



OPOLSKA
IZBA
LEKARSKA

Rok Założenia 1990

Czerwiec 2011

ISSN 1426-661X

BIULETYN INFORMACYJNY

Nr 178

OPOLSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

www.izbalekarska.opole.pl

Zielono mi, szmaragdowo...



Zdjęcie: Grażyna Zawisza

No i mamy już połowę roku!! Chyba nie tylko mnie ten czas leci, jak zwariowany. Matury prawie za nami, pierwsze upały także, a teraz powoli zbliża się czas odpoczynku po pełnej stresów i napięć całorocznej pracy. Aby nieco uprzyjemnić Wam okres oczekiwania na urlop, proponuję kolejny numer Biuletynu. Ponieważ letni czas niespecjalnie sprzyja zbyt wielkiemu wysiłkowi umysłowemu, ten Biuletyn będzie nieco cieńszy.

W części „rodzimej” – izbowej Prezes Jakubiszyn przetłumaczy z polskiego na nasze kolejne przepisy ministerialne. Dalej dołączy do tego tłumaczenia sam wiceminister zdrowia w sprawie dotyczącej recept na środki odurzające i psychotropowe. Wreszcie dwa krótkie sprawozdania ze spotkań stomatologów i lekarzy emerytów.

W części prawnej materiał o dyżurowaniu w Izbie Przyjęć oraz o sposobie załatwienia roszczeń pacjentów. Dalej już tekst medyczny o suplementach diety i potrzebie ich stosowania.

W części „zagranicznej” rzecz o paternalizmie i partnerstwie we wzajemnych stosunkach lekarz – pacjent, o autopsji i o psychologicznych aspektach terroryzmu. Zamieszczam także obszerną notkę biograficzną Karola Marcinkowskiego w 110 rocznicę urodzin i materiał o obecności lekarzy w sieci.

Na zakończenie – zwyczajowo już - ogłoszenia i nowości wydawnicze. Życząc przyjemnej lektury, żegnam się do następnego numeru.

Jerzy B. LACH

SZPALTA PREZESA

Koleżanki i Koledzy! W ostatnich tygodniach głośno było na temat uzupełniania kartotek poradnianych, w tym kartotek w podstawowej opiece zdrowotnej, o pewne oświadczenia pacjenta. Chciałbym uspokoić wszystkich lekarzy poz – **nie ma żadnej potrzeby, żeby kontaktować się z pacjentami i prosić ich o podpisywanie oświadczeń.**

Sprawa wygląda następująco. Otóż rzeczywiście – zgodnie z ustawą o prawach pacjenta – pacjent ma prawo upoważnić inną osobę (lub osoby) do otrzymywania informacji o stanie zdrowia, jak też upoważnić do wglądu do dokumentacji medycznej.

Najnowsze rozporządzenie Ministra Zdrowia o dokumentacji medycznej (odsylałem do niego w lutowym numerze Biule-

tynu) czyni z tych oświadczeń elementy dokumentacji medycznej pacjenta. Ale oznacza to, że jeżeli takie oświadczenia są, to należy je dołączyć do kartoteki. **Nie oznacza to natomiast, że każda kartoteka musi takie oświadczenia zawierać.**

Jak najprościej sprostać wymaganiom ustawy i rozporządzenia? W rejestracji, w widocznym dla pacjenta miejscu, powinna wisieć informacja o tym, jakie oświadczenia pacjent ma prawo złożyć, a wzory tych oświadczeń winny być dostępne dla tych pacjentów, którzy ze swoich praw zechcą skorzystać. I to wszystko. Wzór informacji dla pacjentów oraz wzory oświadczeń dostępne są na stronie internetowej izby.

Jerzy JAKUBISZYN

CO SŁYCHAĆ W IZBIE

Uwaga na prawidłowe wypisywanie recept!!!

Poniżej zamieszczam treść pisma, jakie na ręce Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej wystosował wiceminister zdrowia – Adam Fronczak w sprawie błędu popełnianego przez lekarzy przy wypisywaniu recepty na środki odurzające i substancje psychotropowe. Zgodnie z prośbą Prezesa Hamankiewicza przekazujemy do publicznej wiadomości poniższe pismo.

Jerzy LACH

* * *

MINISTERSTWO ZDROWIA, Warszawa, 23.04.2011

Podsekretarz Stanu Adam Fronczak

MZ-PLO-461-9967-56/KB/11

Pan dr n. med. Maciej Hamankiewicz

Prezes Naczelnej Rady Lekarskiej

Szanowny Panie Prezesie,

W związku z różną interpretacją przepisu § 6 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 11 września 2006 r. w sprawie środków odurzających, substancji psychotropowych, prekursorów kategorii I i preparatów zawierających te środki lub substancje (Dz.U. Nr 169, poz. 1216), w kontekście wypisywania przez lekarzy recept, zwracam się z uprzejmą prośbą o przekazanie poniższej interpretacji do wszystkich członków, celem właściwego stosowania przedmiotowego rozporządzenia.

Zgodnie z § 6 ust. 1 przedmiotowego rozporządzenia, re-

cepta wystawiona na preparaty zawierające środki odurzające lub substancje psychotropowe zawiera, oprócz danych określonych w przepisach wydanych na podstawie ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty, również ilość środka odurzającego lub substancji psychotropowej wyrażona dodatkowo słownie. Lekarze interpretują to w ten sposób, iż stosują następujący zapis:

np. Clonazepam 2 mg 30 tabl. (**trzydzieści tabletek**) s. 1 x 1 tabl.

Powyższy zapis jest nieprawidłowy i stoi w sprzeczności z przepisem § 6 ww. rozporządzenia Ministra Zdrowia.

Prawidłowo wyrażona słownie ilość środka odurzającego lub substancji psychotropowej to:

np. Clonazepam 2 mg 30 tabl. (**sześćdziesiąt mg**) s. 1 x 1 tabl.

Prawidłowe wypisanie recepty przez lekarza jest niezwykle ważne zarówno dla pacjenta, który uniknie ponownej wizyty u lekarza, w celu korekty recepty, jak również dla farmaceutów, którym nieprawidłowo wypisane recepty są kwestionowane przez inspektorów Wojewódzkich Oddziałów Narodowego Funduszu Zdrowia.

Z poważaniem,

Adam Fronczak

Posiedzenie Komisji Stomatologicznej – 18 kwietnia 2011

Dnia 18.04 br. odbyło się zebranie członków Komisji Stomatologicznej. Zebranych serdecznie powitała Przewodnicząca, dr B. Hamryszak, składając zgromadzonemu życzenia z okazji zbliżających się Świąt Wielkanocnych. Następnie dr Mokrzycka złożyła sprawozdanie z posiedzenia Komisji Stomatologicznej Naczelnej Rady Lekarskiej:

Na zebraniu KS NRL dyskutowano o konieczności stosowania od 1 maja br. kas fiskalnych. Dr Mokrzycka przytoczyła treść dokumentu, przygotowanego przez dr Jakubiszyną, „ABC kasy fiskalnej”, w którym to dr Jakubiszyn pisze, iż do pamięci kasy powinny być wprowadzone jedynie usługi zgodne z PKWiU – czyli dla stomatologów byłyby to jedynie dwa kody – usługa dentystyczna i usługa ortodontyczna. Dr Lella z KS NRL wystosowała prośbę do Ministra Finansów o interpretację prawną w tej sprawie, gdyż przepisy nie precyzują jednoznacznie, jak bardzo szczegółowe powinny być procedury stosowane w kasach fiskalnych. Aktualnie oczekujemy na odpowiedź Ministerstwa Finansów.

W następnym punkcie omawiane było pismo Prezesa Urzędu Rejestracji Produktów Medycznych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych, kierowane do NIL, traktujące o kwalifikacji „wyrobów” pracowni technicznych jako wyrobów medycznych. Z pisma wynika, iż przed oddaniem pacjentowi uzupełnienia protetycznego, należałoby wystąpić do w/w Urzędu o dopuszczenie do jego użytkowania. Obowiązek ten spoczywałby na techniku.

NIL wystosowała pismo do Ministerstwa Zdrowia dotyczące obowiązku składania przez lekarzy sprawozdań o wytwarzanych odpadach do Urzędu Marszałkowskiego. NIL zwraca uwagę, iż przepisy te zostały wprowadzone w pośpiechu, nie dając lekarzom czasu na zaznajomienie się z przepisami. Poza tym zauważono, iż przepisy na równi traktują lekarzy, którzy w ogóle nie przekazali sprawozdania, z tymi, którzy sprawozdanie przekazali z opóźnieniem.

Komisja Stomatologiczna przy NRL po raz kolejny zwróciła się do Ministerstwa Zdrowia z prośbą o analizę praktyk stosowanych przez NFZ. W piśmie KS wskazuje na brak opracowanej polityki zdrowotnej dla opieki stomatologicznej, jak i ciągłe wykorzystywanie przez NFZ pozycji monopolisty. W odpowiedzi na pismo, Ministerstwo przesłało informację o przekaza-

niu w/w zarzutów do NFZ z prośbą o ustosunkowanie się do nich.

KS NRL debatowała również na temat zmiany standardów nauczania stomatologii. Studia te mają być jednolitymi, 5-letnimi studiami magisterskimi (!?). Piąty rok nauczania miałby być rokiem zajęć praktycznych i funkcjonować zamiast stażu podyplomowego.

Poruszona została sprawa wejścia nowych przepisów dotyczących dokumentacji medycznej i konieczności podpisywania przez pacjentów oświadczeń odnośnie ustanowienia uprawnionych do wglądu do dokumentacji i uzyskaniu informacji o stanie zdrowia pacjenta. W trakcie dyskusji została przytoczona interpretacja Rzecznika Praw Pacjenta, który stoi na stanowisku, że podpisywanie tych oświadczeń nie jest obligatoryjne, jednak w widocznym miejscu powinna znaleźć się informacja dla pacjenta, iż istnieje możliwość ustanowienia w/w upoważnień.

Na zebraniu KS NRL został podniesiony problem reklam gabinetów w środkach masowego przekazu. Naczelna KS ma zamiar wystosować zapytanie do okręgowych Komisji w tej sprawie.

W kolejnym punkcie zebrania, przewodnicząca dr B. Hamryszak przypomniała o konieczności przeprowadzania w gabinetach tzw. „kontroli wewnętrznych”. Kontrole te mają polegać na opisanu faktu kontrolowania procedur obowiązujących w gabinecie. Po rozmowie z przedstawicielem Sanepid-u, przewodnicząca uzyskała informację, iż protokół z takiej kontroli może być wymagany podczas okresowej kontroli przeprowadzanej poprzez Sanepid. Jednorazowo wystarczy skontrolować jedną procedurę. Dokumenty z takich kontroli powinny być przechowywane przez 5 lat.

Przewodnicząca poinformowała, iż systemy informatyczne NFZ błędnie rozliczają leczenie kanałowe – dolne trzonowce, wg NFZ, mają dwa kanały, górne pierwsze przedtrzonowe – jeden. Niestety w chwili obecnej nie znosi się na skorygowanie w/w błędów przez NFZ.

Dr Hamryszak przypomniała również, iż jednostki organizacyjne podległe Ministerstwu Zdrowia, zobligowane są do składania sprawozdań poprzez stronę internetową Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia – www.csioz.gov.pl.

Na tym zakończono posiedzenie.

Wiosenne spotkanie lekarzy emerytów i rencistów w dniu 16 kwietnia 2011

Tradycyjne spotkanie Wielkanocne połączone było z uroczystością uhonorowania kolejnej grupy lekarzy i lekarzy dentystów, którzy obchodzili jubileusz 50 lat pracy w zawodzie. Zaproszonych zostało 38 osób.

Na wstępie – chwilą ciszy – uczciliśmy pamięć tych naszych Koleżanek i Kolegów, którzy w ostatnim czasie odeszli na wieczny dyżur.

Następnie Prezes Okręgowej Rady Lekarskiej dr Jerzy Jakubiszyn oraz Przewodniczący Komisji ds. Emerytów i Rencistów dr Tadeusz Chowaniec wręczyli obecnym na spotkaniu 29 Koleżankom i Kole-

gom pamiątkowe medale oraz dyplomy wraz z życzeniami zdrowia i pomyślności w dalszym życiu, a dla całej licznie zgromadzonej emeryckiej braci lekarskiej przekazali życzenia Zdrowych i Pięknych Świąt Wielkanocnych.

Przy muzyce młodego zespołu saksofonicznego z Opolskiej Szkoły Muzycznej zakończyliśmy spotkanie uroczystym obiadem i życzeniami, abyśmy w tym samym składzie spotkali się w grudniu na Oplątku.

Ewa PŁASZOWIECKA

PRAWO NA CODZIEN

Powierzanie lekarzowi pracy w izbie przyjęć

Obecnie obserwuję, że wielu lekarzy zgłasza się do prawnika w celu uzyskania porady, czy dopuszczalne jest, aby pracodawca kierował lekarza zatrudnionego na oddziale szpitalnym do pracy w izbie przyjęć. Problem nie polega jednak na tym, że pracodawca ma zamiar powierzyć pracownikowi inną pracę zamiast pracy na oddziale szpitalnym, co byłoby możliwe np. za pomocą tzw. wypowiedzenia zmieniającego, ale na tym, że **pracodawca oczekuje, że lekarz w ramach jednego etatu będzie pracował na oddziale szpitalnym i jednocześnie na izbie przyjęć**. Trudno powiedzieć dlaczego to zjawisko nasiliło się w ostatnich tygodniach, bo prawdę mówiąc dotychczas z problemem tym nie mieliśmy do czynienia w tak dużym natężeniu. Być może jest to związane z okresem kontraktowania świadczeń z Narodowym Funduszem Zdrowia, być może chodzi o trudność w pozyskaniu lekarzy, którzy za zaoferowane przez dyrekcje szpitali stawki wynagrodzenia, zgodzą się zatrudnić na izbie przyjęć. Okoliczności, w których przyszło działać dyrektorom szpitali, nie powinny jednak przesłaniać warstwy prawnej problemu.

Lekarze, którzy są zobligowani do pracy na oddziale i izbie przyjęć jednocześnie stawiają pytanie, czy jest to zgodne z przepisami prawa. Aby uczynić dalsze wywody bardziej przejrzystymi, trzeba wyróżnić dwie odmienne sytuacje:

Pierwsza, to sytuacja, w której lekarzem kierowanym do pracy w izbie przyjęć jest lekarz-rezydent odbywający w szpitalu szkolenie specjalizacyjne. Druga, to sytuacja, gdy kierowanym lekarzem jest osoba mająca podpisaną ze szpitalem „zwykłą” umowę o pracę, tj. osoba

nie odbywająca szkolenia specjalizacyjnego. W pierwszej sytuacji, która dotyczy lekarza-rezydenta odbywającego specjalizację, punktem wyjścia powinien być zapis art. 16 ust. 1c ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, który stanowi, że: *Rezydentury są finansowane z budżetu państwa, z części, której dysponentem jest minister właściwy do spraw zdrowia.*

Wynika z niego, że rezydenci są szczególnym rodzajem pracowników, na których zatrudnienie szpital otrzymuje finansowanie budżetowe, w zamian za co szpital zobowiązany jest umożliwić specjalizującemu się rezydentowi zdobycie wiedzy wymaganej programem specjalizacji.

W tym celu ustawodawca w art. 16 ust. 1a ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty przewidział, że: *Lekarz może odbywać specjalizację na podstawie umowy o pracę, w pełnym wymiarze czasu pracy, zawartej z jednostką organizacyjną prowadzącą specjalizację na czas określony, w celu doskonalenia zawodowego, obejmującego realizację programu specjalizacji, zwaną dalej „rezydenturą”.*

Podkreślone przeze mnie fragmenty tego przepisu wyraźnie wskazują, że umowa o pracę jest zawierana w celu doskonalenia zawodowego i realizacja tej umowy ma być ściśle powiązana z programem specjalizacji. Warto też zwrócić uwagę na fakt, że rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 października 2005 r. w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentystów, jako jeden z warunków ubiegania się o wpis na listę podmiotów mogących prowadzić specjalizację uczyniło zapewnienie przez szpital warunków merytorycznych i **organizacyjnych**, umożliwiających realizację programu specjalizacji okre-

ślonej liczbie lekarzy. W tej sytuacji zapewnienie warunków organizacyjnych do odbywania specjalizacji zgodnie z jej programem stanowi jeden z ważnych obowiązków szpitala – zapewnienie wspomnianych warunków organizacyjnych, to stworzenie możliwości niezakłóconego odbywania szkolenia specjalizacyjnego. **Warunki organizacyjne nie są zapewnione, gdy szpital, przy pomocy lekarzy rezydentów, zamierza „latać braki kadrowe” na izbie przyjęć, gdyż dzieje się to zawsze z uszczerbkiem dla jakości szkolenia specjalizacyjnego.**

Fakt, że umowa o pracę rezydenta jest zawierana w celu szkolenia specjalizacyjnego oraz że szpital wpisując się na listę podmiotów prowadzących specjalizację przyjął na siebie zobowiązanie do zapewnienia warunków, w których lekarz rezydent może bez zakłóceń odbywać specjalizację, wskazuje jednoznacznie, że **lekarz rezydent może domagać się od szpitala zapewnienia pracy zgodnej z programem specjalizacji.** Jeśli praca w izbie przyjęć nie jest objęta programem specjalizacji, to skierowanie rezydenta na izbę przyjęć stanowi naruszenie przez pracodawcę umowy o pracę. W tej sytuacji pracownik może domagać się dopuszczenia go do pracy na warunkach zgodnych z umową, tj. na właściwym oddziale szpitalnym.

Wyróżniona przeze mnie druga z sytuacji dotyczy kierowania do pracy w izbie przyjęć lekarzy, którzy zawarli ze szpitalem umowę o pracę nie związaną ze szkoleniem specjalizacyjnym. Ta sytuacja od strony prawnej nie przedstawia się tak jednoznacznie, jak sprawa rezydentów. Jak to zwykle bywa, odpowiedź na pytanie o legalność tego rodzaju powierzenia dodatkowych obowiązków zależy od wielu czynników.

Jednym z istotnych czynników jest posiadanie, bądź nieposiadanie przez szpital kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia. W praktyce w zdecydowanej większości wypadków szpitale korzystają z finansowania z publicznych środków z NFZ. W tej sytuacji zastosowanie znajduje rozporządzenie ministra zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w *sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej*. Zgodnie z § 6 ogólnych warunków umów zawieranych z NFZ, szpital jako świadczeniodawca musi zapewnić, że lekarze w czasie wyznaczonym do udzielania świadczeń w harmonogramie pracy, nie mogą udzielać świadczeń w innej jednostce organizacyjnej u tego samego świadczeniodawcy. Tak zapisana norma prawna ma zapewnić prawidłową gospodarkę środkami publicznymi z NFZ, chodzi o to, aby szpital nie pobierał dwa razy wynagrodzenia za pracę tego samego pracownika w tych samych godzinach. **Wydaje się, że z rozporządzenia Ministra Zdrowia wynika, że szpital nie może posługiwać się jednym pracownikiem do obsługi w tych samych godzinach, zarówno oddziału szpitalnego, jak i izby przyjęć. Ponieważ jednak stroną umowy ze szpitalem jest NFZ, to ewentualne konsekwencje naruszenia tej umowy**

powinien wyciągać NFZ, a nie pracownicy szpitala kierowani do pracy jednocześnie w dwóch komórkach organizacyjnych szpitala.

