



OPOLSKA  
IZBA  
LEKARSKA

Rok Założenia 1990

# BIULETYN INFORMACYJNY

Luty 2015

ISSN 1426-661X

Nr 221

## OPOLSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

[www.izbalekarska.opole.pl](http://www.izbalekarska.opole.pl)



Fot.: <http://www.freeimages.com/photo/1186599>

# CÓRKA OGRODNIKA

**Ubrana odświętnie przysiadła na fotelu obitym niebieskim adamaszkiem i ścisła w dłoni bukietek fiołków. A przecież „fiołek luby, lecz nietrwały...”**

Schodów jest pewnie ze czterdzieści. Prowadzą po stromej skarpie z „Harendy” prosto do kładki na Zakopiance. Kiedyś mostek był drewniany, a omszałe, wypaczone deski skrzypiały pod nogami Jana Kasprowicza. Odkąd Marusia pojechała za Bojanem Panewem, poeta porzucił swoje wędrówki po Tatrach. Bo komu miał znosić pieśni znad siklaw i źródeł? Codziennie jednak przychodził nad strumyk, siadał na ławce, liczył sęki w poręczach, wycinał znaki: przecinki, średniki i wykrzykniki. Czasem też szkicował męskie twarze uchwycone z profilu. Rysował oblicza zamyślane, ponure, o zniekształconych, niezbyt szlacheckich rysach.

Nie wadził się już z Bogiem, nie układał hymnów jak po ucieczce Jadwini z Gąsowskich – jego jasnowłosej MIMOZY – która wybrała Stanisława Przybyszewskiego, tego „szuję i najczarniejszego szubrawcę”, jak go nazwał Tadeusz Miciński. Mężowi zostawiła dwie córki i „płaczącą duszę”. Jakże musiał cierpieć, pisząc:

Święty Boże! Święty mocny!

Jestem! Jestem i płacę...

Biję skrzydłami

jak ptak ten ranny,

jak ptak ten nocny,

któremu okiem kazano skrwawionym

patrzyć w blask słońca...

A przecież on też kiedyś porzucił. Zachowało się jej zdjęcie. Patrzy z niego poważna, może nawet zaszępiła. Ściągnęła brwi, wydeląła dolną wargę, jak jakaś księżniczka habsburska, a była tylko córką bogatego ogrodnika z Rogalina. Teodozja Szymańska kochała i pragnęła, wierzyła i goniła, ale świat ją wyprzedzał. Z Janem ślubowali sobie we wrocławskim urzędzie. Miała trzydzieści cztery lata, on osiem lat mniej. Studiował jeszcze na wydziale filologiczno-historycznym. Późno zdał maturę. Nie szło mu w szkole, powtarzał klasę za klasą, nie radził sobie z matematyką, łaciną i greką, opuszczał gimnastykę, nie chodził na fizykę z astronomią. I sprawował się nagannie – oszukiwał, przeszkadzał, spóźniał się na lekcje, a w dodatku siał polską propagandę. Toteż wyrzucano go z gimnazjów w Inowrocławiu, Opolu i Raciborzu. – *Kasprowicz!* – rozzłościł się raz raciborski profesor – *Jeśli się pan sam nie wyniesie, zostanie pan odstawiony do tej swojej Polski przez policję.* Przyszły autor „Marchołta grubego a sprośnego” rzucił w belfra flaszką z atramentem i uciekł. Szkołę skończył w Poznaniu.

1 grudnia 1886 roku wiało i sypał śnieg. Pod urząd zajeżdżali dorożką. Cmoknął ją w policzek, dostrzegł turkusy i brylanty zdobiące wiktoriański koleczyk, zdjęął przechodzone palto i poprowadził wybrankę do sali ślubów. Przemoczyła satynowe czółenka, ale nie z chłodu drżała, podpisując się na akcie. Chciała go już spotkać całym ciałem, złagodzić groźne błyski oczu, wycesać gęste włosy, przylgnąć do niego. Powierzyć mu siebie i swoje dobra, poda-



wać mu kakao, chronić go, doglądać. Podlewać maciejki na balkonie, grać z nim w warcaby i gry planszowe. Mogłaby zmienić dla niego fryzurę, poczernić rzęsy, pomalować usta. Lecz on doczekał tylko do wiosny i zażądał rozwodu.

– *Nie dość ci dałam?*

– *Nie chciałem wiele.*

– *Po co brałaś?*

– *Tak trzeba, myślałem.*

– *Gdzie mam się podziąć?*

– *Wracaj do swoich.*

– *Tyś mój.*

– *Nie żartuj, proszę.*

Obróciła się, spuściła głowę, jakby chciała dosięgnąć dna, i wyszła z rozbitego mieszkania. Zabiła się po dwóch latach.

Teodozja raczej nie pozowała Stanisławowi Rejchano-  
wi, chociaż mogli się spotkać gdzieś pomiędzy Wrocławiem i Paryżem. A może artysta zobaczył ją w sukni ślubnej i uwiecznił akwarelami na tekturze? Dama z portretu ma podobny owal twarzy, duże, zamyślane oczy i tylko inny wykrój ust. Odświętnie ubrana przysiadła na fotelu obitym niebieskim adamaszkiem. Na stole palą się goździki, ona natomiast ścisła w dłoni bukietek fiołków. A *Fiołek* [...] *luby, lecz nietrwały* – pisał Szekspir – *woń tylko kilka chwil upajającą, nic więcej.*

Agnieszka KANIA

Tekst ten ukazał się w „Gazecie Wyborczej”





Rozpoczął się nowy rok i to od jubileuszu 25-lecia powstania Opolskiej Izby Lekarskiej. Razem z tym bieżącym numerem Biuletynu otrzymaliście Państwo również Wydanie Specjalne Biuletynu, przygotowane specjalnie właśnie z tej okazji. Znajdziecie w nim szereg informacji o tym, jak powstawała nasza Izba, kto należał do jej „ojców założycieli”, kto w kolejnych latach działał w niej przez te wszystkie 7 kadencji i wreszcie – garść informacji o jej dniu dzisiejszym.

Natomiast w tym, lutowym numerze Biuletynu zamieszczam krótkie sprawozdania z głównych obchodów tego jubileuszu w Opolu i regionalnych, które odbyły się w Kluczborku.

Poza tym – jak zawsze starałem się wyszukać dla Was i zamieścić na łamach tego numeru ciekawe materiały zebrane z biuletynów innych izb. Będą więc kolejne rozważania o leczeniu bólu, o dramatycznym spadku zaufania do zawodu lekarza i znakomity materiał o sztucznym tworzeniu nowych chorób. Jest też tekst-ostrzeżenie o nowym narkotyku, jaki pojawił się ostatnio w Polsce, przestroga przed nadmiernym przepracowaniem i wynikającymi z tego zagrożeniami. Po raz kolejny zamieszczam również informację dotyczącą obo-

wiązku posiadania kasy fiskalnej i drugą część materiału o sposobie udzielania informacji pacjentowi. W bieżącym numerze znajdziecie również dywagacje na temat dehumanizacji medycy.

Jak zawsze przekazuję informacje o najnowszych zasadach ubezpieczenia OC dla lekarzy i lekarzy dentyistów, o kolejnych posiedzeniach Okręgowej Rady Lekarskiej i Komisji Stomatologicznej naszej Izby, plan szkoleń na najbliższe miesiące, przypomnienie o nowych składkach członkowskich oraz różne ogłoszenia i zapowiedzi nowości wydawniczych.

Mam nadzieję, że zarówno bieżący numer Biuletynu, jak i jego jubileuszowe Wydanie Specjalne zainteresuje szerokie grono czytelników. Życząc miłej lektury żegniam się do następnego numeru.

*Jerzy B. LACH*

### UWAGA DELEGACII!!!

**Uprzejmie informuję, że Okręgowy Zjazd  
Lekarzy Opolskiej Izby Lekarskiej odbędzie**

się w dn. 28 marca 2015 r. o godz. 10.00  
w Wojewódzkim Centrum Medycznym w Opolu



Koleżanki i Koledzy,

Piszę te słowa kilka dni po podpisaniu porozumienia między przedstawicielami Porozumienia Zielonogórskiego a Mi-

nistrem Zdrowia. Porozumienie to zakończyło bardzo nerwowy okres przełomu roku. Po oświadczeniu Ministra Zdrowia podsumowującym to porozumienie, że nie doszło do przekazania ani jednej złotówki więcej na rzecz finansowania podstawowej opieki zdrowotnej, niż było to we wcześniejszych planach Ministra, nasuwa się pytanie – czy nie można było tego porozumienia osiągnąć przed końcem roku i uniknąć zamieszania, związanego z nieczynnymi przez dwa dni poradniami poz. Nasuwa się też odpowiedź na to pytanie – ze strony Ministra nie było wówczas woli porozumienia.

W naszym województwie protest lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej był bardzo wyraźnie zauważalny. Pragnę podkreślić, że lekarze podstawowej opieki zdrowotnej byli jedyną grupą zawodową, która w sposób tak zdecydowany sprzeciwiła się forsowanemu przez Mini-

## SZPALTA PREZESA

stra Zdrowia pakietom onkologicznemu i antykolejkowemu. Porozumienie zakończyło okres dużego przesilenia, ale nie zlikwidowało wielu innych zagrożeń, jakie oba te pakiety ze sobą niosą. Najbliższe miesiące mogą więc być bardzo gorące, mimo że do lata jeszcze trochę nam zostało.

W Biuletynie podane są nowe stawki ubezpieczenia OC. Jak co roku składki zbierane będą do końca lutego. Należy z bardzo dużym zadowoleniem przyjąć fakt, że przy wzroście kwot gwarancyjnych, oferowanych w ubezpieczeniu pakietowym, zmniejszają się składki. Ponadto zabiegi chirurgii estetycznej wchodzą do podstawowego zakresu ubezpieczenia. W składce ubezpieczenia jest też ochrona prawna oferowana w znacznie szerszym zakresie, niż to było dotychczas. Szczegóły w materiale wewnątrz numeru.

Na koniec przypominam o dwóch bardzo ważnych faktach:

Od 1 marca 2015 r. wszyscy lekarze prowadzący prywatne praktyki muszą posiadać kasę fiskalną, chyba że rozliczają się wyłącznie z innymi podmiotami działającymi

ności gospodarczej poprzez faktury. Innymi słowy – jeżeli przynajmniej jeden pacjent będzie płacić za wizytę bezpośrednio lekarzowi w praktyce, to konieczna będzie kasa fiskalna.

Konieczne jest wpisywanie numeru nowej polisy ubezpieczenia oc do księgi rejestrowej praktyki. W poprzednim numerze Biuletynu zamieszczona była odpowiednia instrukcja. Z rozporządzenia Ministra Zdrowia wynika, że niedopełnienie tej formalności zmusza Prezesa okręgowej rady lekarskiej do nałożenia na lekarza kary finansowej.

*Jerzy JAKUBISZYN*

\* \* \*

## **STANOWISKO nr 1**

### **Okręgowej Rady Lekarskiej w Opolu z dnia 14 stycznia 2015 r. w sprawie akcji protestacyjnej lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej**

Okręgowa Rada Lekarska w Opolu z zadowoleniem przyjęła podpisanie porozumienia między lekarzami podstawowej opieki zdrowotnej, zrzeszonych w Porozumieniu Zielonogórskim a Ministerstwem Zdrowia.

Okręgowa Rada Lekarska w Opolu utożsamia się ze stwierdzeniami, zawartymi w stanowisku Konwentu Prezesów Okręgowych Rad Lekarskich z 4 stycznia, deklarującymi pełne poparcie dla protestu oraz podkreślającymi odpowiedzialność Ministra Zdrowia za doprowadzenie do tak nabrzmiałego konfliktu.

Okręgowa Rada Lekarska w Opolu podkreśla, że zachowanie lekarzy, którzy próbowali wykorzystać sytuację i przejmować na swoje listy pacjentów zaoptowanych do protestujących lekarzy, jest wysoce naganne i nieetyczne.

Okręgowa Rada Lekarska w Opolu stwierdza, że podpisane porozumienie nie likwiduje zagrożeń, jakie dla funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w Polsce niesie wprowadzenie w życie pakietów onkologicznego i antykolejkowego.

Rada dziękuje lekarzom, którzy protestując zdecydowali się na tak dramatyczny krok w obronie pacjentów, których bezpieczeństwo zdrowotne może być przez wprowadzenie tych pakietów zagrożone.

*Sekretarz ORL*

*lek. dent. Barbara HAMRYSZAK*

*Prezes ORL*

*dr n. med. Jerzy JAKUBISZYN*

\* \* \*

## **STANOWISKO nr 2**

### **Okręgowej Rady Lekarskiej w Opolu z dnia 14 stycznia 2015 r. w sprawie protestu Opolskiej Izby Lekarsko-Weterynaryjnej**

Okręgowa Rada Lekarska w Opolu wyraża jednoznaczne poparcie dla działań Opolskiej Izby Lekarsko-Weterynaryjnej, protestującej przeciwko pogarszającej się sytuacji finansowej lekarzy weterynarii, zatrudnionych w Inspekcji Weterynaryjnej Województwa Opolskiego.

Inspekcja Weterynaryjna odgrywa bardzo ważną i odpowiedzialną rolę w zapewnieniu bezpieczeństwa obrotu produktami spożywczymi pochodzenia zwierzęcego oraz eksportu zwierząt, zabezpieczając tym samym uzyskiwanie odpowiednich przychodów przez budżet Państwa. Niezrozumiała zatem jest polityka Ministerstwa Rolnictwa i Rozwoju Wsi, która sprzyja zwalnianiu się lekarzy weterynarii z pracy w Inspekcji Weterynaryjnej, co doprowadzi do pogorszenia się standardów bezpieczeństwa żywności pochodzenia zwierzęcego.

Okręgowa Rada Lekarska w Opolu przypomina jednocześnie, że bardzo zbliżone w swojej wymowie stanowisko przyjęła już 26 stycznia 2011 r. Oznacza to, że okres 4 lat został przez Ministerstwo Rolnictwa i Rozwoju Wsi zmarnowany.

*Sekretarz ORL*

*lek. dent. Barbara HAMRYSZAK*

*Prezes ORL*

*dr n. med. Jerzy JAKUBISZYN*

## **CO SŁYCHAĆ W IZBIE**

# **UBEZPIECZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI CYWILNEJ NA 2015 ROK**

Koleżanki i Koledzy,

Zbliża się koniec lutego, a więc najwyższy czas aby pomyśleć o ubezpieczeniach odpowiedzialności cywilnej. Na początku przypomnienie pewnych ogólnych zasad. Obowiązująca od połowy 2011 r. ustawa o działal-

ności leczniczej uporządkowała sprawę ubezpieczeń odpowiedzialności cywilnej lekarzy i lekarzy dentyistów, wprowadzając **jedno** ubezpieczenie obowiązkowe. **Obowiązek ubezpieczenia spoczywa na każdym lekarzu czy lekarzu dentyście, który wykonuje zawód w for-**

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

Rozporządzenie Ministra Finansów doprecyzowało zasady tego ubezpieczenia. Obejmuje ono wszystkie szkody, jakie mogą być wyrządzone w czasie udzielania świadczeń zdrowotnych albo powstałe wskutek zaniechania udzielenia takich świadczeń. Jest **tylko jedno wyłączenie**, które związane jest z zabiegami chirurgii plastycznej i zabiegami kosmetycznymi – otóż ubezpieczenie to odnosi się wyłącznie do zabiegów wykonywanych w przypadku wad wrodzonych oraz następstw urazów czy chorób. Ubezpieczenie nie pokrywa szkód, będących następstwem zabiegów estetycznych. Rozporządzenie wprowadziło minimalną sumę gwarancyjną dla tego ubezpieczenia – w przypadku lekarza (lekarza dentysty) wynosi ona 75.000 euro na 1 zdarzenie i 350.000 euro na wszystkie zdarzenia w okresie ubezpieczenia.

Ubezpieczenie obowiązkowe proponowane członkom Opolskiej Izby Lekarskiej przez PZU uwzględnia podział na trzy grupy specjalności (**składki w stosunku do zeszłorocznych są zdecydowanie niższe**):

Grupa I (składka 444 zł)	Grupa II (składka 192 zł)	Grupa III (składka 104 zł)
1. Anestezjologia i intens. terapia 2. Chirurgia ogólna 3. Chirurgia dziecięca 4. Chirurgia naczyniowa 5. Chirurgia onkologiczna 6. Chirurgia plastyczna 7. Torakochirurgia 8. Kardiochirurgia 9. Neurochirurgia 10. Chirurgia szczękowo-twarzowa 11. Chirurgia stomatologiczna 12. Urologia 13. Urologia dziecięca 14. Ortopedia i traumatologia 15. Ginekologia i położnictwo 16. Ginekologia onkologiczna 17. Medycyna ratunkowa 18. Neonatologia	1. Medycyna sportowa 2. Radioterapia 3. Wszystkie pozostałe 4. specjalności stomatologiczne	Wszystkie pozostałe specjalności  <i>UWAGA:            Jeżeli lekarz z III grupy wykonuje jakies zabiegi chirurgiczne, endoskopowe, z zakresu radiologii interwencyjnej czy inne wymagające pisemnej zgody – musi się ubezpieczyć jak w grupie II</i>

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

5. koszty postępowań sądowych, w tym mediacji lub postępowania pojednawczego poniesione za zgodą PZU S.A. lub zasądzone,
6. koszty poniesione na minimalizowanie wyrządzonej szkody,
7. odpowiedzialność cywilna za szkody wyrządzone osobom trzecim w wynajmowanym pomieszczeniu praktyki (do kwoty 50.000 zł),

W dalszym ciągu istnieje możliwość bardzo korzystnego ubezpieczenia pakietowego (**połączenie ubezpieczenia obowiązkowego z dobrowolnym**) z tzw. **klausulą nadwyżkową**. Pozwala to nie tylko podwyższyć sumę gwarancyjną ubezpieczenia, ale objąć ubezpieczeniem sytuacje czy zdarzenia, których nie obejmuje ubezpieczenie obowiązkowe:

1. udzielanie I pomocy (także w sytuacji, w której lekarz, ratując czyjeś życie, udzielał jej po spożyciu alkoholu),
2. udzielanie świadczeń medycznych okazjonalnych (niezbędnej pomocy medycznej – nie dotyczy stałej pracy) poza terenem Polski – np. podczas wyjazdu wypoczynkowego,
3. koszty ekspertów, biegłych, zastępstwa prawnego – poniesionych za zgodą PZU S.A. lub zasądzonych,
4. niezbędne koszty sądowej obrony przed roszczeniami, niezbędne koszty sądowej obrony w postępowaniu karnym poniesione za zgodą PZU S.A. lub zasądzone,

8. odpowiedzialność cywilna za szkody wyrządzone osobom trzecim w wynajmowanym sprzęcie (do kwoty 50.000zł),
9. szkody rzeczowe wyrządzone w mieniu pacjenta w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych (do kwoty 50.000 zł).
10. w ramach ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej lekarza, PZU S.A. dla każdego Ubezpieczonego,

organizuje i pokrywa koszty usługi Asysty Prawnej (usługa assistance). **Nr telefonu Centrum Alarmowego dla Asysty Prawnej: 22-505-16-04.**

11. usługa asysty prawnej polega na:

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

Te wszystkie w/w elementy były ujęte również w zeszłorocznej składce ubezpieczenia. W tym roku dochodzą trzy nowe rzeczy:

- ubezpieczenie się od innych zdarzeń, związanych z miejscem wykonywania praktyki, ale nie związanych z udzielaniem świadczeń (np. zalanie sąsiada wskutek awarii w gabinecie, uderzenie przedmiotem spadającym z okna gabinetu czy dachówką spadającą z dachu domu lub poślizgnięcie się pacjenta na mokrej posadzce w pomieszczeniu, w którym jest gabinet itp.) do kwoty 50.000 zł,
- **uwzględnienie w składce podstawowej zabiegów estetycznych i kosmetycznych,**
- **ochrona prawna do kwoty 50.000zł.** Ubezpieczenie ochrony prawnej ma na celu zagwarantować lekarzowi bezwarunkowe pokrycie kosztów ochrony prawnej w przypadku wystąpienia do lekarza z roszczeniem odszkodowawczym przez poszkodowanego pacjenta, NFZ - czyli: koszty wynajęcia adwokata, radcy prawnego, który odpisze na pozew, będzie reprezentował go w Sądzie, koszty powołania biegłych. Koszty te pokrywane są do 50.000 zł w granicach wynagrodzenia określonego przez rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości, który wyznaczył minimalne należne wynagrodzenie adwokatom, radcom prawnym. Do tej pory były one również pokrywane w OC, jednakże dopiero po wyrażeniu zgody przez PZU S.A. W tej chwili dzięki wynegocjowaniu dodatku z TU Inter Risk S.A., lekarz ma gwarancję pokrycia kosztów uczestnictwa procesowego, prawnego po zgłoszeniu takiego wniosku.

Brokerowi w trakcie negocjacji udało się nie tylko poszerzyć zakres ubezpieczenia, ale także w odniesieniu do dwóch najczęściej wybieranych w ubiegłym roku wariantów podwyższyć sumy gwarancyjne oraz zdecydowanie obniżyć wysokość składek płaconych przez lekarzy z grup I i II. W zamian za to minimalnie (o kilka złotych i to tylko w dwóch najtańszych wariantach) wzrosły składki dla grupy III.

A oto warianty tego ubezpieczenia pakietowego:

Kwota, o którą zwiększa się suma gwarancyjna	Grupa I specjalności – składka łączna	Grupa II – składka łączna	Grupa III – składka łączna
<b>300.000 zł</b>	699,00 zł	334,00 zł	200,00 zł
<b>400.000 zł</b>	731,00 zł	344,00 zł	208,00 zł
<b>700.000 zł</b>	757,00 zł	354,00 zł	216,00 zł
<b>1.300.000 zł</b>	933,00 zł	432,00 zł	263,00 zł
<b>2.500.000 zł</b>	1.752,00 zł	763,00 zł	473,00 zł

Kwotę ubezpieczenia się od innych zdarzeń, związanych z miejscem wykonywania praktyki, ale nie związanych z udzielaniem świadczeń można podwyższyć do 100.000 zł (dopłata 20 zł) lub 200.000 zł (dopłata 56 zł) – w składce, jak już wspomniano, jest kwota 50.000 zł.

