



OPOLSKA
IZBA
LEKARSKA

Rok Założenia 1990

BIULETYN INFORMACYJNY

Listopad 2011

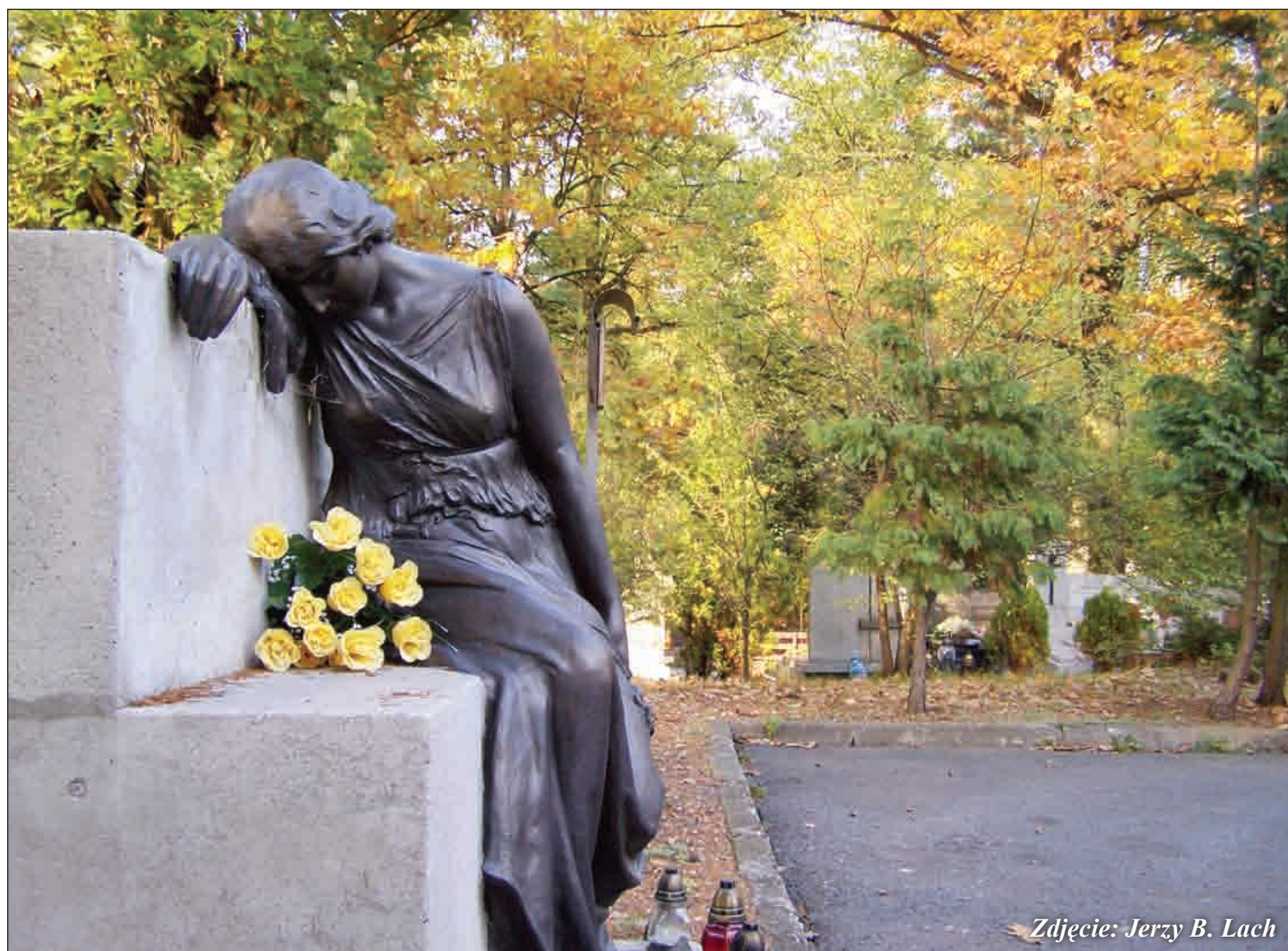
ISSN 1426-661X

Nr 183

OPOLSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

www.izbalekarska.opole.pl

Zostaje tylko pamięć...



Zdjęcie: Jerzy B. Lach

Ogólnopolski Konkurs Literacki

Edycja I

Organizator:
Medycyna Praktyczna

Partner:
Fundacja Anny Dymnej
„Mimo Wszystko”

Jury:
Anna Dymna,
Ewa Lipska,
Marek Pawlikowski,
Michał Rusinek,
Andrzej Szczeklik
(przewodniczący),
Adam Zagajewski



Regulamin

W konkursie może wziąć udział każda osoba mająca tytuł lekarza lub lekarza dentystry.

Pracą konkursową mogą być wiersze (maks. 5) lub opowiadanie, esej bądź fragment powieści (maks. 10 stron [1800 znaków na stronie]), o dowolnej tematyce.

Prace konkursowe muszą stanowić oryginalną twórczość osoby zgłaszającej się do konkursu. Nie mogą być to prace wcześniej publikowane lub nagradzane, ani prace obciążone prawami ustanowionymi na rzecz osób trzecich.

Po wypełnieniu formularza zgłoszeniowego na stronie internetowej www.mp.pl/wena należy przesłać pracę konkursową (plik w formacie Word, czcionka Times New Roman, czcionka 12 p.) w terminie do 15 stycznia 2012 roku pocztą elektroniczną pod adresem konkursliteracki@mp.pl. W tytule wiadomości należy wpisać „Konkurs literacki”.

Jednocześnie z wysłaniem pracy konkursowej należy wpłacić 10 zł na konto Fundacji Anny Dymnej „Mimo Wszystko”: ING Bank Śląski 70 1050 1445 1000 0022 7599 1459.

Laureaci zostaną wyłonieni osobno w kategoriach Poezja i Proza. Ogłoszenie zwycięzców konkursu nastąpi 12 kwietnia 2012 roku podczas specjalnego wieczoru literacko-muzycznego w Sali Koncertowej Pałacu Kultury i Nauki w Warszawie.

Przystąpienie do udziału w konkursie jest równoznaczne z akceptacją niniejszego regulaminu oraz wyrażeniem zgody na przetwarzanie przez organizatora danych osobowych uczestnika zgodnie z przepisami ustawy o ochronie danych osobowych z dnia 29 sierpnia 1997 roku wraz z późniejszymi zmianami.

Informacji udzielają:
Aldona Mikulska, Justyna Tomśka
Medycyna Praktyczna, ul. Skawińska 8, 31-066 Kraków
tel. 12 2934211, e-mail: konkursliteracki@mp.pl
www.mp.pl/wena

Minął kolejny miesiąc i już niedługo Święta i Sylwester. A jeszcze tak niedawno zastanawialiśmy się, co przyniesie nam 2011 rok, a tu już wielkimi krokami zbliża się czas planów na kolejny – 2012 rok. Nie macie Państwo wrażenia, że strasznie szybko pędzi ten czas?

Listopad to szczególny miesiąc w roku. Rozpoczyna się Świętem Zmarłych i ten dzień odciska swoje piętno na pozostałych 29 po nim następujących. To czas zadumy nad przemijaniem czasu i przemijaniem nas samych właśnie. To powracające wspomnienia związane z tymi, którzy od nas odeszli. To moment, kiedy przynajmniej

na chwilę zatrzymujemy się wpatrzeni w płomień świecy i myślimy o tym co za nami i co przed nami. To czas zwolnienia codziennej gonitwy po rozpasanej kolorami wiosnie i wariactwach kanikuły letniej. To pora na uspokojenie emocji i pora refleksji. Pora, kiedy skupiamy się wszyscy razem przy ciepłe ogniska domowego po to, by na nowo poczuć i wzmocnić łączące nas więzi rodzinne. Kulminacją tych przygotowań będzie Wieczerza Wigilijna – to najbardziej rodzinne ze świąt w polskiej tradycji. PozwólmY więc sobie na te chwile. Pozdrawiam

Jerzy B. LACH

SZPALTA PREZESA

Koleżanki i Koledzy!

I znowu czeka nas gorący przełom roku. Otóż zbliża się dzień wejścia w życie (1.01.2012) tzw. ustawy refundacyjnej, której zapisy – mimo zdecydowanych protestów środowiska lekarskiego – nakładają na lekarzy sankcje, związane z wypisywaniem refundowanych recept. Powodem zastosowania przez NFZ kar finansowych może być zarówno wypisanie recepty pacjentowi, który okaże się nieubezpieczonym (zdarzały się przypadki, że pacjent był przekonany, że jest ubezpieczony, bo miał potrącaną przez pracodawcę składkę na ubezpieczenie zdrowotne, ale pracodawca tej składki nie odprowadzał do ZUS-u), jak i wypisanie leku, którego zasadność zostanie przez NFZ zakwestionowana.

Mimo trwających od dłuższego czasu protestów na razie nic nie wskazuje na to, że Ministerstwo ma wolę złagodzenia tych zapisów. Sprawa ta była głównym tematem ostatniego posiedzenia Konwentu prezesów okręgowych rad lekarskich. Stanowisko, przyjęte przez Konwent, publikujemy w dalszej części numeru. Zgodnie z przyjętym przez Konwent planem działania wkrótce rozpoczniemy akcję (być może w momencie, kiedy będziecie to czytać, akcja już będzie trwać) zbierania w poszczególnych delegaturach deklaracji co do nie podpisywania z Funduszem nowych umów receptowych.

Okręgowa Rada Lekarska postanowiła, że wobec osób, które nie zareagowały na pisma o konieczności zapłacenia zaległych składek członkowskich zastosowana zostanie procedura postępowania egzekucyjnego, którą dopuszcza ustawa o izbach lekarskich (art. 116). Osoby te mogą się spodziewać skierowania tzw. tytułów wykonawczych do urzędów skarbowych.

Wobec tego, że kontrole San-epidowskie, prowadzone w prywatnych gabinetach, zaczynają egzekwować zapisy dwóch rozporządzeń Ministra Zdrowia z maja 2010 r. i sprawdzają posiadanie przez lekarzy odpowiednich instrukcji, zamieszczamy w numerze przykładowe instruk-

cje (do ewentualnego wykorzystania). Odsyłam jednocześnie do owych rozporządzeń:

- rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 maja 2010 r. w sprawie sposobu dokumentowania realizacji działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych oraz warunków i okresu przechowywania tej dokumentacji (Dz.U. nr 100, poz. 645),
- rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 maja 2010 r. w sprawie zakresu, sposobu i częstotliwości prowadzenia kontroli wewnętrznej w obszarze realizacji działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych (Dz.U. nr 100, poz. 646).

Poniżej publikujemy też listę osób, które jeszcze nie „odały” składki na ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej (składki uzupełniającej, która została zapłacona z funduszy izbowych w czerwcu ubiegłego roku, w związku z wejściem w życie nowego rodzaju ubezpieczenia). Prosimy poprzednio, żeby kwotę zaległej składki wpłacać bezpośrednio w biurze izby. Teraz, po ustaleniach z księgową, możliwe jest również wpłacanie na konto izby. Bardzo jednak proszę by wyraźnie zaznaczyć na przelewie, że jest to wpłata zaległej składki OC za 2010 rok oraz podać swoje imię i nazwisko (nr konta – Okręgowa Izba Lekarska w Opolu 54-1020-3668- 0000-5102-0009-8277).

Na koniec temat trochę wstydlawy. Otrzymałem pismo od jednego z kół Związku Sybiraków informujące, że w niektórych placówkach ochrony zdrowia nie są przestrzegane ich prawa jako inwalidów wojennych i traktowani są oni w sposób lekceważący. Pozwolę sobie wobec tego przytoczyć kilka zdań z tego pisma:

„...Liczyliśmy na to, że w wolnej ojczyźnie u schyłku naszego życia będziemy mogli liczyć na opiekę i poczucie bezpieczeństwa zwłaszcza od środowiska lekarskiego, od którego oczekujemy zrozumienia i okazania serca. Tak po prostu – po ludzku.”

Jerzy JAKUBISZYN

* * *

Dopłata w wysokości 32 zł

Berger Beata
Bernaś-Ude Jadwiga
Białowas Andrzej
Buks Monika
Dąbrowski Piotr
Dwojak Artur
Gelej Marek
Górska Karolina
Grabowski Andrzej
Jeznach Andrzej
Jędrus Jan
Juda Cezary
Kaczmarek Małgorzata
Kanik-Wręczycka Małgorzata
Kaszkowiak Andrzej
Konik Wiesław
Kordowska-Wileńska Marta
Kotlińska-Stolarz Maria
Kowalczyk Julia
Kucharczyk Adrian
Łaba Joanna
Łuszczyńska-Kicińska Maria
Madej Witold
Maszkowska Marta
Olichwer-Mościchowska Alicja
Orłowska-Kałuża Renata
Pajor Ireneusz
Piskorowski Jan
Pojda Joanna
Puziewicz Jerzy
Pytel Robert
Rak Sławomir
Rekucka Beata
Sikorska-Żurawel Iwona
Szandała Marcin
Szymańska Antonina
Szymański Dariusz
Tabora-Ciszewska Joanna
Tybel-Brodowska Longina

Wagner Małgorzata
Wężykowska-Więcek Barbara
Wilczek Małgorzata
Wirzeska Małgorzata
Władyg Stefan
Wolińska Jadwiga
Zagórska-Mąka Maria
Zaryczańska Małgorzata
Zaryczański Janusz
Zinkowska Barbara
Żelazny Tomasz

Dopłata w wysokości 39 zł

Binkowski Marcin
Karoń Przemysław
Knopińska-Rostkowska Ewa
Małowski Mirosław
Mehlich Helena
Olejnik Alina
Suchińska Krystyna
Szewczyk Jolanta
Wierzchowiec Jan

Dopłata w wysokości 57 zł

Bazgier Adam
Frycowska Joanna
Jakutajć Mirosława
Kaczyński Wojciech
Karoń Agnieszka
Kowalczyk Maria
Łabiak Adam
Machowska Kamila
Malinowska Aleksandra
Malinowski Antoni
Marcjasz Danuta
Migala Natalia
Molinkiewicz Ewa
Prochera Edyta
Proszewski Janusz
Raclawska-Sypko Bożena
Raducka Magdalena
Radzioch Joanna

Rejman-Poreba Katarzyna
Trojan-Kochet Katarzyna
Wątorska Aleksandra
Więcek Ryszard

Dopłata w wysokości 92 zł

Grodzki Jerzy
Mielczarek Bogdan

Dopłata w wysokości 99 zł

Adamów Krystyna
Bielaczyc Grzegorz
Błaszczak Andrzej
Błaszczyszyn Czesław
Brachaczek Zbigniew
Chrzczonowicz Adam
Chwiłowicz-Faryan Joanna
Dawiskiba-Kwiatkowska Małgorzata
Klimeczak Piotr
Kłós Jacek
Koc Jan
Kornacka-Sacek Dominika
Krawiec Bernard
Kucharz Ernest
Lewkowicz Łukasz
Lupa Edmund
Mróz Andrzej
Naumik Wiktor
Nawrot Zbigniew
Nowicki Rafał
Ogórek Paweł
Petrolewicz Adam
Pietrzyk Wiesław
Rachwański Maciej
Rekucki Tomasz
Rostkowski Joachim
Szejner-Maj Marzena
Szwedowski Maciej
Szwedowski Roman
Warot Joanna
Wręczycki Krzysztof
Zygmunt Jerzy



**PRZEWODNICZĄCY
KONWENTU PREZESÓW
OKRĘGOWYCH RAD LEKARSKICH**
Jerzy Jakubiszyn

**Stanowisko
Konwentu prezesów okręgowych rad lekarskich
z dnia 15 października 2011r.**

W związku ze zbliżającym się dniem wejścia w życie większości przepisów ustawy z dnia 12 maja 2011r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. nr 122, poz. 696) prezesi okręgowych rad lekarskich po raz kolejny podkreślają, że zapisy ustawy nie uwzględniają wielu uzasadnionych zastrzeżeń i racjonalnych postulatów, zgłaszanych przez samorząd lekarski.

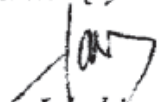
Prezesi stwierdzają, że minimum niezbędnych zmian, które powinny być wprowadzone do ustawy, stanowi:

- jednoznaczne określenie kryteriów uznawania pacjenta za ubezpieczonego oraz nie obarczanie lekarzy oraz lekarzy dentyistów obowiązkiem kontroli uprawnień pacjenta,
- zniesienie nierówności stron przy podpisywaniu umów na wystawianie refundowanych recept, w szczególności rezygnacja z kar umownych albo precyzyjne określenie zasad ich stosowania oraz maksymalnej ich wysokości,
- doprecyzowanie pojęcia „recepty nieuzasadnionej udokumentowanymi względami medycznymi”, o której mowa w art.48 ust.8 pkt 1 ustawy,
- rezygnacja z kumulowania wobec lekarzy i lekarzy dentyistów trzech sankcji, przewidzianych w art.48 ustawy: kar umownych (ust.3 pkt 3), zwrotu kwoty refundacji (ust.8) oraz zakazu zawierania kolejnych umów (ust.11).

Mając na uwadze uprawnienia pacjentów, podlegających ubezpieczeniu zdrowotnemu, ale także biorąc pod uwagę obawy lekarzy i lekarzy dentyistów, dla których niektóre zapisy ustawy stwarzają niczym nieuzasadnione zagrożenie skumulowanymi sankcjami, prezesi okręgowych rad lekarskich proponują podjęcie następujących działań:

- zorganizowanie w najbliższym czasie wspólnego spotkania Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej, przedstawicieli Porozumienia Zielonogórskiego, Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy oraz organizacji zrzeszających pracodawców w ochronie zdrowia dla wypracowania zasad wspólnego postępowania w obliczu zagrożeń, wynikających z zapisów ustawy,
- zorganizowanie w listopadzie konferencji prasowej z udziałem mediów i przedstawicieli organizacji pacjentów dla wyjaśnienia konieczności podjęcia przez środowisko lekarskie odpowiednich decyzji,
- zbieranie wśród lekarzy i lekarzy dentyistów deklaracji uczestnictwa w powszechnej akcji nie podpisywania umów na wystawianie refundowanych recept w razie braku zmian zapisów ustawy.

Przewodniczący Konwentu



Jerzy Jakubiszyn

Sprawozdanie ze spotkania komisji stomatologicznej w dn. 29.09.2011

Na początku Przewodnicząca powitała zebranych po wakacyjnej przerwie. Następnie przedstawiła nowych stażystów podyplomowych, których w tym roku w naszym województwie jest siedmiu.

Następnie omówiono projekt Ministra Zdrowia dotyczący nowych wytycznych dla świadczeniodawców NFZ i przedstawiono stanowisko Komisji Stomatologicznej NRL odnoszące się do tego projektu. KS NRL poparła wydzielenie się świadczeń chirurgii stomatologicznej świadczeń periodontologii. Negatywnie natomiast odniosła się do projektu zniesienia możliwości dalszego zatrudniania pomocy dentystycznych jako personelu pomocniczego, z powodu m.in. braku odpowiedniej liczby asystentek i higienistek stomatologicznych na terenie całego kraju. Samorząd lekarski negatywnie również ocenił i sprzeciwił się zawartej w projekcie propozycji posiadania separatorów amalgamatów przez świadczeniodawców jako jednego z warunków realizacji świadczeń gwa-

rantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego. KS NRL zwróciła uwagę, iż projekt rozporządzenia w żadnym stopniu nie odnosi się do licznie zgłaszanych postulatów dotyczących niezbędnych zmian w leczeniu stomatologicznym dzieci.