Drugą z okoliczności wpływających na legalność powierzenia lekarzowi pracy w izbie przyjęć obok pracy na oddziale jest treść konkretnej umowy o pracę, którą lekarz podpisał ze szpitalem. Kodeks pracy w art. 29 wymaga, aby umowa o pracę określała między innymi rodzaj pracy i miejsce jej wykonywania. W przypadku zatrudniania lekarzy możliwe są dwa rozwiązania:

- wskazanie jako rodzaj pracy „lekarz”, a jako miejsca pracy „szpital X w miejscowości Y”
- wskazanie jako rodzaj pracy „lekarz pediatra”, a jako miejsca pracy „oddział pediatryczny szpitala X w miejscowości Y”.

W lepszej sytuacji znajdują się ci lekarze, którzy jako miejsce pracy mają wpisany określony oddział szpitalny, powierzenie im pracy na izbie przyjęć (czyli pracy niezgodnej z treścią umowy o pracę) wymaga bowiem zmiany umowy o pracę. Pracodawca może zmienić tę umowę albo w drodze porozumienia stron, na co musi uzyskać zgodę lekarza, albo za pomocą wypowiedzenia zmieniającego. Wyjątkowo pracodawca może powierzyć pracownikowi inną pracę bez zmiany umowy na podstawie art. 42 ust. 4 Kodeksu pracy, ale może to zrobić tylko na 3 miesiące w roku kalendarzowym.

Natomiast osoby, które w umowach o pracę mają jako rodzaj pracy wpisane „lekarz” i których miejscem pracy zgodnie z umową jest szpital, bez wskazania konkretnego oddziału muszą liczyć się z tym, że pracodawca może skierować ich do pracy w izbie przyjęć bez konieczności zmiany umowy o pracę, najczęściej wystarczające będzie wręczenie pracownikowi nowego zakresu czynności, z którego wynika obowiązek pracy zarówno na oddziale, jak i w izbie przyjęć.

W tym miejscu trzeba wyjaśnić, że prawo pracy nie zabrania zatrudniać pracowników przy pracach, których zakres nie jest jednorodny i których wykonywanie następuje w różnych miejscach. Można wręcz powiedzieć, że zjawisko zawierania jednej umowy o pracę, w ramach której pracownik wykonuje w różnych miejscach odmienne rodzajowo czynności jest dość powszechne i nie narusza przepisów prawa.

Z tej przyczyny nie jest „nielegalne” samo w sobie zatrudnienie lekarza do pracy w izbie przyjęć i oddziale szpitalnym jednocześnie. Jak wyżej wskazałem, ograniczenia w korzystaniu z pracy jednego lekarza w dwóch komórkach organizacyjnych szpitala mogą wynikać bądź z ogólnych warunków umów z NFZ, bądź z konkretnej umowy o pracę, jeśli umowa ta przewidywała zatrudnienie lekarza tylko w określonym (jednym) oddziale szpitalnym.

Michał KOZIK
Radca prawny

(przedruk z „Pro Medico” nr 2/11)

Roszczenia pacjenta a postępowanie lekarza

Kancelarie odszkodowawcze” powstają jak grzyby po deszczu. I choć deklarują zajmowanie się odszkodowaniami wszelkiego typu, ich działalność jest skierowana w rzeczywistości głównie przeciwko lekarzom i placówkom medycznym. Świadczy o tym chociażby sposób ich reklamy: wielkie szyldy zamieszczane na wprost wyjść ze szpitali, ogłoszenia prasowe w rubrykach „usługi medyczne”, linki na portalach pacjentów.

O ile duże placówki medyczne korzystają zazwyczaj z profesjonalnej pomocy prawnej, o tyle lekarze praktykujący prywatnie i małe ZOZ-y stają najczęściej w obliczu konieczności konfrontacji z agresywnym i nie do końca rozumiałym dla siebie procederem.

Rozpoczynamy zatem serię artykułów, w którym będziemy omawiać najważniejsze sprawy związane z postępowaniem lekarza, do którego są kierowane roszczenia odszkodowawcze ze strony pacjenta.

1. TRZY NAJCZĘŚCIEJ POPEŁNIANE BŁĘDY

1.1. Zwrot kosztów leczenia

To najczęściej spotykane żądanie ze strony pacjentów. I dzieje się tak, że w imię „świętego spokoju” i chęci jak najszybszego załatwienia sprawy lekarz czasem decyduje się na wypłacenie żądanej kwoty. Rozwiązanie, na pozór nie najgorsze – w końcu koszt leczenia potrafi być w danym przypadku niewielki, jeśli za cenę kilkudziesięciu bądź kilkuset złotych można zapewnić sobie zadowalające zakończenie problemu – kwota zostaje wypłacona, bez względu na to, czy lekarz czuje się winny, czy nie.

Za jakiś czas pojawiają się jednak kolejne roszczenia – pokrycia kosztów dalszego leczenia, zadośćuczynienia za doznane cierpienia itd. Czasem dochodzi do paradoksalnej sytuacji, którą można przedstawić w sposób opisany poniżej.

Jeżeli koszty leczenia zostały wypłacone bez sporządzenia na tę okoliczność jakiegokolwiek dokumentu, co często się zdarza – okazuje się niekiedy, że pacjent zaprzecza, jakoby otrzymał jakąkolwiek kwotę. Na okoliczność wypłaty nie ma dokumentu, nie ma świadków, więc nie ma dowodu, że w ogóle nastąpiła. Jeżeli zaś lekarz zażądał „pokwitowania” bądź sporządził naprędce jakiś inny dokument, chcąc się zabezpieczyć – okoliczność ta wpływa natychmiast w postępowaniu sądowym jako dowód „winy” lekarza, jego przyznania się do błędu, bo przecież ktoś zwracałby koszty, nie czując się winnym?

1.2. Korespondencja

Pretensje pacjenta często bywają zgłaszane pisemnie: w postaci „wezwania do zapłaty”, „żądania zwrotu pieniędzy” lub zwykłej korespondencji tytułowanej rozmaicie. Otrzymałszy ją, lekarz staje przed dylematem: Czy

należy sporządzić na nią odpowiedź? W jakim terminie? Co w niej napisać?

O ile nie uda się znaleźć szybkiej i satysfakcjonującej odpowiedzi na te pytania, częstym wyborem dokonywanym przez lekarzy w takim momencie jest po prostu pozostawienie korespondencji bez odpowiedzi.

Decyzja taka jest zdecydowanie błędna. Co prawda w niektórych przypadkach – choć jak pokazuje praktyka, bardzo nielicznych – sprawa pozostawiona bez odzewu istotnie nie ma dalszego ciągu, lecz nie można absolutnie liczyć na takie zakończenie. Brak odpowiedzi stanowi czasami jedyne wyjście, ale wyłącznie w sytuacji, gdy autorem korespondencji jest pacjent ewidentnie niezrównoważony psychicznie, kierujący pod adresem lekarza (z reguły zresztą nie tylko) ciąg absurdalnych roszczeń, wykraczających niekiedy zupełnie poza sprawy medyczne czy finansowe, żądający odpowiedzi na wiele retorycznych pytań, wszystko to częstokroć przy użyciu niewybrednych epitetów. Należy przyznać, że w tego rodzaju przypadkach odpowiedź na pismo pacjenta bywa raczej przyczynkiem do kolejnego ataku, nigdy nie jest satysfakcjonująca, jakkolwiek by brzmiała, a w związku z tym – nie ma szansy ochronić lekarza przed dalszym, niemożliwym do przewidzenia działaniem pacjenta.

Pomijając te wyjątkowe sytuacje, milczenie jest błędem, który może mieć poważne negatywne konsekwencje. O ile bowiem pacjent jest zdeterminowany, przysłe pismo ponownie, przyjdzie bądź zadzwoni, uda się do kancelarii odszkodowawczej, a na końcu – skieruje sprawę na drogę sądową i do rzecznika odpowiedzialności zawodowej. Nie tylko bowiem nie uzyskał tego, czego żądał, ale poczuł się także zlekceważony.

1.3. Wydanie dokumentacji

Treścią żądań kierowanych pod adresem lekarzy jest bardzo często wydanie dokumentacji medycznej. Pomysł wyzbycia się dokumentacji w nadziei usatysfakcjonowania w ten sposób pacjenta jest jednak jednym z najniebezpieczniejszych i najbardziej brzemiennych w skutki błędów, jakie może popełnić lekarz w tej sytuacji. Wyzbywa się bowiem nie tylko najcenniejszego dowodu swojego prawidłowego postępowania (zakładam w tym miejscu, że dokumentacja jest prowadzona prawidłowo), ale naraża także na powstanie zupełnie nowego, dodatkowego zarzutu: zarzutu odnośnie braku prowadzenia dokumentacji (nie mając jej, lekarz nie wykaże, że w ogóle ją prowadził).

Przypominamy więc: wydanie oryginału dokumentacji medycznej jest obowiązkiem lekarza jedynie w nielicznych, bardzo wyjątkowych sytuacjach. Pierwsza z nich to ta, gdy dokumentacja jest niezbędna do zapewnienia dalszego leczenia, a zwłoka w jej wydaniu mogłaby narazić pacjenta na szkodę na zdrowiu, czyli gdy jest niezbędna

dla zachowania ciągłości leczenia, a nie ma czasu na sporządzenie jej kopii. W takiej sytuacji lekarz ma jednak prawo zdecydować, że dokumentację wyda nie pacjentowi, lecz lekarzowi przejmującemu leczenie bądź placówce medycznej. Druga sytuacja to ta, kiedy oryginałów dokumentacji żądają uprawnione do tego organy (np. sąd powszechny, sąd lekarski). Wówczas jednak do swojej dyspozycji należy pozostawić kopię wydanej dokumentacji. Kopię taką pozostawia się zresztą i wówczas, gdy lekarz decyduje się wydanie dokumentacji mimo braku takiego obowiązku.

2. JAK SKORZYSTAĆ Z UBEZPIECZENIA OC

2.1. W którym momencie powinno istnieć ubezpieczenie

Odpowiedź na to pytanie jest jednoznaczna: w chwili spowodowania szkody, a nie zgłoszenia roszczenia przez pacjenta. Aby można było skorzystać z ubezpieczenia, musiało ono istnieć w chwili, gdy lekarz dokonywał czynności stanowiącej powód pretensji pacjenta (np. w dniu, w którym lekarz założył wypełnienie, którego wadliwość pacjent zgłasza po upływie kilku tygodni lub miesięcy).

Nie będzie zatem korzystać z ochrony ubezpieczeniowej ten, kto umowę ubezpieczenia zawarł później, choć umowa ta będzie już istnieć w momencie zgłoszenia roszczeń (w tym wypadku zakład ubezpieczeń nie pokryje szkody). I odwrotnie: skorzystaniu z ubezpieczenia nie przeszkadza fakt, że wygasło w jakiś czas po udzieleniu świadczenia zdrowotnego i nie istnieje już w chwili, gdy pacjent zgłasza swoją pretensję (w tej sytuacji można skorzystać z ubezpieczenia, z zastrzeżeniem kwestii przedawnienia, o czym niżej).

Przykład: Lekarz dentysta leczył pacjenta w listopadzie 2009 r., zaś w lutym 2010 r. pacjent ten zgłosił swoje żądania. Jeżeli lekarz był ubezpieczony na 2009 r. – ubezpieczenie działa, mimo że nie zostało wykupione na 2010 r. Jeżeli zaś lekarz ubezpieczył się dopiero na 2010 r., nie był zaś ubezpieczony w 2009 r. – z ubezpieczenia skorzystać nie może.

Istotny jest zatem, jak widać, moment zdarzenia, z którym łączy się potencjalna odpowiedzialność materialna, a nie moment zgłoszenia roszczeń.

2.2. Zawiadomić firmę ubezpieczeniową

Bez względu na to, w jakiej firmie wykupiono ubezpieczenia, w warunkach oferowanych przez nie wszystkie można odnaleźć kilka standardowo pojawiających się postanowień dotyczących skorzystania z ubezpieczenia.

1. Zawiadomienie ubezpieczyciela o zgłoszeniu roszczeń przez pacjenta.

Każdy ubezpieczyciel żąda, by o zaistniałym problemie poinformować go w ciągu określonego, najczęściej bardzo krótkiego czasu. Z reguły jest to 7 dni od dnia zgło-

szenia pretensji przez pacjenta, ale ogólne warunki ubezpieczenia mogą przewidywać inny termin.

Jest to spowodowane koniecznością zarezerwowania sobie przez zakład ubezpieczeń określonych środków na ewentualną wypłatę, choćby jej zasadność była bardzo wątpliwa i miałyby nastąpić po upływie dłuższego czasu. Jeśli do wypłaty nie dochodzi (np. wskutek wycofania żądań przez pacjenta lub wygranego przez lekarza procesu) – nic się nie dzieje. Dokonane przez lekarza zawiadomienie zakładu ubezpieczeń nie skutkuje jakąkolwiek opłatą czy innymi konsekwencjami. Jeśli natomiast zapłata okazuje się konieczna – ubezpieczyciel jest na nią przygotowany, co więcej, od samego początku może czynnie pomagać ubezpieczonemu lekarzowi w dochodzeniu jego praw.

Tak więc pierwszą czynnością, jakiej należy dokonać, by skorzystać z posiadanego ubezpieczenia, jest zawiadomienie zakładu ubezpieczeń o zgłoszonym roszczeniu. Podkreślmy: zgłoszonym, a nie zasądzonym czy już zapłaconym.

Z powiadomieniem zakładu ubezpieczeń nie należy czekać do chwili, aż zapadnie wyrok sądowy bądź negocjacje z pacjentem się nie powiedą. Ubezpieczyciela należy powiadomić już o pierwszym przejawie zaistniałych pretensji czy roszczeń – takim jak otrzymanie pisma od pacjenta czy też pozwu sądowego.

Zawiadomienia ubezpieczyciela dokonuje się w formie pisemnej – opisując zaistniałą sytuację. Jeśli o zapłatę pacjent zwrócił się, przysyłając pismo – należy załączyć jego kopię, pozwala to bowiem ubezpieczycielowi ocenić skalę problemu. W swoim zawiadomieniu lekarz powinien od razu zawrzeć także swoją ocenę sytuacji (zakład ubezpieczeń i tak o to zapyta), tj. opisać, czy zgadza się ze stawianymi przez pacjenta zarzutami, a jeśli nie, to dlaczego. Jeśli bowiem zarzuty są słuszne, choćby częściowo, ubezpieczyciel może zaproponować zawarcie ugody i na tej podstawie wypłacić odszkodowanie. Pozwala to na uniknięcie postępowania sądowego i związanych z tym dalszych kosztów, straty czasu oraz potencjalnego medialnego szumu, jaki często pojawia się we wszelkich sprawach z udziałem lekarzy.

2. Rozliczenia z pacjentem

Pochopna wypłata żądanej przez pacjenta kwoty to jeden z kardynalnych błędów popełnianych w takiej sytuacji. Ubezpieczenie nie zwróci bowiem lekarzowi sumy zapłaconej pacjentowi bez zgody zakładu ubezpieczeń.

Nie należy zatem w żadnym razie liczyć na to, że ubezpieczenie pozwoli na odzyskanie poniesionej straty. Decydując się zaś na taki ruch, trzeba uczynić to z pełną świadomością, że pieniądze wypłacone to pieniądze stracone. Co gorsza, jak już była mowa wcześniej, wypłacone „dla świętego spokoju” pieniądze stają się swoistą bronią w rękach pacjenta i mediów, którzy pospół widzą w takim zachowaniu nie tyle przejaw dobrej woli, ile przyznanie się do „winy”, co z kolei budzi chęć dalszej analizy tematu.

2.3. Zawiadomić pacjenta

Jednocześnie z zawiadomieniem firmy ubezpieczeniowej o zgłoszonym roszczeniu należy do pacjenta lub reprezentującej go kancelarii skierować pismo informujące, w jakiej firmie jesteście ubezpieczeni, i poinformować, że wszelkie dalsze roszczenia powinni kierować od razu bezpośrednio do ubezpieczyciela. Firma ubezpieczeniowa będzie oczywiście zainteresowana odaleniem wszelkich roszczeń, dlatego zapewni lekarzowi wstępną pomoc.

3. UGODA Z PACJENTEM

Ugoda to – zgodnie z przepisami prawa cywilnego – umowa, na mocy której strony czynią sobie wzajemne ustępstwa w zakresie istniejącego między nimi stosunku prawnego, po to aby uchylić niepewność co do roszczeń wynikających z tego stosunku lub zapewnić ich wykonanie albo by uchylić spór istniejący lub mogący powstać.

Jakiegokolwiek porozumienie pomiędzy pacjentem a lekarzem dotyczące rozliczeń finansowych wynikających z wadliwie wykonanego świadczenia zdrowotnego będzie w myśl tej definicji ugodą. Zawsze bowiem będzie dotyczył istniejących roszczeń – ich ustalenia, uzgodnienia zakresu, rozliczenia. Może być jednak mniej lub bardziej korzystna. Ale najpierw kilka podstawowych informacji dotyczących samej ugody.

3.1. Forma

Przepisy nie wymagają, by ugoda została zawarta w formie pisemnej. Nikogo chyba nie trzeba jednak przekonywać, że ustnie zawarta ugoda, zwłaszcza gdy na okoliczność jej zawarcia brak świadków (co zdarza się najczęściej), nie stwarza jakiegokolwiek ochrony przez dalszymi pretensjami, nawet zaprzeczaniem, jakoby spełnienie żądań finansowych już nastąpiło. Zatem ugoda, by spełniała swoją rolę, powinna bezwzględnie zostać sporządzona w formie pisemnej.

3.2. Treść

Tym, co w definicji ugody zasługuje na największą uwagę, jest jej element mówiący, że strony czynią sobie wzajemne ustępstwa.

Element ten, tak często pomijany w omawianych tu sytuacjach – czy to ze względu na nieświadomość, czy też niepewność swojej sytuacji, jaką niekiedy odczuwają stomatolodzy – jest wykorzystywany nader rzadko. Można przypuszczać, że dzieje się tak dlatego, iż w sytuacji stresowej, w obliczu ultimatum: zwrot kosztów lub sąd, kiedy wyobraźnia podpowiada, jak wiele trudności będzie wynikać z ewentualnego procesu, i gdy natychmiastowe zadośćuczynienie żądaniu pacjenta jest przedstawiane jako jedyne rozsądne wyjście, trudno dostrzec i przedstawić pacjentowi powody, dla których ugoda jest korzystna także dla niego, a co więcej – dla których wyrażenie

przez lekarza zgody na zawarcie ugody wymaga ustępstw po drugiej stronie.

Do tych powodów niewątpliwie należą koszty. Każda osoba kierująca pozew do sądu cywilnego musi się liczyć z obowiązkiem uiszczenia tzw. wpisu sądowego (tj. określonej przepisami opłaty, której wniesienie warunkuje rozpoznanie sprawy przez sąd). Wynosi ona 5% wartości zgłoszonego roszczenia (w postępowaniu grupowym 2%), nie mniej niż 30 zł i nie więcej niż 100.000 zł.

Przykład: Pacjent wnoszący do sądu o zasądzenie na jego rzecz kwoty 10.000 zł będzie musiał na wstępie uiścić wpis sądowy w wysokości 500 zł.

Jeśli dodamy do tego fakt, że na zwrot wpisu sądowego może liczyć jedynie wówczas, gdy wygra sprawę w całości, dochodzimy do wniosku, że nad kierowaniem sprawy do sądu powinien dobrze się zastanowić.

W przypadku przegrania sprawy (tj. oddalenia pozwu) uiszczony wpis „przepada”, a pacjent może zostać obciążony kosztami, jakie w związku z procesem zostały poniesione przez lekarza. Natomiast w razie częściowego tylko uwzględnienia żądań (np. z kwoty 10.000 zł, której żądał pacjent, zostanie zasądzone 5000 zł) koszty będą wzajemnie zniesione lub stosunkowo rozdzielone. Sąd może jednak nałożyć na jedną ze stron obowiązek zwrotu wszystkich kosztów, jeżeli jej przeciwnik uległ tylko co do nieznacznej części swojego żądania albo gdy określenie należnej mu sumy zależało od wzajemnego obrachunku lub oceny sądu. Jeśli zasądzone kwoty są egzekwowane przez komornika, powstaje ponadto konieczność uiszczenia opłat egzekucyjnych.

