wyrażenia sprzeciwu wobec udziału studenta w udzieleniu świadczenia zdrowotnego i

4. ochronę studenta odbywającego praktyczne nauczanie przed majątkową odpowiedzialnością za szkody wyrządzone pacjentowi w trakcie udzielania świadczeń zdrowotnych na zasadach zbliżonych do ochrony, z jakiej korzystają osoby zatrudnione na podstawie umowy o pracę.

Obydwie grupy – zarówno zwolenników, jak i przeciwników pomysłu likwidacji stażu lekarskiego – zgodnie podkreślają skrajnie niefortunny, konfrontacyjny sposób podejścia do rozwiązania problemu deficytu personelu medycznego poprzez nagłośnienie inicjatywy rektorów uczelni medycznych w czasie narastającej pandemii i trwającego konfliktu ze strajkującymi lekarzami. To drugie osiągnięcie bezkrytyczności obecnej polityki zdrowotnej w kształtowaniu przyszłości stażu lekarskiego.

Żyjemy obecnie w czasach burzliwych przemian. Czasach, w których to, co od zawsze było kanonem sztuki lekarskiej, dziś staje się jedynie jej wariantem opcjonalnym. „Zniszcz krzesło, ale w jego miejsce postaw fotel” – mawiają mądrzy ludzie. O ile lepsze ma nadal być wrogiem dobrego.

Piśmiennictwo u autora

Mariusz KIELAR

Pracownik naukowy Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum (Zakład Promocji Zdrowia i e-Zdrowia IZP UJ CM), pasjonat nowoczesnych technologii informacyjno-komunikacyjnych w opiece zdrowotnej, dziennikarz medyczny, muzyk.

(przedruk z „Medium” nr 12/21)

NO-FAULT OCHRONI I LEKARZA, I PACJENTA. NIE OBWINIAĆ PRZED PROCESEM

Bez *no-fault* nikt nie będzie bezpieczny – ani lekarze, ani pacjenci. Ostatecznie penalizowanie za niezawinione błędy medyczne obróci się przeciwko nam wszystkim.

Ponad miesiąc trwała niepewność co do przyczyn tragicznych wydarzeń w Pszczynie, gdzie pod koniec września zmarła trzydziestolatka w 22. tygodniu ciąży. Niepewność, dotycząca głównie lekarzy, bo ogół społeczeństwa wydał wyrok na lekarzy ze Szpitala Powiatowego w Pszczynie już na początku listopada, kiedy sprawa trafiła do mediów.

Pełnomocnik rodziny zmarłej Jolanta Budzowska, radca prawny reprezentująca poszkodowanych pacjentów, od początku nie miała wątpliwości. „Konsekwencje wyroku TK z 20.10.2020 r., sygn. akt. K 1/20 w praktyce. Pacjentka 22 tydz., bezwładzie. Lekarze czekali na obumarcie płodu. Płód obumarł, pacjentka zmarła. Wstrząs septycz-

ny. Piątek spędziłam w prokuraturze. Dobrego weekendu, czas na reset” – napisała na Twitterze 28 października. Ale po takiej bombie nikt nie myślał o resecie. Temat żył w mediach społecznościowych cały weekend, by we wtorek po Wszystkich Świętych wybuchnąć setkami artykułów, wywiadów i debat. Sprawa Izabeli z Pszczyny była na ustach wszystkich i kraj 38 mln znawców polityki dał się poznać jako ojczyzna ekspertów perinatologii. Również część publicystów miała pewność: „W Pszczynie doszło do błędu medycznego, a w wykonaniu ratującego życie matki cesarskiego cięcia przeszkodził strach przed konsekwencjami wyroku”.

„Mam wrażenie, że jestem jedynym Polakiem, który nie wie, co tam się stało – mówił 12 listopada Patrykowi Słowikowi z Wirtualnej Polski dr n. med. Michał Bulsa, ginekolog położnik z Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej.



– Wszyscy już wiedzą, że zabił wyrok Trybunału Konstytucyjnego, zabili lekarze, zabił ktoś inny. Ważne, że ktoś lub coś na pewno zabiło. A ja mówię szczerze: nie znamy dużej liczby zmiennych, które mają znaczenie dla sprawy. Bardzo łatwo dziś ferować wyroki, ale ja najzwyczajniej w świecie wiem tyle, ile nam wszystkim przekazano”.

Michał Bulsa jest jedynym reprezentantem NRL wyznaczonym do komentowania sprawy. I chyba jedynym ginekologiem, który mówi o niej oszczędnie, bez skręcania na ścieżkę ideologiczną. Niewielu z tych, którzy decydują się wypowiadać na temat, unika jednoznacznego obwiniania wyroku TK, a co za tym idzie – medyków. I przypomina, że lekarze są w tej sprawie całkowicie bezbronni, związani tajemnicą lekarską, która nie pozwala im odpierać zarzutów.

Choć szpital w Pszczynie już 2 listopada wydaje oświadczenie: „Lekarze i położne zrobili wszystko, co było w ich mocy, stoczyli trudną walkę o Pacjentkę i jej Dziecko”, a „osobną sprawą jest ocena stanu prawnego w zakresie dopuszczalności przerywania ciąży”, opinia publiczna nie zmienia zdania.

Dziennikarzom trudno namówić na komentarz w tej sprawie nawet najbardziej medialnych lekarzy. Odsyłają do ginekologów położników. Ci zaś albo od razu odmawiają, albo zastrzegają anonimowość, ale odpowiedzi są zgodne: trudno wyrokować, nie ma standardów postępowania z 22-tygodniową ciążą na granicy obumarcia, nie mamy dokumentacji medycznej, tam mogło stać się mnóstwo rzeczy. A przyciśnięci do muru trochę się dziwią: co podkuśliło lekarzy ze szpitala powiatowego do zajmowania się ciążą dla ośrodka III poziomu referencyjności? Kto był takim kamikadze, by ryzykować nieodesłanie pacjentki? Mniej lub bardziej dosadnie dają do zrozumienia, że historia „nie trzyma się kupy”. – Po pierwsze w takich przypadkach trzeba mieć pełne możliwości diagnostyczne i terapeutyczne, a nie warunki szpitala powiatowego, gdzie bywa, że mamy cztery antybiotyki na krzyż – mówi mi lekarz dyżurujący zarówno w dużej klinice najwyższego stopnia referencyjności, jak i mniejszych placówkach powiatowych.

I choć przez następnych kilka tygodni nie można będzie mieć pewności, co zaszło pod koniec września na oddziale położniczym szpitala w Pszczynie, opinia publiczna będzie miała pewność: „Lekarze przestraszyli się wyroku TK i skazali Izabelę na śmierć. Przecież w przytaczanych przez prasę SMS-ach do matki pisała: »Dziecko waży 485 gramów. Na razie, dzięki ustawie aborcyjnej, muszą leżeć. I nic nie mogą zrobić. Zaczekają aż umrze lub coś się zacznie, a jeśli nie, to mogę spodziewać się sepsy. Przyspieszyć nie mogą. Musi albo przestać bić serce, albo coś się musi zacząć«”.

Dopiero 1 grudnia wyrok 38 mln znawców perinatologii potwierdza konsultant krajowy w tej dziedzinie prof. Mirosław Wielgoś. – U pacjentki występowały objawy początkowo świadczące o nasilającej się infekcji,

następnie objawy wstrząsu septycznego. Wystąpiła niewydolność wielonarządowa i nie było adekwatnych reakcji w postaci zlecanych badań i monitorowania stanu pacjentki, w związku z czym nie doszło w odpowiednim momencie do działań, które zapobiegłyby tragicznemu zdarzeniu – mówi prof. Wielgoś. Również postępowanie rzecznika praw pacjenta Bartłomieja Chmielowca, który stwierdził naruszenie praw pacjenta w czterech obszarach, wykazało, że nie rozpoznano we właściwym czasie wstrząsu septycznego i nie podjęto natychmiastowych działań zmierzających do pilnego zakończenia ciąży. Według rzecznika podczas pobytu pacjentki na oddziale miało również miejsce wiele innych nieprawidłowości, a świadczenia zdrowotne nie odpowiadały wymogom aktualnej wiedzy medycznej i zasadom należytej staranności.

Mój rozmówca z dużej kliniki położniczej nie spodziewał się niczego innego. – Placówki powiatowe z założenia mają się zajmować ciążami niepowikłanymi i tamtejszy personel nie jest przygotowany na takie komplikacje. Ilekroć dyżuruję w powiecie, koledzy dziwią się, dlaczego, nawet gdy poród przebiega bez zakłóceń, co dwie godziny zaglądam do rodzącej. A mnie ciągle się wydaje, że te dwie godziny to za mało, bo z przyzwyczajenia działam w trybie alertu. Taka ciąża nie miała prawa skończyć się dobrze w takim miejscu – dodaje ze smutkiem.

Kiedy w pierwszym dniu grudnia opinia publiczna ma pewność, a Szpital Powiatowy w Pszczynie widmo blisko 650 tys. zł kary od NFZ, lekarze i prawnicy mówią w „Rzeczpospolitej” o potrzebie wprowadzenia systemu no-fault, przewidującego zadośćuczynienie dla pacjentki i jej rodziny, a jednocześnie odsuwającego od lekarzy widmo procesu karnego. „Nie sztuką jest karać lekarzy więzieniem. Błąd może się bowiem zdarzyć medykowi, który dotychczas działał zgodnie ze sztuką i uratował wiele osób. Dlatego może lepiej by było, gdyby na takim błędzie się nauczył i wyciągnął z niego wnioski, niż siedział w więzieniu. Dziś brak systemu no-fault rzutuje na wybór przez lekarzy specjalizacji, a kolejne doniesienia medialne o karach nawet za niezawinione błędy sprawiają, że coraz mniejsza liczba lekarzy wybiera specjalizacje zabiegowe, szczególnie położnictwo i ginekologię oraz chirurgię” – mówi w wywiadzie dla „Rzeczpospolitej” prezes Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie Łukasz Jankowski.

Zalążek no-fault miał wprowadzać projekt ustawy o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta, jednak środowiska lekarzy i prawników krytykowały go za brak elementu zmian w prawie karnym. Nowa wersja przepisów o no-fault, przedstawiona przez rzecznika praw pacjenta Bartłomieja Chmielowca podczas 10. Kongresu Prawa Medycznego, zorganizowanego 2–3 grudnia w Krakowie, przewiduje wyłączenie wprost stosowania podstawowych przepisów prawa karnego, które mogą znaleźć zastosowanie do lekarzy. Chodzi m.in.

o przepisy typizujące nieumyślne przestępstwa pozbawienia życia, spowodowania uszczerbku na zdrowiu lub narażenia życia lub zdrowia pacjenta na zagrożenie. Warunkiem skorzystania z dobrodziejstwa braku odpowiedzialności karnej będzie samodzielne zgłoszenie przez osobę wykonującą zawód medyczny błędu, ale pod warunkiem, że zgłoszenie wpłynie, zanim organ ścigania dowiedzie się o przestępstwie.

– *Systemy no-fault opierają się na przekonaniu, że najwyższą efektywność w obszarze określonych stosunków społecznych – w ruchu drogowym, lotniczym, w medycynie, a więc najniższe koszty funkcjonowania społeczeństwa, uwzględniające koszty skutków błędów, koszty ich wyjaśniania, a także koszty odpowiedzialności, osiąga się bez mechanizmu osobistej, dolegliwej sankcji dla osoby popełniającej szkodliwy błąd. Brak dolegliwej osobistej sankcji pozwala zakładać, że osoba taka będzie bardziej skłonna uczestniczyć w wyjaśnieniu i systemowej korekcie przyczyn błędu, jak również, że kompensatę da się ustalić optymalnie i szybko* – tłumaczy Oskar Luty, adwokat specjalizu-

jący się w prawie medycznym. Zastrzega, że tak ukształtowane systemy nie są nigdy nieograniczone i mogą mieć zastosowanie wyłącznie do działań nieumyślnych. Wymagają również istnienia bardzo sprawnego systemu analizy przyczyn błędów, systemowej kontroli jakości, ciągłego poprawiania organizacyjnego oraz odpowiedniej kompensacji dla osoby poszkodowanej, a wiele elementów tego pomysłu wymaga dopracowania. – *Najważniejszym z nich jest właśnie ściśle powiązanie reguły no-fault z systemem wymagań i pomiaru jakości w ochronie zdrowia. W innym przypadku zbudujemy system groźny dla pacjentów* – podkreśla Oskar Luty.

Czy nowe prawo uchroni pacjentów przed zdarzeniami niepożądanymi? Nie. Ale, jak podkreślają lekarze, może uratować życie. Bo dzisiejszy system i historie osądzania bez sądu zniechęcają absolwentów studiów medycznych do specjalizacji zabiegowych.

Karolina KOWALSKA
(przedruk z „Pulsu” nr 12/21)

DLACZEGO NIE ZGŁASZAMY NOP-ÓW?

Przeprowadzona przez jeden z popularnych medycznych portali sonda ukazała niepokojące zjawisko.

Na postawione w sondzie pytanie: „Czy gdyby Pacjent zgłosił Ci odczyn poszczepienny, zgłosiłbyś niepożądany odczyn poszczepienny (NOP)?” jedynie 38% ankietowanych lekarzy przyznało, że zgłosiłoby NOP. Co może szokować i zarazem niepokoić, to fakt, iż 36% lekarzy przyznało, że nie zgłosi NOP, bo: „za dużo przy tym biurokracji”. 9% ankietowanych stwierdziło, że nie zgłosi, bo: „nie jest to istotne”, a 16% zapytanych lekarzy nie było pewnych, jaką decyzję podejmą w związku z zaobserwowanymi NOP-ami.

Czym zatem jest NOP? Według obowiązującej definicji – jest to każde zaburzenie stanu zdrowia w wyniku szczepienia występujące w ciągu 4 tyg. po podaniu szczepionki (lub dłuższym okresie po szczepieniu przeciwko gruźlicy) wynikające z wady produkcyjnej preparatu lub błędu technicznego podczas szczepienia, albo będące konsekwencją indywidualnej reakcji pacjenta na szczepionkę. Najbardziej niepokoją nas niepożądane odczyny poszczepienne, które określamy jako ciężkie oraz poważne. Ciężki NOP definiujemy, jako zgon lub zagrożenie życia, a więc stan wymagający hospitalizacji lub ją przedłużający, a także trwały uszczerbek na zdrowiu.

Część z nas często zapomina, że w przypadku zgonu pacjenta w ciągu 28 dni od podania szczepionki, mamy obowiązek zgłosić to wydarzenie jako ciężki NOP. Każda śmierć do 28 dni powinna być zgłoszona jako NOP, co nie oznacza, że na pewno szczepienie było przyczyną zgonu, ale wymaga to dalszej dokładnej analizy i weryfikacji.

Spoczywający na nas obowiązek zgłoszenia NOP wynika z **art. 21 ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu**

zakażeń oraz chorób zakaźnych u ludzi, a za jego niedopełnienie grozi z art. 52 grzywna za niedopełnienie obowiązku zgłoszenia niepożądanego odczynu poszczepiennego.

W razie podejrzenia NOP (u pacjenta szczepionego przez nas lub w innej placówce, ale zgłaszającego się do nas po poradę lub hospitalizowanego) mamy ustawowy obowiązek zgłoszenia tego faktu do właściwego (tzn. terenowo najbliższego) Państwowego Powiatowego Inspektoratu Sanitarnego (PPIS) w ciągu 24 h od czasu uzyskania informacji o podejrzeniu NOP. Państwowa Inspekcja Sanitarna weryfikuje kompletność danych zawartych w zgłoszeniu NOP, a w razie konieczności kontaktuje się z lekarzem w celu uzupełnienia brakujących informacji, NOP-y możemy zgłaszać:

1. za pośrednictwem aplikacji gabinet.gov.pl;
2. w formie dokumentu elektronicznego za pomocą środków komunikacji elektronicznej w postaci zaszyfrowanej, jeśli pozwalają na to możliwości techniczne (wzór stanowi załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dn. 31.12.2020 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie NOP oraz kryteriów ich rozpoznawania (Dz.U. z 2020 r., poz. 13); lub
3. do 31.12.2021 r. z zastosowaniem dotychczasowych sposobów zgłaszania NOP (tzn. przesyłając zgłoszenie listem poleconym, pocztą elektroniczną lub przekazując osobiście osobie upoważnionej do ich odbioru), jeśli nie mamy możliwości przesłania zgłoszenia w formie elektronicznej.

