



OPOLSKA
IZBA
LEKARSKA

Rok Założenia 1990

Luty 2014

ISSN 1426-661X

BIULETYN INFORMACYJNY

Nr 209

OPOLSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

www.izbalekarska.opole.pl



SECESJA W ZAGWIŹDZIU

Kiedy jesienią zeszłego roku wyjeżdżałam z Wiednia, nie jeszcze nie zapowiadało szybkiego powrotu. W torbie podróżnej wiozłam bibeloty z muzeów: przyciski do papieru z podobizną cesarzowej Sisi, metalowe pudełko na ołówki, kalendarz z ruchomymi oknami, budzik na baterie, stylową lampkę i ozdobną bombonierę, ponadto pocztówki, notesy i temperówkę. Miałam też sporo książek wyszperanych w antykwariatach: stare poradniki medyczne oraz katalogi z wystaw dawnych i dzisiejszych.

Pamiętki ułożyłam na biurku, potem budowałam z nich wieże, piramidy i stopy albo tworzyłam skomplikowane konstrukcje, szukając miejsca dla nowych drobiazgów: popielniczki z czasów PRL-u, szklanego psa merdającego ogonem i kartek świątecznych. Na jednej z nich znalazł się fragment fresku z aniołami. Kobiety o subtelnych twarzach klęczą na śniegu, ich poszarzałe suknie odcinają się od tła w kolorze bordo, natomiast gesty, skrzydła złożone równo, pióro do pióra, oraz złote nimby przypominają scenę z sienneńskiej *Maesty* Duccia i *Opadającą noc* – dzieło Alfreda Rollera wykonane na otwarcie wiedeńskiej wystawy secesji w roku 1902.

Kartka obudziła we mnie potrzebę poznania. Postanowiłam odszukać obraz, zobaczyć całość, nacieszyć się kompozycją, harmonijnymi sekwencjami barw, miałam nadzieję na jakieś niepowtarzalne sekwencje, kontrasty, dopełnienia. I chciałam odnaleźć autora. Już marzyłam o podróży na południe, z noclegiem gdzieś koło Brna, już przeglądałam mapy, wytyczałam drogę, nawet odruchowo pakowałam walizkę, gdy zadzwoniła Jolanta Golenia-Mikusz – to od niej przyszły anioły.

Są całkiem niedaleko – zdradziła – w zagwiżdzańskim kościele Serca Jezusowego. Świątynia pochodzi z początku tamtego stulecia; kiedy się na nią patrzy, nie ma wątpliwości, że pomysłodawca i budowniczy ksiądz Franciszek Ogorek pasjonował się sztuką, że upodobał sobie średniowiecze, ale cenił także secesję, szczególnie tę późną, pozbawioną ckliwych motywów, skupioną na prostej, niemal geometrycznej formie, ożywioną wyrazistymi kolorami. Czyżby prałat znał ówczesny Wiedeń? Czy śledził kalendarz wydarzeń kulturalnych? Trudno uwierzyć, że śmiało zestawienia kolorystyczne, te wszystkie rubiny, burgundy, czerwienie, brązy, zgniłe zielenie i czernie połączone z odcieniami bordo, oranżu i złota wprowadził wyłącznie jako symbol krwi Chrystusa. A może najpierw wpadł na pomysł odważnego stylistycznie kościoła, potem zaś szukał uzasadnienia dla ciemnych tonów, wyjętych prosto z plakatów Kolo Mose-ra, Moritza Junga czy Oskara Kokoschki?

Nietrudno sobie wyobrazić, jak duszpasterz, ubrany po świecku, przemyka ulicami metropolii, zagląda do Café Central, gdzie często bywali Lew Trocki i Zygmunt Freud, natomiast pisarz Peter Altenberg podawał to miejsce jako adres do korespondencji na poste restante. Kafeterie przypominały kiedyś kluby dyskusyjne i czytelnie. *Świetnie rozwiniętą siecią kolejową [...] codziennie przyjeżdżały gazety z całego cesarstwa: „Kurjer Lwowski”, chorwacka „Naša*



Sloga” czy wydawany w Pradze „Čech”. W najlepszych kawiarniach można było przejrzeć nawet sto pism w kilkudziesięciu językach Europy – mówił Piotra Szarota, autor książki Wiedeń 1913. W kafejkach plotkowano, spiskowano, ogłaszano nieformalnych zwycięzców konkursów, przepowiadano przyszłość, omawiano koncerty, dramaty i wystawy. Poeci czytali wiersze, malarze rysowali karykatury, literaci szukali pomysłów na romanse. To tam świętowano narodziny gwiazd i opowiadano o upadkach bohaterów. Zwykła filizanka kawy była przepustką do świata rozmów i rozrywek, świata wytwornych strojów i dobrych manier, gdzie wysoka kultura mieszała się z popularną, namiętność ocierała się o chłód, a zbytek graniczył z niedostatkiem.

Cesarski Wiedeń odżył niedawno w zagwiżdzańskim kościele. Po śmierci Franciszka Ogorka, w latach 50. ubiegłego wieku, czerwienie i burgundy zrobiono na szaro, prze-malowano twarze świętych, odebrano blask połączanym świecznikom. Gzymsy pokryto szlagmetalem, zafarbowano postacie apostołów i proroków, zamalowano rysunek aniołów, zdarto nawet wieńce laurowe i skuto stylowe kasetony. Na długie lata secesja zniknęła ze świątyni. Wskutek rozjaśnienia urzekające niegdyś wnętrza straciło proporcje, wysmakowane detale zgubiły się pod grubymi warstwami farb, przygasły ornamenty, jakby ktoś z rozmysłem zacierał ślady frywolnej epoki.

A teraz nioszecz Alfred Skrzypczyk postanowił odtworzyć dawny czar. Do remontu wybrał malarkę Jolanę Golenię-Mikusz, aby wyszukiwała oryginalnych barw, zaglądała pod lampiony, odsuwała ławki, szperała w niszach, wymiatała kąty. I poznała prawdę. Artystka, choć pozbawiona szkiców (pożółkłe karty ze starymi projektami odnaleziono przypadkiem, już po skończonej renowacji), pod czujnym okiem konserwatorki sztuki Beaty Wewiórki powoli odkrywała to, co utracone. Potem z córką Justyną, lecz najczęściej sama, miesiącami naprawiała zniszczone freski, mieszała kolory, upiększała rysunki świętych i porządkowała kolorystyczny zamęt. Układała linie, łączyła odcienie, wzmacniała, tłumiała, rozpaliała barwy, jakby komponowała utwór muzyczny, pełen napięć i łagodnych przejść. I wreszcie przywróciła urodę wnętrzom z początku tamtego wieku.

Agnieszka KANIA

Oddaję w Wasze ręce drugi w tym Nowym 2014 Roku numer naszego Biuletynu. Namawiam Was do uważnego przeglądnięcia go. Znajdziecie bowiem w nim szereg ważnych, dla wielu z Was, informacji – w tym przede wszystkim obowiązkowego ubezpieczenia OC. Zamieszczam tabele i wysokości składek ubezpieczeniowych oraz

różne warianty ubezpieczenia. Ponadto znajdziecie również informacje o ukonstytuowaniu się kilku organów naszego samorządu, sprawozdania i relacje. Zachęcając do lektury żegnam się z Wami do następnego miesiąca.

Jerzy B. LACH

SZPALTA PREZESA

Koleżanki i Koledzy,

Zgodnie z zapowiedzią sprzed miesiąca w dalszej części Biuletynu znajdziecie materiał dotyczący ubezpieczeń OC od 1 marca. Najistotniejsza informacja – składki pozostają na poziomie zeszłorocznym, natomiast w sposób zdecydowany wzrosły sumy gwarancyjne ubezpieczenia pakietowego i dobrowolnego. Składki będą zbierane tak, jak w poprzednich latach – do Izby powinny trafić w okresie 10–24 lutego.

Do Izby dotarły pisma z Urzędu Wojewódzkiego w Katowicach, dotyczące kontroli dwóch podmiotów leczniczych, z którymi kilkoro lekarzy, członków naszej Izby, miało podpisane umowy kontraktowe. W trakcie kontroli okazało się, że nie wszystkie dane dotyczące tych kontraktów znalazły odzwierciedlenie w księdze rejestrowej praktyk, prowadzonych przez tych lekarzy. Przypominam więc, że każda zmiana, związana z prowadzeniem

prywatnej praktyki (zmiana adresu, nowy kontrakt) musi być w ciągu 14 dni zgłoszona w Izbie. Niedopełnienie tego obowiązku jest zagrożone karą pieniężną (ustawa o działalności leczniczej przewiduje karę do wysokości 10-krotności minimalnego wynagrodzenia za pracę).

O tym obowiązku, ale także o innych, wynikających z różnych przepisów ustawowych, mówi zestawienie, które znajdziecie na stronie internetowej Izby. Tam też zamieszczona jest informacja o obowiązującym od 1 stycznia obowiązku wystawiania faktur (w miejsce rachunków).

Wszystkim lekarzom i lekarzom dentystom „sportowcom” przekazuję, że pod adresem www.medigames.com znajdują się informacje dotyczące tegorocznych Światowych Igrzysk Lekarskich, które odbędą się w dniach 21–28 czerwca w Wels w Austrii.

Jerzy JAKUBISZYN

CO SŁYCHAĆ W IZBIE

UBEZPIECZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI CYWILNEJ – 2014 ROK

Koleżanki i Koledzy,

Zbliża się koniec lutego, a więc najwyższy czas aby pomyśleć o ubezpieczeniach odpowiedzialności cywilnej. Opolska Izba Lekarska przedłużyła umowę ubezpieczenia z PZU S.A. i jego warunki finansowe obowiązywać będą przez kolejne 24 miesiące.

Na początku przypomnienie pewnych ogólnych zasad. Obowiązująca od połowy 2011 r. ustawa o działalności leczniczej uporządkowała sprawę ubezpieczeń odpowiedzialności cywilnej lekarzy i lekarzy dentystów, wprowadzając **jedno** ubezpieczenie obowiązkowe. **Obowiązek ubezpieczenia spoczywa na każdym lekarzu**

czy lekarzu dentyście, który wykonuje zawód w formie praktyki lekarskiej (dotyczy to każdego rodzaju praktyki – stacjonarnej, na wezwanie, kontraktu). Inaczej mówiąc nie musi zawierać takiego ubezpieczenia lekarz (lekarz dentysta), który pracuje tylko i wyłącznie w oparciu o kodeksową umowę o pracę.

Rozporządzenie Ministra Finansów doprecyzowało zasady tego ubezpieczenia. Obejmuje ono wszystkie szkody, jakie mogą być wyrządzone w czasie udzielania świadczeń zdrowotnych albo powstałe wskutek zaniechania udzielenia takich świadczeń. Jest **tylko jedno wyłączenie**, które związane jest z zabiegami chirurgii

plastycznej i zabiegami kosmetycznymi – otóż ubezpieczenie to odnosi się wyłącznie do zabiegów wykonywanych w przypadku wad wrodzonych oraz następstw urazów czy chorób. Ubezpieczenie nie pokrywa szkód, będących następstwem zabiegów estetycznych. Rozporządzenie wprowadziło minimalną sumę gwarancyjną dla tego ubezpieczenia – w przypadku lekarza (lekarza dentysty) wynosi ona 75.000 euro na 1 zdarzenie i 350.000 euro na wszystkie zdarzenia w okresie ubezpieczenia.

Ubezpieczenie obowiązkowe proponowane członkom Opolskiej Izby Lekarskiej przez PZU uwzględnia podział na trzy grupy specjalności:

Grupa I (składka 659 zł)	Grupa II (składka 283 zł)	Grupa III (składka 141 zł)
<ul style="list-style-type: none"> Anestezjologia i intens. terapia Chirurgia ogólna Chirurgia dziecięca Chirurgia naczyniowa Chirurgia onkologiczna Chirurgia plastyczna Torakochemia Kardiochirurgia Neurochirurgia Chirurgia szczękowo-twarzowa Chirurgia stomatologiczna Urologia Urologia dziecięca Ortopedia i traumatologia Ginekologia i położnictwo Ginekologia onkologiczna Medycyna ratunkowa Neonatologia 	<ul style="list-style-type: none"> Medycyna sportowa Radioterapia Wszystkie pozostałe specjalności stomatologiczne 	<p>Wszystkie pozostałe specjalności</p> <p><u>Uwaga:</u></p> <p>Jeżeli lekarz z III grupy wykonuje jakieś zabiegi chirurgiczne, endoskopowe, z zakresu radiologii interwencyjnej czy inne wymagające pisemnej zgody – musi się ubezpieczyć jak w grupie II.</p>

Jeżeli lekarz ma kilka specjalizacji, ubezpiecza się zgodnie z tą, którą wykonuje.

Jeżeli lekarz wykonuje kilka specjalizacji, ubezpiecza się zgodnie z tą, która ma wyższą składkę.

Wynegocjowane z PZU porozumienie wprowadziło możliwość ubezpieczenia pakietowego (**połączenie ubezpieczenia obowiązkowego z dobrowolnym**) z tzw. **klauzulą nadwyżkową**.

Pozwala to nie tylko podwyższyć sumę gwarancyjną ubezpieczenia, ale objąć ubezpieczeniem sytuacje czy zdarzenia, których nie obejmuje ubezpieczenie obowiązkowe:

- udzielanie I pomocy (także w sytuacji, w której lekarz, ratując czyjeś życie, udziela jej po spożyciu alkoholu),
- udzielanie świadczeń medycznych okazjonalnych (niezbędnej pomocy medycznej – nie dotyczy stałej pracy) poza terenem Polski – np. podczas wyjazdu wypoczynkowego,
- koszty ekspertów, biegłych, zastępstwa prawnego – poniesionych za zgodą PZU S.A. lub zasądzonych,

- niezbędne koszty sądowej obrony przed roszczeniami, niezbędne koszty sądowej obrony w postępowaniu karnym poniesione za zgodą PZU S.A. lub zasądzone,
- koszty postępowań sądowych, w tym mediacji lub postępowania pojednawczego poniesione za zgodą PZU S.A. lub zasądzone,
- koszty poniesione na minimalizowanie wyrządzonej szkody,
- odpowiedzialność cywilna za szkody wyrządzone osobom trzecim w wynajmowanym pomieszczeniu praktyki (do kwoty 50.000 zł),
- odpowiedzialność cywilna za szkody wyrządzone osobom trzecim w wynajmowanym sprzęcie (do kwoty 50.000 zł),

• szkody rzeczowe wyrządzone w mieniu pacjenta w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych (do kwoty 50.000 zł).

• w ramach ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej lekarza, PZU S.A. dla każdego Ubezpieczonego, organizuje i pokrywa koszty usługi Asysty Prawnej (usługa asystance). **Nr telefonu Centrum Alarmowego dla Asysty Prawnej: 22 505 16 04.** Usługa asysty prawnej polega na:

- udzielaniu telefonicznie lub udzielaniu w formie elektronicznej konsultacji prawnych,
- przesyłaniu w formie elektronicznej wzorów umów i wzorów pism należących do powszechnego obrotu prawnego,
- przesyłaniu w formie elektronicznej tekstów obowiązujących lub archiwalnych (obowiązujących na dany dzień) aktów prawnych prawa polskiego,
- informacje o obowiązujących procedurach sądowych i kosztach prowadzenia sporów prawnych oraz dochodzenia lub ochrony swoich praw,
- przesłanie danych teleadresowych instytucji (sąd, prokuratura, kancelarie prawne).

A oto warianty tego ubezpieczenia pakietowego (**przy zachowaniu zeszłorocznych składek wyraźnie podniesione zostały sumy gwarancyjne**):

Kwota, o którą zwiększa się suma gwarancyjna	Grupa I specjalności – składka łączna	Grupa II – składka łączna	Grupa III – składka łączna
66.000 euro	877 zł	374 zł	196 zł
89.500 euro	912 zł	386 zł	202 zł
162.000 euro	1.008 zł	415 zł	220 zł
300.000 euro	1.278 zł	532 zł	288 zł
580.000 euro	2.536 zł	1.044 zł	557 zł

Jeżeli lekarz wykonuje zabiegi plastyczne-estetyczne i chciałby, aby i one były objęte ochroną ubezpieczeniową, jest zobowiązany do opłacenia składki dodatkowej. Składka dodatkowa za wykupienie rozszerzenia kształtuje się następująco:

Zabiegi plastyczne – estetyczne	Grupa I Składka dodatkowa	Grupa II Składka dodatkowa
66.000 euro	196 zł	69 zł
89.500 euro	231 zł	81 zł
162.000 euro	327 zł	110 zł
300.000 euro	597 zł	227 zł
580.000 euro	1.855 zł	739 zł

Przykład:

Chirurg plastyk wybiera najdroższy wariant ubezpieczenia pakietowego. Składka wynosi 2.536 zł. Chce dodatkowo rozszerzyć ubezpieczenie na zabiegi estetyczne. Sumarycznie składka wynosić więc będzie 2.536 zł + 1.855 zł = 4.391 zł.

Istnieje także możliwość dodatkowego ubezpieczenia się od innych zdarzeń, związanych z miejscem wykonywania praktyki, ale nie związanych z udzielaniem świadczeń (np. zalanie sąsiada wskutek awarii w gabinecie, uderzenie przedmiotem spadającym z okna gabinetu czy dachówką spadającą z dachu domu lub poślizgnięcie się pacjenta na mokrej posadzce w pomieszczeniu, w którym jest gabinet itp.). Dopłata wynosi wówczas: **70 zł** (szkody do 50000 zł), albo **100 zł** (szkody do 100000 zł), albo **140 zł** (szkody do 200000 zł).

Lekarz (lekarz dentysta) nie wykonujący praktyki lekarskiej i nie podlegający ubezpieczeniu obowiązkowemu może skorzystać z ubezpieczenia dobrowolnego. Daje ono ochronę przy udzielaniu I pomocy (nawet pod wpływem alkoholu w sytuacjach ratujących życie) oraz pokrywa szkody rzeczowe wyrządzone pacjentowi przy udzielaniu tej I pomocy. Daje również ochronę w innych sytuacjach udzielania świadczeń zdrowotnych, nie związanych z pracą etatową i nie wymagających założenia prywatnej praktyki.

Warianty tego ubezpieczenia (**i tutaj również przy zachowaniu zeszłorocznych składek wyraźnie podwyższone zostały sumy gwarancyjne**):

Suma gwarancyjna	Grupa I – składka	Grupa II – składka	Grupa III – składka
43.000 euro	255 zł	132 zł	75 zł
66.000 euro	365 zł	185 zł	101 zł
162.000 euro	532 zł	265 zł	141 zł
300.000 euro	719 zł	355 zł	185 zł
580.000 euro	1.418 zł	690 zł	350 zł

W tegorocznej ofercie PZU jest jeszcze jedna nowość. Każdy, kto wykupi jeden z wariantów ubezpieczenia OC (niezależnie czy tylko obowiązkowe, czy tylko dobrowolne, czy pakietowe) może za dodatkową składkę zawrzeć ubezpieczenie NNW, rozszerzone dodatkowo o zarażenie się wirusami WZW lub HIV.

Ubezpieczenie to obejmuje zarówno świadczenie jednorazowe z tytułu samego zakażenia, jak i koszty leczenia. A oto jakie są warianty tego dodatkowego ubezpieczenia (wszystkie kwoty podane są w złotych):

NNW	10.000	10.000	10.000	10.000	10.000	10.000	20.000	50.000
Wyplata 1-razowa z tytułu WZW	10.000	10.000	10.000	20.000	50.000	100.000	100.000	100.000
Wyplata 1-razowa z tytułu HIV	10.000	10.000	10.000	20.000	50.000	100.000	100.000	100.000
Koszty leczenia	3.000	5.000	10.000	10.000	10.000	10.000	10.000	10.000
Składka	86	110	170	180	210	259	299	417

Na koniec informuję o możliwości otrzymania od PZU S.A. **kart rabatowych ze zniżką 10%** dla lekarzy ubezpieczonych w nowym programie. **Katalog ubezpieczeń, w których zniżka będzie stosowana:**

1. Autocasco dla klienta indywidualnego oraz małego lub średniego przedsiębiorcy,
2. Obowiązkowe ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych dla klienta indywidualnego oraz małego lub średniego przedsiębiorcy,
3. Minicasco;
4. PZU Dom Plus;
5. PZU Dom Letniskowy;
6. Ubezpieczenia Następstw Nieszczęśliwych Wypadków;
7. Ubezpieczenie turystyczne Wojażer – PZU Pomoc w Podróży

Składki zbierane będą jak w latach poprzednich, muszą dotrzeć do biura Izby w okresie od 10 lutego do poniedziałku 24 lutego.

Jerzy JAKUBISZYN

SPRAWOZDANIE Z POSIEDZENIA OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ W OPOLU W DNIU 18 GRUDNIA 2013 R.