Oczywiście trzeba mieć świadomość, że przepisy przewidują możliwość tzw. zwolnienia od kosztów sądowych, jednak skorzystanie z niej ma charakter wyjątkowy. Sąd może bowiem zwolnić z tych kosztów jedynie taką osobę, która nie jest w stanie ich ponieść bez uszczerbku utrzymania koniecznego dla siebie i rodziny. Ocena tych okoliczności należy do sądu.

Kwota otrzymana przy zawarciu ugody pozasądowej (czyli takiej, o jakiej tu mówimy) to kwota otrzymana natychmiast. W przypadku sporu sądowego (o ile będzie to spór wygrany) – jej uzyskanie odwieka się do chwili zakończenia postępowania. Czas trwania postępowania nie jest zaś możliwy do przewidzenia, zwłaszcza jeśli weźmiemy pod uwagę postępowanie odwoławcze i (w przypadku kwot nie mniejszych niż 50.000 zł) kasacyjne.

Podsumowując: istnieją powody, dla których zawarcie ugody pozasądowej jest korzystne nie tylko dla lekarza, ale i dla pacjenta.

Ustępstwem ze strony lekarza jest natychmiastowa wypłata uzgodnionej kwoty, bez korzystania z możliwości jej kwestionowania na drodze sądowej. Ustępstwem ze strony pacjenta jest zaniechanie drogi sądowej i dalszych roszczeń.

A oto wzór umowy ugody (*patrz dalej – przyp. Red.*), jaki można byłoby zastosować w przypadku dojścia stron

do porozumienia i podjęcia przez lekarza decyzji o wyplaceniu ustalonej z pacjentem kwoty.

Jak łatwo można zobaczyć, proponowana treść ugody ma na celu nie tylko potwierdzenie, że nastąpiła wypłata pewnej określonej kwoty, lecz także – i przede wszystkim – uzyskanie potwierdzenia, że zapłata ta wyczerpuje wszelkie roszczenia pacjenta z tytułu wadliwie wykonanej usługi. Zabezpieczenie uzyskane w ten sposób będzie tym skuteczniejsze, im szerszy będzie zakres roszczeń, które pacjent uzna tym samym za zaspokojone (tj. wszystkie, teraźniejsze i przyszłe, wynikające z udzielonego mu świadczenia zdrowotnego i jego wszelkich następstw). Tym właśnie ugoda różni się od zwykłego pokwitowania, i z tego właśnie powodu odebranie samego pokwitowania opisano jako jeden z błędów popełnianych w takiej sytuacji.

4. POSTĘPOWANIE SĄDOWE

4.1. W jaki sposób się zaczyna

O tym, że pacjent zdecydował się na wszczęcie postępowania sądowego, dowiadujemy się, otrzymując odpis pozwu, który przesyła sąd, za potwierdzeniem odbioru.

Pierwszym sygnałem, że pacjent nosi się z zamiarem wniesienia pozwu, może być wcześniejsze otrzymanie „wezwania do zapłaty” nazywanego też niekiedy „wezwaniami przedsądowym”. Może ono pochodzić od samego pacjenta lub też jego pełnomocnika (adwokata, radcy prawnego lub kancelarii odszkodowawczej), o ile pacjent już na tym etapie korzysta z fachowej pomocy prawnej.

Postępowanie sądowe rozpoczyna się jednak dla lekarza dopiero z chwilą doręczenia mu odpisu pozwu. Staje się on wówczas pozwanym, podczas gdy pacjent to powód. *Powód* – to podmiot, który wszczął postępowanie wnosząc pozew (w omawianym przypadku będzie nim pacjent). *Pozwany* – to podmiot, przeciwko któremu wszczęto postępowanie (w omawianym przypadku lekarz dentysta).

4.2. Jakie stwarza obowiązki

Doręczając odpis pozwu, sąd z reguły zobowiązuje pozwanego do udzielenia tzw. odpowiedzi na pozew w określonym terminie (przeważnie 7 dni).

Odpowiedź na pozew to pismo procesowe, w którym pozwany odnosi się do wszystkich żądań powoda. Stwierdza więc, czy z wysuwanymi żądaniami się zgadza, a jeśli nie – to dlaczego. Na poparcie swoich twierdzeń powinien przytoczyć dowody – załączyć dokumenty bądź wymienić świadków, jacy mieliby wystąpić na poparcie jego twierdzeń. Odpowiedź na pozew to poza tym przywilej i prawo pozwanego, nawet jeśli sąd tego od niego nie zażądał. Z prawa tego należy zdecydowanie skorzystać, jest to bowiem pierwsza i najlepsza okazja, by skomentować wszystkie żądania i twierdzenia strony przeciwnej.

Do innych obowiązków należy stawienie się na rozprawie. Należy pamiętać, że nieusprawiedliwiona nieobec-

ność na rozprawie (jeżeli wcześniej w piśmie nie zażądało się jej przeprowadzenia w razie swojej nieobecności) może się zakończyć wydaniem przez sąd wyroku zaocznego.

Obydwie opisane powyżej kwestie to jedynie podstawowe informacje, które mają posłużyć temu, by pozwany lekarz dentysta mógł się zorientować w zaistniałej sytuacji i ewentualnie samodzielnie dokonać pierwszej czynności procesowej. Nie sposób bowiem opisać dalszych możliwych wariantów przebiegu postępowania. Zależą one od aktywności stron, zaradności, skłonności do ugodowego załatwienia sporu oraz ich profesjonalizmu. Z tych względów nie jest także możliwe sporządzenie uniwersalnego wzoru odpowiedzi na pozew.

Dlatego też najczęściej okazuje się, że ustanowienie profesjonalnego pełnomocnika (adwokata bądź radcy prawnego) jest bardzo pomocne.

4.3. Samodzielnie czy z pełnomocnikiem

W postępowaniu cywilnym (za wyjątkiem wniesienia kasacji) nie ma obowiązku działania przed sądem poprzez profesjonalnego pełnomocnika (czyli tzw. przymusu adwokackiego). Każdy lekarz może zatem występować w sprawie samodzielnie.

O ile jednak zamierza się zdecydować na skorzystanie z fachowej pomocy prawnej, dobrze, by zrobił to na jak najwcześniejszym etapie postępowania. Nie oznacza to, że ustanowienie pełnomocnika w osobie adwokata lub radcy prawnego nie będzie możliwe już w trakcie postępowania – wręcz przeciwnie, przepisy nie stawiają w tym względzie ograniczeń czasowych.

Trzeba jednak pamiętać, że pełnomocnik działający od początku sprawy ma znacznie szersze możliwości poprowadzenia jej w sposób spójny i przemyślany, co w rezultacie stwarza lepsze szanse na obronę swoich racji.

5. PRZEDAWNIE

Bez względu na to, w której spośród wymienionych sytuacji się znajdziemy (tj. mając ubezpieczenie, nie mając go czy też broniąc swoich racji przed sądem), należy pamiętać, że wszystkie roszczenia majątkowe, czyli także te, które może zgłosić pacjent, ulegają tzw. przedawnieniu.

Przedawnienie – to upływ czasu przewidzianego przepisami prawa cywilnego, powodujący ten skutek, że dłużnik może się uchylić od spełnienia świadczenia.

Oznacza to, że jeżeli pacjent zgłosi roszczenie przedawnione – choćby i zasadne – lekarz nie powinien być zobowiązany do jego spełnienia. A ponieważ ubezpieczyciel udziela ubezpieczonemu ochrony tylko w takich granicach, w jakich odpowiada sam ubezpieczony (czyli w tym wypadku dentysta), zatem i ubezpieczenie nie pokryje pacjentowi szkody, jeżeli zgłosił ją po upływie terminu przedawnienia.

Terminy przedawnienia określono w prawie cywilnym następująco:

- Roszczenie o naprawienie szkody wyrządzonej czynem niedozwolonym ulega przedawnieniu z upływem 3 lat od dnia, w którym poszkodowany dowiedział się o szkodzie i o osobie obowiązanej do jej naprawienia. Jednak termin ten nie może być dłuższy niż 10 lat od dnia, w którym nastąpiło zdarzenie wywołujące szkodę.
- Jeżeli szkoda wynikła ze zbrodni lub występku, roszczenie o naprawienie szkody ulega przedawnieniu z upływem 20 lat od dnia popełnienia przestępstwa, bez względu na to, kiedy poszkodowany dowiedział się o szkodzie i o osobie obowiązanej do jej naprawienia.
- W razie wyrządzenia szkody na osobie, przedawnienie nie może się skończyć wcześniej niż z upływem 3 lat od dnia, w którym poszkodowany dowiedział się o szkodzie i o osobie obowiązanej do jej naprawienia.
- Przedawnienie roszczeń osoby małoletniej o naprawienie szkody na osobie nie może się skończyć wcześniej niż z upływem 2 lat od uzyskania przez nią pełnoletności.

Ostatnie zmiany w zakresie prawa cywilnego wydłużyły, niestety, terminy przedawnienia, poza tym sądy dość często przychylają się do żądań pacjentów o nieuwzględnienie przedawnienia (taka możliwość istnieje, gdy sąd uzna, że powołanie się przez lekarza na przedawnienie jest sprzeczne z zasadami współżycia społecznego). Skorzystanie z instytucji przedawnienia jest więc obecnie znacznie utrudnione.

Sam fakt, że roszczenie uległo przedawnieniu, nie stanowi, oczywiście, gwarancji, że sprawa nie trafi do sądu (pacjent o przedawnieniu może bowiem nie wiedzieć czy też źle obliczyć termin). Trzeba wówczas pamiętać, by zarzut przedawnienia zgłosić w treści pisma procesowego (np. odpowiedzi na pozew) – czyli napisać po prostu, że dochodzone przez pacjenta roszczenie jest przedawnione.

6. JEŚLI SPRAWA TRAFIA DO MEDIÓW

Pojawienie się w mediach komentarzy na temat istniejącego sporu to sytuacja trudna, być może najtrudniejsza spośród tych, które mogą się przydarzyć lekarzowi.

Na temat wolności mediów, ich specyficznej moralności i siły oddziaływania powiedziano już wiele. Wydaje się też, że w ostatnim czasie w naszym kraju – choć bardzo powoli – zaczyna się dostrzegać problem niezwykle subtelnej zależności między tą wolnością a najzwyczajszą – zamierzoną czy niezamierzoną – manipulacją, wynikającą z niczego innego jak tylko z pogoni za sensacją.

Dostrzeżenie tego problemu jest jednak warunkowane możliwym dochodzeniem swoich praw przez jednostki, co nie jest ani łatwe, ani przyjemne. Dlatego też na łamach prasy fachowej można dostrzec jedynie relacje z procesów, rzec by można, na „wysokim szczeblu”. Czy-

tamy o zakończonych sukcesem postępowaniach z udziałem głowy państwa czy członków rządu, trudno jednak odnaleźć jakąkolwiek wzmiankę o sprawie prowadzonej przeciwko pismu czy gazecie przez sklepikarza, właściciela hotelu czy szpital.

Źródłem trudności nie są jednak niepokonywalne bariery natury formalno-prawnej. Przepisy prawa prasowego, a także prawa cywilnego, o czym będzie mowa niżej, stwarzają ramy dla dochodzenia swoich praw przez osoby pokrzywdzone przez publikację prasową sprzeczną z prawem.

Trudność w skorzystaniu z istniejących tam instrumentów wynikają z dwóch głównych źródeł:

konieczności podjęcia indywidualnej, konkretnej akcji, tj. działania procesowego, w którym nikt nie może zastąpić osoby pokrzywdzonej, oraz przede wszystkim konieczności zachowania tajemnicy lekarskiej.

6.1. Co na to prawo prasowe

Zacznijmy od uświadomienia sobie, jakie ramy dla tego rodzaju informacji zakreśla prawo prasowe.

- Art. 6.1. Prasa jest zobowiązana do prawdziwego przedstawiania omawianych zjawisk.
- Art. 12.1. Dziennikarz jest obowiązany zachować szczególną staranność i rzetelność przy zbieraniu i wykorzystaniu materiałów prasowych, zwłaszcza sprawdzić zgodność z prawdą uzyskanych wiadomości lub podać ich źródło.
- Art. 13.1. Nie wolno wypowiadać w prasie opinii co do rozstrzygnięcia w postępowaniu sądowym przed wydaniem orzeczenia w I instancji.
- 2. Nie wolno publikować w prasie danych osobowych i wizerunku osób, przeciwko którym toczy się postępowanie przygotowawcze lub sądowe, jak również danych osobowych i wizerunku świadków, pokrzywdzonych i poszkodowanych, chyba że osoby te wyrażą na to zgodę.
- 3. Ograniczenie, o którym mowa w ust. 2, nie narusza przepisów innych ustaw. Właściwy prokurator lub sąd może zezwolić, ze względu na ważny interes społeczny, na ujawnienie danych osobowych i wizerunku osób, przeciwko którym toczy się postępowanie przygotowawcze lub sądowe.

Jak widać, przepisy prawa prasowego stawiają określone wymogi co do rzetelności i prawdziwości przedstawianych na łamach informacji. Co więcej, podmiotom, wobec których naruszono te zasady, przyznają bardzo szerokie uprawnienia w zakresie domagania się ze strony prasy określonych działań:

- Art. 31. Na wniosek zainteresowanej osoby fizycznej, prawnej lub innej jednostki organizacyjnej redaktor naczelny redakcji właściwego dziennika lub czasopisma jest obowiązany opublikować bezpłatnie:
 - 1) rzeczowe i odnoszące się do faktów sprostowanie wiadomości nieprawdziwej lub nieścisłej,

- 2) rzeczową odpowiedź na stwierdzenie zagrażające dobrom osobistym.
- Art. 32.1. Sprostowanie lub odpowiedź należy opublikować w:
 - 1) dzienniku – w ciągu 7 dni od dnia otrzymania sprostowania lub odpowiedzi,
 - 2) czasopiśmie – w najbliższym lub jednym z dwóch następujących po nim przygotowywanych do druku numerów,
 - 3) innym niż dziennik przekazie za pomocą dźwięku oraz dźwięku i obrazu – w najbliższym analogicznym przekazie, nie później jednak niż w ciągu 14 dni od dnia otrzymania sprostowania lub odpowiedzi.
- 2. Sprostowanie lub odpowiedź dotyczące wiadomości lub stwierdzenia zamieszczonych w kronice filmowej należy opublikować, na koszt wydawcy kroniki filmowej, w ciągu miesiąca, w dzienniku o zasięgu ogólnokrajowym; informacja o tym powinna być podana w najbliższej kronice filmowej.
- 3. Sprostowanie lub odpowiedź należy dodatkowo opublikować w odpowiednim dzienniku, w ciągu miesiąca, na wniosek zainteresowanej osoby, na koszt wydawcy, gdy możliwy termin opublikowania sprostowania lub odpowiedzi przekracza 6 miesięcy.
- 4. Terminy, o których mowa w ust. 1–3, nie mają zastosowania, jeżeli strony na piśmie umówiły się inaczej.
- 5. Sprostowanie w drukach periodycznych powinno być opublikowane lub przynajmniej zasygnalizowane w tym samym dziale równorzędną czcionką oraz pod widocznym tytułem; w pozostałych publikacjach powinno być nadane w zbliżonym czasie i w analogicznym programie.
- 6. W tekście nadesłanego sprostowania lub odpowiedzi nie wolno bez zgody wnioskodawcy dokonać skrótów ani innych zmian, które by osłabiały jego znaczenie lub zniekształcały intencję autora sprostowania; tekst sprostowania nie może być komentowany w tym samym numerze lub audycji; nie odnosi się to do odpowiedzi; nie wyklucza jednak prostej zapowiedzi polemiki lub wyjaśnień.
- 7. Tekst sprostowania lub odpowiedzi nie może być dłuższy od dwukrotnej objętości fragmentu materiału prasowego, którego dotyczy; redaktor naczelny nie może wymagać, aby sprostowanie lub odpowiedź były krótsze niż pół strony znormalizowanego maszynopisu.

Odnajdujemy także w prawie prasowym precyzyjne zagrożenie karne, związane z naruszeniem przez prasę obowiązków wynikających z przytoczonych wyżej przepisów:

- Art. 46.1. Kto wbrew obowiązkowi wynikającemu z ustawy uchyła się od opublikowania sprostowa-

nia lub odpowiedzi, o których mowa w art. 31, albo publikuje takie sprostowanie lub odpowiedź wbrew warunkom określonym w ustawie, podlega grzywnie albo karze ograniczenia wolności.

Niezależnie od tego, do odpowiedzialności za naruszenie prawa spowodowane opublikowaniem materiału prasowego stosuje się zasady ogólne, czyli np. sankcje z tytułu naruszenia dóbr osobistych.

6.2. W czym tkwi problem

Tajemnica zawodowa

Aby skorzystać z powyższych możliwości, tj. zażądać opublikowania sprostowania przez periodyk, który w jednostronny i nierzetelny sposób opisał spór toczący się pomiędzy pacjentem a lekarzem, ten ostatni – chcąc wyjaśnić sytuację – musiałby z reguły zamieścić w sprostowaniu kilka faktów dotyczących przebiegu leczenia (np. to, że leczenie się nie powiodło, jest wynikiem nie stosowania się przez pacjenta do zaleceń lekarskich, jego trybu życia, braku higieny osobistej bądź też niezrozumienia przyczyn choroby i celu zastosowania określonej metody leczenia).

W tej kwestii znajdują jednak zastosowanie przepisy dotyczące tajemnicy lekarskiej, zgodnie z którymi lekarz ma obowiązek zachowania w tajemnicy informacji związanych z pacjentem, a uzyskanych w związku z wykonywaniem zawodu. Nie tylko zatem tych, które dotyczą samego schorzenia i metod leczenia, ale także rozumianych szerzej („związanych z pacjentem”), wśród których wymienienia się informacje o działalności pacjenta, stopniu jego inteligencji, a nawet stanie majątkowym.

Chcąc zatem skorzystać z przewidzianych prawem prasowym możliwości, lekarz mógłby wpaść „z deszczu pod rynnę”, ponieważ opisując dokładnie w treści swojego sprostowania przyczyny i rzeczywisty przebieg wydarzeń, naraziłby się w krótkim czasie na zarzut naruszenia tajemnicy zawodowej.

Sytuacja wydaje się patowa, jednak taką nie jest. Trzeba bowiem pamiętać, że przepisy prawa prasowego to nie jedyna podstawa prawna, na której w omawianej tu sytuacji można dochodzić swoich praw. Wspomniane wyżej „zasady ogólne” to nic innego, jak ochrona dóbr osobistych, uregulowana przepisami prawa cywilnego. Roszczenia, jakie przysługują – tym razem już lekarzowi, bo to on jest w omawianej sytuacji osobą, której dobra naruszyła nierzetelna publikacja – są nieco inne niż te wynikające z prawa prasowego i przedstawiają się następująco:

Ten, czyje dobro osobiste zostaje zagrożone cudzym działaniem, może żądać zaniechania tego działania, chyba że nie jest ono bezprawne. W razie dokonanego naruszenia może on także żądać, ażeby osoba, która dopuściła się naruszenia, dopełniła czynności potrzebnych do usunięcia jego skutków, w szczególności ażeby złożyła oświadczenie odpowiedniej treści i w odpowiedniej formie. Na zasa-

dach przewidzianych w kodeksie może on również żądać zadośćuczynienia pieniężnego lub zapłaty odpowiedniej sumy pieniężnej na wskazany cel społeczny.

