



OPOLSKA
IZBA
LEKARSKA

Rok Założenia 1990

BIULETYN INFORMACYJNY

Październik 2015

ISSN 1426-661X

Nr 228

OPOLSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

www.izbalekarska.opole.pl



Fotografia: Janusz Lewandowski

JESTEŚ JAK CIEŃ SŁOŃCA

Ten portret ma w sobie coś ze starej fotografii. Przywołuje dawny, zaprzyszły czas, wraca do minionego wieku, pokazuje świat znikniony. Twarze tych dwojga są rozmyte, zamglone, jakby zdjęte przez amatora, który nie potrafił nastawić ostrości. Skupił się na ścianie, chyba zmylił go jej kolor – jaskrawożółty, wyrazisty, mocny – i całkiem zapomniawszy o parze na ławce. A oni siedzą upozowani, trochę sztywni i milczący. Przeoczył ich, bo brakuje im samoswoich gestów, wychylenia w stronę drugiego, muśnięcia stopą czy przypadkowego potrącenia. Są pojedynczy, osobni, każ-



Romuald Jeziorowski „Ławeczka”

de o przyciętym spojrzeniu, rzuconym chyba na odchodne. Nie próbują się zbliżyć, ręce położyli na kolanach, dłonie wstydliwie jedna na drugiej albo równiutko obok siebie, tak aby czubkami palców dotknąć kolan.

On nosi wysłużoną marynarkę (z pomiętymi klapami, podartą podszewką) i spłowiałą, rozciągniętą koszulkę. Wydłużył szyję, ściągnął łopatki, założył szylkretową gałkę na nos (sparciał gumkę zawiązał z tyłu na supeł) i błaznuje. Ona nawet na niego nie spojrzy, dobrze zna te popisy, te jego wygłupy i psoty; zgarbiła się, jakby chciała się ukryć, ocienić kapeluszem. Szczupłe ramiona zamaskowała bufiastymi rękawami, a piersi zatuszowała fałdami małej czarnej. Dlaczego zgodzili się na wspólny portret? Czy przetną go potem na pół i każde weźmie podobiznę drugiego na pamiątkę?

Obraz Romualda Jeziorowskiego przemawia przez niedopowiedzenie, osłabienie, niejasność – jest tu podwójność, ale osobna, znać bliskość, ale stłumioną, widać parę, ale rozdzieloną. Tak mówią do nas stare fotografie. Wierszem.

Piszę list opierając papier na cementowej płycie / I spoglądam równocześnie na zdjęcie w wielkim kapeluszu / Kilku moich kompanów widziało twoje zdjęcie / I sądząc że cię znam / Pytało / Kim ona jest / Ale nie umiałem odpowiedzieć – napisał równo sto lat temu, w drugim roku Wielkiej Wojny, Guillaume Apollinaire, właściwie Wilhelm Kostrowicki. Jego Genevieve-Margarita-Maria-Louisa de Pillot de Coligny-Châtillon (nazywał ją swoją najdroższą, ukochaną Lou) obiecała mu, że go odwiedzi w Nîmes. Ćwiczył tam jazdę konną i strzelanie z karabinu typu Remington-Lee. Za chwilę miał wyruszyć na front (do francuskiej armii zgłosił się jako ochotnik).

Czekał na nią w wynajętym pokoju wyklejonym tapetą w lemury i pawiany. Miał trzydzieści pięć lat i liczący się dorobek poetycki. Krytycy pochwalili jego „Piosenkę niekochanego”, „Alkohole” przyjęli chłodniej, ale za to czytelnicy wydzielali sobie tomik z rąk. Znali go bankierzy i subieci, cytowali artyści z „École de Paris”, podlotki wykradały „Alkohole” guwernantkom, mężatki dyskutowały o nich na fajfach, a kurtyzany recytowały wiersze w blasku dogasających latarni ulicznych. Bo ta poezja przemawiała ich językiem, pochodziła z ich świata.

Lou nie przyjechała. On skreślił więc krótko: *Proszę, byś przyjęła do wiadomości, że: Od tej chwili nie kocham Cię i chcę się od Ciebie uwolnić.*

* * *

Jacy są ci dwoje z obrazu – bici przez los, spychani na bocznicę, czy zwycięscy? Jak przyjmują klęski i powodzenia? Trzymają się zasad czy kluczą? Żyją uczciwie czy uprawiają sztuczki? Dokarmiają bezpańskie psy, podrzucają okruchy gołębiom, wymyślają kalambury, a może tylko piją i głupieją? Kim oni są? Czy to artysta i jego muza? (jegośność z kulka na nosie przypomina odchudzonego Apollinaire’a, a dama w kapeluszu z powodzeniem może udawać Lou). Ale czy warto próbować odczytać ich tożsamość? Porównywać oczy, kształt uszu, szukać znaków szczególnych? Może wystarczy spojrzeć i trawestując poetę, napisać: *W tobie / Portrecie / Są omdlałe dźwięki / Słuchać w nich / Śpiew z deklamacją / Portrecie jesteś jak cień / Słońca.*

Agnieszka KANIA

Tekst ukazał się w opolskim dodatku do „Gazety Wyborczej”.





Za nami zostały upalne dni lata, rozpoczęła się jesień i powoli zbliżamy się do końca tego roku. Przed nami jeszcze gorączka wyborcza i kolorowe confetti obietnic poszczególnych ugrupowań politycznych, które zakończą się pod koniec tego miesiąca wyborami. Jakie one będą? Wg stanu na połowę września (kiedy piszę te słowa) wygląda na to, że dojdzie do zmiany głównych aktorów na naszej scenie politycznej. Czy jednak tak się stanie – zobaczmy! Wokół nas (mówię o naszym starym kontynencie) i tak jest wiele zamieszania, więc to jedno więcej nie stanowi dramatu. Dla nas – myślę tu o naszym zawodzie – chyba niewiele się zmieni, choć presja płacowa pielęgniarek może sprawić nam wszystkim niezłego figła w postaci rozbuchania huśtawki płacowej w ochronie zdrowia. No, ale to jeszcze przed nami!

W bieżącym numerze Biuletynu mowa będzie o planach powołania w Opolu Wydziału Lekarskiego i związanych z tym reperkusjami. Głosem w tej dyskusji niech będzie materiał o współzależnościach pomiędzy szpitalami i uczelniami medycznymi w ośrodkach akademickich, który pomieszczam w tym numerze. Będzie też powrót do sprawy klauzuli sumienia i alarmującej sytuacji w antybiotykoterapii. Znajdziecie również tekst o operacjach na kręgosłupie (jestem dokładnie tego samego zdania, co rozmówca P. Redaktora) oraz kolejne informacje prawne przydatne w codziennej praktyce zawodowej. I to tyle – żegnam się do następnego numeru.

Jerzy B. LACH

UWAGA!!! ZBLIŻA SIĘ KOLEJNY STRESS!!!

Drogie Koleżanki i Drodzy Koledzy!

Kiedy przed dwoma laty wraz z Rysiem Ściborskim wpadliśmy na szalonego pomysłu reaktywowania po 23 lata niebytu Stressowego (zawsze przez dwa „s”) Złazu Medyka, wydawało nam się, że będzie to tylko jednorazowy „ryk duszy” starych turystów. Kiedy jednak na przełomie maja i czerwca 2014 r. spotkaliśmy się wszyscy w Starym Gierałtowie okazało się, że takich samych zapaleńców – chcących jeszcze raz poczuć, jak to bywało za studenckich lat – jest grubo powyżej setki. W trakcie rozmów z wieloma złazowiczami byliśmy ciągle zasypany pytaniem czy to tylko jednorazowa impreza, czy też spotkamy się jeszcze w przyszłości. A kiedy, na dodatek, po występie Jurka Filara i Wolnej Grupy Bukowina prawie do rana trwało turystyczne jam-session, to właściwie każdy z jego uczestników dopominał się, by spotkać się na złazowych trasach znowu za rok. Wtedy to publicznie przyrzekliśmy, że co prawda nie za rok, ale za dwa lata znowu spotkamy się na szlakach turystycznych Stressowego Złazu Medyka.

I właśnie teraz nadeszła pora, aby przekazać Wam wszystkim miłą wiadomość. Otóż kolejny XXVII już (a może raczej II Reaktywowany) Stressowy Złaz Medyka odbędzie się w dniach 27-29 maja przyszłego (2016) roku. Naszą bazą noclegową będzie hotel „Szarotka” w Zieleńcu. Jeśli ktoś będzie chciał przybyć na miejsce już w dniu Bożego Ciała (tj. 26 maja) – będzie to oczywiście możliwe. Na razie to wszystkie wiadomości, które chcielibyśmy Wam wszystkim przekazać, choć szyszkujemy dla wszystkich moc atrakcji. Wyglądajcie dalszych informacji w kolejnych Biuletynach w najbliższych miesiącach.

Pozdrawiamy i zapraszamy w maju przyszłego roku do Kotliny Kłodzkiej!!

Jerzy B. LACH i Ryszard ŚCIBORSKI

SZPALTA PREZESA



Koleżanki i Koledzy!

W połowie sierpnia odbyło się w Opolu spotkanie z Ministrem Zdrowia, prof. Marianem Zembałą. Zostałem poproszony o przygotowanie na to spotkanie prezentacji na temat szkolenia kadr medycznych w naszym województwie, z uwzględnieniem powstania w Opolu Wydziału Lekarskiego (zawartość prezentacji znajdziecie poniżej). W komentarzu do niej zwróciłem uwagę na kilka istotnych spraw.

O ile w latach poprzednich liczba stażystów w naszym województwie mieściła się w przedziale 20–30 osób, to w październiku tego roku staż rozpoczną 52 osoby (w prezentacji jest liczba 48, bo tyle zgłoszeń było wówczas, a do czasu pisania tego tekstu doszły jeszcze kolejne 4 osoby – i nie mam pewności, czy jest to już koniec listy). To, czy wszystkie one rozpoczną specjalizację w naszym województwie, a przede wszystkim – czy po jej ukończeniu znajdą na tym terenie zatrudnienie, będzie dobrą „próbą biologiczną” idei, która rozpoczęła dyskusję o własnym wydziale lekarskim – jak zwiększyć liczbę lekarzy pracujących na Opolszczyźnie?

W prezentacji tej odniosłem się również do zmian w otwieraniu specjalizacji, które wprowadziła nowelizacja ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, przeforsowana przez parlament w ubiegłym roku bez jakichkolwiek konsultacji ze środowiskiem medycznym. Nowelizacja ta przeprowadzona został w ramach tzw. ustaw okołobudżetowych (ustaw opisujących, jak w danym roku należy realizować uchwalony budżet), które nie wymagają zasięgania opinii w samorządzie lekarskim. Naczelna Rada Lekarska zgłosiła oczywiście swój sprzeciw wobec takiego procedowania, ale nie odniósł on niestety żadnego skutku. Chodzi o przepis prawa, który mówi, że osoba, która zostanie zakwalifikowana do odbywania specjalizacji w ramach rezydentury, nie może już nigdy więcej ubiegać się o rezydenturę – czyli jeżeli po pewnym czasie zorientuje się, że jednak wybrana specjalizacja jej „nie leży” i chciałaby ją zmienić, to będzie musiała tę kolejną specjalizację robić już w trybie pozarezydenckim (czytaj: na etacie – a gdzie go znaleźć?; albo na wolontariacie – ale skąd na to wziąć pieniądze?). Ta zmiana prawna sprawiła, że po raz pierwszy od kilku lat liczba osób, które wiosną rozpoczęły specjalizację była mniejsza od liczby przyznanych przez Ministra rezydentur. Wyraziłem obawę, że podobnie może się stać jesienią. Liczba rezydentur, które będą rozdzielone w skali kraju to aż 4.915. Czy na wszystkie znajdą się chętni?

Kończąc swoją prezentację podkreśliłem, że Opolska Izba Lekarska nie jest przeciwna idei powstania w Opolu Wydziału Lekarskiego, jednak pod warunkiem, że zostanie zapewniony odpowiedni poziom szkolenia. Bo wiem w tej dziedzinie, jak w mało której, powiedzenie „nie ilość lecz jakość” powinno przyświecać wszystkim działaniom organizacyjnym.

Jerzy JAKUBISZYN

* * *

KSZTAŁCENIE KADR MEDYCZNYCH DLA POTRZEB REGIONU Z UWZGLĘDNIENIEM ORGANIZACJI WYDZIAŁU LEKARSKIEGO W OPOLU

1. Liczba lekarzy na 10.000 mieszkańców (dane OECD z 2011 r.)

- Grecja – 61,
- Polska – 22,
- Średnia – 31.

Tylko 3 kraje – Korea Płd., Turcja i Chile mają mniej lekarzy niż Polska.

2. Liczba lekarzy ze specjalizacją na 10.000 mieszkańców (dane OECD z 2011 r.)

- Grecja – 36,
- Polska – 18,
- Średnia – 19.

Mniej mają m. in. Francja, Finlandia i Kanada.

3. Liczba lekarzy na 10.000 mieszkańców w poszczególnych województwach (dane GUS z 2011 r.)

- Mazowieckie – 26,
- Opolskie – 18,
- Wielkopolskie – 14 (*tylko w tym województwie jest mniej lekarzy, niż w woj. opolskim*).

4. Dane z rejestru Opolskiej Izby Lekarskiej dotyczące wieku lekarzy (stan na 31 lipca br.)

- **Do 40 lat** – 463 (kobiety – 273, mężczyźni – 190),
- **41–50 lat** – 575 (kobiety – 296, mężczyźni – 279),
- **51–60 lat** – 649 (kobiety – 324, mężczyźni – 315),
- **61–65 lat** – 237 (kobiety – 128, mężczyźni – 109),
- **66–70 lat** – 181 (kobiety – 107, mężczyźni – 74),
- **Powyżej 70 r. ż.** – 384 (kobiety – 188, mężczyźni – 196).

5. Dane z rejestru Opolskiej Izby Lekarskiej w odniesieniu do liczby lekarzy 4 podstawowych specjalności (stan na 31 lipca br.)

- **Do 40 lat:** interna – 42, chirurgia – 6, pediatria – 11, ginekologia – 12
- **41–50 lat:** interna – 168, chirurgia – 69, pediatria – 43, ginekologia – 28,
- **51–60 lat:** interna – 153, chirurgia – 109, pediatria – 63, ginekologia – 57,
- **61–65 lat:** interna – 54, chirurgia – 47, pediatria – 29, ginekologia – 27,
- **66–70 lat:** interna – 48, chirurgia – 31, pediatria – 19, ginekologia – 16,
- **Powyżej 70 r. ż.:** interna – 79, chirurgia – 40, pediatria – 28, ginekologia – 40.

6. Zmiany liczby lekarzy w rejestrze OIL w ostatnich latach

Rok	Przeniesienia z innych izb	Przeniesienia do innych izb	zgony
2011	16	14	17
2012	21	12	34
2013	28	3	16
2014	41	6	23
I poł. 2015	12	9	8

7. Liczba lekarzy odbywających staż poddyplomowy na terenie Województwa Opolskiego

Rok	Liczba stażystów	Rozpoczęcie specjalizacji bezpośrednio po stażu
2010/2011	22	13
2011/2012	21	12
2012/2013	25	19
2013/2014	21	15
2014/2015	28	?

8. 1 października 2015 r. staż rozpocznie 48 lekarzy
9. W jednostkach ochrony zdrowia Województwa Opolskiego jest 609 miejsc szkoleniowych – aktualnie (stan na 31 lipca 2015 r.) 226 z nich jest wolnych.
10. W ostatnich 4 postępowaniach kwalifikacyjnych specjalizację rozpoczęło:
- Jesień 2013 – 53 osoby, 6 zrezygnowało, przystąpiło do nowych postępowań,
 - Wiosna 2014 – 30 osób,
 - Jesień 2014 – 77 osób, 1 zrezygnowała, przystąpiła do nowego postępowania,
 - Wiosna 2015 – 26 osób, 3 zrezygnowały.
11. Rezydentury przydzielone w 4 ostatnich postępowaniach kwalifikacyjnych:
- Jesień 2013 – 42
 - Wiosna 2014 – 20
 - Jesień 2014 – 67
 - Wiosna 2015 – 58

12. W postępowaniu jesiennym powinno zostać przyznanych ok. 150 rezydentur (*wiosną w skali kraju było 1.612, jesienią ma być 4.915*).

13. Liczba lekarzy zatrudnionych na etatach (bez stażystów i rezydentów):

- a) WCM Opole
- 31 grudnia 2011 r. – 157 osób,
 - 30 czerwca 2015 r. – 144 osoby.
- b) Szpital Wojewódzki
- 31 grudnia 2011r. – 66 osób,
 - 30 czerwca 2015 r. – 62 osoby.

14. Liczba lekarzy zatrudnionych na kontraktach:

- a) WCM Opole
- 31 grudnia 2011 r. – 54 osoby,
 - 30 czerwca 2015 r. – 80 osób.
- b) Szpital Wojewódzki
- 31 grudnia 2011 r. – 45 osób,
 - 30 czerwca 2015 r. – 55 osób.

CO SŁYCHAĆ W IZBIE

OKRĘGOWA RADA LEKARSKA W SIERPNIU

W dniu 5 sierpnia br. odbyło się kolejne spotkanie Rady Okręgowej. Program posiedzenia zawierał następujące pozycje:

1. Przyznanie praw wykonywania zawodu.
2. Podjęcie uchwały w sprawie przeprowadzenia przeszkolenia osoby, mającej uprawnienia felczera, która nie wykonywała zawodu przez okres dłuższy niż 5 lat.
3. Rejestracja podmiotów prowadzących szkolenie dyplomowe 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. Zaopiniowanie kandydatury dr n. med. Pawła Chudoby na stanowisko Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie transplantologii klinicznej.
9. Powołanie komisji przetargowej dla wyłonienia wykonawców remontu siedziby OIL.
10. Sprawozdanie członków Rady z działalności pomiędzy posiedzeniami.

11. Sprawy różne i wolne wnioski

Ad 1.

O wpis na listę członków naszej Izby zwrócili się:

- lek. Maciej Pasięka – przeniesienie z Izby Lekarskiej w Szczecinie;
- lek. Andreas Heider – przeniesienie ze Śląskiej Izby Lekarskiej.

Uchwały przyjęto jednogłośnie.

Ad 2.

Rada, przy 1 głosie przeciwnym i 4 wstrzymujących, podjęła uchwałę dotyczącą przeszkolenia osoby mającej uprawnienia felczera, która nie wykonywała zawodu przez okres dłuższy niż 5 lat. Przeszkolenie odbywać się będzie w Szpitalu w Nysie. Uzgodniono, że Prezes – po zapoznaniu się z uprawnieniami felczera, wynikającymi z ustawy o zawodzie felczera – drogą mailową prześle członkom Rady plan stażu.

Ad 3.

Do Izby zwróciła się firma MARKU M. Krawczyk sp. j. z Częstochowy, która w dn. 4 września br. przeprowadzi dla lekarzy dentystów szkolenie „Włókna szklane everStick C&B i Gaenial Universal Flo – idealne po-



łączenie”. Podjęto uchwałę o spełnianiu warunków do prowadzenia szkolenia.

Ad 4.

Brak wniosków.

Ad 5.

Do Funduszu Samopomocy wpłynęły dwa podania o zapomogę. W jednym przypadku nie upłynęło jeszcze 8 miesięcy od wypłaty poprzedniego świadczenia i – zgodnie z regulaminem – sprawę odłożono. W drugim przypadku zapomogę przyznano przy 2 głosach wstrzymujących.

