



OPOLSKA
IZBA
LEKARSKA

Rok Założenia 1990

BIULETYN INFORMACYJNY

Maj 2015

ISSN 1426-661X

Nr 224

OPOLSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

www.izbalekarska.opole.pl



DWIE MADONNY

A święty Józef omija wzrokiem Jezusa, próbuje zrozumieć niepojęte, odkryć sens zła. Wygląda jak starożytny poeta czy filozof.

Jeden kościół i dwie matki bolesne, całkiem różne. W prezbiterium, na lewo od ołtarza głównego, wisi owalny obraz w pozłacanej ramie przedstawiający Madonnę zagniewaną, roztrzęsioną, która podtrzymuje martwego syna. Przypomina on Chrystusa z Ukrzyżowania Matthiasa Grünewalda. Jego ciało [jest] sine i jakby pokryte polewą, nakrapiane krwawymi punktami jak łupina kasztana – tak opisywał fizyczne zniszczenie Boga-człowieka francuski pisarz Joris-Karl Huysmans.

Trudno sobie wyobrazić, aby mógł zmartwychwstać. Maryja zacisnęła więc zęby, tak mocno, że aż nabrzmiały jej żyły na skroniach, siedzi z wysoko uniesioną głową i stara się odczytać nieodgadnione. Widać, że nie pogodziła się z tą śmiercią, chce oskarżać, żąda sprawiedliwości.

W udrapowanej pod szyją niebieskiej sukni wygląda współcześnie, mogłaby być kobietą, której dziecko zaraziło się grypą i zmarło z powodu powikłań. Nie rozumie, jak to możliwe, bo zaczęło się tak niewinnie, od niewysokiej gorączki, kaszlu i senności. Pyta zatem: dlaczego?

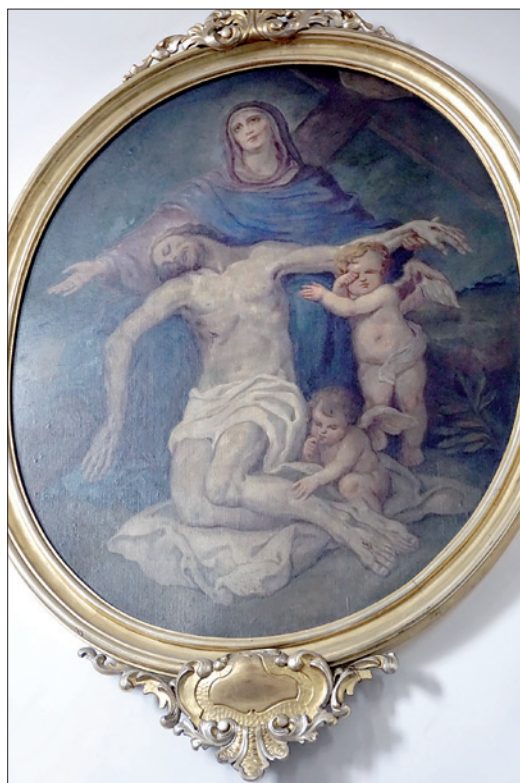
Madonna powtarza natomiast: *Przecież mój Jezus wychwalał tylko miłość!* – i z niedowierzaniem rozkłada ręce.

Nie wygląda na złęknioną czy bierną. Nie odsunęła się od świata, nie zamknęła w sobie. Chciałaby cofnąć czas, ocalić syna, przywrócić mu życie, to zwyczajne, ludzkie i ziemskie.

Przyzwyczajono nas do wizerunków matki milczącej i pięknej. Świat będzie zbawiony przez piękno – przekonywał Fiodor Dostojewski. Właśnie taką można ją oglądać w ołtarzu bocznym kościoła „Na Górcie”, ukazaną w otoczeniu dwóch Marii, Józefa i aniołów albo uczennic Chrystusa. Mater dolorosa pochyliła się nad zmarłym, zbladła, spuściła oczy, pokazuje światu „twarz bez spojrzenia” (jak nazwał takie oblicze Jean-Luc Nancy). Ona świadczy ciszą, wybrała smutek pozbawiony słów, nie chce wyjaśnień i rozpamiętywania. Woli utajone cierpienie, niemy żal. W czerwonej sukni, okryta zielonym płaszczem, z włosami pod białą chustą wyróżnia się wśród żałobników. Artysta celowo wybrał dla niej intensywne kolory, przez kontrast chciał podkreślić pewnie smukłą sylwetkę mężczyzny, zwrócić

uwagę na jego wystające żebra, poplątane nogi i ręce bezwładnie opadające na ziemię.

Stojąc blisko ołtarza, można zobaczyć inne niewiasty, które współodczuwają, modlą się, podsypiają albo myją nogi Zbawiciela. Znalazł się tam również Józef. Chociaż artysta ukrył świętego w cieniu, prawie wtopił go w tło, malując szaty w kilku odcieniach brązu, szarości i bordo, to kiedy się go odnajdzie na obrazie, od razu przyciąga uwagę. Bo zmierzwił siwą brodę, wyskubał włosy nad czołem i obraca w palcach koronę cierniową, symbol męczeństwa. Niby patrzy w stronę zmarłego, ale omija go wzrokiem, zdaje się, że szuka jakiejś dali, próbuje zrozumieć



niepojęte, odkryć sens zła. Wygląda jak starożytny poeta czy filozof. Zastanawia się, czy Chrystus kiedyś powstanie z martwych. Dopiero co znalazł się w lepszym, wyższym świecie, czy zechce jeszcze powrócić na ziemię?

Nie mogę się już doczekać, kiedy zamkną ulicę Świętego Wojciecha. Kierując się z rynku do kościoła „Na Górcie”, trzeba się dziś przeciskać wąskim chodnikiem, ocierać o wystające parapety, potykać o rusztowania, omijać wyłomy i kanciaste uskoki. Wystarczy postawić stopę na jezdni, a kierowcy natychmiast trąbią, wymachują rękami i przepędzają pieszych. A tylko ze środka drogi można zobaczyć schody wznoszące się na skarpę, jasną ścianę świątyni zwieńczoną trójkątnym dachem, rzędy wąskich okienek i wiecznie zamknięte drzwi w geometryczne wzory. Gdyby wejść przez te wrota, po prawej stronie spotkamy Madonnę milczącą, a kilkadziesiąt kroków dalej spojrzysz na nas z góry matka oskarżająca.

Agnieszka KANIA

Tekst ukazał się w Gazecie Wyborczej



Po raz kolejny łapię się na tym, że znowu upłynął miesiąc i nagle wokół nas nagle zazieleniło się, drzewa pokryły się kwiatami i w ogóle jest tak bardziej kolorowo. I choć staram się stosować do zasady „gdy cię czas dogania przodem puszczaj drania”, to z coraz większym zdziwieniem stwierdzam, że jakoś tak coraz szybciej on mnie mija. No cóż, trudno. Do tych refleksji skłonił mnie głównie fakt, że jeszcze nie tak dawno pisałem teksty do kwietniowego numeru Biuletynu, a tu przede mną już następny numer.

Zapraszam więc do lektury majowego Biuletynu. Znajdziecie w nim sprawozdanie z Okręgowego Zjazdu Lekarzy naszej Izby oraz kolejne relacje z obrad Rady Okręgowej i Komisji Stomatologicznej. Niezawodny prof. Kubicki nadesłał kolejny materiał historyczny, a – równie niezawodna – dr Agnieszka Kania następne materiał o sztuce, będący jeszcze pewną refleksją po minionych niedawno Świętach.

W części „zagranicznej” staram się zamieszczać materiały, które powinny zaciekać możliwie szerokie grono Czytelników – tak jest też tym razem. Myślę, że każdy znajdzie coś dla siebie.

Zapraszam więc do lektury i... do następnego numeru.

Jerzy B. LACH

SZPALTA PREZESA



Koleżanki i Koledzy,

Na wstępie wyjaśnienie dotyczące certyfikatów, związanych z ubezpieczeniem OC. Certyfikaty są już do odbioru w Izbie.

Dla każdego lekarza są dwa dokumenty – jeden związany ze składką samego ubezpieczenia, drugi – z ochroną prawną. Na odwrocie tego drugiego znajdują się numer telefonu, faxu i adres mailowy kancelarii, która zapewnić będzie tę ochronę. Oby zdarzeń wymagających kontaktu z tą kancelarią było jak najmniej.

Jak dowiecie się z relacji ze Zjazdu, Zjazd przyjął stanowisko w sprawie pakietu onkologicznego. Jego funkcjonowanie przez 3 miesiące wykazało, jak bardzo niedopracowane są zasady wypełniania tzw. kart DILO. Skomplikowanie tych zasad prowadzi do

tego, że bardzo trudno jest uzyskać z Funduszu zapłatę za rzetelnie wykonaną pracę.

W ostatnich dniach marca odbyła się konferencja prasowa, organizowana przez Polską Agencję Prasową, w której wzięło udział kilku profesorów, szefów towarzystw onkologicznych i konsultantów krajowych z dziedzin, związanych z onkologią. Wyartykułowali oni w sposób bardzo wyraźny wszystkie nielogiczności i nieprawidłowości pakietu. Ale czy ktoś z Was o tej konferencji słyszał? Prawie 50-minutowa relacja dostępna jest na You Tube – wystarczy wpisać *konferencja towarzystwa onkologicznego*. Oczywiście odpowiedzi Ministra Zdrowia na zarzuty nie ma – jest jedynie enigmatyczne stwierdzenie, że działanie pakietu jest monitorowane i odpowiednie decyzje będą podjęte. Tylko kiedy ???!!!

Jerzy JAKUBISZYN

XXXIV OKRĘGOWY ZJAZD LEKARZY OPOLSZCZYZNY

Jak wspomniałem w poprzednich numerach naszego Biuletynu w dn. 28 marca br. w Opolu odbył się kolejny Okręgowy Zjazd Lekarzy. Jego głównym zadaniem było udzielenie absolutorium Okręgowej Radzie Lekarskiej za okres pomiędzy zjazdami oraz zatwierdzenie preliminarza budżetowego naszej Izby na bieżący rok.

Jak co roku organizatorzy Zjazdu nieco nerwowo wy-czekiwali na zjawienie się delegatów, by liczba uczestników zjazdu osiągnęła niezbędne dla podejmowania prawomocnych decyzji quorum. Po blisko pół godzinnym poślizgu na salę wkroczyli ostatni delegaci wypełniający ten warunek i obrady można było rozpocząć.

Na wstępie obecnych na sali powitał Prezes Jakubiszyn i – w związku z tym, że na Zjazd nie przybyli żadni goście – zaproponował od razu przejście do właściwych obrad. Zgodnie z projektem porządku Zjazdu przedstawił delegatom w imieniu Rady kandydaturę kol. Jerzego Lacha na Przewodniczącego Zjazdu. Ponieważ nie było innych propozycji z sali, delegaci przegłosowali tę propozycję i nowo wybrany Przewodniczący przejął prowadzenie obrad. W imieniu Rady Okręgowej zaproponował do Prezydium Zjazdu na funkcje Sekretarzy kol. kol. Annę Adamską i Andrzeja Westera. Także i tutaj nie było innych propozycji i Zjazd przyjął (przy 2 głosach wstrzymujących się) zgłoszone kandydatury. Jednocześnie obrady zjazdowe protokołować miała kol. Marta Rodziewicz-Kabarowska.

Po wyborze Prezydium, kol. Lach przystąpił do zatwierdzenia przez delegatów regulaminu oraz porządku obrad Zjazdu. Wobec braku uwag do przedstawionych w materiałach zjazdowych propozycji obu tych dokumentów, zostały one przegłosowane i jednogłośnie przyjęte.

W kolejnej części obrad przystąpiono do wyboru członków dwóch komisji zjazdowych – Mandatowej oraz Uchwał i Wniosków. Do pierwszej z nich Przewodniczący zaproponował kol. kol. Małgorzatę Łuszczynską-Ostrowską, Iwonę Gajdę i Grzegorza Palacza, a do drugiej: kol. kol. Justynę Grzybowską-Substelną, Marka Dryję i Wojciecha Derkowskiego. Delegaci przyjęli wszystkie zgłoszone propozycje bez sprzeciwu.

Następnie rozpoczęto część sprawozdawczą. Jak już wspomniałem, delegaci otrzymali wcześniej w materiałach zjazdowych sprawozdania roczne wszystkich organów naszej Izby (natomiast Czytelnicy mieli okazję zapoznać się z nimi w naszym Biuletynie). Tak więc Prze-

wodniczący zaproponował, aby – jeśli jest taka potrzeba – osoby sprawozdające ograniczyły się jedynie do ewentualnych komentarzy przedstawionych sprawozdań.

I tak, jako pierwszy głos zabrał Prezes Jakubiszyn, który uzupełnił sprawozdanie Rady o trzy sprawy. Po pierwsze – komentując wprowadzenie Pakietu Onkologicznego – stwierdził, że w Ministerstwie Zdrowia odbyło się spotkanie przedstawicieli towarzystw onkologicznych z ministrem Arłukowiczem, na którym autor pakietu w sposób mało kurtuazyjny potraktował swoich gości, praktycznie nie dopuszczając do merytorycznej dyskusji na ten temat. Tymczasem – jak pokazuje rzeczywistość – w trakcie realizacji pomysłów pana ministra zaczynają pojawiać się kolejne pułapki i niedociągnięcia. W związku z tym Naczelna Rada Lekarska na początku kwietnia organizować będzie konferencję prasową, podsumowującą pierwsze 100 dni obowiązywania pakietu.

Drugą sprawą, którą zajął się kol. Jakubiszyn była podwyżka składki członkowskiej. Wynikała ona z narastającej liczby zadań spadających, zarówno na Naczelną, jak i okręgowe izby lekarskie. Ponieważ uczestnicy Zjazdu Krajowego mieli zastrzeżenia do jakości i siły reagowania Naczelnej Rady Lekarskiej na ataki na środowisko lekarskie, zobowiązano NRL do aktywniejszego działania w obronie lekarzy. To zaś wymaga większego profesjonalizmu (czytaj także i wydatków na ten cel). Ponadto w poszczególnych izbach narasta problem zwiększonych wydatków na wszelkiego rodzaju zapomogi dla naszych Koleżanek i Kolegów. Mając w pamięci fakt, iż większa pula pieniędzy składkowych pozostaje w izbach okręgowych (odpis na rzecz NIL wynosi nadal 15%, ale nie od składek należnych tylko od rzeczywiście zapłaconych przez członków), zwiększenie składek powinno także poprawić możliwości poszczególnych izb w tej części ich wydatków.

I wreszcie w ostatniej części swego wystąpienia Prezes podziękował kol. kol. Wiesławowi Latale, Stanisławowi Kowarzykowi i Jerzemu Lachowi za trud zorganizowania obchodów 25-lecia naszej izby.

Następnym zabierającym głos był kol. Stanisław Kowarzyk, który – w uzupełnieniu sprawozdania Rady Okręgowej – poinformował zebranych o planowanym remoncie siedziby naszej Izby. Wskutek upływu czasu, co wykazały ekspertyzy fachowców – należy dokonać wymiany praktycznie wszystkich instalacji w budynku przy ul. Grunwaldzkiej. Ponadto, aby zwiększyć po-

wierzchnię użytkową, zaplanowano stworzenie szeregu nowych pomieszczeń – w tym również szkoleniowych, wykorzystując możliwości pogłębienia podłoża pod budynkiem oraz konieczność wybudowania od nowa tarasu od strony ogrodu. Dla osób niepełnosprawnych powstanie winda zewnętrzna pozwalająca im dostać się na wszystkie kondygnacje Izby. Ponadto stworzony zostanie wjazd do ogrodu, w którym powstanie kilka miejsc parkingowych. Aktualnie zakończone zostały prace projektowe i czekamy na pozwolenie budowlane, a sam remont rozpocznie się jeszcze w tym roku. Koszt całej inwestycji został ostatecznie obliczony na kwotę ok. 2,5 mln zł, choć pierwotnie opiewał na sumę wyższą o milion (to właśnie głównie dzięki staraniom kol. Kowarzyka udało się tak znacznie obniżyć koszty tej inwestycji). Tym nie mniej nasza Izba będzie musiała zaciągnąć kredyt na jej realizację.

Kolejnym dyskutantem był kol. Zbigniew Kuzyszyn, który do sprawozdania Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej dodał swój komentarz. Stwierdził, że stale wzrasta ilość skarg wpływająca do Rzecznika. Jednocześnie niepokojącym faktem jest to, że pośród skarg pojawiają się coraz częściej sprawy będące pokłosiem „przyjaznych” komentarzy naszych Kolegów o innych lekarzach. Przedstawił również problem narastających obciążeń Zespołu Rzecznika Okręgowego związany z licznymi szkoleniami jego członków, a wynikający z nowelizacji szeregu aktów prawnych.

Po wystąpieniu kol. Kuzyszyna, kol. Lach oddał głos Przewodniczącej Komisji Mandatowej kol. Łuszczynskiej-Ostrowskiej, która przedstawiła protokół swej komisji. I tak na ogólną liczbę 132 delegatów na obradach zjawili się 69 osób, co stanowi 52,3% ogółu delegatów i Zjazd jest prawomocny podejmować wszelkie decyzje.

Następnie głos zabrał kol. Wiesław Latała, który uzupełnił sprawozdanie Komisji Stomatologicznej o szczegóły dotyczące wszystkich wspólnych spotkań szkoleniowych Opolskiego Oddziału PTS i Komisji, gości tych szkoleń oraz tematyki ich wykładów. Mówił również o 10 latach wspólnej pracy Oddziału PTS i Komisji Stomatologicznej.

Kolejnym dyskutantem była kol. Marta Rodziewicz-Kabarowska, która poinformowała zebranych o wszczęciu przez Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej postępowania przeciwko min. Arłukowiczowi podjętym wskutek pozwów zgłoszonych przez kilku lekarzy z całej Polski (w tym także i z Opolszczyzny!).

Prezes Jakubiszyn wrócił jeszcze do sprawy ubezpieczenia OC uprzedzając, że każdy ubezpieczający się poprzez Izbę otrzyma dwa certyfikaty – jeden z PZU na sumę ubezpieczenia i drugi z międzynarodowej firmy InterRisk z Wiednia dotyczący ochrony prawnej.

Wobec braku dalszych głosów – zarówno spośród sprawozdających, jak i delegatów – kol. Lach oddał głos Przewodniczącemu Okręgowej Komisji Rewizyjnej. Ko-

misja dokonała analizy działalności finansowej w okresie sprawozdawczym Okręgowej Rady Lekarskiej i nie dopatrzyła się żadnych uchybień. Wobec powyższego Komisja zarekomendowała Zjazdowi udzielenie absolutorium Radzie Okręgowej za okres pomiędzy zjazdami.

Przewodniczący Zjazdu przedstawił delegatom projekt stosownej uchwały, do której nie zostały wniesione żadne uwagi. Wobec powyższego została ona poddana pod głosowanie i w jego wyniku jednogłośnie przyjęta.

Uchwała Nr 1

XXXIV Okręgowego Zjazdu Lekarzy w Opolu z dnia 28 marca 2015 r. w sprawie zatwierdzenia sprawozdania Okręgowej Rady Lekarskiej w Opolu i udzielenia jej absolutorium

Na podstawie art. 24 pkt. 3 i 4 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. Nr 219, poz. 1708, z późn. zm.) oraz w związku z art. 52 i 53 ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości (Dz. U. z 2013 r., poz. 330, z późn. zm.) uchwała się co następuje:

§ 1

Na wniosek Okręgowej Komisji Rewizyjnej zatwierdza się roczne sprawozdanie finansowe Opolskiej Izby Lekarskiej za rok 2014, które zamyka się sumą bilansową po stronie aktywów i pasywów w kwocie 2.456.962,04 zł.

§ 2

Zysk netto w kwocie 75.452,28 zł przeznacza się na podwyższenie funduszu zasadniczego.

§ 3

Po zapoznaniu się z całokształtem działalności Okręgowej Rady Lekarskiej w Opolu oraz po dokonaniu oceny wykonania budżetu Izby, działając na wniosek Okręgowej Komisji Rewizyjnej, XXXIV Okręgowy Zjazd Lekarzy w Opolu udziela Okręgowej Radzie Lekarskiej absolutorium za okres między XXXIII a XXXIV Zjazdem Lekarzy.

§ 4

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

*Sekretarz XXXIV Okręgowego Zjazdu Lekarzy
Andrzej WESTER*

*Przewodniczący XXXIV Okręgowego Zjazdu Lekarzy
Jerzy B. LACH*

Następnym punktem obrad był dyskusja nad projektem preliminarza budżetowego Izby na rok 2015. W tej części jako pierwszy głos zabrał ponownie Prezes Jakubiszyn, który przedstawił delegatom autopoprawki do preliminarza. Obejmowały one następujące elementy:

- w części dotyczącej składek członkowskich omyłkowo została wpisana kwota o 100 tys. zł mniejsza;
- w części dotyczącej łącznej kwoty przeznaczonej na wynagrodzenia wpisano kwotę o 900 zł większą;
- w części dotyczącej wydatków nie uwzględniono kosztów jubileuszu naszej Izby (23.810 zł);
- nie uwzględniono również kwoty 10 tys. zł będącej 1/3 kwoty, jaką musi nasza Izba w ciągu 3 lat dołożyć do kosztów utworzenia Centralnego Rejestru Lekarzy, będącego w całości własnością Samorządu Lekarskiego.

Z kolei Skarbnik Izby kol. Zbigniew Kowalik powrócił do sprawy nowej składki podkreślając, że w znacznej części pozostaje ona w naszej Izbie. Ma to związek ze zmianą ilości odprowadzanych do Warszawy składek. Kwoty te zostaną przeznaczone na zwiększenie puli finansowej w części obejmującej Fundusz Samopomocy, kształcenie, nagrody za specjalizacje i doktoraty oraz dofinansowania imprez sportowych, kulturalnych i naukowych. Ponadto należy również brać pod uwagę zabezpieczenie kwot na spłatę rat kredytu, który trzeba będzie zaciągnąć na remont siedziby Izby.

