



OPOLSKA
IZBA
LEKARSKA

Rok Założenia 1990

BIULETYN INFORMACYJNY

Luty 2018

ISSN 1426-661X

Nr 256

OPOLSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

www.izbalekarska.opole.pl



Fot. Alfred Polok

ODYS

Kiedy w zupełnej ciszy przybił do brzegu, zdało mu się, że ziemia faluje. Spłowiące, popękane od słońca wzgórza przechylały się i odsłaniały ciemne strony. Cyprysy przewracały się, jakby upojone kykeonem – odorującym naparem Kirke. Przypomniawszy sobie, jak bogini śmierci podgrzewała sekretny napar na wolnym ogniu. W kuchni pachniało malwą, *latace* i innymi ziołami. Bezwonne trucizny trzymała w glinianym dzbanku owiniętym płótnem. Zaszumiło mu w głowie, poczuł wiatr marszczący wody, startł sól z policzków, wycesał palcami wodorosty z włosów. Wziął głęboki wdech, przymknął oczy. I zatrzymał roztańczone widoki.

Potem przebrany za żebraka, wsparty o zakrzywiony kij – podarunek od Ateny, ruszył dróżką ocienioną piniami i strzelistymi tujami, spod których wyglądały agawy. Są jak ośmiornice – pomyślał – przyczajone czekają na ofiarę. Minął szalas sylenów, przykucnął przy jaskini satyrów, podслуchał, o czym śpiewają, wreszcie znalazł się obok kamienia przy furcie. Zastukał trzy razy kołatką. Psy podwórzowe wściekle ujadły, nawet Argos szczeakał, warczał i kręcił się w kółko jak nieuczony kundel. Nie od razu poznał gospodarza. Odys odsunął się od bramy. Zabijał żywych ludzi, ale bał się psów.

Królowa Itaki powitała go chłodno. Przeczuciwała, że po takiej długiej podróży wróci odmieniony. Odszedł jako łaskawy dziedzic ziemski, ostrożny żeglarz joński, a wędrując po świecie stał się kupcem. Wśród gigantów, cyklopów, handlarzy i hodowców koni zrozumiał, że wszystko, co należy od człowieka, można sprzedać. Że wcale nie trzeba strzyc owiec ani uprawiać ziemi, aby się wzbogacić. Wystarczy spryt i gładka mowa. Szybko polubił łatwe zdobycze, barwne stroje i błyskotki. Bawiła go też rozrzutność. Z dalekich wysp przywiózł jej osobliwy podarunek: pragnienie.

Rozglądał się po pałacu, liczył rzeźbione wazy i puchary z kyrenejskiego złota, ważył naszyjniki z pereł i pierścienie od zalotników. Nic nie umknęło jego uwadze; oglądał szaty przetykane srebrem, amfory z obliczami sławnych olimpijczyków i posążki poetów odlane z brązu. – *Ubogo tu* – powiedział – *jedzenie też byle jakie*. Penelopa zadrżała. Doszły do niej plotki o Kalipso, która podobno dobrze gotowała. Z ust do ust przekazywano sobie jej przepisy na pletwy rekina w sosie jajecznym, skowronki w przyprawach oraz kruche ciasta z orzechami, miodem i słodkim mlekiem. – *Więziła mnie* – tłumaczył. Nie chciała mu uwierzyć. Czy to możliwe, że przez siedem lat nie zdołał się uwolnić? Ten wielki wojownik, bohater wojny trojańskiej co noc służył nimfie? – *Wnieście owoce!* – powiedziała. Na stół wjechały półmiski z winogronami, granatami i pomarańczami. Pojawily się słodkie figi i ambrozja aromatyzowana ambrawą. – *A lotos?* – spytał. Pokręciła głową.



Odyseusz z obrazu Zygmunta Moryty przypomina robotnika. Dopiero co wrócił z nocnej zmiany – styranym, o mętym spojrzeniu, jakby przybył z dalekiej podróży. Nie zdążył jeszcze zdjąć beretu ani brezentowej bluzy, kiedy zapytał: – *Co na obiad, kobieto?* Podeszła przygarbiona i ciepła. Pocałowała go w rękę, chciała zdjąć jego ciężkie, ubłocone buty, ale odsunął ją gniewnie. Zapachniało majerankiem, pieczoną wołowiną i kartoflami w koszulkach. Podała też budyń z konfiturą wiśniową, a do wysokiej szklanki nalała wino domowej roboty. – *Piwa nie ma?* – spytał, nie podnosząc wzroku. A ona milczała jak królowa.

* * *

– *Zawsze chciałem być piękny* – powiedział Zygmunt Moryto i przecesał palcami czuprynę. Włosy ma cienkie, trochę wyleniałe, ale ani jednego siwusa. – *I jak ja mam się zestarzeć?* – spytał. – *Kiedyś namalowałem swój akt, taki velazquezowski, w kapeluszu. Mężczyzna jak się patrzy! Po prostu model. Niedawno też się rozebrałem, stoję przed lustrem, prężę się jak kozioł, wyciągam szyję, prostuję się, napinam mięśnie. Lecz tam odbija się stary cap, bęben mi sterczy, łydki się krzywią, plecy gną się w pałąk. Rzuciłem paletę i w nogi.*

– *A jak byłem w szpitalu, to wiesz, co było najgorsze? Żadne tam zastrzyki, krew w rurkach, operacje czy bandaż. Ale starzy ludzie. Chorując, uważają się nad sobą, noszą leki w kieszeniach. Zwiąłem stamtąd. Schowałem się.*

– *Na dwadzieścia lat?*

– *Tak wyszło.*

– *Co robiłeś? Malowałeś? Tworzyłeś te swoje akwaforty i akwatinty?*

– *Coś tam tworzyłem. Poza tym*

piłem, spadłem na dno, pocięli mnie, poskładali. Zepsuł mi się żyroskop w głowie, nie mogłem złapać pionu, nadal mam kłopot z równowagą. A do tego kolana, mówię ci, ortopedzi to debile. Zaraz potem są neurologi.

– *Neurologi? Wydawało mi się, że to mądrzy lekarze.*

– *Nie wierzę gościowi, a przecież skoro ktoś idzie do lekarza po dziesięciu latach, to chyba nie kłamie.*

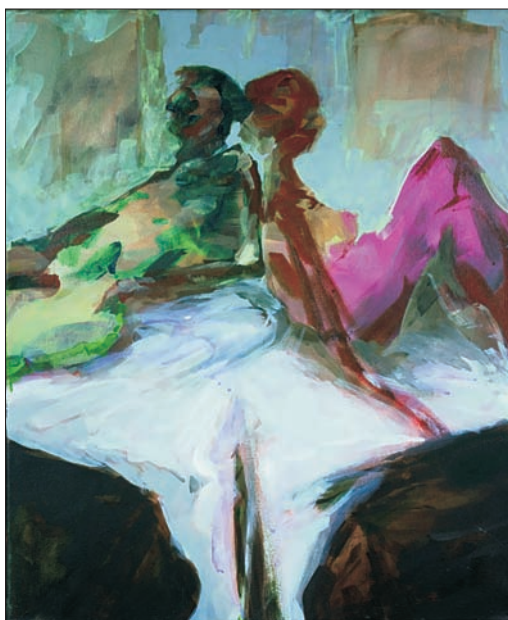
– *Miałem plan: dociągnę do pięćdziesiątki i idę do piana. Jak sławni artyści. Bo który żył długo? Modigliani się ładnie zawinął, trzask-prask i już. Ten to miał szczęście. Umiał odejść – z pompą, gestem. A Polnar kopnął w kalendarz przy sztaludze. Spryciarz jeden. I tyle ładnych babek miał na pogrzebie.*

– *W życiu bym nie pomyślał, że kiedyś mi stuknie szósty krzyżyk. A to jeszcze nie koniec. Ojciec ma dziewięćdziesiąt i nieźle się trzyma. Oszaleję, jak mi taki numer wywiną.*

– *Co będziesz robił?*

– *Wspominał – zamyślił się, zatrzymał. – I chcę namalować ładny obraz – rzucił po chwili. – Taki, że wejdzie sąsiad, ten z góry, co nigdy mu się nic nie podoba, stanie jak wryty i wrzaśnie: „Ale k... ładny obraz namalowałeś!”*

Agnieszka KANIA





W poprzednim numerze Biuletynu pisałem o tym, że czeka nas wiele nowych rzeczy. Najświeższym z nich to wiadomość, że mamy nowego ministra zdrowia. Wygląda na to, że nawet obóz rządzący zorientował się, że prezentowane ostatnio przez naszego byłego kolegę poglądy, jego wypowiedzi i sądy to istna „jazda po bandzie”. Wierzcie mi, że prawie wszyscy spośród nas, którzy siedzieli przez lata obok Konstantego Radziwiłła w Naczelnej Radzie Lekarskiej przecierali oczy ze zdumienia, zastanawiając się kiedy tak naprawdę był sobą? Czy wtedy, czy teraz. Jakie są jego prawdziwe poglądy na pro-

blemy środowiska lekarskiego – tamte sprzed półtora roku i wcześniejsze, czy aktualne? Dla mnie to niepojęte, że można aż tak! No, ale było, minęło. Nowy minister – nowe rozdanie. Jakie będzie jego działanie – zobaczymy.

Przed Wami kolejny numer Biuletynu, do lektury którego zachęcam. Sporo w nim trudnych spraw, ale niestety „taki mamy klimat”. Pośród nich są rzeczy ważne dla naszej codziennej pracy – więc warto przeczytać je uważnie. Życząc spokojnej lektury żegnam do następnego numeru.

Jerzy B. LACH

SZPALTA PREZESA



Koleżanki i Koledzy,

No i doczekaliśmy się. Mamy kolejną zmianę na stanowisku Ministra Zdrowia. Czy będzie zatem jakiś przełom w rozmowach z protestującymi lekarzami?

Przyznaję, że na początku urzędowania Ministra Radziwiłła byłem pełen nadziei. Byłem przekonany, że wieloletnia działalność samorządowa Ministra przełoży się na zrozumienie naszych problemów, a tym samym na spokojne, odpowiednio zaplanowane zmienianie systemu ochrony zdrowia, a przede wszystkim na zdecydowane zwiększenie jego finansowania publicznymi środkami.

Niestety po obiecującym początku przyszedł „schody”. A już zachowanie i kolejne wypowiedzi Ministra w obliczu ostatniego protestu środowiska wprawiały w coraz większe zdziwienie i niedowierzanie. Czy można aż tak zmienić swoje poglądy?

W numerze zamieszczamy list, jaki w 2006 r. ówczesny Prezes Naczelnej Rady Lekarskiej Konstanty Radziwiłł skierował do ówczesnego Prezydenta RP Lecha Kaczyńskiego. Gdyby wpisać dzisiejszą datę, adresatem uczynić Prezydenta Dudę, a autorem listu uczynić obecnego Prezesa NRL, to w tekście listu nie trzeba by zmieniać ani jednego wyrazu – nadal jest aktualny.

Wracając do protestu, który pod koniec roku 2017 przybrał formę wypowiadania klauzul opt-out, to jestem trochę rozczarowany zbyt małym odzewem, z jakim ta akcja spotkała się w naszym regionie (w wielu innych województwach zresztą także). 30 listopada był momentem, w którym mogliśmy (mówię tu o lekarzach pracujących w szpitalach) pokazać solidarność z protestującymi młodymi lekarzami. Przecież złożenie wypowiedzi, które miały zacząć obowiązywać dopiero po miesiącu, nic nie kosztowało. Ale i na taki gest solidarności nie wszystkich było stać. Nie oburzajmy się więc na sposób traktowania naszego środowiska przez polityków – oni potrafią bardzo dobrze wykorzystywać nasze niezdecydowanie.

Ale dość tych ogólnych rozważań. Chcę zwrócić uwagę na pewne zmiany, które dotyczą wystawiania recept, a które weszły w życie jakiś czas temu i nie zostały chyba odpowiednio dostrzeżone.

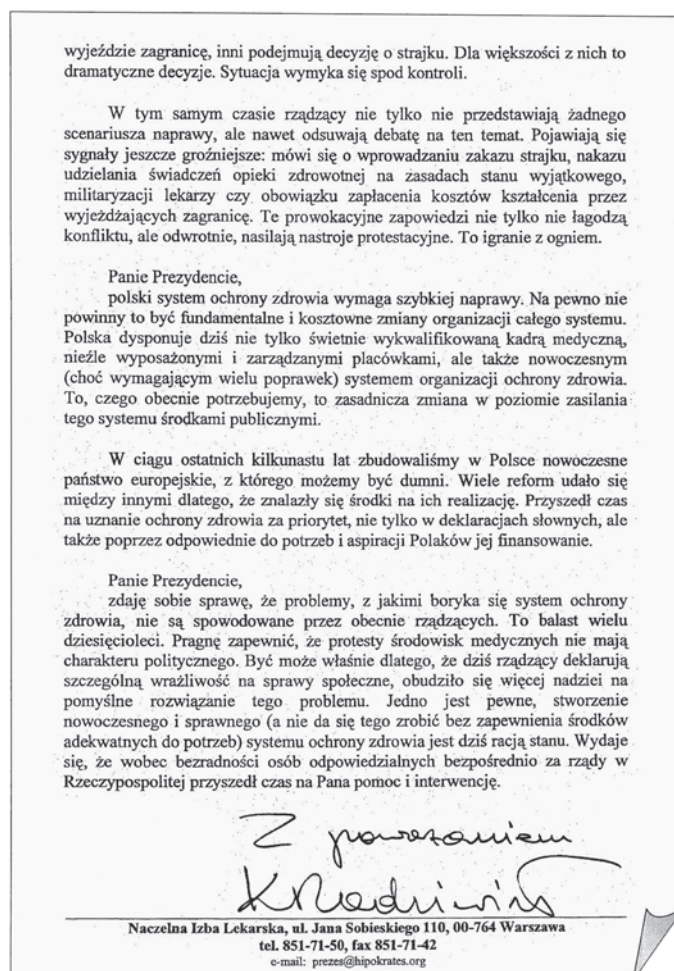
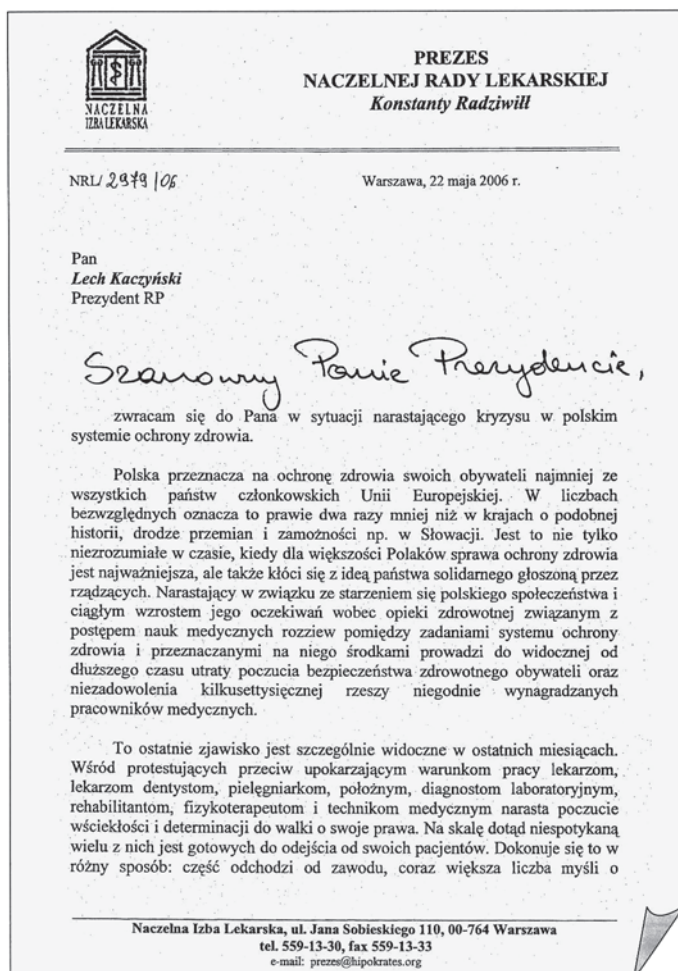
Znowelizowana została ustawa Prawo farmaceutyczne i włączone do niej zostały pewne zapisy z rozporządzenia w sprawie recept lekarskich, na dodatek z małymi zmianami. Otóż przy wpisywaniu adresu pacjenta należy wpisać również kod pocztowy (rozporządzenie tego nie wymagało). Ponadto przy braku nr PESEL należy wpisywać nie wiek pacjenta tylko jego datę urodzenia.

Jerzy JAKUBISZYN

CZYŻBY SCHIZOFRENIA???

Prezes pisał już o tym w swoim materiale. Poniżej zamieszczam list ówczesnego Prezesa Naczelnej Izby Lekarskiej Konstantego Radziwiła do ówczesnego Prezydenta RP Lecha Kaczyńskiego. Ocenicie sami – biorąc pod uwagę ostatnie wypowiedzi byłego już Ministra Zdrowia Konstantego Radziwiła – czy ten stan to już schizofrenia, czy też jedynie „pomrocność jasna”?

Jerzy B. LACH



DELEGACI NA OKRĘGOWY ZJAZD LEKARZY VIII KADENCJI (2018–22)

Na początku marca odbędzie się kolejny Sprawozdawczo-Wyborczy Okręgowy Zjazd Lekarzy Opolskiej Izby Lekarskiej, na którym wybrane zostaną władze naszego Samorządu na VIII kadencję. Poniżej zamieszczam listę wybranych przez Was w ubiegłym roku delegatów na ten zjazd.

LEKARZE

Rejon wyborczy nr 1 Brzeg
Goj-Birecka Julia
Ilczyszyn Waldemar
Olszewski Paweł
Suzanowicz Barbara

Rejon wyborczy nr 2 Głubczyce
Junosza-Szaniawski Antoni

**Rejon wyborczy nr 3
Kędzierzko-Koźle**
Karoń Jarosław
Mazur Andrzej
Mazur Jacek
Stochmiałek Wojciech

Rejon wyborczy nr 4 Kluczbork
Bruzi-Bużowicz Róża
Derkowski Wojciech

Gulewicz Ireneusz
Martyniszyn Adam

Rejon wyborczy nr 5 Krapkowice
Gajda Iwona
Jagodzińska Ewa
Januszkiewicz Aleksander
Kucharski Roman

Rejon wyborczy nr 6 Namysłów
BRAK DELEGATÓW

Rejon wyborczy nr 7 Nysa
Bąk Adam
Bujak Wojciech
Doskocz Krzysztof
Knopińska-Rostkowska Ewa
Kowarzyk Stanisław
Krzymowska Elżbieta
Łabuz-Margol Małgorzata
Miarka Jacek
Pyziak Andrzej
Wagner Małgorzata

Rejon wyborczy nr 8 Głucholazy
Konieczny Zygmunt

Rejon wyborczy nr 9 Olesno
Mielczarek Marcin
Panek Sławomir
Wartenberg Krystian

Rejon wyborczy nr 10 Prudnik
Miśta Andrzej

Rejon wyborczy nr 11 Strzelce Op.
Kanturski Marek
Mijas Jarosław
Wileński Ryszard
Zwoliński Dariusz

Rejon wyborczy nr 12 WCM (USK) Opole
Dryja Marek
Gawor Maciej
Jakimów Artur
Jakubiszyn Jerzy
Kowalik Zbigniew
Królicki Ireneusz
Kudyba Bogusław
Mielczarek Paweł
Noparlik Ryszard
Rak Sławomir
Rekucki Tomasz

Rejon wyborczy nr 13 Szpital Wojewódzki Opole
Kuzyszyn Zbigniew
Łomna-Bogdanov Elżbieta

Rejon wyborczy nr 14 OCO
Czopkiewicz Lidia

Radecka Barbara
Tokar Piotr

Rejon wyborczy nr 15 CGPiN Opole
Pasternok Marcin
Ziemba Anna

Rejon wyborczy nr 16 Neuropsychiatria Opole
Iwan-Sławek Barbara

Rejon wyborczy nr 17 MSWiA
Kotysz Karolina
Łuszczynska-Ostrowska Małgorzata
Tarnowski Piotr

Rejon wyborczy nr 18 Kup
Bunio Andrzej
Falenta-Hitnarowicz Małgorzata

Rejon wyborczy nr 19 Opole-powiat
BRAK DELEGATÓW

Rejon wyborczy nr 20 SP ZOZ-y
Kudrisz-Radoń Beata

Rejon wyborczy nr 21 NZOZ-y
Błaszczak Marek
Konopka-Błaszczak Małgorzata

Rejon wyborczy nr 22 Opole-reszta
Chowaniec Tadeusz
Wojtyłko Aleksander
Drosik Kazimierz
Wojtalska-Kusyk Grażyna
Sicińska-Werner Teresa
Szczepanik Barbara
Pisarski Leszek
Ostrowski Bolesław

Rejon wyborczy nr 23 Związek Pracodawców Opieki Medycznej Opolszczyzny
Derkacz-Jedynak Marzanna
Koronczok Paweł

Rejon wyborczy nr 24 Młodzi Lekarze – Opole
Chelchowski Jacek
Drapiewska Aleksandra
Jusił-Rosińska Katarzyna
Kałuża Katarzyna
Mazur Tomasz
Palacz Jakub
Piętka Marek
Poplichda Dagmara
Rekucka Paulina
Rekucki Konrad
Sałatyńska Magdalena
Wąsek Radosław

Rejon wyborczy nr 25 Młodzi Lekarze – reszta woj.
Bugiel Henryk
Hurek Monika
Knosala Robert
Lechicki Marcin
Szolc Rafał
Zieliński Piotr

LEKARZE DENTYŚCI

Rejon wyborczy nr 26 Brzeg
Gądek-Baran Joanna
Górecka Renata

Rejon wyborczy nr 27 Kedzierzyn-Koźle
Hałaburdo Donata
Rogala Ewa
Ślugocki Paweł

Rejon wyborczy nr 28 Kluczbork-Namysłów-Olesno
Baszak Anna
Fijałkowski Włodzimierz
Kwiecień-Drab Katarzyna
Noceń-Firlej Ewa
Szner Agnieszka

Rejon wyborczy nr 29 Nysa
Sienkiewicz Wiesław
Śniatowska-Kubica Krystyna
Śnieżek Mateusz
Świdorska Małgorzata

Rejon wyborczy nr 30 Strzelce Op.
Drzyzga Jerzy
Lechniak Małgorzata

Rejon wyborczy nr 31 Prudnik
Chomik-Rączy Agnieszka
Rączy Katarzyna
Rypniewski Robert

Rejon wyborczy nr 32 Krapkowice-Opole pow.
Kulig Olaf

Rejon wyborczy nr 33 Opole
Adamska Anna
Bilińska Danuta
Chruszczyk Stanisław
Grzybowska-Substelną Justyna
Hamryszak Barbara
Latała Tomasz
Latała Wiesław
Palacz Grzegorz
Pędich Rafał
Rodziewicz-Kabrowska Marta
Smerkowska-Mokrzycka Jolanta

KOLEJNY MERITUS W OPOLSKIEJ IZBIE LEKARSKIEJ!

Niezmiernie miło mi donieść, że w dn. 14 grudnia ub. roku na swoim posiedzeniu Kapituła Odznaczenia „Meritus Pro Medicis” postanowiła odznaczyć naszą Koleżankę lek. dent. Jolantę SMERKOWSKĄ-MOKRZYCKĄ. Tak więc w naszej Izbie mamy już 5 odznaczonych (3 lekarzy i 2 lekarzy dentystów). Przypomnę tylko, że odznaczenie to przyznawane jest lekarzom oraz innym osobom szczególnie zasłużonym dla środowiska samorządu lekarskiego.

Poniżej pozwalam sobie zamieścić krótką sylwetkę naszej Koleżanki. **Serdecznie gratulujemy tego odznaczenia!!!**

Jerzy B. LACH

Lekarz dentysta Jolanta SMERKOWSKA-MOKRZYCKA jest absolwentką Oddziału Stomatologicznego Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej w Białymstoku, który ukończyła w czerwcu 1985 r. W zawodzie nieprzerwanie od 1 września 1985 r. Po krótkim okresie pracy Obwodzie Lecznictwa Kolejowego w Białymstoku przeniosła się do Opola.



Początkowo zatrudniona została na stanowisku młodszego asystenta w Przychodni Chirurgii Stomatologicznej Wojewódzkiego Centrum Medycznego w Opolu. W październiku 1992 r. uzyskała specjalizację I° ze stomatologii ogólnej, a w kwietniu 1996 r. specjalizację II° z chirurgii stomatologicznej. Od 1 stycznia 1999 r. do chwili obecnej pełni funkcję Kierownika Wojewódzkiej Przychodni Chirurgii Stomatologicznej i Szczękowo-Twarzowej (obecna nazwa komórki – Poradnia Chirurgii Stomatologicznej i Szczękowo-Twarzowej Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Opolu). Z dniem 1 marca 2002 r. została powołana przez Wojewodę Opolskiego na stanowisko Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie chirurgii stomatologicznej dla Województwa Opolskiego. Funkcję tę pełni do chwili obecnej.

