



OPOLSKA  
IZBA  
LEKARSKA

Rok Założenia 1990

# BIULETYN INFORMACYJNY

Luty 2017

ISSN 1426-661X

Nr 244

## OPOLSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

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



Fot. Alfred Polok



# PLACKA TO BYŁA, POŘÁDNÁ

Na „Złotym Orle” w stanie Kolorado (USA) ustawiono w zeszłym roku bieg zjazdowy (w ramach 43. Mistrzostw Świata w Narciarstwie Alpejskim). Ondrej Bank jechał z numerem 29., oglądał więc start Kjetila Jansruda – wirtuoza z trzynastką. Norweg poszedł piecem, ślizgał się pomiędzy luźno ustawionymi tyczkami i podskakiwał na bułach. Widać było, że pruje po złoto. Czech nie poddał się powszechnej nerwowości, przeciwnie – obudził w sobie geniusza sportu. Wystrzelił. Zdawało się, że się pali na stoku, że czerwone jęzory na gumie to nie deseń, lecz praw-



dziwy ogień. Ocierał się o tyczki, gnał jak pendolino (120 km na godzinę) po najszybszym torze – żadnych strat, zgubionych setnych części sekundy – szedł na krawędziach do celu. Już czuł metę, już całował medal, wystarczyło jeszcze raz przerzucić narty na zakręcie, wyszorować stok, przyspieszyć, wyskoczyć na wzniesieniu i wlecieć przed tłum wiwatujących kibiców.

Nagle Bank chwycił górną krawędź, zachwiał się, ale spróbował utrzymać równowagę, nie na darmo przecież ćwiczył w Tatrach i Sudetach, trenował w Alpach i Sierra Nevada, biegał po łąkach i pływał w jeziorze, jeździł na deskorolce i ścigaczu, doskonalił szybkość i zwrotność, wzmacniał siłę i szlifował koordynację. Pechowo jednak dolna Nordica uderzyła w wyrwę, wpadła w dziurę, zanurzyła się dziobem w rynnie wrytej przez poprzedników i wybiła narciarza z rytmu. Wiązanie puściło. Tuman śniegu wzbił się w górę, jakby wystrzelony z armaty, tyczka liznęła stok, a Czech porwało tornado; zakręciło nim jak szalikiem, poniosło do przodu i cisnęło o zmrożone podłoże.

Christian Walgram stał w pierwszym rzędzie; z twarzą przyklejoną do aparatu o teleskopowym obiektywie przypominał mrówkojada. Nacisnął migawkę. – *Wiedziałem, że zrobiłem mocne zdjęcie – opowiadał – ale kiedy Bank leżał obok mnie nieżywy, było mi to zupełnie obojętne.*

Fotoreporter liczy na szczęście: nie wystarczy znaleźć się w odpowiednim miejscu, trzeba się jeszcze wykazać refleksem, zachować zimną krew i posługiwać się jakimś szóstym zmysłem. Walgram pochodzi z Schoeder – małej austriackiej wioski leżącej niedaleko ośrodków narciarskich Grebenzen i Kreischberg. Pewnie jeździł w góry ze szkolnym klubem sportowym, wieczorami szlifował krawędzie nart (na 87 stopni), rozprawadzał szczoteczką do zębów smary, prasował woski, by następnego dnia pójść zygzakiem w slalomie albo uderzyć na dzidę w gigancie. Chociaż napinał mięśnie i wkładał kolana pod tyczki, zwykle ktoś był od niego szybszy – jakiś chytrus z Murau czy dryblas z St. Georgen.

To właśnie wtedy Walgram nauczył się obserwować, wyczuwać miejsca niebezpieczne, muldy, górki i zakręty, mierzył, liczył i kombinował, układał linie i krzywizny, rysował w myślach hiperbole, parabole, łuki i spirale, porównywał siły odśrodkowe i sprawdzał, skąd wieje wiatr. Wiatr był jego sprzymierzeńcem. Kiedy wylądował, rywale częściej upadali, a on spokojnie dojeżdżał do mety. 8 lutego 2015 roku fotograf raczej nieprzypadkowo znalazł się przy tamtej bandzie. Pewnie się spodziewał, że któryś z zawodników złapie górną krawędź i wypadnie z trasy. Przygotował się. I w jednej chwili nacisnął migawkę.

Bank odbił się od siatki i zarył głową w zmrożony śnieg. Zostawił po sobie dziurę wielkości kasku. Natychmiast przewieziono go do szpitala w Vail, wyszedł z niego jeszcze tego samego dnia: posiniaczony, z czerwonym nosem, pooranymi policzkami, szwami pod okiem i bandażem na kostce. Doznał też lekkiego wstrząsu mózgu. – *Placka to była, pořádná – powiedział.*

A zdjęcie upadłego narciarza wygrało konkurs World Press Photo 2016 w kategorii sport. Wystawę prezentuje Galeria Sztuki Współczesnej w Opolu.

Agnieszka KANIA

Fot. Christian Walgram

## 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 8A

NAKLAD: 2800 egz. ISSN 1426-661X



Mamy więc już kolejny Nowy Rok. Będzie to dla nas wszystkich, pracujących w ochronie zdrowia, rok trudny i raczej mało przewidywalny. Do końca roku ma ustać działalność Narodowego Funduszu Zdrowia, a co za tym idzie zmieni się system finansowania placówek ochrony zdrowia. Pojawi się sieć szpitali, w której nie wszystkie jednostki znajdą swoje miejsce. Zmianie mają ulec wyceny szeregu świadczeń. W POZ – na razie tylko w pilotażu – zaistnieje tzw. opieka zintegrowana. Itd. Itp. Same nowości i zarazem same niewiadome. Jak to wszystko wypali? Ano zobaczymy.

Tymczasem macie przed sobą lutowy numer naszego Biuletynu, w którym znajdziecie przede wszystkim komplet informacji dotyczących ubezpieczenia OC dla siebie oraz inne informacje dotyczące ubezpieczeń. Poza tym szereg naszych izbowych informacji.



#### KOLEŻANKI I KOLEDZY,

Na przełomie roku Ministerstwo Zdrowia przygotowało projekty aktów prawnych, związanych z wprowadzaniem tzw. sieci szpitali. Proponowane zmiany „wywracają” całkowicie dotychczasowy system. Są tak radykalne, że istnieje bardzo duże ryzyko sprowokowania chaosu, za który po raz kolejny winą mogą zostać obciążeni lekarze. Poniżej znajdziecie stanowisko, jakie w tej sprawie przyjęła Naczelna Rada Lekarska w dniu 13 stycznia.

Niestety z bardzo dużą przykrością muszę stwierdzić, że „Syndrom Miodowej” ciągle działa i nie oparł mu się kolejny Minister Zdrowia. Znowu dokumenty do zaopiniowania docierają do NRL w ostatniej chwili, nie pozostawiając czasu na ich rzeczową analizę. Wolta Ministra Zdrowia odnosząca się do kwestii wynagrodzeń w ochronie zdrowia oraz publicznych nakładów na tę ochronę jest niebywała i trudna do zrozumienia.

Zbliża się koniec lutego czyli koniec obowiązywania dotychczasowych polis ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej. W dalszej części Biuletynu znajdziecie dokładną informację na ten temat. **Podstawowa informacja brzmi – składka nie ulega zmianie.**

Władze Opola promują od ponad roku akcję „Koperta Życia”. Chodzi o to, aby osoby starsze, szczególnie te samotne, dysponowały zwięzłą informacją na temat ich stanu zdrowia, która będzie bardzo pomocna w przypadku nagłej interwencji Pogotowia Ratunkowego w domu pacjenta. Dotarły do mnie informacje, że zdarzają się lekarze, którzy nie chcą pacjentom wystawiać takich zaświadczeń, twierdząc, że wykracza to poza zakres ich obowiązków. Apeluję więc do nich (jeżeli rzeczywiście tacy są) o zmianę swojego nastawienia do tej akcji. W sytuacji zagrożenia życia starszej osoby, wiarygodne informacje zawarte w „Kopercie Życia” mogą być dla służb ratowniczych na wagę złota.

Jerzy JAKUBISZYN

A w części „zagranicznej” materiały dotyczące prawa lekarza do strajku, rzecz o fałszowaniu leków i suplementów diety, o naszym mózgowym GPS, o muzeum alchemii, o przymusie bezpośrednim pacjenta i farmakoterapii bólu przewlekłego. Ma nadzieję, że pomieszczone w Biuletynie tematy Was zainteresują.

Licząc na to żegnam się do następnego numeru.

Jerzy B. LACH

#### UWAGA DELEGACII!

**Okręgowy Zjazd Lekarzy Opolskiej Izby Lekarskiej odbędzie się w dn. 18.III.2017 r. o godz. 10.00 w Sali Konferencyjnej Wojewódzkiego Centrum Medycznego w Opolu.**

## SZPALTA PREZESA

\*\*\*

#### STANOWISKO Nr 3/17/VII NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ

**z dnia 13 stycznia 2017 r. w sprawie projektu ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie określenia profili charakteryzujących poziomy systemu zabezpieczenia oraz kryteriów kwalifikacji świadczeniodawców do tych poziomów**

Naczelna Rada Lekarska wyraża stanowczy sprzeciw wobec trybu i formy wprowadzania zmian systemowych w ochronie zdrowia.

Naczelna Rada Lekarska podkreśla, że zgłoszone do pierwotnej wersji projektu zasadnicze uwagi samorządu lekarskiego, zawarte w stanowisku Naczelnej Rady Lekarskiej Nr 15/16/VII z dnia 4 listopada 2016 r., nie zostały w aktualnych projektach uwzględnione. Podniesione w tym stanowisku wątpliwości oraz wskazane zagrożenia pozostają nadal aktualne.

Tak radykalna zmiana zasad finansowania świadczeń oraz organizacji opieki szpitalnej, opieki specjalistycznej oraz nocnej i świątecznej pomocy, doprowadzi do chaosu oraz zmniejszenia dostępności do świadczeń.

Niezrozumiałym jest też fakt pominięcia kryteriów jakości i efektywności udzielania świadczeń, co zdecydowanie osłabi konkurencyjność podmiotów, która miała istotny wpływ na zwiększenie liczby udzielanych świadczeń, poprawę ich jakości oraz poprawę efektywności systemu ochrony zdrowia.

Dotychczasowe próby modyfikacji systemu ochrony zdrowia dobitnie pokazują, że brak koordynacji pomiędzy planowanymi zmianami, przy braku dostatecznej ilości środków finansowych na ich wdrożenie, prowadzi do realnego zagrożenia bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli.

Sekretarz Marek Jodłowski  
Prezes Maciej Hamankiewicz



## OSTATNIE POSIEDZENIE OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ W OPOLU W 2016 R.



Na początku zebrania kol. Dryja poprosił o zmianę porządku obrad, a mianowicie o przesunięcie pkt. 10 na początek zebrania. Prezes i członkowie Rady nie wyrazili sprzeciwu, w związku z tym poruszono temat nadal mocno wszystkich bulwersujący, czyli sprawę śmierci 2-latka w WCM w listopadzie ubiegłego roku. Prezes odczytał kolejne pisma, które wpłynęły w międzyczasie do Izby: od prof. Juliusza Jakubaszki i min. Jarosława Pinkasa. Kol. Dryja poinformował o piśmie wysłanym do prof. Ładnego, który jako jedyny ustosunkował się nieprzychylnie do zaistniałej sytuacji, co poskutkowało odwołaniem lek. Marka Dryji ze stanowiska Ordynatora Oddziału Ratunkowego oraz funkcji Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie medycyny ratunkowej. Kol. Dryja odniósł się w tym piśmie do uwag pana profesora stwierdzając, że zostało naruszone jego dobre imię jako lekarza i jeżeli prof. Ładny nie zmieni zarzutów, to sprawa zostanie skierowana na drogę sądową. Kol. Dryja uzyskał poparcie wszystkich członków Rady i będzie mógł w razie potrzeby skorzystać z opieki prawnej Izby.

Kol. Gajda zwróciła uwagę, że być może powinniśmy oskarżyć rodziców dziecka o zaniedbanie, bo z protokołu posekcyjnego wynika, iż choroba, która doprowadziła do śmierci rozwijała się już kilka dni wcześniej, a rodzice objawy bagatelizowali. Prezes oświadczył, że czeka na wynik postępowania prokuratorskiego i jeśli będzie ono korzystne dla lekarzy, którzy nie są winni tej tragedii, to podejmie odpowiednie kroki.

Dalsza część posiedzenia odbyła się już według programu przedstawionego wcześniej członkom Okręgowej Rady Lekarskiej drogą elektroniczną. W ramach autopoprawki Prezes zaproponował dopisanie pkt. 8a – zmiana w składzie Komisji Etyki.

### 1. Przyznanie praw wykonywania zawodu

Jednogłośnie przyjęto uchwałę o wydaniu duplikatu prawa wykonywania zawodu lek. Tadeuszowi Fabisiakowi. Ponadto o wpis na listę naszych członków poprosili następujący lekarze:

Małgorzata Dylewska, Beata Kapusta, Joanna Szponarska, Michał Lubszczyk, Magdalena Lubszczyk, Wojciech Kowalik – przeniesienia z DIL we Wrocławiu,

Anna Szubryt – przeniesienie z Izby w Bielsku-Białej, Katarzyna Olender (lek. dent) – przeniesienie z Izby w Katowicach.

Natomiast o wymianę prawa wykonywania zawodu po odbyciu stażu podyplomowego zwróciła się Joanna Grzejszczak. Wszystkie uchwały w tym punkcie przyjęto jednogłośnie.

Ponadto Prezes poinformował, iż została uchylona przez Prezydium NRL nasza uchwała dotycząca zawieszenia prawa wykonywania zawodu dla lek. A.B. Powodem tej decyzji PNRL był brak podpisu sekretarza OIL pod uzasadnieniem uchwały. Prezes ponownie zgłosił wniosek o podjęcie uchwały zawieszającej lek. A.B. prawo wykonywania zawodu do czasu stawienia się na badanie przez powołaną przez Radę Komisję. Uchwałę podjęto jednogłośnie.

### 2. Rejestracja podmiotów prowadzących szkolenie podyplomowe lekarzy

Do Izby z prośbą o przyznanie punktów edukacyjnych zwróciło się Opolskie Koło Regionalne Polskiego Towarzystwa Ortodontycznego, które zorganizuje w dniach 13–14 stycznia 2017 r. w Opolu konferencję naukową dla lekarzy dentyków pt.: „Retencje, radiologia w ortodoncji” – jednogłośnie przyznano 12 pkt edukacyjnych.

### 3. Zmiany w rejestrze indywidualnych praktyk lekarskich

Wykreślono z rejestru praktyki dwóch osób.

### 4. Przyznanie świadczeń z Funduszu Samopomocy

Brak wniosków.

### 5. Wyznaczenie przedstawicieli OIL do komisji konkursowych

Dyrektor Wojewódzkiego Centrum Medycznego zwrócił się z prośbą o wyznaczenie przedstawiciela do komisji konkursowej na stanowisko Pielęgniarki Oddziałowej w Oddziale Okulistycznym – Rada wyznaczyła kol. Jakubiszyna.

### 6. Podjęcie uchwał w sprawie zmiany wysokości składki członkowskiej

O zwolnieniu z opłacania składek członkowskich z powodu nieosiągania przychodów zwróciły się 3 osoby. Uchwały podjęto jednogłośnie.

## 7. Podjęcie uchwały w sprawie upoważnienia do podpisania umowy z NRL w kwestii uzyskania licencji na prowadzenie nowego rejestru lekarzy i lekarzy dentystów

Prezes poinformował, iż ww. uchwała upoważni Prezesa oraz Skarbnika ORL do podpisania umowy z NRL w sprawie uzyskania od NRL licencji do korzystania z nowego rejestru lekarzy i lekarzy dentystów. Uchwała przyjęta została przy 2 głosach wstrzymujących się.

## 8. Podjęcie uchwały w sprawie ustalenia rejonów wyborczych na VIII kadencję oraz zasad wyboru delegatów na lata 2018–2022 (na wniosek okręgowej komisji wyborczej)

Prezes poinformował, że uchwała ma taką samą treść, jaką miała uchwała podejmowana w poprzedniej kadencji – utrzymano te same rejony wyborcze oraz ten sam klucz wyboru delegatów na Okręgowy Zjazd Lekarzy. Ww. uchwała została przyjęta jednogłośnie.

### 8a. Zmiany w składzie Komisji Etyki Lekarskiej

Prezes poinformował, że wpłynął wniosek przewodniczącej Komisji Etyki Lekarskiej, kol. Kabarowskiej, o wykreślenie ze składu komisji 2 osób ze względu na nie uczestniczenie w posiedzeniach komisji. Uchwałę podjęto jednogłośnie.

## 9. Sprawozdanie z posiedzenia Naczelnej Rady Lekarskiej w dniu 9 grudnia 2016 r.

Prezes poinformował o zaszczepieniu się przeciwko pneumokokom wszystkich członków NRL, obecnych na tym posiedzeniu. Towarzyszyła tej akcji konferencja prasowa w siedzibie NRL, promująca potrzebę szczepień.

## 11. Sprawozdanie członków Rady z działalności pomiędzy posiedzeniami

Prezes poinformował o negocjacjach prowadzonych z PKO BP oraz Bankiem Spółdzielczym w Wołczynie w kwestii uzyskania jak najlepszych warunków umowy kredytowej. Ostatecznie podpisana została umowa z PKO BP, a marża została obniżona przez bank z 4,2% do 3%.

Kol. Latała zdał relację z ostatniego szkolenia zorganizowanego wspólnie przez Komisję Stomatologiczną oraz Opolski Oddział PTS dla lekarzy dentystów, podczas którego Anna Lella – Prezydent Europejskiej Regionalnej Organizacji Światowej Federacji Dentystycznej wygłosiła wykład pt. „Wizja zawodowa lekarza stomatologa w stanowiskach organizacji międzynarodowych”.

Kol. Suzanowicz poinformowała, iż konkurs na stanowisko Zastępcy Dyrektora ds. Medycznych BCM nie odbył się z powodu braku kandydatów.

Kol. Chowaniec brał udział w spotkaniu Komisji Senioralnej NRL, podczas którego omawiano sprawę darmowych leków dla seniorów.

Kol. Martyniszyn uczestniczył w Kluczborku w wigilii dla lekarzy seniorów i jednocześnie zaprosił wszystkich na karnawałowe spotkanie medyków dnia 21 stycznia 2017 r.

## 12. Sprawy różne i wolne wnioski

Brak zgłoszeń.

Wobec wyczerpania programu posiedzenia, na tym je zakończono.

*Sekretarz ORL*

*Lek. dent. Barbara HAMRYSZAK*

*Prezes ORL*

*Dr n. med. Jerzy JAKUBISZYN*

# POSIEDZENIE KOMISJI STOMATOLOGICZNEJ OIL W OPOLU

W dniu 15 grudnia 2016 r. w siedzibie OIL w Opolu odbyło się posiedzenie KS OIL. Przewodnicząca dr J. Smerkowska-Mokrzycka powitała zebranych i przystąpiła do omawiania bieżących informacji.

- MZ proponuje zmiany w rozporządzeniu zmieniające sposób dopełnienia obowiązku doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentystów polegające na akceptacji przez NRL tylko kursów telewizyjnych i internetowych z ograniczeniem dostępu, pozostałe formy szkoleń nie objętych programem specjalizacji takiego wymogu nie będą miały.
- Przewodnicząca przypomniała o obowiązujących lekarzy dentystów terminach przechowywania dokumentacji medycznej:

- pełne 20 lat (od końca roku kalendarzowego, w którym dokonano ostatniego wpisu) – dokumentacja medyczna;
- 10 lat – klisza rtg (zdjęcia cyfrowe wykonane w ramach dokumentacji medycznej są częścią tej dokumentacji i wraz z nią przechowywane);
- 5 lat – skierowania i zlecenia;
- dzieci do 2 lat – cała dokumentacja medyczna dziecka wytworzona w okresie do ukończenia drugiego roku życia, podlega przechowywaniu przez 22 lata.
- Możliwość wprowadzenia przez rząd paragonów elektronicznych może poważnie zagrozić tajemnicy lekarskiej (wrażliwe informacje dotyczące przebiegu procesu leczenia pacjentów mogą trafić w nie-



powołane ręce). KS ORL w Szczecinie apeluje do KS NRL o podjęcie działań w tej kwestii.