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

A oto warianty tego ubezpieczenia (i tutaj również przy zachowaniu, a nawet podwyższeniu sum gwarancyjnych, obniżone zostały wyraźnie składki):

Suma gwarancyjna	Grupa I – składka	Grupa II – składka	Grupa III – składka
<b>200.000 zł</b>	291,00 zł	145,00 zł	73,00 zł
<b>300.000 zł</b>	330,00 zł	159,00 zł	83,00 zł
<b>400.000 zł</b>	340,00 zł	170,00 zł	90,00 zł
<b>700.000 zł</b>	392,00 zł	187,00 zł	97,00 zł
<b>1.300.000 zł</b>	509,00 zł	233,00 zł	125,00 zł
<b>2.500.000 zł</b>	984,00 zł	426,00 zł	248,00 zł

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



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

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

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

1. Autocasco dla klienta indywidualnego oraz małego lub średniego przedsiębiorcy,
2. Obowiązkowe ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych dla klienta indywidualnego oraz małego lub średniego przedsiębiorcy,

3. Minicasco;
4. PZU Dom Plus;
5. PZU Dom Letniskowy;
6. Ubezpieczenia Następstw Nieszczęśliwych Wypadków;
7. Ubezpieczenie turystyczne Wojażer – PZU Pomoc w Podróży

Składki zbierane będą jak w latach poprzednich, musząc dotrzeć do biura Izby w okresie od **10 lutego do poniedziałku 23 lutego br.**

Jerzy JAKUBISZYN

## JUBILEUSZ 25-LECIA OPOLSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

W piątek 16 stycznia, w Filharmonii Opolskiej, odbyły się uroczystości związane z jubileuszem 25-lecia Opolskiej Izby Lekarskiej. Rozpoczął je chór naszej Izby pod dyrekcją prof. Elżbiety Wilim, który odśpiewał hymn „Gaude Mater Polonia”.

Następnie Prezes Okręgowej Rady Lekarskiej w Opolu, Jerzy Jakubiszyn, powitał przybyłych na uroczystości gości:

- Doradcę Prezydenta RP, przed laty członka Opolskiej Izby Lekarskiej, Macieja Piroga,
- Wojewodę Opolskiego Ryszarda Wilczyńskiego,
- Wicemarszałka Województwa Opolskiego, członka Opolskiej Izby Lekarskiej, Romana Kolka,
- Biskupa Pomocniczego Diecezji Opolskiej Rudolfa Pierskałę,
- Senatora RP prof. Piotra Wacha,
- Wiceprzewodniczącego Sejmiku Województwa Opolskiego Józefa Kotysia,
- Prezydenta Opola Arkadiusza Wiśniewskiego,
- Przewodniczącego Rady Miasta Opola Marcina Ociepę,
- Starostę Strzeleckiego, Przewodniczącego Konwentu Starostów, Józefa Swaczynę,
- Wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej Zytę Kazimierczak-Zagórską,
- Członka Prezydium Śląskiej Izby Lekarskiej Jana Cieślkiego,



- Przewodniczącą Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Opolu Sabinę Wiatkowską,
- Prezesa Okręgowej Rady Aptekarskiej w Opolu Andrzeja Prygla,
- Prezesa Opolskiej Izby Lekarsko-Weterynaryjnej Marka Wisłę,
- Wicedziekana Opolskiej Izby Adwokackiej Seweryna Plebanka,
- dyrektorów szpitali z całego województwa opolskiego,
- Przewodniczących Zarządów Oddziałów Opolskich towarzystw naukowych,
- Honorowego Dziekana Opolskiej Izby Lekarskiej, Przewodniczącego Okręgowej Rady Lekarskiej w Opolu I kadencji, Ryszarda Kwiecińskiego.

Kończąc powitania Prezes przeszedł do swojego wystąpienia, w którym podsumował minione 25 lat działalności Samorządu Lekarskiego na Opolszczyźnie, wypuklając plusey (możliwość pracy na własny rachunek,

poprawa zarobków), ale zwracając również uwagę na minusy (ogromne obciążenia biurokratyczne w codziennej pracy, brak woli rzeczywistej współpracy ze strony większości ekip rządowych).

Kolejnym punktem programu był 10-minutowy film, przygotowany przez Redakcję „Gazety Lekarskiej”, który był streszczeniem całego ćwierćwiecza, poprzez pryzmat kolejnych wydań Gazety.

Następnie Prezes Jakubiszyn przekazał głos Rzecznikowi Prasowemu Wojewody Opolskiego, Jackowi Szopińskiemu, który poprowadził ceremonię wręczenia odznaczeń państwowych. Decyzją Prezydenta RP Bronisława Komorowskiego przyznane zostały członkom Opolskiej Izby następujące Ordery:

Krzyż Kawalerski Orderu Odrodzenia Polski dla Danuty Henzler,

Srebrne Krzyże Zasługi dla Róży Bruzi-Bużowicz, Marii Markowskiej-Kuźniak, Stanisława Kowarzyka, Jacka Miarki, Mirosława Misiaka i Tadeusza Żelaznego,

Brązowe Krzyże Zasługi dla Ewy Nociński-Firlej, Katarzyny Rączy, Stanisława Chruszczyka i Jacka Mazura.

Ordery wręczali wspólnie Minister Maciej Pińkowski oraz Wojewoda Ryszard Wilczyński.

Jako pierwszy z gości zabrał głos minister Maciej Pińkowski. Przekazał gratulacje odznaczonym oraz wszystkim lekarzom i lekarzom denty stom Opolszczyzny. Wyraził nadzieję, że napięta sytuacja między samorządem lekarskim a Ministrem Zdrowia nie będzie trwała zbyt długo i zadeklarował wsparcie Prezydenta RP w poszukiwa-

niu dróg wyjścia i rozwiązań dobrych zarówno dla lekarzy, jak i pacjentów.

Następnie głos zabierali pozostali zaproszeni goście, przekazując pozdrowienia, gratulacje, życzenia i drobne upominki.

Po gościach głos zabrał ponownie Prezes Opolskiej Rady Lekarskiej, który poinformował o uchwale Rady z grudnia 2014 r., przyznającej kolejne Godności Honorowe „Prymariusza Opolskiego”. W tym roku laureatami zostali Ewa Nociński-Firlej, Tadeusz Chowaniec, Jacek Mazur, Mirosław Misiak i Wiesław Sienkiewicz. Statuetki oraz dyplomy wręczyli laureatom Prezes Jakubiszyn oraz Wiceprezes Jolanta Smerkowska-Mokrzycka. W imieniu wyróżnionych za to zaszczytne wyróżnienie podziękował Mirosław Misiak.

Kończąc część oficjalną uroczystości Prezes podziękował osobom, których wkład w przygotowanie uroczystości był największy – Wiesławowi Latale, Jerzemu Lachowi i Stanisławowi Kowarzykowi.

W części artystycznej uroczystości wystąpił najpierw chór Opolskiej Izby Lekarskiej, który zaśpiewał 5 kolęd, a następnie Orkiestra Kameralna Filharmonii Opolskiej, która zaprezentowała utwory Mozarta, Piazzoli, Stravinskiego, Griega, Brahmsa i Beatlesów.

Należy dodać, że w foyer Filharmonii wystawione były tablice, prezentujące składy Okręgowych Rad Lekarskich oraz przewodniczących pozostałych organów Izby wszystkich dotychczasowych kadencji Opolskiego Samorządu.

## JUBILEUSZOWE UROCZYSTOŚCI W KLUCZBORKU

Z okazji jubileuszu 25-lecia powstania Opolskiej Izby Lekarskiej, w dniu 14 stycznia 2015 r. w Auli Urzędu Miejskiego w Kluczborku odbyła się uroczystość święta społeczności lekarskiej Powiatu Kluczborskiego.

Z inicjatywy Zarządu Delegatury i pod patronatem Starosty Powiatu Kluczborskiego miało miejsce uroczyste wręczenia statuetek oraz dyplomów podziękowania zasłużonym dla społeczności powiatowej lekarzom. Wśród uhonorowanych lekarzy znaleźli się Koleżanki i Koledzy: Felicja Brewczyńska, Alina Cieszkowska-Konig, Bożena Guzowska, Urszula Kałużyńska-Chmiel, Tatiana Lesiuk, Urszula Łysiak, Matylda Ohmann-Zięba, Łucja Zylka-Hil, Janusz Banach, Antoni Bobiński, Kazimierz Erbert, Edmund Flejsierowicz, Lucjan Guzowski, Stanisław Juszcak, Jerzy Pycia, Adam Ross, Jan Tomczyk i Julian Toporowski.

Członków rodzin szanownych Kolegów lekarzy, którzy odeszli na wieczny dyżur, a zapisali się szczególnie w naszej pamięci jako wzór do naśladowania dla młodszych medyków obdarowano dyplomami podziękowania

i statuetkami. Tymi pośmiertnymi dowodami pamięci uczczono: Bogumiła Pycię, Jerzego Łysiaka i Zdzisława Jarosza.

Całą uroczystość wzbogacił – przy pełnym aplauzie sali – występ działającego przy Opolskiej Izbie Lekarskiej Chóru Medyków oraz grającej na gitarze i śpiewającej poezję, Pani Małgorzaty Paszniczkiej.

Składamy podziękowanie za przybycie na nasze uroczystości członkom Okręgowej Rady Lekarskiej naszej Izby na czele z Prezesem Jerzym Jakubiszynem oraz przedstawicielom Okręgowej Izby Lekarsko-Weterynaryjnej, Okręgowej Izby Aptekarskiej w Opolu i Burmistrzowi Kluczborka.

Wszystkim wyróżnionym i obdarowanym życzymy długich lat w zdrowiu i pomyślności, pełnej satysfakcji i poczucia spełnienia zawodowego, po latach pracy dla dobra Pacjentów.

*Adam MARTYNISZYN  
Kluczborska Delegatura Opolskiej Izby Lekarskiej*





# DWA KOLEJNE POSIEDZENIA OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ



W dniu 26 listopada 2014 r. odbyło się posiedzenie Okręgowej Rady Lekarskiej w Opolu. Program zebrania obejmował następujące pozycje:

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

Ad 1.

Do Rady wpłynęły następujące wnioski:

- wydanie duplikatu poprosiła lek. dent. Barbara Bednarczyk,
- wydanie ograniczonego prawa wykonywania zawodu poprosiła lek. dent. Karolina Lenart.

Uchwały przyjęto jednogłośnie.

Ad 2.

Do Izby zwróciły się z prośbą o przyznanie punktów edukacyjnych następujące podmioty szkolące:

- Polskie Towarzystwo Onkologiczne Oddział w Opolu przeprowadziło 14 listopada 2014 r. szkolenie „*Leczenie wspomagające w onkologii*” (przyznano 2 pkt edukacyjne);
- „MEDICO-DENT” Kompleksowe Zaopatrzenie Gabinetów Stomatologicznych przeprowadzi 3 grudnia 2014 r. szkolenie „*Endodoncja – 7 kroków endo*” (przyznano 5 pkt edukacyjnych);
- „AMADER” s.c. przeprowadziło 5 listopada 2014 r. szkolenie „*Metody odbudowy i wzmocnienia struktury zębów po leczeniu endodontycznym*” (przyznano 4 pkt edukacyjne);
- „ORTHOMED SJ.” przeprowadziła w dniach 24-25 października 2014 r. kursokonferencję „*Wymiana doświadczeń w przedmiocie leczenia ortodontycznego*”;
- „Marku” s.j. przeprowadzi 6 grudnia 2014 r. kurs teoretyczno-praktyczny „*Gaenial – nowy wymiar estetyki*” (przyznano 4 pkt edukacyjne).

Ad 3.

Rada jednogłośnie dokonała skreślenia z rejestru praktyk 5 lekarzy.

Ad 4.

Rada przyznała zapomogi dwóm osobom, a jednej pożyczkę związaną z prowadzeniem przewodu doktorskiego.

Ad 5.

Dyrektor WCM zwrócił się do Rady z prośbą o wyznaczenie swoich przedstawicieli do komisji konkursowej na stanowisko ordynatora oddziału kardiologii. Rada zaproponowała dr n. med. Jacka Miarkę jako przewodniczącego oraz lek. lek. Marka Dryję i Dariusza Szymańskiego jako członków.

Ad 6.

Do Rady Okręgowej wpłynęły podania o:

- obniżenie składki członkowskiej do 10 zł – pięcioro lekarzy,
- czasowe zwolnienie z opłacania składki – siedmiu,
- bezterminowe zwolnienie – 1 osoba.

Wszystkie uchwały przyjęto jednogłośnie.

Ad 7.

Kol. Latała poinformował o szkoleniu dla lekarzy dentystów prowadzonym przez prof. Wiesława Sokółskiego.

Kol. Hamryszak była na spotkaniu Rady Społecznej Opolskiego Oddziału NFZ, na którym został przedstawiony nowy Dyrektor OOW NFZ – Tomasz Uher.

Ad 8.

Kol. Martyniszyn poinformował o spotkaniu lekarzy seniorów delegatury kluczborskiej, które odbędzie się 3 grudnia 2014 r. oraz o Balu Lekarza, który odbędzie się 14 lutego 2015 r.

Wraz z kol. Gajdą przedstawili również problem negocjacji lekarzy POZ przyszlucowych kontraktów z NFZ. Rada postanowiła wystosować w tej sprawie odpowiednie Stanowisko (*patrz poniżej – przyp. Redakcji*).

Ponadto Rada postanowiła wystosować kolejne Stanowisko w sprawie ustawy o budżecie dotyczącej zasad prowadzenia kształcenia specjalizacyjnego.

Prezes odczytał pismo od Wojewody Opolskiego skierowane do kancelarii Prezydenta RP, dotyczące przyznania odznaczeń: Krzyża Kawalerskiego, Złotych i Srebrnych Krzyży Zasługi dla naszych kolegów.

Kol. Wojtyłko zaproponował, aby Izba obligatoryjnie wystosowywała podziękowania dla lekarzy odchodzących na emeryturę.

Kol. Kowarzyk poinformował, że 31 grudnia 2014 r. mija termin przygotowania projektu remontu budynku naszej Izby przez panią architekt.

Na tym posiedzenie zakończono.

Sekretarz ORL

lek. dent. Barbara HAMRYSZAK

Prezes ORL

dr n. med. Jerzy JAKUBISZYN



## STANOWISKO

### Okręgowej Rady Lekarskiej w Opolu z dnia 26 listopada 2014 r. w sprawie sytuacji w ochronie zdrowia związanej z wprowadzaniem pakietu onkologicznego

Okręgowa Rada Lekarska w Opolu z niepokojem obserwuje coraz większe problemy związane z wprowadzaniem pakietu onkologicznego.

Mimo zdecydowanego sprzeciwu wszystkich środowisk medycznych (lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, lekarzy ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, lekarzy pracujących w ośrodkach i centrach onkologicznych), do których adresowane są zmiany związane z tym pakietem, ostrzegających o konieczności dodatkowego sfinansowania nowych zadań, Ministerstwo Zdrowia i Narodowy Fundusz Zdrowia wymuszają podpisywanie aneksów do umów, które dla małych podmiotów mogą się okazać niemożliwymi do zrealizowania i stanowić zagrożenie dla ich finansowego bezpieczeństwa.

Samorząd lekarski od wielu miesięcy zwraca uwagę, że wprowadzenie pakietu onkologicznego bez zwiększenia wydatków za strony płatnika i bez pilotażu, przeprowadzonego przynajmniej w jednym województwie, doprowadzi do załamania systemu. Efektem będzie wydłużenie kolejek, a przyspieszenie diagnostyki pacjentów onkologicznych pozostanie jedynie niezrealizowanym hasłem.

Dodatkowym zagrożeniem dla prawidłowego funkcjonowania systemu ochrony zdrowia jest wprowadzany równolegle pakiet kolejkowy, który również nakłada wiele nieprzemyślanych obciążeń bez zabezpieczenia odpowiednich środków finansowych i kadrowych.

*Sekretarz ORL  
lek. dent. Barbara HAMRYSZAK  
Prezes ORL  
dr n. med. Jerzy JAKUBISZYN*

\* \* \*

**W dniu 17 grudnia** odbyło się ostatnie w 2014 r. posiedzenie Okręgowej Rady Lekarskiej w Opolu

Na spotkaniu poruszano następujące tematy:

1. Przyznanie praw wykonywania zawodu.
2. Rejestracja podmiotów prowadzących szkolenie podyplomowe lekarzy.
3. Zmiany w rejestrze indywidualnych praktyk lekarskich.
4. Przyznanie świadczeń z Funduszu Samopomocy i dofinansowanie udziału w imprezach sportowych.
5. Wyznaczenie przedstawicieli OIL do komisji konkursowych.

6. Podjęcie uchwał w sprawie zmiany wysokości składki członkowskiej.
7. Wybory „Prymariuszy Opolskich”.
8. Sprawozdanie członków Rady z działalności pomiędzy posiedzeniami.
9. Sprawy różne i wolne wnioski.

Ad 1.

O wpis na listę członków OIL zwróciło się 15 lekarzy, którzy przenieśli się z innych Izb (9 z DIL-u, 3 z Łodzi, po jednej z Katowic, Krakowa i Poznania). Uchwały przyjęto jednogłośnie.

Ponadto Rada potwierdziła odbycie przez jednego lekarza przeszkolenia przeprowadzonego w związku z wieloletnią przerwą w wykonywaniu zawodu lekarza. Uchwałę przyjęto jednogłośnie.

Ad 2.

Do Izby z prośbą o przyznanie punktów edukacyjnych zwróciło się Opolskie Koło Regionalne Polskiego Towarzystwa Ortodontycznego, które zamierza zorganizować w dniu 9 stycznia 2015 r. konferencję „Planowanie leczenia ortodontycznego z ekstrakcją czy bez – poszerzanie łuku jako alternatywa”. Rada przyznała 7 pkt edukacyjnych. Ten sam podmiot w dn. 10 stycznia 2015 r. zorganizuje kurs pt. „Szeroko pojęta problematyka ekstrakcji”, za który przyznano 6 pkt edukacyjnych.

Ad 3.

O wykreślenie z rejestru poprosiło 9 lekarzy. Uchwały przyjęto jednogłośnie.

Ad 4.

O wypłatę zapomogi z Funduszu Samopomocy wniosowała jedna osoba – uchwałę przyjęto jednogłośnie.

Ad 5.

Dyrekcja Szpitala Wojewódzkiego w Opolu zwróciła się z prośbą o wyznaczenie przedstawiciela Samorządu w komisjach konkursowych na stanowisko pielęgniarek oddziałowych w następujących oddziałach:

- Dermatologii Ogólnej i Onkologicznej z Pododdziałem Dziennym,
- Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej,
- Chirurgii Ogólnej i Klatki Piersiowej,
- Pulmonologii,
- Anestezji i Intensywnej Terapii,
- Chorób Zakaźnych,
- Hematologii i Onkologii Hematologicznej,
- Chorób Wewnętrznych,
- Szpitalny Oddział Ratunkowy,
- Stacja Dializ,
- Blok Operacyjny.

Rada desygnowała do wszystkich tych komisji dr n. med. Zbigniewa Kuzyszyna.

Ad 6.

O całkowite zwolnienie z opłacania składki z powodu zaprzestania wykonywania zawodu zwróciły się dwie osoby. O obniżenie składki członkowskiej do 10



zł z powodu osiągnięcia wieku emerytalnego zwróciły się kolejne dwie osoby. O całkowite zwolnienie z opłacania składek na czas określony zwróciły się także dwie osoby. Wszystkie uchwały przyjęto jednogłośnie.

Ad 7.

Członkowie Rady zapoznali się wcześniej z wnioskami złożonymi do biura Izby, które przedstawiały kandydatów do godności „Prymariusza Opolskiego”. W tym roku przyjęto 5 wniosków:

- dr n. med. Tadeusz Chowaniec – zgłoszony przez lek. Jerzego Lacha;
- lek. Jacek Mazur – zgłoszony przez lek. Krystynę Kozłowską;
- lek. Mirosław Misiak – zgłoszony przez lek. Jerzego Lacha;
- lek. dent. Ewa Nocoń-Firlej – zgłoszona przez lek. dent. Jolantę Smerkowską-Mokrzycką;
- lek. dent. Wiesław Sienkiewicz – zgłoszony przez lek. dent. Justynę Grzybowską-Substelną.

W wyniku przeprowadzonych 2 tur głosowania wszyscy tegoroczni kandydaci uzyskali wymaganą liczbę głosów i otrzymują godność „Prymariusza Opolskiego”.

Ad 8.

Prezes przedstawił krótkie sprawozdanie z centralnych obchodów jubileuszu 25-lecia istnienia naszego Samorządu. Pierwszego dnia odbyło się w Sejmie spotkanie z Ministrami Zdrowia, którzy pełnili swoje funkcje w okresie ostatnich 25 lat. Na debatę przybyli ministrowie: Kosiniak-Kamysz, Miśkiewicz, Maksymowicz, Opala, Balicki, Sikorski oraz wiceministrowie Piecha i Neuman. Drugiego dnia odbyła się najpierw sesja historyczna, a następnie uroczyste posiedzenie organów Naczelnej Izby Lekarskiej VII kadencji, w trakcie którego głos zabierali zaproszeni goście z kraju i zagranicy. Wieczorem w Teatrze Narodowym odbył się uroczysty koncert, prowadzony przez Ewę Wiśniewską oraz Piotra Fronczewskiego, zakończony występem Janusza Radka.

Ponadto Prezes opowiedział o debacie zorganizowanej przez Redakcję NTO, dotyczącej „pakietu onkologicznego”, w której – z ramienia naszej Izby – uczestniczył wraz z kol. Lachem. Prezes potwierdził zgodność relacji opublikowanej na łamach gazety z przeprowadzoną debatą.

Kol. Chowaniec opowiedział o spotkaniu opłatkowym zorganizowanym przez Komisję Emerytów i Rentistów naszej Izby, w której brało udział ok. 60 lekarzy. Poprosił też o wskazówki, jak dotrzeć do potrzebujących Seniorów i zapytał, co Izba może im zaproponować. Ustalono, że przygotowywane będą okolicznościowe dyplomy oraz ewentualnie pomoc materialna w ramach Funduszu Samopomocy.

Kol. Latała zdał relację ze szkolenia zorganizowanego w grudniu wspólnie przez KS oraz PTS dla le-

karzy dentystów, które poprowadziła prof. Małgorzata Radwan-Oczko.