Posiada duże doświadczenie organizacyjne i wiedzę zawodową, którymi chętnie dzieli się z kolejnymi rocznikami młodych koleżanek i kolegów. W latach 2001–2015 była koordynatorem staży podyplomowych 23 lekarzy dentystów. Dzięki jej staraniom Poradnia Chirurgii Stomatologicznej i Szczękowo-Twarzowej od wielu lat posiada akredytację Ministerstwa Zdrowia do prowadzenia szkoleń specjalizacyjnych w dziedzinie chirurgii stomatologicznej, a także staży kierunkowych w tej dziedzinie dla innych specjalności medycznych. Jako konsultant wojewódzki aktywnie przyczyniła się do poszerzenia bazy jednostek akredytowanych do prowadzenia szko-

leń specjalizacyjnych w reprezentowanej przez siebie dziedzinie oraz zwiększenia liczby miejsc specjalizacyjnych (obecnie na Opolszczyźnie są 3 jednostki akredytowane z łączną liczbą 8 miejsc szkoleniowych). Pod jej kierownictwem specjalizację I° w dziedzinie chirurgii stomatologicznej uzyskało 4 lekarzy dentystów, I° w dziedzinie stomatologii ogólnej – 1 lekarz dentysta, specjalizację II° lub bezstopniową specjalizację w dziedzinie chirurgii stomatologicznej – 3 lekarzy dentystów. Aktualnie jest kierownikiem specjalizacji kolejnych 4 lekarzy.

Od początku swojej drogi zawodowej jest aktywnym członkiem Opolskiego Oddziału Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego, w którym przez 2 kolejne kadencje była Zastępcą Sekretarza Oddziału, a w poprzedniej i obecnej kadencji pełni funkcję Sekretarza Oddziału. Za swoją działalność na rzecz Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego uhonorowana została w 2002 r. Złotą Odznaką Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego, a w grudniu 2016 r., decyzją Zarządu Głównego PTS, przyznano jej Godność *Bene Meritus* Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego.

Dr Jolanta Smerkowska-Mokrzycka od 1997 r. do chwili obecnej czynnie działa w strukturach Samorządu Lekarskiego – tak na poziomie okręgowym, jak i krajowym. Jest członkiem Komisji Stomatologicznej Opolskiej Izby Lekarskiej od III kadencji. W kadencjach IV i V była Wiceprezesem Okręgowej Rady Lekarskiej, a w VI – Zastępcą Sekretarza ORL. W mijającej właśnie kadencji ponownie pełni funkcję Wiceprezesa ORL.

Prowadzi działalność organizacyjno-szkoleniową w zakresie kształcenia podyplomowego, m.in. poprzez ścisłą współpracę Komisji Stomatologicznej OIL z Opolskim Oddziałem PTS. Jest też aktywnym członkiem Komisji Kształcenia OIL (pełni funkcję Sekretarza Komisji) i Komisji Kultury OIL. Od czterech kadencji jest delegatem na Krajowy Zjazd Lekarzy oraz członkiem Komisji Stomatologicznej Naczelnej Rady Lekarskiej (w obecnej kadencji jest Przewodniczącą Zespołu Problemowego KS NRL ds. współpracy z zawodami pomocniczymi).

Jest osobą o głębokiej empatii i wrażliwości społecznej. Wyróżnia ją niezwykła życzliwość i koleżeńskość. Postawa dr Jolanty Smerkowskiej-Mokrzyckiej w pracy zawodowej i społecznej na rzecz środowiska lekarskiego zaowocowała przyznaniem jej w 2012 r. Godności Honorowej „Prymariusza Opolskiego”, zaś jej ukoronowaniem jest ostatnio nadane jej odznaczenie „Meritus Pro Medicis”.



NIESZCZĘŚLIWE MAŁŻEŃSTWA KRÓLA KAZIMIERZA WIELKIEGO (1310–1370)

Kazimierz Wielki był trzecim synem króla Władysława Łokietka (1260–1333) i Jadwigi (1270–1339) córki księcia kaliskiego Bolesława i św. Jolanty. Ich najstarszy syn Stefan zmarł w roku 1306, drugi Władysław zmarł w roku 1312, najmłodszy Kazimierz, nazwany później Wielkim urodził się 30 kwietnia 1310.

Po śmierci Władysława Łokietka 2 marca 1333 (liczył 72 lata) Kazimierz Wielki został koronowany w Katedrze Wawelskiej na króla Polski 25 kwietnia 1333.

Jego pożycie małżeńskie było bardzo nieszczęśliwe i doprowadziło do upadku dynastii Piastów Krakowskich.

Pierwszą jego żoną była Aldona Anna Litewska (1310–39) córka Wielkiego Księcia Litewskiego Giedymina. Ślub odbył się 16 października 1325 r. w Krakowie. Oboje mieli wtedy po szesnaście lat. To małżeństwo polsko-litewskie miało charakter polityczny, ponieważ szachowało rozrastający się Zakon Krzyżacki. Aldona urodziła dwie córki Elżbietę i Kunegundę. Zmarła nagle w wieku 28 lat 6 maja 1339 r. i była pierwszą polską królową pochowaną na Wawelu.

Na początku lipca 1341 r. miały się odbyć w Pradze zaślubiny Kazimierza Wielkiego z najstarszą córką króla Jana Luksemburskiego – Małgorzatą. Małgorzata nie cierpiała polskiego „pół-poganiina” – los oszczędził jej małżeństwa z nim, ponieważ nagle zmarła 11 lipca 1341 r. w wieku 28 lat.

We wrześniu tegoż roku odbył się w Poznaniu ślub 31-letniego Kazimierza Wielkiego z 18-letnią Adelajdą (1324–71) córką heskiego grafa Henryka Żelaznego. Kazimierz Wielki liczył wówczas 31 lat. Niestety wkrótce okazało się, że Adelajda jest niepełna. Po 14 latach małżeństwa została osadzona w roku 1355 w odosobnieniu w nowo wybudowanym z palonej cegły zamku w Żarnowcu nad Pilicą, gdzie przebywała w komfortowych warunkach.

W sześć lat po ślubie poznańskim rozpoczął się niezwykły romans króla z polską szlachcianką o imieniu Cudka, żoną dworzanina królewskiego Niewierzy, która dała królowi trzech synów: Niewierzę, Jana i Pełkę. Kazimierz Wielki zawsze hojnie ich obdarowywał, nie zapominał również o swoich nieślubnych synach w testamencie.

Po pięciu latach romansu króla z Cudką, przyszedł burzliwy epizod młodości do pięknej Żydówki z krakowskiego Kazimierza – Esterki, która urodziła mu kilka córek oraz dwóch synów Niewierzę i Pełkę. Do dzisiaj jedna z ulic krakowskiego Kazimierza nosi imię Esterki. Podczas zjazdu cesarza Karola IV i Kazimierza Wielkiego w Pradze w roku 1356 polski król zakochał się bez pamięci w pięknej Krystynie Rokiczanie, która była wdową po praskim mieszczaninie Miko-



łaju i córką praskiego wójta Waclawa. Krystyna Rokiczana dała warunek Kazimierzowi Wielkiemu, że mu się odda dopiero po ślubie i koronacji na Wawelu. Równocześnie dała mu drugi warunek, że pod żadnym pozorem nie może dotykać jej głowy. Ślub kościelny i koronacja odbyły się w Krakowie 15 września 1356 r., mimo że nadal żyła poprzednia żona Kazimierza Wielkiego Adelajda więziona w zamku w Żarnowcu nad Pilicą. Była to jawna bigamia króla liczącego wówczas 46 lat.

W roku 1364 doszło do rozstania z Krystyną Rokiczaną, kiedy to Kazimierz Wielki odkrył, że nosi ona perukę, pod którą kryje rozległą łysinę i zaawansowany świerzb. Krystyna została wygnana z Wawelu, jednak nie powróciła do Pragi, lecz tułała się po Polsce i nie wiemy gdzie jest pochowana.

25 lutego 1365 r. poznański biskup Jan Doliwa udzielił kolejnego (czwartego już) ślubu Kazimierzowi Wielkiemu ze śląską księżniczką Jadwigą (1350–90), córką najpotężniejszego księcia śląskiego Henryka V Żelaznego (choć nadal jeszcze w Żarnowcu nad Pilicą żyła druga ślubna żona Adelajda!!). Była to więc już podwójna bigamia króla. W dniu ślubu Kazimierz Wielki był o 35 lat starszy od Jadwigi Żagańskiej (po tym ślubie Kazimierz Wielki 14 września 1356 r. uwolnił Adelajdę z Żarnowca i powróciła ona do swego ojca w Hesji).

Jadwiga Żagańska urodziła Kazimierzowi Wielkiemu trzy córki: Annę, Kunegundę i Jadwigę, jednak syna mu nie dała. Po śmierci Kazimierza Wielkiego Jadwiga Żagańska wyszła za mąż za księcia legnickiego Ruprechta, któremu urodziła dwie córki.



Kazimierz Wielki



Uniwersytet Jagielloński

Kazimierz Wielki we wrześniu 1370 r. podczas polowania spadł z konia i nabawił się poważnej rany podudzia. Rana uległa zakażeniu i 5 listopada tegoż roku zmarł w Krakowie – prawdopodobnie z powodu sepsy. Pochowany został w przepięknym sarkofagu z czerwonego marmuru w Katedrze Wawelskiej. Jako jedyny król Polski posiadał piękną, długą trefioną brodę.

Kazimierz Wielki pozostawił po sobie Polskę murowaną i założył jedną z pierwszych w Europie Wszechnicę Krakowską. Jednak ówczesny papież Urban V nie wyraził zgody na powołanie w Krakowie Uniwersytetu z uwagi na podwójną bigamię Kazimierza Wielkiego. Ówczesne Uniwersytety musiały bowiem posiadać cztery wydziały: prawa, medycyny, nauk wyzwolonych (fizyka, biolo-

gia, filozofia) oraz teologii. Właśnie na powstanie tego ostatniego wydziału papież nie wyraził zgody.

Dopiero fundacja Jadwigi Andegaweńskiej, żony króla Władysława Jagiełły zmarłej w aureoli świętości po porodzie w roku 1399 pozwoliła na powołanie Uniwersytetu Jagiellońskiego w roku 1364, mimo że miał on korzenie piastowskie.

P.S. Właśnie z powodu skomplikowanego pożycia małżeńskiego Kazimierza Wielkiego wygasła dynastia Piastów Krakowskich. Żadna z czterech koronowanych żon nie dała mu bowiem syna, natomiast z kochankami (Cudka i Esterką) miał pięciu nieślubnych synów.

Dr hab. n. med. Janusz KUBICKI

CO PISZĄ INNI

„NASTĘPNY PROSZĘ”, CZYLI LEKARZ RODZINNY MARZY O KWADRANSIE DLA PACJENTA

W Polsce lekarz rodzinny poświęca pacjentowi średnio 10 minut – wynika z analizy ponad 28,5 mln wizyt u lekarzy ogólnych w 67 państwach, opublikowanej w listopadzie w „BMJ Open”. – *To za krótko!* – alarmują lekarze podstawowej opieki zdrowotnej i apelują o uregulowanie czasu porad w przepisach.

Wspomniana publikacja to największy jak dotąd międzynarodowy przegląd na ten temat. Wynika z niego, że w przypadku połowy populacji na świecie konsultacje w zakresie opieki podstawowej trwają krócej niż 5 minut i w skrajnych przypadkach wynoszą od 48 sekund (w Bangladeszu) do 22,5 minuty (w Szwecji).

Badane państwa podzielono na 5 grup. Do pierwszej zaliczono 15 krajów, w których długość konsultacji wynosiła mniej niż 5 minut (5 minut to zdaniem autorów absolutne minimum w przypadku rutynowych wizyt). W drugiej grupie było 25 krajów z długością konsultacji wynoszącą od 5 do 9,9 minuty. Polska, wraz z Holandią, Japonią czy Danią, znalazła się w gronie 11 krajów, w których porady zajmowały od 10 do 14,9 minuty. Następną grupę stanowiło 13 krajów, w których pacjentowi poświęcano od 15 do 19,9 minuty. Trzy kraje mogły pochwalić się czasem wizyt w granicach 20 i więcej minut.

Im krótszy czas konsultacji, tym gorsze wyniki zdrowotne pacjentów i większe ryzyko wypalenia zawodowego lekarzy (z powodu braku osobistych osiągnięć) oraz depersonalizacji relacji z pacjentem – konkludują autorzy. Zwracają też uwagę, że lekarze oferujący pacjentom niewiele czasu, są skłonni do przepisywania zbyt wielu leków i nazbyt gorliwie stosują antybiotyki.

Porada w 10 minut to majstersztyk

Sprawa czasu, jaki jest w stanie poświęcić pacjentowi lekarz rodzinny nie jest nowa. Powraca zazwyczaj przy okazji nakładania na lekarzy kolejnych obowiązków biurokratycznych. Jak mówił nam w 2015 r. dr Jacek Krajewski, prezes Federacji Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia „Porozumienie Zielonogórskie”, ramy czasowe na standardową poradę udzielaną pacjentowi wyznaczono w AOS – na poradę specjalistyczną lekarz musi poświęcić 20 minut. W przypadku POZ tego nie zrobiono.

Ile minut powinien mieć lekarz rodzinny, by prawidłowo zdiagnozować pacjenta i podołać nałożonej na niego biurokracji? Zdaniem Krajewskiego, część lekarzy jest w stanie sprostać temu zadaniu przeznaczając na jedną poradę 10 minut, „*jest to jednak prawdziwy majstersztyk*” – ocenił.

- Zdecydowana większość uważa, że niezbędne jest 15 minut. W rzeczywistości często bywa tak, że lekarz poświęca gros czasu na działania medyczne, traktując dokumentację po macoszemu. Ale jeżeli chcemy być w porządku i nie otrzymywać kar za ewentualne zaniedbania w tym zakresie, musimy mieć na to odpowiednią ilość czasu. Nie mówimy, że koniecznie musi to być 15 minut. Może wystarczy 12 lub nawet 10.

Prezes Krajewski zwrócił też uwagę na rzecz zasadniczą – ustalenia dotyczące czasu przeznaczonego na jednego pacjenta na niewiele się zdadzą, skoro lekarzy POZ ubywa.

- Odchodzą na emerytury, a ich następców nie widać – powiedział.

Dodał, że w Anglii lub Szwecji na jednego lekarza przypada 1.500 mieszkańców, u nas o tysiąc więcej.

- Gdy w Polsce wzrośnie liczba lekarzy tej specjalności, kolejki skrócą się automatycznie, a wizyta w gabinecie będzie trwała nie 15 minut, tylko tyle, ile powinna – podkreślił.

O tym, że ten problem realnie i boleśnie dotyka zarówno pacjentów, jak i lekarzy, świadczy list otwarty Rafała Zubowicza, lekarza rodzinnego ze Śląska, wystosowany do Jacka Kozakiewicza, przewodniczącego Okręgowej Rady Lekarskiej w Katowicach.

„Ze względu na urągające godności lekarskiej warunki pracy w poradni POZ, stałe kłótnie z pacjentami, obrażanie mnie przez nich oraz groźby kierowane pod moim adresem (ze względu na rejestrowanie nadmiernej liczby pacjentów na godzinę), chciałbym przypomnieć, że w trakcie przyjmowania pacjenta dokonuje się proces czynności po sobie następujących...” – i tu przedstawiał długą listę biurokratycznych obowiązków, które nie pozwalają mu poświęcić choremu więcej czasu, co prowadzi do konfliktów i uprzedmiotowienia pacjenta.

Na zakończenie stwierdził, że „bezwzględnie trzeba wyznaczyć ilość minut jakie system NFZ przewiduje na przyjęcie pacjenta przez lekarza POZ”.

Zmieniło się, ale na gorsze

Zapytaliśmy Rafała Zubowicza, co się zmieniło od napisania listu w styczniu 2013 r., ilu pacjentów teraz przyjmuje, ile czasu może im poświęcić?

- Na jednego pacjenta jestem w stanie przeznaczyć średnio 6-7 minut – wyjaśnił i dodał, że połowa tego czasu to wypełnianie różnych dokumentów. – Pracuję w dwóch miejscach od godz. 8 do 18 i przyjmuję od 58 do 70 osób dziennie. Żeby sprostać biurokratycznym obowiązkom, jednocześnie rozmawiam z pacjentem i patrzę na ekran komputera. Piszę na mnie skargi, że zajmuje się komputerem, a nie nimi, a ja mam sporo rubryk do wypełnienia – powiedział.

- Od tamtego czasu zmieniło się tyle, że pacjenci stali się bardziej roszczeniowi i żądają wszelkich możliwych badań. Badania generują zaś koszty, a więc koszty opieki wzrosły – wyjaśnił. – Poza tym są o kilka lat starsi, tak jak lekarze, którzy ich leczą. W POZ lekarze nie chcą pracować; pracują głównie starsi lekarze, nowych poradni się nie otwiera – zauważył.

Jego zdaniem POZ-tów nie przybywa, bo NFZ płaci stawkę kapitałową niezależnie od ilości pacjentów i jakości pracy.

- Nie płaci za wizytę, tylko za deklarację pacjenta o zapisaniu się do poradni. Żeby to zmienić, konieczne jest współpłacenie. Jedna, dwie wizyty miesięcznie w POZ powinny być bezpłatne, ale pozostałe płatne. Są ludzie, którzy przychodzą 4-5 razy w miesiącu – dodaje.

Rafał Zubowicz powtórzył postulat z 2013 r., że niezbędne jest określenie czasu wizyty, bo przyjmując tak dużą liczbę pacjentów lekarz pracuje jak przy taśmie produkcyjnej, a to obniża rangę zawodu i uprzedmiotawia pacjenta.

Jego zdaniem optymalny czas porady to od 10 do 12 minut, średnio 5 pacjentów w ciągu godziny.

Kwadrans dla pacjenta

Agnieszka Jankowska-Zduńczyk, konsultant krajowy w dziedzinie medycyna rodzinnej, przyznała, że lekarze zgłaszają potrzebę uregulowania kwestii czasu przeznaczanego dla pacjenta.

- Sądzę, że powodem tych głosów jest presja ze strony kierowników podmiotów leczniczych, żeby przyjmowali jak najwięcej pacjentów, a to powoduje skrócenie czasu wizyt.

Wskazała również, że bardzo dużo wizyt jest niepotrzebnych.

- Do lekarza przychodzą ludzie z banalnymi infekcjami górnych dróg oddechowych. Leki są dostępne, wiedzą jak się leczyć, ale do lekarza muszą przyjść po zaświadczenie o niezdolności do pracy. Tymczasem w Skandynawii pracownik ma prawo do nieobecności w pracy z powodu choroby na podstawie własnego oświadczenia – powiedziała.

Dodała, że w towarzystwie naukowym, w którym działa, czyli w Kolegium Lekarzy Rodzinnych, już dawno zastanawiali się nad tym, jak długo powinna trwać wizyta lekarska.

- Bazując na doświadczeniach naszych kolegów z innych krajów uznaliśmy, że powinno to być 15 minut, co daje 4 pacjentów na godzinę – wyjaśniła. – Oczywiście, że wizyta wizycie nie jest równa, ale mówimy o średniej – zaznacza.

Agnieszka Jankowska-Zduńczyk nie miałaby nic przeciwko uregulowaniu tej sprawy w przepisach. Zwróciła jednak uwagę na konieczność przeanalizowania wpływu wyznaczenia czasu wizyty na potrzeby zdrowotne pacjentów. W jej ocenie ryzykowne byłoby określanie tego czasu w oparciu o indywidualne doświadczenia lekarzy.

Jej zdaniem jednym z czynników, który może poprawić efektywne wykorzystanie czasu pracy lekarza rodzinnego jest usprawnienie systemu elektronicznej dokumentacji medycznej.

- Uciążliwa jest konieczność korzystania z wielu systemów – ZUS, NFZ, czy systemu własnej przychodni. Nie są one zintegrowane, trzeba wchodzić do każdego systemu, co zajmuje sporo czasu – powiedziała.

Muszą mieć czas, żeby odciążyc specjalistów

Problem czasu wizyt będzie narastał nie tylko z powodów już wymienionych. Zapowiadane na przyszły rok (2018 – przyp. Redakcji opolskiej) zmiany w systemie lecznictwa spowodują, że lekarze pierwszego kontaktu uzyskają szersze uprawnienia i będą leczyć również specjalistycznie.

- Chcemy, by lekarze rodzinni odciążyli specjalistów – powiedział 29 września prezes NFZ Andrzej Jacyna do uczestników Kongresu Medycyny Rodzinnej.

Jak stwierdził, obecnie pacjent po pierwszej wizycie u specjalisty już u niego zostaje i jest leczony praktycznie do końca życia. Nie zawsze jest taka potrzeba i lekarz rodzinny „dałby sobie spokojnie radę z leczeniem takiego zdiagnozowanego pacjenta”.

RR

(przedruk z internetowego wydania „Rynku Zdrowia” z 23 listopada 2017)

CZY ZNAJDZIEMY LEK NA DŁUGOWIECZNOŚĆ?

Każdy pragnie żyć długo, ale nikt nie chciałby starości.

Jonathan Swift (1667–1745)

*Nie jest zaś prawdopodobne, by natura,
która wszystkie poprzednie okresy
Życia doskonale przeprowadziła,
niby akt pięknej sztuki, zlekceważyła
jak niewprawy poeta, jego akt ostatni.*

Cyceron „Katon Starszy o starości”

Enklawą długowiecznych Europejczyków jest Francja. Obecnie żyje w tym kraju 21 tys. stulatków, a rekordistką długości życia pozostaje nadal – zmarła w 1997 r. – Francuzka Jeanne Calment. Przeżyła w dobrej kondycji 122 lata i 164 dni (wiek udokumentowany). W Polsce mamy ponad 4 tys. stulatków i ich liczba rośnie. Czy dzięki osiągnięciom nauki i medycyny będziemy w stanie przesunąć jeszcze dalej granice długowieczności? Czy starość może być równoznaczna z dobrym zdrowiem?

Gdy w marcu 2016 r. przedstawiciele Księgi Rekordów Guinnessa odwiedzili najstarszego wówczas człowieka na świecie, Yisraela Kristala, miał on wówczas 112 lat i 178 dni, a urodził się w roku 1903 w Łodzi. Wtedy, na początku XX wieku, oczekiwana długość życia mężczyzny w Polsce wynosiła zaledwie 45 lat. A dzisiaj – w krajach wysoko rozwiniętych – wynosi już nieco ponad 80. Według danych WHO z 2015 r. Polska jest poza pozycją 40 wśród państw z najwyższą średnią długością życia. Kobiety w naszym kraju dożywają średnio 81, a mężczyźni 73 lat. Dla ostudzenia emocji warto podkreślić, że mimo iż przybywa osób obchodzących 100. urodziny, to tylko jedna osoba na 10 tys. dożywa magicznego pułapu 100 lat, a pięć na sześcioro stulatków stanowią kobiety. Niemniej badacze zajmujący się biogerontologią, bazując na statystykach (!), twierdzą, że pierwsza osoba, która na Ziemi osiągnie 150 lat życia, już się urodziła.

Jeden z czołowych biogerontologów Amerykanin Matt Kaeberlain (University of Washington) twierdzi, że postęp, jaki obserwujemy w badaniach nad starzeniem, spowoduje, że w ciągu najbliższych 40–50 lat uda się wydłużyć ludzkie życie w dobrym zdrowiu nawet o 25–50%. To istotne zastrzeżenie, gdyż kluczowym jest połączenie długiego życia z dobrym zdrowiem człowieka osiągającego zaawansowany wiek. Prognozy Kaeberlaina mogą się ziścić, a przemawiają za tym liczne osiągnięcia biogerontologów wykazujące, że dysponujemy już technikami i środkami farmakologicznymi, dzięki którym możemy ingerować w przebieg procesów starzeniowych, a poprzez to osiągać efekt w postaci dłuższego życia osobniczego.

W czasopismach „Nature” i „Science” (2014) opublikowano wyniki badań wykazujące, że tradycyjna transfuzja krwi – starszemu osobnikowi przetoczono krew osobnika młodego – pozwala poprawić sprawność fizyczną i stan zdrowia biorcy, jak również, dzięki nowym komórkom macierzystym, jakie pojawiły się w organizmie starszego osobnika, przynosi efekt w postaci polepszenia pracy mózgu. Komórki macierzyste dały początek nowym neuronom, wzrosła liczba połączeń synaptycznych, a osobnik z tak zregenerowanym mózgiem szybciej się uczył. Wprawdzie eksperyment dotyczył myszy, ale sporo obserwacji poczynionych w badaniach zwierząt możemy rozpatrywać w odniesieniu do organizmu człowieka. Co ciekawe, u uczestniczących w eksperymencie myszy korzystne zmiany dotyczyły także hipokampu, który uszkodzony jest u osób cierpiących na chorobę Alzheimera, więc opisywane badania mogą mieć znaczenie dla opracowania w przyszłości skutecznych leków przeciwalzheimerowskich. W innych badaniach uzyskano też efekt w postaci poprawy węchu u starych myszy z przetoczona krwią osobników młodych, a korzystny wpływ na zmiany w mózgowiu zwierząt mogą wywierać – jak podają badacze – także obecne we krwi osobników młodszych liczne związki chemiczne i biomolekuły. Również we krwi człowieka znajduje się szereg związków chemicznych wpływających na aktywność genów, a poprzez to na pracę licznych tkanek, w tym mózgu. Zatem następnym krokiem powinny być badania prowadzone już na ludziach. Niemniej pamiętać należy o sporej różnicy między człowiekiem a gryzoniami, dotyczącej tempa i charakteru metabolizmu, grup krwi, a także gatunkowo-specyficznej długości życia (mysz żyje 2 lata, a metabolizm zwierzęcia jest 40-krotnie szybszy niż człowieka).