Program zebrania:

1. Ukonstytuowanie się Okręgowej Rady Lekarskiej – wybory wiceprezesów, sekretarza, zastępcy sekretarza, skarbnika i członków Prezydium.
2. Przyznanie praw wykonywania zawodu.
3. Rejestracja podmiotów prowadzących szkolenie podyplomowe lekarzy.
4. Zmiany w rejestrze indywidualnych praktyk lekarskich.
5. Przyznanie świadczeń z Funduszu Samopomocy i dofinansowanie udziału w imprezach sportowych.
6. Wyznaczenie przedstawicieli OIL do komisji konkursowych.
7. Podjęcie uchwał w sprawie zmiany wysokości składki członkowskiej.
8. Sprawozdanie członków Rady z działalności pomiędzy posiedzeniami.
9. Sprawy różne i wolne wnioski.

Na wstępie kol. Jakubiszyn powitał serdecznie wszystkich członków nowo wybranej Okręgowej Rady Lekarskiej na jej pierwszym w VII kadencji posiedzeniu i oddał głos kol. Kowarzykowi.

Ad. 1

Kol. Kowarzyk poinformował zebranych, że na swoim pierwszym posiedzeniu Okręgowa Komisja Wyborcza wybrała swojego Przewodniczącego, którym został kol. Stanisław Chruszczyk, a jej sekretarzem – kol. Stanisław Kowarzyk. Dla potrzeb dokonania wyborów w trakcie bieżącego posiedzenia Rady – a mają być dokonane wybory 2 wiceprezesów, sekretarza i jego zastępcy oraz skarbnika i pozostałych 3 członków Prezydium Rady – powołana została podkomisja w składzie kol. kol. Wiesław Sienkiewicz, Czesław Kobylecki i Małgorzata Lechniak.

Kol. Sienkiewicz poinformował o potrzebie powołania komisji mandatowej i skrutacyjnej. Do pierwszej zgłoszeni zostali kol. kol. Jolanta Smerkowska-Mokrzycka, Adam Bąk i Rafał Olejnik. Do drugiej zaś kol. kol. Iwona Gajda, Adam Martyniszyn i Wiesław Latała. Wszystkie kandydatury zostały jednogłośnie zaakceptowane.

Komisja Mandatowa po zapoznaniu się z listą obecności na posiedzeniu stwierdziła głosem jej Przewodniczącego kol. Bąka, że na wybranych 22 członków Rady obecnych jest w tej chwili 17, a więc jest zapewnione quorum i Rada może podejmować wszelkie decyzje.

Po tej informacji rozpoczęto maraton głosowań od głosowania na funkcje wiceprezesów. Kol. Latała zgło-

sił kandydaturę kol. Stanisława Kowarzyka, kol. Wojtyłko zgłosił kandydaturę kol. Jolanty Smerkowskiej-Mokrzyckiej (jako przedstawiciela lekarzy dentystów). Innych kandydatur nie zgłoszono, więc przeprowadzono głosowanie, w wyniku którego obie kandydatury zostały przez zebranych przyjęte.

Następnie kol. Jakubiszyn zgłosił kandydaturę kol. Jerzego Lacha na funkcję Sekretarza Rady. Kol. Wojtyłko z kolei zaproponował na tę funkcję kol. Barbarę Hamryszak. W wyniku przeprowadzonego głosowania na Sekretarza Rady została wybrana kol. Hamryszak.

W kolejnym głosowaniu wybierano Zastępcę Sekretarza Rady, na którą to funkcję kol. Wojtyłko zgłosił kol. Lacha. W wyniku kolejnego głosowania kandydatura ta została zatwierdzona przez Radę.

W dalszej części zebrania przystąpiono do wyboru Skarbnika, na którą to funkcję kol. Jakubiszyn zaproponował kol. Zbigniewa Kowalika. Rada zaaprobowała także i tę kandydaturę.

I wreszcie w ostatnim głosowaniu wybrano pozostałych 3 członków Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej. Kol. Jakubiszyn zaproponował kol. kol. Marka Dryję, Jacka Mazura i Marcina Mielczarka. Z kolei kol. Dryja zgłosił kandydaturę kol. Aleksandra Wojtyłki. W wyniku głosowania Rada wybrała na członków Prezydium kol. kol. Dryję, Mazura i Mielczarka.

Ad. 2

W przerwach pomiędzy głosowaniami, związanymi z liczeniem głosów (wszystkie głosowania personalne były – zgodnie z regulaminem – tajne) realizowano poszczególne punkty zebrania. I tak na początku kol. Lach przedstawił wnioski o wpisanie na listę członków naszej Izby dwóch lekarek – Katarzyny Kamińskiej (przeniesienie z Łódzkiej Izby Lekarskiej) i Moniki Mroczkowskiej (przeniesienie z Wielkopolskiej Izby Lekarskiej). Zebrani jednogłośnie zaaprobowali oba wnioski.

Ad. 3

Prezes przedstawił wnioski następujących podmiotów prowadzących szkolenia dla lekarzy i lekarzy dentystów:

Opolskie Koło Regionalne Polskiego Towarzystwa Ortodontycznego zgłosiło dwudniowe szkolenie w styczniu 2014 r. Rada zaaprobowała wniosek i przyznała 12 pkt. szkoleniowych.

Oddział Opolski Polskiego Towarzystwa Pediatricznego złożył z kolei wniosek o dofinansowanie swojego szkolenia przeprowadzonego w grudniu br. Rada przyjęła wniosek przyznając kwotę 1.500 PLN.

Ad. 4

Do Izby wpłynęło pismo ze Śląskiego Urzędu Wojewódzkiego, w którym mowa jest o lekarzu członku Opolskiej Izby Lekarskiej, który nie dopełnił obowiązku zgłoszenia kolejnego kontraktu do księgi rejestrowej praktyki lekarskiej (tym razem w Centrum Radiologii i Diagnostyki Obrazowej Sp. z o.o.). Zgodnie z przepisami niezgłoszenie wszelkich zmian w ciągu 14 dni od daty ich zaistnienia jest zagrożone karą finansową nałożoną przez izbę lekarską.

Kol. Wojtyłko stwierdził, że nie byłoby dobrze dla wizerunku samorządu karanie tego lekarza. Jednocześnie jednak zbyt wielu lekarzy nie zwraca uwagi na przestrzeganie zapisów prawa. Zaproponował więc, aby pouczyć tego lekarza.

Z kolei kol. Mazur stwierdził, że aby uniknąć takich nieprzyjemnych sytuacji w przyszłości należy zamieścić w Biuletynie naszej izby obszerną informację na ten temat wraz ze wspomnianym wyżej pismem (oczywiście nie zawierającym informacji pozwalających na identyfikację lekarza). Rada przyjęła obie propozycje jednogłośnie.

Jednogłośnie zatwierdzono wyrejestrowanie praktyk lekarskich czworga lekarzy.

Ad. 5

Do Funduszu Samopomocy wpłynęły dwa wnioski o pożyczki szkoleniowe oraz jeden wniosek o zapomogę, które Rada zaakceptowała jednogłośnie.

Ad. 6

Dyrekcja szpitala w Strzelcach Opolskich zwróciła się do Rady o wyznaczenie swego przedstawiciela w komisji konkursowej na stanowisko Pielęgniarki Oddziałowej Oddz. Ratunkowego. Rada wyznaczyła kol. Jarosława Mijasa.

Z kolei Opolski Urząd Marszałkowski poprosił o przedstawiciela do komisji konkursowej na stanowisko Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa OLO w Woskowicach Małych. Rada zatwierdziła kandydaturę kol. Waldemara Felbela.

Ad. 7

Do Rady wpłynął jeden wniosek o zwolnienie z opłacania składki członkowskiej, na co Rada wyraziła jednogłośnie zgodę.

Ad. 8

W tej części obrad kol. Jakubiszyn poinformował zebranych o przebiegu poszczególnych zjazdów okręgowych i dokonanych na nich wyborach Prezesów.

Kol. Hamryszak przedstawiła krótką informację o ostatnim posiedzeniu Rady Społecznej OOW NFZ w Opolu, na którym omawiano m. in. realizację świadczeń za 3 kwartały br. oraz skargi pacjentów. Tych ostatnich było w tym okresie mniej niż poprzednio i tylko w części zostały uznane za zasadne.

Prezes mówił o projekcie zarządzenia Prezesa NFZ dotyczącego sposobu oceny ofert konkursowych na

świadczenia medyczne, w którym daje się możliwość – na wniosek zainteresowanego – utajnić część informacji w tej ofercie zawartych. Takie zapisy praktycznie uniemożliwiają prowadzenie postępowań odwoławczych.

Kol. Chowaniec przekazał krótką informację o „Spotkaniu opłatkowym” lekarzy seniorów, które odbyło się niedawno.

Z kolei kol. Latała mówił o wspólnym posiedzeniu Opolskiego Oddziału PTS i Komisji Stomatologicznej, którego gościem był prof. Tomasz Konopka – Redaktor Naczelny kwartalnika „Dental and Medical Problems” z Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu z referatem pt. „Leczenie farmakologiczne wybranych chorób błony śluzowej jamy ustnej i przyzębia.”

Ad. 9

W ostatniej części posiedzenia Rady Prezes, ze względu na początek nowej kadencji, zgłosił konieczność podjęcia kilku uchwał.

I tak w związku z obowiązkiem opiniowania wniosków o wydanie PWZ należy powołać Komisję ds. Rejestracji Lekarzy i zaproponował do jej składu kol. kol. Jerzego Lacha, Marka Dryję i Wiesława Latałę. Rada przyjęła tę propozycję.

Następnie przedstawił listę nadal obowiązujących uchwał poprzednich Rad, który to wykaz nowa Rada musi zatwierdzić. Rada także i tę propozycję zaaprobowała.

Dalej kol. Jakubiszyn zaproponował, aby nowa Rada przyjęła bez zmian obowiązującą w poprzedniej kadencji uchwałę w sprawie ryczałtów dla funkcyjnych członków Rady oraz członków Sądu Okręgowego i Zespołu Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej. Rada przyjęła tę propozycję.

I wreszcie Prezes przedstawił kalendarz spotkań Prezydium i Okręgowej Rady Lekarskiej na najbliższe półrocze. I tak:

posiedzenia Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej planowane są na: 15 stycznia, 5 lutego, 20 marca, 16 kwietnia, 14 maja i 18 czerwca,

posiedzenia Okręgowej Rady Lekarskiej planowane są na: 22 stycznia, 12 lutego, 27 marca, 23 kwietnia, 21 maja i 25 czerwca

XXXIII Okręgowy Zjazd Lekarzy odbędzie się 29 marca.

Zebrani jednogłośnie przyjęli zaproponowany kalendarz spotkań.

Wobec wyczerpania programu zebrania, kol. Jakubiszyn pogratulował jeszcze raz wszystkim obecnym wyboru, podziękował za udział w zebraniu i zaprosił na skromne spotkanie wigilijne. Na tym obrady zakończono.

*Zastępca Sekretarza ORL
Lek. Jerzy B. LACH*

*Prezes ORL
dr n. med. Jerzy JAKUBISZYN*

PIERWSZE POSIEDZENIE KOMISJI STOMATOLOGICZNEJ OIL W OPOLU

W dniu 19.12.2013 r. w siedzibie OIL w Opolu odbyło się 1 posiedzenie KS OIL VII Kadencji. Zebranych powitała dr J. Smerkowska-Mokrzycka, nowa Przewodnicząca KS.

Przewodnicząca przedstawiła i zaproponowała kandydaturę dr B. Hamryszak na swojego zastępcę oraz dr A. Adamską na sekretarza KS. W głosowaniu jawnym, przy 3 głosach wstrzymujących się, członkowie KS zaakceptowali ww. kandydatury.

Przewodnicząca przedstawiła najnowsze informacje z posiedzenia Okręgowej Rady Lekarskiej, której przewodniczył nowo wybrany Prezes Izby VII kadencji dr J. Jakubiszyn. Na Radzie wybrano zastępców, którymi zostali: dr St. Kowarzyk i dr J. Smerkowska-Mokrzycka, sekretarza – dr B. Hamryszak, skarbnika – dr Z. Kowalik. W skład Prezydium Rady weszli dr M. Dryja, dr J. Mazur i dr M. Mielczarek. Przewodniczącym Okręgowej Komisji Wyborczej został dr St. Chruszczyk. Ustalono też termin Zjazdu Budżetowego na 29.03.2014 r.

Przewodnicząca odczytała pismo dr A. Lelli do Głównego Inspektora Sanitarnego dotyczące podstaw prawnych i kryteriów, jakimi kierują się organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej przy określaniu długości czasu przechowywania sprzętu i wyrobów medycznych wielorazowego użycia sterylizowanych w gabinetach stomatologicznych oraz omówiła odpowiedź zastępcy Dyrektora Departamentu Higieny Środowiska Głównego Inspektoratu Sanitarnego.

Dr Mokrzycka przedstawiła notatkę ze spotkania przedstawicieli KS NRL z przedstawicielami Centrali NFZ z 27.11.2013 r. Na spotkaniu tym omawiane były problemy wynikające z zarządzenia w sprawie leczenia stomatologicznego i w sprawie kryteriów oceny ofert. Wiceprezes NRL dr A. Lella w imieniu KS NRL wystosowała 3.12.2013 r. pismo do Prezesa NFZ Pani A. Pachciarz, w którym zgłaszała uwagi do warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenia stomatologiczne

na rok 2014 (np. negatywnie oceniała fakt, iż badanie lekarskie kontrolne nie dopuszcza rozliczania z innym świadczeniem stomatologicznym, pozytywnie zaś – rankingowanie lekarzy z I stopniem specjalizacji lub będących w trakcie specjalizacji ze stomatologii dziecięcej).

6.12.2013 r. dr A. Lella zwróciła się z pisemną prośbą do Pana Prof. dr hab. n. med. St. Majewskiego, Krajowego Konsultanta w dziedzinie protetyki stomatologicznej o zajęcie stanowiska w sprawie właściwej kwalifikacji świadczeń z zakresu protetyki stomatologicznej polegającej na uzupełnieniu braków zębowych przy pomocy ruchomej protezy częściowej.

W imieniu Prezesa Jakubiszyna dr Mokrzycka przypomniała, że wszelkie zmiany dotyczące rejestracji praktyk lekarskich należy zgłaszać w terminie do 14 dni od momentu zaistnienia zmiany (przewidziane są sankcje karne za niedopełnienie tych formalności). Poinformowała też o planach NFZ kontrolowania osób wystawiających recepty na leki refundowane,

Kolejne posiedzenie KS odbędzie się 16.01.2014 r., potem 24.03.2014 r. W lutym ze względu na ferie zimowe spotkanie nie będzie.

Wolne wnioski: dr M. Lechniak zaproponowała dołączenie do składu KS lek. stom. ze Strzelec Opolskich dr Ireneusza Golicza. Członkowie KS jednogłośnie poparli propozycję dr Lechniak. Wniosek o przyjęcie dr Golicza zostanie przedstawiony na najbliższym posiedzeniu Rady Lekarskiej.

Przewodnicząca KS złożyła wszystkim członkom KS najserdeczniejsze życzenia z okazji zbliżających się Świąt Bożego Narodzenia i zaprosiła na wigilijny poczęstunek.

Sekretarz KS
Lek. stom.
A. ADAMSKA

Przewodnicząca KS
Lek. stom.
J. SMERKOWSKA-MOKRZYCKA

WYBORY W ODDZIALE OPOLSKIM POLSKIEGO TOWARZYSTWA STOMATOLOGICZNEGO

Dnia 30.11.2013r. odbyły się wybory nowych władz naszego oddziału. Nowym Prezesem został wybrany lek. stom. Wiesław Latała. Dnia 14.12.2013 r. ukonstytuował się Zarząd Oddziału:

- Prezes – lek. stom. Wiesław Latała
- V-ce Prezes – lek. stom. Tomasz Latała
- Sekretarz – lek. stom. Jolanta Smerkowska-Mokrzycka

- Zast. Sekretarza – lek. stom. Agata Pros
- Skarbnik – lek. stom. Grzegorz Palacz
- Zast. Skarbnika – lek. stom. Rafał Smerkowski
- Kronikarz – dr n. med. Piotr Wiśniewski

Członkowie:

- Dr n. med. Justyna Grzybowska-Substelna
- Lek. stom. Krzysztof Malottki
- Lek. stom. Anna Szczombrowska

Komisja Rewizyjna:

- Przewodniczący – lek. stom. Włodzimierz Fijałkowski
- Lek. stom. Ewa Noceń-Firlej
- Lek. stom. Małgorzata Gąsiorowska

Sąd Koleżeński:

- Lek. stom. Danuta Hoszowska
- Lek. stom. Anna Adamska
- Lek. stom. Barbara Hamryszak

Delegaci na Zjazd:

- Lek. stom. Wiesław Latała
- Lek. stom. Tomasz Latała
- Dr n. med. Piotr Wiśniewski
- Dr n. med. Justyna Grzybowska-Substelna
- Lek. stom. Jolanta Smerkowska-Mokrzycka

Wiesław LATAŁA

LAURY UMIEJĘTNOŚCI I KOMPETENCJI ZNOWU RÓWNIEŻ DLA LEKARZY

10 stycznia 2014 r. w Filharmonii Opolskiej, Już po raz 14. wręczono Laury Umiejętności i Kompetencji, które przyznaje Opolska Izba Gospodarcza. Wśród wielu nagrodzonych, po raz kolejny znaleźli się członkowie naszego Samorządu.

Srebrne Laury Umiejętności i Kompetencji

1. Kategoria *Pro Publico Bono*

- lek. med. Zofia KUCHARSKA – Ordynator Oddziału Noworodków i Wcześnień Samodzielnego Specjalistycznego Zespołu Opieki Zdrowotnej nad Matką i Dzieckiem w Opolu;

2. Kategoria *Medycyna i inżynieria biomedyczna*

- lek. med. Irena SUCHORĘBSKA-KUDYBA – Dyrektor Przychodni „ODNOWA sp. z o.o.” z Opola
- lek. med. Rafał SWATON – Ordynator Oddziału Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej Szpitala Wojewódzkiego w Opolu

3. Kategoria *Załoga – wspólny sukces*

- Krapkowickie Centrum Zdrowia Sp. z o.o.

Złote Laury Umiejętności i Kompetencji

1. Kategoria *Pro Publico Bono*

- dr n. med. Czesław MILEJSKI – ordynator Oddziału Ginekologiczno-Położniczego Krapkowickiego Centrum Zdrowia

Platynowe Laury Umiejętności i Kompetencji

1. Kategoria *Pro Publico Bono*

- dr n. med. Dariusz ŁĄTKA – Ordynator Oddziału Neurochirurgii Wojewódzkiego Centrum Medycznego w Opolu
- dr n. med. Janusz PICHURSKI – Ordynator Oddziału Chirurgii Ogólnej Szpitala Wojewódzkiego w Opolu
- dr n. med. Władysław PLUTA – Ordynator Oddziału Kardiologii Wojewódzkiego Centrum Medycznego w Opolu

Wszystkim nagrodzonym serdecznie gratulujemy sukcesu.

Jerzy B. LACH

SPRAWOZDANIE ZE SPOTKANIA OPŁATKOWEGO SENIORÓW OPOLSKICH LEKARZY

W dniu 11 grudnia 2013 r. odbyło się tradycyjne „Spotkanie opłatkowe” seniorów opolskich lekarzy w „Willa Młynówka” (w tej okolicy w średniowieczu Opola znajdowały się miejskie młyny).

Przewodniczący Komisji ds. Lekarzy Seniorów dr Tadeusz Chowaniec serdecznie powitał przybyłych ponad 70–ciu seniorów, składając im życzenia z okazji Świąt Bożego Narodzenia oraz pomyślności i nieustającego zdrowia w nadchodzącym Nowym 2014 Roku.

Dr Chowaniec równocześnie poinformował zebranych, że w mijającym 2013 roku odeszło z naszego grona 40–tu Lekarzy. Ich pamięć chwilą ciszy i zadumy uczcili wszyscy zebrani na stojąco.

Serdecznie witany, ponownie wybrany na to stanowisko w dniu 7 grudnia 2013 r. Prezes Opolskiej Izby Lekarskiej dr Jerzy Jakubiszyn, przekazując piękne życzenia świąteczne i noworoczne wszystkim uczestnikom „Spotkania opłatkowego” obiecał, że w przyszłym roku odbędzie się ono już w wyremontowanych obszer-nych pomieszczeniach Okręgowej Izby Lekarskiej przy ul. Grunwaldzkiej (z własnym parkingiem).

Nastąpił niezwykle podniosły i sympatyczny moment dzielenia się opłatkiem, co pozwoliło – poza składaniem życzeń – na osobiste wzajemne wspomnienia z przeszłości o spędzonych chwilach i pracy, czasami po kilku latach braku wspólnych kontaktów.

Po życzeniach opłatkowych na stołach pojawiły się tradycyjne potrawy wigilijne: czerwony barszcz z uszkami, smażony karp, śledziki, pierogi z kapustą i grzybami, co pozwoliło wszystkim w rozmowach o powrocie do tradycji rodzinnych.