Ad 6.

Dyrektor Regionalnego Ośrodka Psychiatrii Sądowej w Branicach zwrócił się z prośbą o wyznaczenie przedstawiciela samorządu do komisji konkursowej mającej na celu wyłonienie kandydata na stanowisko Przełożonej Pielęgniarek. Rada wytypowała lek. Antoniego Junoszę-Szaniawskiego.

Ad 7.

Brak wniosków.

Ad 8.

Dr n. med. Paweł Chudoba jest specjalistą w dziedzinie transplantologii klinicznej, a także posiada II stopień specjalizacji z chirurgii ogólnej oraz chirurgii naczyniowej. W 1998 r. uzyskał tytuł doktora nauk medycznych na Wydziale Lekarskim Kształcenia Podyplomowego Akademii Medycznej we Wrocławiu. Obecnie jest zatrudniony na stanowisku adiunkta w Klinice Chirurgii Naczyniowej, Ogólnej i Transplantacyjnej Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu. Rada nie wniosła zastrzeżeń do tej kandydatury.

Ad 9.

Jednogłośnie powołano komisję przetargową w składzie: przewodniczący Stanisław Kowarzyk, członkowie:

Jerzy Jakubiszyn, Barbara Hamryszak, Zbigniew Kowalik, Małgorzata Łuszczyńska-Ostrowska, Stanisław Chruszczyk, mec. Anna Krause (radca prawny) i inż. Tadeusz Bednaszyński (inspektor nadzoru).

Ad 10.

Kol. Chowaniec uczestniczył w posiedzeniu Komisji Seniorów Naczelnej Izby Lekarskiej i poinformował o organizowanych we wrześniu br. przez NIL w Rabce-Zdroju jednotygodniowych wczasach dla 60 lekarzy seniorów.

Ad 11.

Lek. A.B. zwrócił się o refundację kwoty 281,30 zł, którą został obciążony przez OOW NFZ w 2013 r., kiedy to obowiązywała uchwała ORL pozwalająca zrefundować kwoty obciążeń na rzecz OOW NFZ. Obciążenia te związane były z wystawianiem refundowanych recept przez lekarzy, którzy nie mieli aktualnych umów na recepty. Ponieważ uchwała podjęta była jeszcze w poprzedniej kadencji, na wniosek księgowej podjęto jeszcze raz uchwałę o refundacji tej kwoty. Uchwałę przyjęto jednogłośnie.

Prezes przedstawił terminy posiedzeń Prezydium i Rady Lekarskiej w II półroczu 2015 r. Członkowie Prezydium spotkają się: 16 września, 7 października, 4 i 18 listopada i 9 grudnia. Natomiast Rada zbierze się: 23 września, 14 października, 25 listopada i 16 grudnia 2015 r.

Na tym posiedzenie zakończono.

Sekretarz ORL

lek. dent Barbara HAMRYSZAK

Prezes ORL

dr n. med. Jerzy JAKUBISZYN

SPRAWOZDANIE Z POSIEDZENIA KOMISJI STOMATOLOGICZNEJ OIL W OPOLU

W dniu 7 września br. w siedzibie OIL w Opolu odbyło się kolejne posiedzenie KS. Przewodnicząca dr J. Smerkowska-Mokrzycka powitała zebranych i przystąpiła do omawiania bieżących informacji.

2 lipca 2015 r. z inicjatywy KS NRL w siedzibie NIL odbyła się konferencja prasowa dotycząca opieki stomatologicznej nad osobami starszymi.

5 sierpnia 2015 r. Prezydium NRL spotkało się z Ministrem Zdrowia prof. M. Zembalą. Przewodnicząca przedstawiła krótkie sprawozdanie z tego spotkania. Dotyczyło ono kontynuowania rozmów nad postulatami przekazanymi przez NRL do MZ pod koniec czerwca:

- możliwość rewizji przepisów wprowadzających pakiet onkologiczny,

- poprawa jakości i dostępności do świadczeń geriatrycznych,
- wykreślenie z listy produktów farmaceutycznych na receptę produktów homeopatycznych,
- poprawa finansowania uczelni medycznych na kierunkach lekarskim i lekarsko-dentystycznym w ramach studiów stacjonarnych w języku polskim,
- podjęcie negocjacji w sprawie zwrotu izbom lekarskim kosztów ponoszonych na wykonywanie zadań przejętych przez samorząd lekarski od administracji publicznej,
- przywrócenie stażu podyplomowego,



- zniesienie limitów punktów edukacyjnych dla lekarzy i lekarzy dentystów w poszczególnych zakresach doskonalenia zawodowego,
- zapewnienie przez MZ kontynuacji szkoleń dla lekarzy i lekarzy dentystów z zakresu umiejętności porozumiewania się z pacjentami i współpracownikami.

Poświęcono też sporo czasu na stomatologię. MZ skupia szczególną uwagę na opiece stomatologicznej nad dziećmi z naciskiem na opiekę szkolną. KS NRL postulowała liberalizację przepisów dotyczących obowiązku prowadzenia list oczekujących w zakresie stomatologii, wprowadzenie odpowiedniego rozporządzenia dotyczącego promieniowania jonizującego oraz przedstawiła problem systematycznie malejących nakładów publicznych na stomatologię w Polsce (NFZ przeznacza tylko 45 zł rocznie na jedną osobę na leczenie stomatologiczne).

Zespół ds. NFZ KS NRL opiniował projekt rozporządzenia dotyczącego warunków umów z NFZ. Podniesiono kwestię wysokości kar niewspółmiernie wysokich do przewinienia (wysokość kary ma wzrosnąć do 2% wartości kontraktu za drobne uchybienie ze strony świadczeniodawcy).

Przewodnicząca omówiła projekt MZ zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych w stomatologii. Przedstawiła uwagi do projektu rozp. autorstwa dr B. Hamryszak – zgłaszała postulaty i swoje opinie dotyczące opieki stomatologicznej w szkole.

Prezes NRL M. Hamankiewicz zwrócił się do MZ z prośbą o ponowne rozpatrzenie możliwości uchylenia przepisów wprowadzających zakaz dostępu do pytań testowych obowiązujących na Lekarskim Egzaminie Końcowym i Lekarsko-Dentystycznym Egzaminie Końcowym oraz Państwowym Egzaminie Specjalizacyjnym. MZ podtrzymuje swoje stanowisko w tej kwestii.

Opracowanie wspólnego stanowiska na podstawie ankiety poparcia proponowanych zmian w koszyku świadczeń gwarantowanych w stomatologii.

Przewodnicząca poinformowała zebranych o piśmie wystosowanym przez OIL w Opolu do firmy odbierającej i odpowiedzialnej za utylizację zakaźnych odpadów medycznych (Remondis Medison), dotyczącym zamiaru pobierania opłat za wydanie druku DPU (treść pisma dostępna jest na stronie Izby). Na chwilę obecną nie było jeszcze odpowiedzi.

Szkolenia:

- 10-12.09.2015 r. CEDE Poznań;
- 2-3.10.2015 r. Jesienne Podlaskie Spotkania Stomatologiczne w Białowieży;
- 16-17.10.2015 r. XXI Expodent 2015 w Toruniu;
- Firma Amader organizuje w Opolu kursy:
- „Wypełnianie kanałów korzeniowych na ciepło i na zimno” – 26.09.2015 r. – koszt 350 zł,
- „Protetyka bez metalu” – 24.10.2015 r. – koszt 250 zł,
- „Odbudowa estetyczna za pomocą włókien” – 5.12.2015 r. – koszt 350 zł.
- Firma Meditrans organizuje kurs:
- „Kompleksowe leczenie endodontyczne” – 13.09.2015 r.
- „Implanty w każdym gabinecie” – 17.10.2015 r. w Opolu – koszt 590 zł.
- Protetyka, endodoncja i estetyka – Miedzeszyn 9-11.10.2015 r.;
- Kurs Quintesence nt. implantów – Warszawa 19-22.11.2015 r.

W wolnych wnioskach dr W. Latała zaproponował kandydaturę dr Anny Szczombrowskiej do Prymariusza Opolskiego. KS OIL Opole jednogłośnie poparła ten wniosek.

Sekretarz KS

Lek. stom. Anna ADAMSKA

Przewodnicząca KS

Lek. stom. Jolanta SMERKOWSKA-MOKRZYCKA

NAJWIĘKSZY RYCERZ ŚREDNIOWIECZNEJ EUROPY – JAN LUKSEMBURSKI ZWANY ŚLEPYM (1296–1346)

W roku 1306 wygasła tragicznie w Czechach dynastia Przemyślidów, spokrewnionych przez Dobrawę, żonę Mieszka I z polskimi Piastami. Jak do tego doszło?

Otóż przedostatnim Przemyślidem był król czeski Wacław II (1272-1305), który prowadził wieloletnią wojnę o tron krakowski z Władysławem Łokietkiem. Ostatecznie Wacław II koronował się na króla Polski w roku 1300 i pojął za żonę Ryksę Elżbietę, córkę króla pol-

skiego Przemysława II zamordowanego w Rogoźnie przez Brandenburczyków w roku 1296.

Po jego śmierci (21 czerwiec 1305) wstąpił na tron czeski jego syn Wacław III, który w następnym roku (4 sierpień 1306) w Ołomuńcu został zabity uderzeniami miecza. Zarówno sprawca, jak również zleceniodawcy nie zostali nigdy wykryci. Właśnie na Wacławie III wy-



gasła dynastia Przemyślidów, która rządziła w Czechach przez kilka wieków.

Dopiero w roku 1320 Władysław Łokietek po dwóch wiekach rozbitcia dzielnicowego został koronowany na króla krakowskiego (nie został nigdy – o czym nie wielu wie – królem Polski). Dynastia Piastów przetrwała jeszcze 50 lat, kiedy zmarł syn Władysława Łokietka Kazimierz Wielki, nie pozostawiając po sobie ślubnego potomka męskiego (mimo, że miał cztery żony).

W tym czasie na drugim końcu Europy Henryk władca niewielkiego księstwa Luksemburga został wybrany na cesarza Niemiec i przybrał imię Henryka VII (1275-1313). Kiedy Czesi po śmierci Wacława II i Wacława III zaczęli poszukiwać męża dla ostatniej Przemyślidówny królowny Elżbiety, cesarz Henryk VII wyraził zgodę na jej małżeństwo z swoim 14-letnim synem Janem (urodzonym w roku 1296). Po ich ślubie Jan Luksemburski wstąpił na tron czeski w roku 1310, zaś cesarz Henryk VII udał się do Rzymu aby oficjalnie koronować się na władcę Świętego Cesarstwa Rzymskiego, gdzie nagle i niespodziewanie zmarł połykając komunikant zatruty śmiertelnym jadem.

Największą pasją Jana Luksemburskiego było uczestnictwo w turniejach rycerskich, które organizował m. in. w Pradze. Kilkakrotnie brał udział w turniejach rycerskich na zaproszenie Krzyżaków w Toruniu, jak również w krucjatach przeciwko poganom na Litwie i Prusach, ponieważ nie wchodziły już w rachubę wyprawy krzyżowe do Ziemi Świętej po upadku Królestwa Jerozolimskiego.

Jan Luksemburski zamierzał swoją ukochaną córkę Małgorzatę wydać za króla Kazimierza Wielkiego, który w tym celu przybył do Pragi w czerwcu 1341. Jednak po miesiącu Małgorzata 11 lipca 1341 r. nagle zmarła, rzekomo przerażona postacią „rozpustnego pół poganina”.

Jan Luksemburski uchodził równocześnie za niezwykle aktywnego polityka, nieustannie przemieszczając się pomiędzy Pragą, Rzymem i Paryżem. Jednym z największych osiągnięć politycznych Jana Luksemburskiego było przyłączenie do Czech Śląska. Kazimierzowi Wielkiemu zarzuca się, że zainteresowany ziemiami wschodnimi (Ruś Czerwona) i Pomorzem odstąpił Janowi Luksemburskiemu Śląsk. Tym czasem to wszyscy książęta śląscy podziwiając dokonania rycerskie i polityczne Jana Luksemburskiego sami zwrócili się do niego oddając mu hołd z prośbą, aby wziął ich pod swoją opiekę.

Niestety po czterdziestym roku życia Jan Luksemburski zaczął ślepnąć, na nic zdały się ówczesne próby leczenia, w końcu całkowicie stracił wzrok. Jednak jego zamiłowanie do walk rycerskich spowodowało, że wziął udział w jednej z ostatnich bitew „Wojny Stuletniej” (1337-1453) po stronie swojego przyjaciela króla francuskiego pod miejscowością Crecy w roku 1346. Ponieważ



Jan Luksemburski

był całkowicie ślepy kazał się przywiązać do swojego konia. Angielscy łucznicy króla Henryka V (słynny film z Lawrensem Olivierem w roli tytułowej wg powieści Williama Szekspira pod tym tytułem) zdiełkowali żołnierzy francuskich, poległ również największy rycerz średniowiecznej Europy – Jan Luksemburski.

Syn Jana Luksemburskiego Karol (1316-78) został wybrany cesarzem niemieckim i przybrał imię Karola IV. Na jego koronacji na pierwszych miejscach zasiadali książęta śląscy. Za czasów Karola IV nastąpił naj-

większy rozkwit stolicy Czech – Pragi. Powstał największy w Europie zamek królewski na Hradczanach z trzema dziedzińcami i Katedrą św. Wita. Wełławę połączył najpiękniejszy w Europie most nazwany jego imieniem. Jego imię nosi jedna z najstarszych uczelni w Europie Uniwersytet Karola, wreszcie znane wyjątkowo piękne czeskie uzdrowisko nazwano Karlovymi Varami.

Stosunki Karola IV z panującym wówczas z Polsce Kazimierzem Wielkim były bardzo dobre i przyjacielskie. Kiedy powstała tzw. Liga Antyturecka z Karolem IV na czele Kazimierz Wielki gościł ją w Krakowie m. in. na słynnej uczcie „U Wierzyńka”, podczas której na polecenie Karola IV najwyższe miejsce zajmował Kazimierz Wielki (rok 1363). Zorganizowany wówczas na Wawelu turniej rycerski wygrał król Cypru.

W tym samym roku Kazimierz Wielki gościł na zaproszenie cesarza Karola IV w Pradze, gdzie zakochał się we wdowie po praskim mieszczaninie pięknej Krysztynie Rokiczanie, która wkrótce została jego trzecią żoną. To małżeństwo zakończyło się jednak szybko i tragicznie (co opisałem w swojej książce „Żony władców i królów polskich”), kiedy odkrył, że ona nosi perukę z powodu całkowitej łysiny i świerzbu głowy. Wtedy wygnał ją z Wawelu.

Dr hab. n. med. Janusz KUBICKI

Wyrazy głębokiego współczucia
z powodu śmierci

OJCA

Panu Ordynatorowi Oddziału
Ginekologiczno-Położniczo-
Noworodkowego PCZ w Kluczborku

**dr n. med. Markowi Rajcy
i jego Rodzinie**

składają:
lekarze Oddziału
Gin-Pol-Now PCZ
w Kluczborku

ŻEGLARZE LEKARZE NA JEZIORZE MIEDWIE



Już po raz 12 odbyły się Mistrzostwa Polski Izb Lekarskich w Żeglarskim w klasie *Omega*. Organizatorem tej imprezy jest OIL w Szczecinie i dwie wspaniałe Haliny – Teodorczyk i Ey-Chmielewska. Także po raz 12 brała w nich udział załoga naszej Izby.

Mistrzostwa odbyły się w dniach 19-21 czerwca 2015 r. na Jeziorze Miedwie, niedaleko Stargardu Szczecińskiego. Jest to 5-te co do wielkości jezioro w Polsce, jego głębokość to 43,8 m. Położone jest na wysokości 14 m n.p.m., co daje największą w Polsce kryptodepresję. Ciekawostką jest, że podczas II wojny światowej funkcjonowała tu torpedownia pracująca dla Luftwaffe i Kriegsmarine. Jest to teren do uprawiania sportów wodnych i do eksploracji nurkowej.

W tegorocznych zawodach brało udział 8 załóg – 4 reprezentujące OIL w Szczecinie i 4 z reszty kraju. Biegi rozgrywane były systemem przesiadkowym (każda z załóg kolejne biegi pływała na innej łódce, a zmiany łódek odbywały się na wodzie przy łodzi pomocniczej).

Niestety tym razem pogoda nie była łaskawa i nas nie rozpieszczała – chłodno, mokro, ale wietrznie. Słońca jak na lekarstwo. Zresztą nie po to tu przyjechaliśmy.

Pierwszego dnia przeprowadzono 4 biegi, a drugiego 6 biegów. Okazało się, że stawka jest bardzo wyrównana. Różnice między poszczególnymi załogami wynosiły 1-2 punkty. Do końca nie wiadomo było, jakie będą ostateczne wyniki. Po dwóch dniach nasza załoga zajmowała II miejsce, po załodze ze Szczecina (2 punkty), a przed załogą z Beskidzkiej IL (1 punkt) i Warmińsko-Mazurskiej IL (2 punkty).

Rozstrzygnięcie nastąpiło trzeciego dnia po 2 biegach finałowych. Niestety nie udało nam się obronić II miejsca i uplasowaliśmy się na najniższym stopniu podium po załogach z OIL w Szczecinie i Beskidzkiej IL.

Ale nie tylko pływaniem żyje brat żeglarska. Lubimy też się bawić i biesiadować. A biesiada bez kapeli i szant – to nie biesiada. Trzeba coś dla ciała i dla ducha. Tym duchem był występ formacji szantowej „North West Passage” z Brzegu, której leaderem jest nasz sternik Jasiak Pikor.

Mamy nadzieję za rok spotkać się znowu na XIII Mistrzostwach Izb Lekarskich w Żeglarskim. A hoj!

Sylwester J. PIKOR, Jolanta KORJAT i Anna ADAMSKA



Kolejny bieg regatowy



North West Passage w akcji

PLAN SZKOLEŃ PROWADZONYCH W RAMACH KOMISJI KSZTAŁCENIA OIL NA II PÓŁROCZE 2015 r.