Nie tylko, jak się okazuje, krew może mieć właściwości regeneracyjne. Podobne jak z krwią efekty uzyskano w badaniach dotyczących jajników. Z opublikowanych badań zespołu japońskiego (zespół badawczy Noriko Kagawy, jednej z tokijskich klinik) wynika, że gdy starym samicom myszy przeszczepiono jeden, bądź oba jajniki pobrane od osobników młodych, odzyskiwały one nie tylko płodność, ale żyły nawet o 40% dłużej. Inne badania (prowadzone w Utah State University) natomiast wykazały, że stare osobniki z przeszczepionymi młodymi jajnikami charakteryzują się wyższą odpornością na infekcje, a ich metabolizm jest bardziej korzystny.

A co ze środkami farmakologicznymi jako eliksirem młodości? Okazuje się, że co najmniej kilka leków, choć zatwierdzonych do stosowania u ludzi z innych wskazań, działa również na mechanizmy komórkowe, ingerencja w które pozwala na przedłużenie życia. Niektóre z tych specyfików, jak już udowodniono, mają zdolność prze-

dłużania średniego i maksymalnego czasu życia u myszy i innych zwierząt laboratoryjnych. W roku 2016 rozpoczęto pierwsze badania kliniczne sprawdzające, czy lek metformina, popularny w leczeniu cukrzycy – spowalnia starzenie u ludzi. Skądinąd wiemy od dawna, że osoby chore na cukrzycę starzeją się w tempie szybszym niż ludzie zdrowi (m.in. glukoza modyfikuje białka – glikacja białek). Metformina, jak wykazały badania epidemiologiczne, ma działanie przeciwnowotworowe – osoby przyjmujące ten specyfik rzadziej zapadają na nowotwory złośliwe. Metformina korzystnie wpływa na pracę układu sercowo-naczyniowego. Ponadto, jak wynika z badań brytyjskich (2014), osoby starsze chorujące na cukrzycę, a przyjmujące metforminę żyją o 15% dłużej niż grupa kontrolna osób niechorujących. Żyli też dłużej od pacjentów chorych przyjmujących inne leki – pochodne sulfonilomocznika, co sugeruje, że nie samo leczenie cukrzycy odpowiada za obserwowany efekt, a właśnie stosowanie w terapii metforminy. Sam mechanizm molekularny takiego działania metforminy nie jest do końca jasny, niemniej wiadomo, że ma ona wpływ na działanie insuliny i działa hamująco na szlak biochemiczny mTOR.

Gdy w roku 2001 zauważono, że głodzone komórki drożdży żyją dłużej (Valter Longo, University of Southern California), stwierdzono, że za efekt ten odpowiada kaskada procesów molekularnych zwana mTOR. Tak nazywany jest też kluczowy enzym tego szlaku regulującego metabolizm komórkowy. Podobne efekty jak głodzenie wywołuje specyfik znany jako rapamycyna (izolowany z bakterii glebowych). Kiedy dochodzi do aktywacji mTOR, komórka metabolizuje intensywnie, a kiedy mTOR zostaje zablokowany, np. przez rapamycynę lub poprzez głodzenie, metabolizm komórkowy spowalnia. Ma to wpływ na długość życia komórek. Wiadomo obecnie, że głodzenie i restrykcja kaloryczna są czynnikiem wydłużającym życie zwierząt laboratoryjnych. Ponadto rapamycyna znalazła obecnie zastosowanie jako immunosupresant i lek przeciwnowotworowy. Gdy myszom zaaplikowano rapamycynę (ośrodki badawcze w USA – San Antonio w Tekasie i Ann Arbor w Michigan oraz Bar Harbor w Maine) mysie samice żyły o 13% dłużej, a samce o 9% dłużej. Problemem ze stosowaniem przeciwarstwowym rapamycyny jest jednak to, że silnie osłabia ona działanie układu odpornościowego. Nie wiadomo zatem, czy uzyskane w warunkach laboratoryjnych efekty mogłyby zaistnieć poza laboratorium. Niemniej warto w tym kontekście wspomnieć o badaniach przeprowadzonych w Danii, które wykazały, że zdrowi stulatkowie charakteryzowali się obniżoną aktywnością mTOR.

Wydaje się, że idealny farmakologiczny eliksir młodości to jednak wciąż marzenie trudne do zrealizowania. Przy tym pamiętać należy o tym, że starzenie nie jest chorobą i rozpatrywane musi być jako efekt sze-

regu procesów molekularnych przebiegających na poziomie subkomórkowym, a także wyższych poziomach organizacji życia. I poszukujemy specyfików mających wpływ na przebieg tych procesów. A potencjalnych kandydatów do grona takich eliksirów testuje się obecnie całkiem sporo. Akarboza, lek stosowany przeciwko cukrzycy, znacząco przedłuża życie mysim samcom. Lek hormonalny alfa-estradiol, także spowalnia starzenie. Czynniki stosowane w terapii nowotworów mogą być potencjalnie wykorzystywane do usuwania ze starzejącego się organizmu komórek, których funkcjonowanie jest zaburzone i mogą być potencjalnym zagrożeniem dla całego organizmu. Wśród specyfików, które mogą likwidować takie zestarzałe uszkodzone komórki (na drodze apoptozy), są brane pod uwagę dwa mające zastosowanie jako leki przeciwko nowotworom – dasatinib i nawitoklaks oraz kwercetyna, będąca naturalnym flawonoidem o działaniu antyoksydacyjnym (obecna w skórkach jabłek i kaparach). Ponadto badane są sirtuiny, enzymy usuwające z organizmu szereg toksycznych metabolitów (w tym wolne rodniki) oraz regulujące metabolizm komórkowy.

Samych teorii wyjaśniających mechanizmy starzenia znanych jest kilkanaście, a każda starzenie opisuje jako efekt szeregu zmian molekularnych zachodzących w czasie życia komórek i organizmów. I przecież nie chodzi w tych poszukiwaniach o wyeliminowanie z naszego życia starzenia i śmierci – te wpisane są nie tylko w naszą ontogenezę, ale i filogenezę całego świata organizmów wielokomórkowych żyjących na Ziemi. Chodzi w tym wszystkim o takie poznanie mechanizmów odpowiadających za starzenie i możliwości ingerencji w nie, aby ostatni z etapów naszego życia uczynić coraz dłuższym (wydłuża się tylko ten etap naszego życia osobniczego!) i przebiegającym w dobrym zdrowiu. A jakie są granice naszej długowieczności? Może odpowiedzi na to pytanie nie należy w ogóle poszukiwać?

DO PRZECZYTANIA:

[1] Bannister C.A. i in., *Can People with Type 2 Diabetes Live Longer than Those Without? A Comparison of Mortality in People Initiated with Metformin or Sulphonylurea Monotherapy and Matched, Non-Diabetic Controls*, Diabetes, Obesity and Metabolism t.16, 11, listopad 2014;

[2] Lamming D.W. i in., *Rapalogs and mTOR inhibitors as Anti-aging Therapeutics*, Journal of Clinical Investigation t.123, 3, marzec 2013;

[3] Jurgowiak M., Oliński R. *Proces starzenia – przegląd aktualnych teorii i poglądów*, KOSMOS t.47, 1, 1–11, 1998;

[4] Nadolski K., *Pociąg do wieczności*, Wiedza i Życie nr 5, maj 2017.

Dr n. med. Marek JURGOWIAK

Członek Rady Programowej „PRIMUM”, sekretarz Rady Programowej Centrum Nowoczesności „Młyn Wiedzy” w Toruniu, pracownik Katedry i Zakładu Biochemii Klinicznej Collegium Medicum UMK.

NOWOCZESNA I OPŁACALNA EDUKACJA PACJENTA

Polski pacjent leczony jest przez lekarzy, których jest niewielu, którzy poświęcają mu mało czasu i pozostawiają go z chorobą, o której nic nie wie. Dzieje się to w warunkach mocno ograniczonego budżetu na edukację pacjenta oraz na programy zdrowotne, których droga do doskonałości jest jeszcze daleka. Czy wizja nowoczesnej i opłacalnej edukacji pacjenta jest tylko mrzonką czy realną szansą do zrealizowania w następnych latach?

W Polsce oraz w wielu krajach na świecie ustawy obowiązki edukacji pacjenta nałożony jest na lekarzy, pielęgniarki i położne, a także – w mniejszym stopniu – na inny personel medyczny oraz specjalnie wytrenowanych edukatorów zdrowotnych. Celem takiej edukacji jest przekazanie wyczerpującej i klarownej informacji na temat choroby oraz poradnictwo w zakresie pożądanego zachowań. Całość ma służyć bądź ukształtowaniu pewnych nawyków (np. odpowiednie stosowanie leków), bądź modyfikacji zachowań (np. zaprzestanie palenia tytoniu). Miejscem edukacji jest najczęściej jednostka podstawowej opieki zdrowotnej, przychodnia specjalistyczna lub szpital. Edukacja pacjenta odbywa się na każdym etapie profilaktyki chorób, tj. pierwotnej, wtórnej i III stopnia (patrz słowniczek pojęć). W zależności od etapu profilaktyki jej celem jest albo niedopuszczenie do wystąpienia choroby, albo monitorowanie stanu zdrowia, albo wczesne wykrywanie oraz ograniczenie postępu choroby i/lub odwrócenie jej skutków (o ile to możliwe). Istotną częścią systemu są programy zdrowotne, które nierzadko zawierają elementy edukacji pacjenta lub są na niej głównie skoncentrowane. Jeśli edukacja pacjenta ma funkcjonować sprawnie i zgodnie z założonym celem, kolejnym nieodłącznym elementem systemu jest zapewnienie odpowiedniego finansowania publicznego. W tak zarysowanej strukturze aktorów i zasobów służących edukacji pacjenta przyjrzyjmy się, jaki jest jej stan faktyczny w Polsce, ocenimy skuteczność i opłacalność działań edukacyjnych oraz zastanówmy się, jak edukacja pacjenta może wyglądać jako nowoczesna, skuteczna i opłacalna aktywność.

Zasoby systemowe

Warunkiem wstępnym sprawnego funkcjonowania edukacji pacjenta w Polsce jest odpowiednia liczba lekarzy i pielęgniarek oraz faktyczne realizowanie przez nich tej edukacji. Organizacja Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (*Organisation for Economic Co-operation and Development* – OECD) dostarcza danych porównawczych dotyczących sektora zdrowotnego w krajach zrzeszonych. Niewielka liczba lekarzy i pielęgniarek w Polsce

nie jest nowością nawet dla osób sporadycznie obserwujących nasz system ochrony zdrowia. W Polsce na 1000 mieszkańców przypada 2,3 lekarza, dla porównania – w Niemczech 4,1, w Hiszpanii 3,9. Nie napawa to optymizmem, jeśli chodzi o realizację zadania edukacji zdrowotnej. Jeśli natomiast przyjrzymy się skumulowanemu wskaźnikowi lekarzy i pielęgniarek, ciągle dostrzegalna będzie istotna luka w podstawowych zasobach profesjonalnych w porównaniu z innymi krajami OECD (7,5 na 1000 mieszkańców w Polsce, dla porównania – 11 w Wlk. Brytanii i aż 17,2 w Niemczech).

Kolejnym elementem równania jest średni czas wizyty lekarskiej. Zna go każdy z nas z autopsji, mediów i prasy specjalistycznej. To średnio kilka minut w gabinecie lekarza podstawowej opieki zdrowotnej i co najwyżej kilkanaście w poradni specjalistycznej. Tym razem sytuacja pacjenta w krajach zachodnich wcale nie wygląda lepiej – średni czas wizyty lekarskiej jest podobny.

Sytuacja edukacji pacjenta jest niewiele lepsza, jeśli chodzi o zasoby finansowe systemu. Publiczne wydatki na ochronę zdrowia (na głowę mieszkańca, w dolarach amerykańskich, wg parytetu siły nabywczej pieniądza) wynoszą w Polsce nieco ponad 1160 \$, natomiast w Wielkiej Brytanii i Niemczech są odpowiednio trzy- i czterokrotnie wyższe (3160 i 4332 \$). Na edukację pacjenta oraz programy poradnictwa zdrowotnego polski płatnik publiczny przeznacza średnio jednego dolara, podczas gdy w Niemczech jest to poziom 19-krotnie, a w Belgii nawet 60-krotnie wyższy! I nie jest to tylko kwestia porównań z krajami zachodniej Europy – w Czechach, a więc kraju bliższym Polsce, jeśli chodzi o poziom rozwoju gospodarczego, wydatki te są blisko pięciokrotnie wyższe (dane OECD).

Co i w jaki sposób determinuje skuteczną edukację pacjenta?

Aby nie dostać bólu głowy od tych liczb i porównań, należy się zastanowić, jakie mają one znaczenie dla edukacji pacjenta. Można przecież zestawić dowolne wskaźniki z forsowaną tezą i odnaleźć chociażby przypadkowy związek. Na szczęście OECD dostarcza interesujących danych dotyczących jakości opieki zdrowotnej, które są dostępne również dla Polski. Mowa tu o odsetku pacjentów deklarujących otrzymanie łatwej do zrozumienia informacji od swojego stałego lekarza podczas konsultacji. Biorąc pod uwagę niekorzystnie wypadające zestawienie zasobów systemowych Polski i innych państw OECD, odsetek ten dla naszego kraju jest umiarkowanie wysoki i wynosi 69,5%. Dla porównania – we Francji jest on

nieduższy i sięga prawie 84%, natomiast w Wielkiej Brytanii i Niemczech to już 90% (dane OECD).

W piśmiennictwie naukowym toczą się szerokie dyskusje na temat determinant edukacji pacjenta. Nie jest to jednak miejsce na omówienie tego zagadnienia w sposób wyczerpujący. Przyjrzyjmy się zatem interesującym, a zarazem prostym związkom pomiędzy zasobami systemowymi a odsetkiem pacjentów deklarujących otrzymanie łatwej do przyswojenia informacji zdrowotnej. Można założyć, że odsetek ten określa do pewnego stopnia skuteczność wysiłków lekarzy i pielęgniarek w edukowaniu pacjenta. Okazuje się, że liczba lekarzy jest istotnie związana ze wspomnianym wcześniej odsetkiem pacjentów deklarujących otrzymanie łatwej do zrozumienia informacji. Jest to umiarkowanie silny, pozytywny związek liniowy (współczynnik korelacji Pearsona $r = 0,66$), co oznacza, że im więcej jest lekarzy, tym odsetek ten jest większy (obliczenia własne na podstawie danych OECD). Jeśli związek ten byłby udowodniony w badaniu populacyjnym, wniosek byłby taki, że na każdego dodatkowego lekarza przypadającego na 1000 mieszkańców odsetek pacjentów deklarujących otrzymanie łatwej do zrozumienia informacji zwiększyłby się średnio aż o 8%. Analizując zbiorczo liczbę lekarzy i pielęgniarek, otrzymujemy jeszcze silniejszą korelację ($r = 0,81$). Podobnie silny związek występuje pomiędzy wydatkami publicznymi na ochronę zdrowia a odsetkiem pacjentów deklarujących otrzymanie łatwej do zrozumienia informacji ($r = 0,82$; obliczenia własne). Co prawda, zaprezentowane zależności są wyłącznie statystyczne, jednak nietrudno wyobrazić sobie mechanizm uprawdopodobniający związek pomiędzy liczbą lekarzy w danym kraju czy wydatkami publicznymi na ochronę zdrowia a odsetkiem osób otrzymujących zrozumiałą informację zdrowotną. Liczniejsi lekarze oznaczają mniej restrykcji dotyczących czasu wizyty, a to prowadzi do efektywniejszego przekazywania wyczerpującej informacji o stanie zdrowia.

Kolejną porcję interesujących zależności przynosi analiza odsetka pacjentów deklarujących otrzymanie zrozumiałej informacji zdrowotnej i występowania modyfikowalnych czynników ryzyka, takich jak palenie tytoniu i konsumpcja alkoholu. Są to czynniki ryzyka wielu chorób przewlekłych układu oddechowego i sercowo-naczyniowego oraz nowotworów. Nierzadko w ramach konsultacji lekarskiej elementem porady jest zalecenie zaprzestania palenia tytoniu lub ograniczenia picia alkoholu. Okazuje się, że odsetek pacjentów otrzymujących zrozumiałą informację zdrowotną słabo koreluje ujemnie z poziomem picia alkoholu, definiowanym jako ilość alkoholu wypijanego rocznie na jedną osobę ($r = -0,1$), oraz nie jest w ogóle związany ze spadkiem poziomu palenia tytoniu, rozumianym jako liczba papierosów wypalanych dziennie. Tak więc zwiększenie odsetka osób otrzymujących wyczerpującą informację nie wpływa – lub wpływa znikomo – na ograniczenie istotnych czyn-

ników ryzyka. Silnie lub bardzo silnie koreluje natomiast z ograniczeniem czynników ryzyka poziom publicznych wydatków na edukację pacjenta oraz programy poradnictwa zdrowotnego ($r = -0,56$ dla palenia tytoniu i aż $-0,96$ dla picia alkoholu).

Co to wszystko oznacza? Te proste eksperymenty statystyczne pokazują, że do skutecznej edukacji zdrowotnej potrzebne są nie tylko profesjonalne kadry, lecz także środki finansowe – nie te przeznaczone ogólnie na zdrowie, ale specjalnie na edukację pacjenta i programy poradnictwa.

Samorządowe programy zdrowotne

Edukacja pacjenta nie musi się odbywać wyłącznie w podmiocie leczniczym. Świadczą o tym coraz liczniejsze samorządowe i narodowe programy zdrowotne. Z uwagi na obowiązek opiniowania samorządowych programów przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji powszechnie dostępne są dotyczące ich statystyki. W ubiegłym roku w Polsce zaplanowano 240 programów zdrowotnych (nie uwzględniając programów narodowych), co jest wskaźnikiem nie najgorszym, biorąc pod uwagę, że w mamy 2478 gmin.

Problem pomiaru skuteczności i opłacalności edukacji pacjenta

Niedużo bardziej ponury obraz wyłania się, jeśli przyjrzemy się finansowaniu programów zdrowotnych. Najwyższa Izba Kontroli wskazuje, że w 2015 r. na samorządowe programy zdrowotne przeznaczono jedynie 0,042% całkowitych wydatków samorządowych. Średnioroczne wydatki na programy zdrowotne w przeliczeniu na jednego mieszkańca to nieco ponad 4 zł w jednych województwach, natomiast w innych zaledwie 0,8 zł (dane NIK)! Nawet jeśli są to niewielkie wydatki dla poszczególnych jednostek samorządu terytorialnego, to w skali kraju jest to średnio kilkadziesiąt milionów złotych rocznie. Ponadto płatnik tych programów, czyli podatnik, ma prawo wymagać, aby były to środki wydane racjonalnie, tym bardziej że myśląc w kategoriach kosztu oportunistycznego – środków wydanych np. na nieskuteczny program zdrowotny nie można już zainwestować w nic innego (np. w terapię dla kilku osób z chorobą rzadką lub kilkuset z chorobą nowotworową). Aby program zdrowotny był skuteczny i opłacalny, tj. korzyści z niego wynikające przeważały koszty, ważne jest nie tylko jego właściwe wykonanie, lecz także rygorystyczne monitorowanie i ocena efektów. Jak zauważa NIK, w przypadku około połowy programów zdrowotnych nie podjęto oceny ich efektów.

Problem jest więc istotny, a potęgują go trudności metodologiczne. O ile edukacja pacjenta jest relatywnie nieskomplikowana do uchwycenia w warunkach randomizowanego badania klinicznego (interwencja plus edukacja *versus* interwencja bez edukacji), o tyle w warunkach re-

alnej praktyki klinicznej czas obserwacji musi być odpowiednio długi, aby zmierzyć efekty edukacji pacjenta przy odpowiednim zidentyfikowaniu i kontrolowaniu czynników zakłócających. To samo dotyczy pomiaru efektów programów zdrowotnych. Ich skuteczność jest trudna do uchwycenia, a jeszcze trudniejsze może być jej przedstawienie w jednostkach monetarnych, tak aby można ją było zestawić z wydatkami poniesionymi na program. Efektem takiego podejścia, czyli analizy koszt-korzyści (*cost-benefit analysis* – CBA), jest zysk lub strata netto, a więc natychmiastowym wnioskiem, czy inwestycja w program była opłacalna czy nie.

Optymalizacja edukacji pacjenta

Reasumując – po stronie słabych stron i zagrożeń dla edukacji pacjenta mamy ograniczone zasoby, zarówno ludzkie, jak i finansowe, a także nieoptymalne wykonanie i niedostateczne finansowanie programów zdrowotnych. Istnieje jednak szereg mocnych stron systemowych i szans, których wykorzystanie będzie sprzyjać skutecznej i opłacalnej edukacji pacjenta.

Pierwsza szansa dotyczy zasobów ludzkich. Absolwenci zdrowia publicznego czy psychologii po odpowiednim przeszkoleniu mogliby skutecznie wypełnić lukę w edukacji pacjenta powstałą na skutek niewystarczającego czasu wizyty lekarskiej. Odpowiednio skonstruowane wymagania wobec edukatora i elastyczne warunki zatrudnienia w połączeniu z zachętami ze strony regulatora systemu w kierunku świadczeniodawcy (np. negocjacje kontraktu) mogłyby na stałe wpisać zawód edukatora w krajobraz podmiotów leczniczych w Polsce. Już dziś funkcjonuje instytucja edukatora oraz dietetyka – wydaje się jednak, że liczba tych osób powinna być większa, a kompetencje na tyle szerokie, aby zabezpieczyć odpowiednie podejście specjalisty względem różnych czynników ryzyka i chorób.

Druga istotna szansa wiąże się z technologią. Duża liczba i różnorodność aplikacji zdrowotnych stanowi o szybko rozwijającym się rynku. Skoro mamy do czynienia z brakami kadrowymi, można je do pewnego stopnia wypełnić interaktywnymi systemami, które dzięki skrupulatnemu zaprojektowaniu mogą stać się nieodłącznym towarzyszem pacjenta w chorobie. Amerykański Healthwise (<http://www.healthwise.org/>) już od dawna projektuje i dostarcza interaktywne aplikacje na potrzeby informowania pacjenta przez świadczeniodawców. Systemy te za pomocą określonych pytań i odpowiedzi są w stanie udzielić łatwej do zrozumienia, obrazowej informacji o czynnikach ryzyka i chorobie. Pacjent otrzymuje wyczerpującą informację podczas wizyty, a to, czy ją zapamięta (i w jakim stopniu) – to zupełnie inna sprawa. Według Healthwise 40–80% informacji przekazanych podczas wizyty zostanie przez pacjenta zapomnianych po wizycie, a połowa z tego, co pozostanie, będzie zapamiętana niewłaściwie. Nie ma podstaw, aby uwa-

żać, że ta prawidłowość nie dotyczy polskich pacjentów. Rozwiązaniem może być praktyka utrwalania informacji i zaleceń lekarskich przy wykorzystaniu interaktywnego terminalu na terenie podmiotu leczniczego i poza nim za pomocą specjalnej mobilnej aplikacji. Odbывало бы się to natychmiast po zakończeniu wizyty lekarskiej. Rozwiązanie to absolutnie nie jest podważeniem kompetencji lekarza lub pielęgniarki ani propozycją zdjęcia z nich obowiązku edukacji pacjenta, ale jedynie działaniem uzupełniającym i szansą do wykorzystania wobec zmian technologicznych i ogólnie postępującej medykalizacji społeczeństwa. Odpowiednio zaprojektowany pilotaż potwierdziłby bądź wykluczył zasadność tego pomysłu. Nie widać większych przeszkód (poza potencjalnym konfliktem interesów), aby do tej aktywności zaprosić przemysł medyczny i farmaceutyczny, np. poprzez zobowiązanie do stworzenia i/lub finansowania takich działań (przy kontroli regulatora systemu) w zamian za korzystne zachęty, np. refundacyjno-cenowe. Przemysł na ogół dysponuje kompleksową wiedzą na temat danej jednostki chorobowej i standardów leczenia oraz bezpieczeństwa farmakoterapii. Równie dobrze kompetencja taka może leżeć po stronie wydziałów zdrowia lub instytutów zdrowotnych lub akademickich na poziomie centralnym lub regionalnym albo zewnętrznych podmiotów w trybie przetargu publicznego.