Wielu, szczególnie młodych lekarzy zastanawia się, które z NOP-ów mamy obowiązek zgłaszać? Otóż, naszym obowiązkiem jest zgłaszanie:



1. wszelkich reakcji miejscowych, takie jak pojawiający się po szczepieniu obrzęk, bolesność, czy powiększenie węzłów chłonnych (co najmniej 1 węzeł o średnicy $\geq 1,5$ cm), ropnia w miejscu podania preparatu (zarówno bakteryjnego, jak i jałowego),
2. NOP-ów ze strony ośrodkowego układu nerwowego w postaci: encefalopatii, drgawek (z gorączką lub bez gorączki), porażenie spłotu barkowego, zespołu Guillaine-Barrego, zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych lub mózgu.

Lekarz zgłaszający NOP nie powinien analizować związku przyczynowo-skutkowego, a jedynie związek czasowy. Dlatego każdy z nas ma obowiązek zgłaszania każdego działania niepożądanego, które zgłosił nam pacjent i które wystąpiło do 4 tygodni od podania szczepionki. Zgodnie z obowiązującym prawem lekarz nie ma prawa odmówić zgłoszenia NOP. Niestety, często można spotkać się z sytuacjami, kiedy pacjenci skarżą się na problem lekceważenia przez lekarzy zgłaszanych NOP-ów. Smutnym przykładem, który jest ostatnio dyskutowany, jest niezgłoszenie NOP-u u ciężarnej, którą namówiono na szczepienie w szpitalu. Dobę po szczepieniu drugą dawką szczepionki doszło do zawału łożyska. Zmiany zatorowo-zakrzepowe spowodowały obumarcie płodu w III trymestrze ciąży... Nasi koledzy poinformowali pacjentkę, że szczepionka nie była przyczyną tego zdarzenia i nie zgłosili NOP-u.

Z kolei u nastolatki tydzień po podaniu szczepionki doszło do zakrzepicy kończyny górnej, lecz chora została poinformowana, że zdarzenie to nie miało zwią-

ku ze szczepionką. Oczywiście nikt nie zgłosił kolejnego poważnego NOP-u. Przykłady z życia wzięte zna niemal każdy z nas. Co więcej, sami nie zgłaszamy NOP-ów, które występowały u nas po przyjęciu szczepionki. Jedynie niewielki odsetek naszych koleżanek i kolegów zgłosił NOP-y, które u nich wystąpiły.

W Polsce podano około 40 mln dawek szczepionki, a zgłoszone około 16 tysięcy NOP-ów stanowią dosłownie kilka promili w stosunku do ilości osób zaszczepionych. Jak podają informacje zawarte w ulotkach producentów, różne odczyny poszczepienne zdarzają się bardzo często, co oznacza ich wystąpienie w 1 na 10 przypadków. Oznacza to, że przy 40 mln wykonanych szczepień, powinno być zgłoszonych co najmniej 4 mln NOP-ów...

NOP może zgłosić również pacjent, rodzic/opiekun dziecka lub jego rodzina. Osoby te mogą zgłaszać NOP-y bezpośrednio do Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych, gdzie są one gromadzone i analizowane w Departamencie Monitorowania Działań Niepożądanych tego urzędu.

Jeśli chcemy, by szczepienie było bezpieczne, nie lekceważmy tego, co mówią nam pacjenci i sumiennie raportujemy działania niepożądane. System zgłaszania NOP-ów został stworzony m.in. po to, by zapewnić bezpieczeństwo nam i naszym pacjentom, oraz pozwolić ocenić, czy ryzyko stosowania badanych preparatów przypadkiem nie przewyższa potencjalnych korzyści.

Marek DERKACZ
marekderkacz@interia.pl
(przedruk z „Medicusa” nr 12/21)

LEKARZ NA PAŃSTWOWYM STANOWISKU

Czy pełniąc funkcję publiczną, można przestrzegać etyki zawodowej? Na jakie niebezpieczeństwa związane z odpowiedzialnością dyscyplinarną naraża się lekarz angażujący się politycznie? Kodeks Etyki Lekarskiej nie daje odpowiedzi wprost, ale zawiera ważne wskazówki, jak ich szukać.

Obywatelski projekt ustawy o dobrowolności szczepień, który w 2018 r. był rozpatrywany przez Sejm, wzbudzał kontrowersje nie tylko ze względu na to, że gdyby ta inicjatywa ustawodawcza zakończyła się powodzeniem, stanowiłaby zagrożenie dla zdrowia publicznego. Efektem procesu ustawodawczego były także działania podjęte przez lekarskich rzeczników odpowiedzialności zawodowej, m.in. na wniosek prezesa Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie Łukasza Jankowskiego. Kilku posłów, będących jednocześnie czynnymi lekarzami, na wstępnym etapie rozpatrywania projektu w Sejmie poparło go, mimo że był sprzeczny z projektem lekarskim. Jeden z posłów wyjaśniał z trybuny sejmowej, dlaczego projekt powinien być przedmiotem dalszych prac parlamentu, powołując się na argumenty niezgodne z ak-

tualną wiedzą medyczną. Ostatecznie projekt został odrzucony, także głosami czterech z pięciu posłów lekarzy, którzy wcześniej optowali za jego dalszym rozpatrywaniem (piąty nie był obecny na głosowaniu). To tylko jeden z przykładów występowania konfliktów między przestrzeganiem lekarskich norm etycznych a wypełnianiem funkcji państwowych.

Kolejny jest bardziej aktualny, dotyczy bowiem działania lekarzy polityków podczas pandemii. Wiosną ubiegłego roku lekarka Katarzyna Pikulska z Porozumienia Chirurgów SKALPEL skierowała do okręgowego rzecznika odpowiedzialności zawodowej zawiadomienie w sprawie nieetycznych jej zdaniem działań Łukasza Szumowskiego (wówczas ministra zdrowia) i Konstantego Radziwiłła (wojewody mazowieckiego). Ministrowi Szumowskiemu zarzucała działanie wbrew etyce zawodowej zarówno podczas wykonywania mandatu posła (głosowanie przeciwko poprawce ustanawiającej obowiązkowe testy na SARS-CoV-2 dla pracowników medycznych), jak i piastowania stanowiska ministra (rekomendacja przeprowadzenia wyborów prezydenckich). Konstanty Radziwiłł zaś

jej zdaniem złamał Kodeks Etyki Lekarskiej, co polegało na przydziale miejsc pracy personelowi medycznemu bez indywidualnej analizy możliwości pracownika oraz późniejszym nakładaniu kar finansowych za niestawienie się we wskazanych przez wojewodę miejscach pracy.

Te zdarzenia pokazują, że kwestia kolizji norm etyki zawodowej z funkcjonowaniem w życiu publicznym jest ciągle aktualna i dla środowiska lekarskiego ważna. Niestety, nie jest łatwa do rozstrzygnięcia.

Pole konfliktu

– *Najpoważniejsze zagrożenie konfliktem norm etycznych zawodu lekarza z wykonywaniem funkcji publicznej stanowi inna perspektywa osoby zajmującej się pojedynczym pacjentem i osoby, która zarządza sektorem publicznym ochrony zdrowia. Działanie szefa resortu wymaga spojrzenia systemowego, np. w kwestii alokacji zawsze szczupłych środków* – uważa prof. Paweł Łuków z Zakładu Etyki Wydziału Filozofii Uniwersytetu Warszawskiego, specjalizujący się m.in. w nauczaniu etyki w zawodach medycznych. W rozmowie z „Pulsem” wyjaśnia, że w XIX w. przyjął się wzorzec lekarza społecznika, osoby, która nie tylko dba o pacjenta, ale również ma poczucie misji społecznej, świadomość autorytetu, jakim się cieszy. – W aktualnym Kodeksie Etyki Lekarskiej także zawarte są te idee, najbardziej widoczne w rozdziale mówiącym o obowiązkach lekarza wobec społeczeństwa. Ale nie są to obowiązki związane z piastowaniem funkcji publicznych – podkreśla naukowiec. Szczegółowych zasad dotyczących zaangażowania politycznego, np. odnoszących się do współpracy z przemysłem medycznym, w KEL nie ma.

KEL powstał 30 lat temu. Nasze państwo było na innym etapie, a potrzeby społeczeństwa miały inny wymiar. Podobnie było z zadaniami postawionymi samorządowi lekarskiemu. Czy pełniąc funkcję publiczną, można przestrzegać etyki zawodowej? Na jakie niebezpieczeństwa związane z odpowiedzialnością dyscyplinarną naraża się lekarz angażujący się politycznie? Kodeks Etyki Lekarskiej nie daje odpowiedzi wprost, ale zawiera ważne wskazówki, jak ich szukać.

– *Kiedy powstawały przepisy kodeksu zawodowego, miały przede wszystkim służyć kształtowaniu właściwych procedur leczniczych. Chodziło głównie o eliminowanie lekarzy, którzy nie potrafią leczyć. Dziś takich spraw jest coraz mniej, a coraz więcej takich, w których pojawiają się wątpliwości co do właściwego zachowania czy wypowiedzi* – tłumaczy naczelny rzecznik odpowiedzialności zawodowej Grzegorz Wrona. Jego zdaniem najczęstsze dziś postępowania związane są z przepisami części ogólnej KEL. Wymagają wnikliwej interpretacji, zarówno w sprawach dotyczących życia prywatnego lekarzy, jak i ich działalności publicznej, szczególnie że zapisom w lekarskim kodeksie daleko do tych stanowiących podstawę prawa powszechnego, uwzględniających wiele kon-

kretnych zachowań. Kodeks Etyki Lekarskiej jest raczej zbiorem wskazówek. Dlatego przed rzecznikami odpowiedzialności zawodowej i sędziami sądów lekarskich stoi szczególnie trudne zadanie uzasadniania swoim autorytetem decyzji, które mają charakter uznaniowy.

Godność zawodu

Jedną z takich kwestii jest godność zawodu i obowiązek dbania o nią. Ogólne jej wyjaśnienie znajduje się już w pierwszym artykule KEL. Lekarze pełniący funkcje rzecznika odpowiedzialności zawodowej, podejmujący decyzje dyscyplinarne, muszą zdawać się na swoje doświadczenie życiowe i rozumienie zasad etycznych, gdy sprawdzają, czy jakiś przepis został naruszony. Nieco inaczej jest w innym zawodzie o silnej pozycji samorządu – wśród adwokatów. Ich zbiór zasad etyki zawodowej, także dotyczących godności, jest uszczegółowiony i mówi, że wykonywanie innych zajęć nie może obniżyć jakości pomocy prawnej ani prowadzić do utraty zaufania będącego podstawą relacji adwokata z klientem. Adwokat w działalności zarobkowej niezwiązanej z kształtowaniem świadomości prawnej i świadczeniem pomocy prawnej nie może używać tytułu zawodowego.

– *Nie wolno mu wykonywać funkcji i zawodów, które narażałyby go na naruszenie zasad godności i etyki adwokackiej. Aczkolwiek to tylko ogólne wskazanie, w przepisach zawodów nie wymieniono. Dlatego praktycznie może im podlegać wszystko. Obrazuje to anegdota. Janowi Pawłowi II zadano kiedyś pytanie: Czy biskupowi wolno jeździć na nartach? Odpowiedział, że biskupowi nie wypada jeździć na nartach źle. Chcę przez to powiedzieć, że nawet najbardziej szlachetny zawód można wykonywać w sposób niegodny. Nie chodzi więc o merytoryczny przedmiot działalności, ale jej formę* – wyjaśnia mec. dr Małgorzata Kożuch, przewodnicząca Komisji ds. Etyki, Praktyki Adwokackiej i Wykonywania Zawodu przy Naczelnej Radzie Adwokackiej.

Ale czy adwokat, postępując zgodnie z zasadami etyki, może być złym politykiem? Ze strony środowiska prawniczego w ostatnich kilku latach padały oskarżenia wobec polityków prawników o działanie na szkodę wymiaru sprawiedliwości w związku z ich poparciem dla reformy sądownictwa. Czy to oznacza, że sprzeniewierzyli się zasadom etyki? – *W ślubowaniu adwokackim, które składamy, jest sformułowanie: „Ślubuję uroczyście w swej pracy adwokata przyczyniać się ze wszystkich sił do ochrony praw i wolności obywatelskich oraz umacniania porządku prawnego Rzeczypospolitej Polskiej”. Jeśli jakiś poseł adwokat wyraża opinie źle oceniane przez część środowiska zawodowego, ale w jego przekonaniu prawidłowo realizuje zasady zawarte w rocie ślubowania, to nie sprzeniewierza się mu. Istotne jest, by adwokat poseł działał w granicach obowiązującego prawa i potrafił uzasadnić zajęte stanowisko* – twierdzi mec. Małgorzata Kożuch.





Takie podejście niejako wyklucza kolizję norm etycznych z zasadami uprawiania polityki. Skoro polityk postępuje w zgodzie z własnym sumieniem... Nieco inaczej braku kolizji obu systemów zasad dowodzi były poseł i minister zdrowia Marek Balicki: – *Etyka zawodowa dotyczy wykonywanego zawodu. Zbiór zasad etycznych mają lekarze, ale w pewnym sensie też posłowie, senatorowie, ministrowie, wojewodowie. Mowa więc o różnych zawodach. Na sali sejmowej znajduje się poseł, a w gabinecie ministerialnym szef resortu, nawet jeśli poza tą przestrzenią jest lekarzem. Oczywiście, wykonywanie jakiegoś zawodu poza pracą parlamentarną ma na nią wpływ, bo szczególnie uwrażliwia na potrzeby dziedziny, którą się reprezentuje. Zwykle więc posłowie będący nauczycielami działają na rzecz edukacji, przedstawiciele zawodów medycznych – na rzecz ochrony zdrowia itd. Jednak będąc posłem, jest się przede wszystkim członkiem ugrupowania politycznego, które ma swój program. Jest się jego reprezentantem wskutek demokratycznego wyboru. Wybór zawodu jest decyzją indywidualną, skład parlamentu zaś – emanacją woli społeczeństwa.* - Zdaniem Balickiego przenoszenie wprost zasad wykonywania jakiegoś zawodu do polityki może mieć czasami wręcz dysfunkcyjny dla państwa charakter: – *To by oznaczało, że różnych polityków obowiązują różne zasady. Zrozumiałe są większe oczekiwania od lekarza, który pełni funkcję np. premiera, ze strony środowiska lekarskiego. Ale premier jest przede wszystkim premierem, a nie lekarzem. Przyjęcie przeciwnej perspektywy ostatecznie mogłoby się obrócić przeciwko lekarzom. Gdyby bowiem premierem został po nim nauczyciel, mógłby powiedzieć, że teraz zabierze lekarzom, bo jego poprzednik im przede wszystkim służył. A jak przyjdzie rolnik, to zabierze i lekarzom, i nauczycielom? Tak świat nie może być zorganizowany.*

Niebezpieczeństwo dla środowiska lekarzy w takim skrajnie solidarystycznym podejściu widzi także Grzegorz Wrona. – *Nie byłoby dobrze, gdyby rzecznicy odpowiedzialności zawodowej i sądy lekarskie „ustawiali” posłów. Spójrzmy na to z punktu widzenia wyborców, którzy przecież mogą pomyśleć: „Ja kogoś wybieram, ale nie mam na niego wpływu, bo on za decyzje odpowiada przed koleżankami i kolegami po fachu”. Szczególnie w przypadku zawodu lekarza bronimy się przed odium źle pojętego solidaryzmu, zgodnie z którym społeczeństwo uważa, że lekarz lekarzowi nie robi krzywdy – przekonuje rzecznik.*

Immunitet tarczą?

Interesującą kwestią jest, czy można pociągać do odpowiedzialności zawodowej osoby, które są chronione immunitetem (np. posłów lub prezydenta, choć charakter jego immunitetu jest nieco inny)? Dotąd żaden lekarz prezydentem nie był, więc brakuje ekspertyz.

– *Opinie na temat, czy immunitet poselski obejmuje postępowanie dyscyplinarne, są różne. Trudno zresztą o jed-*

noznaczną odpowiedź, bo każdą sprawę należy rozstrzygać indywidualnie. Immunitet obejmuje konkretny rodzaj działalności, więc w razie zaistnienia czynu, co do którego byłyby wątpliwości, czy jest zgodny z zasadami etyki adwokackiej, należałoby dokonać subsumpcji (przyporządkowania stanu faktycznego do ogólnej normy prawnej), czyli sprawdzenia, czy był on istotnie związany z wykonywaniem mandatu posła lub senatora – wyjaśnia mec. Małgorzata Kożuch.