- Wracają staże podyplomowe, a lekarze stażyści będą mieli pełne prawo wykonywania zawodu – Ustawa wchodzi w życie 1 stycznia 2017 r.
- Ministerstwo Finansów zdecydowało o odstąpieniu od okresu dostosowawczego na zainstalowanie kasy rejestrującej w przypadku lekarzy dentystów rozpoczynających prowadzenie praktyki po 31 grudnia 2016 r. Obowiązek ewidencji przy zastosowaniu kasy rejestrującej powstanie z chwilą rozpoczęcia wykonywania praktyki. W przypadku, gdy płatność dokonywana jest za pośrednictwem poczty lub banku na konto lekarza (musi być jednoznacznie opisana jakiej konkretnej czynności dotyczyła usługa oraz lekarz musi upoważnić bank do przekazywania informacji organom podatkowym dotyczących wszystkich operacji na tym rachunku) można uniknąć kasy rejestrującej.
- Minister Zdrowia zapewnił o pracach nad zmianą wyceny świadczeń stomatologicznych, by były one bardziej opłacalne dla lekarzy dentystów pracujących w szkołach.
- Dnia 6 grudnia 2016 r. na forum Komisji, Parlamentu i Rady Europy procedowany był tekst rozporządzenia w sprawie stosowania rtęci w stomatologii. 88% osób poparło stopniowe wycofywanie amalgamatu, a 12% wezwało do zakończenia jego stosowania. Od 1 lipca 2018 r. amalgamatu nie będzie można stosować u dzieci do 16 roku życia oraz u kobiet w ciąży i karmiących piersią.
- Dnia 7 listopada 2016 r. Minister rodziny, pracy i polityki społecznej w rozporządzeniu dotyczącym klasyfikacji zawodów i specjalności na potrzeby rynku pracy dokonał zmian w specyfikacji zawodów medycznych – technik dentystyczny. Od 2017 r. będzie on specjalistą do spraw techniki dentystycznej.
- 9 listopada 2016 r. Minister Zdrowia wystosował do Przewodniczącego KS NRL pismo z uzasadnieniem odmowy utworzenia biura ds. stomatologii w MZ, uzasadniając to tym, że wyodrębnianie komórki organizacyjnej dedykowanej wyłącznie jednej wybranej dziedzinie medycyny jest niecelowe, gdyż kompleksowym prowadzeniem spraw w zakresie między stomatologią zajmują się poszczególne Departamenty Ministerstwa Zdrowia.
- Informacje z Komisji Stomatologicznej NRL:
  - 17 listopada 2016 r. odbyło się spotkanie z p.o. Prezesa NFZ A. Jacyną, mające na celu wypracowanie rozwiązań i zmian dotyczących leczenia stomatologicznego;
  - 3 listopada 2016 r. KS NRL wystosowała do MZ pismo z prośbą o spotkanie w celu omówienia proponowanych przez środowisko stomatologów zmian w sprawie szczegółowych kryteriów oceny ofert na świadczenia gwarantowane w zakresie

leczenie stomatologiczne. Do chwili obecnej nie nadeszła odpowiedź z MZ.

- w związku z tworzeniem przez MZ map potrzeb zdrowotnych dla stomatologii, KS NRL wystosowała do MZ prośbę o informacje na temat stanu przygotowania materiałów oraz wskazanie założeń stanowiących podstawę opracowania stosownej dokumentacji, a także wyrażając potrzebę uczestnictwa w pracach nad tym zagadnieniem przedstawicieli KS NRL. W odpowiedzi MZ wyjaśniło, że członkowie samorządu zawodowego mogą brać udział tylko poprzez swoich przedstawicieli (wybór w drodze przetargu, zgodnie z przepisami – Prawo zamówień publicznych).
- Marta Rodziewicz-Kabarowska została odznaczona przez Ministra Zdrowia Złotym Medalem za Długoletnią Służbę w 25-lecie uchwalenia Kodeksu Etyki Lekarskiej.
- Szkolenia:
  - 21–22 kwietnia 2017 r. odbędą się w Warszawie XIII Międzynarodowe Targi i Konferencja DENTEXPO 2017;
  - 14 stycznia 2017 r. Opolskie Regionalne Koło Polskiego Towarzystwa Ortodontycznego zaprasza stomatologów na wykład prof. dr hab. n. med. Ingrid Różyło-Kalinowskiej nt. „Diagnostyka różnicowa w ortodoncji”, uczestnictwo – 250 zł.
- Wolne wnioski
  - w imieniu Przewodniczącej Opolskiego Regionalnego Koła PTO dr A. Adamska zwróciła się z prośbą do Przewodniczącej KS OIL o przyjęcie się sprawie reklamowania się niektórych podmiotów leczniczych, których informacje zamieszczane w reklamach mogą wprowadzać pacjentów w błąd. Przewodnicząca rozezna sprawę wraz z Prezesem i radcą prawnym OIL.
  - dr M. Pokuszyńska-Baran przestrzegła przed wpłatami za wpis do Centralnej Ewidencji Działalności Gospodarczej i Firm. Wpisy do ewidencji działalności gospodarczej jest darmowy.
  - dr W. Latała zaprosił na posiedzenie PTS 17 grudnia 2016 r. Prelegentem będzie dr A. Lella
  - dr B. Hamryszak powiadomiła o szkoleniu zorganizowanym przez MIP PHARMA 26 stycznia 2017 r. w Opolu. Temat szkolenia to „Stany nagłe w stomatologii”.
  - dr D. Hałaburda poinformowała o Balu Stomatologa, który odbędzie się w Kędzierzynie-Koźlu w Restauracji Sobieski.

Kolejne posiedzenia KS OIL w Opolu w 2017 r. odbywać się będą w następujących terminach: 2 lutego, 23 marca, 24 kwietnia i 25 maja. Okręgowy Zjazd budżetowy planowany jest na 18 marca 2017 r.

*Przewodnicząca Komisji Stomatologicznej  
Lek. stom. Jolanta SMERKOWSKA-MOKRZYCKA*



# UBEZPIECZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI CYWILNEJ NA 2017 R.

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 działalności leczniczej uporządkowała sprawę ubezpieczeń odpowiedzialności cywilnej lekarzy i lekarzy dentystów, wprowadzając **jedno** ubezpieczenie obowiązkowe. **Obowiązek ubezpieczenia spoczywa na każdym lekarzu czy lekarzu dentyście, który wykonuje zawód w formie praktyki lekarskiej (dotyczy to każdego rodzaju praktyki – stacjonarnej, na wezwanie, kontraktu).** Inaczej mówiąc nie musi zawierać takiego ubezpieczenia lekarz (lekarz dentysta), który pracuje tylko i wyłącznie w oparciu o kodeksową umowę o pracę.

Rozporządzenie Ministra Finansów doprecyzowało zasady tego ubezpieczenia. Obejmuje ono wszystkie szkody, jakie mogą być wyrządzone w czasie udzielania świadczeń zdrowotnych albo powstałe wskutek zaniechania udzielenia takich świadczeń. **Jest wyłączenie**, które związane jest z zabiegami chirurgii plastycznej i zabiegami kosmetycznymi – otóż ochrona ubezpieczenia 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 dentyisty) wynosi ona 75.000 euro na 1 zdarzenie i 350.000 euro na wszystkich zdarzeniach w okresie ubezpieczenia.

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

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

**Ubezpieczenie obowiązkowe proponowane członkom Opolskiej Izby Lekarskiej przez PZU uwzględnia podział na trzy grupy specjalności (składki takie, jak w ubiegłym roku):**

Grupa I (składka 444 zł)	Grupa II (składka 192 zł)	Grupa III (składka 104 zł)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anestezjologia i intensyw- na terapia</li> <li>• Chirurgia ogólna</li> <li>• Chirurgia dziecięca</li> <li>• Chirurgia naczyniowa</li> <li>• Chirurgia onkologiczna</li> <li>• Chirurgia plastyczna</li> <li>• Torakochirurgia</li> <li>• Kardiochirurgia</li> <li>• Neurochirurgia</li> <li>• Chirurgia szczękowo-twa- rzowa</li> <li>• Chirurgia stomatologiczna</li> <li>• Urologia</li> <li>• Urologia dziecięca</li> <li>• Ortopedia i traumatologia</li> <li>• Ginekologia i położnictwo</li> <li>• Ginekologia onkologiczna</li> <li>• Medycyna ratunkowa</li> <li>• Neonatologia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Medycyna sporto- wa</li> <li>• Radioterapia</li> <li>• Wszystkie pozosta- łe specjalności sto- matologiczne</li> </ul>	<p>Wszystkie pozostałe spe- cjalności</p> <p><b>Uwaga:</b> Jeżeli lekarz z III grupy wykonuje jakies zabiegi chirurgiczne, endo- skopowe, z zakresu ra- diologii interwencyjnej czy inne wymagające pi- semnej zgody – musi się ubezpieczyć, jak w gru- pie II.</p>

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

- niezbędne koszty sądowej obrony przed roszcze- niami, niezbędne koszty sądowej obrony w postę- powaniu karnym poniesione za zgodą PZU S.A. lub zasądzone,
- koszty postępowań sądowych, w tym mediacji lub postępowania pojednawczego, poniesione za zgo- dą PZU S.A. lub zasądzone,
- koszty poniesione na minimalizowanie wyrządzo- nej szkody,
- odpowiedzialność cywilna za szkody wyrządzone osobom trzecim w wynajmowanym pomieszczeniu praktyki (do kwoty 50.000 zł),
- odpowiedzialność cywilna za szkody wyrządzone osobom trzecim w wynajmowanym sprzęcie (do kwoty 50.000 zł),

- szkody rzeczowe wyrządzone w mieniu pacjenta w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych (do kwoty 50.000 zł),
- ubezpieczenie od innych zdarzeń odpowiedzialności cywilnej, 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,
- **ochrona prawna do kwoty 50.000 zł;** 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, (konieczne jest zgłoszenie przez lekarza wniosku na piśmie),
- 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.**

**Usługa asysty prawnej** polega na:

- udzielaniu telefonicznie lub udzielaniu w formie elektronicznej konsultacji prawnych,
- przysyłaniu w formie elektronicznej wzorów umów i wzorów pism należących do powszechnego obrotu prawnego,
- przysyłaniu 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).

**W tym roku w ramach składki ubezpieczeniowej ubezpieczenia pakietowego uzyskano również:**

- ubezpieczenie na wypadek szkód wynikających z naruszenia praw pacjenta, w tym również szkód niebędących szkodą osobową czy rzeczową (np. badanie pacjenta bez zachowania intymności),
- ubezpieczenie szkód wyrządzonych w związku z uczestnictwem w eksperymencie medycznym lub badaniach klinicznych.

A oto warianty tego ubezpieczenia pakietowego **(składki, jak w roku ubiegłym):**

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

Kwotę ubezpieczenia się od innych zdarzeń, związanych z miejscem wykonywania praktyki, ale niezwiązanych z udzielaniem świadczeń można podwyższyć do połowy kwoty ubezpieczenia nadwyżkowego, ale nie więcej niż 500.000 zł (dopłata 20 zł) – w składce jak już wspomniano jest kwota 50.000 zł.

Kwotę ochrony ubezpieczeniowej za szkody w wynajmowanym sprzęcie można podwyższyć do 500.000 zł (dopłata 20 zł) – w składce, jak już wspomniano, jest kwota 50.000 zł.

Lekarz (lekarz dentysta) niewykonyjący praktyki lekarskiej i niepodlegający 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, niezwiązanych z pracą etatową i niewymagających założenia prywatnej praktyki.

A oto warianty tego ubezpieczenia **(i tutaj również składki, jak w roku ubiegłym):**

Suma gwarancyjna	Grupa I – składka	Grupa II – składka	Grupa III – składka
200.000 zł	291,00 zł	145,00 zł	73,00 zł
300.000 zł	330,00 zł	159,00 zł	83,00 zł
400.000 zł	340,00 zł	170,00 zł	90,00 zł
700.000 zł	392,00 zł	187,00 zł	97,00 zł
1.300.000 zł	509,00 zł	233,00 zł	125,00 zł
2.500.000 zł	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, jakie są warianty tego dodatkowego ubezpieczenia (wszystkie kwoty podane są w złotych):



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

Na koniec informuję o możliwości:

- Otrzymania karty rabatowej PZU S.A. uprawniającej do uzyskania zniżki w wysokości 20% dla ubezpieczeń: domu, mieszkania, samochodu zarówno w zakresie OC, AC i NNW oraz ubezpieczeń Turystycznych. Karta przysługuje tylko lekarzom ubezpieczonym za pośrednictwem Izby oraz tym, którzy odesłali do Izby wypełnione oświadczenie o wyrażeniu zgody na przekazanie danych do PZU S.A. Szersza informacja o kartach oraz tekst oświadczenia w kolejnym materiale poniżej.
- Przystąpienia do atrakcyjnego ubezpieczenia na życie z wypłatą zryczałtowanego wynagrodzenia na wypadek choroby lub nieszczęśliwego wypadku. Informacje szczegółowe dostępne na stronie Izby Lekarskiej lub stronie naszego brokera PWS Konstanta S.A. [www.polisagrupowa.pl](http://www.polisagrupowa.pl)

Przypominamy, iż do ubezpieczenia mogą przystąpić wyłącznie lekarze i lekarze dentyści, będący członkami Opolskiej Izby Lekarskiej. Składki zbierane będą, jak w latach poprzednich i muszą dotrzeć do biura Izby w okresie od **10 lutego do 21 lutego**.

**Dodatkowo informujemy, że trwają prace nad możliwością zawarcia ubezpieczenia przez Internet za pośrednictwem strony Izby. Zachęcamy do odwiedzenia strony celem sprawdzenia czy taka możliwość już została uruchomiona.**

*Jerzy JAKUBISZYN*

\* \* \*

## **DODATKOWE ZNIŻKI DLA LEKARZY UBEZPIECZONYCH POPRZEC IZBĘ LEKARSKĄ W UBEZPIECZENIU ODPOWIEDZIALNOŚCI CYWILNEJ**

Informujemy, że dla członków Opolskiej Izby Lekarskiej, którzy przystąpili do Ubezpieczenia Odpowiedzialności Cywilnej Lekarzy za pośrednictwem Izby został wprowadzony specjalny program zniżkowy na pozostałe ubezpieczenia dostępne w PZU S.A., w tym również ubezpieczenia komunikacyjne (OC i AC).

Do jakich zniżek upoważnia karta:

- Karta Klienta PZU umożliwia uzyskanie zniżki w wysokości 20% i ma zastosowanie do następujących ubezpieczeń:
- Domu, mieszkania oraz innych nieruchomości, np. domu letniskowego czy garażu;

- Wyposażenia nieruchomości, takiego jak meble, sprzęt elektroniczny i AGD, przedmioty ze szkła (np. płyty kuchenne), a także ubrania, książki i wiele innych rzeczy znajdujących się w domu;
- Samochodu, zarówno w zakresie ubezpieczenia OC, jak i AC;
- Następstw nieszczęśliwych wypadków;
- Turystycznych.

**UWAGA! POWYŻSZA ZNIŻKA NIE SUMUJE SIĘ Z INNYMI PROMOCJAMI OFEROWANYMI PRZEZ PZU S.A.**

## **Procedura uzyskania zniżek**

**UPRAWNIENIE DO UZYSKANIA ZNIŻKI MOŻE UZYSKAĆ TYLKO I WYŁĄCZNIE LEKARZ, KTÓRY ZAWARŁ UBEZPIECZENIE.**

Izba przekazuje dane osób ubezpieczonych plikiem excel do PZU celem nadania przez PZU S.A. uprawnień do zniżek w systemie. Z uwagi jednak na fakt, iż dane przekazywane są PZU S.A. W celach marketingowych, a nie celem realizacji umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej lekarz winien wyrazić świadomą zgodę na przekazanie jego danych osobowych PZU S.A. W tym celu Izba powinna uzyskać świadomą zgodę lekarza na przekazanie danych do PZU S.A. I dopiero po uzyskaniu zgody, wysłać dane osobowe lekarza. Po przesłaniu danych lekarz zostanie wpisany w system – zostanie mu nadany indywidualny nr karty i uprawnień, który będzie widoczny u każdego agenta i w każdym Oddziale. Karta zostanie wysłana do lekarza na indywidualny adres przez PZU S.A.

\* \* \*

## **OŚWIADCZENIE**

Ja, niżej podpisana/y, .....  
wyrażam zgodę na przekazanie moich danych osobowych do PZU S.A. celem otrzymania Karty Klienta PZU.

Oświadczam, że zostałam/em poinformowana/y, że administratorem podanych przeze mnie dobrowolnie danych osobowych jest Powszechny Zakład Ubezpieczeń Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie, adres: 00-133 Warszawa, al. Jana Pawła II 24. Na podstawie ustawy o ochronie danych osobowych z dnia 29 sierpnia 1997 r. (tj. Dz. U. z 2002 r., Nr 101, poz. 926 z późn. zm.) przysługuje mi prawo dostępu do ich treści, poprawiania i usunięcia, w przypadku ustania celu, dla którego zostały zebrane.

.....  
podpis

# WYJAZD NA FERIE ZIMOWE – PAMIĘTAJ O SWOICH PRAWACH NA URLOPIE!

Zima w pełni, wkrótce zaczną się ferie, a dzieci i dorośli ruszą na zimowy wypoczynek – często w ramach wyjazdów zorganizowanych. I chociaż organizator nie ma wpływu na pogodę czy tłok na stokach, to odpowiada za standard zakwaterowania i wyżywienia oraz zapewnienie wykupionych atrakcji. Warto wiedzieć, co zrobić jeśli nie wywiąże się z umowy i zepsuje nasz zimowy wypoczynek.

**Eksperci D.A.S. Towarzystwa Ubezpieczeń Ochrony Prawnej S.A.** przypominają, że gdy organizator zimowego wyjazdu nie wywiązał się z warunków zawartej z nami umowy, to **mamy pełne prawo do odpowiedniej rekompensaty**. – *Usługi turystyczne opierają się w dużym stopniu na zaufaniu. Na wybór danego hotelu czy wycieczki decydujemy się po zapoznaniu się z warunkami oferty, zdjęciami i opisem, które powinny być zgodne z rzeczywistością. Niestety, nie zawsze tak jest. Należy jednak pamiętać, że nie jesteśmy w takiej sytuacji bezsilni i możemy domagać się właściwego wykonania umowy, rekompensaty lub adekwatnego obniżenia ceny jaką zapłaciliśmy za wyjazd* – podkreśla Marta Gradowska, Koordynator Działu Underwritingu i Tworzenia Produktów z D.A.S.

## Placisz, więc wymagaj

W przypadku zorganizowanych wyjazdów, warunki w jakich mamy wypoczywać są określone w umowie, którą podpisujemy z organizatorem wycieczki. Znajdziemy tam wyszczególnione wszystkie warunki, które powinny być spełnione w miejscu docelowym wypoczynku. – *Może się jednak zdarzyć, że zamiast pięknych, nowo wyremontowanych domków z kominkiem dostajemy pokój w starym pensjonacie lub standard pokoju nie zgadza się z tym, co zostało przedstawione w turystycznym folderze. Wśród zgłaszanych niezgodności warunków z umową, często pojawia się również brak zaplanowanych i opłaconych wycieczek czy możliwości skorzystania z przewidzianych i wyszczególnionych w ofercie atrakcji. Problemy mogą wystąpić także w kwestii wyżywienia, gdy brakuje zaplanowanych posiłków lub nie są dotrzymywane wcześniejsze ustalenia, np. dotyczące dań bezmięsnych czy wykluczających określone alergie* – wylicza Marta Gradowska.

## Winę organizatora trzeba udowodnić

Starając się o rekompensatę za nieudany wyjazd w związku z niedotrzymaniem przez organizatora umowy, **pamiętajmy jednak o tym, że musimy udowodnić**, że standard świadczonych usług był niższy niż ustalony. W takiej sytuacji należy robić zdjęcia, nagrania i notat-

ki, które posłużą jako dowody zaniedbania i niedopełnienia warunków umowy.

Warto pamiętać, że uniknięcie odpowiedzialności organizatora lub jej ograniczenie może mieć miejsce tylko w konkretnych przypadkach. – *Możemy mieć problem z odszkodowaniem, jeśli niewykonanie lub nienależyte wykonanie umowy jest spowodowane wyłącznie działaniem lub zaniechaniem osób trzecich, za które organizator nie odpowiadał i równocześnie tych działań lub zaniechań nie można było uniknąć. Podobnie jest, jeśli zdarzenie zostało wywołane siłą wyższą, np. gwałtownym zjawiskiem pogodowym lub też naszym własnym działaniem lub zaniechaniem* – precyzuje Marta Gradowska z D.A.S.

## Prawo jest po naszej stronie, jednak często z niego nie korzystamy

Nie istnieją regulacje prawne, które w jasny sposób określają wysokość rekompensaty za wyjazd, który nie udał się z winy organizatora. Często kwota odszkodowania jest ustalana na zasadzie mediacji obu stron i wypracowanego kompromisu. Może to być np. określony procent ceny wyjazdu. – *Jeżeli nie jesteśmy w stanie porozumieć się z organizatorem w kwestii wysokości rekompensaty, można skierować sprawę na drogę sądową. Zgodnie z art. 322 k.p.c., jeśli określenie właściwej sumy jest niemożliwe lub utrudnione, sąd może zasądzić sumę według własnej oceny, po uprzednim rozważeniu wszystkich kwestii dotyczących danej sprawy* – wyjaśnia Marta Gradowska.

Proces starania się o rekompensatę wymaga jednak zaangażowania, czasu oraz wiedzy na temat odpowiednich praw i istniejących procedur. To zniechęca wiele osób do podjęcia próby dochodzenia swoich praw. Mało kto wie bowiem, że w przypadku szczególnie dotkliwych naruszeń warunków wycieczki możemy się ubiegać nawet o odszkodowanie za zmarnowany urlop. **Warto jednak wiedzieć, że istnieje ubezpieczenie ochrony prawnej**, które przyda się właśnie w takiej sytuacji i zapewni pomoc prawnika.

Posiadając taką polisę, już na etapie zbierania dowodów **możemy zadzwonić i uzyskać poradę prawną** co do tego czy miało miejsce naruszenie warunków umowy o usługi turystyczne i jak ewentualnie należy zabezpieczyć i udokumentować odstępowstwa od prawidłowego wykonania umowy przez organizatora, aby móc skutecznie ubiegać się o odpowiednią rekompensatę lub odszkodowanie. Jeśli natomiast sprawa wymagać będzie skierowania do sądu, wówczas **ubezpieczenie pokryje również koszt honorarium adwokata**, który będzie nas



reprezentował, oraz inne niezbędne koszty i wydatki sądowe – co z pewnością ułatwi wyegzekwowanie należnego odszkodowania, pozwalając zaoszczędzić nam czas i własne środki finansowe.