Kolejną szansą i mocną stroną jest silna w Polsce kultura oceny technologii medycznych (*health technology*

SŁOWNICZEK POJĘĆ

Profilaktyka (prewencja) chorób dzieli się na:

- **profilaktykę pierwotną**, skierowaną do osób zdrowych i tych z wysokim ryzykiem wystąpienia chorób, której celem jest niedopuszczenie do wystąpienia choroby oraz kontrolowanie czynników ryzyka;
- **profilaktykę wtórną**, skierowaną do osób we wczesnym stadium choroby, której celem jest wczesne wykrywanie chorób (tzw. *skrining*);
- **prewencję III stopnia**, skierowaną do osób chorych, której celem jest redukcja skutków choroby lub ich odwrócenie, o ile to możliwe.

W Polsce spotykane jest pojęcie profilaktyka zdrowotna lub prozdrowotna, które jest co najmniej niefortunne. Próżno szukać w piśmiennictwie anglojęzycznym terminów *health prevention*. Stosowane jest *disease prevention*, czyli profilaktyka chorób. Chcemy zapobiegać chorobom, a nie zdrowiu, dlatego poprawną formą jest profilaktyka (prewencja) chorób.

Program zdrowotny (program polityki zdrowotnej) to finansowany ze środków publicznych zespół zaplanowanych i zamierzonych działań z zakresu opieki zdrowotnej, które są oceniane jako skuteczne, bezpieczne i uzasadnione. Umożliwia osiągnięcie założonych celów w określonym terminie. Cele te polegają na wykrywaniu i zrealizowaniu określonych potrzeb zdrowotnych oraz poprawie stanu zdrowia określonej grupy pacjentów (za Ministerstwem Zdrowia).

assessment – HTA), która dostarcza metod i sposobów pomiaru skuteczności i opłacalności programów zdrowotnych. Bardzo ważnym elementem budowania nowoczesnej edukacji pacjenta będzie rozwój kompetencji HTA wśród projektujących, wdrażających i monitorujących programy zdrowotne.

Inną mocną stroną są już istniejące kadry i inicjatywy, takie jak szkoła astmy albo grupy pacjentów diabetologicznych, prowadzone przez edukatorów zdrowotnych. Modyfikacja zachowań zdrowotnych wymaga jednak zachowania ciągłości, dlatego epizodyczny charakter takich wydarzeń wpływa niekorzystnie na trwałość zdrowotnych zachowań pacjenta.

Ostatnim elementem edukacji pacjenta jest podjęcie problemu zagrożeń poprzez sukcesywne zwiększanie finansowania edukacji pacjenta oraz liczby profesjonalistów medycznych w Polsce.

Nakreślony (po wstępnej analizie) szkielet nowoczesnej, skutecznej i opłacalnej edukacji pacjenta jest real-

ny, ale raczej w następnych dekadach niż w najbliższych latach, biorąc pod uwagę złożoność wymaganych działań. Wszystko to pod warunkiem odpowiedniej woli politycznej i potraktowania tych działań jako inwestycji w zdrowie, a także redukcji asymetrii informacyjnej w relacji pacjent–lekarz, sprzyjającej umocnieniu roli pacjenta w procesie diagnostyczno-terapeutycznym i podejmowaniu wspólnych decyzji.

Krzysztof ŁACH

Autor był asystentem w Zakładzie Promocji Zdrowia Instytutu Zdrowia Publicznego Collegium Medicum UJ w Krakowie (2010–2013). Obecnie piastuje funkcję pricing & market access associate manager w Creativ-Ceutical z Krakowa.

Poglądy przedstawione w artykule są wyłącznie stanowiskiem autora, a nie instytucji wskazanej w afiliacji.

(przedruk z „Menedżera Zdrowia” nr 4-5/17)

KIEDY CHIRURG POWINIEN POWIEDZIEĆ SOBIE: STOP

Czy można określić, do jakiego biologicznego wieku chirurg może stawać przy stole operacyjnym bez obawy, że z przyczyn fizjologicznych zaszkodzi pacjentowi? I kto ma to oceniać?

W Krakowie rozgorzała dyskusja. Wywołała ją decyzja dyrektor Krakowskiego Szpitala Specjalistycznego im. Jana Pawła II, którą prof. dr. hab. med. Jerzemu Sadowskiemu, znanemu i uznanemu lekarzowi, długoletniemu kierownikowi kardiologii, po latach pracy zaproponowała nowy kontrakt z pensją 800 zł, bez możliwości operowania pacjentów. Chirurg upokorzony takim potraktowaniem. Formalnym powodem decyzji był, jak tłumaczyła dyrektor Anna Prokop-Staszecka, wiek lekarza: 73 lata

Panu już dziękujemy

Zgodnie z prawem zawód lekarza nie ma limitu wieku, prawo jego wykonywania jest bezterminowe i to sami lekarze powinni podjąć odpowiedzialną decyzję o rezygnacji. Czasem jednak nie potrafią, tymczasem ograniczenia związane z wiekiem istnieją, niezależnie od wyglądu i samopoczucia.

- Jestem odpowiedzialnym lekarzem i nigdy nie położyłbym na szali zaufania, jakim obdarzył mnie pacjent, oddając w moje ręce swoje życie. Doświadczenie pozwala mi kalkulować takie przeprowadzenie zabiegu, by wybrać opcję najlepszą dla pacjenta – mówi prof. Jerzy Sadowski. – Znam swoje ograniczenia. Na przykład, choć mógłbym dalej przeprowadzać zabiegi z zakresu chirurgii wieńcowej, nie robię tego. To małe naczynia, wymagają cierpliwości. Koledzy są w tym lepsi. Z kolei w ope-

racjach zastawkowych czuję się jak ryba w wodzie, robię je dobrze i szybko. Nie jestem przeciwny obiektywnej walidacji możliwości psychofizycznych lekarzy, w tym moich – dodaje.

Pytanie, kto miałby tej oceny dokonywać? Bo przecież nie sam zainteresowany. Subiektywna ocena samopoczucia i sprawności nie zawsze jest równoznaczna z oceną obiektywną. I choć to prawda, że dzisiaj wiek biologiczny coraz częściej odbiega od metrykalnego, to jednak fizjologia jest nieubłagana. Procesy starzenia zachodzą w każdym organizmie, czasem są jedynie mniej widoczne.

Sam zainteresowany proponuje, żeby – póki nie będzie lepszego systemu – oceny merytorycznej pracy chirurga dokonywał zespół innych lekarzy. Może to być np. rada szpitala złożona z ordynatorów. Na pewno nie powinien tego robić jednoosobowo dyrektor, który na dodatek nie ma nic wspólnego z chirurgią.

Opinie innych lekarzy

Prof. dr. hab. med. Janusz Skalski, kierownik Kliniki Kardiologii Dziecięcej Uniwersyteckiego Szpitala Dziecięcego w Krakowie, mówi: – *Osobiście jestem za tym, aby chirurg wykształcił uczniów, następców i wycofał się z zabiegowej działalności medycznej wraz z dniem odejścia na emeryturę, czyli w wieku 70 lat w przypadku profesorów. Obawiam się, że gdyby doszło do powikłania po mojej operacji, przeprowadzonej w emerytalnym wieku, nie byłbym w stanie obronić się przed zarzutem, że moja sprawność (niesprawność starszego człowieka) zadecydowała o niepowodzeniu. Byłoby to dla mnie straszne przeżycie, nikomu tego nie życzę. Chyba by mnie to dobiło.*

Prof. Skalski podkreśla, że jego zastrzeżenia dotyczą publicznej ochrony zdrowia. Żaden szpital na świecie nie chce przecież płacić odszkodowań, a statystyki są bezwzględne.

- Nie znaczy to, że chirurdzy nie mogą pracować nadal w szpitalu prywatnym. Prywatna działalność rządzi się odrębnymi prawami i tam pacjent może sobie operatora wybrać, świadomie decyduje się na np. starszego lekarza. O tym też decyduje zarządca firmy prywatnej lub właściciel niepublicznego szpitala. Nie wiem, jak to jest w przypadku np. pilotów samolotów pasażerskich, kierowców autobusów, operatorów dźwigów, sztygarów w kopalni. Sądzę, że istnieje ściśle przestrzeganie określonej dla tych zawodów granicy wiekowej. Tych zasad oczywiście nie można przenosić automatycznie na medycynę i chirurgię, ale coś w tym jest. W przypadku chirurgów wyjątki, jak sądzę, mogą być dopuszczalne. Ale kto ma oceniać, kto jest wyjątkiem? Może komisja? Wiemy, bo to powszechnie dostępna wiedza, jak długo pracowali najgenialniejsi kardiochirurdzy w dziejach amerykańskiej i światowej medycyny (prof. Michael DeBakey, prof. Denton Cooley). Nie mam pojęcia, co mogłoby decydować o takich wyjątkach na naszym krajowym polu. Być może prof. Sadowski, świetny chirurg, mógłby być przykładem takiego wyjątku. Ja deklaruje, że przechodząc na emeryturę w wieku 70 lat (daj Boże, abym dożył w formie), nie podejmę się żadnej operacji w publicznej ochronie zdrowia. Tak postąpił np. prof. Działkowiak i jego decyzję należy przyjąć z podziwem i szacunkiem.

Przywołany prof. dr hab. med. Antoni Działkowiak, poprzednik prof. Sadowskiego, w swojej książce „Serce i skalpel” także poruszył problem wieku chirurga: „Jestem przekonany, że nadal po ukończeniu 70 lat życia mogłbym z powodzeniem operować. Nie czynię tego jednak, ponieważ zdaję sobie sprawę, że w kardiochirurgii pięcioprocentowe ryzyko operacyjne rozkłada się proporcjonalnie do liczby wykonywanych zabiegów”.

Prof. Działkowiak przeszedł na emeryturę w 2001 roku. Jeszcze przez dwa lata miał w szpitalu swój gabinet, w którym bywał jako nestor i doradca, ale nie operował. „Ustępujący trzyma się kurczowo stanowiska, a następujący wszelkimi sposobami wypycha poprzednika. (...) Nic dobrego dla obydwu i dla instytucji z tego wyjść nie może” – komentował w książce.

Taka sytuacja, w której dotychczasowy emerytowany szef stara się nadal stawać przy stole operacyjnym, jest dla wszystkich wysoce niezręczna. Jak się zachować, gdy polecenia wydaje wczorajszy podwładny?

Lekarz neurochirurg, pragnący zachować anonimowość, przypomina, że osoba zastępująca odchodzącego na emeryturę chirurga zaczyna tworzyć nowy zespół, w czym obecność poprzednika bardzo przeszkadza. Cała sytuacja, w której dotychczasowy szef staje się kolegą także jest dla zespołu niejednoznaczna. Bo kto ma podejmować decyzje? Owszem, należy korzystać z do-

świadczenia i umiejętności poprzedników, ale nic na siłę. Takie jest następstwo dziejowe, że jedni odchodzą inni przychodzą.

Zdaniem neurochirurga ważna jest też kwestia odpowiedzialności prawnej. Jeśli będzie niepowodzenie,

na kogo spada odpowiedzialność: na szpital czy oświadczenie na lekarza, który prawnie jest na emeryturze?

„Czas zacząć poważną dyskusję o tym, czy podeszły wiek operatorów zwiększa ryzyko odpowiedzialności podmiotów leczniczych za powikłania po zabiegach z ich udziałem. Jeśli to ryzyko jest rzeczywiście wyższe, a wszystko na to wskazuje, taka polityka zatrudnienia (...) byłaby błędem organizacyjnym. I oczywiście argumentem do wycofania przez poszkodowanego pacjenta, w razie sporu ze szpitalem – napisała na swojej stronie bledylekarza.pl mec. Jolanta Budzowska. – Obecnie nie ma jakiegokolwiek systemu regulującego tę kwestię – mówi dr hab. med. Krzysztof Tomaszewski, ortopeda, adiunkt Katedry i Zakładu Anatomii Wydziału Lekarskiego UJ CM w Krakowie. – W moim odczuciu powinna być odgórną granicą wieku, powyżej której umiejętności (a raczej możliwości fizyczne – wytrzymałość, stabilność ręki itp.) osób, które ją przekroczyły, powinny być weryfikowane. I tu pojawia się problem – przez kogo? Musiałby zostać ustalone komisje weryfikacyjne, które preferencyjnie weryfikowałyby umiejętności lekarzy nie ze swojego rejonu. Taki komisje powinny się składać z praktyków obecnie operujących tylko, niefortunnie, jedyną możliwością weryfikacji umiejętności byłoby asystowanie osobie ocenianej do zabiegu. Druga opcja to weryfikacja na podstawie procenta powikłań w wykonywanych procedurach – ale to zadziałałoby tylko, jeśli powikłania raportowane byłyby w sposób rzetelny.

Prof. Sadowski także skłania się do wniosku, by prowadzić statystyki powikłań pooperacyjnych w każdej grupie wiekowej lekarzy. Może się okazać, że najważniejszym faktorem powikłań jest nie podeszły wiek, a przeciwnie – młodość i brak doświadczenia.

Starzenie się ma swoje wady, ale młodość wielokrotnie prowadzi chirurga na manowce. Nie da się przecenić pomocy doświadczonego chirurga, a nauka odbywa się wyłącznie przy stole operacyjnym.

Obecnie nie ma w Polsce jakiegokolwiek systemu regulującego kwestię wieku chirurga. W Anglii np. po ukończeniu 65. r.ż. nie może on operować w publicznych placówkach medycznych. W Polsce średnia wieku chirurga to 55 lat; 50% ma powyżej 50 lat, poniżej 40 lat – 23%. Takie dane podaje prof. dr hab. med. Grzegorz Wallner, konsultant krajowy w dziedzinie chirurgii ogólnej.

- Moim zdaniem wiek metrykalny ma dziś zupełnie inne znaczenie niż kiedyś. Dzisiaj 60-latkowie nie tylko wyglądają 20 lat młodziej, ale też tak się zachowują, korzystając w pełni ze swojego doświadczenia i nabytych przez całe życie umiejętności – mówi dr n. med. Anna Chrapusta, ordynator Oddziału Chirurgii Plastycznej i Re-

konstrukcji Oddziału Oparzeń Szpitala Specjalistycznego im. Ludwika Rydygiera w Krakowie. – Póki lekarz pewnie stoi przy stole operacyjnym, a jego ręka nie drży, a nade wszystko póki ma ochotę przy nim stać, powinien to robić. Zabiegi chirurgiczne to bardzo ciężka i wyczerpująca praca fizyczna. Jeśli mimo tego lekarz wciąż nie ma dość i uważa, że jego siły vitalne wystarczą, by operować, nie ma powodu, aby tego mu zabraniać.

Owszem, dr Chrapusta przyznaje, że chirurg w starszym wieku może nie mieć tak pewnej ręki, jak jego

młodszy kolega, ale umiejętności nabywane latami są nie do przecenienia.

Według danych Naczelnej Izby Lekarskiej w Polsce pracuje 13.147 lekarzy (nie licząc dentystów), którzy ukończyli 71. r.ż. To blisko 10% wszystkich lekarzy czynnych zawodowo

Elżbieta BOREK

(przedruk z „Medical Tribune” nr 10/17)

DRESS CODE NA DYŻYRZE

JAK BĘDZIEMY SIĘ UBIERAĆ W POLSKICH SZPITALACH

Sprawa jest ewidentnie gorącym tematem i wymaga szybkiego wdrożenia zmian nie tylko w mentalności, lecz także w rzeczywistości polskich szpitali.

Dlaczego białe fartuchy?

W 1990 r. w 15 europejskich krajach przeprowadzono badanie, którego celem było uzyskanie odpowiedzi na pytanie, dlaczego lekarze noszą białe fartuchy¹. Oto trzy najczęściej podawane powody:

- ze względu na łatwe rozpoznawanie lekarza przez personel i pacjentów,
- w celu przechowywania przedmiotów podręcznych w kieszeniach,
- aby zachować czystość ubrań.

W ostatnich latach opublikowano wiele badań dotyczących kontaminacji ubrań roboczych personelu bakteriami chorobotwórczymi. Badania zostały poddane analizie w pracy przeglądowej z 2016 r., z której wynika, że ubrania robocze oraz przedmioty podręczne (np. stetoskopy, telefony) są często zanieczyszczane bakteriami, m.in. gronkowcami złocistymi (w tym MRSA) i wieloopornymi pałeczkami Gram-ujemnymi².

Zalecenia brytyjskie i amerykańskie

Na podstawie przeglądu badań wskazujących na ryzyko transmisji drobnoustrojów chorobotwórczych na pacjentów poprzez ubrania pracowników Ministerstwo Zdrowia Wlk. Brytanii w 2007 r. wydało zalecenia dla szpitali dotyczące właściwej polityki ubraniowej³:

- nie cały personel medyczny musi nosić ubrania robocze,
- w kształtowaniu polityki ubraniowej należy brać pod uwagę zarówno względy epidemiologiczne, jak i ocenę szpitala przez pacjentów oraz wizerunek placówki,
- sposób ubierania się personelu powinien wzbudzać zaufanie pacjentów,
- należy nosić ubrania z krótkim rękawem i unikać noszenia białych fartuchów podczas kontaktu z pacjentami,

- należy nosić identyfikatory,
- jeżeli ubrania robocze są prane w warunkach domowych, to należy stosować najwyższą dopuszczalną temperaturę prania (minimum 60°C przez co najmniej 10 minut).

Niedawno opublikowane zalecenia dwóch stowarzyszeń skierowane do szpitali w USA wskazują na konieczność noszenia ubrań w taki sposób, aby nie stanowiły one źródła zakażenia dla pacjentów^{4,5}. Zalecenia jednego z nich, Society for Healthcare Epidemiology of America, uznawane są obecnie za najsilniej wsparte dowodami naukowymi (tab. 1). W badaniach nie wykazano, aby pranie ubrań roboczych w warunkach domowych stanowiło zagrożenie dla pracowników i ich rodzin. Przy przestrzeganiu kilku zasad jest to bezpieczne również dla pacjentów^{6,7}. Białe fartuchy lekarskie są prane najrzadziej i mogą stanowić istotne źródło niebezpiecznych dla pacjentów drobnoustrojów⁸.

Co mówi Kodeks pracy?

Polskie wymagania prawne dotyczące stosowania ubrań ochronnych umieszczone są w Kodeksie pracy – w rozdziale IX (art. 2376 i 2377). Zgodnie z tymi przepisami pracodawca jest obowiązany dostarczyć pracownikowi nieodpłatnie:

- środki ochrony indywidualnej zabezpieczające przed działaniem niebezpiecznych i szkodliwych dla zdrowia czynników występujących w środowisku pracy,
- odzież i obuwie robocze spełniające wymagania określone w Polskich Normach:
- jeżeli odzież własna pracownika może ulec zniszczeniu lub znacznemu zabrudzeniu,
- ze względu na wymagania technologiczne, sanitarne lub bezpieczeństwa i higieny pracy.

Z zapisów Kodeksu pracy wynika, że w szpitalu należy określić stanowiska pracy lub czynności, przy których pracodawca powinien zapewnić pracownikowi ubrania robocze, głównie ze względu na wymagania sanitarne oraz bezpieczeństwo pracownika. Z epidemiologiczne-

Tabela. 1. Zalecenia Society for Healthcare Epidemiology of America z 2014 r. dotyczące noszenia ubrania w szpitalach poza blokiem operacyjnym

Zasada	Omówienie
Nic poniżej łokci	Personel nosi ubrania z krótkim rękawem, bez biżuterii i zegarków
Białe fartuchy	Jeżeli szpital wymaga noszenia białych fartuchów w celu utrzymania tzw. profesjonalnego wyglądu, to należy spełnić dwie poniższe zasady: Personel powinien mieć dostęp do co najmniej dwóch białych fartuchów i do bezpłatnego lub po niskich kosztach prania zapewnianego przez szpital. <i>Uzasadnienie: takie postępowanie pozwala na utrzymanie profesjonalnego wyglądu i na częste pranie fartuchów.</i> Powinny być dostępne wieszaki, na które personel odwiesza białe fartuchy po kontakcie z pacjentem i jego środowiskiem. <i>Uzasadnienie: takie postępowanie pozwala zadbać o profesjonalny wygląd i ograniczyć kontakt pacjenta z potencjalnie zanieczyszczonym mikrobiologicznie fartuchem</i>
Inne elementy ubrania	Nie ma uzasadnienia ograniczenia noszenia krawatów – powinny być zabezpieczone przed kontaktem z bezpośrednim otoczeniem pacjenta
Pranie	Częstotliwość prania: optymalnie ubranie, które ma bezpośredni kontakt z pacjentem lub jego środowiskiem, powinno być prane codziennie Pranie w domu: nie ma jasnego potwierdzenia przewagi prania w pralni szpitalnej nad praniem w domu. Jeśli ubrania są prane w domu, powinna być stosowana najwyższa możliwa temperatura prania
Obuwie	Obuwie powinno okrywać palce i nie mieć obcasów
Identyfikatory	Identyfikatory powinny być noszone w sposób widoczny dla personelu i pacjentów
Stetoskopy	Stetoskop powinien być dezynfekowany przed użyciem do badania kolejnych pacjentów
Inne przedmioty podręczne	Liczba innych przedmiotów podręcznych, takich jak telefony, pieczątki i długopisy, noszonych w trakcie kontaktu z pacjentem powinna zostać ograniczona do minimum, a same przedmioty poddawane stałej dezynfekcji

go punktu widzenia – biorąc pod uwagę bezpieczeństwo personelu – stosowanie indywidualnych środków ochrony jest uzasadnione w następujących sytuacjach:

- wykonywanie czynności narażających pracownika na kontakt z krwią i materiałem biologicznym potencjalnie
- zakaźnym (wirusy hepatotropowe) – dotyczy stosowania rękawiczek oraz ochrony oczu i błon śluzowych jamy ustnej,
- kontakt z pacjentem poddanym izolacji – dotyczy stosowania ochrony w zależności od rodzaju izolacji: masek (izolacja kropelkowa), bądź fartuchów i rękawiczek (izolacja kontaktowa).

W 2013 r. w ramach Narodowego Programu Ochrony Antybiotyków opublikowane zostały zalecenia, zaakceptowane przez Ministerstwo Zdrowia, dotyczące polityki ubraniowej na oddziałach intensywnej terapii. Wynika z nich, że personel medyczny tych oddziałów powinien zakładać czyste ubrania z krótkimi rękawem na każdy dyżur⁹.

Porozmawiajmy o kosztach

Analiza ekonomiczna dotycząca stosowania ubrań roboczych przeprowadzona na podstawie kilku przykładów polskich szpitali dała następujące wyniki:

- zakup ubrań dla personelu: spodnie i bluza z krótkim rękawem – koszt jednego kompletu mieści się w zakresie 40–60 zł netto; aby zachować zasadę zmiany ubrania na każdy dyżur i móc korzystać z usług pralniczych, które zapewnia szpital, jedna osoba potrzebuje ok. 4 kompletów ubrań, co prawdopodobnie może wystarczyć na 2 lata;

- korzystanie z ubrań jednocyfrowych, które szpital otrzymuje w leasingu z pralni – koszt jednego kompletu (bluza i spodnie) na jedno zastosowanie mieści się w zakresie 2,1–2,6 zł netto w zależności od liczby ubrań; dodatkowo wynajęcie szaf zapewniających kontrolowany dostęp do ubrań przez personel medyczny to ok. 5 gr netto więcej za jeden komplet ubrań.

Szpitalna polityka ubraniowa

Biorąc pod uwagę przedstawioną powyżej analizę, można przedstawić następujące sugestie dotyczące szpitalnej polityki ubraniowej:

Decyzja o stosowaniu ubrań roboczych powinna uwzględniać bezpieczeństwo epidemiologiczne pacjentów i personelu oraz dbałość o wizerunek szpitala.

Należy określić, jaki personel medyczny powinien nosić ubrania robocze, bowiem obowiązek ten nie musi dotyczyć każdego członka personelu, zwłaszcza tych osób, które swoje czynności oddziałowe ograniczają do badania pacjentów. Przy wykonywaniu niektórych zabiegów mogą być stosowane jednorazowe fartuchy ochronne.

Za najbardziej niebezpieczny dla pacjentów – z epidemiologicznego punktu widzenia – należy uznać sposób postępowania, w którym personel medyczny pozostający w kontakcie z pacjentem nosi fartuchy przez wiele dni, a kieszenie pełne są przedmiotów podręcznych.

Należy stosować zasadę – nic poniżej łokci, co implikuje noszenie ubrań z krótkim rękawem oraz ręce wolne od biżuterii.

Powinno się ustalić w szpitalu zasady korzystania z przedmiotów podręcznych oraz sposób ich dekontaminacji. Przedmioty podręczne, takie jak stetoskopy, po-

winny być dezynfekowane między badaniami poszczególnych pacjentów. Liczba przedmiotów podręcznych noszonych w kieszeniach, takich jak telefony czy pieczątki, powinna zostać ograniczona do minimum; nie powinny być one dotykane w trakcie kontaktu z pacjentem i przed przeprowadzeniem higieny rąk, należy je też poddawać okresowej dezynfekcji.