Zaproszony na „Spotkanie opłatkowe” męski chór „Camerton” pod dyrekcją Pani Marii Przebindowskiej ofiarował wszystkim uczestnikom piękny koncert kolęd i pastorałek, z których na zawsze w naszej pamięci pozostaną dwie: „nieobecnych już przy stole wigilijnym” oraz „Przekażmy sobie znak pokoju”.

Szczególnie gorąco powitaliśmy członka chóru „Camerton” naszego seniora dr Leszka Pisarskiego (upływ czasu stanął mu w miejscu) zapalonego myśliwego

i rowerzystę, byłego członka chóru Filharmonii Opolskiej.

Po wzruszającym koncercie chóru „Camerton”, przy współudziale ich solistów (w tym dr Leszka Pisarskiego) wszyscy seniorzy odśpiewali „a capella” najpiękniejsze kolędy: „Wśród nocnej ciszy”, „Bóg się Rodzi”, „Bracia wstajcie ino”.

Nadszedł wreszcie czas pożegnań. Wszyscy życzyliśmy sobie zdrowia, spokojnych i radosnych Świąt Bożego Narodzenia oraz wszelkiej pomyślności w nadchodzącym ciekawym (również dla „Służby Zdrowia”) Nowym 2014 Roku, ale przede wszystkim, abyśmy w takiej przyjaznej i sympatycznej atmosferze mogli się spotkać w tym samym gronie za rok.

Dr hab. n. med. Janusz KUBICKI



PLAN SZKOLEŃ PROWADZONYCH W RAMACH KOMISJI KSZTAŁCENIA OIL W OPOLU NA I-PÓŁROCZE 2014 r.

Termin	Kierownik naukowy	Temat	Miejsce szkolenia
14 marzec 2014 r. piątek godz. 10:00	GRAWENA-EDU – Kraków psycholog dr Teresa Sławińska i mgr Wojciech Krówczyński	Wypalenie zawodowe	Izba Lekarska w Opolu ul. Grunwaldzka 23
Część I – 27–30 marzec 2014 r. (czwartek–niedziela) Część II – 3–6 kwietnia 2014 r. (czwartek–niedziela)*	Dr Marek Lenart Konsultant Wojewódzki w dziedzinie zdrowia publicznego	Zdrowie Publiczne	Izba Lekarska w Opolu ul. Grunwaldzka 23
19–22 maja 2014 r. (poniedziałek–czwartek) godz. 9.00–14.00*	Dr Andrzej Sznajder Konsultant Wojewódzki w dziedzinie radiologii i diagnostyki obrazowej	Radiologia i diagnostyka obrazowa	Zakład Diagnostyki Obrazowej WCM w Opolu al. Witosa 26
6–8 maja 2014 r. (wtorek–czwartek) godz. 9.00–14.00*	Dr n. med. Iwona Rajca-Biernacka Dyrektor Regionalnego Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Opolu	Transfuzjologia	Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Opolu ul. Kośnego 55
maj 2014 r. (dokładny termin w trakcie ustalania)	Prof. dr hab. n. med. Jerzy Krupiński	Antybiotykoterapia w pracy stomatologa	Izba Lekarska w Opolu ul. Grunwaldzka 23
12–13 czerwiec 2014 r. (środa–czwartek) godz. 9.00–13.00*	Dr Wiesława Błudzin Konsultant Wojewódzki w dziedzinie chorób zakaźnych	Zakażenia HIV i choroba AIDS	Izba Lekarska w Opolu ul. Grunwaldzka 23

* Kursy wymagane do specjalizacji, zgłoszenia: strona internetowa: www.opole.szkolenia.@hipokrates.org informacja o kursach będzie zamieszczona na stronie internetowej www.cmkp.edu.pl (w zakładce kursy specjalizacyjne), będzie tam również zamieszczony formularz zgłoszenia. Szkolenia bez przyznawanych punktów edukacyjnych.

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

Małgorzata ŁUSZCZYŃSKA-OSTROWSKA

RELACJA Z IGRZYSK LEKARSKICH – ZAKOPANE 2013

Tegoroczne Igrzyska Lekarskie odbyły się w dniach 10–14 września 2013 r. Na zawody wybraliśmy się rodzinnie, w składzie 2+1- tzn. rodzice: Katarzyna i Rafał oraz 9-letni Mateusz. Po przestudiowaniu programu Igrzysk – ustaliliśmy plan logistyczny, jak zdążyć na wszystkie zaplanowane przez nas konkurencje.

Dzień pierwszy

Rano wyjazd na wyścig kolarski szosowy w okolicach Jeziora Czorsztyńskiego. Uff zdążyliśmy. Odbiór numeru startowego, „poskładanie” roweru i... „Rafał na start!”. Ostatnia odprawa przed wyścigiem i ruszyliśmy na 76-km trasę. Po 5 km pierwszy podjazd, dość „szywno” – i pech. Przednia przerzutka nie zrzuca na

małą tarczę. Cóż pozostaje – na stojaka i z dużej „pateľni” z przodu. Ciężko, ale o dziwo wjeżdżam z czołową grupą. I tak do drugiego podjazdu, gdzie grupa „killerów” z Opola, Lublina i Piekarskich nie zostawia złudzeń. Tętno podskakuje do 190 uderzeń na minutę i noga już „nie podaje”. Drugą pętlę jadę sam, ale ostatecznie na mecie jestem w „open” z 7. czasem. W sumie poszło nienajgorzej.

Po południu powrót do Zakopanego na zawody pływackie. Damska część naszej rodzinnej ekipy – Kasia – pokazała, jak zdobywa się medale na pływalni. Srebro na dystansie 50 m klasykiem! Radość z medalu napawała nadzieją, że kolejne dni też przyniosą dobre wyniki.

Dzień drugi

Rano sesja zawodów pływackich Kasia – 50 m grzbietem oraz 400 m st. dowolnym. I znowu medal! Brązowy w grzbiecie. Cieszyliśmy się z Mateuszem, ale po cichu zazdrościliśmy, że mama zgarnia medale jeden za drugim... a my nic.

Po południu miałem zaplanowany udział w wyścigu MTB, a tuż po nim w biegu cross-country. Lało jak z cebra, zimno. Ale plan, to plan – wystartować trzeba. Przed zawodami – pyszny obiad w Centralnym Ośrodku Sportu. Podczas posiłku Kasia zawiesza wzrok na sportsmence siedzącej przy stoliku tuż obok nas. „Chłopaki! Toooo Justyna Kowalczyk!” Tak, nasza Królowa Biegówek przygotowywała się w tym czasie do olimpijskiego sezonu. Deszcz przestał padać i wyruszyłem na start wyścigu MTB. Trasa trudna – błoto i ciągle górą-dół, górą-dół. Co jakiś czas trzeba zejść z roweru i biegać pod górę. Wpadam na metę – drugie miejsce! Radość ogromna. Jeszcze tylko płukanie błota z twarzy, ubrań i roweru na pobliskim campingu (błoto mieliśmy dosłownie wszędzie). Szybko do COS-u po suche ubranie i na cross country.

Kilka kilometrów biegu po trasie uprzedniego wyścigu rowerowego, zaraz po zawodach MTB – uważam za nowe sportowe „doświadczenie”. Bilans dnia – udział w 4 konkurencjach, 2 srebrne medale, spotkanie z Justyną Kowalczyk – czegoż chcieć więcej?

Dzień trzeci

Rano zawody pływackie: Kasia – 100 m klasycznym, Rafał – 100 m klasycznym, start Mateusza na 25 m sty-

lem dowolnym oraz sztafeta rodzinna. Zaczynamy od wysokiego „c” – Kasia zdobywa złoto. Najbardziej cieszyliśmy się na debiut Mateusza w Igrzyskach. Wszyscy na miejsca, gotowi i start! Ambicja dzieci i fantastyczna rywalizacja została nagrodzona najgłośniejszym dopingiem na widowni. To nic, że tym razem nie udało się zdobyć medalu. Udział w zawodach, czucie rywalizacji i sportowego ducha, to podstawowy cel każdego olimpijczyka – tego małego i dorosłego.

Po południu transfer do Frydmanu na triathlon. Nerwowo, bo akurat w tym czasie tą samą drogą przez 10 km podążał orszak weselny siedmiu bryczek, który zablokował drogę na 45 min. W ostatniej chwili wpadam na start – przygotowanie roweru, butów do biegania w strefie zmian. Jeszcze tylko wcisnąć się w piankę i do wody. Rada dla wszystkich, którzy planują udział w triathlonie w pianie do nurkowania. Taka pianka grozi utonięciem – nawet jeśli, drogi czytelniku, potrafisz dobrze pływać. Zasada: jeśli coś jest do nurkowania, to się w tym nurkuje, a nie płynie czałem. Ograniczenie ruchu i ucisk w klatce grozi uduszeniem. Po 700 m wypęlam z wody i staram się zdjąć poliuretanowy pancerz – katorga. Wskakuję na rower. Pierwsze 5 km dochodzę do siebie. Ostatnia konkurencja triathlonu – bieg 5 km „na luzie” – przecież nie o wynik tu chodzi. Docieram do mety – medal pocieszenia i satysfakcja – ukończyłem.

W niedzielny poranek spaliliśmy do 10-tej, choć wszystkie mięśnie nas bolały i mieliśmy zakwasy stwierdziliśmy zgodnie – za rok przyjeżdżamy tu znowu.

Rafał NAMYŚLAK

PIERWSZY W DZIEJACH POLSKI PRZYPADEK IMPOTENCJI POLSKIEGO WŁADCY – KSIĘCIA LESZKA CZARNEGO (1240–1289)

Leszek Czarny był synem Kazimierza, księcia kujawskiego i Konstancji, córki Henryka Pobożnego poległego w bitwie z Tatarami pod Legnicą w roku 1241. Od ojca otrzymał we władanie Ziemię Sieradzką.

Jego żoną została Gryfina, córka Roścysława, bana Kroacji i Anny, córki króla węgierskiego Belli IV. Średniowieczna Kroacja to kraina położona między rzekami Dunajem, Sawą i Morawą.

Ślub Leszka Czarnego i Gryfiny odbył się w roku 1265 na rozbudowywanym drewnianym i częściowo już kamiennym zamku krakowskim na Wawelu, gdzie zasiadał książę Bolesław Wstydlivy. Bolesław Wstydlivy po „białym małżeństwie” z Kingą (córką Belli IV) nie spodziewając się potomstwa adoptował Leszka Czarnego jako własnego syna. Faktycznie po śmierci Bolesła-

wa Wstydliwego w roku 1279 przez rycerstwo małopolskie Leszek Czarny powołany został na tron książęcy w Krakowie.

W sześć lat po ślubie Leszka Czarnego doszło do niesamowitego skandalu nie tylko w Polsce, ale również w Czechach i na Węgrzech. Otóż Gryfina oświadczyła publicznie na zjeździe rycerstwa w Sieradzu, że jej mąż Leszek Czarny jest impotentem i nadal pozostaje dziewicą. Gryfina zdjęła czepek, który przysługiwał mężatkom i po Krakowie przechadzała się z odkrytą głową i rozpuszczonymi włosami jak ówczesne panny. W związku z tym oświadczeniem swojej żony Leszek Czarny poddał się w roku 1278 leczeniu przez zakonnika dominikańskiego, niejakiego Mikołaja z Niemiec, który zaordynował preparaty z węży, żmij, jaszczurek i żab w postaci



Leszek Czarny

nalewek i proszków oraz urynoterapie, czyli picie własnego moczu. Obecnie niektórzy współcześni zwolennicy medycyny alternatywnej, uważają, że nie była to „mroczna medycyna średniowieczna”, lecz uzupełnianie niezbędnych witamin i mikroelementów.

Powyższej kuracji poddała się także Gryfina, dlatego też oboje stali się odpychający dla otoczenia z uwagi na roztaczający się wokół nich nieustanny zapach moczu.

Powyższa kuracja jednak pomogła, ponieważ Gryfina później już nigdy nie skarżyła się na oziębłość męża, małżeństwo dotrwało do śmierci Leszka Czarnego, ale nie doczekało się jednak potomstwa.

Leszek Czarny zmarł na zamku krakowskim w dniu 30 września 1289 roku w wieku 49 lat. Pochowano go w kościele Dominikanów w Krakowie. Jego przybrany ojciec Bolesław Wstydlivy i jego siostra błogosławiona Salomea pochowani są naprzeciw w kościele Franciszkanów w Krakowie (natomiast błogosławiona Kinga, żona Bolesława Wstydliviego spoczęła w Klasztorze Kларыsek w Starym Sączu).

Gryfina przeżyła bezpotomnego męża o wiele lat i zmarła około 1309 roku. Pochowana została w Pradze w kościele Franciszkanów, nie chciała bowiem mimo wszystko spocząć obok męża w Krakowie.

Po śmierci Leszka Czarnego rozgorzała walka o tron krakowski. Przez rok na Wawelu zasiadał książę śląski Henryk Probus (Prawy) a później książę wielkopolski



Tablica nagrobna Leszka Czarnego w kościele Dominikanów w Krakowie

Przemysław II (1257 – 1269) koronowany na króla Polski w roku 1295.

P.S. W kolejnej publikacji przedstawię drugi przypadek impotencji, tym razem króla Polski.

* * *

W dniu 18 października 2013 r. odbyło się 469 posiedzenie naukowo-szkoleniowe Opolskiego Oddziału Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego poświęcone nowoczesnym badaniom prenatalnym. Podczas tego posiedzenia piękny wykład poświęcony nadziejom terapeutycznym dzieci z Zespołem Trisomii 21 wygłosiła znana opolska pediatra dr Joanna Łaba.

Dr Joanna Łaba jest założycielem Opolskiego Stowarzyszenia na Rzecz Rozwoju Dzieci z Trisomią 21. Głównym celem działalności Stowarzyszenia jest adaptacja i integracja tych dzieci zaś program i dotychczasowa działalność spotkały się z wielkim uznaniem Rady Europejskiej w Strassburgu. Obecnie jednym z celów Stowarzyszenia jest przejęcie obiektu przy ulicy Jagiellońców w Opolu, znajdującego się w opłakanym stanie (dawna policyjna izba zatrzymań niepełnoletnich), co wymaga dużych nakładów finansowych. Obecnie jest już opracowany projekt architektoniczny.

Dlatego też apelujemy do P. T. czytelników naszego Biuletynu o przekazanie 1% odpisu od podatków (PIT) na rzecz:

**„Opolskiego Stowarzyszenia na Rzecz
Rozwoju Dzieci z Trisomią 21”
KRS 0000072761.**

Podczas powyższego posiedzenia naukowego dr Joanna Łaba przedstawiła piękne zdjęcia z turnusów integracyjnych tych dzieci nad morzem, Zakopanym i Karkonoszach, szeroko omówiła genetykę zaburzeń chromosomalnych, jak również historię Zespołu Downa.

Do przedstawionej historii chciałbym dorzucić kilka wiadomości, które na pewno zainteresują P. T. Koleżanki i Kolegów. Otóż po raz pierwszy zespół ten opisał angielski lekarz John Langdon Down 150 lat temu w roku 1866 (w Polsce w tym czasie upadało Powstanie Styczniowe), jako szczególną postać znacznego upośledzenia umysłowego. U dwunastu swoich pacjentów stwierdził podobieństwo ich budowy do rasy mongolskiej (w przeciwieństwie do rasy kaukaskiej wszystkich Europejczyków) i wprowadził pojęcie „mongolism idiotcy” czyli idiotyzmu mongolskiego.

Do lat pięćdziesiątych ubiegłego stulecia etiologia tego zespołu nie była znana. Dopiero w roku 1959 na Międzynarodowym Kongresie Genetyków w Kopenhadze szwedzki genetyk Albert Laven przedstawił mapę chromosomów w ludzkim kariotypie.

Rok później francuski genetyk Jerome Lejaune w wycinkach skóry pobranych u swojego pacjenta z mongolizmem stwierdził obecność dodatkowego chromosomu w parze 21 (jest to chromosom zaliczany do małych).

Jerome Lejaune przeszedł do historii nie tylko jako odkrywca tego dodatkowego chromosomu, ale również jako twórca wielu inicjatyw i stowarzyszeń mających na

celu opiekę nad dziećmi z Trisomią 21. Po jego śmierci z powodu choroby nowotworowej w roku 1994 jego działalność kontynuują żona i dwóch synów.

W roku 1961 na łamach znanego czasopisma LANCET ukazał się list otwarty 19 wybitnych światowych genetyków z apelem o zmianę nazwy tego zespołu, ponieważ termin „idiotyzmu mongolskiego” jest deprymujący dla rodzin i otoczenia. Dlatego też wkrótce, m. in. na prośbę delegatów mongolskich, WHO wprowadziła oficjalną i obowiązującą nazwę „Down Syndrom”.

Obecnie uważa się, że również określenie Zespołu Downa budzi rozmaite odczucia, dlatego też propagowana jest nazwa Trisomii 21. Tej nazwy nie chcą jednak zaakceptować tylko Anglicy, ponieważ John Down był ich rodakiem.

Ciekawostki

Na Zespół Downa cierpieli m. in.:

- Charles syn Karola Darwina,
- Anna córka Prezydenta Francji Charles de Gaulla,
- znany jest powszechnie w Polsce aktor Piotr Szewc z „Klanu”, zresztą w serialach zachodnich często występują aktorzy z tym zespołem.

Dr Joanna Łaba przedstawiła na powyższym posiedzeniu PTG. przypadek Pani Julii, za który uzyskała licencjat z pedagogiki na Uniwersytecie Opolskim.

Przed 2 laty media poinformowały, że na Uniwersytecie Harvarda w Stanach Zjednoczonych stopień doktorski uzyskała osoba z Zespołem Trisomii 21.

Dr hab. n. med. Janusz KUBICKI

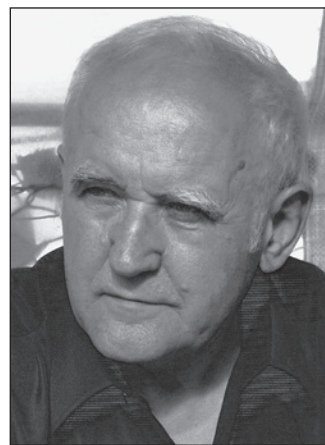
CO PISZĄ INNI

SYLWETKA DR TADEUSZA KUKIZA

Tadeusz Kukiz urodził się 9 maja 1932 r. w Dębownicy w pow. radziechowskim (Tarnopolskie), w rodzinie komendanta posterunków Policji Państwowej kolejno w kilku okolicznych miejscowościach, m.in. w Łopatynie. 10 kwietnia 1940 r. ojciec został aresztowany przez NKWD i 26 czerwca 1941 r., podczas znanych sowieckich mordów w więzieniach na Kresach, rozstrzelany w „Brygidkach” we Lwowie. Rodzina, deportowana na głodowe stepy północno-wschodniego Kazachstanu, powróciła do Kraju w 1946 r. i zamieszkała na Śląsku Opolskim.

Tadeusz szkołę średnią ukończył w Prudniku, w latach 1951–1957 studiował medycynę – kolejno na Uniwersytecie w Ołomuńcu oraz w Akademii Medycznych w Zabrzu, Lublinie i Warszawie. Należał do Studenckiego Towarzystwa Naukowego (Koło przy Zakładzie Epidemiologii w Warsza-

wie), w którym zajmował się badaniem odporności w błonicy i tężcu i był wówczas współautorem dwóch prac. Po uzyskaniu dyplomu kierownik Katedry i opiekun Koła, prof. Jan Kostrzewski (późniejszy Minister Zdrowia, następnie prezes PAN) zaproponował mu asystenturę. W tym charakterze pracował do 1960 r. Na I Zjeździe Polskiego Towarzystwa Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych wygłosił referat *Tężec w Polsce na tle sytuacji światowej*. Prowadząc badania nad szczepionkami przeciwżółciowymi i przeciwbłoni-



czymi opublikował kilka kolejnych prac, m. in. pt. *Swoista profilaktyka tężca*. Tematykę tę prezentował też w warszawskich towarzystwach lekarskich. Brał również udział w pracach terenowych nad skutecznością doustnej szczepionki Hilarego Koprowskiego przeciw wirusowi polio (choroba Heinego-Medina).

W latach 1959–1962 r. jako stypendysta Ministerstwa Zdrowia odbywał staż specjalizacyjny w zakresie chorób zakaźnych i uzyskał w tej dziedzinie I stopień.

Z powodu braku mieszkania zmuszony został do rezygnacji z pracy naukowej i przeniósł się z Warszawy do Paczkowa w pow. nyskim, gdzie w latach 1962–1968 pracował jako asystent w Oddziale Chorób Wewnętrznych używając – po licznych stażach i kursach klinicznych trwających łącznie ponad rok (w tym pół roku we wrocławskiej AM) – specjalizację w tym zakresie. Poza Oddziałem pracował w Przychodni Rejonowej; w 1965 r. został jej kierownikiem, zorganizował tam gabinety rentgenodiagnostyki i elektrokardiografii oraz dobrze wyposażone laboratorium analityczne.