Na szczególną uwagę zasługuje tu możliwość żądania od osoby, która dopuściła się naruszeń (tu: prasa lub wręcz sam pacjent), złożenia oświadczenia określonej treści. To zatem dziennikarz, nie lekarz, ma złożyć oświadczenie. Nie będzie ono dotyczyć, oczywiście, przebiegu leczenia, tego bowiem dentyście nadal ujawniać nie wolno, może jednak stwierdzać, że np. materiały służące do sporządzenia informacji prasowej zostały zebrane w sposób nierzetelny, że publikacja była oparta wyłącznie na jednostronnej relacji lub pominęła fakty istotne dla przedstawienia prawdziwego obrazu sytuacji. Nie sposób nie zauważyć, że oświadczenie pochodzące od samej redakcji pisma ma całkowicie inny wydźwięk niż „tłumaczenie się” lekarza w zamieszczonym przez siebie sprostowaniu.

Drugim, nie mniej ważnym roszczeniem, przysługującym z tytułu naruszenia dóbr osobistych, jest możliwość żądania zadośćuczynienia pieniężnego, czyli zapłaty określonej kwoty na rzecz samego pokrzywdzonego, lub też przekazania określonej kwoty na wskazany przez poszkodowanego cel. Represyjnej funkcji tego przepisu nie sposób przecenić. O ile bowiem małe kwoty nie są w stanie zrewolucjonizować zachowania mediów, o tyle kwoty znaczne mogłyby ten skutek osiągnąć.

Skorzystanie z powyższych możliwości nie musi oznaczać wystąpienia na drogę sądową, choć w praktyce do tego właśnie się sprowadza. Istnieje bowiem – co do zasady

– możliwość zwrócenia się z ww. żądaniem bezpośrednio do redakcji pisma (w praktyce powinno to zresztą nastąpić, zanim zdecydujemy się wystąpić na drogę sądową). Ponieważ jednak trudno wyobrazić sobie redakcję periodyku ochoczo spełniającą żądania wysuwane przez lekarza, należy się oczywiście liczyć z drogą sądową.

I tu jednak podanie uniwersalnego „wzorca” pozwu nie jest możliwe. Powodzenie całego przedsięwzięcia zależy bowiem nie tylko i nie tyle od zakresu sformułowanych żądań, ale przede wszystkim od niezwykle precyzyjnego ich uzasadnienia i poparcia odpowiednimi argumentami, o charakterze zarówno faktycznym, jak i prawnym.

Kto może działać

Dochodzenie swoich praw, polegające na skutecznym przeprowadzeniu postępowania sądowego, odbywa się na zasadach określonych przepisami. Te zaś stanowią, że omówione powyżej żądania wysuwać może jedynie ten, czyje dobro osobiste naruszono.

Oznacza to, że na wystąpienie w swojej własnej obronie musi się zdecydować sam lekarz i nikt go nie może w tym zastąpić. Nie może uczynić tego zatem ani jego pracodawca, ani stowarzyszenie, do którego lekarz przynależy, ani izba lekarska – o ile lekarz nie zwróci się do niej wyraźnie w tej sprawie, udzielając odpowiedniego pełnomocnictwa. [...]*

Mec. Iwona KACZOROWSKA

(przedruk z „Pomorskiego Magazynu Lekarskiego” nr 4/11)

* skrót pochodzi od Red. Opolskiego Biuletynu – JBL.

Wzór ugody

UGODA

zawarta w dniur. pomiędzy:

–, zwanym dalej Lekarzem,
oraz

–, zwanym dalej Pacjentem,
o następującej treści:

§1. Przedmiotem ugody są prawa i obowiązki stron, wynikające z udzielenia Pacjentowi w dniu przez Lekarza następującego świadczenia zdrowotnego:

§2. Strony postanawiają, że dla uregulowania powstałego między nimi sporu dotyczącego prawidłowości udzielonego świadczenia, o którym mowa w §1, i odpowiedzialności Lekarza w związku z jego udzieleniem, Lekarz wypłaca Pacjentowi kwotę (słownie:) złotych, tytułem zwrotu kosztów leczenia.

Pacjent stwierdza, że zapłata nastąpiła, a niniejsza ugoda stanowi jednocześnie pokwitowanie odbioru kwoty, o której mowa powyżej.

§3. Pacjent oświadcza, że niniejsza ugoda wyczerpuje wszelkie dotychczasowe i przyszłe roszczenia, w tym odszkodowawcze, jakie wynikają lub mogłyby wynikać z tytułu udzielonego mu świadczenia zdrowotnego, opisanego w §1, oraz jego wszelkich następstw.

§4. Ugoda niniejsza została sporządzona w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze stron.

.....
Pacjent

.....
Lekarz

Suplementy diety konieczne czy potrzebne?

Wprowadzenie

Suplement diety to produkt, który jest złożony z substancji odżywczych i traktowany jako uzupełnienie normalnej żywności. Jest to skoncentrowane źródło witamin, minerałów lub innych substancji, wyprodukowane w formie umożliwiającej dawkowanie (w tabletkach, kapsułkach, proszku czy płynie). Jako typ produktu, suplement ciągle jest nowością, nie ma tradycji stosowania, nie można poradzić się starszych osób, bowiem takich produktów nie jadło pokolenie naszych dziadków ani rodziców. Prawdopodobnie też mniej ich potrzebowali, bo spożywali inną, bardziej naturalną żywność.

Uzupełnianie diety pojedynczymi witaminami zaczęło się niemal od razu po ich odkryciu, tj. ponad 70 lat temu. Popularność tabletki multiwitaminowej to kwestia ostatnich 20 lat, ale prawdziwa „moda” na różnorodne składniki suplementów zaczęła się w USA w latach 90. Wyniki sondażu przeprowadzonego w 2007 r. przez CRN (*Council for Responsible Nutrition*) pokazały, że 3/4 amerykańskich lekarzy poleca swoim pacjentom suplementy diety. Aż 72% lekarzy i 89% pielęgniarek poleca witaminy, minerały czy suplementy zawierające składniki roślinne do spożywania regularnie, okazjonalnie lub sezonowo. Lekarze też biorą suplementy w trosce o swoje własne zdrowie. Wyniki badania (*Healthcare Professionals Impact Study*) przeprowadzonego w 2008 r. pozwoliły lepiej poznać opinie lekarzy specjalistów o suplementach diety [1]:

Prawie 3/4 ortopedów i dermatologów używa suplementów

60–63% sądzi, że suplementy są w „głównym nurcie medycyny”

83–86% stwierdza, że „użycie suplementów dzisiaj jest większe niż 5 lat temu”

57% kardiologów bierze suplementy; popularne powody to: pomagają utrzymać zdrowie i dobre samopoczucie, niski poziom cholesterolu, energię, zdrowe serce, stawy i kości.

Obecnie suplementy diety są produkowane i stosowane na całym świecie. W Polsce wartość rynku suplementów diety przekroczyła 2 mld zł, a na rynku działa ok. 300 firm. Jest to branża rozwojowa i należąca do najbardziej odpornych na kryzys. Wzrost rynku suplementów to skutek trendów związanych ze zdrowym trybem życia, co należy uznać za zjawisko korzystne.

Jednak w ostatnich latach popularne stało się stosowanie witamin w charakterze „cudownego lekarstwa na wszystko”. Jest to wynik intensywnych reklam w TV

i kolorowych czasopismach „kobiecych”. Suplementy nie zawierają środków leczniczych. Witamin i składników mineralnych wchodzący w skład suplementów nie można polecać w celach terapeutycznych (dawki odpowiednie do danej terapii ordynują lekarze). Jednak marketingowcy wymyślają nośne hasła w rodzaju: „*suplement X to piękna skóra, o 68% mniej zmarszczek, błyszczące włosy, poczuć się młodziej*”. Czy rzeczywiście suplementacja witamin jest „terapią na wszystko”, a przede wszystkim czy jest dla wszystkich? Otóż nie!

Po pierwsze: odpowiednia dieta

Teoretycznie, urozmaicona dieta powinna zaspokoić wszystkie potrzeby (z wyjątkiem pierwiastków, których brakuje w środowisku, jak jod czy selen). Jednak do zaleceń dietetyków stosuje się niewielki procent społeczeństwa. Kampania edukacyjna promująca spożycie owoców i warzyw 5 razy dziennie pokazała, że do diety 5D stosuje się 9–17% badanej w USA populacji. Podobnie jest w Europie, chociaż spożycie owoców i warzyw w okolicach Morza Śródziemnego jest znacznie większe niż w krajach Europy Północnej. Niestety, w Polsce spożycie owoców i warzyw jest ciągle za małe, zwłaszcza w miesiącach jesienno-zimowych.

Kolejnym powodem niedoborów witamin w diecie jest zmiana sposobu odżywiania i korzystanie z wysoko przetworzonej żywności. Nawet krótkie blanszowanie warzyw niszczy witaminy rozpuszczalne w wodzie (grupa wit. B, wit. C), np. w szpinaku ok. 35%. Najwięcej strat (nawet do 90%) powoduje przygotowywanie konserw: szpinak traci 70% witaminy C, 78% kwasu pantotenowego, buraki 75% witaminy C i niacyny.

Podobnie jest z konserwowaniem owoców. Brzoskwinie w syropie mają o 40–70% mniej niacyny, ryboflawiny, tiaminy, witaminy A i C w porównaniu ze świeżymi. Podczas przetwarzania jabłek na sok zawartość witaminy C spada o 78%. Najlepszą metodą jest zamrażanie warzyw i owoców, powoduje bowiem tylko 5–35% strat witaminy C.

Przetwarzanie ziaren zbóż nie powoduje znacznego spadku wartości energetycznej, ale drastycznie, bo o 67–86% spada zawartość cennych witamin z grupy B, dlatego wiele krajów obligatoryjnie wzbogaca w nie mąkę. Im bardziej żywność jest przetworzona i wygodna w użyciu, tym więcej ma dodatków, ale mniej wartości odżywczych [2]. Eksperti żywienia radzą więc spoży-

wanie świeżych owoców i warzyw oraz pełnoziarnistego pieczywa na naturalnym zakwasie.

Po drugie: suplementacja na miarę

Suplementy diety powinny być oferowane przede wszystkim celem zaspokojenia potrzeb społecznych, tj. dostarczenia tych składników, których brakuje w środowisku oraz których najczęściej brakuje w dużej populacji. Potrzeby te powinny zostać dobrze rozpoznane. Jeśli stosujemy wieloskładnikowe preparaty witaminowo-mineralne, to powinny one być w wersji dla dzieci, dorosłych kobiet, dorosłych mężczyzn oraz dla seniorów. Innych suplementów potrzebują kobiety w okresie menopauzy (fitoestrogeny, magnez), a innych mężczyźni w podobnej grupie wiekowej (fitosterole, selen). Mieszkańcy rejonów o dużym zanieczyszczeniu środowiska (Śląsk) będą potrzebowali więcej związków o właściwościach antyoksydacyjnych i eliminujących toksyczne jony metali (polifenole, witamina C, magnez) niż ludzie zamieszkujący czyste ekologicznie rejony.

Jednak prawidłowa suplementacja powinna być suplementacją spersonalizowaną. Musi uwzględniać indywidualne potrzeby człowieka, bowiem ludzie mają różne organizmy (polimorfizm genów) i zróżnicowane zapotrzebowanie na poszczególne składniki diety w zależności od płci, wieku i stylu życia. Warto pamiętać, że zależność pomiędzy dawką danego składnika diety a efektem zdrowotnym nie jest liniowa, jest to krzywa typu „U”. Nie jest więc prawdą, że im więcej witamin, tym lepiej. Zarówno niedobór, jak i nadmiar zwiększa ryzyko efektów szkodliwych dla zdrowia.

Ryzyko niedoborów a potrzeby społeczne

Niedobory witamin i składników mineralnych sprzyjają powstawaniu wielu chorób na tle niezbilansowanego żywienia. Specjaliści z Instytutu Żywności i Żywienia w Warszawie zwracają uwagę, że choroby dietozależne w Polsce dotyczą 20% ogółu ludności, potencjalne zapotrzebowanie na suplementy jest więc znaczące.

Celem ogólnopolskich badań była ocena wielkości spożycia wybranych witamin i składników mineralnych z dietą dzieci i młodzieży, a także ocena częstości pobierania suplementów witaminowo-mineralnych [3]. Wykazano niedobory witaminy B₁, niacyny, a także wapnia, cynku, żelaza i miedzi. Tylko ok. 14% populacji deklaroowało stosowanie suplementów. W latach 2001–2004 prowadzono badania diety polskich 100-latków stwierdzając, że seniorzy spożywali zdecydowanie za mało witaminy C i witamin z grupy B, natomiast za dużo witaminy A [4].

Na podstawie badań ogólnopolskich Szponara i wsp. z 2003 r. można stwierdzić, że średnie spożycie witaminy C było wyższe niż zalecane [5]. Jednak analiza roz-

kładów w grupach pokazała, że u 40% populacji występowały jej niedobory. Średnia zawartość folianów w dietach była dostatecznie duża, z wyjątkiem osób starszych. Przekroczenie wartości 1000 µg (1 mg) wykazano tylko u 0,3% diet osób dorosłych. W badanych grupach osób płci męskiej (16–60 lat) zawartość witaminy B₁ była wyższa od normy, ale dziewczęta i młode kobiety (19–25 lat) średnio pobierały z pożywieniem znacznie niższe ilości (67%) od zalecanych. Niskie wartości w tej grupie obserwowano dla większości witamin, jednak grupą najbardziej narażoną na niedobory witamin z grupy B były kobiety w wieku powyżej 60 lat. Suplementy diety nie były znaczącym źródłem witamin B₁, B₂ i B₁₂.

Na poziom witaminy D w surowicy krwi, oprócz diety, wpływa też synteza w skórze, zależna od ekspozycji na słońce. Wyniki badań w 4 krajach (Dania, Irlandia, Finlandia i Polska) pokazały, że mimo różnic geograficznych i sposobu żywienia, wspólnym problemem zdrowotnym były niskie średnie poziomy tej witaminy w surowicy, zwłaszcza u młodych dziewcząt i starszych kobiet; niedobór nasilał się w miesiącach zimowych [6].

Suplementacja z założenia powinna być stosowana okresowo. Jednak w praktyce żywieniowej istnieje wiele wskazań do długotrwałej suplementacji diety, a poszczególne kraje opracowują nawet specjalne programy suplementacji dla różnych grup populacyjnych. Jednym z bardziej popularnych są programy profilaktyki wad cewy nerwowej. Program taki realizowany jest także w Polsce. Ma on na celu upowszechnianie spożywania kwasu foliowego, w dziennej dawce 0,4 mg w formie suplementów lub żywności wzbogaconej, przez kobiety w wieku rozrodczym. Innym przykładem mogą być zalecenia opracowane dla osób starszych przebywających w domach opieki społecznej w Izraelu [7]. Przewidują one podawanie pensjonariuszom w formie suplementów większości witamin i mikroelementów na poziomie równym 50% zalecanego spożycia (RDA).

Wśród starszych konsumentów w Polsce obserwuje się znaczny wzrost spożycia leków (często niepotrzebnych) oraz suplementów diety (również często tych niepotrzebnych). Powoduje to wzrost ryzyka niepożądanych interakcji suplementów z lekami. Niezbędny jest zarówno monitoring spożycia witamin i składników mineralnych, jak i edukacja konsumentów. Ważne są też zalecenia dla producentów żywności i suplementów. Sygnał dotyczący możliwości przekroczenia zalecanych poziomów witamin z powodu kumulacji składników pochodzących z różnych źródeł powinien spowodować obniżenie ich zawartości w popularnych produktach.

Ryzyko przedawkowania

Potrzebna jest wiedza, które składniki są szczególnie niebezpieczne w przypadku zbyt dużego ich spożycia, jak również ustalenie górnego bezpiecznego poziomu dla dłu-

gotrwałej suplementacji. Większość witamin i minerałów, które są niezbędne do utrzymania homeostazy w organizmie jest dostarczana w bardzo małych ilościach, rzędu mg lub µg. Nie ma niebezpieczeństwa ich przedawkowania przy spożyciu normalnej ilości żywności.

Maksymalne ilości substancji aktywnych w suplementach można oszacować, biorąc pod uwagę górne bezpieczne poziomy ustalane na podstawie naukowej oceny ryzyka, uwzględniając różny stopień wrażliwości poszczególnych grup konsumentów, spożycie tych składników z żywnością i z innych źródeł, np. z produktów wzbogaconych [8]. Szacując ryzyko, uwzględnia się **największe średnie spożycie z diety (MHI)**. Dane te są potrzebne do ustalenia maksymalnego poziomu witamin i składników mineralnych w **dziennych porcjach suplementów (MSL)**. W modelu oceny ryzyka (patrz: „Lek w Polsce”, 2008) bierze się pod uwagę **najwyższy tolerowany poziom spożycia (UL)**, który dla poszczególnych witamin i składników mineralnych opracowują grupy ekspertów [9].

Europejski Urząd ds. Bezpieczeństwa Żywności (EFSA) opracował opinie na temat spożycia 29 witamin i minerałów, a wartości liczbowe UL podano dla 16 składników. Dla pozostałych nie udało się zebrać wystarczających danych naukowych albo te składniki nie miały żadnych szkodliwych efektów. Zaproponowano podział składników na trzy grupy o różnym stopniu ryzyka [10,11].

Dla witaminy B₁, B₂ i B₁₂, biotyny i kwasu pantotowego nie udało się pokazać toksycznych efektów nawet przy bardzo dużym spożyciu (grupa A).

Do grupy składników o małym ryzyku (B) dołączono witaminę C, kwas foliowy, magnez i potas. Dla witaminy C nie udało się ustalić UL, a więc powinna być w grupie A. Amerykański Instytut Medyczny podał UL=2 g sugerując się tym, że ludzki organizm nie jest w stanie wchłaniać większych dawek witaminy C przy podaniu doustnym.

W grupie C znajdują się składniki charakteryzujące się wąskim przedziałem pomiędzy dawką bezpieczną a taką, która może już powodować niepożądane efekty. Dla witaminy A ustalono UL=3000 µg dziennie. Dane naukowe pokazywały, że toksyczność tego związku rośnie wraz z dawką, a główne zagrożenia to defekty płodu, zaburzenia pracy wątroby oraz obniżenie gęstości kości.

Szczególną uwagę należy zwrócić na te witaminy i składniki mineralne, które są zakwalifikowane do grupy o zwiększonym ryzyku (C), a jednocześnie obserwuje się tendencję do nadmiernego ich spożycia z żywnością. W Polsce dotyczy to witaminy A (przekroczenie RDA) i dlatego jej dawki przyjmowane z suplementami diety powinny być monitorowane. Ze względu na zwiększone ryzyko raka, zwłaszcza u palaczy, nie powinno się stosować suplementów z dużymi dawkami beta-karotenu

lub/i alfa-tokoferolu. Lepiej zastąpić je preparatami zawierającymi mieszaninę karotenoidów (likopen, luteina, astaksantyna, zeaksantyna) czy kilka tokoferoli.

Potrzebne suplementy

Znając typową polską dietę, można przewidzieć jakich składników pokarmowych brakuje dość powszechnie i sugerować ich uzupełnienie w postaci suplementów.

Zapotrzebowanie na suplementy „typowego” mieszkańca Polski

Witaminy C i D (szczególnie w okresie jesienno-zimowym)

Nienasycone kwasy tłuszczowe (zwłaszcza omega-3)

Antyoksydanty typu:

- *polifenoli (antocyjany, katechiny, flawonole)*
- *karotenoidów (luteina, zeaksantyna, likopen)*

Blonnik pokarmowy

Makropierwiastki (magnez, wapń, potas)

Mikropierwiastki (selen, jod, miedź, cynk)

Witamina C

Ilość witaminy C zapobiegająca szkorbutowi (60–70 mg) nie zapewnia ochrony przed innymi chorobami. Dawka musi być proporcjonalna do masy ciała, co najmniej tyle mg/dzień, ile wynosi waga w kg. Wiele osób, nie mając objawów skorbutu, ma chroniczny deficyt witaminy C. Warto wiedzieć, że polecana dieta 5D dostarcza 200–250 mg dziennie.