Termin	Kierownik naukowy	Temat	Miejsce szkolenia
2.X.2015 r. piątek, godz. 11:00	Dr n. med. Andrzej Bunio Konsultant Wojewódzki w dziedzinie geriatrii	Geriatrya – neurofizjologia	Opolska Izba Lekarska Opole ul. Grunwaldzka 23
5-9.X.2015 r. poniedziałek–piątek godz. 9:00 ¹	Dr n. med. Kazimierz Drosik Konsultant Wojewódzki w dziedzinie onkologii klinicznej	Onkologia (dla lekarzy w trakcie specjalizacji z chorób wewnętrznych)	Opolskie Centrum Onkologii Opole ul. Katowicka 66A
9.X.2015r. piątek godz. 12:00	Dr Wiesława Błudzin Konsultant Wojewódzki w dziedzinie chorób zakaźnych	Turystyka a choroby tropikalne – narażenie, zapobieganie	Opolska Izba Lekarska Opole ul. Grunwaldzka 23
16.X.2015 r. piątek godz. 10:00 ²	Mgr inż. Mariusz Szlachetko	Prowadzenie dokumentacji medycznej za pomocą programu mMedica (dla lekarzy dentyistów – maks. 25 osób)	Opolska Izba Lekarska Opole ul. Grunwaldzka 23
23.X.2015 r. piątek godz. 10:00 ²	Mgr Wojciech Krówczyński Grawena Edu-Kraków	Doskonalenie standardów bezpieczeństwa przetwarzanych danych osobowych w praktyce lekarza stomatologa	Opolska Izba Lekarska Opole ul. Grunwaldzka 23
6–8.XI.2015 r. piątek – niedziela część I ¹	Dr hab. n. med. Teresa Kokot Konsultant Wojewódzki w dziedzinie zdrowia publicznego	Zdrowie Publiczne (dla lekarzy/lekarzy dentyistów zakwalifikowanych do odbywania specjalizacji po 1.10.2014 r.)	Opolska Izba Lekarska Opole ul. Grunwaldzka 23
13–14.XI.2015 r. piątek–sobota część I (cd) ¹	Dr hab. n. med. Teresa Kokot Konsultant Wojewódzki w dziedzinie zdrowia publicznego	Zdrowie Publiczne (dla lekarzy/lekarzy dentyistów zakwalifikowanych do odbywania specjalizacji po 1.10.2014 r.)	Opolska Izba Lekarska Opole ul. Grunwaldzka 23
20–22.XI.2015 r. piątek–niedziela część II ¹	Dr hab. n. med. Teresa Kokot Konsultant Wojewódzki w dziedzinie zdrowia publicznego	Zdrowie Publiczne (dla lekarzy/lekarzy dentyistów zakwalifikowanych do odbywania specjalizacji po 1.10.2014 r.)	Opolska Izba Lekarska Opole ul. Grunwaldzka 23
20.XI.2015 r. piątek godz. 10:00 ²	Mgr Wojciech Krówczyński Grawena Edu-Kraków	Rodzinne prowadzenie praktyki stomatologicznej	Opolska Izba Lekarska Opole ul. Grunwaldzka 23
27.XI.2015 r. piątek godz.10:00 ²	Mgr inż. Mariusz Szlachetko	Prowadzenie dokumentacji medycznej za pomocą programu mMedica (dla lekarzy medycyny – maks. 25 osób)	Opolska Izba Lekarska Opole ul. Grunwaldzka 23
4–6.XII.2015 r. piątek–niedziela ¹	Dr hab. n. med. Teresa Kokot Konsultant Wojewódzki w dziedzinie zdrowia publicznego	Zdrowie Publiczne (dla lekarzy/lekarzy dentyistów zakwalifikowanych do odbywania specjalizacji po 1.10.2014 r.)	Opolska Izba Lekarska Opole ul. Grunwaldzka 23

¹ 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**.

² 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

* * *

PLAN SZKOLENIA Z GERIATRII – NEUROFIZJOLOGII (2.X.2015 r. o godz. 11:00)

1. Epidemiologia chorób neurozwyrodnieniowych.
 2. Patofizjologia zespołów otępiennych i zaburzenia neuroprzekaznictwa.
 3. Obraz kliniczny DDD: demencja-depresja-deli-
rium.
 4. Pojęcie wielofunkcyjnej niewydolności mózgu.
 5. Podstawowe narzędzia neuropsychologiczne w dia-
gnostyce demencji.
 6. Podstawy psychofarmakoterapii w geriatrici.
- Szkolenie poprowadzi dr n. med. Andrzej Bunio oraz
firma NEURONIKA

* * *

PLAN SZKOLENIA Z ZAKRESU PROWADZENIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ ZA POMOCĄ PROGRAMU mMEDICA

(16.X.2015 dla lekarzy dentystów i 27.XI.2015 dla in-
nych specjalności o godz. 10:00)

1. Ogólna prezentacja oprogramowania.
2. Przedstawienie modułu stomatologicznego (dla le-
karzy dentystów).
3. Realizacja wizyty (dla lekarzy innych specjalno-
ści).
4. Generowanie dokumentacji medycznej w wersji
elektronicznej.
5. Komunikacja pomiędzy świadczeniodawcami
a NFZ.
6. Pytania i dyskusja.

* * *

GRAWENA EDU-KRAKÓW (dla lekarzy dentystów)

23.X.2015 r.

Doskonalenie standardów bezpieczeństwa prze- twarzanych danych osobowych w praktyce sto- matologicznej

- Jak oceniać ryzyko wycieku danych osobowych?
- Jak planować i podejmować działania zapobie-
gawcze?
- Jak wdrożyć „złote zasady” powierzania obowiąz-
ków i odpowiedzialności?
- Jak zmieniać niepożądane przyzwyczajenia i na-
wyki?
- Najczęstsze błędy w przetwarzaniu danych osobo-
wych. Jak je uniknąć?

20.XI.2015 r.

Rodzinne prowadzenie praktyki stomatologicz- nej

Specyfika prowadzenia rodzinnej praktyki stomato-
logicznej. Szanse i zagrożenia.

Jak planować rozwój kariery zawodowej członków
rodziny?

Konflikt pokoleń. Jak sobie z nim radzić?

Rodzina a rozwój zawodowy. Jak zharmonizować pra-
cę z innymi aspektami życia?

CO PISZĄ INNI

UPORCZYWA TERAPIA NIE SŁUŻY PACJENTOWI

O wytycznych postępowania dotyczących zaprzestania daremnej terapii u pacjentów pozbawionych możliwości świadomego składania oświadczeń woli z prof. dr hab. med. Andrzejem KÜBLEREM z Katedry i I Kliniki Anestezjologii i Intensywnej Terapii Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu rozmawia Monika STELMACH

MT: *Kilka lat temu rozesłał pan ankiety do aneste-
zjologów, co stało się początkiem pracy nad wytyczny-
mi. Jakie wnioski z tego płynęły?*

PROF. ANDRZEJ KÜBLER: Podczas krajowego
zjazdu anestezjologów w Krakowie rozdaliśmy ankiety
wzorowane na przeprowadzonych 10 lat wcześniej ba-
daniach w Europie Zachodniej. Kluczowe było pytanie,
czy lekarzom intensywnej terapii w karierze zawodowej
zdarzało się ograniczać daremną terapię, uznając ją za
niecelową, wbrew etyce lekarskiej i interesowi pacjen-
ta. Ponad 90% lekarzy przyznało, że w pewnych oko-
licznościach nie rozszerzali terapii, a 70% stwierdziło,

że przerywali niecelowe działania terapeutyczne. Wy-
niki polskie były zbieżne z badaniami przeprowadzo-
nymi w zachodniej Europie. Różnica polegała na tym,
że polscy lekarze robili to po kryjomu, do dokumenta-
cji wpisuje tego typu procedury nie więcej niż 10-15%,
podczas kiedy na Zachodzie zwykle dopełnia się wszyst-
kich formalności.

MT: *Dlaczego w Polsce nie wpisują ograniczenia lub
zaprzestania uporczywej terapii w dokumentacji?*

A.K.: Zazwyczaj odpowiedzi o powód zaniechania by-
ły takie, że nie wiedzą, jak to robić, bo nie ma odpowied-

nich formularzy. Tymczasem muszą wpisywać tę procedurę medyczną, ponieważ w innym wypadku działaliby jakby nieformalnie, nieprawidłowo, nielegalnie, a przecież wszystko odbywa się zgodnie z wiedzą medyczną, przekonaniem etycznym i literą prawa, dlatego powinno być udokumentowane.

MT: Prace nad „Wytycznymi postępowania wobec braku skuteczności podtrzymywania funkcji narządów u pacjentów pozbawionych możliwości świadomego składania oświadczeń woli na oddziałach intensywnej terapii” trwały aż dwa lata. Do wspólnego stołu wielokrotnie siadali lekarze, prawnicy i etycy. Na czym polegała trudność w formułowaniu tego dokumentu?

A.K.: Wytyczne oraz formularz postępowania muszą być zgodne z wiedzą i etyką medyczną oraz polskim prawodawstwem, które nie nadaje za postępem medycyny. Możliwości techniczne rosną wraz z postępem technologicznym. Dziś wiele funkcji życiowych mogą za człowieka wykonywać maszyny. Lekarz musi rozstrzygnąć, czy intensywna terapia niesie korzyści terapeutyczne, czy już tylko przyczynia się do zwiększania cierpienia pacjenta i przedłużania umierania. W Polsce wciąż nie ma odpowiednich narzędzi prawnych, które regulowałyby zaprzestanie daremnej terapii.

MT: Na czym konkretnie polega niedostosowanie polskiego prawa?

A.K.: Prace komisji ograniczyły się do analizy sytuacji, w której pacjent jest nieprzytomny, a więc pozbawiony możliwości świadomego składania oświadczeń woli. Nie może powiedzieć: chcę spokojnie odejść. To inni mają za niego zdecydować. Jest to szczególnie trudna sytuacja, z którą często muszą się mierzyć lekarze intensywnej terapii. W krajach zachodnich, gdzie ten problem znalazł rozwiązanie, każdy może ustanowić przedstawiciela medycznego ustalonego prawnie – najczęściej jest to bliska osoba, która zna przekonania etyczne i religijne pacjenta oraz wie, czego by chory chciał, gdyby był przytomny i mógł mówić. To ułatwia lekarzom pracę, bo wiedzą, z kim mają rozmawiać. W Polsce przedstawicielem takich chorych jest sąd opiekuńczy. Bliscy nie mogą prawnie decydować o działaniach medycznych podejmowanych wobec chorego. Sprawia nam to wiele kłopotów, bo to nie sąd jest przy pacjencie. Poza tym kiedy pacjent umiera na intensywnej terapii, lekarze czasami mają minuty na podjęcie decyzji o zastosowaniu procedur medycznych. Kiedy mielibyśmy zwrócić się do sądu i czekać na rozpatrzenie sprawy? Tak samo jak nie ma prawnej możliwości wyrażenia woli, tzw. testamentu życia, w którym można zaznaczyć, jakich procedur medycznych nie życzymy sobie w przyszło-

ści. To są obszary, w których rozwiązaniami prawnymi nie dorównujemy państwu rozwiniętym. Powinny być poczynione kroki modyfikujące prawo tak, by było bardziej korzystne dla pacjenta i ułatwiało pracę lekarzom.

MT: W Polsce wielokrotnie podejmowano próby dyskusji na temat regulacji umożliwiających zaprzestanie daremnej terapii. Zawsze budziło to duży sprzeciw społeczny. Pojawiały się głosy, że to pierwszy krok do zalegalizowania eutanazji. Dlaczego?

A.K.: Mylenie pojęć eutanazji i zaprzestania daremnej terapii wynika z niewiedzy i niskiej świadomości społecznej. Słowo eutanazja kojarzy się jednoznacznie pejoratywnie. Kilka lat temu w ankiecie zapytano, czy można pozwolić lekarzowi, by na wyraźne życzenie cierpiącego pacjenta, z litości podał śmiertelną dawkę leku – 50% odpowiedziało, że tak. Spytano dokładnie o to samo, tylko innymi słowami: czy można stosować eutanazję? Już tylko 20% powiedziało, że są za. Nieuzasadnione są jednak wszelkie skojarzenia ograniczenia lub zaprzestania daremnej terapii z eutanazją, to dwa różne sposoby postępowania. Przez pojęcie „terapia daremna” rozumiemy stosowanie procedur, które nie przynoszą poprawy stanu zdrowia, a jedynie wydłużają czas umierania pacjenta, co jest błędem medycznym.

W wytycznych określiliśmy, że niepodjęcie lub odstąpienie od podtrzymywania czynności narządów może dotyczyć w szczególności takich metod jak: resuscytacja krążeniowo-oddechowa, wentylacja mechaniczna, leczenie nerkozastępcze, elektroterapia serca, mechaniczne wspomaganie krążenia, farmakologiczne wspomaganie krążenia, pozaustrojowe wspomaganie oddychania, pozaustrojowe wspomaganie wątroby. Natomiast wszelkie działania celowo zmierzające do spowodowania lub przyspieszenia śmierci są niedopuszczalne zarówno medycznie, jak i etycznie oraz prawnie. Powinniśmy pozwolić choremu odejść w naturalny sposób bez przedłużania naturalnego procesu umierania, ale też i bez jego przyspieszenia.

MT: Skoro najbliżsi pacjenta mieliby pełnić rolę pełnomocników medycznych, to mieliby mieć wiedzę, czym jest daremna terapia. Odstąpienie od zastosowania niektórych procedur przez rodziny pacjentów często jest rozpatrywane w kategoriach: może szpitalowi się to nie opłaca albo wynika z jakiegoś zaniedbania lekarzy. Rzadko zdają sobie sprawę, że jest efektem troski o godność umierającego.

A.K.: Przyczyna takiego myślenia leży w ograniczonej komunikacji lekarzy z bliskimi pacjenta, którzy czują się zagubieni w nowej i zazwyczaj przerażającej ich sytuacji, nie rozumieją medycznej nomenklatury. Często lekarze wychodzą z założenia, że ważniejsze jest zajmowanie się chorym niż tłumaczenie jego rodzinie zawilo-

ści związanych z jego stanem i podejmowanymi zabiegami. Ale rozmowa z bliskimi jest jednym z punktów opracowanych przez nas wytycznych. Ma bowiem zasadnicze znaczenie dla prawidłowego procesu terapeutycznego w okresie umierania, w tym dla ograniczenia terapii daremnej. Dlatego w naszej wrocławskiej Klinice Anestezjologii i Intensywnej Terapii organizujemy spotkania dla rodziny pacjenta, na których obecni są lekarze i pielęgniarka prowadząca, jak dzieje się to w Stanach Zjednoczonych czy krajach Europy Zachodniej. Jesteśmy przekonani, że rodzina powinna mieć pełną świadomość medycznego i etycznego uzasadnienia niepodjęcia lub odstąpienia od daremnej terapii. Z naszych doświadczeń wynika, że jeśli poświęcimy czas na rozmowę, zwykle dochodzi do porozumienia.

Jednocześnie bliscy pacjenta nie mogą być obciążani odpowiedzialnością za decyzje w sprawie pacjenta. W wytycznych określamy, że pod ograniczeniem terapii daremnej powinno podpisywać się dwóch lekarzy z zespołu leczącego, specjalistów anestezjologii i intensywnej terapii lub intensywnej terapii, wraz z ordynatorem oddziału. Jeśli jest taka potrzeba, mogą oni zasięgnąć dodatkowo opinii innego specjalisty. Trzeba pamiętać, że ograniczenie lub odstąpienie od określonych procedur nie oznacza całkowitego zaniechania leczenia.

MT: Na czym polega dalsze postępowanie określone w wytycznych?

A.K.: Decyzja o ograniczeniu wspomagania pracy niektórych narządów nie zwalnia z leczenia paliatywnego. Nadal duże znaczenie ma eliminacja cierpienia poprzez uśmierzanie bólu, gorączki czy niepokoju. Podajemy więc leki uspokajające lub nasenne. Lekarze mają też obowiązek zapewnienia choremu optymalnego komfortu do ostatnich chwil życia, na przykład poprzez żywienie, nawadnianie, pielęgnację, a także zapewnienie kontaktu z rodziną. Na oddziale intensywnej terapii naszego szpitala bliscy mogą przebywać z pacjentami całą dobę, w tym przypadku nie wprowadzamy żadnych ograniczeń.

MT: Decyzja o niepodjęciu lub odstąpieniu od określonych procedur medycznych powinna być wpisana do dokumentacji. Opracowany przez was formularz jest dość obszerny. Co zawiera?

A.K.: Przede wszystkim dokładny opis uzasadnienia decyzji o niepodjęciu lub odstąpieniu od określonego rodzaju postępowania. Działania lekarzy powinny być omówione w aspekcie klinicznym: stan chorego, rozpoznanie, problemy terapeutyczne, ale też w aspekcie etycznym i środowiskowym.

MT: Na czym polega opisanie aspektu środowiskowego i etycznego?

A.K.: W dokumencie zapewniamy, że pomimo ograniczenia terapii służącej podtrzymywaniu czynności narządów przez cały czas prowadzone będzie postępowanie paliatywne. Wpisujemy także rozmowy, które przeprowadziliśmy z bliskimi, „dla określenia najlepszych interesów pacjenta w obecnym stanie” – jak zapisano w protokole. Proponujemy omówienie następujących problemów: ewentualne wyrażone w przeszłości oświadczenia woli pacjenta co do kontynuowania procedur podtrzymujących życie w sytuacji porównywalnej do obecnej; ewentualne wyrażone wcześniej życzenia pacjenta co do postępowania w sytuacji zagrożenia lub schyłku życia, które byłyby znane rodzinie pacjenta lub innym najbliższemu osobom; uznawane przez pacjenta przekonania światopoglądowe, w tym moralne i etyczne; aktualny stan świadomości pacjenta i rokowanie co do przeżycia, poprawy klinicznej, wyleczenia i rehabilitacji po opuszczeniu oddziału intensywnej terapii; stosowane aktualnie metody leczenia, w tym ich skuteczność i inwazyjność, i na koniec plan dalszego postępowania z pacjentem.

Chociaż trzymając się regulacji prawnych, nie musimy rozmawiać z najbliższymi, bo jak już wspomniałem, przedstawicielem nieprzytomnego chorego jest sąd, to takie postępowanie byłoby niehumanitarne. Nie dopuszczamy możliwości, żeby nie rozmawiać z rodziną i nie przejść z nią trudnego momentu odchodzenia kogoś bliskiego. W praktyce zwracamy się do sądu w sytuacji, jeśli rodzina umierającej osoby nie zgadza się na zaprzestanie daremnej terapii, mimo że lekarze są przekonani o słuszności takiego postępowania. Co jest o tyle trudne, że przebieg choroby często jest gwałtowny, decyzje należy podejmować szybko, a sąd działa relatywnie wolno.

MT: Na ile wiążące są wytyczne i protokół postępowania?

A.K.: W wielu krajach wytyczne i protokół postępowania są wdrożone do systemu opieki medycznej. Na polskim gruncie jest to tylko propozycja uporządkowania sytuacji i ułatwienia pracy personelowi OIT. Chcemy, żeby lekarze przestali ukrywać decyzje o ograniczeniu daremnej terapii. Mogą z zaproponowanych przez naszą komisję rozwiązań skorzystać, ale nie muszą. W Polsce od lat lekarze opieki paliatywnej i intensywnej terapii apelują, żeby usystematyzować i skodyfikować procedurę zaprzestawania daremnej terapii. Wcześniej ten temat podejmowali pediatrzy razem ze specjalistami medycyny paliatywnej. Mamy nadzieję, że uda się wypracować postępowanie, które byłoby oficjalną procedurą medyczną.

(przedruk z „Medical Tribune” nr 7-8/15)

UNIwersytety DOJĄ Szpitale

Szpitaly kliniczne mają wielkie długi, ale zajęcia dla studentów swoich uczelni muszą organizować za półdarmo. Żaden dyrektor nie sprzeciwi się rektorowi, bo może go on zwolnić.

NIK sprawdziła, jak działały szpitale kliniczne w 2013 i 2014 r. Okazało się, że na 41 szpitali klinicznych zadłużonych było aż 28. Stanowią zaledwie 2% wszystkich szpitali w kraju, ale generują jedną czwartą długów (2,3 mld zł). Dzieje się tak dlatego, że są droższe w utrzymaniu: poza pieniędzmi na drogie leczenie potrzebują ich także na badania naukowe i zajęcia dla studentów.