Wobec braku innych uwag oraz propozycji zmian w preliminarzu kol. Lach poddał pod głosowanie cały dokument, który został przyjęty jednogłośnie.

Uchwała Nr 2

XXXIV Okręgowego Zjazdu Lekarzy w Opolu z dnia 28 marca 2015 r. w sprawie uchwalenia budżetu Opolskiej Izby Lekarskiej na 2015 rok

Na podstawie art. 24 pkt 2 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. Nr 219, poz. 1708, z późn. zm.) uchwała się co następuje:

§ 1

Po zapoznaniu się z preliminarzem budżetowym na rok 2015, przedstawionym przez Okręgową Radę Lekarską, XXXIV Okręgowy Zjazd Lekarzy w Opolu uchwała budżet Opolskiej Izby Lekarskiej na rok 2015 zgodnie z przedstawionym preliminarzem.

§ 2

Preliminarz budżetowy, o którym mowa w § 1 niniejszej uchwały, stanowi jej załącznik.

§ 3

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia, z mocą obowiązującą od 1 stycznia 2015 r.

Sekretarz XXXIV Okręgowego Zjazdu Lekarzy

Andrzej WESTER

Przewodniczący XXXIV Okręgowego Zjazdu Lekarzy

Jerzy B. LACH

PRELIMINARZ BUDŻETOWY OPOLSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ NA 2015 R.

		PLAN 2014	WYKONANIE 2014	PLAN 2015
I. PRZYCHODY				
A.	Przychód z działalności statutowej	1.337.100,00	1.315.926,96	1.624.000,00
1.	Składki członkowskie	1.230.000,00	1.218.890,00	1.540.000,00
2.	Refundacja wydatków za zadania przejęte z budżetu	38.000,00	36.940,00	37.000,00
3.	Opłaty za rejestrację gabinetów lekarskich	17.000,00	12.861,00	13.000,00
4.	Refundacja wydatków stażu podyplomowego – Urząd Marszałkowski	16.100,00	16.924,00	13.000,00
5.	Komisja Bioetyczna – wydanie opinii	10.000,00	3.532,51	3.000,00
6.	Przychody finansowe	26.000,00	17.857,04	15.000,00
7.	Pozostałe przychody	–	8.922,41	3.000,00
B	Pozostałe przychody	55.000,00	57.745,27	57.000,00
1.	Z wynajmu pomieszczeń	3.000,00	2.161,33	2.000,00
2.	Z reklam w Biuletynie OIL	10.000,00	10.031,79	10.000,00
3.	Prowizja OC	42.000,00	45.552,15	45.000,00
4.	Pozostałe przychody operacyjne	–	–	–
	OGÓŁEM PRZYCHODY	1.392.100,00	1.373.672,23	1.681.000,00
II. WYDATKI				
A	Koszty rodzajowe	1.027.100,00	980.769,36	1.116.810,00
1.	Zużycie materiałów, energii i wody	92.000,00	67.158,70	68.800,00
	Energia, gaz, woda	68.000,00	50.636,53	52.000,00
	Artykuły biurowe	7.000,00	5.514,02	6.000,00

		PLAN 2014	WYKONANIE 2014	PLAN 2015
	Środki czystości	3.000,00	4.930,42	5.000,00
	Prenumerata czasopism	3.000,00	1.785,18	1.800,00
	Inne materiały	11.000,00	4.292,55	4.000,00
2.	Usługi obce	191.700,00	177.630,08	215.810,00
	Remonty i konserwacja	10.000,00	3.137,59	3.000,00
	Koszty kolportażu	20.000,00	18.485,02	18.000,00
	Koszty Biuletynu Informacyjnego OIL	50.000,00	40.732,15	45.000,00
	Usługi pocztowe	21.000,00	22.570,13	23.000,00
	Usługi prawne	44.900,00	44.748,00	45.000,00
	Inne usługi	45.800,00	47.957,19	48.000,00
	Jubileusz 25-lecia OIL	–	–	23.810,00
	Tworzenie nowego Rejestru	–	–	10.000,00
3.	Podatki i opłaty	3.200,00	2.802,80	2.800,00
4.	Wynagrodzenia	448.000,00	464.026,62	536.000,00
	Osobowe wynagrodzenia	315.000,00	314.702,62	367.000,00
	Wynagrodzenia (umowa zlecenie, o dzieło)	82.000,00	102.870,00	98.000,00
	Nagrody za specjalizację	50.000,00	46.054,00	70.000,00
	Komisja Bioetyczna (umowa o dzieło)	1.000,00	400,00	1.000,00
5.	Świadczenia na rzecz pracowników	105.200,00	110.387,79	128.200,00
	Składka ubezpieczeniowa, fundusz pracy, FGŚP	69.400,00	74.808,71	86.000,00
	Zakładowy Fundusz Nagród	25.200,00	25.243,00	30.000,00
	Zakładowy Fundusz Świadczeń Socjalnych	8.200,00	8.204,48	8.200,00
	BHP	2.400,00	3.131,60	4.000,00
6.	Amortyzacja środków trwałych	5.000,00	5.019,87	5.000,00
7.	Pozostałe koszty	182.000,00	153.743,50	160.200,00
	Posiedzenia Prezydium i Rady OIL	30.000,00	33.205,40	34.000,00
	Posiedzenia komisji problemowych OIL	27.000,00	14.274,07	15.000,00
	Zjazd	7.000,00	4.428,18	4.500,00
	Ubezpieczenia majątkowe	3.000,00	2.665,00	2.700,00
	Dofinansowanie do imprez sportowych, kulturalnych i turystycznych	6.000,00	15.755,05	20.000,00
	Komisja Bioetyczna (ryczałt)	5.000,00	4.600,00	5.000,00
	Inne koszty	80.000,00	55.110,12	55.000,00
	Koszty podróży	24.000,00	23.705,68	24.000,00
B	Składki do NIL	180.000,00	154.654,05	231.000,00
C	Dofinansowanie – kształcenie podyplomowe	50.000,00	46.479,66	100.000,00
D	Fundusz Samopomocy	130.000,00	110.000,00	130.000,00
E	Pozostałe koszty operacyjne	–	2,97	–
F	Straty operacyjne	–	9,91	–
G	Rzecznik Praw Lekarza	5.000,00	-	5.000,00
	OGÓŁEM WYDATKI	1.392.100,00	1.291.915,95	1.582.810,00
	DOCHÓD	–	81.756,28	98.190,00
	Podatek dochodowy osób prawnych	–	7.254,00	–

W części dotyczącej dokumentów zjazdowych kol. Justyna Grzybowska-Substelna przedstawiła projekt stanowiska, jaki wpłynął do Komisji Uchwał i Wniosków w trakcie trwania Zjazdu. Delegaci nie wnieśli żadnych uwag i poprawek do projektu, więc został on poddany pod głosowanie i jednogłośnie przyjęty.

Stanowisko Nr 1

XXXIV Okręgowego Zjazdu Lekarzy w Opolu z dnia 28 marca 2015 r. w sprawie tzw. pakietu onkologicznego

XXXIV Okręgowy Zjazd Lekarzy w Opolu domaga się natychmiastowego wprowadzenia zmian w tzw. pakiecie onkologicznym. Od momentu ogłoszenia przez Ministra Zdrowia planów, odnoszących się do tego pakietu (marzec ubiegłego roku), samorząd lekarski zwracał uwagę na skutki, jakie będzie miało wprowadzenie w życie tych rozwiązań. Takie też było stanowisko ubiegłorocznego OZL z dnia 29 marca.

Niestety pakiet zaczął obowiązywać 1 stycznia i wszystkie zapowiadane przez samorząd lekarski, ale także przez inne środowiska lekarskie, problemy stały się udziałem pacjentów oraz lekarzy.

Pakiet nie tylko doprowadził do zróżnicowania dostępności do świadczeń diagnostycznych dla pacjentów onkologicznych i nieonkologicznych, ale także wprowadził różnicowanie w traktowaniu pacjentów z rozpoznanymi nowotworami złośliwymi. Pakiet sprawił także, że różne są uprawnienia poszczególnych grup lekarzy w prowadzeniu pacjentów z podejrzeniem choroby nowotworowej. Są to wady natury konstytucyjnej i stały się podstawą przygotowania przez Naczelną Radę Lekarską wniosku do Trybunału Konstytucyjnego.

XXXIV Okręgowy Zjazd Lekarzy w Opolu zwraca uwagę, że pakiet onkologiczny wprowadził tyle dodatkowych i całkowicie niepotrzebnych obciążeń biurokratycznych, że stał się dla ośrodków, prowadzących diagnostykę i leczenie pacjentów onkologicznych, prawdziwą pułapką a dla Oddziałów Wojewódzkich NFZ skutecznym argumentem do niepłacenia za wykonane świadczenia.

*Sekretarz XXXIV Okręgowego Zjazdu Lekarzy
Andrzej WESTER*

*Przewodniczący XXXIV Okręgowego Zjazdu Lekarzy
Jerzy B. LACH*

Następnie kol. Wileński zgłosił wniosek o przegłosowanie stanowiska dotyczącego utworzenia bazy Lotniczego Pogotowia Ratunkowego na terenie Opolszczyzny.

Jego głos poparł kol. Marek Dryja (Konsultant Wojewódzki ds. Medycyny Ratunkowej), który przedstawił problem przedłużających się czasów oczekiwań na pomoc lotniczą wynikający z braku takiej bazy na naszym terenie. Zastanawiającym jest wg niego fakt, że w planach zupełnie nie uwzględniono takiej bazy na Opolszczyźnie argumentując to m. in. liczbą mieszkańców nasze-



go województwa, podczas gdy w mniejszych województwach takie bazy powstają.

Prezes Jakubiszyn przedstawił projekt takiego stanowiska, które delegaci przyjęli jednogłośnie bez poprawek.

Stanowisko Nr 2

XXXIV Okręgowego Zjazdu Lekarzy w Opolu z dnia 28 marca 2015 r. w sprawie utworzenia bazy Lotniczego Pogotowia Ratunkowego

XXXIV Okręgowy Zjazd Lekarzy w Opolu w pełni popiera działania Sejmiku Województwa Opolskiego, mające na celu doprowadzenie do utworzenia na terenie naszego województwa bazy Lotniczego Pogotowia Ratunkowego.

*Sekretarz XXXIV Okręgowego Zjazdu Lekarzy
Andrzej WESTER*

*Przewodniczący XXXIV Okręgowego Zjazdu Lekarzy
Jerzy B. LACH*

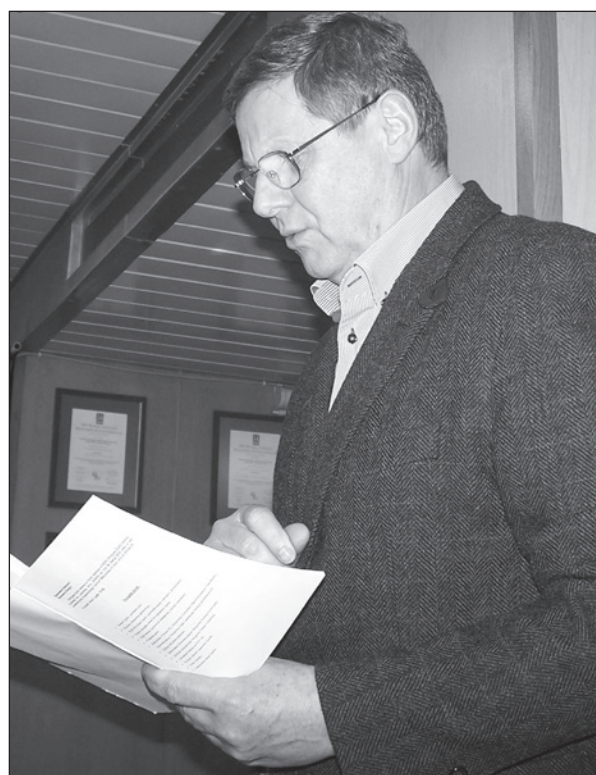
W ostatniej części obrad jako pierwszy głos zabrał kol. Krzysztof Wiśniewski, który zwrócił uwagę na ostatnią uchwałę Sądu Najwyższego w sprawie wynagrodzeń za dyżury lekarskie, niosą ze sobą szereg zagrożeń zarówno dla lekarzy, jak i dla ciągłości opieki nad pacjentem.

Kol. Aleksander Wojtyłko z kolei stwierdził, że w Polsce uchwała Sądu Najwyższego nie jest obowiązująca dla wszystkich sędziów. Ponadto lekarze mogą wypowiedzieć umowę opt-out i podpisywać umowy kontraktowe na dyżury.

Kol. Jakubiszyn poinformował zebranych, że w Parlamencie Europejskim trwają dyskusje nad zmianą przepisów unijnych tak, by dyrektywy dotyczące czasu pracy lekarza obejmowały także umowy kontraktowe.

Na tym dyskusja zjazdowa się zakończyła, wobec czego Przewodniczący Zjazdu zamknął jej obrady.

Jerzy B. LACH





MARCOWE POSIEDZENIE OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ W OPOLU

W dniu 25 marca br. odbyło się kolejne posiedzenie Rady Okręgowej naszej Izby. Jak zawsze porządek obrad obejmował następujące sprawy:

1. Przyznanie praw wykonywania zawodu.
2. Rejestracja podmiotów prowadzących szkolenie podyplomowe lekarzy.
3. Zmiany w rejestrze indywidualnych praktyk lekarskich.
4. Przyznanie świadczeń z Funduszu Samopomocy i dofinansowanie udziału w imprezach sportowych.
5. Wyznaczenie przedstawicieli OIL do komisji konkursowych.
6. Podjęcie uchwał w sprawie zmiany wysokości składki członkowskiej.
7. Sprawozdanie z posiedzenia Konwentu Prezesów ORL.
8. Sprawozdanie członków Rady z działalności pomiędzy posiedzeniami.
9. Sprawy różne i wolne wnioski.

Ad 1.

O wpis na listę członków OIL zwrócili się:

- lek. Dagmara Graczyk – przeniesienie z Wielkopolskiej Izby Lekarskiej;
- lek. Piotr Rydel – przeniesienie ze Śląskiej Izby Lekarskiej;
- lek. Agnieszka Ochab – przeniesienie ze Śląskiej Izby Lekarskiej;

Ponadto o wpis na listę członków naszej Izby poprosiła lek. Aleksandra Czachor.

O ograniczone prawo wykonywania zawodu poprosił lek. Jewgenij Wieremienko, z Ukrainy, który posiada pozwolenie na pobyt w Polsce do 31 sierpnia 2015 r.; jednocześnie uzyskał zgodę Ministra Zdrowia na rozpoczęcie stażu podyplomowego we wcześniejszym terminie niż 1 październik 2015 r. W związku z tym otrzymał ograniczone prawo wykonywania zawodu w celu odbycia stażu podyplomowego ważne do końca sierpnia br.

O wpis na listę członków OIL zwrócił się również obywatel Czech, który dotychczas figurował w rejestrze lekarzy wykonujących zawód okresowo i okazjonalnie. Jest specjalistą z rehabilitacji i jego zgłoszenie do OOW NFZ przez Szpital MSW w Głuchołazach jest warunkiem otrzymania przez ten szpital kontraktu. W momencie procedowania sprawy przez Radę brakowało jednego dokumentu – potwierdzenia przez Czeską Izbę Lekarską, że jego wykształcenie odpowiada unijnym standardom (studia rozpoczął jeszcze w Czechosłowacji). Dokument powinien dotrzeć do Izby w każ-

dej chwili. Rada zaakceptowała więc możliwość dokonania wpisu, jeżeli dokument z Izby Czeskiej będzie miał datę nie późniejszą niż 25 marca 2015 r.

Uchwały przyjęto jednogłośnie.

Ad 2.

Do Izby zwróciły się następujące podmioty szkolące z prośbą o przyznanie punktów edukacyjnych:

- MARRODENT sp. z o.o., które przeprowadziło 9 marca br. w Strzelcach Opolskich szkolenie dla lekarzy dentyków pt. „Nowy wymiar estetyki. Anatomiczna technika odbudowy ubytku – teoria i praktyka” – przyznano 4 punkty edukacyjne.
- MEDIUS Sp. z o.o. przeprowadziło w Opolu w dniach 20–21 marca br. szkolenie dla lekarzy pt. „Zasady żywienia noworodków ze szczególnym uwzględnieniem wykorzystania pokarmu z banku mleka kobiecego, wczesna stymulacja laktacji, programowanie żywienia, własności immunologiczne mleka krowiego, zakażenia wewnątrzszpitalne noworodków, bank mleka kobiecego” – przyznano 10 punktów edukacyjnych.
- LOMA Laboratorium Medyczne sp. z o.o. przeprowadzi 18 kwietnia br. w Opolu szkolenie dla lekarzy pt. „Badania laboratoryjne zmieniające praktykę lekarską, cz. 5” – przyznano 3,5 punktu edukacyjnego.
- Oddział Chorób Wewnętrznych ZOZ w Oleśnie, organizuje w dniu 28 marca br. warsztaty szkoleniowe pt. „Oleskie spotkania z Interną” – przyznano 5 punktów edukacyjnych.
- ORTHOMED S.J. Koło Sekcji Ortopedii Szczękowej PTZ w Szczecinie zorganizowało w dniu 7 lutego br. w Szczecinie szkolenie dla lekarzy dentyków pt. „Wady klasy II”. Szkolenie odbyło się, ale z opóźnieniem dotarła uchwała Izby w Szczecinie. Rozszerzono wpis do rejestru o kolejne zdarzenie edukacyjne.

Wszystkie uchwały przyjęto jednogłośnie.

Ad 3.

O wykreślenie z rejestru praktyk poprosiło 11 osób, a z powodu zgonu lekarzy wykreślono 2 praktyki.

Ad 4.

Do Funduszu Samopomocy wpłynęły 2 podania o zapomogi: jedną przyznano w pełnej kwocie, a drugą w kwocie 1000 zł.

Kol. kol. Paweł i Witold Pędichowie zwrócili się z prośbą o dofinansowanie swego udziału w Mistrzostwach Pol-



ski Lekarzy w Pilce Siatkowej, które odbędą się w dniach 26–28 marca br. w Wieluniu. Rada poparła wniosek przy dwóch głosach wstrzymujących się.

Kol. Anna Adamska wraz z załogą zwróciła się o dofinansowania swego udziału w XII Ogólnopolskich Mi-strzostwach Izb Lekarskich w Żeglarskim w klasie „Omega”, które odbędą się w dniach 19–21 czerwca br. Dofinansowanie przyznano jednogłośnie.

Ad 5.

Dyrektor Specjalistycznego Zespołu Neuropsychiatrycznego w Opolu zwrócił się z prośbą o wyznaczenie przedstawiciela Rady do komisji konkursowej mającej na celu wyłonienie kandydata na stanowisko Położnej Oddziałowej Oddziału Psychiatrii dla Dorosłych „C”. Rada wyznaczyła lek. Ewę Pendziałek-Grunwald.

Dyrektor SP ZOZ MSW poprosił o wyznaczenie przedstawicieli Rady do komisji konkursowych mających na celu wyłonienie kandydata na stanowiska ordynatorów Oddziałów: Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Ginekologii oraz Chorób Wewnętrznych. Rada zaproponowała kol. Jerzego Lacha jako przewodniczącego (do wszystkich komisji), kol. Małgorzatę Łuszczynską-Ostrowską jako członka (do wszystkich komisji) oraz kol. Marka Dryję jako członka komisji na Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii, kol. Jacka Mazura na Oddział Ginekologii oraz kol. Zbigniewa Kuzyszyna na Oddział Chorób Wewnętrznych.

Dyrektor SP ZOZ Szpitala Specjalistycznego MSW w Głuchołazach poprosił o wyznaczenie przedstawiciela Rady do komisji konkursowej wyłaniającej Zastępcę Dyrektora. Rada zaproponowała kol. Adama Bąka.

Wszystkie uchwały podjęto jednogłośnie.

Ad 6.

O całkowite zwolnienie z opłacania składek zwróciło się czworo lekarzy oraz dwoje lekarzy-dentystów. Uchwały przyjęto jednogłośnie.

Ad 7.

Prezes przedstawił problemy poruszane podczas spotkania Konwentu Prezesów izb lekarskich:

- rozliczenia kosztów związanych z prowadzeniem spraw w biurze Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej, które nie są jednolite. Postanowiono przeprowadzić ankietę wśród wszystkich izb, aby się zorientować, jakie w tej materii występują rozbieżności;
- Konwent poparł pomysł stworzenia nowego rejestru lekarzy i poniesienie kosztów w proporcji: 15% NIL, 85% poszczególne okręgowe izby lekarskie. Maksymalna kwota, jaka może być na to przedsięwzięcie wydana to 2 mln złotych, z czego na Izbę Opolską może przypaść maksymalnie 30.194 zł, spłacanych w okresie 3 lat (2015–17). Prezes zaproponował przyjęcie odpowiedniej uchwały i uwzględnienie w budżecie, który będzie przyjmowany za kilka dni na Okręgowym Zjeździe Lekarzy, kwoty

10.000 zł na ten cel. Uchwałę podjęto przy 1 głosie wstrzymującym się;

- bliska rozwiązaniu jest sprawa szkoleń dla lekarzy i lekarzy dentystów, które organizują izby bezpłatnie dla swoich członków. Ministerstwo Finansów nie zgodziło się zwolnić lekarzy z podatku za uczestnictwo w takich szkoleniach. Jednocześnie w piśmie Ministerstwa znalazło się stwierdzenie, że jeżeli nie jest możliwe wyliczenie kosztów szkolenia przypadającego na jednego lekarza, to udział w takim szkoleniu nie będzie stanowić przychodu lekarza – w rozumieniu przepisów finansowych – i nie będzie trzeba z tego tytułu odprowadzać podatku. Oznacza to, że organizowanie tzw. otwartych szkoleń (bez list obecności, z możliwością udziału każdego chętnego) nie będzie się wiązało z koniecznością wystawiania PIT-ów dla uczestników. Lista, która może funkcjonować w trakcie szkolenia, to jedynie lista osób chętnych do uzyskania certyfikatu. W związku z tym – za radą prawników – szkolenia będą miały charakter otwarty, co uniemożliwi wyliczenie dokładnego kosztu przypadającego na 1 uczestnika. Podczas szkolenia powstanie lista chętnych do otrzymania certyfikatu;

Konwent zaproponował, aby NRL powołała zespół, który będzie zajmował się wychwytywaniem spraw, w których lekarz zostanie przedstawiony w niekorzystnym świetle i będzie szybko na takie sytuacje reagował. Zespół ten będzie też koordynował politykę medialną izb okręgowych i NIL tak, by poprawić wizerunek medialny lekarza i lekarza dentysty.

