



OPOLSKA
IZBA
LEKARSKA

Rok Założenia 1990

Sierpień–Wrzesień 2024

ISSN 1426-661X

BIULETYN INFORMACYJNY

Nr 332/333

OPOLSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

www.izbalekarska.opole.pl



zdj. Jerzy Lach

JUŻ JA WYLECZĘ JEGO WYSOKOŚĆ!

Drugi opolski pomnik konny zaczął się od ratusza i konkursu, do którego zaproszono lokalnych twórców. – *Nikt tak nie pokaże księcia jak artysta z tej ziemi* – przekonywał urząd. Do konkursu zgłosiło się ośmiu rzeźbiarzy. Dostali kilka miesięcy do namysłu i wytyczne: zarówno księżę Kazimierz, jak i koń mieli być przedstawieni realistycznie. Ostateczny termin na złożenie szkiców rzeźbiarskich przypadł na któryś tam poniedziałek do godziny osiemnastej. Każdy rzeźbiarz miał swoją strategię na wygraną. Wit Pichurski postawił na ceramikę. – *Nie będę lepić księcia z plasteliny!* – powiedział. Jak powiedział, tak zrobił. Użył szamotu. Jeszcze do piątkowego wieczoru poprawiał, cyzelował, dokładał i skrobał, wreszcie zaniósł rzeźbę do kamienicy przy Wrocławskiej, gdzie Uniwersytet Opolski ma swój Wydział Sztuki. W poniedziałek rano pobiegł do pieca odlewniczego. Otworzył drzwi i zdębiał. Księżę spadł z konia i się potrzaskał.



W tej chwili w artyście obudził się chirurg. – *Już ja wyleczę Jego Wysokość!* – zawołał i zadzwonił po erkę. Pogotowie w takich przypadkach pędzi na sygnale. Pod kamienicę z czerwonej cegły podjechała karetka. Przyjechała prosto ze szpitala dla rozbitych aut i przywiozła lekarstwo: szpachlę samochodową, która ma ten sam kolor co szamot. O ósmej z minutami zaczęła się operacja: szukanie części ciała uszkodzonego, łatanie organów, prostowanie połamanych nóg, klejenie korpusu, ratowanie kręgosłupa, naciąganie skóry. Reanimacja trwała dziewięć godzin. Pacjent nie był zaintubowany. Salę operacyjną opuścił na własnych, a dokładnie końskich nogach. Co więcej: prezentował się lepiej niż przed wypadkiem! Był, jak by to powiedzieć, uczłowieczony. I wygrał konkurs.



Zaczęła się walka z czasem. Do odsłonięcia pomnika zostały jakieś dwa lata, a roboty było co niemiara: wynająć halę, zgromadzić drabiny, podnośniki, stal, gips, dłuta i szlifierki. Potem zamknąć się w baraku, postawić szkielet i dzień za dniem, miesiąc za miesiącem, rok po roku rzeźbić, kalibrować, szukać proporcji, kubistycznego brzucha i ażurowej grzywy, poprawić, cieszyć się i wściekać. Ponadto słuchać gderania urzędników, którzy mieszały się do wszystkiego, poczynawszy od księżęcego nosa, skończywszy na końskim ogonie. Należało też dopilnować fundamentów (mniej więcej takich jak pod willę z jakuzi) i głazu, na który będzie się wspinać ogier (skałę obiecali Szwedzi, ale się rozmyślili). Trzeba zamówić brąz i patynę, uzgodnić transport i kolejkę w odlewni, martwić się o piec, żeby odpalił, nie dostał zadyszki czy innej pylicy.

W maju 2018 roku na opolski rynek wjechał *Casimirus dei gracia dux opoliensis*, czyli Kazimierz, z Bożej łaski książę opolski. To on zlecił budowę ceglanoego zamku godnego księżnej Violi, córki bułgarskiego cara Kałojana, która mu była „nie panią, nie służącą lecz towarzyszką”. To on dokonał pierwszej lokacji Opola. Działo się to gdzieś pomiędzy 1211 a 1217 rokiem. Plan miasta naszkicował księciu ówczesny urbanista. Na szesnastu hektarach ziemi zmieścił rynek, plac targowy i drewniane, kryte gontem domy. Przewidział szerokie na dwa metry ulice i plac pod budowę kościoła. Niedługo po lokacji świątynię postawiono i proboszcz Ryginald mógł zamknąć w relikwiarzu drzazgę ze świętego krzyża – pamiątkę z krucjaty księcia Kazimierza. Opole miało wszystko, czego tylko dusza zapagnie. Brakowało mu tylko murów obronnych. Za niedługo urosły i mury.

O ile pierwszy pomnikowy koń (ten koło poczty głównej) był dla opolan za mały i za gruby, to drugi okazał się za wysoki i za chudy. *Pęciny po kangurze, ogon po lemurze* – skandowała ulica albo *Don Kazimierz dosiada żyrafy, a Sancho Musioł hamuje na wirażu przy moście zamkowym* – mówiło się na rogatkach.

Zawistnicy nie widzieli chyba średniowiecznej pieczęci Kazimierza. Księżę ma na sobie kolczugę i tunikę, a na głowie hełm garnczkowy. Niewiele go widać. Za to koń, to gorącochrwisty arab! Lekki i zwinny. Delikatny i wytrzymały, z niewielką głową, dużymi oczami, mocno zaznaczonymi chrapami i zaokrąglonym podbródkiem. Małe i wąskie uszy zwracają się ku sobie, zaś długa, łabędzia szyja jest kropką w kropkę szyją ogiera z opolskiego rynku. Wit Pichurski przypieczętował gotyk.

Agnieszka KANIA



Drodzy Czytelnicy!

Zapraszam do lektury wydania kolejnego podwójnego numeru naszego Biuletynu Informacyjnego. W części „Opolskiej” znajdziecie przede wszystkim sprawozdania z kolejnych posiedzeń Rady i Komisji Stomatologicznej. Zachęcam jednak do uważnego przeczytania informacji Komisji Senioralnej, w której informuje ona o swoich dotychczasowych i przyszłych aktywnościach. Znajdziecie także specjalnie dla nas napisany materiał w ramach „Gościnnych występów” dr Jarosława Waneckiego.

W części „zagranicznej” natomiast dość rozbudowana jest część prawna Biuletynu, ale znajdziecie tam naprawdę ważne dla wielu teksty. Poza tym opinie, wrażenia i refleksje na dręczące nas – lekarzy problemy. Myślę, że mój wybór materiałów będzie dla Was interesujący.

Żegnając się do następnego – jesiennego już Biuletynu, tym, którzy jeszcze nie wypoczywali życzę wspaniałych chwil poza pracą. Tym zaś, którzy mają już za sobą letnie wakacje – spokojnej pracy.

Pozdrawiam

Jerzy B. LACH



Koleżanki! Koledzy!

W nawiązaniu do wcześniejszego sygnalizowania przeze mnie informacji o Indywidualnych Kontach Składowych pragnę przekazać, że już je mamy. Każdy lekarz, lekarz dentysta ma własne indywidualne konto. Ci z was, którzy opłacają swoją składkę osobiście proszeni są o korzystanie z tych kont. Dla tych z nas, gdzie składkę odprowadza pracodawca na konto podstawowe Izby jest czasowa dobrowolność. Można pozostać przy tym rozwiązaniu lub podać pracodawcy swoje nowe Indywidualne Konto Składowe. Szczegółowe informacje na ten temat, opracowane przez Wiceprezesa Stanisława Kowarzyka, znajdują się na stronie internetowej Opolskiej Izby Lekarskiej.

19 lipca br. w siedzibie Opolskiej Izby Lekarskiej odbyło się spotkanie członków Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej i Prezydium Komisji ds. Lekarzy Emerytów i Rencistów z naszymi Super Seniorami. Super Seniorzy to członkowie naszej Opolskiej Izby Lekarskiej, którzy mają ni mniej, ni więcej, a aż 90 lat. Były im wręczane okolicznościowe dyplomy i finansowe gratyfikacje. To wszystko działo się w bardzo miłej atmosferze. Przy drobnym poczęstunku toczyły się ciekawe rozmowy, wspomniano czasy pracy zawodowej i atmosferę tamtych lat.

Okres letniej kanikuły naturalnie sprawia, że mniej się dzieje na terenie naszej siedziby. Jest to więc dobry czas, by przypomnieć naszym Koleżankom i Kolegom,

SZPALTA PREZESA

czym zajmuje się Okręgowa Rada Lekarska i Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej, gdyż mimo upływu wielu lat działania lekarskiego samorządu nie wszyscy mają tego świadomość. Zadania ORL i jej Prezesa, jako osoby reprezentującej ten organ to przede wszystkim (nie będę wymieniać wszystkich, by Państwa nie zanudzić) sprawowanie pieczy nad należyтым i sumiennym wykonywaniem zawodu lekarza przez członków okręgowej izby lekarskiej, przyznawanie praw wykonywania zawodu, prowadzenie okręgowego rejestru lekarzy, zarządzanie majątkiem i działalnością gospodarczą izby, współdziałanie z organami administracji publicznej, wykonywanie zadań zleconych przez Naczelną Radę Lekarską, prowadzenie bieżących spraw izby. Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej, tak samo jak Prezes izby, wybierany jest przez delegatów na zjeździe sprawozdawczo-wyborczym, jest osobą niezależną od Okręgowej Rady Lekarskiej czy samego Prezesa. OROZ wykonuje czynności sprawdzające i prowadzi postępowanie wyjaśniające w sprawach odpowiedzialności zawodowej lekarzy będących członkami izby, której jest rzecznikiem. Sprawuje także funkcję oskarżyciela przed sądami lekarskimi. Jest zupełnie samodzielnym organem, który prowadzi własne Biuro, który ma do dyspozycji oddzielnego prawnika. Piszę o tym dlatego, że często się zdarza, że zadania Okręgowej Rady Lekarskiej i jej Prezesa są mylone z funkcją Okręgowego Rzecznika. Tyle gwooli wyjaśnić.

Jolanta SMERKOWSKA-MOKRZYCKA

POSIEDZENIA OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ W OPOLU



W dniu 22.05.2024 r. odbyło się posiedzenie Okręgowej Rady Lekarskiej, na którym Rada obradowała nad następującymi problemami:

Obrady rozpoczęto podziękowaniem dla p. Bożeny Jachymskiej-Kansy za wieloletnią pracę na rzecz Izby. Prezes podkreśliła, że pani Bożena od samego początku reaktywowania izb lekarskich prowadziła Biuro Okręgowego Sądu Lekarskiego i Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej, a później już tylko Biuro OROZ. Przez te wszystkie lata dzielnie wspierała swoją wiedzą i zaangażowaniem kolejnych Okręgowych Rzeczników Odpowiedzialności Zawodowej. Pani Jachymskiej-Kansy wręczono kwiaty i drobne upominki.

Przyznanie praw wykonywania zawodu

O wpisanie na listę członków OIL w związku z przeniesieniem na teren województwa opolskiego wnioski złożyli:

- lek. Maria Liberska - przeniesienie z OIL w Krakowie,
- lek. Filip Kwinto - przeniesienie z DIL we Wrocławiu.

Uchwały podjęto jednogłośnie

Przewodniczący Komisji ds. Rejestracji przedstawił wniosek, jaki złożyła lek. Hanna Velboi, obywatelka Białorusi, która ukończyła Grodzieński Państwowy Uniwersytet Medyczny w Grodnie. Jest to wniosek o wydanie warunkowego prawa wykonywania zawodu, do którego została dołączona decyzja administracyjna Ministra Zdrowia z marca 2023 r., kiedy jeszcze istniały podmioty covidowe. Ponieważ w momencie składania wniosku podmiotów covidowych już nie ma, wniosek jest bezprzedmiotowy. Przewodniczący zawnioskował o przyjęcie uchwały o umorzeniu postępowania - uchwałę podjęto przy 1 głosie wstrzymującym się.

Przewodniczący Komisji ds. Rejestracji wrócił do uchwał, które były podjęte w poprzednich miesiącach, a dotyczyły przyznania praw wykonywania zawodu w celu odbycia stażu trojgu lekarzy, którzy mieli wcześniej przyznane prawo wykonywania zawodu na określony zakres czynności zawodowych (Yakubchuk Hanna, Rakhatshevich Artur, Yeudzionak Yuliya). Ponieważ w treści uchwał przyznających pwz na staż omyłkowo wpisano, że uchyla się uchwały przyznające warunkowe pwz, Przewodniczący złożył wniosek o przegłosowanie uchwał, zmieniających poprzednie, poprzez wpisanie prawidłowej nazwy uchylanego prawa.

Uchwały podjęto przy 2 głosach wstrzymujących się.
Rejestracja podmiotów prowadzących szkolenie podyplomowe lekarzy

Brak wniosków.

Zmiany w rejestrze indywidualnych praktyk lekarskich

W związku z zaprzestaniem działalności medycznej wykreślono sześć praktyk lekarskich - uchwały podjęto jednogłośnie.

Przyznanie świadczeń z Funduszu Samopomocy

Wniosek o bezzwrotną zapomogę złożyła jedna osoba - uchwałę podjęto jednogłośnie.

Kol. Adam Martyniszyn w imieniu Delegatury Kluczborskiej złożył wniosek o przyznanie dofinansowania na organizację spotkania integracyjnego w kwocie 4.800 zł. Po dyskusji Rada podjęła przy 1 głosie wstrzymującym się uchwałę o przyznaniu na ten cel kwoty 4.000 zł.

Zmiany w wysokości składki członkowskiej

Wniosek o całkowite zwolnienie ze składki członkowskiej z powodu nieosiągania przychodów złożyła jedna osoba, a druga o zwolnienie za okres II-IV br. - uchwałę podjęto jednogłośnie.

Wyznaczenie przedstawicieli członków ORL do komisji konkursowych

Brak wniosków.

Sprawozdanie z posiedzenia Konwentu Prezesów ORL w dniach 25.04.24 r. i 16.05.24 r., NRL w dniu 26.04. 2024 r. oraz Krajowego Zjazdu Lekarzy

Informację przekazała Prezes Jolanta Smerkowska-Mokrzycka. Konwent w dn. 25.04 br. zajmował się następującymi problemami:

- izby lekarskie w Krakowie i w Warszawie zgłosiły problem dotyczący braku miejsc stażowych dla lekarzy stażystów,
- nadzór nad lekarzami posiadającymi WPWZ (wymaga ujednolicenia we wszystkich OIL),
- o działalności Centrum Usług Wspólnych,
- program e-izby, realizacja programu przez wybrane pilotażowe izby (nasza izba prawdopodobnie będzie brała udział w tym pilotażu),
- o nowelizacji KEL i zmianach w regulaminie Krajowej Komisji Wyborczej i okręgowych komisjach wyborczych.

- Konwent w dn. 16.05.24 r. obradował nad następującymi zagadnieniami:
- o problemach z cyfryzacją w oil,
- Przewodniczący KO poinformował o podpisaniu przez NIL rocznej umowy z firmą LTC na obsługę programu Finn,
- zaplanowano spotkanie 13.06 br. dla pracowników wszystkich OIL celem określenia problemów związanych z pracą w poszczególnych izbach na programie Finn,
- Przewodniczący KKW dr J. Kotuła poinformował o przygotowanych zmianach w regulaminach działania KKW i OKW,
- omawiano także przygotowane zmiany w KEL.

Sprawozdanie z obrad posiedzenia Naczelnej Rady Lekarskiej w dniu 26.04.2024 r. przedstawił Wiceprezes Stanisław Kowarzyk.

- K. Zdobyłak przedstawił sprawozdanie z prac Komitetu Sterującego ds. transformacji i strategii rozwoju systemu ochrony zdrowia. Jeden z wniosków: Lekarzy jest obecnie w Polsce nadal za mało, ale większy jest niedobór pielęgniarek. Wzrost liczby kształconych lekarzy nie zagwarantuje, że pozostaną w kraju, gdyż problem niedoborów lekarzy jest w całej Europie i kraje stosują różne zachęty, aby ściągnąć lekarzy z zagranicy;
- Przyjęto uchwałę w sprawie zatwierdzenia sprawozdania finansowego i zatwierdzenia wykonania budżetu oraz przeznaczenia zysku Naczelnej Izby Lekarskiej za rok 2023;
- Podsumowano wynik ekonomiczny Gazety Lekarskiej za rok 2023. W 2023 r. w wyniku przejścia na hybrydowy tryb edycji Gazety Lekarskiej (wersja papierowa i elektroniczna) nastąpił spadek zysków z reklam 250.000 zł. Natomiast koszt kolportażu GL był mniejszy o 500.000 zł, a koszty druku mniejsze o 1 mln zł;
- Powołano nowego Redaktora Naczelnego Gazety Lekarskiej, którą została red. Agnieszka Wierzbicka;
- Przyjęto uchwałę w sprawie rekomendacji Nadzwyczajnemu XVI Krajowemu Zjazdowi Lekarzy przyjęcia Kodeksu Etyki Lekarskiej.
- Sprawozdanie z Nadzwyczajnego XVI Krajowego Zjazdu Lekarzy złożył dr J. Jakubiszyn.
- Na otwarciu Zjazdu obecna była Minister Zdrowia Izabela Leszczyńska. Przekazała ona informację, że decyzje administracyjne o przyznawanie warunkowego pwz lekarzom z Ukrainy wydawane będą tylko

do 26.10.2024 r. oraz że wprowadzony został obowiązek zdania egzaminu z języka polskiego. Wychojąc poza sprawozdanie zjazdu, J. Jakubiszyn dodał, że niestety Pani Minister przemilczała inne zmiany, które zostały wprowadzone poprzez nowelizację ustawy o pomocy obywatelom Ukrainy, a mianowicie możliwość jednoczesnego posiadania warunkowego prawa wykonywania zawodu i prawa wykonywania zawodu w celu odbycia stażu, a także możliwość uznania 2-letniej pracy z warunkowym pwz za równoważną z zaliczeniem stażu podyplomowego.

- Dr Jakubiszyn dodał, że jako przewodniczący Komisji Legislacyjnej NRL wysłał pismo do Prezesa Janakowskiego, wyrażające dezaprobatę wobec sposobu traktowania samorządu przez Ministerstwo.
- Wracając do sprawozdania zjazdu J. Jakubiszyn przekazał informację o przebiegu dyskusji i głosowań nad dwoma podstawowymi dokumentami, dla uchwalenia których ten Zjazd został zwołany – nowego Regulaminu wyborów (podstawowa zmiana to wprowadzenie możliwości głosowania elektronicznego na etapie wyboru delegatów na okz w rejonach wyborczych) oraz nowelizacji Kodeksu Etyki Lekarskiej, dostosowującej zapisy KEL do wymogów współczesnej medycyny. Na zjeździe były izby, które in gremio chciały odrzucić zarówno nowy regulamin wyborów, jak i propozycje zmian w KEL, ale ostatecznie – po wprowadzeniu licznych poprawek – oba dokumenty zdecydowaną większością głosów zostały uchwalone.

Sprawozdania członków ORL z działalności pomiędzy posiedzeniami

Kol. W. Latała przekazał informacje ze spotkania Opolskiego Oddziału PTS. Na posiedzeniu referat wygłosiła prof. dr hab. n. med. Agnieszka Mielczarek - Konsultant Krajowy w dz. Stomatologii Zachowawczej z Endodoncją, Kierownik Katedry i Zakładu Stomatologii Zachowawczej z Endodoncją Wydziału Lekarsko-Stomatologicznego Uniwersytetu Warszawskiego.

Sprawy różnie i wolne wnioski

Wydział Zdrowia Opolskiego Urzędu Wojewódzkiego poinformował, że na stanowisko Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie rehabilitacji medycznej został powołany lek. Jan Wierzchowicz.

Wobec wyczerpania porządku obrad na tym posiedzeniu zakończono.

Sekretarz ORL
Lek. Małgorzata ŁUSZCZYŃSKA-OSTROWSKA

Prezes ORL
Lek. dent. Jolanta SMERKOWSKA-MOKRZYCKA

Kolejne posiedzenie Rady odbyło się w dn. 19.06.2024 r. Obradowano nad następującymi problemami:

Sprawa skargi lekarzy

Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej, dr Paweł Olszewski przekazał informację o skardze kolegów lekarzy na działania jednego z lekarzy z zarzutem mobbingu. Kolega Jerzy Jakubiszyn zadeklarował chęć przeprowadzenia osobiście rozmów z lekarzami celem wyjaśnienia tego zarzutu. Do sprawy wrócimy na kolejnym posiedzeniu Rady.

Przyznanie praw wykonywania zawodu

Przeniesienia:

- Lek. Markowska Magdalena – przeniesienie z OIL w Warszawie, dokończenie stażu podyplomowego w Kędzierzynie-Koźlu. Uchwała podjęta jednogłośnie.
- Lek. Kołodziej Emilia – przeniesienie z OIL w Kielcach, rezydentura w Nysie. Uchwała podjęta jednogłośnie.
- Osoby po zakończeniu stażu podyplomowego:
- Lek. Mazanets Alena – posiadająca obywatelstwo polskie – uchwała podjęta 14 głosów za, jeden wstrzymujący,
- Lek. Sawicki Mirosław – posiadający obywatelstwo polskie – uchwała podjęta 14 głosów za, jeden wstrzymujący,
- Lek. Havrylko Roman – obywatel Ukrainy – uchwała podjęta 14 głosów za, jeden wstrzymujący.

Wnioski o przyznanie warunkowych praw wykonywania zawodu trzem lekarzom dentystom, którzy otrzymali promesę zatrudnienia w NZOS w Prudniku z podaniem jako osoby pełniącej nadzór dr Jadwigi Kosińskiej zostały przesunięte na kolejne posiedzenie Rady. Jednogłośnie zdecydowano o wysłaniu pisma do dr Kosińskiej z zapytaniem czy wyrazi zgodę na prowadzenie rzeczywistego nadzoru nad trzema osobami przez okres pięciu lat.

Wniosek o wydanie prawa wykonywania zawodu na określony zakres czynności zawodowych złożył lek. Dent. Ivan Lynda, obywatel Ukrainy. Uchwała została podjęta podjęta 13 głosami za, dwoma wstrzymującymi się.

Rejestracja podmiotów prowadzących szkolenia podyplomowe lekarzy

Centrum Szkoleniowe 3Z Spółka z o.o. zamierza przeprowadzić kursy medyczne w dziedzinach stomatologicznych w dn. 07.06.2024, 08.06.2024, 08.06.2024 w Piekarach Śląskich. Za każdy kurs przyznano 7 punktów edukacyjnych, uchwałę podjęto jednogłośnie.

Zmiany w rejestrze indywidualnych praktyk lekarskich

Wykreślenie z rejestru dwóch praktyk – jednej z powodu zgonu i jednej z powodu zaprzestania działalności - uchwały podjęto jednogłośnie.

Przyznanie świadczeń z funduszu samopomocy

O dofinansowanie wystąpił chór Opolskiej Izby Lekarskiej „Medicanto”. Chór wnioskował o sfinansowanie

przez OIL transportu autokarowego członków chóru do Lublina i z powrotem w dniach 14-15.12.2024 r. Zaproponowano dofinansowanie w wysokości 6 tys. zł. Podjęto stosowną uchwałę: 14 głosów za, 1 przeciw.

Wniosek lek. lek. Edyty Operacz oraz Radosława Operacza o dofinansowanie poniesionych przez nich kosztów uczestnictwa w 20 jubileuszowych Mistrzostwach Polski w Kolarstwie w Bychowie - zgodnie z regulaminem podjęto uchwałę przyznającą każdemu z lekarzy dofinansowanie w kwocie 500 zł (14 głosów za, 1 wstrzymujący).

Wniosek o zwolnieniu z płacenia składki członkowskiej z powodu nieosiągnięcia przychodów złożył jeden lekarz - uchwałę podjęto jednogłośnie.

Wyznaczenie przedstawicieli OIL do komisji konkursowych

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Św. Jadwigi w Opolu wnioskuję o wyznaczenie przedstawicieli Izby do komisji konkursowych mających na celu wyłonienie kandydatów na stanowiska: Pielęgniarki Oddziałowej Oddziału Psychiatrii dla Dorosłych „A”, Pielęgniarki Oddziałowej Oddziału Psychiatrii dla Dorosłych „B”, Pielęgniarki Oddziałowej Oddziału Neurologii dla Dorosłych „B”, Pielęgniarki Oddziałowej Oddziału Neurologii dla Dzieci i Młodzieży oraz Oddziału Psychiatrii dla Dzieci i Młodzieży, Pielęgniarki Oddziałowej Izby Przyjęć. Zarekomendowano dr Ewę Pendziałek-Grunwald. Uchwałę podjęto jednogłośnie.

Rekomendacja w sprawie konsultanta wojewódzkiego Kontynuacja sprawowanego urzędu:

- Ginekologia Onkologiczna – dr n. med. Paweł Gębka,
- Onkologia Kliniczna – dr hab. n. med. Barbara Radecka,
- Perinatologia – lek. Marcin Pasternok,
- Chirurgia Onkologiczna – dr n. med. Tomasz Sachanbiński,
- Diabetologia – lek. Elwira Cyrys-Światała
- Nowi kandydaci:
- Periodontologia – lek. dent. Krzysztof Malottki,
- Chirurgia Klatki Piersiowej – dr n. med. Andrzej Majewski,
- Położnictwo i ginekologia – dr n.med. Marek Chowaniec.