Częstotliwość prania ubrań roboczych powinna być uzależniona od intensywności kontaktu z pacjentem i jego środowiskiem. W przypadku częstego kontaktu z pacjentami ubrania powinny być traktowane jako jednoryzowe i po zakończeniu dnia pracy prane.

Większość wyżej wymienionych sugestii dotyczy górnej części ubrania, spodnie można z reguły stosować wielokrotnie, z wyjątkiem personelu wykonującego prace, w trakcie których dolna część ubrania również pozostaje w częstym kontakcie z pacjentem i jego środowiskiem.

W przypadku napotkania barier finansowych wdrożenie zasad polityki ubraniowej powinno dotyczyć przede wszystkim personelu oddziałów intensywnej terapii, oddziałów hospitalizujących pacjentów szczególnie podatnych na zakażenia, oddziałów o udokumentowanym łatwym przenoszeniu drobnoustrojów drogą kontaktową (np. *Clostridium difficile* czy *Klebsiella pneumoniae*) oraz personelu sprząającego.

Nie ma przesłanek epidemiologicznych, aby zabraniać personelowi medycznemu prania ubrań roboczych w warunkach domowych. W przypadku korzystania z prania domowego należy opracować i wdrożyć następujące zasady: pranie w najwyższej dopuszczalnej temperaturze (minimum 60°C), pranie ubrania roboczego w osobnym cyklu pralniczym – bez innych ubrań, przenoszenie ubrania między domem i pracą w sposób gwarantujący zachowanie jego czystości.

Obnażone uchybienia

Przedstawione powyżej fakty obnażają stan naszej dbałości epidemiologicznej związanej z ubiorem, a zasadniczo drastyczne uchybienia w tym zakresie. Temat jest niezwykle wybuchowy, gdyż wymaga przemodelowania myślenia dużej części personelu, przede wszystkim lekarskiego oraz pielęgniarskiego, na co w dużej części tych środowisk nie ma zgody bądź brakuje świadomości tego problemu. Konieczna jest więc systematyczna i rzetelna edukacja w tym względzie, a także podejmowanie racjonalnych, odważnych, a jednocześnie rozważnych kroków. Jest to ważne ze względu na skalę wyzwań, jednak sprostanie im wiąże się z sukcesem dotyczącym ograniczenia zakażeń szpitalnych.

Wybuchowość w tej sprawie obejmuje także sferę zarządzania. Dostarczanie ubiorów szpitalnych osobom pracującym w naszych lecznicach, a tym zapewne skończy się wprowadzanie racjonalnych zmian, związane jest z dość pokaźnym obciążeniem finansowym, przed którym jednak nie uciekniemy. Należy więc uparcie przy-

gotowywać odpowiedzialnych za nasz sektor finansowy, budując świadomość, że dbałość w zakresie ochrony przed zakażeniami jednak nie ma kosztu. Ważne jest także mobilizowanie w tym względzie decydentów szczebla ministerialnego i płatnika.

Nie uciekać w niuanse

Miejmy nadzieję, że zmian nie zablokują wysublimowane polemiki, do których uciekamy się jako medycy, gdy porusza się niewygodne dla nas tematy. Dyskusja może wówczas dotknąć niuansów, np. spraw związanych z noszeniem obrączek, dylematów związanych z krawatami, komórkami, zegarkami czy długością rękawów. Ważne jest, by te niuanse nie przestawiły nas na boczne tory, blokując zmiany. Jeśli nawet sugestie szczegółowych rozwiązań ulegają subtelny modyfikacjom, to wprowadzanie zmian w tym zakresie musi nabierać tempa.

Warto zaprosić czytelników do dyskusji o sposobach przeprowadzenia – niezbędnej w naszej rzeczywistości – ubraniowej rewolucji.

Tomasz OZOROWSKI, Szczepan COFTA

Dr med. Tomasz Ozorowski jest przewodniczącym sekcji ds. kontroli zakażeń szpitalnych Szpitala Klinicznego Przemienienia Pańskiego Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu oraz prezesem Stowarzyszenia Epidemiologii Szpitalnej.

Dr hab. med. Szczepan Cofta jest naczelnym lekarzem Szpitala Klinicznego Przemienienia Pańskiego Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, pracownikiem Katedry i Kliniki Pulmonologii, Alergologii i Onkologii Pulmonologicznej Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, specjalistą wojewódzkim pulmonologii w Wielkopolsce i wiceprezesem Polskiego Towarzystwa Mukowiscydozy.

PRZYPISY

- [1] Farraj R. i wsp.: Why do hospital doctors wear white coats? J Royal Soc Med 84/1991, s. 43.
- [2] Haun N. i wsp.: Healthcare Personnel Attire and Devices as Fomites: A Systematic Review, Infect Control Hosp Epidemiol 37/2016, s. 1367–1373.
- [3] Department of Health: Uniforms and workwear – an evidence base for developing local policy, 2007.
- [4] <http://professionals.site.apic.org/10-ways-to-protect-patients/what-youwear-matters/> (dostęp: 28.05.2017).
- [5] Berman G. i wsp.: Healthcare personnel attire in non-operating-room settings. Infect Control Hosp Epidemiol 35/2014, s. 107–121.
- [6] Wilsno J. i wsp.: Uniform: an evidence review of the microbiological significance of uniforms and uniform policy in the prevention and control of healthcare-associated infections. Report to the Department of Health (England), J Hosp Infect 66/2007, s. 301–307.
- [7] Patel S. i wsp.: Laundering of hospital staff uniforms at home, J Hosp Infect 62/2006, s. 89–93.
- [8] Silvia Munoz-Price L. i wsp.: Differential laundering practices of white coats and scrubs among health care professionals, Am J Infect Control 41/2013, s. 565–567.
- [9] Treake A. i wp.: Bacterial contamination of health care workers' white coats, Am J Infect Control 37/2009, s. 101–105.
- [10] Hryniewicz W. i wsp.: Strategia zapobiegania lekooporności w oddziałach intensywnej terapii. Rekomendacje profilaktyki zakażeń w oddziałach intensywnej (przedruk z „Menedżera Zdrowia” nr 4–5/17)

STETOSKOP LAENNECA

Historia wynalazku najpopularniejszego przyrządu diagnostycznego służącemu nieprzerwanie lekarzom od dwustu lat.

W ubiegłym roku zupełnie niepostrzeżenie minęła dwusetna rocznica wynalazku, jednego z najbardziej powszechnie używanego w medycynie przyrządu diagnostycznego jakim jest stetoskop (potocznie – słuchawka lekarska).

Wynalazek ten zmienił stosowaną od wieków metodę bezpośredniego osłuchiwanie płuc i serca na metodę osłuchiwanie pośredniego, umożliwiającego w wielu przypadkach szybką i poprawną diagnozę. Stetoskop wyeliminował kłopotliwy, wstydliwy, zbyt intymny jak i przykry – szczególnie dla wynalazcy – sposób badania bezpośredniego osłuchiwanie chorych, zważywszy na ówczesny niski poziom higieny osobistej. Koledzy wynalazcy stetoskopu, lekarze znając jego wewnętrzny opór psychiczny co do bezpośredniego osłuchiwanie pacjentek, złośliwie kierowali do niego chore o obfitych kształtach, z dużym biustem.

W trakcie jednego badania w 1816 r., chorej oddziału chorób wewnętrznych szpitala Necker Hôpital w Paryżu, zdesperowany, wówczas 35-letni lekarz francuski Rene Theophile Hyacinthe Laennec chwycił leżący na stole arkusz papieru i zwinąwszy go w rulon przystąpił do osłuchiwanie serca i klatki piersiowej badanej.

Jakość słyszalnych dźwięków przy użyciu tej tutki papierowej, wywołała wielkie zdziwienie badającego i stała się impulsem do stworzenia pierwszego stetoskopu – stetoskopu Laenneca. Słyszając wyraźnie z odległości dźwięki bijącego serca postanowił zbudować lepsze urządzenie niż rulon papieru.

Rene Theophile Hyacinthe Laennec urodził się 17 lutego 1781 r. Do bycia lekarzem, widząc jego zainteresowanie medycyną, namówił go wuj Guillaume Francois Laennec, który był uniwersyteckim wykładowcą medycyny. Tytuł lekarza Rene Laennec uzyskał po ukończeniu studiów medycznych w *L'Ecole de medecine de Paris* (w Paryżu). Przez wiele lat pracował jako lekarz internista szpitala Necker Hôpital. W 1823 r. został profesorem interny na Sorbonie. Był wybitnym specjalistą w zakresie chorób układu oddechowego, ze szczególnym uwzględnieniem gruźlicy zbierającej wówczas obfite żniwo, a także docieklivym patomorfologiem. Zmarł w wieku 45 lat w dniu 13 sierpnia 1826 r. z powodu gruźlicy, choroby której poświęcił wiele lat pracy badawczej celem poznania, opisu jak i oceny stwierdzanych zmian patomorfologicznych nią powodowanych.

W roku 1819, a więc po trzech latach poszukiwań właściwego materiału i uzyskania dobrego rezonansu, wykorzystując również swoje uzdolnienia muzyczne zbudował i opatentował swój wynalazek. Stetoskop Laenneca

to drewniany cylinder o średnicy 2,5 cm i długości 25 cm., składający się z trzech części: usznej i dwuczęściowego rozkręcanego cylindra. Nazwę tego urządzenia wynalazca zaczerpnął od greckich słów *sthetos* (klatka piersiowa) oraz *skopos* (osłuchiwać). Pomimo oddalenia chorego od lekarza uzyskał lepsze parametry słyszalnych dźwięków.

To dzięki Laennecowi następne pokolenia lekarzy, jak i współcześni adepci medycyny uczyli się i uczą się takich pojęć jak: szmer oddechowy, trzeszczenia, rzęzenia, świsty, egofonia (wyraz utworzony z dwóch wyrazów greckich: *kozy* i *dźwięku* – inaczej *kozy bek* – objaw występujący w gruźliczym zapaleniu płuc; *nosowe brzmienie samogłoski* i wymawianej przez chorego, przypomina *kozy bek*).

Jak zwykle bywa, nowość zmieniająca przyjęte powszechnie metody badania nie znalazła w początkowym okresie uznania środowiska lekarskiego. Sceptyczne nastawienie ówczesnych autorytetów lekarskich nie zniechęciło Laenneca do popularyzacji swojego wynalazku. Niechęć środowiska do nowej, pośredniej metody diagnostycznej jakim było badanie stetoskopem, została przełamana wraz z wydaniem w 1819 r. przez wynalazcę podręcznika dotyczącego badania z zastosowaniem osłuchiwanie pośredniego i jego znaczenia diagnostycznego w rozpoznawaniu chorób płuc i serca „*De l'auscultation mediate, ou Traite du diagnostic des maladies des poumons et du coeur*”. Publikacja ta stanowi po dzień dzisiejszy klasykę literatury medycznej.

Być może, że ów wynalazek oddalając chorego od bezpośredniego kontaktu z lekarzem, torował również drogę dla nowych norm etycznych dotyczących badań lekarskich obowiązujących aktualnie.

(przedruk ze „Skalpela” nr 9/17)

OPOLSKA IZBA LEKARSKA

Biuro: tel. 77/454-59-39, fax 77/454-67-09,
opole@hipokrates.org

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

Rejestr Lekarzy: opole.rejestr@hipokrates.org

Praktyki Prywatne: opole.praktyki@hipokrates.org

Składki: opole.skladki@hipokrates.org

**Administracja Biura Okręgowego Rzecznika
Odpowiedzialności Zawodowej:**

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

Administracja Biura Okręgowego Sądu Lekarskiego:
tel. 77/454-85-75; opole.sad@hipokrates.org

TRAMADOL Z DEKSKETOPROFENEM – cz. II

CO NALEŻY WIEDZIEĆ O POŁĄCZENIACH TRAMADOLU Z LEKAMI Z I STOPNIA DRABINY ANALGETYCZNEJ

Kojarzenie leków w farmakoterapii bólu pozwala na poszerzenie spektrum działania leków, wzajemne uzupełnienie efektu farmakodynamicznego i zmniejszenie ryzyka działań niepożądanych dzięki możliwości ograniczenia dawki poszczególnych leków. W praktyce klinicznej kojarzymy NLPZ z metamizolem i paracetamolem, analgetyki opioidowe z lekami z I stopnia drabiny analgetycznej (NLPZ, paracetamolem, metamizolem) oraz koanalgetykami. Można również (w wybranych przypadkach klinicznych) łączyć silne opioidy, aby uzyskać synergizm działania (z wyjątkiem nalbufiny, która jest agonistą receptora kappa, ale antagonistą receptora mi). Nie uzyskamy natomiast synergizmu działania analgetycznego, podając dwa NLPZ oraz słaby opioid z opioidem silnym.

Na polskim rynku są dwa leki stanowiące połączenie (w jednej tablecie) tramadolu z lekami z I stopnia drabiny analgetycznej, które wykazują synergizm superaddycyjny. Pierwszy to połączenie tramadolu z paracetamolem, o którym pisaliśmy w pierwszym odcinku cyklu, drugi – połączenie tramadolu z deksketoprofenem.

Deksketoprofen z tramadolem

Deksketoprofen (DKP) i tramadol (TRAM) charakteryzują się odmiennymi mechanizmami i miejscami działania, co w przypadku tzw. terapii multimodalnej jest zjawiskiem bardzo korzystnym.

DKP należy do grupy NLPZ o silnym działaniu przeciwbólowym, przeciwzapalnym i przeciwgorączkowym. Poza działaniem obwodowym przeciwzapalnym ma silne działanie ośrodkowe przez aktywację cholinergicznym dróg zstępujących kontroli bólu. DKP jest aktywnym prawoskrętnym izomerem ketoprofenu, który zachowuje typowe działanie przeciwbólowe związku macierzystego z możliwością redukcji dawki i ryzyka działań niepożądanych. To lek stosunkowo bezpieczny dla chorych w podeszłym wieku i obciążonych chorobami układu krążenia. Charakteryzuje go najkrótszy spośród wszystkich NLPZ okres półtrwania w surowicy krwi (1,65 godziny), szybki początek działania (T_{max} 0,20–0,75 godziny) i długi czas działania (8 godzin). Obok lornoksylamu, nimesulidu i metamizolu wykazuje najniższe ryzyko interakcji z innymi lekami, ponieważ nie jest metabolizowany przy udziale izoenzymów cytochromu P-450, natomiast obok ibuprofenu, nimesulidu i diklofenaku

wykazuje najniższe ryzyko powikłań związanych z przewodem pokarmowym.

TRAM jest lekiem przeciwbólowym o podwójnym mechanizmie działania, który działa ośrodkowo na drodze słabej aktywacji receptorów opioidowych (aktywny metabolit tramadolu: O-dezmetylotramadol) i hamowania wychwytu zwrotnego monoamin (noradrenaliny i serotoniny) – w efekcie działania substancji pierwotnej. Maksymalna dobową dawką tramadolu nie powinna przekraczać 400 mg (w wybranych sytuacjach klinicznych 600 mg). Szczegółowo tramadol opisano w poprzednim artykule.

Połączenie DKP i TRAM zapewnia szybki początek działania, długi czas i lepszy efekt niż każdy z tych leków stosowany osobno. Ma wysoką skuteczność przeciwbólową w bólu przekraczającym 5 pkt. w skali NRS (ból od natężenia średniego do dużego), zarówno o podłożu zapalnym, jak i neuropatycznym, mniejszą liczbę działań niepożądanych dzięki możliwości redukcji dawki poszczególnych składników, zmniejsza ryzyko zaparcia po tramadolu (DKP wykazuje zdolność do antagonizowania wpływu TRAM na hamowanie pasażu w przewodzie pokarmowym) oraz umożliwia przyjęcie leku na czczo. Skojarzenie DKP i TRAM wykazuje aż pięć mechanizmów działania (wymienione w kolejności pojawiania się):

- hamowanie cyklooksygenazy i syntezy pozapalnych cytokin (efekt działania DKP) – mechanizm obwodowy,
- hamowanie substancji P (efekt działania DKP) – mechanizm obwodowy,
- aktywacja zstępujących układów kontroli bólu – noradrenergicznego i serotoninowego (efekt działania tramadolu w postaci substancji pierwotnej) – mechanizm ośrodkowy,
- aktywacja układu opioidowego (efekt działania O-dezmetylotramadolu, aktywnego metabolitu TRAM) – mechanizm ośrodkowy,
- aktywacja zstępującego układu kontroli bólu – cholinergicznego (efekt działania DKP) – mechanizm ośrodkowy.

Skojarzenie DKP i TRAM jest wskazane w leczeniu bólu ostrego. Skuteczność tego połączenia wykazano w bólu pooperacyjnym i pourazowym oraz w bólu w narządzie ruchu (bólach krzyża, zaostrzeniu choroby zwyrodnieniowej, rwie kulszowej, zespole bolesnego barku,

zespółach korzeniowych), a także w bólach zębów i bólu po ich ekstrakcji. Optymalna dawka dobową trwałego połączenia DKP i TRAM wynosi 1–3 tabletek, z których każda zawiera 25 mg DKP i 75 mg TRAM. Czas stosowania leku powinien być ograniczony do występowania bólu ostrego. Połączone DKP i TRAM tworzą lek zarejestrowany i dostępny w Polsce w formie tabletek po 25+75 mg (Skudexa w opakowaniach po 10 i 20 tabletek).

Jakie działania niepożądane może mieć skojarzenie DKP i TRAM

Najczęściej obserwowanymi (podczas badań klinicznych) działaniami niepożądanymi były: nudności, wymioty i zawroty głowy (odpowiednio 2,9%, 2,7% i 1,1% pacjentów). Często zgłaszane po zastosowaniu TRAM są nudności i zawroty głowy, które występują u 10–14% chorych i wynikają z mechanizmu działania tramadolu (10–14% populacji rasy kaukaskiej/białej to wolni metabolizery – pacjenci z nieprawidłowym poziomem enzymu CYP2D6, który jest niezbędny do tego, aby tramadol uległ metabolizmowi do aktywnego przeciwbólowo metabolitu). Ryzyko uszkodzenia górnego odcinka przewodu pokarmowego po DKP jest małe, z uwagi na parametry farmakokinetyczne DKP i krótki okres półtrwania leku w surowicy krwi (DKP jest jednym z czterech NLPZ o najniższym ryzyku uszkodzenia śluzówki przewodu pokarmowego). DKP nie wchodzi w interakcję z przeciwpłytkową dawką kwasu acetylosalicylowego.

Jakich skojarzeń należy unikać podczas łączenia DKP i TRAM:

- Nie należy stosować równocześnie z innymi NLPZ (wzrost ryzyka uszkodzenia wątroby, nerek i przewodu pokarmowego).

- Zachować ostrożność w przypadku stosowania z lekami przeciwzakrzepowymi (ryzyko wzrostu wartości wskaźnika INR i ryzyka krwawienia).
- Zachować ostrożność przy równoczesnym stosowaniu glikokortykosteroidów (wzrost ryzyka uszkodzenia górnego odcinka przewodu pokarmowego).
- Nie łączyć z metotreksatem w dawkach równych lub powyżej 15 mg na tydzień (wzrost toksycznego oddziaływania metotreksatu na układ krwiotwórczy).
- Nie łączyć z fluorochinolonami (wzrost ryzyka drgawek).
- Nie łączyć z inhibitorami MAO (wzrost ryzyka rozwoju zagrażających życiu zaburzeń czynności ośrodkowego układu nerwowego oraz układów oddechowego i krążeniowego).
- Nie łączyć z opioidami z III stopnia drabiny analgetycznej, np. morfiną, fentanylem, oksykodonem, buprenorfiną, tapentadolem.
- Zachować ostrożność podczas łączenia z selektywnymi inhibitorami wychwytu zwrotnego serotoniny (SSRI) i inhibitorami wychwytu zwrotnego serotoniny i noradrenaliny (SNRI) (wzrost ryzyka rozwoju zespołu serotoninowego).

Małgorzata MALEC-MILEWSKA
Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii
CMKP, Warszawa

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

(przedruk z „Pulsu” nr 10/17)

PSYCHOLOGICZNE PODSTAWY WYBORU ZAWODU LEKARZA

Praca jest ważną częścią naszego życia. Uzyskiwane dzięki niej środki finansowe pozwalają na realizację różnych celów. Znaczenie przypisywane aktywności zawodowej wynika jednak w mniejszym stopniu z przesłanek zarobkowych, w większym zaś z możliwości zaspokajania tzw. potrzeb wyższego rzędu (afiliacja, uznanie, rozwój, samorealizacja, dla niektórych także – dominacja czy władza). Praca może być sposobem na budowanie poczucia własnej wartości, może być źródłem szczęścia.

Aby tak jednak było, praca musi być dopasowana do danej osoby, albo raczej osoba do danej pracy. Jeśli ktoś wykonuje pracę, do której „nie jest stworzony”, konsekwencje odczuwają wszystkie zainteresowane strony: on sam, jego współpracownicy, pacjenci, rodzina. Gdy stopień dopasowania do zawodu jest wysoki a postawa wobec pracy pozytywna, możemy liczyć z dużym praw-

dopodobieństwem na to, że inni definiować nas będą słowami: to jest urodzony lekarz, właściwy człowiek na właściwym miejscu.

Na czym polega to dopasowanie?

Każda praca ma swoją specyfikę, z której wynikają konkretne wymagania. Aby je spełniać, potrzebne są właściwe kompetencje, czyli zespół pożądanych na danym stanowisku cech i umiejętności. Cechy to nasze predyspozycje psychofizyczne, umiejętności są natomiast korelatem wiedzy i doświadczenia. Kompetencje dzieli się zwyczajowo na: twarde (instrumentalne), czyli umiejętności pozwalające na wykonywanie czynności diagnostyczno-leczniczych oraz miękkie (ekspresywne) – potrzebne do obniżania napięcia emocjonalnego, budowania relacji, wywierania wpływu itp. Jedne i drugie

łatwiej doskonalić, gdy posiada się odpowiednie predyspozycje. Zwłaszcza w przypadku kompetencji miękkich posiadanie odpowiednich cech wpływa wyraźnie na ich poziom i rozwój.

Na czym polega praca lekarza? W ustawie o zawodach lekarza i lekarza dentystry czytamy: „Wykonywanie zawodu lekarza polega na udzielaniu przez osobę posiadającą wymagane kwalifikacje, potwierdzone odpowiednimi dokumentami, świadczeń zdrowotnych, w szczególności: badaniu stanu zdrowia, rozpoznawaniu chorób i zapobieganiu im, leczeniu i rehabilitacji chorych, udzielaniu porad lekarskich, a także wydawaniu opinii i orzeczeń lekarskich”, i dalej: „Za wykonywanie zawodu lekarza uważa się także prowadzenie przez lekarza prac badawczych w dziedzinie nauk medycznych lub promocji zdrowia, nauczanie zawodu lekarza lub zatrudnienie w podmiotach zobowiązanych do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych (...) lub urzędach te podmioty obsługujących, w ramach którego wykonuje się czynności związane z przygotowywaniem, organizowaniem lub nadzorem nad udzielaniem świadczeń opieki zdrowotnej”.

Jak łatwo zauważyć, ustawodawca skupia się na kwalifikacjach, które leżą u podstaw kompetencji twardych, część z nich jest wspólna dla wszystkich lekarzy, część przynależy ściśle do określonych specjalizacji i funkcji. Nie będziemy się jednak nimi zajmowali – dość powiedzieć, że ich nabywaniu sprzyjają takie cechy jak: inteligencja, sumienność czy ciekawość poznawcza. Skoncentrujemy się natomiast na kompetencjach miękkich i ich uwarunkowaniach psychologicznych.

Lekarz – pożądane kompetencje

Specyfika sztuki lekarskiej wymaga od swoich adeptów: umiejętności radzenia sobie ze stresem, efektywnej komunikacji interpersonalnej, asertywności, umiejętności obrony przed manipulacją, umiejętności wywierania wpływu, budowania relacji, rozwiązywania konfliktów, czasami zarządzania zespołem i motywowania pracowników.

Wysoki poziom wymienionych kompetencji ekspresywnych i odpowiednie kwalifikacje pozwalają możliwie najefektywniej wykonywać pracę. Mogą być jednak niewystarczające, aby chronić się przed wypaleniem zawodowym i doświadczać satysfakcji. Do tego potrzebna jest jeszcze pozytywna wobec pracy i pacjentów postawa, a nadto posiadanie przynajmniej części wymienionych poniżej cech.

Jakie cechy powinien posiadać lekarz i w związku z tym także „kandydat” na lekarza? Władysław Biegański (doktor medycyny, logik, filozof, działacz społeczny) twierdził: „Nie będzie dobrym lekarzem, kto nie jest dobrym człowiekiem”. Z Kodeksu etyki lekarskiej wynika, że niezbędne lekarskie atrybuty to: życzliwość; chęć przyniesienia ulgi cierpiącym bez baczenia na rasę, re-

ligię, narodowość, poglądy polityczne, stan majątkowy; godność; obowiązkowość; chęć ustawicznego dokształcania się.