Grzegorz Wrona stawia sprawę bardziej jednoznacznie: – *Kiedyś prowadziłem postępowanie wobec jednego z ministrów zdrowia i jednocześnie posła. Miałem wówczas wątpliwości, czy nie chroni go immunitet poselski, więc zwróciłem się o ekspertyzę prawną. Przygotował ją prof. Michał Królikowski. Wynikało z niej jednoznacznie, że immunitet nie chroni przed odpowiedzialnością zawodową. Sprawę rozstrzygał ostatecznie sąd lekarski pierwszej oraz drugiej instancji i tam decyzja dotycząca immunitetu była zgodna z opinią przedstawioną w ekspertyzie.* - Naczelny rzecznik odpowiedzialności zawodowej podkreśla jednak, że głosowanie w parlamencie nie powinno być w ogóle przedmiotem rozważań instytucji zajmujących się odpowiedzialnością zawodową lekarzy, ponieważ czynność ta stanowi emanację roli posła. Wciskając przycisk i podnosząc rękę, nie jest nikim innym, tylko przedstawicielem społeczeństwa. – *W Sejmie czy Senacie poseł lekarz lub senator lekarz reprezentuje nie tylko lekarzy – zapewnia Grzegorz Wrona.*

Pacjent i wyborca

Reprezentuje więc nie lekarzy, lecz współobywateli. Ale kim są dla niego ci obywatele? Nawet jeśli nigdy z nimi nie miał do czynienia osobiście, w przyszłości każdy z nich może stać się jego pacjentem. Czy można zatem przyjąć, że dla lekarza polityka elektorat to grupa pacjentów? A jeśli tak, czy przypadkiem (np. szukając poparcia) nie wykorzystuje swojego wpływu na tych pacjentów w celu innym niż leczniczy, czego zabrania art. 14 KEL? Czy inne przepisy kodeksu mówiące o relacjach lekarza z pacjentem nie powinny się odnosić także do działalności politycznej? Według prof. Pawła Łukowa – *nie.* – *Lekarz starający się o funkcję publiczną nie występuje wobec wyborców jako ich lekarz, więc nawet jeśli wykorzystuje swój autorytet w innym celu niż leczniczy, to nie wobec konkretnego pacjenta. W przypadku występowania w roli zawodowej lekarza rozumienie terminu „pacjent” jest zawężone do konkretnej osoby, z którą lekarz ma styczność na gruncie zawodowym, która przychodzi do niego w sprawie konkretnej usługi medycznej. Wykorzystywanie autorytetu lekarza do zyskania poparcia politycznego ma też inny charakter niż ten, o którym mowa w kodeksie. Tu raczej chodzi o autorytet osoby wykształconej, wykazującej się wysokim poziomem moralności, odpowiedzialności, powagi, a nie autorytet osoby udzielającej pomocy konkretnemu choremu – wyjaśnia etyk.*

Grzegorz Wrona podobny wniosek wysnuwa ze zbioru praw pacjenta: – *Nie każdy wyborca, zdrowy czy chory, jest jednocześnie pacjentem lekarza polityka. Wynika to ze świętego prawa pacjenta do wyboru lekarza. Utrzymanie tego układu daje gwarancję kontaktu opartego na zaufaniu. A przecież wybór dokonany przez wyborcę nie jest tożsamy z wybraniem lekarza.*

Warto zaznaczyć, że osoba piastująca funkcję publiczną, bez względu na to, jak ją oceniamy w praktyce, z założenia dba o dobro ogółu. A jeśli nie dba, może za to ponieść konsekwencje wynikające z zasad pełnienia funkcji: dyscyplinarne albo polityczne, niezależne od zasad etyki zawodu wykonywanego pozapolitycznie. Ale w polityce jest też masa ludzi, którzy żadnej funkcji, oprócz partyjnej, nie pełnią. Teoretycznie więc można sobie zadawać pytanie, czy osób będących jednocześnie lekarzami i członkami partii nie powinny obowiązywać analogiczne przepisy Kodeksu Etyki Lekarskiej jak zawarte w rozdziale dotyczącym relacji lekarzy z przemysłem medycznym? Czyż partie nie działają podobnie do firm, tyle że zamiast na zysk finansowy są nastawione na zysk polityczny? – *Uważam, że powinno się dokonać kolejnego przeglądu KEL, ale nie widzę potrzeby uzupełniania go o przepisy dotyczące związku z polityką, bo te*

zasady da się wywieść z przepisów istniejących – mówi Grzegorz Wrona.

Paweł Łuków tłumaczy natomiast tę sprawę następująco: – *Pytanie, czemu służą partie polityczne, jest pytaniem z zakresu filozofii polityki. Zgodnie z jednym ze stanowisk reprezentują one interesy konkretnych grup, załatwiają ich sprawy. Przyjmując takie podejście, można mieć zastrzeżenia do łączenia zawodu lekarza z przynależnością do partii politycznej. Ale z perspektywy liberalno-demokratycznej członkowie wszystkich partii politycznych powinni mieć na celu dobro publiczne, choć w ramach ugrupowań politycznych mogą odmiennie je rozumieć. W takim podejściu przynależność partyjna nie stawia lekarza w złym świetle, naturalnie z wyjątkiem członkostwa w partiach podważających porządek demokratyczny, jak np. partie propagujące totalitaryzm. Należy podkreślić, że to drugie podejście jest bliższe współczesnemu spojrzeniu na filozofię polityki.*

Nawet jeśli nasze spojrzenie na bieżącą politykę jest inne, trzeba pamiętać, że w kwestii norm etycznych poruszamy się w sferze idei, czyli tego, do czego należy dążyć i na czym opierać zasady, a nie tego, jak postrzegamy konkretne partie i konkretne osoby.

Michał NIEPYTALSKI
(przedruk z „Pulsu” nr 6/21)

POWINNIŚMY NIEUSTANNIE EDUKOWAĆ POLAKÓW Z TEGO, JAK ATAKUJĄ CHOROBY ZAKAŻNE I JAK SIĘ PRZED NIMI BRONIĆ

Ogniska polio pojawiły się niedawno na ukraińskim Zakarpaciu. Czy powinniśmy się tego obawiać? O tej i innych chorobach zakaźnych nieco zapomnianych za sprawą trwającej epidemii SAR-CoV-2 mówi znakomity zakaźnik, prof. dr hab. n. med. Andrzej Gładysz w rozmowie z Agatą Grzelińską.

Agata Grzelińska: *Na ukraińskim Zakarpaciu pojawiły się niedawno ogniska polio. To choroba u nas nieco zapomniana za sprawą powszechnych szczepień. Ale to się dzieje u sąsiadów, którzy chętnie przyjeżdżają do nas. Powinniśmy podjąć jakieś środki zaradcze?*

Prof. dr hab. n. med. Andrzej Gładysz: Walka z chorobami zakaźnymi polega na ciągłym przypominaniu naszemu układowi odpornościowemu o konieczności utrzymania trwałej gotowości do walki z zagrażającymi nam drobnoustrojami. Temu służą szczepienia, dzięki którym wytwarza się tzw. pamięć immunologiczna, polegająca na tym, że określone komórki zapamiętują czynnik chorobotwórczy wywołujący chorobę zakaźną zarówno po przechorowaniu, jak i po immunizacji – tak jest w przypadku odry, krztuśca, polio i każdej innej. Szczepienia polegają na tym, że podawany antygen ma sztucznie uodpornić nasz układ immunologiczny przede wszystkim przeciw takim patogenom, które naj-

częściej pojawiają się w naszym otoczeniu. Polio to choroba szerząca się szczególnie łatwo, bo wirus jest wydalany z kałem, trafia do ścieków i bardzo prosto się nim zakazić – głównie za sprawą brudnych rąk. Ale objawy chorobowe występują też w gardle, co znaczy, że można się zakazić również wskutek kaszlu.

A.G. (red.): *A przy okazji jest to chyba patogen wyjątkowo odporny na trudne warunki, więc nielato się go pozbyć?*

A.G.: To prawda! Polska (na całe szczęście) już od jakiegoś czasu jest zupełnie wolna od polio – zresztą Europa w ogóle dobrze sobie z tym wirusem poradziła. Niestety, mając na uwadze rozszerzające swoją aktywność ruchy antyszczepionkowe, nie można wykluczyć, że doprowadzi to do takiego stanu, że część najmłodszych dzieci i dorastającej młodzieży nie będzie na tę chorobę uodporniona. Dlatego w kontakcie z enterowirusem, jakim jest polio, mogą łatwo ulec ekspozycji. To dramatyczna choroba, bo zajmuje neurony ruchowe rogów przednich rdzenia kręgowego, powodując w najlepszym wypadku przejściowe porażenia, a niestety również niedowład kończyn (stąd jedna z jej nazw to porażenie dziecięce). W cięższych przypadkach wirus, atakując wyższe odcinki rdzenia kręgowego w postaci mózgowo-rdzeniowej,



może doprowadzić do śmierci. Nie można więc tego zagrożenia lekceważyć – tym bardziej, że już kiedyś przeżywalimy dramatyczne chwile z tym związane.

A.G. (red.): *Był Pan wtedy młodym lekarzem, więc zapewne dobrze to Pan pamięta?*

A.G.: Oczywiście – to się działo kilka lat po wrocławskiej epidemii ospy, która wybuchła w 1963 roku. Pojawiła się wtedy u nas lokalna epidemia polio i pojedyncze zachorowania w Polsce. Cały czas pamiętam niepokój związany z rozprzestrzenieniem się tej strasznej choroby. Ba, jeszcze w tej chwili spotykamy (głównie w mediach) pojedyncze ofiary polio przebytego w dzieciństwie. Problemów było z tym wiele, również ze szczepieniami, bo szczepionka podawana doustnie, np. dzieciom w żłobku czy w przedszkolu, wymagała jednocześnie zachowania pewnej procedury higieniczno-sanitarnej. Czasami dochodziło z tego powodu do tzw. zakażeń żłobkowych, które w wielu przypadkach kończyły się niewielkimi porażeniami. Te w ogromnej większości nie pozostawiały większych śladów lub nie robiły szkody w takim stopniu, jak normalne przechorowanie polio.

A.G. (red.): *Wobec tego, o czym Pan mówi, na usta ciśnie się pytanie: co zrobić, by uniknąć tej strasznej choroby? W końcu Ukraina to nasz sąsiad, a wielu jej obywateli pracuje w Polsce.*

A.G.: Przeżywalimy to już na początku lat 90. XX wieku, kiedy pojawił się poważny problem z błonicą, czyli z angina włóknikowo-nieżytną, tzw. rzekomobłoniastą, której toksyna atakuje układ bodźcowo-ruchowy i przewodzący serca. Wywoływał ją maczugowiec błonicy. Przywoziło się to ze Wschodu. Kolejnym takim problemem jest krztusiec, który powoduje hipoksję mózgu, a także (choć rzadko) encefalopatię.

A.G. (red.): *Ostatnio pojawiło się wiele doniesień naukowych alarmujących, że Polacy w ogóle nie są teraz odporni na krztusiec.*

A.G.: A dlaczego tak się dzieje? Bo zapomnieliśmy, że nawet po przechorowaniu czegoś i po pełnym, skutecznym szczepieniu odporność z czasem spada. To wynik tego, że brak pobudzenia powtarzającymi się ekspozycjami ogranicza nasz organizm w wytwarzaniu przeciwciał swoistych, a jednocześnie następuje naturalna eliminacja przeciwciał już wytworzonych dzięki szczepieniom. Nie chodzi w tym przypadku o to, by negować skuteczność szczepienia, ale trzeba organizmowi przypominać zagrożenia i odświeżać odporność. Większość patogenów musi być ponownie „przedstawiana” naszemu układowi odpornościowemu. Trzeba, mówiąc krótko, systematycznie serwisować zaporę, która strzeże organizm przed groźnymi chorobami. A jeżeli chodzi o zagrożenie nie tylko ze strony polio, ale także innych chorób zakaźnych i cywilizacyjnych, jest tylko jeden sposób na to: nieustanna edukacja! Cały czas trzeba mówić o tym, że nie wolno wyłączać naszej czujności. Musimy mieć świadomość, że choroby zakaźne będą nas bez przerwy atakować.

A.G. (red.): *Bo one zbroją się przeciw nam tak samo, jak my przeciw nim...*

A.G.: Właśnie – dlatego nie można lekceważyć edukacji. W przypadku zagrożenia polio trzeba jeszcze raz zwrócić uwagę przede wszystkim na zachowanie zasad higieny osobistej, szczególnie po skorzystaniu z toalety przez osoby pracujące w gastronomii. Trzeba sobie ciągle na nowo uświadamiać, że są takie choroby, które będą nas w nieskończoność nękały i atakowały w nowy sposób. Jeśli więc, jak pani mówi, mamy na Zakarpaciu zagrożenie, trzeba od razu uwzględnić ten problem, sprawdzając m.in. czy przybysze stamtąd są przeciw polio zaszczepieni. Poza tym trzeba sprawdzać, czy można ich bezpiecznie dopuścić do pracy w gastronomii. Problem polega też na tym, że u nas po epidemii, o której wspomniałem, przez pewien czas też trwało doszczepianie, a w momencie, kiedy wyeliminowano zakażenia, zaprzestano go. Ale każda nowa, młoda populacja musi się liczyć z tym, że będzie ekspozowana na taki zjadliwy, standardowy patogen, który może wyrządzić największą szkodę.

A.G. (red.): *Czy trzeba rozważyć powrót do szczepień przeciw polio?*

A.G.: Nie, w tej chwili nie jest to potrzebne. Byłoby konieczne, gdyby w Polsce pojawiły się jakiegokolwiek pierwsze przypadki, wówczas trzeba by to rozważyć. Służby sanitarne w takim przypadku od razu analizują, jak do tego doszło i podejmują odpowiednie działania. Jeśli by, niestety, pojawiło się jakieś większe ognisko takiej choroby, nie wyklucza się wtedy również powrotu do szczepień.

A.G. (red.): *W czasach, gdy zakaźnictwo stało się właściwie monokulturą COVID-19 inne zagrożenia schodzą na dalszy plan. Dużo mówi się na świecie o tym, że od czasu wybuchnięcia epidemii SARS-CoV-2 o połowę wzrosła liczba śmiertelnych przypadków odrę. Najwięcej tego – na Ukrainie. Na ile to zagrożenie jest istotne w naszym przypadku?*

A.G.: Ha, to wielki problem! Odra szerzy się w sposób bezpośredni. To wirus RNA – bardzo zjadliwy, łatwo się rozprzestrzenia. Tutaj winowajcami są ruchy antyszczepionkowe, bo spadek wyszczepialności przeciw tej klasycznej chorobie dziecięcej to ich sprawa. Dzieci nie chorują najczęściej, bo czasem skąpoobjawowo, czasem nieco poważniej (choć bywały też ciężkie zapalenia płuc czy mózgu, jak i zgony). Ale największym problemem w tym przypadku jest to, że ta choroba może dopaść osoby starsze, które nie były szczepione i jej nie przechorowały. Wraz z wiekiem wzrasta ryzyko powikłań neurologicznych. Dlatego dla starszych ludzi może to być zabójcze (śmiertelność sięga 10–30%), nie mówiąc o tym, że odra może wywołać w mózgu pewne patologiczne zmiany zwyrodnieniowe, które ujawniają się po jakimś czasie. To jest podostre stwardniające zapalenie mózgu, które lekarze nie zawsze wiążą z przebytą wcześniej odrą. W tym przypadku potrzebny jest, jak widać, szczególny alarm z tym związany. Niestety, Europa dwa lata temu przeży-

ła taki kolejny wyrzut epidemii odry. Również w Polsce mieliśmy wiele zachorowań. W tej chwili statystyki zajmują się głównie COVID-19 i innymi chorobami. O odrze musimy jednak nieustannie pamiętać. Podobnie zresztą jak o grypie, która nakłada się na covid i też o tym zapominamy. Ja sam cierpię na niedosyt akcji popularyzatorsko-edukacyjnych w tym względzie – o tych sprawach powinno się ciągle mówić. Nie chodzi mi o wprowadzanie jakichś restrykcji, ale o mądre uświadamianie społeczeństwa dotyczące tego, jak szerzą się choroby zakaźne i jak ich unikać. Żeby taka choroba się nie szerzyła albo musimy mieć możliwość zniszczenia groźnego patogenu (a więc np. musimy użyć antybiotyku na krztusiec), albo skuteczną szczepionkę.