Uchwały podjęto jednogłośnie.

Sprawozdania członków ORL z działalności pomiędzy posiedzeniami

Dr Jakubiszyn przekazał informację z uczestnictwa w otwarciu dwudniowej konferencji organizowanej w dniach 14-15.06.2024 r. przez studentów Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Opolskiego.

Dr Barbara Hamryszak przekazała informację z uczestnictwa w posiedzeniu Rady Społecznej NFZ w Opolu, którego głównym tematem było zatwierdzenie budżetu na 2024 r.

Dr Stanisław Kowarzyk przekazał informację, iż w ramach informatyzacji zostanie uruchomione indywidualne konto składkowe każdego lekarza.

Dr Jakubiszyn przekazał informację na temat aktualnego stanu finansowego OIL w Opolu.

Podjęcie uchwał

- W sprawach ustalenie harmonogramu posiedzeń Rady i Prezydium na pozostałą część 2024 r. – przyjęto jednogłośnie.
- Dr Barbara Hamryszak złożyła wniosek o przyjęcie w poczet członków Komisji Stomatologicznej koleżanki Anny Tokarskiej-Jastrzębskiej - przyjęto jednogłośnie.
- Głosowano nad wnioskiem Wojskowej Izby Lekarskiej w sprawie reaktywacji Wojskowej Akademii Medycznej w Łodzi. Zadecydowano o przekazaniu stanowiska OIL w Opolu, iż nie mamy zastrze-

żeń do proponowanej inicjatywy (11 głosów za, 4 wstrzymujące).

Pozostałe informacje

Dr Marek Błaszczyk przekazał informację o tym, iż instalacja fotowoltaiczna jest gotowa do zamontowania. Oczekujemy na uzyskanie zezwolenia nadzoru budowlanego.

Przekazano informację z Ministerstwa Zdrowia o rozpoczęciu prac nad wprowadzeniem systemu automatycznego określania poziomu odpłatności ordynowanych leków na podstawie rozpoznania klinicznego stawianego przez lekarza.

Wobec wyczerpania wszystkich punktów posiedzenia, Radę zakończono.

Z-ca Sekretarza ORL
Lek. Iwona GAJDA

Prezes ORL
Lek. dent. Jolanta SMERKOWSKA-MOKRZYCKA

POSIEDZENIA KOMISJI STOMATOLOGICZNEJ

W dniu 18 marca br. odbyło się posiedzenie Komisji Stomatologicznej. Spotkanie rozpoczęła dr Barbara Hamryszak od podsumowania 43 Okręgowego Zjazdu Lekarzy Opolskiej Izby Lekarskiej. Na zjeździe, który odbył się 16 marca Zjazd udzielił absolutorium i uchwalono budżet Opolskiej Izby Lekarskiej na rok 2024.

Następnie dr Mokrzycka podzieliła się informacjami na temat spotkań członków Rady ds. Rozwoju Stomatologii przy Ministrze Zdrowia, które odbyły się pod przewodnictwem wiceprezesa NRL Pawła Baruchy w dniach 16 lutego oraz 8 i 15 marca br. Na spotkaniach omawiano m.in.:

1. uwagi do projektu rozporządzenia MZ ws. szczegółowego wykazu czynności zawodowych osób wykonujących niektóre zawody medyczne, dotyczących uprawnień asystentek i higienistek stomatologicznych, jak również ustawicznego kształcenia w obrębie tych zawodów;
2. wyniki prac Zespołu ds. opracowania wytycznych dot. jednolitych zasad wykorzystywania Centrum Symulacji Medycznej oraz przeprowadzania egzaminu standaryzowanego w procesie kształcenia przeddyplomowego lekarzy dentystów;
3. problemy związane z utrudnionym dostępem do realizacji specjalizacji lekarzy dentystów;
4. temat reakredytacji jednostek prowadzących specjalizację;
5. zmiany w rozporządzeniu Ministra Zdrowia ws. świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia sto-

matologicznego oraz możliwości podjęcia prac przy pakietowaniu świadczeń;

6. temat finansowania dla uczelni kształcących na kierunku lekarsko-dentystycznym;

Ponadto Rada zawnioskowała do Ministra Zdrowia o:

1. podjęcie inicjatywy legislacyjnej zmierzającej do uchylenia przepisów ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, które zezwalają na dostęp do zawodu lekarza i lekarza dentysty w uproszczonych trybach;
2. uwzględnienie wytycznych celem zapewniania właściwej jakości realizacji obowiązku doskonalenia zawodowego w ramach samokształcenia w zawodzie higienistka stomatologiczna;
3. uwzględnienie wskazanych przez Radę uwag do rozporządzenia dot. zakresu uprawnień higienistki stomatologicznej;
4. uwzględnienie Konsultanta Krajowego w dziedzinie stomatologii zachowawczej z endodoncją, Konsultanta Krajowego w dziedzinie stomatologii dziecięcej, przedstawiciela NFZ będącego członkiem Rady ds. rozwoju stomatologii, w pracach nad zleceniami kierowanymi do Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT), które dotyczą stomatologii zachowawczej;
5. zmianę §1 pkt 3 ppkt 2) w Załączniku nr 7 Rozporządzenia MZ z dnia 4 maja 2023 r. w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentystów (Dz.U. z 2023 r. poz. 975);



6. przywrócenie egzaminu ustnego jako jednej z obowiązkowych części Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego w dziedzinach stomatologii;
7. możliwość zniesienia kursu atestacyjnego w programach specjalizacji w dziedzinach stomatologii.

Kolejnym punktem było przypomnienie, że warunkowe prawo wykonywania zawodu zostało przedłużone do czerwca br.

Od 26 marca 2024 r. ma zacząć działać Centralny Rejestr Osób Uprawnionych do Wykonywania Zawodu Medycznego. W ten sposób będą rejestrowały się m.in. higienistki i asystentki stomatologiczne.

Następnie dr Hamryszak przekazała informację, że Rada Przejrzystości AOTMiT uznała za zasadne zakwalifikowanie procedur mających na celu ratowanie zwichniętych zębów do koszyka świadczeń gwarantowanych. W 2023 r. Prezes Agencji wydał pozytywną rekomendację w sprawie zakwalifikowania takiego samego świadczenia w przypadku osób poniżej 18 r. ż. Obecnie, świadczenie będzie przysługiwać także pacjentom dorosłym.

W kolejnym punkcie spotkania dr Kabarowska zachęciła do zapoznania się z kampanią Samorządu Le-

karskiego pt. „Jestem lekarzem, jestem człowiekiem”. Kampania skierowana jest do pacjentów, a celem jest zwrócenie uwagi na inne aspekty codzienności lekarza w pracy, a tym samym ukazanie jego pracy i funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w szerszej perspektywie. Spot w reżyserii Łukasza Palkowskiego przenosi odbiorcę na całodobowy dyżur, podczas którego lekarz zasypany jest ogromem obowiązków, a kreacja Tomasza Kota pozwala pokazać ludzką naturę lekarza.

Na koniec podzieliła się swoimi odczuciami i zdała relację z funkcjonowania Komisji ds. Lekarzy Emerytów i Rencistów, a także zachęciła osoby uprawnione do korzystania z możliwości, jakie dają spotkania w ramach tej komisji.

W dniach 27-28.04.2024 r. odbędą się II Pomorskie Spotkania Stomatologiczne. Szczegóły na stronie www.oilgdansk.pl.

Z kolei w dniach 6-8.06.2024 r. odbędą się Podlaskie Spotkania Stomatologiczne. Szczegóły na stronie www.oilbialystok.pl/podlaskie-spotkania-stomatologiczne-2024

Termin kolejnego posiedzenia Komisji Stomatologicznej wyznaczono na 23.05.2024 r.

Zastępca Sekretarza
Lek. dent. Mateusz ŚNIEŻEK

Przewodnicząca KS
Lek. dent. Barbara HAMRYSZAK

W dniu 23 maja odbyło się kolejne posiedzenie Komisji Stomatologicznej. Spotkanie poświęcono w całości na zreferowanie przez dr Mokrzycką Nadzwyczajnego XVI Krajowego Zjazdu Lekarzy, który miał miejsce w Łodzi.

Głównymi tematami był Kodeks Etyki Lekarskiej, który nie był nowelizowany od ok 20 lat - zmiany dotyczyły m.in. wprowadzenia do naszego zawodu sztucznej inteligencji oraz telemedycyny.

Kolejnymi tematami były kwestie dotyczące parytetów przy okazji wyborów oraz wprowadzenie trzeciego trybu głosowania drogą elektroniczną oprócz obecnej listownej i osobistej.

Komisja przypomina o organizowanych w naszej izbie szkoleniach – wszelkie informacje znajdują się na stronie OIL.

Sekretarz KS
Lek dent. Agnieszka CHOMIK-RĄCZY

Komisja z głębokim żalem zawiadamia o śmierci naszej koleżanki lek. dent. Anieli Remisz. Doktor Aniela Remisz urodziła się 21 sierpnia 1959 r. w Białej. Studia stomatologiczne ukończyła w 1985 r. na Akademii Medycznej we Wrocławiu, gdzie uzyskała tytuł lekarza dentysty. Po studiach wróciła na Opolszczyznę, gdzie rozpoczęła pracę w Ośrodku Zdrowia w Szybowicach. Następnie przeprowadziła się z rodziną do Gostomii, gdzie również pracowała przez parę lat. W 1990 r. uzyskała pierwszy stopień specjalizacji ze stomatologii ogólnej. W kolejnych latach dr Aniela otworzyła swoją własną prywatną praktykę w Białej, gdzie mieszkała i pracowała do śmierci. Członkowie Komisji przesyłają szczere kondolencje z powodu tragicznej straty, życzymy mężowi i córkom otuchy i spokoju w tym trudnym czasie.

Przewodnicząca KS
Lek. dent. Barbara HAMRYSZAK

W dniu 24 czerwca odbyło się następne posiedzenie Komisji Stomatologicznej. Z powodu oddelegowania przewodniczącej dr Hamryszak przez panią Prezes OIL do innych zajęć, spotkaniu przewodniczył dr Robert Rypniewski.

Doktor rozpoczął od przypomnienia, iż 15 lutego 2024 r. weszły w życie nowe przepisy o przeciwdziałaniu

zagrożeniu przestępczości na tle seksualnym i ochronie małoletnich, czyli tzw. „Ustawa Kamilka”. Jednym z głównych zapisów ustawy jest obowiązkowe wprowadzenie we wszystkich placówkach, które pracują z dziećmi, standardów ochrony małoletnich. Ma to być dokument będący zbiorem stosowanych i przestrzeganych

zasad oraz procedur postępowania w placówce w sytuacji podejrzenia krzywdzenia dziecka.

Naczelna Izba Lekarska poinformowała, że lekarz dentysta prowadzący praktykę zawodową w pełni samodzielnie – czyli bez personelu pomocniczego – nie ma obowiązku wprowadzania tzw. standardów ochrony małoletnich, co potwierdziło również Ministerstwo Sprawiedliwości. Placówki stomatologiczne zobowiązane są wdrożyć standardy ochrony nieletnich najpóźniej do 15 sierpnia 2024 r. (w postaci dokumentu, który może zostać okazany lub opublikowany).

W standardach należy uregulować:

- zasady zapewniające bezpieczne relacje między małoletnim a personelem placówki lub organizatora, a w szczególności zachowania niedozwolone wobec małoletnich;
- zasady i procedurę podejmowania interwencji w sytuacji podejrzenia krzywdzenia lub posiadania informacji o krzywdzeniu małoletniego;
- procedury i osoby odpowiedzialne za składanie zawiadomień o podejrzeniu popełnienia przestępstwa na szkodę małoletniego, zawiadamianie sądu opiekuńczego oraz w przypadku instytucji, które posiadają takie uprawnienia, osoby odpowiedzialne za wszczynanie procedury „Niebieskiej Karty”;
- zasady przeglądu i aktualizacji standardów;
- zakres kompetencji osoby odpowiedzialnej za przygotowanie personelu placówki lub organizatora do stosowania standardów, zasady przygotowania tego personelu do ich stosowania oraz sposób dokumentowania tej czynności;
- zasady i sposób udostępniania rodzicom albo opiekunom prawnym lub faktycznym oraz małoletnim standardów do zaznajomienia się z nimi i ich stosowania;

Sekretarz KS

Lek dent. Agnieszka CHOMIK-RĄCZY

Z-ca Przewodniczącej KS

Lek. dent. Robert RYPNIEWSKI

- osoby odpowiedzialne za przyjmowanie zgłoszeń o zdarzeniach zagrażających małoletniemu i udzielenie mu wsparcia;
- sposób dokumentowania i zasady przechowywania ujawnionych lub zgłoszonych incydentów lub zdarzeń zagrażających dobru małoletniego.

Dodatkowo procedury muszą być analizowane przynajmniej raz na dwa lata, opatrzone podpisem kierownika placówki i personelu, który się z nimi zapoznał oraz umieszczone w widocznym miejscu prowadzenia działalności, jak i na stronie internetowej - jeżeli gabinet taką posiada. (Szczegółowe informacje w tej sprawie znajdziecie Państwo poniżej – przy. Red.)

W związku z brakiem konkretów ze strony ustawodawcy nasza izba postara się o stworzenie standardowej procedury przez naszego prawnika i umieszczenie jej na stronie OIL, aby każda placówka mogła dostosować ją do swoich potrzeb.

Drugim tematem poruszonym na komisji były zmiany wprowadzone w dokumentacji leczenia stomatologicznego dziecka zgodnie z Dziennikiem Ustaw z 28. 05. 2024 r. poz . 798. obwieszczonym przez Ministra Zdrowia. Dotyczy to podmiotów, które zawarły porozumienie ze szkołą na leczenie dzieci i młodzieży.

Dr Rypniewski odczytał uchwałę Prezydium NRL z dnia 14.06.2024 r. przyznającą kwotę 13.600 zł na prowadzenie przez izby szkolenia z zakresu ochrony radiologicznej pacjenta.

Kolejną poruszoną sprawą był nabrzmiewający spór między lekarzami a higienistkami stomatologicznymi, które walczą o coraz większą samodzielność w swoim zawodzie.

Komisja zaprasza na szkolenia, najbliższe w Rytrze 25-27 października oraz XIII Łódzkie Spotkania Stomatologiczne 27-29 września 2024 r.

OBOWIĄZEK WPROWADZENIA STANDARDÓW OCHRONY MAŁOLETNIICH

Zgodnie z art. 22b ustawy z dnia 13 maja 2016 r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym i ochronie małoletnich (Dz.U. z 2024 r. poz. 560) niektóre podmioty mają obowiązek wprowadzenia standardów ochrony małoletnich. Dotyczy to m.in. placówek medycznych, w których przebywają lub mogą przebywać małoletni.

W ocenie Ministerstwa Sprawiedliwości, przesłanej do Naczelnej Izby Lekarskiej przy piśmie z dnia 26 maja 2024 r. (znak: DSRiN-IV.050.61.2024), gdy lekarz denty-

sta prowadzi praktykę zawodową w pełni samodzielnie, tj. bez personelu pomocniczego, nie ma wówczas obowiązku wprowadzenia takiego standardu.

Pozostałe placówki stomatologiczne, w których leczone są dzieci, takie standardy zobowiązane są wprowadzić.

TERMIN NA WPROWADZENIE STANDARDÓW OCHRONY MAŁOLETNIICH

Standardy mają być wprowadzone do dnia 15 sierpnia 2024 r. – wynika to z art. 10 ustawy z 28.07.2023 r.

o zmianie ustawy - Kodeks rodzinny i opiekuńczy oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. z 2023 r. poz. 1606).

Standardy powinny mieć postać dokumentu, który może zostać okazany do wglądu lub opublikowany.

TREŚĆ STANDARDÓW OCHRONY MAŁOLET-NICH

Elementy składające się na dokument - standardy ochrony małoletnich określił art. 22c ustawy z dnia 13 maja 2016 r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym i ochronie małoletnich.

W standardach ochrony małoletnich należy uregulować:

1. zasady zapewniające bezpieczne relacje między małoletnim a personelem placówki lub organizatora, a w szczególności zachowania niedozwolone wobec małoletnich;
2. zasady i procedurę podejmowania interwencji w sytuacji podejrzenia krzywdzenia lub posiadania informacji o krzywdzeniu małoletniego;
3. procedury i osoby odpowiedzialne za składanie zawiadomień o podejrzeniu popełnienia przestępstwa na szkodę małoletniego, zawiadamianie sądu opiekuńczego oraz w przypadku instytucji, które posiadają takie uprawnienia, osoby odpowiedzialne za wszczynanie procedury „Niebieskiej Karty”;
4. zasady przeglądu i aktualizacji standardów;
5. zakres kompetencji osoby odpowiedzialnej za przygotowanie personelu placówki lub organizatora do stosowania standardów, zasady przygotowania tego personelu do ich stosowania oraz sposób dokumentowania tej czynności;
6. zasady i sposób udostępniania rodzicom albo opiekunom prawnym lub faktycznym oraz małoletnim standardów do zaznajomienia się z nimi i ich stosowania;
7. osoby odpowiedzialne za przyjmowanie zgłoszeń o zdarzeniach zagrażających małoletniemu i udzielenie mu wsparcia;
8. sposób dokumentowania i zasady przechowywania ujawnionych lub zgłoszonych incydentów lub zdarzeń zagrażających dobru małoletniego.

W praktyce najważniejsze jest wypełnienie pierwszych trzech punktów.

PROPOZYCJE DLA PLACÓWEK STOMATOLOGICZNYCH DZIAŁAJĄCYCH W FORMIE PRAKTYKI ZAWODOWEJ LEKARZA DENTYSTY

Biorąc pod uwagę rodzaj prowadzonej praktyki zawodowej lekarza dentysty oraz niewielką skalę tejże działalności stomatologicznej w zakresie liczby zatrudnionego personelu, standardy ochrony małoletnich w takiej placówce nie muszą przybrać formy obszernego opracowania. Dla uregulowania kwestii ochrony małoletnich w niewielkiej placówce stomatologicznej wystarczające będzie wprowadzenie do standardów ochrony małoletnich kilku podstawowych zasad:

W obszarze 1. „Zasady zapewniające bezpieczne relacje między małoletnim a personelem placówki i za-

chowania niedozwolone wobec małoletnich” placówka stomatologiczna może zamieścić następujące wytyczne:

- a) Personel medyczny ma obowiązek umożliwić obecność rodzica lub opiekuna prawnego podczas wykonywania czynności diagnostycznych i leczniczych osoby małoletniej. Jest to najważniejszy element, który zapewnia małoletniemu pacjentowi niezbędne poczucie bezpieczeństwa i komfortu. Ponadto to właśnie rodzice lub osoby sprawujące opiekę nad małoletnim najlepiej znają jego potrzeby i zachowania.
- b) Personel medyczny powinien w miarę możliwości uwzględniać zgłaszane indywidualne potrzeby małoletniego pacjenta zapewniające mu dodatkowy komfort korzystania ze świadczeń zdrowotnych, o ile nie stoją one w sprzeczności z prawidłowym wykonaniem świadczenia zdrowotnego (np. prawo do wniesienia do gabinetu stomatologicznego niewielkiej zabawki, maskotki itp.).
- c) Personel medyczny powinien pozwolić małoletniemu pacjentowi na wypowiedzanie się w kwestii planowanych lub udzielanych mu świadczeń opieki zdrowotnej ochrony zdrowia. Pacjent powyżej 16 roku życia ma prawo do pełnej informacji medycznej i decydowania o procesie diagnostyczno-terapeutycznym.
- d) Personel medyczny powinien zachować wyrozumiałość w relacjach z małoletnimi pacjentami, ich przedstawicielami ustawowymi i opiekunami prawnymi pamiętając, że w niektórych sytuacjach mogą znajdować się poza strefą swojego komfortu, szczególnie podczas świadczeń zdrowotnych takich jak ekstrakcja zęba czy leczenie pacjenta zgłaszającego się z nasilonym bólem.
- e) Niedozwolone są wszelkie zachowania personelu placówki medycznej, które miałyby na celu wywołanie u małoletniego pacjenta strachu, poczucia zagrożenia lub przymusu podczas udzielania świadczeń zdrowotnych. Niedozwolone jest wymuszanie na małoletnim pacjentce określonych zachowań czy współpracy z personelem medycznym przy pomocy krzyku. Personel medyczny nie powinien pozwalać na to, aby tego rodzaju metody stosowane były także w placówce medycznej przez przedstawicieli ustawowych lub opiekunów prawnych małoletniego pacjenta.

W obszarze 2. „Zasady i procedura podejmowania interwencji w sytuacji podejrzenia krzywdzenia lub posiadania informacji o krzywdzeniu małoletniego” placówka stomatologiczna może zamieścić następujące wytyczne:

- a) Personel naszej placówki zwraca uwagę na sygnały, objawy i ślady świadczące o podejrzeniu krzywdzenia małoletniego pacjenta.
- b) Każda osoba będąca członkiem personelu placówki jest zobowiązana i uprawniona do reagowania, w przypadku podejrzenia, że małoletni pacjent jest krzywdzony.

- c) Źródłem krzywdy dziecka może być zachowanie rodziców, opiekunów prawnych, innej osoby bliskiej dla małoletniego, a także zachowanie osób trzecich.
- d) Krzywda małoletniego dziecka może przejawiać się w szczególności poprzez:
 - popełnienie przestępstwa na szkodę małoletniego (np. przemoc fizyczna, wykorzystywanie seksualne)
 - krzywdzenie w inny sposób (np. przemoc psychiczna, zastraszanie, poniżanie),
 - ewidentne zaniedbywanie potrzeb życiowych, bytowych i higienicznych (niedożywienie, brak warunków higienicznych, niezapewnianie niezbędnej opieki, brak odzieży).
- e) W przypadku podejrzenia, że popełniono przestępstwo na szkodę małoletniego pacjenta należy złożyć zawiadomienie na Policję lub do prokuratury. W przypadku podejrzenia, że życie lub zdrowie małoletniego pacjenta jest zagrożone z uwagi na stosowanie wobec niego przemocy domowej, personel placówki medycznej niezwłocznie zgłasza ten fakt na Policję.
- f) W przypadku uzasadnionego podejrzenia, że małoletni doznaje innej formy krzywdzenia, o której mowa w ustawie z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu przemocy domowej (tj. działaniom naruszającym jego prawa lub dobra osobiste przez wykorzystanie przewagi fizycznej, psychicznej lub ekonomicznej, w szczególności zachowania naruszające godność, nietykalność cielesną lub wolność, w tym seksualną, powodujące szkody na zdrowiu fizycznym lub psychicznym, wywołujące cierpienie lub krzywdę lub wzbudzające poczucie zagrożenia, poniżenia lub udręczenia) personel medyczny jest uprawniony do wszczęcia procedury „Niebieskie Karty”.
- g) W pozostałych przypadkach podejrzenia krzywdzenia małoletniego pacjenta (np. zaniedbanie potrzeb życiowych, bytowych i higienicznych dziecka) placówka medyczna może wystąpić do jednostek organizacyjnych pomocy społecznej w celu udzielenia wsparcia lub do sądu rodzinnego o wgląd w sytuację dziecka oraz wgląd w sytuację rodziny.

W obszarze 3. „Procedury i osoby odpowiedzialne za składanie zawiadomień o podejrzeniu popełnienia przestępstwa na szkodę małoletniego, zawiadamianie sądu opiekuńczego oraz w przypadku instytucji, które posiadają takie uprawnienia, osoby odpowiedzialne za wszczynanie procedury „Niebieskiej Karty” placówka stomatologiczna może zamieścić następujące wytyczne:

- a) Wszelkie informacje dotyczące podejrzenia krzywdzenia małoletniego pacjenta personel placówki medycznej zgłasza kierownikowi placówki lub osobie przez niego upoważnionej.

- a. Za wszczęcie odpowiedniej procedury związanej z podejrzeniem krzywdzenia dziecka i za zawiadomienie właściwych organów publicznych odpowiedzialny jest kierownik placówki medycznej lub osoba przez niego upoważniona, z zastrzeżeniem że procedurę „Niebieskiej Karty” może wszcząć jedynie osoba wykonująca w placówce medycznej zawód medyczny.

W obszarach 4-8 wymaganych w Standardach ochrony małoletnich placówka stomatologiczna może zamieścić następujące wytyczne:

- a) Niniejsze Standardy ochrony małoletnich co najmniej raz na dwa lata podlegają ocenie pod kątem oceny ich dostosowania do aktualnych potrzeb, rodzaju i skali działalności placówki medycznej oraz zgodności z przepisami. Wnioski z analizy będą każdorazowo podstawą do ewentualnej zmiany Standardów ochrony małoletnich.
- b) Niniejsze Standardy ochrony małoletnich są umieszczone na stronie internetowej placówki medycznej oraz wywieszone w widocznym miejscu w miejscu prowadzenia działalności.
- c) Każdy osoba zatrudniona w placówce medycznej, niezależnie od formy prawnej, w jakiej została zatrudniona, potwierdza na piśmie, że zapoznała się ze niniejszymi Standardami ochrony małoletnich i zobowiązuje się je stosować.
- d) Zgłoszone zdarzenia wskazujące na podejrzenie krzywdzenia małoletniego przechowuje kierownik placówki medycznej, w szczególności przechowaniu przez kierownika placówki medycznej podlegają zgłoszenia i zawiadomienia do organów państwowych.