Jeszcze przed ukończeniem II st. specjalizacji w chorobach wewnętrznych, w 1968 r. kierownik Wojewódzkiego Wydziału Zdrowia w Opolu zaproponował mu ordynaturę w szpitalu powiatowym w Niemodlinie i po konkursie stanowisko to objął. Prowadził oddział prawie trzydzieści lat, poza tym przez kilka lat – z upoważnienia dyrektora ZOZ w Opolu – kierował służbą zdrowia w rejonie Niemodlina. Z jego inicjatywy w 1971 r. powstało tam Koło Polskiego Towarzystwa Lekarskiego; prowadził je niemal do emerytury w 1997 r. W tym czasie pod jego opieką 3 lekarzy uzyskało II stopień specjalizacji z interny (1 z nich później również z kardiologii), 2-ch – I st. oraz 3-ch – II st. z medycyny ogólnej i 1 z organizacji ochrony zdrowia. Opublikował wówczas dwie prace z kazuistyki lekarskiej i jedną o charakterze statystycznym, dotyczącej prowadzonego oddziału. Wraz ze swym zespołem zorganizował w Niemodlinie kilka konferencji Opolskiego Oddziału Towarzystwa Internistów Polskich.

Był bezpartyjnym. Poza pracą zawodową interesował się sztuką, głównie grafiką, bibliofilstwem i medalierstwem (wraz z synem przekazał w darze Zakładowi Narodowemu im. Ossolińskich ponad 140 medali i plaketek poświęconych Opolszczyźnie). Przez dwie kadencje był prezesem Oddziału Opolskiego Towarzystwa Przyjaciół Książki. Był jednym z inicjatorów powołania w Opolu Izby Lekarskiej i powstania Opolskiego Oddziału Związku Sybiraków; włączył się też w działalność Towarzystwa Miłośników Lwowa i Kresów Południowo-Wschodnich. Na łamach czasopism i w radiu popularyzował historię i kulturę Kresów. Szczególnie wiele pracy włożył w zgromadzenie materiałów i opisanie losów kresowych obrazów sakralnych przywiezionych po drugiej wojnie światowej do Polski w nowych granicach. Wyniki tych badań opublikował w serii książek, pt. *Madonny Kresowe* (1997–2002) oraz w tomie *Wołyńskie Madonny* (1998).

Opracował historię miejscowości na Kresach, z którymi związana była jego rodzina: *Łopatyn. Dzieje i zabytki* (2004), *Ziemia Radziechowska i ludzie stamtąd* (2008), *Uhnów. Kresowe miasteczko nad Sołokiją* (2010) oraz *Kukizów. Miasteczko koło Lwowa* (2010). Przez wiele lat gromadził materiały do genealogii rodu Kukizów i do pochodzenia swego nazwiska; ogłosił je w publikacji *Kukizowscy i Kukizowie. Poszukiwanie rodowego gniazda* (większość wymienionych wydawnictw omówił na łamach miesięcznika „Medium” dr Jerzy B. Kos),

W 1971 r. otrzymał Srebrny Krzyż Zasługi. Spośród kilku innych otrzymanych wyróżnień wysoko sobie ceni odznakę *Za wzorową pracę w Służbie Zdrowia, Nagrodę im. dra Kuczyńskiego* przyznaną przez Stowarzyszenie Lekarzy Dolnośląskich i Wychowanków Medycyny Wrocławskiej oraz medal za opiekę nad zabytkami (z inicjatywy Stowarzyszenia Odnowienia Kościoła w Łopatynie). Zwieńczeniem tych wyróżnień jest medal *Zasłużonemu Kulturze Gloria Artis* i nagroda IPN *Kustosz Pamięci Narodowej*.

Barbara BRUZIEWICZ-MIKŁASZEWSKA

ATAK SERCA SYSTEMU

Na nic się zdało podwyższenie stawki kapitałowej lekarzy POZ w wypadku leczenia kardiologicznego. System nadal jest niewydolny, a efekty osiągniętej znacznym kosztem poprawy kondycji kardiologii inwazyjnej są marnowane.

W 2012 r. NFZ wydał na hospitalizację pacjentów z niewydolnością serca 635 mln zł, a na leczenie ambulatoryjne jedynie 10 mln zł – wynika z raportu „*Niewydolność serca – analiza kosztów ekonomicznych i społecznych*” opracowanego przez Instytut Zarządzania w Ochronie Zdrowia Uczelni Łazarskiego. Raport jest propozycją zmniejszenia kosztów leczenia szpitalnego na rzecz profilaktyki ambulatoryjnej.

Milion chorych

W Polsce na niewydolność serca choruje ponad milion osób, a w najbliższych 20 latach ich liczba wzrośnie o 25%. Notuje się przy tym wzrost umieralności chorych, w wypadku których proces terapeutyczny lub diagnostyczny kończy się w szpitalu. Według raportu umiera co dziewiąty pacjent z niewydolnością krążenia. Aż 83% pacjentów jest hospitalizowanych w trybie interwencyjnym, a ponad połowa wraca do szpitala kilkakrotnie w ciągu roku (ich pobyt trwa od kilku dni do ponad tygodnia). Dane te dowodzą, że szacowanie kosztów związanych z leczeniem ambulatoryjnym i rehabilitacją leczniczą jest złe. Jak twierdzą autorzy raportu, zbyt nisko wyceniane są porady

ambulatoryjne i rehabilitacja – w 2012 r. NFZ przeznaczył na świadczenia rehabilitacyjne zaledwie 26 mln zł. Tak niska wycena wpływa na przeniesienie leczenia i rehabilitacji do szpitali, a to z kolei przyczynia się do wzrostu kosztów hospitalizacji. Od 2004 r. do 2012 r. roczne wydatki na leczenie niewydolności serca wzrosły z 1 mld zł do 2,9 mld zł. Zakłada się, że w tym roku po raz kolejny nastąpi wzrost i koszty przekroczą 3 mld zł. Do września osiągnęły już wartość 2,83 mld zł.

Nacisk na leczenie ambulatoryjne

Tę niekorzystną pod względem ekonomicznym i społecznym sytuację można poprawić – przekonują autorzy raportu. Potrzeba jednak zdecydowanych zmian w szacowaniu wydatków i zwiększenia efektywności działań. – *Należy przekonać lekarzy i pacjentów, że leczenie ambulatoryjne jest równoznaczne profilaktyce, a ta pozwoli na lepsze diagnozowanie i da szansę, by pacjent nie był leczony w trybie nagłym i interwencyjnym, lecz planowanym i monitorowanym przez lekarzy rodzinnych* – mówi Jerzy Gryglewicz, ekspert Uczelni Łazarskiego. Tego przekonania dotychczas brakowało, a wynikające z tego błędy spowodowane były – według ekspertów Uczelni Łazarskiego – zbyt mało efektywnym monitoringiem skuteczności terapii oraz dostępności do świadczeń pacjentów z niewydolnością serca. W raporcie na pierwszym miejscu jest propozycja stworzenia krajowego rejestru pacjentów z niewydolnością serca. Taki rejestr mógłby też stać się narzędziem służącym do podejmowania optymalnych decyzji systemowych w zarządzaniu leczeniem niewydolności serca – czytamy w rekomendacjach do raportu.

Optymalizacja kosztów

Autorzy projektu proponują ponadto zmiany w optymalizacji modeli finansowania diagnostyki, leczenia i monitoringu skuteczności terapii niewydolności serca przez lekarzy rodzinnych. Sugerują, aby było to nowe świadczenie o nazwie „kompleksowa ambulatoryjna opieka specjalistyczna nad pacjentem z niewydolnością serca (KAOS-NS)”, wzorem już funkcjonujących rozwiązań, jak np. „kompleksowa ambulatoryjna opieka specjalistyczna nad pacjentem z cukrzycą”. Nowe świadczenie zapewni kompleksową diagnostykę i leczenie niewydolności serca w ramach poradni specjalistycznych. Poprawi także jakość, kompleksowość i dostępność do opieki specjalistycznej dla pacjentów z niewydolnością serca. Rozwiązanie to może znacząco zmniejszyć wydatki NFZ w rodzaju leczenia szpi-

talne, związane z hospitalizacją pacjentów z niezdolnością sercową oraz istotnie wpłynąć na zmniejszenie śmiertelności – czytamy w uzasadnieniu

Współczynnik 3.0

Wiąże się to z zastosowaniem współczynnika 3.0 korygującego stawkę kapitacyjną na rzecz świadczeniobiorcy, która nie jest już uzależniona od efektów leczenia, a w szczególności od liczby hospitalizacji, powikłań i pogorszenia stanu zdrowia. Zdaniem ekspertów opracowujących raport należy wprowadzić mechanizmy pozwalające lekarzom rodzinnym na dokładny monitoring stanu swoich pacjentów. Należy też zmienić standardy i wytyczne dotyczące postępowania związanego z hospitalizacją. Należy wreszcie zmniejszyć koszty ponoszone przez ZUS z powodu absencji chorobowej i świadczeń związanych z czasową niezdolnością do pracy. Autorzy projektu proponują utworzenie programu prewencji rentowej dla pacjentów z niewydolnością serca, opracowywanego w porozumieniu z krajowym konsultantem w dziedzinie kardiologii i krajowym konsultantem w dziedzinie rehabilitacji leczniczej oraz finansowanego z funduszy Zakładu Ubezpieczeń Społecznych.

Kompleksowa opieka

Zaletą tego narzędzia byłaby przede wszystkim poprawa stanu zdrowia pacjentów z niewydolnością serca oraz polepszenie ich funkcjonowania w strukturze społecznej i zawodowej. Cel ten jest możliwy do zrealizowania dzięki odpowiedniej rehabilitacji, pomocy psychologicznej i fachowemu doradztwu zawodowemu – mówi Zbyszko Przybylski, wiceprezes Polskiej Federacji Szpitali. Dodatkowo wprowadzenie takiego programu pozwoli na zmniejszenie wartości świadczeń wypłacanych z powodu niezdolności do pracy, a co za tym idzie – na obniżenie wydatków NFZ na hospitalizację pacjentów. Raport przygotowany przez Instytut Zarządzania w Ochronie Zdrowia Uczelni Łazarskiego pokazuje, jak bardzo niewydolny jest system oraz jak brak zdecydowanych analiz i nowych rozwiązań może prowadzić do zawału ekonomicznego i społecznego, którego jedynymi ofiarami będą pacjenci. Można dojść do wniosku, że dotychczasowe analizy przeprowadzono chaotycznie, ponieważ brakowało odpowiednich struktur i narzędzi – nie tyle merytorycznych, ile menedżerskich. Pacjent stał się towarem, a system przyzwyczajał do traktowania go przedmiotowo i statystycznie.

Janusz MACIEJOWSKI

(przedruk z „Meritum” nr 6/13)

BUDUJMY ZAUFANIE DO SZCZEPIEŃ

Z prof. Jackiem WYSOCKIM przewodniczącym Polskiego Towarzystwa Wakcynologii, Rektorem UM w Poznaniu, kierownikiem Katedry Profilaktyki Zdrowotnej UM w Poznaniu rozmawia Anna AUGUSTOWSKA

Rozmawiamy pod koniec października, kiedy większość z nas powinna już mieć za sobą szczepienie przeciwko grypie. Pan profesor też?

Jak najbardziej. Szczepię się przeciwko grypie od kilku lat, ale proszę nie zapominać, że ja kieruję dziecięcym oddziałem chorób zakaźnych, więc to dość oczywiste.

A jak zachęcić do tych szczepień Polaków?

Szczepienie przeciw grypie jest dobrowolne i tylko mądrze prowadzona akcja edukacyjna może mieć wpływ na decyzje poszczególnych osób. To zadanie nie tylko dla mediów, ale także dla lekarzy, aby umieli przekazywać swym pacjentom rzetelną wiedzę o roli tej formy ochrony. Kryteria są bardzo jasne: osoby starsze, z przewlekłymi chorobami, osoby pracujące w dużych skupiskach ludzi powinny szczepić się co roku. W ich sytuacji grypa może doprowadzić do bardzo poważnych konsekwencji. Inaczej jest z ludźmi młodymi i zdrowymi. Organizm niezaszczepionego 30-latka wyjdzie zwykle obronną ręką z takiej infekcji, ale już 50-latek z np. POChP niekoniecznie. Chociaż warto dodać, że grypa pandemiczna z roku 2009 była pod tym względem nietypowa, bo najczęściej chorowały osoby młode, ale to są cechy charakterystyczne dla poszczególnych epidemii.

Tymczasem wciąż narastają kontrowersje wokół szczepień. Grupy rodziców zakładają nawet internetywe „wspólnoty”, które przeciwstawiają się szczepieniom dzieci. Do czego to może doprowadzić?

Cóż, sądzę, że to właśnie skutek źle prowadzonej i niedostatecznej edukacji, a także typowej dla Polaków przekory: „Nie będę słuchał nakazów”, nie mówiąc o uleganiu niesprawdzonym pogłoskom o spisku firm farmaceutycznych itp. W Skandynawii i w wielu innych krajach Europy nie ma obowiązku szczepienia dzieci, a mimo to bardzo wysoki odsetek rodziców z nich korzysta. Te różnice dotyczą nie tylko szczepień. Podobne można zaobserwować w odniesieniu do kobiet wykonujących profilaktyczne badania cytologiczne, mężczyźni poddających się badaniu prostaty itp. W przypadku szczepień istotne jest, aby odsetek zaszczepionych dzieci był odpowiednio wysoki. Wtedy chronione są także najmłodsze dzieci, które jeszcze nie mogą być zaszczepione, czy też dzieci chorujące na choroby nowotworowe czy zaburzenia odporności, których w pewnych okresach życia nie można po prostu szczepić.

Jednak wiele osób, które są przeciwnikami szczepień, mówi o lęku przed powikłaniami poszczepiennymi. Rodzice nie chcą, jak mówią, bombardować układu odpornościowego swych dzieci, skoro większość tych chorób już nie występuje.

Nie wiem, skąd to przekonanie się bierze. Odczynny poszczepienne zdarzają się, ale to wyjątkowe sytuacje. Po pierwsze, zanim szczepionki uzyskują rejestrację, przechodzą długie i skomplikowane badania kliniczne. Raporty z tych badań są wnikliwie analizowane przez Europejską Agencję Rejestracji Produktów Medycznych (EMA) i nierzadko się zdarza, że ta instytucja domaga się dodatkowych wyjaśnień, badań etc. Jako ciekawostkę powiem, że te analizy są dostępne w Internecie na stronach agencji. Następnie, po wprowadzeniu do masowego użytku, rejestruje się poważne działania niepożądane. Robi to zarówno producent i są przykłady, że na niepokojące sygnały najczęściej reaguje wycofaniem szczepionki z rynku. Z drugiej strony, reakcje te rejestrują agencje rządowe w różnych krajach. Jeśli nawet założyć, że w jakimś kraju nie wszystko jest rejestrowane, to w kilkunastu, kilkudziesięciu krajach zostanie zebrany na pewno duży materiał. Poza tym działa skala stosowania szczepionek, która przekracza jakikolwiek inny lek. To wszystko razem działa na rzecz bezpieczeństwa szczepień.

Co do chorób, które rzekomo nie istnieją. Na naszym krajowym zjeździe PTW, który odbył się w październiku w Lublinie, dużo mówiliśmy o takiej właśnie, na pozór już nie istniejącej chorobie – o krztuścu. W Polsce, rodzice z jakiś powodów boją się tej szczepionki, pewnie też uważają, że skoro dzieci na krztusiec nie chorują, to nie ma sensu jej stosować. Tymczasem w USA jest już epidemia krztuśca. Jest więc oczywiste, że musimy wyjątkowo chronić dzieci przed tą naprawdę straszną chorobą. U trzymiesięcznego dziecka może skończyć się zgonem lub trwałym uszkodzeniem układu nerwowego. Poza tym, w Polsce, każdego roku rejestrujemy ponad 2000–3000 zachorowań, a aktywne badania naukowe wykazały, że rzeczywista liczba zachorowań u dorosłych jest dużo większa.

A jak pan profesor ocenia inną sytuację związaną z epidemią – chodzi o świńską grypę i decyzję ministerstwa zdrowia o niekupowaniu szczepionki. Czy to nie było zbyt ryzykowne?

To było ryzykowne. Oczywiście nie było możliwości, a może i wystarczających dowodów na to, że warto było szczepić całą populację, ale wielu ekspertów sugerowało, aby zaoferować szczepienie osobom z grup ryzyka, np. osobom w podeszłym wieku, chorym przewlekłe czy kobietom ciężarnym. Nie wiem, kto dzisiaj pamięta, że w Polsce z powodu tej grypy zmarło około 180 młodych ludzi. Niestety, nie było wyboru: szczepić – nie szczepić, bo szczepionki nie było. Chyba byłoby lepiej, gdy

by ludzie mieli wybór. Ta sytuacja bardzo zaszkodziła też samej idei szczepień. Spadło zaufanie do tej formy ochrony zdrowia.

Czy likwidacja obowiązku szczepień mogłaby poprawić sytuację?

Wbrew temu, co się sądzi i kłopotów, o których mówiliśmy, realizacja szczepień obowiązkowych u dzieci i młodzieży wcale nie jest na złym poziomie. Nie wiem, czy Polacy umieliby się przestawić i nagle mimo braku obowiązku szczepić, tak jak jest to w większości krajów Europy Zachodniej. Być może to dalsza przyszłość, bo obywatele powinni mieć prawo a nie obowiązek i umieć z tego prawa korzystać. Wszystko zależy od dużej świadomości społeczeństwa, to absolutna konieczność, aby ją stale podnosić. Często w rozmowach z pacjentami radzę zajrzeć na przykład na portal internetowy amerykańskiego Centers for Disease Control and Prevention. Można tam znaleźć materiały edukacyjne i informacyjne o szczepieniach dla każdego – lekarza i pielęgniarki, dziennikarzy, rodziców, nastolatków i dzieci szkolnych. Sądzę, że na razie powinniśmy się skupić na opracowaniu kalendarza rozwoju szczepień w Polsce. Tu potrzebne by były zmiany w finansowaniu szczepień, ustawowo ustalone terminy, kiedy budżet na szczepienia byłby zwiększany, bo to prosta droga do wprowadzania nowych szczepień. Tego nie ma i co roku czekamy na listę szczepień, które będą lub nie będą finansowane.

A jak wygląda sama procedura ustalania, które szczepienia w Polsce są obowiązkowe i finansowane przez państwo, a które nie? Jak wiadomo, wiele osób uważa, że tu często rządzi „spiszek” firm farmaceutycznych.

Procedura jest bardzo długa. Działania przygotowawcze koordynuje Główny Inspektor Sanitarny, który działa poprzez Radę Sanitarno-Epidemiologiczną. To na posiedzeniach tego gremium zbiera się opinie, poczynając od analizy sytuacji epidemiologicznej w Polsce, w krajach ościennych i na całym świecie. Następnie pytani są o zdanie konsultanci krajowi, towarzystwa naukowe, instytucje, np. Narodowy Instytut Zdrowia

Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, Państwowa Inspekcja Sanitarna. Zgłaszają się niekiedy organizacje zrzeszające pacjentów lub ich rodziców. Producentów nikt nie pyta na tym etapie. Bardzo dużą rolę odgrywa analiza tego, co już zrobiły inne kraje i co to dało – czy osiąga się pożądane efekty. Są jeszcze zalecenia międzynarodowych organizacji, np. Europejskiego Centrum Kontroli Chorób i Zapobiegania, niekiedy Światowej Organizacji Zdrowia. I w ten sposób powstają propozycje zmian. Potem swoje ostateczne stanowisko przygotowuje Główny Inspektor Sanitarny i przekazuje ministrowi zdrowia, gdzie, po uwzględnieniu także możliwości finansowych państwa, powstaje nowy Program Szczepień Ochronnych. Jak więc widać, przy powstawaniu nowego PSO biorą udział setki osób, a jeszcze trzeba dodać, że zgłaszając jakikolwiek postulat trzeba konieczne podać uzasadnienie oparte na wynikach badań naukowych, analizach epidemiologicznych, a często analizach typu – koszt działania a osiągnięte korzyści. Warto też zwrócić uwagę, że w minionych latach gremia opiniujące sugerowały zmniejszenie liczby dawek niektórych szczepionek, czy też nie podzielały opinii firm farmaceutycznych o potrzebie wprowadzenia czegoś do naszego programu szczepień.

Czy PTW może wyrażać opinie, które szczepionki są lepsze lub gorsze czyli bardziej lub mniej skuteczne?

Polskie Towarzystwo Wakcynologii nie prezentuje „swoich opinii”, ale wskazuje co najwyżej na opublikowane wyniki badań naukowych. I tutaj pojawia się duży problem, bo niewiele jest badań, które porównywałyby w tym samym badaniu, w tych samych warunkach różne szczepionki. Dlatego też PTW nie podejmuje się odpowiedzi na takie pytania. A ponadto do formułowania takich opinii powołano inne instytucje, np. Agencję Oceny Technologii Medycznych. Z jej pomocy korzystają zarówno instytucje rządowe, jak i samorządy planujące wydać na szczepienia pieniądze publiczne.