**Dzięki ubezpieczeniu ochrony prawnej można nie tylko łatwiej odzyskać pieniądze od niesolidnych organizatorów wycieczek, ale również skutecznie dochodzić swoich praw w wielu innych sytuacjach. Co więcej, istnieje również ubezpieczenie ochrony prawnej w wersji dla firm oraz osób wykonujących wolne zawody.**

**Więcej informacji:**



**D.A.S. Towarzystwo Ubezpieczeń  
Ochrony Prawnej S.A.**

*Przedstawiciel: Krzysztof Wieczorek*  
krzysztof-wieczorek.das.pl  
Telefon: 608-493-225

## PLAN SZKOLEŃ PROWADZONYCH W RAMACH KOMISJI KSZTAŁCENIA OIL NA I PÓŁROCZE 2017 r.



Termin	Kierownik naukowy	Temat	Miejsce szkolenia
Luty – termin w trakcie ustalania (3 godz.) <sup>1</sup>	Dr n. med. Jerzy Jakubiszyn	Prowadzenie działalności w podmiotach leczniczych, przetwarzanie danych osobowych wg obowiązujących przepisów prawa	Sala konferencyjna Urzędu Marszałkowskiego w Opolu
Marzec – termin w trakcie ustalania (5 godz.) <sup>1</sup>	Lek. Krzysztof Waszkiewicz z-ca dyrektora ds. medycznych Opolskiego Centrum Ratownictwa Medycznego	Stany nagłe w gabinecie lekarskim – postępowanie praktyczne	Opolskie Centrum Ratownictwa Medycznego w Opolu
cz. I 20–23.IV.17 r. <sup>2</sup> cz. II 27–30.IV.17 r. <sup>2</sup>	Prof. nadzw. Teresa Kokot Konsultant Wojewódzki w dziedzinie zdrowia publicznego	Zdrowie publiczne (dla lekarzy i lekarzy dentystów wszystkich specjalności będących w trakcie specjalizacji wg starego trybu)	Opolskie Centrum Onkologii lub Sala konferencyjna Urzędu Marszałkowskiego w Opolu
Maj – termin w trakcie ustalania (2 dni – 16 godz.) <sup>2</sup>	Dr n. med. Iwona Rajca-Biernacka dyrektor Regionalnego Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Opolu	Przetaczanie krwi i jej składników (dla lekarzy i lekarzy dentystów specjalizujących się wg modułowych programów specjalizacji)	Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Opolu
Maj – termin w trakcie ustalania (5 godz.) <sup>1</sup>	Prof. nadzw. Teresa Kokot Konsultant Wojewódzki w dziedzinie zdrowia publicznego	Senior – pacjentem podstawowej opieki zdrowotnej	Opolskie Centrum Onkologii lub Sala konferencyjna Urzędu Marszałkowskiego w Opolu
Czerwiec – termin w trakcie ustalania (2 dni – 16 godz.) <sup>2</sup>	Dr n. med. Sławomir Tubek Konsultant Wojewódzki w dziedzinie chorób wewnętrznych	Geriatria (dla lekarzy objętych programem modułu podstawowego w zakresie chorób wewnętrznych)	Sala konferencyjna Urzędu Marszałkowskiego w Opolu

1) 1 – zapisy w sekretariacie Izby – prosimy o zgłaszanie chęci uczestnictwa w w/w szkoleniach telefonicznie – 77/454-59-39 do siedziby OIL w Opolu. Za uczestnictwo w szkoleniu przysługuje 5 pkt. edukacyjnych.

2)

3) 2 – kursy wymagane do specjalizacji, zgłoszenia: strona internetowa: [opole.szkolzenia@hipokrates.org](mailto:opole.szkolzenia@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*

# JAK ZAŁATWIANE BYŁY SPRAWY DYNASTYCZNE PRZEZ ŚLĄSKICH PIASTÓW – HENRYK V GRUBY

Ojcem Henryka V Grubego był Bolesław Rogatka (1224–78) – książę legnicki, który przydomek ten otrzymał z powodu hardości charakteru i zachwalstwa w poczynaniach politycznych (Rogatka dusza).

Bolesław Rogatka miał trzech synów Henryka, Bolka i Bernarda. Po jego śmierci Legnicę otrzymał Henryk V Gruby, Świdnicę jego brat Bolko, zaś księstwo Jaworskie najmłodszy Bernard.

Henryk V Gruby cieszył się wśród współczesnych opinią sprawiedliwego władcy i dobrego wodza. Bardzo zbliżył się do księcia wrocławskiego Henryka Probusa (Prawego) – był naczelnym dowódcą armii śląskiej podczas wyprawy zbrojnej Henryka Probusa na Kraków. Wyprawa ta w roku 1289 zakończyła się zdobyciem miasta i zamku na Wawelu, na którym Henryk Probus zasiadał przez kilka miesięcy. Niestety nie doczekał się korony, bowiem wkrótce zmarł. Istniały przypuszczenia że został otruty przez swojego medyka.

Henryk Probus w swoim testamencie przekazał księstwo wrocławskie nie Henrykowi Grubemu księciu legnickiemu, jak powszechnie sądzono, lecz bratu stryjecznemu Henrykowi Głogowskiemu. Henryk V Gruby nie mógł się z tym pogodzić i, z poparciem mieszczan wrocławskich, objął w posiadaniu księstwo wrocławskie – oczywiście wiązało się to z licznymi przywilejami dla Wrocławia. Dumny i zawistny książę głogowski Henryk natychmiast przysiągł zemstę rywalowi.

Równocześnie po śmierci Henryka Probusa o królestwo wrocławskie upomniął się król czeski Wacław II (walczący także z Władysławem Łokietkiem o Małopolskę i Kraków, zresztą koronował się na króla Polski).

Z drugiej strony jego młodszy brat Bolko Świdnicki zaczął domagać się przyznania połowy księstwa wrocławskiego. Dlatego też nic dziwnego, że Henryk V Gruby – czując się zagrożony – ufortyfikował Wrocław otaczając go, m. in. fosami wypełnionymi wodami pobliskiej rzeki Oławy.

Żądny zemsty Henryk Głogowski wykorzystując zdradę jednego z dworzan (niejaki Lutek, którego ojca Pakosława Henryk V kazał ściąć za popełnione zbrodnie), porwał korzystającego z kąpieli w łaźni bez ochrony Henryka V Grubego i przywiózł go do Głogowa (rok 1293). Tam okrutny Henryk Głogowski kazał sporządzić specjalną klatkę z żelaza i drewna tak ciasną, że książę Henryk V Gruby nie mógł w niej nie tylko siedzieć, stać ale nawet leżeć. Dwa wąskie otwory były przeznaczone do podawania pokarmów, drugi zaś do wydalania odchodów. Te nadludzkie katusze trwały ponad 6 miesięcy, rozbicie zaatakowało całe ciało księcia, z którego zaczęła wypływać ropa. Okrutny Henryk Głogowski nie zli-



Henryk V Gruby, książę Wrocławia

wał się nad stanem swego formalnie stryjecznego brata, często podchodził do klatki domagając wyrzeczenia się księstwa wrocławskiego. Henryk V Gruby, mimo straszliwych męczarni odrzucił wszystkie żądania, licząc na wstawiennictwo swojego młodszego brata Bolka Świdnickiego. Kiedy po 6 miesiącach nie doczekał się pomocy swojego brata, zrezygnowany przystał na narzucone mu warunki.

Wróciwszy po takim koszmarze młody jeszcze Henryk V Gruby całkowicie załamał się fizycznie i psychicz-

nie i do pełnego zdrowia nigdy już nie powrócił. Zmarł w roku 1298 w wieku zaledwie 40 lat. Pochowany został w Klasztorze św. Kingi we Wrocławiu.

Ze swoją żoną Elżbietą – córką księcia kaliskiego Bolesława, która była zawsze jego wierną towarzyszką, dochował się trzech synów i pięciu córek. Jej siostra Jadwiga, wyszła za Władysława Łokietka (była matką Kazimierza Wielkiego).

P. S. Cytowany powyżej wielokrotnie Bolko Świdnicki w roku 1292 ufundował Klasztor Cystersów w Krzeszowie koło Kamiennej Góry, który wkrótce stał się największą nekropolią Piastów Śląskich.

*Dr hab. n. med. Janusz KUBICKI*

## OPLATKOWE SPOTKANIE LEKARZY SENIORÓW A.D. 2016

Już stało się tradycją Opolskiej Izby Lekarskiej organizowanie przedsięwziętego – zwanego opłatkowym – spotkania lekarzy Seniorów.

W tym roku świętowaliśmy 10 grudnia w Willi Młynówka. Frekwencja jakby mniejsza niż zwykle, ale uroczystość podniosła z udziałem Prezesa Izby Lekarskiej p. dr n. med. Jerzego Jakubiszyna, chóru Towarzystwa Przyjaciół Opola „Camerton” pod batutą pani Marii Przebindowskiej. Kolacja, wspólne kolędowanie:

*Gwiazdo świeć, kolędo leć  
Misterium niech się dzieje  
Dziś święta noc i wielka moc  
Nadciaga od Betlejem*

A także pamięć o Tych, których już nie ma wśród nas – puste miejsca przy stole. Cenimy sobie te spotkania, przebiegające w serdecznej i życzliwej atmosferze. Dziękujemy – Do Siego Roku!!

*Janusz KUBICKI*





## NASZ MÓZGOWY GPS

W 2014 r. Nagrodę Nobla w dziedzinie medycyny i fizjologii otrzymali: John O'Keefe, May-Britt Moser i Edward Moser za odkrycie komórek nerwowych tworzących układ nawigacji przestrzennej w mózgu.

Immanuel Kant, w „Krytyce czystego rozumu” stwierdził, że: „*Przestrzeń jest koniecznym wyobrażeniem a priori, stanowiącym podstawę wszystkich oglądów zewnętrznych*” (Immanuel Kant – Krytyka czystego rozumu” (Biblioteka Filozofów 2008, str. 78).

Zatem, postrzeganie miejsca wymaga wrodzonych zdolności, przez które świat może być postrzegany. Czy odkrycia noblistów potwierdzają koncepcję, że do poznania przestrzeni, w której żyjemy niezbędne są wrodzone predyspozycje? Czy wielki filozof z XVIII wieku miał rację?

Nagrodzeni badacze szukali odpowiedzi na następujące pytania:

- Jak mózg postrzega przestrzeń, jakie mechanizmy komórkowe leżą u podstaw orientacji przestrzennej?
- Które obszary mózgu uczestniczą w poznawaniu przestrzeni, zapamiętywaniu świata zewnętrznego i wzajemnych relacji obecnych w nim przedmiotów?

Prześledźmy zatem ich kolejne odkrycia. W 1971 r. John O'Keefe i jego doktorant John Dostrovsky opisał po raz pierwszy komórki miejsca (place cells), zlokalizowane w okolicy CA1 i CA3 hipokampa. Badania przeprowadzone u swobodnie poruszających się szczurów pozwoliły stwierdzić, że aktywność elektryczna komórek miejsca zależy od lokalizacji zwierzęcia, a każda komórka ma swoje „pole” w środowisku zewnętrznym. Tak więc każda lokalizacja zwierzęcia w środowisku jest związana ze specyficzną, jedyną kombinacją aktywnych komórek miejsca, co pozwala na powstanie „mapy kognitywnej” środowiska zewnętrznego w mózgu. Wzór aktywności tych komórek jest specyficzny dla danego środowiska, zmienia się wraz ze zmianą środowiska zewnętrznego (tzw. remapowanie). Inne czynniki, jak prędkość czy kierunek ruchu zwierzęcia modulują aktywność komórek miejsca, a ich plastyczność i łatwość przystosowywania się do zmiennego środowiska zewnętrznego umożliwiają zapamiętywanie obrazów poznawanych miejsc. Kolejne badania dostarczyły nowych informacji na temat komórek miejsca. Okazało się, że komórki te są aktywne, gdy zwierzę znajduje się w specyficznych (niejako przypisanych im) punktach płaszczyzny horyzontalnej, a nie rejestrują zmian wysokości. U zwierzęcia wspinającego się w spiralnej wieży, ich aktywność występuje regularnie na kolejnych poziomach w miej-

scach odpowiadających tymże specyficznym punktom w płaszczyźnie horyzontalnej. Dziś możemy powiedzieć, że komórki te u szczura, a najprawdopodobniej i u człowieka (badania przy użyciu czynnościowego rezonansu magnetycznego), funkcjonują w systemie 2D. Inaczej jest natomiast u nietoperza – tam komórki miejsca w hipokampie działają w systemie 3D.

Następne dziesięciolecie przyniosło odkrycie komórek kierunku ustawienia głowy (*head direction cells*). Komórki kierunku głowy są aktywne, gdy zwierzę ustawia głowę w określonym kierunku, niezależnie od pozycji ciała. Zlokalizowano je w jądrze grzbietowym nakrywki i przede wszystkim w formacji hipokampa: w korze parahipokampalnej (*parasubiculum i postsubiculum*) oraz w podporze (*subiculum*) [Taube i wsp. 1990]. Poszczególne grupy tych komórek preferują różne kierunki ustawienia głowy, otrzymują również informację wzrokową, współpracują też z obszarami orientacji przestrzennej w hipokampie [Taube 1998].

Rok 2005 przyniósł odkrycie komórek sieci (*grid cells*) zlokalizowanych w korze śródwęchowej, w jej części grzbietowo-przyśrodkowej [Moser i Moser]. Komórki te wyładowują z zadziwiającą regularnością, gdy zwierzę biega w określonej przestrzeni w sposób przypadkowy, szukając pożywienia. Aktywność komórek pojawia się wówczas, gdy w zewnętrznej przestrzeni zwierzę znajduje się w punktach układających się w kształt planszy do gry w chińskie warcaby, w tzw. układzie heksagonalnym. Na płaszczyznę zewnętrznego środowiska zostaje w ten sposób nałożona siatka z sześciokątów foremnych, a komórki sieci są aktywne wówczas, gdy zwierzę znajduje się w wierzchołku takiego sześciokąta. Jeżeli w tych sześciokątach wyodrębnimy trójkąty równoboczne, stanie się bardziej zrozumiała interpretacja istoty takiej sieci: kolejne grupy komórek sieci stają się aktywne, gdy swobodnie biegające zwierzę zmienia swój kierunek o 60 stopni. Komórki sieci badano również w innych warunkach eksperymentalnych: gdy małpy oglądały obrazki zmieniającej się przestrzeni lub u ludzi poddanych działaniu rzeczywistości wirtualnej. U ludzi zaobserwowano dodatkowo (badania przy użyciu czynnościowego rezonansu magnetycznego) zmiany aktywności kory przedczołowej zsynchronizowane ze zmianami aktywności komórek sieci w odpowiedzi na zmiany wirtualnego świata zewnętrznego.

W 2008 roku opisano komórki graniczne, aktywne wówczas, gdy swobodnie poruszające się zwierzę napotyka na przeszkodę [Solstad i wsp.]. W mózgu znajduje się wiele niezależnych modułów przeznaczonych do sa-

molokalizacji. Każdy moduł zawiera indywidualny system mapowania środowiska (GPS-podobny), o cechach różniących go od innych modułów. Mózg wykorzystuje ich niezależność, tworząc coraz to nowe kombinacje, niezmiennie ważne do tworzenia pamięci. Komórki sieci z każdego modułu wysyłają sygnały do komórek miejsca w hipokampie. Wypadkową jest aktywacja pól hipokampa. Gdy zmienia się środowisko – różne moduły komórek sieci reagują w różny sposób, wyładowując w różnych punktach lokalizacji zwierzęcia, a liniowo zsumowane ich aktywności pobudzają różne komórki miejsca w hipokampie. Dodatkowo hipokamp analizuje inne wymiary, takie jak czas, motywacja i strategia ruchu, nakładając je na zapamiętany obraz świata zewnętrznego.

Wciąż jednak nie znamy odpowiedzi na pytanie postawione na wstępie: czy Kant miał rację? Znowu musimy odwołać się do wyników badań zwierząt. I tak badania szczurzych niemowląt, które pojawiają się w gnieździe, a później je po raz pierwszy opuszczają, wykazały, że: komórki kierunku głowy są aktywne zaraz po urodzeniu, komórki miejsca wykazują niewielką aktywność, która zwiększa się wraz z nabywaniem doświadczenia przestrzeni, a komórki sieci są nieaktywne przez kilka pierwszych dni poznawania obcego otoczenia. Zatem, komórki kierunku głowy są pierwotną reprezentacją orientacji przestrzennej, stanowiąc podstawę do rozwoju jej dalszych elementów. Szczurze noworodki przychodzą na świat z pewną podstawową wiedzą przestrzenną i przez pierwsze dwa tygodnie życia tworzą na niej swój własny obraz i pamięć poznawanego świata zewnętrznego, który ulega ciągłej modyfikacji pod wpływem nabywania doświadczenia.

Badania skrótkowo przedstawione w tym tekście mają ogromne znaczenie dla zrozumienia istoty mózgu. Postępowały drogą od fundamentalnych filozoficznych pytań do naukowych faktów: komórki miejsca, kierunku głowy, sieci i graniczne zlokalizowane z formacji hipokampa stworzyły komórkowy substrat przestrzennego postrzegania, uczenia się i zapamiętywania [Shapiro 2015].

Wewnętrzny GPS stanowi kognitywną komórkową podstawę wyższych abstrakcyjnych funkcji poznawczych. Uhonorowanie tych badań znacząco wsparło neuroetologię, psychologię porównawczą, ontologię i umocniło wiedzę o istnieniu i znaczeniu procesów poznawczych w świecie zwierząt.

Małgorzata TAFIL-KLAWE  
Kierownik Katedry Fizjologii CM UMK

#### 1) PIŚMIENNICTWO

2. Solstad T. et al.: Representation of geometric borders in the entorhinal cortex. *Science* 2008, 322: 1865–1868
3. Moser E.I., Moser M.B.: Mapping your every move. *Cerebrum* March 2014: 1–10
4. Burgess N.: The 2014 Nobel Prize in Physiology and Medicine: a spatial Model for Cognitive Neuroscience. *Neuron* 84, December 17, 2014: 1120–1125
5. Moser E.I., Moser M.B.: Grid Cells and Neural Coding in High-End Cortex. *Neuron* 80, October 30, 2013: 765–774
6. Moser E.I., Moser M.B.: Network mechanisms of grid cells. *Phil. Trans. R. Soc. B* 369:20120511
7. Sargolini F. et al.: Conjunctive Representation of Position, Direction and Velocity in Entorhinal Cortex. *Science* May 2006, Vol 312: 758–762
8. Moser E.I., Moser M.B., Roudi Y.: Network mechanisms of the grid cells. *Phil. Trans. R. Soc. B* 2014, 369: 20120511
9. Zucker H.R., Ranganath Ch.: Navigating the Human Hippocampus Without a GPS. *Hippocampus* 2015, 25:697–703
10. Shapiro M.: A limited Positioning System for Memory. *HHS Public Access* June 2015, 25(6):690–696
11. Moser M.B., Rowland D.C., Moser E.I.: Place Cells, Grid Cells, and Memory. *Cold Spring Harb Perspect Biol* 2015;7:a021808
12. Eichenbaum H. et al.: *Hippocampus at 25*. Commentary, Wiley Periodicals, Inc. 2016:1–10

(przedruk z „Primum” nr 11/16)

## AUREA MEDIOCRITAS A MARIHUANA

Od dłuższego czasu w języku polskim robi karierę określenie „marihuana lecznicza”. Przypomnę, że marihuana to suszone i czasem sfermentowane kwiatostany (niejednokrotnie z niewielką domieszką liści) żeńskich roślin konopi (*Cannabis sativa*), zawierające substancje psychoaktywne z grupy kannabinoli, działające agonistycznie na receptory kannabinoidowe. Za działanie psychotropowe marihuany odpowiada głównie tetrahydrokannabinol (THC) oraz inne kannabinoidy. Marihuana ma w zależności od warunków i przyjętej dawki działanie: uspokajające lub rozdrażniające, euforyzujące, przeciwbólowe, pobudzające apetyt, rozkurczające

mięśnie, zmniejszające ciśnienie śródgałkowe i rozszerzające oskrzela. Jest jedną z wielu roślin, które wykorzystywane są w leczeniu, ma też szereg zastosowań przemysłowych.

Opisane powyżej właściwości kwalifikują marihuanę niewątpliwie do środków, przy których zażywaniu obowiązuje szczególna ostrożność, przede wszystkim dotycząca tego, co ma być zażywane, w jakiej postaci, mocy i oczywiście – z jakich wskazań. Zawartość składników czynnych marihuany, podobnie jak większości roślin, zależy od prawie nieskończonej wielkiej liczby czynników, poczynając od jakości gleby, nasłonecznie-



nia, szerokości geograficznej, jakości nasion, po umiejętności związane z uprawą i pozyskiwaniem surowca, co w przypadku produktów mających aspirację stać się produktami leczniczymi – musi być zgodne z dobrą praktyką wytwarzania.

Tymczasem marihuana „lecznicza” to termin określający produkty zawierające kannabinoidy nieposiadające ważnego pozwolenia na dopuszczenie do obrotu na terenie Rzeczypospolitej Polskiej. Zgodnie z informacją znajdującą się na stronie internetowej holenderskiej agencji rządowej (ang. Office for Medicinal Cannabis), w ramach ministerialnego programu leczniczego wystandaryzowana marihuana jest używana jako lek i dostępna w holenderskich aptekach na receptę. Konopie używane do celów leczniczych spełniają normy jakości dla stosowania jako produkt leczniczy. Oznacza to, że są produkowane zgodnie z przepisami farmaceutycznymi: każdy szczep ma wystandaryzowany profil aktywnych składników farmaceutycznych i poziomów zanieczyszczeń (takich jak pleśń, bakterie lub inne), które są bezpieczne do inhalacji do płuc. Podkreślić należy, że produkty te nie są zarejestrowane jako produkty lecznicze w żadnym kraju europejskim.