Kol. Januszkiewicz uczestniczył w spotkaniu członków Komisji Rewizyjnych w Naczelnej Izbie Lekarskiej, gdzie poruszano problematykę roli i zadań Okręgowych Komisji Rewizyjnych.

Kol. Dryja opowiedział o spotkaniu z Konsultantem Krajowym w dziedzinie medycyny ratunkowej, gdzie dyskutowano m. in. na temat narastającego niedoboru lekarzy tej specjalizacji.

Kol. Martyniszyn podziękował za stanowisko przyjęte przez członków Rady na poprzednim posiedzeniu, dotyczące lekarzy POZ. Jednocześnie poprosił Radę o wystosowanie pisma do innych lekarzy, którzy prawdopodobnie będą oddelegowani przez dyrekcje swoich jednostek do pracy w zastępstwie lekarzy POZ w sytuacji, gdy nie dojdzie do porozumienia z oddziałami NFZ i nie zostaną podpisane kontrakty na świadczenia na 2015 r. Kol. Kowarzyk zaproponował podjęcie takiego stanowiska wspólnie z Zarządem Oddziału OZZL.

Kol. Łuszczynska-Ostrowska uczestniczyła w spotkaniu Komisji Kształcenia NIL, na którym poruszano problemy związane z odbywaniem staży podyplomowych przez studentów VI roku wydziałów lekarskich i V roku oddziałów stomatologicznych, które według nowej reformy mają odbywać się na uczelniach medycznych.

Ad 9.

Kol. Martyniszyn zaprosił członków Rady na lokalne obchody 25-lecia istnienia Samorządu w Delegaturze Kluczborskiej, które odbędą się 14 stycznia 2015 r. o godz. 15.00 w Kluczborku.

Prezes przypomniał o konieczności aktualizowania danych w Rejestrze Praktyk Lekarskich. Obecnie jest to możliwe tylko drogą elektroniczną. Szczegółowe informacje znajdują się na stronie internetowej naszej Izby oraz ukażą się w najbliższym grudniowo-styczniowym Biuletynie Informacyjnym.

Prezes podał terminy spotkań Prezydium (7.01, 11.02, 18.03, 15.04, 13.05, 17.06) oraz Rady Lekarskiej (14.01, 18.02, 25.03, 22.04, 20.05, 24.06) w pierwszym półroczu 2015 r. Najbliższy Okręgowy Zjazd – poświęcony głównie sprawom budżetowym – odbędzie się 28 marca 2015 r.

Na końcu spotkania Prezes zaprosił członków Rady na spotkanie opłatkowe. Na tym posiedzenie zakończono.

*Sekretarz ORL*

*lek. dent. Barbara HAMRYSZAK*

*Prezes ORL*

*dr n. med. Jerzy JAKUBISZYN*

# POSIEDZENIE KOMISJI STOMATOLOGICZNEJ

W dniu 18 grudnia 2014 r. w siedzibie Opolskiej Izby Lekarskiej odbyło się kolejne posiedzenie KS OIL. Przewodnicząca dr J. Smerkowska-Mokrzycka powitała zebranych i rozpoczęła omawianie spraw bieżących od przekazania odpowiedzi na zapytania członków zadane na poprzednich posiedzeniach:

- odpowiedź na pytanie dr R. Rypniewskiego dotyczące zmiany terminu zgłaszania do NFZ okresu nieudzielania świadczeń (30 dni przed planowanym terminem nieobecności) – zmiany terminów nie są możliwe, gdyż wynika to z warunków ogólnej umowy kontraktowej;
- odpowiedź na pytanie dr J. Drzyzgi dotyczące karty ubezpieczeniowej – sprawę tę załatwia każdy indywidualnie do 15 maja 2015 r. (należy śledzić stronę internetową naszej Izby).

## 1. Informacje z Komisji Stomatologicznej Naczelnej Rady Lekarskiej:

- 30 października br. – z inicjatywy Ministra Arłukowicza – odbyło się spotkanie w Ministerstwie Zdrowia z przedstawicielami KS NRL. Tematem było omówienie poprawy opieki stomatologicznej nad dziećmi i młodzieżą z uwzględnieniem wdrożenia funkcjonowania gabinetów stomatologicznych w szkołach. W planach MZ są m. in.: zwiększenie ilości specjalistów ze stomatologii dziecięcej, zwiększenie ilości miejsc rezydenckich dla specjalności lekarsko-dentystycznych, obowiązkowa weryfikacja stanu zdrowia jamy ustnej, szkolenia z zakresu chorób jamy ustnej u dzieci dla lekarzy rodzinnych i pediatrów, edukacja nauczycieli i rodziców oraz wsparcie profilaktyki zdrowia jamy ustnej w szkołach. Niestety nie przewiduje się zwiększenia nakładów finansowych na ten cel.
- 6 listopada br. odbyło się w Departamencie Nauki i Szkolnictwa Wyższego MZ spotkanie robocze, na którym poddano analizie wymogi standardów akredytacyjnych w poszczególnych specjalnościach lekarsko-dentystycznych, dokonano oceny wolnych miejsc i jednostek akredytacyjnych oraz programów specjalizacyjnych.
- 12 listopada br. Przewodnicząca KS NRL dr A. Ruchała-Tyszler wystosowała pismo do dr J. Orłowskiej-Heitzman Dyrektora Departamentu Nauki i Szkolnictwa Wyższego MZ z uwagami dotyczącymi standardów akredytacyjnych podmiotów szkolących w poszczególnych dziedzinach lekarsko-dentystycznych. KS NRL proponuje usprawnienie systemu kształcenia poprzez dokonanie zmian przepisów akredytacyjnych. Przewodnicząca dr J. Smerkowska-Mokrzycka omówiła obszernie pismo dr A. Ruchały-Tyszler.

- 21 listopada br. przyszła odpowiedź z Departamentu Nauki i Szkolnictwa Wyższego MZ, w którym Dyrektor Departamentu informuje m. in., że zwiększenie liczby rezydentur w dziedzinach lekarsko-dentystycznych będzie możliwe przy kolejnym postępowaniu kwalifikacyjnym (wiosna 2015 r.), ale tylko w granicach wolnych miejsc szkoleniowych.
  - 28 listopada br. ukazał się projekt zarządzenia Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie stomatologiczne. Przewodnicząca dr J. Smerkowska-Mokrzycka odczytała opinie i uwagi dotyczące tego projektu.
  - 29 listopada br. odbyło się spotkanie zorganizowane przez Ministra Zdrowia i Departament Nauki i Szkolnictwa Wyższego MZ dotyczące uproszczenia procedur dla lekarzy dentystów posiadających rentgenowskie aparaty stomatologiczne. Na spotkaniu tym ze strony MZ padły następujące zobowiązania: zmniejszenie częstotliwości testów eksploatacyjnych podstawowych i specjalistycznych oraz ich liczby, dopuszczenie stosowania jezdnych aparatów wewnątrzustnych, opracowanie wzorcowej dokumentacji systemu zarządzania jakością. Kolejne spotkanie z udziałem przedstawicieli KS NRL zaplanowano na 8 grudnia, ale do dnia dzisiejszego nie wpłynęła żadna informacja z tego spotkania.
  - ORL w Krakowie opracowała własne propozycje związane z realizacją testów wykonywanych w gabinetach stomatologicznych i przesłała je do Dyrektora KCOR.
- ## 2. W związku z obchodami 25-lecia odrodzenia Samorządu Lekarskiego w Polsce, Przewodnicząca KS odczytała pismo Prezesa NIL dr M. Hamankiewicza. Na obchodach centralnych, które odbyły się na początku grudnia w Warszawie, 7 lekarzy otrzymało odznaczenia państwowe, w tym 1 stomatolog z Gorzowa Wielkopolskiego. W naszej Izbie uroczystość z okazji jubileuszu odbędzie się 16 stycznia 2015 r. w Opolskiej Filharmonii. Na tych uroczystościach zostaną wręczone tegoroczne wyróżnienia Opolskiej Izby Lekarskiej. Prymariusze Opolskie otrzymają między innymi: E. Noceń-Firlej i W. Sienkiewicz.
- ## 3. Przewodnicząca przedstawiła harmonogram posiedzeń KS OIL na I kwartał 2015 r.: 10 stycznia, 16 lutego, i 19 marca. 10 stycznia 2015 r. odbędzie się wspólne posiedzenie naukowo-szkoleniowe PTS



i KS OIL, a 28 marca 2015 r. coroczny Zjazd Budżetowy OIL.

Wolne wnioski:

- dr B. Hamryszak zaapelowała do członków KS, aby zgłaszać swoje kandydatury i starać się o akredytację. Zwiększy to szanse osób chcących się specjalizować. Powstało też Polskie Towarzystwo Stomatologii Dziecięcej, które będzie działało pod hasłem „Sojusz dla przyszłości wolnej od próchnicy”.
- dr J. Grzybowska-Substelna zaanonsowała, że w grudniowym Biuletynie ukaże się instrukcja dokonywania zmian w Księdze Rejestrowej praktyki.

Wszystkie zmiany będziemy załatwiać drogą elektroniczną za pomocą profilu zaufanego ePUAP.

Na zakończenie posiedzenia Przewodnicząca zaprosiła członków KS na świąteczny poczęstunek i częstując opłatkiem życzyła wszystkim radosnych, rodzinnych Świąt Bożego Narodzenia oraz pomyślności w Nowym 2015 Roku.

*Sekretarz KS*  
*Lek. dent. A. ADAMSKA*  
*Przewodnicząca KS*  
*Lek. dent. J. SMERKOWSKA-MOKRZYCKA*

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



Termin	Kierownik naukowy	Temat	Miejsce
20.II.2015 r. piątek	Konsultant Wojewódzki w dziedzinie ratownictwa medycznego dr Marek Dryja	Udzielanie I pomocy w gabinecie lekarza i lekarza dentysty z uwzględnieniem korzystania z zestawu p/wstrząsowego – zanim przyjedzie zespół R	Kluczbork (zapisy dr Ewa Noceń-Firlej)
6.III.2015 r. <sup>1</sup> piątek godz. 12:30	Konsultant Wojewódzki w dziedzinie ratownictwa medycznego dr Marek Dryja	Udzielanie I pomocy w gabinecie lekarza i lekarza dentysty z uwzględnieniem korzystania z zestawu p/wstrząsowego – zanim przyjedzie zespół R	Opolska Izba Lekarska Opole ul. Grunwaldzka 23
27.III.2015 r. <sup>1</sup> piątek godz. 10:00	mgr Wojciech Krówczyński (Grawena Edu – Kraków)	Jak liczyć, aby się nie przeliczyć? – zarządzanie finansami w praktyce lekarza i lekarza dentysty	Opolska Izba Lekarska Opole ul. Grunwaldzka 23
Kwiecień 2015 r. <sup>2</sup> Termin w trakcie ustalania	dr Marek Lenart	Zdrowie publiczne (dla lekarzy w trakcie specjalizacji – kurs kończy się egzaminem testowym)	Opolska Izba Lekarska Opole ul. Grunwaldzka 23
16.V.2015 r. <sup>1</sup> sobota godz. 10:00	Prof. Jerzy Krupiński	Endoperio (szkolenie dla lekarzy dentystów)	Opolska Izba Lekarska Opole ul. Grunwaldzka 23
Maj 2015 r. <sup>1</sup> Termin w trakcie ustalania		Jak skutecznie pomóc choremu z bólem przewlekłym	Opolska Izba Lekarska Opole ul. Grunwaldzka 23
12 .VI.2015 r. <sup>1</sup> piątek godz. 10:00	mgr Wojciech Krówczyński (Grawena Edu – Kraków)	Wizerunek i reputacja lekarza – trzy oblicza zawodu lekarza i lekarza dentysty	Opolska Izba Lekarska Opole ul. Grunwaldzka 23
Czerwiec 2015 r. <sup>1</sup> Termin w trakcie ustalania	mgr Bartłomiej Dodzian	Zasady i formy prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej (dla grup do 10 osób)	Opolska Izba Lekarska Opole ul. Grunwaldzka 23

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

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

*Małgorzata ŁUSZCZYŃSKA-OSTROWSKA*



# UWAGA CZŁONKOWIE IZBY!!!

Kierownik Biura Opolskiej Izby Lekarskiej przypomina Szanownym Koleżankom i Kolegom, że na lekarzu ciąży obowiązek pisemnego zgłaszania następujących informacji:

- o dacie i miejscu rozpoczęcia pracy po zakończeniu stażu podyplomowego,
- o zmianie miejsca zatrudnienia,
- o terminie rozpoczęcia i zakończenia urlopu wychowawczego bądź bezpłatnego,
- o dacie rejestracji w Urzędzie Pracy jako osoby bezrobotnej,
- o dacie przejścia na emeryturę bądź rentę (kserokopia decyzji wydanej przez ZUS),
- o dacie zaprzestania pracy zarobkowej (oświadczenie),
- o zmianie adresu zamieszkania i adresu do korespondencji,
- o dacie wyrejestrowania praktyki indywidualnej bądź grupowej,
- o dacie zawieszenia praktyki, np. w związku z chorobą, urlopem wychowawczym, wyjazdem za granicę.

Z kolei Skarbnik Opolskiej Izby Lekarskiej informuje, że na każdym członku Izby – zgodnie z uchwałą 27/14/VII z 5 września 2014 r. Naczelnej Rady Lekarskiej – ciąży obowiązek odprowadzania na konto Izby comiesięcznej składki członkowskiej. Składka ta wynosi:

- **60 zł dla lekarza/lekarza dentysty;**
- **10 zł dla lekarza stażysty/lekarza dentysty stażysty posiadającego ograniczone prawo wykonywania zawodu;**
- **10 zł dla lekarza/lekarza dentysty emeryta, który miał ustaloną przez okręgową izbę lekarską składkę w wysokości 10 zł miesięcznie, przed dniem wejścia w życie powyższej uchwały (tj. przed 1 stycznia 2015 r.),**

**Zwolniony z opłat członkowskich** może być:

- lekarz/lekarz dentysta, który złożył podanie do Okręgowej Rady Lekarskiej o zwolnienie z konieczności opłacania składki członkowskiej:

- a) ukończył 75 lat,
  - b) jest rencistą lub emerytem i złożył oświadczenie o zaprzestaniu wykonywania zawodu,
  - c) udokumentuje brak przychodów za okres wnioskowany (zaświadczenie o przychodach, ew. PIT 36 lub 37) lub przedstawi zaświadczenie z urzędu pracy określające okres pozostawania osobą bezrobotną (od – do),
- lekarz/lekarz dentysta, który został skreślony z rejestru członków okręgowej izby lekarskiej.

Obowiązek opłacania składki powstaje od pierwszego dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym lekarz/lekarz stażysta:

- został wpisany do rejestru członków okręgowej izby lekarskiej;
- utracił prawo do zwolnienia z obowiązku opłacania składki.

Składkę za dany miesiąc opłaca się do końca tego miesiąca lub z dowolnym wyprzedzeniem, osobiście lub za pośrednictwem pracodawcy:

- na konto bankowe okręgowej izby lekarskiej,
- w kasie okręgowej izby lekarskiej.

**Od zaległych składek nalicza się odsetki ustawowe od dnia wymagalności.**

Zgodnie z przepisami ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich lekarze wyjeżdżający za granicę, którzy nie zrzekli się w Rzeczypospolitej Polskiej prawa wykonywania zawodu lekarza lub lekarza dentysty, a tym samym nadal pozostają członkami okręgowej izby lekarskiej, są zobowiązani do opłacania składki członkowskiej na rzecz izby. Jednocześnie informujemy, iż fakt skreślenia lekarza z listy członków izby lekarskiej z powodu zrzeczenia się prawa wykonywania zawodu, nie powoduje automatycznego anulowania zaległych składek członkowskich.

**Składki należy wpłacać na następujący numer konta: Opolska Izba Lekarska, PKO BP I Oddział Opole 54-1020-3668-0000-5102-0009-8277.**

## SUKCES NASZYCH MUZYKUJĄCYCH KOLEGÓW

Miło mi poinformować, że podczas II Ogólnopolskiego Festiwalu „Esculap Rock” w Olsztynie w andrzejkowy wieczór 29 listopada 2014 r., będącego zwieńczeniem XIII Zjazd Lekarzy Warmii i Mazur, nagroda Prezydenta Olsztyna, przyznana po raz pierwszy w tym roku, trafiła do rąk dr Marka Kani – lidera zespołu „Reanimators New” z Opola, jedynej grupy muzycznej spoza Olsztyna.

Przyznana miała być też nagroda dla grupy z najdalego zakątka Polski, która poświęciła czas na przyjazd do Olsztyna i udział w naszym festiwalu. Ponieważ jed-

nak z powodów losowych, niezależnych od organizatorów, trzy zespoły spoza Olsztyna były zmuszone zrezygnować z udziału w imprezie, jedynie Opole reprezentowało bardzo godnie i na wysokim poziomie muzycznym „pozostałą część Polski”, czarując publiczność szczególnie udanym wokalem swojej solistki.

Z kronikarskiego obowiązku muszę także dodać, że festiwalowa publiczność przyznała swoją nagrodę za rok 2014 zespołowi „The Doctors” z Olsztyna.

*Jerzy B. LACH*

# SMUTNA MIŁOŚĆ MARII WALEWSKIEJ I NAPOLEONA

Maria Walewska z domu Łączyńska urodziła się 7 grudnia 1786 r. we wsi Brodne koło Kiernozi w powiecie łowickim. Nazwa tej miejscowości pochodzi od dzików zwanych tam kiernozami. Właścicielami wsi Brodne byli Łączyńscy herbu Nałęcz. Jej ojcem był starosta gostyński Maciej Łączyński, a matką Ewa z domu Zborowska. Łączyńscy mieli siedmioro dzieci – Maria była ich najstarszą córką. Rodzice bardzo dbali o edukację swoich dzieci, dowodem jest fakt, że lekcji muzyki udzielał im Mikołaj Chopin ojciec Fryderyka.

Jako 16-letnia dziewczyna wyszła za mąż za 67-letniego starostę wareckiego Anastazego Colonnę Walewskiego. Ślub Marii i Anastazego miał ukryć skandal,

dem jest jego list do brata Lucjana, że „...*Maria jest aniołem, ma rysy i duszę tak samo piękne...*”.

Do zbliżenia cesarza do Marii Walewskiej szczególnie nalegał jego minister Talleyrand, który chciał ją wykorzystać do celów politycznych uważając, że kobiety odgrywają ważną rolę w dziejach świata wpływając na decyzje panujących. Talleyrand to były biskup katolicki związany latami nieformalnie z Polką Marią Teresą Tyszkiewicz z domu Poniatowską, bratanicą ostatniego króla polskiego Stanisława Augusta Poniatowskiego. Na zbliżeniu Napoleona do Marii Walewskiej zależało również księciu Józefowi Poniatowskiemu, który chciał wy-



Napoleon Bonaparte



Maria Walewska



Aleksander Colona Walewski

ponieważ Maria była w ciąży z młodym rosyjskim generałem Arkadijem Suworowem. Jego dziadek Aleksander Suworow dowodził w bitwie pod Maciejowicami, gdzie ranny został Tadeusz Kościuszko i gdzie zginął ojciec Marii. Aleksander Suworow wsławił się niechlubnie również tzw. „rzezią Pragi”. Zadłużony Anastazy Walewski zgodził się na ślub z młodzieńką Marią i uznał urodzonego sześć miesięcy po ślubie syna Antoniego za swoje dziecko. Antoni Walewski urodził się w Walewicach 13 czerwca 1805 r.

7 stycznia 1807 r. na Zamku Królewskim w Warszawie odbył się wielki bal ku czci Napoleona Bonaparte, który kilka dni wcześniej pokonał wojska carskie pod Pułtuskim. Podczas tego balu Napoleon po raz pierwszy spotkał Marię Walewską. Maria Walewska, która wówczas miała 21 lat była niespotykanie piękną kobietą, dlatego też nic dziwnego, że oczarowała Napoleona. Napoleon faktycznie zakochał się w Marii, czego dowo-

korzystać ten romans dla „sprawy polskiej” w polityce Napoleona, chodziło mu bowiem o odzyskanie niepodległości Polski.

Wkrótce Maria Walewska została kochanką Napoleona, towarzyszyła mu w licznych podróżach. Napoleon zaprosił ją do Paryża, mimo że mieszkała tam jego żona Józefina, która przez kilka lat nie mogła dać mu potomka. Kiedy okazało się, że Maria Walewska zaszła w ciążę z Napoleonem, zrozumiał że jest zdolny do posiadania dziecka. Rozwiódł się bardzo szybko z Józefiną i ze względów dynastycznych ożenił się z córką austriackiego cesarza Franciszka II (którego pokonał pod Wagram) Marią Ludwiką. Ciężarna Maria Walewska powróciła do Polski i w Walewicach 4 maja 1810 r. urodziła syna Aleksandra. Napoleon swojemu synowi nadał tytuł hrabiowski oraz przekazał duże dobra w królestwie Neapolu.

Po porodzie Aleksandra Maria rozwiodła się ze swoim mężem Anastazym Walewskim (zmarł dwa lata póź-

niej), powróciła do Paryża i zamieszkała w pałacyku ofiarowanym jej przez Napoleona (często z nim tam się spotykała).

Po klęsce Napoleona w „Bitwie Narodów” pod Lipskiem odwiedziła go na wygnaniu na wyspie Elbie wraz z małym Aleksandrem (syn z małżeństwa z Marią Ludwiką zwany „Orlątkiem” nigdy na wygnaniu Napoleona nie zobaczył).

Wkrótce Maria Walewska wyszła za mąż za kuzyna Napoleona marszałka Francji Filipa Antoniego Ornano, któremu urodziła syna Rudolfa Augusta. Nasilające się coraz bardziej dolegliwości nerkowe (zaawansowana kamica) spowodowały jej śmierć 11 grudnia 1817 r. w Paryżu, w chwili śmierci liczyła zaledwie 31 lat. Napoleon przeżył ją o cztery lata (zmarł na wyspie św. Heleny w roku 1821 z powodu raka żołądka). Ciało Marii Walewskiej pochowano w roku 1818 w kościele parafialnym w Kiernozi, natomiast jej serce umieszczono w grobowcu rodzinnym jej drugiego męża Filipa Antoniego Ornano na paryskim cmentarzu Pere Lachaise. Filip Ornano zmarł dopiero w roku 1863.