Ad 8.

Kol. Latała zdał relację z marcowego szkolenia zorganizowanego wspólnie przez Komisję Stomatologiczną oraz Opolski Oddział PTS dla lekarzy dentystów, podczas którego prof. dr hab. Ryszard Koczorowski – kierownik pierwszej w Polsce Kliniki Gerostomatologii przy Katedrze Protetyki w Poznaniu wygłosił dla zebranych wykład.

Ad 9.

Kol. Kowarzyk poruszył sprawę pisania wniosków przez lekarzy o dotacje unijne przy prowadzeniu gabinetów lekarskich. Prezes Jakubiszyn zadeklarował, że umieści informację na ten temat w najbliższym BI oraz na stronie internetowej. Również, w razie konieczności, zorganizowane zostanie szkolenie dla członków naszej Izby.

Po wyczerpaniu porządku obrad posiedzenie zakończono.

Sekretarz ORL

lek. dent. Barbara HAMRYSZAK

Prezes ORL

dr n. med. Jerzy JAKUBISZYN

POSIEDZENIE KOMISJI STOMATOLOGICZNEJ

W dniu 19.03.2015 r. w siedzibie OIL w Opolu odbyło się kolejne posiedzenie KS OIL. Przewodnicząca dr J. Smerkowska-Mokrzycka powitała zebranych i przystąpiła do omawiania bieżących problemów.

1. W związku z prośbą Przewodniczącej KS NRL dr Agnieszki Ruchały-Tyszler o przeprowadzenie na forum KS OIL dyskusji na temat obowiązującego koszyka świadczeń gwarantowanych w opiece stomatologicznej i wskazanie propozycji ewentualnych zmian, dr J. Smerkowska-Mokrzycka jako wprowadzenie, przedstawiła opinie kilku okręgowych izb lekarskich, które opowiedziały się za niepodjęciem w chwili obecnej dyskusji na ten temat. Członkowie naszej Komisji w głosowaniu (przy 3 głosach wstrzymujących się) przyjęli stanowisko o niepodjęciu w chwili obecnej dyskusji na temat zmian w koszyku świadczeń gwarantowanych w stomatologii (patrz poniżej).

2. Przewodnicząca odczytała obszernie fragmenty odpowiedzi Ministra Środowiska dotyczące dokumentu potwierdzającego utylizację odpadów medycznych. Posiadacz odpadów, który unieszkodliwia odpady zakaźne, jest zobowiązany do wydania, na wniosek wytwórcy tych odpadów, dokumentu potwierdzającego unieszkodliwienie odpadów. Dokument ten wydawany powinien być bezpłatnie.

3. Dr Mokrzycka zreferowała odpowiedź Ministra Finansów dotyczącą opodatkowania nieodpłatnych szkoleń dla lekarzy i lekarzy dentyistów prowadzonych przez organy Samorządu Lekarskiego. Udział w takich szkoleniach, wg MF, przynosi wymierne korzyści i może stanowić przychód podlegający opodatkowaniu.

4. Przewodnicząca KS przedstawiła informację na temat udostępniania pacjentom dokumentacji medycznej. Reguluje to art. 26 Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2012 r. poz.159.)

5. Informacje o szkoleniach i imprezach sportowych:

- w dniach 8–9.05.15 r. w Jachrance odbędzie się XI Kongres OSIS;

- w dniach 19–21.06.15 r. odbędą się XII Ogólnopolskie Mistrzostwa Izb Lekarskich w Żeglarskim w klasie Omega na wodach Jeziora Miedwie w Morzęcinie;

- w dniach 12–14.06.15 r. odbędą się w Serocku I Mazowieckie Spotkania Stomatologiczne.

6. Przewodnicząca przypomniała o zbliżającym się Zjeździe Budżetowym (28.03.15 r. o godz.10) i prosiła o niezawodnie przybycie. Przedstawiła też plan spotkań KS na najbliższe miesiące:

- 20.04.2015 r. – poniedziałek,

- 14.05.2015 r. – czwartek,

- 15.06.2015 r. – poniedziałek.

Na zakończenie spotkania, z okazji zbliżających się Świąt Wielkanocnych Przewodnicząca złożyła wszystkim życzenia radosnych, rodzinnych Świąt.

Sekretarz KS

Lek. stom. A. ADAMSKA

Przewodnicząca KS

Lek. stom. J. SMERKOWSKA-MOKRZYCKA

* * *

Stanowisko Komisji Stomatologicznej Okręgowej Rady Lekarskiej w Opolu dotyczące zmian w świadczeniach gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego

Komisja Stomatologiczna jest przeciwna wprowadzaniu w chwili obecnej zmian w zakresie leczenia stomatologicznego w ramach gwarantowanego koszyka świadczeń.

Uważamy, że aktualnie wszelkie prace samorządu lekarskiego powinny być ukierunkowane na zwiększenie finansowania poszczególnych procedur stomatologicznych poprzez podniesienie wartości ceny z punkt, gdyż dalsze zaniżanie cen płaconych przez Narodowy Fundusz Zdrowia na leczenie stomatologiczne budzi uzasadnione obawy o bezpieczny poziom tych świadczeń.

Sekretarz KS

Lek. stom. A. ADAMSKA

Przewodnicząca KS

Lek. stom. J. SMERKOWSKA-MOKRZYCKA

PLAN SZKOLEŃ PROWADZONYCH W RAMACH KOMISJI KSZTAŁCENIA OIL NA I PÓŁROCZE 2015 r.

Termin	Kierownik naukowy	Temat	Miejsce szkolenia
8.V.2015 r. piątek godz. 12.00	mgr Bartłomiej Dodzian	Zasady i formy prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej (w grupach do 10 osób)	Opolska Izba Lekarska Opole, ul. Grunwaldzka 23
12.VI.2015 r. piątek godz. 10.00 ¹	Grawena Edu – Kraków mgr Wojciech Krówczyński	Wizerunek i reputacja lekarza – trzy oblicza zawodu lekarza i lekarza dentyisty	Opolska Izba Lekarska Opole, ul. Grunwaldzka 23
16.06.2015 r. wtorek godz. 13.00 ¹	mgr Bartłomiej Dodzian	Zasady i formy prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej (w grupach do 10 osób)	Opolska Izba Lekarska Opole, ul. Grunwaldzka 23

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

* * *

Temat szkolenia:
**„ZASADY I FORMY
PROWADZENIA ELEKTRONICZNEJ
DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ”**

Terminy: 8.05.2015 r. godz. 12.00 – 15.00 (piątek)
16.06.2015 r. godz. 13.00 – 16.00 (wtorek)

PLAN SZKOLENIA

1. Dokumentacja medyczna w podmiocie leczniczym/ praktyce zawodowej lekarza udzielającego świadczeń zdrowotnych.
2. Przetwarzanie danych osobowych w podmiotach leczniczych.

3. Obowiązek rejestrowy podmiotów wykonujących działalność leczniczą – przewodnik po procedurze rejestracji.
4. Oznaczenie podmiotów i osób udzielających świadczeń opieki zdrowotnej na dokumentacji medycznej i receptach lekarskich.
5. Obieg dokumentacji medycznej w przychodniach i praktykach lekarskich – skierowania, wyniki badań, zasady wypisywania recept.
6. Prawo pacjenta do dostępu do dokumentacji medycznej.
7. Portal Świadczeniodawcy – aktualizacja personelu, danych świadczeniodawcy.

Małgorzata ŁUSZCZYŃSKA-OSTROWSKA



SMUTNE ŻYCIE CESARZOWEJ AUSTRO-WĘGIER ELŻBIETY, JEDYNEJ ŻONY CESARZA FRANCISZKA JÓZEFA ZWANEJ „SISSI”

Długowieczny cesarz Franciszek Józef (1830–1916), który rządził monarchią Habsburgów przez 68 lat był synem arcyksięcia Franciszka Karola i księżniczki bawarskiej Zofii. Powołany został na tron cesarski w wieku 18 lat (rok 1848), gdy zmuszono do abdykacji jego wujka Ferdynanda I, który był upośledzony umysłowo. Był to okres tzw. „Wiosny Ludów” – dążeń niepodległościowych narodów europejskich, zwłaszcza wchodzących w skład Austro-Węgier.

23-letni cesarz Franciszek Józef, za namową swojej matki arcyksiężnej Zofii, postanowił się ożenić. Na kandydatkę na jego żonę i przyszłą cesarzową wybrano księżniczkę Helenę najstarszą córkę księcia bawarskiego Maksymiliana Wittelsbacha.

W sierpniu 1853 matka Heleny Ludwika Wittelsbach przyjechała ze swoimi najstarszymi córkami do austriackiego kurortu Bad Ischel, gdzie często bywał Franciszek Józef. Niespodziewanie cesarz zakochał się w młodszej córce 16-letniej Elżbiecie nazywanej w rodzinie „Sissi” i wkrótce ogłosił zaręczyny.

Elżbieta urodziła się w Wigilię 24 grudnia 1837 w Monachium. Miała czterech braci i cztery siostry. Była nieprzeciętnej urody, uchodziła za jedyną z najpiękniejszych kobiet ówczesnej Europy. Miała zgrabną sylwetkę, dzięki uprawnieniu od wczesnej młodości rozmaitych ćwiczeń gimnastycznych i sportowych. Liczyła 170 cm. Wzrostu, a jej waga nigdy nie przekraczała 50 kg. Była również niezwykle inteligentna, nic więc dziwnego, że całkowicie zauroczyła młodego cesarza Franciszka Józefa.

Po ośmiu miesiącach narzeczeństwa, w dniu 24 kwietnia 1854 r., odbył się wspaniały ślub cesarza Franciszka Józefa z Elżbietą Wittelsbach w koronacyjnym kościele cesarskim Augustynów na wiedeńskim Ringu. Ślubu udzielił arcybiskup Wiednia kardynał Józef Rauscher w asyście 70 biskupów. Po paradnym przejeździe ulicami Wiednia w oszklonej karecie w pałacu Hofburg pierwsze

życzenia nowożeńcom złożył nie – jak wynikało z protokołu – korpus dyplomatyczny, lecz generalicja na czele ze słynnym feldmarszałkiem Józefem Radetzkim (1766–1858) bohaterem wojen napoleońskich – zwłaszcza w „Bitwie Narodów” pod Lipskiem.

Tutaj mała dygresja – właśnie dla niego Johann Strauss (ojciec) skomponował słynny marsz Radetzkiego, który zawsze kończy występ filharmoników wiedeńskich 1 stycznia każdego roku. Radetzki jest bohaterem tylko Austrii, natomiast nie lubiany jest na Węgrzech, gdzie stłumił powstanie niepodległościowe podczas „Wiosny Ludów” w roku 1848 (po stronie powstańców brał udział nasz bohater narodowy generał Józef Bem, nazywany przez Węgrów „ojczulkiem” i który pochowany jest w pięknym mauzoleum w Tarnowie, gdzie się urodził).

Rok po ślubie Elżbieta urodziła córkę arcyksiężną Zofię (1855), rok później drugą córkę arcyksiężną Gizelę (1856). Upragniony i wyczekiwany syn – następca tronu cesarskiego arcyksiążę Rudolf przyszedł na świat cztery lata po ślubie w roku 1858. Wreszcie w roku 1867 Elżbieta urodziła najbardziej ukochaną córkę arcyksiężną Marię Walerię, którą zawsze zabierała później w podróże po Europie. Miłość Elżbiety do Franciszka Józefa stopniowo słabła, ponieważ Elżbieta wspominając swobod-



na i rodzinną atmosferę Monachium wpadła w tryby sztywnego ceremoniału wiedeńskiego (vide księżna Diana, żona księcia Karola na dworze angielskim). W Wiedniu decydującą rolę odgrywała bowiem matka Franciszka Józefa arcyksiężna Zofia, która decydowała nie tylko o sprawach rodzinnych (często nie dopuszczała nawet Elżbiety do jej dzieci przejmując całkowicie kontrolę nad ich wychowaniem), ale również politycznych.



Cesarz Franciszek Józef

Natomiast małżonek Franciszek Józef coraz bardziej zaczął skupiać się na sprawach wojskowych i administracyjnych. Nie ukrywał nawet faktu, że ma kochanki, m. in. znaną wiedeńską aktorkę Katarzynę Schratt.

Czując się źle na dworze wiedeńskim Elżbieta często przyjeżdżała do Budapesztu, była przecież koronowana na królową Węgier. Nauczyła się trudnego języka węgierskiego i polubiła Węgrów. Jeden z najpiękniejszych mostów nad Dunajem w Budapeszcie nosi nazwę Elżbiety.

Elżbieta coraz bardziej uczuciowo oddalała się od Franciszka Józefa, aczkolwiek cały czas ich wzajemne stosunki były poprawne. Równocześnie bardzo dbała o kondycję i wygląd fizyczny, czego dowodem jest jej sala gimnastyczna w wiedeńskim Hofburgu z bogatym sprzętem, którą można podziwiać do dnia dzisiejszego. Również kolejna ciekawostka – cesarz Franciszek do końca życia sypiał na żołnierskim żelaznym łóżku.

Niestety Elżbieta zaczęła podupadać na zdrowiu, nieustający kaszel zdiagnozowano w końcu jako gruźlicę płuc i w roku 1860 na zlecenie lekarzy wyjechała na leczenie na Maderę (tam w przyszłości wielokrotnie przebywać będzie Marszałek Józef Piłsudski). Ten wyjazd na Maderę stał się początkiem nieustannych podróży po Europie, odbywających się incognito (m. in. Wielka Brytania, Francja, Korfu – gdzie miała własną rezydencję). Nigdy jednak, mimo wielokrotnych zaproszeń, nie odwiedziła Galicji i Krakowa (Franciszek Józef natomiast do Krakowa przyjeżdżał kilkakrotnie).

Elżbieta bardzo przeżyła dwie wielkie tragedie rodzinne. W roku 1867 rozstrzelany został brat Franciszka Józefa Maksymilian, który mianował się cesarzem Meksyku (wówczas Meksyk został niepodległy). Wreszcie w roku 1889 na zamku Mayerling samobójstwo popełnił jej jedyny syn Rudolf wraz z ukochaną aktorką Marią Vetserą. Mimo oporów duchowieństwa z powodu samobój-



Cesarzowa Elżbieta „Sissi”

czej śmierci, arcyksiążę pochowany został w kryptach cesarskich Kapucynów na wiedeńskim Ringu. Elżbieta nie wzięła jednak udziału w ceremoniach pogrzebowych.

10 września 1898 r. Elżbieta przyjechała do Genewy pod fikcyjnym nazwiskiem, jednak miejscowa prasa (skąd my to

znamy?) szybko doniosła, że w mieście przebywa austriacka cesarzowa. Wówczas 25-letni włoski anarchista Luigi Luccheni, marzący o odłączeniu prowincji włoskich od Austrii na przystani nad Jeziorem Genewskim, wykorzystując tłum wbił w jej serce zaostrzony pilnik. Cesarzowa upadła, ale wkrótce wstała, jednak po kilku minutach przeniesiona na statek zmarła. Istnieją sugestie, że gdyby z nieusuniętym pilnikiem wbitym do serca przewieziona została natychmiast do szpitala w Genewie można było uratować jej życie (zmarła z powodu tamponady worka osierdziowego serca).

Elżbieta pochowana została w kryptach Kapucynów na wiedeńskim Ringu obok syna Rudolfa. I tutaj następny ciekawy fakt: otóż salonka pogrzebowa, która przewoziła ciało Elżbiety z Genewy do Wiednia wyprodukowana została w Fabryce Maszyn i Wagonów w Sanoku (w PRL-u Fabryka Autobusów „Autosan”).

Jej mąż cesarz Franciszek Józef zmarł w roku 1916 (mając 86 lat), kiedy kończąca się I Wojna Światowa zapowiadała rychły upadek Monarchii Austro-Węgierskiej. Spoczął w kryptach Kapucynów na najwyższym piedestale mając po bokach żonę i syna.

Ostatnią osobą pochowaną w kryptach Kapucynów była cesarzowa Zyta Parmeńska, żona ostatniego cesarza austriackiego Karola I pochowana kilka lat temu. Był to na pewno ostatni pogrzeb cesarski w Wiedniu.

Krypty cesarskie na wiedeńskim Ringu godne są polecenia naszym P.T. Koleżankom i Kolegom podczas pobytu we Wiedniu. W monumentalnych sarkofagach jest tam pochowanych 12 cesarzy i 18 cesarzowych (mieli bowiem po kilka żon). Pośród nich jest tam także pochowana, m. in. cesarzowa Maria Teresa animatorka rozbioru Polski, Maria Ludwika żona Napoleona Bonaparte. Jedyńm polskim akcentem jest sarkofag Eleonory Habsburżanki, żony króla Michała Korybuta Wiśniowieckiego. Na jej sarkofagu umieszczono herb Rzeczypospolitej.

P.S. *W Galicji – w przeciwieństwie do germanizowanego zaboru pruskiego (vide – Wóz Drzymały) czy russy-*

fikacji w zaborze rosyjskim, gdzie wybuchło Powstanie Listopadowe w 1831 i Styczniowe w 1864 – dzięki swej liberalnej polityce Franciszek Józef oceniany był pozytywnie. Przedstawiciele Galicji zasiadali w Parlamencie Wiedeńskim (np. znany historyk profesor Uniwersytetu Jagiellońskiego, a mój przodek Michał Bobrzyński).

W tym miejscu przytoczę słynną anegdotę znanego z Telewizji dziennikarza Leszka Mazana. Otóż, kiedy w prasie krakowskiej ktoś nazwał Franciszka Józefa „starym pierdołą” – co wywołało oburzenie Wiednia – Senat Uniwersytetu Jagiellońskiego wydał oficjalne oświadczenie, że „pierdoła” to staropolski „dobrotliwy staruszek”.

Za czasów Franciszka Józefa powstała pierwsza linia kolejowa w Polsce Kraków – Wiedeń, piękne dworce kolejowe w Krakowie, Przemyślu i we Lwowie, monumentalne teatry w Krakowie (im. Juliusza Słowackiego) i we Lwowie. Tytus Chałubiński odkrył zakopaną w Tatrach biedną góralską wieś, którą nazwał Zakopanym. Dlatego też nic dziwnego, że jeszcze po zakończeniu II Wojny Światowej starzy „Krakauerzy” uważali, że czasy cesarsko-królewskich rządów Franciszka Józefa były jednymi z piękniejszych okresów w historii Krakowa i Galicji.

Dr hab. n. med. Janusz KUBICKI

CO PISZĄ INNI

ZAKAŻENIE WIRUSEM EBOLA – OKIEM INFEKCJOLOGA W 2014 R.

Ebola w Afryce Zachodniej cofnęła nas w historii medycyny o jakieś sto lat do czasów sprzed ery antybiotyków, gdy chory na chorobę zakaźną stwarzał realne zagrożenie dla zdrowia i życia lekarza czy pielęgniarki. Dodatkowo obecna epidemia znacząco różni się od wszystkich poprzednich, nie umiemy jednak jeszcze odpowiedzieć na pytanie: co jest przyczyną tej zmiany? Czy powstał nowy wariant wirusa? A może to warunki życia w Afryce Zachodniej zmieniły się na tyle, że powstała sytuacja sprzyjająca tak gwałtownemu rozwojowi zakażenia?

Podsumujmy kluczowe fakty. Wirus Ebola wyspecjalizował się w zakażaniu i niszczeniu komórek ścian naczyń krwionośnych. Podstawowe objawy chorobowe sprowadzają się do ciężkiej, septycznej reakcji zapalnej oraz zaburzeń hemostazy - obie patologie występują w tak znacznym stopniu nasilenia, że zagrażają życiu człowieka. Na szczęście wirus jest wrażliwy na podstawowe metody i środki dezynfekcyjne.

Niepokojąca i trudna do wyjaśnienia jest łatwość szerzenia się zakażenia na otoczenie - przez kontakt bezpośredni z chorym prezentującym objawy chorobowe, ale już nie poprzez drogę kropelkową. Czyżby wirus nabrał zdolności przenikania przez zdrową, nieuszkodzoną skórę? Jak logicznie wyjaśnić fakt, że nie zakazili się współpasażerowie w samolocie wiozącym chorego, który zmarł w kilka godzin po wylądowaniu, a z drugiej strony - w Madrycie doszło do zakażenia pielęgniarki ubranej w kombinezon ochronny? W tym ostatnim przypadku nie dysponujemy żadnym oficjalnym raportem wyjaśniającym przyczyny tego zdarzenia, pozostaje jedynie spekulacja, że musiało dojść do istotnych błędów

podczas zdejmowania sprzętu ochronnego. A tak na marginesie: kto zdejmował z siebie taki kombinezon, ten wie, że nie da się tego zrobić prawidłowo i bezpiecznie za pierwszym razem. Konieczna jest praktyka i powtarzane ćwiczenia.