Tymczasem NFZ za mało płaci za wysokospecjalistyczne leczenie, którym zajmują się kliniki. Badań naukowych realizuje się bardzo niewiele, a na zajęciach dla studentów szpitale, zamiast zarabiać, tracą. Przed reformą ochrony zdrowia z 1999 r. dyrektorów szpitali klinicznych powoływał minister zdrowia. Po zmianie szpitale stały się własnością uniwersytetów medycznych.

Majątek przy uczelniach

Jako samodzielnym zakładom opieki zdrowotnej uczelnie powinny były im przekazać nie tylko budynki, ale także grunty, na których stoją. Nie zrobiły tego. Rektorzy uznali, że to zamach na ich autonomię i własność.

Rezultat jest taki, że uczelnie dzięki nieruchomościom poprawiają swój bilans finansowy. Za to niektóre szpitale mają za mało majątku, żeby wziąć na dobrych warunkach kredyt. Przykładem Górnośląskie Centrum Zdrowia Dziecka w Katowicach, którego nieruchomy majątek w większości należy do uczelni.

Co więcej, uniwersytety płacą szpitalom za mało za organizowanie zajęć dla studentów. A one kosztują, bo chodzi o udostępnienie odpowiednio wyposażonych sal, koszt wody i prądu, fartuchy.

Uczą za półdarmo

Jeden ze szpitali klinicznych w Warszawie wyliczył w 2012 r., że za dydaktykę należy mu się 2,5 mln zł. Dostał od uczelni o 800 tys. zł mniej. Natomiast Szpital Kliniczny im. Heliodora Święcickiego w Poznaniu wyliczył, że w 2013 r. zorganizowanie nauki studentom kosztowało go ok. 600 tys. zł. Od uczelni nie dostał ani grosza. W następnym roku znów szpital był stratny, tym razem na 250 tys. zł.

Szpital Kliniczny nr 2 w Szczecinie za studentów medycyny, którzy sami opłacają sobie studia, dostawał od uniwersytetu tylko 30% tego, co za studentów na bezpłatnych studiach, choć zorganizowanie zajęć dla jednych i dla drugich wyglądało identycznie.

Uczelnie tłumaczą się tym, że dostają za mało pieniędzy na dydaktykę z Ministerstwa Zdrowia. A dyrektorzy szpitali, że nie potrafią dokładnie policzyć, ile kosztują studenci, skoro korzystają z tych samych zasobów (sal, toalet) co pracownicy i pacjenci. To oficjalna wersja.

Nieoficjalna jest inna. – *Mógłbym wszystko policzyć, tylko po co? Przecież zatrudnia mnie rektor, więc nie będę się narażał* – mówi w rozmowie z „Wyborczą” dyrektor jednego ze szpitali klinicznych.

Wygaszanie badań

Z tego samego powodu dyrektorzy nie mają praktycznie żadnego wpływu na to, kto będzie szefem tej czy innej kliniki w jego szpitalu. Dochodzi też do paradoksalnych sytuacji: rektor jest szefem dyrektora szpitala, ale jeśli prowadzi w nim klinikę jest jednocześnie jego podwładnym.

NIK zwraca też uwagę, że choć wszystkie szpitale mają w statucie prowadzenie badań, to robi się ich coraz mniej. Z 12 skontrolowanych szpitali dziesięć nie prowadziło żadnej własnej działalności naukowej. Spada przy tym także o kilkadziesiąt na rok liczba badań klinicznych zleczanych przez koncerty medyczne.

Powodem jest brak ustawy, która wprowadziłaby w tej dziedzinie przejrzyste przepisy. W sumie w latach 2011-13 zarejestrowano ponad 1,6 tys. badań komercyjnych. To i tak wiele, jeśli wziąć pod uwagę, że w tym czasie w szpitalach w całej Polsce badań niekomercyjnych było zaledwie 19, z czego w 2013 r. – tylko dwa. Często dochodzi też do sytuacji, w której badanie na terenie szpitala prowadzi uniwersytet i nic za to nie płaci, choć korzysta m. in. ze szpitalnego sprzętu.

Same też winne

Ale niedoli szpitali klinicznych winne są także one same: NIK odkryła, że plany finansowe skontrolowanych szpitali nie zawierały wymaganych przez prawo o finansach publicznych informacji. Brakowało więc tak podstawowych danych, jak kwoty dotacji z budżetu państwa i gmin, koszty odsetek od zadłużenia czy stan zobowiązań na początek i koniec roku.

– *Jeszcze jako lekarz wojewódzki na Śląsku i jeden z autorów tamtej reformy sprzeciwiałem się oddawaniu uczelniom szpitali. Niestety, bez skutku. Teraz widać, że to był błąd. Dyrektorzy uzależnieni od władz uczelni są niesamodzielnymi, większość nie może dobrze zarządzać, choćby chciała* – komentuje wyniki kontroli Andrzej Sośnierz, obecnie ekspert Polski Razem.

Judyta WATOŁA

(przedruk z „Gazety Wyborczej” 26.8.2015)

KRĘGOSŁUP – ZABIEGI MUSZĄ BYĆ OSZCZĘDNE

O możliwościach leczenia zachowawczego i operacyjnego z dr n. med. Stanisławem ŁUKAWSKIM, ordynatorem Oddziału Chirurgii Kręgosłupa z Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego im. Stanisława Grucy w Otwocku, rozmawia Ryszard STERCZYŃSKI.

Na pewnym etapie życia dolegliwości krzyża i kręgosłupa dotyczą nawet 100% populacji. Nie spotkałem dotąd osoby po 40. r. ż., która nie skarżyłaby się na bóle odcinka lędźwiowego i szyjnego, bo tam są one najczęściej zlokalizowane. To wynika z anatomii. W tych częściach kręgosłupa zlokalizowane są najbardziej ruchome jego odcinki: lędźwiowy dźwiga cały ciężar ciała i tam też najszybciej dochodzi do zmian. Drugi co do ruchomości i pracy, jaką wykonuje, jest odcinek szyjny. Odcinek piersiowy jest względnie stabilny, w jego funkcji podporowej wzmacniają go m. in. żebra i mostek. Bóle odcinka lędźwiowego i szyjnego nie muszą być związane z jakimś szczególnym schorzeniem, te części po prostu zużywają się w ciągu życia. Większość dolegliwości związana jest ze zmianami zwyrodnieniowymi, które tam się pojawiają.

MT: Od czego zależą dolegliwości kręgosłupa?

DR STANISŁAW ŁUKAWSKI: Od predyspozycji genetycznych, budowy kręgosłupa, jego symetrii, wszelkich zniekształceń i tego wszystkiego, co w życiu zsumowało się jako urazy większe lub mniejsze. Wszystko to ma znaczenie dla szybkości powstawania zmian zwyrodnieniowych. Moim zdaniem z tych 100% populacji, którym dokuczają takie bóle, jedynie 2% trafia na oddział taki jak nasz, a 98% kwalifikuje się do leczenia zachowawczego.

MT: Czyli do zabiegów rehabilitacyjnych?

S.Ł.: Rehabilitacja jest słowem nadużywanym. Ona wspomaga proces leczenia operacyjnego, czasami nawet poprawia jego niedociągnięcia, ale musi być w niej postawiony konkretny cel. Może skracać okresy bólowe, ale w gruncie rzeczy nie ma wpływu na przebieg choroby. To tylko kwestia czasu, w jakim będzie postępować. Natomiast zbyt intensywnie prowadzona rehabilitacja może doprowadzić do zaostrzenia choroby, przyspieszyć decyzję o leczeniu operacyjnym.

MT: Pozostajemy przy bólach kręgosłupa.

S.Ł.: Mamy ich dwa rodzaje: miejscowe, wynikające z drażnienia drobnych zakończeń nerwowych w stawach międzykręgowych czy pierścieniu włóknistym (dysk) i bóle tzw. korzeniowe. Gdy pojawiają się ubytki siły mięśniowej, jest to etap, kiedy nie ma już dyskusji, czy leczyć operacyjnie, czy nie, bo nastąpią nieodwracalne zmiany. Z reguły pacjenci, którzy zgłaszają się na leczenie operacyjne, mają zmiany o takim stopniu zaawansowania, że korzenie nerwowe są uciśnięte. Bóle miejscowe występujące, gdy pacjent usiłuje zmienić

pozycję, są charakterystyczne dla bólów stawów międzykręgowych.

Do pewnego stopnia można je leczyć zachowawczo. Natomiast nawroty bólów korzeniowych można leczyć do momentu, gdy jest rezerwa przestrzeni między układem nerwowym a ścianą kanału, póki nie zrobi się tak ciasno, że nawet leczenie przeciwobrzękowe nie pomaga. Natura przewidziała, że na skutek starzenia się, osiadania kręgów pod wpływem ciężaru ciała następują zmiany struktury tkanek, i dlatego obdarzyła nas taką rezerwą, ale nie u wszystkich jednakową. Niektóre osoby mają szeroki kanał kręgowy. U nich nawet duże zmiany zwyrodnieniowe i wypadnięty dysk nie powodują burzliwych dolegliwości.

W rezonansie wygląda to katastrofalnie, tymczasem objawy są mierne i ustępują. Wtedy błędem jest leczenie operacyjne.

MT: Przyczyn bólów kręgosłupa jest wiele. Który jest najważniejszy?

S.Ł.: W praktyce naszego oddziału, który zajmuje się leczeniem bólów krzyża u osób w sile wieku i starszych, najważniejsze są zmiany zwyrodnieniowe, zwężenie kanału i ucisk na korzenie nerwowe. U ludzi przed 40. r. ż. za dolegliwości bólowe w kręgosłupie przeważnie odpowiedzialna jest choroba dyskowa. Z histopatologicznego punktu widzenia dysk jest podobny do chrząstki stawowej, która u dorosłego człowieka nie ma własnych naczyń krwionośnych. Komórki, które tworzą substancję międzykomórkową tego dysku, żyją dzięki temu, że otrzymują substancje odżywcze z przylegających kręgów. To, co się dzieje w dysku, zależy od drobnych naczynek w trzonach kręgowych. Jeśli nie są sprawne, te komórki obumierają. Dysk przestaje być uwodniony – w rezonansie daje to czarny obraz. Patologia tkwi nie w samym dysku, ale w drobnych naczynkach, w trzonach kręgowych powyżej płytek granicznych. Zdrowy dysk nie ulega uszkodzeniu, nawet przy dużym przeciążeniu. Zwyrodniały, choć niekoniecznie uszkodzony, dysk uwypuklił się do światła kanału – tak to opisze radiolog. Wielokrotnie widzimy przy operacji, że pierścień włóknisty jest uwypuklony, ale mocny. To właśnie zapoczątkowuje cały szereg niekorzystnych zdarzeń.

Kiedy dysk osiada, zmniejsza się przestrzeń między kręgami. Stawy międzykręgowe zaczynają przenosić znacznie większy ciężar niż dotychczas. Dysk powinien przenosić 80% ciężarów, a stawy międzykręgowe 20%. W momencie, kiedy dysk przestaje pełnić swoją funkcję, stawy zaczynają przenosić połowę ciężarów – są przeciążone. Wtedy ulegają zwyrodnieniu, podob-

nie jak stawy biodrowe, kolanowe zaczynają boleć, stają się większe i grubsze. Moim zdaniem zmiany zwyrodnieniowe ze zużycia są główną przyczyną bólu. Oczywiście istnieją też inne powody, np. zmiany pourazowe. Poza tym kręgosłup jest często miejscem lokalizowania się przerzutów nowotworowych lub infekcji. Dlatego zawsze, gdy pojawiają się tego typu bóle, należy wykluczyć przyczyny organiczne: zapalenie, gruźlica i wspomniane przerzuty nowotworowe. Jeśli nie jest to zapalenie jądrowe, spowodowane jakąś interwencją, co się rzadko zdarza, zapalenia krwio pochodne kręgosłupa też są wtórne. Pierwotna infekcja często jest łatwa do ustalenia – jak w przypadku anginy, zapalenia płuc lub infekcji dróg moczowych, ale często punktem wyjścia są chore zęby, o czym mało kto wie.

MT: Czy współczesna medycyna potrafi zdiagnozować bóle kręgosłupa? W jaki sposób ustala się ich przyczyny?

S.Ł.: Mimo rozwoju medycyny nadal podstawowym narzędziem pozostaje badanie kliniczne, podczas którego sprawdza się ruchomość kręgosłupa, napięcie mięśni. Za pomocą młotka neurologicznego i szpilki daje się sprawdzić ewentualne ubytki neurologiczne. W diagnostyce chorego można też uwzględnić badanie elektromiograficzne, jednak to w podstawowym badaniu klinicznym ustalamy, czy bóle pochodzą z kręgosłupa.

Najlepiej, by chory został wcześniej zdiagnozowany neurologicznie, bo przyczyn bólu może być sporo. Jeżeli widzimy związek pomiędzy bólami korzeniowymi a bólami kręgosłupa, to badaniem dającym wiele informacji jest nadal badanie rentgenowskie, które pozwala wykluczyć inne choroby, ponieważ takie same objawy mogą dawać poważne schorzenia organiczne w obrębie kręgosłupa, np. przerzuty nowotworowe, zapalenie czy zmiany pourazowe, o których chory może nawet nie wiedzieć. Zdjęcie pozwala je wykluczyć i zobaczyć, czy kręgosłup jest prawidłowo zbudowany. Rezonans jest jednym z podstawowych badań, ale nie tym pierwszym. Daje nam obraz struktur nerwowych i tkanek miękkich. Do oceny kształtu i zaburzeń rozwojowych lepsza jest tomografia komputerowa.

W zmianach zaawansowanych, zwyrodnieniowych, kiedy musimy zanalizować strukturę przestrzenną, dowiedzieć się, gdzie jest ucisk, dużą rolę odgrywa tomografia komputerowa (CT). Reasumując, w większości przypadków wchodzi w grę dwa badania diagnostyczne: RTG i rezonans. Jeżeli chory przebył chorobę nowotworową, warto zrobić scyntyografię. Nie jest czulsza od rezonansu i nie jest swoista, ale trudno robić rezonans każdej części ciała i kręgosłupa. Scyntygrafia pokaże cały szkielet i będzie wiadomo, jakie dalej prowadzić badania szczegółowe. Można ją uzupełnić badaniem elektromiograficznym.

MT: Jak należy różnicować diagnozę?

S.Ł.: W kręgosłupie najważniejsze jest określenie poziomu, z którego pochodzą dolegliwości bólowe. Naj-

częściej chory mówi, że boli go np. prawa ręka, ból promieniuje do drugiego-trzeciego palca, nie może spać, bo budzi go drętwienie ręki. Jeśli ma 60-70 lat i zrobimy mu zdjęcie, to okaże się, że ma zmiany na dwóch-trzech poziomach w kręgosłupie szyjnym, nie mówiąc o lędźwiowym. Rezonans pokaże tych zmian jeszcze więcej, niż widać na zdjęciu RTG. Przestrzenie międzykręgowe odbiegają od normy i są zwężone. W momencie, kiedy rezonans wchodził do użytku, była moda (istnieje ciągle na wielu oddziałach neurochirurgicznych), że gdy chory ma zmiany na trzech poziomach w odcinku szyjnym, należy go operować na trzech poziomach. Pamiętam burzliwe dyskusje na ten temat, nawet na światowych zjazdach. Operacje po wprowadzeniu rezonansu stały się bardzo rozległe, a w operowane miejsce wstawiano implanty. Wyszedłem ze szkoły prof. Maławskiego, który zwracał uwagę na biologię kręgosłupa, a nie tylko na jego mechanikę. Stawiano wtedy podstawowe pytanie: czy należy operować profilaktycznie wszystko, co jest nieprawidłowe? Przecież nie stworzymy człowieka od początku, nie zrobimy z niego Robocopa. Należy ustalić, dlaczego znalazł się w szpitalu, gdzie leży podstawowa przyczyna bólu, który poziom daje największe dolegliwości. Już kilkanaście lat temu podjęliśmy próbę określenia jednego poziomu wymagającego leczenia operacyjnego w przypadku obecności wielopoziomowych zmian w odcinku szyjnym kręgosłupa. Od tej chwili na naszym oddziale panuje zasada: chory badany jest najpierw klinicznie, sprawdza się, z którego poziomu pochodzą jego dolegliwości. W nielicznych przypadkach dolegliwości pochodzą z więcej niż jednego poziomu. Ale to się zdarza sporadycznie. Staramy się postępować biologicznie, w miarę oszczędnie dla chorego.

MT: A gdyby pana taka sytuacja dotyczyła?

S.Ł.: Doświadczyłem tego na własnej skórze. Miałem zmianę pourazową w odcinku szyjnym, która skończyła się operacją. Dlatego wiem, co mówię, i zawsze powtarzam to moim współpracownikom: zabieg w obrębie kręgosłupa powinien być jak najmniejszy, jak najbardziej oszczędny i przynosić jak największy efekt. Nie robi się zabiegów na wyrost ani profilaktycznie.

MT: Kiedy i jakimi środkami należy rozpocząć leczenie, do jakiego momentu sprawdzają się NLPZ?

S.Ł.: Wskazaniami do leczenia operacyjnego są tzw. ubytki neurologiczne, kiedy u chorego stwierdzamy jakiegokolwiek zaburzenia motoryczne, korzeniowe w obrębie kończyn, jeśli pojawia się osłabienie siły mięśniowej lub niedowład. W takich przypadkach nie ma dyskusji – kwalifikuje się do szybkiej interwencji chirurgicznej. Podobnie działamy, gdy występują bardzo silne bóle korzeniowe, uniemożliwiające funkcjonowanie, lub kiedy częstotliwość tych bólów jest tak duża, że dezorganizuje życie chorego. Natomiast kiedy dolegliwości korzeniowe wycofują się po leczeniu zachowawczym, jeśli skuteczne są środki NLPZ i leczenie kinezyterapią, wtedy

chory decyduje, czy jego dyskomfort jest na tyle duży, że ma dosyć chodzenia na zabiegi i brania leków.

Poza tym musimy widzieć wyraźnie na zdjęciu i w rezonansie przyczynę dolegliwości. Jeśli trudno ją znaleźć, nie „rzucamy się” na leczenie operacyjne, by zobaczyć, czy będzie poprawa. Tak choremu nie pomożemy. Zawsze uprzedzamy, że widzimy przyczynę dolegliwości i poprawa najprawdopodobniej nastąpi, ale nie możemy dać gwarancji, ponieważ ta część układu nerwowego, która jest uciśnięta, nie regeneruje, może jedynie podjąć funkcję, jeżeli nie doszło do nieodwracalnych zmian. Mówiąc obrazowo, wynik leczenia czasami jest niepewny.

Tak więc leczenie chirurgiczne rozpoczyna się w momencie, kiedy chory jest zmęczony bólem, lekami, odczuwa dyskomfort życiowy, a nawroty dolegliwości są zbyt częste lub kiedy pojawiają się bóle korzeniowe. Bóle miejscowe przeważnie nie są wskazaniem do leczenia chirurgicznego.

MT: Kiedy należy zastosować blokadę stawów?

S.Ł.: Kiedy stwierdzamy, że bóle pochodzą ze stawów międzykręgowych. Blokada działa krótko, ale przerywa pewien cykl obrzęku, bólu, może zlikwidować dolegliwości na dłuższy czas. Od pewnego czasu stosujemy również termoleżę. Wprowadzamy do kręgosłupa elektrody, które rozgrzewając się do wysokiej temperatury, uszka-

dzają termiczne gałązki czuciowe. Przy bólu stawowym ta metoda dobrze się sprawdza.