(przedruk z „Medicusa” nr 12/13)

INTERNATIONAL CONFERENCE ON COMMUNICATION IN HEALTHCARE

W Montrealu (29 października – 2 listopada 2013 r.) odbyła się międzynarodowa konferencja na temat komunikacji w opiece medycznej, zorganizowana przez dwa bliźniacze stowarzyszenia: *American Academy on Communication in Healthcare* oraz *European Association for Communication in Healthcare*. Stowarzyszenia organizują takie konferencje co roku – naprzemiennie w Europie i w Ameryce Północnej. Są to niezwykle ciekawe spotkania, na których przedstawiane są aktualne osiągnięcia w dziedzinie komunikacji w opiece medycznej.

Tegoroczna konferencja zgromadziła około 800 uczestników z całego świata. Najliczniej reprezentowanymi specjalnościami były: medycyna rodzinna i onkologia. Przedstawione zostały prace z następujących grup tematycznych: badania podstawowe i stosowane w komunikacji klinicznej, nauczanie klinicznych kompetencji komunikacyjnych, współudział pacjenta w podejmowaniu decyzji medycznych, komunikacja i emocje, komunikacja w chorobach przewlekłych, komunikacja międzykulturowa, nowoczesne technologie komunikacyjne i e-

learning, psychofizjologia i komunikacja, metodologia badań nad komunikacją w opiece medycznej oraz etyczne problemy komunikacji.

Największą liczbę słuchaczy zgromadziły wykłady plenarne. Bardzo interesujący był wykład profesora Toma Delbanco, specjalisty medycyny rodzinnej z Harvard Medical School, który przedstawił prowadzony przez siebie aktualnie program badawczy „Open Notes”. Jego celem jest promowanie i zbadanie wpływu zwiększenia przejrzystości w opiece medycznej przez zapraszanie pacjentów do systematycznego czytania swojej dokumentacji medycznej on line. Program ten stanowił od początku źródło kontrowersji w środowisku medycznym. Aktualnie stanowiąc i federalne amerykańskie regulacje rządowe zachęcają lub wręcz wymagają od świadczeniodawców umożliwienia pacjentom dostępu do informacji klinicznych, które ich dotyczą. Ale mimo tych zasad pacjenci często napotykać na czasochłonne przeszkody w swoim dążeniu do udostępnienia dokumentacji. Wielu świadczeniodawców postrzega konieczność udostępnienia dokumentacji jako dodatkowe obciążenie. Jednocześnie rośnie liczba szpitali oferujących pacjentom i ich rodzinom stały dostęp do dokumentacji lekarskiej i pielęgniarskiej. Program „Open Notes” jest propozycją alternatywną. Po uzyskaniu zgody lekarza prowadzącego pacjenci są zapraszani do przeglądania swojej dokumentacji on line. Uzyskują oficjalny dostęp elektroniczny do systemu w zakresie swoich danych. Pacjenci i upoważnieni przez nich członkowie rodziny mogą przeglądać notatki lekarzy, pielęgniarek oraz wyniki swoich badań z dowolnego miejsca. Spodziewanym efektem zaproszenia do przeglądania swojej dokumentacji medycznej jest zmniejszenie ryzyka, zwiększenie wiedzy oraz aktywne zaangażowanie pacjentów. Badanie „Open Notes” ma dostarczyć wskazówek co do wpływu takich praktyk zarówno na pacjentów, jak i świadczeniodawców opieki medycznej. Twórcy projektu przewidują, że przejrzyste zapisy będą stymulować lekarzy i innych pracowników opieki medycznej do poprawy komunikacji

z pacjentem. Program „Open Notes” budzi wiele emocji. Przez niektórych jest postrzegany jako okazja do poprawy doświadczeń pacjentów, przez innych jako destrukcja. Program nadal trwa. Czy w przyszłości zasady „Open Notes” staną się powszechną praktyką?

Prof. France Legare, lekarz medycyny rodzinnej z Laval University (Quebec) prowadząca kanadyjski Cochrane Network od 1999 roku, przedstawiła program badawczy mający na celu stworzenie narzędzi do optymalizacji procesu współudziału pacjenta w podejmowaniu decyzji medycznych w podstawowej opiece zdrowotnej. Ciekawym doświadczeniem był również interdyscyplinarny wykład doktor Danielle Ofri. Internistka z New York University School of Medicine jest autorką podręczników medycznych, ale również książek na temat „życia w medycynie”, m.in.: „Co czują lekarze” czy „Podróże z moimi pacjentami”. Dr Ofri regularnie pisze dla New York Timesa na temat medycyny i relacji lekarz–pacjent. Pisane przez nią eseje zdobywały nagrody: „Best American Essays”, „Best American Science Writing” oraz „John P. McGovern Award” od Amerykańskiego Stowarzyszenia Pisarzy Medycznych. W swoim wykładzie doktor Ofri w bardzo piękny, literacki sposób przedstawiła „wpływ emocji na praktykę lekarską”.

Zaprezentowana przeze mnie praca, która powstała w Klinice Pediatrii, Hematologii i Onkologii Collegium Medicum UMK, pod tytułem: „Compliance i adherence w onkohematologii dziecięcej w Polsce” spotkała się z dużym zainteresowaniem i stała punktem wyjścia dla projektu wielośrodkowych badań dotyczących przestrzegania zaleceń lekarskich w onkohematologii dziecięcej.

*Dr n. med. Katarzyna JANKOWSKA
Klinika Pediatrii Hematologii i Onkologii CM UMK
Członek grupy roboczej
Assesment w European Association for Communication
In Healthcare
(przedruk z „Primum Non Nocere” nr 12/13 – 1/14)*

PRAWO NA CO DZIEN

PYTANIE DO EKSPERTA

Czy można pobierać opłatę od pacjenta ubezpieczonego za znieczulenie do zabiegu w trybie jednodniowym lub ambulatoryjnym?

Obowiązujące przepisy nie przewidują wprost możliwości refundacji znieczulenia przy tego typu zabiegach. Jeżeli jednak chcielibyśmy wykonać znieczulenie, świadczeniodawca mógłby argumentować, że wypełnione zostały przesłanki przewidziane w treści cytowanego art. 35 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, gdyż w konkretnym

przypadku znieczulenie jest „konieczne do wykonania świadczenia”, a to z uwagi np. na niski próg bólu, inne dolegliwości itp. Kolejnym argumentem dla świadczeniodawcy – wzmacniającym argument powyższy – są regulacje dotyczące praw pacjenta, w tym prawa pacjenta do otrzymania najlepszej możliwej opieki. Dodatkowo, mogą istnieć medycznie uzasadnione przesłanki do niewykonywania zabiegu kolonoskopii bez znieczulenia ogólnego, przykładowo, przesłanki związane z dotychczasowym przebiegiem leczenia, szczególnie z przeby-

tymi operacjami w obrębie jamy brzusznej. Okoliczności te powinny być wyszczególnione w skierowaniu – lekarz kierujący wskazuje na zasadność zastosowania znieczulenia ogólnego w związku z konkretną przyczyną medyczną.

Przy tym należy pamiętać, iż świadczenie zdrowotne nie może być częściowo refundowane z NFZ, a częściowo odpłatne. Świadczenie, jeżeli zostało wykonane w sposób inny, niż określa to umowa zawarta z NFZ, należy uznać za świadczenie wykonane prywatnie (zasady te wynikają z przepisów ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych – ustawa określa, kiedy świadczenie może być współfinansowane przez świadczeniobiorcę i na jakich zasadach).

Warto byłoby przeanalizować ten problem na tle konkretnej umowy, gdyż elementem takiej umowy może być finansowanie świadczenia w znieczuleniu ogólnym lub przy zastosowaniu innego rodzaju znieczuleń.

Jeżeli świadczenie jest finansowane w ramach umowy z NFZ, nie można pobierać od pacjentów opłat za dodatkowe czynności podejmowane w ramach świadczenia.

Wykaz świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki zdrowotnej został uregulowany w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 27 maja 2011 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz. U. 11.111.653).

W treści załączników do ww. rozporządzenia możemy znaleźć zarówno zabieg gastrokopii, jak i kolonoskopii, jednak bez znieczulenia ogólnego, co oznacza, iż refundowane są tylko same zabiegi.

Wskazać należy również na art. 35 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. 2008.164.1027 j.t.), zgodnie z którym „*świadczeniobiorcy przyjętemu do szpitala lub innego przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej oraz przy wykonywaniu zabiegów leczniczych i pielęgnacyjnych, diagnostycznych i rehabilitacyjnych przez podmioty uprawnione do udzielania świadczeń, a także przy udzielaniu przez te podmioty pomocy w stanach nagłych, zapewnia się bezpłatnie leki i wyroby medyczne, jeżeli są one konieczne do wykonania świadczenia*”. **Powyższy przepis nie nakłada na placówkę bezwzględnego obowiązku zapewnienia pacjentowi wszelkich leków – a jedynie tych koniecznych do wykonania świadczenia.**

Przepis wskazuje na związek podawanych leków z wykonywanym świadczeniem – muszą być one niezbędne i konieczne do wykonania świadczenia, zaś wydawałoby się, że opory natury psychicznej nie mogą być jedyną przesłanką do stosowania znieczulenia ogólnego przy badaniach endoskopowych.

Ponadto po analizie rozbudowanej treści pomocniczej (załączone artykuły) należy wskazać, iż mowa jest w nich o „sedacji”, czyli obniżeniu aktywności układu nerwowego za pomocą środków farmakologicznych, bez wyłączania świadomości oraz o znieczuleniu, bez wskazania jego typu, zatem niekoniecznie chodzi tutaj o znieczulenie ogólne.

* * *

Czy należy wydać pacjentowi oryginały dokumentacji medycznej?

Zgodnie z przepisem art. 27 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta dokumentacja medyczna jest udostępniana:

1. do wglądu, w tym także do baz danych w zakresie ochrony zdrowia, w siedzibie podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych;
2. poprzez sporządzenie jej wyciągów, odpisów lub kopii;
3. poprzez wydanie oryginału za pokwitowaniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu, jeżeli uprawniony organ lub podmiot żąda udostępnienia oryginałów tej dokumentacji.

Kwestia, czy pod pojęciem „podmiotu uprawnionego” według przepisu art. 27 pkt 3) ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta mieści się również pacjent, jest przedmiotem wielu wątpliwości. Argumenty zarówno na „tak”, jaki i na „nie”, znajdują swoje uzasadnienie ze względu na nieprecyzyjne brzmienie tego przepisu.

Moim zdaniem, przychylić należy się do poparcia prawa pacjenta do żądania udostępnienia oryginałów dokumentacji medycznej. Skoro bowiem na podstawie art. 26 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych udostępnia dokumentację medyczną pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu, bądź osobie upoważnionej przez pacjenta – a sposób udostępnienia nie został ani w tym miejscu, ani w żadnym innym miejscu ustawy ograniczony do sposobu określonego w art. 27 pkt 1 i 2, nie ma podstaw by stwierdzać, że do kręgu podmiotów określonych w art. 27 pkt 3 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta pacjent nie należy – wręcz przeciwnie, jest on podmiotem uprawnionym, obok innych podmiotów wymienionych w przepisie art. 26 ust. 3. Podobnie, sam przepis 27 pkt 3) mógł ograniczyć uprawnienie wskazując, iż chodzi o organy i podmioty wymienione w przepisie art. 26 ust. 3.

Taka konstrukcja może świadczyć o fakcie, iż jeżeli – przykładowo – pacjent lub sąd zwraca się do szpitala o udostępnienie dokumentacji, należy wydać wyciąg, odpis lub kopię, zaś oryginał tylko wtedy, gdy wyrażnie tego zażąda.

Faktem jest, iż szpitale i inne podmioty w większości nie uznają takiej interpretacji ze względu na opisane w pytaniu trudności w wyegzekwowaniu zwrotu oryginałów od pacjenta – nie może być to jednak argument w wy-

kładni przepisu. Problem stanowi oczywiście niejednoznaczna treść przepisu, która nie wskazuje, co oznacza pojęcie „uprawniony organ i podmiot”, chociażby poprzez wskazanie, że chodzi np. o uprawnionych na podstawie przepisu art. 26. Warto dodać, iż podobne stanowisko zajął WSA w Rzeszowie (II SAB/Rz 29/10), przyjmując wykładnię rozszerzającą pojęcia „podmiotu”.

Wykładnia analizowanej regulacji (w kontekście systemowym) prowadzi niestety do wniosku, iż pacjent ma prawo do żądania wydania („wypożyczenia”) oryginału dokumentacji. Budzi to oczywiście uzasadnione wątpli-

wości natury praktycznej – co do trybu odzyskania tak „wypożyczonej” dokumentacji. Sam ten fakt nie może jednak prowadzić do ograniczenia prawa pacjenta.

Z drugiej strony – będąc na miejscu szpitala też pewnie wolałbym narazić się na zarzut nie wydania dokumentacji – w sytuacji gdy przepisy nie są jasne, niż na zarzuty związane z brakiem dokumentacji w toku kontroli NFZ. Stanowisko szpitali jest więc jak najbardziej zrozumiałe.

Rafał Piotr JANISZEWSKI

Kancelaria doradcza

www.kancelariajaniszewski.pl

ETYKA

HOLISTYCZNA OPIEKA PALIATYWNA NAD PACJENTEM TERMINALNIE CHORYM

Poniżej zamieszczamy kolejny fragment pracy magisterskiej pt. „Godność człowieka terminalnie chorego w świetle nauczania Jana Pawła II”, tym razem dotyczący opieki paliatywnej. Autorem pracy jest ppłk lek. mgr teologii Krzysztof Chabros, członek naszej izby, absolwent WAM i Uniwersytetu Opolskiego. **E.K.**

Na początku rozważań na temat opieki paliatywnej nad pacjentami terminalnie chorymi należałoby przybliżyć rozumienie pojęcia „pacjenta terminalnie chorego” i określić w czasie stan jego choroby. W opisie choroby prowadzącej do śmierci wyróżniamy kilka faz. Są nimi: faza przeddiagnostyczna, faza nasilenia się objawów, faza przewlekła, faza terminalna¹. Faza terminalna, trwająca dni, tygodnie lub miesiące może przejść w stan terminalny, który może przekształcić się w umieranie i agonię. Etapem umierania jest śmierć kliniczna, która jest jeszcze stanem odwracalnym dzięki technikom resuscytacji krążeniowo-oddechowej. Stanem nieodwracalnym i momentem śmierci jest śmierć pnia mózgu. W fazie terminalnej choroby lekarz lub konsylium lekarzy, kierując się własną wiedzą i sumieniem, podejmuje decyzje odnośnie interwencji proporcjonalnych do stanu i dla dobra pacjenta. W tym stanie leczenie przyczynowe najczęściej jest niemożliwe i pozostaje głównie usuwanie negatywnych skutków choroby, czyli stosowanie opieki paliatywnej.

Opieka paliatywna

We wstępie do najnowszego oxfordzkiego podręcznika opieki paliatywnej autor zamieścił takie słowa: „*Medycyna paliatywna to przede wszystkim wiedza i miłosierdzie w działaniu*”². Dzisiaj opieka paliatywna uczyniła wielki postęp. Mamy do dyspozycji wiele leków i różnych

środków, żeby łagodzić cierpienie. Dokonano wiele odkryć i wynalazków, dysponujemy wieloma informacjami i wskazówkami odnośnie opieki nad terminalnie chorymi. Tak wiele osób dobrze wyszkolonych i troskliwych jest zaangażowanych w opiekę nad umierającymi. Jednak zasady medycyny paliatywnej, jako troskliwej opieki nad chorym i umierającym są niezmiennie. Jest to nic innego, jak praktyczne dzielenie się wiedzą i okazywanie miłosierdzia choremu.³

Rozwój medycyny paliatywnej i hospicyjnej

Rozwój opieki paliatywnej dokonany na przełomie XX i XXI wieku jest bardzo imponujący. Obecnie dziedzina ta jest coraz ważniejszym elementem systemu opieki zdrowotnej oraz dynamicznie rozwijającym się odrębnym działem wiedzy medycznej. Koncepcja opieki paliatywnej stopniowo przenosi się niemal na cały obszar praktyki medycznej, a szkolenia z medycyny paliatywnej włączane są do standardów edukacyjnych w zakresie intensywnego leczenia. Według aktualnych danych powszechna dostępność opieki paliatywnej dla mieszkańców naszego globu poprawiłaby istotnie jakość życia co najmniej 100 milionów ludzi.⁴

Aktualne tendencje rozwojowe opieki paliatywnej wynikają z potrzeb społecznych. Pacjenci szukają nie lekarza technika, urzędnika czy ekonomisty ukierunkowanego na sukces terapeutyczny i ekonomiczny, ale takiego który jest im w stanie pomóc w najtrudniejszych egzystencjalnych wyzwaniach życiowych takich, jak ból, cierpienie oraz zbliżająca się śmierć. Na pewno rozwój koncepcji medycyny paliatywnej stwarza szanse na nadanie całemu systemowi opieki zdrowotnej, a w nim pozycji lekarza i pielęgniarki, głęboko humanistycznego wymiaru.⁵ Również w Polsce medycyna paliatywna posiada dobrą perspektywę rozwoju dzięki znakomitej

kadrze i pomimo wielu przeszkód administracyjnych i finansowych.

Przejdźmy jednak pokrótce do historii medycyny paliatywnej. Dziedzina ta, jako odrębna specjalizacja, istnieje zaledwie od połowy lat osiemdziesiątych dwudziestego wieku, jednak opieka nad chorymi i umierającymi jest stara, jak cała medycyna. Rozwój ruchu tworzenia hospicjów w XIX i XX wieku opierał się na pewnych innowacjach wprowadzanych przez entuzjastów medycyny, którą wspólną cechą było „całościowe” traktowanie umierających pacjentów.⁶ Takie traktowanie określano jako „opiekę holistyczną”. Uwolnienie od bólu i dolegliwości miały takie samo znaczenie, jak procedury diagnostyczne i terapeutyczne. Dzisiejsza medycyna paliatywna opiera się bardziej na uporządkowanych doświadczeniach poprzednich generacji lekarzy i opiekującymi się chorymi, niż na nowych założeniach opieki nad chorymi.⁷

Rozwój medycyny paliatywnej warto zobrazować niektórymi przykładami. Pierwszą mieszankę przeciwbólową opracował Snow w 1890 r., tzw. koktajl z Brompton. Następnie Barrett wprowadził regularne stosowanie morfiny umierającym w szpitalu św. Łukasza w Londynie. Natomiast Saunders upowszechniła tę ideę w hospicjach św. Józefa oraz św. Krzysztofa. W wykładach dla studentów medycyny w Bostonie Worcester zachęcał do podejścia holistycznego z udziałem specjalistów z różnych dziedzin.⁸ Początkowo ruch organizowania hospicjów poświęcono opiece nad chorymi z nowotworami złośliwymi, którzy nie odnosili korzyści w leczeniu szpitalnym, a następnie obejmował pozostałych przewlekłe i nieuleczalnie chorych. Ruch ten doprowadził do uświadomienia w całym świecie ogromnych potrzeb w zakresie opieki paliatywnej. Szybko zwiększały się liczby placówek opieki paliatywnej – głównie w Wielkiej Brytanii, ale i na całym świecie, począwszy od otwarcia hospicjum św. Krzysztofa w Londynie w 1967 roku.⁹

Aktualnie należy się spodziewać dalszego rozwoju tej dziedziny medycyny. Aby te oczekiwania mogły być spełnione potrzebne jest szerzenie wiedzy wśród pracowników służby zdrowia na uczelniach medycznych, a także praktyka kliniczna pod okiem doświadczonych nauczycieli w tej dziedzinie. Holistyczna opieka paliatywna uwzględnia zagadnienia kulturowe, językowe oraz wspomaga ludzi w stawianiu przez nich czoła silnym emocjom związanym z chorobą i umieraniem, takim jak gniew, zaprzeczenie, depresja i lęk.¹⁰

W dzisiejszym świecie bardzo złożonym, nacechowanym ustawicznym postępem technicznym z możliwością przedłużania okresu umierania, pojawiają się liczne dylematy etyczne.

Medycyna tzw. zachodnia w sprawach zdrowia kieruje się takimi zasadami etycznymi jak:

- a) autonomia (obejmuje poinformowanie pacjenta i jego zaangażowanie w procesie podejmowania decyzji),

- b) dobroczynność (czynienie dobra),
- c) nieszkodzenie (nie wyrządzanie szkody),
- d) sprawiedliwość (zachowanie równowagi pomiędzy potrzebami jednostki a potrzebami społeczeństwa).¹¹

Zastosowanie tych zasad wcale nie jest proste w tak złożonej i delikatnej materii, nie mniej jednak ich znajomość jest bardzo istotna w podejmowaniu kluczowych decyzji etycznych.