A.G. (red.): Na odrę nie ma chyba skutecznego leku?

A.G.: Nie, jest tylko szczepionka. Ale w tym przypadku, by odpowiednio zadziałała, musi zostać zaszczepione przynajmniej 90% populacji! To samo dotyczy SARS-CoV-2 – to są drobnoustroje, które można zlikwidować wyłącznie przez maksymalne wyszczepienie całej populacji i jej uodpornienie. Chodzi o to, by zminimalizować teren, na którym wirusy będą miały szansę namnażać się.

A.G. (red.): Diagnoza została postawiona, przypomnijmy leki: edukacja, niezaniechanie szczepień i ich dawek przypominających oraz niezapominanie, że poza COVID-19 cały czas są z nami inne choroby zakaźne – wcale nie mniej zabójcze.

A.G.: Tego jest cała masa – często widzę ludzi kaszlących po kilka miesięcy. Rzadko kiedy trafiają do lekarza,

który wykona badanie w kierunku krztuśca i wdroży odpowiednie leczenie. W ten sposób oszczędza się cierpienie pacjentowi, a z drugiej strony hamuje rozprzestrzenianie groźnego drobnoustroju w środowisku. Tym bardziej że tutaj problem nie wynika z tego, że ktoś się nie zaszczepił, ale z tego, że jego odporność wygasła po kilkunastu czy kilkudziesięciu latach. Wspomnę przy okazji o wadze szczepienia przeciw tężcowi – szczepionka chroni nas przed nim standardowo około 10 lat (np. kiedy skaleczymy się albo otrzemy nogę i zanieczyścimy ranę ziemią, powinno się rozważyć zastosowanie profilaktyki uzupełniającej). Trzeba więc pamiętać, że po wygaśnięciu takiej odporności jesteśmy wrażliwi na rozwój choroby. A tężec, mimo że nie jest zaraźliwy, może doprowadzić do zgonu.

A.G. (red.): Z tego, co Pan mówi, wynika, że tej czujności brakuje nie tylko potencjalnym pacjentom, ale też wielu ich lekarzom.

A.G.: To prawda, bo wielu z nas wydaje się, że najbardziej na śmierć narażają nas nowotwory, choroby układu krążenia, choroby metaboliczne, autoimmunologiczne, a zapomina się o chorobach zakaźnych. A wywołują je często patogeny koniunkturalne (czyli te, które nas na co dzień otaczają) i oportunistyczne (atakują głównie osoby z obniżoną odpornością), czyli takie, które nieustannie wyczekują na odpowiednią okazję do ataku.

(przedruk z „Medium” nr 12/21)

PO PÓŁ ROKU OD SZCZEPZENIA ROŚNIE RYZYKO INFЕКCJI PRZEŁOMOWEJ

Infekcje przełomowe, czyli pojawiające się u osób w pełni zaszczepionych, mają miejsce w szczególnych grupach pacjentów. To z reguły osoby w wieku 65+, osoby obciążone chorobami przewlekłymi i po upływie 6 miesięcy od szczepienia - informuje immunolog i wirusolog prof. Agnieszka Szuster-Ciesielska, przedstawiając wyniki badań nad skutecznością i bezpieczeństwem szczepień przeciwko COVID-19.

Europejska Agencja Leków (EMA) dała zielone światło dla szczepień przeciwko COVID-19 szczepionką firmy Pfizer/BioNTech u dzieci w wieku 5–11 lat. Co wiemy o jej skuteczności i bezpieczeństwie w tej grupie wiekowej?

W badaniach klinicznych skuteczność tej szczepionki została oceniona na ponad 90%. Szczepionkę cechuje także bardzo wysoki profil bezpieczeństwa, wynikający m.in. z tego, że dla dzieci w wieku 5–11 lat dedykowana jest niniejsza dawka preparatu, tj. 10 µg na mililitr, czyli 1/3 porcji, jaką otrzymują dzieci i osoby od 12. roku wzwyż. W badaniach klinicznych tej szczepionki nie obserwowano żadnych ciężkich odczynów poszcze-

piennych. Wystąpiły tylko podobne do tych, które odnotowano także w innych grupach wiekowych: podniesienie temperatury, ból w miejscu wstrzyknięcia, uczucie lekkiego rozbicia. Nie zarejestrowano natomiast u dzieci działania niepożądanego, o które i martwią się rodzice, a mianowicie zapalenia mięśnia sercowego (ZMS).

W Stanach Zjednoczonych do połowy listopada podano już ponad 3 mln dawek szczepionki przeciwko COVID-19 dzieciom w wieku 5–11 lat i nie obserwowano przypadków zapalenia mięśnia sercowego w tej grupie wiekowej. Rejestrowano je jednak po szczepieniu starszych grup wiekowych. Czy wiadomo u kogo to działanie niepożądane może wystąpić?

W grupie ryzyka są przede wszystkim młodzi chłopcy i mężczyźni, u dziewczynek ZMS też się pojawia, ale zdecydowanie rzadziej. To ultraradkie działanie niepożądane, występujące z częstością 12,6 przypadków na milion podanych dawek. Dla porównania skali powiem, że u osób niezaszczepionych, które przechodzą COVID-19, ryzyko rozwoju ZMS jest aż 30 razy większe. Do tego nie należy mylić zapalenia mięśnia sercowego po szczepie-



niu i po infekcji, dlatego że przypadki odnotowane po szczepieniu miały łagodny, samoograniczający się charakter. Natomiast poinfekcyjne ZMS jest bardzo poważnym stanem chorobowym, wymagającym hospitalizacji.

Kanadyjczycy rekomendują jednak zwiększenie na co najmniej 8 tygodni przerwy pomiędzy pierwszą a drugą dawką szczepionki u dzieci w wieku 5–11 lat. Dlaczego?

Rzeczywiście, urząd regulacyjny Kanady wydał rekomendację, aby wydłużyć okres pomiędzy pierwszą a drugą dawką z 3 do 8 tygodni. Wynika to z tego, że dłuższy odstęp pomiędzy dawkami przekłada się prawdopodobnie na wyższą odpowiedź układu immunologicznego, czyli wyższą skuteczność szczepionki. To nie pierwsza taka sytuacja, dlatego że np. w przypadku szczepionki AstraZeneca odstęp 8, a nawet 12 tygodni pomiędzy dawkami jest korzystniejszy dla odpowiedzi odpornościowej.

Ale wracając do pytania, jest i drugi powód, dla którego Kanada rekomenduje wydłużenie okresu pomiędzy dawkami szczepionki. To jeszcze większe zminimalizowanie ryzyka - i już tak niskiego - pojawienia się działania niepożądanego w postaci zapalenia mięśnia sercowego.

Czy wiadomo u kogo bardziej prawdopodobny jest rozwój tzw. infekcji przełamującej odporność poszczepienną?

Rzeczywiście, infekcje przełomowe, czyli pojawiające się u osób w pełni zaszczepionych, mają miejsce, ale najczęściej w szczególnych grupach pacjentów. To z reguły osoby starsze, w wieku 65+, osoby obciążone chorobami przewlekłymi i po upływie 6 miesięcy od szczepienia. Dlaczego? Wiemy już, iż skuteczność szczepionki przeciwko COVID-19 słabnie z czasem i po upływie pół roku ryzyko zakażenia koronawirusem wzrasta. Natomiast przebieg i ciężkość infekcji przełomowej zależy od kondycji danej osoby, jej wieku, chorób towarzyszących.

A czy można mieć nadzieję, że nawet jeżeli dojdzie do infekcji przełamującej odporność u osoby, która była wcześniej szczepiona, to ryzyko zgonu lub wystąpienia objawów syndromu long COVID będzie mniejsze w porównaniu do osób nieszczepionych?

Jak najbardziej. Temu zagadnieniu dokładnie przyjrzeni się Amerykanie, którzy analizowali dane dotyczące licznej grupy weteranów wojennych. W badaniu wykorzystano bazy danych systemu opieki zdrowotnej departamentu weteranów wojennych. Infekcja przełomowa pojawiała się z częstotliwością 7,26 osoby/1000.

Wyniki różniły się w zależności od tego, do której grupy porównano osoby z infekcjami przełomowymi. I tak, w porównaniu z weteranami którzy w ogóle nie chorowali na COVID-19 (zaszczepieni), u tych z infekcją przełomową występowało wyższe ryzyko zgonu i pojawienia się objawów płucnych, zaburzeń sercowo-naczyniowych, zaburzeń krzepnięcia, pracy nerek problemów żołądkowo-jelitowych i zdrowia psychicznego.

Z kolei w porównaniu z weteranami niezaszczepionymi i chorymi na COVID-19, osoby z przełomowymi infekcjami COVID-19 cechowało niskie, nieistotne statystycznie ryzyko zgonu oraz objawów long COVID. Podsumowując, u osób z infekcjami przełomowymi istnieje ryzyko zgonu i wystąpienia syndromu long COVID, ale jest ono zdecydowanie niższe niż u chorych wcześniej niezaszczepionych. Jednak tego wniosku nie można uogólniać, ponieważ w badaniu uczestniczyły osoby w wieku średnio ok 65 lat. Do tego duża część weteranów była już obciążona różnymi chorobami: nowotworowymi, sercowo-naczyniowymi.

Podejrzewam, że w populacji ogólnej, a zwłaszcza u osób poniżej 60. roku życia, takie ryzyko jest zdecydowanie mniejsze niż w badaniu amerykańskim. Potwierdza to ostatnie badanie z Kataru, gdzie obserwowano ponad 350 tys. osób. Reinfekcje były rzadkie i generalnie łagodne oraz miały o 90% mniejsze prawdopodobieństwo hospitalizacji lub zgonu niż infekcje pierwotne.

Brak dystansu społecznego, maseczki noszone na brodzie albo wcale... Mimo rosnącej liczby zakażeń i dramatycznych statystyk dotyczących liczby zgonów, wiele osób wciąż lekceważy te podstawowe zalecenia. Tymczasem wariant delta jest bardziej zakaźny. Jak szybko może dojść do zakażenia nim w kontakcie z osobą chorą na COVID-19?

To bardzo dobre pytanie, bo należy uświadomić osobom, które nie noszą prawidłowo maseczek albo wcale z nich nie korzystają, że wystarczy dosłownie chwila, aby doszło do zakażenia. Takie badania były robione wobec wariantu beta, który wcześniej dominował w Europie i na świecie. Wtedy wystarczyło 15 minut spokojnej rozmowy twarzą w twarz, aby doszło do przeniesienia wirusa. Natomiast w przypadku wariantu delta który jest znacznie bardziej zakaźny, wystarczy tylko 5-minutowa rozmowa, aby mogło dojść do zakażenia.

Na koniec chciałam zapytać, czy z punktu widzenia wiedzy immunologicznej kobiety faktycznie są tzw. słabą płcią? Bo ponoć jest odwrotnie i to panowie są mniej odporni na ataki, np. wirusów.

To prawda. Matka natura wyposaża kobiety w skuteczniejszy układ odpornościowy ze względu na ważną rolę kobiety związaną z noszeniem i rodzeniem potomstwa. Za lepszą odporność przedstawicielek płci pięknej odpowiadają estrogeny, których stężenie ulega jednak zmniejszeniu wraz z wiekiem. Okazuje się, że po menopauzie tych hormonów jest już u kobiet tak mało, że zrównuje nas to z mężczyznami pod względem narażenia na choroby infekcyjne.

Ciekawe jest także, że mężczyźni nawet przy lekkim przeziębieniu i niewielkiej gorączce czują się znacznie gorzej niż kobieta w podobnym stanie. Tu znów u kobiet procentują naturalne mechanizmy, które pomagają znieść np. trudy porodu. Dlatego tzw. męska grypa to nie jest w żadnym wypadku powód do żartów, dlatego

że mężczyźni rzeczywiście i obiektywnie bardziej odczuwają objawy infekcji.

Ale pewnie medal ma dwie strony i za silniejszą odporność kobiety płacą zwiększonym ryzykiem chorób autoimmunologicznych.

Tak, to prawda. Odsetek czy częstość chorób autoimmunologicznych są wyższe u kobiet. Są to różnego rodzaju choroby dotyczące stawów, jak reumatoidalne za-

palenie stawów czy choroba Hashimoto, która znacznie częściej występuje u kobiet

Rozmawiała Ewa KURZYŃSKA

Prof. dr hab. n. biol. Agnieszka Szuster-Ciesielska jest specjalistą w dziedzinie wirusologii i immunologii z Katedry Wirusologia i Immunologii Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie.

(przedruk z „Pulsu Medycyny” nr 18 (426) z 8 grudnia 2021)

GŁOSZENIE POGLĄDÓW ANTYZDROWOTNYCH JAKO PRZEWINIENIE ZAWODOWE LEKARZA, CZYLI ŻARTY SIĘ SKOŃCZYŁY

W okresie z jednej strony rozprzestrzeniania się kolejnej fali koronawirusa, a z drugiej wirusa „płaskoziemstwa” warto przytoczyć tezy i wywody zamieszczone w stosunkowo niedawnym postanowieniu Sądu Najwyższego z dnia 26 kwietnia 2021 r. (sygn. I KK 210/20)

Stan faktyczny przedstawiał się w tej sprawie następująco. Okręgowy Sąd Lekarski w (...) uznał lekarza H.C. za winnego tego, że propaguje postawy antyzdrowotne poprzez publiczne wypowiadanie się, m.in. w programie „R.” wyemitowanym w dniu 11 maja 2016 r. na kanale (...) oraz podczas wykładów „W.”, które odbyły się w dniach 1–2 kwietnia 2017 r. w K. na temat szkodliwości szczepień wykonywanych u dzieci do 6. miesiąca życia, które to wypowiedzi są niezgodne z aktualną wiedzą medyczną, tj. popełnienia przewinienia zawodowego, polegającego na naruszeniu art. 71 Kodeksu etyki lekarskiej w zw. z art. 4 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty, co stanowiło przewinienie zawodowe w rozumieniu art. 53 ustawy o izbach lekarskich, i na podstawie art. 83 ust. 1 pkt 6 tej ustawy skazał obwinionego na karę zawieszenia prawa wykonywania zawodu na okres roku. Przypisany czyn określono jako „*publiczne propagowanie postaw antyszczepionkowych, prezentowanie tezy o szkodliwości szczepienia dzieci do 6. miesiąca życia, sprzecznej z aktualną wiedzą medyczną, a także szerzenie nieprawdziwych informacji o braku badania i testowania szczepionek*”. Orzeczenie to zostało zaskarżone przez obrońcę obwinionego w całości, a przez Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej w części dotyczącej rozstrzygnięcia o karze. Rozpatrując odwołania, Naczelny Sąd Lekarski zmienił zaskarżone orzeczenie sądu pierwszej instancji w ten sposób, iż wymierzył obwinionemu lekarzowi karę zawieszenia prawa wykonywania zawodu, ale na okres 2 lat. To oczywiście wróżyło złożenie kasacji przez obrońcę obwinionego i tak faktyczne się stało. Od razu warto podkreślić, że zdaniem SN kasacja uznana została jako bezzasadna i to w stopniu oczywistym. W uzasadnieniu SN odniósł się do wielu wątków podniesionych w kasa-

cji. My skupimy się tu w zasadzie jedynie na kilku z nich, ale w naszym przekonaniu najważniejszych.

Po pierwsze – jak zaznaczył SN – samo głoszenie przez lekarza obwinionego tezy o braku badania i testowania szczepionek, zwłaszcza w dzisiejszej dobie, gdy nawet w świetle powszechnej wiedzy na ten temat teza ta jest z gruntu fałszywa, należy uznać za szczególnie wysoco szkodliwe społecznie wspieranie przez lekarza postaw antyszczepionkowych. Jak spostrzegł SN, obwiniony, choćby z racji swego przygotowania zawodowego, ma ponadprzeciętną wiedzę o systemie badania, testowania, udzielania zgody na wprowadzenie do stosowania i bieżącego monitorowania działania medykamentów dostępnych w ramach opieki zdrowotnej. O obowiązku raportowania niepożądanych odczynów poszczepiennych była również mowa w toku tego procesu, co także przeczy prawdziwości wypowiedzi obwinionego. Właśnie te możliwości doskonalenia systemu szczepień u dzieci, podobnie jak profesjonalne dyskusje i spotkania specjalistów, powinny być wykorzystywane do poszerzania wiedzy o stosowanych dotychczas preparatach, ich skuteczności i ewentualnych niepożądanych oddziaływaniach, a także obowiązujących kalendarzach szczepień. Na tej drodze można też prezentować i weryfikować argumenty uzasadniające modyfikacje dotychczasowych rozwiązań organizacyjnych.