Syna Marii Walewskiej i Napoleona hrabia Aleksander Colonna Walewski walczył w Powstaniu Listopado-

wym przeciwko Rosji. Po klęsce powstania wyjechał do Francji i wstąpił do służby dyplomatycznej, której ukończenie było stanowisko Ministra Spraw Zagranicznych. Miał sześć dzieci z dwóch małżeństw. Jego potomkowie są obecnie prezesami licznych koncernów we Francji zwłaszcza w branżach kosmetycznych.

Jednym z nich był hrabia Andrzej Walewski. We wrześniu 1914 r. kiedy Niemcy w ramach tzw. wojny błyskawicznej znaleźli się 25 km od Paryża Francuzów uratował szybki manewr przerzucenia wojska na front. Odbył się on tysiącami taksówek, które należały do korporacji taksówkowej, której właścicielem był właśnie hrabia Andrzej Walewski prawnuk Napoleona. Dzięki tej akcji Niemcy zostali zatrzymani nad rzeką Marną, gdzie front zatrzymał się na cztery lata.

*Dr hab. n. med. Janusz KUBICKI*

*PS. W roku 1966 Leonard Buczkowski nakręcił swój ostatni film pt. „Marysia i Napoleon” z udziałem Beaty Tyszkiewicz i Gustawa Holoubka przedstawiający historię ich miłości.*

## CO PISZĄ INNI

# CIERPIENIE NIEUSZLACHETNIA

## CZY RZECZYWIŚCIE BOIMY SIĘ OPIOIDÓW?

Cierpienie ma wiele twarzy. Jednym kojarzy się tylko z doznaniem czysto fizycznym, dla innych jest bardziej wieloznaczne. Istnieje pojęcie bólu totalnego, zwanego też wszechogarniającym. Odnosi się to pojęcie do faktu, że cierpimy na wielu poziomach. Poza bólem cielesnym, doznajemy też cierpienia psychicznego, społecznego i duchowego. Pacjent z bólem przewlekłym, np. w przebiegu nowotworu, to chory, który najczęściej ma więcej niż jeden rodzaj bólu. Aby skutecznie go leczyć, potrzebna jest nie tylko wiedza i doświadczenie jednostki, ale przede wszystkim całego zespołu terapeutycznego skupiającego wielu profesjonalistów. Poza lekarzem, pielęgniarką, nieodzowny w procesie leczenia i zdrowienia jest fizjoterapeuta, psycholog, terapeuta zajęciowy, kapelan i... nie tak rzadko wolontariusz. Chcielibyśmy w kilku odśłonach pokazać Państwu, jak cierpienie jest wszechobecne, jak sami się do niego przyczyniamy oraz jak możemy wpłynąć na jego minimalizację. Poruszymy kilka ważnych naszym zdaniem spraw. Wspólnie zastanowimy się, czy boimy się silnych leków przeciwbólowych, czy je umiejętnie stosujemy, uwzględniając różne typy bólu. Poprosimy także o opinie innych profesjonalistów, aby przyrzeć się tematowi z różnej perspektywy.

Dolegliwości bólowe towarzyszą człowiekowi od zawsze. Ból ostry, chociaż nieprzyjemny, pełni bardzo ważną rolę, jest niezbędny do przeżycia, ponieważ ostrzega o zagrożeniu i zapoczątkowuje mechanizm obrony, walki i/lub ucieczki. Natomiast ból przewlekły, czyli trwający ponad trzy miesiące lub dłużej niż proces gojenia się tkanek, sam w sobie jest już chorobą i nie pełni już żadnych pożytecznych funkcji. Co więcej, nieleczony powoduje szereg negatywnych zjawisk i może wtórnie prowadzić do zachowań będących odpowiedzią na jego istnienie, tj. lęku, obawy, agresji, gniewu, a nawet depresji.

## Czy skutecznie leczymy?

Ból, zwłaszcza przewlekły, jest niezwykle istotnym problemem medycznym, dlatego należy go skutecznie leczyć. Obecnie towarzystwa badania bólu postulują, aby ból traktować jako odrębną jednostkę chorobową. Życie bez bólu to prawo każdego chorego, zaś umiejętność jego leczenia to wyzwanie i obowiązek każdego lekarza. Swoje obowiązki najczęściej znamy, umiejętności natomiast są poddawane ciągłej ocenie – zarówno ze strony współpracowników, innych profesjonalistów i, co chyba najważniejsze, pacjentów.



Niestety, statystyki dotyczące leczenia bólu są miazdzące. Wynika z nich, że tylko około 30% pacjentów jest prawidłowo, a co najważniejsze skutecznie leczonych z powodu bólu przewlekłego. Należałoby zastanowić się, co powoduje tak niezadowalające efekty. Odpowiedź jest nie tylko trudna, ale i złożona. W Polsce stosuje się co prawda opioidy, ale głównie słabe leki z grupy. Pacjenci często są zupełnie niepotrzebnie zbyt długo leczeni maksymalnymi dawkami słabego opioidu, zanim, jeśli w ogóle, zostanie podjęta decyzja o przejściu na leki z ostatniego szczebla drabiny analgetycznej, czyli na silne opioidy. Najistotniejsze bariery we właściwym wypisywaniu i stosowaniu leków opioidowych w Polsce to po pierwsze – zbyt restrykcyjne regulacje i zasady ich wypisywania. Po drugie: brak odpowiedniego systemu, wykształconej kadry medycznej oraz – co nie pozostaje bez wpływu – bariera finansowa dla pacjenta. Ostatnim czynnikiem wpływającym na zastosowanie opioidów, zwłaszcza silnych, jest ich negatywne postrzeganie. O ile większość barier powoli, ale sukcesywnie udaje się pokonać, to w przypadku ostatniej, jaką jest nasz sposób myślenia o tych lekach, jest jeszcze wiele do zrobienia.

### Co się zmieniło?

Jeśli przyjrzymy się chociażby zużyciu silnych opioidów w Polsce na przestrzeni 30 lat (1980–2010), to odnotujemy jego 15-krotny wzrost. Entuzjazm w tym zakresie natychmiast spada, jeśli porównamy się do naszych sąsiadów w Europie i to niezależnie, w jakim kierunku spojrzemy. Zużycie opioidów w Polsce jest około 10-krotnie niższe, niż w wielu innych krajach europejskich. Dzieje się tak, pomimo że mamy dostęp do prawie wszystkich stosowanych w bólu przewlekłym opioidów, a większość z nich jest refundowana (głównie u pacjentów z rozpoznaną chorobą nowotworową). Okazuje się także, że dobrze rozwinięty system opieki paliatywnej nie był w stanie rozwiązać problemu tak niewielkiego zużycia analgetyków opioidowych dla celów medycznych. Biorąc pod uwagę ilość ośrodków medycyny paliatywnej w Polsce, a także zakres świadczonych usług, plasujemy się na piątym miejscu w Europie. Obecnie w naszym kraju na większości uczelni medycznych realizowane jest nauczanie medycyny paliatywnej jako oddzielnego przedmiotu, w ramach onkologii klinicznej lub medycyny rodzinnej, i mamy ponad 300 specjalistów w tej dziedzinie.

Niejednokrotnie problem w wypisywaniu silnych opioidów stanowi brak odpowiedniego typu recepty. Zniesienie różowych recept od 1 marca 2013 r. niewiele zmieniło w postępowaniu lekarskim. W moim odczuciu, zmiana koloru recepty miała przede wszystkim wpływ na zmniejszenie stygmatyzacji zarówno tej grupy leków, jak i pacjentów, którzy z nich korzystali. Być może dopiero nowe rozporządzenie ministra zdrowia, obowiązujące od 17 września tego roku (2014 – *przyp. Redakcji opolskiej*), spowoduje istotne ułatwienia w wypisywa-

niu recept. Obecnie wystarczy, że napiszemy słownie sumaryczną ilość leku opioidowego, określając substancję czynną i dawkowanie. Dla przykładu: chcąc wypisać tabletki retard z morfiną 30 mg stosowane co 12 godzin (co daje 60 tabletek na miesiąc leczenia), na Rpw., napiszemy: tysiąc osiemset miligramów morfiny, a w dawkowaniu: 2 × 1 tabl. Możemy też napisać: sześćdziesiąt tabletek po trzydzieści miligramów morfiny.

### Czym jest opioidofobia i kogo dotyczy?

Wydaje się, że w Polsce najmniej zrobiono w zakresie zmiany negatywnego postrzegania silnych opioidów. Nasze poglądy i przekonania jako profesjonalistów niestety niewiele się różnią od tych, które wygłaszają pacjenci lub/i ich rodziny. W 2012 r. National Institute of Clinical Excellence (NICE) opublikował zalecenia dotyczące włączania i prowadzenia terapii lekami opioidowymi u chorych dorosłych. Zgodnie z nimi, lekarz, zanim przepisze silny opioid, powinien porozmawiać z pacjentem na temat jego obaw związanych z tymi lekami. Warto to podkreślić, ponieważ nowością w tych zaleceniach jest dostrzeżenie znaczenia opioidofobii u chorych i ich opiekunów jako bariery w optymalnym leczeniu bólu.

Czym zatem jest opioidofobia i kogo dotyczy? Definicja wg Pain and Policy Study Group na Uniwersytecie w Wisconsin brzmi następująco: opioidofobia to zjawisko, w którym nadmierne obawy przed ryzykiem związanym ze środkami opioidowymi uniemożliwiają właściwe stosowanie leków opioidowych ze wskazań medycznych. Obawy te mogą dotyczyć każdego zaangażowanego w dystrybucję i przepisywanie leków, jak i pacjentów, ich rodzin oraz członków społeczności. Można wyróżnić dwa obszary opioidofobii: opioidofobię chorych – obejmującą pacjenta, jego rodzinę, opiekunów i opioidofobię profesjonalistów – obejmującą lekarzy oraz inny personel medyczny.

**Choć się do tego nie przyznajemy lub nawet nie uświadamiamy sobie tego faktu, to większość z nas nie używa w rozmowie bezpośredniej z chorym słowa: morfina. Już samo jego brzmienie powoduje przerażenie u niemal połowy pacjentów i u części lekarzy. Jeśli weźmiemy pod uwagę, że dla ponad 80% pacjentów lekarz jest podstawowym i wiarygodnym źródłem informacji o leku, to istnieje ryzyko, że w sposób pośredni lub nawet bezpośredni przeniesie swoje lęki, obawy czy nawet uprzedzenia na pacjenta. Można by zaryzykować stwierdzenie, że lekarz bez lęku to pacjent bez bólu!**

*Dr n. med. Michał GRACZYK*

**Dr n. med. Michał GRACZYK** – absolwent Akademii Medycznej w Bydgoszczy, specjalista chorób wewnętrznych i medycyny paliatywnej. Od 2004 r. związany z Katedrą i Zakładem Opieki Paliatywnej CM UMK oraz Hospicjum im. bł. ks. J. Popiełuszki w Bydgoszczy. Główne obszary zainteresowań to postrzeganie opioidów, opioidofobia, ból w przewlekłej chorobie nerek, szpiczak plazmocytowy.

(przedruk z „Primum” nr 12-1/14-15)

# PRZESZŁOŚĆ JEST TO DZIŚ – TYLKO COKOLWIEK DALEJ

Poza wszechobecnymi wyborami do samorządów i tradycyjnie od wielu dziesięcioleci cudami nad urnami z trudnością przebiła się przez onnipotentne media informacja świadcząca o rzeczywiście dramatycznym stanie naszego państwa.

Otóż w New England Journal of Medicine (NEJM) opublikowano wyniki badania poziomu zaufania, jakim opinia publiczna darzy lekarzy jako grupę zawodową, który został przeprowadzony w latach 2011-13 w 29 krajach Europy. Polska znalazła się w nim na ostatnim miejscu w rankingu zaufania do lekarzy. Badano dwa proste parametry. Pierwszy to zaufanie do lekarzy jako grupy zawodowej i tu listę otwierają Szwajcaria, Holandia, Dania, Wielka Brytania, Finlandia, Francja i Turcja (83-75%); Rosja i Polska służą jako czerwone latarnie: 58-43%.

To nie grom z jasnego nieba. Badania przeprowadzone przez European Trusted Brands, publikowane co roku przez Readers Digest, wskazywały, że w Polsce poziom zaufania do lekarzy spada od 2011 r. z poziomu 73% do 56% w 2014 r.

Niewielki odsetek respondentów jest także zadowolony z wizyt lekarskich. W Polsce to zaledwie 23%, co daje nam 25. miejsce w grupie 29 badanych krajów. W Szwajcarii, Danii czy Stanach Zjednoczonych z wizyt lekarskich zadowolonych jest nawet 64% badanych. Skąd takie wyniki? Nie będę przytaczał wysuwanych chyba od zawsze recept na poprawę, że trzeba najpierw postawić diagnozę, zwoływać kolejne fora dyskusyjne, zmienić prawo (czyli zaostrzyć), nasilić kontrolę i tym podobne banały, które każdy z nas może sygnąć z rękawa w dowolnej ilości.

Może oddajmy głos internautom, którzy, pamiętajmy, występują w podwójnej roli: pacjentów i leczących. Niektóre opinie są ostre, napastliwe i bardzo subiektywne, ale cytuję je bez skrótów wpływających na ich merytoryczną wartość:

– *Przyczyn zjawiska jest wiele. Oczywiście brak w powyższym artykule istotnej przyczyny mianowicie roli mediów. Przykładów nie podam bo wystarczy otworzyć jakikolwiek portal internetowy gdzie na „dzień dobry” np. dziennikarz [...] orzeka o winie lekarza, pielęgniarki nie mając do tego żadnych podstaw. Potem okazuje się, że cała sprawa wyglądała ZUPEŁNIE inaczej. O sprostowaniu nie ma mowy. Podobna sytuacja jest z oskarżeniami księży o pedofilię (kolejna grupa „zawodowa”, której autorytet po trupach trzeba zniszczyć). Służą temu mityczne informacje o zarobkach lekarzy. Czasem są one dość duże jak na polskie warunki, ale jeśli pracuje się po 12 godzin*

*dziennie... Sprawa jest prosta. Dla tych samych lekarzy, którzy wyjechali za granicę, zaufanie pacjentów w nowym miejscu rewelacyjnie wzrasta. Kreują je - polski magiel, polski pacjent, polskie media i polski system. Dajcie nam Szwajcara czy Holendra, a my mu zaufanie ustawimy po polsku...*

– *Oczywiście, że cały system jest chory. Ale od kilku lat odnoszę wrażenie, że coraz większa część lekarzy zasłania się systemem, żeby nie pomóc pacjentom, a znieczulica i lekceważenie chorych to coraz częstsze przypadki. [...] Ale bycie człowiekiem i odrobina empatii z systemem nie ma nic wspólnego.*

– *Takich mamy lekarzy jakie społeczeństwo.*

– *Pacjenci są w stanie ocenić jedynie „ludzkie podejście”, a nie fachowość lekarzy. W tym temacie mamy wiele do poprawienia!*

– *Sami strzelamy sobie w stopę podważając autorytet kolegów, często NIE ZNAJĄC szczegółów dotychczasowej diagnostyki/leczenia, opierając się jedynie na słowach chorego (kiedy czasem sam się na tym grzechu łapię to chętnie bym się wtedy po głębie natrzaskał!)*

– *Rzeczywiście lekarze to jedni z najinteligentniejszych grup w Polsce, niestety nie wszyscy mają właściwy kręgosłup moralny. Natomiast cały system lecznictwa od ponad 20 lat przejściowy, w ciągłym procesie prywatyzacji, pozwala niestety lekarzom na całą gamę nadużyć czynionych zarówno świadomie, jak i nieświadomie. O udziale lekarzy i notabli w utrzymywaniu gigantycznej, lepkiej sieci utkanej przez firmy farmaceutyczne też trzeba wreszcie jasno powiedzieć. Zgadza się zatem, że naród karmiony jedynie informacyjną papką dla co najwyżej ćwierć inteligentów jest systematycznie golony i obdzierany ze skóry...! milczy!...Milczy ponieważ cholernie boi się stracić dostęp do tej papki.*

To tylko niewielka część opinii. Ciekawych kieruję na stronę: <http://www.rynekzdrowia.pl/Polityka-zdrowotna/Polska-na-ostatnim-miejscu-w-rankingu-zaufania-do-lekarzy,146018,14,2.html>.

Gorzkie to słowa, ale, po odrzuceniu emocji, czy nie są choć w części prawdziwe? Z wieloma sformułowaniami można się oczywiście nie zgodzić, ale odrzucić wszystkich nie sposób.

Jak mogło do tego dojść? Niewątpliwie duże zasługi położyły media prawie wszystkich opcji, nieustannie, z rozmachem kreując pracowników ochrony zdrowia (zwłaszcza lekarzy, ale ciągi zbierają też farmaceutów, ratowników, pielęgniarki) na czarne, pozabawione wiedzy i podstawowych ludzkich emocji

charaktery, w dodatku ludzi niekompetentnych zawodowo, za to owładniętych żądzą wyrwania z gardeł pacjentów przysłowiowego ostatniego wдовiego grosza. Obróbka trwa już wiele lat i zawsze prowadzona jest w ten sam sposób. Tak oto osoby wykonujące nasze zawody stoją bezustannie pod ostrzałem czyhających na najmniejsze potknięcie, nawet nieprawdziwe, spreparowane ad hoc dla potrzeb producenta i emitenta programu, któremu przysłowiowa „lejąca się krew” zawsze podnosi te parametry, które decydują o sprzedaży reklam.

Z drugiej strony bezustannie dowiadujemy się, jak to na świecie jest dobrze. Nowe, wspaniałe leki, których nie chcą w Polsce nie tylko refundować, ale nawet wprowadzić do obrotu; terapie, zwłaszcza ciężkich chorób nieuleczalnych, które są wszędzie już dostępne, tylko nie u nas; lekarze mający dowolnie wiele czasu dla wszystkich, brak kolejek, no i to wszystko prawie za darmo od hojnego państwa, bo jedynie „za ubezpieczenie”.

Oczywiście, ochrona zdrowia w Polsce nie odpowiada nadziejom całego społeczeństwa, bo i odpowiadać nie może, podobnie jak i w najbogatszych krajach świata. Nikt bowiem ze szczujących na nas nie jest w stanie podać przybliżonych chociaż kosztów zafundowania nam tego raju na ziemi. Nie jest w stanie - bo jest to wręcz niepoliczalne; z całą pewnością taki hipotetyczny rachunek doprowadziłby do wniosku, że cały PKB dowolnego kraju świata to o wiele za mało.

Dodatkowo dokłada się do tego zniecierpliwienie i zniechęcenie, będące wynikiem wiary w ideologię antynaukową i antytechnologiczną, zrodzoną w wyniku wydarzeń lat 60. określanych mianem kontrkultury, z mnogością jej ograniczeń dotyczących bezpieczeństwa i ochrony środowiska, co podcina skrzydła innowacyjności w dziedzinie zwłaszcza przemysłu farmaceutycznego. A dodatkowo futurologia, uznawana za poważną dyscyplinę wiedzy, tyle naobiecowała... Między innymi już w latach 70. mieliśmy rozprawić się ze wszystkimi chorobami zakaźnymi, w latach 80. medycyna miała dysponować sztucznym sercem, wszczepianym na stałe (w 1982 r. William Wolff oświadczył: *osobnicy, którym w najbliższych 15 latach zostanie wszczepione sztuczne serce, nie będą mogli uczestniczyć w biegach maratońskich, bo będą bezkonkurencyjni*), sztuczne oczy, a nawet sztuczny mózg wydawały się być oddalone o wyciągnięcie dłoni. Średnia długość życia miała się wydłużyć, nawet do 150-200 lat...

Mamy rok 2014; ogromna większość przepowiedni sprzed półwiecza nie spełniła się; pozostały tylko rozbudzone nadzieje i nieuzasadnione roszczenia. Wydłużyła się jedynie - ale nie do wieku prawie matuzalemowego! - średnia długość życia, a i to głównie dzięki „banalnej” profilaktyce, którą zalecali już leka-

rze w starożytności, a nie dzięki cudownym gadżetom techniki, które nadal są, z nielicznymi wyjątkami, jedynie kosztownym eksperymentem, dostępnym dla nielicznych.

Należy więc poważnie potraktować tezę zawartą w książce Jamesa C. Rileya („Choroba, leczenie i śmierć”): *Najważniejszym celem, jakie wyznaczyła sobie ludzkość, nie jest poprawa stanu zdrowia, ale wydłużenie czasu życia.*

Żyć w cierpieniu? Nie tego oczekiwaliśmy! Niestety, musimy sobie zdawać sprawę z tego, że może już nie być lepiej, niż jest. Według brytyjskiego historyka sir Johna Glubba, żyjemy bowiem w okresie schyłku naszej cywilizacji (jego esej „Los imperiów” to analiza poszczególnych etapów, trwających po ok. 250 lat, przekształcania się wszystkich imperiów i cywilizacji; Glubb wyróżniał sześć okresów: pionierski, podbojów, handlu, obfitości, intelektualistów i czas schyłku). Podobne przemyślenia nie są niczym nowym. Oto Ibn Chaldun, arabski XIV-wieczny historyk pisał w „Les Prolegomenes” (Paryż 1934, tłum. Bogusław Panek): *Mieszkańcy miast korzystają [...] z dobrobytu, bez troska staje się ich drugą naturą. Lubią wypoczynek, spokój i bezczynność. Zajmują się [...] budową okazałych gmachów, pięknych domów i sprawianiem sobie okazałych strojów [...] Wydatki przewyższają zarobki, dochody stają się niewystarczające, biedni umierają w nędzy, bogaci roztrwaniają swoje dochody na zbędne cele i ten stan rzeczy pogarsza się z pokolenia na pokolenie, wreszcie rodzi się poczucie niezaspokojonych potrzeb [...] Ponieważ potrzeby rządu pomnażają się, rosną podatki, które dotkliwie obciążają ludność [...]. Odbierając ludziom pieniądze, pozbawia się ich ochoty do pracy, bo nawet, jeśli zarabiają więcej, widzą, że ostatecznie nic im nie zostaje [...] Bałagan przenosi się na stan interesów i ludzie porzucają rodzinne strony, by w innym kraju szukać środków na utrzymanie, a wówczas spada liczba ludności cesarstwa, wsie pustoszeją, miasta popadają w ruinę.*

Słowa te, pragnę przypomnieć, były pisane przed blisko 700 laty! Ich aktualność jest wręcz porażająca. I może zamiast organizować kolejne nieefektywne konferencje, zastanówmy się głęboko i w spokoju nad tym, co było i zostało już zapisane. Być może należy wrócić do przeszłości, pozwalając na przywrócenie życzliwych, pełnych wzajemnego zrozumienia relacji między leczącymi a leczonymi - i padnie mur wrogości i nieufności. Tylko jak to zrobić w naszym coraz bardziej neurotycznym świecie?