Aktualna podręcznikowa definicja opieki paliatywnej, obejmuje wiele jej aspektów: *„Opieka paliatywna jest to aktywna, całościowa opieka nad pacjentem z zaawansowaną, postępującą chorobą. Podstawowe znaczenie ma leczenie bólu i innych objawów oraz zapewnienie wsparcia psychologicznego, społecznego i duchowego. Celem opieki paliatywnej jest uzyskanie najlepszej jakości życia pacjentów i ich rodzin. Wiele aspektów opieki paliatywnej można zastosować we wcześniejszych etapach choroby, w połączeniu z innymi metodami leczenia”*.¹² W definicji, jako lekarz zwróciłem uwagę na słowo „aktywna”, gdyż pomimo postępującej choroby i zbliżającej się śmierci nigdy nie można zaniechać opieki nad pacjentem.

Opieka paliatywna opiera się na trzech podstawowych zasadach, takich jak:

- a) leczenie choroby podstawowej,
- b) łagodzenie objawów,
- c) opieka psychospołeczna.

Te zasady są współzależne ze sobą i wymagają współpracy specjalistów z wielu dziedzin. Krótko podsumowując „*opieka paliatywna*”:

- afirmuje życie i akceptuje umieranie jako normalne zjawisko,
- umożliwia złagodzenie bólu i innych objawów,
- integruje zasady psychologiczne i duchowe opieki nad pacjentem,
- oferuje system wsparcia dla pacjentów, aby pomagać im żyć aktywnie, jak tylko to możliwe do zgonu.
- oferuje system wsparcia dla rodziny, która zmaga się z chorobą pacjenta oraz własnym otoczeniem”.¹³

Opieka paliatywna stara się więc respektować podstawowe prawa człowieka. Z jednej strony wynikające z prawdy o świętości i nienaruszalności, prawo do życia i obowiązek troski o życie, a z drugiej strony prawo do godnego umierania. Opieka paliatywna, rezygnuje ze stosowania środków nieproporcjonalnych, czyli takich, gdzie nie zachodzi relacja proporcji między ich zastosowaniem a osiągniętym wynikiem leczenia, kontynuuje natomiast stosowanie środków proporcjonalnych, realizując program leczenia paliatywnego. Założycielka współczesnego ruchu hospicyjnego C. Saunders i prekursorka opieki paliatywnej, wyjaśnia, że w hospicjum dokonuje się przejście od „cure system”, czyli systemu uzdrawiania, aktywnego leczenia, do „care system”, czyli syste-

mu polegającego na leczeniu objawowym, dążącym do usunięcia objawów choroby.¹⁴

Opieka paliatywna alternatywą eutanazji

W tej analizie opieka paliatywna nie zostanie przedstawiona jako jedno z wielu „alternatywnych”, możliwych do wyboru rozwiązań w sytuacji choroby i umierania, ale jako rozwiązanie, które w zestawieniu z eutanazją obala jej mityczne założenia i wyklucza uzasadnienia do jej zastosowania.¹⁵

Po pierwsze: zwolennicy eutanazji powołują się na ogromny ból towarzyszący umieraniu. Aktualne możliwości leczenia bólu, choć nie są doskonałe, to zazwyczaj udaje się osiągnąć zadawalające ustąpienie dolegliwości bólowych. Na ten temat wypowiedział się M. Hilgier, anestezjolog i ceniony specjalista w leczeniu bólu: „Chory na raka nie musi cierpieć. Nie ulega wątpliwości, że tak może być, że taka jest prawda.

Ale czy to wiedzą pacjenci cierpiący z powodu choroby nowotworowej? Czy tak myślą lekarze leczący tych chorych? Na te pytania odpowiedź nie jest jednoznaczna, bo wciąż u bardzo wielu chorych ból nowotworowy nie jest prawidłowo leczony. Wynika to m.in. z niewiedzy, że w Polsce są poradnie leczenia bólu przewlekłego, że możliwości nowoczesnej terapii są coraz większe.”¹⁶ W leczeniu bólu, zgodnie ze Światową Organizacją Zdrowia obowiązuje od 1986 r. tzw. drabina analgetyczna, czyli 3 stopniowe leczenie bólu:

- I. nieopioidowy lek przeciwbólowy + lek wspomagający,
- II. słaby opioid + nieopioidowy lek przeciwbólowy + lek wspomagający,
- III. silny opioid + nieopioidowy lek przeciwbólowy + lek wspomagający.¹⁷

Po drugie: zwolennicy eutanazji powołują się na lęk pacjenta przed sytuacją, w której jego życie będzie podtrzymywane za wszelką cenę. Aktualnie, poza postępem wiedzy medycznej i możliwościami wydłużania życia, za cenę jego jakości, dokonał się także postęp etyki medycznej. Obecnie dopuszcza się możliwość odmowy leczenia przez kompetentnego i świadomego pacjenta oraz przyznaje się, że leczenie nieproporcjonalne do jego efektów, obciążające i nieskuteczne jest po prostu złym leczeniem. Opieka paliatywna sprzeciwia się stosowaniu uporczywej terapii.

Po trzecie: zwolennicy eutanazji określają ją, jako jedyny sposób godnej śmierci. Eutanazja w żadnym wypadku nie jest „godną śmiercią”. Tą opinię podzielają w pełni osoby zawodowo zajmujące się opieką paliatywną i mające doświadczenie w opiece nad umierającymi. Naturalna śmierć oraz możliwość umocnienia i uzdrowienia więzów rodzinnych, co często się zdarza podczas ostatnich dni życia, są godnym oraz wartym wysiłku celem opieki paliatywnej.

Po czwarte: zwolennicy eutanazji uznają ją jako zgodną z zasadą autonomii pacjenta. Eutanazja jeśli miała być przeprowadzona w świetle takiej zasady to tylko wówczas, gdy pacjent jest całkowicie świadomy i stale się jej domaga. Jednak pacjenci, którzy są często przykuci do łóżek nie są zdolni do samodzielnego dbania o siebie i są całkowicie zależni od opieki sprawowanej przez innych, mogą tylko odczuwać nacisk z zewnątrz na wyrażenie zgody na eutanazję. Niezależnie od argumentów, ogólna i fundamentalna zasada mówi, że życie jest nieskończenie cenne, a bezbronni zasługują na ochronę. Zawsze należy działać w najlepszym interesie oraz kierować się dobrem wobec tych, którzy nie mogą wyrazić swej woli.

Tak rozumiana opieka paliatywna jest rzeczywistą alternatywą dla eutanazji. Ewentualna prośba o eutanazję powinna być traktowana jako wołanie o pomoc. Jeśli chory ma złagodzony ból i inne objawy choroby oraz doświadcza towarzyszenia ze strony swoich opiekunów, wówczas najczęściej odstępuje od prośby o eutanazję.¹⁸

Jan Paweł II często zwracał uwagę na takie ludzie wsparcie w stosunku do terminalnie chorych, nie pomijając roli dostępnych i skutecznych form terapii. „**Prośba, jaka wypływa z serca człowieka w chwili ostatecznego zmagania z cierpieniem i śmiercią, zwłaszcza wówczas, gdy doznaje on pokusy pogrążenia się w rozpacz i jakby unicestwienia się w niej, to przede wszystkim prośba o obecność, o solidarność i o wsparcie w godzinie próby**”.¹⁹

Istotne elementy opieki hospicyjnej – rola rodziny, wolontariuszy, psychologa, kapelana w opiece nad terminalnie chorymi

Pojęcie hospicjum ukształtowało się w Europie historycznej jako nazwa miejsca otaczającego opieką podróżnych, pochodzi ono od słowa łacińskiego „hospes” oznaczającego gościa.²⁰

Współczesny model opieki hospicyjnej stworzyła wspomniana Cicely Saunders, angielska, która w 1967 roku otworzyła w Londynie specjalistyczny ośrodek opieki nad chorymi umierającymi-Hospicjum św. Krzysztofa. Miejsca, w którym chorzy mieli być otaczani opieką, uwalniani od bólu. Sanders ukończyła studia medyczne i specjalizowała się w opiece nad umierającymi w szpitalu św. Józefa. Jej wizyta w Polsce w 1978 r. przyczyniła się do powstania pierwszego w kraju Hospicjum św. Łazarza w Krakowie w 1981 r.²¹

Opieka hospicyjna zrodziła się jakby z pewnej niewystarczalności tradycyjnej medycyny, która dosyć dobrze radzi sobie z uśmierzaniem przewlekłych bólów i innymi objawami u terminalnie chorych, nie jest natomiast w stanie poradzić sobie z poczuciem osamotnienia, głębokiego smutku i potrzebą ułożenia relacji z tymi którymi się opuszcza. A to często jest przyczyną największego bólu odczuwanego przez pacjenta. Opieka hospicyjna,

określana również mianem paliatywnej (od słowa łacińskiego „palium” co oznacza płaszcz), oznacza aktywną i wszechstronną opiekę nad osobami cierpiącymi na postępujące i przewlekłe choroby o niekorzystnym rokowaniu. Według definicji WHO z 1990 r. opieka hospicyjna to „aktywna, dotycząca wszystkich sfer życia opieka nad pacjentem cierpiącym na schorzenie nie poddające się leczeniu przyczynowemu”, a późniejszym czasie WHO dalej określa taką opiekę jako „podejście poprawiające jakość życia pacjentów oraz ich rodzin w obliczu śmiertelnych chorób”.²² W myśl zasad wypracowanych przez Cicely Saunders, opieką nad pacjentem hospicyjnym powinien zajmować się interdyscyplinarny zespół, składający się z lekarza, pielęgniarki, fizjoterapeuty, psychologa, pracownika socjalnego, duchownego oraz wolontariuszy bez wykształcenia medycznego. Elementami opieki hospicyjnej mogą być: terapia zajęciowa, akupunktura, muzykoterapia, masaże i inne.²³ Obecność psychologa, kapelana i wolontariuszy związana jest z przeżywaniem sytuacji, w jakiej znajduje się chory, przez niego samego i jego otoczenie.

Pojęcie hospicjum oznacza również instytucję zajmującą się opieką paliatywną. I tak wyróżniamy dwa zasadnicze rodzaje działania hospicjum jako instytucji:²⁴

- a) hospicjum domowe, czyli opieka hospicyjna prowadzona w domu chorego, najbardziej typowa. Zwykle odbywa się po wypisaniu chorego ze szpitala i ostatnich zabiegach zwalczających chorobę, jakie można było przeprowadzić z medycznego punktu widzenia. Hospicja takie zajmują się także wypożyczaniem specjalistycznego sprzętu i szkoleniem rodziny w postępowaniu z chorym.
- b) hospicja stacjonarne, dotyczą opieki prowadzonej w szpitalu bądź oddzielnym budynku przeznaczonym do tego typu opieki. Hospicja stacjonarne przeznaczone są głównie dla pacjentów, którzy wymagają – ze względu na ciężki przebieg choroby – stałej specjalistycznej opieki medycznej (dotyczy głównie chorych na nowotwory, takie jak białaczki, chłoniaki złośliwe itp.). Ten rodzaj opieki stosowany jest również wobec osób samotnych, nieposiadających swoich bliskich, którzy mogliby podjąć taką opiekę nad chorym.

Pewnym paradoksem w opiece paliatywnej jest to, że większość umierających pacjentów wolałaby pozostać w domu, ale większość z nich umiera w instytucjach.²⁵ Idealnym wyjściem, według specjalistów medycyny paliatywnej, byłoby wygospodarowanie środków do optymalizacji domowej opieki paliatywnej opartej na lekarzach rodzinnych, tak aby w zależności od miejsca, rodzaju choroby i przewidywanego czasu jej trwania pacjenci mogli otrzymać najwyższy standard opieki paliatywnej przez cały czas²⁶. Według angielskich specjalistów medycyny paliatywnej opieka nad umierającym jest „testem doskonałości służby zdrowia”.²⁷

Natomiast założycielka ruchu hospicyjnego Saunders wypowiedziała następujące motto swojej działalności: „*Jesteś ważny, bo ty to ty. Jesteś ważny do ostatniej chwili swojego życia i zrobimy wszystko, co w naszej mocy, nie tylko aby ci pomóc spokojnie odejść, ale także abyś żył w pełni do końca*”.²⁸

W opiece hospicyjnej możemy wyróżnić kilka elementów:

Rola rodziny i wolontariuszy

Rodzina w obliczu choroby i umierania bliskiej osoby często jest zaskoczona, osamotniona i bezsilna wobec nowej sytuacji. Pomimo szczerych chęci i pełnego zaangażowania się w opiekę bliskiej osoby, sama potrzebuje wsparcia, odciążenia w tej pracy, a także wielu informacji, jak tę opiekę należyć sprawować. Członkowie rodziny muszą czuć się włączeni w proces opieki nad chorym i podejmowania decyzji, przekazywania informacji, umiejętności informowania innych członków rodziny w tym dziele. Stąd wolontariusz niemedyczny często odgrywa istotną rolę w opiece hospicyjnej. Pomaga nie tylko samemu pacjentowi, towarzysząc mu w chorobie, pomagając w praktycznych czynnościach (płacenie rachunków czy przygotowanie testamentu), ale także pomaga rodzinie. Wyręcza często przemęczonych członków rodziny w opiece nad chorym, dzieli się swymi doświadczeniami związanymi z opieką i duchowym przeżywaniem okresu choroby i odchodzenia bliskiej osoby. Jest to wspaniała odpowiedź na negatywne przeświadczenie rodziny o nieporadzeniu sobie w zaistniałej sytuacji i niemożności zapewnienia odpowiedniej jakości opieki umierającemu.

Opieka psychologa

Pomoc psychologa jest czasem niezbędnym elementem terapii dla chorego, choć w praktyce nie zawsze możliwa, gdyż niewiele ośrodków medycznych dysponuje psychologiem klinicznym. Chorzy terminalni często doświadczają lęku, objawów depresji i nawet myśli samobójczych. Właściwe zdiagnozowanie tych objawów oraz ich leczenie może zmniejszyć ból, poprawić sen, łaknienie czyli poprawić ich stan psychiczny i fizyczny. Zdaniem M. Hilgiera „*ponad połowa chorych na nowotwory, mimo braku klinicznych objawów zaburzeń psychicznych, może odnieść ogromne korzyści z porady psychologa (...). W przewlekłych zespołach bólowych sama farmakoterapia rzadko bywa skuteczna. Ta grupa chorych wymaga włączenia do programu leczenia technik relaksacyjnych, relaksacji przez oddychanie, muzykoterapię, zajęcia manualne, relaksację autogeniczną, psychoterapię indywidualną lub grupową*”.²⁹ Bardzo ważne jest objęcie pomocą psychologa także rodziny terminalnie chorego. Doświadczenie straty wskutek śmierci bliskiego członka rodziny niejednokrotnie jest najbardziej stresującym momentem w życiu człowieka. Dlatego też, zajmowanie się pacjentami i ich rodzinami stojącymi w obliczu kresu życia stanowi centralną część pracy psychologa klinicznego w warunkach opieki hospicyjnej

Opieka duszpasterska

Człowiek, a tym samym każdy pacjent, jest istotą psychofizyczno-duchową. Te dwie natury są ściśle związane ze sobą, są nieodłączne w człowieku żyjącym i człowiek żyje w pełni, jeśli te oba wymiary człowieka są zdrowe. Znanе przysłowie mówi, że „w zdrowym ciele zdrowy duch”, ale jest też trochę i odwrotnie, jeśli duch jest zdrowy, człowiek chory jest pojednany z Bogiem i ma „czyste serce” to o wiele łatwiej znosi chorobę i dolegliwości jej towarzyszące. Pacjenci chcąc poradzić sobie z tym, czego doświadczają podczas choroby, praktykują różne metody nieodłącznie związane z ich życiem duchowym. Są to: modlitwa, medytacja, czytanie Biblii, rozwijanie swoich przekonań religijnych. Przeprowadzane badania dowodzą, że pozytywne podejście pacjenta do religii, może mieć bezpośredni wpływ na wyniki leczenia.³⁰ Wynika z tego, że wspomagając pacjenta w rozwoju jego drogi duchowej, osoby opiekujące się chorymi, szczególnie duszpasterze i kapelani wspierają go w radzeniu sobie z chorobą. Jeden z psychoterapeutów John Sanford twierdzi, że pomagając innym w ten sposób pomagamy samym sobie „zdobywając się na dojrzałe odpowiedzi w trudnych sytuacjach, sami stajemy się dojrzałymi”³¹. Kapelani, jako członkowie wielodyscyplinarnego zespołu opiekującego się terminalnie chorymi, powinni dobrze znać potrzeby duchowe pacjentów i ich rodzin, szanować ich poglądy. Opieka duszpasterska powinna być dostępna całą dobę. W takiej sytuacji pojawiają się wielkie pola działania i zobowiązania dla duszpasterstwa Kościoła. O swoim doświadczeniu w pracy duszpasterskiej w hospicjum św. Wincentego w diecezji augsburskiej E. Kleindienst napisał tak: „Jeśli słyszy się, ilu ludzi właśnie w tej ostatniej fazie życia wewnętrznie znajduje równowagę, uzupełnienia zaległości swego życia, na nowo znajduje pojednanie, to są to »małe cuda«. W tej działalności dokonuje się ważny przyczynek dla wiarygodności naszego chrześcijańskiego przepowiadania”³².

Podsumowanie

Na potwierdzenie powyższych refleksji warto przytoczyć znaną historię Janusza Świtaja, który jako pierwszy w Polsce złożył prośbę o eutanazję oraz jego przemianę po udzieleniu mu odpowiedniej pomocy przez fundację Anny Dymnej. Janusz Świtaj uległ wypadkowi motocyklowemu w 1991 r. Doznał wówczas nieodwracalnego uszkodzenia rdzenia kręgowego w odcinku szyjnym. Od tamtej pory jest sparaliżowany poniżej odcinka szyjnego kręgosłupa, przykuty do łóżka i całkowicie był zdany na opiekę starzejących się rodziców. W lutym 2007 r. ten sparaliżowany 32-letni mężczyzna z Jastrzębia Zdroju złożył wniosek do sądu, z prośbą o wyrażenia zgody na przerwanie terapii (czyli o eutanazję). Zupełnie nieoczekiwanie ten desperacki akt rozpaczy stał się punktem zwrotnym w jego życiu.

W tamtym czasie z pomocą zgłosiła się między innymi Anna Dymna, która zaproponowała panu Januszowi pracę w swojej fundacji „Mimo wszystko”. Pojawiła się wtedy w jego życiu, jak sam wyznał „iskierka nadziei”. Od tamtej pory bardzo wiele się zmieniło w życiu jego i jego rodziny.

Dziś Janusz Świtaj powie, że nigdy tak naprawdę nie prosił o eutanazję, ale o prawo do decydowania o swoim losie. Chciał zwrócić uwagę na los niepełnosprawnych ludzi w Polsce. Teraz dzięki otrzymanej pomocy myśli o życiu i o przyszłości. Mówi o sobie, że jest szczęśliwym człowiekiem.

Bardzo dobrze zna te problemy chorych Anna Dymna, aktorka i założycielka fundacji „Mimo wszystko”, o swoich spotkaniach z chorymi i umierającymi, tak pisze: „Od pięciu lat w TVP 2 prowadzę program »Spotkajmy się«. Siedzę naprzeciwko chorego, umierającego, niepełnosprawnego człowieka i staram się rozmawiać o tym co najbardziej go boli, co najbardziej go od życia oddala. Przeprowadziłam takich rozmów ponad sto i z wszystkich wynika, że każdy człowiek chory jest w stanie szczególnym. Jest przestraszony i bardzo samotny. I oczywiście potrzebuje pomocy. Niestety żyjemy w czasach jakiegoś kryzysu i odhumanizowania. W czasach, w których rozluźnia się więź między ludźmi (...). Tymczasem człowiek chory bardzo chce komuś zaufać (...). Potrzebuje przyjaciela, zwykłej rozmowy, nadziei. Ale niestety często jest całkiem sam. Rodziny zazwyczaj też są bezradne i przerażone. A lekarz? Lekarz nie ma czasu, by posiedzieć z takim człowiekiem, popatrzeć mu w oczy, potrzymać za rękę i powiedzieć: »Słuchaj ja cię nie zostawię (...), wiem że cierpisz ale nadzieja jest zawsze, musimy tylko razem powalczyć. To może być trudna walka, ale warto ją podjąć. Razem będzie łatwiej i uda się na pewno«. Najgorsza jest dla pacjentów samotność i brak zaufania”³³. Taka jest perspektywa pacjenta chorego, cierpiącego, umierającego, to są jego oczekiwania, a szczególnie potrzeba obecności, porady specjalisty, i chociaż iskiere nadziei.

Czy lekarz w naszych realiach służby zdrowia jest w stanie mu to dać? Czy ma czas, aby się zatrzymać nad chorym, porozmawiać, uśmiechnąć, natchnąć otuchą. Przede wszystkim sam musi być szczęśliwy w swojej pracy, znać ważność swojego działania, musi mieć odpowiednie warunki pracy i czas dla pacjenta. Nie może pracować, a to jest niemal norma w naszych szpitalach, jak na wojennym froncie, w pośpiechu, zawałony tonami papierów do wypełniania, z normami 10 minut dla pacjenta, pozbawiony zaufania, zagoniony, przemęczony, to są przecież nieludzkie warunki. Do tego dochodzą jeszcze problemy z brakiem kadry lekarskiej, co jest związane m. in. z wyjazdami lekarzy za granicę.