Witamina C wpływa na system immunologiczny. Większych dawek witaminy C potrzebują osoby żyjące w stresie, pacjenci z astmą i alergiami, reumatoidalnym zapaleniem stawów, cukrzycą czy parodontozą. Takie dawki, skonsultowane z lekarzem, mogą pomóc w prewencji oraz w leczeniu stanów zapalnych, infekcji wirusowych i bakteryjnych.

Wiele badań pokazało korelację pomiędzy poborem witaminy C a zmniejszeniem ryzyka chorób układu krążenia, neurodegeneracyjnych i nowotworowych, ale inne nie potwierdzały tej zależności. Zwrócono uwagę, że rozbieżności wynikają z różnych metod zbierania danych o diecie (kwestionariusze rejestrujące częstość spożywania produktów) oraz metod pomiaru poziomu witaminy C w surowicy krwi [12]. Na korelację mają wpływ takie czynniki, jak: biodostępność, proces absorpcji, przygotowanie i przechowywanie produktów żywnościowych.

Witamina D

Jak wspomniano wyżej, w Polsce oraz w krajach północnej Europy poziom witaminy D w organizmach dzieci, młodzieży i osób starszych jest niewystarczający.

Najbogatszym źródłem witaminy D jest tran, ale podaje się go głównie dzieciom. Naturalnym źródłem witaminy D dla człowieka jest jej synteza w skórze, która następuje pod wpływem promieniowania UVB. W warunkach polskich jest ona efektywna w lecie, ale w zimie tylko przez 2–3 godziny około południa.

Funkcje kalcyferoli w organizmie wiążą się z utrzymaniem homeostazy wapnia i fosforu, a przede wszystkim z procesami mineralizacji i przebudowy tkanki kostnej [13]. Witamina D podwyższa efektywność absorpcji wapnia i fosforanów w jelitach, zapewnia właściwy poziom wapnia i fosforanów w układzie krążenia, stymuluje wytwarzanie kolagenu przez osteoblasty.

Ostatnio przybywa dowodów na to, że witamina D jest polifunkcyjna; większość jej funkcji nie jest związana z regulacją poziomu wapnia, ale z regulacją wydzielania hormonów, proliferacją i różnicowaniem komórek. Badania potwierdziły wpływ witaminy D₃ na komórki systemu odpornościowego (komórki T) [14]. Niedobór witaminy D powoduje spadek odporności i chroniczne infekcje bakteryjno-grzybicze. Pokazano, że pomiędzy witaminą D₂ (ergokalcyferol) a D₃ (cholekalcyferol) są zasadnicze różnice w aktywności biologicznej, bardziej aktywną i polecaną w suplementach formą jest D₃. Profilaktycznie w populacji Polski powinno się podawać minimum 800 IU witaminy D₃ w okresie od października do kwietnia.

Antyoksydanty

W ciągu ostatnich lat bardzo intensywnie badano rolę związków o działaniu antyoksydacyjnym, ale jest oczywiste, że prozdrowotne korzyści nie wynikają tylko ze spożycia witamin A, C i E. Kluczową sprawą w zapobieganiu stresowi oksydacyjnemu jest obecność zespołu fitozwiązków i ich aktywność *in vivo*.

Najczęściej okazuje się, że pojedyncze izolowane związki nie dają tych samych korzyści, co ich naturalne mieszaniny [15]. W składzie suplementów można spotkać wiele innych składników pochodzenia roślinnego (ekstrakty z kurkumy, imbiru, żeńszenia), bakterie probiotyczne, aminokwasy, składniki mineralne.

Wielość preparatów stwarza zapotrzebowanie na rzetelną naukową informację o ich składzie i działaniu, a także o potrzebach, tj. niedoborach składników diety [16]. Aby dobrać właściwy preparat najlepiej poradzić się dietetyka, farmaceuty lub lekarza rodzinnego.

Źródłem informacji o suplementach powinny być apteki, ale też ośrodki SPA czy sanatoria.

*Iwona WAWER
Zakład Chemii Fizycznej
Wydziału Farmaceutycznego WUM*

Kierownik zakładu: prof. dr hab. Iwona Wawer

Piśmiennictwo:

- [1] www.lifesupplemented.org. Kampania prowadzona przez CRN (USA).
- [2] U. Prochaska, X.T. Nguyen, N. Donat, W.V. Piekutowski, Effects of food processing on the thermodynamic and nutritive value of foods: literature and database survey. *Medical Hypotheses* (2000) 54(2): 254–262,
- [3] L. Szponar, K. Stos, M.G. Ołtarzewski, Suplementy diety w żywieniu dzieci i młodzieży, *Pediatrica współczesna. Gastroenterologia. Hepatologia i żywienie dziecka*. 2007, 9(1):41–44.
- [4] B. Pietruszka, A. Kołajtis-Dołowy, K. Broczek, M. Mossakowska, Vitamins intake by group of Polish centenarians, 5-th European Congress of Nutrition and Health in the Elderly People, Warsaw, 2008, Book of Abstracts, p. 58.
- [5] L. Szponar, W. Sekuła, E. Rychlik i wsp. Badania indywidualnego spożycia żywności i stanu odżywienia w gospodarstwach domowych, *Prace IŻŻ*, Warszawa 2003.
- [6] R. Andersen, C. Molgaard, L.T. Skovgaard i wsp. Teenage girls and elderly women living in northern Europe have low winter vitamin D status. *Eur. J. Clin. Nutr.* 2005; 59(41):533–41.
- [7] Y. Dror, F. Stern, Y.N. Berner i wsp., Recommended micronutrient supplementation for institutionalized elderly. *J. Nutr. Health Aging*, 2002, 6(5): 295–299.
- [8] A. Brzozowska, W. Roszkowski, B. Pietruszka, Witaminy i składniki mineralne jako suplementy diety, *Żywność. Nauka. Technologia. Jakość*, 2005, 4(45): Supl., 5–16.
- [9] I. Wawer, K. Łastawska, Jak ustalić maksymalne bezpieczne dawki witamin i minerałów? Model oceny ryzyka, *Lek w Polsce*, 2008, 10:49–56.
- [10] European Responsible Nutrition Alliance, 2004, Vitamins and mineral supplements: a risk management model, ERNA, Brussels, Belgium (www.erna.org).
- [11] D. Richardson, Risk management of vitamins and minerals: a risk categorisation model for the setting of maximum levels in food supplements and fortified foods, *Food Sci. Technol. Bull. Funct. Foods* 2007, 4(6): 51–66.
- [12] M. Dehghan, N. Akhtar-Danesh, C. R. McMillan, L. Thabane, Is plasma vitamin C an appropriate biomarker of vitamin C intake? A systematic review and meta-analysis, *Nutrition J*, 2007, 6:41.
- [13] H.F. DeLuca. Overview of general physiologic features and functions of vitamin D. *Am. J. Clin. Nutr.* 2004; 80(6S): 1689S–1696S.
- [14] C.E. Hayes, F.E. Nasbold, K.M. Spach, L.B. Pedersen. The immunological functions of the vitamin D endocrine system. *Cell Mol. Biol.* 2003; 49(2): 277–300,
- [15] R. H. Liu, Health benefits of fruit and vegetables are from additive and synergistic combinations of phytochemicals, *Am. J. Clin. Nutr.*, 2003, 78(3): 517S–520S.
- [16] I. Wawer, *Suplementy diety dla ciebie*, Wyd. Wektor, Warszawa, 2009.

(przedruk z „Lek w Polsce” vol. 20 nr 6-7/2010)

Paternalizm i partnerstwo w relacjach między pacjentami a lekarzami

Paternalizm i partnerstwo

Spółeczna uwaga koncentrująca się na służbie zdrowia zdominowana jest u nas problematyką niedoborów. Powszechne są narzekania na dysproporcje między potrzebami zdrowotnymi pacjentów a możliwościami ich zaspokojenia, braki w wyposażeniu szpitali, niskie uposażenia pracowników, czy związany z tym wzrost korupcji. Znacznie mniej uwagi poświęca się bezpośrednim relacjom między „dawcami” i „biorcami” usług medycznych, choć do problemów tych przywiązuje się znaczną wagę w krajach Europy Zachodniej. Nie oznacza to oczywiście, że regulacje dotyczące dobrych stosunków – szczególnie między pacjentami a lekarzami – nie pojawiają się w oficjalnych dokumentach ustanawiających zasady funkcjonowania służby zdrowia. Wydaje się jednak, że w miarę powszechne jest przekonanie, że poprawa i uzdrowienie finansów służby zdrowia zniesie automatycznie wszystkie inne problemy. Tymczasem wzajemne relacje między lekarzami i pacjentami wymagają także wypracowania pewnej modelowej wizji, m.in. optymalnego zakresu paternalizmu i partnerstwa. Kwestie te dotyczą w znacznej mierze lekarzy rodzinnych, którzy znają swoich pacjentów lepiej niż konsultujący sporadycznie specjaliści. I mają też z nimi częstszy kontakt.

W modelu partnerskim zadaniem lekarza jest przedstawienie na poziomie zrozumiałym dla pacjenta patomechanizmu jego choroby, możliwych terapii, ich skutków i wspólne podjęcie decyzji dotyczących leczenia. W modelu tym lekarz uwzględnia świadomość zdrowotną pacjenta, warunki i styl jego życia oraz wyniki z nich preferencje i wybory. W modelu paternalistycznym natomiast lekarz decyduje sam (w oparciu o własny system wartości), co leży w najlepszym interesie zdrowotnym pacjenta. Nie ma tu miejsca na preferencje pacjenta i możliwości negocjacji. Priorytetem są fizjologiczno-biologiczne potrzeby ciała, zdefiniowane przez lekarza w oparciu o obiektywną wiedzę medyczną (wyniki badań, testów). Trzeba dodać, że w opinii niektórych badaczy utrzymanie takiego modelu relacji jest wyrazem „ochrony” profesjonalnej wiedzy medycznej przed „konsumentami” świadczeń medycznych i pomaga w utrzymaniu błędnie rozumianego prestiżu i tradycyjnego autorytetu wobec pacjenta.¹

Oczywiście model partnerski nie zawsze jest możliwy do zrealizowania. Sprawdza się przede wszystkim w sytuacji, gdy choroba pacjenta, jego dolegliwości i możliwości terapeutyczne stwarzają pole do negocjacji. Nie są one możliwe, gdy pacjent jest nieprzytomny lub gdy jego dolegliwości są tak silne lub zagrażające życiu, że zadaniem lekarza jest przede wszystkim szybka reakcja eliminująca „ostre” symptomy. W odniesieniu do takich właśnie dramatycznych sytuacji najczęściej rozpatrywane są problemy i dylematy etyczne związane z koniecznością decydowania przez lekarza, za pacjenta, a zatem dotyczą wyboru opcji paternalistycznej. Sytuacje tego rodzaju stanowią też szczególną trudność dla lekarza, który musi uporać się z własnymi emocjami i obawami związanymi ze słusnością podejmowanych działań czy z przekazywaniem pacjentowi i jego rodzinie niepomyślnych wiadomości. Takie przypadki stanowią jednak zdecydowaną mniejszość problemów zdrowotnych w praktyce lekarskiej, a szczególnie w praktyce lekarzy rodzinnych. Większość z nich to choroby przewlekłe, długotrwałe, nasilające się lub podlegające czasowej remisji, podczas których pacjent staje się powoli swoistym ekspertem od swojej choroby i subiektywnym dopełnieniem obiektywnej wiedzy medycznej lekarza. Nawiązanie partnerskich relacji między nimi jest wówczas najlepszą gwarancją kontrolowania przebiegu choroby i właściwego modyfikowania terapii, uwzględniającego zarówno cykliczne remisje, jak i nawroty choroby czy pojawienie się nowych symptomów. Wzajemne partnerstwo sprzyja także całościowemu postrzeganiu problemów chorego człowieka (a nie chorego narządu, za co się często krytykuje lekarzy) i poszanowaniu praw pacjenta.

Oba wyróżnione typy relacji rzadko występują w praktyce medycznej w czystej postaci. Trudno bowiem realizować konsekwentnie model wyłącznie paternalistyczny lub partnerski w odniesieniu do każdego pacjenta, każdego schorzenia, diagnozy i dynamiki choroby. Lekarze nieustannie konfrontowani są z przypadkami chorób, na które nie ma skutecznego leku, a jedynym możliwym działaniem jest łagodzenie bólu i niepokoju pacjenta. Partnerskie poinformowanie go o diagnozie („pacjent ma prawo do informacji...”) w wielu takich sytuacjach mogłoby tylko powiększyć stres pacjenta.² Model partnerski jest też łatwiejszy do realizacji, gdy pacjent posiada określoną wiedzę i kulturę medyczną (choćby podsta-

wową wiedzę na temat budowy i funkcjonowania ludzkiego ciała). Jej brak nie wyklucza jednak partnerstwa, choć wymaga ono kontaktu z pacjentem na poziomie jego możliwości intelektualnych.

Trzeba tu także odnotować, że niekiedy do modelu paternalistycznego dążą także sami pacjenci – niektórym bowiem z nich odpowiada rola „ubezwłasnowolnionych” w chorobie, nieobarczonych ciężarem podejmowania decyzji dotyczących własnego zdrowia. W takich sytuacjach pacjent niejako sam podmiotowo dokonuje wyboru, przenosi część swojej autonomii na rzecz lekarza i opowiada się za paternalistycznym modelem relacji. W oczach niektórych lekarzy pacjent taki uchodzi za „idealnego”, niesprawiającego kłopotów, niezadającego zbyt wielu pytań i w pełni akceptującego decyzje lekarza. Model partnerski posiada jednak także pewne walory istotne dla samego lekarza. Relacji pacjent – lekarz towarzyszy często niepokój i niepewność. Zawsze istnieje ryzyko błędnej diagnozy, zastosowania nieskutecznych leków czy nieprzewidzianych, ubocznych efektów realizowanych terapii. Partnerstwo w relacji z pacjentem pozwala dzielić się z nim tą odpowiedzialnością.³

Paternalizm i partnerstwo w praktyce lekarskiej w Polsce na tle Europy

Wprowadzona w 1999 r. reforma służby zdrowia, ustanawiając m. in. wolny wybór lekarza i tworząc funkcję lekarza rodzinnego, zakładała, że relacja między lekarzem i pacjentem będzie bardziej partnerska i zminimalizuje efekty niesymetryczności wynikające z przewagi lekarza choćby w zakresie posiadanych kompetencji. Przyświecało jej coraz bardziej oczywiste przekonanie, że dobra opieka zdrowotna wymaga także aktywnej postawy pacjenta, a nie tylko pasywnego stosowania się do zaleceń profesjonalisty. Potrzeba odejścia od paternalistycznego modelu relacji pacjent – lekarz na rzecz partnerskiego podyktowana była zarówno w Polsce, jak i na Zachodzie, przemianami w obrazie chorób. Fakt, że przede wszystkim choroby przewlekłe zdominowały rynek usług medycznych, pomógł w tworzeniu zapotrzebowania na aktywne uczestnictwo pacjenta w terapii.

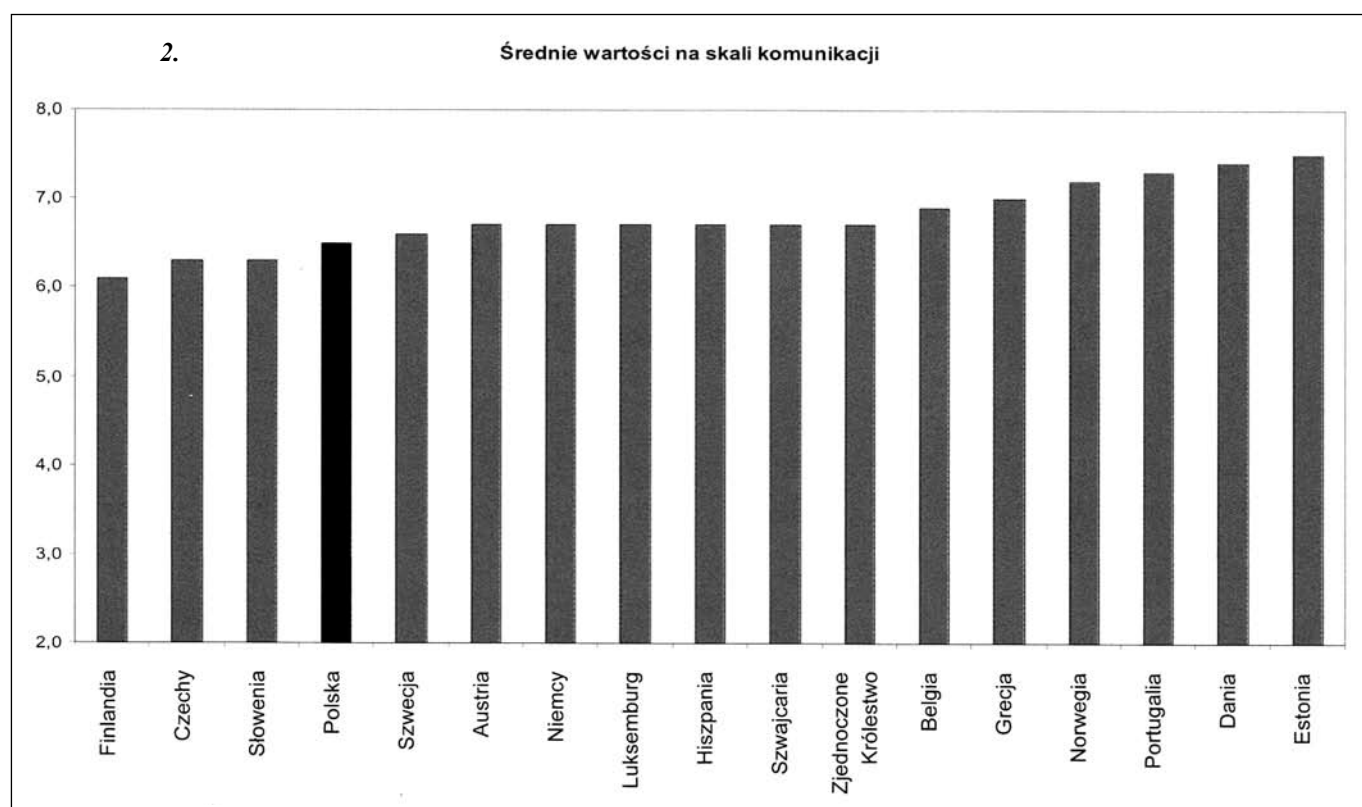
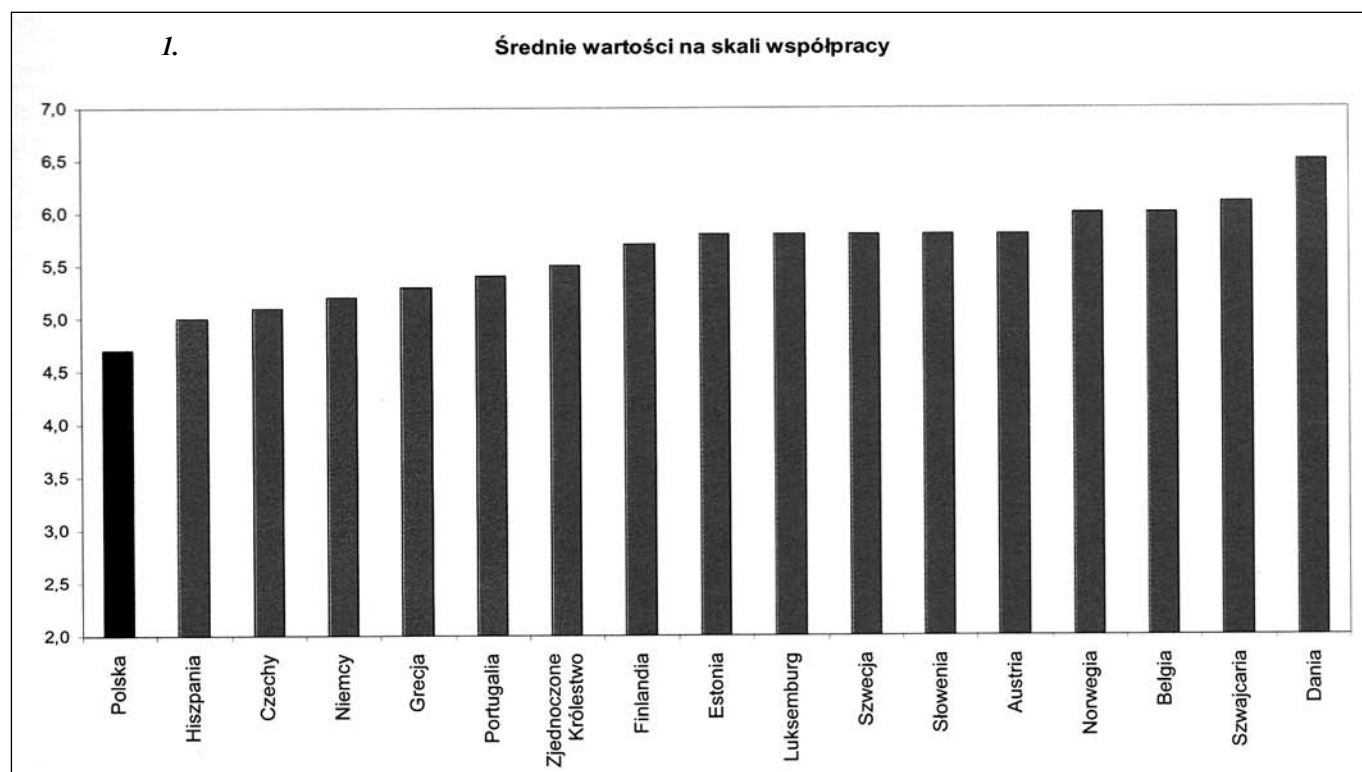
Także chęć przystąpienia Polski do Unii Europejskiej wiązała się z wprowadzeniem do praktyki medycznej europejskich standardów; służyły temu m.in. prawa pacjenta. Wprowadzenie ich miało na celu wyposażenie pacjenta w narzędzia pozwalające mu aktywnie uczestniczyć w procesie leczenia i na niego wpływać. Informacje o prawach pacjenta zostały wywieszone we wszystkich większych placówkach służby zdrowia – nie było to jednak jednoznaczne z ich respektowaniem. Badania socjologiczne prowadzone w 2000 r. wykazały, że wiele praw przyznanych pacjentowi było w praktyce wyłączanie „prawami papierowymi”.⁴