Przeszłość jest to dziś - tylko cokolwiek dalej - tytuł mojego felietonu to słowa Cypriana Kamila Norwida, pochodzące z mniej odległej przeszłości, ale jakże aktualne i dzisiaj.

Wojciech ŁUSZCZYŃA

(przedruk z „Lek w Polsce” nr 10/14)



# „KROKODYL” – NASTĘPCA HEROINY

Z dr n. med. Jarosławem SZPONAREM, kierownikiem Oddziału Toksykologiczno-Kardiologicznego Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Lublinie rozmawia Jerzy JAKUBOWICZ

## **„Krokodyl” to jest...**

To narkotyk opioidowy, którego podstawowym składnikiem jest dezomorfina, organiczny związek chemiczny, pochodna morfiny, wynaleziony w 1932 r. w USA. Narkotyk ten powoduje zmiany zabarwienia skóry na kolor zielony lub fioletowy oraz tworzenie łuski podobnej do łuski krokodyla. Bazą wyjściową do produkcji „krokodyla” jest kodeina, ale najcięższe zmiany w organizmie wywołują dodatki: jod – sprawia, że układ hormonalny zaczyna źle funkcjonować, a mięśnie obumierają, metale ciężkie powodują zmiany w nerkach i wątrobie, a fosfor uszkadza kości. W wyniku procesów gnicia i niszczenia tkanek powstają głębokie rany, jakby po wygryzieniu ciała przez krokodyla.

## **Kiedy świat dowiedział się o tym niebezpieczeństwie?**

W 2010 r. pojawiły się pierwsze doniesienia medyczne w Rosji, nagłaśniane szeroko przez media, a zwłaszcza przez internet. W wyniku zablokowania dostaw heroiny z Afganistanu do Rosji, powstała potrzeba dostarczenia na rynek, taniego, łatwego w produkcji narkotyku. I takim narkotykiem okazał się „krokodyl”. Jest on jakby odpowiednikiem „kompotu”, który był tak popularny w Polsce w latach 90., ale jest znacznie bardziej toksyczny.

## **Jak działa „krokodyl”?**

Narkotyk zaczyna działać po podaniu podskórnym lub domięśniowym, już po 2–3 minutach. Objawy są podobne, jak po zażyciu heroiny czy morfiny – brak kontaktu z otoczeniem, niezdolność do realistycznej oceny sytuacji. Pierwsze widoczne objawy po zażyciu narkotyku pojawiają się po 5–10 dniach. W miejscu wstrzyknięcia powstaje martwica tkanek. Na skórze pojawiają się zielone plamy, które zaczynają się łuszczyć jak skóra krokodyla. Powstają niegojące się ciemnofioletowe rany, a ciało

zaczyna odpadać od kości, które stają się widoczne przy oglądaniu. Zmianom tym towarzyszy silny ból, a pomimo to jest silna potrzeba wzięcia kolejnej dawki narkotyku. „Krokodyl” silniej uzależnia, niż kokaina czy morfina. Rozległość ran czy powikłań po zażyciu narkotyku nie daje większych szans na przeżycie jak 2 lata. W Rosji tylko 3 na 100 hospitalizowanych osób daje się wyleczyć, a uzależnionych jest około 250.000 osób. Wylicza się, że rocznie umiera aż 30.000 osób i dlatego „krokodyl” uzyskał miano następcy heroiny. Pojawiły się przypadki świadomego podawania tego narkotyku osobom silnie uzależnionym, w dawkach śmiertelnych

## **Jak wygląda ten problem w innych krajach, a przede wszystkim w Polsce?**

Nieznana jest skala przemytu tego narkotyku do Polski. Ocenia się jednak, że trafił on już do wschodnich i centralnych regionów Polski.

## **Co można zrobić, aby to niebezpieczeństwo zminimalizować?**

Ciekawe, że naszą uwagę na to niebezpieczeństwo zwrócili nasi pacjenci – narkomani. Zaczęli nas wypytwać, jak działa „krokodyl”. Warto wiedzieć, że wśród narkomanów, są również i tacy, którzy przeprowadzają na sobie „badania kliniczne”, zwłaszcza z nowymi preparatami. Dwóch braci, właśnie takich eksperymentatorów, już niestety nie żyje. Z tych naszych zainteresowań narodziło się wystąpienie na zjeździe Polskiego Towarzystwa Toksykologicznego w 2013 r. w Poznaniu. Nasz plakat o „krokodylu” wygrał sesję plakatową zjazdu i wzbudził duże zainteresowanie. Uważam, że tak obecnie trzeba postępować – obudzić czujność medyczną i społeczną, tak, aby w razie potrzeby szybko i skutecznie reagować.

(przedruk z „Medicusa” nr 12/14)

# FABRYKOWANIE CHORÓB

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

***W literaturze, zwłaszcza amerykańskiej, coraz częściej pojawiają się publikacje na temat nadrozpoznawalności (overdiagnosis) i niepotrzebnego leczenia (overtreatment) chorób. U nas właściwie nie ma większych opracowań na ten temat. Nie ma problemu, czy jeszcze go nie zauważyliśmy?***

Te zjawiska, z różnym nasileniem, występują globalnie. W krajach zachodnich i w USA ten problem wcześniej zaobserwowano, ponieważ dostęp do nowych technologii w diagnostyce i w leczeniu oraz większe nakłady

na badania przesiewowe pozwoliły na wcześniejsze obserwacje tego zjawiska.

## **Zacznijmy od definicji nadrozpoznawalności.**

Nadrozpoznawalność dotyczy takich stanów, gdzie mamy do czynienia z obiektywnie istniejącym zaburzeniem funkcji organizmu lub patologią na poziomie molekularnym, ale te zmiany występują w fazie przedklinicznej, czyli nie powodują objawów obniżających jakość życia i nie będą przyczyną skrócenia życia pacjenta. Mimo to rozpoznanie tych stanów staje się prze-

słanką do postawienia poważnej diagnozy i wdrożenia leczenia, de facto niepotrzebnego, a czasem bardzo agresywnego. I to jest problem – można to przyrównać do sytuacji, kiedy bezobjawowych nosicieli bakterii *Neisseria meningitidis* leczylibyśmy tak, jakby mieli zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych.

Problem nadrozpoznawalności dotyczy przede wszystkim, choć nie tylko, badań przesiewowych, szczególnie w kierunku diagnostyki nowotworów. Nie wchodząc w nadmierne szczegóły, w publikacjach, które ukazały się na ten temat w ostatnich latach, m. in. w zeszłym roku w prestiżowych czasopismach („JAMA”) a także opartych na bardzo dobrze udokumentowanych badaniach niezależnego Instytutu Cochrane (najwyższy poziom wiarygodności, w oparciu o metaanalizy) największe doniesienie dotyczy nadrozpoznawalności w badaniach przesiewowych w kierunku raka piersi, raka prostaty, ostatnio także raka płuc na podstawie badań tomografii komputerowej. W USA dyskusja o nadrozpoznawalności i w konsekwencji o niepotrzebnym leczeniu dawno już przekroczyła łamy fachowych czasopism. Już kilka lat temu „New York Times” na pierwszej stronie poświęcił temu problemowi wiodący artykuł. W Polsce pojawiły się dopiero pojedyncze publikacje na ten temat, np. z zakresu onkologii dotyczące niepotrzebnego leczenia raka prostaty oraz z zakresu socjologii medycyny. To nas zainspirowało do przygotowania (z p. Anną Zagają) przeglądu literatury dotyczącej tego tematu przedstawionego na czerwcowej konferencji „Nowe technologie medyczne a standardowa opieka zdrowotna”, a w następnej kolejności do stworzenia interdyscyplinarnego zespołu, żeby przebadąć zakres tego zjawiska w Polsce.

### ***Czy nadrozpoznawalność nie mieści się w pojęciu wyników fałszywie pozytywnych?***

Nadrozpoznawalność i występowanie wyników fałszywie pozytywnych to dwa różne zjawiska. Wyniki fałszywie pozytywne wskazują początkowo na istnienie choroby, ale potem są weryfikowane jako błędne, choroba jest wykluczona i nie jest wdrażane niepotrzebne leczenie. Czyli jest to rodzaj „fałszywego alarmu” dla pacjenta. Natomiast w nadrozpoznawalności diagnozuje się patologiczne zmiany, które rzeczywiście istnieją, ale nie niosą poważnych konsekwencji, czyli diagnozuje się nieadekwatnie do rzeczywistego zagrożenia. Dla pacjenta oznacza to świadomość choroby (często ciężkiej) i poddanie się leczeniu (niepotrzebnemu).

### ***Jakie są konsekwencje nadrozpoznawalności?***

Możemy wyróżnić trzy rodzaje szkód związanych z nadrozpoznawalnością. Po pierwsze szkody fizyczne związane z działaniami niepożądanymi, wynikającymi z metod diagnostycznych i leczniczych, zwłaszcza w zakresie onkologii (chemioterapia, radioterapia, zabiegi operacyjne). Następnie obciążenia psychologiczne związane ze świadomością choroby, wejściem w rolę chorego i poddaniem się procesowi leczenia. W końcu konsekwencje

ekonomiczne, związane z kosztami leczenia zarówno z perspektywy płatnika publicznego, jak i pacjenta. Należy mieć również świadomość, że zjawisko nadrozpoznawalności zaburza statystyki epidemiologiczne i może złudnie poprawiać statystyki przeżywalności.

### ***W jakich obszarach medycyny mamy do czynienia z problemem nadrozpoznawalności?***

Mamy trzy główne obszary, gdzie pojawia się nadrozpoznawalność: w medycynie klinicznej, kiedy niegroźne zaburzenia traktuje się jako poważne; w badaniach przesiewowych; i w segmencie leków bezrecepturowych, gdzie przemysł farmaceutyczny może stymulować „leczenie” nieistniejących chorób lub objawów występujących na pograniczu normy i patologii.

### ***Powiedzmy coś o tym ostatnim.***

Dzisiaj zjawisko „fabrykowania chorób” nasiliło się. W coraz bardziej agresywnych, wszechobecnych reklamach, zwłaszcza leków bezrecepturowych zaczynają się pojawiać określenia chorób, które w ogóle nie występują w międzynarodowej klasyfikacji chorób, wyolbrzymia się znaczenie lekkich objawów, towarzyszących często fizjologicznym zmianom w różnych okresach życia ludzkiego, podkreślając konieczność ich leczenia, manipulując się statystykami, aby wywrzeć wrażenie powszechnego występowania niektórych problemów, a w badaniach naukowych przyjmuje się wątpliwe punkty końcowe, aby wskazać na skuteczność produktu. Zaobserwowano też naciski przemysłu farmaceutycznego na zmianę definicji niektórych chorób w kierunku ich rozszerzenia. Ta tendencja ma poważne skutki ekonomiczne, psychologiczne i społeczne. Z doniesień, głównie z USA i Europy Zachodniej, wynika, że „fabrykowanie chorób” dotyczyć może szczególnie obszaru psychiatrii (ADHD, choroba dwubiegunowa, zaburzenia nastroju), seksuologii (zaburzenia erekcji), ale również podstawowej opieki zdrowotnej (podwyższony poziom cholesterolu, kryteria rozpoznania osteoporozy).

### ***W Polsce także mamy coraz więcej nowoczesnej, czułej aparatury, coraz więcej też programów badań przesiewowych. Czy nadrozpoznawalność i niepotrzebne leczenie to ciemna strona tych, skądinąd wartościowych programów?***

Oczywiście mamy szereg badań przesiewowych bez wątplenia wartościowych i adekwatnych do potrzeb populacji. Ale nie możemy zapominać, że przy planowaniu tego typu badań konieczne trzeba brać pod uwagę biologię nowotworu, a zwłaszcza dynamikę jego wzrostu. Badania przesiewowe w przypadku najbardziej agresywnych, szybko rosnących nowotworów będą nieefektywne, bo i tak nie zdążymy ich wychwycić; w dodatku, jeśli będą to badania drogie i obciążające pacjentów, straty mogą być większe niż korzyści. Z kolei w przypadku nowotworów łagodnych, wolno rosnących, które statystycznie ani nie skracają choremu życia, ani nie pogarszają jego jakości, badania też nie wydają się użyteczne.

Programy przesiewowe dają największą korzyść w odniesieniu do grupy nowotworów, które rozwijają się stosunkowo wolno (dają możliwość ich wychwycenia), a jednocześnie prowadzą do skrócenia życia lub obniżenia jego jakości. W tej grupie jako szczególnie użyteczne można wskazać badania w kierunku wykrywania raka szyjki macicy, czy okrężnicy.

W planowaniu badań przesiewowych zawsze trzeba rozważyć ryzyko nie tylko wyników fałszywie pozytywnych i fałszywie negatywnych, ale także ryzyko nadrozpoznawalności i wykrywania zmian przypadkowych (incidental findings) oraz związane z tym konsekwencje wdrażania niepotrzebnego leczenia, obciążenia emocjonalnego pacjentów, a także, jakkolwiek źle by to brzmiało, konsekwencje finansowe – relacje: koszty/korzyści. Rada Przejrzystości przy rządowej Agencji Oceny Technologii Medycznych w ostatnich latach negatywnie opiniowała część programów przesiewowych finansowanych przez samorządy, które obejmowały zbyt szeroką populację, bez uwzględnienia dowodów naukowych. Ich realizacja narażała samorządy na straty ekonomiczne, a uczestników badań na obciążenia psychiczne i ryzyko dla zdrowia fizycznego.

***Techniczny i farmakologiczny postęp w medycynie w połączeniu z biznesem tworzą podatny grunt do rozkwitu nadrozpoznawalności i niepotrzebnego leczenia. Jak im przeciwdziałać, by nie wylać dziecka z kąpielą?***

Konieczne są działania wielokierunkowe. I podejmuje się próby ich ograniczenia. Dwa lata temu amerykańska

komisja ekspertów, powołana przy Narodowym Instytucie Raka, sporządziła raport, gdzie w jednym z wniosków sugerowano, żeby stany łagodne w onkologii nie były określane jako rak, ale np. łagodne zaburzenia pochodzenia nabłonkowego. Bo samo słowo rak wywala strach i stawia w stan alertu zarówno pacjenta, jak i lekarza, czasem indukując niepotrzebnie agresywne leczenie. Oprócz działań na poziomie terminologicznym i edukacji społecznej, szansą na ograniczenie tych negatywnych zjawisk będzie z pewnością postęp wiedzy medycznej, w tym lepsze poznanie biologii rozwoju różnych rodzajów nowotworów, rozwój medycyny molekularnej i farmakogenetyki w kierunku personalizacji leczenia, czy postęp w zakresie genomiki zdrowia publicznego, który pozwoli precyzyjnie określić populacje szczególnie zagrożone chorobami, by do nich kierować badania przesiewowe. Szczególną rolę w tym procesie mogą, moim zdaniem, odegrać biobanki populacyjne. Te, wymienione tylko hasłowo, kierunki rozwoju medycyny będą poszerzać świadomość i wiedzę lekarzy dając podstawę do racjonalnych decyzji. Ale by tak się stało, wiedzę musi jednak dopełniać postawa lekarzy, którzy na każdym etapie leczenia powinni kierować się dobrem pacjenta, w tym, zgodnie z Kodeksem etyki lekarskiej, unikać nadmiernego i niepotrzebnego leczenia, szczególnie uporczywej terapii, a także mieć odwagę zmienić formę troski o pacjenta z nieuzasadnionego leczenia na szeroko rozumianą opiekę.

(przedruk z „Medicusa” nr 12/14)

## I TY ZOSTANIESZ PRACOHOLIKIEM

O osobowości sprzyjającej uzależnieniu rozmawiamy z prof. dr hab. Lucyną GOLIŃSKĄ, kierowniczką Katedry Psychoterapii i Interwencji Kryzysowej Społecznej Akademii Nauk w Łodzi

***MT: Pracowitość i zaangażowanie są pozytywnymi cechami. Nie wszyscy jednak uzależniają się od pracy. Jakie czynniki decydują o pracoholizmie?***

**PROF. LUCYNA GOLIŃSKA:** Fundamentalne znaczenie mają predyspozycje osobowościowe, które w określonej sytuacji uaktywniają się i ułatwiają wejście w uzależnienie. Szczególną rolę odgrywa w tym przypadku wysoki poziom neurotyczności oraz reaktywności. Neurotyczność w pewnym stopniu jest uwarunkowana genetycznie i decyduje o naszej odporności na sytuacje stresowe oraz podatności na doświadczanie trudnych emocji - smutku, lęku, złości. Drugą zmienną wiąże się z temperamentem i współdecyduje o szybkości i intensywności reakcji w odpowiedzi na bodźce, zwłaszcza emocjogenne. Okazuje się, że osoby wysokoreaktywne reagują szybko, mocno, łatwo dochodzi u nich do nadmiernej stymulacji, która pogarsza funkcjonowanie, a także intensyfikuje poczucie stresu. Naturalnym odruchem jest obrona przed tym stanem. Istnieje wiele dowodów na

to, że pracoholizm pełni funkcję zabezpieczającą właśnie przed nadmierną stymulacją i jest sposobem radzenia sobie z doświadczanym stresem. Większość uzależnionych od pracy potrzebuje usystematyzowanego schematu postępowania, nie lubi zmian i nowości, a praca daje im poczucie stałości oraz powtarzalności. Wymienione cechy osobowościowe sprzyjają pojawieniu się pracoholizmu, zwłaszcza, gdy dochodzą do tego sytuacyjne czynniki wyzwalające, np. rywalizacja w miejscu pracy czy system nagród, który ma maksymalizować wysiłek pracowników, bądź lęk przed utratą pracy.

Znaczenie mają też przekazy z domu rodzinnego. Pracoholicy najczęściej wynoszą z nich przekonanie, że tyle są warci jako ludzie, ile uda im się osiągnąć zawodowo. To szalenie toksyczny przekaz. U pracoholików występuje głównie motywacja zewnętrzna, co przejawia się w podejmowaniu zachowań spełniających narzucone standardy, których realizacja jest niezbędna do uzyskania akceptacji otoczenia i potwierdzenia własnej wartości.



Nadmierna praca rzadko wynika z obiektywnej konieczności aktywności zawodowej ponad miarę.

***Lekarze są uznawani za jedną z grup zawodowych, które pracują najwięcej, często na kilku etatach. Dlaczego to środowisko jest tak bardzo narażone na praco-  
holizm?***

Może być kilka czynników, które mają na to wpływ, poza predyspozycjami osobowościowymi. Osiągnięcie uprawnień lekarskich wymaga intensywnych, żmudnych, narzucających konieczność poświęcenia studiów. To elitarna profesja, ciesząca się uznaniem społecznym, ale nie zawsze idzie za tym gratyfikacja finansowa. Naturalną tendencją jest, że lekarze oczekują rekompensaty proporcjonalnej do włożonego wysiłku, a skoro jej nie ma, to poszukują dodatkowych źródeł.

Jeśli ktoś wykonuje zawód wpisany w ramy ośmiu godzin pracy, to wszystko, co jest ponad to, postrzega jako dodatkowe obciążenie. Czas pracy lekarzy nie jest do końca określony. W ramach ich obowiązków są dyżury, również nocne, spotkania z pacjentami. Zatraca-  
ją oni poczucie tego, ile powinni pracować bez szkody dla zdrowia i zaniedbywania innych dziedzin życia. Nieregularny rytm uodparnia na nadużywanie siebie w relacji z pracą, staje się zachętą do brania na siebie kolejnych obowiązków.

Kolejny czynnik to ogromna odpowiedzialność, która wiąże się z pracą lekarzy. W związku z tym jest to praca o wysokim poziomie stresu. A, jak już powiedzieliśmy, praco-  
holizm jest właśnie formą radzenia sobie ze stresem.

***W ubiegłym roku lekarz zmarł w szpitalu, bo pracował piątą dobę z rzędu. A przecież zanim do tego do-  
szło, musiał odczuwać wiele dolegliwości. Dlaczego nie reagował?***

Pracoholicy są mało czujni na sygnały swojego organizmu. Nie troszczą się o zdrowie, ponieważ leczenie odbywałoby się kosztem czasu przeznaczonego na pracę. Bagatelizują pierwsze objawy somatyczne przepracowania, takie jak bóle głowy, kręgosłupa, bóle mięśniowe czy problemy ze snem. Gdyby powiedzieli sobie: źle się czuję, to by znaczyło, że powinni odpocząć. Próby limitowania aktywności zawodowej wywołują dyskomfort, a w niektórych przypadkach symptomy odstawienia: napięcie, często bóle głowy, żołądka. Dlatego, podobnie jak np. alkoholicy, zaprzeczają, że dzieje się coś złego.

Przed laty moja magistrantka badała osoby, które były już pacjentami, np. poradni kardiologicznej. Okazało się, że wśród osób z przewlekłymi schorzeniami jest bardzo wysoki odsetek praco-  
holików, bo ponad 20%. W pewnym momencie wyczerpany organizm zaczyna chorować, bo spada jego odporność. Dopiero kiedy choroba się rozwinie i zmusza praco-  
holika do leczenia, dociera do niego, że to jest poważne zagrożenie. Najbardziej dramatycznym skutkiem jest śmierć z przepracowania.

Bezpośrednią przyczyną zgonu w takich przypadkach jest tachykardia. Były to osoby, które pracowały 3 tys. godzin rocznie, czyli siedem dni w tygodniu, po 12 godzin na dobę.

Pracoholizm niesie też poważne konsekwencje dla psychiki, np. w postaci anhedonii, czyli niemożności doświadczenia i przeżywania pozytywnych emocji. Jedna z badanych osób opowiadała o sytuacji, kiedy po intensywnej pracy wyjechała w wymarzoną podróż. Efekt był taki, że pierwszych trzech dni w ogóle nie pamięta, bo czuła się tak zmęczona.