Jakie jest stanowisko Ministerstwa Zdrowia? Produkty te mogą być sprowadzane z zagranicy, jeżeli ich zastosowanie jest niezbędne dla ratowania życia lub zdrowia pacjenta, na warunkach i w trybie określonym w art. 4 ustawy z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne (Dz. U. z 2008 r. Nr 45, poz. 271, z późn. zm.), tj. na podstawie zapotrzebowania wystawianego przez szpital albo lekarza prowadzącego leczenie poza szpitalem, potwierdzone przez konsultanta z danej dziedziny medycyny. Na wniosek Minister Zdrowia może wydać decyzję o objęciu refundacją sprowadzonego produktu, na podstawie art. 39 ustawy o refundacji.

Prezes Naczelnej Izby Lekarskiej dr Maciej Hamankiewicz nie popiera marihuany leczniczej. Oto fragmenty wywiadu udzielonego „Polska The Times” (<http://www.polskatimes.pl/zdrowie/a/maciej-hamankiewicznie-istnieje-takie-pojecie-jak-medyczna-marihuana-wywiad,10608852/>): *Aby leki mogły być stosowane w Polsce (również te na bazie ziela konopi indyjskich), muszą uzyskać pozwolenie na dopuszczenie do obrotu. Jest ono wydawane na podstawie wyników badań chemiczno-farmaceutycznych, przedklinicznych i klinicznych, których celem jest wykazanie jakości, skuteczności i bezpieczeństwa stosowania leku w proponowanych wskazaniach. Pozwolenie wydaje prezes Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych. [...] Jestem absolutnie przeciwko legalizacji uprawiania konopi. Wyhodowanie kilkunastu roślinek na balkonie niczego dobrego nie przyniesie [...].*

Prezes Hamankiewicz wypowiada się także w sprawie inicjatywy sejmowej, która miałaby umożliwić pacjentom uprawianie leczniczej marihuany i przygotowywanie przetworów na potrzeby terapii (za: Agencja Infor-

macyjna Polska Press/x-news): *Nie istnieje takie pojęcie jak „medyczna marihuana”. Społeczeństwo pod tym niesprecyzowanym hasłem szufladkuje zarówno susz, olej z konopi indyjskich, jak i preparaty farmaceutyczne, które powstały na bazie marihuany. Jest to błędne myślenie. [...] Hodowanie marihuany jest niebezpieczne. [...] Jestem absolutnie przeciwko wprowadzeniu w życie projektu, który miałby umożliwić pacjentom po uzyskaniu zezwolenia na samodzielne uprawianie konopi i przygotowywanie przetworów na potrzeby terapii. Dlaczego pod hasłem „leczy ból nowotworowy”, nikt w Sejmie nie wpadł na pomysł, żeby zalegalizować na balkonach produkcję makówek, z których wytwarzane jest opium? W końcu morfina, która wchodzi w jego skład często stosowana jest w uśmierzaniu bólu. Albo, żeby ludziom z chorobami serca proponować hodowlę naparstnicy, a wiadomo, że właśnie z niej mamy preparaty, którymi leczymy pacjentów? Dlaczego nikt nie wpadł na pomysł, by do leczenia zapalenia płuc dopuścić po domach hodowlę pleśni, z której wytwarzana jest penicylina? Dlaczego nikt nie pomyśli o własnej plantacji bananów, skoro banany wzmacniają serce i mają substancje antyrakotwórcze? Mówienie o legalizacji marihuany to jakieś nieporozumienie. Preparaty wytworzone na bazie marihuany są dostępne dla ludzi chorych: jeden dostępny w Polsce dla chorych na stwardnienie rozsiane; inne – dostępne w ramach importu docelowego. Nie potrzeba do tego ani nowej ustawy, ani tym bardziej legalizacji marihuany w ogóle. [...] Wszystko musi być pod pełną kontrolą Głównego Inspektora Farmaceutycznego, wystandaryzowane. Przestrzegam osoby, które kupują holenderski olej konopny. A są firmy w Polsce, które to rozprowadzają bezpośrednio bądź drogą internetową. W jakich zatem warunkach produkuje się holenderski olej konopny? [...] Nie jestem przeciwko preparatom wytworzonym na bazie marihuany. Jestem jednak za utrzymaniem zdrowego rozsądku. Lekarz zobowiązany jest przestrzegać zasad zawartych w Kodeksie Etyki Lekarskiej, a tam mamy zapisane, że musimy działać na podstawie medycyny opartej na dowodach naukowych. Choć można dopatrzeć się korzystnych efektów stosowania preparatów na bazie marihuany, to przy każdym poleceniu danego preparatu trzeba rozważyć skutki pozytywne i negatywne. Pozytywne muszą przeważać.*

Wydaje się, że te obszernie zacytowane fragmenty wystąpienia przedstawiciela zawodu lekarskiego oraz stanowisko MZ powinno ostudzić rozpalone głowy i wprowadzić elementy zdrowego rozsądku do „dobrożyczeniowego” myślenia laików. Niestety, tak się nie dzieje; w dalszym ciągu trwają przepychanki, nabierające powoli rozpędu politycznego.

Jest to o tyle dziwne, że wszyscy zgadzają się co do tego, że każdy lek powinien być skuteczny, bezpieczny, prawidłowo wytwarzany, dystrybuowany i ordynowany przez osobę mającą odpowiednie kwalifikacje. Gdy-

byśmy zadali w ankiecie pytanie, czy chcieliby Państwo być leczeni lekiem niebezpiecznym lub o niesprawdzonym działaniu czy nieznanym składzie – niewątpliwie ogromna większość Polaków zareagowałaby negatywnie na taką propozycję. Ale ta sama sprawa, przedstawiona w innym świetle, np. pod hasłem „Zabraniają leczenia znakomitym lekiem”, czy „Lobby farmaceutyczne w natarciu”, lub wręcz „Ciężko chore dzieci cierpią z powodu uporu urzędników” – zmienia sytuację; emocje biorą górę nad rozważaniem.

Marihuana jest niewątpliwie cennym surowcem o przewidywalnie dużej potencji leczniczej. Jednak – jest też surowcem na tyle niepoznanym, aby można było zgodnie z obowiązującym prawem zaliczyć go do leków sprawdzonych i polecanych do powszechnego użytku. Obecnie stosowany jest tylko jeden z kilkuset czynnych składników, zarejestrowany w Polsce od 4 lat do terapii bardzo ciężkich, opornych na dotychczasowe leczenie przypadków spastyczności w stwardnieniu rozsianym.

Trwają badania kliniczne różnych faz, dotyczące innych wskazań i różnych składników marihuany, można więc liczyć, że niektóre z nich zakończą się wprowadzeniem do obrotu nowych leków; „niektóre” – gdyż samo podjęcie badania klinicznego nie jest równoznaczne z jego pozytywnym zakończeniem.

Jak niebezpieczne może okazać się podanie nowego leku podczas I fazy badań klinicznych (a więc podanie zdrowym ochotnikom, po pozytywnym przejściu badań przedklinicznych), świadczy przypadek francuski ze stycznia tego roku, kiedy to po podaniu nowego preparatu o nazwie roboczej BIA 10-2474, jedna osoba zmarła, a pięć kolejnych zostało hospitalizowanych (u czterech z nich zaobserwowano uszkodzenia neuro-

logiczne). Tego typu dramatyczne wydarzenia występują bardzo rzadko, ale ich skutkiem jest negatywne postrzeganie badań klinicznych przez społeczeństwo, mimo iż ta dyscyplina wiedzy medycznej rozwinęła się niebywale w ciągu ostatniego półwiecza, co miało związek z największą w dziejach tragedią, której ofiarą padło aż 12 tys. pacjentów – aferą talidomidu, sprzedawanego wówczas jako „bezpieczny lek nasenny dla kobiet ciężarnych”. Dzieci, których matki zażywały talidomid podczas ciąży rodziły się ze zniekształceniami lub brakiem kończyn. Wtedy dopiero wprowadzono obowiązkowe badania przedrejestracyjne geno- i embriotoksyczności leków. Z drugiej strony – zwiększanie liczby procedur bezpieczeństwa wydłuża czas trwania rejestracji leków, który w przypadku nowych cząsteczek wynosi obecnie zazwyczaj ponad 10 lat.

Zadawane jest pytanie, czy takim tragediom można zapobiegać ze stuprocentową skutecznością? Odpowiedź, podobnie jak w przypadku wszystkich zdarzeń związanych z poznawaniem nowego i dotychczas niesprawdzonego leku, brzmi: nie. Kolejne procedury zwiększą wysrubowane kryteria bezpieczeństwa, być może zmniejszając ryzyko o niewielki ułamek, natomiast wydłużą czas oczekiwania na nowe leki, nie mówiąc o dalszym wzroście kosztów badań. Zapewne jest jakaś granica, złoty środek, który trzeba przyjąć, mając po jednej stronie wagę skuteczność, po drugiej zaś – bezpieczeństwo. *Aurea mediocritas* to właśnie horacjański złoty środek, mający swoją utrwaloną pozycję w naszej cywilizacji grecko-lacińskiej od ponad 2000 lat...

Wojciech ŁUSZCZYNA  
wluszczyna@medyk.com.pl

(przedruk z „Lek w Polsce” Vol. 26 nr 8/16)

## WINDYKACJA DŁUGÓW SZPITALI POD LUPĄ SĄDU NAJWYŻSZEGO

Kim jest dłużnik idealny? To taki podmiot, który po pierwsze nie płaci na czas, co automatycznie daje możliwość naliczania mu odsetek, po drugie ten, który i tak w końcu rozliczy się z wierzycielem, bo jest palcówką państwową. Są to cechy niezwykle często charakteryzujące szpitale. Obrót ich wierzytelnościami to doskonały i lukratywny interes. Ustawa o działalności leczniczej wprowadza obostrzenia w tym zakresie zakazem zmiany wierzyciela SP ZOZ bez zgody podmiotu tworzącego, uregulowanym w art. 54 ust. 5. By ominąć wskazany wyżej zapis zaczęto tworzyć konsorcja (np. dostawca leków dla szpitala i parabank, który za nie płaci, licząc, że szpital nie ureguluje należności w terminie).

Takim praktykom przyjrzał się Sąd Najwyższy w orzeczeniu z 6 maja 2016 r. (I CSK 371/15), uznając, że w aktualnym stanie prawnym zapisy ustawy o działalności

leczniczej wyłączają możliwość subrogacyjnego nabycia wierzytelności (subrogacja łac. *subrogatio* – podstawienie, jest to instytucja prawa cywilnego polegająca na wstąpieniu w prawa zaspokojonego wierzyciela. Wierzytelność może być splecona przez osobę trzecią – art. 518 ustawy z 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks cywilny). Orzeczenie zapadło na tle następującego stanu faktycznego.

Powódł złożył przeciwko szpitalowi pozew o zapłatę, wskazując, iż na podstawie zawartej „umowy gwarancyjnej”, łączącej go z nieuczestniczącym w sporze wierzycielem, spłacił szpitalny dług. Jednocześnie wskazywał na powstanie tu nowego roszczenia, które przysługuje powodowi względem pozwanego, a nie na zmianę wierzyciela. Sąd I instancji oddalił powództwo. Apelację powoda uwzględnił natomiast Sąd Apelacyjny, wskazując, że „umowa gwarancyjna” miała charakter mieszany, bo-



wiem zawierała zobowiązanie powoda do świadczenia usług windykacyjnych, jak również elementy poręczenia, a nie gwarancji. Ponadto celem tego poręczenia było nabycie przez powoda, w drodze subrogacji ustawowej, spłaconej za szpital wierzytelności, a nie zmiana wierzyciela. Jednocześnie w ocenie Sądu Apelacyjnego ustawowym zakazem zmiany wierzyciela SP ZOZ bez zgody podmiotu tworzącego, nie jest objęta konstrukcja poręczenia i nie ma ona na celu obejścia ustawy. Dalej, powództwo zasługiwało na uwzględnienie również ze względu na fakt, iż skoro powód spłacił dług pozwanego, a zatem doprowadził do zmniejszenia się jego pasywów, to ma tu zastosowanie instytucja bezpodstawnego wzbogacenia. Wierzyciel jest bowiem zobowiązany przyjąć wymagalne świadczenie od osoby trzeciej i zaliczyć je na poczet zobowiązania dłużnika, które wówczas wygasa, chyba że dłużnik sprzeciwił się takiemu działaniu osoby trzeciej. Skoro w niniejszej sprawie do wyrażenia takiego sprzeciwu nie doszło, świadczenie szpitala wygasło, a powód miał przeciwko niemu roszczenie z art. 405 KC i nast.

Pozwany szpital złożył skargę kasacyjną. Sąd Najwyższy, rozpoznając sprawę, zakwestionował dokonaną przez Sąd Apelacyjny wykładnię „umowy gwarancyjnej”. Wskazał, że badając cel czynności prawnej, nie można mieć na względzie jedynie woli stron, a należy również badać ten cel pod kątem jego legalności i konkretnych okoliczności sprawy. W ocenie składu orzekającego należało sprawdzić, czy poprzez subrogacyjne nabycie wierzytelności można osiągnąć skutek w postaci zmiany wierzyciela i czy skutek taki nie narusza przepisów ustawy o działalności leczniczej.

Sąd Najwyższy podkreślił, że jeśli istotą danej czynności prawnej sensu stricto nie jest zmiana wierzyciela, to jednak, jeżeli może ona prowadzić do subrogacyjnego nabycia wierzytelności, należy przyjąć, iż do takiej wła-

śnie zmiany zmierza, bez konieczności uzyskania zgody wymaganej w ustawie. To natomiast zgodnie z przyjętą linią orzecniczą SN, nie jest dopuszczalne.

W kwestii bezpodstawnego wzbogacenia wskazał, że w sprawie zbyt pobieżnie oceniono zgromadzony materiał dowodowy, by stwierdzić brak sprzeciwu szpitala na spłacenie jego wierzytelności przez powoda, co w konsekwencji czyniło takie założenie przedwczesnym. Zdaniem Sądu Najwyższego ani podmiot tworzący pozwany szpital, ani sam szpital – będąc poinformowanym przez powoda o zawarciu „umowy gwarancyjnej”, nie wyrażali żadnych zgód mających na celu zmianę wierzyciela. W ocenie składu orzekającego brak zgody na zmianę wierzyciela nie może być utożsamiany z brakiem sprzeciwu na spełnienie przez osobę trzecią świadczenia dłużnika bezpośrednio do rąk wierzyciela. Ponadto świadczenie spełnione przez powoda było zapłatą odszkodowania za niewykonanie umowy, a nie świadczeniem skutkującym zwolnieniem pozwanego z zobowiązania wobec swojego wierzyciela.

Pojawiają się głosy ze stron firm realizujących dostawy w ramach konsorcjów, że omawiany wyrok nie może się rozciągać na wszystkie umowy konsorcyjne, a sądy powinny analizować każdą sytuację indywidualnie. Wskazują, iż dostawców usług nie stać na kredytowanie szpitali, w związku z czym muszą szukać partnera finansowego. Wyeliminowane z rynku części z nich – zwłaszcza tych mniejszych – w konsekwencji doprowadzi do wzrostu cen usług. Czy rzeczywiście, istnieje takie zagrożenie...?

*Justyna STRAKA*

**Autorka** jest prawnikiem, doktorantem UMK, specjalizuje się w prawie medycznym

(przedruk z „Primum” nr 11/16)

## FAŁSZOWANIE LEKÓW I SUPLEMENTÓW DIETY – MIT CZY SMUTNA RZECZYWISTOŚĆ

Zachowanie dobrego zdrowia niezależnie od wieku, to dla wielu ludzi jedna z najważniejszych wartości w życiu. Ostatnio wśród Polaków rośnie zainteresowanie zdrowym trybem życia, świadomość roli profilaktyki, a równocześnie potrzeba i chęć samoleczenia. Skutkiem tego jest wzrost popularności produktów leczniczych wydawanych bez przepisu lekarza – OTC (ang. over-the-counter) oraz suplementów diety. A pod względem liczby zakupionych opakowań leków na osobę Polska zajmuje jedno z czołowych miejsc w Europie.

### Uwaga: podróbka!

Statystyczny Polak kupuje leki OTC i suplementy w stacjonarnych i internetowych aptekach, sklepach ze zdrową żywnością, a także supermarketach. Kupując, oczekuje produktów dobrej jakości, skutecznie działających, ale także bezpiecznych i pochodzących z legalnego

źródła. Niestety, media coraz częściej donoszą o przypadkach wykrycia sfałszowanych leków oraz suplementów diety, których skład jest niezgodny z deklaracją

producenta. Chociaż fałszowanie produktów leczniczych jest tak stare jak historia medycyny, jednak w ostatnich latach ten przynoszący ogromne zyski finansowe pro-

ceder nasila się. Najbardziej niebezpieczne pod względem potencjalnych zafałszowań wydają się być preparaty (zarówno leki, jak i suplementy diety) występujące w obrocie pozaaptecznym, tj. kupowane w internecie na stronach niepowiązanych z fizycznym adresem apteki, na bazarach, w sklepach z „odżywkami dla sportowców” itp. [1].

Według organów regulacyjnych, jak europejska EMA (European Medicines Agency) czy amerykańska FDA (Food and Drug Administration), oraz Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) sfałszowany produkt leczniczy może zawierać substancję czynną niskiej jakości, w nieodpowiedniej dawce, być pozbawiony substancji czynnej lub zawierać substancje niedozwolone. W badaniach produktów sfałszowanych stwierdzono obecność szeregu substancji niedozwolonych, jak gips [2], glikol propylenowy czy farby drukarskie, a zioła często zastępowane są suszoną trawą. Niestety są to nierzadko substancje bardzo szkodliwe dla zdrowia.

W przypadku suplementów diety jedną z głównych przyczyn dodawania substancji niedozwolonych jest zwiększenie skuteczności, która wpływa na popularność preparatu i zyski z jego sprzedaży. Dla przykładu w ziołowych preparatach na wzmożenie potencji znajdowane są inhibitory fosfodiesterazy typu 5 (sildenafil oraz jego analogi), które w zestawianiu z nieodpowiednimi lekami lub przyjmowane np. przez pacjentów z nadciśnieniem tętniczym czy cukrzycą mogą prowadzić do poważnych negatywnych konsekwencji zdrowotnych [2]. Innym przykładem mogą być preparaty na odchudzanie, w których – jak wynika z raportu z badań przeprowadzonych przez Narodowy Instytut Leków – występowało szereg substancji leczniczych: sibutramina i orlistat (stosowane w leczeniu otyłości), metformina (lek przeciwcukrzycowy), fluoksetyna (lek przeciwdepresyjny) czy efedryna (wywołująca pobudzenie OUN) oraz wiele innych [3].

## Suplement to nie lek

Niestety, wśród wielu pacjentów panuje przekonanie o całkowitym bezpieczeństwie stosowania suplementów diety, zwłaszcza tych dostępnych w aptece. Tymczasem w sposób fundamentalny różnią się one od produktów leczniczych i mogą wywierać negatywny wpływ na zdrowie. Produkt oznaczony jako suplement diety, zgodnie z prawem jest środkiem spożywczym – specyficzną kategorią żywności, której celem jest jedynie uzupełnienie diety w przypadku ewentualnych niedoborów substancji odżywczych [4]. Suplement diety nie posiada wskazań do stosowania, nie leczy ani nie zapobiega chorobom. Natomiast produkt leczniczy jest to substancja lub mieszanina substancji, która nie tylko działa profilaktycznie, ale także leczy [5]. Wskazania do stosowania leku są ściśle określone w karcie charakterystyki produktu leczniczego i zatwierdzone przez Urząd Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych (UPRL) [6].

Istotne różnice występują także w zasadach reklamy obu kategorii produktów, która niestety dla wielu pacjentów bywa głównym źródłem wiedzy. Zgodnie z prawem, w reklamie leku nie może wziąć udziału ani farmaceuta, ani lekarz [5]. Ustawa Prawo Farmaceutyczne zakazuje też wykorzystywania wizerunku tych osób, a także naukowców, dzieci czy osób znanych publicznie. Tylko w reklamach produktów leczniczych pojawia się ostrzeżenie: *Przed użyciem zapoznaj się z treścią ulotki dołączonej do opakowania bądź skonsultuj się z lekarzem lub farmaceutą, gdyż każdy lek niewłaściwie stosowany zagraża Twojemu życiu lub zdrowiu* [7]. Jednak bloki reklamowe najczęściej komponowane są w taki sposób, aby po reklamie suplementu pojawiła się reklama leku, na końcu której przeczytane zostanie ww. ostrzeżenie i w ten sposób zostaną uwiarygodnione reklamowane wcześniej produkty [8].

Odmienne wygląda także droga, jaką pokonują obie kategorie produktów, zanim trafią na apteczne (i nie tylko) półki. Jakość, bezpieczeństwo i skuteczność stosowania produktu leczniczego muszą zostać potwierdzone na podstawie szczegółowej dokumentacji, produkt musi zostać zarejestrowany i dopuszczony do obrotu [5]. W przypadku wprowadzenia na rynek suplementu diety wystarczy jedynie powiadomienie Głównego Inspektora Sanitarnego, czemu towarzyszy przesłanie wzoru opakowania [4]. W przypadku produktów leczniczych ich wytwarzanie jest stale nadzorowane przez inspekcję farmaceutyczną (GIF) oraz Narodowy Instytut Leków (NIL). Producenci, zgodnie z dobrą praktyką wytwarzania (GMP), muszą spełnić szereg rygorystycznych wymogów w celu zapewnienia skuteczności, bezpieczeństwa i wysokiej jakości wytwarzanych preparatów [5]. Wszelkie działania niepożądane leków są monitorowane przez URPL. Natomiast kontrola znajdujących się w obrocie suplementów ma niestety ograniczony zasięg w stosunku do ich ogromnej liczby. SANEPID przeprowadza jedynie wyrywkowe badania suplementów, m. in. na obecność metali ciężkich, pestycydów czy badania mikrobiologiczne.