28.09.2011 r. w siedzibie opolskiego Oddziału NFZ odbyło się spotkanie konsultantów wojewódzkich z dyrekcją NFZ, na którym omówiono plany kontraktowania świadczeń w przyszłym roku. Zwiększone zostaną nakłady pieniężne na leczenie ortodontyczne i leczenie ogólnostomatologiczne w obszarach wiejskich naszego województwa. Cena za punkt się nie zmieni.

1.07.2011 r. weszła ustawa o działalności leczniczej, ale na razie brak jest rozporządzeń do tej ustawy. Na stronie internetowej naszej izby znajdują się aktualne informacje dotyczące szkoleń. Na tym spotkanie zakończono.

*Anna ADAMSKA
Barbara HAMRYSZAK*

40 lat Wojewódzkiej Przychodni Stomatologicznej w Opolu (1971–2011)

1 stycznia 1969 r. w Wojewódzkiej Przychodni Specjalistycznej w Opolu, przy ul. Mickiewicza 1, powstała Wojewódzka Poradnia Stomatologiczna, której organizatorem i kierownikiem był dr n. med. Marian Kaus. W 1971 r. na wniosek Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej powołana zostaje do życia **Wojewódzka Przychodnia Stomatologiczna** z siedzibą przy ul. Ozimskiej 4. Pierwszym jej Kierownikiem zostaje **dr n. med. Marian Kaus**, urzędując 2 lata – do 1973 r. Kolejni Kierownicy to: **dr Zbigniew Kowalczyk**, który pełnił tę funkcję w latach 1973–84 (11 lat), **dr n. med. Jerzy Werner** (mój szef i nauczyciel) – 1985–93 (8 lat) i od 1993 r. mam przyjemność pełnić tę funkcję osobiście.

Pierwsze poradnie konsultacyjno-specjalistyczne Przychodni to: poradnia ortodoncji, poradnia chirurgii stomatologicznej oraz poradnia protetyki stomatologicznej wraz z pracownią stomatologiczną. Z biegiem czasu powstają nowe poradnie: stomatologii zachowawczej, pedodoncji i - jako ostatnia – poradnia periodontologii.

Do zadań Wojewódzkiej Przychodni Stomatologicznej należało między innymi **konsultowanie** i ewentualne **leczenie** kierowanych do niej pacjentów. Byli to pacjenci z takimi schorzeniami, z którymi nie mogli poradzić sobie, bądź nie mieli możliwości ich leczenia, lekarze pierwszego kontaktu z całego województwa. Przychodnia nie była ostatnią instancją – sprawy, które przekra-

czały nasze kompetencje były kierowane do Akademii Medycznej we Wrocławiu lub w Katowicach.

Kolejnym zadaniem była **działalność dydaktyczno-szkoleniowa** oraz **nadzór specjalistyczny** nad stomatologią Opolszczyzny. Prowadziliśmy szkolenia dla: lekarzy stomatologów i średniego personelu medycznego – asystentek stomatologicznych i techników dentystycznych. W latach 80. i 90. 2 razy w ciągu roku prowadzone były kursy kwalifikacyjne dla asystentek, a 1–2 razy do roku w spotkaniach szkoleniowych brali udział technicy dentystyczni. Wszyscy podnosili swoje kwalifikacje przekazanymi przez nas najnowszymi wiadomościami z poszczególnych dyscyplin, zdobytymi na kursach i konferencjach krajowych.

Do końca lat 90-tych Wojewódzka Przychodnia Stomatologiczna była główną placówką w województwie prowadzącą staże specjalistyczne I i II stopnia. W naszej siedzibie przeprowadzane były egzaminy specjalistyczne na I stopień specjalizacji z zakresu stomatologii ogólnej i chirurgii stomatologicznej. Tytuł specjalisty I stopnia w naszej Przychodni uzyskało ponad 130 lekarzy.

Wojewódzka Przychodnia Stomatologiczna była również jedyną placówką tego typu na terenie naszego województwa i jedną z 2–3 w kraju poza ośrodkami akademickimi, mogącą prowadzić specjalizacje II stopnia ze wszystkich dyscyplin stomatologicznych za wyjąt-

kiem chirurgii szczękowo-twarzowej. Wszystko to było możliwe dzięki odpowiedniej kadrze lekarzy, zdobyciu przez nich odpowiednich kwalifikacji, odpowiedniemu, jak na tamte czasy, wyposażeniu w dobrej klasy sprzęt i materiały stomatologiczne (ocena konsultantów krajowych i regionalnych).

Pod opieką naszych specjalistów – kierowników specjalizacji – dyplomy II stopnia, a więc tytuły specjalistów uzyskało ponad 50 lekarzy. Nadzór województwa opolskiego przez naszą przychodnię trwał do 2000 r. Była to **kontrola** wszystkich gabinetów i poradni szkolnych, ich działalności i wyposażenia.

Po objęciu przeze mnie kierownictwa, szczególny nacisk położyliśmy na opiekę stomatologiczną nad dziećmi i młodzieżą. Było to związane z wdrożeniem i nadzorowaniem ogólnopolskich programów i akcji profilaktycznych. Programy profilaktyczne, takie jak program zapobiegania próchnicy i chorobom przyzębia, akcja lakowania zębów szóstych, były opracowane przez prof. Jańczuka, a następnie przez prof. Wierzbicką.

Również prowadzone przez nas było monitorowanie zdrowia jamy ustnej u dzieci na Opolszczyźnie. W pewnym okresie mieliśmy najlepsze wyniki w skali kraju. Myślę, że te osiągnięcia są rezultatem dobrej i rzetelnej pracy w czasie organizowania, wprowadzania i realizacji programów, za co należą się słowa uznania wszystkim tym, którzy brali w tym udział – zwłaszcza lekarzom z całego województwa pracującym w tamtych czasach z dziećmi.

Nierozzerwalnie z działalnością Wojewódzkiej Przychodni Stomatologicznej łączyła się działalność Konsultanta Wojewódzkiego ds. Stomatologii. Wszyscy Kierownicy WPS pełnili tę funkcję, tak było do 2000 r. Miałem zaszczyt i wielką przyjemność pełnić tę funkcję przez 5 lat i być ostatnim **Konsultantem Wojewódzkim ds. Stomatologii** w naszym województwie. Także na bazie Wojewódzkiej Przychodni Stomatologicznej powstał **Opolski Oddział Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego**, inspiratorami powstania którego byli dr n. med. Jan Pogorzelski, dr n. med. Marian Kaus oraz dr Leszek Sawiński i dr n. med. Jerzy Werner. Całą działalność Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego była oparta głównie na pracownikach Wojewódzkiej Przychodni Stomatologicznej i sukcesy tej organizacji są sukcesami również jej pracowników.

Lekarze WPS mieli także swój niemały **udział w powstaniu Samorządu Lekarskiego** na terenie Opolszczyzny. Skutkowało to w 1991 r. powstaniem Klubu Stomatologa przy PTS w Opolu, którego Honorowym Przewodniczącym został dr n. med. Jerzy Werner. Klub w 1993 r. przekształcił się w Komisję Stomatologiczną przy Okręgowej Izbie Lekarskiej w Opolu, której zostałem wybrany pierwszym przewodniczącym.

Dzięki licznym spotkaniom i burzliwym dyskusjom, jakie prowadziliśmy wraz z Kierownikami Obwodowych Poradni Stomatologicznych udało się nadać w miarę ła-

godny przebieg zmianom, jakie następowały w latach 90-tych i każdy stomatolog mógł wziąć swój los w swoje ręce – sprywatyzować się. **Byliśmy jednym z nielicznych województw, gdzie każdy z nas sam odpowiadał za siebie indywidualnie, a więc byliśmy wolni i samodzielni.** Nie było to standardem w skali kraju, gdzie prywatyzowano grupowo lub jeden lekarz prywatyzował się i zatrudniał innych.

Dzięki przychylnemu nastawieniu oraz wsłuchiowaniu się w uwagi i propozycje z naszej strony, **współpraca z Kasą Chorych** przebiegała spokojnie i rzeczowo. Częste rozmowy, konsultacje oficjalne i nieoficjalne, już od 1997 r., pozwoliły na opracowanie zasad działania i w 2000 r. doprowadziły do nadania odpowiedniego kształtu kontraktom stomatologicznym – jednolitym dla całego województwa. Kontrakty otrzymali wówczas wszyscy zainteresowani lekarze, bo występowaliśmy wspólnie z PTS i Komisją Stomatologiczną jako korporacja stomatologiczna wobec Kasy Chorych.

Bardzo dobrym pociągnięciem było wprowadzenie do Kasy Chorych „naszego przedstawiciela” – stomatologa. Zadanie to podjęła szefowa Poradni Stomatologii Zachowawczej Wojewódzkiej Przychodni Stomatologicznej – dr Anna Szczombrowska i pełni je do dziś.

Pomimo trwających już od 1993 r. wielu starań i zabiegów o **zmianę lokalizacji naszej przychodni**, a co za tym idzie polepszenia jej warunków lokalowych, nie znaleźliśmy zrozumienia u władz województwa. Dopiero w 2005 r. (po 12 latach), ze względów sanitarnych i oszczędnościowych Przychodnię przeniesiono do kompleksu Wojewódzkiego Centrum Medycznego, gdzie pracuje w mocno okrojonym składzie nie tylko kadrowym. Z ogólnej liczby poradni pozostały tylko: poradnia ortodoncji, pedodoncji, stomatologii zachowawczej, protetyki stomatologicznej. Tym nie mniej realizuje ona wszystkie możliwe do wykonania, w tej sytuacji i chwili obecnej, zadania.

Od samego początku Przychodnia działała w strukturach Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Opolu. W latach 1997–98, gdy następowało po sobie na przemian łączenie i rozłączanie z Wojewódzkim Centrum Medycznym, **próbowano przejąć cały dorobek**, funkcje i osiągnięcia naszej Przychodni. Skończyło się na tym, że z naszej Poradni Chirurgii Stomatologicznej powstała Wojewódzka Przychodnia Chirurgii Stomatologicznej i Szczękowo-Twarzowej, przy której powstawał – jeszcze jako poradni specjalistycznej – braliśmy aktywny udział.

Od początku lat 90-tych czyniliśmy starania i przygotowania do powstania Oddziału Chirurgii Szczękowo-Twarzowej w Wojewódzkim Centrum Medycznym. Dzięki dużemu zaangażowaniu i samozaparcu obecnego ordynatora tego oddziału – dr n. med. Romana Sadowskiego w 1998 r. nastąpiło szczęśliwe i zasłużone osiągnięcie celu i nasze województwo wzbogaciło się o taki oddział.

Jak widać zadania wytyczano nam i wytyczaliśmy je sobie sami. Harmonia we współpracy i działaniu pomiędzy Wojewódzką Przychodnią Stomatologiczną, Opolskim Oddziałem Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego i Komisją Stomatologiczną Opolskiej Izby Lekarskiej, a więc wszystkimi lekarzami stomatologami, od samego początku sprawiała, że mamy osiągnięcia i względny spokój, których zazdroszczą nam w innych województwach.

Na koniec przedstawiam lekarzy specjalistów pracujących w Wojewódzkiej Przychodni Stomatologicznej w latach 1971–2011, dzięki którym osiągnęliśmy to, co zostało **opisane w dużym skrócie**, powyżej:

Specjalistyczna Poradnia Stomatologii Zachowawczej

lek. stom. Jadwiga Durlik
lek. stom. Anna Szczombrowska
dr n. med. Piotr Wiśniewski
lek. stom. Rafał Smerkowski
Specjalistyczna Poradnia Periodontologii
lek. stom. Krzysztof Malottki

Specjalistyczna Poradnia Protetyki Stomatologicznej

dr n. med. Marian Kaus
lek. stom. Andrzej Hering
dr n. med. Jerzy Werner
lek. stom. Wiesław Latała

Specjalistyczna Poradnia Ortodoncji

lek. stom. Bożena Zmacyńska
lek. stom. Bożena Klimczuk-Kozłowska
lek. stom. Danuta Hoszowska
lek. stom. Anna Adamska
dr n. med. Justyna Grzybowska-Substelna

Specjalistyczna Poradnia Pedodoncji

lek. stom. Halina Talik
lek. stom. Marta Rodziewicz-Kabarowska
lek. stom. Katarzyna Jastrzębska
lek. stom. Małgorzata Gąsiorowska
lek. stom. Agata Pros

Specjalistyczna Poradnia Chirurgii Stomatologicznej

lek. stom. Zbigniew Kowalczyk
lek. stom. Jadwiga Piotrowska
lek. stom. Barbara Piechaczek-Mateja
lek. stom. Antonina Tańczak
Obecnie funkcjonują:

Poradnia Stomatologii Zachowawczej, którą kieruje lek. stom. Rafał Smerkowski z asystentką Małgorzatą Woldańską,

Poradnia Ortodoncji, którą kieruje lek. stom. Danuta Hoszowska z asystentką Ewą Chudawą,

Poradnia Stomatologii Dziecięcej (Pedodoncji), którą kieruje lek. stom. Małgorzata Gąsiorowska pracując razem z lek. stom. Agatą Pros i asystentką Mariolą Miśkiewicz,

Poradnia Protetyki, którą prowadzę osobiście z asystentką Ewą Szczepańską.

Jak więc widać, wykonując kontrakt, pomagamy pacjentom najmłodszym i najstarszym. Jednocześnie prowadzimy specjalizacje, a także staże cząstkowe przed i podyplomowe z dyscyplin, w których posiadamy poradnie. Dzięki temu nasi Koledzy mogą podnosić kwalifikacje na miejscu i nie muszą jeździć do ośrodków akademickich.

*Lek. stom. Wiesław LATAŁA
Kierownik Wojewódzkiej Przychodni
Stomatologicznej w Opolu*

PROGRAM SZKOLEŃ PROWADZONYCH W RAMACH KOMISJI KSZTAŁCENIA OIL W OPOLU NA II – PÓŁROCZE 2011 r.

TERMIN	KIEROWNIK NAUKOWY	TEMAT	MIEJSCE SZKOLENIA
19.11.2011 r. godz.10.00 sobota	Dr Marek Dryja Konsultant wojewódzki w dziedzinie ratownictwa medycznego	Ratownictwo Medyczne dla Stomatologów (30 osób)	WCM Opole ul. Witosa – sala konferencyjna
03.12.2011 r. godz.10.00 sobota	Prof. dr hab. Józef Dzielicki Konsultant wojewódzki w dziedzinie chirurgii dziecięcej	Refluks żołądkowo – przełykowy jako problem pediatrii, internisty i geriatrii. Spojrzenie z perspektywy chirurga	Okręgowa Izba Lekarska w Opolu ul. Grunwaldzka 23
17.12.2011 r. sobota, godz.10.00	Dr Marek Dryja Konsultant wojewódzki w dziedzinie ratownictwa medycznego	Ratownictwo Medyczne dla Stomatologów (30 osób)	WCM Opole ul. Witosa – sala konferencyjna

Prosimy o zgłaszanie chęci uczestnictwa w w/w szkoleniach do siedziby OIL w Opolu telefonicznie – 77/454-59-39. Za uczestnictwo w szkoleniu przysługują 3 pkt. edukacyjne.

Małgorzata ŁUSZCZYŃSKA-OSTROWSKA

Zestaw procedur

Poniżej drukujemy przykładowe procedury, o których wspominał w „Szpalcie Prezesa” na początku numeru kol. Jakubiszyn.

PROCEDURA nr 1

Mycie i dezynfekcja rąk

1. Po odkręceniu baterii i ustaleniu odpowiedniej temperatury wody, należy za pomocą dozownika nabrać na otwartą dłoń dawkę mydła w płynie.
2. Dłonie należy myć przez ok. 30–60 sek. zgodnie ze schematem umieszczonym nad umywalką.
3. Mydło należy dokładnie spłukać wodą a dłonie wytrzeć do sucha ręcznikiem jednorazowym.
4. Za pomocą dozownika należy nabrać na otwartą dłoń 2–3 dawki środka dezynfekcyjnego.
5. Dłonie należy dezynfekować zgodnie ze schematem, o którym mowa w pkt. 2, aż do całkowitego wyschnięcia dłoni.

PROCEDURA nr 2

Przygotowanie narzędzi do sterylizacji

1. Bezpośrednio po użyciu narzędzia są umieszczane w pojemniku z płynem dezynfekującym na około 30 minut.
2. Po dokonaniu wstępnej dezynfekcji narzędzia są płukane, a woda odsączana przy użyciu ręczników jednorazowych.
3. Po wysuszeniu narzędzia umieszcza się w metalowym pojemniku, przeznaczonym do transportu narzędzi do podmiotu, z którym podpisana została odpowiednia umowa.

PROCEDURA nr 3

Dezynfekcja pomieszczeń i przedmiotów

1. W pierwszej kolejności dezynfekuje się te powierzchnie i przedmioty, które są najmniej zabrudzone.
2. Każdą powierzchnię przeciera się ściereczką nasączoną środkiem dezynfekcyjnym.
3. W przypadku skażenia jakiegś powierzchni lub przedmiotu materiałem biologicznym, wykonuje się najpierw tzw. dezynfekcję ogniskową.
4. W przypadku małych plam i zacieków należy:
 - przemyć ręcznikiem jednorazowym lub ligniną, zamoczonymi w roztworze Actichloru plus lub Medicariny,
 - po 5 minutach przemyć ręcznikiem jednorazowym lub ligniną, zamoczonymi w czystej wodzie,
 - osuszyć jednorazowymi ręcznikami.

5. W przypadku dużych plam i zacieków należy:

- przykryć ręcznikami jednorazowymi lub ligniną, tak by wchłonęły wszystko,
- po usunięciu ręczników jednorazowych lub ligniny, połączyć roztworem Actichloru plus lub Medicariny,
- ponownie przykryć ręcznikami jednorazowymi lub ligniną na 15 minut,
- po usunięciu ręczników jednorazowych lub ligniny, przemyć ręcznikiem jednorazowym lub ligniną, zamoczonymi w czystej wodzie,
- osuszyć jednorazowymi ręcznikami.

PROCEDURA nr 4

Postępowanie z odpadami medycznymi

1. Odpadami medycznymi, które powstają w trakcie pracy Gabinetu Laryngologicznego są:
 - gaziki, wykorzystywane przy badaniu krtani (do przytrzymywania języka),
 - wata, wykorzystywana przy badaniu nosa (obkurczanie błony śluzowej), ucha (oczyszczanie), gardła (pędzlowanie),
 - materiał opatrunkowy, usuwany pacjentowi w gabinecie,
 - rękawiczki jednorazowe, używane podczas badania pacjenta,
 - strzykawki i igły, używane podczas badania pacjenta,
 - lignina, wykorzystywana przy dezynfekcji sprzętu i pomieszczenia,
 - ręczniki jednorazowe, wykorzystywane przy dezynfekcji sprzętu i pomieszczenia.
2. Odpady umieszczane są w pojemnikach twardych, dostarczanych przez podmiot, z którym podpisana jest umowa na utylizację odpadów.
3. Pojemniki opisane są zgodnie z wymogami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 30 lipca 2010 r. w sprawie szczegółowego sposobu postępowania z odpadami medycznymi.
4. Pojemniki przechowywane są w specjalnej lodówce do 30 dni.
5. Pojemniki odbierane są przez podmiot, o którym mowa w pkt. 2, zgodnie z ustalonym harmonogramem.