UWAGI KOŃCOWE

Zgodnie z ustawą z dnia 13 maja 2016 r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym i ochronie małoletnich, dokument zawierający standardy ochrony małoletnich ma być dostosowany do charakteru i rodzaju placówki lub jej działalności.

Podmioty udzielające świadczeń stomatologicznych, których skala działalności jest większa, w tym np. zatrudniają większą liczbę personelu zarówno medycznego, jak i niemedycznego, powinny rozważyć wprowadzenie do swojego Standardu ochrony małoletnich dodatkowych zapisów uszczegóławiających sposób dokonywania zgłoszeń podejrzenia krzywdzenia małoletnich, osób upoważnionych do dokonywania zgłoszeń, a także zasad ochrony małoletnich przez naruszeniami pochodzącymi ze strony pracowników placówki medycznej, co w przypadku placówki zatrudniającej tylko jedną osobę pracującą pod nadzorem lekarza dentystry nie będzie niezbędne.

*Opracował:
Mec. Michał KOZIK
Biuro Prawne NIL*

WOJAŻE NASZYCH SENIORÓW

18.05.24 r. odbyła się wycieczka do Brzegu i Małujowic w pow. brzeskim, zorganizowana przez Komisję Senioralną. Udział wzięło 17 osób, chociaż chęć wyjazdu zgłosiło więcej osób (za te osoby musieliśmy ponieść koszty. W przyszłości prosimy o większą rzetelność!!).

Brzeg to miasto leżące w woj. opolskim, ale na historycznym Dolnym Śląsku, na skrzyżowaniu prastarych głównych dróg handlowych.

Prawa miejskie otrzymał między 1246 a 1248 r. W 1311 r. miasto stało się stolicą księstwa brzeskiego i było nią aż do śmierci ostatniego z rodu Piastów w 1675 r. - Jerzego Wilhelma IV. W swoich dziejach był też pod panowaniem czeskim, habsburskim i pruskim.

O bogatej przeszłości Brzegu świadczą dziś piękne zabudówki, z siedzibą piastowskiego rodu - Zamkiem Książąt Brzeskich (obecnie siedzibą Muzeum Piastów Śląskich), gotycką kaplicą św. Jadwigi, kościołem Podwyższenia Krzyża Św. z 1336 r. i Ratuszem wraz z kamieniczkami na czele.

Do największego rozkwitu miasta doszło za panowania księcia Jerzego II brzeskiego w XVI w. Na bogato rzeźbionej bramie wjazdowej do Zamku Piastowskiego z 1553 r., mogliśmy podziwiać posągi Jerzego II i jego małżonki Barbary Hohenzollern. W Muzeum widzieliśmy część zbiorów średniowiecznej i nowożytnej sztuki śląskiej z Muzeum Narodowego we Wrocławiu.

Za czasów Jerzego II obok Zamku powstało Gimnazjum Illustre Bregense. Przy okazji dowiedzieliśmy się, że władze Brzegu - będące właścicielem tego renesansowego obiektu - przeznaczyły go na siedzibę Muzeum Dziedzictwa i Kultury Kresów. Daje to szansę na uratowanie tego historycznego obiektu. Miejmy nadzieję, że ta inwestycja będzie kontynuowana.

Zwiedziliśmy też renesansowy Ratusz z 1300 r., a w nim powstałą w latach 40. XVIII w. reprezentacyjną barokową Salę Rady Miejskiej.

Do Małujowic przejechaliśmy m.in. przez Wałbrzyńską Specjalną Strefę Ekonomiczną, atrakcyjny teren inwestycyjny (w przeszłości strefę wojskową). Byliśmy mile zdziwieni rozmachem tej inwestycji.

Małujowice - to tu 10 kwietnia 1741 r., nieopodal wiejskiego kościoła, starły się dwie ówczesne potęgi rywalizujące o panowanie na Śląsku w XVIII w. - Prusy i Austria. Prusacy starcie wygrali, a bitwa ta była swoistym punktem zwrotnym w historii Europy Środkowej, gdyż wojska pruskie pierwszy raz pokonały armię habsburską. Było to wstępem na drodze mocarstwowości zmilitaryzowanego i agresywnego państwa pruskiego. Po tej bitwie wojska pruskie, na rozkaz Fryderyka II, rozpoczęły bombardowanie Brzegu.

Kościół Św. Jakuba Apostoła w Małujowicach jest prawdziwym historycznym cudem. Początki murywanego, gotyckiego kościoła sięgają 1250 r. Kościół ten słynie ze średniowiecznych polichromii - gotyckiego malarstwa wykonanego techniką malowania na mokrym tynku. Jest tam około 100 polichromii o tematyce staro- i nowotestamentowej.

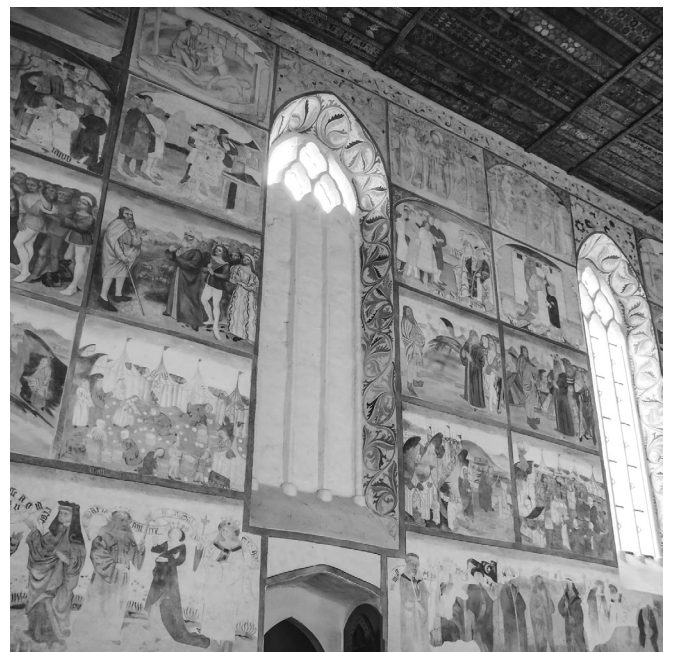
Pogoda sprzyjała zwiedzaniu, ale po dotarciu do restauracji na obiad, rozpadał się deszcz.... Korzystając z rozległej wiedzy naszego przewodnika, miłośnika regionu, poznaliśmy dawne dzieje Brzegu i zobaczyliśmy Brzeg nowoczesny. Było warto!

Kolejna wycieczka jest w planach... Wkrótce poinformujemy o szczegółach.

Lek. dent. Danuta BILIŃSKA



Polichromie w Kościele św. Jakuba w Małujowicach



Polichromie w Kościele św. Jakuba w Małujowicach



Renesansowy dziedziniec Zamku Piastowskiego w Brzegu



Portal bramy wjazdowej na Zamek w Brzegu



Brzeski Ratusz



Renesansowa Sala Rady Miejskiej Ratusza



Kościół Św. Jakuba Apostoła w Małujowicach



Polichromie w Kościele św. Jakuba w Małujowicach

INFORMACJE KOMISJI DS. LEKARZY EMERYTÓW I RENCISTÓW

Przypominamy naszym Koleżankom i Kolegom Lekarzom Seniorom o możliwości uzyskania z OIL dofinansowania do wczasów rehabilitacyjnych lub wypoczynkowych. Przewidziano dotację w wysokości 5.000 zł dla 10 Lekarzy Seniorów rocznie.

Aby uzyskać dofinansowanie należy potwierdzić w biurze izby pobyt na wczasach w formie kopii dowodu wpłaty lub oświadczenia.



W związku z rzadszym (co 2 mies.) ukazywaniem się Biuletynu Lekarskiego OIL i ograniczoną możliwością informowania naszych Lekarzy Seniorów o wydarzeniach organizowanych przez Komisję Senioralną przedstawiamy terminarz zaplanowanych imprez:

- **wspólne wyjście na retransmisję koncertu ANDRE RIEU** pt. „Potęga miłości” do kina Helios w Centrum Handlowym „Solaris”. Terminy:
 - **23.08.2024** (piątek) godz. 17.00,
 - **25.08.2024** (niedziela) godz. 17.00,
 - **08.09.2024** (niedziela) godz. 17.00.

Prosimy o zgłaszanie w biurze izby chęci wzięcia udziału w wydarzeniu, a organizatorzy wyjścia będą indywidualnie kontaktować się z osobami zainteresowanymi i uzgadniać szczegóły. Tel. 77/454-59-39 wewn. 11;

- **jednodniowa wycieczka autokarowa 07.09.2024 (sobota) do Pszczyny lub Nysy** (w zależności od możliwości zapewnienia przewodnika) wraz ze wspólnym obiadem. **Zapisy w biurze OIL do 20.08.2024. Tel. 77/454-59-39 wewn. 11;**
- **spotkanie świąteczne w restauracji „Czardasz” w Opolu - 14.12.2024. Zgłaszanie uczestnictwa do 30.11.2024 w biurze izby. Tel. 77/454-59-39 wewn.11.** Szczegółowe informacje można uzyskać u:
 - Pani Dyrektor biura OIL Barbary Oborskiej - tel. 77/454-59-39 wewn. 11;
 - Bogusława Kudyby – tel. 606-736-620;
 - Haliny Jakobi – Róż – tel. 604-337-171;
 - Marty Kabarowskiej – tel 602-776-429.

GOŚCINNE WYSTĘPY

MARIONETKI Z SALZBURGA

Lalka poruszana za pomocą sznurków lub drucików jest symbolem niejednej dyskusji o metodach kreowania bajek dla dorosłych. Linki odchodzące z głowy i kończyny marionetki, przymocowane są do rozbudowanego krzyżaka, którym zawiaduje animator. Głos i ruch bohatera zależą zatem od osoby, której najczęściej nie widać.

Salzburski Teatr Marionetek powstał 111 lat temu. Założycielami ansamblu lalkarzy była rodzina Aicherów. Na początku wystawiano przede wszystkim dzieła Mozarta, by w kolejnych latach poszerzać repertuar operowy i bajkowy. Trupa występowała gościnnie na innych scenach, aż do 1971 roku, w którym wprowadziła się do stałej siedziby w dawnym Hotelu Mirabell. W zabytkowej, choć wymagającej już odkurzenia, sali balowej, gromadzą się tłumy Austriaków i turystów z całego świata. Tłumaczenie tekstu pozwala na lepszą percepcję widowiska, chociaż język lalkowych popisów jest bardzo uniwersalny. W dniu, w którym przyjechałem do Salzburga, grano „Małego Księcia” Antoine de Saint-Exupéry – doskonały moralitet filozoficzny. W opracowaniach lektur znalazłem zdanie, że książka opowiada o dorastaniu do wiernej miłości, prawdziwej przyjaźni i odpowiedzialności za drugiego człowieka, stawiając pytania o hierarchię wartości i sens międzyludzkich więzi. Myślę, że to zbyt proste wprowadzenie, gdyż każdy znajduje w przypowieści sprzed niemal osiemdziesięciu lat, coś innego. Nie raz, nie dwa słyszałem, że dorastamy do znaczenia słów tam zapisanych w kolejnym czytaniu. Połączenie tekstu z lalkami na sznurkach spotęgowało iluzję mię-

dzyplanetarnej wędrówki bohatera. Godzinny spektakl oczarował publiczność.

Długo zastanawiałem się, który fragment „Małego Księcia” wydobyć i symbolicznie wzmocnić. Szukanie analogii między teatralną kreacją a rzeczywistością to przecież moja pasja. Wątki Róży, Pijaka, Bankiera, Latarnika przebrały tym razem z dwoma obrazami przywódców. Dziś bowiem intryguje mnie samotny Król, którego ulubioną czynnością jest rządzenie i wymagający nieustannych pochwał Prózniań. Pierwszy wydaje tylko takie rozkazy, które daje się spełnić, co wzmacnia poczucie pełni władzy z jednocześnie szacunkiem podwładnych. Drugi wykorzystuje swoją pozycję (funkcję) do zbierania laurów, nic nie robiąc dla ogółu. Oto nieziemskie połączenie populizmu i absolutyzmu ustawione w parze z poddaństwem, nawet jeśli na jego sztandarach siedzi leń. Cudnie się czyta. Straszne, jak się przemyśli i trzeba wyciągnąć wnioski. Najgorzej jednak, gdy wzrok przeniesie się z liter na obrazy z życia wzięte.

Pierwsza scena salzburskiego „Małego Księcia” odsłania kulisy animacji. Widać rampy aktorskie i magazyn lalek na zapleczu. Poukładane na półkach elementy scenografii i zawieszane na stojakach marionetki czekają na swój czas ożywienia. Zwinny lalkarz poprzez rozbudowany krzyżak z cienkimi drucikami wprawia w ruch Księcia i Różę. Nad głowami widzów leci samolot, rozbijając się na proscenium. Kilkuosobowy zespół od góry i z dołu pracuje na efekt końcowy, zamknięty w ramie scenicznego okna. Kuglarskie wręcz umiejętności wy-



magają wielu lat treningu. Do tego przygotowanie sugestywnych lalek jest rzemieślniczym mistrzostwem i niepowtarzalnym wytworem ludzkich rąk. W rękach tych jest wszystko: długopis scenarzysty, dłuto i pędzel scenografa, nić łącząca całość, muzyka genialnych kompozytorów i kreacja drzeń aktorskich palców. Grupa marionetek opowiada o nas, marionetkach z innej bajki i świecie jeszcze bardziej brutalnym z zawężłonymi drutami dylematów moralnych i nitkami pociąganyymi z wielu stron. Ukłon. Uśmiech. Foch. Taniec, jak animatorzy zagrają. Koniunktura bytu zwieszona z niewidzialnej rampy znajdującej się blisko sufitu, a może wręcz nieba, gdzie bogowie decydują o grze, w której bierzemy tu i teraz udział. Spektakl za spektaklem. Rok za rokiem. Głos za i głos przeciw.

Miasto Mozarta było tym razem pochmurne. Po upalnych dniach spadł ulewny deszcz, a burzowe pioruny ude-

rzały w wiekowe drzewa. W barokowej sali wiele osób suszyło się (w dosłownym tego stwierdzenia znaczeniu). W szatni pozostawiono parasole i mokre peleryny. W barku pospiesznie sprzedawano filiżanki kawy i lampki białego wina. Turyści patrzyli na wystawę lalek przez obiektywy komórek. Ledowe ekrany zapraszały do kolejnych odwiedzin. W fotelu na tle starych zdjęć rodziny Aicherów przejrzałem album, który zasilił moją teatralną bibliotekę. Pierwsza fotografia przedstawia kilka rąk splecionych na krzyżach i sznurkach. Anonimowych. Tajemniczych. Fascynujących. Groźnych?

„A oto mój sekret. Jest bardzo prosty: dobrze widzi się tylko sercem. Najważniejsze jest niewidoczne dla oczu”.

Jarosław WANECKI

Ośrodek Kultury i Dziedzictwa Historycznego NIL

CO PISZĄ INNI

STOMATOLOGIA W OCZACH NIK

W ostatnich tygodniach popularny stał się dokument „Dostępność do opieki stomatologicznej finansowanej ze środków publicznych”, który powstał po kontroli przeprowadzonej przez NIK. Kontrolą objęto 15 jednostek, w tym Ministerstwo Zdrowia, centralę i cztery OW NFZ oraz dziewięć podmiotów leczniczych. Kontrola, zarówno w Ministerstwie Zdrowia, jak i podmiotach leczniczych, objęła lata 2021–2023 z wykorzystaniem dokumentów z lat wcześniejszych, jeśli miały wpływ na kontrolowaną działalność. Dokument można znaleźć na www.nik.gov.pl (KZD.430.6.2023).

Jest ciekawy, powstał już po utworzeniu Rady ds. Rozwoju Stomatologii i obrazuje efekt pracy Naczelnej Rady Lekarskiej i jej Komisji Stomatologicznej nad sposobem dysponowania środkami publicznymi w poszczególnych działach opieki zdrowotnej, zdecydowanie po 2009 r. dyskryminującej finansowanie stomatologii. Spadek środków na świadczenia stomatologiczne ilustrują liczby: w roku 2009 było to 3,4% w strukturze wydatków ogólnych świadczeń zdrowotnych, w roku 2021 – 1,7%, w 2022 – 1,8%, a do połowy 2023 – 1,7% ogólnych wydatków NFZ przeznaczono na leczenie stomatologiczne. W latach 2010–2020 koszty leczenia stomatologicznego ze środków publicznych były niższe niż przed rokiem 2009. Gdy powstawały Kasy Chorych w latach 90., miało to być 5% ogólnego budżetu opieki zdrowotnej. W roku 2021 nakłady na świadczenia stomatologiczne były tyl-

ko o 1,2% wyższe od poniesionych w roku 2009. Wydatki na świadczenia stomatologiczne w roku 2023 wzrosły do 3,4 mld zł.

W konsekwencji w latach 2021–2023 nie wszystkim uprawnionym zapewniono dostęp do opieki stomatologicznej finansowanej ze środków publicznych, a działania MZ i NFZ nie zawsze były skuteczne. Minister Zdrowia nie określił polityki państwa w dziedzinie stomatologii oraz nie sprawował skutecznego nadzoru nad tym działem medycyny. Stomatologia nie była uwzględniana w dokumentach strategicznych dotyczących rozwoju systemu ochrony zdrowia przyjmowanych przez Radę Ministrów.

Cytując raport NIK: „W okresie kontroli Minister Zdrowia nie dysponował aktualnymi i precyzyjnymi danymi o schorzeniach jamy ustnej wśród ludności. Nie kontynuowano zakończonego w 2020 r. programu Monitorowanie stanu zdrowia jamy ustnej populacji polskiej na lata 2016–2020 oraz nie przygotowano strategii w zakresie profilaktyki schorzeń jamy ustnej i udzielania świadczeń zdrowotnych u obywateli. Dopiero w sierpniu 2022 r. Minister Zdrowia powołał Radę ds. Rozwoju Stomatologii”. Zarządzający zdrowiem potwierdzili po latach, że stomatologia jest częścią medycyny, ma wpływ na zdrowie człowieka, a państwo jest za zdrowie obywateli, w tym jamy ustnej, odpowiedzialne. Wielkopolan-ka, Minister Zdrowia od 8 sierpnia 2022 r., dr Katarzyna Sójka dobrze jest przez członków tej rady pamiętana. Po-

jawiała się wreszcie nadzieja, że „stomatologizacja” w medycynie nie stanie się regułą.

Z powodu zmniejszających się w latach 2009–2022 nakładów publicznych na świadczenia stomatologiczne aż o 20,6%, liczba podmiotów leczniczych udzielających tych świadczeń w ramach umów z NFZ zmniejszyła się tylko w latach 2021–2023 o 13%, a w porównaniu z okresem od 2009 r. spadek ten sięgnął aż 38%. Nie zmalała liczba lekarzy stomatologów wykonujących zawód.

Główną przyczyną rezygnacji ze współpracy z NFZ jest wciąż zbyt niska wycena świadczeń stomatologicznych finansowanych ze środków publicznych, o czym wiedziało zarówno Ministerstwo Zdrowia, jak i prezes NFZ.

W ostatnich trzech latach podjęto dość energicznie kroki zmierzające do ustalenia kosztów działania stomatologii, w tym MZ zleciło sporządzenie korekty wysokości świadczeń zespołowi fachowców z AOTMiT, prowadzono też szerokie analizy z inicjatywy konsultantów krajowych, próbując ponownie krok po kroku dokonać obliczenia kosztów poszczególnych procedur, kosztów pracy lekarzy dentystów i pozostałego personelu. Praktyki traciły i z powodu restrykcji covidowych, i z powodu podwyżki cen płacy minimalnej. Proponowane podwyżki nie maleją, lecz część podwyżek widocznych na rynku spowodowała wzrost liczby pacjentów w poradniach chirurgicznych (znowu taniej usunąć niż leczyć?). Raport NIK nakazuje też ponowną analizę wyceny procedur sprzed czterech lat, w tym bardzo wysoko wycenionych zabiegów z zakresu profilaktyki w stomatologii dziecięcej, a także zabiegów leczniczych wykonywanych w dentobusach w miejscach, gdzie opieka jest zapewniona stacjonarnie.

NIK, kontrolując pracę w 9 podmiotach leczniczych realizujących umowę z NFZ, bardzo dobrze ocenił kwalifikacje lekarzy i pozostałych członków zespołów zarówno w kontraktach ogólnych, jak i specjalistycznych. W analizie kosztów w opiece systematycznej NIK dostrzegł ich istotny wzrost, ale dwóch pacjentów „pilnych”, których

„przełożono” na kolejny dzień, niestety przeliczono w raporcie na 20% pacjentów odesłanych z bolącym zębem na „nie wiadomo kiedy”, jak można było przeczytać w sieci. A było to na jutro lub za trzy dni. Czas oczekiwania na wizytę nie przekraczał w żadnej specjalności w analizowanych placówkach 30 dni (także w zakresie protetyki i ortodoncji), ogólnie był to termin „zerowy” lub 3–7 dni, a przypadki zgłoszone jako pilne przyjmowane są w terminie „zerowym”, także w specjalistycznych poradniach protetycznych czy ortodontycznych. Zapisom w dokumentacji i ich prawidłowości kontrolerzy NIK poświęcili wiele uwagi, nie zgadzając się z kilkoma zaleceniami, ale uważając, że jest przepis „planuj każdą wizytę i blokuj sobie kalendarz”. Trudno. Zwrócono też uwagę na groszowe nierówności w ostatecznej wycenie ceny punktu w kontrakcie ogólnym. Inspektorzy NIK zauważyli, że to tu, to tam cena jest o parę groszy wyższa. Nie powiedzieli, że to źle. Zachęcam do lektury. Moje kontakty z lekarzami, bardzo częste w ostatnich dniach, sugerują, że raport NIK jest zbyt optymistyczny, bo kolejki rosną nawet do dwóch miesięcy w opiece systematycznej. I to zwłaszcza tam, gdzie z całą pewnością lekarze nie przystąpią już do nowego konkursu, a co zaczęli, muszą dokończyć. Przerażające są też ceny w niektórych praktykach prywatnych, bo doprawdy, do ceny dewitalizacji zęba nie wszystkie koszty amortyzacji praktyki muszą być doliczone, a wysokość nakładu nie wynosi 900 zł (taką cenę usłyszała pacjentka z południa). Nauczycielom aż tak jeszcze nie podwyższono pensji. Najtrudniejsza sprawa do rozwiązania w samorządzie to ceny. Kiedy i na jakich zasadach można przejść lub otworzyć nową praktykę i za ile trzeba ją np. odkupić. A wszak bezzębnych nauczycieli nie chcemy: uczą nasze dzieci i powinni czuć się bezpieczni, albo wystrzelą ceny korepetycji...

Anna KURHAŃSKA-FLISYKOWSKA

Komisja Stomatologiczna ORL WIL

(przedruk za zgodą z biuletynu Wielkopolskiej Izby Lekarskiej nr 6/24)

FEUDALIZM FRANCUSKI - CZYLI JAK MINISTERSTWO ZDROWIA DBA O INTERES REZYDENTA

Od dłuższego czasu obserwuję wszelakie grupy zrzeszające społeczność rezydentów, skupiam uwagę szczególnie na przedstawianych tam problemach prawnych i faktycznych, które poddawane są dyskusji. Po kilku latach mogę wyciągnąć wniosek, iż z większości poruszanych tam problemów wyłania się obraz znacznych nadużyć ze strony podmiotów leczniczych.

„Nie mam klauzuli opt-out, a mam miesięcznie po 5 dyżurów – mój stan zdrowia nie pozwala mi tyle pracować.”

Po pierwsze, należy zadać pytanie, jak finansowane są rezydentury lekarskie. Zgodnie z ustawą o Zawodzie lekarza i lekarza dentysty, konkretnie art. 16j ust. 2 koszty związane z prowadzeniem rezydentury pokrywane są z budżetu Ministerstwa Zdrowia, na podstawie wniosków podmiotów prowadzących szkolenie – czyli, mówiąc wprost, szpitali czy gabinetów stomatologicznych i POZ.

Jednym z niewielu kosztów jakie ponosi podmiot leczniczy, jest pokrywanie różnicy, jaka wynika ze zwią-

szenia liczby odbywanych przez młodych lekarzy dyżurów, w stosunku do normy przewidzianej programem specjalizacji, która jest refundowana przez resort zdrowia. Jest to sposób do sprytnego łatania dziur w grafiku, bowiem rzadko zdarza się, że szpital z własnej woli renegotjuje stawki, jakie oferuje rezydentom za pełnienie dyżurów ponad normę. Zazwyczaj przyjmując stawki ministerialne, odbiegające od rynkowych, co w przypadku normy przewidzianej programem specjalizacji można wytłumaczyć faktem, iż różnica powinna uwzględniać koszty szkolenia, ponad normę - już niekoniecznie.

„Dyrekcja chce nas zmusić do pełnienia dyżurów w SOR/NiŚPL.”

Kolejnym często spotykanym problemem jest podejmowanie prób kierowania rezydentów do świadczenia pracy na odcinkach nieprzewidzianych programem specjalizacji. Ostatnia interwencja Okręgowej Izby Lekarskiej w Szczecinie doprowadziła do uzyskania pozytywnej interpretacji ministerialnej, doprowadzając do wykreślenia zapisów abuzywnych (niedozwolonych) z umowy o pracę. Zgodnie z treścią interpretacji szpital jest związany zapisami, jakie wynikają z programu specjalizacji i nie może kierować swojego pracownika w dowolne miejsce, na nieokreślony czas. W mojej ocenie często spotykana próba wytłumaczenie tego typu prób „dawaniem szansy rozwoju” nie może być rozpatrywana nawet w kategorii nieśmiesznego żartu, jest to zwykłe cwaniactwo.