Cechą wyróżniającą zakażenia wirusem Ebola jest wysoka śmiertelność, według różnych źródeł szacowana na 50–90%. Jest to jeden z najwyższych odsetków, z jakimi mieliśmy do czynienia w całej historii chorób zakaźnych. Dla porównania: wścieklizna cechuje się śmiertelnością 100%, ptasia grypa - około 50%, ospa prawdziwa (tzw. „czarna”) - 30%, SARS - ok. 10%, a w przypadku tzw. świńskiej grypy to jedynie 0,1%.

Na dziś w walce z tym wirusem nie dysponujemy szczepionką ani lekiem, a w Polsce nie będziemy mieli dostępu do surowicy ozdrowieńców. Pomimo upływu kilku dekad od pierwszego opisu tej groźnej choroby żaden koncern farmaceutyczny nie był zainteresowany opracowaniem takich preparatów. Koncerny nie mogły tu liczyć na jakikolwiek zysk, dlatego prace nad szczepionką powinny być prowadzone przez Światową Organizację Zdrowia, agendy rządowe lub uniwersyteckie ośrodki naukowo-badawcze. Prace te powinny być finansowane z grantów, przez podatników, a nie przez konsumentów tych leków lub szczepionek. W ten sposób odległa afrykańska epidemia ukazała miejsce i niemoc finansowo-decyzyjną ekspertów niezależnych od biznesu.

Nie dysponujemy lekiem ani szczepionką, potrafimy jednak uchronić się przed infekcją, odgradzając się od źródła zakażenia właściwym strojem ochronnym. Technologicznie nie jest to szczególnie trudne, wysyła-

my wszak ludzi w kosmos lub na dno oceanów w strojach izolujących ich od znacznie groźniejszego otoczenia, jest to jednak dość kosztowne. I tu rodzi się problem: czy opłaca się marnotrawić fundusze publiczne na kosztowne wyposażenie ochronne dla medyków, licząc się jednocześnie z możliwością, że wirus Ebola nigdy do nas nie dotrze? Czy opłaca się być przygotowanym na tak rzadkie zagrożenia?

Nie dysponujemy lekiem ani szczepionką i to skłania nas do ponownego przemyślenia roli lekarza i pielęgniarki w opiece nad pacjentem. Nie potrafimy zmienić naturalnego przebiegu tej choroby, możemy jedynie ulżyć pacjentowi w cierpieniu i zapewnić mu godne warunki życia i umierania. Dlatego ważnym elementem opieki nad chorym powinna być refleksja nad ochroną i bezpieczeństwem personelu medycznego. Przez analogię - wejście ratowników bez zabezpieczenia do szamba pełnego siarkowodoru lub prowadzenie akcji ratowniczej w kopalni w warunkach zagrożenia wybuchem - jest poważnym błędem w sztuce.

Wobec powyższego oczywistym jest, że epidemia choroby wysoko zakaźnej wiąże się z epidemią paniki, w tym szczególnie groźnej paniki wśród personelu fachowego - w ostatnich tygodniach wszyscy obserwowaliśmy jej wstępne objawy. Czy Państwa zdaniem lekarz pełniący codzienny dyżur na oddziale zakaźnym może bezpiecznie i skutecznie stanowić pierwszą linię obrony przed wirusem Ebola, bez regularnych ćwiczeń, szkoleń i wyposażenia w sprzęt ochronny? Tak oto odległa epidemia Ebola pokazuje również, jakie miejsce wyznaczono infekcjologii w polskim systemie ochrony zdrowia. Jestem przekonany, że walką z tego typu

zakażeniami skutecznie mogą zajmować się wyłącznie dobrze przeszkoleni ochotnicy w dobrze wyposażonych ośrodkach.

Często powtarza się ostatnio pytanie: czy jesteśmy przygotowani na epidemię zakażeń Ebola? Odpowiedź na to pytanie zawiera się w anegdocie o szklance z wodą, która jest do połowy pełna lub do połowy pusta, w zależności od tego, kto komentuje sytuację. Osobiście uchyliłbym się od jednoznacznej odpowiedzi i zadał następujące pytanie: a czy jesteśmy gotowi na walkę z chorobami nowotworowymi? Dodam, że nowotwory są w Polsce codziennym zjawiskiem, a ostatnia tak groźna epidemia występowała na terenach polskich w 1963 r. Dziś jest nas, ludzi, tak wielu i podróżujemy po naszej planecie tak intensywnie, że staliśmy się całkiem dobrym medium dla wielu zakażeń, a odległe zagrożenia stały się nam nagle całkiem bliskie. W niedawnej przeszłości odbieraliśmy już sygnały ostrzegawcze w postaci SARS czy pandemii grypy. Czy nie zlekceważyliśmy ich?

Podsumowując, epidemia zakażeń Ebola 2014 dobrze obrazuje stary paradoks chorób zakaźnych: ci, których stać będzie na zakup leku, szczepionki lub sprzętu ochronnego - i tak nie zakażiliby się wirusem Ebola, bo są zbyt bogaci i żyją odizolowani, w bezpiecznych warunkach higieniczno-sanitarnych; ci zaś, którzy zachorują na gorączkę krwotoczną Ebola - i tak nigdy nie mogliby pozwolić sobie na zakup szczepionki bądź leku, bo są na to zbyt biedni.

I to jest wyzwanie na dziś!

Dr hab. n. med. Tomasz SMIATACZ

(przedruk z „Pomorskiego Magazynu Lekarskiego” nr 12/14-1/15)

BÓL DUSZY ZABIJA SZYBKO

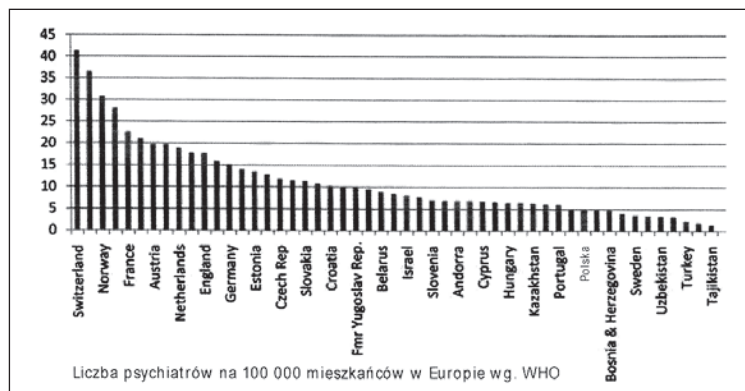
Opieka psychiatryczna w Polsce gorsza niż w większości europejskich krajów

28 grudnia 2010 r. Rada Ministrów przyjęła Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego. Niestety, zdaniem specjalistów jest on fikcją. Na początku października br. mówiono o tym głośno podczas posiedzenia sejmowej Komisji Zdrowia. Nieco wcześniej, bo już pod koniec września, z krytyczną oceną stanu polskiej psychiatrii grupa blisko stu polskich dziennikarzy zajmujących się problemami medycyny i ochrony zdrowia spotkała się w miejscu, któremu trudno zarzucić w tej kwestii brak obiektywizmu – w Biurze Regionalnym Światowej Organizacji Zdrowia w Kopenhadze. Przedstawiciele WHO na prostych wykresach pokazali nam miejsce w szeregu – pod względem jakości pomocy psychiatrycznej znajdujemy się jako kraj daleko za większością państw Zachodu. Siedzibę WHO polscy dziennikarze odwiedzili w ramach konferencji „Polka w Europie”, organizo-

wanej każdego roku przez Stowarzyszenie „Dziennikarze Dla Zdrowia”.

Zgodnie z przyjętą przez WHO w 1948 r. definicją, zdrowie to pełny dobrostan fizyczny, psychiczny i społeczny człowieka, a nie tylko brak choroby czy niepełnosprawności. Dlatego o zdrowie psychiczne obywateli władze każdego kraju powinny się troszczyć w tym samym stopniu, co o zdrowie fizyczne. Troszczy się o nie także WHO, monitorując stan opieki psychiatrycznej na świecie, wskazując problemy i drogi ich rozwiązywania.

Z analizy danych wynika, iż w ostatnim roku statystycznie 27% dorosłej populacji Unii Europejskiej doświadczyło przynajmniej jednego poważniejszego zaburzenia psychicznego (wliczając w to depresję, psychozy, zaburzenia związane z używaniem substancji psychoaktywnych, zaburzenia odżywiania).



Statystyka nie obejmuje osób poniżej 18. i powyżej 65. roku życia, więc skala problemów Europejczyków ze zdrowiem psychicznym może być znacznie większa. Polska dołączyła do zjednoczonej Europy także pod tym względem.

– *Niestety, nie otrzymujemy zbyt wielu „twardych” danych z Polski, ale nawet z nielicznych, posiadanych przez WHO informacji widać, że macie dużo do zrobienia* – mówił polskim dziennikarzom w Regionalnym Biurze WHO w Kopenhadze dr Matt Muijen, kierownik Programu Zdrowia Psychicznego WHO.

Jedną z przyczyn zaniedbywania opieki psychiatrycznej może być złudzenie, iż problemy ze zdrowiem psychicznym nie są tak zabójcze, jak na przykład choroby sercowo-naczyniowe czy nowotwory. Nic jednak bardziej mylnego. Choć zaburzenia psychiczne powodują obecnie na świecie ok. 2% zgonów, nikt nie liczy, jak często zły stan psychiki prowadzi do rozwoju chorób somatycznych. Co więcej, zdaniem ekspertów WHO, zaburzenia psychiczne mogą w 2030 r. zająć pierwsze miejsce na liście najpowszechniejszych schorzeń przewlekłych. Już dziś zaburzenia neuropsychiatryczne są drugą co do częstości występowania (ponad 19%) przyczyną przedwczesnego wyłączenia się z normalnej aktywności, tuż za chorobami układu krążenia (blisko 23%).

Cztery z piętnastu schorzeń najczęściej uniemożliwiających normalne funkcjonowanie w społeczeństwie i pracę oraz – jak to określa WHO – powodujących utratę potencjalnych lat życia to właśnie schorzenia neuropsychiatryczne – wyliczał w Kopenhadze dr Matt Muijen.

Problemy psychiczne mogą być również bezpośrednią przyczyną śmierci. Według danych WHO, statystycznie każdego roku w Europie odnotowuje się blisko 14 samobójstw na 100.000 mieszkańców, najmniej na południu Europy, najwięcej na wschodzie. Polska plasuje się nieco powyżej średniej, ale sytuacja i tak jest dużo lepsza niż np. na Litwie czy Węgrzech. Niestety, szybko może się to zmienić, bowiem, jak poinformował ostatnio posłów prof. Janusz Heitzman, wiceprezes Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, liczba samobójstw w Polsce rośnie, w 2013 r. wyniosła ponad 6 tysięcy, czyli o blisko 30% więcej niż w roku 2012. Coraz częściej odbierają sobie życie ludzie młodzi, poniżej 20. roku życia.

Zdaniem przedstawiciela WHO, poważnym problemem Polski jest niedobór psychiatrów oraz brak i złe rozlokowanie łóżek psychiatrycznych. Na 49 państw uwzględnionych przez WHO w oficjalnie prezentowanej tabeli, pod względem liczby łóżek psychiatrycznych na 10 tys. mieszkańców Polska zajmuje 29. miejsce z liczbą trzy razy mniejszą niż np. Monako, Belgia, Malta, Holandia, o połowę mniejszą niż np. w Czechach czy Chorwacji.

– *Pod względem liczby psychiatrów sytuacja Polski wygląda jeszcze gorzej* – dodaje dr Matt Muijen. W krajach „starej” Unii na 100 tys. mieszkańców przypada blisko 13 czynnych zawodowo psychiatrów. Polska znajduje się w tym rankingu dopiero na 41. miejscu. Mamy 6 psychiatrów na 100 tys. mieszkańców, tymczasem Francja – 22, Niemcy i Czechy – ok. 12, Węgry – 9.

– *Wydatki na zdrowie psychiczne są w Polsce zapewne niewystarczające, ale też nie najniższe w Europie, wynika więc z tego, że pieniądze powinny być inaczej rozdzielane* – sugerował polskim dziennikarzom przedstawiciel WHO.

Inne, realne możliwości poprawy sytuacji w zakresie zdrowia psychicznego wskazywane w programach WHO, to rozwój opieki środowiskowej czy lepsza edukacja i kształcenie lekarzy pierwszego kontaktu w zakresie szybszego rozpoznawania problemów psychicznych u swoich pacjentów.

Z polskiej perspektywy...

W ostatnich tygodniach, może w związku z przypadającym 10 października Światowym Dniem Zdrowia Psychicznego i na skutek ostrej krytyki realizacji Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego, o psychiatrii mówiło się więcej niż zwykle. I to samo, co mówią o nas w WHO.

Celem funkcjonującego od 2011 r. Programu miało być ograniczenie zagrożeń dla zdrowia psychicznego, poprawa jakości leczenia chorych oraz profilaktyka. Zdaniem ekspertów, Program istnieje tylko na papierze. Nie ma nawet koordynatora, który kontrolowałby choćby racjonalność wydatków. A wydatki na leczenie psychiatryczne w Polsce stanowią tylko nieco ponad 3% ogólnych wydatków na opiekę zdrowotną, podczas gdy w Eu-

ropie ten wskaźnik przekracza średnio 5%. Co więcej, NFZ zapowiada ograniczenie środków na leczenie psychiatryczne w przyszłorocznym budżecie.

Stan wielu oddziałów psychiatrycznych może budzić grozę. Prof. Janusz Heitzman podczas posiedzenia sejmowej Komisji Zdrowia podkreślał, że większość szpitali psychiatrycznych jest zadłużona i musi to mieć wpływ na jakość opieki.

– *Jeżeli są złe warunki, nikomu nie chce się iść do szpitala, w którym pobyt urąga ludzkiej godności* – mówił Janusz Heitzman.

Natomiast prezes elekt Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, prof. Bartosz Łoza w wywiadzie dla „Rzeczpospolitej” podkreślał niedawno, iż w Polsce nie ma ani jednego oddziału interwencji kryzysowej czy leczenia depresji, więc ratownicy nie wiedzą, gdzie wieźć pacjenta z zagrożeniem samobójczym.

– *Wszystkim oferujemy, jak w XIX wieku, oddziały ogólnopsychiatryczne* – mówił prof. Łoza, tłumacząc, że przebywają tam razem kobieta z depresją, nad którą

znęcał się mąż, z zatrzymanym właśnie za znęcanie mężczyzn, pacjent z pierwszym epizodem psychozy z terminalnie chorym z otępieniem.

Specjaliści są więc zgodni, iż trzeba rozwijać opiekę środowiskową, domową, leczenie ambulatoryjne i oddziały dzienne. To tańsza i skuteczniejsza forma pomocy. O ile ma kto jej udzielić. A z tym jest źle. Najbardziej brakuje psychiatrów dziecięcych.

Ministerstwo Zdrowia obiecuje działanie. Poinformowało m. in., iż powołano już zespół, który przeanalizuje wyceny świadczeń psychiatrycznych pod kątem racjonalizacji wydatków. Kolejne deklaracje...

Tymczasem, jak dowiodły badania prowadzone m. in. w Finlandii i USA, osoby z ciężką depresją, schizofrenią czy psychozą żyją o ok. 20–25 lat krócej od osób bez zaburzeń psychicznych. I nie z powodu samobójstwa, ale szybszego rozwoju ciężkich chorób somatycznych i braku woli walki o życie.

Jolanta GRZELAK-HODOR

(przedruk z „Galicyskiej Gazety Lekarskiej” nr 5/14)

OD MILCZENIA PO MEDIALNE AWANTURY

Najpierw milczenie, potem awantura, a zamiast dyskusji medialna wojna. Tak, zdaniem wielu, wygląda w Polsce dialog między władzą a społeczeństwem, także w ochronie zdrowia. Zresztą o lekarzu, który jest arogancki czy ponury, nikt dobrego słowa nie powie. O przychodni, w której recepcjonistka zamiast „*dzień dobry*” na przywitanie warczy do pacjenta „*dziś już nie rejestrujemy*”, też życzliwie mówić się nie będzie. Lekceważenie dobrej komunikacji w ochronie zdrowia jest ogromnym błędem, którego konsekwencje widzimy dziś na każdym kroku.

Przedstawienia roli komunikowania w ochronie zdrowia i stworzenia czegoś na kształt pierwszego polskiego podręcznika omawiającego tę problematykę podjął się prof. Tomasz Goban-Klas z Uniwersytetu Jagiellońskiego, obejmując redakcją naukową książki pt. „Komunikowanie w ochronie zdrowia – interpersonalne, organizacyjne i medialne” oraz namawiając ekspertów do podzielenia się na jej stronach własnymi przemyśleniami.

„*Zdrowie jest stanem pełnego dobrego samopoczucia fizycznego, psychicznego, społecznego, a nie wyłącznie brakiem choroby lub niedomagania*” – wprowadza do lektury, cytując definicję zdrowia, prof. Goban-Klas; – „*Ale dla jego zachowania i naprawy niezbędne są nie tylko działania typowo lecznicze i farmakologiczne, lecz także informacyjne i komunikacyjne, które mieszczą się w szerokiej kategorii nazywanej po angielsku health communication, a po polsku – komunikacja/komunikowanie o zdrowiu, lub krócej, więc lepiej – komunikacja/komunikowanie zdrowotne.*”

Pacjent sensem istnienia lekarza

Jedną z najbardziej szczególnych relacji w tym zakresie jest relacja lekarz – pacjent. Prof. Józef Lipiec z Instytutu Filozofii UJ podkreśla, że choć dotyczy ona dwojga ludzi, podobnie jak w innych relacjach jest jednak układem niepowtarzalnym; „*Jeden z uczestników dialogu występuje mianowicie z przewagą posiadanej wiedzy i siły potencjalnej terapii praktycznej, drugi zaś, schorowany i cierpiący, oczekuje z nadzieją nie tylko pociechy, ale i pomocy.*”

Oczywiście, przewaga lekarza nad pacjentem w ich wzajemnej relacji jest zrozumiała, wynika z kompetencji. Lekarz nie może jednak nigdy zapomnieć, iż; „*Pacjent jest tyleż samo potrzebny lekarzowi, co on sam pacjentowi. Bez pacjenta nie ma lekarza. Pacjent potwierdza poziom zdadności lekarskiej, testuje jego profesjonalizm i nadaje sens sztuce leczenia. Jeśli prawda zawiera się w mądrości lekarskiej, to jej kryterium kryje się w pacjencie, dokładniej w stanie jego zdrowia.*”

Zdaniem profesora Lipca, jeśli dojdzie do nawiązania więzi, pacjent odczuwa przypływ pozytywnej, wzmacniającej energii, lekarz zaś nabiera pewności człowieka darzonego szacunkiem i ufnością. „*Rozmowa staje się tym samym naturalną częścią terapii, nieobecną na ogół w podręcznikach medycyny, lecz w praktyce stanowiącą niezwykle ważny czynnik procesów leczniczych.*”

Jak powinna przebiegać rozmowa lekarza z pacjentem? Można wymienić konkretne zasady, ale chodzi po prostu o to, by pacjent czuł się usatysfakcjonowany. I to rolę lekarza jest tak prowadzić rozmowę, by spełniła oczek-

kiwanie pacjenta. Każda powinna prowadzić do tego, by chory miał nadzieję. Nawet w sytuacjach skrajnych lekarz, biorąc pod uwagę indywidualną wrażliwość pacjenta, powinien złą, szokującą informację „otoczyć osłoną alternatywnych zdarzających się rozwiązań, świadomością szans względnie pozytywnych, w oparciu o uczucie nadziei ich spełnienia.”

Nawiązanie dobrej relacji lekarz – pacjent wymaga rzecz jasna spełnienia kilku warunków. Trudno o to np. w sytuacji pośpiechu, przy czekającej za drzwiami kolejce i stercie druków na biurku. Ale bezduszości nic nie tłumaczy.

„Słowo ma moc uzdrawiającą. I wiedza ta powinna zostać opatrzona sankcją moralnego obowiązku. Uzdrawiająca zdolność wzmacniania nadziei wydaje się wartością lepszą od jej przeciwności, toteż do obowiązków moralnych należy pilnie dołączyć przykazanie: czyń dobro słowem, zawsze i wszędzie.”

Warunki dobrej komunikacji

Doktor Barbara Jacennik z Wydziału Psychologii Wyższej Szkoły Finansów i Zarządzania w Warszawie podkreśla, iż komunikacja lekarza z pacjentem ma znaczenie nie tylko dla bezpośrednich efektów leczenia: *„W skali społeczeństwa skutki nieprawidłowości w tej sferze komunikowania odbijają się na efektywności całego sektora ochrony zdrowia oraz na wskaźnikach zdrowia publicznego.”*

Wróćmy jednak do relacji z pacjentem, od której wszystko się zaczyna. Zdaniem dr Jacennik, lekarz musi być świadom, iż każda wypowiedź adresowana do pacjenta, czy opinia wygłaszana w jego obecności wywołuje reakcje emocjonalne, może wpłynąć na przekonania chorego o samej chorobie, możliwościach leczenia i zaangażowanie w ten proces.

Winą za brak porozumienia lekarza z pacjentem zwykle obarcza się tego pierwszego i czasem słusznie. Znaczenie mają już cechy osobowościowe – niektórzy po prostu nie powinni wybierać tego zawodu. Przyczyn zaburzeń w komunikacji lekarz – pacjent jest jednak wiele. Lekarze zazwyczaj o całe zło uskarżają „system”.

Dr Jacennik postanowiła więc przyjrzeć się bliżej tym elementom systemu, które mogą mieć największy wpływ na tę relację.