MT: Leczenie bólów kręgosłupa wymaga współpracy lekarza POZ, reumatologa, ortopedy i neurologa. Jak powinna wyglądać?

S.Ł.: Jeśli dolegliwości trwają 10-14 dni pomimo stosowania NLPZ, lekarz powinien skierować pacjenta do neurologa. A ten ewentualnie przekaże go do ortopedy lub neurochirurga, w zależności od potrzeb.

Moim zdaniem każdy chory z omawianymi problemami powinien jak najwcześniej być kierowany do ortopedy lub neurochirurga, lekarz POZ sobie z tym do końca nie poradzi, najwyżej zadziała przeciwbólowo i objawowo w tych pierwszych dniach. Na pewno poza podaniem leków należy wykonać zdjęcie RTG, by nie przegapić innego schorzenia. Jest to dziedzina trudna do zdiagnozowania, obfitująca w wiele roszczeń ze strony pacjentów. Wyniki leczenia nie zawsze są zgodne z oczekiwaniem obu stron, dlatego że na wiele rzeczy nie mamy wpływu. A pacjenci chcą chodzić tak, jak chodzili przez całe życie. To jest czasami trudne do zrealizowania, bo, tak jak powiedziałem, nie jesteśmy w stanie wszystkiego naprawić. W 80% powracają jednak do poprzedniej sprawności. Na pewno tacy chorzy nie powinni trafiać na ogólne oddziały neurochirurgiczne, ale do wyspecjalizowanych ośrodków, takich jak nasz. (przedruk z „Medical Tribune” nr 7-8/15)

MEDYCyna PO DYPLomie

RACJONALNA ANTYBIOTYKOTERAPIA – MIT CZY FAKT?

Kiedy Aleksander Fleming – badacz z londyńskiego uniwersytetu odkrył pierwszy antybiotyk, czyli penicylinę (1928 r.), lekarzom wydawało się, że zakażenia bakteryjne odejdą na zawsze w przeszłość. Tym bardziej, że kilka lat później uzyskano nowe grupy bakteriostatyków i antybiotyków, np. sulfonamidy (1936 r.) czy beta-laktamy (1940 r.). Raz po raz odkrywano nowe generacje antybiotyków o coraz szerszym spektrum działania, np.: tetracykliny, aminoglikozydy, makrolidy czy wreszcie glikopeptydy (wankomycyna), glicylcykliny (tigecyklina) i kolejne generacje cefalosporyn oraz karbapenemy – skuteczniejsze bakteriobójczo od poprzednich. Rozwój ten był następstwem nie tylko postępu technicznego i hossy przemysłu farmaceutycznego, ale także – niestety – wynikiem coraz bogatszej obserwacji wykazującej kliniczną nieskuteczność (oporność wieloantybiotykowa) dotychczasowych preparatów wobec, niekiedy zdawać by się mogło, – niegroźnych dotąd – zakażeń (szczególnie szpitalnych) związanych z pojawieniem się szczepów gronkowca zło-

cistego metacyclinoopornego (MRSA) czy wankomycynopornych (VISA/VASA) albo pałeczek wytwarzających enzymy uodparniających je wobec β -laktamowych antybiotyków oraz działań niepożądanych (wstrząs anafilaktyczny np. popenicylinowy czy biegunka poantybiotykowa (*Clostridium difficile*)).

Możliwości zastosowania antybiotyków są obecnie mocno ograniczone. Do ich nieskuteczności przyczyniliśmy się sami – lekarze i pacjenci. Jedni i drudzy traktowali (i nadal traktują) antybiotyki, jak lek

podręczny, przyjmowany przy okazji byle przeziębienia. W telewizji wyemitowano jakiś czas temu nagranie z gabinetu lekarskiego. Lekarka przekazuje pacjentowi następującą informację: „Ma pan grype, ale na wszelki wypadek proszę też przyjmować antybiotyk, który panu przepisałam”. Zdanie to jest kwintesencją irracjonalności, występującej o zgrozo nawet wśród lekarzy.

Pamiętajmy też, że antybiotyki dodaje się do karm zwierzęcych, szczególnie na fermach hodowlanych. „Le-

czone” tusze zwierząt spożywamy później jako produkty żywnościowe. Ten proceder, niestety, wynika po części z ludzkiej zachłanności. Ma on na celu przyspieszyć i zwiększyć przyrost masy tuszy zwierząt. Podobnie jest w rolnictwie. Owoce „chroni się”, opryskując je roztworami antybiotyków. Nagminne, często niekontrolowane stosowanie antybiotyków w rolnictwie stanowi presję selekcyjną przyspieszającą pojawianie się i rozprzestrzenianie bakterii antybiotykoopornych w środowisku postrzeganym do niedawna jako bezpieczne dla człowieka.

Era skutecznej antybiotykoterapii skończyła się niestety na przełomie lat 60.-70. ubiegłego wieku. Zasadniczą tego przyczyną jest dynamicznie rozwijająca się lekooporność drobnoustrojów, spowodowana nieograniczonym dostępem do antybiotyków i bezmyślnym ich nadużywaniem. Pierwsze doniesienia o pojawieniu się antybiotykooporności pochodzą również od odkrywców penicyliny, tj. A. Fleminga i Howarda Woltera Floreya. Nie wiedzieli oni jeszcze wtedy, w jaki sposób nagminne stosowanie antybiotyków wpłynie na stan flory jelitowej i nabłonka jelitowego. Na przestrzeni lat udowodniono, że pod wpływem dużych dawek antybiotyków ulega ona uszkodzeniu, może być też zasiedlona przez bakterię o nazwie *Clostridium difficile*, produkującą toksynę, która pogłębia dysfunkcję jelit i dysfunkcję ogólnoustrojową, mogącą doprowadzić do rozwoju rzekomobłoniastego zapalenia jelit. To schorzenie leczy się trudno, towarzyszy mu biegunka i wiele przykrych dolegliwości. Warto przypomnieć, że naturalna flora bakteryjna, zniszczona przez wcześniej przyjmowane antybiotyki, odbudowuje się miesiącami, a nawet latami.

Wielu lekarzy nie ma świadomości, że prawie jedna piąta szczepów *Clostridium difficile*, wywołującego ww. interakcję jelitową, jest już oporna na metronidazol czy wankomycynę, co w najcięższych przypadkach może skończyć się zgonem, i to nawet u osób nieobciążonych dodatkowymi chorobami, obejmującymi nie tylko jelita. W takich przypadkach, co warto przypomnieć, antybiotykiem z wyboru, w stanach ostrych i przewlekłych, szczególnie w rzekomobłoniastym zapaleniu jelita grubego, jest rifaksymina zalecana w ostrych epizodach w dawce 200 mg, a 550 mg w prewencji nawrotów po pierwszym ostrym epizodzie – jako lek działający miejscowo, stanowiąc w tej sytuacji najbezpieczniejszą opcję terapeutyczną.

Lkooporność bakterii spowodowała, że również największe, światowe firmy farmaceutyczne ograniczyły zakres badań nad antybiotykami. Intensywność ich poszukiwań w zakresie nowych produktów

lecniczych także zmalała. Dotyczy to też poszukiwania nowych generacji i form antybiotyków skutecznych wobec już wyselekcjonowanych szczepów opornych oraz ograniczających przekazywanie genów oporności między drobnoustrojami i tym samym podatności na rozwój oporności wobec nich.

Z tych samych powodów światowe instytucje, takie jak amerykańskie Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób, Światowa Organizacja Zdrowia, Stowarzyszenie Lekarzy Chorób Zakaźnych, a nawet Światowe Forum Ekonomiczne – uznając narastanie lekooporności bakterii za problem kluczowy – zaleciły konsekwentne i metodyczne aktualizowanie, a przede wszystkim przestrzeganie programów racjonalnej

antybiotykoterapii, szczególnie w leczeniu szpitalnym. Wiąże się z tym nierozdzielnie kontrola zakażeń szpitalnych. Dla lepszego zobrazowania tematu odwołam się do przypadku, który zaistniał niedawno (na przełomie 2014 i 2015 r.) w Kilonii. Wykryto tam ognisko szpitalne wywołane szczepem *Acinetobacter baumannii*, opornym na wszystkie antybiotyki, co pociągnęło za sobą niestety ofiary śmiertelne.

Programy racjonalnej antybiotykoterapii mają za zadanie uświadomić personelowi medycznemu, jak istotne jest restrykcyjne przestrzeganie wskazań do leczenia antybiotykami, a tym bardziej stosowanie ich w optymalnych dawkach terapeutycznych z uwzględnieniem odpowiedniego czasu trwania leczenia oraz kontrola realizacji tych zasad. Liczne analizy, w tym te prowadzone w USA, wskazują, że w wielu przypadkach antybiotykoterapię stosowano niewłaściwie, a aż w połowie z nich niepotrzebnie. Nie dziwią zatem informacje

mówiące o tym, że w ostatnim dwudziestoleciu dramatycznie wzrosła liczba zakażeń wywołanych przez bakterie wieloantybiotykooporne. Lista skutecznych antybiotyków stale się kurczy. Wystarczy choćby zwrócić uwagę na tzw. ALERT patogeny: *Staphylococcus aureus*, MRSA, szczepy szpitalne i pozaszpitalne oporne na wszystkie antybiotyki β -laktamowe, monobaktamy i karbapenemy czy *Klebsiella pneumoniae carbapenemaze* (znane od 1996 r.) oraz szczepy *Enterobacteriaceae* (*E. coli*, *K. pneumoniae* i *Proteus*) a także New Delhi metallo- β -laktamase NDM (szczepy wywołujące zapalenia układu moczowego, płuc i ciężkie zakażenia (opisywane w latach 2003-09) – oporne na wszystkie antybiotyki β -laktamowe, w tym na karbapenemy i jednocześnie oporne na antybiotyki z innych grup chemicznych, dlatego lekooporność drobnoustrojów to jedno z najpoważniejszych wyzwań, które stoi przed medycyną XXI wieku.

Wzrost liczby szczepów bakterii wykazujących pełną oporność na antybiotyki, skierowana przeciwko danej grupie tych drobnoustrojów, np. pałeczek Gram-ujemnych, szczególnie z wyżej wymienionych rodzin, budzi uzasadniony niepokój w sytuacji braku nowych, skutecznych antybiotyków. W Polsce zostały już zidentyfikowane pierwsze izolaty, np. *Klebsiella pneumoniae* (KPC), zarówno u pacjentów szpitalnych, jak i przebywających w domach opieki społecznej. Obecna sytuacja epidemiologiczna winna wzbudzać nadzwyczajną czujność służb sanitarnych, głównie pod kątem monitorowania bakterio-

logicznego osób podejrzanych o tego rodzaju zakażenia czy ogniska szpitalne, które mogłyby obejmować pacjentów i personel medyczny. Tylko zdecydowane działania interwencyjne mogą ograniczyć wzrastające zagrożenie. Niestety wiąże się to też ze wzrostem nakładów finansowych oraz wysiłków organizacyjnych, które mogą być najpoważniejszym ograniczeniem w ich realizacji, bowiem standardowe procedury już nie wystarczą.

Rozwój techniki medycznej, niemożność całkowitego wyeliminowania kontaminacji sprzętu medycznego (choćby respiratorów), pośredni udział personelu medycznego w transmisji wielolekoopornych szczepów szpitalnych, a także niestaranne dekontaminowanie powierzchni i przedmiotów szpitalnych tłumaczą po części istniejący stan. Z analiz aktualnej sytuacji epidemiologicznej w tym zakresie wynika, że drobnoustroje lekowrażliwe są wypierane przez bardziej agresywne szczepy wieloantybiotykooporne, co daje się obecnie szczególnie zauważyć wśród enterokoków, stosunkowo łatwo rozprzestrzeniających się w środowisku szpitalnym. Stawia to również trudne zadania przed szpitalnymi Zespołami ds. kontroli zakażeń, których rola i możliwości skutecznego działania pozostawiają jeszcze w Polsce wiele do życzenia. Poza szpitalami również zakłady opieki długoterminowej stanowią środowisko sprzyjające rozprzestrzenianiu się zakażeń bakteriami

wieloopornymi, gdyż występują tam zarówno infekcje pochodzenia poza- jak i szpitalnego. Są to najczęściej zakażenia układu oddechowego, moczowego, powłok, nierzadko wywoływane gronkowcem MRSA i coraz częściej subpopulacją pochodzącą ze środowiska pozaszpitalnego, tzw. CA-MRSA.

Z problemem lekooporności Unia Europejska stara się sobie poradzić, wydając stosowne dyrektywy, którymi zobowiązuje kraje członkowskie do opracowania i wdrażania narodowych programów ochrony antybiotyków. Formą przeciwdziałania wyżej opisanemu zjawisku

jest kontrola antybiotykooporności bakterii we wszystkich obszarach, np. poprzez monitorowanie konsumpcji antybiotyków, której stopień koreluje z odsetkiem opornych na antybiotyki szczepów drobnoustrojów.

Polskę w europejskich działaniach wspólnotowych reprezentuje Zakład Epidemiologii i Mikrobiologii Klinicznej Narodowego Instytutu Leków, a szczególnie zespół kierowany przez prof. dr hab. n. med. Walerię Hryniewicz – wybitną znawczynię problemu i pasjonatkę programów racjonalizacji antybiotykoterapii.

Laureat Nagrody Nobla z 1996 r. R. Zinkernagel powiedział niegdyś: „*Choroby zakaźne to rezultat wspólnej ewolucji, zarówno drobnoustrojów – bakterii, wirusów, pasożytów – jak i gospodarzy, czyli ludzi i zwierząt*”. Pamiętajmy o tym.

BIBLIOGRAFIA:

CDC Guidance for control infections with carbapenem – resistant or carbapenemase – producing Enterobacteriaceae in acute care facilities. MMWR, 2009, 8, 256-60.

Hryniewicz W., Kulig J., Ozorowski T. i wsp.: Stosowanie antybiotyków w wybranych zakażeniach skóry i tkanek miękkich. Narodowy Program Ochrony Antybiotyków (online), 2012. <http://www.antybiotyki.edu.pl/pdf/rekomendacje-stosowanie>

Boroń-Kaczmarek A.: Przyszłość farmakoterapii zakażeń. Zakażenia – antybiotykoterapia, 2014, 14 (6), 34-37.

Andrzej GŁADYSZ, Marta RORAT,
Anna ZUBKIEWICZ-ZARĘBSKA

(przedruk z „Medium” nr 6/15)

Andrzej GŁADYSZ – emerytowany profesor Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu;

Marta RORAT – asystent w Zakładzie Prawa Medycznego Katedry Medycyny Sądowej UM we Wrocławiu;

Anna ZUBKIEWICZ-ZARĘBSKA – asystent w Katedrze i Klinice Chorób Zakaźnych, Chorób Wątroby i Nabytych Niedoborów Odpornościowych oraz rezydentka w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym we Wrocławiu.

NIEPOŻĄDANE DZIAŁANIA ŚRODKÓW PSYCHOAKTYWNYCH A BEZPIECZEŃSTWO RUCHU DROGOWEGO

W krajach europejskich szacuje się, że co piąty wypadek drogowy jest powodowany przez kierowcę, który znajduje się pod wpływem leków zawierających substancje psychoaktywne. Z przeprowadzonych analiz jasno wynika, że lekarze rzadko pytają pacjentów przed przepisaniem leków, czy ci prowadzą pojazdy mechaniczne. W sposób oczywisty wynika to z braku świadomości pacjentów co do możliwości wystąpienia niepożądanego działania leku i jego wpływu na sprawność psychofizyczną. Jeżeli do tego uświadomimy so-

bie, że niewiele ponad 10% pacjentów czyta ulotki dołączone do leków, to problem ten staje się naprawdę poważnym wyzwaniem z zakresu zdrowia publicznego i bezpieczeństwa. Warto pamiętać, że wiele stosowanych w praktyce leków, które znacząco upośledzają zdolność bezpiecznego uczestnictwa w ruchu drogowym, jest dostępnych bez recepty. W tabeli nr 1 zebrano najczęściej stosowane leki, które mogą być przyczyną indukowania działań niepożądanych o takim właśnie obrazie klinicznym.

Tabela 1. Najczęściej stosowane leki psychoaktywne, które mogą powodować upośledzenie sprawności psychofizycznej kierowców

- Leki uspokajające, nasenne i przeciwłękowe: barbiturany, benzodiazepiny, leki Z (zopiklon, zolpidem, zaleplon),
- sole bromu
- Leki przeciwdepresyjne o działaniu sedatywnym: mianseryna, mirtazapina, trazodon, tianeptyna
- Leki przeciwpsychotyczne o działaniu sedatywnym: klasyczne neuroleptyki, olanzapina, kwetiapina
- Opioidowe leki przeciwbólowe: oksykodon (lek ten wydaje się powodować sedację niewielkiego stopnia w stosunku do ekwiwalentnych dawek innych analgetyków opioidowych)
- Leki przeciwkaszlowe: dekstrometorfan, kodeina, butamirat.
- Leki przeciwhistaminowe: klemastyna, cetyryzyna, lewocetyryzyna, loratadyna.
- Leki przeciwhistaminowe zawarte w lekach stosowanych w objawowym leczeniu przeziębienia i grypy: chlorfeniramina, bromfeniramina, triprolidyna

Niepożądane działania leków prowadzące do upośledzenia sprawności psychofizycznej mogą mieć różny obraz kliniczny. Najczęściej występujące niepożądane działania leków prowadzące do upośledzenia sprawności psychofizycznej pacjentów-kierowców, zebrano w tabeli 2.

Tabela 2. Typowe objawy obniżenia sprawności psychofizycznej

- Senność
- Nadmierna sedacja
- Zaburzenia widzenia – zawężenie pola widzenia, zaburzenia oceny odległości
- Splątanie
- Zaburzenie napięcia mięśniowego – wydłużenie czasu reakcji
- Uczucie zmęczenia

Nadużywanie środków psychoaktywnych

Najczęściej do nadużywania substancji o działaniu ośrodkowym dochodzi w celu uzyskania efektów odurzających. Za takie doznania odpowiedzialne są głównie substancje czynne zawarte w lekach i stosowane w dawkach ponadterapeutycznych. Przekroczenie dawek powoduje wystąpienie objawów niepożądanych, które jednak z punktu widzenia stosującego lek są objawami oczekiwany i wielce pożądanymi. Drugą grupą związków, które używane są w celu wywołania doznań psy-

chicznych, są tzw. dopalacze. Zarówno leki stosowane w dawkach ponadterapeutycznych, jak i dopalacze stanowią istotne zagrożenie z punktu widzenia medycznego oraz są istotnym zagrożeniem dla bezpieczeństwa ruchu drogowego.

Wśród leków najczęściej stosowanych w celach pozamedycznych są: dekstrometorfan, pseudoefedryna oraz benzydamina.