Kto jest więc pracodawcą rezydenta?

Oczywiście, mimo całkowitej refundacji kosztów rezydentury przez Ministerstwo Zdrowia, pracodawcą lekarza rezydenta jest szpital, to na nim ciąży obowiązek zapewnienia bezpiecznych i higienicznych warunków pracy – odpowiadając za jego bezpieczeństwo, to na nim ciąży wszelkie prawa i odpowiedzialność wynikająca z Kodeksu Pracy.

Ta sama pensja, ten sam program, różne umowy

Okazuje się, iż mimo formalnego nadzoru Ministerstwa Zdrowia i jasno wytyczonych merytorycznych ram szkolenia specjalizacyjnego, warunki zatrudniania lekarzy w całej Polsce są różne. W zależności od szpitala warunki pracy i treść zawieranej umowy różnią się, co widać po ciągłych pytaniach i skargach młodych lekarzy na wszelakich forach internetowych i grupach dyskusyjnych.

Czy sytuację można rozwiązać?

System opieki zdrowotnej w Polsce pod kątem zatrudniania lekarzy od dawna działa w sposób quasi-rynkowy, stanowiąc mutanta kapitalizmu i gospodarki centralnie planowanej, z jednej strony określając płacę, katalog czynności, które powinien wykonać rezydent, z drugiej przyznając nieuzasadnioną wolność w kształtowaniu umowy o pracę szpitalom, pozwalając na nadużycia. Tak jakby minister zdrowia stwierdzał: Nadzoruje szpital, ale pracownik, któremu de facto płacę, nie jest mi bliski, czyli parafrazując zdanie: „Wasal mojego wasala nie jest moim wasalem”.

Skoro rezydentury posiadają ściśle określony katalog czynności, liczbę dyżurów oraz pensję, a szpitale zobligowane są do realizacji tych postanowień, otrzymując w zamian bezpłatnego pracownika, logicznym byłoby opracowanie ministerialnego wzorca umowy rezydenckiej, który uniemożliwiłby wprowadzanie klauzul abuzywnych (niedozwolonych) podmiotom leczniczym poszukującym maksymalizacji zysku. Prezentowane rozwiązanie uniemożliwiłoby dowolną modyfikację zakresu obowiązków, stanowiąc zabezpieczenie prawidłowego odbywania toku specjalizacji – uniemożliwiając nadinterpretację. Co ciekawe, koszt wprowadzenia takiego rozwiązania wynosi z punktu widzenia budżetu Ministerstwa Zdrowia w przybliżeniu 0 złotych. Co więcej, myślę, że takie rozwiązanie znalazłoby silne poparcie szczególnie młodych środowisk lekarskich, do czego ministra uprzejmie zachęcamy.

Co robić, gdy spotka nas nadużycie?

Od początku kadencji stawiamy na wspieranie lekarzy, zapewniając darmową pomoc prawną i wielokrotnie występując o interpretacje ministerialne. Samorząd stoi zawsze po stronie lekarza, skutecznie rozwiązując omawiane problemy. Czekamy na Państwa sygnały. Najwyższy czas otwarcie stwierdzić, że nie ma się czego bać.

Aleksander MATYSIAK

sekretarz Okręgowej Rady Lekarskiej

w Szczecinie

(przedruk za zgodą z „Vox Medici” luty 2024)

SPECJALISTA OD SYSTEMÓW INFORMATYCZNYCH O NAJWAŻNIEJSZYM ELEMENCIE BEZPIECZEŃSTWA W GABINECIE

Utrata historii leczenia, wyciek danych pacjentów, dostęp do naszego profilu w systemie e-zdrowie, szan-

taż finansowy, utrata pacjentów oraz dobrego imienia, to jedne z wielu skutków nieodpowiedniego zabezpie-

czenia naszych komputerów. Od bankowości internetowej po media społecznościowe i zarządzanie gabinetem, kluczowym elementem zabezpieczającym naszą cyfrową tożsamość są hasła. Dr Paweł Popielarski, specjalista od bezpieczeństwa systemów teleinformatycznych, współpracujący z Bydgoską Izbą Lekarską specjalnie dla czytelników „Primum” opisał, jak zadbać o ten najbardziej prozaiczny, a zarazem najważniejszy element bezpieczeństwa w sieci.

Słabe hasło to początek cyfrowej katastrofy

Badania pokazują, że znaczna część naruszeń bezpieczeństwa zaczyna się od złamania prostych haseł. Raporty bezpieczeństwa cyfrowego z ostatnich lat alarmują, że ponad 80% wszystkich naruszeń bezpieczeństwa wynika z niewłaściwego zarządzania hasłami, a hakerzy coraz częściej wykorzystują słabe hasła jako łatwą ścieżkę do uzyskania dostępu do cennych danych. Dlatego tak ważne jest, aby każdy użytkownik usług cyfrowych zdawał sobie sprawę z potencjalnych zagrożeń i przykładął dużą wagę do tworzenia silnych, trudnych do złamania haseł.

W kontekście cyfrowego bezpieczeństwa, hasła odgrywają kluczową rolę jako pierwsza linia obrony przed nieautoryzowanym dostępem do danych osobowych i firmowych. Stanowią one podstawowy środek uwierzytelnienia, który zabezpiecza dostęp do kont, systemów i aplikacji zarówno w komputerach, jak i smartfonach. Ich skuteczność jest jednak uzależniona od ich siły, co w dobie rosnącej liczby cyberataków staje się coraz ważniejsze.

Cyberataki

Cyberataki są złożonymi działaniami mającymi na celu nieautoryzowane uzyskanie dostępu do danych, zakłócenie funkcjonowania systemów lub ich zniszczenie. cyberataki mogą dotyczyć zarówno telefonów, jak i innych urządzeń cyfrowych. Aby rozpoznać cyberatak, należy zwrócić uwagę na takie symptomy jak: nieoczekiwane komunikaty błędów, znaczące spowolnienie urządzeń, nieautoryzowane próby logowania oraz niespodziewane transakcje finansowe. Wśród najbardziej rozpowszechnionych rodzajów cyberataków wyróżniamy phishing, polegający na wyłudzeniu danych osobowych poprzez fałszywe e-maile lub strony internetowe, ransomware, który zaszyfrowuje dane ofiar, domagając się okupu za ich odblokowanie, oraz ataki DDoS, które mają na celu wyłączenie stron internetowych przez zalewanie ich nadmierną ilością ruchu sieciowego. Świadomość tych zagrożeń i umiejętność ich rozpoznawania są kluczowe dla ochrony prywatności i bezpieczeństwa cyfrowego.

Alarmujące statystyki

Rzeczywiste przypadki naruszeń bezpieczeństwa dostarczają przekonujących dowodów na to, jak krytyczne znaczenie mają silne hasła. Według raportu z 2021 r., przeprowadzonego przez firmę Verizon, 81% naruszeń bezpieczeństwa było spowodowanych przez skradzione lub słabe hasła. Jeden z najgroźniejszych przypadków naruszenia bezpieczeństwa miał miejsce w 2017 r., gdy ha-

kerzy wykorzystali słabe hasła do uzyskania dostępu do bazy danych equifax, co skutkowało wyciekiem danych finansowych ponad 148 mln osób. Te przypadki podkreślają znaczenie implementacji silniejszych polityk tworzenia haseł oraz regularnego ich aktualizowania.

Silne hasła to jednak tylko jedna część równania. Organizacje i użytkownicy indywidualni powinni również stosować wielopoziomowe metody uwierzytelnienia, które mogą znacząco zwiększyć bezpieczeństwo. metody te, takie jak uwierzytelnianie dwuskładnikowe, oferują dodatkową warstwę ochrony, wymagając od użytkownika potwierdzenia tożsamości za pomocą drugiego czynnika – może to być kod przesłany SMS-em, aplikacja uwierzytelniająca lub fizyczny klucz bezpieczeństwa.

Hasła są niezbędnym elementem cyfrowego bezpieczeństwa i ich znaczenie nie może być niedoceniane. Wzmacnianie polityk haseł, edukacja użytkowników na temat znaczenia i sposobów tworzenia mocnych haseł, oraz wdrażanie dodatkowych metod uwierzytelniania są kluczowe dla ochrony cyfrowych tożsamości i danych w naszym coraz bardziej połączonym świecie.

Dlaczego ludzie wciąż używają słabych haseł

Choć istotność silnych haseł jest szeroko rozumiana w teorii, praktyka często maluje zupełnie inny obraz. Wielu użytkowników, zarówno indywidualnych, jak i korporacyjnych, nadal decyduje się na użycie prostych, łatwo zapamiętywanych haseł, co stwarza poważne luki w ich cyfrowym bezpieczeństwie.

Jednym z głównych powodów, dla których ludzie wybierają słabe hasła, jest psychologiczny kompromis między bezpieczeństwem a wygodą. Badania w dziedzinie psychologii behawioralnej wskazują, że ludzie mają tendencję do minimalizowania wysiłku w codziennych czynnościach, co przekłada się również na tworzenie i zarządzanie hasłami. Proste hasła są łatwe do zapamiętania, co zmniejsza obciążenie kognitywne użytkownika. Jednak taka strategia prowadzi do znacznego obniżenia poziomu bezpieczeństwa.

Edukacja i narzędzia do zarządzania hasłami

Skutecznym sposobem na przeciwdziałanie słabym hasłom jest stosowanie edukacji w zakresie cyberbezpieczeństwa oraz narzędzi do zarządzania hasłami. Programy szkoleniowe mogą pomóc pracownikom zrozumieć, jak tworzyć i używać silnych haseł, co jest szczególnie ważne w środowiskach korporacyjnych. Narzędzia do zarządzania hasłami, takie jak menedżer haseł, oferują łatwe w użyciu interfejsy, które pomagają w generowaniu i przechowywaniu skomplikowanych haseł bez potrzeby ich zapamiętywania. Umożliwiają one również automatyczne wypełnianie pól logowania, co zwiększa wygodę użytkownika przy jednoczesnym podnoszeniu poziomu bezpieczeństwa.

Jak tworzyć silne hasła

W kontekście tworzenia silnych haseł ważne jest zrozumienie, jak różnorodność i długość hasła wpływa na

jego bezpieczeństwo. Czas potrzebny do złamania hasła zmienia się w zależności od jego długości oraz zastosowanych w nim znaków. W przypadku haseł ośmioznakowych takie składające się tylko z cyfr mogą zostać złamane niemal natychmiast. Wprowadzenie zarówno małych, jak i dużych liter wydłuża czas potrzebny do złamania hasła, a dodanie symboli znacząco zwiększa jego bezpieczeństwo.

Na przykład, hasło składające się z 12 znaków, które obejmuje zarówno cyfry, małe i duże litery, oraz symbole, wymagałoby teoretycznie około 20 000 lat na złamanie przy użyciu metod brute-force. W porównaniu, 12-znakowe hasło złożone tylko z cyfr może zostać złamane w ciągu kilkunastu sekund.

Te dane podkreślają znaczenie stosowania skomplikowanych haseł, które nie tylko są długie, ale również zawierają mieszankę różnych typów znaków. W dzisiejszych czasach, kiedy cyberzagrożenia stają się coraz bardziej zaawansowane, wybór silnego hasła jest jednym z najprostszych, a zarazem najskuteczniejszych sposobów na ochronę naszych danych osobowych i firmowych. Dlatego też, przy tworzeniu nowego hasła, warto kierować się określonymi zasadami przedstawionymi poniżej, aby maksymalnie zabezpieczyć swoje cyfrowe życie przed nieautoryzowanym dostępem.

Porady dotyczące tworzenia silnych haseł: Aby stworzyć silne i skuteczne hasło, należy przestrzegać kilku zasad. Pierwszą z nich jest długość hasła - zalecane jest, aby miało ono co najmniej 12 znaków. Hasło powinno zawierać mieszankę dużych i małych liter, cyfr oraz znaków specjalnych, co znacznie utrudnia jego złamanie przez algorytmy łamiące hasła. Dodatkowo warto unikać powszechnie używanych fraz, dat urodzenia czy imion bliskich osób, ponieważ te są łatwe do odgadnięcia przez potencjalnych intruzów.

Znaczenie nieprzewidywalności: Kolejnym ważnym aspektem jest nieprzewidywalność hasła. Korzystanie z generatorów haseł może być dobrym sposobem na zapewnienie, że hasło nie będzie łatwe do odgadnięcia. Narzędzia te tworzą hasła, które nie mają żadnego logicznego powiązania z użytkownikiem, co znacznie zwiększa ich bezpieczeństwo.

Narzędzia do zarządzania hasłami: menedżery haseł, takie jak LastPass, 1Password czy Keeper, są nieocenione w pomocy użytkownikom w zarządzaniu ich hasłami. Nie tylko generują one silne hasła, ale także przechowują je w bezpiecznej, szyfrowanej bazie danych. Użytkownicy mogą uzyskać dostęp do swoich haseł z każdego urządzenia, co ułatwia zarządzanie wieloma skomplikowanymi hasłami bez konieczności ich zapamiętywania.

Praktyczne przykłady i wskazówki: Przykładowe silne hasło, które można łatwo zapamiętać, to S@ilbo-at_192*GHT. Składa się z różnych rodzajów znaków, co czyni go trudnym do złamania, ale jest wystarczająco prostym w zapamiętaniu przez zastosowanie techniki

tworzenia hasła opartego na zapamiętywanej frazie. Inna metoda to wykorzystanie pierwszych liter wyrazów z łatwego do zapamiętania zdania, np. „Każdy wieczór jem cztery kiwi i dwie pomarańcze” może zostać przekształcone w hasło „KwjcKi2p!”.

Edukacja i świadomość: Ponieważ techniki złamania haseł stają się coraz bardziej zaawansowane, warsztaty, webinary i inne formy szkoleń mogą pomóc w zwiększeniu świadomości na temat tego, jak ważne jest używanie silnych haseł oraz jakie technologie wspierają w ich tworzeniu i przechowywaniu. może to być kluczem do bezpieczeństwa zarządzanej przez nas placówki, dlatego ważne jest, aby regularnie edukować użytkowników na temat najlepszych praktyk związanych z tworzeniem i zarządzaniem hasłami.

Tworzenie silnych haseł jest niezbędne do zapewnienia cyfrowego bezpieczeństwa. Przestrzeganie zasad dotyczących długości, złożoności i nieprzewidywalności, a także korzystanie z narzędzi do zarządzania hasłami i regularna edukacja to kluczowe kroki, które każdy użytkownik i organizacja powinni podjąć, aby chronić swoje dane przed nieautoryzowanym dostępem.

Przyszłość uwierzytelniania i bezpieczeństwo haseł

W miarę jak technologia ewoluuje, także metody uwierzytelniania użytkowników i zabezpieczania danych muszą się rozwijać. Tradycyjne hasła, mimo że nadal stanowią podstawę większości systemów bezpieczeństwa, są coraz częściej uzupełniane i zastępowane przez bardziej zaawansowane technologie.

Alternatywy dla tradycyjnych haseł

Rozwój technologii uwierzytelniania dwuetapowego (2FA), biometrii, a także kluczy bezpieczeństwa pokazuje kierunki, w jakich może zmierzać przyszłość bezpieczeństwa cyfrowego. Uwierzytelnianie dwuetapowe, które wymaga od użytkownika zapewnienia dwóch form dowodu tożsamości, znacząco zwiększa bezpieczeństwo konta. Przykładami mogą być kod wysłany SMS-em lub aplikacja generująca kody czasowe, które użytkownik musi podać obok tradycyjnego hasła.

Biometria jako przyszłość bezpieczeństwa: coraz większą popularność zdobywa również biometria, która do uwierzytelniania wykorzystuje unikalne cechy fizyczne osoby, takie jak odciski palców, skan tęczówki czy rozpoznawanie twarzy. Te metody są nie tylko wygodne, ale również oferują wysoki poziom bezpieczeństwa, ponieważ bardzo trudno jest je sfalszować czy skopiować. Na przykład, systemy bankowe coraz częściej wykorzystują biometrię jako metodę uwierzytelniania transakcji, co zwiększa ochronę przed nieautoryzowanym dostępem do funduszy.

Klucze bezpieczeństwa jako innowacja

Klucze bezpieczeństwa działają jako forma uwierzytelnienia dwuskładnikowego (2FA), co oznacza, że dostęp do konta wymaga nie tylko podania hasła, ale także fizycznego dostępu do klucza. Użytkownik wtyka klucz

do portu USB w komputerze lub łączy go innym sposobem z urządzeniem, a klucz generuje unikatowy kod, który potwierdza tożsamość użytkownika. Chroni to przed phishingiem, ponieważ nawet jeśli oszust zdobędzie hasło, nie będzie w stanie uzyskać dostępu do konta bez fizycznego posiadania klucza. Ponadto, klucze te są zaprojektowane tak, by komunikować się tylko z autoryzowanymi stronami internetowymi, eliminując ryzyko przechwycenia danych uwierzytliwiających przez fałszywe strony podające się za prawdziwe usługi. Dzięki temu użytkownik ma dodatkową warstwę ochrony, która jest szczególnie skuteczna przeciwko atakom typu man-in-the-middle i phishingowi.

Innowacyjne podejście do bezpieczeństwa to również klucze bezpieczeństwa, czyli niewielkie urządzenia sprzętowe, które użytkownik może podłączyć do komputera lub innego urządzenia w celu uwierzytliwienia. Klucze te są odporne na phishing, ponieważ działają na zasadzie potwierdzenia, że użytkownik jest fizycznie obecny.

Wpływ rozwoju technologii na przyszłość haseł

W przyszłości możemy oczekiwać dalszych innowacji w dziedzinie uwierzytliwania, takich jak uwierzytliwanie oparte na sieciach neuronowych, które będzie analizować wzorce zachowania użytkownika, czy technologie rozpoznawania głosu. Te nowe metody mogą zaofერować jeszcze większe bezpieczeństwo poprzez połączenie kilku różnych technik w ramach jednego procesu uwierzytliwania.

Przyszłość bezpieczeństwa cyfrowego będzie polegać na coraz większym odejściu od tradycyjnych haseł na rzecz bardziej zaawansowanych, wielowymiarowych metod uwierzytliwania. Kluczem do zapewnienia bezpieczeństwa w cyfrowym świecie jest nieustanne inwestowanie w nowe technologie oraz edukacja użytkowników, co pozwoli na skuteczne przeciwdziałanie coraz bardziej wyrafinowanym atakom cybernetycznym.

Co robić, gdy padniemy ofiarą udanego cyberataku?

W przypadku włamania na nasze konto lub wycieku danych, nasza pierwsza reakcja ma kluczowe znaczenie. Zmiana haseł jest niezwykle ważnym pierwszym krokiem w odpowiedzi na naruszenie danych. Nowe hasła powinny być złożone i unikalne dla każdego konta, zawierać co najmniej 12 znaków, w tym duże i małe litery, cyfry oraz symbole. Użycie menedżera haseł jest zalecane do zarządzania wieloma skomplikowanymi hasłami, co eliminuje konieczność ich zapamiętywania. Monitoring kont w portalach społecznościowych to kolejny istotny krok, który należy podjąć. Są one często pierwszym celem ataku przez potencjalnych agresorów, którzy mogą próbować wyłudzić środki od naszych znajomych, stosując metodę na BLIK. Monitoring kredytowy i uważne śledzenie kont bankowych oraz kart kredytowych pozwala na szybką reakcję w przypadku wykrycia nieautoryzowanych transakcji, minimalizując potencjalne szkody finansowe. Zgłoszenie wycieku danych do odpowiednich instytucji, takich jak banki czy organy ochrony danych, jest kluczowe dla skutecznej reakcji i ochrony innych potencjalnych ofiar. W przypadku poważniejszych naruszeń konieczny może być również kontakt z organami ścigania.

Każdy użytkownik Internetu powinien posiadać podstawową wiedzę na temat ochrony swojej tożsamości cyfrowej. Edukacja w zakresie cyberbezpieczeństwa oraz stosowanie się do najlepszych praktyk nie tylko przynosi korzyści, ale jest niezbędna do skutecznej ochrony przed rosnącymi zagrożeniami cyfrowymi.

Paweł POPIELARSKI

O autorze:

*Dr Paweł Popielarski, wykładowca UKW na wydziale fizyki, od 10 lat zajmuje się bezpieczeństwem systemów teleinformatycznych, dla członków BIL prowadził warsztaty z cyberbezpieczeństwa.
(przedruk za zgodą z „Primum” nr 4/24)*

ZANIM NADEJDZIE KOLEJNA PANDEMIA

Badania socjologów oraz specjalistów zdrowia publicznego podkreślają, że pandemia COVID-19 była, a chyba należy zaznaczyć, że nadal jest, wstrząsem psychospołecznym, którego konsekwencje, choć niewidoczne z perspektywy pojedynczego człowieka, trwają nadal. Powstało pytanie, jak długo będą trwać?

Po etapie wielkiej mobilizacji, zarówno społeczeństwa, jak i wszelkich służb odpowiedzialnych za pomoc chorym oraz w ograniczaniu zasięgu pandemii, nastąpiły kolejne okresy charakterystyczne dla sytuacji kryzysowej. Choć należy zaznaczyć, że pierwszy etap – ostrzegawczych sygnałów – został zbagatelizowany nie tylko

w Polsce. Kryzys pandemii koronawirusa faktycznie rozpoczął się od trzeciego etapu: etapu powstrzymywania i ograniczania szkód. Trochę późno. Pandemia, jak każda sytuacja kryzysowa, wywołała szum informacyjny, panikę, a w konsekwencji stan anomii, spowodowany nagłością, nowością i niepewnością sytuacji. Niektórzy badacze podkreślają, że trauma pandemii była silniejsza niż trauma transformacji ekonomicznej w latach 90. Ma to konsekwencje w czwartym etapie rozwoju kryzysu, jakim jest normalizacja po kryzysie. Gdyby dokonać analizy zgodnie z nauką o zarządzaniu, to koniecznym jest odpowiedź na kilka pytań, co pozwoli ustalić poziom

normalizacji, a w konsekwencji sformułowanie wniosków i uczenie się na przyszłość.

Pytanie pierwsze, czy zostały zidentyfikowane instytucje, ludzie, grupy społeczne mające największy wpływ na normalizację warunków społecznych po zakończeniu kryzysu koronawirusa? Pytanie nieco retoryczne, bo oczywiście są to przede wszystkim służby ochrony zdrowia oraz organa właściwych władz odpowiedzialnych za edukację i dalszą ochronę ludzi. Pytanie drugie, czy owe grupy, mające bezpośredni wpływ na poziom normalizacji, wiedzą jakich zadań powinny się podjąć, by minimalizować lub nawet powstrzymać rozprzestrzenianie się pandemii? Biorąc pod uwagę wspomniane grupy, znowu należy powiedzieć, że tak. Ale owe zadania dodawane są do już wcześniej istniejących, a budżety na nie raczej nie zostały zwiększone. Część społeczeństwa szybko zapomniała o owej traumie, więc dziś zachęcanie do noszenia maseczek, szczepień czy po prostu edukowanie w kwestii pandemii znajdują się na marginesie innych, pilniejszych zadań pracowników ochrony zdrowia.

Kolejne pytanie dotyczy identyfikacji potrzeb oraz środków do utrzymania zdrowia publicznego na poziomie sprzed pandemii koronawirusa. Raporty dotyczące liczby szczepień przeciwko COVID-19 pokazują, że w sumie Polsce dostarczono ponad 107 mln dawek, a wykonano ponad 58 mln. Czyli środki bezpośrednio chroniące mieszkańców Polski były, choć nie zostały jak dotąd w pełni wykorzystane. Liczba osób zaszczepionych pierwszą dawką wynosiła ponad 22, drugą – ponad 19, a trzecią ponad 15 mln. Liczby pokazują, że pomimo dysponowania odpowiednią liczbą dawek polskie społeczeństwo stopniowo rezygnuje ze szczepień.

I w ten sposób dochodzimy do kolejnego pytania, które należy zadać w etapie normalizacji po kryzysie. Pytania o współzależności między dysponowanymi środkami, możliwościami technicznymi a gotowością ludzi do ich wykorzystania. Odpowiadając na to ostatnie, należy zaznaczyć, że obok samej pandemii koronawirusa, miały miejsce inne wydarzenia, które wpływały na stopniowe zmniejszanie się gotowości Polaków do szczepień. Na przykład dyskusje w mediach społecznościowych na temat skutków szczepień oraz konsekwencji przejścia choroby COVID.

Znane są przykłady lekarzy i innych osób reprezentujących ochronę zdrowia, które w owych mediach podejmowały się trudu przekonywania do podejmowania działań ochronnych przez obywateli. Jak się okazuje, dobra wola ochrony zdrowia nie wystarcza. Brak jest wystarczających działań realizowanych przez administrację oraz samorządy. Wprowadzenie w wyszukiwarkę tagu „COVID-19” w pierwszej dekadzie nie pokazuje żadnego linku do informacji, jak pacjent może się chro-

nić przed chorobą. Są reklamy leków, a brak jest informacji o tym, czym ta choroba jest.