Po drugie w odniesieniu do zarzutu powołującego się na prawo do korzystania przez lekarza z konstytucyjnie chronionej swobody wypowiedzi SN stwierdził, że na gruncie odpowiedzialności zawodowej zachowanie przypisane lekarzowi H.C. – jako jawnie sprzeczne ze standardami wynikającymi z aktualnej wiedzy medycznej oraz istniejącą rzeczywistością i nakierowane na propagowanie postawy stanowiącej realne zagrożenie społeczne u odbiorców niemających odpowiedniego przygotowania do weryfikacji przekazywanych treści – powoduje, że nie może on absolutnie korzystać z ochrony wynikającej z wolności słowa. Jest to niezmiernie istotne stanowisko, bo wielokrotnie obrońcy obwinionych lekarzy w tego typu sprawach podnoszą argument pogwałcenia poprzez



sam fakt prowadzenia postępowań dyscyplinarnych, konstytucyjnie chronionej wolności słowa. Jak z powyższego wynika, całkowicie bezzasadnie.

Po trzecie Sąd Najwyższy nie podzielił również poglądu skarżącego na temat rażącej surowości kary wymierzonej obwinionemu (przypomnijmy: 2 lat zawieszenia prawa wykonywania zawodu). Jak wskazano w uzasadnieniu, w ramach szeroko rozumianej odpowiedzialności represyjnej, do której niewątpliwie można zaliczyć także odpowiedzialność dyscyplinarną, jako rażąco niewspółmierną zwykło traktować się karę, która nie uwzględnia należyte stopnia szkodliwości społecznej czynu przypisanego sprawcy oraz nie realizuje w wystarczającej mierze celów kary w zakresie jej indywidualnego i społecznego oddziaływania. W realiach tej sprawy – skonstatował SN – reakcja dyscyplinarna, w rozmiarze ukształtowanym przez NSL, odpowiada wymaganiu współmierności i nie wymagała modyfikacji w kierunku postulowanym przez skarżącego. SN rozprawił się także z argumentacją podnoszoną przez autora kasacji, że wagę czynu przypisanego obwinionemu H.C. umniejsza fakt, iż nie chodziło w tym przypadku o żaden zawiniony błąd lekarski wyrządzający szkodę pacjentowi, tylko – rzec by można – „niewinne” poglądy głoszone przez obwinionego. Jak podkreślono w uzasadnieniu, błąd lekarski i jego ewentualne następstwa, nawet te najpoważniejsze, dotyczą przecież najczęściej jednego pacjenta i ewentualnie jego najbliższego otoczenia. Natomiast propagowanie przez lekarza poglądów niezgodnych z aktualną wiedzą medyczną i podawanie nieprawdziwych informacji dotyczących stosowanych preparatów na forum publicznym wśród odbiorców niemogących ich zweryfikować, ma o wiele większy zasięg i równie poważny ciężar gatunkowy. Zaniechanie wykonania zabiegów zapobiegających zakażeniom i ograniczających rozprzestrzenianie się chorób, zwłaszcza zakaźnych, powoduje bowiem negatywne konsekwencje w skali społecznej. Wspieranie takich postaw wywołuje też daleko poważniejsze następstwa, gdy przekonania podważające argumentację uzasadniającą

potrzebę szczepień są propagowane przez osobę mającą przygotowanie medyczne i powołującą się na doświadczenie wynikające z praktyki lekarskiej, a więc traktowaną jako eksperta w danej dziedzinie. Tymczasem sam obwiniony przyznał, że źródłem rozpowszechnianej przez niego wiedzy na temat szczepionek był w przeważającej mierze internet, a nie wiedza zdobywana zgodnie z zasadami wykonywanej profesji. Z tego punktu widzenia – zdaniem SN – rozmiar represji dyscyplinarnej zastosowanej przez Naczelny Sąd Lekarski, a więc 2 lata zawieszenia prawa wykonywania zawodu, nie wykazuje cech rażącej surowości, przez co należy rozumieć, iż zdaniem sądu kara taka była słuszna i zasadna. SN wskazał, iż wymagania stawiane praktykującemu lekarzowi w zakresie m.in. źródeł posiadanej, stosowanej i promowanej wiedzy medycznej są jednak większe niż korzystanie z mediów elektronicznych.

Jak powszechnie wiadomo, w Polsce wyroki sądowe nie mają charakteru precedensów prawnych, ale przytoczone orzeczenie zasługuje na szczególną uwagę, bo w tym przypadku bodaj po raz pierwszy Sąd Najwyższy w sposób jednoznaczny rozprawił się z przypadkiem propagowania i wspierania przez lekarzy postaw niezgodnych z aktualną wiedzą medyczną. Również wytyczne i argumenty co do rodzaju i wysokości wymierzonej takiemu lekarzowi kary, zaprezentowane w tym orzeczeniu SN, dają wiele do myślenia. Inaczej mówiąc – zdaniem SN taki lekarz nie zasługuje na prawo wykonywania zawodu. Wprawdzie jednostkowy wyrok SN nie jest formalnie wiążący dla wszystkich sądów, w tym lekarskich, a tylko w danej sprawie, ale z pewnością musi być znany i analizowany w podobnych sprawach trafiających na wokandy OSŁ-ów przez wszystkie sądy orzekające. A przekaz – naszym zdaniem – z tego wyroku płynie jednoznaczny: żarty się skończyły.

Jerzy SOWIŃSKI

Jędrzej SKRZYPCZAK

(przedruk z *Biuletynu Wielkopolskiej Izby lekarskiej*
nr 12/21–1/22)

NASZE DWIE TWARZE

W tym roku Instytut Studiów Politycznych PAN oraz think tank Medyczna Racja Stanu przeprowadziły badania na temat zaufania do ludzi, którzy udzielają się w życiu publicznym. Do ich podjęcia skłoniła nas pandemia. Chcieliśmy wiedzieć, jak kształtuje się zaufanie do wykonujących zawody zaufania publicznego po doświadczeniach pandemii, lockdownu itd. Celem było również sprawdzenie, w jakim stopniu Polacy w takich warunkach są skłonni zaufać instytucjom naukowym.

Jeśli chodzi o poszczególne profesje, lekarze, którym ufało prawie 81% respondentów, wyprzedzili naukowców (nieznacznie słabszy wynik), przedsiębiorców i policjantów. Prawie 70% badanych uznało, że należy stosować

się do wskazań naukowców w zakresie walki z pandemią w życiu codziennym. Spośród instytucji naukowych najwyższe wskaźniki zaufania zdobyły Polska Akademia Nauk i uczelnie wyższe.

Latem Polacy odetchnęli (niesłusznie) z ulgą, że najgorsze minęło. Trudno w świetle wyników przytoczonych badań zrozumieć to, co się wokół nas dzieje. Wydawało się, że po pandemii jedna sprawa zostanie załatwiona w naszym kraju raz na zawsze – zmiany w systemie ochrony zdrowia. Było jasne, że znajdują się pieniądze na normalne wynagrodzenia kadry pielęgniarskiej i lekarskiej, na prawidłowe funkcjonowanie systemu, na leczenie raka i chorób rzadkich, programy badań genetycz-

nych itd. Tymczasem medycy słusznie protestujący przed Kancelarią Premiera zostali sami ze swoimi postulatami, nieco obojętnie mijani przez spacerowiczów ciągnących wzdłuż Łazienek. Ta obojętność była widoczna dla rządzących. Niewiele zostało też z zaufania do instytucji naukowych. Rekomendacje uczonych są jasne: trzeba się szczepić. I oto w Polsce, kraju etosu nauki i inteligencji, liczba zaszczepionych jest znacznie mniejsza niż w wielu innych państwach. W tym zakresie jesteśmy w ogonie Unii, a w czubie światowym, jeśli chodzi o zgony na COVID-19. Ludzie, którzy na co dzień faszerują się całą tablicą Mendelejewa, zjadają tony paramedykamentów i dają zarobić wróżkom, ogłosili się znawcami szczepionek. Przeciw tzw. paszportowi covidowemu protestują ci, którzy bez mrugnięcia okiem wypełniali przez deka-

dy swoje książeczki obowiązkowych szczepień, bo były takie „swojskie”.

Dlaczego w Polsce znajdują się pieniądze na wszystko, tylko nie na ochronę zdrowia, jako politolog rozumiem, ale się z tym nie zgadzam. Niestety, medycy nie są grupą, do której politycy zwracają się podczas kampanii wyborczych, nie stanowią źródła licznych głosów w wyborach, szczególnie że wielu wyjeżdża. Ale nie to jest tematem tego felietonu. Co się stało z nami jako społeczeństwem? Mamy dwie twarze. Którzy z nas są bardziej autentyczni? Ci z badania pieczołowicie przeprowadzonego przez socjologów z PAN, czy ci, którzy zapomnieli o oklaskach dla lekarzy i stali się domokrażnymi ekspertami od szczepień aż do śmierci – uchowaj Boże – pod respiratorem?

Paweł KOWAL

(przedruk z „Pulsu” nr 12/21)

MEDYCINA OPARTA NA PRZESĄDACH

Osoba, którą znałem, zmarła na COVID. Była utalentowaną śpiewaczką i antyszczepionkowcem. Mówiła, że pandemia koronawirusa nie istnieje, a szczepienia powodują więcej szkód niż korzyści. Mówiła to nie tylko znajomym, ale również swoim studentom. Na początku choroby bagatelizowała objawy, a zapytana przez lekarza, czy jest szczepiona, skłamała, że tak. Miała certyfikat covidowy. Sfałszowany. Przyznała to, gdy czuła się już tak źle, że wymagała hospitalizacji. Zaraziła matkę, a ta, zamiast poddać się leczeniu i samoizolacji, poszła do kościoła, by modlić się o zdrowie córki. Po śmierci artystki jej przyjaciele pisali w mediach społecznościowych o wielkim szoku z powodu nagłego odejścia zbyt młodej osoby. Głosy, żeby wyciągnąć z tej śmierci wnioski i się zaszczepić były nieliczne. Przeczytałem nawet wpis: „mogła żyć, ale lekarze źle ją leczyli”.

Druga znana mi osoba, również antyszczepionkowiec, leży pod respiratorem, a jej przyjaciele piszą na Facebooku, że modlą się o cud uzdrowienia.

Od dłuższego czasu obserwujemy trend zastępowania nauki światopoglądem. Najgorsze jest to, że trend ten idzie z góry – mam na myśli polityków, hierarchów Kościoła katolickiego i inne osoby, które głoszą szkodliwe, ekstremistyczne poglądy, przyczyniając się do cierpienia innych, a teraz śmiało już można powiedzieć, że do śmierci innych.

Prezydent podczas kampanii wyborczej mówił, że jest przeciwnikiem szczepień, premier ogłosił koniec pandemii przed wyborami, obecnie nie stosujemy w Polsce certyfikatów covidowych, bo Polacy mają „gen sprzeciwu”, a w radiu „Maryja” kilkakrotnie słyszałem słowo „plandemia”. Warto jeszcze dodać „szczepionki z aborowanych płodów”, które oburzyły niektórych biskupów.

Takie głosy wypychają nas w jakąś dotychczas nierealną rzeczywistość z „Opowieści podręcznej” Margaret Atwood. Nie słyszałem, by jakikolwiek ekstremista używał w tej dyskusji argumentów merytorycznych. Choć-

by niedawna debata w Sejmie na temat zaostrzenia kar o aborcję. Człowiek, który przygotował projekt, rzuca z mównicy sejmowej takie słowa, jak ludobójstwo czy faszyzm. Podczas wcześniejszej dyskusji o restrykcjach dla osób LGBT, podobna argumentacja – ideologia wywodząca się z faszyzmu.

Fala argumentów nienaukowych i głosów osób, które nie mają pojęcia, o czym mówią, przelewa się przez nasze społeczeństwo na niebywałą skalę.

Epidemia COVID pokazuje, jak wielu ludzi nie przyjmuje logicznych i popartych naukową wiedzą argumentów. Powodem tego, moim zdaniem, jest wysoki poziom lęku, który u części ludzi prowadzi do rozwinięcia się spiskowych teorii i walki z wrogiem. Podsycany przez polityków i duchownych, lęk ten paranoizuje społeczeństwo. A lęk budzi agresję, dlatego ludzie wołają grozić śmiercią lekarzom propagującym szczepienia, zamiast przeanalizować statystyki umieralności osób niezaszczepionych.

Nie przekona się ekstremistów, bo ekstremizm najczęściej wiąże się ze sztywnością poznawczą i emocjonalną, a mam wrażenie, że w naszym kraju ostatnio to ekstremiści nadają ton dyskusji. Dlatego tym głośniej powinniśmy używać argumentów merytorycznych – moja znajoma śpiewaczka umarła, bo dokonała takiego wyboru, a od modlitwy o cud uzdrowienia z COVID znacznie skuteczniejsze jest przyjęcie szczepienia.

Maciej KLIMARCZYK

O autorze: dr med. Maciej Klimarczyk jest psychiatrą i seksuologiem. Prowadzi własną praktykę lekarską w Bydgoszczy i Mogilnie. Zajmuje się też popularyzacją wiedzy na temat zdrowia psychicznego i seksualnego, prowadząc kanał na YouTube oraz współpracując z wieloma instytucjami i mediami (RadioZET, Radio TokFM, Agora, TVN, MOK w Bydgoszczy, Muzeum Okręgowe w Bydgoszczy, Uniwersytet Trzeciego Wieku w Bydgoszczy). W maju ukazała się jego debiutancka powieść, thriller psychologiczny pt.: „Śpiewaczka” (Wydawnictwo Literackie).

(przedruk z „Primum” nr 12-1/21-22)

KARTA SEGREGACJI MEDYCZNEJ

13 sierpnia 2021 r. weszła w życie zmiana rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. z 2020 r., poz. 666 z późn. zm.). Nowelizacja wprowadziła nowy rodzaj dokumentu, będącego elementem dokumentacji medycznej, tzw. kartę segregacji medycznej (KSM). W myśl uzasadnienia projektu rozporządzenia nowelizującego, KSM ma być stosowana w celu dokumentowania segregacji medycznej pacjentów przybywających do szpitalnych oddziałów ratunkowych (SOR).

Przedmiotowa nowelizacja wynika bezpośrednio z wdrożenia od dnia 1 lipca 2021 r., na podstawie art. 19 ustawy z dnia 21 lutego 2019 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2019 r., poz. 399 z późn. zm.), systemu zarządzającego trybami obsługi pacjenta w szpitalnym oddziale ratunkowym (TOPSOR), który wykorzystywany jest do prowadzenia segregacji medycznej, i w którym przetwarzane są dane osobowe, w tym dane dotyczące zdrowia pacjenta oraz dane o liczbie i czasie oczekiwania na udzielenie świadczenia zdrowotnego w SOR. W konsekwencji powyższego, w dniu 1 lipca 2021 r. weszło w życie również rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 czerwca 2021 r. w sprawie systemu zarządzającego trybami obsługi pacjenta w szpitalnym oddziale ratunkowym (Dz. U. z 2021 r., poz. 1182), które określa minimalną funkcjonalność oraz minimalne wymagania techniczne, a także sposób administrowania systemem zarządzającym trybami obsługi pacjenta w szpitalnym oddziale ratunkowym (TOPSOR), oraz warunki organizacyjno-techniczne gromadzenia, przetwarzania i pobierania danych zgromadzonych w TOPSOR, przy uwzględnieniu konieczności zapewnienia współpracy systemu informatycznego wykorzystywanego przez dysponenta jednostki z TOPSOR oraz umożliwienia powszechnej dostępności danych, przy zachowaniu odpowiedniego poziomu bezpieczeństwa tych danych. § 2 pkt 8 tego rozporządzenia wymienia wśród minimalnych wymagań funkcjonalnych dla TOPSOR użytkowanego w SOR możliwość przeprowadzania segregacji medycznej przy wykorzystaniu KSM, prowadzonej w postaci elektronicznej, z możliwością jej wydruku, i spełniającej wymagania określone w przepisach regulujących rodzaje i zakres dokumentacji medycznej.