***Przecież lekarze doskonale znają negatywne dla zdro-  
wia skutki przepracowania.***

Posiadanie wiedzy na jakiś temat wcale nie jest jednoznaczne z umiejętnością jej zastosowania. Często idzie to w kierunku fałszywego myślenia, że skoro czegoś jestem świadomy, z pewnością mi to nie zagrozi. Paradoksalnie, rośnie wtedy ryzyko zaburzeń funkcjonowania, bo wydaje nam się, że skoro wiemy o negatywnych skutkach, będziemy w stanie w porę na nie zareagować. Ale jest to złudne przekonanie.

***U praco-  
holików działa mechanizm zaprzeczenia, ale czy otoczenie nie widzi, że ktoś się zapracowuje?***

Praca w społeczeństwie jest uznawana za dobro najwyższe. Często też praco-  
holizm traktuje się jako wyraz odpowiedzialności za siebie i za swoją rodzinę. Dlatego skonfrontowanie się ze skutkami tego uzależnienia jest dużo trudniejsze niż np. w przypadku alkoholika, którego wyrzucają z pracy czy hazardzisty, który traci majątek. Pracoholik mówi: tylko skończę ten projekt i zwolnię; popatrz, niedługo awansuję; dobrze zarabiam. Albo wchodzi w rolę skrzywdzonego: tak bardzo się staram, dzięki temu rodzina żyje na godnym poziomie, a oni ciągle narzekają. Przedstawiciele środowiska medycznego odwołują się do obowiązku lekarskiego: nie mogę przecież zostawić swoich pacjentów. Trudno z tym dyskutować. Nawet jeśli praco-  
holik widzi, że zdrowie zaczyna szwankować i zaprzecza inne role społeczne - rodzica, współmałżonka, przyjaciela, to próby limitowania pracy przychodzą mu z dużym trudem.

***Co musi się stać, żeby praco-  
holik podjął leczenie?***

Często rodzina stawia veto - albo zaczniesz poświęcać nam czas, albo koniec z naszym związkiem. Czasami refleksja przychodzi w obliczu zagrożenia życia, bo trafia on do szpitala z zawałem serca. Albo kiedy jego stan psychiczny jest już bardzo zły, pojawiają się silne lęki, z którymi sobie nie radzi. Problem w tym, że terapia, zwłaszcza grupowa, w przypadku praco-  
holików nie przynosi rezultatów. Zamiast współpracy, pojawia się porównywanie i rywalizacja. Ciężko też ograniczyć źródło uzależnienia, bo trudno oczekiwać abstynencji od pracy. Można jedynie dążyć do unormowania aktywności zawodowej, ustalenia pewnych zasad, np. niezabierania pracy do domu, wychodzenia z firmy po ośmiu godzinach.

## CZYM JEST PRACOHOLIZM

Kryterium czasu poświęcanego pracy jest niewystarczające do identyfikacji pracoholizmu. Niektórzy ludzie pracują po 10-11 godzin dziennie i pracoholikami nie są. Zdaniem holenderskich badaczy (*W. Schaufeli, A. Bakker*) przy diagnozowaniu pracoholizmu należy uwzględnić trzy wskaźniki: tzw. pracę nadmierną wyznaczoną czasem poświęcanym pracy, pracę kompulsywną, czyli występowanie wewnętrznego przymusu pracy, oraz zaangażowanie w pracę, czego wyrazem są wigor, zaciekawienie i inne pozytywne emocje związane z jej wykonywaniem. Tylko w sytuacji występowania dwóch pierwszych składników i braku trzeciego możemy mówić o pracoholizmie jako uzależnieniu.

### Entuzjaści pracy

To najczęściej przedstawiciele wolnych zawodów i przedsiębiorcy. Wykazują się nadmiarowością pracy, są bardzo zaangażowani, ale nie odczuwają przymusu pracy.

### Pracoholicy entuzjastyczni

Występuje u nich przymus pracy, poświęcają jej dużo czasu, ale też ich zaangażowanie jest wysokie, a co za tym idzie - wyższa satysfakcja, przeżywanie pozytywnych emocji i mniejsze negatywne skutki dla zdrowia.

### Pracoholicy

Odczuwają oni przymus pracy, występuje w ich przypadku pojęcie nadmiernej pracy, ale jednocześnie cechuje ich niski poziom zaangażowania i zadowolenia. Pracoholicy funkcjonują w stanie dysonansu między tym, ile wkładają w pracę, a ile z niej biorą, jednakże silny przymus wewnętrzny powoduje, że gdy nie pracują, czują dyskomfort, napięcie, irytację - stany bardzo zbliżone do objawów odstawiennych. Ich zadowolenie doświadczane w pracy jest znacznie niższe niż, np. u entuzjastów pracy. Nie potrafią czuć satysfakcji, nawet jeśli osiągną sukces. Często pojawia się wówczas lęk, że następnym razem się nie uda lub niezadowolenie z powodu niewystarczającej perfekcji wykonania zadania.

**35% polskich pracowników spędza w pracy więcej niż osiem godzin dziennie, a ponad 40% regularnie zabiera pracę do domu. Polski pracownik robi to częściej niż trzy razy w tygodniu.**

*Źródło: badania firmy Regus, 2011 r.*

(przedruk z „Medical Tribune” nr 9/14)

## WALKA TO MĘSKA RZECZ – ZE SKALPELEM LUB BEZ

Powrót z tegorocznych wakacji przytłoczył mnie zupełnie i przygniótł do ziemi. Zewsząd dobiegały mnie, jak złowieszcze odgłosy bębnow w buszu, informacje o zawałach serca (lub rzadziej udarach mózgu) moich kolegów – lekarzy zabiegowców albo tych z doświadczeniem dyrektorskim. A przecież to ludzie na obecne czasy młodzi biologicznie, w kategorii wiekowej 40+, przed nimi powinny dopiero się otwierać najpiękniejsze, spełnione i satysfakcjonujące lata życia. Wszak jesteśmy genetycznie zaprogramowani na przeżycie ponad 100 lat!

Cóż, zawał uważany był dotychczas za „chorobę dyrektorską”, a czy zasługuje już na miano „choroby lekarskiej”? Przewlekły stres, wieczny pośpiech i napięcie, obcowanie ze śmiercią i chorobą, narażenie na roszczenia pacjentów i dochodzenia sądowe, fatalna organizacja pracy, brak czasu na regenerację i odreagowanie codziennego obciążenia mózgu i ciała – wszystko to robi swoje i zbiera tragiczne żniwo. Z upływem czasu trzeba za nie zapłacić cenę zdrowia, a oby nie... życia.

A wszystkiemu winien TESTOSTERON – odwieczny hormon WALKI. To on każe się ścigać i zdobywać, współzawodniczyć w wyścigu szczurów, gnać przed siebie, zarabiać i dorabiać się, i oczywiście dbać o dobrobyt rodziny, a przede wszystkim sprostać wymaganiom

kobiet. Tak... zaraz dojdziemy do znanego powszechnie sloganu, że wszystko to przez nas, kobiety... A kysz! Zmieniam temat!

W kraju, w którym „chłopaki nie płaczą”, nie ma przyzwolenia na słabość czy chorowanie mężczyzn. W pojęciu niejednego mężczyzny choroba oznacza przecież osobistą klęskę, podważenie jego poczucia wartości i męskiej siły.

Z danych WHO wynika, że polski mężczyzna żyje 72 lata czyli o 8,5 roku krócej niż statystyczna Polka. Szwedzi żyją o 8 lat dłużej, a Japończycy jeszcze o 0,5 roku dłużej. Znajdujemy się w niechlubnej czołówce państw tracących najwięcej mężczyzn w wieku produkcyjnym (współczynnik ten jest aż 2,5 razy wyższy niż dla Polek w wieku produkcyjnym). Pod względem średniej długości życia mężczyzn jesteśmy w Unii Europejskiej na przedostatnim miejscu, przed Bułgarią. Nie sporządza się co prawda podobnych statystyk tylko dla mężczyzn lekarzy, ale jeśli przyjąć wg Segala (autor książki „Doktorzy”), że jest to populacja obciążona dodatkowo wybitnym współczynnikiem samobójstw i uzależnienia od różnorodnych „środków kojących” (ale jednak uzależniających), statystyki te w populacji lekarzy mogłyby być znacznie bardziej tragiczne. Co wpływa

na tę smutną „rozdziawę” statystyczną między kobietami a mężczyznami?

Większość mężczyzn unika lekarza jak ognia, a jeśli dany delikwent sam jest lekarzem, to lekarzy w ogóle nie uznaje – nomen omen, jakby chorowanie lekarzy nie dotyczyło. Mężczyźni mają niczym nieuzasadnione, złudne poczucie zdrowia, choć mają często nadwagę, otyłość, nadciśnienie itd. Odczuwają lęk przed wykryciem ewentualnej choroby, a co za tym idzie utraty kontroli nad życiem. Mało się ruszają, rzadko uprawiają sporty. A ta część z nich, z osobowością typu A, przede wszystkim płaci wysoką cenę za wbite w ich osobowość szpony ambicji, produkujące codzienną, wysoką dawkę adrenaliny. Walczą, by zwyciężyć albo zginąć – tak w przenośni, jak i w życiu.

W przypadku lekarzy zabiegowców jest to dodatkowo długofalowe narażenie na stres ze strony akcji, jaka toczy się w sali operacyjnej. Zawsze darzyłam kolegów chirurgów szacunkiem i podziwem, gdy po nocnej konsultacji internistycznej, kwalifikującej pacjenta do zabiegu operacyjnego, wsuwałam się pod dyżurową kołdrę i myślałam, że oni dopiero mają rozgrzewkę przed decydującym, nocnym meczem w świetle lamp operacyjnych. Mimo ciężkiej pracy i wielu nieprzespanych nocy średnie stężenie adrenaliny w surowicy internisty jest prawdopodobnie znacznie mniejsze niż u chirurga (hipoteza, niepotwierdzona naukowo). Patrząc na pro-

blem z tej perspektywy, cieszę się, że jestem internistą, że moje narzędzie pracy to długopis, nie skalpel i biurko, a nie stół operacyjny. Chirurdzy zawsze budzili mój podziw i uznanie, dlatego chcę, żeby zostali z nami na tym padole łez jak najdłużej.

Jak tego dokonać? Kilka odpowiedzi dla żon, partnerów, matek:

Rozmawiaj z nim językiem, który do niego przemawia: namów go na przegląd własnych „części składowych”, podobnie jak on dokonuje przeglądu własnego samochodu – z solidarności męskiej ze swoim samochodem może nie odmówi.

Nigdy nie zaczynaj wykładu z oświaty zdrowotnej podczas meczu piłki nożnej, który właśnie, zającąc ukochane chipsy i popijając piwo, ogląda – istnieje ryzyko, że chipsy wylądują na twojej nowej fryzurze, która z powodu mistrzostw świata piłki nożnej została niezauważona.

Jeśli lubi swojego psa, to poproś, żeby zadbał o siebie conajmniej tak, jak o swego pupila: spożywał wartościową strawę, wyprowadził „siebie” od czasu do czasu na spacer i dał sobie szansę, by się solidnie wyspać.

Jeśli nic nie zadziała pozostaje ci jedno – próbować, próbować, próbować i próbować, aż do skutku. Oby tylko zdążyć przed...

Beata JANUSZKO-GIERGIELEWICZ

(przedruk z biuletynu Warmińsko-Mazurskiej Izby Lekarskiej nr 135)

## PRAWO NA CO DZIEŃ

### KASA FISKALNA W GABINECIE – OD 2015

Minister finansów podpisał w listopadzie br. (2014 – *przyp. Red. Opolskiej*) nowe rozporządzenie w sprawie zwolnień z obowiązku prowadzenia ewidencji przy zastosowaniu kas rejestrujących, dotyczące lekarzy i lekarzy dentystów posiadających prywatne praktyki. Rozporządzenie będzie obowiązywać na lata 2015–2016.

#### Stan prawny w latach 2011–2014

Kasa fiskalna w gabinecie lekarskim pojawiła się od 1 stycznia 2011 r. Wtedy to weszło w życie pierwsze rozporządzenie ministra finansów z 26 lipca 2010 r. w sprawie zwolnień z obowiązku prowadzenia

ewidencji przy zastosowaniu kas rejestrujących. Ówczesne przepisy przewidywały powstanie obowiązku ewidencjonowania obrotu za pomocą kasy fiskalnej dla lekarzy i lekarzy dentystów, jednak wprowadzały jednocześnie zwolnienie z tego obowiązku według kryterium wysokości obrotu. Przepisy wskazywały, iż dla podatników kontynuujących działalność gospodarczą, zwol-

nienie traciło moc po upływie dwóch miesięcy, licząc od pierwszego dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym nastąpiło przekroczenie kwoty obrotów w wysokości 40 tys. zł. Natomiast dla podatników, którzy rozpoczęli działalność gospodarczą po 1 stycznia 2011 r., przewidziano utratę zwolnienia, po dniu, w którym podatnik przekroczył obrót w wysokości 20 tys. zł.

Już wtedy ministerstwo finansów zapowiadało, że będzie w swych działaniach dążyć do objęcia wszystkich podatników, wykonujących sprzedaż towarów lub usług na rzecz osób fizycznych, obowiązkiem

posiadania kasy fiskalnej. Wyrazem tej polityki fiskusa było podpisanie drugiego z kolei rozporządzenia z 29 listopada 2012 r. w sprawie zwolnień z obowiązku prowadzenia ewidencji przy zastosowaniu kas rejestrujących, obowiązującego w latach 2012–2014. Zwolnienie z obowiązku ewidencji zostało utrzymane, jednakże obniżono



wysokość obrotu, po którego przekroczeniu obowiązek powstawał, do kwoty 20 tys. zł, a jednocześnie kwota ta brana była pod uwagę w proporcji do okresu wykonywania czynności opodatkowanych w danym roku podatkowym (przykładowo, dla podatnika, który rozpoczął świadczenie usług od 1 czerwca, obowiązek ewidencjonowania za pomocą kasy następował wówczas, gdy przekroczył limit obrotu 10 tys. zł).

Według wyżej przywołanego rozporządzenia, zwolnienie z obowiązku ewidencjonowania obrotu traci moc i pojawia się obowiązek posiadania kasy po upływie dwóch miesięcy od miesiąca, w którym podatnik utracił zwolnienie. Zatem jeśli lekarz utracił zwolnienie, z uwagi na przekroczenie wysokości obrotu w miesiącu listopadzie 2014 r., obowiązek posiadania kasy fiskalnej powstanie od dnia 1 lutego 2015 r.

### **Koniec zwolnień od 1 stycznia 2015 r.**

W nowym, trzecim rozporządzeniu z dnia 4 listopada 2014 r. w sprawie zwolnień z obowiązku prowadzenia ewidencji przy zastosowaniu kas rejestrujących, o którym było na początku, utrzymano na dotychczasowym poziomie wysokość kwoty, której przekroczenie spowoduje obowiązek zainstalowania kasy fiskalnej (20 tys. zł). Z tego zwolnienia zostały jednakże wyłączone m. in. usługi w zakresie opieki medycznej świadczonej przez lekarzy i lekarzy dentystów (§ 4 pkt 2 lit. f rozporządzenia).

Powyższe oznacza, iż lekarze oraz lekarze dentyści posiadający gabinety będą zobowiązani do ewidencjonowania za pomocą kasy fiskalnej wszystkich świadczeń, bez względu na ich wartość, jakie wykonują na rzecz osób fizycznych, które nie prowadzą działalności gospodarczej lub rolników ryczałtowych.

Utrata zwolnienia z obowiązku ewidencjonowania i konieczność wprowadzenia kasy następuje:

- A. w przypadku podatników, którzy utracą prawo do zwolnienia z obowiązku ewidencjonowania przed dniem 1 stycznia 2015 r., obowiązujące będą terminy rozpoczęcia ewidencjonowania wynikające z przepisów obecnego rozporządzenia, tj. po upływie dwóch miesięcy następujących po miesiącu, w którym podatnik przekroczył wartość obrotu w kwocie 20 tys. zł (§ 8 ust. 1 rozporządzenia);
- B. w przypadku podatników, którzy nie przestali spełniać warunków do zwolnienia z obowiązku ewidencjonowania przed dniem 1 stycznia 2015 r., zobligowani będą do rozpoczęcia ewidencjonowania z dniem 1 marca 2015 r. (§ 8 ust. 2 rozporządzenia);
- C. w przypadku podatników rozpoczynających po dniu 31 grudnia 2014 r. świadczenie usług, którzy przed wykonaniem takiej usługi nie dokonywali sprzedaży na rzecz osób fizycznych nieprowadzących działalności gospodarczej oraz rolników ryczałtowych,

świadczenie tych usług jest zwolnione z obowiązku ewidencjonowania przez okres dwóch miesięcy następujących po miesiącu, w którym wykonano taką usługę (§ 9 ust. 6 rozporządzenia).

**Zgodnie z przepisami, obowiązek ewidencjonowania sprzedaży (w tym przypadku – świadczenia usług medycznych przez lekarzy i lekarzy dentystów) za pomocą kasy fiskalnej nie dotyczy przypadków, gdy jest ona dokumentowana za pomocą faktury między dwoma przedsiębiorcami ( np. praktyka lekarska wyłącznie w siedzibie podmiotu leczniczego) lub dotyczy lekarza posiadającego kontrakt z NFZ. Decyduje źródło pochodzenia obrotu, jakim jest konsument – pacjent.**

### **Skutki lekceważenia przepisów**

Naruszenie obowiązku rejestracji sprzedaży usług za pomocą kasy rejestrującej niesie za sobą skutki karne-skarbowe. Niewydanie paragonu fiskalnego lub dokonanie sprzedaży usługi z pominięciem kasy fiskalnej lub też brak kasy może być uznane jako wykroczenie albo przestępstwo skarbowe. Kryterium rozróżniającym jest wartość podatku, o jaką podatnik uszczuplił skarb państwa.

Przy niskim stopniu szkodliwości czynu, a więc okolicznościach wskazujących na to, że osoba nie lekceważyła rażąco przepisów, a podatek narażony na uszczuplenie nie wyniósł więcej niż pięciokrotność najniższego wynagrodzenia, brak ewidencji przy zastosowaniu kasy fiskalnej może zostać potraktowany jako wykroczenie skarbowe. Przy braku jednego urządzenia rejestrującego i niewielkich obrotach firmy, postępowanie organu skarbowego może skończyć się na mandacie, którego wysokość nie może przekroczyć podwójnej wysokości minimalnego wynagrodzenia.

W przypadkach poważniejszych, czyny powyższe mogą być kwalifikowane jako przestępstwo skarbowe zagrożone karą do 240 stawek dziennych grzywny (art. 60 par. 1 i art. 62 par. 2 kks). Wysokość stawki dziennej kary grzywny ustala sąd w każdej sprawie indywidualnie, przy czym stawka taka wynosić może 1/30 do 400-krotności minimalnego wynagrodzenia. Przy ustaleniu stawek dziennych uwzględniane są dochody sprawcy, warunki osobiste i rodzinne, stosunki majątkowe i możliwości zarobkowe. W przypadku skazania za przestępstwo skarbowe, informacja o tym – co do zasady – zostaje umieszczona w Krajowym Rejestrze Karnym.

Uchybienie terminowi wprowadzenia kasy fiskalnej skutkuje także utratą możliwości skorzystania z ulgi podatkowej na zakup takiej kasy. Podatnicy, którzy rozpoczęli ewidencjonowanie obrotu i kwot podatku należnego w obowiązujących terminach, mogą bowiem – na podstawie art. 111 ust. 4 ustawy o podatku od towarów i usług – odliczyć od tego podatku kwotę wydatkowaną na zakup każdej z kas rejestrujących zgło-

szonych na dzień rozpoczęcia (powstania obowiązku) ewidencjonowania w wysokości 90% jej ceny (bez podatku), nie więcej jednak niż 700 zł. Uchybienie terminowi do wprowadzenia kasy fiskalnej spowoduje zatem konieczność zwrotu ulgi na kasę.

### Jak uniknąć odpowiedzialności?

Warto zauważyć, iż wskazanej wyżej odpowiedzialności karno-skarbowej można uniknąć w przypadku skorzystania przez podatnika z instytucji czynnego żalu. Zgodnie bowiem z art. 16 § 1 Kodeksu karnego skarbowego, nie podlega karze za przestępstwo skarbowe lub wykroczenie skarbowe sprawca, który po popełnieniu czynu zabronionego zawiadomił o tym organ powołany do ścigania, ujawniając istotne okoliczności tego czynu, w szczególności osoby współdziałające w jego popełnieniu. Zawiadomienie takie powinno być złożone na piśmie albo przekazane ustnie do protokołu do organu kontroli skarbowej. Jednocześnie zastosowanie instytucji czynnego żalu będzie nieskuteczne w przypadku, gdy organ

ścigania miał już udokumentowaną wiadomość o popełnieniu przestępstwa lub wykroczenia skarbowego. Dotyczy to również m. in. sytuacji, gdy organ ten rozpoczął już czynności służbowe (polegające w szczególności na przeszukaniu), czynności sprawdzające lub czynności kontrolne, zmierzające do ujawnienia czynu zabronionego. Chyba, że czynności te nie dostarczyły podstaw do wszczęcia postępowania o ten czyn.

Paweł LENARTOWICZ  
prawnik OIL w Łodzi

#### PODSTAWA PRAWNA:

- ustawa z 11 marca 2004 r. o podatku od towarów i usług (tekst ujedn. Dz. U. z 2011 r. nr 177, poz. 1054, z późn. zm.),
- trzy rozporządzenia ministra finansów w sprawie zwolnień z obowiązku prowadzenia ewidencji przy zastosowaniu kas rejestrujących:
  - z 26 lipca 2010 r. (Dz. U. z 2010 r. nr 138, poz. 930);
  - z 29 listopada 2012 r. (Dz. U. z 2012 r., poz. 1382);
  - z 4 listopada 2014 r. (Dz. U. z 2014 r. poz. 1544).