W badaniach przeprowadzonych w 2001 r.¹ ciągle widać było wyraźną dominację modelu paternalistycznego. Relacje pacjentów wskazują na jednostronne podejmowanie decyzji przez lekarzy. Większość nie proponuje na ogół innych terapii (65,8%), nie oferuje innych dostępnych a często różniących się cenami leków (62,9%), a znaczna część rzadko informuje o celu dodatkowych, zleconych badań (45,9%) czy udziela wyjaśnień dotyczących sposobu działania zaordynowanej terapii (37,4%). Także prowadzone w Polsce badania nad sposobem komunikowania się lekarzy z pacjentami wskazują, że ci pierwsi zbyt często posługują się medycznym językiem i używają terminologii nie zawsze zrozumiałej dla pacjentów. Stwierdzono, że spośród pacjentów oczekujących na zabieg chirurgiczny tylko 1/4 była w stanie dokładnie określić, jakiego narządu ma on dotyczyć, a ponad połowa nie rozumiała takich terminów jak np. transfuzja, tętno, astma, gruźlica czy sterylny.⁵ Problem ten nabiera szczególnej wagi, jeżeli uświadomimy sobie, że wraz z postępującym gwałtownie technologicznym rozwojem biomedycyny, możliwościami nowych wyrafinowanych badań i nowoczesnych terapii, pacjent jest coraz bardziej zagubiony w świecie medycyny.

Można więc wnioskować, że respektowanie pełni praw pacjentów i partnerski model relacji pacjent – lekarz jest u nas dopiero w fazie krystalizacji i na pewno nie jest jeszcze rozpowszechniony. Warto w związku z tym postawić pytanie, jak relacja ta przedstawia się w Polsce na tle innych krajów. Odpowiedź daje Europejski Sondaż Społeczny z 2004 r.¹¹ Kwestionariusz wykorzystany w badaniach, które przeprowadzone zostały w 17 krajach europejskich, zawiera blok pytań dotyczących relacji pacjent – lekarz, a ich część poświęcona jest właśnie oszacowaniu stopnia partnerstwa względem paternalizmu w tych relacjach. Szczególnie przydatne dla naszych rozważań wydaje się tu występowanie doświadczeń i odczuć pacjentów związanych z dwoma wymiarami^{11a}:

- stopniem współpracy (np. „lekarze rodzinni [pierwszego kontaktu] traktują swoich pacjentów w sposób partnerski, jak równych sobie”; „zanim lekarze ustalą kurację, dyskutują o niej ze swoimi pacjentami”),
- poziomem wzajemnej komunikacji (np. „pacjenci mają opory przed zadawaniem lekarzowi wszystkich pytań, które chcieliby zadać”; lekarze używają wyrazów lub określeń, które są mało zrozumiałe dla pacjentów).

Traktując te wymiary jako podstawę ocen stopnia postrzeganego partnerstwa i komunikacji między pacjentami a lekarzami, spójrzmy, jak przedstawiają się one dla Polski w zestawieniu z innymi krajami europejskimi. Za-



mieszczące wykresy ukazują średnie wartości uzyskane na czynnikowych skalach współpracy i komunikacji dla 17 krajów europejskich (Rycina 1 i 2)

Najwyższe wskaźniki na skali współpracy osiągają Dania, Norwegia, Szwajcaria i Belgia. Relacje pacjentów i lekarzy w Polsce plasują się na końcu listy badanych krajów europejskich. Oznacza to, że we wzajemnych re-

lacjach dominuje u nas model paternalistyczny. Niskie wskaźniki współpracy obserwujemy także w Hiszpanii, Czechach, Niemczech i w Grecji. Nieco lepiej z naszego punktu widzenia przedstawia się wymiar komunikacji. Polska znajduje się tu w strefie „niższych stanów średnich” przed Słowenią, Finlandią i Czechami. A najwyższe pozycje zajmują Dania, Estonia, Norwegia i Portu-

galia (która jednocześnie plasowała się nisko na skali współpracy).

Warto dodać, że zaobserwowanych różnic między Polską a innymi krajami nie można wyjaśnić takimi czynnikami, jak system organizacji i zarządzania, opieką zdrowotną, nakładami na jej finansowanie czy stopniem nasycenia kraju kadrami lekarskimi i pośrednio czasem, jaki lekarz może poświęcić pacjentowi. Czynniki te nie wyjaśniają bowiem jednoznacznie różnic rozkładu odpowiedzi między poszczególnymi krajami. Może to sugerować, że ich wyjaśnienia należy poszukiwać wśród dominujących wartości wyznawanych przez lekarzy, istniejących dystansów społecznych, wzorów współpracy, norm obowiązujących w świecie medycznym. Wszystkie te kwestie byłyby więc elementami socjalizacji lekarzy do zawodu i powinny być kształtowane w procesie edukowania studentów medycyny. Jednak na polskich uczelniach medycznych niewiele miejsca poświęca się na uczenie przyszłych lekarzy właściwych sposobów odnoszenia się do pacjentów i porozumiewania z nimi. Nie kształci się też dostatecznie społeczeństwa w zakresie podstaw zdrowia i elementarnych wiadomości medycznych. Wielu lekarzy oczywiście potrafi nawiązać znakomity kontakt z pacjentami, jednak jest to raczej efekt indywidualnej wrażliwości i wyczucia niż wynik posiadania odpowiednich, wyuczonych sprawności komunikacyjnych.

Respektowanie zaleceń lekarskich

Pozostaje jeszcze do rozważenia praktyczny aspekt relacji między pacjentami a lekarzami. Warto postawić pytanie, jak biernie i niekwestionowane przyjmowanie zaleceń, nieopatrzonego wyjaśnieniem i uzasadnieniem, opartych wyłącznie na sile autorytetu lekarza, wpływa na stosowanie się do nich, a jak sprawa przedstawia się wówczas, gdy są one efektem partnerskiego modelu relacji? Badania przeprowadzone w krajach Europy Zachodniej nie rozstrzygają tej kwestii jednoznacznie. Większość wskazuje, że pełne respektowanie zaleceń lekarskich jest powszechniejsze w modelu partnerskim; jednak inne zdają się wskazywać, że typ relacji nie ma tu większego znaczenia, a liczy się raczej zaufanie do lekarza.⁶

Stopień zaufania, jakim cieszą się lekarze, jest zróżnicowany i pozostaje w znacznej mierze funkcją bardzo wielu czynników, choćby takich jak prestiż i pozycja w zawodzie, prestiż instytucji, w której lekarz pracuje, posiadane przez niego doświadczenie, opinie o skuteczności jego leczenia, ale także sumienność, bezinteresowność i życzliwość.⁷ Jednak niezależnie od zaufania przeciętnie niski poziom partnerstwa między lekarzami i pacjentami w Polsce daje znać o sobie w odpowiedziach na pytania o sposoby i stopnie modyfikowania zaleceń lekarskich przez pacjentów podczas terapii i bez wiedzy lekarza. Przytaczany już Europejski Sondaż Społecz-

ny pokazał, że polscy respondenci częściej niż pacjenci w większości krajów sami „modyfikują terapię”, np. przyjmując leki w inny niż przepisany sposób (zmniejszając dawkę w obawie przed efektami ubocznymi leku lub zwiększając, aby szybciej pozbyć się dolegliwości), przerywając leczenie przed jego zakończeniem, czy korzystając z leków przepisanych dla innej osoby. Najwyższe odsetki dokładnego i rygorystycznego przestrzegania zaleceń deklarują mieszkańcy Portugalii i Zjednoczonego Królestwa (powyżej 82%), gdy w Polsce odsetek ten kształtuje się na poziomie 66%. Jest to być może swoista odpowiedź na paternalizm lekarzy. Pacjenci nie pytają, nie dyskutują, ale podważają decyzje lekarza na etapie stosowania się do niej. Oznaczałoby to, że pacjent dopiero po wyjściu z gabinetu lekarskiego wyraża swoje zdanie na temat sposobu leczenia.

Przedstawione materiały wskazują na pewne deficyty wzajemnych relacji między lekarzami a pacjentami, jak i źródła istniejących problemów. Za jeden z ważniejszych deficytów można uznać niewystarczający poziom współpracy i komunikacji. Lekarze są niejednokrotnie przekonani, że przekazali pacjentowi wszelkie niezbędne dla niego informacje, tymczasem w odczuciu pacjentów były one niekompletne lub niezrozumiałe. Niejasności i wątpliwości pacjenta przekładają się więc często na niepełne stosowanie się do zaleceń, co osłabia skuteczność leczenia. Postulat właściwej komunikacji jest istotny w praktyce każdego lekarza, jednak szczególnej wagi nabiera w relacjach pacjentów z lekarzem rodzinnym. On bowiem jest najbardziej predestynowany do tego, aby być przewodnikiem pacjenta po świecie choroby i medycyny.

Antonina OSTROWSKA

*Socjolog medycyny, prof. zw. dr hab.,
zastępca dyrektora ds. nauki
w Instytucie Filozofii i Socjologii PAN*

Ryciny I i 2: opracowanie własne Autorki
na podstawie Europejskiego Sondażu Społecznego.

Kontakt z Autorką: Instytut Filozofii i Socjologii PAN,
ul. Nowy Świat 72, 00-330 Warszawa, e-mail: aostrows@
ifispan.waw.pl

Piśmiennictwo:

¹ Zola IK. Medicine as an institution of social control. *Sociological Review*. 1972; 20:487-504.

² Ostrowska A. Śmierć w doświadczeniu jednostki i społeczeństwa. Wydawnictwo IFiS PAN: Warszawa, 2005.

³ Freidson E. Patients view of medical practice. Russel Sage Foundation: New York, 1961.

⁴ Halik J. Społeczne różnice w stanie zdrowia i dostępie do świadczeń medycznych – główne mechanizmy i uwarunkowania. *Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna* 2000; 19:103-115.

⁵ Tobiasz-Adamczyk B. Relacje pacjent – lekarz w perspektywie socjologii medycyny. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego: Kraków, 2002.

⁶ Stoeckle JD. Introduction [w:] Stoeckle JD (red). *Encounters between Patients and Doctors. An Antology. The Massachusetts Institute of Technology: Cambridge, London, 1987:1-129.*

⁷ Ostrowska A. Relacja pacjent – lekarz: nowa jakość? *Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna* 2001; 21:109-122.

¹ Wyniki badania przeprowadzonego na zlecenie Instytutu Reumatologii w Warszawie w 2001 r. na ogólnopolskiej próbie reprezentatywnej 2167 osób

¹¹ W Polsce badanie zrealizowane było na próbie reprezentatywnej dorosłych Polaków liczącej 1680 osób.

¹¹¹ Uzyskane odpowiedzi z analizowanych krajów poddano analizie czynnikowej, która wykazała, że we wszystkich krajach układają się one w dwa niezależne czynniki, reprezentujące dwa wymiary relacji pacjent – lekarz: pierwszy z nich nazwano wymiarem współpracy, drugi – komunikacji. Zakres wyjaśnionej przez nie wariancji wahał się w granicach 57,7–63,5%

Autopsja – zapomniana metoda. Czy słusznie?

Ile osób umiera rocznie w Polsce z powodu śmiertelnego zatoru tętnicy płucnej? Jakby dokładnie nie szukać, odpowiedzi na to pytanie nie znajdziemy w naszej literaturze. Znajdziemy jedynie szacunkowe dane, oparte na ekstrapolacji danych z innych krajów, głównie USA. I tak, na początku obecnej dekady Rafał Niżankowski ostrożnie oceniał ilość obwodowego zapalenia zakrzepowego żył głębokich na 50.000 do 100.000 rocznie. W 2005 roku pojawił się szacunek M. Kurzyny, podający – też szacunkowo – liczbę 285.000 zachorowań. Dawałoby to liczbę 20 do 30.000 śmiertelnych zatorów płucnych rocznie! Jeśli uznamy, że ten szacunek jest przesadzony i przyjmujemy dane Niżankowskiego, to dostaniemy 5.000 do 10.000 zgonów z powodu zatoru tętnicy płucnej rocznie, a więc około 10 zgonów na szpital na rok.

Czy to możliwe? Możliwe, pamiętając o dość uznanym stosowaniu profilaktyki przeciwzakrzepowej w naszych szpitalach. Czy to prawdziwe? Niestety, nie wiemy. Nie wiemy, i nie możemy wiedzieć, bo u ponad 90% zmarłych w polskich szpitalach nie wykonuje się badania pośmiertnego, a w rubryce „*przyczyna zgonu*” wpisuje się nieodmiennie „*niewydolność oddechowo-kръżeniowa*”.

Nie jest to tylko nasza przypadłość. W Stanach Zjednoczonych ilość wykonywanych ostatnio autopsji z trudem przekracza 10%, mimo że popularna JAMA, czyli *Journal of the American Medical Association* już dwukrotnie podejmował walkę z „*niechęcią do autopsji*”. Ale niewielka to dla nas pociecha.

Dlaczego nie wykonujemy sekcji zwłok? Dlaczego tak łatwo zrezygnowaliśmy z metody pozwalającej jednoznacznie stwierdzić przyczynę zgonu, potwierdzić – lub wykluczyć – nasze wcześniejsze podejrzenia? *Dlaczego* – jak pisze Atul Gawande – *nie chcemy uczyć się od zmarłych*?

Chciałbym się pokusić o próbę odpowiedzi na te pytania, zdając sobie sprawę, że odpowiedzi nie są łatwe i jednoznaczne. Najczęściej i najchętniej zwykliśmy zrzucać odpowiedzialność na rodzinę zmarłego. Rodzina się nie zgodziła – mówimy, i ze spokojem podpisujemy stosowny papier, który zostaje w historii choroby i uspokaja

nasze sumienie oraz broni nas przed ewentualnymi zarzutami. Rodzina się nie zgodziła. Niestety, często na naszą delikatną sugestię – „*tu wszystko jest jasne, będziemy jeszcze waszego ojca – męża – brata – kroić?*” A jak wykazały badania w Stanach Zjednoczonych, około 80% rodzin wyraziłoby zgodę na autopsję, gdyby lekarz przedstawił tę procedurę jako ważną. „*Jeśli to dla was ważne, to proszę robić*” – taka była najczęściej odpowiedź rodzin.

Więc raczej nie rodziny. Na pierwszym miejscu umieściłbym naszą niezachwianą wiarę w potęgę współczesnej medycyny. Mamy wyrafinowane badania laboratoryjne i obrazowe – mamy USG, KT, MR i jeszcze wiele innych urządzeń – mamy tego tak dużo, że uciekamy się do operowania skrótami i jesteśmy w stanie zagospodarować nimi cały alfabet. Precyzję i nieomyłność maszyn przenosimy podświadomie na nas samych. A przecież my jesteśmy omylni. Możemy w naszym rozumowaniu nie brać pod uwagę jakiejś choroby, więc nie zlecić badań w jej kierunku. Możemy źle odczytać wynik badania radiologicznego, coś na nim przeoczyć, możemy źle zinterpretować wynik badania laboratoryjnego, w efekcie postawić złą diagnozę i zastosować niewłaściwe leczenie. Powie ktoś – margines. Nie taki wąski! Badania amerykańskie wykazały, że autopsje w 40% zgonów wykrywają inną przyczynę zgonu, niż tą, ustaloną wcześniej przez lekarzy. W jednej trzeciej z tych przypadków pacjent miałby szansę przeżycia, gdyby rozpoznanie było właściwe. Inne badania wykazały, że od lat 60-tych ubiegłego wieku (brak USG, KT, RM) w porównaniu do lat 90-tych, kiedy mieliśmy przecież już te wszystkie nowinki techniczne, ilość pomyłek w określeniu przyczyny zgonu nie uległa zmniejszeniu! W każdym z badanych dziesięcioleci przeoczone zostało do 25% ciężkich, prowadzących do śmierci zakażeń, do 30% zawałów serca i do 60% zatorów tętnicy płucnej.

Są jeszcze co najmniej dwie przyczyny rezygnacji z przeprowadzania autopsji, obie raczej marginalne, ale o nich też trzeba pamiętać. Pierwsza, to złe pojęta oszczędność – utrzymanie patologa w szpitalu lub

zlecenie wykonywania sekcji przez podmiot zewnętrzny wiąże się z kosztami, więc niektóre dyrekcje chętnie z tego „niepotrzebnego” źródła kosztów rezygnują. Druga, to świadome lub podświadome poczucie, że czegoś nie dopatrzeliśmy, że coś zostało zaniedbane, więc lepiej może, żeby patolog tego nie weryfikował, bo jeśli coś znajdzie...

Standard akredytacyjny PJ 2.2 mówi, że w szpitalu regularnie analizuje się przyczyny zgonów pacjentów. W wyjaśnieniu pada zdanie, że celem analizy jest dostarczenie klinicystom materiału edukacyjnego, że analiza nie ma służyć penalizacji. Jak możemy przeprowadzić rzetelną analizę, jeśli nie możemy mieć pewności czy w około czterdziestu procentach zgonów właściwe określiliśmy przyczynę śmierci?