Sprawozdanie z konferencji naukowo-szkoleniowej „Choroby wieku podeszłego”

Pod patronatem Prezesa NRL Macieja Hamankiewicza, Świętokrzyska Izba Lekarska zorganizowała w Ciekotach k. Kielc w dniu 16 września 2011 r. dla lekarzy emerytów i rencistów Konferencję Naukowo-Szkoleniową „Choroby wieku podeszłego”.

Ciekoty to mała miejscowość koło Kielc, gdzie przez kilka lat mieszkała w swoim dworku rodzina Żeromskich. W tym roku przy udziale funduszy europejskich udało się odtworzyć dworek i wybudować Centrum Edukacyjne „Szklany Dom”, w którym odbywała się nasza konferencja. Udział w niej wzięło 172 lekarzy różnych specjalności, w tym 11 lekarzy z województwa opolskiego.

Obrady otworzył Prezes M. Hamankiewicz odczytując list minister zdrowia Ewy Kopacz, a następnie wygłosił referat pt. „Lekarz na emeryturze”. Dowiedzieliśmy się, że spośród naszej 170-tysięcznej społeczności lekarzy i lekarzy dentystów, seniorów jest około 42 tysięcy. Najdłużej żyją lekarze na Podkarpaciu, a najkrócej w województwie łódzkim. Dalsze wiekowe spostrzeżenia podsumował Prezes sentencją „emerytura to czas na realizację marzeń”.

Następnych 11-tu wykładowców omówiło problemy zdrowotne wieku podeszłego, a dzień obrad zakończył się wspianą „biesiadą świętokrzyską”.

W następnym dniu, autokarami z przewodnikiem, zwiedziliśmy kilka pięknych zakątków ziemi świętokrzyskiej.

A może ktoś z naszych kolegów ma pomysł na ciekawe miejsce, gdzie moglibyśmy zorganizować podobną konferencję na Ziemi Opolskiej?!

ŁASZOWIECKA

Zdjęcia: Tadeusz CHOWANIEC

* * *

KOMUNIKAT KOMISJI DS. LEKARZY-EMERYTÓW

Komisja ds. Lekarzy Emerytów i Rencistów zaprasza na Spotkanie Oplatkowe, które odbędzie się w środę 14 grudnia, o godzinie 14⁰⁰ w Klubie Lekarza w Opolu, przy ul. Grunwaldzkiej 23. Prosimy o zgłaszanie obecności w Biurze Izby do dnia 12 grudnia.

Przewodniczący Komisji

Dr med. Tadeusz CHOWANIEC



Przy drodze do źródła św. Franciszka (rejon Św. Katarzyny)
– tablica pamiątkowa ku czci członków Zgrupowania
Partyzantów AK „Ponury”



„Szklany Dom” – Ciekoty k. Kielc



Dolnośląskie Centrum Chorób Płuc we Wrocławiu

53-439 WROCŁAW UL. GRABISZYŃSKA 105

Telefony: centrala: (071) 33 49 400, fax.: (071) 362 13 06

NIP 894-24-56-112, REGON 000294295

BEZPŁATNE BADANIA PROFILAKTYCZNE (TK KŁATKI PIERSIOWEJ) realizowane w ramach NARODOWEGO PROGRAMU ZWALCZANIA CHOROÓB NOWOTWOROWYCH.

Dolnośląskie Centrum Chorób Płuc we Wrocławiu zostało koordynatorem wyżej wymienionego przedsięwzięcia. Projekt ten ma na celu nakłonić społeczeństwo do przeprowadzenia darmowych badań tomografii komputerowej klatki piersiowej, w celu sprawdzenia stanu płuc.

Rak płuca jest najczęściej występującym w Polsce nowotworem złośliwym. Umieralność spowodowana tą chorobą jest większa aniżeli umieralność spowodowana występowaniem czterech kolejnych najczęstszych nowotworów razem wziętych. Odnotować należy, że gwałtownie wzrasta zachorowalność na raka płuca wśród kobiet. Liczba zgonów spowodowana rakiem płuca jest niemal taka sama jak ilość zgonów z powodu raka piersi.

Podstawowym i najskuteczniejszym sposobem leczenia raka płuca pozostaje stale chirurgicznie usunięcie zmian. Skuteczność tego leczenia ogranicza się jednak tylko do wczesnych postaci tej choroby nowotworowej. Dlatego też obok problemów związanych z wczesną wykrywalnością tego nowotworu niezwykle podniosłym problemem pozostaje precyzyjne określenie jego stopnia zaawansowania tak, aby podejmowane leczenie stosowane było u chorych, którzy mogą odnieść rzeczywistą korzyść z leczenia chirurgicznego.

Stąd też tak ważne są badania profilaktyczne mające na celu wczesną diagnostykę i wykrywanie, co zostanie umożliwione w ramach realizowanego programu, do którego mogą przystąpić osoby od 55 do 75 roku życia palące co najmniej 1 paczkę papierosów dziennie przez minimum 20 lat (jest to grupa najbardziej narażona na występowanie zmian nowotworowych w płucach). Zasięg akcji obejmuje powiaty województwa dolnośląskiego i opolskiego, wymienione poniżej, w których odsetek operacyjności nowotworu płuc jest niższy niż 10%.

I. województwo dolnośląskie, powiaty:

- 1) górowski • 2) jeleniogórski • 3) kłodzki • 4) lubański • 5) lwówecki • 6) milicki • 7) oławski • 8) strzeliński
• 9) świdnicki • 10) trzebnicki • 11) wałbrzyski • 12) wołowski • 13) złotoryjski.

II. województwo opolskie, powiaty:

- 1) kluczborski • 2) namysłowski • 3) oleski • 4) kędzierzyńsko-kozielski.

Osoby kwalifikujące się do badania są zobowiązane udać się do swojego lekarza pierwszego kontaktu po skierowanie na badanie. Szablon skierowanie można wcześniej pobrać ze strony internetowej http://dcchp.pl/download/skierowanie_badania.pdf. Następnie należy umówić się telefonicznie na bezpłatne badanie do wybranej placówki tomografii komputerowej (lista placówek widnieje poniżej).

Czas trwania programu od 15 września 2011 roku do końca listopada (tj. 31.11.2011 roku).

Na stronie Dolnośląskiego Centrum Chorób Płuc we Wrocławiu (<http://www.dcchp.pl/>) w zakładce aktualności znajdują się wszystkie informacje o przeprowadzanej akcji. Osoba kontaktowa Natalia Adamczewska; Koordynator Projektu tel. 503 422 226 e-mail n.adamczewska@dcchp.pl

Badanie będą realizowane przez następujące placówki:

1. NZOZ Wrocławskie
Centrum Medyczne
ul. Grabiszyńska 105,
53-439
WROCŁAW
tel 71 334 96 93/94

2. NZOZ Wałbrzyskie
Centrum Medyczne
ul. Sokołowskiego 4,
58-309
WAŁBRZYCH
tel 74 666 58 20

3. NZOZ Legnickie
Centrum Medyczne
ul. Iwaszkiewicza 5,
59-220
LEGNICA
tel. 76 855 05 90/91

4. SP Zakład Opieki
Zdrowotnej
ul. Roosevelta 4, 47-220
**KĘDZIERZYN-
KOŹLE**
tel. 77 441 38 70,
785 86 87 88

5. Szpital
Neuropsychiatryczny
ul. Wodociągowa 4,
45-221 **OPOLE**
tel. 77 441 38 70,
785 86 87 88

Podziękowania dla dr Łuczak

Od lat przyjęty jest zwyczaj pisanie pochwalnych pamiątek – wspomnień, gdy ktoś umrze. I co mu po tym słowie?! Nie spotkałem się natomiast z pisanem podziękowań za wieloletnią, nienaganną pracę wtedy, gdy ktoś odchodzi na emeryturę lub rentę. Przeczytać te słowa byłoby zapewne miło. Jeśli to ostatnie jest prawdziwe, to może zmienimy panujący zwyczaj? Piszmy o i do żywych. W roku bieżącym sympatycy kina pożegnali Elizabeth Taylor – niezapomnianą Kleopatę.

Niemal w tym samym czasie zakończyła swą wieloletnią pracę pani dr Irmína Łuczak z Kędzierzyna-Koźła. W momencie Jej ostatecznego przejścia na emeryturę grono pracujących lekarzy zmniejszyło się o kolejnego cenionego i zasłużonego lekarza specjalistę: internistę, kardiologa i lekarza medycyny pracy (jednego z trzech pierwszych specjalistów w tej dziedzinie w naszym województwie i jedyne go z nich, który dotąd na tym terenie jeszcze pracował). Utrata lekarza profilaktyka jest szczególnie kłopotliwa, gdyż grono tych specjalistów z roku na rok jest coraz to mniejsze. **Wraz z Jej ostatecznym przejściem na emeryturę straciliśmy Kleopatę lekarzy profilaktyków!**

Szanowna Pani Doktor!

Niniejsze słowa kreślę, gdyż uważam, że zasłużyła Pani na słowa podziękowania za wieloletnią pracę na rzecz kędzierzyńskich zakładów pracy, gdyż dane mi było z Panią pracować oraz podziwiać Jej wiedzę i sumienność. Nad dalszymi zaletami pracy z Panią oraz rolą, jaką odegrała Pani na terenie Kędzierzyna-Koźła nie będę się rozwodził, gdyż tym co powyżej i tak wystarczająco sobie „nagabiłem”.

Z najserdeczniejszymi życzeniami zdrowia, pomyślności i słońca w każdym emeryckim dniu pozostaje.

Jan Al. Sagan

(były dyrektor SPZOZ w K-K i ówczesny konsultant
woj. ds. med. przemysłowej)

PS. To, co zrobiłem wykracza być może poza moje obowiązki i nie ułatwi mi dalszej pracy (życia?), ale... niech tam. Zrobiłem coś zgodnie z sumieniem. Skoro razem pracowaliśmy, to te słowa są jedynie czystym obowiązkiem. Dziękuję za wszystko, przepraszam za uchybienia i ponownie życzę pomyślności na pełnej już – tym razem – emeryturze.

ETYKA

Między śmiercią i ekonomią

Etyczne granice interwencji medycznych

Medycyna, jak każda działalność podejmowana przez człowieka, ma swoje nieprzekraczalne ograniczenia. Limitują one interwencje medyczne podejmowane w stosunku do pacjentów. W opiece zdrowotnej do nieprzekraczalnych granic należą:

- skończoność ludzkiego życia,
- jego kruchość,
- niedobór zasobów finansowych,
- ograniczoność moralnych władz poznawczych człowieka.

Przymiotnik „etyczne” w odniesieniu do omawianych granic oznacza, że ich przekraczanie należy traktować jak działania niemoralne powiększające obszar zła. Równocześnie pozostawanie w ich obrębie uznać trzeba za moralną powinność wszystkich pracowników systemu opieki zdrowotnej, w tym także lekarzy rodzinnych. Ponadto długotrwałość i kompleksowość opieki świadczonej przez nich nakłada na tę specjalność zasadniczy ciężar obowiązku edukacji pacjentów do uznania wymienionych ograniczeń.

W artykule uzasadniam konieczność akceptowania tych granic i pokazuję jej wpływ na organizację systemu opieki zdrowotnej.

Skończoność ludzkiego życia

Uprawiając medycynę i korzystając z jej usług, zawsze musimy pamiętać, że nie może ona przewyższyć śmierci. Do istoty ludzkiego życia należy jego skończoność. Walka z nią nie może być ani celem opieki zdrowotnej, ani dobrem pacjenta, do którego urzeczywistnienia powinni dążyć lekarze i personel pomocniczy.^{1,2}

Konieczność pogodzenia się z nieuchronnością kresu życia daje moralne usprawiedliwienie dla dążenia do spokojnej śmierci.³ Spokojna śmierć, będąc celem medycyny, uzyskuje status pełnoprawnego dobra pacjenta. Właściwa jego realizacja wymaga zróżnicowania pacjentów na chorych, których można jeszcze wyleczyć, i na umierających, u których leczenie przyczynowe należy zastąpić opieką paliatywną prowadzącą do spokojnej śmierci. Umiejętne różnicowanie należy do moral-

nych obowiązków lekarza, gdyż skrajną niegodziwością jest traktowanie pacjenta umierającego jak chorego mającego szansę na liczące się przeżycie.⁴

Dążenie do spokojnej śmierci moralnie sankcjonuje medycynę paliatywną i ruch hospicyjny nastawiony na realizowanie tego celu. Jego urzeczywistnianie ułatwiają reguły bardzo ważne dla współczesnej opieki zdrowotnej:

- nakaz zaprzestania i niepodejmowania przez lekarza terapii daremnej;
- norma sformułowana między innymi w Deklaracji o eutanazji Kongregacji Nauki Wiary. Zezwala ona na rezygnację przez pacjenta z procedur uznanych przez niego za tzw. leczenie nieproporcjonalne w stosunku do osiągniętych rezultatów.⁵

Wymienione reguły biorą moralną sankcję ze skończoności życia jako etycznej granicy interwencji medycznych. Zgodnie z pierwszą regułą rezygnacja z terapii nieefektywnej leczniczo stanowi moralny obowiązek lekarza. Norma druga zezwala pacjentowi, bez obawy popełnienia samobójstwa, na odmowę leczenia nakładającego na niego lub/i jego rodzinę zbyt duży ciężar psychiczny, fizyczny bądź finansowy. Wpływ na decyzję chorego ma też szacowane przez niego brzemienie życia utrzymywanego rozważaną procedurą.

Niestety, w Karcie praw pracowników służby zdrowia Papieskiej Rady ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia drastycznie zawężono omawianą normę wyłącznie do stanów terminalnych. W dokumencie tym zrezygnowano z określenia „leczenie nieproporcjonalne” na rzecz terminu „terapia uporczywa” i zdefiniowano ją jako procedurę przedłużającą jedynie agonię, przysparzającą cierpienia i bólu oraz naruszającą godność umierającego pacjenta.⁶ Zawężenie pozbawiło zasadę nieproporcjonalności jakiegokolwiek praktycznego znaczenia w procesie szacowania przez chorego ciężarów terapii i brzemienia życia. Co więcej, skłania ono do moralnie i medycznie nieusprawiedliwionej walki ze śmiercią. Przypomnę, że pojęcie „uporczywej terapii” pojawiło się w Kodeksie etyki lekarskiej w art. 32 jednak bez żadnego treściowego sprecyzowania. Można przypuszczać, że wielu lekarzy – kierując się obawą przed zarzutem eutanazji – będzie termin ten interpretować w sposób zawężony.

Kruchość ludzkiego życia

Kruchość ludzkiego życia uwidacznia się w jego podatności na choroby, ból i cierpienie. W literaturze bioetycznej tę właściwość naszego gatunku nazywa się podatnością na zranienie (*vulnerability*).⁷

Rozpoznanie kruchości ludzkiego życia daje etyczną sankcję następującym normom:

1. nakazowi minimalizacji cierpień możliwych do uniknięcia,
2. nakazowi pogodzenia się z pewną sumą cierpienia niemożliwego do uniknięcia,

3. nakazowi ciągłej kontroli postępu naukowego w opiece zdrowotnej,

4. nakazowi zastąpienia domniemanej terapeutycznej mocy nadziei siłą rzeczywistej troski o pacjenta w jego zdrowiu, chorobie i umieraniu.

Pierwsza norma zobowiązuje lekarzy do skutecznej analgezji. U terminalnie chorych pacjentów medycy mają moralny obowiązek eliminowania bólu i cierpienia, nawet za cenę przyspieszenia śmierci. Z tego obowiązku zwolnić ich może jedynie prośba chorego o zaprzestanie leczenia przeciwbólowego.

Druga norma pokazuje, że z życiem ludzkim wiąże się cierpienie, którego nie można uniknąć, gdyż jest ceną, jaką płacimy przede wszystkim za to, że jesteśmy świadomymi i obdarzonymi rozumem istotami żywymi. Podstawowym źródłem nieredukowalnego cierpienia jest świadomość śmierci własnej i doświadczenie śmierci bliskich. Ważnym generatorem cierpienia są choroby nieuchronnie wiążące się z istnieniem człowieka jako gatunku dzielącego z pozostałymi organizmami kruchość życia. Cierpieniem jest także okupione dążenie jednostek do rozwoju pełni własnych możliwości. Działaniami niezgodnymi z nakazem pogodzenia się z niemożliwym do uniknięcia cierpieniem są próby realizacji utopii świata bez chorób i śmierci. Jest to szkodliwe marzenie, gdyż powiększa możliwe do uniknięcia cierpienia.⁸

Trzecia zasada nakazuje ukierunkowywanie i ocenę dokonującego się postępu naukowego w biomedycynie. Jest ona ustawicznym przypomnieniem, że nie wszystko, co może być zrobione, powinno być wdrożone do praktyki lekarskiej. Właściwym kierunkiem (celem) badań naukowych i innowacji technologicznych w opiece zdrowotnej powinno być zmniejszanie możliwego do uniknięcia cierpienia.

Akceptacja kruchości życia i jego skończoności tworzy moralną podstawę dla nakazu zastąpienia domniemanej terapeutycznej mocy nadziei siłą rzeczywistej troski o pacjenta w jego zdrowiu, chorobie i umieraniu. Polskie środowisko lekarskie bezkrytycznie wierzy w „ogromną moc terapeutyczną nadziei”.⁹ Podstawowym źródłem tej wiary jest lęk przed śmiercią i wynikające z niego silne przekonanie o moralnej konieczności bezwzględnej walki o (prze)życie podopiecznego. Przesadna „nadzieja wbrew nadziei” częstokroć służy „przyczajaniu się lekarza wraz z pacjentem za iluzją bezpieczeństwa, bądź za zasłoną nieposkromionego optymizmu, co może być tchórzliwe”.¹⁰

Kultywowanie takiego optymizmu prowadzi do pomieszania nadziei z szansą na wyleczenie. Ich mylenie nie pozwala na wspomniane różnicowanie podopiecznych na ciężko chorych, mających jednak liczącą się szansę wyleczenia i pacjentów umierających, którzy już nie mają takich szans. Prowadzi to do wzrostu sumy dających się uniknąć cierpień. Powodują go głównie trzy czynniki:

- niepodjęcie skutecznej analgezji w imię zwyczaj iluzorycznej nadziei na przeżycie pacjenta umierającego;
- nadużywanie przywileju terapeutycznego powiększające – i tak już zazwyczaj duże – osamotnienie pacjenta w cierpieniu i umieraniu oraz przymuszające do nieetycznego traktowania go jak chorego mającego szansę na wyzdrowienie;
- wymuszana kłamstwem i nadzieją uporczywa kontynuacja leczenia daremnego, w niektórych chorobach – przede wszystkim nowotworowych, bardzo wyniszczającego podopiecznych.