Z własnego doświadczenia wiem jak trudno jest w warunkach szpitalnych w zwykłych godzinach pracy znaleźć czas dla pacjenta, tak aby dokładnie wyjaśnić je-

go problem, rozwiązać jego obawy, czy wątpliwości, dać szczegółowe zalecenia. Wszystko odbywa się w pośpiechu, gdyż biurokracja jest nieubłagana, czasochłonna i coraz bardziej szczegółowa. Są to jednak ważne dokumenty, których lekarz dla własnej ochrony nie może zaniedbać. Wyjątkiem od tej niemal reguły jest dla mnie całodobowy dyżur lekarski, który przy spokojnym przebiegu pozwala mi na dłuższą rozmowę z pacjentem podczas obchodów, wysłuchania go i udzielenia rady według swojej wiedzy. Wracając do Anny Dymnej, aktorka tak konkluduje swoją ocenę: „Trzeba zrobić wszystko, aby atmosfera i warunki leczenia stały się bardziej ludzkie (...). Pacjent potrzebuje kontaktu, ciepła, nadziei i zaufania, a lekarz musi mieć czas i takie warunki pracy, by mógł mu to dać i mieć możliwość zaprzyjaźnić się z człowiekiem, któremu pomaga”.³⁴

Jest to też apel do polityków i decydentów służby zdrowia, aby ekonomistyczne podejście nie przedkładano nad jej wymiarem humanistycznym i było realizowane rzeczywiste dobro pacjenta.

Wracając do istoty opieki paliatywnej chciałbym przytoczyć krótkie świadectwo kobiety, matki, która przeżyła chorobę nowotworową i śmierć 22-letniego syna, tak to opisuje: „Najważniejszą rzeczą, jaką możemy ofiarować chorej osobie, jest nasza obecność. Usiąść przy łóżku, wziąć chorego za rękę, wysłuchać go lub wspólnie pomilczeć. To bardzo ważne i pomocne gesty. Wymagają od nas tylko jednej, ale jakże rzadkiej cnoty – cierpliwości. Znajdziemy ją w sobie, pod warunkiem, że przy łóżku chorego zapomnimy o naszym gniewie, poczuciu winy, o naszym strachu przed śmiercią, o zwykłych codziennych sprawach. Dzięki temu będziemy mogli się skupić na tym co naprawdę ważne – na umierającym człowieku. A kiedy w końcu odejdzie nie będziemy niczego żałować”.³⁵

Jan Paweł II przy okazjach spotkań z chorymi i służbą zdrowia, często apelował o rozwój opieki paliatywnej w strukturach nie tylko społeczeństwa, ale i Kościoła – w diecezjach i parafiach, w tym rozwijanie opieki domowej. „Trzeba wychowywać każdą wspólnotę diecezjalną i parafialną, aby umiała opiekować się swoimi starcami, leczyć i nawiedzać swoich chorych w domach i instytucjach służby zdrowia, na miarę potrzeb. Takie kształtowanie świadomości w rodzinach i szpitalach z pewnością przyczyni się do szerszego stosowania terapii paliatywnej u osób ciężko chorych i umierających, która pozwoli na złagodzenie ich cierpień, a zarazem na zapewnienie im pociechy duchowej przez gorliwą i troskliwą opiekę. Należy tworzyć nowe dzieła, aby zadbać o samotnych ludzi starszych, którzy nie są już samowystarczalni, ale nade wszystko trzeba rozbudować struktury wspomagające ekonomicznie i moralnie opiekę domową: rodziny bowiem, które decydują się pozostawić w domu osobę poważnie chorą, czynią to nieraz za cenę ogromnych wyrzeczeń”.³⁶ Ten apel bło-

gosławionego Jana Pawła II, sędzę że jest realizowany w strukturach naszego społeczeństwa.

Według danych z 2005 r. Polska zajmuje piąte miejsce w Europie pod względem rozwoju opieki paliatywnej, a badanie pt. „Mapowanie poziomu rozwoju opieki paliatywnej: globalna aktualizacja 2011 r.” klasyfikuje Polskę w grupie IVb, tj. kraju o najwyższym poziomie opieki paliatywnej na świecie. Z ostatnich raportów wynika, że nadal niewystarczająca jest liczba specjalistów z medycyny paliatywnej. Innym bardzo ważnym problemem jest niewystarczające finansowanie, wycena procedur specjalistycznych, a także zbyt późne kierowanie pacjentów do opieki paliatywnej.³⁷

Należy także pamiętać, że opieka paliatywna nie dotyczy tylko chorych w okresie umierania i niemających znikąd opieki lecz że są to wielodyscyplinarne, zespołowe ośrodki leczenia objawowego oraz miejsca wsparcia dla pacjentów i ich rodzin, niezbędnego na każdym etapie postępującej i nieuleczalnej choroby. Warto dodać, że wsparcie rodzin rozciąga się również na okres żałoby.

Pomimo wielu problemów natury ekonomicznej czy administracyjnej, co jakiś czas otwierane są nowe placówki hospicjów, m.in. w ramach „Caritasu”, przy poszczególnych diecezjach, również coraz bardziej rozwijają się hospicja domowe i pomoc wolontariatu.

Krzysztof CHABROS
specjalista chorób wewnętrznych, diabetolog
st. specjalista CWKL w Warszawie

KOMENTARZ

Autor w swojej artykule podjął ważną problematykę opieki paliatywnej, zwracając szczególną uwagę na godność człowieka umierającego. To właśnie utrata godności, ból egzystencjonalny, a nie fizyczny są największym dramatem człowieka w obliczu nieuleczalnej choroby i nieuchronnej śmierci. Należy podkreślić, że celem medycyny paliatywnej jest afirmacja życia, w każdej jego chwili, jako wartości nadrzędnej. Przyjęcie takiego wyzwania, co Autor słusznie zauważył, wymaga wielkiego zaangażowania interdyscyplinarnego zespołu pracującego w hospicjum domowym czy stacjonarnym. Tak pojęta medycyna paliatywna jest rzeczywistą alternatywą dla eutanazji.

Publikacja w sposób wyczerpujący opisuje rozwój medycyny paliatywnej. Bolączką polskiej medycyny paliatywnej jest zbyt mała ilość miejsc specjalizacyjnych w ośrodkach akredytowanych w stosunku do ilości osób chcących podjąć kształcenie w tej dziedzinie medycyny.

Nie mniej ważnym podstawowym problemem polskiej medycyny paliatywnej jest skrajne niedofinansowanie świadczeń. Tylko dzięki ogromnemu zaangażowaniu ludzi z pasją, organizacji pożytku publicznego, organizacji kościelnych, wolontariuszy, sponsorów opieka nad pacjentem terminalnie chorym dość dobrze funkcjonuje. Pragnę podkreślić, że często naturalnymi ambasadorami opieki paliatywnej w swoim miejscu zamieszkania są rodziny osób, które korzystały z opieki hospicyjnej, zmieniając pozytywnie wizerunek hospicjów.

BARBARA KOLAKOWSKA
KIEROWNIK ZAKŁADU ZESPOŁU NZOZ CARITAS
ARCHIDIECEZJI WARSZAWSKIEJ
SPECJALISTA ANESTEZJOLOG SPECJALISTA MEDYCYNY PALIATYWNEJ

PRZYPISY:

- 1) P. ASZYK, Stan terminalny, w: A. MUSZALA, (red.), Encyklopedia bioetyki, Radom 2005, s. 419.
- 2) D. DOYLE, Wstęp, w: M. S. WATSON, C. F. LUCAS, A. KUBLER (red.), Opieka paliatywna, Wrocław 2007, s. VI. Autora skłonił go do tego obraz Picassa pod taką nazwą „Wiedza i miłosierdzie”, który przedstawia starego lekarza siedzącego obok umierającego pacjenta, w ubogim domu. Postać lekarza wyraża współczucie, głębokie zamyślenie i być może bezradność wobec pacjenta którego znał przez wiele lat.
- 3) Por. Tamże.
- 4) Por. A. KUBLER, Przedmowa do wydania polskiego, w: TENŻE, dz. cyt. s. XI
- 5) Por. Tamże.
- 6) Por. dz. cyt., Wprowadzenie, s. XXVI.
- 7) Por. Tamże.
- 8) Por. Tamże.
- 9) Por. Tamże.
- 10) Por. Tamże., s. XXIX
- 11) tamże., s. 1
- 12) Tamże, Wprowadzenie, s. XXIV
- 13) tamże
- 14) Por. A. BARTOSZEK, Opieka paliatywna jako alternatywa dla eutanazji, w: P. MORCINIEC (red.), Eutanazja w dyskusji, s. 152.
- 15) Por. M. S. WATSON, C. F. LUCAS, dz. cyt., s. 14.
- 16) M. HILGIER, O bólu do bólu. Niedokończona rozmowa, Warszawa 2008, s. 77–78.
- 17) tamże, s. 84
- 18) Por. A. BARTOSZEK, Opieka paliatywna jako alternatywa dla eutanazji, w: P. MORCINIEC (red.), dz. cyt. s. 150.
- 19) JP II, Evangelium Vitae, nr 67, 1995
- 20) Por. Hospicjum, <http://pl.wikipedia.org/wiki/Hospicjum>, 07.06.2008. Pierwsze przytułki dla ubogich powstały w IV wieku, a odnoszące się do nich regulacje znalazły się już wśród uchwał soboru nicejskiego z 325 roku. Każde

miasto, pod nadzorem diakona miało stworzyć poza granicami miasta miejsce, gdzie znajdowałiby schronienie wszyscy ludzie potrzebujący pomocy. Dużą rolę w zakładaniu przytułków odegrały zgromadzenia zakonne, w tym franciszkanie i dominikanie. Szczególnie to zjawisko rozwijało się w XI i XII wieku, w związku z migracją ludzi ze wsi do miast i rozkwitem ruchu pielgrzymkowego.

- 21) tamże
- 22) tamże
- 23) tamże
- 24) tamże
- 25) Por. M. S. WATSON i inni., dz. cyt. s. 697.
- 26) Por. Tamże, s. 698.
- 27) Tamże s. 699.
- 28) Tamże, s. 700.
- 29) M. HILGIER, O bólu do bólu, dz. cyt. s. 75.
- 30) Por. E. J. TAYLOR, Co powiedzieć?, Jak rozmawiać z chorymi o duchowości, Kraków 2008, s. 15.
- 31) tamże, s. 16
- 32) E. KLEINDIENST, Opieka paliatywna jako alternatywa dla eutanazji, w: P. MORCINIEC (red.), Eutanazja w dyskusji, s. 160.
- 33) A. DYMNA, „Ślicznie pani w niebieskim”, Czy lekarz może odmówić pacjentowi pomocy? Z perspektywy pacjenta, „Medycyna Praktyczna”, 2008, nr 9, s. 163.
- 34) Tamże, s. 164.
- 35) B. KANIK, Trzymając śmierć za rękę, Kraków 2008, s. 117–118.
- 36) JAN PAWEŁ II, Godność człowieka umierającego, Z przemówienia do uczestników zgromadzenia ogólnego Papieskiej Akademii „Pro Vita”, 27.02.1999, „Gazeta Lekarska” wyd. spec. (005), s. 5
- 37) A. Ciałkowska-Rysz, Medycyna paliatywna – potrzebna jest zmiana stereotypów, „Gazeta Lekarska” nr 6/2013, s. 30

(przedruk ze „Skalpela” nr 4/13)

Współczesne dylematy bioetyczne lekarzy

Rozdział V

SPOŁECZEŃSTWO, LEKARZ A ETYKA I PRAWO

Przestrzeganie zasad współżycia społecznego jest we współczesnych społeczeństwach obywatelskich gwarantowane systemem prawnym, ale należy zaznaczyć, że zasady współżycia społecznego mają przede wszystkim wymiar etyczny, który powinien być wpajany od dzieciństwa. Standardy etyczne wykonywania zawodu lekarza należą do podstawowych zasad współżycia społecznego. Zasady te mogą różnić się biorąc pod uwagę wymiar kulturowy, ekonomiczny (zamożność społeczeństwa), wymiar geograficzny, stopień rozwoju cywilizacyjnego i technologicznego. Jesteśmy i chcemy być w Europie, więc zasady współżycia społecznego kształtujemy w oparciu o tradycyjne wartości moralne tej części świata.

Etyczne kodeksy lekarskie, normy prawa medycznego ustalają pewne standardy wykonywania zawodu lekarza. Sprowadzają się one do fundamentalnego zadania, które

często pojawia się w przepisach prawa, w orzeczeniach i uzasadnieniach wyroków sądowych, a także na ustach wielu polityków. To fundamentalne zdanie określające oczekiwania społeczne wobec pracy lekarza brzmi: ***Lekarz winien wykonywać swój zawód z należytą starannością, zgodnie z aktualną wiedzą medyczną.***

Tylko tyle i aż tyle! A jednak otacza nas skomplikowana rzeczywistość, która nie tłumaczy tych prostych, wydawałoby się, oczekiwań społecznych. Jak dochować należytą staranność? Co to jest aktualna wiedza medyczna? Spróbuję to wytłumaczyć w oparciu o wykładnię przepisu prawnego, jak i nakazu etycznego. Przepis to podstawowa jednostka redakcyjna aktu prawnego, natomiast wykładnia to proces interpretacji przepisu i ustalenia jego sensu. Wykładnia logiczno-językowa przepisu to analiza tekstu prawnego z użyciem reguł semantyki i gramatyki języka polskiego, logiki formalnej oraz lo-

giki prawniczej. Zasady postępowania lekarskiego określone są, jako działanie z należytą starannością i zgodne z aktualnym stanem wiedzy medycznej, występują jak przepis w Ustawie o zawodzie lekarza oraz w Kodeksie Etyki Lekarskiej. Inaczej mówiąc, obowiązek ten ma wymiar prawa stanowionego i kanonu etyki zawodowej. Oczywiście jest, że złamanie tego nakazu budzi odpowiedzialność prawną lekarza i zawodową (korporacyjną). Jaka jest, więc, wykładania logiczno-językowa tego zdania? Spróbujmy przyjrzeć się wykładni słowa należytą. W art. 355 kodeksu cywilnego występuje wykładnia słowa należytą, jako natężenie uwagi ogólnie wymaganej w stosunkach danego rodzaju, to także skupienie, koncentracja uwagi i działania. Inaczej rzecz biorąc należyte działanie to wiedza, co robić w danej sytuacji i cały czas kontrolować sytuację. Nasuwa się pytanie, czy należycie to gwarancja efektu działania, czy gwarantuje to brak powikłań leczenia? Co to jest działanie staranne? W art. 355 k.c. czytamy: „*dłużnik zobowiązany jest do staranności ogólnie wymaganej w stosunkach danego rodzaju*” oraz „*należytą staranność dłużnika w zakresie prowadzonej przez niego działalności gospodarczej określa się przy uwzględnieniu zawodowego charakteru tej działalności*”. Staranność to efektywność i zgodność z regułami działalności praktycznej. Od lekarza żąda się profesjonalizmu zawodowego. Jak ocenić należytą staranność w działalności zawodowej? Kryterium obiektywne oceny należytej staranności to reguły postępowania lekarskiego wymagane w sytuacji tego rodzaju, natomiast kryterium abstrakcyjne należytej staranności to zachowanie lekarza oczekiwane przez pacjenta w sytuacji tego rodzaju. Bardzo często występuje zderzenie tych dwóch ocen, które mogą być bardzo skrajne. To samo zdarzenie może być ocenione, jako prawidłowe z punktu widzenia oceny medycznej i negatywnie przez pacjenta lub jego rodzinę. Sytuacja odwrotna jest też bardzo częsta. Należy się zastanowić, czy powinien być stworzony wzorzec należytej staranności w typowych sytuacjach lekarskich. Taki wzorzec winien być zarówno standardem biegłości i umiejętności zawodowych, jak i standardem odpowiedniej uwagi i troski okazywanej pacjentowi. Standaryzacja usług medycznych jest jedyną receptą na sprawiedliwą ocenę należytej staranności według kryterium obiektywnego i abstrakcyjnego i to zarówno przez środowisko medyków, jak i pacjentów. Ocena taka musi być zasadą „*Inny lekarz postąpi tak samo w tych samych okolicznościach*”.

Zasady postępowania lekarskiego określone są, jako działanie z należytą starannością i zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej. Wskazania do działania lekarskiego możemy podzielić na wskazania względne i bezwzględne. Bezwzględne wskazania to obowiązkowe czynności lekarskie, które musi wykonać lekarz w sytuacjach danego rodzaju. Nie ma swobody wyboru. Nie wykonanie czynności obligatoryjnych może być źródłem

odpowiedzialności zawodowej, a czasem karnej lub cywilnej. Względne wskazania to możliwość wyboru postępowania lekarskiego. Rodzi się pytanie, kto dokonuje wyboru postępowania lekarskiego? Lekarz czy pacjent? Jakie jest kryterium wyboru? Skuteczność leczenia? Efektywność? A może dokonuje wyboru płatnik świadczeń biorąc pod uwagę kryterium kosztów? A może płatnikiem jest pacjent, dla którego kryterium jest efekt

kosmetyczny, metoda małoinwazyjna, itp.? Względne wskazania postępowania medycznego to najczęstsze dylematy etyczne we współczesnej medycynie. Nieodparcie odnosi się wrażenie, że we współczesnej medycynie, kryterium względnego postępowania medycznego jest wszechobecny pieniądź! Należałoby wyjaśnić, co oznacza aktualny stan wiedzy medycznej? Następujące sformułowania występują w przepisach prawnych i teżach bioetycznych:

- Najlepszy sposób postępowania lekarskiego w obecnym stanie wiedzy medycznej
- Sposób postępowania lekarskiego możliwy do zrealizowania w danych okolicznościach
- Sposób postępowania lekarskiego wynikający z przeciętnego poziomu praktyki medycznej w danym kraju
- Sposób postępowania wynikający ze standardów międzynarodowych
- Postępowanie medyczne możliwe do zastosowania zgodnie z dostępnymi metodami i środkami leczniczymi

Co wyznacza aktualność wiedzy medycznej? Wymienić należy następujące źródła wiedzy medycznej: podręczniki medyczne, z których aktualnie uczą się studenci, publikacje naukowe i monografie specjalistyczne, rekomendacje towarzystw specjalistycznych, standardy i procedury opracowane przez ekspertów, konsultantów, ordynatorów, itp.

W nomenklaturze prawnej definiuje się okoliczność, którą nazywamy przypadkiem. Przypadek to okoliczność, której nie da się przewidzieć. Jeżeli powikłanie w leczeniu będzie wynikiem przypadku, to za taką okoliczność lekarz nie odpowiada. Chociaż w takich sytuacjach powołuje się na reguły lekarskich zasad ostrożności, których przestrzeganie jest także gwarancją należytej staranności. Dotychczasowe rozważania prowadzą do dyskusji o współczesne standardy wykonywania zawodu lekarza i ramy prawno-etyczne postępowania lekarskiego. Czy lekarz musi tylko przestrzegać reguł, wzorców postępowania, standardów, procedur? Czy czeka nas algorytmizacja działań medycznych? Czy jest miejsce na sztukę lekarską? Sztuka lekarska wynika z tradycji medycyny, lecz sztuka nie rządzi się regułami, pacjenci nie są równi. Dalej jednak w potocznym języku mówimy „*błąd w sztuce lekarskiej*”. Wydaje się, że leczenie jest sztuką wyboru, nie tylko regułą, wyuczoną formułą. Pacjenci oczekują od nas, że będziemy uprawiać nasz zawód z przestrzega-

niem ustalonych reguł, ale także, że będziemy uprawiali sztukę, będziemy artystami ich duszy i ciała!

Wspomniano już w poprzednich artykułach, że społeczeństwo oczekuje od lekarzy postawy wysoce moralnej. Postawa wysoce moralna to przestrzeganie norm etycznych i obyczajowych uznawanych w danym społeczeństwie za moralne i pożądane. W lekarskich kodeksach etycznych występują zapisy o przestrzeganiu godności stanu lekarskiego. Co to oznacza? W Kodeksie Etyki Lekarskiej czytamy: „*każde postępowanie lekarskie, które narusza godność stanu lekarskiego i podważa społeczne zaufanie do zawodu, także w życiu pozazawodowym powoduje odpowiedzialność zawodową*”. Bardzo często podkreśla się, że zawód lekarza jest zawodem zaufania publicznego. Dobrze odzwierciedla to twierdzenie: „*lekarz bez kitla jest nadal lekarzem*”. Jakie zachowania naruszają godność stanu lekarskiego? Wymienię kilka typowych sytuacji, które były przedmiotem postępowań przed sądami lekarskimi. Skandale obyczajowe, których bohaterami byli lekarze takie jak: pijaństwo, burdy uliczne, awantury domowe, pornografia i prostytutka. Inne sytuacje to: kłótnie pomiędzy lekarzami, „głośnie” rozwody lekarskie, krytyka publiczna i debata polityczna. Lekarz-polityk zawsze może narazić na szwank godność stanu lekarskiego, jeżeli bezrozumnie wypowiada poglądy polityczne będące w sprzeczności z zasadami etycznymi zawodu lekarza. Niestety, niekiedy lekarze dopuszczają się różnego rodzaju przestępstw niezwiązanych z wykonywanym zawodem. Przestępstwa kryminalne przeciwko mieniu: kradzież, włamanie, rozbój. Przestępstwa kryminalne przeciwko zdrowiu i życiu: zabójstwo, pobicie, ucieczka z miejsca wypadku komunikacyjnego, nietrzeźwość w pracy. Przestępstwa gospodarcze: podatkowe, kamo-skarbowe, oszustwa, malwersacje finansowe, fałszerstwa (dokumentacja medyczna), wyłudzenia (finansowanie świadczeń z NFZ), korupcja. Oprócz oczywistej odpowiedzialności prawnej za wyżej wymienione przestępstwa, to bardzo często występuje krytyka społeczna takiego lekarza, często zajmują się takim tematem dziennikarze, media.