Dlatego ostatni etap sytuacji kryzysowej polegający na uczeniu się i wyciąganiu wniosków jest chyba jeszcze przed polskim społeczeństwem. Oby tylko nie było za późno, bo badacze już ostrzegają przed możliwą kolejną pandemią. Co więcej, liczba innych szczepień, szczególnie dzieci, drastycznie spada. Dlaczego? Ponieważ rodzice nie mają dostępu do wiarygodnych informacji, posilają się zasłyszanymi, często przypadkowymi wiadomościami. W mediach, szczególnie społecznościowych, jest wiele przekłamań, fakenewsów, a także intencjonalnie wprowadzanych przez niezidentyfikowanych nadawców nieprawdziwych informacji. Co prawda na stronie Ministra Zdrowia znaleźć można program szczepień ochronnych na rok 2024, ale kampanii promującej te szczepienia już nie znajdziemy. Choć należy zaznaczyć, że samorządy lokalne oraz organizacje pozarządowe to czynią.

Pandemia COVID-19 była istotnym kryzysem społecznym i zdrowotnym. Przyczyniła się do wielu nowych rozwiązań, na przykład adaptacji ludzi do narzędzi cyfrowych, choć przecież nie to jest najważniejsze.

Analizując ten okres z punktu widzenia zarządzania kryzysem, należy podkreślić, że przespano sygnały ostrzegawcze. Ale także jest przesypiany okres wyciągania wniosków i uczenia się na przyszłość. Dlatego warto zadać sobie pytania:

1. Czy dokonano systematycznego przeglądu pandemii COVID-19 pod względem zdarzeń, których nie można było uniknąć i tych, których można było uniknąć?
2. Czy znani są odpowiedzialni za jeden z niższych w Europie wskaźników szczepień ochronnych?
3. Czy opracowano zdobytą w trakcie pandemii wiedzę medyczną, społeczną i ekonomiczną, by lepiej przygotować się na podobne trudności w przyszłości?
4. Czy opracowano w oparciu o pozyskaną wiedzę scenariusz działań na poziomie lokalnym, regionalnym i krajowym na wypadek kolejnej pandemii?
5. Czy ochrona zdrowia jest dzisiaj lepiej przygotowana do reagowania na wypadek pandemii?
6. Czy społeczeństwo, a raczej obywatele, potrafią sami wyciągnąć wnioski z tego okresu?

Wiele z tych pytań ma proste odpowiedzi. Jednak społeczeństwo szybko zapomina co było złego, bo przecież „show must go on”. Analiza danych statystycznych pokazuje, że niepokojącym następstwem pandemii COVID-19 jest dalszy spadek szczepień ochronnych w Polsce. W 2010 roku 99% dzieci otrzymało szczepienia pierwotne, w 2023 – 94,3%. Kto więc ma być przygotowany na ewentualny kolejny kryzys?

*Dr hab. Anna ADAMUS-MATUSZYŃSKA
socjolog, specjalista public relations.
Uniwersytet Ekonomiczny w Katowicach
(przedruk za zgodą z „Pro Medico” nr 4/24)*

ZBRODNIA NA NARODZIE

List ten nie będzie się odnosił do sytuacji ani w Ukrainie, ani na Bliskim Wschodzie, bo nie są to moje kompetencje. Chciałabym opisać swój żal na to, jak wygląda i jest realizowany Program Szczepień Ochronnych w Polsce.

Nie będę tu przytaczać dokładnych danych liczbowych, tylko opiszę swoje doświadczenia, wspomagane w pewnym stopniu danymi naukowymi z piśmiennictwa i kongresów. Pierwsze, co mnie najbardziej zasmuca, to fakt, że nie pomagamy sobie nawzajem. Mam na myśli to, że przynajmniej tam, gdzie ja się z tym spotykam, nie informuje się ciężarnych o konieczności szczepień przeciwko grypie i krztuścowi w trzecim trymestrze ciąży. A te szczepienia mają głęboki sens. Dzięki nim zmniejsza się ryzyko potencjalnie śmiertelnej infekcji krztuścowej w wieku niemowlęcym. Małeństwa przechodzą koklusz bardzo różnie, ale te pozbawione odporności przechodzą go źle, dostają bezdechów, wymagają wspomagania wentylacji. Szczepionka na krztuśiec nie jest na całe życie, nie jest w stu procentach skuteczna, a choroba jest bardzo powszechna, szczególnie wśród dzieci ze skupisk. Jeśli w domu przedszkolaka ma się urodzić rodzeństwo, to proszę Was, drodzy Koledzy Ginekolodzy i Rodzinni, informujcie kobiety o szczepieniu przeciw krztuścowi.

Sytuacja z grypą jest podobna, każda ciężarna powinna otrzymać jedną dawkę szczepionki przeciw grypie, szczególnie w sezonie jesienno-zimowym. Niemowlęta również grypę przechodzą ciężko, gdyż są grupą pacjentów o zmniejszonej odporności. Pamiętajmy, lepiej zapobiegać, niż leczyć!

Teraz chciałabym wylać swoje żale na sam Program Szczepień Ochronnych w naszym pięknym kraju między Bugiem a Odrą. Skłoniła mnie do tego rozmowa z matką małego pacjenta, którą odbyłam wczoraj i podczas której użyłam tytułowych słów. Mama, chcąc zadbać o dobro swojego 6-tygodniowego dziecka, postanowiła zgłosić się po receptę na szczepionkę skojarzoną (przy pierwszej wizycie szczepiennej podawane jest w sumie 5 szczepionek, w tym jedna doustna). Próbowałam przekonać mamę, że warto się zastanowić nad inną szczepionką przeciw pneumokokom.

Otóż w naszym kraju, bez merytorycznych przyczyn, podawana jest 10-walentna szczepionka przeciwko pneumokokom. Całe szczęście, że w ogóle jest ona refundowana, ale jeśli już są przeznaczane na coś pieniądze, to powinny być wydatkowane jak najrozsądniej. W poprzednim sezonie jesienno-zimowym mieliśmy do czynienia z większą niż zwykle liczbą zakażeń pneumoko-

kowych, pochodzących ze szczepów szczepionkowych. Ale nie tych w szczepionce 10-walentnej, tylko 13-walentnej, która już refundowana nie jest. [...] Dodatkowo nadmienię, że dla dorosłych istnieje już szczepionka 20-walentna przeciwko pneumokokom (Apexxnar), więc jeśli nasi seniorzy jeszcze jej nie przyjęli, to warto to rozważyć. Ta sama szczepionka ma być od stycznia zarejestrowana dla dzieci. Mam nadzieję, że niebawem to ten preparat będzie podawany 6-tygodniowym maluchom.

Kolejną zbrodnią na naszym narodzie jest groteskowy program strategii onkologicznej, w ramach którego u 12- i 13-latków podawane są szczepionki przeciwko brodawczakowi ludzkiemu. Zainteresowanie tym szczepieniem jest mizerne, a edukacja społeczeństwa niedostateczna. Jesteśmy krajem z dużą liczbą chorych na nowotwory szyjki macicy, odbytnicy, krtani, jamy ustnej i płuc. A choć szczepionki przeciwko HPV są dostępne od około 20 lat, to dopiero teraz zaczynamy ich w miarę powszechnie używać.

Ale jak to się odbywa! Po pierwsze, rodzic sam się musi zainteresować. Nie każdy lekarz POZ ma czas, by informować rodziców dzieci w odpowiadającym wieku o tym szczepieniu. Jeśli rodzic naczyta się w Internecie głupot, a wszyscy wiemy, że jest tam ich dużo, to nie zgłosi się z własnej woli na szczepienie. A to akurat jest dobrowolne. Dlaczego? Dlaczego pozwalamy na taką zbrodnię na Polakach? W wielu krajach jest w PSO, u nas też, ale bez obowiązku. Uważam, że gdyby był obowiązek, to już za 10 lat onkolodzy zauważyliby znaczącą różnicę, o czym świadczą dane z Australii i Szwecji.

Mam taki apel do działaczy samorządu lekarskiego. Wiem, że problemów jest dużo, ale proszę, nie ustawajmy w wysiłkach, by doprowadzić do zmian w Programie Szczepień Ochronnych. Będzie to zarówno z korzyścią dla nas, jak i dla naszych pacjentów.

Na koniec kolejna informacja dla seniorów. Jesteśmy heterogenną grupą zawodową i wielu z Was nie jest na bieżąco ze szczepieniami, więc podpowiem, co jest dostępne. Poza wymienioną wcześniej szczepionką przeciwko pneumokokom wprowadzono niedawno na rynek również szczepionki przeciwko półpaścowi (Shingrix) i RSV (Arexvy), obie wskazane powyżej 65 r.ż. Zapytajcie znajomych, zainteresujcie się, bo może warto się zabezpieczyć? Wychodzi na to, że samemu trzeba o siebie zadbać.

Ewa SZCZEPANIAK
(przedruk za zgodą z „Panaceum” nr 12/23)

WPŁYW ZMIAN KLIMATU NA ZDROWIE. RELACJA LETALNA

Zmiany klimatu wywoływane działalnością człowieka są faktem naukowym. Ich negowanie jest szkodliwą ideologią, która może być brzemienne w skutki. A należą do nich m.in. konsekwencje zdrowotne.

O tym, jak atmosfera utrzymuje ziemskie ciepło, i że aktywność człowieka może mieć wpływ na jego zatrzymywanie, informował już w 1827 r. Joseph Fourier, a później w 1872 r. John Tyndall. Pierwszych obliczeń wpływu emisji dwutlenku węgla na zmiany temperatury Ziemi dokonano w 1896 r. Koncepcja zmian klimatu napędzanych emisją gazów cieplarnianych nie jest więc nowością w nauce. Dziś mamy wiele dokładnych modeli śledzących i prognozujących klimat i choć stosują one odmienne podejście metodologiczne, ich wyniki pokazują nam jednoznaczny trend wzrostowy. Ocieplanie klimatu, które obecnie obserwujemy, jest efektem działalności człowieka i emisji gazów cieplarnianych, przede wszystkim CO₂, którego źródłem są procesy spalania paliw kopalnych. Wskazuje na to ponad 99% prac badawczych opublikowanych po 2012 r. Jeżeli więc ktoś miałby zamiar, opierając się wybiórczo na mniej niż 1 proc. z dziesiątków tysięcy badań naukowych, kształtować swoje opinie, to należy go uznać za całkowicie nieodpowiedzialną osobę. Zwłaszcza w sytuacji, gdy wszelkie dane pomiarowe zbierane w atmosferze, na lądach i w oceanach wskazują jednoznacznie na to, że proces globalnego ocieplenia nasila się, co gwałtownie podnosi prawdopodobieństwo uruchomienia kaskady sprzężeń zwrotnych grożących destabilizacją systemu klimatycznego i wielopłaszczyznowymi tego skutkami.

Nawet WHO zdała sobie (nareszcie!) sprawę z powagi znaczenia zmian klimatu. W 2023 r. powołała w tym celu specjalnego wysłannika, którego celem będzie koordynowanie działań dotyczących komunikowania zagrożeń zdrowotnych powiązanych ze zmianami klimatu, mediowania na rzecz skutecznych rozwiązań na różnym szczeblu decyzyjnym i wydawanie rekomendacji. Niewątpliwie oprócz skutków gospodarczych i społecznych ocieplający się klimat, największe wyzwanie dla ludzkości w XXI w., niesie ze sobą również zagrożenia dla zdrowia publicznego.

Choroby zakaźne w natarciu

Jako pierwsi w środowisku medycznym świadomi tych zagrożeń stali się specjaliści chorób zakaźnych. Nic dziwnego. Od dłuższego czasu rosną obawy o powrót endemicznej malarii, gdyż jej wektory, komary z rodzaju *Anopheles*, pojawiają się coraz częściej na kontynencie europejskim. Z kolei na Florydzie i w Teksasie w ubiegłym roku zidentyfikowano przypadki autochtonicznej transmisji zarodźca malarii, których nie stwierdzano tam

od lat 50. ubiegłego wieku. Inną chorobą zakaźną, która zyskuje na zmianach klimatu i jest przenoszona przez komary z rodzaju *Aedes*, jest denga. WHO ostrzega, że szerząca się dotychczas w Ameryce Łacińskiej i Azji gorączka dengi, powodująca ok. 20 tys. zgonów rocznie, może wkrótce stać się poważnym zagrożeniem dla południowych Stanów Zjednoczonych, części Afryki i południowej Europy.

W porównaniu z pierwszą dekadą XXI w. w latach 2010-2021 podwoiła się częstość występowania boreliozy, gdyż łagodniejsze zimy wiążą się z mniejszą śmiertelnością kleszczy roznoszących krętki. Poza tym obserwujemy ekspansję kleszczy, które znajdowane są obecnie np. na terenach północnej Szwecji, gdzie wcześniej ich nie notowano. W górach pojawiają się w wyższych partiach, coraz częściej na poziomie ok. 1200 m n.p.m. Wcześniej było to maksymalnie 600–700 m n.p.m. W austriackich Alpach zidentyfikowano tereny endemicznego występowania wirusa kleszczowego zapalenia mózgu nawet na wysokości 1500 m n.p.m. Ze zaktualizowanych danych ECDC wynika, że zasięg zwiększa również kleszcz wędrowny (*Hyalomma marginatum*) przenoszący wirusa gorączki krwotocznej krymsko-kongijskiej, której śmiertelność sięga nawet 30%. Wykryto go już w obwodzie zakarpackim, który graniczy z Bieszczadami. To wszystko tylko przykłady ukazujące, że możemy mieć w przyszłości do czynienia z chorobami, które wcześniej u nas nie występowały, a przyczyną tego są zmiany klimatyczne.

Napędzająca się antybiotykooporność

Odrębnym problemem jest narastająca oporność bakterii na antybiotyki, z którą już w 2019 r. powiązano niemal 5 mln zgonów na świecie. Zmiany klimatu mogą to zjawisko dodatkowo napędzać. Po pierwsze w warunkach rosnących temperatur możemy oczekiwać większej częstości infekcji bakteryjnych i zatruc pokarmowych, pociągających za sobą wzrost stosowania antybiotyków. Po drugie w podwyższonych temperaturach łatwiej zachodzi horyzontalny transfer genów, który polega na przeniesieniu informacji genetycznej zapisanej w bakteryjnych plazmidach. Może on zachodzić między bakteriami tego samego lub innych gatunków. Jest to jedna z najważniejszych dróg szerzenia się genów oporności na antybiotyki. Po trzecie ekstremalne zjawiska pogodowe, będące następstwem zmieniającego się klimatu, mogą uszkadzać infrastrukturę kanalizacyjną, uwalniając nieoczyszczone ścieki, a te są istotnym źródłem antybiotyków i opornych na nie bakterii. W rezultacie pula genów oporności w środowisku ulega wzbogaceniu. I po czwarte ocieplający się klimat to narastający problem dostępu do bezpiecznej wody pitnej, zwłaszcza w regionach o niższym

rozwoju gospodarczym. Może on pociągać za sobą zarówno wzrost stosowania antybiotyków, jak i narażać ludzi na spożywanie wody zanieczyszczonej nimi i opornymi na nie bakteriami.

Upały, zawały, głód i migracje

Najnowsze badania przypisują 37% zgonów związanych z upałami zmianom klimatycznym spowodowanym przez człowieka. To następstwo odwodnienia organizmu, jak również zwiększonego ryzyka zdarzeń sercowo-naczyniowych w warunkach wyższych temperatur. W ciągu dwóch dekad liczba zgonów związanych z upałami wśród osób powyżej 65. roku życia wzrosła o 70%. Z roku na rok narasta też problem głodu na świecie. W 2022 r. głodowało o 122 mln ludzi więcej niż w 2019 r., a świat zboczył z objętego kursu wyeliminowania głodu do 2030 r. Według prognoz w 2030 r. z niedożywieniem, które przecież zwiększa zapadalność na różne choroby i śmiertelność, wciąż będzie zmagać się ok. 600 mln osób.

Szacuje się, że 3,6 mld ludzi żyje obecnie na obszarach wysoce podatnych na zmiany klimatu. Pomimo minimalnego wkładu w globalne emisje kraje o niskich dochodach i małe rozwijające się państwa wyspiarskie doświadczają najcięższych skutków zdrowotnych spowodowanych zmianami klimatu. W regionach szczególnie narażonych wskaźnik zgonów spowodowanych ekstremalnymi zjawiskami pogodowymi, jednej z konsekwencji ocieplającego się klimatu, był w ostatniej dekadzie 15 razy wyższy niż w regionach mniej narażonych. Według najgorszych scenariuszy zmiany klimatu

do 2050 r. mogą zmusić ponad 143 mln ludzi do migrowania z powodu niemożności zamieszkiwania obszarów obecnie zasiedlanych. I choć w większości będą to migracje wewnątrzkontynentalne, z dala od Europy, to poza wzrostem konfliktogenności wynikającej z konkurencji o zasoby, a zwłaszcza wodę, taka sytuacja prawdopodobnie pociągnie za sobą wzrost częstości zaburzeń lękowych czy zespołu stresu pourazowego.

Czas, by działać jest teraz, nie jutro

Aby zapobiec katastrofalnym skutkom zdrowotnym i milionom zgonów związanych ze zmianami klimatu, świat musi ograniczyć wzrost temperatury Ziemi do 1,5°C względem okresu sprzed epoki przemysłowej. Dotychczasowe emisje sprawiły, że pewien poziom globalnego wzrostu temperatury i jego konsekwencje stały się nieuniknione. Globalne ocieplenie nawet o 1,5°C nie jest jednak obecnie uważane za bezpieczne. Każda dodatkowa dziesiąta stopnia ocieplenia będzie miała poważny wpływ na życie i zdrowie ludzi.

Czy tę spiralę niekorzystnych zjawisk uda się zatrzymać? Nauka zna istotę i przyczyny zmian klimatu nie od dziś i od dawna proponuje zmiany związane z transformacją energetyczną i systemem produkcji żywności. Problem polega na tym, że decydenci często wykazują się krótkowzroczną ignorancją, społeczeństwo myli pogodę z klimatem, a denializm jest obecnie wygodniejszym rozwiązaniem. Niestety – do czasu.

Piotr RZYMSKI

(przedruk za zgodą z biuletynu Wielkopolskiej Izby Lekarskiej nr 6/24)

SZTUCZNA INTELIGENCJA A PRAWDZIWE ŻYCIE, CZYLI JAK PRAWO PRÓBUJE NADAŹYĆ ZA POSTĘPEM MEDYCYNY Cz. I

Celem tego artykułu jest zasygnalizowanie istotnych problemów prawnych powstających w związku ze sztuczną inteligencją i jej zastosowaniami w medycynie oraz zidentyfikowanie przepisów oraz zasad, które powinny gwarantować bezpieczeństwo pacjentom oraz osobom wykonującym zawody medyczne.

1. Pojęcie sztucznej inteligencji

Pojęcie sztucznej inteligencji (*artificial intelligence*, AI) wkroczyło już do języka powszechnego. Encyklopedia Britannica definiuje je jako „zdolność komputera cyfrowego lub sterowanego komputerowo robota do wykonywania zadań powszechnie kojarzonych z istotami inteligentnymi”. Termin ten jest często stosowany w odniesieniu do projektu rozwoju systemów wyposażonych w procesy intelektualne charakterystyczne dla ludzi, ta-

kie jak zdolność rozumowania, odkrywania znaczenia, uogólniania lub uczenia się na podstawie wcześniejszych doświadczeń. Dużo prostszą definicję proponuje Parlament Europejski na stronach informacyjnych poświęconych tej problematyce. Przedstawiona tam koncepcja charakteryzuje sztuczną inteligencję jako „zdolność maszyn do wykazywania ludzkich umiejętności, takich jak rozumowanie, uczenie się, planowanie i kreatywność”. Sednem konstruktu sztucznej inteligencji jest zatem przypisanie maszynie stworzonej przez człowieka ludzkich umiejętności, ale nie tylko odtwórczych (zautomatyzowanych), lecz również kreatywnych. Można zatem przyjąć, że AI to pewien proces naśladowania rozumu ludzkiego i jego zdolności poznawczych oraz analitycznych.

2. Problem

Kreatywność czy też samodzielność systemów sztucznej inteligencji budzi zarówno pozytywne, jak i negatywne emocje. Zastępowanie człowieka przez maszynę zwykle oceniane jest jako zjawisko pożądane, szczególnie gdy chodzi o proste, powtarzalne czynności, dla których szkoda marnować potencjał intelektualny i możliwości czasowe osoby. Jeśli jednak możemy przypisać automatu funkcję myślenia, wyprowadzania wniosków, planowania, czyli kreowania rzeczywistości, nasuwa się pytanie o bezpieczeństwo takiego przekierowania zadań i granice samodzielności zaprogramowanej przez człowieka maszyny. W szczególności w medycynie, która ogniskuje się wokół życia i zdrowia ludzkiego, a zatem dóbr podstawowych, które warunkują zarówno indywidualne jak i populacyjne przetrwanie.

AI w medycynie jest już stosowna, np. jako narzędzie wspomagające procesy diagnostyczne, monitorowanie stanu zdrowia pacjentów, dobór uczestników badań klinicznych, a nawet tak przyziemne kwestie jak zarządzanie kalendarzem wizyt lekarskich. Działa też jako popularny wśród pacjentów „Dr Google”, czasem wspomagając proces diagnostyki i leczenia, a często mu szkodząc. Na pewno tkwi w niej istotny potencjał wsparcia systemu opieki zdrowotnej, chociaż nie bez wątpliwości co do bezpieczeństwa jej stosowania.

Prawo, jako istotny instrument ochrony praw i wolności jednostki oraz ważna gwarancja zachowania zasad słuszności i sprawiedliwości w społeczeństwie, powinno dawać odpowiedź na różnorodne współczesne wyzwania, w tym również związane z postępem technologicznym w medycynie. W tak pojmowanym działaniu spotyka się zresztą z bioetyką, która ma stać na straży porządku moralnego i wartości przyjętych i powszechnie uznanych w danej społeczności.

Celem zatem tego artykułu jest zasygnalizowanie istotnych problemów prawnych powstających w związku ze sztuczną inteligencją i jej zastosowaniami w medycynie oraz zidentyfikowanie przepisów oraz zasad, które powinny gwarantować bezpieczeństwo pacjentom oraz osobom wykonującym zawody medyczne.

3. Perspektywa prawna

Nowe zagadnienia, zanim zostaną uregulowane w prawie krajowym poszczególnych państw, najczęściej

na początku pozostają przedmiotem zainteresowania prawa międzynarodowego i organizacji międzynarodowych. Tak na przykład było z kwestią eksperymentów medycznych, badań klinicznych czy genomu ludzkiego i klonowania człowieka. Podobnie rzecz ma się z AI i jej zastosowaniem w medycynie.

Na poziomie Rady Europy (organizacji skupiającej 46 państw europejskich) zostało opracowanych kilka rekomendacji i deklaracji odnoszących się do sztucznej inteligencji. Mają one charakter niewiążący prawnie. Należy

je interpretować jako wskazówki i sugestie, a nie normy prawne, choć jednak o wysokim stopniu ważności, zapowiadające kierunek i kształt przyszłych twardych regulacji prawnych. Jedyny, na razie, prawnomiędzynarodowy normatywny dokument w formie traktatu na temat stosowania AI jest w fazie przygotowań. Powstał już jego projekt opracowany przez Komitet ds. sztucznej inteligencji zatytułowany „Konwencja ramowa o sztucznej inteligencji, prawach człowieka, demokracji i zasadzie rządów prawa” (Framework Convention on Artificial Intelligence, Human Rights, Democracy and the Rule of Law) datowany na 6 stycznia 2023 r. Celem tej przyszłej umowy międzynarodowej jest ustanowienie pewnych podstawowych zasad, reguł i praw mających zapewnić pełną zgodność projektowania, rozwoju i zastosowania systemów sztucznej inteligencji z szacunkiem dla praw człowieka, działania demokracji oraz przestrzegania rządów prawa. Innymi słowy, traktat ten, jeśli zostanie przyjęty przez państwa, ma przyczynić się do zapewnienia poszanowania podstawowych wartości i zasad rządzących współpracą państw w ramach Rady Europy w tym nowym obszarze, jakim jest sztuczna inteligencja. **Z punktu widzenia praw pacjenta najistotniejsza jest ochrona jego autonomii (prawo do świadomego i dobrowolnego decydowania we własnych sprawach zdrowotnych), sformułowana w art. 9 projektu umowy w sposób wymagający od państw przyjęcia niezbędnych środków w celu zachowania godności i autonomii człowieka, w szczególności w zakresie zdolności do podejmowania świadomych decyzji, wolnych od jakichkolwiek nieuzasadnionych wpływów, manipulacji lub szkodliwych skutków, które mogą negatywnie wpływać na korzystanie z podstawowych praw i wolności w wyniku niewłaściwego zastosowania AI.** Jednak ta regulacja jest na razie w fazie procedowania.

Pozostają jednak wskazówki sformułowane w kilkunastu aktach prawa miękkiego powstałych w ramach aktywności Komitetu Ministrów oraz Zgromadzenia Parlamentarnego Rady Europy w latach 2017-2023 bezpośrednio odnoszących się do AI lub bardziej ogólnie do digitalizacji i automatycznego przetwarzania danych.