Zastępująca iluzoryczną moc nadziei rzeczywista troska o pacjenta polega w zdrowiu na właściwej profilaktyce, w chorobie na leczeniu przyczynowym, a w umieraniu na zaprzestaniu lub niepodjęciu tego leczenia i zastąpieniu go wszechstronną opieką paliatywną.

Niedobór środków finansowych

Praktykując medycynę i planując jej optymalną organizację, nie możemy zapominać, że zasoby finansowe przeznaczone na opiekę zdrowotną nigdy nie osiągną pułapu umożliwiającego zaspokojenie wszystkich potrzeb. Deficyt finansowy w medycynie ma charakter zewnętrzny i strukturalny. Jego „zewnętrzność” wynika z faktu, że opieka zdrowotna, podobnie jak pozostałe sfery działalności rozwiniętych państw Zachodu, uprawiana jest w warunkach, co najmniej, umiarkowanego niedoboru środków finansowych. Natomiast strukturalność deficytu finansowego oznacza, że w medycynie brak pieniędzy dodatkowo pogłębiany jest przez nieograniczoność potrzeb zdrowotnych. W dużej części stanowi ona pochodną wagi przywiązywanej we współczesnej kulturze do zdrowia, utożsamianego z pełnym dobrostanem fizycznym, psychicznym i społecznym.¹¹

Nieredukowalny deficyt pieniędzy usprawiedliwia moralnie:

- postawę statystycznego współczucia,
- konieczność wprowadzenia w opiekę zdrowotnej rachunku ekonomicznego i związanego z nim ekonomicznego racjonowania świadczeń medycznych.

W Polsce wśród laików i znakomitej większości lekarzy panuje przekonanie, że o życie każdego pacjenta należy walczyć równie bezwzględnie jak o życie zasypanego górnika. Nastawienie to daje moralną sankcję postawie „maksymalistycznego indywidualizmu” właściwej współczesnej medycynie.¹² Charakteryzuje ją pewność, że każdemu bez wyjątku pacjentowi należy zapewnić najwyższe jakościowo, a przy tym wszechstronne, świadczenia zdrowotne. Kulturowanie maksymalistycznego indywidualizmu nie uwzględnia ekonomicznych granic uprawiania opieki zdrowotnej. Stoi także w sprzeczności z moralnym nakazem akceptacji śmierci.

Zgodna z tymi ograniczeniami jest postawa statystycznego współczucia. Nakazuje ona brać pod uwagę cierpienie nie tylko identyfikowalnych, indywidualnych pacjentów, ale także krzywdę, jaką wyrządzamy naszymi decyzjami dotyczącymi np. podejmowania daremnej terapii, wielu anonimowym osobom, dla których może zabraknąć pieniędzy na skuteczne leczenie. Społeczeństwo i medycyna muszą zrozumieć, że skupienie troski wyłącznie na pacjentach, „z którymi mamy osobisty kontakt, może prowadzić do zaniedbania potrzeb ogromnie wielu nieznanych ludzi”.¹³

Przyjęcie postawy statystycznego współczucia stanowi ważny warunek etyczny zastosowania rachunku ekonomicznego jako narzędzia pozwalającego na ocenę kosztów danej procedury, odniesionej do jej medycznej – profilaktycznej bądź leczniczej – skuteczności (tzw. efektywność kosztowa). Ocena ta jest bardzo pomocna w rozdziale świadczeń uwzględniającym ograniczenia finansowania opieki zdrowotnej. Rozdzielniczość tego typu odbywa się na poziomie systemu opieki zdrowotnej (a nie „przy łóżku chorego”) i nazywa się „racjonowaniem ekonomicznym świadczeń”, czasem mówi się o „profilowaniu usług”; używa się też określenia „ustalanie priorytetów w opiece zdrowotnej”. Moim zdaniem najtrafniejszy jest pierwszy termin, gdyż jasno uwidacznia ekonomiczny motyw rozdzielniczości usług, moralnie usprawiedliwiany nieredukowalnymi ograniczeniami finansowymi i postawą statystycznego współczucia. Etyczną powinnością lekarzy jest akceptacja rachunku ekonomicznego i tej postawy.

Jest to jednak zadanie bardzo trudne w polskich realiach. O poziomie bagatelizowania rachunku ekonomicznego w medycynie świadczy wypowiedź minister Ewy Kopacz na konferencji prasowej 11 kwietnia 2008 r.: „Wszystkie leki [onkologiczne], które mogą przedłużyć życie pacjentów choćby o tydzień lub dwa, bez względu na cenę znajdują się w katalogu leków dostępnych dla wszystkich”.¹⁴

Z cytatu wynika, że E. Kopacz kieruje przywołany już „nieposkromiony optymizm”, przynajmniej w odniesieniu do chorób nowotworowych w świadomości społecznej silnie kojarzonych ze śmiercią. Prowadzi on prostą drogą do zanegowania koncepcji terapii daremnej, a nawet do finansowania leczenia uporczywego w rozumieniu Karty praw pracowników służby zdrowia. W ten sposób onkologia staje się finansowym „odkurzaczem” drenującym, często w imię „nadziei wbrew nadziei”, zawsze niewystarczające zasoby pieniężne z innych specjalności budzących mniejszy społeczny lęk przed skończonością. Należą do nich także praktyki lekarzy rodzinnych.

Ograniczoność poznawczych władz moralnych

Czwarta granica limitująca interwencje medyczne wynika z niedoskonałości moralnych władz poznaw-

czych naszego gatunku. Ograniczenie to sprawia, że nawet jeśli istnieje jakieś uniwersalne dobro moralne, to jest ono dla nas, ludzi, poznawczo zakryte. Rozpoznanie tej granicy jest fundamentem demokratycznych społeczeństw światopoglądowo coraz bardziej zróżnicowanych i widzących w różnorodności ujęć dobrą, godną poparcia, wartość demokracji. Skutki rozpoznania odnoszą się do wszystkich sfer społecznej aktywności, w tym także do medycyny jako jednej z takich sfer.¹⁵

W sytuacji poznawczej nieosiągalności dobra zakwestionowany być musi paternalizm lekarzy, sięgający tradycji hipokratesowej. Medycy, podobnie jak wszyscy inni ludzie, nie mają władz poznawczych pozwalających im na dotarcie do uniwersalnego dobra – wspólnego wszystkim pacjentom – o ile w ogóle takie istnieje. Ograniczoność moralnych władz poznawczych daje tym samym moralną sankcję zasadzie szacunku dla autonomii pacjenta. Norma ta uprawnia go do definiowania własnego dobra w obszarze decyzji medycznych.

Należy pamiętać, że zasada szacunku dla autonomii decyzyjnej ma dwa aspekty: pozytywny i negatywny. W pierwszym uprawnia pacjenta do wysuwania żądań pod adresem lekarza (szerzej – systemu opieki zdrowotnej), w drugim do odmowy leczenia (szerzej – procedur medycznych oferowanych przez system opieki), łącznie z leczeniem ratującym życie. Prawo do odmowy nie dotyczy jedynie nielicznych sytuacji i procedur regulowanych przymusem prawnym, jak np. szczepienia u dzieci czy okresowe badania lekarskie pracowników. Należy dobitnie zaakcentować, że odmowa leczenia sankcjonowana zasadą poszanowania autonomii przeważa nad, wcześniej wspomnianą, zasadą nieproporcjonalności leczenia, także w jej pierwotnym – szerokim – rozumieniu. Pacjent może odrzucić każdą procedurę, nawet jeśli w opinii innych decyzja taka jest nieracjonalna bądź tożsama z samobójstwem.

Natomiast żądania pacjentów zawsze powinny być ograniczone akceptacją śmierci, limitów ekonomicznych i wymogów sztuki lekarskiej. Dlatego też lekarz nie powinien spełniać próśb podopiecznych wychodzących poza te granice. Nie wolno mu, przynajmniej w moralnym sensie tego słowa, zgadzać się na żądanie leczenia daremnego czy niezgodnego z aktualną wiedzą. Z dwóch procedur o porównywalnej skuteczności bezwzględnie powinien wybrać świadczenie tańsze.

Aby właściwie określić dobro i podjąć odpowiadającą mu decyzję, pacjent musi być poinformowany o swojej sytuacji zdrowotnej zgodnie ze stanem faktycznym. Stąd omawiana granica usprawiedliwia także ograniczenie przywileju terapeutycznego do bardzo rzadkich wyjątków, na rzecz komunikowania pacjentom prawdy o niepomyślnej diagnozie i rokowaniu.

Akceptacja zasady szacunku dla autonomii pacjenta uzasadnia etycznie poddanie medycyny kontroli pacjenta definiującego dobro na własny rachunek, zawsze jednak

w ramach wymienionych wyżej ograniczeń. Kontrola ta sprawowana jest na poziomie relacji lekarz-pacjent.

Zakończenie

Wszystkie analizowane granice usprawiedliwiają poddanie medycyny i autonomii (pozytywnej) pacjenta kontroli tzw. trzeciej strony, sprawowanej na szczeblu systemu opieki zdrowotnej. W ostatecznej instancji stroną tą jest całość społeczeństwa, łącznie z lekarzami jako jej członkami. Kontrolę obywatele egzekwują poprzez ciała o różnym umocowaniu i kompetencjach. W skład każdego z nich wchodzi lekarze na prawach pełnoprawnych uczestników. Do najważniejszych należą:

- komisje etyczne – od szpitalnych po narodowe; w Stanach Zjednoczonych i na zachodzie Europy są to bardzo rozpowszechnione gremia doradczo-opiniotwórcze;¹⁶ w Polsce praktycznie zupełnie nieznane. Nie wolno ich mylić z komisjami bioetycznymi pracującymi w obszarze biomedycznych badań naukowych i także mających funkcje kontrolne;
- agencje oceny technologii medycznych szacujące nie tylko skuteczność medyczną procedur, ale także ich efektywność kosztową;¹⁷
- kasy dysponujące funduszami zdrowotnymi – u nas Narodowy Fundusz Zdrowia, mylnie utożsamiany z płatnikiem;
- rządy i parlamenty, ustalające koszyki świadczeń.

Właściwie sprawowana kontrola jest jednocześnie pomocą świadczoną lekarzom w coraz trudniejszym procesie podejmowania decyzji medycznych, uwzględniającym scharakteryzowane wyżej ograniczenia. Współczesna medycyna nie jest już małą łódką: jest coraz potężniejszym transatlantykiem. Lekarz podejmujący ostateczne decyzje w stosunku do pacjenta nadal pełni rolę kapitana. Jednak w odróżnieniu od dowódcy niedużej łodzi potrzebna jest mu pomoc trzeciej strony. Pozwala ona na tak sprawne nawigowanie kolosem, aby lekarz – podejmując decyzję – mógł minimalizować możliwe do uniknięcia cierpienia, czyniąc to zgodnie z:

- maksymalnym poszanowaniem wartości aprobowanych przez pacjenta,
- wymogami nauki i sztuki lekarskiej,
- ograniczeniami stawianymi przez prawo,
- limitami nakładanymi rachunkiem ekonomicznym.

Konieczność ich przestrzegania jest jednocześnie nakazem uprawiania medycyny sprawiedliwej. Sprawiedliwość uwzględniająca statystyczne współczucie definiowana jest jako trudniejsza troska o aktualnego podopiecznego, biorąca pod uwagę także potrzeby zdrowotne innych potencjalnych pacjentów.¹⁸

*Dr hab Kazimierz SZEWCZYK
prof. nadzw. Uniwersytetu Medycznego w Łodzi,
kierownik Zakładu Bioetyki UM w Łodzi*

Adres do korespondencji:

Kazimierz Szewczyk, Zakład Bioetyki Katedry Nauk Humanistycznych Uniwersytetu Medycznego, ul. Lindleya 6, 90-131 Łódź

PIŚMIENNICTWO:

1. Hansen MJ, Callahan D (red). The Goals of Medicine. The Forgotten Issues in Health Care Reform. Georgetown University Press, Washington, 1999:1-54.
2. Szewczyk K. Lekarz rodzinny wobec umierania i śmierci. Pol Med Rodz 2002, 4:109-113.
3. Szewczyk K. Bioetyka. Medycyna na granicach życia. T. 1. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa, 2009:47.
4. Ramsey P. Pacjent jest osobą. PAX, Warszawa, 1977:62.
5. Kongregacja Nauki Wiary. Deklaracja o eutanazji. L'Osservatore Romano 1980:8.
6. Szewczyk K. Uporczywa terapia w projekcie tzw. ustawy bioetycznej. Pięć krytycznych konkluzji. Gaz Lek 2009:5:25-26.
7. Rendtorff JD. Basic Ethical Principles in European Bioethics and Biolaw: Autonomy, Dignity, Integrity and Vulnerability – Towards Foundation of Bioethics and Biolaw. Med Health Care Philos 2002, 5:235-244.
8. Dubos R. Miraże zdrowia. Utopie, postęp i zmiany biologiczne. PZWL, Warszawa, 1962.
9. Aleksandrowicz J., Duda H. Na progu medycyny jutra. PWN, Warszawa, 1988:115.
10. Portman J. Like marriage, without romance. J Med Ethics 2000, 3:194-197.
11. Szewczyk K. Etyczne usprawiedliwienie racjonowania świadczeń zdrowotnych. Pol Med Rodz 2004, 6:895-900.
12. Łuków P. Racjonowanie świadczeń a obowiązek troski o dobro pacjenta. Praw Med 2004, 2:22.
13. Bryant J. Lekarz i teolog o problemach etycznych opieki zdrowotnej [w:] Bortnowska H (red). Sens choroby, sens śmierci, sens życia. Znak, Kraków, 1984:91.
14. Kopacz E. Obiecujemy wszystko dla wszystkich. Gonic Medyczny. Ekspres Onkologiczny 2008:115.
15. Engelhard TH. The Foundations of Bioethics. Oxford University Press, New York, 1996.
16. Szewczyk K. Szpitalne komisje etyczne jako składnik systemu opieki zdrowotnej w krajach demokratycznych. Konferencja Polskiego Towarzystwa Bioetycznego pt. Konflikt między opinią lekarza i wolą pacjenta – czy są nam potrzebne szpitalne komisje etyczne? Kraków 26. 09. 2009: (http://www.ptb.org.pl/pdf/szewczyk_konflikt_1.pdf)
17. Krajewski R. Oceniać czy nie? Gaz Lek 2008, 12:10.
18. Szewczyk K. Bioetyka. Medycyna na granicach życia. T. 1. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa, 2009:70-73.

(przedruk z „Lekarza Rodzinnego” nr 11/10)

Problem śmierci mózgu w kontekście intensywnej terapii i transplantologii

Część II

3. Biała Księga Rady ds. Bioetyki Prezydenta USA (grudzień 2008 r.)

Na początku XXI wieku w *New England Journal of Medicine* ukazał się artykuł mówiący o tym, że śmierć mózgu jest „dobrze przyjętą” koncepcją, zaakceptowaną przez większość społeczeństw, ale ciągle nierozwiązana, ponieważ nie odpowiada ona ani biologicznemu, ani filozoficznemu rozumieniu zjawiska śmierci. Zastrzeżenia wobec koncepcji śmierci całego mózgu, jak to zostało przyjęte w definicji USA i innych krajów, odnosiły się do obserwacji utrzymywania funkcji organizmu u zmarłych śmiercią mózgową. Po rozpoznaniu śmierci mózgu funkcjonują mechanizmy: hemostazy, przyswajania pokarmów, eliminacji toksyn, gojenia ran, zwalczania zakażeń, reakcji krążeniowej i hormonalnej na stres, równowagi wodno-elektrolitowej, wzrostu i dojrzewania. Opisy rodzenia żywych dzieci przez zmarłe kobiety, nawet po 15 tygodniach, a także przedłużone, nawet wielokrotnie, utrzymywanie się funkcji organizmu w zwłokach wentylowanych mechanicznie, czyli tzw. przewlekła śmierć mózgu, rodziły wątpliwości co do zasadności diagnozy śmierci.

Definicja „śmierci pnia mózgu” uznana została za nieprzekonywającą. W polskich wytycznych została dyskretnie zmieniona na „śmierć mózgu”, bez szerszego poinformowania opinii medycznej i społecznej o przyczynach zmiany terminologii. W obliczu tej ewolucji wiedzy i poglądów na temat śmierci mózgu Komisja Bioetyczna prezydenta USA sporządziła raport podsumowujący aktualną sytuację. Komisja zaproponowała zmianę określenia „śmierć mózgu” na „całkowita niewydolność mózgu” (total brain failure). Taka zmiana poglądów wyjaśniła nieporozumienia związane z nazwaniem „nieodwracalnej śpiączki” – „śmiercią mózgu”. Stawia ona jednak podstawowe pytanie – czy definicja „całkowitej niewydolności mózgu” jest równoznaczna ze śmiercią organizmu? Komisja przedstawiła dwa osobne stanowiska dotyczące tego problemu.

Jedno z nich zakłada, że przy rozpoznaniu „całkowitej niewydolności mózgu” zanikają trwale właściwości charakteryzujące żywy organizm, takie jak:

- odbieranie bodźców i sygnałów z otoczenia,
- zdolność oddziaływania na otoczenie,

- uzyskiwanie wymaganych dla organizmu efektów poprzez interakcje z otoczeniem.

Zgodnie z ww. wytycznymi pacjent z rozpoznaną całkowitą niewydolnością mózgu nie odzyskuje nigdy właściwości istotnych dla życia i uznać go można za zmarłego. Dalsze leczenie jest postępowaniem niewłaściwym. Należy przestrzegać opieki nad zwłokami i zachowania żałoby, a pobranie narządów trzeba traktować jako oczywisty akt pomocy bliźniemu.

Stanowisko odmienne mówi, że jeśli krew krąży i komórki organizmu są odżywiane, to ciało takie trudno uznać za zwłoki. Jedynym uzasadnionym etycznie rozwiązaniem, w przypadku braku pewności co do ustania funkcji życiowych, jest traktowanie tego pacjenta jak żywego. Taka postawa etyczna nie wyklucza wstrzymania daremnych działań terapeutycznych, natomiast pobranie organów do przeszczepu jest uzasadnione po nieodwracalnym zatrzymaniu czynności krążenia. Rada ds. Bioetyki przyjęła następujące stanowisko przeważające: „Obecny standard neurologiczny rozpoznania śmierci, jako całkowitej niewydolności mózgu, jest uzasadniony biologicznie i fizjologicznie. Po postawieniu takiego rozpoznania organizm nie posiada już właściwości charakteryzujących życie”. Komisja uwzględniła także stanowisko odrębne stwierdzające, że nie ma pewności braku życia u pacjentów z rozpoznaną całkowitą niewydolnością mózgu i tylko zatrzymanie funkcji oddychania i krążenia powinno służyć do rozpoznania śmierci.

Raport Komisji Bioetycznej stanowi ważny krok podsumowujący aktualny stan wiedzy i poglądów dotyczących rozpoznania śmierci mózgu. Jak z niego wynika, problem diagnostyki śmierci oraz dopuszczalność pobierania istotnych dla życia organów do przeszczepu jest ciągle w stanie ewolucji. Coraz silniej akcentuje się możliwość prawnego dopuszczenia do pobierania organów od osób ciężko chorych, jeszcze przed ustaleniem rozpoznania śmierci, na zasadzie akceptacji osobniczej i społecznej. Stanowisko to budzi wiele kontrowersji i przez obecną Komisję Prezydencką zostało odrzucone.