Dekstrometorfan jest syntetyczną pochodną morfiny. Do leczenia został wprowadzony jako lek przeciwkaszlowy, bezpieczniejsza alternatywa dla kodeiny. Początkowo sądzono, że lek pozbawiony jest działania uzależniającego. Dekstrometorfan jest prawoskrętnym etylowanym izomerem leworfanolu. W chwili obecnej lek jest dopuszczony do obrotu jako lek przeciwkaszlowy w ponad 60 krajach. W dawkach terapeutycznych dekstrometorfan nie wykazuje działania euforyzującego ani uzależniającego (1). Jeżeli chodzi o parametry farmakokinetyczne dekstrometofanu, to lek dobrze wchłania się z przewodu pokarmowego, głównie na zasadzie dyfuzji biernej. Lek ulega efektowi pierwszego przejścia i metabolizmowi wątrobowemu, który jest katalizowany przez izoenzym 2D6 cytochromu P450, a ten podlega genetycznej zmienności. Ocenia się, że w populacji polskiej 7-10% pacjentów może być „wolnymi metabolizerami” tego leku, co wynika z delecji lub mutacji genu kodującego izoenzym 2D6 i w konsekwencji może powodować wydłużenie metabolizmu leków i występowanie polekowych działań niepożądanych. Pole powierzchni pod krzywą zmian stężenia od czasu w przypadku wolnych metabolizerów jest 150 razy większe w stosunku do stężenia uzyskiwanego w populacji szybkich metabolizerów. Metabolizm dekstrometofanu odbywa się na drodze O i N-demetylacji, w wyniku czego powstają odpowiednio dekstorfan oraz 3-metoksymorfinian, które podlegają dalszym przemianom.

Wydalanie leku odbywa się drogą nerkową zarówno pod postacią niezmienionego leku, jak i demetylowanych metabolitów (2,3,4,5).

Z danych pochodzących z raportu ESPAD (The European School Survey Project on Alcohol and other Drugs) z 2011 r. wynika, że 15% nastolatków w Polsce przyznaje się do przyjmowania w celach pozamedycznych leków, do których należy również dekstrometorfan. Zła sława leku, jakim jest dekstrometorfan, wynika z faktu, że jest on dostępny bez recepty. Warto w tym miejscu zaznaczyć, że dekstrometorfan powoduje zespół objawów ze strony OUN w tym euforię, zależnie od zastosowanej dawki. A dawki bywają wielokrotnie większe od dawek terapeutycznych (6). Nie można zatem utożsamiać bezpieczeństwa stosowania leku w terapii kaszlu z objawami, jakie mogą wystąpić po przyjęciu dawek znacząco większych niż terapeutyczne. Zakresy dawek przyjmowanych w ce-

lach poza medycznych oraz towarzyszące im objawy zebrano w tabeli 3.

Tabela 3.

Dawka w mg/kg	Zależne od dawki objawy występujące po zażyciu dekstrometorfanu
1,5– 2,5	Łagodnie odurzenie podobne jak po spożyciu alkoholu Niewielkie pobudzenie Poprawa samopoczucia Euforia Przyływ empatii Zaburzone odczuwanie grawitacji Poprawa odbierania bodźców dźwiękowych
2,5– 7,5	Nasilenie objawów opisanych powyżej Halucynacje wzrokowe, częściej przy zamkniętych oczach Zaburzenia mowy Zaburzenia chodu – tzw. chód robota
7,5– 15	Zaburzenia świadomości Zaburzenia funkcji zmysłów, szczególnie wzroku – desynchronizacja odbierania wrażeń wzrokowych Wrażenie oddzielenia od ciała – dysocjacja
> 15	Depersonalizacja Halucynacje Wrażenie śmierci Objawy podobne do działania ketaminy i fencyklidyny – tachykardia, wzrost ciśnienia krwi, zmiana szerokości źrenic, oczopląs, dystonia, niepokój, znaczne pobudzenie

Warto przypomnieć, że równoczesne przyjęcie dekstrometorfanu z alkoholem potęguje jego działanie niepożądane na OUN (7).

Większość raportowanych działań niepożądanych oraz toksycznych związana jest z przyjmowaniem dekstrometorfanu w dawkach ponadterapeutycznych i w celach pozamedycznych. Przewlekłe stosowanie dekstrometorfanu w celach pozamedycznych może doprowadzać również do pojawiania się takich objawów niepożądanych jak: somnambulizm oraz ataksja.

Nie ma natomiast powodu, aby obawiać się przyjmowania leku w dawkach terapeutycznych, gdyż lek w tych dawkach nie wykazuje działania euforyzującego.

W przypadkach zatrucia dekstrometorfaniem większość z nich ma charakter lekki lub średniociężki. Objawy ustępują zwykle w ciągu kilku do kilkudziesięciu godzin, jednak pacjenci wymagają monitorowania w warunkach szpitalnych. W zatruciu dekstrometorfaniem występuje pobudzenie psychoruchowe oraz objawy psychotyczne, które mogą w konsekwencji doprowadzać

do urazów. Należy pamiętać również, że przewlekłe stosowanie dekstrometorfanu w dawkach ponad terapeutycznych powoduje zaburzenia procesów poznawczych, w tym uczenia się oraz pamięci. Lek przy długotrwałym stosowaniu w celach pozamedycznych może powodować uzależnienie łącznie z zespołem odstawienia (8).

Pseudoefedrynę zawierają leki dostępne bez recepty stosowane w objawowym leczeniu przeziębienia i grypy. Szczególnie stosowana w dawkach ponadterapeutycznych może działać podobnie do amfetaminy i wywoływać pobudzenie OUN. Może także powodować zachowania agresywne.

Benzydamina jest lekiem do stosowania miejscowego o działaniu głównie przeciwzapalnym oraz miejscowo znieczulającym i używana jest w leczeniu stanów zapalnych jamy ustnej, gardła oraz dróg rodnych (Tantum Verde, Tantum Rosa, Hascosept). Dzięki przechodzeniu przez barierę krew/mózg w dawkach powyżej 500 mg wykazuje działanie psychoaktywne, aczkolwiek dokładny mechanizm działania halucynogennego nie jest znany. Do odurzania najczęściej wykorzystywane są preparaty do irygacji pochwy z uwagi na ich postać farmaceutyczną, kiedy to po rozpuszczeniu preparatu można przyjmować drogą doustną.

Po przyjęciu doustnym benzydminy w dawce ponad 500 mg występują przewidzenia i przesłyszenia, zaburzenia postrzegania wzrokowego, występowanie poświaty, powidoków oraz widzenia poklatkowego. Przy przyjęciu dawki ponad 1000 mg pojawiają się intensywne halucynacje wzrokowe i słuchowe oraz spowolnienie ruchowe. Halucynacje pojawiają się w ciemnych miejscach pod wpływem bodźców świetlnych i może towarzyszyć im lęk. Warto pamiętać, że u przyjmujących benzydaminę zaburzenia wzrokowe (powidoki, przewidzenia i smugi) mogą utrzymywać się nawet przez kilka miesięcy, co w znacznym stopniu wpływa na bezpieczeństwo prowadzenia pojazdów mechanicznych, zwłaszcza w porze wieczornej i nocnej.

Wśród substancji, które stanowią znaczne zagrożenie dla bezpieczeństwa ruchu drogowego, są również tzw. nowe substancje psychoaktywne, które wchodzi w skład tzw. dopalaczy. **Do najczęściej używanych należą katynony: Mefedron (4-metylometkatynon) oraz Efedron (metkatynon).** Są to substancje stosowane jako psychostymulanty, po których może dochodzić do zwiększenia liczby ryzykownych zachowań w ruchu drogowym. Katynony znajdują się również w dopalaczach pochodzenia roślinnego, w tym w czuwalicze jadalnej (*Catha edulis*). Efedron może być produkowany w warunkach domowych z dostępnych bez recepty leków zawierających pseudoefedrynę. Benzylopiperazyna – jest substancją psychoaktywną o działaniu psychostymulującym podobnym do ekstazy.

Syntetyczne sztuczne kannabinoidy o budowie chemicznej odmiennej od tetrahydrokannabinolu, mające

jednak zdolność do specyficznego łączenia się z receptorami kanabinoidowymi oraz do wywoływania doznań podobnych, jakie występują w kontakcie z konopiami indyjskimi. Wymienione powyżej substancje wykazują działania pobudzające OUN, działanie relaksujące oraz poprawiające nastrój. Dodatkowo mogą również wykazywać efekt halucynogeny i psychodeliczny, co stanowi istotne zagrożenie w ruchu drogowym.

Obecnie coraz częściej spotykamy się również ze stosowaniem przez polskich kierowców gamma-butyrolaktonu (GBL). GBL wchodzi w skład płynów do pielęgnacji felg, ale, o zgrozo, bywa także stosowany doustnie w celu wywołania odprężenia i poprawy nastroju. Sporadyczne spożywanie GBL nie prowadzi zwykle do uzależnienia, jednak systematyczne stosowanie może być przyczyną zależności fizycznej. Niekiedy, szczególnie przy spożyciu większych dawek GBL, mogą wystąpić mdłości i bóle w nadbrzuszu. Ponieważ GBL jest zaliczany do środków tłumiących funkcje OUN, jego wpływ na bezpieczeństwo ruchu drogowego można porównać z działaniem alkoholu etylowego.

Również niebezpieczne jest stosowanie gałki muszkatowej. Zawiera ona jako składnik czynny **mirysty-cynę**, która wykazuje działanie podobne do marihuany. Objawy psychiczne po spożyciu gałki muszkatowej pojawiają się po godzinie od spożycia i mogą utrzymywać się nawet przez okres 72 godzin.

Jak widać z przedstawionych informacji, zarówno leki, jak i inne substancje psychoaktywne mogą w istotny sposób wpływać na bezpieczeństwo ruchu drogowego.

Warto pamiętać, aby w przypadku zaordynowania leku, który może upośledzać sprawność psychofizyczną, poinformować pacjenta o zakazie lub konieczności ograniczenia prowadzenia pojazdów mechanicznych.

*Dr Jarosław WOROŃ, prof. dr hab. Ryszard KORBUT
Katedra Farmakologii WL CM UJ Kraków,
Zakład Farmakologii Klinicznej
Uniwersytecki Ośrodek Monitorowania
i Badania Niepożądanych Działań Leków*

PIŚMIENNICTWO:

1. Ballantyne J.C., Tauben D.J., „Expert Decision Making on Opioid Treatment”, Oxford University Press, Oxford 2013.
2. Woroń J., Kostka-Trąbka E., „Interakcje leków w praktyce klinicznej”, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2011.
3. Sinatra R.S., Jahr J.S., Watkins-Pitchford J.M., „The Essence of Analgesia and Analgesics”, Cambridge University Press, Edinburgh 2011.
4. Smith S.H., Pappagallo M., „Essential Pain Pharmacology”, Cambridge University Press, Edinburgh 2012.
5. Stahl S.M., „Stahl’s Essential Psychopharmacology”, Cambridge University Press, Edinburgh 2013.
6. McKay G.A., Walters R.M., „Clinical Pharmacology and Therapeutics”, Wiley-Blackwell, Oxford 2013.
7. Tomczak E., Wiergowski M., Jankowski Z. i wsp., „Dekstrometorfan: nowe metody odurzania się nastolatków”, Arch. Med. Sąd. Kryminol. 2012; LXII, 197-202.
8. Targosz D., Szkolnicka B., Hydzik P. i wsp., „Wytyczne postępowania w przypadku zatrucia dektrometorfanem – postępowanie przedszpitalne”, „Przegląd Lekarski” 2011; 68(8):466-468

(przedruk z „Galicyskiej Gazety Lekarskiej” nr 5 i 6/14)

ETYKA

ARGUMENTY ZAMIAST EMOCJI

Z dr hab. n. med. Jakubem PAWLIKOWSKIM z Zakładu Etyki i Filozofii Człowieka UM w Lublinie rozmawia Maria PRZESMYCKA

Zacznijmy od precyzyjnej definicji klauzuli sumienia.

Klauzula sumienia jest konstrukcją prawną służącą do rozwiązania sytuacji konfliktu norm prawa stanowionego z normami światopoglądowymi lub religijnymi, dając możliwość odmowy wykonania obowiązku nałożonego zgodnie z prawem ze względu na jego sprzeczność z przekonaniami religijnymi lub moralnymi. Mamy zatem tutaj do czynienia z dwoma elementami: pierwotnym obowiązkiem prawnym i wtórnym zwolnieniem z tego obowiązku. Zatem dyskusja powinna obejmować nie tylko granice wolności sumienia lekarza, czego do-

tyczy większość polemik, ale także zakres i zasadność nakładanych na niego obowiązków.

Klauzula sumienia w medycynie to dość młoda kategoria.

W kontekście medycznym temat sprzeciwu sumienia zaczyna się pojawiać w latach 50. XX wieku. Najstarsze artykuły nie dotyczą jednak pracowników służby zdrowia, ale powszechnego obowiązku szczepień dzieci i prawa rodziców do uchylenia się od tego obowiązku. Dopiero w latach 70. XX wieku można zauważyć zmianę perspektywy i zogniskowanie dyskusji wokół odmowy wykonania niektórych procedur przez lekarzy i innych pracowników ochrony zdrowia. Nietrudno zauważyć, że w krajach zachodnich zbiega się to z legalizacją aborcji, a następnie innych działań sprzecznych z zasadą nienaruszalności życia ludzkiego. Proces legalizacji tych

praktyk był dość skomplikowany i należy w nim rozróżnić trzy elementy: 1) depenalizacji (zagwarantowania niekaralności), 2) zagwarantowania ich realizacji, 3) nałożenia obowiązku ich wykonania na określoną grupę zawodową. Często te trzy kwestie traktuje się jako naturalnie powiązane. Nie jest to jednak związek konieczny, bowiem depenalizacja jakiejś czynności nie musi wiązać się z gwarancją jej wykonania, podobnie jak nie ma konieczności, aby jej gwarantem był lekarz.

Odmowę wykonania świadczeń sprzecznych z sumieniem zazwyczaj sprowadza się do motywacji religijnych.

Taki pogląd jest dużym uproszczeniem. Lekarze mogą odmawiać wykonania niektórych świadczeń, nie tylko z powodu swoich przekonań religijnych, ale także dlatego, że naruszają one uniwersalne wartości moralne (np. życie istoty ludzkiej) oraz są sprzeczne z etyką zawodową i składaną przez nich przysięgą. Medyk nie musi odwoływać się do wiary religijnej, aby wyrazić sprzeciw wobec niszczenia życia ludzkiego w fazie prenatalnej lub terminalnej. Przecież Kodeks Etyki Lekarskiej, który nie wypływa z żadnej religii, zawiera szereg artykułów zobowiązujących do nienaruszalności życia ludzkiego, w tym także w fazie prenatalnej. Oczywiście jest, że nie wszyscy lekarze składający przysięgę zawodową i chcący postępować zgodnie z hipokratejską zasadą bezwzględного szacunku dla życia ludzkiego, są wierzący i religijnie zaangażowani.

Argumentujący za ograniczeniem wolności sumienia lekarza, powołują się często na zasadę poszanowania autonomii pacjenta.

Poszanowanie autonomii jest jedną z ważnych zasad etyki medycznej, ale ma swoje ograniczenia, chociażby w przypadku pacjenta nieprzytomnego, splątanego, poddanego wpływowi silnych emocji, czy niepełnoletniego. Jednym z oczywistych ograniczeń powinno być również poszanowanie autonomii moralnej lekarza. Lekarz, tak samo jak pacjent, jest podmiotem moralnym, i pacjent nie może żądać, aby medyk działał wbrew swoim wartościom. Sprzeciw sumienia lekarza nie przekreśla autonomii pacjenta. Nie chodzi w nim bowiem o narzucanie swojej moralności pacjentowi, ale o wierność wyznawanym zasadom moralnym. Nie można wymagać od lekarza szacunku dla pacjenta niszcząc jego szacunek dla siebie.

Polskie przepisy o klauzuli sumienia są dalekie od doskonałości, stąd ostatni gorący spór o „sprawę prof. Chazana” i wniosek NRL do Trybunału Konstytucyjnego o stwierdzenie niezgodności niektórych przepisów dotyczących klauzuli sumienia z konstytucją.

Przepisy regulujące prawo do sprzeciwu sumienia zawarte w ustawie o zawodach lekarza i lekarza dentysty poddawane były krytyce już od kilkunastu lat. Zwracano uwagę, że ograniczają one nadmiernie wolność sumienia w sytuacjach, kiedy nie jest to konieczne ani dla

bezpieczeństwa państwa, ani dla ratowania czyjegoś życia lub zdrowia, a w dodatku są bardzo nieprecyzyjne (np. „inny przypadek niecierpiący zwłoki”). Podnoszono problem niejasnego zakresu świadczeń gwarantowanych i statusu niektórych świadczeń w tym kontekście (np. aborcji) i konflikt pomiędzy konstytucyjnym prawem do nieujawniania swoich przekonań, a ustawowym obowiązkiem poinformowania pacjenta o swoich przekonaniach. Jednak najczęściej krytycznych uwag formułowano wobec obowiązku wskazania innego specjalisty lub podmiotu, który zrealizuje świadczenie będące przedmiotem sprzeciwu sumienia – takie zobowiązanie łamie bowiem pośrednio sumienie lekarza. Warto także zwrócić uwagę, że przepis obligujący lekarza do wskazania innego specjalisty nakłada na społeczność medyczną zbiorowy obowiązek zrealizowania świadczeń, a zatem trzeba zbadać czy nie są one sprzeczne z etosem zawodowym tej grupy.

Kluczowym problemem, moim zdaniem, są nie tyle same przepisy zawarte w klauzuli sumienia, co zakres świadczeń, do których próbuje się zobowiązywać lekarza. Klauzula sumienia działa dopiero wtedy, jeśli istnieje jakiś pierwotny obowiązek nakładany przez prawo (klauzula jest bowiem formą zwolnienia z tego obowiązku). Przykładowo, w przypadku aborcji nie ma wątpliwości, że ustawodawca dokonał jej depenalizacji (zagwarantował niekaralność) w określonych sytuacjach: ciężka wada dziecka, ciąża w wyniku czynu zabronionego oraz zagrożenie zdrowia i życia matki. Jednak w ustawie o ochronie płodu jest mowa o „możliwości” wykonania zabiegu, a nie o „obowiązku” jego przeprowadzenia (o obowiązku moralnym można dyskutować w przypadku zagrożenia życia kobiety). Niezależnie od odpowiedzi Trybunału Konstytucyjnego na obecnie zadane pytanie o klauzulę sumienia, Naczelna Rada Lekarska powinna zwrócić się do wspomnianego Trybunału z pytaniem o wyjaśnienie, czy w świetle obowiązujących przepisów niektóre świadczenia, np. aborcja ze wskazań niemedycejskich jest obowiązkiem lekarza. Jeśli odpowiedź będzie negatywna, to nie ma potrzeby łączyć odmowy wykonania aborcji z klauzulą sumienia, a tym samym dyskusja o rozwiązaniach w tym zakresie jest bezprzedmiotowa.

Czy inne kraje lepiej sobie radzą z zabezpieczaniem prawa do sprzeciwu sumienia pracowników ochrony zdrowia?

Rozwiązania prawne przyjęte w innych krajach są zróżnicowane i trudno wskazać idealne. W sensie formalnym wiele regulacji jest podobnych do polskich. Bywają rozwiązania, w których istnieje możliwość odmowy wykonania świadczenia bez żadnych dodatkowych warunków w rodzaju obowiązku wskazania innego specjalisty, albo podmiotu. Podejmuje się także próby ograniczania sprzeciwu sumienia pracowników ochrony zdrowia, nie tylko w krajach o długotrwałych tendencjach totalitar-

nych, ale również w niektórych krajach o tradycjach demokratycznych, np. w Wielkiej Brytanii.