Nie da się ukryć, że system zawodzi – dostęp do lekarza jest coraz trudniejszy, ogranicza się też czas kontaktu z lekarzem. Kolejnym elementem układanki może być „ciągłość i unikalność” kontaktu z lekarzem – także utrudniona. Może warto jednak zauważyć, iż w Polsce w zbyt małym stopniu wykorzystuje się alternatywne kanały komunikowania lekarza z pacjentem – telefon i internet, co mogłoby w niektórych przypadkach widocznie poprawić sytuację.

„Kontrola telefoniczna follow-up, tzn. po konsultacji bezpośredniej, jest popularna np. w Wielkiej Bryta-

nii. Dobre praktyki konsultacji telefonicznych doczekały się licznych opracowań. Jakość i bezpieczeństwo takich konsultacji można zwiększyć przez szkolenia dla lekarzy i personelu medycznego, opracowanie protokołów zarządzania typowymi sytuacjami, wyznaczenie czasu przeznaczanego wyłącznie dla kontaktów telefonicznych, dokumentowanie konsultacji...” – wylicza dr Jacennik.

Na komunikację wpływ ma także organizacja i atmosfera panujące w konkretnej placówce medycznej. Trudno bowiem o porozumienie np. w sytuacji braku intymności w kontakcie z lekarzem, czy w emocjach wywołanych u pacjenta długim oczekiwaniem w zatłoczonej poczekalni. Barbara Jacennik przypomina jednakże, iż te problemy rzadko dotyczą komercyjnych placówek medycznych, które *„częściej przywiązują wagę do prostych przejawów dbałości o pacjenta, takich jak wygodne miejsce do siedzenia, dostęp do napojów, kolorowe czasopisma, muzyka, prywatność kontaktu z lekarzem.”*

Podsumowując, doktor Jacennik wylicza: na obniżenie jakości komunikacji lekarzy z pacjentami największy wpływ mają następujące cechy systemu ochrony zdrowia w Polsce:

- nieprzyjazne warunki zewnętrzne prowadzenia konsultacji, takie jak ograniczenia czasowe i trudności w dostępie do lekarza,
- nadmierne obciążenie czasu spotkania z pacjentem czynnościami administracyjnymi,
- niedostateczne wykorzystanie pomocniczego personelu medycznego do kontaktów z pacjentem,
- niedostateczne wsparcie systemowe dla „ciągłości” opieki lekarza nad pacjentem,
- niedostateczne wykorzystanie alternatywnych środków komunikacji do kontaktowania się lekarza z pacjentem,
- niedostateczne wsparcie dla zespołowości POZ (np. w zakresie przekazywania dokumentacji medycznej).

Oczywiście, na wszystkie systemowe determinanty jakości komunikacji nakłada się osobiste nastawienie lekarza i pacjenta.

To tylko minimalny wycinek problematyki komunikowania się w ochronie zdrowia. Znaczą część opracowania zredagowanego przez prof. Gobana-Klasa poświęcono np. roli mediów w kształtowaniu postaw i oczekiwań pacjentów, ich wpływowi na relację lekarz – pacjent, na wizerunek lekarza czy choćby na postrzeganie własnego zdrowia. Jedno jest pewne – brak dobrej komunikacji może mieć tylko negatywne konsekwencje.

Opracowanie (jgh)

„Komunikowanie w ochronie zdrowia – interpersonalne, organizacyjne i medialne”; red. naukowa Tomasz. Goban-Klas; ABC Wolters Kluwer SA, Warszawa 2014

(przedruk z „Galicyjskiej Gazety Lekarskiej” nr 1/15)

KOBIETY ZWYKLE PIJĄ W UKRYCIU

Z psycholog Iwoną MIALIK, kierowniczką Wojewódzkiego Ośrodka Terapii Uzależnienia od Alkoholu i Współuzależnienia w Lublinie, rozmawia Anna AUGUSTOWSKA

Kobiety mają gorzej?

Mają trudniej. Szybciej się uzależniają, ciężiej chorują i dłużej wychodzą z nałogu, o ile zdecydują się na leczenie. Powodów takiego stanu rzeczy jest kilka.

Po pierwsze fizjologia. W ciele kobiet jest więcej tłuszczu a mniej wody. U mężczyzn – odwrotnie. Zaraz po wypiciu stężenie alkoholu we krwi kobiety będzie wyższe, bo alkohol rozpuszcza się w wodzie a nie rozpuszcza się w tłuszczu. Do mózgu kobiety, w związku z tym, trafi więcej alkoholu. Poza tym kobiety mają mniej niż mężczyźni enzymu rozkładającego alkohol w wątrobie. Efekt taki sam: kobieta upije się silniej tą samą ilością alkoholu niż mężczyzna.

Warto też wiedzieć, że kobiety nieuzależnione częściej sięgają po alkohol, a kobiety uzależnione szczególnie narażone są na nawrót picia, przed miesiączką (zespół napięcia przedmiesiączkowego PMS) – a wtedy właśnie zmienia się metabolizm alkoholu i zamiast oczekiwanego rozluźnienia w czasie PMS objawy się zaostrzą, bo alkohol wypłukuje magnez.

Mimo to pijących kobiet przybywa.

Bo życie je przerasta. Stres związany z aspiracjami, aby zawsze i w każdej sytuacji być perfekcyjną: panią domu, pracownikiem, supermamą, żoną, czułą opiekunką starych rodziców itd. Takie są oczekiwania społeczne. I kiedy przychodzi jakiś kryzys, coś się nie udaje, nerwy odmawiają posłuszeństwa... najłatwiej sięgnąć po alkohol – dostępny, legalny i dający szybki efekt narkotyk. Szkoda, że w opinii społecznej nie ma tej wiedzy, że alkohol to narkotyk. I sięgając po niego nigdy nie wiemy, jakie będą tego skutki. Badania wykazują, że kobieta może się uzależnić już po kilku tygodniach, mężczyzna po latach systematycznego picia.

Co takiego daje alkohol?

Alkohol pozwala tłumić lęk, ma silne działanie przeciwlękowe. Redukuje napięcie, „poprawia świat”. Nagle mija stres, wszystko jest prostsze. Po co się więc męczyć, nawet na stacji benzynowej można kupić flaszkę. Dla kobiet są całe linie damskich alkoholi, np. piwa smakowe czy cydry. To działa – skoro dla kobiet, to znaczy bezpieczne, tylko pić! Nawet się mówi „babska wódka”. To jednak pozory i iluzja. Nie ma bezkarnego picia.

Kobiety piją inaczej?

Mężczyźni piją zwykle ze względów społecznych – chcą w czymś uczestniczyć, stąd te męskie wódki czy „idziemy na piwo”. Później przechwałki, ile dali radę wypić. Kobiety nie licytują się dzień po ilością wypitego alkoholu, nie szczycą mocną głową. Piją bo są nieszczerliwie, niezadowolone z siebie, bo nie dają rady. U kobiet zawsze też, gdzieś na dnie, jest silna trauma z przeszło-

ści, np. przeżyty gwałt, śmierć kogoś ważnego, porażka np. związana z dziećmi, czy po prostu moment, gdy dzieci odeszły, dorosły. Nierzadko uzależnienie jest ceną, jaką płaci żona pijącego męża. Gdy pije wraz z nim, żeby zatrzymać go w domu, żeby nie szukał towarzystwa, żeby wypić mniej....

Kobietom nie wypada pić. Piją więc często w ukryciu. Kiedy domownicy śpią, a one już wszystko wysprzątały, poprasowały i podszykowały obiad na drugi dzień; kiedy mają gotowy wykład, przygotowały prezentacje. Piją po powrocie do domu, w samotności, a rano biorą prysznic i wyperfumowane biegną do pracy, na dyżur w szpitalu albo do biura. Piją w pracy, w damskiej torebce zawsze zmieści się przecież piersiówka, którą można wyciągnąć w toalecie... Piją też na imprezach, oficjalnie, bo to styl życia związany z zawodem – po pracy wszyscy chodzą na drinka... Tylko, że kobietom szybko jeden drink przestaje wystarczać, stąd domowe kryjówki – w pralce, za szafą, pod bielizną...

Jak długo mogą tak działać?

Różnie, ale konsekwencje zawsze będą. Na terapię trafiają zwykle osoby, którym skumulują się kryzysy, a alkohol już nie zadziała: rozpadnie się związek, kolejny raz zawalimy coś w pracy, dojdzie do aktów przemocy, ktoś wezwie do nas policję albo własne dziecko wykrzyczy, co myśli o pijanej mamie... I wtedy dopiero pęka bańka mydlana z przekonaniem, że „piję, ale wszystko działa”. To jednak już późny etap, choroba alkoholowa trzyma mocno, ale to także szansa, aby z nią skończyć. Zacząć się leczyć.

Nie można wcześniej?

Można, ale istotą tej choroby jest wyparcie i dopóki nie zdarzy się coś dramatycznego, np. jazda samochodem pod wpływem alkoholu, poważny błąd, kompromitacja w pracy, uzależnieni mówią, że nad wszystkim panują... Tymczasem ostrzeżeniem, że przestają już panować, powinno być zastanawianie się, czy w domu jest alkohol? Że zaczyna się pić więcej, aby się dobrze poczuć, że już rano czeka się na wieczór, bo wtedy zaczyna się picie.

Terapia na tym etapie jest skuteczna?

Może być, ale to zależy od dojrzałości, samoświadomości i motywacji osoby. Niestety, na początku wszyscy, mimo że deklarują chęć rzucenia picia, przede wszystkim nie chcą mieć kłopotów z powodu picia. A to niemożliwe dopóki będą pić.

A ograniczanie picia? Abstynencja to warunek?

To może być początek drogi, wiele osób właśnie tak chce zacząć. Mówią np. będę pić 3 razy w tygodniu a nie codziennie, jak do tej pory. Jednak szybko sami dochodzą do wniosku, że to mydlenie oczu i walczą o dojście

do całkowitego porzucenia picia. W naszych ośrodkach czekają profesjonaliści. Każdy, kto tylko zechce, znajdzie pomoc. Możemy kierować naszych pacjentów nawet do ośrodków na drugim końcu Polski, mamy usługi on-line, czyli sesje terapeutyczne na sky-pie, wspieramy najbliższych osób uzależnionych. Oferta jest bardzo szeroka, trzeba pokonać opór, wstyd, obawy i zaryzykować po-

wrót do zdrowia. Kobiety mają z tym większy problem, bo przyjść na terapię to przyznać się, że piję, czyli nie radzę sobie, nie jestem heroiczną matką-Polką, kobietą, która zawsze daje radę, a przecież w naszym społeczeństwie nie ma chyba nic gorszego niż zasłużyć na epitet „pijaczka”, czy „alkoholiczka”, prawda?

(przedruk z „Medicusa” 3/15)

Z DOBROBYTU ZREZYGNUJEMY SAMI?

W książce jednej z młodych, bardzo zdolnych polskich ekonomistek¹, znalazłem całkiem niedawno wykres zmian dobrobytu społecznego w zależności od wzrostu gospodarczego, z którym z początku nie bardzo potrafiłem się pogodzić. Otóż ten autorski pomysł dowodzi, iż w rozwoju społecznym może zachodzić taka sytuacja, kiedy wzrost gospodarczy nie tylko nie zwiększa dobrobytu społeczeństwa, ale wręcz prowadzi do jego upadku. Nie żebym nie potrafił sobie wyobrazić takiego teoretycznego wariantu. Nie potrafiłem sobie wyobrazić wariantu praktycznego!

Jednak, kiedy wracając do obowiązków zawodowych spojrziałem na ten wykres przez pryzmat ochrony zdrowia, a jeszcze szczegółowiej - przez codzienną w ostatnim czasie medialną szarpaninę o dostępność pacjentów do systemu - stało się dla mnie oczywiste, że ta teoria opisuje praktykę. Nowoczesna infrastruktura (np. szpitale prywatne inwestują rokrocznie około miliarda złotych, budżet wsparcia publicznego dla szpitali samorządowych jest o wiele większy) nie zastąpi otwartych drzwi do lekarza, możliwości zrealizowania wcześniej niedostępnych w Polsce procedur nie da się zamienić na finansowanie leczenia, a rozmów o zdrowiu nie można rozliczyć w ramach procedur z katalogu NFZ.

Trochę to wszystko może brzmieć trywialnie, w postawieniu problemu przypomina zaś spory środowiska lekarskiego z rodzącym się zarządczym postrzeganiem ochrony zdrowia z okresu „białego szczytu”. Jednak widać w tym ciągu myślowym wielki cień Milтона Friedmana, a ściślej jego doktryny uzdrawiania za pomocą reguł wolnego rynku; rynku tym w Polsce trudniejszego, że kompletnym nieporozumieniem jest wciąż (i dalej jeszcze będzie!) efektywność działań z obszaru partnerstwa publiczno-prywatnego.

Na dziś wierzę jednak w to, że nowe i większe możliwości niesie - właśnie wchodząca w fazę realizacji - nowa perspektywa unijna, która w niektórych miejscach nawet podwaja wielkość dotychczasowej pomocy finansowej. Perspektywa ta wydaje się być przyjazna myśleniu o systemie ochrony zdrowia z punktu widzenia pacjenta, bo jest otwarta na innowacyjność rozumianą w kontekście nie tylko technicznym, ale także procesowym - np. poprzez zmianę w stosowanych metodach świadczenia usług czy też sposobach docierania z nimi do pacjen-

tów. W tym sensie liczę więc, że jej realizacja ociepli wizerunek ochrony zdrowia, będącej dziś np. dla mediów powszechnych wdzięcznym, bo niemal bezbron- nym chłopcem do bicia.

Nie wierzę jednak (i dlatego teraz o tym tu piszę), że łatwiej wsparcie znajdą tak cudowne inicjatywy, jak Ogólnopolski Konkurs Literacki „Przychodzi wena do lekarza”, ogłoszony we wrześniu 2011 roku z inicjatywy profesora Andrzeja Szczeklika i - pomimo śmierci Profesora - kontynuowany nadal. Ideą tego Konkursu jest bowiem zwrócenie uwagi poprzez twórczość literacką nieprofesjonalistów, czyli lekarzy - na szczególną, niewolnorynkową wrażliwość, jaka musi cechować lekarza, by potrafił właściwie odczytywać potrzeby pacjenta.

Gdyby spróbować opisać ten konkurs słowami Profesora zawartymi w jego książce „Kore”, warto by przytoczyć następujący fragment: *Przeciwności jest wiele, od przyziemnych poczynając, jak: znużenie, obowiązki rodzinne czy przedłożenie przyjemności osobistych nad powinność. Niskie pobory wzmagają pośpiech - konieczność drugiej, trzeciej pracy zarobkowej. A do tego rosnąca nieustannie biurokratyczna machina, z której trybów nie sposób - wydaje się uwolnić. Niemądre zalecenia Unii Europejskiej, regulujące czas pracy lekarza w ten sposób, iż chorym w szpitalu zajmuje się codziennie inny lekarz. I komercjalizm medycyny, pochodna gwałtownie rosnących kosztów leczenia. Lawina kosztów przysypuje opiekę zdrowotną. Stąd surowe kontrole wydatków na leczenie, stałe restrykcje finansowe. W kontraktach na „usługi”, podpisywanych przez nas z Narodowym Funduszem Zdrowia, znika słowo „lekarz”, zastępuje je „zleceniobiorca”. Aż lekarz w końcu zaczyna słuchać bardziej ekonomisty niż własnego sumienia.*

To właśnie w tym sensie nasz wzrost gospodarczy zabija nasz dobrobyt. Kiedy o tym piszę - myślę, że dziś, w trzeciej fazie akcesji z UE, powinniśmy postawić na ludzką twarz naszych działań. Aby dobro, które mieliśmy, nie wymarło. Czy raczej - żebyśmy sami z niego nie zrezygnowali.

Krzysztof MACHA
Ekspert Pracodawców RP

¹ Prof. Barbara Piontek „Koncepcja rozwoju trwałego i zrównoważonego Polski”, PWN 2002 r.

(przedruk z „Ogólnopolskiego Systemu Ochrony Zdrowia - OSOZ” nr11/14)

HYBRYDY, NOTESY I INNE DZIWY WSPÓŁCZESNEJ CHIRURGII

Jeśli spojrzymy na rozwój chirurgii, nie będzie błędem stwierdzenie, że milowe kroki mają tu miejsce co sto lat. W drugiej połowie XIX wieku pojawiły się: znieczulenie ogólne oraz zasady aseptyki i antyseptyki, które otworzyły wrota do spektakularnego rozwoju tej dziedziny. W latach 80. wieku XX do instrumentarium chirurgicznego wprowadzono wideolaparoskop, a nieco wcześniej współczesne endoskopy. Oblicze chirurgii zmieniło się diametralnie.

Czy istotnie była to taka nowość? Bynajmniej. Laparoskopię znano co najmniej od roku 1901, kiedy to rosyjski ginekolog Dymitr Oskarowicz Ot w Petersburgu oglądał jamę otrzewnej, wprowadzając przyrządy optyczne przez sklepienie pochwy. Otworzył tym drogę do innej techniki, o czym za chwilę. W tym samym czasie w Niemczech Georg Kelling zaczął stosować podawanie powietrza do jamy otrzewnej w ciężkich krwotokach, celem ich zatrzymania. Szwed Jacobeus podchwycił ideę insuflacji (wtłaczania gazu do narządu), a poprzez trokary zaczął wprowadzać optykę i narzędzia. On też jako pierwszy użył terminu laparoskopia. I znowu okazało się, że trokary – narzędzia opracowane w XVI w., znalazły nowe zastosowanie. Tak więc laparoskopię stosowano przez cały wiek XX (głównie ginekolodzy). Skąd więc taki nagły boom? Otóż do tego czasu tylko operator widział coś w okularze instrumentu. Dzięki zastosowaniu technik wideo (jak w endoskopii), nagle wszyscy zobaczyli to samo i mogły utworzyć się zespoły operacyjne z operatorem i asystą.

Przez ponad sto lat od czasów Rydygiera, Kochera, Billrotha czy Mikulicza obowiązywała zasada „duży chirurg – duże cięcie”. Tylko z takiego dostępu można było bezpiecznie operować żołądek, jelito grube, trzustkę czy płuca. Takich zabiegów podejmowali się najwybitniejsi. Jednak człowiek zawsze marzył o możliwości penetracji wnętrza ciała w celach leczniczych bez zadawania ran chirurgicznych. Już w starożytności budowano narzędzia (tzw. specula), dzięki którym można było zajrzeć do gardła, pochwy, odbytnicy czy nosa. Świadczą o tym choćby wykopaliska w Pompejach. Problemem było światło. Badania mogły odbywać się tylko w dzień. Za pomocą luster kierowano światło słońca na badany narząd. Dopiero w początkach XIX w. Filip Bozzini opracował przyrząd zwany „LICHTLEITER”, który mógł być stosowany u człowieka. Źródłem światła była świeczka z układem zwierciadeł lub lampa gazowa. Jako pierwszy w medycynie zastosował go w 1853 r. Antoine Jean Desormeaux, chirurg francuski zwany ojcem endoskopii. Rozwój techniki i optyki oraz wynalezienie żarówki umożliwiły skonstruowanie endoskopów, które były

prostymi rurami z układem soczewek. O tym, czym była ówczesna endoskopia, niech świadczy fakt, że pierwszą gastroscopię wykonał Adolf Kussmaul u zawodowego połykacza noży z cyrku. Mimo trudności, nowa technika rozwijała się. Jednym z pionierów był polski chirurg Jan Mikulicz-Radecki, który w roku 1881 oglądał u chorego raka żołądka i stwierdził, że w przyszłości będzie można wykrywać tę chorobę, dzięki endoskopii, w stadiach znacznie wcześniejszych. Jego słowa okazały się prorocze, bowiem sto lat później w Japonii powstało pojęcie raka wczesnego, możliwego do wykrycia tylko w czasie gastroscopii. Przełom nastąpił w roku 1958, kiedy to Basil Hirsowitz przedstawił całkowicie nowy typ endoskopu. Po pierwsze – zastosował światłowody, dzięki czemu aparaty stały się giętkie i całe badanie odbywało się pod okiem badającego. Po drugie – żarówka znalazła się poza aparatem, a światło było przewodzone do badanego narządu również przez światłowody. Trzeba było tylko 20 lat, aby zaczęły pojawiać się endoskopy zaopatrzone w kamerę cyfrową. Obraz widoczny był już nie w okularze urządzenia, ale na ekranie wysokiej rozdzielczości. Takie zestawy to dziś standardowe wyposażenie każdej pracowni.

Teraz wystarczyło połączyć owe odkrycia i skonstruować wideolaparoskop. Za jego pomocą w 1987 r. Filip Mouaret wykonał w Lyonie cholecystektomię (wcześniej, w 1983 r., dokonał tego Erich Muche w Niemczech laparoskopem optycznym, ale operacja przeszła bez echa). Zabieg ten okazał się kamieniem, który poruszył lawinę. W ciągu dosłownie kilku lat pojawiły się nowe narzędzia, jakich dotąd nie widziało oko chirurgia. Laparoskop czy torakoskop dotarły wszędzie. Dziś nie ma właściwie zabiegu klasycznego, który nie miałby odpowiednika laparoskopowego. Co więcej – to laparoskopię zaczyna nazywać się zabiegiem klasycznym. Zaczyna brakować specjalistów potrafiących wykonać zabieg „na otwarto”, a młodzi chirurdzy nie mają nawet szans przeprowadzić prostej otwartej cholecystektomii, bo jaki pacjent się na nią zgodzi. Choć nadal trwa dyskusja dotycząca szczegółowych zastosowań laparoskopii (zwłaszcza w onkologii), nie ma odwrotu od tej techniki, której zalety, nie wspominając o kosmetycznych, są oczywiste. Laparoscopia stała się też cennym narzędziem do oceny zaawansowania zmian nowotworowych, dzięki czemu unika się bardziej traumatycznej laparotomii. Nadal jednak istnieją przypadki konwersji, czyli przejścia do metody otwartej (nie tylko z powodu powikłań), tak więc nie można mówić o zmierzchu chirurgii klasycznej (przez laparotomię czy torakotomię). U części pacjentów nie można wykonać laparoskopii, gdyż mieli kilka lapa-

rotomii i utworzone zrosty uniemożliwiają bezpieczne wytworzenie odmy i wprowadzenie trokarów.