Lekarz zajmujący się leczeniem ciężko chorych w Polsce powinien dbać o przestrzeganie następujących zasad postępowania:

- dbanie o wczesną identyfikację potencjalnych dawców narządów i szybkie uruchomienie działań zmierzających do pobrania narządów,
- przeprowadzenie skrupulatnego rozpoznania śmierci mózgu według aktualnie przyjętych procedur,
- bezwzględne przestrzeganie zasady rozdziału i zasady martwego dawcy.

Andrzej KÜBLER

II część referatu wygłoszonego podczas konferencji „Problemy transplantologii”, która odbyła się 29 stycznia 2011 roku w siedzibie DIL.

(przdruck z biuletynu „Medium” nr 5/11)

Dominikanie o bioetyce i trudnych wyborach

Lekarzowi nie wolno stosować eutanazji ani pomagać choremu w popełnieniu samobójstwa.

(Kodeks Etyki Lekarskiej z dnia 2 stycznia 2004 r., art. 31)

„Panie doktorze, koniec już niedaleko, prawda? Ten rak właśnie mnie zabija, czy nie tak? A ja chciałbym odejść na własnych warunkach. Chcę umrzeć godnie, panie doktorze, z ludzką twarzą, ale nie taką wykręconą paroksyzmem bólu, nie taką z wypisaną na niej żalością, bo nie umiem kontrolować już swojej fizjologii, tylko z taką pogodną, uśmiechniętą... Nie pozwolę mu wygrać... Proszę mi w tym pomóc, doktorze...”

Ta scena, to fikcja literacka wymyślona na potrzeby tego artykułu przez autora, ale jakże łatwo nam się wczuć w taką sytuację. Co każdy z nas zrobiłby na miejscu doktora? Czy kierować się chwilowym odruchem serca powodowanym szczerym współczuciem, czy pozostać wiernym przyjętym normom, kodeksom, dochować składanych przysięg, zostać w zgodzie z własnym sumieniem? Odpowiedź wcale nie jest prosta. Tak jak odpowiedź na pytanie: w którym miejscu kończy się ratowanie życia a zaczyna uporczywa terapia?

Na te i inne pytania próbowali odpowiedzieć słuchacze Dominikańskiej Szkoły Wiary. W ostatni weekend kwietnia kilkanaście osób, wśród nich sporo lekarzy, zebrało się w sali „pistacjowo-kanarkowej” Domu Akademickiego przy kościele św. Mikołaja na gdańskiej Starówce, by wysłuchać wykładu krakowskiego dominikanina, o. Grzegorza Mazura, pod tytułem „Testament życia – między eutanazją i uporczywą terapią”.

Po krótkim wstępie, na który złożyły się historia eutanazji i przypomnienie obecnie obowiązujących definicji tego pojęcia, wykładowca przeszedł do sformułowania dwóch pytań, które stanowiły punkt wyjścia do dalszych rozważań:

Czy dopuszczalność prawna testamentu życia doprowadzi do praktycznego lub nawet prawnego usankcjonowania eutanazji?

Czy taka forma testamentu życia, która przewiduje rezygnację z tak zwanej uporczywej terapii stanowi w istocie ciche przyzwolenie na eutanazję?

Eutanazja a uporczywa terapia – różnice

Szczególny nacisk o. Mazur położył na różnice między eutanazją a uporczywą terapią, o jakich w swej en-

cyklicznie *Evangelium Vitae* wspomina bł. Jan Paweł II. Sporo czasu poświęcono również na przybliżenie umiejętności rozróżnienia tak zwanych środków zwyczajnych i nadzwyczajnych (proporcjonalnych i nieproporcjonalnych) stosowanych w terapii chorego. Jak podkreślał wykładowca: „Środki uchodzące za zwyczajne w opinii lekarzy, nie zawsze uważane są za takie w opinii moralistów i etyków”. Sporo czasu poświęcono również tak zwanemu kryterium proporcjonalnej korzyści (kiedy to w niektórych okolicznościach środki proporcjonalne przestają być takowymi) i zagadnieniu opieki nad pacjentem, który znajduje się w stanie wegetatywnym. Stwierdzono, że życie cielesne jest podstawowym dobrem ludzkim i nie może być traktowane instrumentalnie. Z tego powodu jeśli nawet staje się ono uciążliwe, czy to wskutek wypadku, czy choroby, pozostaje niezbywalnym dobrem danej osoby. Teza ta ma swój praktyczny wymiar – pacjent w stanie wegetatywnym w oczekiwaniu na naturalne przebudzenie lub śmierć ma prawo do podstawowych zabiegów, takich jak odżywianie, podawanie płynów, higiena, zachowanie odpowiedniej temperatury, zapobieganie komplikacjom. Ojciec Mazur przypomniał wypowiedzi Magisterium na ten temat: „Podawanie pacjentowi wody i pożywienia, nawet gdy odbywa się w sztuczny sposób, jest zawsze naturalnym sposobem podtrzymywania życia, a nie czynnością medyczną”. I dalej: „Nie można poza tym wykluczyć, że zaniechanie podawania płynów i pożywienia jest dla pacjenta źródłem cierpienia”.

Kiedy rezygnować

Niewątpliwie bardzo ważną kwestią dla lekarza klinicysty pozostaje właściwe zrozumienie rezygnacji z uporczywej terapii. Wykładnię tego problemu można przedstawić w kilku punktach: 1. Rezygnacja z uporczywej terapii nie zamierza zadawać śmierci; przyjmuje się, że w tym przypadku nie można jej już przeszkodzić; 2. Medycyna ma na celu przedłużanie życia, nie agonii; 3. Każdy człowiek ma prawo do naturalnej śmierci.

Na koniec pokrótce omówiono sens testamentu życia, jego formy, stanowisko etyków. Przypomniano, że w Polsce opracowaniem właściwej formuły takiego testamentu swego czasu zajęła się między innymi Polska Grupa Robocza ds. Problemów Etyki Końca Życia złożona z ety-

ków, duchownych i lekarzy. Projekt testamentu opiera się na zgodzie z nauką Kościoła Katolickiego, wyraźnym rozdzieleniu eutanazji i uporczywej terapii oraz ograniczenia działania testamentu jedynie do sytuacji związanych z uporczywą terapią. Pełen tekst zainteresowani Czytelnicy mogą znaleźć między innymi pod tym adresem: www.hospicja.pl/files/gazeta_1_2009/6-8.pdf.

Pytany o sens takich spotkań dominikanin twierdzi, że zapotrzebowanie na nie jest spore. Jako że wykłady są prowadzone w luźnej formie, wolne od akademickich rozważań i nieprzesycone naukowymi pojęciami, cieszą się dużym zainteresowaniem. Ojciec Mazur podkreśla, że przychodzi na nie wielu lekarzy, którzy w swej codziennej praktyce często muszą zmagać się z etycznymi dylematami. Tym samym spotkania takie stają się platformą wymiany poglądów między medykami a etykami, którzy z kolei chętnie poznają praktyczne, kliniczne aspekty opracowywanych zagadnień.

W naszej pracy nierzadko balansujemy na cienkiej granicy między dobrem a złem, którą bardzo łatwo przekroczyć. Presja czasu i złożoność problemów nie pomagają w podjęciu właściwej decyzji. Takie wybory nigdy nie są łatwe. Nigdy nie możemy sobie pozwolić na luksus stuprocentowej pewności. Ważne jednak, by zawsze mieć otwarte oczy i przewidywać konsekwencje powyższych decyzji. Temu właśnie służą spotkania z etyką.

Ramy naszego Magazynu nie pozwalają na pełne opisanie poruszanych tutaj problemów, dlatego Czytelników chcących zgłębić temat odsyłamy do następujących, wspomnianych w artykule dokumentów: 1. Encyklika *Evangelium Vitae* Jana Pawła II z dnia 25 marca 1994 roku; 2. Projekt testamentu życia przedstawiony przez Polską Grupę Roboczą ds. Problemów Etyki Końca życia (adres internetowy podany wcześniej); 3. Kodeks Etyki Lekarskiej z dnia 2 stycznia 2004 roku.

Lek. Wojciech PĄCZEK

Ojciec Grzegorz MAZUR – dominikanin, doktor teologii, Wicerektor Kolegium Filozoficzno-Teologicznego OO. Dominikanów w Krakowie. Wykładowca teologii moralnej w Kolegium oraz bioetyki na Papieskim Uniwersytecie Jana Pawła II oraz w Dominikańskiej Szkole Filozofii i Teologii w Krakowie

(przedruk z „Pomorskiego Magazynu Lekarskiego” nr 6/11)

Uporczywe leczenie jest błędem w sztuce

Z dr hab. Tomaszem DANGELEM, anestezjologiem, lekarzem Warszawskiego Hospicjum dla Dzieci, członkiem Komitetu Etyki Klinicznej Instytutu Centrum Zdrowia Dziecka rozmawia Anna Augustowska.

Lekarze opiekujący się nieuleczalnie chorymi dziećmi dostali właśnie opracowane przez ekspertów Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego zalecenia, dotyczące zaniechania i wycofania się z uporczywego leczenia. Co było powodem powstania tego dokumentu?

Głównym celem podjęcia tej pracy była ochrona dzieci, rodziców, lekarzy, pielęgniarek i innych pracowników szeroko rozumianej pediatrii przed jatrogennymi skutkami uporczywej terapii. Innymi celami były edukacja lekarzy, edukacja społeczna, promocja opieki paliatywnej oraz wprowadzenie zmian w prawie. Mieliśmy świadomość, że sytuacja w polskiej pediatrii dojrzała do zmiany w tej dziedzinie.

Co było najtrudniejsze w przygotowaniu zaleceń?

Dla mnie, jako osoby koordynującej pracę grupy ekspertów, najtrudniejsze było utrzymanie odpowiedniego tempa prac i uzyskanie od autorów poszczególnych rozdziałów. Pisanie i dyskusje nad tekstami były najprzyjemniejszą częścią mojej pracy. Jeżeli chodzi o sprawy merytoryczne, to zdecydowanie najtrudniejsze dla nas, lekarzy, są zagadnienia prawne z uwagi na niejasność i niespójność polskiego prawa.

„Uporczywe leczenie” – czy istnieje definicja tego zjawiska? W którym momencie leczenie staje się „uporczywe”?

Prof. Marek Wichrowski uważa, że termin „uporczywa terapia” należy do tzw. pojęć nieostrych. Nie można go zdefiniować w sposób precyzyjny, ponieważ wszystkie pojęcia, które służą do opisania tego, co jest uporczywą terapią i tego, co nią nie jest, mają charakter rozmyte. Używanie tego pojęcia jest jednak konieczne z przyczyn prawno-medycznych. Definicję podała Polska Grupa Robocza ds. Problemów Etycznych Końca Życia [Medycyna Paliatywna w Praktyce, 2008, 2, 3, 77-78]. Brzmi ona następująco: „**Uporczywa terapia jest to stosowanie procedur medycznych w celu podtrzymywania funkcji życiowych nieuleczalnie chorego, które przedłuża jego umieranie, wiążąc się z nadmiernym cierpieniem lub naruszeniem godności pacjenta. Uporczywa terapia nie obejmuje podstawowych zabiegów pielęgnacyjnych, łagodzenia bólu i innych objawów oraz karmienia i nawadniania, o ile służą dobru pacjenta**”. Leczenie staje się uporczywe, gdy jego celem przestaje być dobro dziecka, a lekarz, podejmując terapię, kieruje się np. własnym poczuciem winy, ulega presji rodziców albo ma zespół wypalenia zawodowego i nie potrafi przekazać informacji, że dalsze leczenie nie przyniesie korzyści.

Lekarze z racji swego zawodu, w naturalny sposób czują opór przed odstępniem od leczenia. Myślę, że to wyjątkowo trudne, kiedy ma się pod opieką dziecko.

Nie chodzi o odstąpienie od leczenia, ale o zastąpienie daremnego, agresywnego i szkodliwego sposobu postępowania opieką paliatywną. Opieka paliatywna to też leczenie. Decyzje o zaprzestaniu uporczywej terapii na rzecz opieki paliatywnej rzeczywiście mogą być trudne. Nie powinny jednak przekraczać możliwości lekarzy specjalistów. Są one zgodne z Kodeksem Etyki Lekarskiej. Uważam, że dzieci i ich rodzice powinni mieć takie samo prawo do wyboru opieki paliatywnej jak osoby dorosłe. Jeżeli lekarz czuje opór przed odstąpieniem od uporczywej terapii, powinien zwrócić się o konsultację do innego lekarza, np. specjalisty medycyny paliatywnej. Uważamy, że stosowanie uporczywej terapii jest błędem w sztuce lekarskiej.

Z drugiej strony, lekarze czują też opór przed opiekowaniem się mniej „atrakcyjnymi” przypadkami. Czy dzieci z ciężkimi chorobami neurologicznymi „łatwiej” wysłać do hospicjum i zaprzestać stosowania uporczywego leczenia, niż np. dziecko z chorobą onkologiczną?

Lekarze pracujący w szpitalach słusznie postępują, kierując dzieci z nieuleczalnymi chorobami neurologicznymi do hospicjów domowych. Dzieci te nie powinny być przetrzymywane w szpitalach. Jedyny problem, jaki tu dostrzegam, to zapewnienie prawidłowego żywienia dzieciom z dysfagią. Wiele dzieci kierowanych do nas jest tragicznie wyniszczonych, ponieważ nie założono w odpowiednim czasie gastrostomii i nie rozpoczęto leczenia żywieniowego. Nie należy porównywać decyzji podejmowanych przez onkologów i neurologów, choćby z tego względu, że onkologia dziecięca działa pod wielką presją propagandy sukcesu. Z tego powodu niepowodzenia w tej specjalności są przyjmowane z wielkim trudem.

Czy pamięta Pan ze swego doświadczenia sytuację, kiedy nie był pewien, czy nie za wcześnie zdecydował o zaprzestaniu leczenia u dziecka?

To nie ja jako lekarz hospicjum podejmuję decyzję o zakończeniu leczenia w szpitalu. W hospicjum nie prowadzimy leczenia przedłużającego życie. Pamiętam dziewczynkę z guzem mózgu, skierowaną do nas po zakończeniu leczenia onkologicznego z objawami nadciśnienia śródczaszkowego. Po zrobieniu tomografii komputerowej okazało się, że zatkany był dren zastawki komorowo-otrzewnowej. Po wymianie drenu stan chorej

na jakiś czas poprawił się. Ze swojej kariery lekarskiej pamiętam wiele przypadków, gdy niepotrzebnie stosowałem agresywne metody u chorych, którzy wkrótce potem umarli.

Czy będą prowadzone szkolenia dla lekarzy?

A czy nie wystarczy je przeczytać? Na majowym posiedzeniu Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego prof. Anna Dobrzańska, konsultant krajowy w dziedzinie pediatrii powiedziała, że włączy Wytyczne do programu specjalizacji z pediatrii. Na zjeździe PTP w Szczecinie (11 czerwca 2011 r.) odbędzie się sesja na ten

temat. Wszyscy uczestnicy Zjazdu otrzymają egzemplarz Wytycznych PTP. Fundacja Warszawskie Hospicjum dla Dzieci prowadzi szkolenia dla lekarzy i pielęgniarek w zakresie pediatrycznej domowej opieki paliatywnej.

Trudno będzie zachęcić lekarzy do stosowania się do zaleceń?

Nie zamierzam nikogo zachęcać. To są sprawy sumienia. Naszą intencją było pomóc kolegom lekarzom, którzy tego rodzaju wskazówek potrzebują. Pamiętam, że gdy byłem początkującym anestezjologiem w CZD, bardzo brakowało mi tego typu wsparcia.

Prawa do życia nie można rozpatrywać w oderwaniu od prawa do śmierci w przypadkach nieuleczalnych chorób u dzieci. Uprawianie medycyny – w uznaniu jedynie prawa do życia i równoczesnym sprzeciwie wobec śmierci – ogranicza ją do działań mających na celu wydłużenie życia za każdą cenę i w każdym przypadku. To jednostronne podejście może prowadzić do działań jatrogennych, eksperymentów medycznych i uporczywej terapii.

Brytyjskie towarzystwo pediatryczne wśród sytuacji klinicznych wymienia tzw. sytuację „bez szans”, która uprawnia do wycofania lub zaniechania terapii podtrzymującej życie. Niepotrzebne przedłużanie leczenia w tych warunkach staje się daremne, uciążliwe i sprzeczne z najlepszym interesem pacjenta. Dlatego lekarz nie ma moralnego ani prawnego obowiązku, aby je prowadzić (...)

Magisterium kościoła katolickiego stwierdza, że „*życie ziemskie jest dobrem podstawowym, ale nie absolutnym. Z tego powodu należy określić granice obowiązku podtrzymywania życia ludzkiego*”.

Ze wstępu do zaleceń dotyczących zaniechania i wycofania się z uporczywego leczenia podtrzymującego życie dzieci

(przedruk z biuletynu „Medicus” nr 6–7/11)

CO PISZĄ INNI

Konkurs literacki

Przychodzi wena do lekarza

Lekarz potrzebuje Słowa

Żyjemy w bardzo ciekawych czasach. Jest to epoka wielkich odkryć technicznych, niezwykle rozwoju medycyny, śmielszego zgłębiania tajemnic życia. Nasze życie jest dłuższe, nabiera większego tempa, możemy się przemieszczać błyskawicznie i coraz szybciej przekazywać informacje. Jednak człowiek ma mniej czasu na to, by się zatrzymać, by złapać spokojnie oddech, zachwycić się światem i smakować życie. Coraz rzadziej też patrzy drugiemu człowiekowi w oczy. Nie mamy czasu dla swojego serca, swoich bliskich, przyjaciół, naprawdę ważnych spraw. Ludzie, mimo e-maili, SMS-ów, Internetu, komórek – choć pozornie sprawnie się porozumiewają – przestają siebie rozumieć, przestają słuchać i naprawdę ze sobą rozmawiać. Oddalają się od siebie. W lawinach słów, działań, w natłoku obowiązków, w tłumie ludzi człowiek staje się samotny. Działa sprawnie, szybko, ale niekiedy zamienia się w automat, w perfekcyjnie działającą, wyspecjalizowaną maszynę... Traci wrażli-

wość, powoli się odczłowiecza. I dotyczy to wszystkich dziedzin naszego życia.

Potrzebujemy pomocy! Musimy się zatrzymać na chwilę, zebrać myśli, powiedzieć komuś w oczy, co nas boli, czego się boimy. I dotyczy to wszystkich ludzi, lekarzy też, a może ich przede wszystkim.