W badaniach opinii różnych grup społecznych i lekarskich gremiów powtarzają się takie cechy jak:

- sumienność;
- odpowiedzialność;
- spokój, opanowanie;
- empatia;
- łagodność, cierpliwość, opiekuńczość;
- tolerancja, wyrozumiałość;
- zdolność do poświęceń;
- bezinteresowność, uczciwość;
- pracowitość, wytrwałość;
- komunikatywność.

Które z nich są najważniejsze?

Zdania są podzielone, jednak w wielu badaniach pierwsze pozycje zajmują: empatia, odpowiedzialność i uczciwość. Bardzo interesującym jest fakt, że empatia to nie tylko cecha doceniana przez pacjentów. Okazuje się, że empatia – utożsamiana z wrażliwością i rozumiana jako współczucie dla cierpienia (a nie jako współodczuwanie), koreluje pozytywnie z odpornością na wypalenie zawodowe. Innymi słowy, im więcej w człowieku empatii, tym mniejsze prawdopodobieństwo, że doświadczy wypalenia zawodowego.

Czy istnieją jakieś sposoby, aby do zawodu lekarza „trafiały” osoby o właściwych predyspozycjach i odpowiedniej postawie? Niestety, sposobu idealnego nie ma. Istnieją jednak metody zwiększające prawdopodobieństwo dokonania właściwego wyboru. Najbardziej znanym i chętnie wykorzystywanym narzędziem są testy preferencji zawodowych opracowane przez amerykańskiego psychologa Johna L. Hollanda. Badanie pozwala na ocenę podobieństw i różnic między typami osobowości ludzi a wymaganiami różnych zawodów. Określa, w jakim stopniu konkretny zawód odpowiada danej osobie oraz na ile praca w konkretnym środowisku zaspokaja jej dążenia i cele. Holland wyróżnia sześć typów osobowości i przyporządkowuje im określone grupy zawodów.

Sześć typów osobowości wg Hollanda

TYP REALISTYCZNY – przedstawiciele tego typu czują się spełnieni realizując zadania związane z wysiłkiem fizycznym, chętnie korzystają w pracy z maszyn i różnych narzędzi.

TYP BADAWCZY – lubi spotykać się w pracy z abstrakcyjnymi, skomplikowanymi problemami, wyzwania-
mi, oceniać, tworzyć teorie. Dąży do zrozumienia otaczającego świata, poszukuje prawdy analizując rzeczy, zjawiska, myśli, uczucia.

► **TYP ARTYSTYCZNY** – preferuje zachowania kreatywne, niecodzienne sytuacje, wymianę myśli. Lubi zajmować się sztukami pięknymi, muzyką, literaturą, tworzeniem nowych koncepcji i rzeczy.

TYP SPOŁECZNY – lubi zajęcia z innymi ludźmi: pomaga, doradza, wyjaśnia, informuje, opiekuje się innymi.

TYP PRZEDSIĘBIORCZY – lubi mieć władzę, wpływać na innych, kierować, przewodzić, realizować różne cele.

TYP KONWENCJONALNY – lubi porządek i bezpieczeństwo. Rozwiązuje problemy według ustalonych zasad, reguł, procedur działania czy poleceń zwierzchników.

Jak Państwo myślicie, któremu typowi odpowiada zawód lekarza? Oczywiście typowi społecznemu. Przyjrzyjmy mu się bliżej.

Charakterystyczne uzdolnienia to talenty społeczne – zdolności komunikacyjne, budowanie relacji, empatia, życzliwość, towarzyskość.

Preferowane wartości: odpowiedzialność, sprawiedliwość, idealizm, troska o dobro innych.

Preferowane czynności: praca z ludźmi – pomaganie, doradzanie, opieka.

Postrzega siebie jako: osobę empatyczną, cierpliwą, odpowiedzialną, wyrozumiałą, otwartą na problemy innych.

Postrzegany jest przez innych jako: taktowny, cierpliwy, przyjazny, uczynny, miły, uprzejmy, współczujący, serdeczny, wielkoduszny.

Unika raczej czynności o charakterze technicznym, manualnym, wymagających dużego wysiłku fizycznego.

W praktyce typy czyste spotykamy rzadko. Zazwyczaj u jednej osoby występują cechy charakterystyczne dla dwóch typów, u lekarzy to np. typ społeczno-badawczy, społeczno-konwencjonalny czy społeczno-artystyczny itd. Dzięki temu nie wszyscy wybieramy te same specjalizacje i odnajdujemy się w różnych zawodowych rolach.

Lekarz z kompetencyjnym deficytem

A co, jeśli jestem już lekarzem, a niektórych cech mi brak – czy mogę być dobrym medykiem? Czy mogę rozwinąć swoje kompetencje miękkie? Czy mogę zmienić swoje nastawienie, postawę? Na szczęście, odpowiedź brzmi – tak – można tego dokonać. Zmianę warunkuje jednak świadomość swoich kompetencyjnych deficytów. Do tego potrzebne są informacja zwrotna i wsparcie, a więc drugi człowiek, któremu zależy na naszym rozwoju. Nie każdy ma wokół siebie osoby, na które w tej sprawie może liczyć. Jeśli jednak los nam sprzyja, być może na naszej drodze pojawi się mentor. Mentoring cechuje relacja mistrz – uczeń. Kryje się za nią: udzielanie rad,

wskazówek, przekazywanie wzorców do naśladowania. Mentor dysponuje dużą wiedzą i doświadczeniem (także życiowym), obdarzony jest również autorytetem. Mistrz może stać się naszym zawodowym i życiowym przewodnikiem.

Innym sposobem na rozwój jest coaching. Sara Thorpe i Jackie Clifford, autorki „Podręcznika coachingu”, tak definiują to pojęcie: „*Pomoc danej osobie we wzmacnianiu i udoskonalaniu działania poprzez refleksję nad tym, jak w danej aktywności wykorzystuje ona konkretne umiejętności lub wiedzę*”. Coacha i jego podopiecznego łączy relacja partnerska. Coach nie udziela wskazówek, zadaje pytania skłaniające do refleksji, nakłania do autoanalizy. Dzięki temu w przyszłości sami będziemy potrafili wyciągać odpowiednie wnioski z naszych doświadczeń. Niektóre korporacje medyczne zatrudniają profesjonalnych coachów (zwykle psychologów), którzy wspomagają pracowników tychże instytucji w rozwijaniu tzw. „miękkich obszarów”.

Kolejnym sposobem doskonalenia, coraz częściej wykorzystywanym zwłaszcza przez młodych lekarzy (np. na platformach internetowych), jest peer tutoring, czyli konsultacje, dyskusje i wymiany poglądów z równymi sobie.

I wreszcie szkolenia. Jedynie te w formie warsztatów, gdzie angażuje się uczestników, stwarza okazję do dyskusji, ćwiczeń, wymiany poglądów, rozwijają umiejętności ekspresywne.

Praca lekarza może być niewyczerpanym źródłem satysfakcji, może być także udręką. To, czym stanie się dla Ciebie, spoczywa w Twoich rękach. Jeśli jesteś już lekarzem, rozwijaj swoje kompetencje – zdobywaj nowe twarde kwalifikacje, ale nie zaniedbuj kompetencji miękkich – dzięki nim wciąż będziesz czerpał satysfakcję z wykonywanej pracy a wypalenie zawodowe, któremu mimo wolnie podlegamy, będzie mniej dotkliwe, a być może wcale Cię nie dotknie.

Jeśli stoisz dopiero przed wyborem zawodu lub zastanawiasz się, jaką specjalizację wybrać, pomyśl o tym, na czym dokładnie polega dana praca i jakie wymagania się z nią wiążą. Spróbuj wejść w rolę swojego pracodawcy i odpowiedz sobie na pytanie, czy chciałbyś mieć takiego pracownika jak Ty. Jeśli masz wątpliwości, porozmawiaj z doradcą zawodowym, sięgnij po testy – ustal, czy pasujesz do tej właśnie roli zawodowej.

PIŚMIENNICTWO:

[1] Heszen I., Sęk H., Psychologia zdrowia, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa, 2007.

[2] Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty, Rozdział 1, Przepisy ogólne.

[3] Bajcar B.: Borkowska A., Czerw A., Gąsiorowska A., Nosal C.S., Psychologia preferencji i zainteresowań zawodowych. Przegląd teorii i metod, Zeszyty Informacyjno-Metodyczne Doradcy Zawodowego. Zeszyt nr 34. Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej, Warszawa, 2006

[4] Wilczek-Rużyczka E., Empatia a wypalenie zawodowe u pracowników ochrony zdrowia, *Sztuka Leczenia*, 2006, tom XIII, nr 1–2, s. 39–49.

[5] Filipowicz G., Zarządzanie kompetencjami zawodowymi, Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa, 2004.

[6] Swick H.M., Toward a normative definition of medical professionalism, *Academic Medicine*, 2000, Volume 75(6), 612–616.

[7] Thorpe S., Clifford J., Podręcznik coachingu, Dom Wydawniczy Rebis, Poznań, 2007.

Lek. Dariusz DELIKAT

Lekarz laryngolog i psycholog. Absolwent Akademii Medycznej we Wrocławiu oraz Uniwersytetu SWPS. Posiada wieloletni staż pracy w szpitalu i przychodni oraz w branży farmaceutycznej, gdzie m.in. zarządzał działem HR i Działem Szkoleń. Autor wielu programów szkoleniowych z zakresu szeroko pojętych umiejętności psychologicznych. Od 3 lat prowadzi cieszące się zainteresowaniem szkolenia w Dolnośląskiej Izbie Lekarskiej (Wywieranie wpływu na zachowania i postawy pacjentów, Lekarz asertywny.... Analiza transakcyjna na co dzień..., Wypalenie zawodowe, Psychologia pacjenta...).

(przedruk z „Medium” nr 11/17)

SUPLEMENTY DIETY

W ostatnim czasie powrócił „na wokandę”, wzbudzając spore emocje i kontrowersje, temat suplementów diety (SD). Przyczynił się do tego opublikowany w lutym bieżącego roku raport Naczelnej Izby Kontroli (NIK). Wykazał on, że Polacy coraz częściej sięgają po ten rodzaj preparatów. W 2015 r. w aptekach zakupiono około 190 mln. opakowań SD za niebagatelną sumę 3,5 mld. złotych, co na statystycznego Polaka daje liczbę sześciu opakowań i 100 złotych.

Należy podkreślić, że Polska jest krajem z najwyższym wzrostem rynku suplementów. Według rejestru Głównego Inspektoratu Sanitarnego (GIS) od 2007 r. zarejestrowano około 30 tys. takich produktów, przy czym z roku na rok liczba ta systematycznie wzrasta. W latach 2013–15 dopuszczono 3–4 tys. SD, a w 2016 r. już 7,4 tys. Szacuje się, że w latach 2017–2021 wzrost ten może wynosić nawet ok. 8% rocznie. Pozostaje więc pytanie, czy jest to pośredni dowód na to, że mieszkańcy naszego kraju chcą dbać o swoje zdrowie i stan fizyczny? Sugeruje się złożoność powodów i wskazuje wiele czynników wpływających na tak duże zainteresowanie SD. Wydaje się, że wpływ mają tu aspekty społeczne (np. znajomy kupuje, więc ja też), psychologiczne (moje lekarstwa nie pomagają, więc sięgnę po inne specyfiki), medyczne (chcę być zdrowy i zachować kondycję) i ekonomiczne (suplementy są nieraz tańsze od leków). Tak duży popyt na SD może wynikać ponadto z rosnącego zainteresowania medycyną alternatywną, prozdrowotnym stylem życia oraz wybranymi rodzajami żywności. Dane wynikające z prowadzonych badań wskazują, że suplementami bardziej zainteresowane są osoby przestrzegające prawidłowych wzorców żywieniowych, ćwiczące regularnie, mające prawidłową masę ciała i niepalące tytoniu (1).

Polacy tymczasem niewiele wiedzą o SD. Przeprowadzone przez TNS Polska w 2014 r. badanie wykazało, że wiele osób mylnie uznawało suplementy za „witaminy” (31%) czy też „minerały” (8%), a aż 41% badanych przypisywało im właściwości lecznicze. Co warto podkreślić, 50% respondentów uważało, że SD są tak samo kontrolowane jak leki.

Tak duże zainteresowanie suplementami spotykane jest nie tylko w Polsce. W latach 2011–12 do ich stosowania w ciągu ostatnich 30 dni przyznało się 52% dorosłych Amerykanów, głównie kobiet, a wartość ta była porównywalna do lat 1999–2000. Zauważono również, że preferencje te były wprost proporcjonalne do wieku oraz wykształcenia osób kupujących takie produkty. W porównaniu do lat poprzednich odnotowano mniejsze zainteresowanie produktami witaminowymi, zawierającymi minerały, oraz mieszanymi – witaminowo-mineralnymi (głównie witamina C, E i selen). Taki trend stwierdzono również w przypadku preparatów zawierających echinaceę, czosnek, ginkgo biloba oraz kwas paraaminobenzoowy. Odnotowano natomiast większą skłonność do kwasów tłuszczowych omega 3 (około 7-krotny wzrost), a także omega-6 i omega-9, koenzymu Q, żurawiny, zielonej herbaty, galusanu epigallokatechiny, metylsulfonylometanu i probiotyków. Nie zmieniło się natomiast zainteresowanie chondroityną i glukozaminą (2).

Lekarz, sprawujący pieczę nad swoimi pacjentami, powinien zdawać sobie sprawę, którzy jego podopieczni potencjalnie mogą stosować SD. Wydaje się, że odpowiedź brzmi – wszyscy.

Badanie ankietowe przeprowadzone wśród 112 polskich kobiet wykazało, że jedną z głównych przyczyn zażywania suplementów jest chęć/konieczność redukcji masy ciała. Aż 90% respondentek chcących pozbyć się nadmiaru masy ciała przyznało się do ich stosowania. Jako główne źródło wiedzy o SD ankietowane wskazały farmaceutę (62,5%), następnie lekarza (36,6%) z porównywalnym odsetkiem jak radio (30,4%) czy też Internet (29,5%). Badanie to pokazało jednak, że nie wszystkie osoby są zainteresowane składem suplementów. Należy dodać, że w badaniu tym uczestniczyły głównie kobiety w wieku 31–40 lat (3). Kolejną dużą populację stosującą SD stanowią pacjenci sięgający po te specyfiki w celu wzmocnienia funkcji układu immunologicznego jako profilaktyki i podczas farmakoterapii. Dymarska i wsp. w swoim badaniu ankietowym, które objęło 174 osoby (w tym 98 kobiet) w wieku 16–85 lat, wskazuje, że w każdej grupie wiekowej około 50% stosuje SD w celu „wspar-

cia układu immunologicznego”. Największy odsetek badanych (54%) odnotowano w grupie 20–24 lata. W badaniu tym wykazano, że ankietowani w starszym wieku istotnie częściej przyjmowali SD takie jak: rutyna oraz kwasy tłuszczowe omega-3 i omega-6. Uczestnicy badania stosowali suplementy głównie po to, aby wzmocnić odporność organizmu. W grupie 16–19 lat 23% respondentów oraz 30% w wieku 20–24 i 15% seniorów stwierdziło, że SD stosowało, aby wyzdrowieć. Wśród uczestników badania w wieku 25–35 lat wszyscy przyjmowali te preparaty, aby wzmocnić odporność (4).

Tak dużego zainteresowania SD w Polsce, NIK dopatruje się w niedostatecznej kontroli, zarówno sprzedaży, jak i rejestracji tych produktów. Według powyższego raportu na ich sprzedaż niewątpliwie wpływ wywierają reklamy. Według danych Krajowej Rady Radiofonii i Telewizji od 1997 do 2015 r. liczba reklam związana z produktami zdrowotnymi, w tym lekami i SD, wzrosła około 20-krotnie, a wszystkich reklam jedynie trzy razy. NIK wskazuje ponadto na manipulację reklamami, które często utożsamiają suplementy z lekami.

Suplement diety to nie lek

Rolą współczesnego lekarza jest nie tylko leczenie swojego pacjenta, ale przede wszystkim wdrażanie profilaktyki. Obydwa cele muszą być wsparte poprzez edukację, o której z różnych powodów często się zapomina. Wobec tak dużego zainteresowania SD rodzi się więc pytanie: jaka jest w tej sytuacji rola lekarza?

Przede wszystkim powinien on pamiętać, że suplementy diety to nie leki i tę informację przekazywać swoim pacjentom. Dla sprecyzowania sprawy należy przytoczyć definicję suplementu: *Jest to środek spożywczy, którego celem jest uzupełnienie normalnej diety, będący skoncentrowanym źródłem witamin lub składników mineralnych lub innych substancji wykazujących efekt odżywczy lub inny fizjologiczny, pojedynczych lub złożonych, wprowadzany do obrotu w formie umożliwiającej dawkowanie, w postaci: kapsułek, tabletek, drażetek i w innych podobnych postaciach, saszetek z proszkiem, ampułek z płynem, butelek z kroplomierzem i w innych podobnych postaciach płynów i proszków przeznaczonych do spożywania w małych, odmierzonych ilościach jednostkowych, z wyłączeniem produktów posiadających właściwości produktu leczniczego w rozumieniu przepisów prawa farmaceutycznego* (5).

Należy dodać, że do SD zalicza się produkty zawierające przede wszystkim witaminy i minerały, a także zioła lub inne substancje pochodzenia roślinnego, aminokwasy, enzymy, niezbędne kwasy tłuszczowe, pre- i probiotyki (6,7). Niemniej, raport NIK, opierając się na badaniach laboratoryjnych, wskazuje na nieprawidłowości w zakresie zawartości suplementów. Stwierdza on, że niektóre z nich zawierają substancje zakazane z listy psychoaktywnych. Obecnie (co wynika z unormowań prawnych)

znamy jedynie wykaz witamin i minerałów mogących wchodzić w skład SD, a tylko dla niektórych określono zalecaną dawkę ich spożycia. Jak dotąd w krajach Unii Europejskiej nie stworzono wspólnej listy ziół i produktów roślinnych mogących wchodzić w skład SD, a także tych, które podejrzewa się o działanie toksyczne, psychoaktywne i uzależniające.

Jedną z dwóch instytucji zajmującą się dopuszczeniem leków do obrotu – Agencja Żywności i Leków (Food and Drug Administration, FDA) jednoznacznie podkreśla, że w przeciwieństwie do leków, SD nie są przeznaczone do leczenia, diagnozowania lub profilaktyki chorób (7). Niestety w niektórych publikacjach zdarza się mylna klasyfikacja tych produktów jako preparaty OTC (over-the-counter drugs), co wprowadza konsumentów w istotny błąd, ponieważ często nie znają oni różnicy pomiędzy lekami, preparatami OTC a SD (8).

Obowiązkiem lekarza jest zdawanie sobie sprawy z tego, że substancja lecznicza, aby dostać się do sprzedaży, musi przejść długą i kosztowną drogę składającą się z badań przedklinicznych (in vivo, in vitro) oraz klinicznych z udziałem kilku tysięcy osób. W trakcie ich trwania ocenia się nie tylko farmakokinetykę, ale również skuteczność i bezpieczeństwo leku (9). Należy jednak pamiętać, że w momencie wykazania badań dotyczących skuteczności i bezpieczeństwa w zakresie leczenia lub profilaktyki (odpowiednia dawka), SD może zostać zaaprobowany jako lek (np. witamina D lub witamina E) (10).

Obecnie rejestracją substancji terapeutycznych zajmują się dwie duże instytucje: wspomniana wcześniej FDA oraz Europejska Agencja Leków (European Medicines Agency, EMA). W Polsce pieczę nad tym procedurą sprawuje Urząd Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych. Ostateczną decyzję podejmuje prezes tego urzędu na drodze procedury narodowej, wzajemnego uznania (dla produktu leczniczego, który został już dopuszczony do obrotu w innym państwie należącym do Unii Europejskiej, i zdecentralizowania (dla leku zarejestrowanego we wszystkich krajach UE). Zgodnie z regulacjami prawnymi pieczę nad suplementami w Stanach Zjednoczonych sprawuje FDA. Także i w tym przypadku ramy prawne dla tych preparatów istotnie różnią się od tych stosowanych dla leków. Zgodnie z ostatnimi wymogami producenci chcący wprowadzić preparat zawierający suplement, są nie tylko zobowiązani powiadomić FDA o tym fakcie, ale także przedstawić dane odnośnie do bezpieczeństwa składników na 75 dni przed wprowadzeniem go do sprzedaży. Bezpieczeństwo dla substancji wprowadzonych do obrotu od października 1994 r. może być oparte na wcześniejszych badaniach i doświadczeniu. Nie wymaga się przeprowadzenia badań klinicznych, jak to ma miejsce w przypadku leków (11).

W Polsce gospodarką SD zajmuje się GIS w oparciu o dyrektywę UE. Niestety, zarówno polskie, jak i euro-

pejskie prawo nie wymaga przeprowadzenia badań oceniających skuteczność i bezpieczeństwa SD. Wymagane jest jedynie dokładne oznakowanie preparatu zawierające określenie „suplement diety”, nazwy kategorii składników odżywczych lub substancji charakteryzujących produkt lub wskazanie ich właściwości, porcję produktu zalecaną do spożycia w ciągu dnia, ostrzeżenie dotyczące nieprzekraczania zalecanej porcji do spożycia w ciągu dnia oraz stwierdzenia, że suplementy diety nie mogą być stosowane jako substytut (zamiennik) zróżnicowanej diety i powinny być przechowywane w sposób niedostępny dla małych dzieci. Należy również podkreślić, że w poszczególnych krajach UE istnieje szeroka różnorodność podejść regulacyjnych i pozaprawnych w zakresie suplementów diety (12).

Skuteczność

W dzisiejszych czasach olbrzymią rolę w wykonywaniu zawodu lekarza odgrywa medycyna oparta na dowodach naukowych (Evidence-Based Medicine, EBM). W chwili zapoczątkowania tego nurtu w latach 90. ubiegłego wieku miał on za zadanie przede wszystkim edukować lekarzy klinicystów w zakresie zrozumienia i wykorzystania profesjonalnych publikacji w celu zoptymalizowania opieki nad pacjentem. W ciągu wielu lat filozofia EBM zaczęła stopniowo ewoluować w kierunku krytycznego spojrzenia na badania i wyłapywania niedociągnięć. Zaczęło to rzutować na podejmowanie decyzji diagnostyczno-terapeutyczno-profilaktycznych wobec konkretnego pacjenta. Całość tej filozofii uzupełniono o preferencje pacjenta, a ostateczne decyzje zaczęto podejmować wspólnie z nim. Pomimo istniejących niedociągnięć, chociażby takich jak zbyt regułowe myślenie, zamiast intuicyjnego i empirycznego, EBM nadal obowiązuje lekarzy (13). Należy więc postawić sobie pytanie: jaki jest związek pomiędzy EBM a SD, a przede wszystkim relacją czteroczonową: pacjent – lekarz – EBM – SD?

Rośnie liczba badań oceniających skuteczność i bezpieczeństwo SD. W dalszym ciągu jest ich jednak zbyt mało. Przeglądając się tym badaniom, można niestety stwierdzić, że są one prowadzone w większości na małych grupach uczestników, których liczba na ogół nie przekracza stu. Obejmują one osoby zdrowe i chore, w różnych przedziałach wiekowych. Efekty badań nie zawsze wskazują na pozytywny aspekt stosowania SD, w większości neutralny (brak różnic istotnych statystycznie) – tzn. też nieszkodzący. Poniżej przytaczam kilka badań, które zwróciły moją uwagę.

Metaanaliza badań klinicznych, która pojawiła się w tym roku na łamach „Advances in Nutrition”, oceniła suplementy zawierające witaminy, kwasy tłuszczowe, minerały, białka, błonnik oraz pre- i probiotyki, pod kątem ryzyka zgonu, częstości występowania chorób układu krążenia (CVD) oraz nowotworów złośliwych. Objęła ona 49 badań klinicznych opublikowanych w la-

tach 1985–2015, w których uczestniczyło ogółem ponad 287 tys. osób, w średnim wieku 59 lat, minimalny okres trwania badania wynosił rok. W badaniach tych stwierdzono, że stosowanie witaminy E wiązało się z niestatystycznym ryzykiem wystąpienia zgonu z różnych przyczyn, a w przypadku preparatów selenu i witaminy D trend ten był korzystny. Nie odnotowano takich zależności w przypadku zażywania preparatów zawierających: wapń, cynk, β -karoten, witaminę C, kwas foliowy, magnez lub kwas eikozapentaenowy (EPA). Potwierdzono też przypuszczenia, że stosowanie witaminy E wiąże się z istotnie mniejszym ryzykiem zgonu z przyczyn CVD, a kwasu foliowego z redukcją rozwoju chorób tego układu. Nie zaobserwowano korzyści w tym zakresie związanych ze stosowaniem preparatów zawierających: wapń, selen, cynk, beta-karoten, witaminę A, C, D, K, magnez i EPA. W przypadku rozwoju nowotworów złośliwych najwyższe (około 16%) ryzyko było związane ze stosowaniem witaminy A. W przypadku SD zawierających wapń stwierdzono zmniejszenie ilości sytuacji rozwoju raka (14).