(przedruk z „Panaceum” nr 12/14)

## OBOWIĄZEK UDZIELENIA INFORMACJI PRZEZ LEKARZA PACJENTOWI ORAZ WYRAŻENIE ZGODY PRZEZ PACJENTA – CZĘŚĆ II

Zgoda pacjenta jest lustrzanym odbiciem udzielonej pacjentowi informacji. Szczególnie starannie musi lekarz informować o użyteczności różnych metod terapeutycznych wówczas, gdy pacjent skłania się ku metodzie mało skutecznej, ale np. mniej inwazyjnej. Jeśli zabieg jest celowy, a pacjent zaniedbuje zalecenia lub odmawia poddania się takiemu zabiegowi, lekarz ma obowiązek ponawiać próby przekonania pacjenta do zabiegu, jeśli pozostaje z nim w bezpośrednim kontakcie. Niepodobna z góry określić, ile takich prób powinien podjąć. Im bardziej niezbędny zabieg, tym więcej. Niekiedy ma obowiązek powtarzać zalecenie tak długo, jak to jest możliwe, co szczególnie oczywiste jest, gdy chodzi o zabiegi niezbędne dla ratowania życia. Lekarz musi dochować najwyższej staranności, choć nigdy nie może zostać uznany za odpowiedzialnego za rezultat tych starań. Takie stanowisko zajął Sąd Najwyższy w wyroku z 7 listopada 2008 r. II CSK 259/08. Zdaniem prof. Mirosława Nesterowicza „działanie lekarza bez poinformowanej (świadomej) zgody pacjenta, a tym bardziej wbrew jego woli, jest bezprawne, stanowi delikt powodujący odpowiedzialność za wyrządzoną szkodę. Jednocześnie jest to naruszenie praw pacjenta, dające mu podstawę do żądania zadośćuczynienia za doznaną krzywdę, nawet jeśli nie doznał żadnej szkody.”

Lekarz może przeprowadzić badanie lub udzielić innych świadczeń zdrowotnych po wyrażeniu zgody przez pacjenta. Obok w graficzny sposób przedstawiam, jakie ustawodawca określił wymogi przy wyrażaniu zgody przez poszczególnych pacjentów.

W sytuacji, gdy:

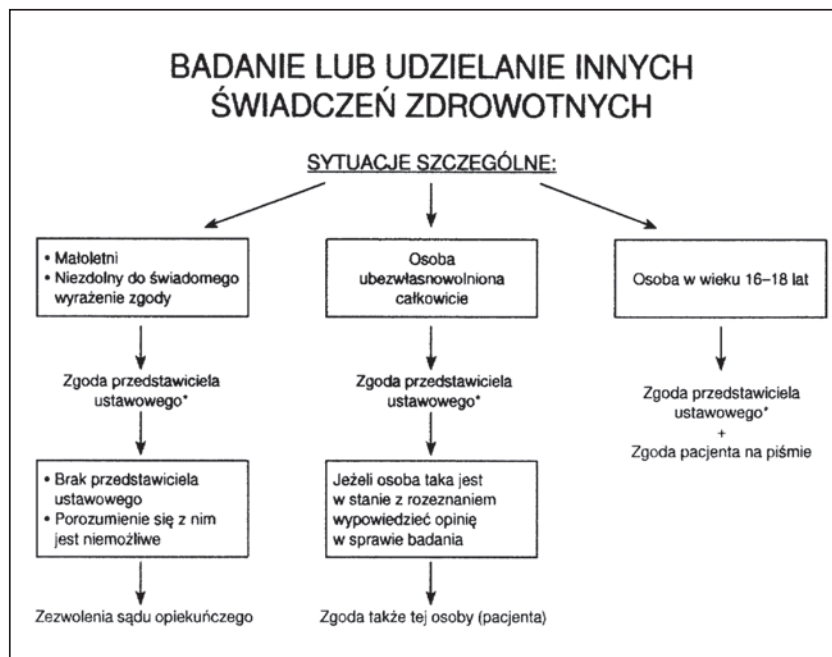
- małoletni, który ukończył 16 lat,
- osoba ubezwłasnowolniona,
- pacjent chory psychicznie lub upośledzony umysłowo,

lecz dysponujący dostatecznym rozeznanie, **sprzeciwia się czynnościom medycznym**, poza zgodą jego przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego albo w przypadku niewyrażenia przez nich zgody, **wymagane jest zezwolenie sądu opiekuńczego**.

Zgodnie z ustawą z 25 lutego 1964 r. Kodeks rodzinny i opiekuńczy, przedstawicielem ustawowym jest: matka, ojciec, przysposabiający, opiekun oraz kurator. Definicja opiekuna faktycznego umieszczona jest w ustawie z 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, która mówi, że opiekunem faktycznym jest osoba sprawująca, bez obowiązku ustawowego, stałą opiekę nad pacjentem, który ze względu na wiek, stan zdrowia albo stan psychiczny opieki takiej wymaga.

Jeżeli pacjent:

- małoletni,



- niezdolny do świadomego wyrażenia zgody

nie ma przedstawiciela ustawowego ani opiekuna faktycznego lub porozumienie się z tymi osobami jest niemożliwe, lekarz po przeprowadzeniu badania **może przystąpić do udzielania dalszych świadczeń zdrowotnych**, co do zasady, dopiero **po uzyskaniu zgody sądu opiekuńczego**.

Proszę pamiętać, że sądem opiekuńczym właściwym miejscowo do udzielenia zgody na wykonywanie czynności medycznych jest sąd, w którego okręgu czynności te mają być wykonane. [...]\*

Lekarz może wykonać zabieg operacyjny albo zastosować metodę leczenia lub diagnostyki stwarzającą podwyższone ryzyko dla pacjenta **po uzyskaniu jego pisemnej zgody**. Dotyczy to również pacjenta, który ukończył 16 lat. Gdy pacjentem jest:

- małoletni,
- ubezwłasnowolniony bądź niezdolny do świadomego wyrażenia pisemnej zgody,

lekarz może wykonać zabieg lub zastosować metodę, o której mowa wyżej, po uzyskaniu zgody jego przedstawiciela ustawowego, a gdy pacjent nie ma przedstawiciela ustawowego lub porozumienie się z nim jest niemożliwe – po uzyskaniu zezwolenia sądu opiekuńczego.

W sytuacji, gdy:

- małoletni, który ukończył 16 lat,
- osoba ubezwłasnowolniona,
- pacjent chory psychicznie lub upośledzony umysłowo,

lecz dysponujący dostatecznym rozeznanie, sprzeciwia się wykonaniu zabiegu operacyjnego albo zastosowaniu metody leczenia lub diagnostyki stwarzającej podwyższone ryzyko dla niego, poza zgodą jego przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego albo w przypadku niewyrażenia przez nich zgody **wymagane jest zezwolenie sądu opiekuńczego**.

Jeżeli przedstawiciel ustawowy pacjenta:

- małoletniego,
- ubezwłasnowolnionego bądź niezdolnego do świadomego wyrażenia zgody

nie zgadza się na wykonanie przez lekarza zabiegu operacyjnego lub zastosowanie metody, o której mowa wyżej, a niezbędnych dla usunięcia niebezpieczeństwa utraty przez pacjenta życia lub ciężkiego uszkodzenia ciała bądź ciężkiego rozstroju zdrowia, **lekarz może wykonać takie czynności po uzyskaniu zgody sądu opiekuńczego**.

Kiedy lekarz może wykonać czynności medyczne bez zgody pacjenta, przedstawiciela ustawowego bądź właściwego sądu opiekuńczego?

I. **Badanie lub udzielenie innego świadczenia zdrowotnego bez zgody pacjenta jest dopuszczalne**, jeżeli wymaga on niezwłocznej pomocy lekarskiej, a **ze względu na stan zdrowia lub wiek nie może wyrazić zgody i nie ma możliwości porozumienia się z jego przedstawicielem ustawowym lub opiekunem faktycznym**. Decyzję o podjęciu czynności medycznych w wyżej wymienionych okolicznościach lekarz powinien w miarę możliwości skonsultować z innym lekarzem. Bardzo istotnym elementem jest odnotowanie przez lekarza zaistnienia tego faktu w dokumentacji medycznej pacjenta.

II. **Lekarz może wykonać zabieg operacyjny albo zastosować metody leczenia lub diagnostyki stwarzające poważne ryzyko dla pacjenta bez zgody przedstawiciela ustawowego bądź zgody właściwego sądu opiekuńczego**, gdy zwłoka spowodowana postępowaniem w sprawie uzyskania zgody groziłaby pacjentowi niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia. W takim przypadku lekarz ma obowiązek, o ile jest to możliwe, zasięgnąć opinii



drugiego lekarza, w miarę możliwości tej samej specjalności. O wykonywanych czynnościach lekarz niezwłocznie zawiadamia przedstawiciela ustawowego, opiekuna faktycznego lub sąd opiekuńczy. O wyżej wymienionych okolicznościach lekarz również, jak tylko jest to możliwe, informuje pacjenta oraz jego przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego albo sąd opiekuńczy, a także dokonuje odpowiedniej adnotacji wraz z uzasadnieniem w dokumentacji medycznej.

III. Jeżeli w trakcie wykonywania zabiegu operacyjnego albo stosowania metody leczniczej lub diagnostycznej wystąpią okoliczności, których nieuwzględnienie groziłoby pacjentowi niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkim uszkodzeniem ciała lub ciężkim rozstrojem zdrowia, a nie ma możliwości niezwłocznego uzyskania zgody pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego, **lekarz ma prawo, bez uzyskania tej zgody, zmienić zakres zabiegu bądź metody leczenia lub diagnostyki w sposób umożliwiający uwzględnienie tych okoliczności.** W takim przypadku lekarz ma obowiązek, o ile jest to możliwe, zasięgnąć opinii drugiego lekarza, w miarę możliwości tej samej specjalności. Lekarz dokonuje odpowiedniej adnotacji w dokumentacji medycznej oraz informuje, jak tylko jest to możliwe, pacjenta, przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego albo sąd opiekuńczy.

## Orzecznictwo

### **Postanowienie Sądu Najwyższego z 27 października 2005 r. III CK 155/2005**

Oświadczenie pacjenta wyrażone na wypadek utraty przytomności określające wolę dotyczącą postępowania lekarza w stosunku do niego w sytuacjach leczniczych, które mogą zaistnieć, jest dla lekarza – jeżeli zostało złożone w sposób wyraźny i jednoznaczny – wiążące.

### **Wyrok Sądu Najwyższego z 23 listopada 2007 r. IV CSK 240/2007**

Jeżeli istnieje konieczność hospitalizacji, a pacjent się temu sprzeciwił, obowiązkiem lekarza jest udzielenie pełnej informacji o powziętych podejrzeniach, o konieczności poszerzenia diagnostyki w warunkach szpitalnych oraz o ewentualnych konsekwencjach zdrowotnych, do jakich może doprowadzić odmowa lub spóźnione zastosowanie się do zaleceń.

### **Wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z 28 kwietnia 2011 r. I ACa 751/2010**

1. Zgoda na określony rodzaj procedury nie oznacza automatycznej zgody na wszelkie (nawet uzasadnione medycznie) poczynania lekarza. Lekarz powinien przed operacją, nie będąc pewnym granic zabiegu, podzielić się swymi wątpliwościami z chorym i ewentualnie uzyskać jego zgodę na potencjal-

ne czynności. Niedopuszczalne jest uzyskiwanie od pacjenta zgody blankietowej.

2. Co do zasady podjęcie w trakcie zabiegu działań rozszerzających pole operacyjne powodujących podwyższone ryzyko czy godzenie w integralność cielesną chorego w sposób inny, niż ten, na który pacjent pierwotnie się zgodził, jest niedopuszczalne.

### **Wyrok Sądu Najwyższego – Izba Cywilna z 8 lipca 2010 r. II CK 117/2010**

Nie można domagać się od lekarza, by uprzedzał pacjenta o wszelkich mogących wystąpić komplikacjach, zwłaszcza takich, które zdarzają się niezmiernie rzadko, mając charakter incydentalny. Takie uprzedzenie mogłoby prowadzić do zbędnego pogorszenia samopoczucia pacjenta i do bezpodstawnej odmowy wyrażenia zgody na dokonanie zabiegu. Sposób pouczenia przy odbieraniu zgody na zabieg musi być uzależniony od rodzaju zabiegu.

### **Wyrok Sądu Apelacyjnego w Lublinie z 2 października 2003 r. I ACa 368/2003**

1. Niepoinformowanie pacjenta przez lekarzy o sposobie przeprowadzenia zabiegu gastrokopii i ewentualnych powikłaniach jest bezprawne (jako naruszające obowiązujące normy) i zawinione (jako celowe zatajenie informacji w obawie, że pacjent nie wyrazi zgody na zabieg ze względu na możliwość powikłań).

2. Wina lekarza przeprowadzającego zabieg „inwazyjny” wymagający zgody pacjenta może polegać na wykonaniu go niezgodnie z zasadami sztuki lekarskiej lub też przeprowadzenia go bez uzyskania świadomej zgody chorego po rzetelnym poinformowaniu o „technicznej” stronie zabiegu i ewentualnym jego ryzyku.

### **Wyrok Sądu Najwyższego – Izba Cywilna z 16 maja 2012 r. III CSK 227/2011**

Sama aprobata pacjenta dla dokonania zabiegu, uzyskana w sytuacji braku uprzedniego udzielenia mu przystępnej informacji, nie może być traktowana jako zgoda w rozumieniu art. 32 i 34 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza i lekarza dentystry (Tekst jednolity: Dz. U. 2011 r. nr 277 poz. 1634 ze zm.).

Jadwiga JARZĄBKIEWICZ-GÓRNIAK  
Radca prawny BIL

#### OPRACOWANO NA PODSTAWIE:

- Ustawy z 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry
- Ustawy z 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta
- Ustawy z 25 lutego 1964 r. Kodeks rodzinny i opiekuńczy

\* skrót pochodzi od Redakcji Biuletynu Opolskiego

(przedruk z „Primum Non Nocere” nr 6/13)

## OBLICZA DEHUMANIZACJI W MEDYCYNIE

Nieustannie mierzymy się z człowieczeństwem, pragnąc tę unikalność egzystencji ludzkiej uczynić drogowskazem działań i kryterium wyborów; bywa jednak, że nie potrafimy udźwignąć czyjegoś, jak i własnego człowieczeństwa. Stoimy wtedy w obliczu bezradności i słabości, które staramy się usprawiedliwić. Zazwyczaj czynimy to w nowoczesny sposób, usprawiedliwiając brak odpowiedzialności za innych i za siebie poprzez obwinianie jakiegoś pozaludzkiego bytu za wszelkie niemożności i niegodziwości. Najprostsza fraza, która powszechnie jest wypowiedzana, brzmi: „To wina systemu” – medycznego, bankowego, politycznego, edukacyjnego, społecznego, wyborczego etc. To odhumanizowanie przypisujące bytom abstrakcyjnym (systemom, procedurom, programom, postępowi itp.) zdolność do działania, a człowiekowi pasywną i podrzędną rolę, jest wyrazem bodaj nowoczesnego koniunkturalizmu, który zaspokaja głód czystego sumienia. To odhumanizowanie jest wtedy konsekwencją niezdolności do udźwignięcia człowieczeństwa i obnaża się jako deficyt aksjologiczny. Szczególnie boleśnie dotyka on osoby cierpiące i kruche egzystencjalnie z powodu choroby, ponieważ prowadzi do upokorzenia i poniżenia chorego, do tej więc sytuacji moralnie krzywdzącej, w której zagrożone jest jego dobro jako istoty ludzkiej.

### Dehumanizacja

Dehumanizację w medycynie pojmuje się najczęściej jako brak osobistej opieki nad pacjentem, brak wsparcia emocjonalnego, dotyku i ludzkiego ciepła, jako pominięcie indywidualności pacjenta, zaniedbanie jego subiektywnego doświadczenia choroby, w tym ignorowanie dolegliwości bólowych, jako dominację instrumentalnej efektywności i standaryzacji czy presję na interwencje medyczne ograniczające działanie i autonomię pacjenta (N. Haslam, „*Dehumanization: An integrative Review*”). Istotą dehumanizacji, która w tych postawach i działaniach się przejawia, jest zaprzeczenie swoście ludzkich cech u pacjenta, czyli zdolności do myślenia, planowania, realizowania zamiarów i dokonywania wyborów oraz zdolności do odczuwania bólu i przyjemności. O. Haque i A. Waytz wymieniają sześć przyczyn dehumanizacji w medycynie: deindywidualizacja (tak chorego, jak i lekarza), osłabianie zdolności do działania pacjenta, wzmacnianie asymetrii między lekarzem a pacjentem, mechanizacja, redukcja empatii i wycofanie mo-

ralne („*Dehumanization in Medicine: Causes, Solution, and Function*”).

O dehumanizacji w medycynie można jednak mówić przynajmniej w kilku perspektywach. Jedną z nich jest zubożenie aksjologicznych podstaw relacji lekarz – pacjent, będące efektem technicyzacji medycyny oraz jej biurokratyzacji i komercjalizacji. Technicyzacja sprawia, że kontakt lekarza z pacjentem, silnie zapośredniczony przez sferę techniczną, preferuje taką aktywność lekarza, która ogranicza się wyłącznie do monitorowania pracy urządzeń odzwierciedlających lub kontrolujących stan fizjologiczny chorego. Bezosobowa procedura medyczna sprzyja postrzeganiu pacjenta jako miejsca systemów współdziałających, układów, funkcji, poziomów wskaźników (mechanizacja). Urządzenie techniczne limituje ten kontakt, ale i inicjuje, jeśli zmieniają się parametry funkcjonowania urządzenia. Jego obsługa jest zapośredniczoną obsługą pacjenta, który staje się częścią maszyny. Technicyzacja opieki medycznej tworzy bariery komunikacyjne sprzyjające milczeniu personelu medycznego, zerwaniu kontaktu wzrokowego, pośpiechowi. Poczucie obcości i samotności, izolacji i wykluczenia u chorego w jego zależności od urządzeń technicznych przy braku właściwego (wspierającego i bliskiego) kontaktu z personelem medycznym jest konsekwencją traktowania pacjenta jako li tylko przedmiotu manipulacji technicznej, z którym się nie rozmawia, o którego się troszczy, którego odczucia się ignoruje, którego się traktuje jako istotę nieczulą, niewrażliwą albo taką, która w imię dobroczynnego skutku interwencji medycznej powinna z tych ludzkich własności zrezygnować. To uprzedmiotowienie odziera chorego z jego ludzkiego oblicza, czyni go bezosobowym i abstrakcyjnym reprezentantem procesów fizjologicznych, wyabstrahowaną biologiczną cielesnością, której obce mają być potrzeby i lęki, doznania cierpienia i bólu itd.

Komercjalizacja medycyny zaś redukuje relację terapeutyczną do wyłącznie relacji między usługodawcą a usługobiorcą, której zasady – w imię spełnienia kryterium zysku albo wyludzonej oszczędności, względnie właśnie instrumentalnej efektywności – określone zostały często wbrew wartościom, powinnościom i intencjom stanowiącym o unikalności relacji terapeutycznej. Ocena wyników leczenia – pisze T. Trojanowski – „coraz częściej dokonywana jest w kategoriach jego uwarunkowań ekonomicznych (...). W komercyj-

nej medycynie, gdzie ważną rolę odgrywa indywidualny zysk materialny, występuje zjawisko ograniczenia częstości przeprowadzania leczenia niewystarczająco opłacalnego, a zbyt częste wykonywanie dobrze finansowanych procedur, nawet przy wątpliwych wskazaniach medycznych”, dlatego też palącym problemem staje się wzrost zbędnych procedur sięgający bodaj 60% („Od paternalizmu do ery internetu w relacjach lekarz – chory”).

Relacja między klientem a sprzedawcą wyklucza współzależność zaufania i dobroczynności, co jest rażącą utratą wartości prowadzącą do ograniczania lub ignorowania potrzeb i oczekiwań pacjenta, a także do limitowania autonomii klinicznej lekarza i uznania za przejaw braku profesjonalizmu jego pragnienia ludzkiego potraktowania chorego. Następuje utrata etycznych zobowiązań pod prężeniem instytucjonalnej groźby straty czasu, utraty środków finansowych, niskiej efektywności usług itd. Jak zauważa K. Christoff placówki służby zdrowia nastawione na zysk dopuszczają nieludzkie postawy personelu, dążąc do efektywności organizacyjnej. Ugruntowuje się wtedy przekonanie, że empatia jest przeszkodą w rozwiązywaniu problemów i uniemożliwia optymalną wydajność pracy. Personel jest wręcz zachęcany przez zarządzających placówką do stłumienia ich naturalnej skłonności do współodczuwania („*Dehumanization in organizational settings: Reassessing our beliefs in view of the scientific evidence*”).

Kontraktowanie świadczeń pod presją opłacalności i minimalizowania środków finansowych staje się kontraktowaniem zakresu występowania empatii i troski okazywanej pacjentowi, zaangażowania moralnego i współczucia kierowanego ku choremu, w istocie rzeczy – utowarowieniem ludzkiego cierpienia i osoby pacjenta. Relacja lekarz – pacjent w zdehumanizowanej postaci to nierzadko milczące świadczenie usługi medycznej dla największej liczby pacjentów w najkrótszym czasie, nie zważając na to, czy pacjenci są właściwie poinformowani, czy mają gdzie się pomieścić w oczekiwaniu na usługę. Często w tym wielogodzinnym wyczekiwaniu na lekarską pomoc czują się wtedy upokorzeni, ponieważ traktowani są jak istoty nie w pełni ludzkie, a więc takie, którym nie powinny być w dyspozycji zniecierpliwienie, dolegliwości, irytacja, zmęczenie, zagubienie, niepokój itp.

## **Infrahumanizacja**

Kolejną perspektywą pojmowania dehumanizacji w medycynie jest upatrywanie jej występowania jako konsekwencji przyjętych postaw personelu medycznego kierującego się uprzedzeniami i stereotypami, wzmacniającego asymetrię w relacji z pacjentem, podkreślaną różnicą pozycji i przekonań, powinności i wiedzy. Postawy te inicjują zachowania odmawiające

pacjentom zdolności do pocucia godności osobistej, pocucia wstydu lub własnej wartości (np. baby-talk stosowana wobec pacjentów w podeszłym wieku, infantylizowanie ich). Ów paternalizm odziera pacjentów nie tylko z indywidualności, ale ruguje ich pocucie tożsamości i obniża samoocenę, jeśli zostają oni sprowadzeni do form zdepersonalizowanych (np. poprzez bezosobowe zwroty językowe) – jako numer, nazwa choroby, procedura, sala, oddział, czemu często towarzyszy stygmatyzowanie pacjenta.