Bo przecież to właśnie lekarz powinien być „*niczym innym, jak pocieszeniem duszy*”. Te słowa napisał przed wiekami Petroniusz. Dawanie nadziei na zawsze jest wpisane w powołanie lekarskie. Gdy człowiek jest chory, kiedy cierpi, to jest bezradny, zrozpaczony, rozdrażniony, przerażony – szuka nadziei i ratunku właśnie u lekarza. Chcemy lekarzowi ufać, wierzyć, że nas uzdrowi. Często oczekujemy od niego cudu, nieomyślności. Żądamy, by za nas decydował w najtrudniejszych momentach, by brał odpowiedzialność za nasze życie. Chcemy, by był cudotwórcą, czarodziejem, bogiem; by miał dla nas nieograniczony czas, cierpliwość, współczucie, miłość. Chcemy, by umiał wczuć się w nasze położenie, by nas trzymał za rękę, by był delikatny, by umiejętnie dawko-

wał nam prawdę, by razem z nami, całym sobą, toczył bitwę o nasze zdrowie.

A przecież lekarz to tylko człowiek, który żyje i pracuje w takiej jak nasza rzeczywistości. Podlega ogólnym przepisom, prawom, wymaganiom. Czy jest w ogóle możliwe, by mógł w tych systemach dehumanizacyjnych prawidłowo budować „przestrzeń bezpieczeństwa dla chorego”, zapewniać z nim właściwe relacje, gwarantować więź i zaufanie?

Profesor Andrzej Szczeklik tak zwierza się w książce „Kore”: „Przeciwności jest wiele, od przyziemnych poczynając, jak: znużenie, obowiązki rodzinne czy przedłożenie przyjemności osobistych nad powinność. Niskie pobory wzmagają pośpiech – konieczność drugiej, trzeciej pracy zarobkowej. A do tego rosnąca nieustannie biurokratyczna machina, z której trybów nie sposób – wydaje się – uwolnić. Niemądre zalecenia Unii Europejskiej, regulujące czas pracy lekarza w ten sposób, iż chorym w szpitalu zajmuje się codziennie inny lekarz. I komercjalizm medycyny, pochodna gwałtownie rosnących kosztów leczenia. Lawina kosztów przysypuje opiekę zdrowotną. Stąd surowe kontrole wydatków na leczenie, stałe restrykcje finansowe. W kontraktach na «usługi», podpisywanych przez nas z Narodowym Funduszem Zdrowia, znika słowo «lekarz», zastępuje je «zleceniobiorca». Aż lekarz w końcu zaczyna słuchać bardziej ekonomisty niż własnego sumienia. System publicznej opieki zdrowotnej powoduje erozję tajemnicy lekarskiej. Naskórek lekarza rogowacieje, tępieje wrażliwość”.

Mnożą się etyczne, moralne problemy lekarzy związane z komórkami macierzystymi, z perspektywą klonowania, z ingerencją w zarodki ludzkie, z podtrzymywaniem życia, z eutanazją. Jak w tym konsumpcyjnym modelu funkcjonowania świata, w pędzie i medycznej machinie lekarz ma znaleźć czas na zbliżenie się do chorego jako do osoby – tajemniczej pięknej planety, a nie jednostki chorobowej? To jest bardzo trudne zadanie.

Gdzie szukać pomocy? Na szczęście są takie przestrzenie, które pomagają zatrzymać się na chwilę, odechnąć, uspokoić rytm serca, spokojnie zastanowić się nad sensem życia. Trzeba wrócić do początku! „Na początku było Słowo...” – wszyscy znamy to zdanie. To właśnie Słowo wyróżnia nas wśród innych stworzeń, jest naszym największym skarbem, siłą, bronią, tarczą. Pozwala nam wyrazić myśli, nazwać i przekazać nasze uczucia, przekazać spostrzeżenia i doświadczenia innym. Słowo oswaja świat, pomaga go zrozumieć. Dobrze użyte pomaga i ratuje. Jest naszym najlepszym lekarzem i przyjacielem. Jeśli opowie się komuś swój ból, lęk, wątpliwości – słowa przynoszą ulgę, uspokojenie. Gdy czytamy słowa wielkich poetów i pisarzy, nie jesteśmy już sami ze swoimi problemami. Słowo zbliża ludzi!

Tak więc konkurs literacki dla lekarzy daje nam wszystkim szansę zbliżenia się, zrozumienia, zacieśnienia więzi.

Anna DYMNA

Aktorka, założycielka i prezes Fundacji „Mimo Wszystko”

Konkurs

Na początku 2009 roku rozpoczęliśmy na łamach „Medycyny Praktycznej” publikację artykułów z cyklu „Oknem pacjenta”. Rozmowy z wybitnymi artystami – osobami o dużej wrażliwości – miały uświadomić nam, lekarzom, czego poza „świadčeniem medycznym” oczekują od nas pacjenci. Anna Dymna, kończąc artykuł otwierający ten cykl, napisała: „Jedno jest pewne. Każdy człowiek potrzebuje innego człowieka – a człowiek chory lub niepełnosprawny potrzebuje mądrego przyjaciela bardziej niż ktokolwiek inny. Często jest on dla niego jedyną radością, kontaktem z życiem i szansą. Nie odwracamy się więc od siebie. Dajmy sobie szansę – a nasz świat stanie się lepszy, mądrzejszy, radośniejszy”. Teraz mówi nam: „Słowo zbliża ludzi”.

Z przekonaniem o słuszności tych stwierdzeń wydawnictwo Medycyna Praktyczna organizuje Ogólnopolski Konkurs Literacki „Przychodzi wena do lekarza”. W konkursie może wziąć udział każdy lekarz, przysyłając pod adresem redakcji miesięcznika „Medycyna Praktyczna” w terminie do 15 stycznia 2012 roku swoje wiersze, opowiadanie, esej lub fragment powieści, o dowolnej tematyce (szczegółowe informacje w regulaminie konkursu). Nadesłane utwory oceni jury pod przewodnictwem profesora Andrzeja Szczeklika, w składzie: Anna Dymna, Ewa Lipska, Michał Rusinek i Adam Zagajewski oraz profesor Marek Pawlikowski, Prezes Unii Polskich Lekarzy Pisarzy. Laureaci zostaną wyłonieni osobno w kategoriach Poezja i Proza. Ogłoszenie zwycięzców konkursu nastąpi 12 kwietnia 2012 roku podczas specjalnego wieczoru literacko-muzycznego w Sali Koncertowej PKiN w Warszawie. Utwory laureatów ukażą się też drukiem.

Partnerem projektu „Przychodzi wena do lekarza” jest Fundacja Anny Dymnej „Mimo Wszystko”. Wysyłając prace na ten konkurs, wspieramy symboliczną kwotą 10 złotych twórczość ludzi chorych i niepełnosprawnych. Sztuka jest bowiem przestrzenią, w której można odnaleźć wolność, radość i sens życia. Wspierając w tych działaniach podopiecznych Fundacji, pomagamy im godnie żyć. Spółdzielnia socjalna „Republika marzeń mimo wszystko”, działająca pod skrzydłami Fundacji „Mimo Wszystko”, pracuje nad konkursem poetyckim ludzi niepełnosprawnych. Dla nich słowo jest często najlepszą terapią, lekarstwem, „pastylką na uspokojenie”. Takie powiązanie konkursów literackich lekarzy i pacjentów może zacieśnić więź, pogłębić zaufanie, uwrażliwić, uczłowieczyć wzajemne relacje.

Sięgnijmy więc po pióra i niech słowa pomogą nam odkryć w sobie i rozwinąć wrażliwość na drugiego człowieka – naszego pacjenta.

Dr med. Piotr GAJEWSKI

Redaktor Naczelny „Medycyny Praktycznej”

Śmierć na dyżurze

22.07.2011 r. w szpitalu w Głubczycach, w województwie opolskim, zmarł w trakcie dyżuru 52-letni lekarz anestezjolog. Pełnił dyżur piątą dobę z rzędu. Kilka dni wcześniej miał dyżur siedmiodniowy. Prokuratura Rejonowa wszczęła śledztwo w sprawie nieumyślnego spowodowania śmierci lekarza.

Wiadomość o jego zgonie odbiła się szerokim echem w mediach i środowisku lekarskim. Z informacji medialnych wynika, że lekarz pełnił dyżury zarówno w pogotowiu, jak i na bloku operacyjnym – były one zlecane przez tego samego pracodawcę w ramach umowy kontraktowej. Wielu z nas zadaje sobie pytanie, czy do tego tragicznego wydarzenia nie przyczyniło się nadmierne obciążenie pracą.

Następstwa deprywacji snu

Dyżur lekarski oddziałuje negatywnie na organizm w dwóch zasadniczych mechanizmach: przez pozbawienie fizjologicznego snu oraz narażenie na przedłużony stres. Główną rolą snu jest regeneracja organizmu, w szczególności ośrodkowego układu nerwowego. Brak regeneracji neuronów upośledza sprawność ich działania, co objawia się pogorszeniem zdolności poznawczych, nastroju i sprawności ruchowej oraz prowadzi do częstszych błędów lekarskich. Między 10. a 26. godziną czuwania funkcje poznawcze pogarszają się w sposób porównywalny ze zwiększeniem stężenia alkoholu we krwi o 0,04 promila na godzinę. Oznacza to, że w 24. godzinie czuwania funkcjonujemy podobnie jak przy stężeniu ok. 0,56 promila alkoholu. Skumulowane, przewlekłe niedobory snu powodują deficyt uwagi, obniżenie sprawności intelektualnej i stany subdepresyjne; mogą nawet zwiększać ryzyko samobójstw.

Przedłużona aktywność jest rodzajem stresu uruchamiającego mechanizmy obronne, które polegają na pobudzeniu układu współczulnego, zwiększonym wydzielaniu hormonów stresu (kortyzolu i adrenaliny) oraz długotrwałej aktywacji układu renina-angiotensyna-aldosteron. Następstwem tych procesów jest podwyższenie ciśnienia tętniczego, częstości serca, stężenia glukozy, zwiększenie krzepliwości krwi oraz przyspieszenie przemiany materii, co umożliwia przezwyciężenie stresu. Długotrwałe oddziaływanie mechanizmów kompensacyjnych może jednak stanowić istotne obciążenie dla układu krążenia i zwiększać ryzyko epizodów sercowo-naczyniowych, zwłaszcza u osób z organiczną chorobą serca. Prawdopodobnie w tym właśnie mechanizmie dochodzi do tzw. śmierci z przepracowania, określanej w Japonii mianem karoshi.

Prawo kontra fizjologia

Wydłużenie czasu pracy lekarzy przez wiele lat traktowane było jako naturalne rozwiązanie problemu ciągłości opieki szpitalnej, kształcenia podyplomowego oraz wymogów ekonomii. Doprowadziło to w krajach anglosaskich do sytuacji, w której lekarze w trakcie specjalizacji, zamieszkujący na terenie szpitala (rezydenci), pozostawali niemal w ciągłej gotowości do pracy. Użytkowane w ciągu ostatnich kilkunastu lat dane dotyczące wpływu deprywacji snu na funkcje neuro-behawioralne nakazały zweryfikowanie przyjętych zwyczajów i regulacji prawnych. W 2003 r. zostały wprowadzone w USA standardy Accreditation Council for Graduate Medical Education ograniczające tygodniowy czas pracy rezydentów do 80 godzin, a w 2011 r. ustalono czas dyżuru w pierwszym roku rezydentury na 16 godzin. Wiodącym na świecie podmiotem w zakresie regulacji czasu pracy lekarzy jest Unia Europejska. Uchwalona w 1993 r. dyrektywa 93/104/WE wprowadziła jego ograniczenie do 48 godzin tygodniowo, a uchwalona w 2003 r. dyrektywa 2003/88/WE zaliczyła cały czas dyżuru medycznego do czasu pracy.

Mimo teoretycznej ochrony prawa pracy w okresie socjalizmu, w Polsce lekarze mogli być zobowiązani do pracy na dyżurach w liczbie nawet kilkunastu miesięcznie, co wynikało z nieprecyzyjnych przepisów prawnych. Stan ten był przez wielu lekarzy akceptowany, ze względu na rażąco niskie wynagrodzenie zasadnicze. W 1999 r. kwestie czasu pracy lekarzy uregulowała ustawa o zakładach opieki zdrowotnej. Zawarte w niej przepisy umożliwiały jednak zobowiązanie lekarza do pracy przez 56 godzin non stop, ze względu na niewliczanie dyżuru do czasu pracy. Kres tej sytuacji położyło dopiero dostosowanie polskiego prawa do dyrektywy unijnej 2003/88/WE w 2007 r. po fali strajków lekarskich oraz akcji składania pozwów o „misiowe”.

Od 1.07.2011 r. czas pracy lekarzy zatrudnionych na etacie regulowany jest przez ustawę o działalności leczniczej. Nie powinien on przekraczać 7 godzin 35 minut dziennie i przeciętnie 37 godzin 55 minut tygodniowo w okresie rozliczeniowym (wyjątki to równoważny rozkład pracy i skrócony czas pracy w niektórych jednostkach organizacyjnych). Pracodawca może bez zgody lekarza wydłużyć czas pracy w ramach dyżuru do średnio 48 godzin tygodniowo, a jeśli lekarz wyrazi na to zgodę (tzw. opt-out) – do średnio 78 godzin tygodniowo.

Swoboda działalności gospodarczej

Prowadzący działalność gospodarczą korzystają z szeroko pojętej wolności gospodarczej zagwaranto-

wanej w konstytucji (art. 20). Oznacza to, że mogą dowolnie kształtować rozkład czasu pracy. Swoboda ta nie jest oczywiście całkowita i ograniczają ją inne przepisy prawa (np. kodeks karny czy cywilny). Lekarz prowadzący działalność gospodarczą nie może świadczyć usług nieprzerwanie, gdyż zwiększa to ryzyko błędów i stwarza zagrożenie dla zdrowia pacjentów. Podobnie zakład opieki zdrowotnej nie może wymagać od lekarza świadczenia usług non stop przez kilka dni z rzędu, ze względu na zagrożenie zdrowia zarówno lekarza, jak i pacjentów.

Docelowy model pracy lekarza w Polsce powinien opierać się na zatrudnieniu w podstawowym czasie pracy, bez konieczności brania dyżurów i dorabiania, niezależnie od pracy na etacie czy kontrakcie. Aby ten cel osiągnąć, powinniśmy, paradoksalnie, ograniczać dodatkową działalność, wymuszając w sposób skoordynowany wzrost wynagrodzenia zasadniczego.

Maciej JĘDRZEJOWSKI

Przewodniczący Zespołu ds. Wynagrodzeń ORL
w Warszawie, członek ORL w Warszawie

(przedruk z „Pulsu” nr 10/11)

Alkoholizm – choroba emocji (cz. 2)

MECHANIZMY

*Błędzenie jest rzeczą ludzką,
ale dobrowolne trwanie w błędzie
jest rzeczą diabelską.*

[Św. Augustyn]

Zastanawiałam się wielokrotnie, dlaczego alkohol był dla mnie tak atrakcyjny. Z perspektywy czasu wszystko wygląda inaczej, ale wtedy, gdy towarzyszył mi prawie każdego dnia, był atrakcyjny.

Jestem z natury wesołą, tolerancyjną optymistką. Lubię ludzi, kontakt z przyrodą, dużo ruchu, dużo działania – „niespokojny duch”. Jednak w moim postrzeganiu siebie nigdy nie byłam wystarczająco dobra, moja niedoskonałość była źródłem frustracji. Kompleksy ukrywałam.

Chciałam być najlepszą matką, pracownicą, wszystko miało być „naj”. Stawiałam sobie coraz wyżej poprzeczki, nie dając sobie prawa do błędów. Alkohol nie tylko przynosił ulgę, niwelował wewnętrzne napięcie, ale również powodował, że wzrastało moje poczucie własnej wartości, stawałam się odważna, elokwentna, swobodna i lubiałam swoje odbicie w lustrze.

Zapijanie uczuć

Z czasem zaczęłam zapijać każde uczucie. Nie tylko lęk, zdenerwowanie, treść, smutek czy niepewność. Nie potrafiłam przeżywać radości, zadowolenia. Spotęgownienie tych uczuć stało się koniecznością, przymusem. Alkohol stał się jedynym źródłem przyjemnych doznań. Tak właśnie rozwinęły się u mnie mechanizmy systemu nałogowego regulowania uczuć. Życie skoncentrowało się na alkoholu. Na spotkania towarzyskie, kontakt z przyrodą, hobby nie było już czasu.

Niestety, pijąc, coraz rzadziej odczuwałam radość, odprężenie, spokój. Każda próba picia kończyła się upiciem. Gdy trzeźwiałam, pojawiały się poczucie winy i wyrzuty sumienia. Te uczucia po każdym kolejnym upiciu się były coraz silniejsze, stawały się nie do zniesienia. Alkohol potrzebowałam, aby nie myśleć o sobie źle, po-

zbyć się lęku, wstydu, cierpienia. Z alkoholem było źle, ale bez alkoholu jeszcze gorzej.

Ten straszny lęk

Najgorszy był lęk, narastający, nie do opanowania, nie do zniesienia, niepozwalający funkcjonować, wzbudzający natłok strasznych, natrętnych myśli i ich gonitwę. Na tym etapie tylko alkohol od niego uwalniał. Trzeźwiejąc, zaczynałam zdawać sobie sprawę ze swoich zachowań, ze swojego postępowania. Pojawiał się paniczny lęk przed konsekwencjami picia. Aby nie oszaleć ze strachu, zaczęłam zniekształcać rzeczywistość.

Mechanizmy zaprzeczania

Mówi się, że alkoholik kłamie. Tak, ja też kłamałam. Najgorsze jest to, że wierzyłam w to, co myślę, mówię i sobie wyobrażam. Wszystko i wszyscy byli winni temu, że piję, tylko nie ja. Wszyscy pili więcej ode mnie, wszędzie widziałam problem alkoholowy, tylko nie u siebie. Snułam nierealne plany, powtarzałam sobie: „Ja wam jeszcze pokażę”. Odpowiedzialność za moje picie zrzucałam na innych ludzi lub okoliczności.

Mimo oczywistych dowodów na to, że piję – zaprzeczałam. To pozwalało mi żyć w przekonaniu, że nie ma problemu, nie ma się czym martwić, i powodowało, że odrzucałam pomoc. Wierzyłam, że moje myśli, słowa i wyobrażenia tworzą zmiany w realnym świecie. Tak działa system iluzji i zaprzeczeń.

Wszystkie czynności myślowe miały na celu ochronić mnie przed zagrożeniem, jakim była świadomość, co tak naprawdę dzieje się ze mną. Te czynności myślowe to mechanizmy obronne. Moje „ja” broniło się przed faktem, że jestem uzależniona. Tak właśnie jest w chorobie alkoholowej.

Zmiany w zachowaniu

W końcu nie wiedziałam, kim jestem. Stałam się niepokojna, wybuchowa, unikałam ludzi, zamknęłam się

we własnym świecie, wypełniona poczuciem krzywdy i uzalaniem się nad sobą. Uwidocznily się konsekwencje picia. Pogłębiało się niezadowolenie z siebie, słabło poczucie własnej wartości, rosła nienawiść do własnej osoby. Wszystkie stany emocjonalne i zachowania wymknęły się spod kontroli.

Myślałam wtedy, że pokonam nałóg, że jestem silna, mam silną wolę, mam wpływ na moje stany emocjonalne, dam sobie radę, nikogo i niczego nie potrzebuję. Tak działa system dumy i kontroli. Opisałam, posługując się własnym przykładem, działanie psychologicznych mechanizmów uzależnienia chroniących nałóg, nie człowieka. Działają one na ogół bez świadomości uzależnionego. Dlatego tak trudno je przełamać i tak trudno uświadomić alkoholikowi, że jest alkoholikiem.