Stosunek do wolności sumienia jest niezwykle ważnym wskaźnikiem tendencji ustrojowych państwa i świadomości wolnościowej obywateli. W państwach o skłonnościach totalitarnych zauważalne są tendencje do traktowania tej wolności, jako uprawnienia obywatelskiego, którego zakres określa państwo. W państwie demokratycznym należy patrzeć na wolność sumienia, jako przyrodzone prawo każdego człowieka, którego źródłem nie jest wola ustawodawcy, ale ludzka natura. Zadaniem władzy publicznej jest ochrona tej wolności, a ograniczyć ją może dopiero wtedy, gdy jest to bezwzględnie konieczne.

Jakie zagrożenia dla lekarzy i innych pracowników ochrony zdrowia niesie ograniczanie prawa do korzystania z klauzuli sumienia?

Zobowiązanie do działania wbrew sumieniu prowadzi do dezintegracji moralnej, obniżenia poczucia własnej godności i poważnych kosztów psychologicznych, które mogą mieć również wpływ na jakość wykonywanej pracy, a zwłaszcza motywację do niej. Niekiedy postuluje się neutralność aksjologiczną w wykonywaniu zawodu. Z psychologicznego punktu widzenia trudno jest jednak oddzielać moralność osobistą od moralności w pracy.

Sytuacja, w której próbuje się zobowiązać lekarzy do realizacji celów niezgodnych z zasadą poszanowania życia ludzkiego prowadzi do głębokiej ambiwalencji postaw i jest przejawem niekonsekwencji i niespójności przepisów prawnych w zakresie wymogów stawianych przed lekarzami: z jednej strony są oni zobowiązywani do ochrony ludzkiego życia i zdrowia, a z drugiej strony podejmowane są próby obligowania ich do realizacji działań godzących w te wartości.

A dla medycyny, a więc pośrednio i dla pacjentów?

Medycyna oparta jedynie na prawie, a nie na sumieniu niesie ryzyko spadku wrażliwości moralnej u lekarza i może łatwo stać się elementem systemu totalitarnego. Z perspektywy pacjenta, postępowanie zgodne z sumieniem rodzi zaufanie. To wierność etosowi zawodowemu i przekonanie, że lekarz zawsze, niezależnie od okoliczności administracyjnych, prawnych i politycznych, stanie po stronie pacjenta i będzie go chronił, buduje szacunek i zaufanie pacjentów. A sumienie lekarskie ukształtowane na zasadzie poszanowania godności każdego człowieka z pewnością będzie prowadzić do wyborów zgodnych z dobrem pacjenta i będzie budować społeczne zaufanie do profesji medycznej.

(przedruk z „Medicusa” nr 6/15)

PRAWO NA CO DZIEŃ

LEKARZ DENTYSTA – SZCZEGÓLNE UWARUNKOWANIA

W ostatnich latach zarówno w doktrynie, jak i orzecznictwie szeroko dyskutowany jest aspekt zgody pacjenta na udzielenie świadczenia zdrowotnego. Akcentuje się doniosłość autonomii jego woli, m. in. do decydowania o podejmowanych względem niego czynnościach leczniczych. Na szczególną uwagę zasługuje tu relacja, jaka powstaje pomiędzy pacjentem a lekarzem dentystą. O jej wyjątkowości decyduje specyfika leczenia stomatologicznego. Co do zasady, lekarz na każdym etapie kontaktu z pacjentem ma obowiązek starannego działania, a nie osiągnięcia rezultatu. W przypadku lekarzy dentyków obowiązek ów może jednak ulec zmianie. Dochodzi do tego przy wykonaniu określonej kategorii świadczeń stomatologicznych o charakterze estetycznym. Wykonując tego rodzaju czynności, lekarz dentysta staje się niejako gwarantem osiągnięcia oczekiwanego przez pacjenta rezultatu. Oznacza to sytuację, w której brak jest medycznej konieczności poddania się świadczeniu. Wówczas uzyskanie zgody jest w ocenie prawnej postrzegane znacznie szerzej niż w przypadkach czynności leczniczych ratujących życie lub zdrowie pacjenta.

W kontekście ewentualnej odpowiedzialności lekarza związanej z brakiem właściwej zgody pacjenta istotne znaczenie ma także forma wykonywania zawodu lekarza dentysty. Niezwykle często są to indywidualne praktyki stomatologiczne, gdzie ten sam lekarz jest osobą samodzielnie podejmującą wszystkie czynności, począwszy od diagnozy, a skończywszy na informowaniu o wynikach leczenia. Nie jest jednym z członków zespołu – pracownikiem. W takim przypadku pozbawiony jest ochrony wynikającej z przepisów prawa pracy dotyczącej ograniczeń finansowych, zatem ponosi pełną odpowiedzialność z tytułu skutków powstania szkody w sferze prawnie chronionych dóbr i interesów pacjenta.

Nadto, codzienna praktyka lekarza dentysty wskazuje również na specyficzne przekonanie poszczególnych pacjentów, iż mają oni prawo do wpływania na merytoryczne aspekty kwestii medycznych w zakresie wykonywania określonych czynności, na zasadzie: „skoro płacę, to wymagam”. Bywa, że żądają usług niezgodnych z zasadami wiedzy i sztuki medycznej. W takich przy-

padkach lekarz musi zachować daleko idącą ostrożność i asertywność.

Opisane wyżej elementy powodują, iż nader istotna w relacji lekarz dentysta – pacjent staje się kwestia uzyskania odpowiedniej zgody na wykonanie czynności medycznych. Zagadnienie to regulują przepisy Ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Zapisy tam zawarte normują wykonywanie świadczeń zdrowotnych i przewidują, że na każde z nich winna być udzielona zgoda. Tym samym należy podkreślić z całą mocą, iż nie jest wystarczające odebranie jednego oświadczenia o zgodzie, np. na ogólnie rozumiane leczenie o nazwie „leczenie stomatologiczne” pacjenta. Termin „świadczenie zdrowotne” oznacza „w szczególności: badanie stanu zdrowia, rozpoznawanie chorób i zapobieganie im, leczenie i rehabilitację chorych, udzielanie porad lekarskich”. W odniesieniu do zawodu lekarza dentystry świadczenia te udzielane są „w zakresie chorób zębów, jamy ustnej, części twarzowej czaszki oraz okolic przyległych”. Jednocześnie dotyczą one całego układu stomatognatycznego, czyli zębów, przyzębia, błony śluzowej jamy ustnej, ślinianek, kości twarzoczaszki oraz stawu skroniowo-żuchwowego. Dotyczą badania zewnątrz i wewnątrzustnego, badań dodatkowych, którymi najczęściej są zdjęcia rentgenowskie i tomografia komputerowa oraz zdjęcia fotograficzne, zabiegów z zakresu higieny i profilaktyki, leczenia chorób tkanek twardych i miękkich jamy ustnej, leczenia ortodontycznego, rekonstrukcji utraconych tkanek oraz rehabilitacji układu stomatognatycznego.

Dlaczego zgoda winna dotyczyć każdego z tych świadczeń? Wniosek ten wywodzi się z treści zapisu zawartego w art. 16 Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Zgodnie z jego treścią pacjent ma prawo do wyrażenia zgody na udzielenie określonych świadczeń zdrowotnych lub odmowy takiej zgody, po uzyskaniu informacji. Oznacza to, iż pacjent powinien być pytany o akceptację na wykonanie konkretnych świadczeń lub samodzielnych etapów całej złożonej procedury me-

dycznej. W zakresie stomatologicznej opieki zdrowotnej owa zgoda powinna zatem dotyczyć: badania (w tym wykonania zdjęcia rentgenowskiego), znieczulenia oraz wyboru określonego sposobu leczenia. W tym ostatnim przypadku zgoda powinna dotyczyć konkretnej procedury na konkretnych zębach określonych numerycznie, np.: leczenia ubytków próchnicowych twardych tkanek zębów, leczenia endodontycznego, usunięcia zęba, wykonania uzupełnienia protetycznego, wprowadzenia implantu czy leczenia ortodontycznego. Pacjent, wyrażając zgodę, aprobuje wówczas poszczególne etapy i czynności konieczne do udzielenia określonego świadczenia zdrowotnego, o których otrzymał odpowiednie informacje (tzw. plan leczenia). W ich zakresie winno mieścić się m. in. wskazanie proponowanych przez lekarza metod diagnostycznych lub leczniczych. Dopiero wówczas można przyjąć, że pacjent, wyrażając zgodę, objął swą aprobatą wymienione przez lekarza czynności lecznicze. Zgoda bowiem, ma stanowić akt woli człowieka rozebranego w swej sytuacji zdrowotnej oraz w sposób uświadomiony akceptującego podejmowane względem niego działania lekarza.

Reasumując, właściwie wyrażona zgoda pacjenta jest warunkiem legalności podejmowanych przez lekarza czynności medycznych. Co istotne, w przypadku sporu na linii lekarz – pacjent, to na lekarzu spoczywa ciężar udowodnienia, że otrzymał on „pełnoprawną” akceptację pacjenta na przeprowadzone procedury medyczne. Należy zatem podkreślić z całą mocą, że „ogólna” zgoda na leczenie stomatologiczne nie stanowi podstawy do wszelkich działań lekarza dentystry, a już w szczególności nie można jej „rozszerzyć” na zaawansowane procedury – zwłaszcza takie, jak np. leczenie endodontyczne itd. W tych przypadkach zgoda winna mieć formę piśmienną.

Justyna STRAKA
prawnik

Autorka pracuje w Kancelarii Prawniczej „Krislex” w Bydgoszczy, www.facebook.com/krislex.bydgoszcz, justyna.straka@krislex.pl

(przedruk z „Primum” nr 2/15)

TRZY RODZAJE PRAKTYK LEKARSKICH

KTÓRY WYBRAĆ I CZY TYLKO JEDEN?

W obecnym stanie prawnym istnieją trzy podstawowe rodzaje praktyk lekarskich. Ze względu na zagniatwane brzmienie przepisów oraz zmieniające się interpretacje wielu lekarzom trudno zorientować się w tym, jaki rodzaj praktyki jest obecnie dla nich odpowiedni i jak mają postąpić w sytuacji, gdy wykonują zawód w wielu formach i na różnych zasadach. Poniżej wyjaśniamy wątpliwości.

Zgodnie z art. 5 ustawy o działalności leczniczej działalność lekarzy może być wykonywana w formie jednoosobowej działalności gospodarczej jako:

- indywidualna praktyka lekarska,
- indywidualna praktyka lekarska wyłącznie w miejscu wezwania,
- indywidualna specjalistyczna praktyka lekarska,
- indywidualna specjalistyczna praktyka lekarska wyłącznie w miejscu wezwania,

- indywidualna praktyka lekarska wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego na podstawie umowy z tym podmiotem lub
- indywidualna specjalistyczna praktyka lekarska wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego na podstawie umowy z tym podmiotem.

Jak można zorientować się z powyższego wykazu, istnieją obecnie trzy rodzaje praktyk indywidualnych, przy czym każdy rodzaj praktyki indywidualnej może występować jako praktyka bez określonej specjalizacji lub praktyka specjalistyczna.

Te trzy wyodrębnione rodzaje praktyk to:

- indywidualna praktyka lekarska,
- indywidualna praktyka lekarska wyłącznie w miejscu wezwania,
- indywidualna praktyka lekarska wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego na podstawie umowy z tym podmiotem.

Każda z nich, jak wspomniano wyżej, może być zaś praktyką specjalistyczną lub nie.

Indywidualna praktyka lekarska

By zarejestrować ten rodzaj praktyki, lekarz musi:

1. posiadać prawo wykonywania zawodu,
2. nie może być:
 - a) zawieszony w prawie wykonywania zawodu ani ograniczony w wykonywaniu określonych czynności medycznych na podstawie przepisów o zawodach lekarza i lekarza dentysty lub przepisów o izbach lekarskich;
 - b) ukarany karą zawieszenia prawa wykonywania zawodu;
 - c) pozbawiony możliwości wykonywania zawodu prawomocnym orzeczeniem sądu karnego zakazu wykonywania zawodu albo zawieszony w wykonywaniu zawodu zastosowanym środkiem zapobiegawczym;
3. dysponować pomieszczeniem, w którym będą udzielane świadczenia zdrowotne, wyposażonym w produkty lecznicze, wyroby medyczne, aparaturę i sprzęt medyczny odpowiedni do rodzaju i zakresu udzielanych świadczeń zdrowotnych, oraz posiadać opinię organu Państwowej Inspekcji Sanitarnej o spełnieniu warunków wymaganych przy udzielaniu określonych świadczeń zdrowotnych;
4. uzyskać wpis do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej;
5. zawrzeć umowę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej.

W przypadku, gdy ma to być praktyka specjalistyczna, wymagane jest też posiadanie odpowiedniej specjalizacji.

Jest to podstawowy rodzaj praktyki lekarskiej, oparty na rejestracji we wskazanym przez lekarza gabinecie, do którego lekarzowi przysługuje tytuł prawny (czyli wła-

snym, dzierżawionym lub wynajmowanym). Daje on najszersze możliwości wykonywania praktyki. Pozwala na przyjmowanie pacjentów w zgłoszonym gabinecie, udzielanie świadczeń na wezwanie pacjentów, jak również zawieranie z podmiotami leczniczymi umów o udzielanie świadczeń (kontraktów).

Lekarz, który zarejestrował ten rodzaj praktyki, nie musi więc (choć może) odrębnie rejestrować praktyki „wyjazdowej” (tj. wyłącznie w miejscu wezwania) oraz praktyki „kontraktowej” (wyłącznie w siedzibie podmiotu leczniczego).

Indywidualna praktyka lekarska wyłącznie w miejscu wezwania („wyjazdowa”)

Na etapie rejestracji różni się ona od praktyki omawianej wyżej tym, że nie jest tu wymagane posiadanie gabinetu. Lekarz musi posiadać produkty lecznicze i sprzęt medyczny umożliwiające udzielanie świadczeń zdrowotnych i wskazać w rejestrze adres siedziby i miejsca przechowywania dokumentacji medycznej.

Ten rodzaj praktyki służy udzielaniu świadczeń wyłącznie w miejscu wezwania, przy czym miejscem tym nie może być podmiot leczniczy (zakład opieki zdrowotnej). Nie można więc na podstawie tego rodzaju praktyki zawrzeć kontraktu, w ramach którego lekarz udzielałby świadczeń w szpitalu lub przychodni.

Indywidualna praktyka lekarska wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego na podstawie umowy z tym podmiotem („kontraktowa”)

Na etapie rejestracji nie jest wymagane posiadanie gabinetu ani sprzętu medycznego, lekarz wskazuje natomiast podmioty lecznicze (może być więcej niż jeden), w których zamierza wykonywać praktykę w ramach kontraktu.

Ten rodzaj praktyki służy udzielaniu świadczeń w szpitalach i przychodniach, z którymi lekarz zawiera umowę o udzielanie takich świadczeń.

Uwaga: Należy rozróżnić sytuację, w której lekarz dzierżawi (lub wynajmuje) gabinet w przychodni lub szpitalu w celu przyjmowania własnych pacjentów, od sytuacji, w której zawiera z przychodnią lub szpitalem kontrakt (umowę cywilno-prawną), na podstawie którego będzie udzielał świadczeń pacjentom tej przychodni lub tego szpitala. W pierwszej sytuacji umowa obejmuje tylko prawo do korzystania z pomieszczenia, w którym lekarz rejestruje następnie praktykę na zasadach ogólnych, a szpitalowi lub przychodni płaci jedynie czynsz najmu. W drugiej sytuacji – umowa reguluje zasady udzielenia świadczeń pacjentom podmiotu leczniczego, otrzymując z tego tytułu wynagrodzenie od szpitala lub przychodni.

Praktyka kontraktowa służy więc lekarzom, którzy nie mają własnych gabinetów i udzielają świadczeń wy-

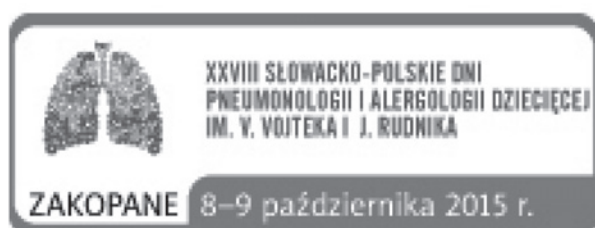
łącznie w przychodniach lub szpitalach. Jej cechą charakterystyczną jest to, że zawarcie z podmiotem leczniczym umowy na bazie tego typu praktyki skutkuje tym, iż odpowiedzialność lekarza i podmiotu wobec pacjenta za ewentualne szkody związane z udzielaniem świadczeń jest solidarna. Drugim ważnym elementem jest to, iż w świetle prawa lekarz nie jest wówczas właścicielem dokumentacji medycznej, a jedynie dokonuje w niej wpisów (dokumentację przechowuje, zabezpiecza i udostępnia na zewnątrz podmiot leczniczy).

Nadmieniam, że oprócz wykonywania zawodu w formie praktyki lekarskiej, lekarz może nadal wykonywać zawód na podstawie umowy o pracę, co nie wiąże się oczywiście z rejestrowaniem praktyki indywidualnej.

Iwona KACZOROWSKA-KOSSOWSKA
Radca prawny OIL w Gdańsku

(przedruk z „Pomorskiego magazynu Medycznego” nr 8-9/14)

OGŁOSZENIA



Już po raz **dwudziesty ósmy** Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc Oddział Terenowy im. Jana i Ireny Rudników w Rabce-Zdrój we współpracy z Instytutem Gruźlicy i Chorób Płuc w Dolnym Smokowcu oraz Kliniką Dzieci i Dorosłych Uniwersytetu w Martinie zaprasza na **Słowacko-Polskie Dni Pneumonologii i Alergologii Dziecięcej im. V. Vojteka i J. Rudnika**, które odbędą się w **Zakopanem 8-9 października 2015 roku**. W ostatnich latach obserwujemy dynamiczny rozwój pneumonologii i alergologii dziecięcej oraz technik leczenia chirurgicznego chorób układu oddechowego u dzieci, dlatego też celem konferencji jest wymiana doświadczeń w gronie ekspertów i autorytetów naukowych, w tym klinicznych, z Polski, Słowacji, Czech, Ukrainy i Białorusi. Swoją udział w konferencji będzie miało również Polskie Towarzystwo Pneumonologii Dziecięcej.

Termin: 8-9 października 2015 r.

Miejsce: Zakopane, Hotel Mercure Kasprowy, ul. Szymaszkowa

Przewodniczący Komitetu Organizacyjnego:
dr n. med. Joachim Buchwald

Partnerstwo merytoryczne i nadzór naukowy:
Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc Oddział Terenowy im. Jana i Ireny Rudników w Rabce-Zdrój, Instytut

Gruźlicy i Chorób Płuc w Dolnym Smokowcu, Klinika Dzieci i Dorosłych Uniwersytetu w Martinie

Organizator: Wydawnictwo Termedia

Program oraz szczegółowe informacje znajdują się na stronie Zjazdu: <http://www.termedia.pl/Konferencje?Intro&e=401&p=3001>

* * *



Temat konferencji **Badania Biopsyjne Wyzwaniem Współczesnej Neuropatologii** obejmuje: biopsje stereotaktyczne, endoskopowe i otwarte mózgu oraz rdzenia kręgowego, biopsje nerwów obwodowych, biopsje mięśni szkieletowych oraz biopsje skórno-mięśniowe. Ta interdyscyplinarna konferencja różnych specjalności medycznych pozwoli na wszechstronne przedstawienie, omówienie i dyskusję problemów związanych z zagadnieniami diagnostyki biopsyjnej procesów patologicznych w obrębie układu nerwowego, mięśniowego i naczyniowego, pozostającymi w kręgu zainteresowania neuropatologów.