Począwszy od dnia 13 sierpnia 2021 r. KSM stanowi zatem jeden z elementów medycznej dokumentacji indywidualnej wewnętrznej i jest ona załącznikiem do historii choroby zarówno w przypadku pacjentów, którym świadczeń udzielono wyłącznie w SOR, jak i tych, którzy po

wstępnym zaopatrzeniu w SOR, zostali przeniesieni na inny oddział tej samej placówki medycznej.

Zgodnie z nową regulacją KSM jest prowadzona w szpitalnym oddziale ratunkowym, w postaci elektronicznej, w systemie zarządzającym TOPSOR. Oprócz podstawowych danych dotyczących podmiotu leczniczego (nazwa, kod resortowy, itd.), pacjenta (nazwisko, imię, numer PESEL, adres miejsca zamieszkania, itd.) oraz osoby udzielającej świadczeń zdrowotnych, a więc dokonującej segregacji medycznej (nazwisko, imię, tytuł zawodowy, numer prawa wykonywania zawodu, itd.), KSM zawiera:

1. informacje dotyczące rejestracji pacjenta do szpitala: numer księgi głównej, numer księgi oddziałowej;
2. informacje dotyczące stanu zdrowia pacjenta objętego procesem segregacji medycznej:
 - a) informacje uzyskane w trakcie wywiadu medycznego,
 - b) określenie poziomu świadomości,
 - c) określenie poziomu bólu w skali 0–10,
 - d) wartości parametrów krytycznych obejmujące:
 - zapis badania EKG,
 - tętno (HR),
 - puls (PR),
 - częstość oddechów (RR),
 - ciśnienie krwi skurczowe, rozkurczowe i średnie (nieinwazyjny pomiar ciśnienia tętniczego krwi – NIBP),
 - wysycenie hemoglobiny tlenem (saturacja, SpO₂),
 - temperatura (TEMP) – o ile zostały oznaczone,
 - e) wybór metody tlenoterapii, jeżeli była stosowana,
 - f) ocenę stanu psychicznego;
3. panel Triage ESI 4.0, zawierający punkty decyzyjne zgodnie z algorytmem Emergency Severity Index (ESI) wersja 4.0 oraz wynik segregacji medycznej – priorytet;
4. datę i godzinę zakończenia segregacji medycznej (vide: § 20a rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania).

Z punktu widzenia realizacji celu przypisywanego omawianemu dokumentowi, istotne znaczenie ma umieszczanie w KSM informacji o zakwalifikowaniu danego pacjenta, w oparciu o stan jego zdrowia, do danej kategorii pilności, jak również o dacie i godzinie zakończenia segregacji medycznej. Zdaniem autorki powyższe ułatwi monitorowanie losów każdego pacjenta, któremu są lub były udzielane świadczenia zdrowotne w SOR i to od momentu jego przyjęcia. Powyższe pozwoli na udzielenie odpowiedzi na pytanie o czas reakcji personelu medycznego w odniesieniu do konkretnego pacjenta tj. ile czasu

upłynęło od przybycia pacjenta na SOR do czasu triażu, a później do zaplanowania i wykonania dalszych niezbędnych procedur medycznych. W konsekwencji omawiana zmiana przepisów prawa wymusi również konieczność lepszego zorganizowania SOR, w tym m.in. sformalizowania procedur w nim obowiązujących.

Niezależnie od powyższego należy pamiętać, iż z uwagi na wymaganą przepisami zawartość KSM, dokument ten stanie się jednym z kluczowych dowodów w sprawach o błędy w sztuce medycznej. Również i z tego powodu warto zatem zadbać o należyte jego wypełnienie.

Katarzyna BEDNAREK

Radca prawny

(przedruk z „Vox Medici” nr 6/21)

WIĘCEJ PRAW DLA LEKARZY PRZEDSIĘBIORCÓW

Zazwyczaj w tym dziale „Medicusa” piszemy o nowych obowiązkach adresowanych do lekarzy i lekarzy dentyistów, ale dziś będzie inaczej. A to za sprawą nowelizacji Kodeksu cywilnego, która już od kilku miesięcy zrównuje w pewnych aspektach niektórych przedsiębiorców z konsumentami (1). Przypomnijmy: konsumentem jest osoba fizyczna, dokonująca z przedsiębiorcą czynności prawnej niezwiązanej bezpośrednio z jej działalnością gospodarczą lub zawodową. Przedsiębiorcą natomiast m.in. osoba fizyczna, wykonująca działalność gospodarczą (a także wspólnicy spółki cywilnej).

Konsument z założenia traktowany jest przez prawo jako słabsza strona umów w związku z czym od wielu lat wprowadzane i ulepszane są rozwiązania prawne, zapewniające mu ochronę. Od kilku miesięcy również przedsiębiorcy mogą korzystać z rękojmi za wady rzeczy sprzedanej, ochrony przed klauzulami abuzywnymi oraz prawa odstąpienia od umowy zawartej na odległość lub poza lokalem przedsiębiorstwa. Dotychczas szczególne uprawnienia w tym zakresie przysługiwały osobom fizycznym, o ile dotyczyły umów zawieranych bez związku z prowadzoną działalnością gospodarczą (np. zakup mebli do prywatnego mieszkania). Natomiast obecnie przedsiębiorca może z nich skorzystać także w przypadku umowy, która jest bezpośrednio związana z jego działalnością gospodarczą. Jest jedno ale – z treści tej umowy musi wynikać, że nie posiada ona dla przedsiębiorcy **charakteru zawodowego**, wynikającego w szczególności z przedmiotu wykonywanej działalności gospodarczej, udostępnionego na podstawie przepisów o CEIDG.

Co to oznacza w praktyce? Najlepiej wyjaśnić to na przykładzie. Każdy przedsiębiorca rejestrując działalność gospodarczą wskazuje rodzaj tej działalności według kodów Polskiej Klasyfikacji Działalności (PKD) – praktyki lekarskie lub lekarskie dentyistyczne również posiadają swoje kody, które po zarejestrowaniu działalności uwidocznione są w CEIDG. Przedmiot wykonywanej działalności świadczy zatem, w jakim obszarze przedsiębiorca jest profesjonalistą/specjalistą. W tym właśnie obszarze od przedsiębiorcy wymaga się wiedzy fachowej, w tym umiejętności samodzielnej oceny treści zawieranych umów.

Na przykład umowa, na podstawie której lekarz dentyista regularnie zamawia materiały stomatologiczne, ma

dla niego charakter zawodowy, bo przy pomocy tych materiałów lekarz udziela świadczeń zdrowotnych. Ale gdyby lekarz dentyista miał zakupić sprzęt komputerowy do swojego gabinetu, to taka umowa charakteru zawodowego by nie miała, gdyż lekarz dentyista nie jest fachowcem, specjalistą w dziedzinie informatyki. Brak zawodowego charakteru umowy daje zatem nowe środki ochrony prawnej, jak np. rękojmia za wady rzeczy sprzedanej lub prawo do odstąpienia od umowy zawartej na odległość. Spróbujmy omówić w telegraficznym skrócie istotę tych praw.

Rękojmia za wady rzeczy sprzedanej dotyczy najczęściej wad fizycznych, czyli niezgodności rzeczy sprzedanej z umową. Potocznie rzecz ujmując, kupiony przedmiot jest „nie taki jak miał być” – właściwości fizyczne nie zgadzają się z opisem przedstawianym przez sprzedawcę, towar jest niekompletny, itp. Rękojmia może dotyczyć również wad prawnych, np. jeżeli rzecz sprzedana stanowi własność osób trzecich. W przypadku zaistnienia ww. wad konsument może złożyć reklamację i zażądać od sprzedawcy wymiany rzeczy na wolną od wad albo żądać usunięcia wady (2).

Prawo odstąpienia od umowy zawartej na odległość lub poza lokalem przedsiębiorstwa – uprawnienie szczególnie przydatne w obecnych czasach zamkniętych punktów handlowych, dotyczy w przeważającej mierze zakupów internetowych, ale też zamówień składanych telefonicznie bez jednoczesnej obecności sprzedawcy i kupującego. Ponadto dotyczy wszystkich tych sytuacji, gdy umowa jest zawierana poza lokalem sprzedawcy, np. na targach, pokazach, itp. Uprawnienie to obejmuje czas „do namysłu” i rezygnacji z zawartej umowy bez podawania przyczyny w ciągu 14 dni. Oczywiście wiąże się z wzajemnym rozliczeniem, czyli najczęściej zwrotem towaru oraz zwrotem uiszczonej ceny.

Klauzule abuzywne, inaczej niedozwolone postanowienia umowne to w mojej ocenie najciekawsze uprawnienie, wynikające z omawianej nowelizacji przepisów. Takimi klauzulami są postanowienia umów zawieranych z konsumentem, które nie były z nim uzgodnione indywidualnie, jeżeli kształtują jego prawa i obowiązki w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, rażąco naruszając jego interesy (3). Dotyczy to sytuacji, w której nie mamy wpływu na treść umowy, tylko przystępujemy





do z góry narzuconych warunków. Nowe przepisy dają ochronę przed nierównym starciem z wielkimi graczami takimi jak banki, firmy telekomunikacyjne, ubezpieczyciele i inne duże podmioty, z którymi raczej nie mamy szans na negocjowanie indywidualnych umów. Jak pokazuje praktyka stosowania prawa właśnie to te podmioty najczęściej nadużywają swojej silnej pozycji, zatem objęcie drobnych przedsiębiorców ochroną należną konsumentowi jest dużą zmianą w dobrym kierunku.

Aleksandra OTAWSKA-PETKIEWICZ radca prawny LIL

1. Art. 3855 kc w brzmieniu obowiązującym od 1 stycznia 2021 r.
2. Więcej o rękojmi za wady w Dziale II Kodeksu cywilnego – art. 556 i następne.
3. Rejestr klauzul abuzywnych prowadzony jest przez Urząd Ochrony Konkurencji i Konsumentów pod adresem: <https://www.rejestr.uokik.gov.pl/>

(przedruk z „Medicusa” nr 5/21)

PRAWO PACJENTA DO INFORMACJI - CZĘŚĆ I

Zagadnienie formy i treści udzielanej przez pacjenta zgody przed dokonaniem czynności medycznych nadal budzi wątpliwości wśród lekarzy i lekarzy dentyków. Przypomnijmy zatem, czym jest zgoda pacjenta, w jakiej formie powinna zostać udzielona, jakimi czynnościami powinna zostać poprzedzona oraz jakie są skutki prawne działania lekarza z pominięciem zgody pacjenta lub na mocy zgody wadliwie udzielonej.

We współczesnej medycynie nie ma wątpliwości, iż każdy przypadek udzielenia świadczenia zdrowotnego pacjentowi powinien być poprzedzony jego zgodą. Wynika to z zasady autonomii woli jednostki i prawa człowieka do decydowania o swoim życiu. Zasada ta konkretyzuje się w treści samej Konstytucji RP z 1997 r., gdzie w art. 47 czytamy, iż „Każdy ma prawo do ochrony prawnej życia prywatnego, rodzinnego i dobrego imienia oraz decydowania o swoim życiu osobistym”. Wartości te dostrzegano już wcześniej. Konieczność pozyskania zgody pacjenta na zabieg medyczny przewidziano jeszcze przed wojną. Jako ciekawostkę historyczną można przytoczyć rozporządzenie Prezydenta RP z 22 marca 1928 r. o zakładach leczniczych, które stanowiło, iż zabiegi operacyjne są dopuszczalne wyłącznie za zgodą chorego. Ten kierunek był kontynuowany po wojnie, obowiązująca ustawa z 1950 r. o zawodzie lekarza przewidywała konieczność uzyskania zgody pacjenta przed przeprowadzeniem zabiegu operacyjnego. Ówczesne przepisy milczały jednak na temat czynności informacyjnych poprzedzających udzielenie zgody przez pacjenta, formę zgody, możliwość działania lekarza w sytuacji sprzeciwu, np. przedstawiciela ustawowego, na zabieg. Wówczas również praktyką było stosowanie zgody tzw. blankietowej. Nie miały znaczenia okoliczności towarzyszące wydaniu zgody – w tym odpowiednie poinformowanie pacjenta. W aktualnym stanie prawnym regulacje dotyczące zgody pacjenta znajdują się w: Kodeksie Etyki Lekarskiej (Uchwała Nadzwyczajnego II Krajowego Zjazdu Lekarzy z 14 grudnia 1991 r.), ustawie z 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz. U. 2020.514 tj.) z późn. zm. oraz ustawie z 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. 2020.849 tj.) z późn. zm.

Przystępna, czyli zrozumiała

Obecnie obowiązuje zasada tzw. „zgody świadomej”, która podnosi rangę czynności informacyjnych lekarza przed udzieleniem zgody przez pacjenta. Ustawa o zawodzie lekarza w Polsce z 1996 r. (art. 31, ust. 1) określa, że „lekarz ma obowiązek udzielać pacjentowi lub jego ustawowemu przedstawicielowi przystępnej informacji o jego stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania bądź zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu”. Mimo iż centralne miejsce w procesie leczenia zajmuje lekarz, który decyduje o metodach diagnostycznych, jak i samym leczeniu – to przepis ten prowadzi do wzmocnienia roli pacjenta. Pacjent bowiem ma prawo do uzyskania, a lekarz – obowiązek, do przedstawienia ww. informacji przed przeprowadzeniem badania lub udzielenia świadczenia zdrowotnego (art. 32, ust. 1). Przepis wymaga, aby informacja była przystępna, czyli innymi słowy mówiąc, zrozumiała. Oznacza to konieczność dostosowania słownictwa do poziomu intelektualnego danego pacjenta, pominięcie sformułowań specjalistycznych i zastąpienie słownictwem prostym i trafiającym do odbiorcy oraz konieczność upewnienia się, czy pacjent zrozumiał wszystko, a jeśli nie, to wyjaśnienie kwestii, których nie zrozumiał. Wystąpić w tym miejscu mogą ryzyka naruszenia przez lekarza powyższego obowiązku poprzez:

- zdawkową informację udzieloną pod presją czasu,
- przekazaną pośpiesznie w nieodpowiednim momencie,
- przekazaną tuż przed operacją, jeśli można było wcześniej,
- przekazaną w bólu, pod wpływem leków,
- gdy można było to zrobić w bardziej komfortowych warunkach – ocena tych warunków należy każdorazowo do lekarza.

Zwracam uwagę, iż nie zawsze lekarz będzie zobowiązany do podania powyższych informacji. Pierwszą taką sytuacją będzie wyraźne żądanie pacjenta (art. 31, ust. 3). Działaniem rekomendowanym będzie co najmniej w takim przypadku odnotowanie takiego żądania w dokumentacji medycznej pacjenta. W pewnych sytuacjach ta-

kie zrzeczenie się pacjenta będzie nieskuteczne. Dotyczyć to będzie takich wypadków, jak stwierdzenie choroby zakaźnej i ryzyko zakażenia innych osób, zabiegi powodujące duże zmiany w organizmie (amputacje transplantacje itd.), w przypadku eksperymentów medycznych i zabiegów nieleczniczych (Prawo medyczne dla lekarzy – Wybrane zagadnienia. Wolter Kluwers 2021, s. 193).

Gdy rokowania są złe

Druga sytuacja uregulowana w art. 31 ust. 4 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty jest to tzw. przywilej terapeutyczny. Przepis powyższy przewiduje wyjątkową sytuację, kiedy o zakresie przekazywanych informacji może – bez zgody i wiedzy pacjenta – decydować wyłącznie lekarz. Chodzi tu o sytuację, kiedy rokowania co do zdrowia pacjenta są niepomysłne. Wówczas lekarz może ograniczyć informację, ale tylko odnośnie do stanu zdrowia pacjenta i rokowania, a zatem w pozostałym zakresie (tj. rozpoznania, proponowanych oraz możliwych metod diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia) powinien udzielić pacjentowi pełnej informacji. Przepis uprawnia lekarza do nieprzekazywania informacji wyłącznie w sytuacji, gdy według oceny lekarza przemawia za tym dobro pacjenta. Przyczyny takiej decyzji lekarz powinien opisać w dokumentacji medycznej.