Najistotniejsze z nich to:

- a) Zachęta do promowania „AI literacy” na wzór „Health literacy” czyli świadomości sztucznej inteligencji i świadomości zdrowotnej. **Państwa, publiczne i prywatne instytucje oraz każdy człowiek powinien mieć przynajmniej podstawową wiedzę na temat sztucznej inteligencji i rozumieć czym ona jest.**
- b) Założenie, że **systemy AI muszą zawsze pozostawać pod kontrolą człowieka**, nawet w okolicznościach, w których uczenie maszynowe lub podobne techniki pozwalają tym systemom na podejmowanie decyzji niezależnie od konkretnej interwencji ludzkiej.
- c) Przyjęcie zasady, zgodnie z **którą odpowiedzialność za naruszenia praw jednostki, które pozosta-**

ją w związku z rozwojem lub zastosowaniem systemów AI musi zawsze spoczywać na osobie fizycznej lub prawnej, nawet w sytuacji, gdy środek naruszający prawa człowieka nie był bezpośrednio zlecony przez osobę pełniącą funkcję dowódcy lub operatora.

Ponadto warto zwrócić uwagę na raport przygotowany na zlecenie Rady Europy w grudniu 2021 r. zatytułowany „Wpływ sztucznej inteligencji na relację lekarz-pacjent”. Zidentyfikowano w nim 7 ryzyk:

1. nierówności w dostępie do wysokiej jakości opieki zdrowotnej,
2. problemy związane z transparentnością zarówno dla pracowników ochrony zdrowia jak i pacjentów,
3. ryzyko stronniczości społecznej w systemach sztucznej inteligencji,
4. ryzyko uprzedzeń społecznych w systemach sztucznej inteligencji prowadzących do dyskryminacji,
5. problem nierozróżnialności przez pacjenta faktycznych a nieprawdziwych symptomów dobrego samopoczucia,
6. ryzyko obniżenia kwalifikacji i przeniesienia odpowiedzialności oraz
7. wpływ na prawo do prywatności.

W tej diagnozie najbardziej uderza odczłowieczenie relacji między lekarzem i pacjentem, co może negatywnie wpływać na poziom i skuteczność opieki medycznej, ale przede wszystkim prowadzić do erozji pryncypium współczesnej bioetyki i prawa medycznego, czyli świadomej i dobrowolnej zgody osoby zainteresowanej na każdą interwencję medyczną.

Z kolei Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) w 2021 r. przygotowała raport pt. „Etyka i zarządzanie sztuczną inteligencją dla zdrowia” (Ethics and Governance of Artificial Intelligence for Health). Dokument ten liczy 148 stron. Najważniejsze proponowane w nim zasady, które powinny być stosowane przez państwa oraz podmioty medyczne zostały ujęte w sześciu punktach. **Przede wszystkim należy chronić autonomię osobistą pacjenta. Ponadto trzeba promować dobrostan i bezpieczeństwo ludzi, a także interes publiczny. Ważne jest też zapewnienie przejrzystości, zrozumiałości i przystępności AI dla ludzi, wobec których jest stosowana. Należy mieć również na względzie wspieranie odpowiedzialności i rozliczalności za stosowanie algorytmów. Trzeba zadbać o zapewnienie inkluzywności i równości. Wreszcie, warto też promować AI, ale w ujęciu responsywnym i zrównoważonym.** Jak podkreśla WHO, tych 6 zasad powinno być wdrażanych po to, aby wzmocnić wysiłki zmierzające do wykorzystania pełnego potencjału sztucznej inteligencji w opiece zdrowotnej i zdrowiu publicznym dla dobra i korzyści wszystkich.

Oczywiście zasady te mają bardzo ogólny i pomocniczy charakter. Druga część artykułu ukaże się w numerze 6/2024 MEDIUM

*Agata WNUKIEWICZ-KOZŁOWSKA
dr hab., kierownik Interdyscyplinarnej Pracowni Prawa
Medycznego i Bioetyki oraz Studiów Podyplomowych Prawa
Medycznego i Bioetyki na Wydziale Prawa, Administracji
i Ekonomii Uniwersytetu Wrocławskiego.
(przedruk za zgodą z „Medium” nr 5/24)*

TEN PRZEPIS CZEKA ZMIANA

Karty rabatowe, podarunkowe, programy lojalnościowe, nagrody. Gdzie? W aptekach. Czy na rynek farmaceutyczny powróci marketing? Rozmowy trwają.

A to za sprawą skargi Komisji Europejskiej (KE) złożonej 13 marca 2024 r. przeciwko Polsce w Trybunale Sprawiedliwości Unii Europejskiej na wniosek Konfederacji Lewiatan. Dotyczy ona przepisów ustawy Prawo farmaceutyczne w części stanowiącej o zakazie działalności reklamowej aptek. Zdaniem KE, czytamy na stronie www.pharmanet.org.pl, „polskie prawo narusza dyrektywę o handlu elektronicznym oraz art. 49 i 56 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej w zakresie, w jakim zakazuje wszelkich form komunikacji handlowej, w tym drogą elektroniczną. W związku z tym ostatecznie przyjęte rozwiązanie legislacyjne w zakresie reklamy aptek powinno być zgodne z prawem unijnym i praktykami przyjętymi w poszczególnych państwach wspólnoty, gdzie reklama aptek jest co do zasady dopuszczalna, a jej zakres jest uregulowany”.

Prawo precyzyjnie definiuje aptekę i jej działalność. Jest to placówka ochrony zdrowia publicznego, w której uprawnione osoby wydają leki i wyroby medyczne, sporządzają i wydają leki recepturowe i apteczne, udzielają informacji o lekach i wyrobach medycznych. Nie można reklamować aptek, punktów aptecznych oraz ich działalności.

W przypadku placówek obrotu pozaaptecznego zabroniona jest reklama, która odnosi się do produktów leczniczych lub wyrobów medycznych. Nie stanowi natomiast reklamy informacja o lokalizacji i godzinach pracy apteki lub punktu aptecznego.

Już w 2014 r. usłyszeć można było głosy przekonujące o potrzebie liberalizacji tego zakazu. Naczelna Izba Aptekarska (NIA) podtrzymała wówczas swoje wcześniejsze stanowisko, że byłaby to zachęta do tworzenia programów lojalnościowych generujących nadmierną konsumpcję różnych preparatów ze szkodą dla pacjenta.

Temat po latach powraca. 22 kwietnia 2024 r. Naczelna Rada Aptekarska przyjęła uchwałę, w której już w paragrafie 1 czytamy:

- W przypadku konieczności zmiany art. 94a ustawy – Prawo farmaceutyczne, należy utrzymać zakaz reklamy aptek i punktów aptecznych oraz ich działalności, a także zakaz reklamy placówek obrotu pozaaptecznego i ich działalności, która odnosi się do produktów leczniczych lub wyrobów medycznych.
- Należy precyzyjnie określić informacje, które będą mogły być rozpowszechniane przez podmioty prowadzące apteki, punkty apteczne oraz placówki obrotu pozaaptecznego, ewentualnie należy określić zasady i tryb ustalania treści, formy oraz sposobu rozpowszechniania tych informacji.

Chcielibyśmy, żeby w przyszłości apteki miały wręcz obowiązek informowania o udzielanych świadczeniach i usługach opieki farmaceutycznej, ale w bardzo zdefiniowany, uregulowany sposób, czyli z dokładnym określeniem, jaki to jest rodzaj komunikatu, gdzie go można umieścić, łącznie z dokładnie określoną formą graficzną: treścią, rozmiarem czcionki, kolorem i wymiarami powierzchni takiego komunikatu – mówił dla Rynku Zdrowia dr Mikołaj Konstanty, wiceprezes Naczelnej Rady Aptekarskiej.

Konfederacja Lewiatan i PharmaNET poinformowały: „Mając na uwadze dobro polskich pacjentów oraz służącego im kluczowego sektora polskiej gospodarki, proponujemy zmianę obecnie obowiązujących przepisów na wzór rozwiązań obowiązujących w innych państwach unijnych, gdzie regulacje dotyczące reklamy aptek

kierowanej do publicznej wiadomości zamiast całkowitego zakazu, zawierają jedynie pewne ograniczenia, jak np. brak możliwości kierowania do publicznej wiadomości reklamy dotyczącej leków refundowanych czy oferowanie jakichkolwiek korzyści w zamian za nabycie produktu leczniczego”.

Dr Wojciech Rożdżeński, prawnik i wykładowca specjalizujący się w prawie medycznym i farmaceutycznym, zauważa, że przepis dotyczący zakazu reklamowania aptek jest bardzo ogólny i jednocześnie surowo egzekwowany przez inspekcję farmaceutyczną. Na pewno, czytamy na stronie www.prawo.pl, wymaga nowelizacji w tym zakresie, że informowanie o legalnych usługach jak szczepienie czy opieka farmaceutyczna jest zgodne z prawem. Taka zmiana byłaby z korzyścią dla wszystkich, w tym pacjentów.

Ministerstwo Zdrowia zdecydowało się na prekonsultacje. Sygnalizuje gotowość modyfikacji przepisu zakazującego aptekom reklamy. „Planujemy wprowadzenie zmian w zakresie art. 94a. W tej sprawie odbędzie się spotkanie z Naczelną Izbą Aptekarską oraz organizacjami zrzeszającymi właścicieli aptek. Konkretnie brzmienie przepisu będzie efektem współpracy z przedstawicielami branży aptecznej oraz z NIA” – poinformowało nas (redakcję Rynku Zdrowia – przyp. AP) biuro komunikacji resortu zdrowia.

Wiele wskazuje zatem na to, że jest szansa na złagodzenie przepisów prawa, w szczególności zaś umożliwienie aptekom szerszej komunikacji z pacjentami.

Andrzej PIECHOCKI

(przedruk za zgodą z biuletynu Wielkopolskiej Izby Lekarskiej nr 6/24)

ŚWIĘTY GRAAL MEDYCYNY

Każda grupa zawodowa ma swojego „Świętego Graala” – cenioną „relikwię”, do której podchodzi się z należytym szacunkiem i której pilnuje się szczególnie. Dla prawników to bez wątpienia „Prawo cywilne” Aleksandra Woltera, dla farmaceutów „Farmakopea Polska”, a dla lekarzy „Anatomia człowieka” Adama Bochenka.

Trudno w to uwierzyć, ale od ponad 100 lat dzieło, które stworzył A. Bochenek buduje fundamenty wiedzy medycznej i nadal jest wiodącym podręcznikiem na wszystkich uczelniach medycznych. W czym tkwi fenomen tego podręcznika? A może nie o podręcznik tu chodzi, ale o autora?

Adam Wawrzyniec Bochenek przyszedł na świat w bogatej rodzinie bankierów, w sierpniu 1875 r. jako drugi syn szanowanego w Krakowie prof. Mieczysława Bochenka, późniejszego Dziekana Wydziału Prawa i Administracji i Heleny z Klickich.

Vivat Academia

Nauki przyrodnicze nigdy nie sprawiały mu trudności, dlatego nauka pochłonęła go całkowicie, co skut-

kowało znakomitymi rezultatami w postaci not bardzo dobrych i celujących. Miał też szczęście, że na początku swojej drogi naukowej spotkał dwóch wybitnych anatomów: Kazimierza Kostaneckiego i Ludwika Teichmanna. To właśnie nowoczesne wykłady prof. Kostaneckiego z anatomii porównawczej mózgu spowodowały jego zainteresowanie tą dziedziną. Będąc na trzecim roku studiów został demonstratorem w Zakładzie Anatomii Porównawczej i opublikował swój pierwszy artykuł „O ruchu w świecie zwierzęcym (...)” (Wszechświat, 1897). 6 marca 1898 r. uzyskał stopień doktora wszech nauk lekarskich, a rok później został II asystentem przy Katedrze Anatomii zarządzanej przez prof. Kostaneckiego, z którą to będzie związany do końca swoich dni. Kierownik katedry, prof. Kostanecki, wierzył w potencjał naukowy dr. Bochenka. Zapewne dzięki jego poparciu, młody doktor dostał stypendium Fundacji śp. Kazimierza Klimowskiego. 800 koron rocznie umożliwiło mu studia w Berlinie u prof. Oscara Hertwiga (biologia rozwoju)

i w Strasburgu w Instytucie Gustawa Schwalbego, u którego uczył się metod pomiarów antropometrycznych. Dr Adam Bochenek wrócił do Krakowa z pokaźnym dorobkiem i dużym doświadczeniem. Szybko uzyskał stopień docenta anatomii opisowej ludzkiej (1901 r.) na podstawie pracy habilitacyjnej „O budowie komórki nerwowej ślimaka *Helix pomatia*”. Od tego czasu zaczęła się jego samodzielna działalność jako wykładowcy. W wieku 31 lat został profesorem nadzwyczajnym anatomii topograficznej. Prowadził wykłady z anatomii dróg nerwowych połączone z licznymi pokazami okazów i preparatów, co zyskało mu całe rzesze słuchaczy. Uczył anatomii praktycznej w prosektorium oraz prowadził własną katedrę wraz z pracownią neurologiczną. Wykładał także anatomię na Akademii Sztuk Pięknych w Krakowie. Doskonale rozumiał jak ważne są podręczniki dla studentów. Napisał rozdział o tkance nabłonkowej w „Podręczniku histologii” pod red. prof. Hoyera oraz opracował embriologię i anatomię jamy ustnej w niedokończonym „Podręczniku dentystyki”.

Dzieło przypadku

Dziełem życia prof. Bochenka, które zapewniło mu nieśmiertelność, jest napisana w języku polskim „Anatomia człowieka”. W 1905 r. w reakcji na „krwawą niedzielę” w Petersburgu, w Królestwie Polskim wybuchł strajk szkolny. Na skutek zamknięcia Uniwersytetu Warszawskiego, studenci Wydziału Lekarskiego przenieśli się do Krakowa, gdzie mogli kontynuować naukę, co najważniejsze – w języku polskim. Niestety pomimo wykładów w języku ojczystym, musieli uczyć się z podręczników napisanych w języku niemieckim, co było dużą trudnością dla młodzieży rosyjskojęzycznej. Prof. Bochenek szybko zauważył trudność, z jaką borykali się studenci przy uczeniu się podstawy medycyny – anatomii.

Jako profesor czuł się zobowiązany by „przysporzyć polskiej literaturze naukowej jak najwięcej dzieł poważnych treścią, w formie podręczników z różnych gałęzi nauk lekarskich”. W genialnym umyśle prof. Bochenka zrodziła się koncepcja stworzenia dzieła oryginalnego, opatrzonego rysunkami preparatów anatomicznych, wielką ilością rysunków i opisów mikroskopowych, ujętą w formę przystępną i zrozumiałą dla studentów. Na marginesie: studenci warszawscy w dość specyficzny sposób odwzięczyli się Krakowowi za polski podręcznik. Prawem zwyczajowym przyjętym przez studentów krakowskich było zdawanie egzaminu końcowego we fraku. Dzień przed egzaminem student odziany we frak siedł do wszystkich członków komisji egzaminacyjnej z zaproszeniem na egzamin, a dzień po, bez względu na wynik, z podziękowaniem za egzamin. Zwyczaj ubierania się we frak był uszanowaniem dla egzaminatorów i podniesieniem godności chwili zdobywania tytułu doktorskiego. Studenci z zaboru rosyjskiego w barbarzyński sposób zabili ten piękny zwyczaj twierdząc, że profesorowie są „czynownikami”, których obowiązkiem służbo-

wym jest egzaminować i nie ma potrzeby strojem i formą ich uszanowywać.

Koniec wieńczy dzieło

Cztery lata zajęło prof. Bochenkowi opracowanie I tomu, który ukazał się w 1909 r. nakładem Akademii Umiejętności w Krakowie. Tom na 500 stronach zawierał mnóstwo rysunków wykonanych przez m.in. dr Jana Barączę i Leonarda Stojnowskiego (uznanego już artysty malarza, wykładowcy Akademii Sztuk Pięknych). Jak określił prof. Hoyer, podręcznik był zarazem atlasem, stworzonym nie tylko, aby student się nauczył, ale też zrozumiał anatomię. Tom I zawierał oprócz wstępnych uwag o embriologii i histologii, rozdziały o kościach, więzach i mięśniach człowieka. Bochenek miał w planach jeszcze trzy kolejne. Zgodnie z tradycją podręcznikową tom II miał zajmować się trzewiami, III – układem krwionośnym, a IV ośrodkowym i obwodowym układem nerwowym. O jakości I tomu niech świadczy też opinia prof. Stanisława Maziarskiego, napisana w mowie pośmiertnej ku czci prof. Adama Bochenka opublikowanej w „Nowinach Lekarskich” w 1913 r.: „Dzisiaj znikły w prosektorium podręczniki w obcych pisane językach, na każdym stole widzieć można podręcznik Bochenka, co świadczy najlepiej o potrzebie takiego dzieła i jego wartości dla nauki anatomii”.

Dwa miesiące przed śmiercią profesor zakończył prace nad redakcją II tomu i oddał całość do druku. Kolejne tomy wydane zostały już pośmiertnie, na podstawie jego notatek. Na przestrzeni lat w redagowaniu podręcznika brali udział znakomici lekarze i naukowcy – profesorowie: Stanisław Ciechanowski, Edward Loth (wydania przedwojenne) oraz Michał Reicher, Wiesław Łasiński i Janina Sokołowska-Pituchowa. Wraz z upływem czasu podręcznik został rozszerzony do VII tomów, by ostatecznie przybrać formę pięciotomową. Ostatnie, XIII wydanie ukazało się w 2010 r.

Akademia w żałobie

Spektakularna kariera profesora zakończyła się nagle 25 maja 1913 r. w szpitalu, po 9 godzinach cierpień. Miał tylko 38 lat. Ta tragiczna śmierć odbiła się szerokim echem w środowisku akademików i nie tylko. Plotkowano, że umyślnie wstrzyknął sobie jad trupi, żeby dokładnie opisać jego działanie, że wskutek odsunięcia go od prac badawczych i reorganizacji na uczelni zażył środek do konserwacji preparatów albo na skutek zawodu miłośnego zażył truciznę. Te wersje nie znajdują jednak potwierdzenia. W akcie zgonu zachowanego w parafii św. Mikołaja w Krakowie napisano, że przyczyną śmierci było przyjęcie zbyt dużej dawki „caluolu”. Pomimo poszukiwań nie znalazłam (i nie tylko ja) czym jest ów „caluol”. Znalazłam za to „toluol”, czyli metylobenzen (toksyczny rozpuszczalnik organiczny). W zatruciu ostrym powoduje depresję układu nerwowego, duża dawka powoduje niewydolność komorową oraz migotanie komór, a długotrwałe narażenie na toluol powoduje niewydolność nerek. Może po prostu ktoś coś przekręcił? Może to jednak był nieszczęśliwy wypadek spowodowany wdy-

chaniem oparów toluolu wykorzystywanego do przygotowywania preparatów? Prawdą jest, że profesor zmagał się z depresją, którą był obciążony rodzinie i miał za sobą dwie próby samobójcze. Prof. Adam Wrzosek we wspomnieniu pośmiertnym opublikowanym w Lwowskim Tygodniku Lekarskim z 1913 r. zwraca co prawda uwagę na fakt, iż „wyczerpująca praca powoli, lecz stale podkopywała zdrowie nerwowe prof. Bochenka” i pomimo, że dbał o swoje zdrowie, niekiedy miał poczucie bezradności, że nie jest w stanie sprostać obowiązkom, które przyjął na siebie. Z drugiej strony wszyscy mu współcześni podkreślają, że był człowiekiem bardzo sumiennym i pracowitym oraz oddanym swojemu zawodowi i to, jak bardzo się cieszył z I i II tomu Anatomii. Bez względu na to co było przyczyną śmierci prof. A. Bochenka, studenci bardzo odczuli stratę ulubionego profesora. Pogrzeb zgromadził tłumy, a wzruszającym faktem było, że to właśnie studenci nieśli na swoich barkach jego trumnę na odległy Cmentarz Rakowicki.

Post Scriptum

Prof. Adam Bochenek wyprzedził swoje czasy. Nie wiadomo jak potoczyłaby się ledwo co rozpoczęta kariera naukowa. Jedno jest pewne: jego praca wniosła bardzo

dużo w edukację medyczną. Stworzył dzieło uniwersalne, ponadczasowe. Hołdem środowiska akademickiego dla jego zasług w edukacji jest kontynuacja tego dzieła niezmiennie od lat podkreślająca jego autorstwo i nobilitująca dla tych, którzy go redagowali i redagują. „Anatomia” to ewenement na skalę jemu współczesnych, z dumą napisany w języku ojczystym przy udziale polskich współpracowników, świadczący o wielkości polskiej nauki. W czym tkwi tajemnica i fenomen tego podręcznika? Prof. Bochenek wiedział, że „polskiej młodzieży należy się coś więcej”. Pisanie podręcznika to czyn wielki, ale niewdzięczny. Cytując wspomnianą już mowę prof. Maziarskiego: „(...) pisać podręcznik anatomii trudno jest być oryginalnym, bo trzeba przejrzyć, przerobić, kontrolować to, co inni już w tym przedmiocie zrobili, wkładając ze swojego „ja” często bardzo niewiele... Więc tylko miłość dla młodzieży kazała mu pisać podręcznik. A młodzież tą kochał rzeczywiście i miał dla niej zawsze serdeczną i prawdziwą życzliwość”. Ot i cała tajemnica!

Katarzyna B. FULBISZEWSKA

koordynator Ośrodka Dokumentacji Historycznej ŚIL

(przedruk za zgodą z „Pro Medico” nr 6/24)

PRAWO NA CODZIEN

NOWA PIECZĄTKA DLA LEKARZY

Na mocy Uchwały Nr 6/24/IX Naczelnej Rady Lekarskiej wprowadzone zostają zmiany dotyczące treści pieczętki lekarskiej lub nadruku wykonywanego w ramach systemu komputerowego. Zmiany obowiązywać będą od 1 czerwca 2024 roku. Poprzednia uchwała powstała niemal 20 lat temu.

Przyczyna zmian

Uaktualnienie prawa w tym zakresie podyktowane jest istotnymi zmianami przepisów regulujących zasady wykonywania zawodu lekarza, w tym np. przepisów określających zasady i formę prowadzenia dokumentacji medycznej czy przepisów określające zasady wystawiania recept i zleceń. W uzasadnieniu do uchwały NRL wskazuje, że „medycyna podlega daleko zaawansowanym procesom informatyzacji. Ustawodawca przyjmuje, że dokumentacja w większości powinna być prowadzona w postaci elektronicznej i w odpowiedni sposób podpisywana. Ponadto od czasu wydania poprzedniej uchwały Naczelnej Rady Lekarskiej w sprawie treści pieczętki lekarskiej w Polsce podjęto próbę deregulacji pieczętkowej, w ramach której w szeregu przepisów

obok możliwości złożenia podpisu wraz z pieczętką pojawiła się możliwość zamieszczenia danych z pieczętki w formie nadruku wykonywanego z systemu komputerowego”.

Co się nie zmienia?

Obligatoryjnie w treści pieczętki musi znaleźć się imię lub imiona i nazwisko, tytuł zawodowy „lekarz”, albo „lekarz dentysta” z odpowiednimi skrótami: „lek.” albo „lek. dent.” oraz numer prawa wykonywania zawodu.

Nowe zapisy w treści pieczętki

Poza danymi obligatoryjnymi na pieczętce można podać tytuł i stopień naukowy, specjalizację i umiejętności zawodowe (zgodnie z brzmieniem określonym w dyplomie, zaświadczeniu lub certyfikacie, potwierdzającym ich uzyskanie w oparciu o przepisy ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty). Podany jako informacja nieobowiązkowa numer telefonu powinien mieć oznaczenie prefiksu międzynarodowego. Zgodnie z ustawą „Prawo farmaceutyczne” wymaga się, aby na recepcie obok danych osoby wystawiającej receptę był adres poczty elektronicznej lub numer telefonu

wraz z prefiksem międzynarodowym do bezpośrednio z nią kontaktu. W związku z tym zapisem uchwalono również, że na pieczęcie i wydruku komputerowym można dodać adres poczty elektronicznej

W nowej uchwale doprecyzowano, że podawany na pieczęcie adres ma być adresem zamieszkania lekarza. Uchwała umożliwia również podanie na pieczęcie nazwy

uczelni i kierunku, na którym lekarz lub lekarz dentyista uzyskał dyplom. W przypadku lekarza lub lekarza dentyisty, będącego obywatelem państwa członkowskiego Unii Europejskiej można w treści pieczętki zamieścić oryginalny tytuł określający wykształcenie, uzyskane w innym niż RP państwie członkowskim UE lub jego skrót. (przedruk za zgodą z „Eskulapa Świętokrzyskiego” nr 3–4/24)

KTO JEST, A KTO NIE LEKARZEM PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ

Na przestrzeni ostatnich kilkunastu lat definicja lekarza podstawowej opieki zdrowotnej w systemie powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego ulegała kilkukrotnym zmianom. Poniżej przedstawiamy, jak zmieniał się historycznie status lekarza POZ na tle posiadanych uprawnień.

I. Przed dniem 29 września 2007 r.

Na podstawie przepisów ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2004 r., nr 210, poz. 2135 z późn. zm.), lekarzem POZ był lekarz, który posiadał:

1. specjalizację co najmniej pierwszego stopnia w dziedzinie medycyny ogólnej, chorób wewnętrznych lub pediatrii,
2. tytuł specjalisty w dziedzinie medycyny rodzinnej, chorób wewnętrznych lub pediatrii i udzielał świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, w ramach własnej umowy zawartej z NFZ (wcześniej Kasą Chorych) albo będąc zatrudnionym, lub wykonując zawód u świadczeniodawcy, z którym NFZ zawarł umowę o udzielanie świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej.