Niestety, żadna instytucja obligatoryjnie nie bada składu, jaki producent suplementu diety deklaruje na opakowaniu [4]. Informacje o tym, jaki jest aktualny status preparatu wprowadzanego do obrotu jako suplement diety można znaleźć w rejestrze produktów objętych powiadomieniem o pierwszym wprowadzeniu do obrotu na terytorium Polski, na stronie GIS-u, pod adresem: <http://rejestrzp.gis.gov.pl>

Bogumiła KUPCEWICZ  
Agata WALKOWIAK

**Dr Bogumiła Kupcewicz** jest starszym wykładowcą w Katedrze i Zakładzie Chemii Nieorganicznej i Analitycznej. Agata Walkowiak jest mgr farmacji, tegoroczną absolwentką CM UMK.



## BIBLIOGRAFIA:

- 1) Z. Fijałek, K. Sarna, Wybrane aspekty jakości produktów leczniczych i suplementów diety – produkty substandardowe, nielegalne i sfalszowane, „Farmacja Polska”, 2009, 65, 467–475.
- 2) Z. Fijałek, K. Sarna, A. Błażewicz, J. Marin, Sfalszowane inhibitory fosfodiesterazy typu 5 – narastające zagrożenie dla zdrowia publicznego, Rocz. PZH 2010, 61, 227–235.
- 3) Z. Fijałek, Nation Medicines Institute Poland, Official Medicines Control Laboratories, Market Surveillance of Suspected Illegal Products, MSSIP001: Slimming dietary supplements, Summary report, 2012, <https://www.edqm.eu/en/Testing-counterfeitmedicines-1445.html>, dostęp: 25.04.2016.

- 4) Ustawa z 25 sierpnia 2006 r. o bezpieczeństwie żywności i żywienia.
- 5) Ustawa z 6 września 2001 r., Prawo Farmaceutyczne.
- 6) K. Główniak, J. Wideliski, Suplementy diety: niezbędne składniki czy pseudoleki?, „Puls Farmacji”, 2014, <http://pulsfarmacji.pl/3612659,2117,suplementy-diety-niezbędne-składniki-czy-pseudoleki>, dostęp: 25.04.2016.
- 7) Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 21.11.2008 r. w sprawie reklamy produktów leczniczych.
- 8) M. Markiewicz, Rynek suplementów diety potrzebuje uregulowania, „Puls Farmacji”, 2014, 4 (84).

(przedruk z „Primum” nr 8-9/16)

# REZYDENTURY – CZY MAMY ZA MAŁO MIEJSC SZKOLENIOWYCH?

W kraju co roku niewykorzystana pozostaje duża pula miejsc rezydenckich, dlatego system ich rozdziału wymaga zmian – uważali uczestnicy dyskusji odbywającej się na sesji poświęconej kształceniu lekarzy podczas XII Forum Rynku Zdrowia (Warszawa, 26–27 października, 2016 r.).

Jak argumentował Grzegorz Napiórkowski, prezes zarządu Stowarzyszenia Młody Lekarz, dane z wielu lat pokazują, że państwo przyznaje więcej rezydentur niż potem jest wykorzystywanych. Wydaje się, że nie ma niedoboru środków na rezydentury, natomiast przyznawanie miejsc rezydenckich odbywa się w sposób nieco przypadkowy.

## Potrzebny system ogólnopolski

Nawet osoba, która uzyskała bardzo dobry wynik na Lekarskim Egzaminie Końcowym może nie dostać się tam, gdzie chciałaby robić specjalizację, jeśli dokumenty złoży tam osoba z jeszcze lepszym wynikiem. Tyle tylko, że do końca o tym nie wiadomo. To m.in. powoduje, że dochodzi do bardzo dużego nagromadzenia lekarzy w ośrodkach akademickich i w dużych miastach, a coraz mniej osób decyduje się na robienie specjalizacji w mniejszych ośrodkach.

– Stworzenie ogólnopolskiego systemu naboru zdecydowanie by pomogło. Na przykład w Hiszpanii, gdzie system jest ogólnokrajowy, osoba zdająca z konkretnym wynikiem egzamin praktycznie dokładnie wie gdzie może się dostać, w konkretne miejsca. Natomiast u nas jest to loteria – mówił Napiórkowski.

Jego zdaniem wspomniane kwestie wymagają racjonalnego pogodzenia: – Minister, przyznając rezydenturę, powinien mieć wpływ na to, w jakich dziedzinach są szkolone osoby.

## Miejsca są zwracane

– Nie ma wątpliwości, że system rezydencki jest tym, który umożliwia zdobycie specjalizacji, systemy pozarezydenckie są marginalne – mówił dr Maciej Hamankiewicz,

wicz, prezes Naczelnej Rady Lekarskiej, zaznaczając, że liczba nie tyle przyznanych co wykorzystanych miejsc rezydenckich powinna być równa liczbie absolwentów uczelni medycznych. Dodał, iż środowisko ma wrażenie, że system dystrybucji rezydentur jest tak skonstruowany, żeby te miejsca były zwracane, a budżet nie ponosił kosztów.

– To nie tylko kwestia rozdziału miejsc rezydenckich, które powinny być przyznawane centralnie, ale na przykład również stworzenia możliwości składania aplikacji w co najmniej dwóch różnych dziedzinach – powiedział dr Hamankiewicz, przekonując, że taka możliwość, w razie braku rezydentur w jednej dyscyplinie, pozwoliłaby na szybsze robienie specjalizacji w innej, z korzyścią dla systemu ochrony zdrowia.

Dodał, że problem są też wymogi dla podmiotów, które akredytowały się i chciałyby szkolić specjalizujących się lekarzy. – Niektóre, np. sprzętowe są wręcz absurdalne, nikt ich nie potrafi zrozumieć. Chyba, że istnieją tylko po to, aby stawiać bariery przed ośrodkami, a szkolenie ograniczać do wybranych miejsc? – pytał prezes NRL.

Są i takie specjalizacje, w których – choć czekają wolne miejsca rezydenckie – nie ma chętnych i dzieje się tak nawet w specjalnościach uważanych za prestiżowe. Tak jest na przykład w chirurgii. Średni wiek chirurga użytkującego pełną samodzielność decyzyjną wynosi 35–36 lat, to bardzo długo.

## Dlaczego nie chcą być chirurgami?

– Długie w tym zawodzie jest także dochodzenie do niezależności finansowej. Podstawowym miejscem pracy chirurga jest gabinet zabiegowy, a przede wszystkim sala operacyjna, dlatego trudno w tej specjalności pracować na własny rachunek – mówił prof. Grzegorz Wallner, konsultant krajowy w dz. chirurgii ogólnej, kierownik II Katedry i Kliniki Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Nowotworów Układu Pokarmowego Uniwersytetu Medycznego w Lublinie, podając powody, dla których

► młodzi lekarze niechętnie zostają chirurgami ogólnymi. Dodał, że dzisiaj chirurdzy, aby uzyskać godziwe zarobki pracują nawet i w 5 miejscach.

Zdaniem konsultanta krajowego w dz. Chirurgii, młodzi lekarze doskonale zdają sobie sprawę z odpowiedzialności, jaka wiąże się z uprawianiem tego zawodu oraz rosnącej roszczeniowości pacjentów. – *Tu odgrywa bardzo dużą rolę negatywna rola mediów szukających sensacji, a je najłatwiej znaleźć w dyscyplinach zabiegowych. Nasze porażki sprzedają się bardzo dobrze. Młodzi ludzie o tym wiedzą i dlatego wolą szukać specjalizacji bezpieczniejszych* – uważa prof. Wallner.

W opinii profesora, dla młodych adeptów chirurgii frustrujący jest też dzisiaj ograniczony faktycznie dostęp do nowoczesnych technologii medycznych, stanowiących o atrakcyjności specjalizacji. – *Na podstawie zbieranych ankiet można powiedzieć, że prawie 100% oddziałów chirurgicznych ma odpowiednią aparaturę do technik małoinwazyjnych, ale wykonuje zabiegi tylko w wąskich zakresach, co wynika z małej możliwości dostępu do tego*

*sprzętu i wykorzystywania w ramach kontraktów – zaznaczył konsultant krajowy.*

Odpowiadając na uwagi dotyczące systemu przydziału rezydentur Marek Kuciński, z-ca dyrektora Departamentu Nauki i Szkolnictwa Wyższego Ministerstwa Zdrowia, przekonywał z kolei, że liczba zaprojektowanych rezydentur jest zawsze nieco większa niż liczba osób odbywających staż podyplomowy.

Zdaniem dyrektora departamentu, zgłaszane przez młodych lekarzy braki w liczbie miejsc rezydenckich dotyczą głównie tych osób, które chcą kształcić się w specjalizacjach uchodzących za atrakcyjne. – *Tam, gdzie chętnych na robienie specjalizacji mamy nadmiar w stosunku do zapotrzebowania minister nie przyzna więcej miejsc rezydenckich, bo byłoby to marnotrawienie środków* – dowodził dyrektor Kuciński, zaznaczając jednak, że kwestia rozdziału miejsc szkoleniowych wymaga dyskusji.

(przedruk za „Rynkiem Zdrowia” z 31 października 2016)

Sztuka radzenia sobie z cudzym gniewem

## ZAMIAST MÓWIĆ „ALE”, OKAŻ EMPATIE – „INTERPERSONALNE JU-JITSU”

W poczekalni Twojego gabinetu pacjenci drą koty o to, kto ma wejść pierwszy, siłą rzeczy słyszysz tę agresywną wymianę, konflikt zaczyna eskalować, coraz trudniej ci się skupić. Kiedy wychodzi pacjent, z którym aktualnie rozmawiasz, w drzwiach Twojego gabinetu dochodzi do przepychanki pomiędzy starszą panią o kulach a młodym mężczyzną, który toruje drogę swojemu dziadkowi kombatantowi. Krzyczy, że dziadkowi się należy, bo był na Syberii. Rozjuszony młody człowiek wpada z impetem do gabinetu i zaczyna na Ciebie wrzeszczeć, że nie masz w widocznym miejscu powieszanej informacji o kombatantach, grozi ci konsekwencjami. W rzeczywistości informacja ta wisi, tylko przy rejestracji. Przed chwilą czułeś się jak rodzic, który musi zrobić „coś” z bijatyką swoich dzieci, ale teraz sytuacja jest o wiele gorsza, bo cała ta wściekłość uderza w Ciebie. Co zrobisz?

Tak jak wiele innych sytuacji, w których potencjalnie możesz stać się ofiarą czyjejś nienawiści, rozczerowania, wściekłości czy gniewu, to jedno z najtrudniejszych doświadczeń, jakie może Ci się przydarzyć w pracy związanej z pomaganiem innym ludziom. Istnieje kilka wariantów odbioru trudnych komunikatów:

1. branie winy na siebie,
2. obwinianie innych,
3. wczuwanie się we własne emocje i potrzeby,
4. wczuwanie się w cudze emocje i potrzeby.

Dwie pierwsze reakcje są nieadaptacyjne, ponieważ nie sprzyjają konstruktywnym rozwiązaniom. Przemoc bierze się z przekonania, że ludzie zadają nam ból i należy im się kara. Tak myśli młody człowiek, który zaczyna Cię straszyć. Jeśli się wystraszysz, wzrośnie ci poziom lęku, spadnie poczucie kompetencji, a później pojawi się złość na siebie i zaistniałą sytuację. Jeśli się nie wystraszysz, tylko zaatakujesz, pogorszysz tylko sytuację. Osądzając innych wywołasz wilka z lasu. Możesz używać swojego gniewu jako syrenę alarmową – nie chodzi o to, żeby go w ogóle pomijać, jest bardzo przydatną emocją, która służy przeżyciu. Chodzi o to, żeby spróbować nie używać gniewu do wyrażania kary.

W opisaney powyżej sytuacji, jak i każdej innej, w której jesteś obiektem ataku, spróbuj najpierw najpierw nie pomyśleć o człowieku, który cię atakuje, jak o potworze lub roszczeniowym osobniku. Innymi słowy spróbuj powstrzymać swoją naturalną reakcję w tej sytuacji. Zachęcamy Cię do próby wykorzystania wariantu nr 3 i 4, opisanych powyżej. Dla Twojego bezpieczeństwa w obliczu ataku lepiej będzie, jeśli zaczniesz od ostatniego wariantu, czyli: wczuj się w emocje i potrzeby agresora, inaczej okaż empatię, odzwierciedlaj. Tak, to jest trudne! Ale bardzo szybko przeciwdziała eskalowaniu konfliktu i agresji. Często dzięki tej strategii możemy uniknąć przykrych konsekwencji w postaci skarg, nawet w sytuacji rzeczywistej pomyłki.



W momencie ataku przede wszystkim nie mów: „ale”, ponieważ działa jak płachta na byka. Na nieświadomym poziomie „ale” jest interpretowane jak zaprzeczenie uczuciom przeżywanym przez rozmówcę: „*Ale dlaczego nie powiedział pan wcześniej innym pacjentom, że pana dziadek jest kombatantem...*” pogorszy tylko sytuację. W obliczu cudzego gniewu zamiast mówić „ale”, okaż empatię: „*Wygląda na to, że strasznie się pan wściekł i konieczne chce pan, żebym pomogła/pomógł panu dziadkowi jako pierwszemu*” lub „*Słyszę, że pan się bardzo zdenerwował i ma pan ochotę ukarać mnie za brak informacji, jednocześnie chciałby pan, żebym zajął/zajęła się pana dziadkiem jako pierwszym*”... Każdy inny empatyczny komunikat, nawet nieudolnie skonstruowany na początku, będzie lepszy niż widzieć w nim wroga. Ludzie wydają się nam mniej potworni, kiedy wsłuchujemy się w ich uczucia i potrzeby. Ponadto im silniejsza empatia łączy nas z rozmówcą, tym większe mamy poczucie bezpieczeństwa po obu stronach. Na poziomie biochemicznym odpowiedzialna jest za to oksytocyna, która wydzielana w dużych ilościach, kiedy mamy możliwość powiedzieć innym o swoich emocjach. To dlatego tak bardzo lubimy mówić o sobie.

Niektórzy nazywają tę technikę „interpersonalnym ju-jitsu”, czyli sztuką „łagodności ustępliwości”. Kiedy damy pacjentowi lub osobie mu towarzyszącej możliwość wypowiedzenia się i posłuchamy o uczuciach i potrzebach, bardzo dużo w ten sposób powiemy.

Damy mu szansę uspokoić się i poczuć się zrozumianym. To w większości wystarczy, żeby zażegnać konflikt. Aby zastosować tę technikę, potrzebujemy umieć wczuwać się we własne emocje i potrzeby, czyli okazywać empatię sobie. Wymaga ona od nas również ujawniania najgłębszych uczuć i potrzeb, włącznie z pokazaniem własnej bezradności. To chyba najtrudniejszy element. Zwykle najbardziej wzdramy się przed odsłanianiem swojej bezradności i pokazywaniem innych emocji, po-

nieważ nie chcemy zrzucić „maski twardziela”. Boimy się, że stracimy autorytet i panowanie nad sytuacją. Uzewewnętrznianie siebie staje się jednak łatwiejsze, gdy udaje nam się nawiązać empatyczny kontakt z innymi. Dotykamy w ten sposób ich człowieczeństwa i uzmysławiamy sobie, jak wiele mamy z nimi wspólnego. Im lepszy mamy kontakt z uczuciami i potrzebami ukrytymi w cudzych słowach, tym mniej przeraża nas otwieranie się przed innymi.

W sytuacji opisanej powyżej możesz powiedzieć do młodego wrzeszczącego na Ciebie człowieka: „*Widzę, że martwi się pan bardzo o stan zdrowia swojego dziadka i zdenerwował się pan, że będzie musiał czekać w długiej kolejce, żebym mogła się nim zająć. Jednocześnie czuję się bezradna, kiedy pan na mnie krzyczy, bo nie mogę się wtedy skupić, żeby móc dobrze wykonywać swoją pracę. A to może doprowadzić do tego, że się pomylę. Czy możemy bardziej konstruktywnie rozwiązać tę sytuację, np. pan się uspokoi, a ja się zajmę leczeniem? Zyskają na tym obie strony*”.

Pamiętaj, że jeśli proponujesz jakieś rozwiązania, niech one zawsze będą konkretne. Powiedz, czego dokładnie oczekujesz, czego Ci potrzeba. Jeśli zaproponowane rozwiązania są ogólnikowe i rozmyte, ludzie pod wpływem dużych emocji po prostu ich nie zrozumieją, tak jak nie zauważą tabliczki z informacją, która wisi metr dalej. Intensywne emocje zawężają percepcję i uniemożliwiają myślenie.

Powodzenia w ćwiczeniach w terenie! Jeśli przychodzą ci do głowy jakieś sytuacje, którymi chciałbyś/chciałabyś się anonimowo podzielić lub zadać jakieś pytanie, pisz na adres redakcji [voxmedUci@oil.szczecin.pl](mailto:voxmedUci@oil.szczecin.pl) z dopiskiem: dział psychologia. Chętnie na nie odpowiemy!

Dr n. zdr. Monika TYSZKIEWICZ-BANDUR  
Dr n. zdr. Justyna BANKIEWICZ-NAKIELSKA

(przedruk z „Vox Medici” nr 4/16)

## MUZEUM ALCHEMII W PRADZE

Alchemia miała związki z medycyną. O ile aptekarze produkowali leki zgodnie z przepisem lekarskim, o tyle alchemicy wymyślali lekarstwa i poznawali chemiczną naturę substancji. Byli więc, w pewnym sensie, ośrodkiem naukowo-badawczym dla farmacji stosowanej. Niektóre kierunki medycyny (np. jatročemia), której najwybitniejszym przedstawicielem był Paracelsus, były bardzo związane z alchemią.

W sierpniu 2002 r. Pragę dotknęła katastrofalna powódź. Kiedy wody Wełtawy zaczęły opadać, ukazał się ogrom zniszczeń. Zapadła się jedna z ulic w Starym Mieście. Przy jej naprawie okazało się, że biegnie pod nią tunel, łączący dom przy ulicy Hastalská 1 z zamkiem królewskim. W piwnicach domu odkryto pozostałości

dużej pracowni alchemicznej z XVI wieku. Odszukane tam przedmioty pozwoliły na zrekonstruowanie pracowni i tak powstało dość unikalne Muzeum Alchemii nazwane *Speculum Alchemiae*.

### Mojesz czy szatan?

Na parterze Muzeum znajduje się pokój „oficjalny”, w którym alchemicy dokonywali zakupu surowców i odczynników, znajdował się księgozbiór i pokoje mieszkalne. Na ścianach namalowane są cztery żywioły, tj. ogień, woda, powietrze i ziemia. Centralnym punktem pracowni był żyrandol ozdobiony czterema głowami, zwrócony na symbole żywiołów. Wszystkie te głowy mają rogi i chyba powszechnym skojarzeniem jest rozpoznanie



dzisiejsze profilaktyczne zażywanie witamin lub suplementów diety. Szlachetny metal miał uszlachetniać organizm. Drugim wyrobem był eliksir młodości, będący wyciągiem z 77 ziół zbieranych przy świetle księżyca, zawierający dodatkowo opium, a dostarczany cesarzowi i sprzedawany jako środek zwiększający siły i zdrowie. Trzecim popularnym produktem był eliksir miłości, który należało pić razem z wybraną osobą. Używał go

w nich diabelskich podobizn. Nic bardziej błędnego. Tłumacz przekładu Biblii z hebrajskiego na łacinę pomylił słowa i w łacińskiej Vulgacie znalazł się zapis „głowa z rogami”, zamiast „głowa z jaśniejącymi promieniami”. Tak więc przez kilka wieków w Europie uważano, że Mojżesz, bo jego dotyczył opis, miał na głowie rogi. Dowodem może być słynna rzeźba dłuta Michała Anioła, przedstawiająca wyobrażenie Mojżesza, też z rogami. (...) Cztery rogate wyobrażenia Mojżesza miały być łącznikiem pomiędzy niebem (żyrandol wisiał pod sufitem) a ziemią i tym, co pod nią się znajduje, czyli pracownią alchemiczną ukrytą w głębokich piwnicach.

## Praga stolicą alchemii

Praga za czasów panowania cesarza Rudolfa II Habsburga (panował w Czechach w latach 1576–1611) była „mekką” alchemików. W pierwszej sali znajduje się portret Thomassa Hajka, który na polecenie cesarza egzaminował alchemików chcących pracować dla władcy tak, aby oddzielić fachowców od hochsztaplerów żądnych królewskich pieniędzy. Same podziemia to dwa „laboratoria” z alembikami i piecami, magazyn roślin podwieszonych pod sufitem i zebranych w workach, magazyn „odczynników”, a także piec do produkcji naczyń szklanych służących jako szkło laboratoryjne lub opakowania do produktów.

Współcześnie alchemię kojarzy się wyłącznie z wysiłkami uzyskania sposobu zamiany metali pospolitych na złoto przy pomocy kamienia filozoficznego (na pewno władcy oczekiwali też i tego od alchemików, aby w ten sposób załatać „dziurę budżetową” swoich królestw). Ale była to głównie wiedza chemiczna, połączona z bogatą empirią, służąca do badania filozofii natury. W praskim laboratorium produkowano „pitne złoto” (*aurum potabile*). Był to rodzaj likieru (chyba bardzo przypominającego gdańską Goldwasser), stosowanego dla podtrzymania zdrowia, zapobiegania chorobom i dodawania siły. Coś jak

m. in. cesarz Rudolf II, który z kochanką Kathariną Stradą miał 5 lub 6 dzieci. Chyba więc eliksir działał dobrze. Wszystkie te preparaty, już bez opium, można dziś kupić w muzealnym sklepie. Produkowane są przez Bernardynów z Berna i (...) ponoć były zbierane przy świetle księżyca. Eliksirów nie kupowałem, ale mogę przypuszczać, że ich działanie jest zbliżone do niektórych współczesnych suplementów diety. (...)