Wspomniałem rosyjskiego lekarza Dymitra Ota. Otóż już sto lat temu wykonał on coś, co dziś jest jedną z najnowszych gałęzi chirurgii. Chodzi o tzw. operacje NOTES. To akronim od anglojęzycznej nazwy: „operacje przez naturalne otwory ciała”. O co tu chodzi? Otóż za pomocą specjalnych narzędzi (zmodyfikowane endoskopy) poprzez sklepienie pochwy, odbytnicę czy jamę ustną i żołądek wchodzimy do wnętrza brzucha i wykonujemy np. wycięcie pęcherzyka. Blizn nie ma w ogóle! To bardzo trudna technika, a wskazania dość ograniczone. Jednak rozwija się ona powoli i wiele z technik NOTES stosuje się przy normalnej laparoskopii. Przykładowo, wycięty laparoskopowo żołądek usuwa się przez sklepienie pochwy albo guz jelita przez odbytnicę, aby nie wykonywać dodatkowych cięć na brzuchu. Dzięki pracom nad NOTES wprowadzono do endoskopii i laparoskopii wiele ulepszeń, jak choćby specjalne klipsy do zamykania otworów w jelitach czy żołądku.

Równoległy rozwój kilku metod zabiegowych i diagnostycznych umożliwił ich połączenie w czasie jednej

sesji leczniczej. Laparoskopię łączy się z technikami otwartymi (mikrolaparotomie), do zabiegów klasycznych dodaje się elementy laparoskopowe. Wreszcie operacje naczyniowe, gdzie dokonał się wielki postęp dzięki zastosowaniu stentów, w wielu przypadkach są wykonywane metodami endowaskularnymi. Techniki te często łączy się z klasyczną chirurgią naczyń. Na tym polega właśnie idea zabiegów hybrydowych, które jak mityczny stwór – tym razem dla dobra człowieka – mają w sobie najlepsze cechy różnych technik.

Jaka będzie chirurgia po następnych stu latach? Trudno przewidzieć. Na pewno nauczymy się wcześniej wykrywać choroby sprawiające dziś trudności najlepszym chirurgom, takie jak nowotwory wątroby, trzustki czy mózgu. Pozostaną z pewnością urazy, od których chirurgia się zaczęła i od których chyba nigdy nie ucieknie. Wygląda zatem na to, że następcy zarówno chirurgów „od wielkich cięć”, jak i tych operujących „przez dziurkę od klucza” nie będą bezrobotni.

Wojciech SZCZĘŚNY

(przedruk z „Primum” nr 2/15)

MICHAŁ BUŁHAKOW – LEKARZ I ŚWIATOWEJ SŁAWY PISARZ

Michaił Afanasjewicz Bułhakow urodził się 3 maja 1891 r. w Kijowie jako syn historyka religii i profesora Kijowskiej Akademii Duchownej Afanasija Iwanowicza i Warwary Michajłowny z Pokrowskich. Miał sześcioro rodzeństwa. Po ukończeniu gimnazjum w Kijowie od 1909 r. studiował medycynę na tamtejszym Imperatorskim Uniwersytecie św. Włodzimierza. Po ukończeniu studiów we wrześniu 1916 r. został zmobilizowany do wojska. Pracował najpierw w Szpitalu Wojskowym w Kijowie, a potem został skierowany do miejscowości Nikolskoje w guberni smoleńskiej, gdzie praktykował jako lekarz powiatowy. Mniej więcej przez rok przebadał ponad 15 tys. pacjentów i wykonywał m. in. amputacje i tracheotomie. Jego żona często pomagała mu jako pielęgniarka. Od września 1917 r. do lutego 1918 r. pracował w szpitalu miejskim w Wiaźmie jako ordynator oddziału chorób zakaźnych i wenerycznych.

Niepokoje rewolucyjne spowodowały, że poważnie rozważał udanie się na emigrację, ostatecznie jednak powrócił do Kijowa, gdzie praktykował prywatnie jako wenerolog. W tych burzliwych czasach, kiedy miasto przechodziło we władanie różnych sił zbrojnych i politycznych, Bułhakow - jako ochotnik, przymusowo zmobilizowany lub jeniec wojenny - trafiał do różnych oddziałów: bolszewików, Ukraińskiej Republiki Ludowej, białogwardystów. Ostatecznie jesienią 1919 r. jako lekarz 3. Tereckiego Pułku Kozackiego, znalazł się

we Władykaukazie. Od 1920 r. rozpoczął pracę dziennikarską i literacką, postanawiając ostatecznie porzucić praktyczną medycynę. W 1921 r. przeniósł się do Moskwy. Jego literackim debiutem były powstałe w latach 1920–22 „Notatki na mankietach” (zachowane jedynie we fragmentach). Następne lata przyniosły m. in. cykl siedmiu nowel „Zapiski młodego lekarza” (1925–26), opublikowany w moskiewskim czasopiśmie „Medicinskij Robotnik” i w znacznym stopniu oparty na własnych doświadczeniach z praktyki szpitalnej w czasie wojny. Ich narratorem jest młody 24-letni lekarz, wysłany tuż po otrzymaniu dyplomu na daleką rosyjską prowincję i zmuszony do absolutnej samodzielności zawodowej. Inne znane utwory Bułhakowa z tego okresu to powieść „Biała Gwardia” oraz opowiadania „Diaboliada”, „Fatalne jaja”, „Psie serce” i „Morfina”. Był także autorem wielu utworów teatralnych - najbardziej znane z nich to „Dni Turbinów” (1925–26). Praca literacka Bułhakowa w latach porewolucyjnych nie była łatwa. Władze spoglądały na niego z podejrzliwością, a utwory podlegały surowej cenzurze. Dopiero osobista interwencja Stalina, który umożliwił pisarzowi zatrudnienie w charakterze asystenta reżysera w Teatrze Artystycznym w Moskwie, przyczyniła się do poprawy warunków pracy twórczej.

Najbardziej znanym dziełem Bułhakowa, pisany przez wiele lat (ostatnie poprawki tekstu poczynił autor jeszcze kilka tygodni przed śmiercią), jest powieść

„Mistrz i Małgorzata” (1928–40; po raz pierwszy ukazała się w 1966 r., czyli 26 lat po śmierci pisarza), uważana za jedno z najbardziej znaczących dzieł literatury światowej XX w.

Bułhakow niemal przez całe życia zmagał się z problemami zdrowotnymi. Około 1916 r. uzależnił się od morfiny. Wprawdzie w 1918 r. uwolnił się od tego nałogu, ale zachorował na tyfus. W 1939 r. stan zdrowia pisarza uległ gwałtownemu pogorszeniu - wystąpiły silne bóle głowy i zaburzenia widzenia. Najprawdopodobniej objawy te związane były z rozwijającą się niewydolnością nerek i wtórnym nadciśnieniem tętniczym. Jako lekarz (i świadek śmierci swojego ojca z analogicznych przyczyn) zdawał sobie zapewne sprawę z ciężkości

i nieuleczalności schorzenia. Zastosowane leczenie sanatoryjne nie przyniosło poprawy. Pisarz zmarł w Moskwie 10 marca 1940 r. 12 marca urnę z jego prochami złożono uroczystie na moskiewskim Cmentarzu Nowodziewiczym.

Bułhakow był trzykrotnie żonaty: najpierw z Tatianą Łappą, następnie z Łubów Biełoziorską, wreszcie od 1931 r. z Jeleną Szyłowską, która uchodzi na pierwowzór tytułowej bohaterki „Mistrza i Małgorzaty”. [...]*

Dr med. W. WITCZAK
Prof. nadzw. A. GRZYBOWSKI

* skrót pochodzi od Redakcji Opolskiego Biuletynu

(przedruk z Biuletynu Wielkopolskiej Izby Lekarskiej nr 6-7/14)

MEDYCyna PO DYPLomie

PRAWOŚLAZ LEKARSKI (*ALTHAEA OFFICINALIS*) TRADYCYJNE ZASTOSOWANIE I NOWE PERSPEKTYWY

Wprowadzenie

Prawoślaz lekarski (*Althaea officinalis*), zwany również ślazurem prawdziwym lub lekarskim, to bylina z rodziny ślazarzowatych (*Malvaceae*), pospolicie występująca na wilgotnych glebach łąk i solnisk w śródlądowej, południowej i wschodniej Europie. Jest dość charakterystyczną rośliną, o łodygach sięgających do 1,5 m wysokości, dużych (średnica ok. 5 cm), różowo-białych kwiatach, wyrastających w kątach liści w górnej części łodygi. Okres kwitnienia przypada na lipiec i sierpień. Prawoślaz lekarski jest także powszechnie uprawiany do celów leczniczych, mimo że występuje w wielu rejonach (1).

Surowce farmaceutyczne

Surowcem farmaceutycznym jest korzeń (*Althaeae radix*) oraz liście (*Althaeae folium*) prawoślazu lekarskiego, choć aktywność biologiczną stwierdzono również w substancjach obecnych w jego kwiatach i nasionach. Obydwa surowce pozyskiwane są obecnie ze specjalnych upraw. Korzenie zbiera się jesienią lub wiosną w pierwszym albo drugim roku uprawy, a następnie suszy w suszarniach (w temp. 40°C). Liście natomiast pozyskuje się w okresie kwitnienia rośliny, potem suszy w warunkach naturalnych (w cieniu i przewiewie).

Najcenniejszymi składnikami obydwu surowców są związki śluzowe, obecne w ilości do 10% zarówno w li-

ściach, jak i korzeniach. Należą do nich przede wszystkim: kwas galakturonowy, galaktoza, glukoza, ramnoza, arabinoza, pektyny, sacharoza, skrobia, asparagina i betaina. W liściach obecna jest ponadto ksyloza, a także flawonoidy (w tym tilirozylid), fenolokwasy, kumaryny (skopoletyna) i związki mineralne (1).

Tradycyjne zastosowanie

Korzenie i liście prawoślazu lekarskiego znajdują zastosowanie przede wszystkim jako środek przeciwkaszlowy i łagodzący w stanach podrażnień i zapaleniach błony śluzowej gardła, krtani i przewodu pokarmowego.

Sproszkowany korzeń ma ponadto działanie przeczyszczające (pęczniące śluz pobudza perystaltykę jelit), ale ze względu na zdolność śluzów do wchłaniania wody bywa też stosowany w biegunkach.

Zewnętrznie wodne wyciągi z korzeni prawoślazu wykorzystywane są także do okładów zmiękczających oraz w stanach zapalnych skóry, oparzeniach, owrzodzeniach, ropniach i przy ukąszeniach owadów (2,1,3).

Wieloletnie stosowanie korzenia prawoślazu w lecznictwie na terenie Unii Europejskiej pozwoliło Komitetowi ds. Roślinnych Produktów Leczniczych (HMPC) Europejskiej Agencji Leków (EMA) umieścić ten surowiec na liście tradycyjnych roślinnych produktów leczniczych, zgodnie z dyrektywą 2004/24/WE (4,5).

W Polsce najpopularniejszym produktem leczniczym uzyskiwanym z tej rośliny jest wciąż farmakopealny syrop prawoślazowy (*Sirupus Althaeae*) (1). Zgodnie z Farmakopeą Polską w celu jego przygotowania należy 5 części grubo rozdrobnionego korzenia przemytego małą objętością wody zalać 40 częściami wody z 1 częścią etanolu (760 g/l) i pozostawić pod przykryciem przez 3 godz. w temperaturze pokojowej. Otrzymany macerat należy przecedzić i na gorąco rozpuścić w nim cukier oraz kwas benzoesowy, następnie doprowadzić do wrzenia, uzupełnić przegotowaną wodą do 100 części i przecedzić (6).

W technologii postaci leku syrop prawoślazowy znalazł również zastosowanie jako corrigens, czyli środek poprawiający smak i zapach (7).

Wyniki ostatnich badań wskazują jednak na znacznie szersze możliwości wykorzystania tej rośliny w medycynie, obejmujące poza jej działaniem przeciwkaszlowym oraz łagodzącym podrażnienia skóry i błony śluzowej, także efekt przeciwwrzaskowy, immunomodulujący, wybielający, antyoksydacyjny, przeciwdrobnoustrojowy, neuroprotektoryjny i hipoglikemiczny.

Działanie przeciwkaszlowe

Tradycyjnie wykorzystywany w leczeniu efekt przeciwkaszlowy wyciągów z korzeni prawoślazu jest powiązany z obecnością substancji śluzowych oraz ich działaniem powlekającym i osłaniającym błony śluzowe przewodu pokarmowego. Dokładny mechanizm działania przeciwkaszlowego nie został jeszcze do końca poznany, a według ostatnich doniesień ma on najprawdopodobniej również związek z wpływem polisacharydów na receptor serotoninergetyczny 5-HT₂ (8,9).

W badaniach z udziałem kotów wykazano, że dożołądkowe podanie frakcji polisacharydowej uzyskanej z wyciągu wodnego z *Althaeae radix* w dawce 50 mg/kg masy ciała zmniejsza częstotliwość ataków suchego kaszlu, będącego wynikiem podrażnień błony śluzowej gardła, krtani lub tchawicy. Stwierdzono ponadto, iż skuteczność frakcji polisacharydowej w dawce 50 mg/kg jest taka sama, jak syropu prawoślazowego podanego w dawce 1 g/kg i większa, niż prenoksodiazyny w dawce 30 mg/kg (7). Skuteczność polisacharydów z korzeni prawoślazu potwierdzono również w badaniach na świnkach morskich, u których kaszel indukowano kwasem cytrynowym. Dowiedziono, że wykazują one zależny od dawki efekt przeciwkaszlowy, porównywalny nawet z kodeiną (8,9).

Ciekawych wyników dostarczyło ponadto badanie kliniczne z udziałem pacjentów cierpiących na kaszel związany ze stosowaniem inhibitorów konwertazy angiotensyny. Okazało się, że przyjmowanie 40 mg wyciągu z korzeni prawoślazu lekarskiego 3 razy dziennie przez 4 tygodnie znacząco łagodzi kaszel, u niektórych pacjentów prowadząc nawet do jego całkowitego ustąpienia (3).

Działanie ochronne na błony śluzowe gardła i krtani

Korzystny wpływ wyciągów z prawoślazu na błony śluzowe gardła i krtani wiąże się z obecnością substancji śluzowych. Związki te powlekają błony śluzowe gardła i krtani, a utworzona przez nie warstwa okluzyjna zapewnia ochronę dróg oddechowych przed podrażnieniami. Tego typu działanie protekcyjne pozwala zwalczać uczucie suchości i ból gardła często towarzyszące infekcjom oraz stanom zapalnym. Dodatkowo, stosowanie preparatów na bazie prawoślazu (przede wszystkim syropów) jest praktycznie pozbawione działań niepożądanych (poza przypadkami odczynów alergicznych u osób uczulonych) i zaleca się je także dzieciom oraz osobom starszym (10).

Inne zastosowanie

Działanie na błony śluzowe i skórę

Korzystny wpływ stosowanych miejscowo na skórę i błony śluzowe wyciągów z prawoślazu ogranicza się jedynie do ich działania powlekającego, osłaniającego, łagodzącego podrażnienia i rozmięczającego (1). Mechanizm działania obecnych w nich substancji jest daleko bardziej złożony. Badania *in vitro* wykazały, że zarówno wodne wyciągi z korzenia prawoślazu (10 mcg/ml), jak i izolowane polisacharydy poprawiają vitalność ludzkich komórek nabłonkowych, a cały ekstrakt stymuluje również ich proliferację. Jednocześnie nie zaobserwowano wpływu całego wyciągu ani samych polisacharydów na fibroblasty. Okazało się bowiem, iż polisacharydy przenikają do wnętrza komórek nabłonka i mogą wpływać na ekspresję genów odpowiedzialnych m. in. za proliferację, uwalnianie cytokin i adhezję. Nie stwierdzono natomiast ich zdolności do wnikania do fibroblastów (13).

Kolejne prace dostarczyły ponadto dowodów, że wyciąg z korzenia prawoślazu lekarskiego uzyskany za pomocą 45% roztworu glikolu 1,3-butylenowego może być z powodzeniem stosowany jako środek wybielający przebarwienia. Mechanizm jego działania związany jest z antagonizowaniem endoteliny-1, odpowiedzialnej m. in. za pigmentację stymulowaną promieniowaniem UVB. Wykazano, że glikolowe wyciągi z *Althaeae radix* działają wielokierunkowo, zarówno zmniejszając uwalnianie endoteliny-1 z keratynocytów, jak i niwelując jej stymulujący wpływ na proliferację i różnicowanie melanocytów. Jednocześnie dowiedziono, iż hamowanie aktywności endoteliny-1 nie odbywa się poprzez blokowanie jej wiązania do receptorów na powierzchni melanocytów (14). Działanie przeciwwrzaskowe i łagodzące podrażnienia spowodowane promieniowaniem UV stwierdzono również dla aplikowanej królikom 20% maści z wodnym wyciągiem z korzenia prawoślazu. Okazała się ona wprawdzie mniej skuteczna niż 0,05% maść z deksametazonem, ale już połączenie obu składników było skuteczniejsze niż każdy z nich zastosowany osobno (3).

Działanie przeciwzapalne i immunostymulujące

Wyniki badań *in vitro* oraz na zwierzętach wskazują, że polisacharydy obecne w korzeniach prawoślazu lekarskiego wykazują działanie przeciwzapalne i immunostymulujące. Stwierdzono, że wodne wyciągi z *Althaeae radix* w warunkach *in vitro* m. in. stymulują fagocytozę oraz wydzielanie leukotrienów z neutrofili (7).

Dootrzewnowe podanie myszom izolowanych polisacharydów prawoślazu lekarskiego w ilości 10 mg/kg masy ciała spowodowało ponad dwukrotny wzrost aktywności fagocytarnej makrofagów. Jednakże podanie dożołądkowe 80% etanolowego wyciągu z korzeni tej rośliny nie spowodowało u szczurów redukcji obrzęku indukowanego karagenem (7).

Działanie antyoksydacyjne

Właściwości antyoksydacyjne wykazują przede wszystkim substancje zawarte w kwiatach prawoślazu lekarskiego. W badaniach laboratoryjnych stwierdzono, że etanolowe wyciągi z kwiatów prawoślazu w stężeniach 50–250 mcg/ml mają wysoką zdolność do zmiatania wolnych rodników i anionów nadtlennokowych, a także chelatowania metali. Ich aktywność antyoksydacyjna jest porównywalna z aktywnością standardowych przeciwutleniaczy, takich jak α - tokoferol, hydroksyanizol i butylowany hydroksytoluen (11).

Stwierdzono ponadto, że nasilenie tego działania jest skorelowane z kolorem kwiatów - kwiaty ciemniejsze (różowe, czerwone) charakteryzują się większą aktywnością niż kwiaty białe, co najprawdopodobniej pozostaje w związku ze zwiększonym poziomem antocyjanów (12).

Działanie przeciwdrobnoustrojowe

Właściwościom przeciwdrobnoustrojowym prawoślazu lekarskiego poświęcono wiele prac, badając wpływ różnego rodzaju ekstraktów (wodnych, etanolowych, metanolowych, heksanowych, chloroformowych) z różnych części rośliny (korzenie, kwiaty, liście, nasiona i całe byliny) zarówno na wirusy, jak i bakterie oraz grzyby.

Nie zaobserwowano aktywności wyciągów etanolowych z całych roślin wobec adenowirusów, wirusa *Coxsackie B2*, wirusa opryszczki typu 1, wirusa odry i wirusa polio. 10% wyciągi wodne z suchych liści w kulturach komórkowych były także nieskuteczne wobec wirusów opryszczki typu 2, grypy A2, polio i ospy.

W pracy Naovi i wsp. nie zaobserwowano z kolei hamowania wzrostu na płytkach agarowych szczepów *Escherichia coli*, *Staphylococcus aureus* ani *Mycobacterium tuberculosis* przez wodne i etanolowe wyciągi z liści i korzeni prawoślazu.

Ekstrakty wodne, etanolowe i heksanowe z nasion były natomiast nieskuteczne wobec szczepów *Corynebacterium diphtheriae*, *Diplococcus pneumoniae*, *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pyogenes*, *Streptococcus viridans*, *Candida albicans* i *Candida tropicalis* (2).

Okazało się jednak, że wyciągi chloroformowe i metanolowe z korzeni prawoślazu hamują wzrost *Staphylococcus aureus*, *Pseudomonas aeruginosa* i *Proteus vulgaris*, a także licznych patogenów bytujących w jamie ustnej (m. in. *Porphyromonas gingivalis*, *Prevotella spp.*, *Actinomyces odontolyticus*, *Veillonella parvula*, *Eikenella corrodens*, *Fusobacterium nucleatum*, *Peptostreptococcus spp.*) (3).

W pracy Valiei i wsp. stwierdzono z kolei, że wyciągi heksanowe z kwiatów i korzeni prawoślazu wykazują wysoką skuteczność wobec licznych szczepów bakterii Gram(+) i Gram(-) oraz grzybów (m. in. *Bacillus subtilis*, *Staphylococcus epidermidis*, *Enterococcus faecalis*, *Staphylococcus aureus*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Escherichia coli*, *Candida albicans* oraz *Saccharomyces cerevisiae*). Niewrażliwe na nie okazały się natomiast *Klebsiella pneumoniae* i *Aspergillus niger* (15). Szczepy *Aspergillus niger*, *Aspergillus fumigatus* i *Aspergillus flavus* były jednak wrażliwe na 80% wyciągi etanolowe z prawoślazu (3).