II. Okres od 20 września 2007 r. do 1 grudnia 2017 r.

Status lekarza POZ został zmodyfikowany w wyniku wprowadzenia ustawy z 24 sierpnia 2007 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. z 2007 r. nr 166, poz. 1172) w dalszej części artykułu nazywanej ustawą zmieniającą. I tak na podstawie tej ustawy status POZ posiadał:

1. lekarz specjalista medycyny rodzinnej,
2. lekarz w trakcie specjalizacji z medycyny rodzinnej,
3. posiadający specjalizację drugiego stopnia w dziedzinie medycyny ogólnej i udzielał świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, w ramach własnej umowy zawartej z NFZ (wcześniej Kasą Chorych) albo będąc zatrudnionym, lub wykonując zawód u świadczeniodawcy, z którym NFZ zawarł umowę o udzielanie świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej.

Nowelizacja wprowadziła dodatkowo przepis przejściowy, który przyznawał lekarzom podstawowej opieki zdrowotnej, nieposiadającym kwalifikacji wymaganych nowelizowanym brzmieniem przepisu, tzw. prawa nabyte (lekarze, dotychczas, czyli do 29 września 2007 r. udzielający świadczeń w tym zakresie, zachowywali prawo do pracy w POZ). Zgodnie bowiem z przepisem art. 14 ustawy zmieniającej ustawodawca dopuścił zachowywanie po dniu jej wejścia w życie (tj. po dniu 29 września 2007 r.) prawa do udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej przez lekarza posiadającego:

4. specjalizację pierwszego stopnia w dziedzinie medycyny ogólnej,
5. specjalizację pierwszego lub drugiego stopnia, lub tytuł specjalisty w dziedzinie chorób wewnętrznych,
6. specjalizację pierwszego lub drugiego stopnia, lub tytuł specjalisty w dziedzinie pediatrii,
7. inny niż wymieniony w pkt. 4–6 powyżej, udzielający nieprzerwanie przed dniem wejścia w życie niniejszej ustawy, tj. 29 września 2007 r., przez okres nie krótszy niż 10 lat (czyli chodzi o okres 1997–2007), świadczeń zdrowotnych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej (uprawnieni bezterminowo do udzielania świadczeń POZ),
8. nieposiadający 10-letniego okresu doświadczenia zawodowego, o którym mowa w pkt. 7 powyżej, a którzy w dniu wejścia w życie ustawy zmieniającej (tj. w dniu 29 września 2007 r.) udzielali świadczeń zdrowotnych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej na podstawie umowy zawartej z NFZ albo będąc zatrudnionym, lub wykonując zawód u świadczeniodawcy, z którym NFZ zawarł umowę o udzielanie świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej (uprawnienie terminowe). W zakresie jednak tych osób, zachowywali oni prawo do udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej wyłącznie do dnia 31 grudnia 2017 r. – art. 14 ust. 3 ww. ustawy nowelizującej.

Zgodnie z art. 14 ust. 4 ustawy zmieniającej wskazanym kategoriom lekarzy w pkt. 4–8, właściwa okręgowa rada lekarska, na wniosek lekarza, wydawała i wydaje nadal zaświadczenia potwierdzające posiadanie prawa do udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej. Ustawa – co, w mojej ocenie stanowi niedopatrzenie ustawodawcy – nie przewiduje jakiegokolwiek trybu odwoławczego w sytuacji odmowy wydania takiego zaświadczenia przez organ izby lekarskiej.

III. Okres od 1 grudnia 2017 r. do 1 stycznia 2025 r.

W dniu 1 grudnia 2017 r. weszła w życie ustawa z 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej (Dz.U.2022.2527), która na nowo określiła status lekarza POZ:

1. lekarz posiadający tytuł specjalisty w dziedzinie medycyny rodzinnej,
2. lekarz odbywający szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie medycyny rodzinnej,
3. lekarz posiadający specjalizację drugiego stopnia w dziedzinie medycyny ogólnej, z którym NFZ zawarł umowę o udzielanie świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej albo który wykonuje zawód u świadczeniodawcy, z którym NFZ zawarł umowę o udzielanie świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, wybrany przez pacjenta,
4. lekarze na podstawie zasady praw nabytych art. 14 ust. 1 ustawy z 24 sierpnia 2007 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. z 2007 r. nr 166, poz. 1172), którzy posiadali w dniu 29 września 2007 r.:
 - 4.1. specjalizację pierwszego stopnia w dziedzinie medycyny ogólnej,
 - 4.2. specjalizację pierwszego lub drugiego stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie chorób wewnętrznych,
 - 4.3. specjalizację pierwszego lub drugiego stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie pediatrii,
 - 4.4. inny niż wymieniony w pkt 4.1.– 4.3., udzielający nieprzerwanie przed dniem 29 września 2007 r., przez okres nie krótszy niż 10 lat, świadczeń zdrowotnych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej (uprawnieni bezterminowo do udzielania świadczeń POZ).

W przypadku lekarzy opisanych w punktach 1 do 3 status lekarza POZ wynika wprost z ustawy z 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej i nie występuje potrzeba posiadania lub wydawania takim osobom jakichkolwiek zaświadczeń dotyczących statusu lekarza POZ.

W przypadku zaś lekarzy wskazanych w pkt 4 aktualny jest art. 14 ust. 4 ustawy zmieniającej, na podstawie którego dla posiadania statusu lekarza POZ niezbędne jest uzyskanie odpowiedniego zaświadczenia we właściwej izbie lekarskiej. O ile w przypadku lekarzy określonych w pkt 4.1–4.3 występują jasne kryteria, wedle któ-

rych następuje ocena statusu jako lekarzy POZ, o tyle najtrudniejszą grupę stanowią lekarze z pkt 4.4. Zgodnie z treścią ustawy lekarz taki winien wykazać, iż nieprzerwanie przez okres co najmniej 10 lat, tj. między 29 września 2007 r. a 29 września 1997 r. udzielał świadczeń zdrowotnych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej.

W takim wypadku lekarz powinien przedłożyć w odpowiedniej izbie lekarskiej takie dokumenty, jak: zaświadczenie od pracodawcy/zleceniodawcy, umowę o pracę, pisemny zakres obowiązków albo świadectwo pracy albo inne dokumenty, które potwierdzać będą fakt udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej. Zgodnie z ustawą zmieniającą nie będzie stanowić przerwy w udzielaniu świadczeń zdrowotnych przerwa trwająca krócej niż 6 miesięcy.

IV. Okres od 1 stycznia 2025 r.

Z tą datą wejdzie w życie zmiana art. 6 ustawy z 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej. W wyniku tej zmiany status lekarza POZ będzie prezentował się następująco:

- 1) lekarz posiadający tytuł specjalisty w dziedzinie medycyny rodzinnej,
- 2) lekarz odbywający szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie medycyny rodzinnej,
- 3) lekarz posiadający specjalizację drugiego stopnia w dziedzinie medycyny ogólnej,
- 4) lekarz posiadający specjalizację pierwszego lub drugiego stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie pediatrii, pod warunkiem ukończenia kursu w dziedzinie medycyny rodzinnej (może sprawować opiekę nad pacjentem wyłącznie do ukończenia przez tego świadczeniobiorcę 18. roku życia) – z którym NFZ zawarł umowę o udzielanie świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej albo który wykonuje zawód u świadczeniodawcy, z którym NFZ zawarł umowę o udzielanie świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, wybrany przez pacjenta.
- 5) lekarz posiadający specjalizację pierwszego stopnia w dziedzinie medycyny ogólnej oraz
- 6) lekarz posiadający specjalizację pierwszego lub drugiego stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie chorób wewnętrznych – udzielający świadczeń zdrowotnych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej przed dniem 31 grudnia 2024 r., pod warunkiem ukończenia kursu, z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej,
- 7) lekarze na podstawie zasady praw nabytych art. 14 ust. 1 ustawy z 24 sierpnia 2007 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. z 2007 r. nr 166, poz. 1172) którzy posiadali w dniu 29 września 2007 r. uprawnienia – jak w pkt III podpunkt 4 niniejszego artykułu.

*Paweł LENARTOWICZ
Radca Prawny
Łódzkiej Izby Lekarskiej
(przedruk za zgodą z „Panaceum” nr 1-2/24)*

W JAKI SPOSÓB LEKARZ MOŻE POZBYĆ SIĘ NEGATYWNEJ/NIEPRAWDZIWEJ OPINII UMIESZCZONEJ PRZEZ PACJENTA NA PORTALU INTERNETOWYM?

Prawnicy z kancelarii radców prawnych co miesiąc przygotowują odpowiedź na pytania, które lekarze zadają im najczęściej. Eksperti z Lex Secure 24 h Opieka Prawna opisali, co robić, kiedy w internecie pojawią się negatywne komentarze.

Przedmiot opinii:

W jaki sposób lekarz może pozbyć się negatywnej/nieprawdziwej opinii umieszczonej przez pacjenta na portalu internetowym?

Wnioski i rekomendacje:

Jeżeli w Internecie pojawiła się nieprawdziwa i negatywna opinia o lekarzu, wskazane będzie podjęcie następujących działań:

1. Wystąpienie do administratora portalu internetowego z wnioskiem o usunięcie obraźliwego wpisu.
2. Wezwanie osoby, która zamieściła wpis, do zaniechania tego rodzaju działań, usunięcia jego skutków oraz względnie dodatkowo do zapłaty określonej kwoty pieniężnej tytułem zadośćuczynienia.
3. W przypadku braku spełnienia żądania określonego w pkt. 2 – wszczęcie postępowania cywilnego o ochronę dóbr osobistych oraz ewentualne złożenie skargi na policji o popełnieniu przestępstwa ściganego z oskarżenia prywatnego.

Wymienione powyżej kroki prawne zostały szczegółowo opisane poniżej, tj. w stanie prawnym niniejszej opinii prawnej.

Niezależnie od wszystkich powyższych rozważań, opiniujący pragnie zaznaczyć, że w żaden sposób nie jest w stanie przesądzić, czy konkretne zachowanie pacjenta miało charakter wyczerpujący znamiona typu czynu zabronionego zniesławienia, jak również, czy swoim zachowaniem naruszył on dobra osobiste lekarza – wszystko to zależy bowiem od okoliczności faktycznych danego zdarzenia.

W przypadku sporu w tym zakresie każdorazowo organem, który jest w stanie rozstrzygnąć przedmiotową kwestię pozostaje sąd. ... [*]

Podstawy prawne:

1. Art. 14 ust. 1 ustawy z dnia 18 lipca 2002 roku o świadczeniu usług drogą elektroniczną (t.j. Dz. U. 2020.344);
2. Art. 212 § 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 roku – Kodeks karny (t.j. Dz. U. 2024.17);
3. Art. 49 § 1, art. 487, art. 488 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 roku – Kodeks postępowania karnego (t.j. Dz. U. 2024.37 ze zm.);

4. Art. 23, art. 24, art. 488 ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 roku – Kodeks cywilny (t.j. Dz. U. 2023.1610 ze zm.);

5. Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 9 maja 2013 roku, IV KK 403/12.

Stan faktyczny:

Pacjent umieścił na jednym z portali internetowych negatywne i nieprawdziwe opinie na temat lekarza.

Stan prawny:

Należy na początku wskazać, iż zgodnie z art. 14 ust. 1 ustawy o świadczeniu usług drogą elektroniczną, nie ponosi odpowiedzialności za przechowywane dane ten, kto udostępniając zasoby systemu teleinformatycznego, w celu przechowywania danych przez usługobiorcę, nie wie o bezprawnym charakterze danych lub związanej z nimi działalności, a w razie otrzymania urzędowego zawiadomienia lub uzyskania wiarygodnej wiadomości o bezprawnym charakterze danych lub związanej z nimi działalności niezwłocznie uniemożliwi dostęp do tych danych (usunie je z portalu).

Z powyższego przepisu wynika, że tylko w przypadku gdy osoba udostępniająca zasoby systemu teleinformatycznego (np. strony internetowej), nie wie o bezprawnym charakterze danych w nim zamieszczonych nie ponosi za nie odpowiedzialności. W przypadku zatem pojawienia się niezgodnego z prawdą i oczerniającego lekarza wpisu, należy wystąpić z wnioskiem o jego usunięcie.

Idąc dalej należy stwierdzić, że czyn przedstawiony w okolicznościach faktycznych sprawy może wyczerpywać znamiona przestępstwa określonego w art. 212 § 2 Kodeksu karnego (dalej jako k.k.), tj. zniesławienia w typie kwalifikowanym, jakim jest zniesławienie za pomocą środków masowego komunikowania.

Zniesławieniem jest czyn polegający na pomówieniu innej osoby, grupy osób, instytucji, osoby prawnej lub jednostki organizacyjnej niemającej osobowości prawnej o takie postępowanie lub właściwości, które mogą poniżyć ją w opinii publicznej lub narazić na utratę zaufania potrzebnego dla danego stanowiska, zawodu lub rodzaju działalności. Przestępstwo to należy do grupy przestępstw prywatnoskargowych.

Należy wskazać, iż zgodnie z tezą wyroku Sądu Najwyższego z dnia 9 maja 2013 roku, IV KK 403/12: „Przepis art. 212 k.k. nie wymaga dla przestępstwa zniesławienia szczególnego zabarwienia, ostrości czy dobitności wypowiedzi, lecz jedynie, by owa wypowiedź narażała

pomówionego na utratę zaufania niezbędnego dla prowadzonej przez niego działalności”.

Pokrzywdzonemu, na mocy art. 49 § 1 Kodeksu postępowania karnego (dalej jako k.p.k.), przysługują zasadniczo dwie możliwości wszczęcia postępowania w niniejszej sprawie. Pierwszą z nich jest wniesienie prywatnego aktu oskarżenia na podstawie art. 487 k.p.k. Konieczne jest zawarcie w jego treści oznaczenia osoby oskarżonego, co nie powinno stanowić problemu, gdy lekarz zna autora wpisu. Po drugie, działanie pokrzywdzonego w sytuacji opisanej w stanie faktycznym może być oparte o art. 488 k.p.k. W jego świetle, policja na żądanie pokrzywdzonego przyjmuje ustną lub pisemną skargę i w razie potrzeby zabezpiecza dowody, po czym przesyła skargę do właściwego sądu. Na polecenie sądu policja dokonuje określonych przez sąd czynności dowodowych, po czym ich wyniki przekazuje sądowi.

Niezależnie od odpowiedzialności karnej opisanej wyżej wskazać należy, iż lekarzowi przysługuje również ochrona wynikająca z przepisów prawa cywilnego.

Zgodnie z regulacją art. 23 Kodeksu cywilnego (dalej jako k.c.), dobra osobiste człowieka, jak w szczególności zdrowie, wolność, cześć, swoboda sumienia, nazwisko lub pseudonim, wizerunek, tajemnica korespondencji, nietykalność mieszkania, twórczość naukowa, artystyczna, wynalazcza i racjonalizatorska, pozostają pod ochroną prawa cywilnego niezależnie od ochrony przewidzianej w innych przepisach. Niewątpliwie godność i dobre imię, naruszone w przedmiotowej sytuacji, również stanowią podstawowe dobra osobiste, istnieje zatem możliwość równoległego dochodzenia ich ochrony także w procesie cywilnym.

Na mocy art. 24 § 1 k.c., osoba, której dobro osobiste zostało naruszone może żądać, żeby ten, kto dopuścił się naruszenia, dopełnił czynności potrzebnych do usunięcia jego skutków, w szczególności aby złożył oświadczenie odpowiedniej treści i w odpowiedniej formie. Na zasadach przewidzianych w kodeksie może on również żądać zadośćuczynienia pieniężnego lub zapłaty odpowiedniej sumy pieniężnej na wskazany cel społeczny.

Kwestię zadośćuczynienia w przypadku naruszenia dobra osobistego reguluje art. 448 k.c., w oparciu o który sąd może przyznać odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę, a także zasądzić na żądanie osoby pokrzywdzonej odpowiednią sumę pieniężną na wskazany przez nią cel społeczny, niezależnie od innych środków potrzebnych do usunięcia skutków naruszenia. Przed wszczęciem postępowania cywilnego w sprawie, uzasadnionym byłoby uprzednie wezwanie sprawcy naruszenia do zaniechania tego rodzaju działań, usunięcia jego skutków, względnie dodatkowo do zapłaty określonej kwoty pieniężnej tytułem zadośćuczynienia. Brak zastosowania się do przedmiotowego wezwania przez sprawcę naruszenia oznaczać będzie jego brak woli w kwestii polubownego zakończenia sprawy.

Należy podkreślić, że wniesienie aktu oskarżenia w postępowaniu karnym nie wyklucza możliwości dochodzenia swych roszczeń także w postępowaniu cywilnym – ochrona dóbr osobistych ustanowiona przez przepisy Kodeksu cywilnego jest niezależna od ochrony, jaką stuuują przepisy karne.

Podsumowując, jeżeli w internecie pojawiła się nieprawdziwa i negatywna opinia o lekarzu, wskazane będzie podjęcie następujących działań:

1. Wystąpienie do administratora portalu internetowego z wnioskiem o usunięcie obraźliwego wpisu.
2. Wezwanie osoby, która zamieściła wpis, do zaniechania tego rodzaju działań, usunięcia jego skutków oraz względnie dodatkowo do zapłaty określonej kwoty pieniężnej tytułem zadośćuczynienia.
3. W przypadku braku spełnienia żądania określonego w pkt 2 – wszczęcie postępowania cywilnego o ochronę dóbr osobistych oraz ewentualne złożenie skargi na policję o popełnieniu przestępstwa ściganego z oskarżenia prywatnego.

Niezależnie od wszystkich powyższych rozważań, opiniujący pragnie zaznaczyć, że w żaden sposób nie jest w stanie przesądzić, czy zachowanie pacjenta miało charakter wyczerpujący znamiona typu czynu zabronionego zniesławienia, jak również, czy swoim zachowaniem naruszył on dobra osobiste lekarza – wszystko to zależy bowiem od okoliczności faktycznych danego zdarzenia. W przypadku sporu w tym zakresie każdorazowo organem, który jest w stanie rozstrzygnąć przedmiotową kwestię pozostaje sąd. ... [*]

Klauzula prawna:

Przygotowując niniejszą opinię prawną przeanalizowano i polegano wyłącznie na informacjach otrzymanych od klienta. Nie badano ani nie weryfikowano prawdziwości przedstawionego stanu faktycznego. Sporządzający niniejszą opinię prawną zastrzega sobie prawo weryfikacji niniejszego opracowania w przypadku ujawnienia faktów nieznanых mu w momencie jego sporządzenia.

Niniejszą opinię prawną wydaje się do wiadomości klienta, wraz z prawem do publikacji przez klienta. Opinia prawna dotyczy wyłącznie kwestii w niej określonych i nie może być interpretowana jako obejmująca, w tym przez domniemanie, inne, niewspomniane w niej kwestie.

W niniejszej opinii prawnej zaprezentowano niezależną, subiektywną ocenę sporządzającego, dotyczącą prawnych aspektów przedmiotu analizy. W szczególności ocena prawna przedstawiona w opinii prawnej nie daje gwarancji wyniku danej sprawy w przypadku skierowania jej na drogę postępowania sądowego lub administracyjnego.

Lex Secure 24 h Opieka Prawna

[] – skróty pochodzą od Redakcji Opolskiej Biuletynu.
(przedruk za zgodą z „Primum” nr 4/24)*

PRAWA PACJENTA W GABINETACH PRYWATNYCH

Mając na uwadze dość żywy oddźwięk, jaki w dalszym ciągu wywołują sfera obowiązków informacyjnych wobec pacjentów, wymaganych od gabinetów prywatnych (poruszana w poprzednim numerze „Eskulapa Świętokrzyskiego”) oraz zasady realizacji pozostałych praw pacjentów (np. prawo do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej, udzielanych z należytą starannością, udzielanych w warunkach odpowiadających wymaganiom fachowym i sanitarnym, prawo do informacji o swoim stanie zdrowia, wyrażenia zgody na udzielenie określonych świadczeń zdrowotnych lub odmowy takiej zgody, czy prawo do poszanowania godności – przy czym jest to przykładowe wyliczenie) warto, być może, pokusić się o skróto-we przybliżenie niektórych z nich, w oparciu o konkretne przypadki zaistniałe w praktyce.

Przypadek 1: prawa do informacji o proponowanych i możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania

W jednym z przypadków w czasie zabiegu operacyjnego u pacjentki zaistniało obustronne uszkodzenie nerwu krtaniowego wstecznego, jako odgałęzień nerwu błędnego z obustronnym porażeniem fałdów głosowych, skutkujące uszkodzeniem funkcji oddechowej, fonacyjnej i obronnej krtani (stanowiące typowe powikłanie, mieszczące się w granicach ryzyka operacyjnego). Okoliczności powstania powikłania:

1. prawidłowe zakwalifikowanie pacjentki do zabiegu usunięcia tarczycy,
2. podjęcie operacji we właściwym czasie,
3. profesjonalne przygotowanie,
4. wykonanie operacji przez lekarza o odpowiednich kwalifikacjach i doświadczeniu.
- 5.

Pomimo spełnienia tych przesłanek uznano, że doszło do naruszenia prawa pacjentki do informacji o proponowanych i możliwych metodach leczniczych oraz dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania. Dlaczego? Jedną z metod ograniczania ryzyka powikłania w postaci uszkodzenia nerwów krtaniowych jest zastosowanie tzw. neuromonitoringu śródoperacyjnego. Metoda ta nie eliminuje w całości ryzyka uszkodzenia tych nerwów, a jedynie zmniejsza prawdopodobieństwo jego zaistnienia i w 2013 r. była stosowana w około 30% szpitali w Polsce, nie w tym jednak, w którym przeprowadzono przedmiotowy zabieg. Pacjenci tej

placówki nie byli informowani o istnieniu tej metody, ani o możliwości przeprowadzenia operacji usunięcia tarczycy w innych ośrodkach, gdzie neuromonitoring był stosowany. Przy ocenie realizacji obowiązku informacyjnego lekarzy w tym przypadku uznano, że powinien on obejmować nie tylko metody leczenia stosowane w jednostce, w której przebywała pacjentka, ale także te, które są stosowane w innych krajowych ośrodkach medycznych, mogących podjąć się jej leczenia. Brak udzielenia takiej informacji pacjentce naruszył jej prawo do podjęcia decyzji o wyrażeniu zgody na zabieg z pełną świadomością tego, na co się godzi, jak bowiem wskazano, bezprawność interwencji lekarza wyłącza tylko taka zgoda pacjentki, która jest zgodą „objaśnioną” i „poinformowaną”, a więc świadomie akceptującą, rozumiane przez nią ryzyko związane z zabiegiem, i która stanowi wyraz przejęcia na siebie tego ryzyka. Jako że przekazane informacje nie były kompletne, pacjentce przyznano zadośćuczynienie w łącznej kwocie 100.000 zł (1).

Przypadek 2. Prawo pacjenta do informacji o swoim stanie zdrowia i wynikającego z takiej informacji prawa do wyrażenia zgody na udzielenie określonych świadczeń zdrowotnych lub odmowy takiej zgody

W tej sytuacji przyjęto, że doszło do naruszenia prawa pacjentki do informacji o swoim stanie zdrowia i wynikającego z takiej informacji prawa do wyrażenia zgody na udzielenie określonych świadczeń zdrowotnych lub odmowy takiej zgody, gdy na podstawie niedokładnej, i w konsekwencji błędnej diagnostyki, pacjentka wyraziła zgodę na przeprowadzenie zabiegu operacyjnego usunięcia przydatków prawych z kikutem szyjki macicy, który to zabieg chirurgiczny nie był konieczny. Okoliczności, w jakich doszło do tego zdarzenia uzasadniają wniosek, że zawinione przekazanie pacjentce błędnej informacji o stanie jej zdrowia narusza te prawa, przy czym w sposób relewantny, nawet wówczas, gdy przekazujący ją lekarz był subiektywnie przekonany o ich prawidłowości. Prawo do decyzji o wyrażeniu zgody na leczenie jest bowiem realizowane wtedy, gdy taka zgoda jest wyrażona na podstawie informacji wynikającej w właściwej diagnozy. Kwota zadośćuczynienia przyznanego z tego tytułu wyniosła 50.000 zł (2).

Przypadek 3 i 4. Prawo do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej i udzielanych z należytą starannością

Jako naruszenie prawa do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycz-

nej i udzielanych z należytą starannością przyjęto bagatelizowanie podawanych przez pacjentkę symptomów choroby w postaci wzdęć i nieregularnych wypróżnień oraz zaniechanie adekwatnych działań diagnostycznych i terapeutycznych pomimo, że okoliczności uzasadniały ich podjęcie. W miejsce tego, przy nasileniu się objawów i pojawieniu kolejnych, kontynuowano leczenie objawowe, a podopieczna została skierowana do lekarza psychiatry, do którego się udała, zgodnie z otrzymanym zaleceniem. Jak się później okazało wymienione objawy stanowiły efekt zmian nowotworowych, na skutek których (pomimo podjęcia właściwego leczenia na dalszym etapie rozwoju choroby) pacjentka zmarła. Skierowanie to jasny sygnał, że w ocenie lekarza zgłaszane przez nią dolegliwości natury somatycznej mają swoje źródło w nieprawidłowym stanie psychiki i stanowią urojenia lub co najmniej są wyolbrzymiane. W konsekwencji tego zdarzenia za naruszenie prawa, w tym prawa do poszanowania godności pacjentki, jej następczyni prawnej przyznano zadośćuczynienie w wysokości 50.000 zł (3).