## Praski Golem i jego twórca rodem z Poznania

W Muzeum znajdują się portrety m. in. rabina Jehudy Löwego ben Bezalela – według tradycji twórcy Golema. Był to olbrzym stworzony z gliny, w którego technął życie rabin Bezalel. Olbrzym bronił społeczności żydowskiej mieszkającej w Pradze, lecz po krótkim czasie „wymknął się spod kontroli”. Zaczął niszczyć budynki i dręczyć ludzi. Rabin zabrał mu życie i pozostał jedynie glinianą figurą. Sam rabin, współdziałający z alchemikami, dożył blisko ok. 89 lat, co było ówczesnie (i w jakimś stopniu obecnie) wielką rzadkością. Co ciekawe, urodził się i jakiś czas mieszkał w Poznaniu. Tam też znajduje się posąg Golema (przy Alei Marcinkowskiego) wykonany przez Davida Černý'ego.

## Alchemicy Pragi

Alchemicy pracowali w grupach i kontaktowali się z zamkiem, który ich opłacał. Pracowali w ukryciu, bo ich nauka i propagowana filozofia przyrody była krytykowana przez Kościół. Nie znalazłem, niestety, w Muzeum śladów wielkiego polskiego alchemika, pracującego przez wiele lat w Pradze Michała Sędziwoja (Sendivogus), uważanego za odkrywcę tlenu, ale Muzeum jest jedynie rekonstrukcją ośrodka alchemicznego z wieloma autentycznymi eksponatami.

Eugeniusz Józef KUCHARZ

(przedruk z „Pro Medico” nr 10/16)



# PROTESTY LEKARZY WE FRANCJI

Niedobory kadrowe, przeciążenie pracą lekarzy to bolączki nie tylko polskiego systemu ochrony zdrowia. Z podobnymi kłopotami już od dłuższego czasu boryka się Francja.

Niezadowolenie wśród lekarzy stało się tak duże, że związki zawodowe zrzeszające anestezjologów, ginekologów, psychiatrów oraz lekarzy medycyny ratunkowej wezwały swoich członków do strajku ostrzegawczego, który odbył się 26 września. Szacowano, że w proteście weźmie udział około 80% anestezjologów i 30–40% lekarzy innych specjalności. Jedną z form strajku było odwołanie wszystkich planowanych na ten dzień zabiegów operacyjnych. W zamierzeniach jest kontynuowanie akcji strajkowych.

Lekarze francuscy są przemęczeni, ponieważ niedobory kadrowe w szpitalach sięgają 30%. W rezultacie zamiast przewidzianych prawem 48 godzin tygodniowo, pracują 50–60. Lepsza organizacja i zmieniony sposób rozliczania czasu pracy pozwolą na lepsze wykorzystanie kadry lekarzy w szpitalach publicznych uważają protestujący.

Zdaniem lekarzy do wymiaru czasu pracy powinno być także wliczane 20% czasu spędzonego nie bezpośrednio z pacjentem, ale poświęconego na przykład na badania naukowe.

Problemem francuskiej ochrony zdrowia jest też wiek lekarzy. Oblicza się, że w 2020 r. 30% z nich osiągnie wiek emerytalny.

– *Nie strajkujemy po to, aby pracować mniej, ale aby pracować lepiej i być należycie wynagradzanymi* – napisał w liście dr Yves Rebaufat, przewodniczący związku zawodowego anestezjologów.

Rozmowy z Ministerstwem Zdrowia o lepszej organizacji pracy lekarzy szpitalnych toczą się już dwa lata. Minister Marisol Touraine powiedziała, że na poprawę organizacji czasu pracy w szpitalach przewidziano 250 mln euro, a działania mające na celu rozwiązanie problemu trwają.

Na razie ministerstwo zaproponowało zwiększenie wynagrodzenia lekarzy o 2,1%, co uznano za propozycję niepoważną. Lekarze zatrudnieni w szpitalach publicznych nie mieli podwyżek płac od 2010 r. O wiele lepsze zarobki uzyskują francuscy lekarze pracujący prywatnie, więc migracja ze szpitali do sektora prywatnego jest jednym z problemów, z którymi boryka się tamtejszy system ochrony zdrowia.

Krystyna KNYPL  
(przedruk z „Pulsu” nr 11/16)

## MEDYCYNA PO DYPLomie

# FARMAKOTERAPIA BÓLU PRZEWLEKŁEGO W OPARCIU O DRABINĘ ANALGETYCZNĄ WHO (PROSTE LEKI PRZECIWBÓLOWE)

CZ. 1

W 1986 r. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) podzieliła leki przeciwbólowe w ten sposób, że umieściła je na trzech stopniach drabiny analgetycznej. Na stopniu pierwszym są proste leki przeciwbólowe (paracetamol, metamizol i NLPZ), na drugim – słabe opioidy (tramadol, kodeina i dihydrokodeina – DHC), a na trzecim – silne opioidy (morfina, fentanyl, buprenorfina, oksykodon, metadon i tapentadol). Do każdego stopnia w wybranych sytuacjach klinicznych dołączyć można leki wspomagające – adjuwantowe. Nowością wprowadzoną w ostatnich latach jest możliwość zastosowania niskich dawek silnych opioidów (np. do 30 mg morfiny, do 20 mg oksykodonu na dobę), zamiast słabych opioidów na drugim szczeblu drabiny. Najważniejsze jest jednak dobranie leku do natężenia bólu, jego rodzaju i stopnia wydolności narządów, a także właściwe dawkowanie, odpowied-

nie łączenie leków przeciwbólowych, które wykorzystuje sumowanie się efektu przeciwbólowego (addycję) lub jeszcze lepiej synergizm działania, oraz właściwe dobranie do danej jednostki chorobowej leków adjuwantowych. Dobrze zastosowana farmakoterapia jest skuteczna u około 85% chorych.

### Niesteroidowe leki przeciwzapalne (NLPZ)

Niesteroidowe leki przeciwzapalne są najczęściej stosowanymi lekami nie tylko w terapii bólu, ale również w całej praktyce klinicznej. Aby maksymalizować korzyści terapeutyczne i minimalizować ryzyko wystąpienia działań niepożądanych, należy zdać sobie sprawę, że wybór NLPZ nie może być przypadkowy i musi uwzględniać nie tylko główny mechanizm działania, jakim jest hamowanie aktywności cyklooksygenazy, ale

► także efekty poza cyklooksygenazowe oraz indywidualnie oszacowane ryzyko wystąpienia polekowych działań niepożądanych.

NLPZ wykazują działanie przeciwbólowe, przeciwzapalne i przeciwgorączkowe. Główny mechanizm ich działania polega na blokowaniu syntezy prostaglandyn przez wpływ na cyklooksygenazy. Istnieją dwie izoformy cyklooksygenazy: konstytutywna (COX1) i indukowana (COX2). COX1 występuje w organizmie w warunkach fizjologicznych (płytki krwi, śluzówka żołądka, nerki, endotelium) i bierze udział w przemianie kwasu arachidonowego w prostaglandyny E2 i I2. Działa cytoprotekcyjnie na przewód pokarmowy, wpływa korzystnie na przepływ krwi w nerkach oraz reguluje funkcje płytek krwi. COX2, izoforma indukowana, powstaje najczęściej w następstwie działania endotoksyny lub cytokin pozapalnych (IL1, TNF- $\alpha$ ). Jest odpowiedzialna za powstawanie prostaglandyn indukujących wzrost przepuszczalności naczyń, obrzęk i ból. Należy jednak zaznaczyć, że COX2 występuje również w warunkach fizjologicznych (konstytutywna COX2) w OUN, komórkach kanalików nerkowych (zawiaduje prawidłową funkcją układu renina-angiotensyna-aldosteron), układzie rozrodczym, śródbłonku i oskrzelach. COX2 jest indukowana pod wpływem steroidów płciowych w czasie owulacji i ciąży. Jej obecność stwierdzono także w obszarze gojącego się owrzodzenia przewodu pokarmowego oraz w trakcie zapalenia indukowanego infekcją *Helicobacter pylori*. W 2002 r. odkryto kolejną cyklooksygenazę, którą nazwano COX3. Jest ona izomerem COX1 i występuje m.in. w strukturach OUN, a jej aktywność jest hamowana przez niskie stężenie metamizolu i niektórych NLPZ, np. diklofenaku. Poza tym, że mają wpływ na cyklooksygenazy, NLPZ powodują także efekt hamowania czynnika jądrowego NF- $\kappa$ B, regulującego proces transkrypcji genowych wszystkich pozapalnie działających cytokin. Efekt przeciwzapalny NLPZ jest związany również z aktywacją przez tę grupę leków układu lipoksyn (zwłaszcza lipoksyny A), które są endogennymi mediatorami przeciwzapalnymi. NLPZ mają zdolność hamowania ekspresji NOS (syntetazy tlenu azotu), syntezy selektyn oraz wpływania na apoptozę komórek uczestniczących w progresji zapalenia. Niektóre NLPZ hamują przechodzenie leukocytów przez ścianę naczynia do miejsca zapalenia w tkankach (nimesulid, diklofenak, indometacyna, ketoprofen, meloksykam). Nimesulid ogranicza przyleganie neutrofilów do śródbłonka oraz produkcję wolnych rodników tlenowych, przez co hamuje obumieranie chondrocytów. Zmniejsza również wielokrotnie stężenie prostaglandyn w krwi miesiączkowej, dlatego jest szczególnie przydatny w leczeniu bólu miesiączkowego. Kwas acetylosalicylowy, ketoprofen i naproksen ograniczają wydzielanie elastazy przez neutrofile w miejscu zapalenia, a lornoksykam zmniejsza produkcję interleukiny 1,6 i TNF- $\alpha$ , a także silnie hamu-

je NOS. NLPZ mogą zwiększać uwalnianie  $\beta$ -endorfin (zwłaszcza ibuprofen). Mają też zdolność do modulacji nadrdzeniowych szlaków cholinergiczných (ketoprofen, deksketoprofen, ibuprofen).

Paradoksalnie NLPZ, leki obciążone wieloma działaniami niepożądanymi, są przez pacjentów postrzegane jako bezpieczne. Jednakże ryzyko powikłań, często groźnych dla życia, jest wysokie. Zwłaszcza ryzyko rozwoju niewydolności krążenia, niewydolności nerek i krwawienia z przewodu pokarmowego. NLPZ obniżają skuteczność działania wszystkich grup leków hipotensyjnych, pogłębiając jednocześnie ich efekt neurotoksyczny. Ich stosowanie łączne z aspiryną budzi wiele wątpliwości (antagonizowanie przeciwpłytkowego działania aspiryny). NLPZ w skojarzeniu z aspiryną, glikokortykosteroidami (GKS) lub doustnymi dwufosfonianami zwiększają ryzyko owrzodzeń żołądka i dwunastnicy oraz krwawień z górnego odcinka przewodu pokarmowego. W przypadku skojarzenia NLPZ z GKS najmniejsze ryzyko związane jest ze stosowaniem deksametazonu. Wynika to głównie z faktu, że lek ten nie ma aktywności mineralokortykoidowej. Zwiększone ryzyko krwawień z przewodu pokarmowego opisywano również u pacjentów leczonych NLPZ w skojarzeniu z selektywnymi inhibitorami wychwytu zwrotnego serotoniny SSRI (ang. *selective serotonin reuptake inhibitors*) oraz inhibitorami wychwytu zwrotnego serotoniny i noradrenaliny SNRI (ang. *serotonin noradrenaline reuptake inhibitors*), które zmniejszają wychwyt zwrotny serotoniny przez płytki krwi, pogarszając ich zdolności zlepne. Ryzyko krwawień jest też wyższe u chorych przyjmujących preparaty heparyny, również drobnocząsteczkowe. Stosowanie NLPZ z doustnymi antykoagulantami zwiększa od 6 do 13 razy ryzyko wystąpienia krwawiącego wrzodu żołądka i dwunastnicy, szczególnie u pacjentów w wieku podeszłym i u pacjentów, u których wartość wskaźnika INR (ang. *international normalized ratio*) jest niestabilna. NLPZ mogą wpływać na farmakokinetykę doustnych antykoagulantów, m.in. przez ich wypieranie z połączeń z albuminami. Większość NLPZ charakteryzuje się wysokim stopniem wiązania z albuminami (97–99,5%). Za NLPZ szczególnie niezalecany u chorych po udarze i po zawale mięśnia sercowego uznano popularny w Polsce diklofenak. Jego stosowanie u pacjentów po incydentach naczyniowych i u pacjentów z wysokim ryzykiem wystąpienia takiego incydentu powoduje zwiększone ryzyko ostrego udaru mózgu i zawału mięśnia sercowego.

NLPZ stanowią ważny element uśmierzania bólu w narządzie ruchu. Wszystkie struktury stawowe poza chrząstką są bogato unerwione, dlatego ból ten cechuje zwykle duże natężenie. Główną rolę w procesie powstawania obwodowego bólu zapalnego odgrywiają prostaglandyny, dlatego NLPZ, których podstawowy mechanizm działania polega na blokowaniu ich syntezy, stanowią ważny składnik w leczeniu tego rodzaju bólu.



Stężenie, jakie uzyskuje NLPZ w surowicy krwi, wyznacza jego działanie przeciwbólowe, a stężenie leku w stawie wyznacza jego działanie przeciwzapalne.

Godne uwagi wydaje się, zwłaszcza w przypadku chorych w podeszłym wieku, miejscowe podawanie NLPZ, jako forma leczenia wspomagająca efekt przeciwbólowy, ewentualnie przeciwzapalny. Ich działanie wykorzystuje się zwłaszcza w ostrych bólach mięśniowo-szkieletowych. Stwierdzono, że penetracja leku przez skórę zależy od ilości postaci leku. Liczne badania kliniczne dowiodły, że po podaniu NLPZ miejscowo na skórę stężenie leku w surowicy osiąga zaledwie 5–15% wartości stężenia, które uzyskujemy po podaniu systemowym. Nie zmienia tego faktu wielokrotne podawanie. Penetrację leków można poprawić za pomocą ultradźwięków i jontoforezy. Koncentracja NLPZ po klasycznym podaniu przezskórnym jest w chrząstce stawowej i łąkotkach 4–7 razy większa, a w pochewkach ścięgniętych i w kaletkach maziowych nawet kilkadziesiąt razy większa niż po podaniu NLPZ drogą doustną. W bólu zapalnym celowe wydaje się połączenie terapii miejscowej z NLPZ podanym drogą doustną. Połączenie obu dróg podania zapewni właściwe przenikanie leku do wszystkich struktur stawowych i zwiększy szansę zahamowania procesu zapalnego. Poza tym umożliwi redukcję dawki NLPZ stosowanego systemowo, co wpłynie na poprawę bezpieczeństwa terapii za pomocą tej grupy leków.

## Paracetamol

Paracetamol należy do nieopiodowych leków przeciwbólowych o działaniu dodatkowym przeciwgorączkowym. Stosowany jest w uśmierzaniu bólu ostrego i przewlekłego o umiarkowanym natężeniu. Mechanizm działania paracetamolu nie jest do końca poznany, istnieją przekonujące dowody na jego silne działanie ośrodkowe. Prawdopodobnie jest inhibitorem części oksygenazowej cyklooksygenazy, co powoduje zahamowanie ośrodkowej produkcji probólowych prostanoidów.

Aktywuje również opiodowy i serotonergiczny zstępujący układ kontroli bólu (zwiększenie uwalniania serotoniny, nie jak w przypadku leków przeciwdepresyjnych przez zahamowanie wychwyty zwrotnego serotoniny). Blokuje neuronalną izoformę syntazy tlenu azotu i aktywuje układ kanabinoidowy przez działanie na receptory CB1. Lek dobrze wchłania się z przewodu pokarmowego w jelicie cienkim i jest prawie całkowicie metabolizowany w wątrobie. Słabo wiąże się z albuminami osocza. Nie działa drażniaco na śluzówkę przewodu pokarmowego.

Paracetamol jest lekiem względnie bezpiecznym dla chorych z przewlekłą niewydolnością nerek. Może być podawany łącznie z opiodami, ponieważ redukuje zapotrzebowanie na nie. Należy pamiętać, że dawka 4 g na dobę może być zbyt wysoka dla chorych z niską masą ciała, a także dla pacjentów, u których występuje zwiększone ryzyko działania hepatotoksycznego paracetamolu

po zastosowaniu łącznym leku z induktorami enzymów CYP450 (rifampicyną, fenytoiną, karbamazepiną i barbituranami). Ryzyko powikłań toksycznych po zastosowaniu paracetamolu jest wyższe u chorych na nowotwór, AIDS, zapalenie wątroby typu C, marskość wątroby, niedożywionych i alkoholików. Nie można zapomnieć o znacznym ryzyku interakcji między paracetamolem i warfaryną, bo jej skutkiem bywa wzrost ryzyka krwawień, i niekorzystnej interakcji między paracetamolem i doustnymi lekami antykoncepcyjnymi (znaczące skrócenie okresu półtrwania paracetamolu).

## Metamizol

W aktualnym piśmiennictwie metamizol poleca się do leczenia bólu ostrego. Dane uzyskane z badań na zwierzętach wskazują, że lek hamuje cyklooksygenazę (COX) zarówno w tkankach obwodowych, jak i w ośrodkowym układzie nerwowym. Różni się od NLPZ i opiodów właściwościami spazmolitycznymi, które prawdopodobnie wynikają z bezpośredniego działania rozkurczającego mięśnie gładkie (zahamowanie wychwyty zwrotnego adenozyiny w OUN). Dzięki właściwościom spazmolitycznym metamizol jest bardzo skuteczny w uśmierzaniu bólu w kolce nerkowej i bólu pooperacyjnego po zabiegach w obrębie jamy brzusznej, operacjach ginekologicznych i urologicznych.

W przeciwieństwie do NLPZ stosowanie metamizolu wiąże się z małym ryzykiem powikłań żołądkowo-jelitowych, a metaanaliza autorstwa Andrade i wsp. pokazuje wyraźnie, że częstość występowania zgonów z powodu niedokrwistości aplastycznej spowodowanej metamizolem nie różni się od częstości występowania zgonów z powodu aplazji szpiku wywołanej podażą np. diklofenaku. Warto zauważyć, że dzisiaj inaczej podchodzimy także do kojarzenia metamizolu z innymi lekami przeciwbólowymi. Uzyskuje on synergizm działania przeciwbólowego z analgetykami opiodowymi, ale można go kojarzyć także z NLPZ oraz paracetamolem. Zmiana podejścia do łączenia metamizolu z NLPZ i paracetamolem jest związana z identyfikacją w 2012 r. nowych czynnych metabolitów metamizolu. Metabolity te mają działanie hamujące w stosunku do COX1 oraz COX2. Dodatkowo wykazują powinowactwo z receptorami kanabinoidowymi (CB1 oraz CB2), indukują analgezę na poziomie rdzenia kręgowego oraz mózgu, a także zwiększają aktywność zstępującego układu antynocyceptywnego opiodowego i serotoninowego. Lek stosowany jest doustnie i pozajelitowo w dawkach do 5 g na dobę.

*Małgorzata MALEC-MILEWSKA*

*Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii  
CMKP w Warszawie*

Piśmiennictwo u autorki.

**Autorka** nie zgłasza konfliktu interesów związanego z prezentowanymi w artykule zagadnieniami.

(przedruk z „Pulsu” nr 11/16)

## KILKA UWAG NAS TEMAT KONFLIKTU MIĘDZY PRAWEM LEKARZA DO STRAJKU A PRAWAMI PACJENTA

Problematyka dopuszczalności uczestnictwa lekarzy i innych pracowników ochrony zdrowia w strajku co pewien czas powraca na łamy dyskusji publicznej. Wydaje się, że obecnie zagadnieniem spornym jest nie tyle możliwość korzystania przez lekarzy zatrudnionych na podstawie stosunku pracy z prawa do strajku, ale ocena prawna uczestnictwa w szeroko rozumianych akcjach protestacyjnych, często wykraczających swoim charakterem poza ściśle rozumiany strajk pracowniczy przez wszystkich lekarzy, niezależnie od podstawy wykonywania zawodu, czyli także świadczących usługi jako przedsiębiorcy w ramach indywidualnej praktyki lekarskiej. Problematiczną kwestią jest sposób rozwiązania konfliktu między prawem lekarza do zaprzestania wykonywania pracy a prawami pacjenta.

Zgodnie z art. 59 ust. 3 Konstytucji: „*Związkom zawodowym przysługuje prawo do organizowania strajków pracowniczych i innych form protestu w granicach określonych w ustawie. Ze względu na dobro publiczne ustawa może ograniczyć prowadzenie strajku lub zakazać go w odniesieniu do określonych kategorii pracowników lub w określonych dziedzinach*”. Z powyższego przepisu Konstytucji wynika kilka istotnych wniosków dotyczących uczestnictwa w strajku lekarzy i innych pracowników ochrony zdrowia. W szczególności należy zwrócić uwagę na dwa z nich.

Po pierwsze, związkom zawodowym przysługuje prawo do organizacji strajku o charakterze pracowniczym, a zatem prawo decydowania, czy i w jakim zakresie pracownik może skorzystać z przysługującego mu prawa do strajku. Należy podkreślić, że prawo przysługujące związkom zawodowym dotyczy organizacji wyłącznie strajków pracowniczych, a zatem takich, w których z uprawnienia do odstąpienia od wykonywania pracy korzystają pracownicy.