W prospektywnym, kontrolowanym placebo – badaniu przeprowadzonym przez włoskich naukowców na grupie osób z ciśnieniem tętniczym o wartościach 130–139 i/lub 85–89 mmHg, oceniono przydatność 12-tygodniowego stosowania SD w zapobieganiu rozwojowi nadciśnienia tętniczego. Wykazali oni, że przyjmowanie tabletek z kombinacją suplementów (250 mg czosnku zwyczajnego, 250 mg głogu, 150 mg ortosyfonu i 150 mg hibiskusa) w porównaniu z placebo wiązało się z istotną redukcją spoczynkowego ciśnienia tętniczego skurczowego (SBP) (124 ± 9 vs. 132 ± 7 mmHg), a nie rozkurczowego (DBP) (81 ± 8 vs. 82 ± 7 mmHg) – oceniany główny punkt końcowy. Analizując drugorzędowy punkt końcowy, autorzy badania stwierdzili istotną redukcję w zakresie SBP ($-9,3 \pm 4,2$ mmHg) i DBP ($-4,2 \pm 3,6$ mmHg) w grupie osób stosujących suplement. Tak istotnych zmian nie odnotowano w grupie placebo po 12 tygodniach. W grupie osób zażywających suplement odnotowano ponadto częstsze osiągnięcie celu terapeutycznego (SBP < 130 mmHg i DBP < 85 mmHg) niż w grupie placebo (15).

W codziennej praktyce zawodowej lekarze opiekujący się kobietami w ciąży lub chcącymi mieć potomstwo spotykają się z zagadnieniem stosowania SD, a tym samym z pytaniami: czy można, trzeba czy też nie wolno stosować SD? Pytanie to jest trudne. Dla przykładu, autorzy protokołu Cochrane potwierdzili, że stosowanie preparatów wielowitaminowych/mineralnych u młodych kobiet z nisko i średnio rozwiniętych krajów, przed lub we wczesnym etapie ciąży zmniejsza ryzyko urodzenia niemowlęcia z niską masą ciała lub przedwczesnego porodu (16).

Problem niedoborów dotyczy również, jak się okazuje, krajów europejskich, w których badania epidemiologiczne wskazują na niedobory witaminy A, żelaza, jodu i cynku

u kobiet będących w ciąży oraz u dzieci poniżej 5. roku życia (17). Niestety, trudno jednoznacznie odpowiedzieć na powyższe pytania, w dalszym ciągu nie dysponujemy bowiem wystarczającymi dowodami na bezpieczeństwo stosowania SD w tej grupie populacyjnej.

Bezpieczeństwo

Suplementy diety są dostępne w sprzedaży aptecznej, sklepowej i internetowej. Cytowany wcześniej raport NIK wskazuje, że wiele z tych produktów nie zawiera deklarowanych przez producentów cech. Badania laboratoryjne wskazują również, że można w nich znaleźć między innymi takie substancje jak: bakterie chorobotwórcze *Enterococcus faecium*, substancje zakazane z listy psychoaktywnych, stymulanty podobne do amfetaminy czy też tzw. „pigułki gwałtu”.

Problem ten dotyczy nie tylko Polski. Podobne obserwacje poczynił dużo wcześniej FDA (18). W Stanach Zjednoczonych przeprowadzono badanie obejmujące lata 2004–13, które wykazało, że każdego roku około 23 tys. wizyt pacjentów na oddziałach ratunkowych spowodowanych jest zastosowaniem środka ziołowego lub suplementu. Spośród tych osób ponad dwa tysiące wymagało dalszej opieki szpitalnej, a około 20% wizyt związanych było z przyjmowaniem przez pacjentów dwóch lub więcej suplementów. Problem ten dotyczył głównie kobiet, średni wiek pacjentów wyniósł 32 lata, przy czym jedną piątą stanowiły dzieci, które zastosowały SD z powodu braku nadzoru przez rodziców. Sprawa najczęściej miała związek ze stosowaniem witamin (33,6%), preparatów zawierających żelazo (11,8%), środków redukujących masę ciała (10,4%) oraz nasennych, przeciwlękowych i uspokajających (8,8%). Najczęstszymi objawami, jakie zgłaszały pacjenci, były objawy sercowe, takie jak uczucie „kołatania serca”, ból w klatce piersiowej i częstoskurcz. Te występowały głównie po zastosowaniu środka odchudzającego i produktu energetycznego (46%) i dotyczyły przede wszystkim pacjentów w wieku 20–34 lat. Większość pacjentów szczęśliwie nie wymagała hospitalizacji. Działania niepożądane po preparatach zawierających mikroelementy miały charakter reakcji alergicznych łagodnych lub umiarkowanych, a także objawiających się problemami z połykaniem (głównie po preparatach wapniowych), problemami „brzusznymi” takimi jak nudności, wymioty i ból brzucha (przede wszystkim po preparatach zawierających żelazo i potas) (19).

Po SD sięgają również osoby starsze, nierzadko stosując je w wyższych dawkach niż te zalecane, głównie w celu osiągnięcia lepszego efektu. Rodzi się pytanie: czy jest to bezpieczne w tej grupie wiekowej? W badaniu o nazwie Age Gene/Environment Susceptibility-Reykjavik Study, które objęło łącznie 5.764 osoby, stwierdzono, że w przedziale wiekowym 66–98 lat aż 77% stosuje SD zawierające witaminy i minerały. W ciągu ponad 5 lat obserwacji nie udowodniono jednak związku pomiędzy za-

żywianiem tych preparatów, a ryzykiem zgonu z różnych przyczyn, w tym z powodu CVD. Autorzy tego badania podkreślają jednak, że 22% osób przekroczyło dopuszczalną wartość dziennego spożycia witaminy B₆, a 14% cynku. Prawdopodobnie istotny wpływ na wynik powyższej obserwacji wywarł fakt, że osoby stosujące SD prowadziły bardziej aktywny tryb życia niż osoby potencjalnie wymagające suplementacji (20).

W codziennej praktyce lekarskiej pacjenci dosyć często stawiają pytanie, czy dany lek nie zaszkodzi „na wątrobę” lub winą za bóle w prawym podżebrzu obarczają ich stosowanie. Pozostaje więc pytanie: jaki jest związek pomiędzy uszkodzeniem tego narządu a SD? Z danych napływających ze Stanów Zjednoczonych wynika, że produkty te odpowiadają aż za 20% przypadków uszkodzenia wątroby. Sugeruje się, że najczęstszymi substancjami związanymi z wystąpieniem hepatotoksyczności, oprócz substancji anabolicznych, są suplementy wielofunkcyjne (multiingredient nutritional supplements, MINS) oraz ekstrakt z zielonej herbaty, kratom i czarny kohosh. Na czele znajdują się preparaty MINS, dla których nie można niestety jednoznacznie sprecyzować izolowanego składnika odpowiedzialnego za destrukcję tego narządu, co dla klinicystów i naukowców stanowi olbrzymie wyzwanie (21).

Aby nie pozostać tak krytycznym wobec SD, należy zaznaczyć, że dysponujemy nielicznymi badaniami sprawdzającymi wybrane substancje i preparaty pod kątem bezpieczeństwa. Dla przykładu w dużym badaniu The Physicians' Health Study II Randomized Controlled Trial oceniającym preparaty wielowitaminowe pod kątem redukcji ryzyka rozwoju nowotworów złośliwych u mężczyzn, nie stwierdzono, aby ich stosowanie wiązało się z istotnym ryzykiem wystąpienia efektów ubocznych chociażby ze strony przewodu pokarmowego (wrzody trawienne, zaparcia, biegunki, nudności, wymioty), zmęczenia, senności, przebarwień skóry i objawów migreny. Wykazano natomiast, że osoby stosujące SD częściej zgłaszały wysypkę skórą. Pojawiły się ponadto kontrowersje dotyczące ryzyka drobnych krwawień, chociażby pod postacią hematurii lub krwawienia z nosa (22).

Zdając sobie sprawę, że SD wykazują działania niepożądane, zarówno lekarze, jak i pacjenci powinni wiedzieć, gdzie należy je zgłaszać, jeśli wystąpią. W porównaniu z lekami ta droga jest nieco inna. W przypadku tych pierwszych, zgłaszamy je do wymienionego wcześniej Departamentu Monitorowania Działań Niepożądanych Produktów Leczniczych działającego przy Urzędzie Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Leczniczych i Produktów Biobójczych lub podmiotowi odpowiedzialnemu. W myśl obowiązującej ustawy może to zrobić zarówno lekarz, jak i pacjent. W Polsce urzędem odpowiedzialnym, który należy powiadomić w przypadku działania niepożądanego po zażyciu SD, jest GIS, a w Stanach Zjednoczonych FDA. Niestety nie jest to tak oczywiste, ponieważ badanie kwestionariuszowe przepro-

wadzone na terenie województwa mazowieckiego wykazało, że 42% pacjentów zgłosiłoby to do Departamentu Monitorowania Działania Niepożądanych (23).

Interakcje – SD a leki

Temat ten jest wciąż marginalizowany. Oceny dokonuje się standardowo, tylko w sytuacji wystąpienia u konsumentów działań niepożądanych lub podczas badań przedklinicznych. Niewiele jest natomiast badań oceniających kliniczne efekty tego zjawiska. Dostępne dane wskazują ponadto na rozbieżności pomiędzy tymi badaniami. Należy pamiętać, że nie każda interakcja ma swoje implikacje kliniczne. Podstawowe interakcje lek – suplement diety mogą obejmować indukcję lub zahamowanie wielu enzymów odpowiedzialnych za metabolizm leków, w tym cytochromu P450, UDP-transferazy glukuronowej, a także transporterów leków. Sugeruje się obecnie, że jedynie cztery suplementy roślinne mają swoje implikacje kliniczne. Należą do nich dziurawiec zwyczajny, goldenseal zawierający gorzchnik kanadyjski, echinacę i olej czosnku (24).

Podsumowanie

Rola lekarza w procesie edukacji zdrowotnej pacjenta jest nie do przecenienia, szczególnie gdy chodzi o suplementy diety. Dlatego warto w mojej ocenie:

- podczas każdej wizyty pytać pacjenta o przyjmowane suplementy diety, zwłaszcza gdy zamierzamy przepisać lek/leki;
 - informować pacjenta, czym są suplementy diety i wskazać różnicę pomiędzy nimi a lekami;
 - brać pod uwagę, że obserwowany u pacjenta objaw chorobowy może być skutkiem stosowania suplementu, w tym interakcji ze stosowanymi przez pacjenta lekami;
 - mieć świadomość, że działania niepożądane należy zgłaszać do GIS.
- Dobrze wyedukowany przez lekarza pacjent wie, że:
- suplementy diety to nie leki; lek ma udowodnioną skuteczność, a suplement nie;
 - suplementy mogą powodować działania niepożądane, które należy zgłosić do GIS;
 - należy informować lekarza o stosowanych suplementach podczas każdej wizyty.

Piśmiennictwo dostępne na stronie „Medium”

*Dr n. med. Marcin KOSMAŁSKI
Uniwersytet Medyczny w Łodzi,
Zakład Farmakologii Klinicznej*

(przedruk z „Medium” nr 10/17)

PRAWO NA CO DZIEŃ

USTAWOWE ZASADY WSPÓŁPRACY LEKARZA Z PIELĘGNIARKAMI

W zawód lekarza wpisana jest bez wątpienia współpraca z pielęgniarkami, stanowiącymi bardzo liczną grupę personelu medycznego. Ogólne zasady tej współpracy reguluje prawo. Dla prawidłowej kooperacji lekarzy z pielęgniarkami bardzo istotna jest ich wiedza na temat zakresu czynności zawodowych, do których są one uprawnione.

Pielęgniarka to zawód medyczny uregulowany ustawowo. Podstawy prawne wykonywania zawodu pielęgniarki reguluje przede wszystkim Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2016 r., poz. 1251). Generalnie, wykonywanie zawodu pielęgniarki polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych przez osobę posiadającą odpowiednie kwalifikacje i prawo wykonywania zawodu. Zgodnie z definicją ustawową wykonywanie zawodu pielęgniarki polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych, w szczególności na:

- rozpoznawaniu warunków i potrzeb zdrowotnych pacjenta;
- rozpoznawaniu problemów pielęgnacyjnych pacjenta;

- planowaniu i sprawowaniu opieki pielęgnacyjnej nad pacjentem;
- samodzielnym udzielaniu – w określonym zakresie – świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych oraz medycznych czynności ratunkowych;
- realizacji zleceń lekarskich w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji;
- orzekaniu o rodzaju i zakresie świadczeń opiekuńczo-pielęgnacyjnych;
- edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia.

Zgodnie z ustawą z 2011 r. pielęgniarka powinna wykonywać swój zawód z należytą starannością, zgodnie z zasadami etyki zawodowej, poszanowaniem praw pacjenta, dbałością o jego bezpieczeństwo, wykorzystując wskazania aktualnej wiedzy medycznej oraz pośrednictwo systemów teleinformatycznych lub systemów łączności. Do prawnych standardów wykonywania zawodu pielęgniarki, określonych w pragmatyce zawodowej, na-

leży przestrzeganie praw pacjenta. Pielęgniarki wykonują czynności będące świadczeniami zdrowotnymi **na podstawie zlecenia lekarskiego lub bez zlecenia lekarskiego (samodzielnie)**.

Zlecenia lekarskie

Lekarze są uprawnieni do wydawania zleceń będących podstawą do wykonania przez pielęgniarki poszczególnych czynności, stanowiących świadczenia zdrowotne. Za zlecenie lekarskie należy uznać generalnie polecenie lekarza skierowane do pielęgniarki wykonania oznaczonej czynności medycznej/pielęgniarskiej w stosunku do konkretnego pacjenta (np. polecenie podania pacjentowi X leku A w dawce B w formie C). Brak jest szczegółowych przepisów określających zakres informacji, jakie powinno zawierać zlecenie lekarskie. Należy przyjąć, że zlecenie powinno dokładnie określać czynność (w szczególności np. nazwa leku, dawka, sposób podania, czas wykonania itd.), którą ma wykonać pielęgniarka, a także jednoznacznie identyfikować pacjenta, do którego działanie to się odnosi.

Zlecenie lekarskie powinno być napisane czytelnie i zawierać wszystkie dane niezbędne do jego prawidłowego, a także bezpiecznego (dla pacjenta), wykonania. Zlecenie powinno obejmować tylko te czynności, które mieszczą się w zakresie wykonywania zawodu pielęgniarki. Brak jest określonego prawem katalogu/wykazu czynności, które pielęgniarka może wykonywać na zlecenie lekarskie (są natomiast takie, które może ona wykonywać bez zlecenia lekarskiego). Wykaz czynności, które pielęgniarka może wykonywać samodzielnie określa obecnie Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 lutego 2017 r. w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego (Dz. U. z 2017, poz. 497). Należy przyjąć, iż możliwe jest wydanie zlecenia lekarskiego na czynność objętą wykazem czynności samodzielnych zawartym w powyższym rozporządzeniu. Wykonanie niektórych zleceń lekarskich (np. związanych z przetoczeniem krwi) wymaga od pielęgniarki dodatkowo posiadania określonych kwalifikacji i umiejętności (np. ukończenia adekwatnego kursu). **Zlecenie lekarskie – co do zasady – musi mieć formę pisemną i zostać odnotowane w dokumentacji medycznej!** Zgodnie z art. 15 ustawy pielęgniarskiej, pielęgniarka wykonuje zlecenia lekarskie zapisane w dokumentacji medycznej. Jednakże w przypadku zleceń wykonywanych w stanach nagłego zagrożenia zdrowotnego dopuszczalna jest forma inna niż pisemna – w praktyce ustna, i brak bieżącego zapisu w dokumentacji medycznej. Lekarz może wydać zlecenie zarówno pielęgniarce o statusie pracowniczym (posiadającej umowę o pracę), jak i o statusie niepracowniczym (posiadającej umowę cywilną).

Obowiązek wykonania zlecenia lekarskiego nie jest bezwzględny. Zgodnie bowiem z ustawą pielęgniarską (art. 15 ust. 3) w przypadku uzasadnionych wątpliwości pie-

lęgniarka ma prawo domagać się od lekarza, który wydał zlecenie, by uzasadnił potrzebę jego wykonania. Z uwagi na brak konkretnych regulacji prawnych należy przyjąć, że zgłoszenie potrzeby uzasadnienia może nastąpić w dowolnej formie – zazwyczaj będzie to forma ustna, jednakże powinno być to odnotowane w dokumentacji medycznej. Pielęgniarka może odmówić wykonania zlecenia lekarskiego, podając niezwłocznie przełożonemu lub osobie zlecającej przyczynę odmowy na piśmie. Odmowa wykonania zlecenia lekarskiego nie jest możliwa w sytuacji stanu nagłego zagrożenia zdrowotnego. Pielęgniarka ma obowiązek uzasadnić i odnotować fakt odmowy wykonania zlecenia lekarskiego w dokumentacji medycznej.

Dla problematyki zleceń lekarskich istotne jest zdefiniowanie pojęcia „*stanu nagłego zagrożenia zdrowotnego*”. Sytuacja taka uzasadnia bowiem pominięcie formy pisemnej zlecenia, uniemożliwia także odmowę wykonania zlecenia przez pielęgniarkę. Ustawa pielęgniarska, a także ustawa lekarska, nie zawierają definicji stanu nagłego zagrożenia zdrowotnego. Definicja stanu nagłego zagrożenia zdrowotnego sformułowana jest natomiast w Ustawie z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2016, poz. 1868). Zgodnie z art. 3 pkt 8 powyższej ustawy stan nagłego zagrożenia zdrowotnego to stan polegający na nagłym lub przewidywanym w krótkim czasie pojawieniu się objawów pogarszania zdrowia, którego bezpośrednim następstwem może być poważne uszkodzenie funkcji organizmu lub uszkodzenie ciała lub utrata życia, wymagający podjęcia natychmiastowych medycznych czynności ratunkowych i leczenia.

W kontekście wykonywania zleceń lekarskich należy pamiętać o prawie pielęgniarki wglądu do dokumentacji medycznej pacjenta oraz do uzyskania od lekarza pełnej informacji o stanie zdrowia pacjenta, rozpoznaniu, proponowanych metodach diagnostycznych, leczniczych, rehabilitacyjnych, zapobiegawczych i dających się przewidzieć następstwach podejmowanych działań, w zakresie niezbędnym do udzielanych przez siebie świadczeń zdrowotnych.

Czynności samodzielne pielęgniarek

Szczegółowy zakres świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych, rehabilitacyjnych, do których uprawnione są pielęgniarki, określało przez ostatnią dekadę Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 7 listopada 2007 r. w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego. Rozporządzenie powyższe przestało obowiązywać, ponieważ minister zdrowia wydał nowe rozporządzenie, tj. Rozporządzenie z dnia 28 lutego 2017 r. w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego (Dz. U. z 2017, poz.

497), które obowiązuje od 23 marca 2017 roku (zwane dalej rozporządzeniem z 2017 r.). W świetle tego rozporządzenia pielęgniarka jest uprawniona do wykonywania samodzielnie bez zlecenia lekarskiego:

- świadczeń zapobiegawczych obejmujących:
- psychoedukację pacjentów z zaburzeniami psychicznymi i uzależnieniami oraz ich rodzin, jeżeli ukończyła kurs specjalistyczny w tym zakresie lub kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego, lub posiada tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego, lub posiada tytuł magistra pielęgniarstwa;
- prowadzenie edukacji osób chorych na cukrzycę i ich rodzin, jeżeli ukończyła kurs specjalistyczny lub kurs kwalifikacyjny, lub posiada tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa, jeżeli program kursu lub specjalizacji obejmowały treści kształcenia z tego zakresu, lub posiada tytuł magistra pielęgniarstwa;
- świadczeń diagnostycznych obejmujących:
- wykonywanie badania fizykalnego, jeżeli ukończyła kurs specjalistyczny lub posiada tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa uzyskany po 2001 r., lub ukończyła studia pierwszego stopnia na kierunku pielęgniarstwo, które rozpoczęły się w roku akademickim 2012/13, lub posiada zaświadczenie o ukończeniu kursu z zakresu badania fizykalnego Advanced Physical Assessment;
- wykonywanie standardowego, spoczynkowego badania elektrokardiograficznego i rozpoznanie cech elektrokardiograficznych stanów chorobowych w stanach nagłego zagrożenia zdrowotnego, jeżeli ukończyła kurs specjalistyczny w tym zakresie;
- wykonywanie gazometrii z krwi tętniczej pobranej przez kaniulę założoną uprzednio przez lekarza w stanach nagłego zagrożenia zdrowotnego, jeżeli ukończyła kurs kwalifikacyjny lub posiada tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa, jeżeli program kursu lub specjalizacji obejmowały treści kształcenia z tego zakresu;
- ocenę i monitorowanie poziomu znieczulenia pacjenta oraz poziomu zwiótnienia w trakcie znieczulenia ogólnego, jeżeli ukończyła kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki lub posiada tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki;
- świadczeń leczniczych obejmujących:
- dobór sposobów leczenia ran, jeżeli ukończyła kurs specjalistyczny lub kurs kwalifikacyjny lub posiada tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa, jeżeli program kursu lub specjalizacji obejmowały treści kształcenia z tego zakresu, lub posiada tytuł magistra pielęgniarstwa;
- doraźną modyfikację dawki leczniczej produktu leczniczego przeciwbólowego i produktów leczniczych stosowanych w celu łagodzenia bólu u osób objętych opieką paliatywną, jeżeli ukończyła kurs specjalistyczny lub

kurs kwalifikacyjny lub posiada tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa, jeżeli program kursu lub specjalizacji obejmowały treści kształcenia z tego zakresu;

- przygotowanie pacjenta leczonego metodami: ciągła ambulatoryjna dializa otrzewnowa (CADO), automatyczna dializa otrzewnowa (ADO) i hemodializa oraz hiperalimentacja oraz jego rodziny – do współudziału w prowadzonym leczeniu, jeżeli ukończyła kurs specjalistyczny lub kurs kwalifikacyjny lub posiada tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa, jeżeli program kursu lub specjalizacji obejmowały treści kształcenia z tego zakresu, lub posiada tytuł magistra pielęgniarstwa;
- wykonywanie intubacji dotchawiczej w stanach nagłego zagrożenia zdrowotnego, jeżeli ukończyła kurs kwalifikacyjny lub posiada tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa, jeżeli program kursu lub specjalizacji obejmowały treści kształcenia z tego zakresu;
- podawanie produktów krwiopochodnych, rekombinowanych koncentratów czynników krzepnięcia oraz desmopresyny, w stanach nagłego zagrożenia zdrowotnego;
- świadczeń rehabilitacyjnych obejmujących rehabilitację pacjentów z zaburzeniami psychicznymi, jeżeli ukończyła kurs specjalistyczny w tym zakresie lub kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego lub posiada tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa, jeżeli program kursu lub specjalizacji obejmowały treści kształcenia z tego zakresu, lub posiada tytuł magistra pielęgniarstwa.

Tak jak poprzednio, samodzielne udzielanie przez pielęgniarki niektórych świadczeń zdrowotnych wymaga dodatkowo posiadania wykształcenia podyplomowego w postaci ukończenia kursów kwalifikacyjnych, specjalistycznych lub posiadania specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa. Ponadto w niektórych przypadkach rozporządzenie wprowadza, co stanowi nowość, cezurę czasową odnoszącą się do wykształcenia (studia, kształcenie podyplomowe). Jest to związane przede wszystkim z programami kształcenia w danym czasie.

W nowym rozporządzeniu znajduje się także wykaz medycznych czynności ratunkowych, które może udzielać pielęgniarka. Pamiętać jednak należy, że uprawnienia te dotyczą tylko tzw. pielęgniarek systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego.

Zgodnie z generalną zasadą, wyrażoną w rozporządzeniu z 2017 r., pielęgniarka i położna może pobierać do celów diagnostycznych bez zlecenia lekarskiego każdy rodzaj materiału do badania, którego pobieranie wynika z uprawnień zawodowych nabytych w ramach kształcenia przeddyplomowego i podyplomowego, w szczególności: krew żylną, mocz, ślinę, kał, włosy, wyskrobiny z paznokci, wymaz z górnych dróg oddechowych, wymaz z rany, wymaz z dróg moczowych i narządów płciowych, wymaz z odbytu, wymaz z oka, wymaz z policzka i wymazy cytologiczne.