Podдай się, aby zwyciężyć

Każda próba walki z alkoholem kończy się porażką. Dopiero uznanie bezsilności daje szansę na powodzenie. Początkowo było to dla mnie abstrakcją. Potem uznałam bezsilność na poziomie intelektualnym, ale nie

emocjonalnym i wielokrotnie wracałam do picia. Dopiero uznanie bezsilności na poziomie emocjonalnym uwolniło mnie z pułapki, zakończyło balansowanie między „jestem dobra” a „jestem zła”. Powiedzenie „jestem alkoholiką” dało mi poczucie tożsamości. Wiem, kim jestem, odzyskałam spokój, wyciszenie, wiem, jak postępować z własną świadomością.

Bezsilność – co to jest? Oznacza rezygnację z prowadzenia walki z alkoholem. Paradoks zwycięstwa przez poddanie się.

Kiedyś terapeuta zapytał pacjenta: „Czy staniesz na ringu do walki z Goliatem?”. „Nie, bo on mnie zabije, przecież to olbrzym” – odpowiedział pacjent. Dokładnie tak jest z alkoholem. Nie walcz, bo on Cię na pewno zabije.

Serdecznie pozdrawiam.

(lekarka)

Tytuł i śródtytuły pochodzą od Redakcji pomorskiego biuletynu.

(przedruk z „Pomorskiego Magazynu Lekarskiego” nr 6/11)

Krótkie rozważania o odpowiedzialności za słowo

Kwestia odpowiedzialności za słowo (tak pisane jak mówione) należy do zagadnień o fundamentalnym znaczeniu dla samej istoty funkcjonowania społeczeństwa obywatelskiego, które jest świadome swoich praw, ale także zna granice, po przekroczeniu których korzystanie z prawa zmienia się w jego naruszenie.

W czasach, w których przyszło nam żyć bardzo prosto – ze względu na szeroki dostęp do środków masowej komunikacji, gdzie w zasadzie każdy może kreować treść umieszczanych publicznie zapisów (fora internetowe) – można dopuścić się naruszenia cudzych dóbr osobistych poprzez oczernienie kogoś, co bardzo często wypełnia też znamiona przestępstw zniesławienia (art. 212 kk) bądź zniewagi (art. 216kk).

Odpowiedzialność za słowo skryła się gdzieś w gąszczu komputerowych kabli. Wystarczy przejrzeć dowolne forum internetowe, aby zobaczyć, ile jadu, zawiści i przede wszystkim głupoty wylewa się spod klawiatury ludzi zaangażowanych w poszczególne wątki na forach.

Osoby, które dokonują tego typu wpisów są pewnie tego, że nikt nie zdoła rozszyfrować ich prawdziwych danych osobowych, a co za tym idzie mają poczucie całkowitej bezkarności. Nic nie zachęca bardziej do tego typu działań, niż świadomość braku odpowiedzialności prawnej.

Takie ujęcie sprawy nie zawsze jednak się sprawdza. Należy przede wszystkim pamiętać o tym, że także wy-

dawca serwisu internetowego ma określone obowiązki w sytuacji, gdy wpis znajdujący się na łamach takiego serwisu będzie naruszać czyjeś dobra osobiste, a także wypełniać znamiona przestępstw zniesławienia lub/i zniewagi.

Wspomniane obowiązki wydawcy wynikają z przepisów ustawy z 18 lipca 2002 r. o świadczeniu usług drogą elektroniczną (Dz.U. nr 144, poz. 1204), która w art. 14 mówi:

1. Nie ponosi odpowiedzialności za przechowywane dane ten, kto udostępniając zasoby systemu teleinformatycznego w celu przechowywania danych przez usługobiorcę, nie wie o bezprawnym charakterze danych lub związanej z nimi działalności, a w razie otrzymania urzędowego zawiadomienia lub uzyskania wiarygodnej wiadomości o bezprawnym charakterze danych lub związanej z nimi działalności niezwłocznie uniemożliwi dostęp do tych danych.
2. Usługodawca, który otrzymał urzędowe zawiadomienie o bezprawnym charakterze przechowywanych danych dostarczonych przez usługobiorcę i uniemożliwił dostęp do tych danych, nie ponosi odpowiedzialności względem tego usługobiorcy za szkodę powstałą w wyniku uniemożliwienia dostępu do tych danych.
3. Usługodawca, który uzyskał wiarygodną wiadomość o bezprawnym charakterze przechowywa-

nych danych dostarczonych przez usługobiorcę i uniemożliwił dostęp do tych danych, nie odpowiada względem tego usługobiorcy za szkodę powstałą w wyniku uniemożliwienia dostępu do tych danych, jeżeli niezwłocznie zawiadomił usługobiorcę o zamiarze uniemożliwienia do nich dostępu.

4. Przepisów ust. 1 – 3 nie stosuje się, jeżeli usługodawca przejął kontrolę nad usługobiorcą w rozumieniu przepisów o ochronie konkurencji i konsumentów.

Wobec powyższego, w sytuacji, w której zawiadomimy wydawcę serwisu internetowego o tym, że określony wpis narusza nasze dobra osobiste, a wydawca nie usunie go, będzie zachodzić przesłanka do jego odpowiedzialności odszkodowawczej. Zawiadomienie takie dobrze jest wysłać dwutorowo – mailem (aby maksymalnie przyspieszyć usunięcie obrażającego nas wpisu), a gdy mail nie będzie skuteczny, także pocztą tradycyjną, oczywiście za potwierdzeniem nadania.

Kwestia odpowiedzialności karnej za przestępstwo zniesławienia czy zniewagi jest o tyle trudna, że są to przestępstwa prywatnoscargowe, a więc ścigane poprzez wniesienie i później popieranie przed sądem prywatnego aktu oskarżenia.

W takich wypadkach prokurator może wszcząć postępowanie ze względu na przemawiający za tym interes społeczny. Nawet jeśli uzna, że interes społeczny nie wymaga tego, by wszcząć postępowanie z urzędu, możemy zwrócić się do organów ścigania o zabezpieczenie dowodów w sprawie czyli przede wszystkim ustalenie w miarę możliwości danych osoby, która dokonała określonego wpisu na forum internetowym. Rodzi to oczywiście kolejne problemy, bowiem operatorzy sieci internetowych (np. kablówki) często nie chcą przekazywać danych swoich klientów, niemniej jednak ustalenie danych osoby chowającej się za zasłoną internetowej anonimowości jest coraz bardziej możliwe. Realne jest postawienie takiego człowieka przed sądem w postępowaniu karnym lub cywilnym w sprawie o naruszenie dóbr osobistych.

Zajmując się problematyką naruszenia dóbr osobistych, należy zwrócić uwagę na dość restrykcyjne stanowisko sądów, które stoją na stanowisku, że do naruszenia dóbr osobistych może dojść także np. w formalnej skardze (np. na lekarza) poprzez skierowanie jej do zbyt liczного grona osób (spoza kręgu służbowego nadzoru), czy przez umieszczenie w skardze nieprawdziwych lub obrażających inną osobę twierdzeń.

We wrześniu 2009 r. na oddział ratunkowy jednego ze szpitali w Lublinie zgłosiła się pacjentka uskarżająca się na ból uda. Dyżurująca wówczas lekarka po tzw. zebraniu wywiadu stwierdziła, że pacjentka nie wymaga leczenia w szpitalnym oddziale ratunkowym. Odesłała kobietę do znajdującej się w pobliżu placówki, w której

miała swego lekarza dyżurnego w ramach całodobowej opieki zdrowotnej.

Pacjentka niezadowolona z takiej decyzji wezwała patrol policji do szpitala. Wizytę opisała też w pismach do dyrekcji szpitala, izby lekarskiej oraz sejmiku samorządowego. W skardze zarzuciła lekarce, że nie zbadała jej, nie przeprowadziła wywiadu środowiskowego, nie chciała się przedstawić ani wydać karty informacyjnej. Użyła też słów: „*Taka niegodna zawodu lekarza była postawa pani doktor*” „*odmówiła jej w arogancki sposób*”. Przełożeni lekarki za bezzasadne uznali zarzuty w kwestii nieudzielenia pomocy pacjentce. Za nieprawidłowe zachowanie uznali natomiast brak założenia i wydania karty informacyjnej oraz brak możliwości identyfikacji lekarza przez pacjenta.

Sama lekarka uznała, że zostały naruszone jej dobra osobiste poprzez: wezwanie patrolu policji do szpitala, użycie w skardze przez pacjentkę obrażających lekarke stwierdzeń oraz przesłaniu skargi do samorządu lekarskiego i sejmiku samorządowego (zamiast jedynie do bezpośredniego przełożonego lekarki).

Pozwana pacjentka powołała się na konstytucyjne prawo do krytyki i prawo do składania petycji, wniosków i skarg. Twierdziła też, że użyte przez nią słowa nie były obraźliwe, lecz stanowiły tylko opis faktów.

Sąd Rejonowy w Lublinie uznał, że pacjentka naruszyła cześć lekarki i dobre imię potrzebne do wykonywania zawodu lekarza. Sąd uznał, że pisma zawierały nieprawdziwe fakty, np. braku zainteresowania pacjentką lub udzielenia jej wsparcia przez funkcjonariuszy policji, co mogło sugerować wyjątkowo złe zachowanie lekarki. Z zarzuconych jej zachowań potwierdziło się tylko niewystawienie karty informacyjnej oraz zatajenie danych osobowych (personalia lekarki ustaliły władze szpitala). Zdaniem sądu skarga wysłana do tak szerokiego grona zawierająca nieprawdziwe fakty i krzywdzące sformułowania przekraczała ustawowe ramy prawa do wyrażania opinii i naruszała dobre imię lekarki, a skierowanie pisma nie tylko do jej bezpośrednich przełożonych, miało jej dokuczyć i sprawić większą przykrość. Na skutek wyroku pozwana pacjentka miała zapłacić 2500 zł zadośćuczynienia.

Przedmiotowy wyrok został utrzymany w mocy Sąd Okręgowy w Lublinie – sygn. akt II Ca 780/10. Sprawę opisała m.in. „Rzeczpospolita” w wydaniu z 4 kwietnia br.

Przykłady dość restrykcyjnego podejścia do kwestii naruszenia dóbr osobistych (co za tym idzie możliwości popełnienia przestępstw zniesławienia lub zniewagi) w oficjalnych pismach lub skargach można znaleźć także w orzecznictwie Sądu Najwyższego. W tym kontekście warto przytoczyć wyrok SN z 3 listopada 2004 roku, w którym czytamy m.in.

Prezentowany przez Sąd odwoławczy pogląd, że oskarżony w każdym przypadku kierowania do wymie-

nionych w zarzucanym czynie organów (mowa o organach procesowych – przyp. K.I.), zarzutów pod adresem oskarżyciela, niezależnie od ich formy i treści, realizował własne prawa i tylko instytucje, do których kierował pisma z określonymi zarzutami uprawnione były do rozstrzygnięcia prawdziwości tych zarzutów, **jest poglądem błędnym.**

Obowiązkiem sądu, w każdym wypadku, było rozważenie, czy dla dochodzenia swoich ewentualnych racji i subiektywnie pojmowanych praw do realizowania swoich roszczeń, oskarżony nie wykroczył poza granice dopuszczalności kierowanych pod adresem oskarżyciela prywatnego zarzutów. **Cześć określonej osoby, rozumiana jako kategoria normatywna, korzysta z ochrony prawnej niezależnie od tego, jaką dana osoba ma opinię u jednostki czy nawet w określonym środowisku.**

Zdaniem sądu odwoławczego, skoro oskarżony określone zarzuty pod adresem oskarżyciela prywatnego kierował do określonych organów procesowych, to – zgodnie z linią orzecznictwa – czynił to wyłącznie w uzasadnieniu lub w obronie swoich praw. Jest to pogląd bardzo uproszczony, nie pogłębiony analizą konkretnych wypadków i oceną, czy realizując swoje uprawnienia, treścią i formą stawianych zarzutów pod adresem oskarżyciela prywatnego, S.K. nie przekroczył granic działania potrzebnego do realizacji tych uprawnień w dążeniu do

obrony swoich praw. **Nie można podzielić stanowiska, jak czyni to sąd odwoławczy, że w pismach kierowanych do takich organów jak Sąd, Prokuratura czy dawnego Kolegium do Spraw Wykroczeń można pod adresem konkretnej osoby wysuwać każdej treści zarzuty, w każdej formie, w domniemaniu, że sprawca takich działań czyni to w dobrej wierze, przekonany, że broni swoich praw. Sąd odwoławczy ocenił, odmiennie niż uczynił to sąd I instancji, przesłanki podmiotowe działania oskarżonego w sposób wyjątkowo powierzchowny stwarzający błędne przekonanie, że dla realizacji dochodzenia swoich uprawnień, nawet subiektywnie pojmowanych, można stosować wszystkie środki bez jakichkolwiek ograniczeń. Tymczasem, niewątpliwie, **pewnych granic przekraczać nie wolno...**)**

Właśnie ostatnie słowa przytoczonego powyżej orzeczenia Sądu Najwyższego stanowią właściwą pointę dla poczynionych w niniejszym tekście rozważań. Pamiętając bowiem o tym, że mając prawo do krytyki, do jej wyrażania w uznanej przez nas za właściwą formie, chcąc wyrazić dezaprobatę dla nierzetelnie – naszym zdaniem wykonującego swoje obowiązki urzędnika czy lekarza – nie możemy przekraczać pewnych granic. Granic przyzwoitości i dobrego smaku.

Krzysztof IZDEBSKI

* * *

WZÓR ZAWIADOMIENIA WYDAWCY SERWISU INTERNETOWEGO O WPISIE NARUSZAJĄCYM DOBRA OSOBISTE

Miejscowość, data

Imię i nazwisko

Adres osoby zawiadamiającej

Nazwa i adres

wydawcy serwisu internetowego

Niniejszym zawiadamiam, że na portalu internetowym XYZ – www.xyz.pl, na łamach forum, pod artykułem pt: „abc”, zostały zamieszczone wpisy, naruszające moje dobra osobiste.

Wpisy te zostały zamieszczone przez użytkownika posługującego się identyfikatorem „xx” (w tym miejscu możemy podać link do komentarzy, które nas obrażają).

Emocjonalna treść w/w komentarza narusza wprost moje dobre imię, wypełniając jednocześnie znamiona przestępstwa zniesławienia (art. 212 kk)/zniewagi (art. 216 kk) poprzez pomówienie mnie o postępowanie oraz właściwości, które mogą poniżyć mnie w opinii publicznej, a także narazić na utratę zaufania potrzebnego dla właściwego wykonywania mojego zawodu. (W tym miejscu cytujemy obrażające nas słowa). W tym stanie rzeczy, żądam natychmiastowego usunięcia w/w wpisu z forum.

Zawiadomienie niniejsze należy traktować jako wiadomość przekazaną w trybie art. 14 ust. 1 ustawy z 18 lipca 2002 roku o świadczeniu usług drogą elektroniczną (Dz. U. Nr 144, poz. 1204).

Podpis

(przedruk z „Meritum” nr 5/11)

Jak rozmawiać z mediami

W dzisiejszych czasach coraz częściej jesteśmy obiektem zainteresowania prasy, radia czy telewizji. Nie każdy jest jednak przygotowany do tego rodzaju roli, choćby znajomością prawa prasowego. W sytuacjach, gdy możemy mieć wątpliwości, czy nasze wypowiedzi zostaną właściwie zrozumiane lub czy nie zostaną wypaczone, powinniśmy kierować się kilkoma prostymi zasadami, które powinny uchronić nas przed zamierzoną lub przypadkową manipulacją.

1. Zawsze masz prawo nie zgodzić się na udzielenie wypowiedzi i nie zgodzić się na wykorzystanie Twojego wizerunku.
2. Zaznaczaj na wstępie rozmowy, że będziesz chciał autoryzować swoją wypowiedź.
3. Precyzuj formę wykorzystania tego, co powiesz – pamiętaj, że dziennikarz ma obowiązek autoryzować jedynie Twoje wypowiedzi podawane in extenso. Jeśli zechce omówić to, co mówiłeś, takiego obowiązku już nie ma.
4. Przed udzieleniem odpowiedzi domagaj się precyzyjnego opisu, o co będziesz pytany i kto jeszcze będzie wypowiadał się w tej samej sprawie.
5. Jeżeli masz uczestniczyć w nagraniu radiowym lub telewizyjnym, zażądaj wcześniej podania Ci nazwisk innych uczestników nagrania, a także informacji, kim są i jakie instytucje reprezentują.
6. Mów krótko i precyzyjnie – pamiętaj, że im dłużej mówisz, tym mniejsza część tego, co powiedziałeś,

zostanie ostatecznie opublikowana, a w wypadku audycji na żywo dziennikarz będzie Ci musiał przerywać.

7. Jeśli uzgodniony temat rozmowy jest inny niż treść faktycznie zadawanych pytań, zostałeś oszukany i masz pełne prawo odmówić odpowiedzi bądź opuścić studio.
8. Jeśli przesłany Ci do autoryzacji skrót Twoich wypowiedzi rażąco różni się z sensem tego, co chciałeś przekazać, wpisz (w wypadku wywiadu dla prasy) swoje poprawki albo zażądaj – jeśli to wypowiedź radiowa lub telewizyjna – zapropozowania Ci emisji innego fragmentu nagrania.
9. Jeśli nie możecie uzgodnić z dziennikarzem treści Twojej wypowiedzi – poinformuj go w jednoznacznej i niemożliwej do podważenia formie (e-mail, faks, list polecony lub nagrana rozmowa telefoniczna), że nie wyrażasz zgody na opublikowanie Twojej wypowiedzi.
10. Tak czy inaczej Twoje wypowiedzi mogą zostać wykorzystane wbrew Twoim intencjom i mimo braku Twojej zgody. Jeśli jednak dochowałeś podanych wskazówek — masz szansę dochodzić racji w sądzie: dla dobrego wizerunku własnej osoby, ale też dla dobra naszego środowiska.

*Bogdan BRONOWSKI,
współpraca Wacław MATYSEK*

(przedruk z „Łowcy Polskiego” nr 1/11)

Miłogost Babiak

Kiedy przeglądam absolutorium Wydziału Lekarskiego AM we Wrocławiu z roku 1957 widzę rzędy nazwisk świeżo upieczonych lekarzy – łącznie 109 +54 +67+67 +67. Część z nich należy do moich profesorów z lat 90-tych, gdy studiowałam na tejże uczelni. Jedno z nich, drugie na liście, należy do mojego ojca, Miłogosta Babiaka.

Jeszcze 4 lata temu uczestniczył w zjeździe koleżeńskim i uroczystości odnowienia dyplomu lekarskiego po pięćdziesięciu latach. Udało mu się spotkać dobrego kolegę z roku, dr Gerarda Szygę, powspominać dawne czasy i zrelacjonować pokrótce swe dzieje. Rok temu, gdy chciałam poinformować dr Szygę o śmierci Taty, rozmawiałam już tylko z jego córką, również lekarzem; dwa lata wcześniej zmarł na zawał serca. To naturalne, że wykruszają się coraz szybciej i szybciej, ale z nimi odchodzi szmat historii – byli przecież jeszcze świadkami wojny światowej. Tato z rodziną uciekł przed pogromami ze Starego Sambora. Przekaz głosi, że ukraińska znachorka, zaprzyjaźniona z rodziną Babiaków, ostrzegła ich w ostatnim momencie i tego samego dnia, pospiesznym spakowani, ruszyli na kilkuletnią tułaczkę, zakończoną w 1945 roku w Opolu.