Za inny przypadek naruszenia prawa pacjenta do świadczeń zdrowotnych udzielanych z należytą jej w tych okolicznościach na konsultację psychiatryczną, poza naruszeniem praw związanych z wymaganym poziomem udzielanych świadczeń zdrowotnych, uznano również za lekceważące i nonszalanckie potraktowanie osoby poszukującej kompetentnej pomocy medycznej, dla której był starannością uznano sytuację, gdy opis badania spiralnego tomografii komputerowej z kontrastem, wykonany w związku z urazem głowy małoletniego pacjenta, koncentrował się na aspekcie urazowym, nie odnosząc się do guza, również uwidocznionego na uzyskanym obrazie, a stanowiącego patologię nie związaną z podstawą skierowania na badanie. W tej sprawie przyjęto, że okoliczność, iż diagnostyka była prowadzona pod kątem urazu głowy nie zwalniała przeprowadzającego ją podmiotu z ujęcia w opisie badania wszelkich zmian, widocznych już wówczas, brak czego potraktowano jako niedobór należytej staranności. Łączna kwota zadośćuczynienia przyznanego w tej sprawie za doznane krzywdę i cierpienia oraz naruszenie praw pacjenta wyniosła 455.000 zł (4). Konkluzja: pacjent ma prawo do informowania go o jego prawach.

Przy rozpatrywaniu każdej z omówionych wyżej spraw jasno wskazano, że wystąpienie jakiejkolwiek szkody nie stanowi warunku skutecznego ubiegania się przez pacjentów o finansową rekompensatę. Wystarcza do tego sam fakt naruszenia ich praw. Przyjmuje się, że ewentualne braki w zakresie właściwego standardu opieki medycznej mogą wywoływać u pacjentów ujemne dozna-

nia psychiczne, przybierające postać np. dyskomfortu czy utraty zaufania do leczących, co uznaje się za wystarczającą podstawę przyznania zadośćuczynienia (5). Jeżeli prawo pacjentów do poinformowania ich o usługujących im prawach również zaliczymy do tych praw, a tak wynika z poprzedniej publikacji, to znaczy, że już sam brak udzielenia osobie zgłaszającej się do lekarza informacji o nich stwarza ryzyko negatywnych następstw. Warto więc zwrócić uwagę na realizację tego prawa na odpowiednim poziomie. O ile bowiem nie było przeszkód materialno-technicznych lub związanych ze stanem psychofizycznym podopiecznego, a pacjent oświadcza, że nie był informowany, czy o tych prawach, czy to innych, wymaganych okolicznościach, względnie twierdzi, że wyraził zgodę na leczenie na podstawie niepełnej informacji, to po upływie pewnego czasu od zakończenia leczenia trudno jest wykazać, że jego zarzuty nie mają oparcia w okolicznościach sprawy i są składane jedynie w celu wymuszenia zadośćuczynienia. Jako podstawę prawną odpowiedzialności w tego typu sprawach najczęściej przyjmuje się art. 4 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t.j.: Dz. U. z 2016 r. poz. 186, z późn. zm.). Zgodnie z zawartą tam regulacją w razie zawinionego naruszenia praw pacjenta sąd może przyznać poszkodowanemu odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę. Mając na uwadze wysokie zaangażowanie środowiska lekarskiego w codzienne niesienie pomocy potrzebującym oraz zapewnienie właściwego poziomu udzielanych świadczeń należy wyrazić przekonanie, że ewentualne stosowanie tego przepisu w praktyce może mieć charakter wyjątkowy i jedynie w znikomej części przypadków, przy przytłaczającej większości świadczeń udzielanych na wysokim poziomie merytorycznym i etycznym.

- [1] Wyrok Sądu Apelacyjnego w Poznaniu z 8 marca 2018 r., I ACa 917/17, <https://orzeczenia.poznan.sa.gov.pl>,
- [2] Wyrok Sądu Najwyższego z 10.01.2019 r. II CSK 293/18, <https://www.sn.pl/sites/orzecznictwo/orzeczenia3>
- [3] Wyrok Sądu Apelacyjnego w Białymstoku z 15.04.2015 r., sprawa I ACa 816/14, [https://orzeczenia.bialystok.sa.gov.pl/content/\\$N](https://orzeczenia.bialystok.sa.gov.pl/content/$N)
- [4] Wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z 16.05.2019 r. I ACa 253/18, <https://orzeczenia.waw.sa.gov.pl/>
- [5] Wyrok Sądu Najwyższego z 27.04.2012 r., V CSK 142/11, <https://www.sn.pl/sites/orzecznictw>

Mariusz ŁABA
Radca Prawny ŚIL
(przedruk za zgodą z „Eskulapa Świętokrzyskiego” nr 3–4/24)

PONOWNIE O LEKACH I BEZPIECZEŃSTWIE RUCHU DROGOWEGO

Ostatnio wiele pisze się w mediach o konieczności wprowadzenia obowiązkowych badań lekarskich u kierowców w wieku starszym. Jest to kolejna sprawa, którą wyeksponowano do narodowej dyskusji, bo akurat 70-latek wjechał pod prąd na drodze szybkiego ruchu. Wielu sugeruje, aby testy psychologiczne obowiązkowo przeprowadzać nie u starszych kierowców, ale u młodych, bo to oni stanowią największe zagrożenie, głównie z powodu nadmiernych skłonności do popisywania się wymagowanymi umiejętnościami, często dodatkowo rozbudzonymi użyciem tzw. dopalaczy. Są jeszcze tacy, którzy ogromny problem dostrzegają w tym, że zaledwie 10% samochodów nie otrzymuje dopuszczenia do ruchu podczas obowiązkowych przeglądów technicznych, a ile jest jeżdżącego złomu na drogach, każdy widzi. O alkoholu i środkach psychotropowych wszyscy wiedzą, ale z tym akurat już jakoś sobie stróżowie prawa radzą, mając coraz częściej do dyspozycji zaawansowane sposoby natychmiastowego wykrywania ich obecności.

Czas, aby zdać sobie sprawę, w jakim miejscu pośród tych wszystkich zagrożeń znajdują się niepożądane działania leków, nie wspominając już o zagrożeniach objawami samej choroby, z którymi świadomie lub nie każdy z nas może się spotkać w każdej chwili. Problematyka bezpieczeństwa ruchu drogowego jest złożona i wielotorowa, a bezpieczeństwo nas wszystkich zależy od bardzo wielu czynników jednocześnie.

O ile większość z nas ryzyko działań niepożądanych bez trudu uświadamia sobie w przypadku leków wpływających na funkcje ośrodkowego układu nerwowego (OUN), to niestety dużo gorzej jest z tą świadomością w przypadku stosowania leków takich, jak chociażby antybiotyki, leki stosowane w leczeniu cukrzycy czy w nadciśnieniu tętniczym. Dostępne statystyki bezlitośnie obnażają, że spośród leków zaburzających sprawność psychofizyczną aż 30% stanowią leki, które nie wykazują działania na OUN, a mimo to znacząco podnoszą ryzyko nieprawidłowych zachowań w ruchu drogowym.

Spowodowanie wypadku pod wpływem alkoholu lub podobnie działających środków podlega odpowiedzialności karnej. Warto wiedzieć, że w ten sposób odpowiedzialność karna może dotyczyć również osób, które zagrażają bezpieczeństwu ruchu będąc pod wpływem leków upośledzających sprawność psychofizyczną. Nie powinno nikogo dziwić, że jest tak nawet wówczas, gdy nie je-

steśmy świadomi, że lek, który aktualnie zażywamy, może obniżyć naszą psychofizyczną kondycję.

Najważniejsze działania niepożądane mające wpływ na bezpieczeństwo ruchu drogowego zebrano w tabeli 1.

Tabela 1. Niepożądane działania leków, których wystąpienie może być przyczyną niebezpiecznych zdarzeń w ruchu drogowym

- Niewyraźne widzenie
- Zawroty głowy
- Bóle głowy
- Uczucie zmęczenia
- Podwójne widzenie
- Szum w uszach oraz utrata słuchu
- Spadki ciśnienia tętniczego
- Spadki stężenia glukozy
- Zaburzenia rytmu serca – groźne zarówno, gdy są indukowane niepożądanymi działaniami leków, jak i wtedy, gdy nie są jeszcze zdiagnozowane i występują napadowo

W kolejnych tabelach zebrano leki, które powodują działania niepożądane wpływające na bezpieczeństwo ruchu drogowego, mimo że w zakresie działania terapeutycznego nie wpływają na struktury ośrodkowego układu nerwowego.

Tabela 2. Leki, które mogą powodować niepożądane spadki ciśnienia tętniczego

- Nitraty
- Molsidomina
- Leki beta-adrenolityczne
- Doksazosyna
- Alfa-metyldopa
- Kaptopril
- Nicergolina
- Winpocetyna
- Inhibitory fosfodiesterazy 5-sildenafil, a w mniejszym stopniu tadalafil, wardenafil, awanafil

Tabela 3. Leki powodujące obniżenie stężenia glukozy w krwi i indukujące niebezpieczną dla zachowań w ruchu drogowym neurohipoglikemię

- Leki kardiologiczne – amiodaron, leki beta adrenolityczne, klonidyna, felodypina, telmisartan
- Leki stosowane w zakażeniach bakteryjnych – ceftriakson, ciprofloksacyna, kotrimoksazol, doksycyklina, piperacylina z tazobaktamem

- Hydroksychlorochina
- Leki przeciwgrzybicze – flukonazol, worikonazol
- Pochodne sulfonilomocznika
- Insulina
- Hormony tarczycy

Do nagłych spadków stężenia glukozy w konsekwencji przyjmowania leków może dochodzić także u osób, które nie mają rozpoznanej cukrzycy.

Odrębnym problemem są zawroty głowy. Bywają one przyczyną np. nagłej zmiany pasa ruchu lub zjechania na przeciwny pas ruchu. Nierzadko zawroty głowy są wywoływane przez leki, które także nie działają bezpośrednio na ośrodkowy układ nerwowy.

Środowisko medyczne od bardzo dawna alarmuje, że skutkiem niepożądanego działania leków jest realne zagrożenie bezpieczeństwa ruchu drogowego. Autorzy niniejszego artykułu osobiście uczestniczą w różnych informacyjnych akcjach od co najmniej kilkudziesięciu lat. Niestety z bardzo miernymi skutkami. Wprowadzenie regulacji prawnych nie znajdowało i nie znajduje zrozumienia u decydentów. Sprawy wymagają stanowczych działań, a te nie zawsze mieszczą się w kanonach społecznego aplauzu. Na dodatek surowymi restrykcjami łatwo można „wylać dziecko z kąpielą”.

Co zatem pozostaje? Informować, ostrzegać i uprzedzać. W tym miejscu wielkie podziękowania dla Redakcji „Galicyskiej Gazety Lekarskiej” za zrozumienie, przychylność i wytrwałość w rozpowszechnianiu tego rodzaju przekazów wśród pracowników ochrony zdrowia. Także wyrazy uznania dla małopolskiej policji drogowej za wieloletnie i bezprecedensowe wsparcie. Za sprawą osobistego zaangażowania m.in. pana inspektora dr. Krzysztofa Dymury, byłego zastępcy naczelnika Wydziału Ruchu Drogowego w Krakowie, wspólnie z Katedrą Farmakologii Wydziału Lekarskiego UJ Collegium Medicum udało się zorganizować kilka informacyjnych akcji, w tym także podczas rutynowych policyjnych kontroli drogowych, połączonych z kolportażem edukacyjnych broszur

o niebezpieczeństwach, jakie pociąga za sobą dla uczestników ruchu drogowego niefrasobliwe zażywanie leków. W wielu przypadkach lepiej jest zrezygnować z kierowania samochodem, niż narażać się na poważne konsekwencje. Zapewne jest to oczywisty truizm, ale nic mądrzejszego nie wymyślono.

Tabela 4. Leki, które mogą być przyczyną indukowania zawrotów głowy

GRUPA LEKÓW	LEKI
Leki przeciwbólowe	Ibuprofen, Celekoksyb, Diklofenak, Naproksen, Aspiryna, Paracetamol
Fluorochinolony	Ciprofloksacyna, Lewofloksacyna, Moksifloksacyna
Makrolidy i azalidy	Klarytromycyna, Azytromycyna
Inhibitory konwertazy angiotensyny	Enalapryl, Zofenopryl
Antagoniści receptora AT1 – sartany	Losartam, Walsartan, Irbesartan
Leki stosowane w leczeniu biegunki	Loperamid
Leki mukoregulujące	Karbocysteina
Statyny	Simwastatyna, Atorwastatyna
Antagoniści wapnia	Amlodypina, Lacydypina
Azolowe leki przeciwgrzybicze	Flukonazol, Itrakonazol

*Dr hab. Jarosław WOROŃ, prof. dr hab. Ryszard KORBUT
Zakład Farmakologii Klinicznej Katedry Farmakologii
Wydziału Lekarskiego UJ CM, Uniwersytecki Ośrodek
Monitorowania i Badania Niepożądanych Działań Leków
Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie
(przedruk za zgodą z „Galicyskiej Gazety lekarskiej” nr 2/24)*

ODESZLI OD NAS

Z ogromnym żalem zawiadamiamy,
że w dniu 18 maja 2024 r. zmarł w wieku 92 lat
Dr n.med. Zygmunt WIĘCEK
wieloletni Dyrektor Ośrodka Terapii Nerwic w Mosznej

Podmiot leczniczy N ZOZ RANIDENT zaprasza do pracy lekarza stomatologa (stomatologia zachowawcza, endodoncja, protetyka). Praca realizowana w ramach kontraktu z NFZ oraz prac komercyjnych.

Posiadamy dużą liczbę pacjentów oraz możliwość dopasowania godzin pracy. **Gabinet stomatologiczny znajduje się w Prószkowie ul. Daszyńskiego 2.**

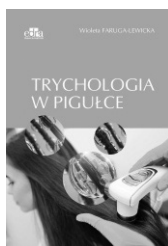
Oferujemy:

- indywidualnie uzgadniane warunki współpracy,
- klarowny system wynagrodzenia zależny od przychodu lekarza.

Zapraszamy do współpracy lekarzy stomatologów z doświadczeniem w leczeniu pacjentów. Zainteresowanych ofertą lekarzy stomatologów prosimy o kontakt: N ZOZ RANIDENT ul. Kolejowa 23, 46-073 Chrościna Opolska: nzozezanident@gmail.com, reniabn@poczta.onet.pl, tel. 608-464-701.

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

NOWOŚCI WYDAWNICZE



TRYCHOLOGIA W PIGUŁCE

W. Faruga-Lewicka

rok wydania 2024

ISBN 9788368090062, format 165 x 235,
oprawa miękka, str. 70, cena 45,90 zł

Oceniając skórę głowy z użyciem kamery trychologicznej nie jesteśmy w stanie określić przyczyny danego schorzenia, dlatego w diagnostyce trychologicznej ważne jest kompleksowe, holistyczne

podejście. Wywiad z pacjentem, analiza jego diety, trybu życia, ilości stresu, codziennej pielęgnacji oraz wyników badań laboratoryjnych pozwalają odnaleźć źródło problemu. Nie jest to łatwe, ale konieczne, aby osiągnąć sukces terapeutyczny. To wszystko zostało opisane w tej książce w prosty i przystępny sposób, dzięki czemu Trychologia w pigułce będzie nieocenionym narzędziem w codziennej praktyce każdego trychologa, zapewniając mu solidne podstawy do podejmowania trafnych decyzji diagnostycznych i terapeutycznych



TERAPIA DIALEKTYCZNO-BEHAWIORALNA. DBT PODRĘCZNIK UMIEJĘTNOŚCI DLA NASTOLATKÓW

rok wydania 2024

ISBN 9788368090154, format 210 x 275,
oprawa miękka, str. 264, cena 59,00 zł

Emocjonalne życie nastolatka bywa bardzo trudne. Na szczęście, ten poradnik odsłania ścieżkę prowadzącą do poprawy samopoczucia oraz odkrycia pełnego potencjału w podróży ku dorosłości. Opisane w nim umiejętności terapii dialektyczno-behawioralnej (DBT) to niezwykle praktyczne narzędzia, które pomagają radzić sobie ze stresem, utrzymywać równowagę emocjonalną i pewność siebie oraz budować trwałe i zdrowe relacje. Poradnik został napisany w formule gamifikacyjnej – jest pełen zabawnych aktywności i angażujących ćwiczeń, zbędny tekst jest zastąpiony komiksem, ilustracja-

mi i klarownymi wyjaśnieniami tych prawdziwie magicznych umiejętności.

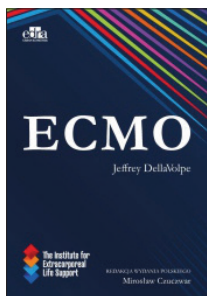
dr Anna Englert-Bator

Polskie Towarzystwo Terapii

Dialektyczno-Behawioralnej Instytut Psychologii UR

W PORADNIKU OPISANO UMIEJĘTNOŚCI:

- radzenia sobie ze stresującymi momentami, takimi jak egzaminy
- skutecznego równoważenia silnych uczuć i emocji
- efektywnego poruszania się w relacjach międzyludzkich
- pokonywania niepowodzeń
- rozwijania uważności, aby pozostać skupionym na chwili obecnej
- stawania się odpornym i pewnym siebie
- radzenia sobie ze złością
- akceptacji siebie i swojej obecnej sytuacji



ECMO

J. DellaVolpe

red. M. Czuczwar

rok wydania 2024

ISBN 9788367447959, format 165 x 235,
oprawa miękka, str. 255, cena: 98,99 zł

Pozaustrojowe natlenowanie krwi, zwane również ECMO, jest kluczową formą wsparcia czynności życiowych u pacjentów z niewydolnością oddechową, ciężką postacią ARDS, COVID-19 i wstrząsem kardiogenym, której popularność bardzo szybko wzrasta na całym świecie.

Terapia ECMO może zarówno ratować życie, jak i zmieniać sposób sprawowania opieki nad pacjentem, lecz jej efektywne zastosowanie wymaga przestrzegania szczegółowych wytycznych.

Mechanizm działania ECMO jest zwodniczo prosty – aparat wypompowuje krew z organizmu człowieka, wprowadza do niej tlen, po czym zwraca ją do krwioobiegu. Skąd zatem biorą się trudności? Dlaczego w wielu placówkach wyposażonych w ECMO nie stosuje się tego rodzaju wspomagania w odpowiedni sposób? I dlaczego tak wielu przedstawicieli personelu medycznego, zajmującego się pacjentami na od-

ziałach ECMO nie zawsze potrafi właściwie zareagować na pojawiające się problemy? Książka powstała po to, aby udzielić odpowiedzi na te pytania. Zawiera przystępnie sformułowane praktyczne wskazówki, dotyczące codziennego korzystania z ECMO przy łóżku pacjenta. Dr Jeffrey DellaVolpe przedstawia zasady rządzące stosowaniem ECMO, ilustrując je praktycznymi uwagami, które opracował na podstawie swoich wieloletnich doświadczeń. Ich bardzo przystępna prezentacja ułatwia zrozumienie wszystkich szczegółów tej złożonej terapii.

W publikacji:

- omówienie terapii ECMO u krytycznie chorych pacjentów (kwalifikacja, wskazania, przeciwwskazania), od podstawowych informacji naukowych do zaawansowanych koncepcji i zależności;
- prezentacja podstawowych cech fizjologii organizmu człowieka w kontekście ECMO, ich rola w leczeniu pacjentów z ciężką niewydolnością krążeniową i oddechową;
- kluczowe zagadnienia, takie jak miareczkowanie przepływu krwi, miareczkowanie gazu omiatającego, wykorzystanie respiratora u pacjenta poddanego terapii ECMO, a także profilaktyka przeciwzakrzepowa i leczenie krwawień.



TECHNIKI PRACY W RATOWNICTWIE MEDYCZNYM

F. Flake

red. R. Gałązkowski

rok wydania 2024

ISBN 9788368090222, format 210 x 270,
oprawa miękka, str. 356, cena: 126,65 zł

Techniki medycznych czynności ratunkowych z ponad 750 zdjęciami, ilustrującymi krok po kroku sposób ich prowadzenia

- Cały zakres procedur wykonywanych przez ratowników medycznych: od pomiaru stężenia glukozy we krwi po zapis EKG, intubację i opatrzenie rany.
- Przejrzyste opisy, precyzyjne instrukcje, porady, wskazówki
- Częste pułapki, typowe przeszkody

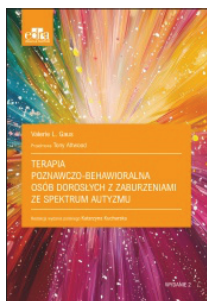
- Bezpieczne użytkowanie sprzętu

Medyczne czynności ratunkowe wykonywane w warunkach przedszpitalnych, często obarczone deficytem czasu, stresem, nieprzewidywalnością przypadku, stanowią ogromne wyzwanie w codziennej praktyce personelu medycznego.

Wiedza merytoryczna stanowi podstawę właściwego działania, ale to od umiejętności praktycznych zależy skuteczność wykonywanych procedur medycznych.

Niniejszy podręcznik stanowi unikatowy zbiór opisu technik postępowania w dedykowanych procedurach medycznych, ukierunkowanych na różne stany zagrożenia zdrowia i życia.

Forma wykonywania tych technik jest opisana w przystępny, szczegółowy i wystandaryzowany sposób. Stanowi zatem przydatne kompendium do praktycznej nauki ich wykonywania.



TERAPIA POZNAWCZO-BEHAWIORALNA OSÓB DOROSŁYCH Z ZABURZENIAMI ZE SPEKTRUM AUTYZMU

V. Gaus

red. K. Kucharska

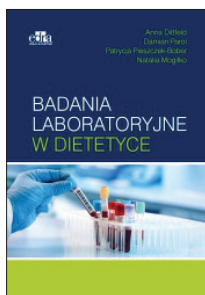
rok wydania 2024

ISBN 9788368090208, format 165 x 235,
oprawa miękka, str. 384, cena 101,15 zł

Tego właśnie brakowało na polskim rynku! Wśród rosnącej liczby neuroróżnorodnych klientów konieczne jest

dostosowywanie swojej pracy do aktualnych wyzwań. Autorka prowadzi czytelnika za rękę, krok po kroku, od pierwszego kontaktu z pacjentem, przez konceptualizację, aż po opisy i dostosowania terapii poznawczo-behawioralnej oraz jej technik do pracy z konkretnym, autystycznym pacjentem. Pomaga odnaleźć przyczyny problemów w terapii i wypracować skuteczne rozwiązania. To pozycja obowiązkowa w skrzynce narzędziowej każdego terapeuty.

Marta Cieśla
psycholożka, psychoterapeutka poznawczo-behawioralna,
1/2 Akademii Różnorodności



BADANIA LABORATORYJNE W DIETETYCE

D. Parol, A. Dittfeld, Patrycja Pieszczyk-Bober, Natalia Mogiła

rok wydania 2024

ISBN 9788368090215, format 165 x 236,
oprawa miękka, str. 224, cena 75,65 zł

Właściwa interpretacja wyników badań laboratoryjnych krwi jest kluczowa dla skutecznego planowania i monitorowania diety. Niniejsza książka to nieocenione źródło wiedzy dla dietetyków, którzy pragną pogłębić swoje umiejętności kliniczne.

W publikacji:

- szczegółowe objaśnienie podstaw – omówienie zagadnień związanych z analizą wyników badań krwi oraz przygotowaniem pacjenta do badań,

- aktualne zalecenia – najnowsze wytyczne i standardy dotyczące interpretacji wyników badań laboratoryjnych krwi, dostosowane do współczesnych realiów dietetycznych,
- przeanalizowane aspekty prawne – omówienie istotnych kwestii prawnych związanych z przeprowadzaniem i wykorzystaniem badań krwi przez dietetyków,
- bezpośrednie powiązania z dietetyką – szczegółowa analiza tego, jak wyniki badań krwi mogą wpływać na planowanie indywidualnych programów dietetycznych, podkreślając znaczenie personalizacji w żywieniu.

Badania laboratoryjne w dietetyce to kompleksowe narzędzie, które pozwoli dietetykom świadomie i skutecznie korzystać z wyników badań krwi, podnosząc jakość świadczonych usług dietetycznych.

OPOLSKA IZBA LEKARSKA

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

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

Rejestr Lekarzy: opole.rejestr@hipokrates.org

Praktyki Prywatne: opole.praktyki@hipokrates.org

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

Składki: opole.skladki@hipokrates.org

Administracja Biura Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej:

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

Administracja Biura Okręgowego Sądu Lekarskiego:

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

BIULETYN INFORMACYJNY OPOLSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

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

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

ŁAMANIE i DRUK: Wydawnictwo i Drukarnia Świętego Krzyża w Opolu, ul. Katedralna 8A

NAKŁAD: 2800 egz. ISSN 1426–661X