Inne, badane obecnie, kierunki działania

W ostatnich latach pojawiają się doniesienia o neuroprotekcyjnym działaniu wyciągów z korzeni prawoślazu. Efekt ten stwierdzono u szczurów, u których indukowano parkinsonizm poprzez bezpośrednie wstrzyknięcie do istoty czarnej śródmózgowia 6-hydroksydopaminy. U zwierząt poddanych premedykacji wyciągiem z prawoślazu w dawkach 10 mg/kg przez 6 dni przed i 3 dni po wstrzyknięciu 6-hydroksydopaminy obserwowano jego działanie ochronne na neurony istoty czarnej (10).

Opisano również zdolność podawanych dootrzewnowo polisacharydów izolowanych z korzeni *Althaea officinalis* do obniżania poziomu glukozy we krwi zdrowych żab (3). Działanie neuroprotekcyjne i hipoglikemizujące prawoślazu wciąż jednak wymaga lepszego udokumentowania.

Interakcje i toksykologia

Mimo powszechnego stosowania preparatów na bazie surowców prawoślazu lekarskiego, jak dotąd nie opisano przypadków wystąpienia działań niepożądanych. Należy mieć jednak na uwadze możliwość zmniejszenia przyswajania innych leków przez związki śluzowe zawarte w tej roślinie. Monografie poświęcone *Althaeae radix* zwracają również uwagę na brak danych dotyczących bezpieczeństwa jego stosowania w okresie ciąży i karmienia piersią (5,7).

Podsumowanie

Tradycyjne stosowanie w leczeniu surowców uzyskiwanych z prawoślazu lekarskiego do produkcji leków przeciwkaszlowych, osłaniających i powlekających nie wyczerpuje pełnego spektrum aktywności biologicznej obecnych w nich substancji czynnych.

Przeprowadzone w ostatnich latach badania wskazują, że mają one również zdolność do stymulowania proliferacji i poprawiania vitalności komórek nabłonkowych, a także właściwości wybielające przebarwienia na skórze, przeciwzapalne, immunostymulujące, antyoksydacyjne, przeciwdrobnoustrojowe, neuroprotektoryjne i hipoglikemizujące. Nowo poznane właściwości *Althaea officinalis* otwierają drogę do jego znacznie szerszego niż dawniej wykorzystania w lecznictwie.

PIŚMIENNICTWO:

- (1) Strzelecka H, Kowalski J. Encyklopedia zielarstwa i ziołolecznictwa. Warszawa: PWN, 2000.
- (2) Shah S, Akhtar N, Akram M, Shah PA, Saeed T, Ahmed K, Asif H. Pharmacological activity of *Althaea officinalis* L. J Med Plants Res (2011), 5, 5662-5666.
- (3) Al-Snafi AE. The pharmaceutical importance of *Althaea officinalis* and *Althaea rosea*: a review. Int J PharmTech Res 5.3 (2013): 1378-1385.
- (4) Dz. U. 2008 nr 45 poz. 271. Obwieszczenie Marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 27 lutego 2008 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy - Prawo farmaceutyczne.
- (5) European Medicines Agency. COMMUNITY HERBAL MONOGRAPH ON *ALTHAEA OFFICINALIS* L., RADIX. EMEA/HMPC/98717/2008. London, 14 May 2009.
- (6) Polskie Towarzystwo Farmaceutyczne. Farmakopea Polska wyd. V, tom V, str. 381-383. Warszawa, 1999.
- (7) World Health Organization. Monographs on Selected Medicinal Plants - Volume 2 - Radix Altheae. 2004.
- (8) Sutovska M, Nosalova G, Sutovsky J, Franova S, Priesznakova L, Capek P. Possible mechanisms of dose-dependent cough suppressive effect of *Althaea officinalis* rhamnogalacturonan in guinea pigs test system. Int J Biol Macromol 2009 Jul 1;45(11):27-32. doi: 10.1016/j.ijbiomac.2009.03.008. Epub 2009 Apr 2.
- (9) Sutovska M, Capek P, Franova S, Joskova M, Sutovsky J, Marcinek J, Kalman M. Antitussive activity of *Althaea officinalis* L. polysaccharide rhamnogalacturonan and its changes in guinea pigs with ovalbumine-induced airways inflammation. Bratisl Lek Listy. 2011; 112(121):670-5.
- (10) Kostowski W, Herman ZS. Farmakologia. Podstawy farmakoterapii, t. I, str. 698-699, Warszawa: PZWL, 2010.
- (11) Deters A, Zippel J, Hellenbrand N, Pappai D, Possemeyer C, Hensel A. Aqueous extracts and polysaccharides from Marshmallow roots (*Althaea officinalis* L.): cellular internalisation and stimulation of cell physiology of human epithelial cells in vitro. J Ethnopharmacol, 2010 Jan 8;127(1):62-9. doi: 10.1016/j.jep.2009.09.050 Epub 2009 Sep 30.
- (12) Kobayashi A, Hachiya A, Ohuchi A, Kitahara T, Takeuma Y. Inhibitory mechanism of an extract of *Althaea officinalis* L. on endothelin-1-induced melanocyte activation. Biol Pharm Bull. 2002 Feb;25(2):229-34.
- (13) Elmastas M, Ozturk L, Gokce I, Erenler R. Aboul Enein HY. Determination of antioxidant activity of marshmallow flower (*Althaea officinalis* L). Analytical letters (2004), 37(9), 1859-1869.
- (14) Sadighara P, Gharibi S, Moghadam Jafari A, Jahed Khaniki G, Salari S. The antioxidant and flavonoids contents of *Althaea officinalis* L. flowers based on their color. Avicenna J Phytomed. 2012 Summer;2(3):113-7.
- (15) Valiei M, Shafaghat A, Salimi F. Chemical composition and antimicrobial activity of the flower and root hexane extracts of *Althaea officinalis* in Northwest Iran. J Med Plants Res 5.32 (2011): 6972-6976.
- (16) Rezaei M, Alirezaei M. Protective effects of *Althaea officinalis* L. extract in 6-hydroxydopamine-induced hemi-Parkinsonism model: behavioral, biochemical and histochemical evidence. J Physiol Sci. 2014 May;64(3):171-6. doi: 10.1007/S12576-014-0305-Z. Epub 2014 Jan 25.

mgr farm. Joanna KRAJEWSKA
joanna.krajewska@ymail.com

(przedruk z „Lek w Polsce” nr10/14)

PRAWNE ASPEKTY ODMOWY UDZIELENIA ŚWIADCZENIA ZDROWOTNEGO

Wprowadzenie

Pytanie o zakres obowiązków lekarza z perspektywy współczesnego, odhumanizowanego podejścia do zawodu oraz wykonywanych czynności wydaje się zasadne i istotne. Z jednej strony faktem jest funkcjonowanie lekarza w systemie ochrony zdrowia opartym o zasady wolnego rynku, z drugiej zaś, oczywistością jest specyfika zawodu lekarza, polegająca, przede wszystkim, na podmiocie i przedmiocie jego działań. Wszelkie czynności lekarz podejmuje bowiem wobec człowieka w celu poprawy jakości jego życia i zdrowia. W związku z tym funkcjonowanie w przyjętym systemie, w którym lekarz jest świadczeniodawcą (finansowanie ze środków publicznych) lub usługodawcą (finansowanie ze środków prywatnych), a pacjent – świadczeniobiorcą lub usługobiorcą, stanowi poważne zagrożenie dla interesu chorego, prawdziwe wyzwanie dla lekarza, a przede wszystkim konieczność stawienia czoła problemowi pogodzenia takich wartości, jak dobro pacjenta, dobro lekarza i funkcjonalność systemu opieki zdrowotnej. Dlatego też warto wyjaśnić pewne istotne kwestie z perspektywy prawnej, pamiętając jednakże, że żadne prawo nie jest doskonałe i nie da bezrefleksyjnych odpowiedzi na dylematy relacji międzyludzkich. Tu w sukurs musi przyjść etyka lekarska i ludzka przyzwoitość.

Odmowa udzielenia świadczenia

Kwestia odmowy udzielenia świadczenia może być różnie interpretowana przez praktyków, natomiast prawo w tej materii daje raczej jasny przekaz. Każdy lekarz, na mocy art. 30 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentyisty (uzl), zobowiązany jest do udzielania pomocy lekarskiej. Oznacza to, że wobec każdej osoby, która potrzebuje interwencji lekarskiej, lekarz powinien podjąć wszelkie czynności, które są niezbędne do zlikwidowania przyczyn powodujących potrzebę pomocy. Pomoc ta powinna być udzielona adekwatnie do stanu pacjenta i z uwzględnieniem możliwości technicznych lekarza. Obowiązek ratowania innych osób ma charakter ogólnoludzki i adresowany jest do każdego człowieka, co wyraźnie wyartykułowane jest w przepisach Kodeksu karnego (k.k.). Art. 162 § 1 przewiduje, że: „Kto człowiekowi znajdującemu się w położeniu gro-

żącym bezpośrednim niebezpieczeństwem utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu nie udziela pomocy, mogąc jej udzielić bez narażenia siebie lub innej osoby na niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3”. Różnica polega na tym, że od lekarza jako profesjonalisty wymaga się działania o wyższym standardzie opartym na kryterium wiedzy, do świadczenia zawodowego oraz dostępności środków. Stąd wniosek, że lekarz musi udzielić pomocy, podobnie jak każda osoba, ale jego działania lub zaniechania będą oceniane wg standardów profesjonalnych. Należy pamiętać, że przepis art. 30 uzl obejmuje zarówno czas wykonywania obowiązków zawodowych przez lekarza, jak i jego czas wolny. Jeśli zatem ma miejsce jedna z trzech opisanych w art. 30 sytuacji, lekarz musi działać. Chodzi o przypadki, gdy zwłoka w udzieleniu pomocy mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, niebezpieczeństwo ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia. Dodatkowo art. 30 wprowadza bardzo pojemną i otwartą klauzulę: „w innych przypadkach niecierpiących zwłoki”. Należy ją odczytywać w ten sposób, że obowiązek udzielenia pomocy następuje, gdy zwłoka w podjęciu akcji ratunkowej może pogorszyć stan pacjenta, utrudnić diagnostykę, spowodować wydłużenie terapii czy rehabilitacji. Motywem przewodnim przy ocenie, czy tego rodzaju sytuacja ma miejsce, jest odpowiedź na pytanie: czy nieudzielenie pomocy może spowodować poważne negatywne skutki dla zdrowia pacjenta. Tego rodzaju oceny dokonuje lekarz, jako osoba legitymująca się odpowiednią wiedzą i umiejętnościami. Dla zilustrowania problemu przykłady z praktyki.

Przykład 1: lekarz przebywa na urlopie wypoczynkowym. W zasięgu jego działania pojawia się chory z symptomami wskazującymi na zawał serca. Lekarz ma obowiązek podjąć czynności ratownicze i wezwać fachową pomoc wyposażoną w odpowiedni sprzęt (karetka pogotowia ratunkowego). W tej samej sytuacji, gdy lekarz przebywający na urlopie znajduje się w stanie po spożyciu alkoholu, jego obowiązek ograniczy się do wezwania karetki, ponieważ jego osobiście udzielona pomoc będzie niosła istotne ryzyko nieprawidłowości ze względu na osłabione i ograniczone reakcje jego własnego organizmu. Innymi słowy wskaźnikiem działa-

nia powinna być wiedza i umiejętności oraz dostępność środków i metod w połączeniu z rozsądkiem.

Przykład 2: lekarz pracujący w przychodni dostaje wezwanie telefoniczne do chorego, z którego wynika, że uległ on poparzeniu. Lekarz odmawia przyjazdu, tłumacząc się brakiem samochodu. Na propozycję podwiezienia przez rodzinę pacjenta, odmawia. Pacjent umiera, a sekcja zwłok wykazuje, że ewentualna pomoc lekarska i tak byłaby nieskuteczna. Mimo to lekarz będzie odpowiadał za nieudzielenie pomocy, ponieważ jego interwencja mogłaby zmniejszyć zakres cierpień pacjenta.

Należy pamiętać, że obowiązek leczenia, udzielania pomocy nie ma jednakże charakteru bezwzględny, co oznacza, że prawo przewiduje sytuacje, w których lekarz może odstąpić od leczenia. Zgodnie z art. 38 uzł lekarz ma prawo nie podjąć lub odstąpić od leczenia. Rozwiązanie to potwierdza również Kodeks Etyki Lekarskiej: „W szczególnie uzasadnionych wypadkach lekarz może nie podjąć lub odstąpić od leczenia chorego, z wyjątkiem przypadków niecierpiących zwłoki” (art. 7). Na mocy takiej regulacji lekarz może w ogóle nie podejmować leczenia lub też przerwać leczenie. Takie postępowanie wymaga oczywiście spełnienia warunków, które ustawodawca definiuje następująco: brak sytuacji scharakteryzowanych w art. 30 uzł, wcześniejsze uprzedzenie pacjenta, wskazanie realnej możliwości uzyskania świadczenia u innego lekarza lub w innym podmiocie leczniczym, sporządzenie stosownego wpisu w dokumentacji medycznej.

Analizując zatem poszczególne przesłanki umożliwiające odstąpienie od leczenia, należy pamiętać, że nie jest ono możliwe, gdy, jak przewiduje to art. 30 uzł: „Zwłoka w (...) udzieleniu (pomocy) mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia (pacjenta), oraz w innych przypadkach niecierpiących zwłoki”. W pozostałych sytuacjach lekarz ma prawo odmówić leczenia w ogóle lub przerwać dalsze leczenie, wypełniając związane z odstąpieniem obowiązki. Przede wszystkim lekarz musi zadośćuczynić obowiązkowi informacyjnemu, który polega na uprzedzeniu pacjenta o woli odstąpienia od jego leczenia na tyle wcześnie, aby mógł on realnie skorzystać z pomocy innego lekarza lub innego podmiotu leczniczego. Kryterium odpowiedniego czasu powinno uwzględniać stan zdrowia pacjenta, możliwość ustalenia przejęcia opieki nad pacjentem przez alternatywnego lekarza, limity świadczeń kontraktowanych (gdy rzecz ma miejsce w publicznej ochronie zdrowia). Ponadto lekarz musi wskazać pacjentowi realną możliwość uzyskania pomocy medycznej u innego lekarza lub w innym podmiocie leczniczym, co wymaga od niego stosownej wiedzy i orientacji. Realizacja zatem tego warunku może

w praktyce powodować poważne trudności. Wreszcie, fakt odstąpienia od leczenia lekarz musi udokumentować pisemnie w dokumentacji medycznej uzasadniając swoją decyzję, czyli racjonalizując sytuację. W przypadku odmowy leczenia w ogóle lekarz powinien poinformować pacjenta o tym fakcie i przedstawić rzeczowe uzasadnienie. Informacji tej lekarz nie zamieszcza w dokumentacji, ponieważ takowej pacjent, u którego de facto nie rozpoczęto leczenia, nie posiada. Tak przewiduje regulacja ustawowa, jednakże, z procesowego punktu widzenia, nie wydaje się nadinterpretacją prawa wskazówka, zgodnie z którą dobrze byłoby sporządzić przynajmniej notatkę na temat faktu odmowy leczenia wraz z uzasadnieniem jej przyczyn.

W przypadku lekarzy zatrudnionych na podstawie stosunku pracy lub w ramach służby ustawodawca wprowadza dodatkowy wymóg towarzyszący odmowie – zaistnienie poważnych powodów oraz uzyskanie zgody przełożonego.

Odmowa działania sprzecznego z sumieniem

Lekarz ma prawo odmówić leczenia, powołując się na klauzulę sumienia (art. 39 uzł). Podobnie jak przy zwykłej odmowie odstąpienie od leczenia może nastąpić tylko wtedy, gdy nie zachodzą przesłanki z art. 30 uzł, czyli nie mamy do czynienia z sytuacją, w której zwłoka w udzieleniu pomocy mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia, oraz z innym przypadkiem niecierpiącym zwłoki. Wyeliminowawszy tego typu sytuacje, lekarz może odmówić leczenia, gdy uzna, że jest ono sprzeczne z jego sumieniem, pamiętając o dalszych warunkach odmowy, do których prawo, podobnie jak przy odmowie na warunkach z art. 38 uzł, zalicza: obowiązek wskazania realnej możliwości uzyskania tego świadczenia u innego lekarza lub w innym podmiocie leczniczym oraz uzasadnienia i odnotowania tego faktu w dokumentacji medycznej. Ponadto lekarz wykonujący swój zawód na podstawie stosunku pracy lub w ramach służby ma obowiązek uprzedniego powiadomienia na piśmie przełożonego. W stosunku do zwykłej odmowy różnica wyraża się zatem w tym, że, powołując się na klauzulę sumienia, lekarz nie potrzebuje zgody na odmowę, a tylko o fakcie tym powiadamia.

Teoretycznie zatem warunki skorzystania z klauzuli sumienia są dość jasne. Praktyka pokazuje jednak, że jest to mylne wrażenie. **Jak wynika z orzecznictwa najczęstszymi błędami są: brak stosownych wpisów w dokumentacji medycznej, brak uzasadnienia zastosowania klauzuli, brak wskazania realnej możliwości skorzystania z pomocy innego lekarza lub innego podmiotu leczniczego i wreszcie brak powiadomienia**

przełożonego. Czyli klauzula sumienia stosowana jest całkowicie lub częściowo wbrew wymaganiom zdefiniowanym w ustawie. Sąd Najwyższy konsekwentnie (np. wyrok z 13 października 2005 r. – IV CK 161/05, wyrok z 12 czerwca 2008 r. – III CSK 16/08,) podkreśla, że lekarz ma prawo, powołując się na klauzulę sumienia, odmówić wykonania czynności lekarskich, ale zawsze pod warunkiem spełnienia przesłanek wymienionych w art. 39 uzł. W sprawach, które znalazły swój finał przed Europejskim Trybunałem Praw Człowieka w Strasburgu (np. wyrok z 26 maja 2011 r. w sprawie R.R. przeciwko Polsce, skarga nr 27617/04, wyrok z 30 października 2012 r. w sprawie P. i S. przeciwko Polsce, skarga nr 57375/08), ten sąd międzynarodowy również potwierdził prawo lekarza do skorzystania z klauzuli sumienia, ale w ramach przewidzianych prawem warunków. Ponadto zwrócił uwagę na istotną rolę państwa, które wprowadzając pewne rozwiązania prawne do systemu, ma obowiązek zadbać, aby istniały odpowiednie procedury pozwalające pacjentowi na skorzystanie z przysługujących mu praw i świadczeń gwarantowanych w systemie opieki zdrowotnej. Chodzi tu np. o sytuację, w której lekarz ze względu na konflikt sumienia odmawia dokonania aborcji dozwolonej prawem, a kobieta nie ma możliwości odwołania się od jego decyzji (teoretycznie, zgodnie z art. 31 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, pacjent ma prawo wnieść sprzeciw wobec opinii lub orzeczenia lekarza, ale procedura przewiduje 30 dni na złożenie tego rodzaju odwołania oraz kolejne 30 dni na odpowiedź Komisji Lekarskiej działającej przy Rzeczniku Praw Pacjenta, co w praktyce może istotnie zablokować dokonanie zabiegu aborcji, ponieważ dopuszczalny ustawowo termin określono w ten sposób, że usunięcie płodu, w zależności od przyczyny, możliwe jest do chwili osiągnięcia przez płód zdolności do samodzielnego życia poza organizmem kobiety ciężarnej lub do 12 tygodnia ciąży) ani uzyskania tego rodzaju świadczenia od innego lekarza bądź podmiotu leczniczego. Na poziomie Europejskiej Konwencji Praw Człowieka nieprawidłowe stosowanie klauzuli sumienia może narazić na naruszenie prawa pacjenta do poszanowania jego prywatności, wolność pacjenta od tortur i niehumanitarnego traktowania, wolność pacjenta od wszelkiej dyskryminacji.

Klauzula sumienia przywoływana jest najczęściej w tzw. „sprawach ginekologicznych”. Takie ograniczanie stosowania klauzuli nie jest jednak właściwe. Warto zwrócić uwagę, że klauzula sumienia może mieć np. zastosowanie w sytuacji niezgody lekarza na polecenie przełożonego (ordynatora, kierownika zespołu), opartej na przesłankach merytorycznych. Gdy dochodzi do konfliktu między przekonaniem lekarza o celowości stosowania danej metody leczniczej, opartym na aktualnej wiedzy medycznej, nakaz postępowania w zgo-

dzie z tym przekonaniem przeważa nad obowiązkiem respektowania poleceń przełożonego. Dobrem najwyższym bowiem jest zawsze dobro pacjenta. Jeśli lekarz ma całkowite i uzasadnione przekonanie, że wykonanie polecenia stoi w sprzeczności z dobrem chorego, może, a nawet powinien, odmówić realizacji nałożonego nań polecenia. Dla zilustrowania problemu przykłady z praktyki.

Przykład 3: na oddział ortopedyczny trafia 90-letnia pacjentka ze złamaniem szyjki kości udowej. Stan internistyczny pacjentki jest ciężki (chora 5 dni wcześniej przeszła zawał mięśnia sercowego). Z wywiadu wiadomo, że przed urazem pacjentka nie poruszała się samodzielnie. Po konsultacji z kardiologiem oraz anesteziologiem, ordynator kwalifikuje pacjentkę do zabiegu wszczęcia endoprotezy stawu biodrowego. W oparciu o swoją wiedzę i doświadczenie lekarz, który ma operować, odmawia wykonania zabiegu, powołując się na klauzulę sumienia. Tłumaczy swoją decyzję poważnym zagrożeniem dla życia pacjentki i brakiem zasadności leczenia operacyjnego. Jest to przykład prawidłowej postawy lekarza i właściwej interpretacji instytucji klauzuli sumienia.