Tu Tacie udało się ukończyć liceum ogólnokształcące – rok Szkoły Powszechnej im. Piłsudskiego w Samborze, rok szkoły podległej Narodowemu Komisariatowi Oświaty Ukraińskiej Republiki Ludowej, potem parę lat polskiej publicznej szkoły powszechnej w Generalnej Guberni, sprawiły, że miał co nadrabiać. By móc szybciej przystąpić do matury, musiał zatrudnić się w 1950 r. w Okręgowym Urzędzie Likwidacyjnym w Opolu, by mieć prawo do liceum dla pracujących.

Na studiach uczestniczył jeszcze w odgruzowywaniu Wrocławia. Mieszkali w szóstkę w pokoju w akademiku. Trzymał się wtedy głównie z kolegami ze Śląska, którzy nie mieli szans na studia w Krakowie czy na Górnym Śląsku. Akademia Medyczna we Wrocławiu, była w owym czasie bardziej przyjazna Ślązakom. To podejście lwowskich profesorów – widzących człowieka, nie ideologię – kształtowało mojego Ojca i mam nadzieję, że będzie mieć swój wpływ jeszcze na następne pokolenia. Tato okazał się odporny na różne ideologie, łącznie z najnowszymi. „*Ja jednak uważam, że lekarz o duszy kapitalisty nie będzie dobrym lekarzem.*”

Potem oczywiście przydział pracy do Jeleniej Góry, gdzie poznał moją Mamę. Pracował w Węgrzynie, Sułęczynie – na oddziale ginekologii i położnictwa. Tu roz-



począł specjalizację z ginekologii, uzyskał oba stopnie specjalizacji w ginekologii, pracując szpitalu w Lubsku, w województwie zielonogórskim. W 1978 roku przeniósł się do Brzegu, tu objął na wiele lat funkcję ordynatora Oddziału Ginekologii i Położnictwa w szpitalu w Brzegu. Pracował w wielu miejscach – nawet nie sposób ich wymienić – w Brzegu i okolicy, również wiele lat po osiągnięciu wieku emerytalnego. Gdy nie był już zabiegowcem, zrobił uprawnienia z zakresu medycyny pracy. Swoje doświadczenie wykorzystywał też w pracy w pogotowiu ratunkowym i w izbie przyjęć. Martwił się, że pogarszający się słuch może sprawić, że będzie musiał rozstać się ze słuchawkami i badaniem pacjentów. Stan jego zdrowia pogorszył się nagle, na ostatnim dyżurze. Kilka tygodni później był już po ciężkiej operacji neurochirurgicznej w WCM w Opolu. Mimo wysiłków lekarzy, również w Centrum Onkologii w Opolu, choroby nie udało się pokonać. Był jednak w stanie skorzystać z rehabilitacji – również w BCM w Brzegu – i na własnych nogach powrócić do domu. Okres jego choroby był dla nas wszystkich trudny, dał nam jednak szansę na pożegnanie i doświadczenie, że człowiekowi można wiele odebrać, ale nie sposób najważniejszego. Do końca pozostał dobrym, kochającym, dbającym o innych, skromnym człowiekiem o łagodnym uśmiechu.

Taki był przez te wszystkie lata – ponad pięćdziesiąt lat pracy – w dziesiątkach przychodni, ośrodków zdrowia, wielu szpitalach, z tysiącami pacjentów. Dzieci przyjmowane przez niego na świat doczekały już wnuków. Praca lekarza, to jednak tylko odciąganie głównego wroga – śmierci – na jakiś czas. Trzeba to przyjąć z pokorą, ale nie ustawać w łagodzeniu cierpienia.

Agnieszka PAWLIKOWSKA

* * *



III Kongres Top Pulmonological Trends

Najnowsze doniesienia ze światowych zjazdów naukowych dotyczące diagnostyki i leczenia chorób płuc, aktualne standardy postępowania i leczenia w pulmonologii, nowe możliwości w leczeniu raka płuc, pułapki diagnostyczne – to tylko część tematów sesji III Kongresu *Top Pulmonological Trends*, który odbędzie się 1–3 grudnia 2011 r. w Poznaniu. Nie zabraknie również wiedzy z zakresu pulmonologii i alergologii dzieci oraz informacji na temat astmy i zakażeń oddechowych. Uczestnicy będą mieli okazję udziału w sesjach interaktywnych, podczas których zostaną zaprezentowane ciekawe obrazy radiologiczne w chorobach płuc oraz różne przypadki kliniczne.

Kongres jest połączony z obchodami 60-lecia Katedry i Kliniki Pulmonologii, Alergologii i Onkologii Pulmonologicznej Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu.

Termin: 1–3 grudnia 2011 r.

Miejsce: Poznań, Międzynarodowe Targi Poznańskie, ul. Głogowska 14, 60-734 Poznań

Przewodnicząca Komitetu Naukowego: prof. dr hab. Halina Batura–Gabryel

Organizatorzy: Katedra i Klinika Pulmonologii, Alergologii i Onkologii Pulmonologicznej Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu i wydawnictwo *Termedia*

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



V Konferencja Postępy w Gastroenterologii

Zapraszamy już po raz piąty do Poznania na Konferencję *Postępy w Gastroenterologii* pod kierownictwem naukowym prof. dr hab. Grażyny Rydzewskiej. W programie konferencji: problemy pacjentów leczonych przeciwwzkrzepowo związane z endoskopią i nie tylko, rak żołądka po raz kolejny – spojrzenie onkologa i patomorfologa, co nowego w nieswoistych zapalnych chorobach jelit i chorobach trzustki, co gastroenterolog powinien wiedzieć o chirurgii transplantacyjnej – wybrane elementy, wątroba, trzustka, postępy w gastroenterologii – tematy różne (rola badań przesiewowych w gastroenterologii, kamica pęcherzyka żółciowego – wciąż aktualny problem).

Termin: 9–10 grudnia 2011 r.

Kierownik naukowy:
prof. dr hab. Grażyna Rydzewska

Miejsce konferencji: Centrum Kongresowo-Dydaktyczne Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego ul. Przybyszewskiego 37a, Poznań

Organizatorzy: Klinika Chorób Wewnętrznych i Gastroenterologii CSK MSWiA w Warszawie i wydawnictwo *Termedia*, wydawca czasopisma *Przegląd Gastroenterologiczny*

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

www.ultrasonografy.pl

* * *

* * *



V Wielkopolskie Dni Hipertensjologii

Już po raz piąty zapraszamy do Poznania na Wielkopolskie Dni Hipertensjologii organizowane przez Katedrę i Klinikę Hipertensjologii, Angiologii i Chorób Wewnętrznych Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu oraz wydawnictwo *Termedia*. W programie konferencji: wokół zaleceń leczenia nadciśnienia tętniczego JNC-7, ESH 2009, PTNT 2011, jak zmodyfikować terapię hipotensyjną gdy pacjent z nadciśnieniem tętniczym ma zabieg operacyjny, pacjent z nadciśnieniem tętniczym ma zaburzony dobowy profil ciśnienia, pacjent z nadciśnieniem tętniczym zgłasza zaburzenia potencji, pacjentka z nadciśnieniem tętniczym zaszła w ciążę; *primum non nocere* w hipertensjologii; strategia terapii hipotensyjnej.

Termin: 3 grudnia 2011 r.

Miejsce: Centrum Kongresowo-Dydaktyczne Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego ul. Przybyszewskiego 37a, Poznań

Przewodniczący Komitetu Naukowego: prof. dr hab. Andrzej Tykarski

Organizatorzy: Katedra i Klinika Hipertensjologii, Angiologii i Chorób Wewnętrznych Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu i wydawnictwo *Termedia*

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

Samodzielny Wojewódzki Szpital Dla Nerwowo i Psychicznie Chorych im. ks. biskupa Józefa Nathana w Branicach zatrudni małżeństwo psychiatrów lub małżeństwo psychiatra-neurolog, psychiatra-internista, lekarzy psychiatrów, w trakcie specjalizacji lub chętnych do specjalizacji w zakresie psychiatrii. Oferujemy bardzo dobre warunki płacowe oraz nowe mieszkania służbowe (50m² i ok. 100 m²). Kontakt pod numerem telefonu: 77/40-34-307 lub e-mail: sws.kadry@op.pl.

* * *

GZOZ w Szczucinie zatrudni lekarza pediatrę. Oferujemy korzystne warunki finansowe oraz możliwość mieszkania służbowego. Forma zatrudnienia do uzgodnienia. Kontakt: administracja – tel. (14) 643-61-95; tel. kom. 697-828-934; e-mail: gzozszzucin@gmail.com.

* * *

Posiadam do wynajęcia działający Gabinet Stomatologiczny w ścisłym centrum Kędzierzyna, tel. 695-380-877.

* * *

Do wynajęcia gabinet lekarski o pow. 17m². *Kędzierzyn, bardzo dobra lokalizacja* – mieści się w wyremontowanej kameralnej prywatnej przychodni. Jest wyposażony i przygotowany do działalności konsultacyjno-zabiegowej. Aktualnie w obiekcie funkcjonuje jeden gabinet. Cały obiekt jest wyposażony. Do dyspozycji pacjentów dwie przestronne poczekalnie i WC. Telefon kontaktowy: 694-485-131.

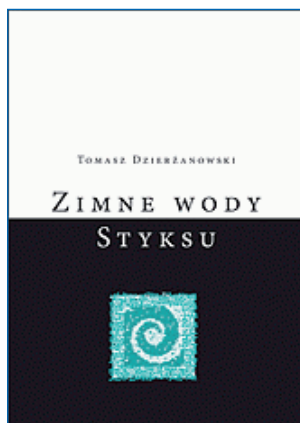
BIULETYN INFORMACYJNY OPOLSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

WYDAWCA: Opolska Izba Lekarska, 45-054 Opole, ul. Grunwaldzka 23, tel. 0 77 454 59 39, www.izbalekarska.opole.pl

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

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

Termedia sp. z o.o.
ul. Kleeberga 2
61-615 POZNAŃ
Tel./faks: +48 61 656 22 00
e-mail: ksiazka@termedia.pl
Książka do nabycia na
www.termedia.pl



Zimne wody Styksu

Tomasz Dzierżanowski ISBN: 978-83-62138-71-5, format: A5, stron 148, oprawa miękka, cena: 26.25 zł

Autor na podstawie własnych doświadczeń lekarza hospicyjnego przekazuje przesłanie o potrzebie umiarkowanych, cierpiących osób – potrzebie ludzkiego towarzyszenia i miłości. Książka jest świadectwem roli narracji chorego, jego często przepełnionych bólem zwierzeń skierowanych do innej osoby – lekarza obdarzonego umiejętnością wsłuchiwania się w historię cierpienia.

prof. dr hab. med., dr h.c. Jacek Łuczak

Niniejsza książka jest inna od wielu, które dotąd napisano na ten temat. Jest bardzo osobista i wskazuje na wielkie zaangażowanie Autora. Dużo w niej refleksji, czasem poczucia humoru przebijającego przez warstwę emocji, ocierających się niekiedy o patos. Zawiera także cenne informacje praktyczne dla osób zaangażowanych w opiekę paliatywną. Autentyczna, ciekawa. Po prostu dobra książka.

prof. dr hab. med. Krystyna de Walden-Gałuszko

To lektura dla każdego, szczególnie dla tych, którzy zajmują się osobami nieuleczalnie chorymi lub zamierzają podjąć się opieki nad nimi. Treść książki, przepojona humanizmem, uczy szacunku do człowieka i jego autonomii. Dzięki niej Czytelnik może zrozumieć, czym zajmuje się medycyna paliatywna i jak jest ona ważna dla chorych u kresu życia. Autor książki – lekarz pracujący w hospicjum – dzieli się swoją wiedzą i doświadczeniem. Praca z umierającymi pacjentami nie jest dla niego przykrym obowiązkiem, lecz cennym przeżyciem oraz źródłem satysfakcji i siły. Rodzinom opiekującym się osobami stojącymi na pograniczu życia i śmierci lektura książki może pomóc w zrozumieniu sytuacji, w której się znalazły, oraz dać wsparcie w trudnych chwilach.

dr med. Aleksandra Ciałkowska-Rysz
konsultant krajowy w dziedzinie
medycyny paliatywnej

* * *

Elsevier Urban & Partner Sp. z o.o.
50-011 WROCŁAW, ul. Kościuszki 29
Zamówienia: www.elsevier.pl
Tel. 42/680-44-09, fax. 42/680-44-86
e-mail: zamowienia@elsevier.com



Konsultacja kliniczna w pediatrii. Tom 2

L.C. Garfunkel, J.M. Kaczorowski, C. Christy
 wyd. I polskie, red. A. Milanowski
 ISBN: 978-83-7609-138-9, format: 220×290, 810 stron, opr. twarda, ce-

na det.: 189.00 zł, twoja cena: 170.10 zł (378 ELS pkt.)

Konsultacja kliniczna w pediatrii to podręcznik dla zabieganych pediatrów klinicystów. Każda z pięciu części zawiera spójną i usystematyzowaną wiedzę na temat konkretnych chorób i problemów klinicznych, a także wiele cennych informacji skondensowanych w diagramach, tabelach i wzorach.

Część I – zatytułowana Diagnostyka różnicowa, omawia rozpoznawanie różnicowe prawie 50 najczęściej spotykanych chorób.

Część II – Algorytmy kliniczne pomagają czytelnikowi w dojściu do prawidłowej diagnozy.

Część III – Siatki centylowe, wzory, tabele i testy – zawiera niezbędne w praktyce tabele, schematy, równania i wykresy. W tej części treść jest pogrupowana w szerokich dziedzinach medycyny, takich jak dermatologia, rozwój człowieka, medycyna ratunkowa (oparzenia, wstrząsy), równania i nomogramy, wykresy wzrostu, neurologia, medycyna sportowa i ortopedia, a także wykresy wybranych czynności życiowych oraz wyniki badań laboratoryjnych i ich interpretacja.

Część IV – Profilaktyka.

Część V – omówiono w niej prawie 400 jednostek chorobowych w układzie alfabetycznym.

W książce znajdziemy także wiele innych ważnych zagadnień, między innymi: kalendarz szczepień, metody zapobiegania egzotycznym i przewlekłym chorobom zakaźnym oraz uodporniania na nie, wskazówki dietetyczne i wartość niektórych odżywek, badania przesiewowe młodzieży, metody kontroli urodzeń dla nastolatków, sposoby walki z nikotynizmem, ryzyko związane z międzynarodową adopcją, problemy związane z odbywaniem kary więzienia przez rodziców, a przebywaniem dziecka w rodzinie zastępczej, a także badania przesiewowe zalecane w tych sytuacjach oraz badania podstawowe i dodatkowe do przeprowadzenia w przypadku depresji rodzica.



Modelowanie sylwetki. Seria Dermatologia Kosmetyczna

B.E. Katz, N.S. Sadick
wyd. I polskie, red. A. Kaszuba
ISBN: 978-83-7609-345-1, format: 210×295, opr. twarda, 252 strony, cena det.: 189.00 zł, twoja cena: 170.10 zł (378 ELS pkt.)

To w pełni nowoczesny i praktyczny podręcznik przedstawiający w sposób kompleksowy i bezstronny wady i zalety poszczególnych metod zachowawczych i zabiegowych o różnym stopniu inwazyjności, stosowanych w celu poprawy konturów ciała i leczenia defektów estetycznych powierzchni skóry, np. cellulitu. Szczegółowo omówiono w nim liposukcję przy udziale ultradźwięków, mezoterapię i zabiegów podskórnych nacięć (subcision), a także wykorzystanie najnowszych źródeł światła i laserów stosowanych w zmniejszeniu ilości tkanki tłuszczowej, napinaniu skóry oraz terapii cellulitu.

W każdym rozdziale przedstawiono opisy wymienionych wyżej metod terapii, dobór pacjentów, techniki zabiegowe, postępowanie po zabiegu, objawy uboczne i sposoby ich leczenia, wszystko zgodnie z aktualnym stanem wiedzy popartym najnowszym piśmiennictwem.



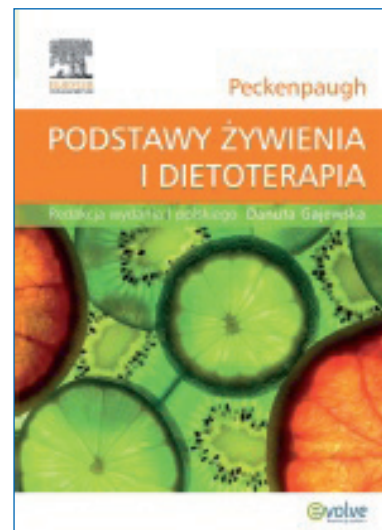
Kosmeceutyki. Seria Dermatologia Kosmetyczna

Z.D. Draelos
wyd. I polskie, red. A. Ignaciuk
ISBN: 978-83-89581-68-6, format: 210×295, opr. twarda, 228 stron, cena det.: 134.00 zł, twoja cena: 120.60 zł (268 ELS pkt.)

Kosmeceutyki, czyli kosmetyki o działaniu pielęgnacyjno-leczniczym, zajmują stopniowo coraz ważniejszy obszar dermatologii.

W książce opisano wszystkie główne kosmeceutyki: witaminy, substancje roślinne, tłuszcze, metale, środki złuszczone, czynniki wzrostu i filtry przeciwsłoneczne.

Przedstawiono również zasady leczenia, uporządkowane według stanu skóry i typu produktu, by ułatwić dermatologom ocenę przydatności środków kosmetycznych o działaniu leczniczym w codziennej praktyce medycznej. Osobny rozdział poświęcono kosmeceutykom przyszłości.



Podstawy żywienia i dietoterapia

N. Peckenpaugh
wyd. I polskie, red. D. Gajewska
ISBN: 978-83-7609-361-1, format: 190×260, 694 strony, opr. broszurowa, cena det.: 156.00 zł, twoja cena: 140.40 zł (312 ELS pkt.)

Podręcznik jest skierowany przede wszystkim do studentów dietetyki oraz kierunków pokrewnych, praktykujących dietetyków, lekarzy wszystkich specjalności medycznych oraz innych pracowników służby zdrowia zajmujących się żywieniem ludzi zdrowych, profilaktyką i leczeniem zaburzeń odżywiania. W publikacji: – fachowa i aktualna wiedza z zakresu żywienia i dietetyki oparta na badaniach naukowych – zalecenia, zasady postępowania oraz porady żywieniowe dla osób zdrowych i chorych – leczenie dietetyczne cukrzycy, chorób układu sercowo-naczyniowego, nerek i nowotworów – profilaktyka i leczenie otyłości – ciekawe opisy przypadków, wskazówki dydaktyczne, pytania sprawdzające – tabele, ryciny i zestawienia ułatwiające zrozumienie i zapamiętanie przekazywanych treści