Termin: 16 października 2015 r.

Miejsce: Instytut Medycyny Doświadczalnej i Klinicznej PAN, ul. Pawińskiego 5, Warszawa

Organizator: Stowarzyszenie Neuropatologów Polskich, Instytut Medycyny Doświadczalnej i Klinicznej im. M. Mossakowskiego PAN, Zespół Neu-

ropatologii Onkologicznej Komitetu Nauk Neurologicznych PAN

Przewodniczący Komitetu Naukowego: prof. dr hab. med. Ewa Matyja, prof. dr hab. med. Teresa Wierzba-Bobrowicz, prof. dr hab. med. Wiesława Grajkowska, prof. dr hab. med. Janusz Szymaś

Organizator Wykonawczy: Wydawnictwo Termedia, wydawca czasopisma *Folia Neuropathologica i Polish Journal of Pathology*.

Szczegółowe informacje znajdują się na stronie wydarzenia: <http://www.termedia.pl/Konferencje-Intro&e=438&p=3222>

* * *



Druga edycja konferencji **Hot Topics Diabetologia**, skierowanej do diabetologów i wszystkich lekarzy zajmujących się chorymi na cukrzycę, tak w szpitalu, jak i w poradni. odbędzie się w Międzyzdrojach. Sukces ubiegłorocznej skłonił organizatorów do organizacji kolejnej konferencji będącej podsumowaniem bieżącego roku. W 2015 r. zostaną ogłoszone pierwsze wyniki długoterminowych badań nad wpływem leków inkretynowych i inhibitorów SGLT-2 na choroby układu krążenia (TECOS, ELIXA, EMPA-REG), a także badań oceniających skuteczność i bezpieczeństwo łącznego stosowania długodziałających analogów insuliny z agonistami GLP-1. Podczas konferencji uczestnicy będą zapoznawać się z insulinami biosymilarnymi oraz lekami inkrety nowymi. Dwa największe zjazdy naukowe – EASD i ADA – na pewno dostarczą dużo materiałów do dyskusji i kontrowersji do roztrząsania.

Termin: 27–28 listopada 2015 r.

Miejsce: Międzyzdroje, Hotel Aurora, ul. Boh. Warszawy 17

Kierownik naukowy: prof. dr hab. med. Leszek Czupryniak

Organizator: Wydawnictwo Termedia

* * *



Pułapki leczenia bólu głowy, brzucha, w opiece paliatywnej..., Pułapki leczenia zaburzeń hormonalnych tarczycy, jajników..., Pułapki diagnostyki i leczenia zmian na narządach płciowych, zmian na skórze kończyn i tułowia... te oraz wiele innych ciekawych merytorycznie tematów staną się przedmiotem dyskusji podczas tegorocznej edycji **III Ogólnopolskiej Konferencji Pułapki Codziennej Praktyki Lekarskiej**, która tradycyjnie odbędzie się w **Poznaniu, w dniach 23-24 października 2015 r.** Uczestników powinna zainteresować oryginalna konwencja tego wydarzenia. Oprócz przykładów pułapek czyhających na lekarzy w ich codziennej pracy zostaną także pokazane sposoby na ich unikanie.

Termin: 23–24 października 2015 r.

Miejsce: Poznań, IBB Andersia, Plac Andersa 3

Kierownik naukowy: prof. dr hab. med. Leszek Czupryniak

Organizator: Wydawnictwo Termedia

* * *



Tematy **Konferencji Sekcji Alergologicznej Polskiego Towarzystwa Dermatologicznego i Sekcji Immunodermatologii Polskiego Towarzystwa Dermatologicznego** w części poświęconej alergologii będą dotyczyć diagnostyki i leczenia pokrzywek, diagnostyki alergii pokarmowych, kontrowersji w atopowym zapaleniu skóry, roli defektu bariery naskórkowej w predyspozycji do rozwoju chorób alergicznych, etiopatogenezy wyprysku alergicznego i niealergicznego, reakcji polekowych, świądu, reakcji foto-alergicznego.

W części immunologicznej konferencji planujemy przedstawić uczestnikom nowe spojrzenie na patogenезę i leczenie chorób tkanki łącznej, zwłaszcza toczenia i twardziny, a także chorób naczyniowych i łuszczycy. Przedstawimy konsensus postępowania diagnostycznego i terapeutycznego w autoimmunizacyjnych chorobach pęcherzowych skóry.

Profesor Jerzy Kruszewski wygłosi wykład tematycznie nierozzerwalnie łączący alergologię z immunologią pod tytułem: *Nowe spojrzenie na mechanizmy anafilaksji*.

Termin: 6-7 listopada 2015 r.

Miejsce: Warszawa, Airport Hotel Okęcie, ul. 17 Stycznia 24

Organizatorzy: Wydawnictwo Termedia

Partnerstwo merytoryczne i nadzór naukowy:

Sekcja Alergologiczna Polskiego Towarzystwa Dermatologicznego, Sekcja Immunodermatologii Polskiego Towarzystwa Dermatologicznego, Klinika Dermatologii i Immunodermatologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

Kierownik Naukowy: prof. dr hab. Cezary Kowalewski

Komitety Organizacyjny: prof. dr hab. Cezary Kowalewski – *prezydent Sekcji Alergologicznej Polskiego Towarzystwa Dermatologicznego*, prof. dr hab. Elżbieta Waszczykowska – *prezydent Sekcji Immunodermatologii Polskiego Towarzystwa Dermatologicznego*, prof. dr hab. Katarzyna Woźniak, dr hab. med. Agnieszka Żebrowska, dr n. med. Agnieszka Kalińska-Bienias, dr n. med. Bartłomiej Kwiek

* * *



Inspiracją do zorganizowania konferencji **Zachodniopomorskie Dni Hipertensjologiczne** jest fakt, że w XXI wieku stanęliśmy w obliczu epidemii nadciśnienia i jego powikłań. Schorzenie to według WHO stanowi najistotniejszą epidemiologicznie pośrednią przyczynę zgonów na świecie, ponieważ zwiększa ryzyko incydentów sercowo-naczyniowych.

W 2006 r. hipertensjologia stała się w Polsce specjalizacją lekarską. Ten fakt świadczy o tym, że do walki ze skutkami nadciśnienia tętniczego przywiązuje się coraz większą wagę. Zapraszamy do Szczecina 7 listopada 2015 roku.

Termin: 7 listopada 2015 r.

Miejsce: Hotel Radisson Blu, plac Rodła 10, Szczecin

Przewodnicząca Komitetu Naukowego: prof. dr hab. n. med. Krystyna Widecka

Organizator: Wydawnictwo Termedia

Partner merytoryczny i nadzór naukowy: Klinika Hipertensjologii i Chorób Wewnętrznych, Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 1 Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie

* * *

VI Ogólnopolską Konferencję PTTM pt.: „Sposób na „trudnego pacjenta”. Dialog Motywujący w ochronie zdrowia” organizowaną przez Polskie Towarzystwo Terapii Motywującej w Poznaniu w dniach 17–18 października 2015 r., Hotel Mercure Poznań Centrum, ul. Roosevelta 20.

Tegoroczna konferencja skierowana jest do szerokiego grona grup zawodowych związanych z ochroną zdrowia, głównie lekarzy (różnych specjalizacji), pielęgniarek, dietetyków, rehabilitantów i innych specjalistów, którzy na co dzień zmagają się z brakiem motywacji u swoich pacjentów.

Uczestnicy konferencji będą mieli okazję doświadczyć, jak skuteczny jest Dialog Motywujący (DM) w pracy z pacjentem niezmotywowanym, nieprzestrzegającym zaleceń lekarskich, z osobą przewlekle chorą czy w krótkich, kilkunastuminutowych interwencjach lekarskich, gdzie istnieje potrzeba, aby zachęcić pacjenta do wdrażania farmakoterapii czy systematyczności w dbaniu o zdrowie (np. dieta, aktywność fizyczna, kontrolne wizyty i badania).

Metoda ta jest skuteczna również wobec pacjentów, z którymi szczególnie trudno się porozumieć z uwagi na ich konfliktowość, agresyw-

ność oraz przejawiających dodatkowe problemy takie, jak uzależnienia od alkoholu i innych środków psychoaktywnych, czy stosującymi lub doświadczającymi przemoc (Procedura „Niebieskie Karty”).

Dialog Motywujący (Motivational Interviewing, w skrócie DM) to specyficzna metoda wydobywania i wzmacniania motywacji u pacjenta poprzez empatyczny kontakt z nim nawet w krótkiej rozmowie. DM zakłada, że pomoc jest najbardziej skuteczna, kiedy klient świadomie zaangażuje się w proces zmian. Skuteczność Dialogu Motywującego w opiece zdrowotnej została potwierdzona licznymi badaniami klinicznymi.

Wielu lekarzy na świecie korzysta już na co dzień z potencjału tkwiącego w tej pełnej szacunku dla drugiego człowieka metodzie komunikacji z pacjentem.

Zapraszamy na konferencję, która ma na celu w przystępny sposób przekazać wiedzę dotyczącą Dialogu Motywującego – opartego na współpracy stylu rozmowy, który służy między innymi umocnieniu u osoby jej własnej motywacji wewnętrznej oraz ułatwieniu podjęcia decyzji o zmianie.

Każdy z uczestników konferencji **BĘDZIE MIAŁ OKAZJĘ WZIĄĆ UDZIAŁ W TRZECH WYBRANYCH PRZEZ SIEBIE WARSZTATACH** (do wyboru z 6 tematów) i przećwiczyć umiejętności, które są użyteczne i efektywne w codziennej, pełnej pośpiechu praktyce klinicznej.

Zapewniamy specjalne zniżki dla studentów oraz członków PTTM, którzy mają opłacone składki członkowskie!

Poniżej wysokość opłat za konferencję:

Do 15 sierpnia – 270 zł,

16 sierpnia do 15 września – 300 zł,

Od 16 września – 350 zł,

Dla studentów i członków PTTM z opłaconymi składkami – 250 zł.

Więcej informacji na temat konferencji, program oraz formularz zgłoszeniowy znajduje się na naszej stronie: www.pttm.org.pl

* * *

Jest mi niezmiernie miło poinformować, że **Śląska Izba Lekarska** wychodząc naprzeciw prośbom i oczekiwaniom środowiska lekarskiego oraz dbając o poszerzanie możliwości kształcenia podyplomowego, **przygotowała i udostępnia nieodpłatnie Platformę e-learningową**.

Została ona uruchomiona na stronie internetowej ŚIL i pozwala na nieograniczony w czasie dostęp do pogłębiania wiedzy z różnych dziedzin medycyny. Zaczynamy od wykładów i testów w następujących tematach:

- Leczenie alergicznych nieżytów nosa u dorosłych i dzieci
- Rozpoznanie i wstępne leczenie astmy oskrzelowej
- Leczenie zaostrzeń astmy.
- Ból przebijający w chorobach nowotworowych

Dlaczego właśnie pantoprazol jest nam ciągle tak bardzo potrzebny?



To dopiero początek, w nieodległej przyszłości udostępnione zostaną kolejne tematy. Wystarczy wejść na stronę <http://www.izba-lekarska.org.pl/> kursy, założyć konto i można korzystać z platformy e-learningowej.


Kursy posiadają akredytację Naczelnej Izby Lekarskiej.

Za udział w kursach przyznawane są punkty edukacyjne zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z 6 października 2004 r. w sprawie dopełnienia obowiązku doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentystów.

Zachęcam do poinformowania o możliwości kształcenia się w tej dogodnej formie członków Państwa izby. Z poważaniem

Dr n. med. Jacek Kozakiewicz
Prezes Okręgowej Rady Lekarskiej
w Katowicach



Informujemy o uruchomieniu szkolenia dla ochotników w korpusie osobowym medycznym w Wyższej Szkole Oficerskiej we Wrocławiu.

Termin powołania od stycznia do lipca 2016 r.

Jeśli jesteś lekarzem, i chciałbyś swoje życie związać z mundurem, Armia ma dla Ciebie ciekawą propozycję, a mianowicie: **powołanie do służby przygotowawczej**, która jest jednym z pierwszych kroków do zrobienia kariery żołnierza zawodowego.

Służba przygotowawcza ma charakter elitarny i jest przeznaczona wyłącznie dla wybranych. Umożliwia wstąpienie do Narodowych Sił Rezerwowych wraz z wszystkimi uprawnieniami i korzyściami z tego wynikającymi.

Pelnięć ww. służbę masz prawo do:

- **uposażenia z tytułu pełnienia służby przygotowawczej** - 60% najniższego miesięcznego uposażenia zasadniczego żołnierza zawodowego;
- **świadczeń pieniężnych, tj.:**
 - zwrot kosztów przejazdu do miejsca pełnienia służby przygotowawczej;
 - zasiłek z tytułu posiadania na wyłącznym utrzymaniu członków rodziny;
 - zasiłek alimentacyjny;
 - zwrot najmu i kosztów eksploatacyjnych zajmowanego lokalu w czasie odbywania służby przygotowawczej.

Ponadto okres pełnienia służby przygotowawczej wlicza się pracownikowi do okresu zatrudnienia w zakresie wszystkich uprawnień wynikających ze stosunku pracy.


Dzięki służbie w mundurze:

- nawiądziesz nowe znajomości z ciekawymi ludźmi;
- zdobędziesz umiejętności i doświadczenie, jakich inni nie mają;
- wojsko stwarza Ci szansę zaplanowania sobie przyszłości;
- służba przygotowawcza może być trampoliną do dalszej kariery.

Jeśli nasza oferta spełnia Twoje oczekiwania - skontaktuj się z Wojskową Komendą Uzupełnień we Wrocławiu:

- e-mail: wkuwroclaw@wp.mi.pl,
- nr tel. 261 656 141,
- nr tel. 261 656 157,

gdzie uzyskasz informacje o warunkach, które musisz spełnić, aby zostać powołanym do ww. służby.



OGŁOSZENIA

Dyrektor Szpitala Wojewódzkiego w Opolu – SP ZOZ **zatrudni od zaraz lekarza chorób zakaźnych** (specjalistę, w trakcie specjalizacji, bądź lekarza który planuje specjalizować się z zakresu chorób zakaźnych) do pracy w ODDZIALE I PORADNI CHOROBY ZAKAŻNYCH. Forma zatrudnienia i wynagrodzenia do uzgodnienia. Prosimy o kontakt: tel. 77/44-33-100, fax. 77/44-33-110, e-mail : sekretariat@szpital.opole.pl lub kadry.kierownik@szpital.opole.pl, adres: Szpital Wojewódzki w Opolu – SP ZOZ, ul. Kośnego 53.

NZOZ Med-Dent zatrudni lekarza stomatologa. Kontakt telefoniczny: 782-491-010 lub na adres mailowy rekrutacja.ap2015@wp.pl.

Prywatny gabinet stomatologiczny PRAXIDENT w Opolu zatrudni lekarza stomatologa (preferowana kobieta). Wymagane 2 lata stażu pracy, wysoka kultura osobista i dokładność w pracy. Zapewniamy nowoczesny sprzęt, miłą atmosferę i wysokie wynagrodzenie. Tel. 692-953-161. E-mail: gabinet@praxident.pl.



Falck Centrum Medyczne





Falck jest największym dostawcą usług ratownictwa medycznego w Polsce oraz istotnym podmiotem zapewniającym opiekę medyczną osobom prywatnym, firmom i instytucjom publicznym.

Na terenie całego kraju Falck posiada 63 stacje pogotowia ratunkowego, 27 placówek medycznych i zatrudniając 3000 osób zapewnia usługi dla ponad 2,5 miliona osób.

W związku z rozwojem struktur organizacyjnych Centrum Medycznego w **Kędzierzynie-Koźlu** poszukujemy:

- *Lekarza POZ*
- *Lekarza NPL*
- *Lekarza Medycyny Pracy*
- *Lekarza Laryngologa*

Osoby zainteresowane prosimy o kontakt pod numerem **510 202 208** lub o przesyłanie aplikacji na adres: kadry@falck.pl z dopiskiem „Lekarz Kędzierzyn-Koźle”.

FALCK Medycyna Sp. z o.o.
ul. Jana Olbrachta 94
01-102 Warszawa
NIP 527-243-59-38
KRS 0000213143
Kapitał zakładowy: 17.500.000 zł

www.falck.pl

BIULETYN INFORMACYJNY OPOLSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

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

REDAKCJA: Jerzy Lach

OPRACOWANIE GRAFICZNE:
Wydawnictwo i Drukarnia Świętego Krzyża

ŁAMANIE i DRUK:
Wydawnictwo i Drukarnia Świętego Krzyża
w Opolu, ul. Katedralna 8a; NAKŁAD: 2.500 egz.
ISSN 1426-661X

PROMOCJA

USG

Kalkulacja dla pożyczki zlotówkowej, na zakup ultrasonografu o wartości 135 000,00 zł przy 60 ratach, bez wpłaty własnej. **Karencja w spłacie rat** – 3 miesiące. **Gwarancja stałej raty**



ULTRASONOGRAF
H60

SAMSUNG

H60 implementuje doskonałą wydajność z nowymi zasadami projektowania prostoty i lekkości. Jego 10.1" ekran poprawia użyteczność, a 18,5" monitor LED poprawia jakość obrazów klinicznych.

RATA
2590^{pln}
/mies.

Oprogramowaniem **4D**
Opcja **Multivision**

Głowica **Convex wolumetryczna**
wykonana w technologii S-Vue
Single Cristal – CV1-8AD

Głowica **endowaginalna VR5-9**
Printer Czarno – biały

Gwarancja: 18 miesięcy

Tylko **TERAZ** przegląd
systemu USG -

SERWIS

450 pln

**NASZ
SERWIS**

**PROFESJONALNA
OBSŁUGA**

REAKCJA 24 H

**ZDOBYWCĄ
MIĘDZYNARODOWYCH
NAGRÓD**

cena dotyczy większości systemów
ultrasonograficznych takich firm jak:

**GE HEALTHCARE
PHILIPS
SIEMENS
ALOKA
HITACHI**

**ESAOTE
TOSHIBA
SONOSITE
ATL
SAMSUNG**

**MINDRAY
ECHOSON
MEDISON
i inne**

cena nie uwzględnia kosztów dojazdu
oraz ewentualnych kosztów wymienionych części

**Certyfikat Jakości
i Bezpieczeństwa Urządzenia**

Po wykonaniu usługi serwisowej
otrzymują Państwo Certyfikat
Jakości i Bezpieczeństwa
Urządzenia

**Bezpłatne Testy
Bezpieczeństwa Elektrycznego**

**12 lat doświadczenia
w branży**

**POIM
1140**

zainstalowanych
urządzeń
medycznych

autoryzowany dystrybutor sprzętu medycznego

GEMED®

www.gemed.pl

Aleksander Kondera
a.kondera@gemed.info.pl

+48 693 818 040
+48 32 350 04 18

Niniejsze pismo nie stanowi oferty w rozumieniu kodeksu cywilnego, będąc jedynie wstępną kalkulacją, która nie stanowi zobowiązania do udzielenia finansowania. De Lage Landen Leasing Polska S.A. z siedzibą w Warszawie zastrzega, że udzielenie finansowania zależne jest m. in. od pozytywnej decyzji kredytowej, ustanowienia wskazanych zabezpieczeń oraz podpisania wymaganej dokumentacji. Podane w kalkulacji kwoty i parametry mają charakter orientacyjny i mogą ulec zmianie.