Ostatnim zagadnieniem, jakie chciałbym poruszyć są dylematy pomiędzy etycznym i prawnym nakazem dochowania należytej staranności w postępowaniu lekarskim a respektowanie autonomii pacjenta. Autonomia pacjenta to poszanowanie dóbr osobistych, szczególnie tych uważanych za naczelne takich jak: życie, zdrowie, wolność wyboru, poszanowanie woli. Fundamentalnym prawem przestrzegania autonomii pacjenta jest prawny i etyczny nakaz uzyskania świadomej zgody pacjenta. Poruszałem już zagadnienie świadomej zgody pacjenta na interwencję medyczną i wagę prawną-etyczną uzyskania takiej zgody. Dochowanie-należytej staranności obejmuje także tę czynność prawną, jakim jest odebranie od pacjenta prawnej zgody w sposób prawnie nieważny. Świadoma zgoda obejmuje swym zakresem tylko te czynności lekarskie, o których pacjent wie, o których

został wcześniej poinformowany. Co do ewentualnych powikłań, to można je podzielić na powikłania niewynikające z uchybień oraz na powikłania wynikłe z uchybień lekarza i reszty personelu. Z kolei wśród powikłań wynikłych z uchybień są powikłania z uchybień niezawinionych i powikłania z uchybień zawinionych przez lekarza. Zasadniczo tylko powikłania z uchybień zawinionych prowadzą do odpowiedzialności zawodowej i odszkodowawczej. Zarysowała się jednak tendencja w orzeczeniach sądowych do przypisywania winy lekarzowi także w razie powikłań, o których ryzyku pacjenta nie poinformowano. Prawnicy nazywają to „krzywdę niedoinformowania”, co powoduje roszczenie zadośćuczynienia szkód majątkowych. Niemniej powikłanie może wystąpić lub nie, więc pacjent informowany jest tylko o jego ryzyku i dotyczy to powikłań niewynikających z uchybień. Powikłania z uchybień postępowania medycznego nie są brane pod uwagę przy odbieraniu świadomej zgody z tej prostej przyczyny, że zabieg medyczny planuje się przy założeniu, że procedura medyczna będzie wykonana prawidłowo. Przyjmowane jest wtedy założenie, że zgodę odbiera od pacjenta lekarz wykonujący zabieg medyczny i umie prawidłowo go wykonać. Należy jednak dodać, że zatajenie informacji, że np. są braki sprzętu medycznego, niesprawną aparaturę medyczną, niedostatki techniczne, czy chociażby niewłaściwy stan sanitarno-epidemiologiczny pomieszczeń, w których będzie wykonywana procedura medyczna, skutkuje kwalifikacją prawną powikłania, jeżeli takie wystąpi, jako powikłanie z uchybień. Siłą rzeczy, więc powikłania z uchybień nie są objęte świadomą zgodą pacjenta. Pacjent zdecydowanie odmówi operacji, jeżeli się dowie, że ma go operować chirurg, któremu trzęsą się ręce i to na sali operacyjnej, na której odpada tynk, brakuje leków znieczulających, jest niesprawne urządzenie medyczne. Zagadnienie świadomej zgody odnosi się tylko do samego zabiegu, z uwzględnieniem ryzyka powikłań należących do natury danego schorzenia, zaawansowania choroby, stanu zdrowia, wieku, przebytych chorób, itp. Odmiernym zagadnieniem jest wystąpienie poważnych powikłań, niebędących wynikiem uchybienia, ale ryzykiem skomplikowanego zabiegu oraz powikłań, które są wynikiem przypadku. Niepoinformowanie pacjenta o wszystkich możliwych powikłaniach, które mogą wystąpić po danym leczeniu, ryzyku ich wystąpienia, powoduje, że zgoda pacjenta będzie prawnie nieskuteczna i zadaniem Sądu Najwyższego równoznaczna z brakiem zgody. W sytuacji, kiedy powikłanie wystąpiło w wyniku przypadku, czyli okoliczności, której nie da się przewidzieć, to trudno, aby odpowiadał za to lekarz. Niestety są orzeczenia sądowe próbujące winić lekarza za powikłania na skutek przypadku.

Marek NEUBERG

(przedruk z Biuletynu Okręgowej Izby Lekarskiej w Koszalinie nr 2/13)

Szanowni Państwo, zapraszamy na **VIII Ogólnopolski Zjazd Położniczo-Neonatologiczno-Pediatryczny „Zdrowie dziecka na różnych etapach jego rozwoju”**, który odbędzie się w dniach 1-4 marca 2014 r. w Szczyrku.

Patronat: Polskiego Towarzystwa Neonatologicznego i Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego Beskidzkiej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych.

Tematy, które poruszymy:

Powikłania wcześniactwa – prof. dr hab. n. med. Maria Borszewska-Kornacka

Jak rozumieć chore dziecko – mgr Ewa Buchowiecka

Ciąża młodocianych – prof. dr hab. n. med. Jerzy Sikora

Dokumentacja medyczna – dr n. prawnych Anna Augustynowicz

Późne konsekwencje nadmiernej stymulacji w okresie niemowlęcym – mgr Bożena Kierył

Medycyna szkolna i przedszkolna jako filar profilaktyki zdrowotnej dzieci – dr n. med. Krystyna Piskorz-Ogórek

Otyłość dziecięca – od przyczyny do konsekwencji – dr n. med. Paweł Matusik

Poród fizjologiczny a cięcie cesarskie – wpływ na dziecko – prof. dr hab. med. Ryszard Lauterbach

Od objawu do rozpoznania choroby nowotworowej u dziecka – dr n. med. Maria Wieczorek

Tematy Warsztatów:

Temat A - **Muzykoterapia dla matek karmiących** – Maciej Kierył, anesteziolog, muzykoterapeuta, wykładowca na Wydziale Muzykoterapii Akademii Muzycznej w Łodzi, Zakład Psychologii Zdrowia IP CZD,

Temat B - **Pomaganie wyczerpuje – skąd wziąć energię do działania?** – Zuzanna Rohn, menedżer, trener rozwoju osobistego, audytor systemu zarządzania jakością w ochronie zdrowia

Szczegóły w załączniku lub na naszej stronie www.pce.com.pl w zakładce „Zjazdy Ogólnopolskie”.

Ministerstwo Zdrowia oraz Naczelna Izba Lekarska są organizatorami projektu „**Ogólnopolskie szkolenia z zakresu funkcjonowania systemu ochrony zdrowia oraz umiejętności komunikacji, współpracy i budowania relacji z pacjentem dla lekarzy rozpoczynających pracę**” skierowanego do zatrudnionych lekarzy poniżej 35. roku życia. **Szkolenia są bezpłatne, odbywają się w atrakcyjnych miejscach i z pewnością przyczynią się do podnoszenia umiejętności społecznych lekarzy.**

Najbliższe terminy i miejsca odbywania szkoleń to:

02-07.02.2014	Hotel Faleza, Jastrzębia Góra
02-07.02.2014	Hotel Olympic, Ustroń
09-14.02.2014	Centrum Green Hill, Wisła
16-21.02.2014	Centrum Green Hill, Wisła
23-28.02.2014	Villa Aurelia, Nałęczów
02-07.03.2014	Hotel Skalny, Zakopane
02-07.03.2014	Orla Perć, Zakopane
09-14.03.2014	Hotel Dosłońce, Raclawice
16-21.03.2014	Hotel Skalny, Zakopane
16-21.03.2014	Orla Perć, Zakopane
23-28.03.2014	Hotel Faleza, Jastrzębia Góra
23-28.03.2014	Villa Aurelia, Nałęczów
23-28.03.2014	Hotel Olympic, Ustroń

Szczegółowe informacje dostępne są na stronie Realizatora Projektu www.mlodylekarz.org oraz u Organizatora www.future.edu.pl. W razie pytań prosimy o kontakt z biurem CE FUTURE tel. 32/285-63-68.

5-7.09.2014 r. **zjazd absolwentów AM Wydział Lekarski Zabrze – rocznik 1994**. Zgłoszenia i rezerwacja: Hotel „Pod Jedłami”, ul. Beskidzka 17, 43-460 Wisła, e-mail: rezerwacja@podjedlami.pl

hasło rezerwacji: Zjazd Zabrze 1994, kontakt: Bogdan Żychowicz tel. 606-121-247, Anna Pohl (Czereba) tel. 604-775-408.

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Zaodrze” w Opolu zatrudni lekarza pediatrę lub lekarza medycyny rodzinnej (także w trakcie specjalizacji) do pracy w Poradni Dziecięcej. Kontakt tel.: 77/457-33-38, 77/474-46-92.

„TAR-MED” Spółka Partnerska Lekarzy w Tarnowie Opolskim ul. Gen. Świerczewskiego 1 od dn. 1.01.2014 r. **wynajmie pomieszczenia na gabinet stomatologiczny**. Istnieje możliwość wynajmu wraz z sprzętem dotychczas używanym lub instalacją sprzętu własnego. Kontakt – 77-403-22-95 lub 608-50-90-15 i 608-50-90-16.

Sprzedam lokal po gabinecie stomatologicznym o powierzchni 24m² położony w **Ośrodku Zdrowia w Reńskiej Wsi nr 76, gmina Pakosławice**. Do lokalu przynależą udziały w części wspólnej Ośrodka oraz osobne pomieszczenia na odpady medyczne. Cena do uzgodnienia. Numer tel. 77/40-00-134 lub 513-123-396.

Dyrekcja Brzeskiego Centrum Medycznego SP ZOZ, 49-301 Brzeg ul. Mossora 1 **zatrudni:**

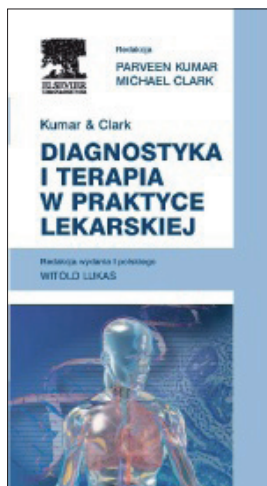
lekarza specjalistę w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii,

lekarza specjalistę w dziedzinie choroby wewnętrzne do pracy w oddziale wewnętrznym.

Warunki pracy i płacy do uzgodnienia z Dyrekcją BCM w siedzibie zakładu lub tel. kontaktowy 77/444-65-36.

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Zaodrze” w Opolu zatrudni lekarza pediatrę lub lekarza medycyny rodzinnej (także w trakcie specjalizacji) do pracy w Poradni Dziecięcej. Kontakt tel.: 77/457-33-38, 77/474-46-92.

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



Diagnostyka i terapia w praktyce lekarskiej

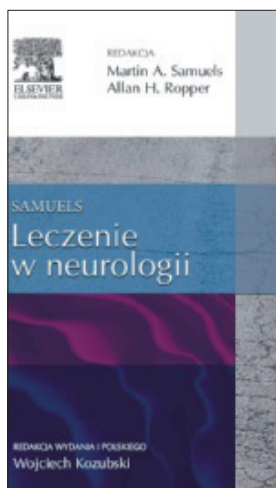
P. Kumar, M. Clark; wyd. I polskie, red. Witold Lukas; rok wydania: 2014; ISBN: 978-83-7609-09-8, format: 140x210, twarda, 844 strony, cena: 93.60 zł (208 ELS pkt);

Książka zawiera ogromny zasób wiadomości, który został przedstawiony w przejrzysty sposób, co ułatwia szybkie odnajdywanie poszczególnych zagadnień, zapamiętywanie, uczenie, a także wykorzystywanie ich w codziennej praktyce lekarskiej zarówno w warunkach klinicznych, jak i ambulatoryjnych. Na podkreślenie zasługuje umieszczenie informacji dotyczących postępowania z pacjentem na różnych etapach sprawowania opieki, zgodnie z przyjętymi strategiami, od momentu rozpoznania i leczenia w warunkach szpitalnych do fazy opieki pozaszpitalnej i uwrażliwienia na elementy opieki specjalistycznej łączonej z opieką podstawową. Książka zawiera przygotowane w sposób niezwykle uporządkowany w formie tabel i rycin schematy postępowania w różnych sytuacjach zdrowotnych. Niezwykle cenne informacje znajdują się na rycinach porządkujących aktualne standardy postępowania w ujęciu wieloaspektowym. Na uwagę zasługuje również odrębne, wskazujące na ważność problematyki, przedstawienie zasad leczenia

nia. Autorzy zestawili i skomentowali najważniejsze aspekty farmakoterapii. Niezwykle przydatne są zamieszczone skale kliniczne stanowiące doskonałe narzędzie badań przesiewowych, które mogą przyczynić się do lepszego porozumiewania lekarzy różnych specjalności, dzięki ujednoliceniu taksonomii stanów chorobowych. Autorzy rozumiejąc potrzeby lekarzy, zamieścili też zwięzłe i przejrzyste informacje dotyczące statystyki medycznej.

W publikacji: • Metody leczenia i wytyczne dotyczące postępowania z pacjentem • Farmakoterapia • Zasady chemioterapii • Zatrucia • Stany nagłe • Statystyka medyczna • Przydatne algorytmy postępowania • Tabele, ryciny i zestawienia ułatwiające zrozumienie i zapamiętanie

* * *



Leczenie w neurologii

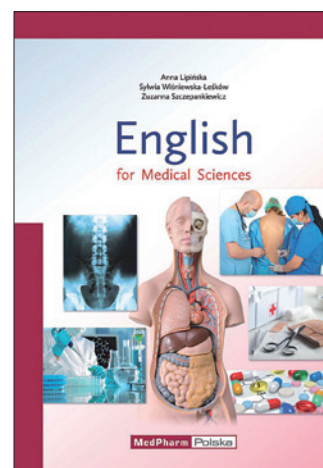
M.A. Samuels, A.H. Ropper; wyd. I polskie, red. W.Kozubski; rok wydania: 2014; ISBN: 978-83-7609-701-5, format: 135x210 mm, opr. Broszurowa, 300 stron, cena: 150.30 zł (334 ELS pkt);

Podręcznik pod redakcją profesora Martina A. Samuela, jednego z najwybitniejszych neurologów klinicznych na świecie, w wyczerpujący, a zarazem zwięzły sposób prezentuje współczesną wiedzę medyczną z zakresu neurologii. Podstawą publikacji jest praktyczne podejście do leczenia zaburzeń neurologicznych oparte na właściwym rozpoznaniu, będzie więc on przydatny

zarówno dla doświadczonych klinicystów, jak również dla młodych lekarzy chcących się specjalizować w neurologii. Książka została tak skonstruowana, aby możliwie najlepiej odzwierciedlić potrzeby lekarza stawiającego czoła problemom w swojej codziennej praktyce. W przejrzysty sposób przedstawiono diagnostykę, obraz kliniczny, różnicowanie oraz postępowanie terapeutyczne w chorobach układu nerwowego, uwzględniając postęp nauk medycznych, jaki się dokonał w ostatnich latach.

* * *

Wydawnictwo
MedPharm Polska Sp. z o.o.
53-333 Wrocław,
ul. Powstańców Śląskich 28-30
Zamówienia: tel.: 71/33 50 360,
fax: 71/33 50 361
e-mail: info@medpharm.pl,
www.medpharm.pl



English for Medical Sciences

Anna Lipińska, Sylwia Wiśniewska-Leśków, Zuzanna Szczepankiewicz; Rok wydania: 2013 r.; ISBN: 978-83-7846-030-5, format: 165x235 mm, oprawa: miękka, 386 stron, cena detaliczna: 79,00 zł, nasza cena: 69,00 zł

Podręcznik wpisuje się w dynamicznie rozwijający się rynek materiałów dydaktycznych do nauki języka specjalistycznego (English for Special Purposes). Książka koncentruje się na praktycznym użyciu języka angielskiego w kontekście medycznym, z naciskiem na anatomię i fizjologię człowieka oraz podstawową praktykę medyczną. Oparty na funkcjonalnym

nauczaniu języka, podręcznik czerpie z najnowszych trendów w metodach nauczania języków obcych bazując na rejestrze medycznym. Wykorzystując swoje długoletnie doświadczenie w pracy ze studentami Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, autorki proponują praktyczny kurs codziennego języka specjalistycznego. Po zrealizowaniu treści kursu, jego uczestnicy zdobędą kompetencje językowe pozwalające im na swobodne funkcjonowanie w środowiskach medycznych i akademickich krajów obszaru anglojęzycznego.

Najważniejsze zalety książki: • interesujące, autentyczne, nowatorskie treści, pokrywające się z profesjonalnymi zainteresowaniami słuchaczy, dzięki czemu nauka języka jest łatwiejsza; • odpowiednia proporcja języka specjalistycznego i potocznego; • wykorzystanie aktywizujących technik, zadania motywujące uczestnika kursu, skupiające się na uczniu • przejrzysty schemat książki, umożliwiający utrwalanie materiału (powtórka materiału w formie tzw. Roundup co 2 rozdziały); • wyodrębnione graficznie funkcje językowe i gramatyczne; • dużo stymulujących materiałów wizualnych; • ćwiczenia o zróżnicowanym stopniu trudności (zaznaczone gwiazdką); • konsultacja językowa i merytoryczna – Peter Kosmider-Jones, Registered General Nurse (RGN), wykwalifikowany nauczyciel CELTA.

* * *

Tom I Tietz. Medycyna Laboratoryjna w praktyce. Przypadki kliniczne

M.G. Scott, A.M. Gronowski, C.S. Eby ; Redakcja wydania I polskiego Mieczysław Woźniak; Rok wydania: 2014 r.; ISBN: 978-83-7846-047-3, format: 168x238 mm, oprawa: twarda,

408 stron: cena detaliczna: 130,00 zł, nasza cena: 115,00 zł



* * *

Tom II Tietz. Medycyna Laboratoryjna w praktyce. Przypadki kliniczne

M.G. Scott, A.M. Gronowski, C.S. Eby ; Redakcja wydania I polskiego Mieczysław Woźniak; Rok wydania: 2014 r.; ISBN: 978-83-7846-048-0, format: 168x238 mm, oprawa: twarda, 408 stron: cena detaliczna: 130,00 zł, nasza cena: 115,00 zł

Medycyna laboratoryjna jest niezbędnym narzędziem w pracy lekarzy praktyków. Umiejętny wybór metod badań laboratoryjnych i ich prawidłowa interpretacja wpływają na jakość leczenia pacjentów – diagnozę, rokowanie i długookresowe planowanie terapii.

Niniejszy podręcznik dostarcza pełnej wiedzy na temat zastosowania nowoczesnej medycyny laboratoryjnej w praktyce, przedstawionej jako zbiór przypadków klinicznych.

Opisy przypadków zostały uzupełnione o zagadnienia z zakresu diagnostyki układów i narządów, m.in. hematologii, hemostazy, dysfunkcji immunologicznych, diagnostyki molekularnej, czy toksykologicznej.

Opis każdego przypadku rozpoczyna się od przedstawienia historii cho-

roby pacjenta oraz wyników badań laboratoryjnych. W dalszej części zostały omówione relacje pomiędzy wynikami, objawami choroby i rozpoznaniem różnicowym. Całość uzupełniona jest opisem fizjopatologii choroby i sposobem leczenia.

Podręcznik zawiera ponadto informacje na temat zastosowania wielu nowych metod badań laboratoryjnych, nowych sposobów leczenia, aktualnych zaleceń dotyczących prewencji opartej na użyciu laboratoryjnych testów diagnostycznych i nowych algorytmów postępowania w medycynie laboratoryjnej.

Ponadto zostały przedstawione przykładowe czynniki mające wpływ na powstawanie błędów w procesie analitycznym, jak również w fazie niezależnej od tego procesu. Zrozumienie mechanizmów interferencji i ich wpływu na wartość mierzonego parametru pozwala na wyeliminowanie fałszywych wyników i uzyskanie wiarygodnej informacji o stanie zdrowia pacjenta.

Mamy nadzieję, że niniejsza książka pozwoli pogłębić wiedzę na temat zastosowania medycyny laboratoryjnej opartej na dowodach naukowych w praktyce i będzie przydatna w pracy zawodowej lekarzy, diagnostów laboratoryjnych i patologów.



BIULETYN INFORMACYJNY OPOLSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

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

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

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