Wykaz produktów leczniczych, do stosowania których są uprawnione pielęgniarki samodzielnie bez zlecenia lekarskiego, określa załącznik nr 3 do rozporządzenia z 2017 r. (obejmuje on 32 konkretne leki - substancje czynne). Są wśród nich m.in.: *Acidum acetylsalicylicum*, *Budesonidum*, *Captoprilum*, *Clemastinum*, *Furosemidum*, *Glukoza*, *Hydrocortisonum*, *Ketoprofenum*, *Lidocaini hydrochloridum*, *Metamizolum natricum*, *Papaverini hydrochloridum*, płyn fizjologiczny wieloelektrolitowy izotoniczny *Salbutamol*, *Solutio Ringeri*/zbilansowany roztwór elektrolitowy, *Oxygenium medicinalis* (tlen medyczny), *Epinephrinum* w różnych postaciach tj. tabletek, czopków, maści, a także roztworu do wstrzykiwań i nebulizacji oraz do wlewu dożylnego. **Ponadto pielęgniarka może samodzielnie podawać wszystkie dostępne produkty lecznicze oznaczone symbolem OTC** (czyli leki dostępne bez recepty).

Wykaz badań diagnostycznych do samodzielnego przeprowadzania przez pielęgniarkę określa załącznik nr 6 do nowego rozporządzenia. Powyższy wykaz obejmuje:

- badania przeprowadzane z zastosowaniem analizatorów, tj. morfologia krwi obwodowej z wzorem odsetkowym i płytkami krwi, sód, potas, wapń, kreatynina, glukoza, mleczany, czas protrombinowy, TSH, gazometria z krwi żyłnej, gazometria z krwi tętniczkowej.
- badania przeprowadzane za pomocą szybkich testów diagnostycznych, tj. białko C-reaktywne, troponina, hemoglobina glikowana, badanie moczu (białko, ciała ketonowe, cukier, test ciążowy).
- badania przeprowadzane z zastosowaniem innych urządzeń pomiarowych, tj. przeskórny pomiar bilirubiny, pomiar glikemii za pomocą glukometru.

Pielęgniarka wykonująca zawód w podmiocie leczniczym musi informować bez zbędnej zwłoki lekarza, pod opieką którego znajduje się pacjent, o samodzielnym wykonaniu u tego pacjenta, bez zlecenia lekarskiego, świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych oraz o podanych produktach leczniczych i wykonanych badaniach.

Wystawianie recept przez pielęgniarki

Od 1 stycznia 2016 r. niektóre pielęgniarki mają prawo wystawiania recept i zleceń na wyroby medyczne. Zgodnie bowiem z art. 15a ustawy pielęgniarskiej w ramach samodzielnego wykonywania świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych pielęgniarka i położna posiadające dyplom ukończenia studiów drugiego stopnia na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo oraz pielęgniarka i położna posiadające tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa mają prawo samodzielnie:

- ordynować leki zawierające określone substancje czynne, z wyłączeniem leków zawierających substancje bardzo silnie działające, środki odurzające i substancje psychotropowe, oraz środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego, w tym wystawiać na nie recepty;

- ordynować określone wyroby medyczne, w tym wystawiać na nie zlecenia albo recepty – jeżeli ukończyły kurs specjalistyczny w tym zakresie.

Uprawnienie konkretnej pielęgniarki do powyższej ordynacji i wystawiania recept na leki i wyroby medyczne uzależnione jest od poziomu jej wykształcenia/kwalifikacji, a także ukończenia specjalistycznego kursu. Ustawodawca wyłączył z możliwości ordynacji przez pielęgniarki leki zawierające substancje bardzo silnie działające, środki odurzające i substancje psychotropowe – Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 października 2015 r. w sprawie wykazu substancji czynnych zawartych w lekach, wykazu środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wykazu wyrobów medycznych i wykazu badań diagnostycznych.

Natomiast w ramach realizacji zleceń lekarskich w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji, pielęgniarka i położna posiadające dyplom ukończenia studiów co najmniej pierwszego stopnia na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo oraz pielęgniarka posiadająca tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa, mają prawo wystawiać recepty na leki, z wyłączeniem leków zawierających substancje bardzo silnie działające, środki odurzające i substancje psychotropowe, oraz środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego niezbędne do kontynuacji leczenia, jeżeli ukończyły kurs specjalistyczny w tym zakresie (kontynuacja farmakoterapii prowadzonej przez lekarza np. w zakresie nadciśnienia). Czynność powyższa sprowadza się do wykonania polecenia wydanego przez lekarza i udokumentowanego w dokumentacji medycznej pacjenta. Przekazanie pielęgniarcie zlecenia dalszej ordynacji leków powinno znaleźć odzwierciedlenie w odpowiednim wpisie w dokumentacji medycznej pacjenta (tj. jaki lek, o jakiej mocy, ilości oraz na jakie wskazanie zlecił prowadzący proces terapeutyczny lekarz). Szczegółowe zasady wystawiania recept przez pielęgniarki reguluje Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 października 2015 r. w sprawie recept wystawianych przez pielęgniarki i położne (Dz. U. z 2015, poz. 1971).

Dr adw. Małgorzata PASZKOWSKA

Prawnik i socjolog. Od wielu lat doradca i wykładowca w zakresie prawa i zarządzania w ochronie zdrowia. Adiunkt w Katedrze Prawa WSiZ w Rzeszowie. Wykładowca na kursach specjalizacyjnych dla lekarzy. Współorganizator kierunku zdrowie publiczne oraz uczelnianego centrum rehabilitacyjno-medycznego REH-MEDIQ. Prowadzi zajęcia ze studentami w szczególności na kierunku administracja i zdrowie publiczne i wykłady na studiach podyplomowych. Opiekun merytoryczny i autorka programów studiów podyplomowych: Zarządzanie podmiotami leczniczymi, Zarządzanie w ochronie zdrowia, a także autorka poradnika Prawo dla lekarzy

(przedruk z „Medium” nr 10/17)

ELEKTRONICZNA DOKUMENTACJA MEDYCZNA – ILE CZASU POZOSTAŁO NA WDROŻENIE

W obliczu licznych nowelizacji aktów prawnych odnoszących się do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, w tym także tych kształtujących obowiązek wprowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej, warto przypomnieć, jak na dzień dzisiejszy ukształtowane zostały terminy, po których niemożliwe będzie wytwarzanie dokumentacji w postaci papierowej.

Podstawowym aktem prawnym regulującym omawiane zagadnienie oraz wprowadzającym jednocześnie definicję elektronicznej dokumentacji medycznej jest ustawa z dnia 28 kwietnia 2011 r. o informatyzacji w ochronie zdrowia (t.j. Dz. U. z 2017 r., poz. 1845). Zgodnie z treścią art. 2 pkt 6 tej ustawy w brzmieniu od 25 sierpnia 2017 r., elektroniczna dokumentacja medyczna to dokumenty wytworzone w postaci elektronicznej opatrzone kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub podpisem potwierdzonym profilem zaufanym ePUAP:

- umożliwiające usługobiorcy uzyskanie od usługodawcy świadczenia opieki zdrowotnej określonego rodzaju, z wyłączeniem zleceń na wyroby medyczne,
- określone w przepisach wydanych na podstawie art. 13a ustawy.

Dokumenty, o których mowa w pkt a) to e-recepty i e-skierowania. Z kolei dokumenty, o których mowa w pkt b) mają zostać wskazane w rozporządzeniu Ministra Zdrowia, które powinien wydać w wykonaniu art. 13a ww. ustawy.

Terminy, po których niemożliwe będzie prowadzenie dokumentacji medycznej w formie papierowej określone zostały w art. 56 omawianej ustawy. I tak na jego podstawie recepty mogą być wystawiane w postaci papierowej do dnia 31 grudnia 2019 r., a skierowania do dnia 31 grudnia 2020 r. **Oznacza to, iż e-recepty trzeba będzie wystawiać począwszy od 1 stycznia 2020 r., a e-skierowania od 1 stycznia 2021 r.** Z kolei dokumentacja medyczna, która zostanie określona w przepisach wydanych na podstawie art. 13a ustawy może być prowadzona w postaci papierowej do dnia 31 grudnia 2018 r. **(od 1 stycznia 2019 r. obowiązywać będzie forma elektroniczna)**, a za pośrednictwem SIM udostępniana będzie od dnia 1 stycznia 2021 r.

RECEPTY

Szanowni Państwo,
w „Pulsie” z kwietnia z 2015 r. przeczytałem będącą bardzo wówczas na czasie interpretację prawną dr. n. praw. Janusza Jaroszyńskiego z Katedry i Zakładu Zdrowia Publicznego Uniwersytetu Medycznego w Lublinie oraz dr n. med., mgr farm. Zofii Specht-Szwoch z Wojewódzkiego Centrum Onkologii w Gdańsku nowych zapisów dotyczących wystawiania tzw. recept zaocznych. Czas pokazał, że mimo niewielkiej objętościowo zmiany przepisów wciąż pojawia się wiele wątpliwości w zakresie ich stosowania w praktyce. Stąd prośba o dodatkową

Na dzień dzisiejszy rozporządzenie określające dokumentację medyczną nie zostało jednak jeszcze wydane, co uniemożliwia ustalenie katalogu dokumentacji medycznej, którą podmioty wykonujące działalność leczniczą będą musiały prowadzić w formie elektronicznej od 1 stycznia 2019 r.

Dodatkowe obowiązki związane z prowadzeniem dokumentacji medycznej w formie elektronicznej nałożone zostały na gabinety udzielające świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Świadczeniodawcy współpracujący z Narodowym Funduszem Zdrowia są bowiem związani przepisami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (t.j. Dz. U. z 2016 r., poz. 1146 z późn. zm.), które uległo zmianie w związku z nowelizacją z dnia 28 września 2017 r. (Dz. U. z 2017 r., poz. 1809). Rozporządzenie zmieniające ogólne warunki umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, w nowym § 10a wprowadza obowiązek prowadzenia w postaci elektronicznej w sposób, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 30 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2017 r. poz. 1318 i 1524):

- historii choroby - w przypadku świadczeniodawcy wykonującego działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne;
- historii zdrowia i choroby - w przypadku świadczeniodawcy udzielającego ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych, z wyłączeniem świadczeniodawcy realizującego umowę w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna, wykonującego działalność leczniczą w formie praktyki indywidualnej.

Jak wynika z powyższego, spod ww. regulacji wyłączone zostały jedynie gabinety POZ prowadzone w formie indywidualnej praktyki lekarskiej. **Omawiany obowiązek wejdzie w życie w dniu 1 stycznia 2019 r.**

Maria RACHWAŁ-FRANKOWSKA

Radca prawny

(przedruk z „Vox Medici” nr 5/17)

interpretację zapisów ustawy z 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2014 r., poz. 1138) art. 3, dotyczących zmiany treści ustawy o zawodzie lekarza.

1. Czy z obecnej treści art. 42.2 ustawy o zawodzie lekarza należy wnioskować, że wystawienie recepty na środki niesłużące do leczenia, choć stosowane przewlekłe (np. środki antykoncepcyjne), nie jest zgodne z ustawą? Co do zasady antykoncepcja nie

jest leczeniem, a ustawodawca wyraźnie użył określenia „kontynuacji leczenia”.

2. Czy w związku z faktem niewymienienia pacjenta w ust. 3. art. 42 wśród osób, którym może być przekazana taka recepta, należy wnosić, iż wydanie pacjentowi, dla którego jest wystawiona, jest niezgodne z ustawą?
3. Kto ponosi odpowiedzialność w przypadku wydania recepty osobie nieupoważnionej do odbioru lub nieodnotowania danych tej osoby w dokumentacji pacjenta, jeżeli w placówce osobą wydającą receptę jest pracownik rejestracji, a nie lekarz?

Adam Bochenek

* * *

Katarzyna Czyżewska, adwokat Czyżewscy Kancelaria Adwokacka odpowiada na przesłane pytania:

ad. 1.

Zgodnie ze wskazanym art. 42 ust. 2 ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentysty, istotnie lekarzowi przysługuje prawo wystawienia recepty bez dokonania badania pacjenta po spełnieniu trzech ustawowych przesłanek:

- a) recepta jest niezbędna do kontynuacji leczenia,
- b) porada receptowa musi być uzasadniona stanem zdrowia pacjenta,
- c) stan zdrowia pacjenta uzasadniający zastosowanie porady receptowej musi być odzwierciedlony w jego dokumentacji medycznej.

Zapisy określające okoliczności, w których lekarz jest uprawniony do wystawienia tzw. recepty zaocznej, stanowią wyjątek od ogólnie przyjętych zasad uzasadniających wystawianie recept, tj. konieczności uprzedniego zbadania pacjenta w celu uzasadnienia konieczności zaordynowania produktu leczniczego.

Obecnie przepisy prawa nie zawierają legalnej definicji słowa „leczenie”. Przyjmując zatem za punkt wyjścia definicję językową, należy stwierdzić, że gdy stosowanie terapii hormonalnej przez ordynowanie środków antykoncepcyjnych służy bezpośredniej lub pośredniej poprawie zdrowia pacjenta, tj. jego leczeniu, lekarz zgodnie ze wspomnianym przepisem może wystawić receptę zaoczną. Kwalifikacja możliwości wystawiania recepty zaocznej przez lekarza w kontekście stosowania środków antykoncepcyjnych będzie każdorazowo uzależniona od osobistej oceny potrzeby stosowania dokonanej przez specjalistę, a mianowicie rozstrzygnięcia, czy przyjęta terapia ma na celu poprawę zdrowia pacjenta bądź jego utrzymanie na właściwym poziomie, czy jedynie zapobieżenie niepożądanemu zajściu w ciążę. W tym drugim przypadku wystawienie recepty zaocznej nie będzie możliwe.

Niezależnie od tego należy wskazać, że art. 42.2 ustawy o zawodzie lekarza dotyczy jedynie wyjątku, jakim jest prawo do wystawienia recepty bez uprzedniego zbadania pacjenta (zaocznie). W związku z tym, nawet jeżeli w konkretnym przypadku środki antykoncepcyjne miałyby być przepisane pacjentce wyłącznie w celu zapobieżenia zajściu w ciążę i bez związku z procesem leczenia, lekarz jest w pełni uprawniony do wystawienia recepty na nie, tylko nie zaocznie, lecz po zbadaniu pacjentki.

ad. 2.

Wskazany przez czytelnika przepis art. 42 ust. 3 ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentysty brzmi:

„W przypadku, o którym mowa w ust. 2, recepty lub zlecenia, a w przypadku recepty i zlecenia w postaci elektronicznej, wydruk informacyjny, o którym mowa w art. 96b ustawy z 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne (Dz. U. z 2008 r., poz. 271, z późn. zm.) i art. 38a ustawy z 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2016 r.,

poz. 1536 i 1579), mogą być przekazane:

- a) przedstawicielowi ustawowemu pacjenta albo osobie upoważnionej przez pacjenta do odbioru recepty lub zlecenia, a w przypadku wystawienia recepty i zlecenia w postaci elektronicznej – wydruku informacyjnego;*
- b) osobie trzeciej, jeżeli pacjent oświadczy podmiotowi udzielającemu świadczeń zdrowotnych, że recepty lub zlecenia, a w przypadku recepty i zlecenia w postaci elektronicznej – wydruk informacyjny, mogą być odebrane przez osoby trzecie bez szczegółowego określania tych osób. Zgodnie zatem z treścią przepisu, recepta lub zlecenie na wyroby medyczne mogą, lecz nie muszą być przekazane osobie trzeciej albo innej, wskazanej przez uprawnionego, na podstawie oświadczenia pacjenta przedstawionego podmiotowi udzielającemu świadczeń zdrowotnych. Tym samym gdy wspomniane oświadczenie nie zostanie złożone przez pacjenta, któremu przepisano produkt leczniczy, lub gdy sporządzenie oświadczenia nie zostanie prawidłowo odnotowane w dokumentacji medycznej pacjenta, jedyną osobą uprawnioną do odbioru recepty będzie pacjent.”*

ad. 3.

Należy przyjąć, że za prawidłowość wystawienia recepty odpowiada lekarz lub inna uprawniona osoba, która receptę wystawiła (np. lekarz dentysta, uprawniona pielęgniarka). Kwestię sposobu i kontroli prawidłowości wydanej recepty reguluje rozporządzenie z 8 marca 2012 r. w sprawie recept lekarskich. §29 rozporządzenia stanowi, że: „Kontrola wystawiania recept na leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyroby medyczne obejmuje badanie i ocenę działań osoby wystawiającej receptę w zakresie:

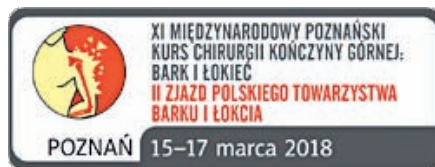
1. zgodności danych zamieszczonych na recepcie z prowadzoną dokumentacją medyczną,
2. prawidłowości wystawienia recepty oraz zgodności jej wystawienia z przepisami prawa”.

Przepisy prawa natomiast nie regulują bezpośrednio trybu zlecania czynności technicznej, polegającej na wręczeniu recepty, innej osobie niż wystawca recepty, np. pracownikowi administracyjnemu przychodni lub pracownikowi recepcji. Podobnie brak regulacji przesądzającej, kto odpowiada w przypadku nieprawidłowego wydania recepty. Niemniej jednak należy przyjąć, że również lekarz (bądź inna osoba, która receptę wystawiła) odpowiada za prawidłowość wydania recepty osobie upoważnionej do jej odbioru, nawet jeżeli faktycznie receptę wydaje pracownik recepcji.

(przedruk z „Pulsu” nr 12/17)

70 lat Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach

JM Rektor Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach i Stowarzyszenie Absolwentów serdecznie zapraszają pracowników, absolwentów i studentów Uniwersytetu na jubileuszowy piknik z okazji 70-lecia Uczelni, który odbędzie się 25 maja 2018 r. w godz. 10.00-22.00 w kampusie Śląskiego Uniwersytetu Medycznego przy ul. Jordana 19 w Zabrze-Rokitnicy.



Niestabilność, Endoprotezoplastyka, Urazy, Łokieć, Niestabilność barku, Sztwny bark, Rotator cuff, Ból łokcia, Urazy łokcia - tkanki miękkie, Urazy łokcia - kości - to tylko wybrane tematy sesji uwzględnionych w programie XI Międzynarodowego Poznańskiego Kursu Chirurgii Kończyny Górnej: Bark i Łokieć i II Zjazdu Polskiego Towarzystwa Barku i Łokcia. Nowe techniki, praktyczne warsztaty, naukowe sesje, sesje plakatowe - to czeka uczestników tego wydarzenia. **Wykłady odbywać się będą w języku angielskim.** Uczestnicy wydarzenia otrzymają punkty edukacyjne.

Termin: 15-17 marca 2018 r.

Miejsce: Centrum Kongresowo-Dydaktyczne Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu, ul. Przybyszewskiego 37 A, Poznań

Partnerstwo merytoryczne i nadzór naukowy: Katedra i Klinika Traumatologii, Ortopedii i Chirurgii Ręki Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu

Organizator wykonawczy: Wydawnictwo Termedia

Patronat: Rektor Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu prof. dr hab. Andrzej Tykarski, Europejskie Towarzystwo Chirurgii Barku i Łokcia, Polskie Towarzystwo Barku i Łokcia, Sekcja Barku i Łokcia Polskiego Towarzystwa Ortopedycznego i Traumatologicznego, Polskie Towarzystwo Ortopedyczne i Traumatologiczne, Polskie Towarzystwo Fizjoterapii, Europejskie Towarzystwo Rehabilitacji Barku i Łokcia

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

SP ZOZ „Zaodrże” w Opolu, ul. Licealna 18 zatrudni lekarza z uprawnieniami do pracy w Poradni Medycyny Sportowej. Tel. kontaktowy 77/457-77-78 lub 77/457-33-38.

SPRZEDAM udziały w POZ na Opolszczyźnie- 577. 000 zł. Kontrakt z NFZ. Tel. 601-241-829.

Gabinety lekarskie z możliwością rejeestracji do wynajęcia **w Opolu ul. Książąt Opolskich 45-50** (przy Rondzie). tel. 602-708-409, 604-250-648.

Centrum Implantologii i Stomatologii Estetycznej Panaceum przyjmie do pracy lekarkę dentystkę lub lekarza dentystę w pełnym wymiarze godzin. Szeroki zakres zabiegów: leczenie w znieczuleniu ogólnym, protetyka, implantologia, leczenie dzieci, endodoncja mikroskopowa. Dogodne warunki współpracy. Informację prosimy przysłać pod adres: gabinet@panaceum.opole.pl lub pod numerem tel. 510-175-284.

WYNAJME od zaraz wyposażony i funkcjonujący **gabinet stomatologiczny** w dobrej lokalizacji **w Brzegu**. Zapraszam szczególnie do współpracy lekarza ortodontę lub chirurga szczękowego. Tel. 601-593-259, 693-336-144..

WYNAJME doskonale wyposażony **nowy gabinet** wraz z obsługą **w centrum Katowic dla stomatologa, ortodonty, endodonty, protetyka lub periodonty**. Kontakt telefoniczny: 690-163-310. Strona www: www.primomedicus.pl; e-mail: d.jeziorski@primomedicus.pl.

NA SPRZEDAŻ dom wolnostojący o powierzchni około 320 m², położony na działce o powierzchni 11 ar w Nysie. Lokal mieszkalny w skład wchodzi: parter - gabinet le-

karski + poczekalnia, dodatkowo pomieszczenia gospodarcze ze spiżarnią i pralnią i suszarnią, kotłownia. Piętro: duży salon, WC, kuchnia 2 pokoje, łazienka. Piętro II duży salon, łazienka 3 pokoje. Media: woda i kanalizacja, instalacja elektryczna, gaz, telefon. Dom wybudowany z cegły, dodatkowo ocieplony.

Kupujący ma możliwość przejęcia pacjentów Niepublicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Nysie, oraz dodatkowo podjąć pracę w Szpitalu. Kontakt: k.rozumek@gmail.com, tel. 606-238-681 lub 77/433-90-23

Szpital Specjalistyczny MSW w Jeleniej Górze, ul. Cieplicka 69-71

ZATRUDNI LEKARZY:

specjalistów psychiatrii
lub w trakcie specjalizacji
z psychiatrii

Szczegółowych informacji
udziela Dyrektor Paweł
Majcher, tel. 75/643-57-00,
600-141-030

www.szpitalmsw.net

Śląska Akademia Medyczna - Absolwenci 1968

W związku z odnową dyplomu po 50 latach, prosimy absolwentów Wydziału Lekarskiego i Oddziału Stomatologii Śląskiej Akademii Medycznej o zarejestrowanie się w Dziekanacie Wydziału Zabrzeńskiego u pani Julity Prabuckiej, **do 30 kwietnia 2018 r.** Adres Dziekanatu: 41-800 Zabrze, pl. Traugutta 2, tel. 32/370-52-66; e-mail: kkpzabrze@sum.edu.pl.

Uroczystość odbędzie się w dniu 26 maja 2018 r. w Zabrze-Rokitnicy. Po części oficjalnej - wspólny obiad w cenie 100 zł płatne w dniu uroczystości. O programie uroczystości powiadomimy każdego zarejestrowanego.

Prezes Stowarzyszenia Wychowanków ŚU
Maria GAJECKA-BOŻEK

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

NIEZBĘDNE DLA ZDROWIA

Prawo do ochrony życia i zdrowia gwarantuje nam Konstytucja. Jednak za efekt leczenia odpowiedzialność ponoszą nie tylko organizatorzy ochrony zdrowia, lekarze i inni pracownicy medyczni, lecz również pacjenci. Stosowanie się do poniższych zaleceń pomoże zachować zdrowie w jak najlepszym stanie.



Dbaj o własne zdrowie – to Twoje największe dobro!

Zapobiegaj chorobom przestrzegając zaleceń prozdrowotnych, m.in. stosując odpowiednią dietę i aktywność fizyczną.



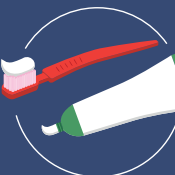
Nie lekceważ niepokojących objawów.

Nie pal papierosów, nie zażywaj narkotyków oraz tzw. dopalaczy, **nie nadużywaj alkoholu**.



Korzystaj ze szczepień ochronnych i badań profilaktycznych.

Dbaj o higienę osobistą.



Przedstaw lekarzowi lub farmaceucie swój problem, niczego nie ukrywając – zwłaszcza informacji o przyjmowanych lekach i innych produktach.

Stosuj się do zaleceń lekarza, realizuj plan leczenia, zażywaj przepisane leki, a jeśli masz wątpliwości odnośnie działania leków – powiedz o tym lekarzowi lub farmaceucie.



Miej cierpliwość w oczekiwaniu na efekt leczenia.

Pamiętaj, że wzajemne zaufanie pacjenta, lekarza, farmaceuty, pielęgniarki i położnej oraz innych pracowników medycznych jest niezwykle ważne dla osiągnięcia najlepszych wyników leczenia.



Nie żyj złudzeniami – reklama i internetowy „dr Google” nie leczą!

Informuj lekarza o braku możliwości przyjścia na umówioną wizytę, dasz szansę innym na szybszą pomoc.