Pacjent małoletni – też ma prawo wiedzieć

Lekarz, ograniczając przekazywane pacjentowi informacji, powinien w pełnym zakresie udzielić ich przedstawicielowi ustawowemu lub osobie upoważnionej przez pacjenta, co wynika bezpośrednio ze zdania drugiego przepisu art. 31 ust. 4 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Informacja poprzedzająca wyrażenie zgody na udzielenie świadczenia zdrowotnego powinna być skierowana również do pacjenta nieletniego – informację powinni wtedy uzyskać przedstawiciele ustawowi, przy czym obowiązek poinformowania dotyczy również osób, które ukończyły 16 r.ż., jak i w pewnym zakresie tych poniżej 16 r.ż. Lekarz nie może bowiem pominąć obowiązku poinformowania pacjenta, który nie ukończył 16 r.ż., w takim wypadku zakres i treść informacji jest węższa niż wskazana w art. 31 ust. 1 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, lekarz bowiem udziela informacji jedynie w zakresie i formie potrzebnej do prawidłowego przebiegu procesu diagnostycznego lub terapeutycznego i wysłuchuje zdania pacjenta. W przypadku, gdy pacjent poniżej 16 r.ż. jest nieprzytomny bądź niezdolny do zrozumienia znaczenia informacji, lekarz udziela informacji osobie bliskiej w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt 2 ustawy z 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2020 r., poz. 849).

Stopień szczegółowości

Lekarz musi również zwrócić uwagę na jakość i kompletność przekazanej informacji. Jak zostało wcześniej wskazane, informacja przekazana przez lekarza powinna zawierać w swojej treści informacje o jego stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania bądź zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu. Powstaje więc zagadnienie, jak szczegółowe powinny to być informacje. *„Stopień szczegółowości z pewnością zależy od tego, co rozsądna osoba będąca w sytuacji pacjenta obiektywnie potrzebuje usłyszeć od lekarza, aby podjąć «poinformowaną» i inteligentną decyzję wobec proponowanego zabiegu»* (Sąd Apelacyjny w Poznaniu w wyroku z 29 września 2005 r., I ACa 236/05, LEX nr 175206), pacjent powinien mieć realną szansę na rozważenie większej liczby aspektów w celu oszacowania, czy ryzyko jest warte podjęcia (Prawo medyczne dla lekarzy – Wybrane zagadnienia. Wolter Kluwers 2021, s. 190.), informacja udzielana przez lekarza przed zabiegiem powinna zawierać takie dane, które pozwolą pacjentowi podjąć decyzję o wyrażeniu zgody na zabieg z pełną świadomością tego, na co się godzi i czego może się spodziewać.

Przy opisywaniu skutków danego zabiegu czy metody, należy skupić się na skutkach bardziej prawdopodobnych, długotrwałych i częściej występujących, które ograniczają sprawność organizmu niż tych, które są mniej prawdopodobne oraz krótkotrwałe z punktu widzenia planowanej interwencji medycznej.

Nie wydaje się celowe, aby lekarz informował o wszystkich możliwych skutkach zastosowania danej metody leczenia czy też zabiegu, np. takich, które występują bardzo rzadko.

Poinformować, ale w jakiej formie?

Przepisy prawa nie definiują formy, w której lekarz ma zrealizować obowiązek poinformowania pacjenta przed podjęciem decyzji dotyczącej leczenia. Dlatego też powyższą informację można przekazać w formie dowolnej, w tym formie ustnej. Nie można jednak pominąć faktu, iż w przypadku sporu pomiędzy lekarzem a pacjentem co do faktu, czy została udzielona informacja i czy miała prawidłowy zakres – to lekarz będzie musiał wykazać przed sądem, iż pacjent uzyskał pełną oraz przystępną informację o stanie [Wyrok Sądu Najwyższego z 17 grudnia 2004 r., sygn. II CK 303/04, OSP 2005/11/131 *„Ciężar dowodu wykonania ustawowego obowiązku udzielenia pacjentowi lub jego ustawowemu przedstawicielowi przystępnej informacji, poprzedzającej wyrażenie zgody na zabieg operacyjny (art. 31 ust. 1 w zw. z art. 34 ust. 2 ustawy z 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza, DzU z 2002 r., nr 21, poz. 204 ze zm.), spoczywa na lekarzu”*]. Autor artykułu rekomenduje zastosować formę pisemną, która potwierdzać będzie otrzymanie takiej informacji przez pacjenta,

w tym dokonanie adnotacji o fakcie udzielenia informacji i jej zakresie w dokumentacji medycznej.

A gdy nie poinformujemy?

Konsekwencje zaniechania obowiązku poinformowania pacjenta o stanie zdrowia – zgodnie z treścią art. 31 ust. 1 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty – mogą mieć dla lekarza dotkliwe skutki. Lekarz odpowiada na podstawie prawa cywilnego, dyscyplinarnie oraz karne. Zgodnie z art. 34 ust. 1 ww. lekarz może wykonać zabieg operacyjny albo zastosować metodę leczenia lub diagnostyki stwarzającą podwyższone ryzyko dla pacjenta, po uzyskaniu jego pisemnej zgody. Przy czym ustęp 2 wskazuje, iż „przed wyrażeniem zgody przez pacjenta lekarz ma obowiązek udzielenia mu informacji zgodnie z art. 31”. Przepisy te wyraźnie nawiązują do konstrukcji zgody świadomej i konieczności uprzedniego zrealizowania obowiązku informacyjnego względem pacjenta. Dość powiedzieć, iż uprzednie poinformowanie pacjenta jest niezbędnym elementem świadomej zgody.

Polskie prawo karne – jako jedno z niewielu w Europie – przewiduje jako przestępstwo czyn polegający na wykonaniu zabiegu leczniczego bez zgody pacjenta, tj. art. 192 kk. Lekarz może wykonać wzorcowo zabieg leczniczy, jednak jeśli zaniecha pozyskania od pacjenta zgody – w grę wchodzić może odpowiedzialność na podstawie ww. przepisu. Warto zwrócić uwagę na orzecznictwo sądów w tym zakresie i rozumienie pojęcia „bez zgody”. Zgodnie z postanowieniem Sądu Najwyższego z 10 kwietnia 2015 r., sygnatura akt III KK 14/15: „Miarodaj-

na, legalizująca działanie lekarza zgoda pacjenta na wykonanie zabiegu leczniczego to taka zgoda, która stanowi wyraz jego własnej, świadomej (zarówno od strony zdolności psychofizycznej udzielającego zgody, jak i rozważenia niezbędnych jej przesłanek) oraz swobodnej i dobrowolnej (nieobciążonej wadą błędu, czy przymusu) decyzji. Respektowanie przez lekarza opisywanej zgody możliwe jest tylko wówczas, gdy wola poddania się proponowanym czynnościom medycznym zostanie mu przez pacjenta w sposób niebudzący wątpliwości ujawniona.

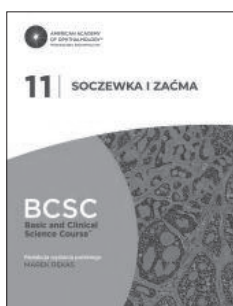
Brak przy wykonywaniu zabiegu leczniczego któregośkolwiek z elementów wypełniających istotę omawianej zgody oraz świadczących o samym fakcie jej udzielenia należy traktować jako równoznaczny z wykonaniem tego zabiegu bez zgody, wypełniającym znamię przestępstwa z art. 192 § 1 k.k.”. Prawnokarna ocena, czy doszło do popełnienia czynu zabronionego, tj. ocena, czy do zabiegu leczniczego doszło bez zgody, przebiega na podstawie kryteriów wskazanych ustawie o zawodach lekarza i lekarza dentysty i opisanych w niniejszym artykule. Wyrażenie zgody przez pacjenta opartej na niedokładnej informacji co do charakteru zabiegu i jego ryzyka nie jest zgodą w znaczeniu art. 192 kk.

W kolejnym odcinku autor przybliży treści i rodzaje zgód, a także napisze o podmiotach uprawnionych do jej udzielenia

Radca prawny
Paweł LENARTOWICZ
(przedruk z „Panaceum” nr 11/21)

NOWOŚCI WYDAWNICZE

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 86w



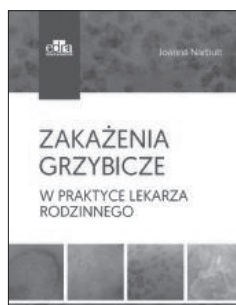
SOCZEWKA I ZAĆMA. BCSC 11. SERIA BASIC AND CLINICAL SCIENCE COURSE
wyd. 2, red. M. Rękas
rok wydania 2021
ISBN 978-83-66960-26-8,
Format 175 x 235, oprawa miękka, str. 298,
cena; 134,10 zł

Seria podręczników Basic and Clinical Science Course™(BCSC) to kompleksowe, a zarazem zwięzłe kompendium wiedzy w zakresie szeroko pojętej okulistyki.

Co roku członkowie Amerykańskiej Akademii Okulistyki (American Academy of Ophthalmology – AAO) weryfikują zawartość podręczników, wzbogacając je o wiele nowych tekstów, liczne ilustracje i materiały filmowe, zwracając szczególną uwagę na wprowadzanie uaktualnień naukowych, co pozwala okulistom na bieżąco zaznajamiać się z najnowszymi odkryciami dotyczącymi wielu podspecjalności i stosować je w swojej praktyce klinicznej.

Seria BCSC powstaje dzięki wysiłkowi i doświadczeniu ponad 90 znakomitych autorów oraz zespołu redakcyjnego AAO. Przed publikacją każdy tom oceniany jest m.in. przez członków Akademickiego Komitetu Doradczego Okulistów Praktyków ds. Nauki (Academy's Practicing Ophthalmologists Advisory Committee for Education). Dodatkowo członkowie Europejskiej Rady Okulistyki

(European Board of Ophthalmology) sprawdzają tekst pod względem różnic między amerykańską a europejską praktyką okulistyczną.



ZAKAŻENIA GRZYBICZE W PRAKTYCE LEKARZA RODZINNEGO

J. Narbutt

rok wydania 2021

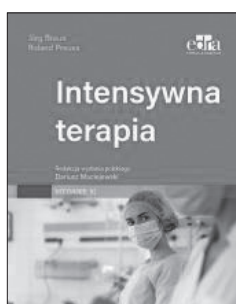
ISBN 978-83-66960-39-8,

format 165 x 240, opr. miękka, str. 55,

cena 35,10 zł

Zakażenia grzybicze skóry należą do najczęstszych chorób skóry, z którymi pacjenci zgłaszają się do lekarza rodzinnego lub do dermatologa. Opisano kilkaset tysięcy gatunków grzybów obecnych w środowisku, jednak choroby u ludzi wywołuje zaledwie około trzystu z nich. Objawy zakażeń wywołanych przez poszczególne gatunki mogą być bardzo zróżnicowane. Różnią się również w zależności od zajętej okolicy ciała. W praktyce klinicznej wyróżnia się trzy grupy grzybów: dermatofity, drożdże oraz pleśnie.

W oddanej w Państwa ręce książce przedstawiono podstawowe informacje dotyczące diagnostyki oraz obrazu klinicznego grzybic, najczęściej spotykanych w praktyce lekarza rodzinnego. Mam nadzieję, że wiedza znacznie pomoże w ustalaniu postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w Państwa codziennej pracy. Prof. dr hab. Joanna Narbutt



INTENSYWNA TERAPIA,

wyd. 10

J. Braun, R. Preuss

wyd. 10, red. D. Maciejewski

rok wydania 2021

ISBN 978-83-66960-25-1, format 165 x 240, oprawa miękka, str. 692, cena 152,09 zł

Pomimo telegraficznej formy przekazu książka dostarcza pełny i niezwykle użyteczny zakres wiedzy dotyczący niemal wszystkich problemów, które wiążą się ze współczesną interdyscyplinarną intensywną terapią, anestezjologią, a nawet wybiega dalej w kierunku różnorodnych stanów zagrożenia życia w dzisiejszej medycynie. Sposób napisania podręcznika, opracowania tekstu oraz tłumaczenia zachowuje możliwość natychmiastowego dostępu do użytecznej wiedzy lub jej uzupełnienia, pozwalając na doraźne skonfrontowanie stanu pacjenta z koniecznością podjęcia optymalnej decyzji leczniczej. Jest to znacząca wartość opracowania i cel Autorów. Podręcznik zawiera bowiem nie tylko odpowiedzi dotyczące postępowania z chorym intensywnie w różnych stanach klinicznych, ale również przypomina o możliwości popełnienia błędu czy pomyłki w postępowaniu. Podnosi to bardzo praktyczną wartość tego wydawnictwa, opierającego się na wieloletnim doświadczeniu autorów poszczególnych rozdziałów. Otrzymujemy podręcznik użyteczny do pogłębiania wiedzy teoretycznej i jednocześnie praktyczny poradnik postępowania od momentu wywiadu lekarskiego, przez badania analityczne i diagnostykę, aż po specjalistyczne postępowanie intensywnie w obliczu nawet najbardziej złożonego rozpoznania.

PEŁNA WIEDZA Z ZAKRESU INTENSYWNEJ TERAPII

- Podejście interdyscyplinarne
- Zróżnicowane strategie terapeutyczne: terapia bólu, sedacja, znieczulenie, monitorowanie;
- Postępowanie w przypadku powikłań;
- Farmakoterapia;

Profile farmaceutyczne dla wszystkich ważnych leków. Redaktor naukowy wydania polskiego Dr hab. n. med., prof. nadzw. Dariusz Maciejewski Krajowy Konsultant w dziedzinie Intensywnej Terapii Wiceprezes Polskiego Towarzystwa Intensywnej Terapii Interdyscyplinarnej Kierownik Katedry Pielęgniarstwa Wydziału Nauk o Zdrowiu ATH w Bielsku-Białej

STAWY KOŃCZYN. BADANIE MANUALNE I TERAPIA PRZEZ MOBILIZACJE DLA LEKARZY I FIZJOTERAPEUTÓW

G. Harke, W. Linz, A. Rösel, J. Sachse

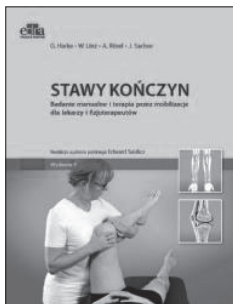
wyd. 9 red. E. Saulicz

rok wydania 2021

ISBN 978-83-66960-29-9, format 210 x 270, oprawa miękka, str. 220,

cena 116,10 zł

Wieloletnie doświadczenie w nauczaniu i szkoleniu Autorów publikacji Stawy kończyn. Badanie manualne i terapia przez mobilizacje dla lekarzy i fizjoterapeutów jest widoczne od pierwszych stron niniejszego opracowania. Struktura napisanej przez nich książki, jej treść i przejrzysta forma powodują, że stanowi ona przykład bardzo dobrze zredagowanego podręcznika medycyny manualnej. W części wstępnej zawarte zostały informacje zwią-



zane z aktualnym stanem wiedzy dotyczącym przyczyn i następstw czynnościowych zaburzeń narządu ruchu. Kolejne rozdziały zredagowane zostały perfekcyjnie od strony metodycznej, gdzie przyjęto

ZAKAŻENIA GRZYBICZE W PRAKTYCE LEKARZA RODZINNEGO

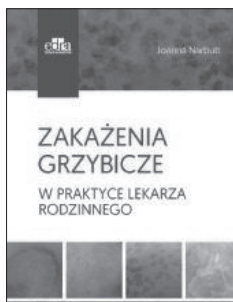
J. Narbutt

rok wydania 2021

ISBN 978-83-66960-39-8, format 165 x 240, opr. miękka, str. 55,

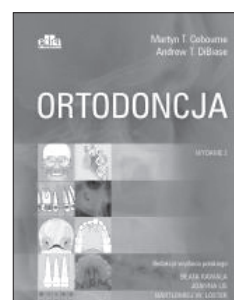
cena 35,10 zł

Zakażenia grzybicze skóry należą do najczęstszych chorób skóry, z którymi pacjenci zgłaszają się do lekarza rodzinnego lub do dermatologa. Opisano kilkaset tysięcy gatunków grzybów obecnych w środowisku, jednak choroby u ludzi wywołuje zaledwie około trzystu z nich. Objawy zakażeń wywołanych przez poszczególne gatunki mogą być bardzo zróżnicowane. Różnią się również w zależności od zajętej okolicy ciała. W praktyce klinicznej wyróżnia się trzy grupy grzybów: dermatofity, drożdże



oraz pleśnie. schemat, w którym konsekwentnie zmierza się od ogółu do szczegółu, od obwodu do centrum. Opis technik badania zaczyna się zawsze od oceny orientacyjnej i zmierza do konkretyzacji problemu w postaci badania ukierunkowanego. Zaznajamianie z technikami badania i terapii przebiega zawsze w tym samym schemacie, począwszy od drobnych stawów palców ręki oraz stóp i konsekwentnie kończy się na proksymalnych stawach: barkowych i biodrowych. Książka została bardzo dobrze zredagowana zgodnie z zasadą poglądową, bowiem bardzo przejrzystemu opisowi pozycji wyjściowych i czynności, jakie wykonuje terapeuta podczas badania lub terapii, towarzyszą liczne fotografie ukazujące ce szczególne chwytu i kierunku wykonywanego ruchu.