Postawy te skutkują ograniczeniem empatii, brakiem tolerancji bądź lekceważeniem bólu (J.-P. Leyens, „*Humanity Forever in Medical Dehumanization*”). Dehumanizacja, będąca skutkiem przyjęcia tych postaw, wzmacnia przekonanie, że pacjentowi obce są typowo ludzkie reakcje i potrzeby emocjonalne, przeżycia i doznania. Wspiera ona personel medyczny do okazywania irytacji, złości czy oburzenia, jeśli tylko pacjent wyraża swoje stany emocjonalne lub sygnalizuje potrzeby.

Tę formę dehumanizacji nazywa się infrahumanizacją, określaną jako skłonność do odmawiania grupom obcym posiadania unikalnych cech ludzkich, przede wszystkim subtelnych i wyrafinowanych emocji (B. Cortes i wsp., „*Infrahumanization or Familiarity? Attribution of Uniquely Human Emotions to the Self, the Ingroup, and the Outgroup*”). Subtelne emocje, czyli zakłopotanie, żal, obawy, smutek, wstyd, zażenowanie itd., jako mniej intensywne i jednocześnie mniej widoczne w swej ekspresji – przy powierzchowności kontaktu z pacjentem i braku zaangażowania moralnego oraz empatii – są właśnie odmawiane pacjentom. Ignorowanie tych stanów emocjonalnych pociąga za sobą ignorowanie zdolności pacjenta przede wszystkim do decydowania o sobie i skłania personel medyczny do nieokazywania mu szacunku jako osobie.

Poszerzając zatem nieco koncepcję infrahumanizacji można przyjąć, że ta forma dehumanizacji polega na nieuwzględnianiu typowo ludzkich potrzeb, czyli na lekceważeniu ich lub ograniczaniu tylko z tego powodu, że pacjent ma konkretną chorobę, wykazuje się jakimś deficytem czynności lub jest w określonym wieku. Choroba, wiek, niesprawność (ale także pochodzenie społeczne, etniczne itp.) są tutaj pretekstem do podzielenia przez personel medyczny przeświadczenia, że osoby te nie dysponują potrzebami, w które zostały wyposażone w danej kulturze jako istoty ludzkie i społeczne (np. potrzeby bezpieczeństwa, intymności, poszanowania, prywatności, wsparcia). Upominanie się o zaspokojenie tych potrzeb jest przyjmowane przez personel z niezrozumieniem, niechęcią i z naganą lub jako, wreszcie, emocjonalne obciążenie.

Infrahumanizacja wywołuje więc negatywne i niepożądane stany emocjonalne u pacjentów, a ich odczuwanie przyjmują oni jako wyrządzoną im krzywdę.



Są to najczęściej: poczucie winy i wstydu, poczucie zdegradowania, upokorzenie, uczucie smutku i gniewu. Christoff zauważa, że te stany emocjonalne mogą mieć szkodliwy wpływ na stan psychiczny chorych i wywoływać depresję oraz powodować zaburzenia psychiczne.

### **Czy dehumanizacja jest funkcjonalna?**

Obiektywizacja schorzenia pacjenta jest procedurą diagnostyczno-poznawczą i zakłada dystans do przedmiotu poznania. Obiektywizacja ta jest koniecznym elementem procedur medycznych, choć jest również przejawem dehumanizacji. Byłoby jednak nieporozumieniem sądzić, iż obiektywizacja redukująca jeden z aspektów cielesności pacjenta do choćby procesów patologicznych albo do reprezentacji obrazowej lub do biochemicznych parametrów jest czymś niepokojącym, wyobcowującym czy urzeczowiającym pacjenta. Mimo wszystko należy pamiętać o istotnej uwadze K. Jaspersa: „*Jeśli dotyczy ta obiektywizacja samego człowieka, to jest to podwójny problem metodologiczny: o jaką obiektywizację chodzi?; w jakiej komunikacji albo w jakim zerwaniu komunikacji się spełnia?*” („*Der Arzt im technischen Zeitalter*”).

Haque i Waytz wskazują na funkcjonalność dehumanizacji w kontekście ograniczenia empatii czy wycofania moralnego w sytuacji, w której lekarz ingerując w ciało chorego narusza głęboko zakorzenione ludzkie tabu, a pojawiające się wtedy poczucie winy może być paraliżujące. Leyens dodaje: leczenie chorego jako kogoś anonimowego jest dehumanizacją niefunkcjonalną, ponieważ ta deindywidualizacja ignorująca indywidualne objawy schorzenia nie sprzyja efektywnemu leczeniu. Jednak brak zaangażowania moralnego może być funkcjonalny medycznie, ponieważ umożliwia zmniejszenie poczucia winy u lekarza, gdy zadaje pacjentowi ból podczas choćby leczenia chirurgicznego. Nagłość i ostrość wystąpienia schorzenia lub urazu, nierzadko w sytuacji bezpośredniego zagrożenia życia, czynić ma dehumanizację funkcjonalną, ponieważ redukuje ona u lekarza stres i umożliwia podjęcie skutecznych działań ratunkowych.

Jednakże Christoff kwestionuje te konstatacje: są to głównie, twierdzi, dyskretnie przekonania, które nie mają oparcia w badaniach empirycznych. Nie ma uzasadnienia pogląd, że dehumanizacja jest konieczna, aby umożliwić – dzięki redukcji empatii – podjęcie lepszych, bardziej rozważnych i trafnych decyzji lekarskich. To raczej dysfunkcyjny sposób radzenia sobie z koniecznymi, ale niechcianymi, skutkami działań lekarskich. Sugeruje Christoff, iż skupienie się lekarza na poprawie ogólnego stanu pacjenta dzięki tym działaniom jest właściwym sposobem radzenia sobie. Badania empiryczne raczej potwierdzają, że empatia nie tylko pozwala rozpoznać stany emocjonal-

ne pacjenta, ale nadto warunkuje podejmowanie trafnych decyzji diagnostycznych i terapeutycznych. Nie ma więc uzasadnienia pogląd, jakoby redukcja empatii zapobiegała wypaleniu zawodowemu. Skutecznym sposobem radzenia sobie z wypaleniem zawodowym jest zmniejszenie nakładu pracy, korzystanie z poradnictwa i wsparcie społeczne.

Aczkolwiek J. Vaes i M. Muratore są skłonne uznać, że dehumanizacja – o subtelnej naturze – może być efektywna w uwolnieniu zasobów poznawczych i emocjonalnych, aby wykonać stojące przed lekarzem zadanie. Wiele badań bowiem wskazuje na to, że lekarze unikają nadmiernego zaangażowania emocjonalnego. Subtelna zaś forma dehumanizacji jest funkcjonalna w sytuacjach, w których cierpienie pacjenta jest silne i nawracające, stąd humanizacja tego cierpienia jest dodatkowo związana z objawami wypalenia. Jednak jedynym wnioskiem niebudzącym wątpliwości jest to, że ci lekarze, którzy nadmiernie angażują się emocjonalnie, radzą sobie z emocjonalnym obciążeniem poprzez dehumanizowanie pacjenta („*Defensive dehumanization in the medical practice: Across-sectional study from a health care worker's perspective*”).

Granice funkcjonalności i niefunkcjonalności dehumanizacji bywają zatem nieczytelne, jeśli nie względne. Istotą problemu jest jednak to, czy medyczna użyteczność dehumanizacji może być kompensowana poprzez właściwe postępowanie lekarza i pielęgniarki. Dehumanizacja, która jest niefunkcjonalna i niepożądana, będzie kompensowana z dużą trudnością, ponieważ źródłem jej są niewłaściwe postawy personelu medycznego: osoby, które mają wspierać pacjenta w procesie leczenia, przed chwilą dowiodły, że czynią to w sposób emocjonalnie i moralnie krzywdzący. Ta zaś dehumanizacja, która jest konieczna, choć prowokująca negatywne skutki, powinna być kompensowana poprzez indywidualizację, personalizację, i zaangażowanie moralne (odpowiedzialność, empatia, wsparcie), przez niwelowanie asymetrii między pacjentem a personelem medycznym oraz przez wzmacnianie i podtrzymywanie zdolności pacjenta do decydowania o sobie.

### **Dehumanizacja a deprofesjonalizacja**

Jeśli źródłem dehumanizacji jest niewłaściwa postawa lekarza wobec chorego, to dehumanizacja pociąga za sobą deprofesjonalizację zawodu lekarskiego. W wytworzonym przez nią deficycie wartości i umiejętności interpersonalnych lekarz traci kulturową legitymizację do uprawiania tego zawodu, co najczęściej objawia się utratą zawodowej etyki, ogólnolekarskich kompetencji oraz utratą autorytetu i autonomii. Wtedy to kompetencje lekarskie są utożsamiane przez lekarza wyłącznie z czynnościami instrumentalnymi i jedynie one stają się kryterium oceny działań lekarza.

Jednakże deprofesjonalizacja wynikająca z instytucjonalnego ograniczania autonomii klinicznej lekarza oraz naciski administracyjne, zła organizacja pracy i presja czasu, mnogość rytuałów biurokratycznych i presja ekonomiczna, prowadzą do deprofesjonalizacji, która pociąga za sobą dehumanizację lekarza, ponieważ owe ograniczenia i presje odzierają lekarza z aksjologicznych motywacji koniecznych do ludzkiego traktowania innego człowieka.

### Konkluzja

Dehumanizacja polega na odmawianiu ludziom ich unikalnie ludzkich cech, takich jak choćby indywidualność, poczucie własnej wartości, posiadanie uczuć, samokontrola i zdolność do decydowania o sobie. To stworzenie warunków technicznych, organizacyjnych, ekonomicznych bądź interpersonalnych, za sprawą któ-

rych chorzy w trakcie sprawowania nad nimi opieki medycznej czują się traktowani przedmiotowo lub jako istoty nie w pełni ludzkie. Odczucia i przeżycia dehumanizowanych pacjentów są głębokie i dotkliwe – noszą w sobie poczucie krzywdy. Dlatego też należy zapobiegać i przeciwdziałać wszelkim przejawom dehumanizacji, względnie umiejętnie i skutecznie kompensować jej negatywne skutki wystąpienia. Każda bowiem forma dehumanizacji nosi potencjał zagrożenia dla człowieka, przede wszystkim wynikający ze sprzyjania przemocy i tym zachowaniom, które pozbawiają innych wolności i godności osobistej.

*Dr hab. Jarosław BARAŃSKI  
etyk, filozof UM we Wrocławiu*

(przedruk z „Medium” nr 12-1/14-15)

## OGŁOSZENIA

Delegatura Opolskiej Izby Lekarskiej w Kluczborku  
zaprasza na

### Walentynkowy Bal Lekarza

**który odbędzie się dnia 14 lutego 2015 r. o godzinie 20.00**  
w restauracji „JOANNA” w Kluczborku - Ligota Górna 1.

Gra i bawi gości Zespół Muzyczny „HELIOS”  
Cena biletu 180 zł od osoby.

Bilety na Bal można kupić w okresie od 10 stycznia do 5 lutego 2015 r. u kolegów:

- Róża Bruzi-Bużowicz - tel.77/41-73-553
- Lidia Tomanek - tel.77/41-73-538.
- Wojciech Derkowski - tel.77/44-76-040

*Możliwa rezerwacja miejsc hotelowych tel.77/41-84-531*

#### 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](http://www.izbalekarska.opole.pl); nr konta: 54-1020-3668-0000-5102-0009-8277

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

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



Okręgowa Izba Lekarska w Łodzi organizuje **Mistrzostwa Polski Lekarzy w piłce siatkowej**. Zawody zostaną rozegrane w dniach 27-28 marca 2015 r. w hali sportowej WOSIR w Wieluniu przy ul. Częstochowskiej 35.

#### A OTO PROGRAM ZAWODÓW

##### 26.III.15 r. (czwartek)

godz. 20.00 – losowanie  
(hotel KING w Kraszkowicach)

##### 27.III.15 r. (piątek)

godz. 9.00-18.00 – rozgrywki (hala WOSIR)  
godz. 20.00 – kolacja integracyjna (Hotel KING)

##### 28.III.15 r. (sobota)

godz. 9.00-18.00 – rozgrywki (hala WOSIR)  
godz. 20.00 – uroczysta kolacja (Hotel KING)

#### Zasady uczestnictwa

Prawo startu w Mistrzostwach Polski Lekarzy mają tylko lekarze medycyny i lekarze dentyści (*kserokopia dokumentu potwierdzającego ukończenie uczelni lub prawa wykonywania zawodu*).

#### System zawodów

Mistrzostwa rozgrywane będą systemem turniejowym. Mecze będą rozgrywane zgodnie z „Oficjalnymi przepisami gry w piłkę siatkową” wydanymi przez PZPS. Spotkania będą grane do dwóch wygranych setów, w przypadku 1:1, seta decydującego gra się do 15 punktów (z przewagą 2 punktów).

W grupach mecze rozgrywane będą systemem „każdy z każdym”. Za zwycięstwo w meczu zespół otrzymuje 2 pkt. Za przegranie meczu 1 punkt, za walkower 0 punktu.

Kolejne mecze rozpoczynają się 15 minut po meczu zakończonym. Losowanie grup odbędzie się 26 marca o godz. 20.00 w Hotelu KING w Kraszkowicach.

#### Zasady finansowania

Koszty organizacyjne pokrywa organizator. Koszty uczestnictwa (noclegi, wyżywienie, przejazdy) pokrywa uczestnik. Opłata startowa wynosi 600,00 zł PLN od zespołu, którą należy wpłacić do 28 lutego br. na konto OIL w Łodzi: **PKO BP SA I/O w Łodzi 90102033520000160200100362 - z dopiskiem „siatkówka lekarzy”**

#### Zgłoszenia

Zgłoszenia (nazwa zespołu, imienna lista zawodników, dokładny adres OIL, tel. osoby kontaktowej - kierownika zespołu) prosimy przesłać w nieprzekraczalnym terminie do 28 lutego br. na adres: [bognakanicka@wp.pl](mailto:bognakanicka@wp.pl) i [m.rydz@hipokrates.org](mailto:m.rydz@hipokrates.org)

#### Nagrody i wyróżnienia

Zwycięzcy (pierwsze trzy miejsca) otrzymają medale i okolicznościowe puchary. Wyróżnieni zawodnicy (atakujący, rozgrywający, Libero, MPV) otrzymają nagrody rzeczowe. Wszyscy zawodnicy otrzymają pamiątkowe dyplomy.

#### Postanowienia końcowe

Ewentualne sprawy sporne rozpatrywane będą na miejscu przez sędziego głównego i organizatora. Organizator zastrzega sobie zmiany w regulaminie Mistrzostw.

#### Dodatkowych informacji udzielają:

Bogna Kanicka - tel. 604-94-74-86 [bognakanicka@wp.pl](mailto:bognakanicka@wp.pl)  
Miroslaw Kanicki - tel. 602-516-139 [miewma@wp.pl](mailto:miewma@wp.pl)

\*\*\*

\*\*\*

\*\*\*

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

**NZOZ „Panaceum” w Chrzastowicach zatrudni lekarza dentystę – w ramach kontraktu NFZ, jak i wizyt prywatnych. Kontakt pod numerem telefonu: 530-203-279.**

**Zatrudnię lekarza internistę lub rodzinnego do pracy w przychodni ogólnej na etat lub na godziny. Kontakt telefoniczny – 530-101-303, 602-384-460. **Przychodnia Rodzinna** ul. Mońszki 16, 47-100 Strzelce Opolskie.**





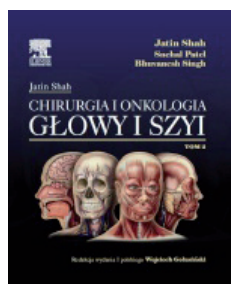
**Farmakologia. Rang i Dale;** H.P. Rang, M.M. Dale, J.M. Ritter, R.J. Flower, G. Henderson; wyd. II polskie, red. D. Mirowska-Guzel, A. Członkowski; rok wydania: 2014; ISBN: 978-83-7609-839-5, format: 200 x 300, opr. twarda, 778 stron, cena: 178.20 zł (396 ELS pkt)

**Farmakologia** Rang i Dale to nowoczesny podręcznik farmakologii zawierający wszystkie informacje, konieczne do zaliczenia zajęć z farmakologii, a także niezbędne w późniejszej praktyce klinicznej. Opracowanie poszczególnych tematów przez światowej sławy farmakologów i autorów gwarantuje wysoki poziom omawianych zagadnień oraz nowoczesny, a zarazem niezwykle dydaktyczny sposób ich przekazywania.

Najważniejsze cechy:

- liczne szczegółowe diagramy i kolorowe ilustracje ułatwiające zrozumienie nawet najbardziej skomplikowanych zagadnień
- układ oparty na kolorach, umożliwiający szybkie odnalezienie informacji i odniesień
- pytania powtórkowe ułatwiające ugruntowanie i sprawdzenie swojej wiedzy

\*\*\*



**Jatin Shah. Chirurgia i onkologia głowy i szyi, tom II;** J. Shah, S. Patel, B. Singh; wyd. I polskie, red. W. Golusiński; rok wydania: 2014;

ISBN: 978-83-7609-774-9, format: 250 x 310, opr. twarda, 476 stron, cena: 226.80 zł (504 ELS pkt)

Na polskim rynku wydawniczym pojawiały się pozycje omawiające problematykę tej grupy nowotworów, jednakże z reguły były one częścią większego opracowania dotyczącego laryngologii, chirurgii szczękowo-twarzowej, radioterapii czy onkologii klinicznej. Pomimo iż wielu doskonale przygotowanych polskich lekarzy zajmuje się interdyscyplinarnym leczeniem nowotworów głowy i szyi nie powstał do tej pory żaden wspólny podręcznik o dużej wartości edukacyjnej, który byłby swoistym „elementarzem” dla wszystkich zainteresowanych tą problematyką.

Monografia Profesora Shaha, który swoim autorytetem naukowym gwarantuje doskonałą jakość opracowania, poczynając od epidemiologii, poprzez diagnostykę, a na interdyscyplinarnym leczeniu kończąc jest właśnie tym „elementarzem”, z którym każdy – zarówno adept, jak i specjalista powinien się zapoznać.

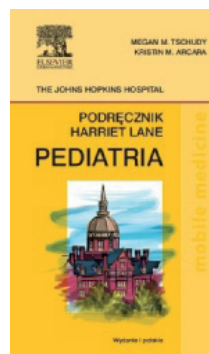
*Z przedmowy redaktora naukowego polskiego wydania*

W publikacji:

- najnowsze wytyczne dotyczące diagnostyki nowotworów głowy i szyi
- algorytmy wyboru sposobu leczenia
- interdyscyplinarne podejście terapeutyczne obejmujące radioterapię, onkologiczne terapie celowane, protezy szczękowe, onkologię dentyścyczną, zabiegi chirurgiczne zapobiegające nawrotom po chemoradioterapii i zabiegi rehabilitacyjne, pomagające poprawić funkcje narządów i układów okolicy głowy i szyi
- dane epidemiologiczne i wyniki leczenia guzów głowy i szyi
- szczegółowy codziennej opieki nad pacjentami przed zabiegami chirurgicznymi, a także opieki pooperacyjnej
- zdjęcia przedstawiające

krok po kroku każdą procedurę chirurgiczną oraz wielokolorowe grafiki, demonstrujące wzajemne relacje anatomiczne

\*\*\*



**Podręcznik Harriet Lane. Pediatria;** M.M. Tschudy, K.M. Arcara; wyd. I polskie; rok wydania: 2014; ISBN: 978-83-7609-915-6, format: 135 x 210, opr. broszurowa, 936 stron, cena: 103.50 zł (230 ELS pkt)

Podręcznik Pediatrii Harriet Lane to książka, której zaufały pokolenia rezydentów i praktyków. Publikacja ta pozostaje już od wielu lat pierwszym wyborem gdy potrzebna jest szybka i dokładna informacja w diagnostyce i leczeniu dzieci.

Zawiera ona bogactwo praktycznych informacji, włączając najnowsze zalecenia dotyczące diagnostyki i leczenia, kalendarz szczepień, opisy procedur klinicznych oraz unikalny zwięzły indeks leków. Nowe informacje dotyczą między innymi leczenia chorób skóry, powikłań wyprysku, zatrucia ołowiem, objawów wykorzystywania dziecka.

Książka jest w pełni nowoczesnym i aktualnym źródłem wiedzy, niezbędnym dla każdego pediatry, niezależnie od tego czy rozpoczyna kształcenie w tej dziedzinie czy ma już wieloletnie doświadczenie.

Cechy kluczowe:

- informacje łatwe do szybkiego odnalezienia, dzięki bardzo czytelnemu układowi książki
- najnowsze wytyczne diagnostyki i leczenia
- zwięzły indeks leków stosowanych w pediatrii
- kalendarz szczepień

\*\*\*



**Wielka fizjoterapia Tom 2;** wyd. I polskie, red. Z. Śliwiński, A. Sieroń, M. Żak; rok wydania: 2014; ISBN: 978-83-7609-958-3, format: 220 x 280, opr. twarda, 322 strony, cena: 116.10 zł (258 ELS pkt)

*Z Przedmowy:*

„Mimo licznych monografii i podręczników poświęconych fizjoterapii nadal na rynku czytelniczym brakuje pozycji literaturowej obejmującej całościowe spojrzenie na zagadnienia fizjoterapii, która uwzględniałaby jednocześnie szczegółowe działy medycyny.

Redaktorzy zaprosili do współpracy uznane i wybitne autorytety z różnych dyscyplin medycyny, nauk o zdrowiu i kultury fizycznej. Ze względu na fakt, że fizjoterapia jest niezbędną częścią medycyny, wśród autorów Wielkiej fizjoterapii obok fizjoterapeutów są więc także lekarze i inni pracownicy ochrony zdrowia stanowiący zespół niezbędny w realizacji zadań kompleksowej fizjoterapii. Szeroka współpraca merytoryczna jest koniecznością współczesnej fizjoterapii.

Autorzy dedykują monografię studentom fizjoterapii i medycyny, fizjoterapeutom, rehabilitantom oraz lekarzom różnych specjalności. Będzie także pomocna dla wszystkich osób zainteresowanych utrzymaniem jak najdłużej dobrego stanu zdrowia i jakości życia.”

*Zbigniew Śliwiński,  
Aleksander Sieroń,  
Agata Stanek,*

*Jan Szczegielniak i Marek Żak*