Przykład 4: 25-letni pacjent zwraca się do lekarza o usunięcie kilkunastu zębów, tłumacząc swoją prośbę dolegliwościami bólowymi oraz nieskutecznością stosowanych środków farmakologicznych mających ten dyskomfort zmniejszyć bądź zlikwidować całkowicie. Lekarz, po zbadaniu pacjenta, stwierdza, że wskazane zęby, ze względu na niewielkie zmiany próchnicowe, można leczyć zachowawczo, nie okaleczając bezpowrotnie pacjenta. Pacjent upiera się jednak, aby zęby usunąć, stwierdzając, że jest to najlepsza dla niego metoda. W świetle aktualnej wiedzy medycznej i w odczuciu lekarza taka metoda nie ma obiektywnego uzasadnienia medycznego i prowadzi do okaleczenia pacjenta oraz wywołuje skutki ostateczne. Te przesłanki, przy założeniu spełnienia pozostałych warunków skuteczności klauzuli sumienia, pozwalają na jej zastosowanie.

Odstąpienie od uporczywej terapii w stanach terminalnych

Kwestia dopuszczalności przerwania terapii w stanach terminalnych budzi poważne kontrowersje i jest przedmiotem wielowątkowych interdyscyplinarnych komentarzy w literaturze przedmiotu. Stąd w tym miejscu tylko podstawowe wyjaśnienia o charakterze prawnym. **W obowiązującym stanie prawnym brak jest regulacji kwestii związanych z odstąpieniem od uporczywej terapii.** Ustawa o zawodach lekarza przewiduje jedynie w art. 36 ust. 1, że „lekarz podczas udzielania świadczeń zdrowotnych ma obowiązek poszanowania intymności i godności osobistej pacjenta”. Nakaz ten znajduje rozwinięcie w ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, zgodnie z którą: „Pra-

wo do poszanowania godności obejmuje także prawo do umierania w spokoju i godności. Pacjent znajdujący się w stanie terminalnym ma prawo do świadczeń zdrowotnych zapewniających łagodzenie bólu i innych cierpień” (art. 20 ust. 2). Z tak przyjętego rozwiązania wynika jedynie, że lekarz ma obowiązek nieść pacjentowi w stanie terminalnym ulgę w cierpieniu. Co to oznacza w praktyce, pozostaje kwestią poniekąd otwartą, choć w pewnym stopniu ograniczoną przepisami Kodeksu karnego. Art. 150 § 1 k.k. definiuje bowiem przestępstwo eutanazji, zakazując zabijania człowieka na jego żądanie i pod wpływem współczucia dla niego, a w razie dokonania tego czynu, przewidując karę pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5.

Pewnym rozwiązaniem jest też posłużenie się Kodeksem Etyki Lekarskiej, który rozwija nieco wątek uporczywej terapii w ten sposób, że nakazuje lekarzowi dołożenie wszelkich starań, aby zapewnić choremu humanitarną opiekę terminalną i godne warunki umierania oraz do końca łagodzić cierpienia chorych w stanach terminalnych i utrzymywać, w miarę możliwości, jakość kończącego się życia (art. 30 Kel). Równocześnie dopuszcza w stanach terminalnych zwolnienie z obowiązku podejmowania i prowadzenia reanimacji lub uporczywej terapii i stosowania środków nadzwyczajnych, którą to decyzję podejmuje lekarz, biorąc pod uwagę kryterium oceny szans leczniczych (art. 32 KEL).

Z braku klarownych regulacji prawnych można odwołać się do doktryny. Przekonująca wydaje się argumentacja przyjęta przez dwóch znawców problematyki – profesorów Andrzeja Zolla oraz Marka Safjana. Obaj stoją na stanowisku, zgodnie z którym lekarz nie ma obowiązku podejmowania czynności za wszelką cenę, gdy nie przynoszą one efektów terapeutycznych, a jedynie przedłużają umieranie chorego i towarzyszące mu cierpienie. Wynika to z prostej konstatacji, że norma prawna nie może od człowieka wymagać czegoś, czego on, jako jej adresat, nie jest w stanie wykonać.

Ponadto, podchodząc do wykładni prawa systemowo, nie można nie zauważyć, że przy założeniu autonomii pacjenta, na którym opiera się współczesne prawo medyczne, legalność terapii uzależniona jest od zgody pacjenta. Jeśli zatem chory nie godzi się na dalsze leczenie, a decyzja ta ma charakter świadomy (pacjent jest poinformowany i zdolny prawnie oraz faktycznie do wyrażenia woli), lekarz nie ma obowiązku kontynuować uporczywej terapii. Praktyka podejmowania tego typu decyzji jest jednak niezwykle trudna i delikatna. Wymaga zatem dużej wiedzy popartej doświadczeniem oraz wrażliwości i delikatności. Z prawnego zaś punktu widzenia wymaga głębszej analizy.

Prawo lekarza do strajku

To bardzo drażliwa i trudna kwestia. Z perspektywy prawa należy rozważyć dwie zasadnicze kwestie: obowiązki lekarza wobec pacjenta oraz prawo lekarza jako pracownika do protestu wobec pracodawcy. Zaczynając od tego drugiego aspektu, należy przyznać, że zgodnie z Konstytucją RP, polskie prawo przewiduje prawo do strajku. Art. 59 ust. 3 Konstytucji wskazuje, że: „*Związkom zawodowym przysługuje prawo do organizowania strajków pracowniczych i innych form protestu (ale! – przyp. aut.) w granicach określonych w ustawie*”. Jednakże ten sam artykuł wprowadza ograniczenie prawa do strajku raz ze względu na dobro publiczne, dwa – podmiotowo – w odniesieniu do określonych kategorii pracowników lub – przedmiotowo – w określonych dziedzinach: „*Ze względu na dobro publiczne ustawa może ograniczyć prowadzenie strajku lub zakazać go w odniesieniu do określonych kategorii pracowników lub w określonych dziedzinach*”. **Ustawa z dnia 23 maja 1991 r. o rozwiązywaniu sporów zbiorowych jasno wskazuje w art. 19 ust. 1, że: „Niedopuszczalne jest zaprzestanie pracy w wyniku akcji strajkowych na stanowiskach pracy, urządzeniach i instalacjach, na których zaniechanie pracy zagraża życiu lub zdrowiu ludzkiemu lub bezpieczeństwu państwa”.** Jeżeli zatem z powodu strajku zagrożone byłoby życie lub zdrowie ludzkie, tego rodzaju forma protestu będzie miała charakter nielegalny. W praktyce można przyjąć, że ewentualny strajk w podmiocie leczniczym typu np. przychodnia, przy założeniu spełnienia warunku zapewnienia bezpieczeństwa zagrożonym pacjentom, nie kolidowałby z obowiązkiem poszanowania życia i zdrowia ludzkiego. Jednakże już np. w szpitalu, w wypadku strajku lekarzy z tzw. „odejściem od łóżek”, czyli zaniechaniem czynności leczniczych, następuje zagrożenie życia i zdrowia ludzkiego, co powoduje, że protest tego typu ma charakter zachowania bezprawnego. Wobec czego w przypadku strajku jego organizator oraz osoba kierująca protestem będą ponosić odpowiedzialność karną na podstawie art. 26 ust. 1 i 2 ustawy o rozwiązywaniu sporów zbiorowych, który przewiduje, że: „*Kto w związku z zajmowanym stanowiskiem lub pełnioną funkcją: przeszkadza we wszczęciu lub w prowadzeniu w sposób zgodny z prawem sporu zbiorowego, nie dopełnia obowiązków określonych w tej ustawie – podlega grzywnie albo karze ograniczenia wolności. Tej samej karze podlega ten, kto kieruje strajkiem lub inną akcją protestacyjną zorganizowaną wbrew przepisom ustawy*”. Uczestniczący zaś w strajku lekarze będą pociągnięci do odpowiedzialności w zakresie przepisów prawa pracy lub, zależnie od formy zatrudnienia, przepisów prawa cywilnego.

Nawet jeżeli, z perspektywy pracowniczey, uznałobyśmy prawo lekarza do strajku (niektórzy autorzy uwa-

żają, że wobec braku bezpośredniego wyliczenia tej profesji w ustawie jako wyłączonej z prawa do strajku, wśród których są jedynie następujące instytucje oraz kategorie pracowników: Agencja Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Agencja Wywiadu, Służba Kontrwywiadu Wojskowego, Służba Wywiadu Wojskowego, Centralne Biuro Antykorupcyjne, jednostki policji i sił zbrojnych Rzeczypospolitej Polskiej, służby więziennej, Straży Granicznej, służby celnej oraz jednostki organizacyjne ochrony przeciwpożarowej oraz zatrudnieni w organach władzy państwowej, administracji rządowej i samorządowej, sądach oraz prokuraturze, lekarz ma prawo do strajku), to z punktu widzenia praw pacjenta i obowiązków lekarza wobec chorego, innymi słowy, z natury zawodu lekarza, z jego powołania, wynika poważne ograniczenie możliwości protestowania. Bardziej adekwatne formy rozwiązywania sporów z pracodawcą przewidziane są w art. 7-14 cytowanej ustawy i obejmują: rokowania, mediacje i arbitraż.

Konkludując wątek prawa lekarza do strajku, można przedstawić dwa rodzaje wnioskowania. Część przedstawicieli doktryny, w braku bezpośredniego wyartykułowania zawodu lekarza jako profesji wyłączonej z podmiotowego zakresu prawa do strajku, uznaje to prawo, ale z zastrzeżeniem zapewnienia pacjentowi bezpieczeństwa życia i zdrowia na wypadek akcji protestacyjnej, co w praktyce oznacza obowiązek kierującego akcją protestacyjną lub/oraz osoby kierującej podmiotem leczniczym, w którym protest ma miejsce, do zapewnienia tego bezpieczeństwa. Odmienna wykładnia prawa lekarza do strajku wyklucza tego rodzaju uprawnienie ze względu na wymienione w treści art. 19 ust. 1 ustawy o rozwiązywaniu sporów zbiorowych zagrożenie życia i zdrowia jako przesłanki negatywnej.

Ze względu na wysoką pozycję w katalogu praw człowieka takich dóbr, jak rzeczne życie i zdrowie ludzkie, należałoby raczej przychylić się do interpretacji, zgodnie z którą lekarz nie powinien wykorzystywać jako metody rozwiązywania sporu z pracodawcą strajku, lecz powinien ograniczyć się do metod niezagrażających zdrowiu i życiu pacjentów, czyli rokowań, mediacji i arbitrażu.

Podsumowanie

Podsumowując kwestie poruszone w poszczególnych punktach, można dojść do wniosku, że prawo do odmowy leczenia mieści się w katalogu praw lekarza. Z oczywistych względów podlega ono ograniczeniom prawnym. Ich celowość uzasadnia konieczność ochrony najwyższych dóbr przynależnych człowiekowi, jakimi są życie i zdrowie. Lekarz może zatem odmówić rozpoczęcia lub kontynuacji leczenia pacjenta, o ile zwłoka w udzieleniu pomocy medycznej nie spowo-

dowałaby niebezpieczeństwa utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia oraz w innych przypadkach niecierpiących zwłoki. Ponadto warunkiem skutecznej prawnie odmowy jest spełnienie takich wymogów jak: poinformowanie pacjenta o tym fakcie, wskazanie choremu realnych możliwości uzyskania pomocy od innego lekarza lub w innym podmiocie leczniczym, udokumentowanie i uzasadnienie odmowy w dokumentacji medycznej, a w przypadku wykonywania zawodu na podstawie stosunku pracy lub w ramach służby, uzyskanie zgody przełożonego lub, w przypadku powołania się na klauzulę sumienia, poinformowanie przełożonego.

W odniesieniu do kwestii odstąpienia od uporczywej terapii należy odnotować istotnie niesatysfakcjonujący stan regulacji prawnej, zmuszający do raczej intuicyjnego niż uregulowanego postępowania. Niemniej jednak nie można nie zauważyć, że w koncepcji szanującej prawo pacjenta do autonomii nie da się zaprzeczyć prawu pacjenta do podjęcia decyzji o przerwaniu uporczywej terapii, a co za tym idzie, prawu lekarza (czy obowiązkowi – wciąż pozostają wątpliwości natury etycznej) do jej zaprzestania.

Wobec pytania o prawo lekarza do strajku można wyprowadzić wniosek, że w braku bezpośrednio wyrażonego zakazu tego rodzaju formy protestu przez osoby wykonujące ten zawód, lekarz może przystąpić do strajku. Równocześnie jednak należy podkreślić, że prawo to ograniczone jest obowiązkiem poszanowania życia i zdrowia ludzkiego oraz realnego zabezpieczenia realizacji ochrony tych dóbr. Brak takiego zabezpieczenia skutkuje bowiem odpowiedzialnością prawną, zarówno w aspekcie karnym, jak i cywilnym oraz pracowniczym.

Odnosząc się generalnie do prawa lekarza do odmowy leczenia nie sposób nie przypomnieć, że zawód lekarza należy do kategorii zawodów zaufania publicznego oraz ma charakter służebny wobec pacjenta, stąd wszelkie ograniczenia w udzielaniu pomocy choremu muszą znaleźć podstawę prawną, być racjonalnie uzasadnione i usprawiedliwione i nie mogą mieć arbitralnej formy. Wybór zawodu lekarza determinuje wykonywanie go z szacunkiem dla drugiego człowieka.

*Dr n. prawnych
Agata WNUKIEWICZ-KOZŁOWSKA*

Adiunkt w Katedrze Prawa Międzynarodowego i Europejskiego, kierownik Interdyscyplinarnej Pracowni Prawa Medycznego i Bioetyki, kierownik Studiów Podyplomowych Prawa Medycznego i Bioetyki Wydział Prawa, Administracji i Ekonomii Uniwersytetu Wrocławskiego

(przedruk z „Medium” 3/15)

Komisja Kultury Okręgowej Izby Lekarskiej w Łodzi zaprasza do udziału w XIII Ogólnopolskiej Wystawie Malarstwa Lekarzy, która odbędzie się w dniach 24–29 maja 2015 r. w Klubie Lekarza w Łodzi.

Koleżanki i Kolegów lekarzy zainteresowanych udziałem w Wystawie prosimy o dostarczenie swych dzieł do Okręgowej Izby Lekarskiej w Łodzi (93-005 Łódź, ul. Czerwona 3) do 8 maja br.

Obrazy mogą być wykonane w dowolnych technikach i formatach oraz opatrzone następującymi danymi: tytuł, imię i nazwisko autora, rodzaj jego specjalizacji, miejscowość zamieszkania. Przyjmujemy maksymalnie 2 prace od jednego autora ze względu na ograniczenia powierzchni wystawienniczej.

Kontynuując tradycję zapoczątkowaną podczas ubiegłorocznej edycji Wystawy planujemy przeprowadzenie konkursu, w którym prace oceni jury złożone z trójki profesjonalistów.

Wernisaż Wystawy odbędzie się 24 maja 2015 r. (niedziela) o godzinie 1700 w Klubie Lekarza w Łodzi przy ul. Czerwonej 3, a Wystawa potrwa do 29 maja br.

Serdecznie zapraszamy Autorów i Wszystkich zainteresowanych twórczością lekarzy. Kontakt: Iwona Szelewa, tel. 42/683-17-01, fax. 42/683-13-78, adres internetowy: biuro@oil.lodz.pl.

* * *

Szpital w Branicach zatrudni lekarzy specjalistów psychiatrów, lekarzy w trakcie specjalizacji lub chętnych do specjalizacji w psychiatrii. Oferujemy bardzo dobre warunki płacowe oraz mieszkanie służbowe. Tel.: 77/40-34-307 lub e-mail: sws.kadry@op.pl.

* * *

Wojewódzki Ośrodek Medycyny Pracy w Kędzierzynie-Koźlu zatrudni lekarza do pracy w Poradni Podstawowej Opieki Zdrowotnej. Oferujemy pracę w miłym zespole na dobrych warunkach finansowych i w dogodnym wymiarze czasu pracy. Zainteresowanych lekarzy prosimy o kontakt - Helena Kozłowska, Dyrektor WOMP.

* * *

Gabinety lekarskie w Opolu na dogodnych warunkach wynajmę. Tel. 606-855-813; e-mail: kornelia.konecka1@o2.pl

* * *

Kardiolog szuka pracy w Poradni Kardiologicznej w Opolu. Tel. kontaktowy: 692-741-139.

BIULETYN INFORMACYJNY OPOLSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

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

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

ŁAMANIE i DRUK: Wydawnictwo i Drukarnia Świętego Krzyża w Opolu, ul. Katedralna 8a; NAKŁAD: 2.500 egz. ISSN 1426-661X



ZATRUDNIAMY PSYCHIATRĘ DLA DZIECI I MŁODZIEŻY

Centrum Rehabilitacji i Neuropsychiatrii zatrudni lekarza psychiatrę dla dzieci i młodzieży lub w trakcie specjalizacji, na dogodnych warunkach.

Wymiar czasu pracy do uzgodnienia.

Miejsce pracy: Mikoszków/k Strzelina woj. dolnośląskie.

Kontakt: 71 39 58 104, kom. 785 405 000

Okręgowa Izba Lekarska w Szczecinie zaprasza śpiewających lekarzy do Szczecina na V Międzynarodowy Przegląd Lekarzy Śpiewających „Musica Mores Confirmat” (8–10 maja 2015 r.). Unikatowy charakter tego wydarzenia artystycznego łączy walory uzdrawiającego wpływu muzyki z walorami integracji środowiska zawodowego lekarzy i lekarzy dentystów oraz promocją pięknego miasta Szczecina.

Przyjezdni uczestnicy Przeglądu zatrzymują się w wygodnym hotelu „Fokus”, zapewniającym przemiłą atmosferę, pyszne jedzenie i położenie w bliskości Wałów Chrobrego – wizytówki miasta.

W pierwszy dzień Przeglądu zaplanowane są koncerty dla chorych w szczecińskich szpitalach. Po koncertach odbędzie się symposium naukowe w sali konferencyjnej hotelu „Fokus” na tematy związane z muzykoterapią.

Drugi dzień Przeglądu rozpoczyna rejs statkiem po Odrze. W trakcie dwugodzinnej wycieczki będzie czas na integrację: ciekawe rozmowy, wspólne śpiewy i podziwianie piękna otaczającej przyrody. Tego samego dnia w Klubie 13 Muz na Placu Żołnierza Polskiego odbędzie się KONCERT GALOWY, na którym Prezydent Miasta Szczecina wręczy nagrody dla zwycięzców Przeglądu, w tym Nagrodę Główną – „Gałązkę magnolii”, wykonaną ze srebra i bursztynu przez pracownię jubilerską. Koncert zakończy wspólna biesiada dla wykonawców, organizatorów i publiczności.

Szczegółowe informacje: Okręgowa Izba Lekarska w Szczecinie, ul. Marii Skłodowskiej Curie 11, 71-332 Szczecin, Pani Kamila Sidor - tel. 91/48-74-936 wew. 116 (w godz. 8.00–15.00), e-mail: ksidor@oil.szczecin.pl, www.oil.szczecin.pl zakładka: Sport, kultura i rekreacja.

SERDECZNIE ZAPRASZAMY!

**XII OGÓLNOPOLSKIE MISTRZOSTWA IZB LEKARSKICH
w Żeglarskiej w klasie OMEGA
Morzyczyn, jezioro Miedwie,
19-21.06.2015r.**

ZAPROSZENIE

Niezmiernie na miło zaprosić na XII Ogólnopolskie Mistrzostwa Izby Lekarskiej w Żeglarskiej w klasie OMEGA, które odbędą się w urokliwej letniskowej wsi Morzyczyn nad Jeziorem Miedwie w gminie Kobylanka, 24 km od Szczecina.

Regaty rozgrywane będą na łodziach typu OMEGA na niezmiennych zasadach, w systemie przesiadkowym.

Jak zwykle podczas wieczornego biesiadowania szykujemy wiele niespodzianek... zapewniamy miłą atmosferę i dobrą zabawę...

Zgłoszenia odbywają się na podstawie formularzy wraz z potwierdzeniem wpłaty wpisowego przesyłanych pocztą, faxem lub e-mailem w terminie do **22 maja 2015r.** na adres: Okręgowa Izba Lekarska w Szczecinie, ul. Marii Skłodowskiej-Curie 11, 71-332 Szczecin, tel. 91 48 74 936 wew. 116, e-mail: ksidor@oil.szczecin.pl

SZCZEGÓŁY:

1. TERMIN

19 – 22 czerwiec 2015r.

2. MIEJSCE REGAT

Morzyczyn, jezioro Miedwie

3. NOCLEG

"Motel Polonus" Hanna Kuzycz-Berezowska, Morzyczyn www.motelpolonus.com/index1.php?s=act

4. WPISOWE

1350 zł od załogi. W ramach wpisowego załoga otrzymuje dwa noclegi oraz pełne wyżywienie dla 3 osób.

4. DANE ORGANIZATORA

Okręgowa Izba Lekarska w Szczecinie,
ul. Marii Skłodowskiej-Curie 11,
71-332 Szczecin,
tel. 91 48 74 936 wew. 116
e-mail ksidor@oil.szczecin.pl

Osoby do kontaktu:

Halina Teodorczyk

tel. 604 41 68 64, adres e-mail: halte@wp.pl

Halina Ey-Chmielewska

tel. 601 576 160 adres e-mail: eychmielewska@wp.pl

Kamila Sidor biuro OIL w Szczecinie

tel. 91 48 74 936 wew. 116, adres e-mail: ksidor@oil.szczecin.pl

Wpłaty (wpisowe) należy dokonać na konto:

ING Bank Śląski 98 1050 1559 1000 0022 1716 8034 z dopiskiem „REGATY - OIL”