Książka ta adresowana jest do osób zawodowo zajmujących się dysfunkcjami narządu ruchu. Ze względu na bogate treści praktyczne w pierwszej kolejności skierowana jest do fizjoterapeutów. Spełnia ona wszystkie wymogi podręcznika akademickiego i w związku z tym warto ją zalecić jako literaturę pomocną w studiowaniu przedmiotów: „terapia manualna”, „kinezyterapia” i „fizjoterapia w dysfunkcjach narządu ruchu”. Wiele skorzystać mogą studenci medycyny, w trakcie studiowania zagadnień z zakresu ortopedii czy rehabilitacji, jak również lekarze specjaliści ortopedii i traumatologii, neurologii i rehabilitacji medycznej. awarte w podręczniku szczegółowe opisy sposobów badania orientacyjnego i ukierunkowanego stawów obwodowych z całą pewnością mogą wzbogacić ich warsztat praktycznych umiejętności przeprowadzania badania przedmiotowego. W literaturze przedmiotu w języku polskim dominują pozycje związane z dysfunkcjami kręgosłupa, w związku z tym pojawienie się opracowania tak bogatego w treści praktyczne dotyczące badania i terapii dysfunkcji stawów obwodowych należy uznać za wypełnienie luki w fachowej literaturze związanej z terapią manualną. Prof. dr hab. Edward Saulicz
Z Przedmowy do wydania polskiego



ORTODONCJA

M.T. Cobourne, A.T. DiBiase red. J. Lis, B. Kawala, B. Loster, K. Woźniak

rok wydania: 2021 ISBN: 978-83-66067-18-9,

format: 175 x 250,

opr. twarda, 563 str. ,

cena: 170.10 zł

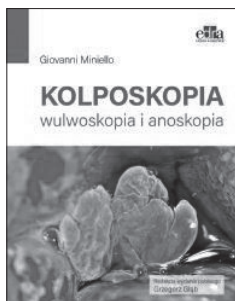
Doskonałe połączenie wiedzy teoretycznej i praktyki klinicznej! Z podręcznika mogą korzystać nie tylko studenci kierunku lekarsko-dentystycznego i rezydenci, ale także dentyści-ortodondzi, chirurdzy stomatologiczni i szczękowo-twarzowi na wszystkich poziomach doświadczenia. W publikacji m.in.:

- badanie i właściwa diagnoza pacjenta;
- zasady planowania skutecznej terapii;
- różne metody leczenia nawet bardzo skomplikowanych wad zgryzu;
- postępowanie z pacjentem z uzębieniem mlecznym, mieszanym i stałym;
- dobór aparatów ortodontycznych;
- zagadnienia chirurgii ortognatycznej;





- anomalie i zespoły chorobowe wpływające na budowę części twarzowej czaszki;
- ponad 500 ilustracji i fotografii pomagających zobrazować omawiane zagadnienia;
- rozdział poświęcony medycynie opartej na dowodach wyjaśniający, jak prawidłowo oceniać wyniki badań klinicznych;
- przejrzysty, edukacyjny układ tekstu



w literaturze międzynarodowej pozycją, której treść zapewnia podejście dedukcyjne, podążające ścieżką diagnostyczną klinicysty: od obserwacji zmiany chorobowej do ustalenia rozpoznania. Oprócz opisu najczęściej występujących zmian, książka zawiera również omówienie najciekawszych i nietypowych przypadków, które mogą wystąpić w codziennej praktyce klinicznej. Bogata ikonografia, na którą składa się ponad 500 ilustracji, w tym niezwykle dydaktyczne diagramy i wyniki badań kolposkopii, wulwoskopii i anoskopii stanowią cenne narzędzie szybkiej i dogłębnej konsultacji specjalistycznej..

KOLPOSKOPIA, WULWOSKOPIA I ANOSKOPIA

G. Miniello

red. G. Gołąb

rok wydania 2021

ISBN 978-83-66960-37-4, format 210 x 270, oprawa

mięka, str. 224,

cena 88,20 zł

Kolposkopia, wulwoskopia i anoskopia autorstwa profesora Giovanniego Miniello, konsultanta ds. kolposkopii Organizacji Narodów Zjednoczonych, to podsumowanie kilkunastu wcześniejszych jego publikacji. Jest pierwszą

OPOLSKA IZBA LEKARSKA

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

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

Rejestr Lekarzy: opole.rejestr@hipokrates.org

Praktyki Prywatne: opole.praktyki@hipokrates.org

Radca prawny – tel. kontaktowy: 601 708 952, przyjmuje: poniedziałek 9.00-10.30,

środa 14.30-17.00, czwartek 14.00-16.00,

piątek – po uprzednim ustaleniu telefonicznym.

Składki: opole.skladki@hipokrates.org

Administracja Biura Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej:

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

Administracja Biura Okręgowego Sądu Lekarskiego:

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

Covid-19 – proponujemy zapobieganie infekcji.

Wszystkie infekcje bakteryjne i wirusowe u człowieka - przebiegają w 3 Fazach:

Faza I - bakterie i wirusy osadzają (kleją) się na: wargach, kątach ust, nosie, powiekach..,

Leczenie w I fazie: należy stosować miejscowo by zabić: bakterie i wirusy.

Działa tak szwedzki lek stosowany w U-E & USA od 1976r. Tubulicid Blu – na 2 sposoby:

1. Uszkadza błonę komórkową bakterii, lub niszczy otoczkę tłuszczowo-białkową wirusów.
2. „Ścina” cytoplazmę po uszkodzeniu błony komórkowej – uszkadza jądro (DNA-RNA) u wirusów.

Po takim uszkodzeniu bakterii i wirusów, ich namnażanie się jest – niemożliwe!

Faza II – bakterie i wirusy dostają się do: ust, nosa, nozdrzy i gardła – leczenie:

Jama ustna – przemyć gazikiem zTubulicid Blu – zmniejsza ilość, zabija wszystkie bakterie~wirusy.

Nos i nozdrza – strzykawką z solą fizjologiczną - wypłukać bakterie & wirusy i rozcieńczyć wydzielinę..

Gardło – płukać co 15 min. by nie pozwolić – na ich przejście do tchawicy i oskrzeli...

Uwaga – Zapobiegać można tylko w tych dwu ww Fazach.

Tubulicid Blu, był badany w Londynie: 2020.05.15 – wykonano testy Laboratoryjne Nr:Q002438.

przeciw: „*Feline Corona-Virus*” i „*Vaccina - Virus*”

– testy były bardzo pozytywne w działaniu: 100% CPE = Cyto Pathic Effect.

Gazikiem z *Tubulicid* **dezynfekujemy: policzek, wargi, pęknięcie obok paznokcia, nos, powieki** - a

Virusy Covid-19 – zostaną zabite, nastąpi wy-leczenie (regeneracja tkanek) ...

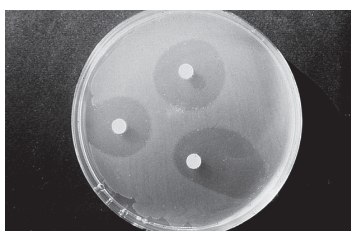
Faza III – bakterie i wirusy z gardła, przedostają się do – tchawicy, oskrzeli i płuc..,

– leczenie szpitalne np: - amantadyna (Polska) lub - iwermektyna (Francja, Niemcy, Szwecja, Austria, czy Indie, lub – hydroxylchlorochina (USA).

Hipokrates: “Nigdy nie będę przeciwny nowej medycznej metodzie leczenia – przed jej sprawdzeniem”.

Alexander Fleming: „ Nie lekceważcie nigdy zjawisk, które wydają się wam niezwykle. Zdarza się, że pozory mylą, że jest to fałszywy alarm, ale może się zdarzyć, że będzie to odkrycie jakiejś ważnej prawdy”. (twórca **Penicyliny**).

Lucyna & Jan Żuchowscy (Stomatolog & dr n med



nos i przedsionek



Opryszczka – warga górna



*Opryszczka warga dolna
wyleczona*



pęknięcie obok panokcia,

**Electrolux**

**Zakład Electrolux Poland Sp. z o.o. zlokalizowany
w Oławie przy ul. Ofiar Katynia 5, 55–200 poszukuje
zakładowego lekarza Medycyny Pracy.**

Do głównych zadań lekarza należeć będzie:

- sprawowanie profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracującymi, w szczególności przez wykonywanie badań wstępnych, okresowych i kontrolnych przewidzianych w Kodeksie pracy,
- orzecznictwo lekarskie do celów przewidzianych w Kodeksie pracy i w przepisach wydanych na jego podstawie,
- przedstawienie szkodliwych czynników zewnętrznych związanych z pracą;
- stwierdzanie zdolności, niezdolności lub przeciwwskazań do zatrudnienia;
- udział w kwartalnych spotkaniach Komisji Bezpieczeństwa i Higieny Pracy;
- współdziałanie z pracodawcą w procesach rozpoznawania i oceny czynników występujących w środowisku pracy oraz sposobów wykonywania pracy mogących mieć ujemny wpływ na zdrowie,
- współdziałanie z pracodawcą w procesach rozpoznawania i oceny ryzyka zawodowego w środowisku pracy oraz informowanie pracodawców i pracujących o możliwości wystąpienia niekorzystnych skutków zdrowotnych będących jego następstwem,
- wykonywanie szczepień ochronnych,
- udzielanie pierwszej pomocy medycznej w nagłych przypadkach, które wystąpiły w miejscu pracy,
- inicjowanie i realizowanie promocji zdrowia, a zwłaszcza profilaktycznych programów prozdrowotnych, wynikających z oceny stanu zdrowia pracujących.

Wymagane:

- własna działalność (umowa na zasadzie kontraktu);
- kwalifikacje lekarskie i doświadczenie w zawodzie;
- mile widziane doświadczenie w pracy w zakładach przemysłowych
- Electrolux zapewnia:
- elastyczny czas pracy (min. 2 razy w tygodniu);
- przyjazną atmosferę;
- wydzielony gabinet;
- atrakcyjne wynagrodzenie;

Prosimy o przesyłanie ofert na adres mailowy: adrianna.adamska@electrolux.com

**ZJAZD ABSOLWENTÓW
WYDZIAŁU LEKARSKIEGO I STOMATOLOGII
AKADEMII MEDYCZNEJ WE WROCŁAWIU
ROCZNIK 1968**

Droga Koleżanko! Drogi Kolego!

Zapraszamy na spotkanie koleżeńskie Absolwentów Wydziału Lekarskiego i Stomatologii Akademii Medycznej we Wrocławiu rocznik 1968, które planowane jest w dniach 03.06–05.06.2022 r. w Pszczynie. Zakwaterowanie w hotelu IMPERIUM w Pszczynie ul. Bielska 54. Pokoje 2–3 osobowe z łazienkami.

Program zjazdu:

• **Piątek 03.06.2022 r.** Zakwaterowanie w godzinach popołudniowych, wieczorem na terenie przylegającym do hotelu - spotkanie przy grillu lub kolacji.

• **Sobota 04.06.2022r.** Śniadanie w hotelu. Msza św. w Kościele Wszystkich Świętych w Pszczynie, zwiedzanie Pałacu Pszczyńskiego, którego właścicielem był właściciel zamku w Książu (muzeum wnętrz zabytkowych), zwiedzanie zabytkowego Kościoła Ewangelickiego połączone z wykładem tematycznym w sali tego kościoła, zwiedzanie rynku (zdjęcie pamiątkowe na ławce z księżną Daisy von Pless), czas wolny na zwiedzanie indywidualne parku pszczyńskiego wg własnego uznania (plan Pszczyny będzie dołączony do zaproszenia), przejazd busikami do Goczałkowic - zwiedzanie nowoczesnego centrum ogrodniczego KAPIAS. Na terenie centrum możliwość zjedzenia obiadu ew. lodów, kawy, ciasta itp. w restauracji, barze lub w ogrodzie -, we własnym zakresie, powrót do hotelu. Wieczorem bankiet w restauracji WAROWNIA RYCERZY PSZCZYŃSKICH (obok hotelu).

• **Niedziela 05.06.2022 r.** Śniadanie w hotelu, wykwaterowanie, powrót do domu.

Opłata za uczestnictwo Absolwenta (również osoby towarzyszące) wynosi 550 zł od osoby. Wpłaty prosimy dokonywać na konto 58–1020–2528–0000–0102–0567–6376 z dopiskiem na przelewie: Zjazd r.1968 oraz nazwiska obecnego oraz panińskiego, jak również adresu, celem przesłania zaproszenia. Nieprzekraczalny termin wpłaty 31.01.2022 r. z uwagi na konieczność potwierdzenia dokonanych rezerwacji hotelu i restauracji.

Komitet organizacyjny:

- Anna Steinert /Kozieł/ tel. 696 617 024 e-mail [asteinert\(5\)interia.pl](mailto:asteinert(5)interia.pl),
- Ewa Miłaszewicz tel.502 050 273
- Bogusław Kudyba tel.606 736 620
- Krzysztof Wronecki

Do dyspozycji gości pokoje 2 i 3-osobowe, proszę o e-mailowe zgłoszenie nazwisk koleżanek i kolegów, z którymi chcą być Państwo zakwaterowani. Na zapleczu hotelu parkingi.

Jeżeli z powodu pandemii zjazd koleżeński nie będzie się mógł odbyć - pieniądze wpłacone na konto będą zwrócone.

NZOZ VERITAS w Dobrej k/Krapkowic zatrudni do pracy w Przychodni Rodzinnej w miejscowości Dobra lekarza POZ (lekarz rodzinny, pediatra, internista lub lekarz w trakcie specjalizacji). Forma pracy do uzgodnienia: pełny etat, część etatu, praca na godziny i in. Warunki płacowe do uzgodnienia. Zainteresowanych prosimy o kontakt: tel. 506-174-745, 506-174-735 oraz e-mail: agwik@esculap.pl.

Prezes Zarządu Szpitala Wojewódzkiego w Opolu Sp. z o.o. zatrudni lekarza specjalistę ortopedii i traumatologii narządu ruchu do pracy w Szpitalnym Oddziale ratunkowym (w pionie urazowo-ortopedycznym) w tym do pełnienia dyżurów medycznych. Oferujemy atrakcyjne warunki zatrudnienia. Prosimy o kontakt: tel. 77/44-33-100; e-mail sekretariat@szpital.opole.pl; adres: Szpital @Wojewódzki Sp. z o.o. Opole ul. Końskiego 53.

BAZA NOCLEGOWA | PRO MEDICO WARSZAWA UL. SOBIESKIEGO 102A



- SZUKASZ MIEJSCA, W KTÓRYM POCZUJESZ SIĘ JAK W DOMU, PODCZAS KURSÓW LUB KONFERENCJI?
- CHCESZ SPĘDZIĆ WAKACJE Z RODZINĄ W STOLICY?
- WRACASZ LUB WYBIERASZ SIĘ W PODRÓŻ I SZUKASZ NOCLEGU W WARSZAWIE, ABY KOLEJNEGO DNIA WYRUSZYĆ W DALSZĄ DROGĘ?



PREFERENCYJNE CENY
DLA LEKARZY
I LEKARZY DENTYSTÓW!

**REZERWACJA
TYLKO ONLINE!**

SZCZEGÓŁY:
WWW.IZBA-LEKARSKA.ORG.PL

 **BAZA NOCLEGOWA**

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