Bardzo chciałbym państwa przekonać, że warto, że trzeba robić sekcje zwłok. Jeżeli chcemy dać więcej naszym pacjentom, uczmy się na przypadkach, w których nasza pewność siebie okazała się zwodnicza. Dla zmarłych już nic więcej nie możemy zrobić, ale ciągle możemy stawiać im pytania, w tym jedno zasadnicze: dlaczego?

Jerzy KULIKOWSKI

*Towarzystwo Promocji Jakości Opieki Zdrowotnej
w Polsce*

(przedruk z materiałów XIV Ogólnopolskiej Konferencji Jakość w Opiece Zdrowotnej,
Kraków 27-28 maja 2010)

Psychologiczne i psychopatologiczne aspekty terroryzmu

Naukowcy wielu dziedzin pochylają się nad możliwościami przeciwdziałania terroryzmowi. Na gruncie psychiatrii i psychologii podejmowane są próby odpowiedzi na pytanie: kim jest terrorysta. Jedną z hipotez zakorzeniona jest w psychopatologii. Poszukuje się szczególnych cech osobowości lub zaburzeń występujących wśród działaczy organizacji terrorystycznych, które tłumaczyłyby ich zachowania. W literaturze przedmiotu wielu autorów wskazuje na istnienie „osobowości terrorystycznej”. Brutalność działań starają się wyjaśnić szczególnymi predyspozycjami związanymi z osobowością psychopatyczną (dysocjalną). Zakłada się, że aby zaangażować się w działania destrukcyjne, powodujące cierpienie czy śmierć wielu ludzi jednostkę musi cechować brak empatii, nieliczenie się z normami społecznymi i egocentryzm.

Zgodnie z klasyfikacją ICD-10 osobowość dysocjalną charakteryzuje:

- nieliczenie się z uczuciami innych,
- lekceważenie norm i zobowiązań społecznych,
- niemożność utrzymania trwałych związków z innymi, przy łatwym ich nawiązywaniu,
- niska tolerancja na frustrację,
- niski próg wyzwalania agresji,
- niezdolność do przeżywania poczucia winy,
- tendencja do obwiniania innych.

Wymienione cechy utrudniają funkcjonowanie w grupie. Horgan (1998) w swojej książce „*Psychologia terroryzmu*” przytacza wyniki badań Taylor i Quyle. Podważają oni koncepcję osobowości psychopatycznej, jako najbardziej charakterystycznej dla terrorystów. Powołują się m.in. na stwierdzenie jednego z przywódców ugrupowań lojalistycznych w Irlandii Północnej: „*Jest nie-*

wielu, jak wy ich nazywacie... psychopatów... wystają oni z szeregu i każdy ich zna”. Patologiczny egocentryzm, będący cechą psychopatii, koliduje z cechami pożądanymi przez przywódców terrorystycznych ugrupowań. Poszukują oni ludzi z wysoką motywacją, zdyscyplinowanych, skoncentrowanych na zadaniu, również w sytuacji silnego stresu, np. podczas uwięzienia. Kolejną cechą odróżniającą terrorystę od psychopaty jest sposób wybierania ofiar. Ofiary terrorysty wybierane są z klucza, często symbolicznego, gdzie w przypadku psychopaty ma on do nich stosunek osobisty.

Obecna wiedza na temat psychologii terroryzmu pozwala na wyciągnięcie wniosku, że wśród terrorystów nie występuje nadreprezentacja cech psychopatycznych. Aspektem mogącym stanowić czynnik ryzyka dla aktu terroru jest doświadczenie traumy. Jej konsekwencją są zniekształcenia poznawcze, zaburzenia w obrazie własnej osoby i spostrzegania rzeczywistości. Kryteria diagnostyczne PTSD (wg ICD-10) obejmują ponowne przeżywanie sytuacji urazowej w postaci uporczywych i natrętnych wspomnień, wyobrażeń, snów. Osoba ta unika sytuacji, myśli, uczuć i rozmów skojarzonych z traumą. Obserwuje się niemożność przypomnienia sobie ważnych aspektów urazu oraz anestezję emocjonalną. Znaczącemu zmniejszeniu ulega liczba zainteresowań, osoba wycofuje się z aktywności, ma poczucie odrzucenia przez innych oraz zawężone odczuwanie afektu (np. niemożność przeżywania miłości). Osoba ta ma poczucie braku perspektyw na przyszłość. Symptomy Stresu Pourazowego rozpoznane zostały u kobiet, które na wojnie straciły bliską osobę – męża lub brata. O szahidkach, tzw. Czarnych Wdowach cały świat usłyszał po zamachu na moskiewskie metro, co zwróciło uwagę na

fakt, że stereotypowe postrzeganie terrorysty-mężczyzny uległo zmianie.

W rozumieniu zjawiska terroryzmu należy uwzględnić rolę kontekstu społeczno-kulturowego, rodzaju i charakteru grupy terrorystycznej oraz pełnionej w niej funkcji. Istotne znaczenie ma sposób rekrutacji do tego rodzaju organizacji. Stawanie się terrorystą jest procesem. Najczęściej rekrutowani są młodzi mężczyźni w okresie tzw. kryzysu tożsamości. Grupy terrorystyczne wykorzystują brak jasnej autoidentyfikacji. Jednostka, która cierpi z powodu wewnętrznych sprzeczności, ambiwalencji poszukuje oparcia również w proponowanej ideologii. Zaangażowanie w terroryzm Horgan (1998) traktuje jako proces zmiany przyrostowej. Obejmuje ona proces afiliacji, bycia terrorystą i/lub odejścia. Początkowo istotną rolę odgrywa doświadczanie skutków procesów politycznych, wiktymizacja, kontekst wspólnotowy, poczucie rozczarowania swoim zajęciem, statusem, osobą oraz brak alternatyw. Kolejnym etapem jest faza „bycia terrorystą”. Występują tu takie procesy jak nabywanie umiejętności, dopasowanie się do odgrywanej roli, nauczenie się wewnętrznego języka grupy, akceptacja roli i realizacja osobistych fantazji. Członkostwo postrzegane jest i używane jako narzędzie zdobywania statusu. Ostatnim możliwym etapem jest porzucanie ak-

tywności terrorystycznej, w którym jednostka ocenia koszty poniesione w wyniku przynależności do grupy.

Złożoność zjawiska terroryzmu wymaga analizy m.in. na poziomie społeczno-politycznym, prawnym, psychologicznym, medycznym. Wykorzystywanie terroru jako narzędzia przybiera nowe formy (bioterroryzm, cyberterroryzm). Przeciwdziałanie terroryzmowi bezsprzecznie wymaga więc spojrzenia interdyscyplinarnego.

*Aleksander ARASZKIEWICZ,
Anna DUDZIC-KOC, Remigiusz KOC*

Aleksander Araszkiewicz – prof. zw. dr hab. n. med., psychiatra i psychoterapeuta, kierownik Katedry i Kliniki Psychiatrii Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy, Prezes Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego w latach 2007–10, Wiceprezes Polskiego Towarzystwa Suicydologicznego.

Anna Dudzic-Koc – psycholog, doktorantka na Wydz. Lekarskim Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy

Remigiusz Koc – psycholog społeczny, adiunkt w Instytucie Psychologii Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy.

(przedruk z „Primum Non Nocere” nr 11/10)

Karol Marcinkowski – lekarz, społecznik i patriota

Karol Marcinkowski urodził się 23 czerwca 1800 r. w Poznaniu na Wzgórzu Świętego Wojciecha, w rodzinie drobnomieszczańskiej. Jego ojciec, Józef, był m.in. szewcem, przewoźnikiem, piwowarem, a w końcu otworzył karczmę. Matka, Agnieszka z Kopickich, urodziła czworo dzieci. Trzecim z kolei był Karol. Po ukończeniu Gimnazjum św. Marii Magdaleny Karol podjął studia medyczne na Uniwersytecie w Berlinie (gdzie miał okazję słuchać wykładów m.in. Hegla), które kontynuował w latach 1817–1821. W 1819 r. utworzono w Berlinie tajne patriotyczne stowarzyszenie Polonia. Jego członkami poza Marcinkowskim, który pełnił przez pewien czas funkcję przewodniczącego, byli m.in. Gustaw Potworowski, Antoni i Erazm Stablewscy, Adam Loga. Po uzyskaniu absolutorium w 1821 r., jednak jeszcze przed egzaminem doktorskim i egzaminem praktycznym, w lutym 1823 r. Marcinkowski został aresztowany za działalność w Polonii i skazany na 3 miesiące twierdzy w Wisłoujściu pod Gdańskiem. Po zwolnieniu z więzienia uzyskał doktorat na podstawie dysertacji O wskazaniach lekarskich.

Następnie Marcinkowski przeniósł się do Poznania, gdzie otworzył praktykę. Pracował w pierwszym nowo-

czesnym szpitalu w Poznaniu – w Zakładzie Sióstr Miłosierdzia (przy ul. Długiej) i stał się w szybko wziętym lekarzem. Żył niezwykle skromnie pomimo bardzo wysokich zarobków (jego roczne honoraria sięgały 10 000 talarów). Mieszkał w domu aptekarza Augustyna Kolskiego na Starym Rynku (obecnie mieści się tam apteka Pod Żłotym Lwem), gdzie wynajmował dwa małe pokoje. Ogromne dochody przeznaczal na rozległą działalność społeczną, w tym utrzymanie Zakładu Sióstr Miłosierdzia oraz wspieranie ubogich pacjentów.

Po wybuchu powstania listopadowego przyłączył się do powstańców i brał udział wraz z ks. Logą, Potworowskim i Mielżyńskim w wyprawie gen. Chłapowskiego na Litwę. Dosłużył się stopnia kapitana i został odznaczony Krzyżem Virtuti Militari. Po upadku powstania udał się na emigrację, najpierw do Szkocji, potem przez Londyn do Paryża. Wszędzie trzymał się z daleka od polityki i zajmował się rozwijaniem wiedzy i umiejętności medycznych. Już wtedy był uznawany za wybitnego specjalistę w zakresie zwalczania cholery, co znalazło odzwierciedlenie w przyznanym mu przez francuską Królewską Akademię Nauk złotego medalu wraz z 1000 franków. Marcinkowski me-

dale nie przyjął, a pieniądze przeznaczył na wsparcie Stowarzyszenia Naukowej Pomocy zajmującego się pomocą materialną dla uczącej się młodzieży. Po powrocie do Poznania w 1835 r. zamieszkał w domu przy ul. Podgórznej (obecnie ul. Podgórna 7). Władze pruskie jednak wytoczyły mu proces za udział w powstaniu listopadowym i skazano go na 9 miesięcy twierdzy, odbycie dwuletniej służby wojskowej i konfiskatę majątku. Wywołało to oburzenie i protest mieszkańców Poznania – zarówno Polaków, jak i Niemców oraz Żydów. Magistrat i Rada Miejska, a także znany z polityki germanizacyjnej naczelny prezes prowincji Eduard von Flottwell wystąpili o złagodzenie kary, a król zgodził się na 3 miesiące więzienia.

W kolejnych latach Marcinkowski zajmował się głównie działalnością medyczną i społeczną. Brał aktywny udział we wszelkich ważnych inicjatywach społecznych, w tym w powołaniu Spółki Akcyjnej Bazar oraz Towarzystwa Naukowej Pomocy (TNP), wspierającego rozwój zdolnej i ubogiej młodzieży. Mało kto pamięta, że towarzystwo to przetrwało do 1939 r. oraz że – jak się szacuje – w do 1924 r. udzielono prawie 20 000 stypendiów, co umożliwiło uzyskanie wykształcenia wyższego 6650 osobom. Trzeba jeszcze dodać do tego młodzież kształcąca się w innych typach szkół. Szacuje się, że liczba beneficjentów towarzystwa wynosiła co najmniej kilkanaście tysięcy.

W 1845 r. Marcinkowski powołał Towarzystwo Wspierania Ubogich i Biednych, które już w pierwszych 6 miesiącach działalności wydało ponad 47 000 obiadów, zorganizowało pomoc świadczoną przez 20 lekarzy oraz udzieliło wsparcia materialnego 159 rodzinom.

W 1841 r. Marcinkowski został radnym miejskim Poznania, a w 1843 r. nawet wiceprzewodniczącym rady. Wszystkie obowiązki społeczne i pracę medyczną wykonywał kosztem stale pogarszającego się zdrowia. Gruźlica, na którą chorował od lat, czyniła coraz większe spustoszenie i doprowadziła do jego śmierci 7 listopada 1846 r. w Dąbrówce Ludomskiej pod Obornikami.

Marcinkowski pozostawił testament, który doskonale odzwierciedla, jakim był człowiekiem, w co wierzył i co dla niego było ważne w życiu. Pełny tekst testamentu dostępny jest jako reprint w Nowinach Lekarskich z 1996 r. Poniżej cytuję fragmenty tego bardzo przejmującego dokumentu. Najpierw dyspozycja dotycząca samego pogrzebu: *Zapłaciwszy z zebranych, co się któremu z mych ludzi zasług należy, dać każdemu jeszcze po talarów 50, z reszty opłacić pogrzeb, którego kosztu mają być, jak przy ubogim człowieku. Byłem całe życie nieprzyjaznym okazałościom pogrzebowym, razi mnie dreszcz, kiedy myślę, że mogliby mnie z pompą pochować... Pochować ciało prosto w ziemię, gdzie kolej wypadnie, nie kłaść żadnego znaku na grobie. A jaki tylko grosik się oszczędzi, rozdać pomiędzy ubogich.*

Następnie fragment znakomicie opisujący cechy charakteru Marcinkowskiego: *Co on robił z dochodami, jakie np. w ostatnich latach Magistrowi Poznańskiemu wykazywał? Wystawcie sobie — opowiada rozrzuconego człowieka, który skoro rzecz jaką zobaczy, co pasji jego dogodzi, nie pyta, czy rozsądnie by kupić, ale dogadzając swej chuci, wyrzuca pieniądze. Otóż taką samą chucią wlał Pan Bóg w mą duszę. Kiedym wiedział, że wydatkiem pieniędzy na pożyteczne, jak mnie się zdawało, cele mogłem dogodzić tej żarliwości mej duszy, z jakąż przyjemnością wydawałem, ciesząc się zawsze, że to moja prawdziwa własność, mój że tak powiem utwór, którym dysponuję. Nie pojmowałem nigdy tych ludzi, którzy skwapliwie skarby zbierają, nie zostawiając dzieci dobrze wychowanych, bo się ich wychowaniem nie trudnią, tylko zbieraniem majątku, lub umierając bezdzietnie, nie wiedząc, jaki z ich zbiorów nastąpi użytek. Zwykle to marnie bywa roztrwonione. Mnie miło było dogodzić sobie natychmiast i patrzeć za życia na skutki mych usiłowań. I dobrze mi tak było.*

Drugie pytanie, dlaczego ten człowiek jak zapamiętały pracował do upadłego, uparty, niezważający na żadne udzielone mu rady. *To tylko ten odgadnie i zrozumie, kto kiedykolwiek w swej duszy żywo czuł, co to jest pełnić powinność. Tego żądla, tej niespokojności, którą Pan Bóg wlał w duszę moją (boć ja sobie nic nie dałem, wszystko, co we mnie było, są Jego dary przez wychowanie ludzkości na szczegółowy jej pożytek skierowane), inaczej poskromić nie mogłem, jak ciągle zajmując się pracą – mnie jeść i spać choćbym był bardziej zmęczony nie prędzej smakowało, ażem całodzienną pracę ukończył. Prawda, że nieraz Bóg wiele po mnie wymagał; nigdy się na to nie oburzałem, zawsze równie ochoczy byłem, gdy chodziło o to, aby drugiemu dopomóc... Całe me życie najwyższe me szczęście zakładałem na zupełnej niezawisłości od świata, wszystkie sobie odmówić byłem w stanie, i dziś, gdy się z tym światem rozstaję, odchodzę bez żalu do wczoraj, bez życzenia na jutro.*

Na zakończenie przytaczam fragment raportu szefa policji pruskiej oddającego szacunek, jakim cieszył się Marcinkowski, również wśród oponentów politycznych: *Dr Marcinkowski nie żyje. Choć rząd w ten sposób uwolnił się od wpływowego przeciwnika, to jednak sprawiedliwość zmusza nas do uszanowania i należytego uznania nawet w przeciwniku szlachetności, prawności i dobroczynności.*

Dr hab. med. Andrzej GRZYBOWSKI

(przedruk z biuletynu Wielkopolskiej Izby Lekarskiej nr 12/10)

Lekarze w sieci

Internet jest potężnym medium i najpowszechniejszym obecnie źródłem informacji. Na temat tego, jaki wpływ wywiera na codzienne życie każdego człowieka, powstają niezliczone rozprawy naukowe. Z jednej strony mówi się o tym, że w Internecie można znaleźć wszystko na każdy temat, jeśli tylko szuka się naprawdę wytrwale. Mówi się też – zazwyczaj ku przestrodze – że cokolwiek chociaż raz zostanie umieszczone w sieci, zostanie w niej na zawsze. Z drugiej strony w Internecie można umieścić wszystko i to bez konieczności ujawniania swojej tożsamości, a jak wiadomo anonimowość czyni ludzi odważniejszymi i bardziej radykalnymi w swoich poglądach, bo zdejmując z nich osobistą odpowiedzialność za wypowiadane słowa.

Informacji na temat lekarzy w Internecie najczęściej poszukują pacjenci, którzy przed pierwszą wizytą lubią wiedzieć czego mogą się spodziewać, a po wizycie chętnie sprawdzają, czy mają podobne odczucia do innych pacjentów. To pacjenci także najczęściej – w sensie ilościowym – umieszczają w Internecie informacje o lekarzach, powodowani chęcią dzielenia się swoimi wrażeniami z innymi użytkownikami sieci.

Ale nie tylko pacjenci przeszukują wirtualne zasoby w poszukiwaniu oficjalnych i nieoficjalnych wzmianek o lekarzach. Takie informacje są niezwykle interesujące dla potencjalnych pracodawców, dla firm farmaceutycznych i firm szkoleniowych oraz dla producentów i dystrybutorów sprzętu medycznego, ale także dla reklamodawców niezwiązanych z branżą medyczną, dla których lekarze to po prostu klienci o określonym statusie materialnym.

Warto zatem będąc lekarzem wiedzieć, gdzie i jakie informacje można znaleźć na swój temat w Internecie.

Strony internetowe placówek medycznych

Wiele szpitali i przychodni na swoich stronach internetowych umieszcza wizytówki pracujących w tych lecznicach lekarzy. Zazwyczaj są to tylko informacje o specjalności danego lekarza i godzinach przyjęć, często do tych informacji dołączone jest zdjęcie. Czasami dodawane są także informacje na temat wykształcenia, zainteresowań zawodowych i pełnionych przez lekarzy funkcji, [...]*, ale są to informacje ściśle związane z wykonywanym zawodem.

Strony internetowe stowarzyszeń medycznych

Podobny zakres informacji można znaleźć na stronach towarzystw naukowych i stowarzyszeń lekarskich. Pomijając fakt, że samo umieszczenie nazwiska lekarza w kategorii: członek rady lub zarządu stowarzyszenia, samo w sobie jest istotną informacją, to dodatkowo na takich stronach można znaleźć także bardziej szczegółowe informacje na temat sprawowanych przez lekarzy funkcji, ich zainteresowań zawodowych czy też zainteresowań prywatnych.