Kodeks pracy definiuje pracownika jako osobę zatrudnioną na podstawie umowy o pracę, powołania, wyboru, mianowania lub spółdzielczej umowy o pracę (1). Tymczasem w ramach systemu ochrony zdrowia znaczna liczba lekarzy wykonuje zawód nie w oparciu o umowę o pracę, ale jako przedsiębiorcy prowadzący indywidualną lub grupową praktykę lekarską, w tym – szczególnie w kontekście funkcjonowania podmiotów leczniczych jako zakładów pracy – w ramach indywidualnej praktyki lekarskiej w zakładzie leczniczym na podstawie umo-

wy z podmiotem leczniczym prowadzącym ten zakład w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego na podstawie umowy z tym podmiotem (tzw. kontrakt). Powstaje zatem pytanie, czy lekarze niewykonyjący zawodu w ramach stosunku pracy również mogą korzystać z prawa do strajku w ramach organizowanego przez związek zawodowy strajku pracowniczego?

Teoretycznie Ustawa z dnia 23 maja 1991 r. o rozwiązywaniu sporów zbiorowych (2) wyraźnie znajduje zastosowanie do pracowników w rozumieniu Kodeksu pracy, a także – odpowiednio – członków rolniczych spółdzielni produkcyjnych i osób wykonujących pracę na podstawie umowy agencyjnej (3), literalnie wykluczając z uczestnictwa w strajkach pracowniczych organizowanych przez związki zawodowe lekarzy prowadzących indywidualne praktyki lekarskie w zakładzie leczniczym na podstawie umowy z podmiotem leczniczym prowadzącym ten zakład w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego na podstawie umowy z tym podmiotem. Niemniej należy zwrócić uwagę, że konstytucyjne pojęcie pracownika ma samodzielne znaczenie, które jest niezależne od treści przypisywanych mu w ustawodawstwie zwykłym, co powoduje konieczność odrębnej interpretacji tego zwrotu na gruncie ustawy zasadniczej w stosunku do ustaw zwykłych, w celu wykluczenia możliwości omijania przez ustawodawcę gwarancji konstytucyjnych. Zwrócił na to uwagę Trybunał Konstytucyjny wskazując, że konstytucyjne pojęcie pracownika obejmuje „*wszystkie osoby, które – po pierwsze – wykonują określoną pracę zarobkową, po drugie, pozostają w stosunku prawnym z podmiotem, na rzecz którego ją świadczą, oraz – po trzecie – mają takie interesy zawodowe związane z wykonywaniem pracy, które mogą być grupowo chronione*” (4). Konstytucja nie wyklucza tym samym prawa do strajku dla osób niebędących pracownikami w rozumieniu Kodeksu pracy, zaś brak wyraźnego zagwarantowania w ustawie prawa do strajku dla powyższej kategorii osób został wręcz poddany krytyce w literaturze (5).

Trybunał Konstytucyjny uznał za niezgodny z art. 59 ust. 1 w związku z art. 12 Konstytucji art. 2 ust. 1 u.z.z. w zakresie, w jakim ogranicza wolność tworzenia i wstępowania do związków zawodowych osobom wykonującym pracę zarobkową niewymienionym w tym przepisie (6), w szczególności na podstawie różnego rodzaju



umów cywilnoprawnych. Przepis ten zaś, ze względu na treść art. 6 u.r.s.z., wyznacza również krąg osób, do których znajduje zastosowanie ustawa o rozwiązywaniu sporów zbiorowych i możliwość uczestnictwa w strajku pracowniczym organizowanym przez związek zawodowy. Skoro lekarze wykonujący zawód w ramach indywidualnej praktyki lekarskiej w zakładzie leczniczym na podstawie umowy z podmiotem leczniczym prowadzącym ten zakład, a zatem w oparciu o umowę cywilnoprawną, wykonują pracę zarobkową i pozostają w stosunku prawnym z podmiotem, na rzecz którego ją świadczą, to należy uznać, że mają równocześnie uprawnienie do wstępowania do związków zawodowych, a tym samym także do uczestniczenia w strajkach pracowniczych organizowanych przez te związki. W konsekwencji należałoby przyjąć, że lekarze niezatrudnieni na podstawie umowy o pracę, ale wykonujący pracę zarobkową na podstawie umowy cywilnoprawnej z podmiotem leczniczym mogą korzystać z prawa do strajku w ramach organizowanego przez związek zawodowy strajku pracowniczego (7).

Po drugie, z art. 59 ust. 3 Konstytucji wynika, że ustawodawca może, ze względu na dobro publiczne, ograniczyć prowadzenie strajku lub zakazać go w odniesieniu do określonych kategorii pracowników lub w określonych dziedzinach. Należy podkreślić, że ustawa o rozwiązywaniu sporów zbiorowych nie zawiera postanowienia, które wprost wykluczałoby uczestnictwo lekarzy jako grupy zawodowej w strajku pracowniczym (8). Niemniej ustawodawca wprost wskazał, że niedopuszczalne jest zaprzestanie pracy w wyniku akcji strajkowych na stanowiskach pracy, urządzeniach i instalacjach, na których zaniechanie pracy zagraża m. in. życiu i zdrowiu ludzkiemu (9).

Nie ulega wątpliwości, że odstąpienie przez lekarza od wykonywania pracy, a zatem udzielania świadczeń zdrowotnych pacjentom, może prowadzić do zagrożenia dla ich życia lub zdrowia. Z tego względu prezentowany jest pogląd, że strajk lekarzy w podmiocie leczniczym, połączony z tzw. odejściem od łóżek, jest działaniem bezprawnym (10). Wydaje się jednak, że tak ogólna teza stanowi zbyt uproszczenie problematyki dopuszczalności strajku lekarzy.

Przed wszystkim należy odróżnić od siebie dwie sytuacje. Pierwsza obejmuje te wypadki, w których pomiędzy podmiotem leczniczym a pacjentem doszło już do nawiązania relacji podmiot leczniczy – pacjent, a zatem kiedy pacjent został już przyjęty do podmiotu udzielającego świadczeń w rodzaju stacjonarne i całonocne świadczenia zdrowotne (np. szpitala) lub też został ustalony termin udzielenia świadczenia – czy to w trybie stacjonarnym, czy ambulatoryjnym. Druga z kolei obejmuje te przypadki, w których strajk pracowniczy miałby prowadzić podmiot leczniczy pozostający w gotowości do przyjęcia pacjentów, jednak aktualnie niesprawiający opieki nad żadnym z nich.

W pierwszej sytuacji rzeczywiście zaniechanie przyjęcia pacjenta na umówioną wizytę czy też tzw. odejście od łóżek pacjentów znajdujących się w szpitalu może rodzić poważne niebezpieczeństwo dla ich życia i zdrowia. Niemniej, jak trafnie zwraca się uwagę w literaturze, w podmiotach leczniczych lekarze wykonują pracę na różnych stanowiskach i nie na każdym z nich zaprzestanie jej świadczenia łączy się z „zagrożeniem dla życia lub zdrowia pacjentów”. Istotne znaczenie ma również liczba osób uczestniczących w strajku pracowniczym, bowiem w przypadku zapewnienia pacjentom tzw. usług minimalnych w zakresie uniknięcia zagrożenia dla ich życia i zdrowia dopuszczalne wydaje się uczestnictwo w strajku pracowniczym części personelu medycznego, gdyż dopiero przekroczenie pewnej liczby osób powstrzymujących się od wykonywania pracy w podmiocie leczniczym może powodować zagrożenie dla życia lub zdrowia ludzkiego (12).

W związku z powyższym ocenę dopuszczalności strajku pracowniczego w podmiotach leczniczych sprawujących aktualnie opiekę medyczną nad pacjentami należy zawsze oceniać *in concreto*, biorąc pod uwagę m.in. rodzaj stanowisk pracy, na których planowane jest zaprzestanie pracy, liczbę personelu medycznego uczestniczącego w strajku, a także stan zdrowia pacjentów i rodzaj świadczeń zdrowotnych, których wykonanie miałoby zostać zaniechane, oraz zastosowane formy akcji strajkowej (13). Analiza powyższych kryteriów może prowadzić do wniosku, że – ze względu na konieczność zapewnienia pacjentom tzw. usług minimalnych w zakresie uniknięcia zagrożenia dla ich życia lub zdrowia – w strajku pracowniczym w danym podmiocie leczniczym może uczestniczyć tylko kilka osób (lub nawet tylko jedna osoba) na ściśle określonych stanowiskach albo że strajk w ogóle może być niedopuszczalny w danym podmiocie leczniczym.

Trudniejsza do oceny jest druga sytuacja, czyli podjęcie strajku pracowniczego przez personel medyczny podmiotu leczniczego, który pozostaje w gotowości do przyjęcia pacjentów, ale aktualnie nie sprawuje opieki nad żadnym z nich. Abstrahując od tego, że powyższa sytuacja będzie niezwykle rzadka, należy zwrócić uwagę, że teoretycznie wydaje się dopuszczalne zaprzestanie pracy przez personel medyczny takiej placówki w ramach strajku pracowniczego w przypadku wcześniejszego poinformowania pacjentów o tym fakcie, w celu umożliwienia im z wyprzedzeniem wyboru innego podmiotu leczniczego. Niemniej obowiązkiem

państwa, szczególnie w zakresie ochrony życia ludzkiego, jest stworzenie systemu pomocy medycznej, w ramach którego każdy pacjent, którego życie jest zagrożone, będzie miał możliwość rzeczywistego uzyskania w każdej sytuacji adekwatnej pomocy (14). System ten, w szczególności w ramach ratownictwa medycznego, oparty jest właśnie na funkcjonowaniu placówek me-

dycznych pozostających w gotowości do przyjęcia pacjentów, zaś zaprzestanie udzielania świadczeń zdrowotnych choćby w jednej z nich, także na skutek zapowiedzianego strajku pracowniczego, może uniemożliwić pacjentom uzyskanie rzeczywistej pomocy w odpowiednim czasie w sytuacji nagłego zagrożenia zdrowotnego.

W związku z powyższym należy uznać, że dopuszczalność strajku pracowniczego w podmiotach leczniczych pozostających w gotowości do przyjęcia pacjentów, ale aktualnie niesprawujących opieki nad nimi, również należy oceniać *in concreto*, biorąc pod uwagę przede wszystkim charakter danego podmiotu. Niedopuszczalne wydaje się podjęcie strajku przez cały personel medyczny jednostek systemu ratownictwa medycznego, także w przypadku uprzedniego poinformowania pacjentów o planowanej akcji protestacyjnej, bowiem jednostki te muszą pozostawać w ciągłej gotowości na przyjęcie pacjentów, w celu udzielenia im pomocy w stanach nagłych. Ze względu na sposób organizacji systemu ratownictwa medycznego zaprzestanie pracy w takich jednostkach przez cały personel medyczny z powodu strajku pracowniczego zagraża życiu lub zdrowiu ludzkiemu, co w świetle art. 19 ust. 1 u.r.s.z. wyklucza możliwość prowadzenia tego rodzaju akcji protestacyjnej. Wydaje się jednak, że strajk pracowniczy jako taki jest dopuszczalny w jednostkach systemu ratownictwa medycznego na ogólnych zasadach, a zatem w razie zapewnienia pacjentom, a przede wszystkim potencjalnym pacjentom będącym w stanie nagłym, adekwatnej pomocy medycznej.

Prawo do strajku może pozostawać w kolizji z prawami i wolnościami innych osób. Już sama Konstytucja wskazuje, że prawo to nie ma charakteru absolutnego, bowiem realizowane jest wyłącznie w granicach określonych przez ustawodawcę i może być ograniczone ze względu na dobro publiczne. W wypadku strajku lekarzy zachodzi typowy przykład kolizji interesów prawnie chronionych – z jednej strony lekarzy, z drugiej strony pacjentów. Realizacja przez lekarzy prawa do strajku może prowadzić do kolizji przede wszystkim z prawami pacjenta do ochrony życia i zdrowia, a zatem z szeroko rozumianym prawem do uzyskania świadczeń zdrowotnych (15). Ustawodawca na gruncie art. 19 ust. 1 u.r.s.z. wyraźnie wskazuje, że w konflikcie między prawem do strajku a prawem do ochrony życia i zdrowia ludzkiego wyraźnie preferuje ochronę drugiego z tych praw, wykluczając możliwość uczestnictwa pracowników w strajku, jeżeli zagrażałoby to życiu i zdrowiu ludzkiemu.

Powyższy sposób rozwiązania konfliktu między prawem do strajku pracownika a prawem do ochrony życia lub zdrowia każdego człowieka oraz wyraźne rozstrzygnięcie tego konfliktu na korzyść ochrony życia i zdrowia ludzkiego objawia się w sposób szczególny w przypadku lekarzy, na których ustawowo został nałożony obowiązek udzielenia pomocy każdej osobie znajdującej się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. Nie budzi

bowiem wątpliwości, że lekarz znajdujący się w miejscu pracy, lecz niewykonujący jej ze względu na udział w strajku pracowniczym, pozostaje mimo to zobowiązany do udzielenia niezwłocznej pomocy lekarskiej każdej osobie znajdującej się w stanie niebezpieczeństwa utraty życia, ciężkiego uszczerbku na zdrowiu lub w innych przypadkach niecierpiących zwłoki (16). Uchylenie się od obowiązku pracowniczego nie może bowiem prowadzić do uchylenia się również od obowiązku ustawowego, nałożonego na osoby wykonujące określony zawód (17). Nieudzielenie pomocy medycznej pacjentowi znajdującemu się w stanie nagłym, nawet w przypadku uczestnictwa w legalnym strajku, może tym samym prowadzić do odpowiedzialności zawodowej, cywilnej lub karnej lekarza (18).

Prawa do ochrony życia i zdrowia nie są jedynymi prawami, które mogą pozostawać w konflikcie z prawem do strajku lekarza. Warto w tym kontekście zwrócić uwagę na protest lekarzy zrzeszonych w Federacji Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia Porozumienie Zielonogórskie, który miał miejsce na przełomie 2015 i 2016 r. Nie był to strajk pracowniczy w ścisłym znaczeniu, aczkolwiek identyczny problem kolizji różnych interesów, jaki wówczas wystąpił, może zaistnieć także w przypadku typowego strajku pracowniczego. Warto zatem przypomnieć, że uczestnictwo lekarzy w tym proteście, którego tłem było m. in. niepodpisanie przez część świadczeniodawców umów z Narodowym Funduszem Zdrowia o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna, prowadziło – w niektórych przypadkach – do zaprzestania udzielania świadczeń zdrowotnych w określonych dniach przez określone podmioty lecznicze. Okazało się, że zamknięcie podmiotów leczniczych m. in. ograniczyło pacjentom dostęp do dokumentacji medycznej, co stało się podstawą wszczęcia przez Rzecznika Praw Pacjenta postępowań w sprawie uznania praktyk za naruszające zbiorowe prawa pacjentów.

W opisanej sytuacji konieczne stało się rozstrzygnięcie konfliktu pomiędzy szeroko rozumianym prawem lekarzy do protestu a prawem pacjentów do dostępu do dokumentacji medycznej. Sądy administracyjne zwróciły uwagę, że prawo do dostępu do dokumentacji medycznej jest ściśle związane m. in. z ochroną życia i zdrowia pacjentów, a ochrona tych wartości – jak zostało wyżej wskazane – ma pierwszeństwo przed realizacją przez pracowników prawa do strajku. WSA w Warszawie wprost stwierdził, że *„realizacja prawa pacjenta dostępu do dokumentacji medycznej nie może być w żaden sposób ograniczona bądź utrudniona przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych, także w sytuacji zaprzestania udzielania świadczeń zdrowotnych w wyniku uczestniczenia w legalnej akcji protestacyjnej. Konieczność bezwzględnego, rygorystycznego przestrzegania tego prawa pacjenta wynika stąd, że służy ono nie tylko ochronie zdrowia,*



ale często może decydować o ochronie życia, np. w sytuacji nagłej operacji czy konieczności kontynuowania ściśle określonego leczenia, wyłącznie w oparciu o dane z dokumentacji medycznej”. W podobnym kierunku NSA podkreślił, że „zaprzestanie udzielania świadczeń zdrowotnych nie może wiązać się z wyłączeniem dostępu do dokumentacji medycznej, skoro takie prawo zostało przyznane, a ma ono podstawowe znaczenie dla ochrony życia i zdrowia, których ochrona jest gwarantowana w Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej” (20).

W konsekwencji NSA uznał, że zamknięcie w określonych dniach podmiotu leczniczego wymagało podjęcia działań organizacyjnych, które gwarantowały dostęp pacjentów do dokumentacji medycznej (21). Realizacja przez lekarzy prawa do protestu (lub analogicznie – strajku pracowniczego) nie może bowiem stanowić podstawy do uchylecia się przez lekarzy i innych pracowników ochrony zdrowia od ustawowego obowiązku przestrzegania praw pacjenta, a przede wszystkim tych z nich, których realizacja ma znaczenie dla ochrony życia i zdrowia ludzkiego. W tym kierunku NSA stwierdził, że należy dać pierwszeństwo ochronie zdrowia i życia człowieka, a nie swobodzie działalności gospodarczej (22) czy też organizacyjnej trudności w sprawnym zapewnieniu dostępu do dokumentacji medycznej przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych (23).

Niemniej może powstać pytanie, czy obowiązek realizacji przez lekarza wszystkich praw pacjenta wyprzedza jego prawo do strajku (lub szerzej – protestu). Niewątpliwie pierwszeństwo w powyższym konflikcie należy przyznać tym wszystkim prawom pacjenta, które mają znaczenie dla ochrony jego życia lub zdrowia, a zatem np. prawo do informacji czy też wspomnianemu prawu do dostępu do dokumentacji medycznej. Problematyczna jest jednak ocena konfliktu między prawem lekarza do strajku a realizacją przez pacjenta praw niezwiązanych z ochroną jego życia i zdrowia, np. prawa do przechowywania rzeczy wartościowych w depozycie. Wydaje się jednak, że ze względu na ich ustawowy charakter, a jednocześnie ustawowy obowiązek osób wykonujących zawody medyczne realizacji wszystkich praw pacjenta, niedopuszczalne byłoby przyznanie pierwszeństwa w powyższej sytuacji prawu lekarza do strajku.

#### PRZYPISY:

- 1) Por. art. 2 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 – Kodeks pracy (Dz. U. z 2014 r., poz. 1502, ze zm.).
- 2) Dz. U. z 2015 r., poz. 295, ze zm.; dalej: u.r.s.z.
- 3) Por. art. 6 u.r.s.z. i art. 2 Ustawy z dnia 23 maja 1991 r. o związkach zawodowych (Dz. U. z 2015 r., poz. 1881; dalej: u.z.z.).
- 4) Wyrok TK z 2 czerwca 2015 r., sygn. K 1/13, OTK-ZU 2016, nr 6A, poz. 80.
- 5) Por. A. Sobczyk, J. Zagrobelny (w:) M. Safjan, L. Bosek (red.), Konstytucja RP, Tom I, Komentarz. Art. 1 -86, Warszawa 2016, s. 1 401.
- 6) Por. wyrok TK z 2 czerwca 2015 r., sygn. K 1/13.

7) Por. M. Kurzynoga, Kwestia prawa lekarzy do strajku, *Praca i Zabezpieczenie Społeczne* 2012, nr 5, s. 23.

8) Por. art. 19 ust. 2 i 3 u.r.s.z.

9) Por. art. 19 ust. 1 u.r.s.z.

10) Por. A. Zoll, Obowiązek udzielenia pomocy lekarskiej a prawo lekarza do strajku, *Prawo i Medycyna* 2008, nr 1, s. 11–12

11) Por. M. Kurzynoga, *Kwestia...*, s. 20.

12) Por. M. Kurzynoga, Sytuacja lekarza jako podmiotu prawa pracy ze szczególnym uwzględnieniem prawa lekarza do strajku w kontekście obowiązku udzielania przez niego świadczeń zdrowotnych [w:] A. Białek, T. Sroka (red.), *Kiedy lekarz mówi „nie”*, czyli prawne aspekty odmowy udzielenia świadczenia zdrowotnego. Publikacja pokonferencyjna, Kraków 2015, s. 76–77.

13) Por. M. Kurzynoga, *Kwestia...*, s. 21. Zdaniem Autorki np., dopuszczalne wydaje się odwoływanie w czasie strajku zaplanowanych zabiegów medycznych służących poprawie, a nie ratowaniu zdrowia”.

14) Por. T. Sroka (w.), M. Safjan, L. Bosek (red.), *Konstytucja RP...*, s. 948.

15) Por. A. Zoll, *Obowiązek...*, s. 6.

16) Por. art. 30 Ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz. U. z 2015 r.: poz. 464, ze zm.) oraz A. Zoll, *Obowiązek...*, s. 12–13; M. Żelichowski, Przypadek niecierpiący zwłoki a strajk lekarzy, *Medycyna Praktyczna* 2007, nr 1; E. Zatyka, *Lekarski obowiązek udzielenia pomocy*, Warszawa 2011, s. 123.

17) Por. M. Żelichowski, *Przypadek...*

18) O obowiązkach lekarza niezgłaszającego się w ogóle do pracy ze względu na strajk oraz osoby odpowiedzialnej za organizację pracy w podmiocie leczniczym – por. A. Zoll, *Obowiązek...*, 5.10–11.

19) Wyrok WSA w Warszawie z 28 października 2015 r., VII SA/Wa 1565/15 – wszystkie orzeczenia sądów administracyjnych pochodzą z Centralnej Bazy Orzeczeń Sądów Administracyjnych, [Orzeczenia.nsa.gov.pl](http://Orzeczenia.nsa.gov.pl).