Do tej kategorii można zaliczyć także strony internetowe izb lekarskich. [...]*. Istotne informacje można także

zaczepnąć z prowadzonego przez Naczelną Izbę Lekarską Centralnego Rejestru Lekarzy RP, w którym obok danych rejestrowych, takich jak numer prawa wykonywania zawodu czy numer wpisu do rejestru, można odnaleźć informacje o specjalizacji, obywatelstwie i zmianach nazwiska.

Prywatne strony internetowe lekarzy

Prowadzenie prywatnych stron internetowych nie jest zajęciem popularnym wśród lekarzy. Być może dlatego, że jest to zadanie niezwykle czasochłonne, a przecież wszelkie informacje niezbędne z punktu widzenia pacjentów mogą oni znaleźć w innych miejscach sieci. [...]*. Wszystkie strony zakładane są według tego samego schematu i zawierają informacje o ofercie lekarza, o miejscach i godzinach przyjęć, sposobach rejestracji oraz podstawowe dane kontaktowe.

Portale społecznościowe

W przeciwieństwie do prywatnych stron internetowych, lekarze chętnie zakładają swoje profile w portalach społecznościowych. W tej kategorii zdecydowanie przoduje portal nasza-klasa.pl, który swoją drogą jest niezwykle cennym źródłem informacji dla policji i służb wywiadowczych. W ciągu kilku minut można tam znaleźć konta kilkunastu do kilkudziesięciu lekarzy, co nie powinno dziwić, zważywszy na fakt, że swoje konta na Naszej Klasie posiada w przybliżeniu 1/3 Polaków. Wyszukiwanie jest tym łatwiejsze, że można je zawęzić do absolwentów uczelni medycznych.

Ilość i zakres ujawnianych informacji na swój temat zależy od użytkownika konta – pomijając sytuacje, gdy życzliwy znajomy umieści na swoim profilu nasze wspólne zdjęcie, którego sami nigdy w życiu byśmy nie upublicznili. Należy także pamiętać o dwóch ważnych kwestiach: wspomnianej wcześniej zasadzie, że cokolwiek „w chwili słabości” umieścimy w sieci zostanie w niej na zawsze, nawet jeśli w miarę szybko uda nam się mniej lub bardziej obciążające materiały usunąć oraz o obowiązującej nie tylko w Internecie zasadzie, że nasi znajomi świadczą o nas i z samego zestawienia profili naszych znajomych można wyciągać pewne wnioski.

Mniej popularne wśród lekarzy są społecznościowe profile biznesowe takie jak Goldenline.pl czy Profeo.pl, natomiast nową modą staje się prowadzenie przez lekarzy blogów. I tak na przykład Gazeta Lekarska zaprasza lekarzy chętnych do dzielenia się wrażeniami ze swojej pracy i życia prywatnego do portalu blogilekarzy.pl. Prowadząc internetowy pamiętnik pod bezpieczną osłoną pseudonimu należy jednak pamiętać, że im więcej podajemy na blogu informacji na nasz temat tym łatwiej jest nas w końcu zidentyfikować, a wtedy trzeba wziąć odpowiedzialność za wszystko, co się na tym blogu kiedykolwiek napisało.

Internetowe bazy danych

Internetowe bazy danych o lekarzach – takie jak znanylekarz.pl, prywatnezdrowie.pl czy rankinglekarzy.pl – z założenia miały pełnić rolę informacyjną i dawać pacjentom możliwość wyszukania lekarza pożądanego specjalności w okolicy miejsca zamieszkania, dlatego gromadziły dane o miejscach i godzinach przyjęć lekarzy. Niestety, twórcy tych wyszukiwarek poszli o krok dalej i umożliwili pacjentom ocenianie lekarzy oraz opisywanie swoich wrażeń z wizyt lekarskich. Dzięki temu mogą one funkcjonować na zasadzie rankingu i polecać w pierwszym rzędzie specjalistów z najlepszą oceną.

Idea leżąca u podstaw tworzenia rankingów lekarzy wydaje się być jednoznacznie pozytywna – jak twierdzą autorzy wyszukiwarki elekarze.com ranking pozwala pacjentom „oszczędzać sobie nerwy i rozczarowania wynikające z kiepskiej jakości usług”, a twórcy strony rankinglekarzy.pl głoszą hasło: „oceniając lekarza pomagasz innym dokonać właściwego wyboru”, i pewnie idea ta byłaby niepodważalna, gdyby nie problemy związane z jej realizacją.

Zacznijmy od tego, że umieszczane na tego typu stronach opinie i komentarze w żadnym przypadku nie są reprezentatywne dla populacji pacjentów danego lekarza. Wynika to z dwóch przesłanek. Po pierwsze, ilość komentarzy jest zbyt mała, aby mogły one stanowić próbę reprezentatywną. Z wyliczenia zawartego na stronie znanylekarz.pl wynika, że na jednego lekarza przypada średnio osiem opinii, co stanowi ułamek liczby pacjentów przyjmowanych przez danego lekarza w ciągu miesiąca czy roku.

Po drugie należy pamiętać, że opinie pacjentów w Internecie umieszczane są w specyficznych okolicznościach – nie każdy pacjent po powrocie od lekarza od razu siada do komputera i pisze na ten temat komentarz. Robi to tylko wtedy, kiedy po spotkaniu z lekarzem znajduje się w stanie pobudzenia emocjonalnego. Zgodnie z psychologiczną teorią dysonansu poznawczego, w taki stan wprowadzają nas wydarzenia, które wykraczają poza naszą definicję danej sytuacji, które nie są zgodne z naszą wiedzą i dotychczasowymi doświadczeniami.

Mówiąc w skrócie, pacjent wchodząc do gabinetu lekarskiego oczekuje usługi na odpowiednio wysokim poziomie. Jeżeli lekarz spełni jego oczekiwania, pacjent jest zadowolony i spokojny, ponieważ otrzymał to, czego się spodziewał. Jeżeli pacjent zostanie potraktowany niezgodnie ze swoimi oczekiwaniami jest zdenerwowany i sfrustrowany – tym bardziej im bardziej rzeczywistość odbiega od jego wyobrażenia. Po powrocie do domu odczuwa potrzebę rozładowania frustracji, dlatego dzieli się swoimi wrażeniami w Internecie – tym chętniej, że może to zrobić anonimowo.

Pozytywne opinie pojawiają się albo w odpowiedzi na komentarze negatywne, aby zniwelować ich negatywny wydźwięk albo zgodnie z tym samym mechanizmem, co opinia negatywna – gdy jakość usługi medycznej będzie znacznie wyższa niż spodziewana przez pacjenta, wtedy za

pośrednictwem Internetu pacjent wyraża lekarzowi swoją wdzięczność. Przy czym komentarze negatywne są z reguły postrzegane przez pacjentów jako bardziej wiarygodne niż opinie pozytywne – zwłaszcza te pisane w odpowiedzi na ocenę negatywną.

O sile oddziaływania negatywnych opinii na świadomość pacjentów decyduje nie tylko ilość, ale też ich rodzaj. Komentarz stwierdzający, że lekarz był zdenerwowany, nieuprzejmy lub małowówny wywrze na odbiorcach nieporównywalnie mniejsze wrażenie niż oskarżenie lekarza o błąd w sztuce czy korupcję, dlatego że pierwsza grupa zarzutów opiera się na subiektywnej opinii, a druga grupa jest postrzegana jako oparta na faktach.

W kontekście internetowych rankingów lekarzy warto wspomnieć o szokującym przykładzie przywołanym w majowej Gazecie Lekarskiej. Autorkę artykułu „www.dobrylekarz.pl” odwiedził przedstawiciel firmy monitorującej internetowe wpisy na temat lekarzy. Za stosownie wysoką opłatą miesięczną pracownicy firmy przeglądają zawartość Internetu w poszukiwaniu negatywnych opinii na temat swojego klienta i po znalezieniu takowej reagują na nią zamieszczeniem komentarza o wydźwięku pozytywnym.

Mając na uwadze z jednej strony oczywistą nie stosowność takiej działalności pomyslowych firm, które produkują pozytywne komentarze na zamówienie, a z drugiej strony zagrożenie przywoływane przez autorkę artykułu w Gazecie Lekarskiej, czyli teoretyczną możliwość zamówienia zamieszczania w sieci przez pracowników firmy komentarzy negatywnych, skierowanych przeciwko lokalnym „konkurentom” klienta firmy, warto wspomnieć o jeszcze jednym niebezpieczeństwie związanym z taką działalnością.

Łatwo sobie bowiem wyobrazić, że jeżeli pracownicy firmy monitorującej opinie o lekarzach przez dłuższy okres czasu nie natrafiają na żadne nowe negatywne opinie na temat pracy swojego klienta, będą musieli zacząć we własnym zakresie takie komentarze tworzyć, aby udowodnić klientowi swoją nieustającą niezbędność, i równie łatwo można dojść do wniosku, że ograniczeniem dla treści takich opinii będzie jedynie wyobraźnia ich autorów.

Może się zatem okazać, że lekarz, który w trosce o poprawę swojego wizerunku nawiąże współpracę z tego typu firmą, po kilku miesiącach zacznie odnotowywać rekordowe ilości komentarzy negatywnych. Oczywiście, pracownicy firmy – zgodnie z zawartą umową – w odpowiedzi zamieszczać będą komentarze pozytywne, ale ponieważ jak wspomniano wcześniej dla pacjentów znacznie bardziej przekonujące są opinie negatywne niż pozytywne, taka internetowa działalność szybko obróci się przeciwko wrażliwemu na punkcie swojego internetowego wizerunku lekarzowi.

Dominika KISIELEWSKA

* skóry pochodzą od Redakcji Biuletynu Opolskiej Izby Lekarskiej – JBL

(przedruk z biuletynu „Medium” nr 3/10)



III Zjazd Polskiego Towarzystwa Badań nad Otyłością w połączeniu z kolejną, 3. edycją Środkowoeuropejskiego Kongresu Badań nad Otyłością pod wspólną nazwą 3RD CENTRAL EUROPEAN CONGRESS ON OBESITY

Tematyka Zjazdu „Różne oblicza otyłości” obejmie różne problemy nauk podstawowych związanych z otyłością, czynniki predysponujące, powikłania otyłości i jej leczenie.

W programie Zjazdu: nauki podstawowe dla otyłości (genetyka, ośrodkowe i obwodowe mechanizmy regulujące pobór pokarmu i wydatek energetyczny, adipokiny – lipotoksyczność – insulinooporność); fenotypy otyłościowe u dorosłych i dzieci (ryzyko powikłań metabolicznych, determinanty); różne oblicza otyłości: zespół metaboliczny – odrębna jednostka chorobowa czy też stan przedcukrzycowy, nadciśnienie tętnicze, choroby naczyniowo-sercowe, cukrzyca typu 2, zaburzenia miesiączkowania i płodności, niealkoholowa stłuszczeniowa choroba wątroby, nowotwory, osteoporoza, uszkodzenia narządu ruchu, zaburzenia emocjonalne; czynniki determinujące rozwój otyłości (środowisko, styl życia, osobowość, cywilizacja, flora bakteryjna, wirusy); czy jedzenie może być nałogiem? (czynniki kształtujące zachowania żywieniowe, rola jedzenia w różnych okresach życia); odrębne problemy otyłości wieku rozwojowego; stan odżywienia i powikłania metaboliczne a starzenie się społeczeństwa; sukcesy i porażki w leczeniu otyłości: przyszłość leczenia otyłości – chirurgia, farmakoterapia czy psychoterapia, zmiana sposobu żywienia czy „dieta cud” – trudny problem codziennej praktyki klinicznej, aktywność fizyczna – niedoceniony element sukcesu, niekorzystne czynniki rokownicze, wytyczne postępowania w otyłości – dyskusja nad aktualizacją.

Termin: 25–27 sierpnia 2011 r.

Miejsce: Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie, 10–723 Olsztyn, ul. Dybowskiego 11

Partoniat nad Zjazdem: JM Rektor Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego prof. dr hab. Józef Garniewicz oraz

Prezydent Miasta Olsztyna Piotr Grzymowicz

Przewodnicząca Komitetu Naukowego: dr hab. med. Magdalena Olszanecka-Glinianowicz

Przewodnicząca Komitetu Organizacyjnego: prof. dr hab. med. Elżbieta Bandurska-Stankiewicz

Prezes Polskiego Towarzystwa Badań nad Otyłością: prof. Barbara Zahorska-Markiewicz

Organizatorzy: Katedra Chorób Wewnętrznych, Klinika Endokrynologii, Diabetologii i Chorób Wewnętrznych, Wydział Nauk Medycznych, Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie, Polskie Towarzystwo Badań nad Otyłością, Wydawnictwo Termedia

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

* * *



Aktualne rekomendacje leczenia zaburzeń lipidowych

W programie konferencji m.in.: cholesterol całkowity, cholesterol LDL, HDL, TG, w poszukiwaniu nowych lipidowych czynników ryzyka, do jakich poziomów należy obniżyć stężenia poszczególnych frakcji lipoprotein, czego należy się spodziewać w najnowszych wytycznych ATP IV, zawał u pacjenta w młodym wieku, czyli jak szybko rozpoznawać i skutecznie leczyć hipercholesterolemię rodzinne, postępowanie z pacjentem o wysokim ryzyku z niskimi wartościami stężeń cholesterolu HDL, najnowsze rekomendacje postępowania w zaburzeniach lipidowych (wytyczne ATP/NHLBI, NLA, ADA, ESC), monoterapia czy leczenie skojarzone, kiedy i u kogo powinniśmy stosować fibraty, ezetimib, kwasy omega-3 czy kwas nikotynowy, statyny w profilaktyce pierwotnej choroby niedokrwiennej serca, dlaczego boimy się dużych dawek statyn, statyny u chorych z niewydolnością serca i kardiomiopatii, 4D, AURORA, SHARP – leczenie zaburzeń lipidowych u osób z przewlekłą chorobą nerek, przypadki kliniczne: pacjent o wysokim ryzyku ze złożoną hiperlipidemią oporny na leczenie statynami.

Na konferencję zaproszeni zostali wybitni eksperci z polski i zagranicy, m.in.: prof. Michael Davidson (USA), prezes National Lipid Association, prof. John J. Kastelein (Holandia) oraz prof. Dimitri Mikhailidis (Londyn, UK).

Termin: 9–10 września 2011 r.

Miejsce: Warszawa

Kierownik naukowy: prof. nadzw. dr hab. Maciej Banach

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

* * *

„Możliwości jakie daje współczesna stomatologia, w drodze do doskonałości” - IX Sympozjum Lekarzy Dentystów, pod honorowym patronatem: prof. dr hab. n. med. Jana Trykowskiego, prof. dr hab. n. med. Grzegorza Krzymańskiego, Wojskowej Izby Lekarskiej oraz

firmy DEN-MEDica. Symposium odbędzie się dniach 09–11.09.2011 r. w Centrum Hotelowo-Konferencyjnym ALMA 2, 80–680 Gdańsk-Sobieszewo, ul. Falowa 4, tel./fax 58/308–07–94, 323–94–20, e-mail: alma@alma.info.pl

Organizator: DEN-MEDica, Jolanta Średnicka-Piotrowska, 80–336 Gdańsk, ul. Pawła Gdańca 10a/28, tel. 601–668–941, e-mail: den-medica@den-medica.com.pl

Program i wszystkie informacje znajdują się na stronie www.den-medica.com.pl/szkolenia. Decyzją Wojskowej Rady Lekarskiej uczestnicy otrzymają 10 punktów edukacyjnych. Zapraszamy również lekarzy dentystów spoza Wojskowej Izby Lekarskiej.

* * *

„Mazury cud natury!” – to hasło promujące nasz region w plebiscycie na najpiękniejsze zakątki Świata. Chcemy pokazać wszystkim, że Warmia i Mazury są po prostu piękne. Właśnie z tego powodu **ogłaszamy konkurs fotograficzny** kierowany do lekarzy i lekarzy dentystów z każdego zakątka Polski, tych, którzy potrafią pokazać region Warmii i Mazur widziany swoimi oczami w fotografiach. Inicjatorem pomysłu jest kol. Beata Januszko-Giergielewicz, a organizatorzy konkursu to kol. kol.: Anna Lella, Jarosław Parfinowicz, Bogdan Kula (Warmińsko-Mazurska Izba Lekarska, 10–561 Olsztyn, ul. Żołnierska 16c, tel. 89/539–19–29 w. 33).

Kto spędził tu niezapomniane chwile pływając po naszych jeziorach, kiedy wiatr owiewał twarz, bądź chadając po naszych lasach dzwigał kosze pełne grzybów – powróci tu z pewnością. Pokażcie to innym.

W konkursie mogą brać udział prace wykonane w technice kolorowej, czarno – białej i w sepii, które nie były uprzednio nigdzie nagradzane i publikowane. Każdy uczestnik może nadesłać **do 5 pojedynczych zdjęć**. Przesłać należy również zapis elektroniczny. Zdjęcia tylko w formie cyfrowej lub tylko w formie papierowej nie wezmą udziału w konkursie.

Zdjęcie musi być wywołane na papierze fotograficznym błyszczącym o wymiarach od 20x30 do 30x40 i nie może zawierać daty nadrukowanej z „przodu” zdjęcia. Zaleca się przysyłanie zdjęć o wysokiej rozdzielczości z uwagi na ich publikację (min. 6 Mp).

Organizator przewiduje nagrody 1, 2 i 3 stopnia oraz 5 wyróżnień, a podczas uroczystości ogłoszenia wyników i wręczenia nagród zostanie przygotowana wystawa, na której prezentowane będą fotografie konkursowe. Regulamin konkursu na stronie: www.wmil.olsztyn.pl

Marek Zabłocki, Prezes Warmińsko-Mazurskiej Izby Lekarskiej

* * *

NZOZ GPLR w Kędzierzynie-Koźlu zatrudni lekarza internistę lub medycyny rodzinnej w poz. Dobre warunki finansowe. Kontakt: 77/483–37–22 lub 604–532–283.

Wydawnictwo TERMEDIA sp. z o.o.

ul. Kleeberga 2, 61-615 Poznań

Tel./faks: +48 61 656 22 00

Książki do nabycia na www.termedia.pl



Asthma oskrzelowa w podeszłym wieku
pod redakcją Bernarda Panaszka

ISBN: 978-83-62138-50-0, format: B5, 244 stron, oprawa miękka, cena 65,00 zł.

Asthma oskrzelowa w podeszłym wieku stanowi złożony problem, który dopiero zaczyna docierać do świadomości klinicystów. Stan obecnej wiedzy oraz nastawienie praktyczne sprzyjają traktowaniu duszności przewlekłej i napadowej u osób starszych jako skutku każdej innej choroby, najczęściej układu krążenia, ale nie astmy. Autorzy tej jasno i przystępnie napisanej książki starają się zmienić te nawyki myślowe – uświadamiają i jeszcze raz przypominają – astma to także choroba występująca u pacjentów w wieku zaawansowanym.



Reumatologia 2010/2011 – nowe trendy
pod redakcją prof. Piotra Wilanda

ISBN: 978-83-62138-60-9, format A5, 312 stron, oprawa miękka, cena 60,00 zł.

W najnowszej książce pod red. prof. Piotra Wilanda „Reumatologia 2010/2011 – nowe trendy” zaprezentowano najnowsze trendy w diagnostyce i terapii chorób reumatycznych, jakie zostały przedstawione w roku 2010 w piśmiennictwie światowym. Książka składa się z kilkunastu rozdziałów przedstawiających ważne problemy współczesnej reumatologii, które mogą mieć istotne znaczenie w nadchodzących latach zarówno w aspekcie teoretycznym (przybliżając wyjaśnienie złożonych patomechanizmów różnych chorób reumatycznych), jak i praktycznym: diagnostycznym i terapeutycznym.

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

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

ŁAMANIE i DRUK: Wydawnictwo i Drukarnia Świętego Krzyża w Opolu, ul. Katedralna 6; NAKŁAD: 2.500 egz. ISSN 1426-661X