20) Wyrok NSA z 12 maja 2016 r., II OSK 116/16. NSA również, odnosząc się do zarzutu naruszenia art. 2 Konstytucji, stwierdził, że „nie można wywodzić naruszenia reguł demokratycznego państwa prawnego z dopuszczalności naruszenia elementarnych praw człowieka – prawa do ochrony życia i zdrowia. Trudności organizacyjne nie stanowią wartości, która ma pierwszeństwo przed ochroną elementarnych praw człowieka” – por. wyroki NSA z: 9 lutego 2016 r., II OSK 2843/15; 22 lipca 2016 r., II OSK 855/16.

21) Por. wyroki NSA z: 9 lutego 2016 r., II OSK 2843/15; 19 kwietnia 2016 r., II OSK 2960/15.

22) Por. wyroki NSA z: 11 lutego 2016 r., II OSK 3047/15; 12 maja 2016 r., II OSK 116/16.

23) Por. wyrok NSA z 12 maja 2016 r., II OSK 25/16. Sądy administracyjne zwróciły uwagę, że „przychodnia lekarska to nie jest typowy podmiot gospodarczy o charakterze biznesowym, który w dowolnym momencie można zamknąć. W przypadku podmiotu gospodarczego będącego podmiotem leczniczym należy mieć na uwadze, że w czasie gdy jest zamknięty nadal istnieją obowiązki wobec aktualnych lub byłych pacjentów – do których należy między innymi udostępnianie dokumentacji medycznej. A zatem, należy tak zorganizować działalność, jej zakończenie, czy też choćby chwilowe zamknięcie, żeby pacjenci mogli mieć dostęp do swojej dokumentacji medycznej. Jakikolwiek działanie podmiotu leczniczego uniemożliwiające pełny dostęp do wskazanej dokumentacji (a nie jedynie za pomocą skrzynki pocztowej lub poprzez kontakt telefoniczny) jest działaniem naruszającym zbiorowe prawa pacjentów” – por. wyrok WSA w Warszawie z 16 września 2015 r., sygn. VII SA/Wa 1295/15. Podobnie np.: wyroki WSA w Warszawie z: 23 września 2015 r. VII SA/Wa 1417/15; 20 października 2015 r. VII SA/Wa 1281/15.

*Dr Tomasz SROKA*

**Autor** jest adiunktem w Katedrze Prawa Karnego (Zakładzie Bioetyki i Prawa Medycznego) na Wydziale Prawa i Administracji Uniwersytetu Jagiellońskiego.

(przedruk z „Medium” nr 10/16)

# PRZYMUS BEZPOŚREDNI WOBEC PACJENTÓW HOSPITALIZOWANYCH NA ODDZIAŁACH NIEPSYCHIATRYCZNYCH

Problem stosowania przymusu bezpośredniego wobec pacjentów niehospitalizowanych w szpitalach psychiatrycznych [1] (co z prawnego punktu widzenia jest klarownie uregulowane) jest ważkim zagadnieniem praktycznym. Z przypadkami unieruchamiania pacjentów, jako jednej z form przymusu bezpośredniego spotykamy się relatywnie często na oddziałach neurologii, chorób wewnętrznych czy na szpitalnych oddziałach ratunkowych. Powodem są najczęściej stany splątania pacjentów lub akty samoagresji. Mimo, iż podstawowym celem stosowania przymusu bezpośredniego jest dobro pacjenta, względnie otoczenia, prawna ocena takich zachowań nie jest jednak oczywista, o czym świadczą rozbieżne stanowiska Rzecznika Praw Pacjenta [2] oraz Ministerstwa Zdrowia.[3]

Po pierwsze, należy zwrócić uwagę, że ustawa o ochronie zdrowia psychicznego stanowi o stosowaniu przymusu bezpośredniego wobec osób z zaburzeniami psychicznymi „*przy wykonywaniu czynności przewidzianych w ustawie*” (**vide** art. 18 ust. 1 ustawy) – w naszej ocenie chodzi tu tylko o przyjęcie do szpitala psychiatrycznego, przymusową obserwację psychiatryczną, badanie psychiatryczne, hospitalizację na oddziale lub w szpitalu psychiatrycznym. Nie są zaś czynnościami przewidzianymi w ustawie o ochronie zdrowia psychicznego czynności z zakresu udzielania świadczeń niepsychiatrycznych, np. leczenie na neurologii, internie czy kardiologii. Już z tego powodu można uznać, że dopuszczalność stosowania przymusu bezpośredniego z powołaniem się na ustawę o ochronie zdrowia psychicznego jest dyskusyjna.

Ministerstwo Zdrowia stoi jednak na stanowisku, że w świetle obowiązujących przepisów możliwe jest stosowanie przymusu bezpośredniego wobec pacjentów leczonych w innych, niż szpitale psychiatryczne, podmiotach prowadzących działalność leczniczą, jeżeli osoby te wykazują zaburzenia psychiczne.

## Interpretacja pojęcia „zaburzenie psychiczne”

Nawet gdyby uznać za dopuszczalne wyżej zaprezentowane stanowisko, aktualizuje się problem interpretacji pojęcia „zaburzenia psychiczne”. Czy, przykładowo, pacjent, który trafia na SOR jest pod wpływem alkoholu, awanturuje się, nie dokonuje samookaleczenia, aczkolwiek grozi innym pacjentom i personelowi, jest osobą z zaburzeniami psychicznymi?

W piśmiennictwie wskazuje się, że „*warunkiem uznania przez ustawę osoby z innymi zakłóceniami czynności psychicznych za osobę z zaburzeniami psychicznymi*

*mi jest wpływ tychże zakłóceń czynności psychicznych na funkcjonowanie osoby w taki sposób, że wymaga ona świadczeń zdrowotnych (np. ambulatoryjna opieka psychiatryczna, psychologiczna, hospitalizacje, oddziały dzienne) lub innych form pomocy (warsztaty terapii zajęciowej, pomoc socjalna, opieka pielęgnarska bądź socjalna, rehabilitacja psychiatryczna, przystosowanie do życia w społeczeństwie) w stopniu umożliwiającym funkcjonowanie rodzinne i społeczne*”. [4] W tym kontekście należy stwierdzić, że przemijające zaburzenia w logicznym myśleniu lub panowaniu nad emocjami na skutek upojenia alkoholowego niekoniecznie muszą być zakłóceniami psychicznymi w rozumieniu ustawy, albowiem trudno uznać, że zawsze pacjent taki wymaga udzielenia mu świadczeń zdrowotnych. Nie sposób jednak stracić z pola widzenia faktu, iż „*zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem alkoholu*” są jednostką w ramach ICD-10 (F.10).

Pomimo licznych wątpliwości, nawet gdyby uznać, że w przepisach brak jest upoważnienia do stosowania przymusu bezpośredniego na oddziałach „szpitali ogólnych” oraz że definicję osoby z zaburzeniami psychicznymi należy rozumieć wąsko, w naszej ocenie **lekarz stosujący przymus bezpośredni, naruszając nietykalkość cielesną pacjenta i jego wolność, może jednak skutecznie próbować uwolnić się od odpowiedzialności, powołując się na stan wyższej konieczności**, a zatem argumentując, iż co prawda naruszył dobra osobiste pacjenta, lecz uczynił to w celu ratowania jego (względnie innych osób) życia i zdrowia.

## Jak należy zastosować przymus bezpośredni

Równie ważnym problemem jak sama możliwość zastosowania przymusu bezpośredniego jest jego należyte przeprowadzenie. Zaniechania w tym względzie mogą bowiem stanowić źródło odpowiedzialności personelu medycznego, co obrazuje następujący przypadek.

Pacjent został przyjęty do szpitala w stanie zatrucia lekami i alkoholem. Był pobudzony i agresywny, wobec czego personel medyczny zastosował przymus poprzez przywiązanie go pasami do ram łóżka. Unieruchomienie trwało przez ponad 34 godziny, wkrótce potem zaobserwowano niedowład i brak czucia w rękach. Sprawa trafiła do sądu cywilnego, który orzekł, iż personel medyczny ponosi odpowiedzialność za rozstrój zdrowia pacjenta, albowiem unieruchomienie było nieprawidłowe oraz brak było należytego nad nim nadzoru. Co istotne, sąd uznał, że pacjent nie przyczynił się do



## WOBEC KOGO I KIEDY?

Stosowanie przymusu bezpośredniego wobec pacjenta jest uregulowane w ustawie z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego. Zgodnie z art. 18 tejże ustawy jego stosowanie jest możliwe tylko wobec osoby z zaburzeniami psychicznymi. Kim jest taka osoba? Zgodnie z definicją ustawową jest to osoba:

1. chora psychicznie (wykazująca zaburzenia psychotyczne),
2. upośledzona umysłowo,
3. wykazująca inne zakłócenia czynności psychicznych, które zgodnie ze stanem wiedzy medycznej zaliczane są do zaburzeń psychicznych, a osoba ta wymaga świadczeń zdrowotnych lub innych form pomocy i opieki niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym lub społecznym (vide art. 3 pkt 1 ustawy).

Dalej, stosowanie przymusu bezpośredniego może nastąpić tylko w konkretnych sytuacjach – chodzi tu o przypadki, gdy pacjenci dopuszczają się zamachu przeciwko:

- życiu bądź zdrowiu własnemu albo innej osoby lub
- bezpieczeństwu powszechnemu, lub
- w sposób gwałtowny niszczą bądź uszkadzają przedmioty znajdujące się w ich otoczeniu, lub
- poważnie zakłócają czy też uniemożliwiają funkcjonowanie podmiotu leczniczego udzielającego świadczenia zdrowotnego w zakresie psychiatrycznej opieki zdrowotnej lub jednostki organizacyjnej pomocy społecznej.

powstania szkody, albowiem sam fakt, że wprowadził się w stan upojenia alkoholowego i zatrucia lekami nie stanowi usprawiedliwienia dla niewłaściwego postępowania personelu medycznego. Na rzecz pacjenta zasądono 100 tys. zł zadośćuczynienia (wyrok Sądu Okręgowego w Słupsku z dnia 15 grudnia 2011 r., sygn. akt IC 220/08, oraz Sądu Apelacyjnego w Gdańsku z dnia 27 marca 2012 r., sygn. akt VACa 313/12).

Przypomnijmy – zasady stosowania przymusu bezpośredniego są uregulowane w rozporządzeniu ministra zdrowia z 28 czerwca 2012 r. w sprawie sposobu stosowania i dokumentowania zastosowania przymusu bezpośredniego oraz dokonywania oceny zasadności jego zastosowania. Jest to rozporządzenie wykonawcze do ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, a zatem wobec uznania, że przymus bezpośredni opisany w tejże ustawie stosuje się tylko do pacjentów szpitali psychiatrycznych, sięganie do tejże regulacji może wydawać się bezcelowe. W naszej jednak ocenie rozporządzenie to określa pewien dobry i standard postępowania, gdy chodzi o stosowanie przymusu bezpośredniego, zatem sięganie do niego przy ocenie prawidłowości postępowania lekarskiego, względnie personelu pomocniczego, będzie uzasadnione, jeśli mówimy o stosowaniu przymusu poza szpitalami psychiatrycznymi w rozumieniu ustawy.

Szczególne uwagę należy zwrócić na obowiązek sprawdzania stanu fizycznego osoby unieruchomionej lub izolowanej nie rzadziej, niż co 15 minut, również w czasie jej snu. Co równie istotne, przymus bezpośredni w for-

mie unieruchomienia winien być stosowany w pomieszczeniu jednoosobowym, zaś w przypadku braku takiej możliwości w sposób umożliwiający oddzielenie tej osoby od innych, przebywających w tym samym pomieszczeniu oraz zapewniający poszanowanie jej godności i intymności, w szczególności przy wykonywaniu zabiegów pielęgnacyjnych. W tym kontekście stosowanie parawanów wydaje się minimalnym standardem.

### PIŚMIENNICTWO:

1) W rozumieniu ustawy o ochronie zdrowia psychicznego za szpital psychiatryczny uznaje się również oddział psychiatryczny w szpitalu ogólnym, klinikę psychiatryczną, sanatorium dla osób z zaburzeniami psychicznymi, inne przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, sprawującego całodobową opiekę psychiatryczną lub odwykową, niezależnie od podmiotu, który je tworzy i utrzymuje.

2) Wystąpienie Rzecznika Praw Pacjenta do ministra zdrowia – pismo z dnia 7 maja 2012 r. (znak RzPP-ZZP-073-3-3/BW/12).

3) Pismo Ministerstwa Zdrowia z dnia 31 maja 2012 r. (znak MZ-ZPP-073-23541-1/AB/12) do Rzecznika Praw Pacjenta.

4) K. Bobińska, K. Z. Eichstaedt, P. Gałęcki, Komentarz do ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, System Informacji Prawnej LEX, stan na maj 2015.

*Dr n. praw. Paweł BRZEZICKI*  
*Adwokat, specjalista prawa medycznego*  
*i farmaceutycznego*

*Lek. med. Wojciech OSSOWSKI*  
*Specjalista medycyny ratunkowej, chirurg*

(przedruk z „Medical Tribune” nr 12/15)

# PACJENTA NIE MOŻNA WYWOŁYWAĆ PO NAZWISKU

Wywoływanie po nazwisku pacjentów czekających na wizytę u lekarza nie powinno mieć miejsca. Takie praktyki są zresztą stosowane nie tylko w placówkach opieki zdrowotnej, ale też przez inne podmioty, m. in. policję, banki, pocztę. Są one niedozwolone, nie tylko bowiem prowadzą do ujawnienia danych osobowych, ale mogą być uznane za nieuzasadnione naruszenie prywatności, a niekiedy również dóbr osobistych osób.

Jest to szczególnie istotne w przypadku placówek opieki zdrowotnej, gdyż przetwarzają tego typu informacje, które chociażby pośrednio świadczyć mogą o stanie zdrowia pacjenta, a dane te należą do kategorii szczególnie chronionych. Zasady ich wykorzystywania szczegółowo określają zarówno przepisy branżowe regulujące działanie placówek medycznych, jak i przepisy ustawy o ochronie danych osobowych.

Tymczasem, jak wskazuje Andrzej Lewiński, zastępca generalnego inspektora ochrony danych osobowych (GIODO), możliwe jest wprowadzenie różnorodnych rozwiązań organizacyjnych, umożliwiających anonimizację pacjenta, który czeka na wizytę do lekarza. Chociażby poprzez przydzielenie mu w czasie rejestracji jakiegoś identyfikatora, np. numerka, po którym jest on wywoływany, o ile przewiduje to system organizacji pracy w danej placówce.

Na problem ten GIODO zwracał uwagę m. in. Rzecznikowi Praw Pacjenta, jak również wielokrotnie interweniował w sprawach indywidualnych.

(ns)

Źródło: [www.giodo.gov.pl](http://www.giodo.gov.pl)

(przedruk z „Panaceum” nr 4/16)

## ODESZLI OD NAS

### DR N. MED. STANISŁAW KNOPIŃSKI

W dniu 8 listopada 2016 zmarł dr n. med. Stanisław Knopiński wieloletni Dyrektor Szpitala Ginekologiczno-Położniczego im. dr Sergiusza Mossora w Opolu – wspaniały lekarz, ale przede wszystkim człowiek. Historia jego życia była niezwykła.

Jego młodość przypadła na okupację. Porwany zapalonymi patriotami bierze udział w oddziałach AK w walce z okupantem w Górach Świętokrzyskich, co stanowi niezwykle chlubny okres w jego życiu.

Po ukończeniu studiów medycznych trafia do Opola pod skrzydła niezwykle wymagającego dr Sergiusza Mossora dyrektora Szpitala Ginekologiczno-Położniczego, który podjął się śmiało, jak na tamte czasy, trudu budowy nowego szpitala. Po jego śmierci w roku 1962 cały trud kontynuowania budowy spadł na barki dr Knopińskiego. Z tego obowiązku wywiązał się znakomicie. Już w roku 1965 (budowa trwała tylko 7 lat) zostaje oddany do użytku pierwszy szpital wybudowany po wojnie w Opolu. Szpital posiadał cztery oddziały ginekologiczno-położnicze oraz nowoczesny

oddział neonatologiczny. Nowoczesne wyposażenie szpitala postawiło go w jednym szeregu z wieloma ośrodkami klinicznymi naszej specjalności. Otrzymał on imię dr Sergiusza Mossora, o czym informuje tablica umieszczona przy wejściu do Szpitala.

Poza działalnością stricte zawodową, należy podkreślić jego działalność szkoleniową i naukową.

Był wspaniałym operatorem. Pierwszy w naszym szpitalu wykonywał operację sposobem Wertheima w przypadkach raka szyjki macicy, która obecnie jest standardem w tych przypadkach, przy czym w czasie zabiegów operacyjnych, czasami o dramatycznym przebiegu nigdy się nie denerwował i wprowadzał atmosferę spokoju na sali operacyjnej.

Był prawdziwym mistrzem w prowadzeniu porodów zabiegowych w położnictwie: porodów kleszczowych i pomocy ręcznej, a na sercu leżało mu zawsze dobro dziecka i obniżanie umieralności okołoporodowej noworodków. Służyły temu comiesięczne tzw. „zebrania urazowe”, na których szczegółowo omawiano

takie przypadki i wyciągano wnioski na przyszłość. Dzięki temu systematycznie w naszym szpitalu zmniejszała się umieralność okołoporodowa noworodków, a nawet była najmniejsza od niektórych ośrodków klinicznych w Polsce.

Dr Knopiński pierwszy w naszym szpitalu wprowadził diagnostykę cytologiczną w profilaktyce raka szyjki macicy, która pozwoliła na wczesne rozpoznanie tych przypadków – stało się to obowiązującym kanonem postępowania i uratowano życie wielu kobietom.

Oczkiem w głowie dr Knopińskiego było szkolenie młodych kadr ginekologów i położników, których w tamtych czasach brakowało w Opolu i na Opolszczyźnie. Dzięki jego zaangażowaniu ponad trzydziestu lekarzy uzyskało I i II stopień specjalizacji z zakresu ginekologii i położnictwa. Można więc śmiało powiedzieć, że był prawdziwym twórcą opolskiej ginekologii i położnictwa.

Okres, w którym dr Knopiński sprawował wieloletnią funkcję Lekarza Naczelnego a zarazem ordynatora, to czasy niezwykłego rozwoju naukowego naszego szpitala. W tym okresie ponad 20 kolegów uzyskało tytuł doktora nauk medycznych, przy czym jednym z pierwszych był dr Knopiński. Ich dyplomy zajmują całą ścianę sali wykładowej budząc zainteresowanie i podziw wszystkich odwiedzających. Dwóch kolegów uzyskało tytuł doktora habilitowanego nauk medycznych, zaś ś. p. dr Stanisław Lembrych tytuł Profesora Belwederskiego. Takich sukcesów naukowych nie osiągnął żaden Szpital w Opolu.

Przez kilka kadencji dr Knopiński był przewodniczącym Opolskiego Oddziału Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego, biorąc aktywny udział w ogólnopolskich sympozjach i kongresach.

Był wieloletnim Dyrektorem Państwowej Szkoły Położnych, na bazie której powstała Państwowa Medyczna Wyższa Szkoła Zawodowa (która w przyszłym roku stanie się Wydziałem Lekarskim Uniwersytetu Opolskiego). Dr Knopiński, poza pracą zawodową, był również wielkim społecznikiem co w dzisiejszych czasach nieczęsto się zdarza. Przez kilka kadencji był radnym Miejskiej Rady Narodowej w Opolu, przy czym na sercu leżały mu sprawy służby zdrowia, w które szczególnie był zaangażowany. Był to szczególnie ważny okres,



ponieważ podejmowano plany budowy Wojewódzkiego Centrum Medycznego i Wojewódzkiego Szpitala Neuropsychiatrycznego.

W czasach dyrektorowania dr Knopińskiego w naszym szpitalu istniało prawdziwe życie koleżeńskie. Corocznie odbywał się „Bal ginekologów”, a każda uzyskana specjalizacja i tytuły naukowe związane były z towarzyskimi spotkaniami, których duszą był dr Knopiński.

Dr Knopiński działał aktywnie w strukturach Związku Żołnierzy AK, przy czym w spotkaniach koleżeńskich często wracał wspomnieniami do przeszłości z lat młodości i walk z okupantem.

Na zakończenie należy wspomnieć, że przed dwoma laty dr Barbara i Stanisław Knopiński z okazji 60-lecia pożycia małżeńskiego otrzymali w imieniu Prezydenta Rzeczypospolitej uroczyste dyplomy i medale. Dr Knopiński był odznaczony wieloma odznaczeniami resortowymi, regionalnymi i państwowymi – w tym Krzyżem Kawalerskim Orderu Odrodzenia Polski. Dr Knopiński przeżył 91 lat godnego i szlachetnego życia dlatego pamięć o nim powinna na zawsze pozostać w naszych myślach i sercach.

*Janusz KUBICKI*





– Gwarantuję ciekawe wykłady i dobre informacje, interesującą dyskusję oraz ogrom wiedzy i możliwość jej sprawdzenia – mówi dr hab. Piotr Leszczyński, prof. UMP, przewodniczący Komitetu Naukowego konferencji **Zdrowe Kości**. Podczas wydarzenia najlepsi specjaliści w dziedzinie chorób metabolicznych kości i osteoporozy z całej Polski podzielą się swoją wiedzą. Uczestnicy otrzymają punkty edukacyjne.

W poprzedniej edycji po raz pierwszy konferencji towarzyszyła interaktywna debata, w której wzięli udział eksperci chorób metabolicznych kości i osteoporozy. Tematem tej dyskusji były dwa odmienne leki pierwszego rzutu. Na końcu to uczestnicy konferencji zdecydowali w głosowaniu, który z leków jest najlepszym wyborem w codziennej praktyce. **UWAGA: PROMOCJA! Do 31 stycznia obowiązuje niższa opłata rejestracyjna!**

**Termin:** 3–4 marca 2017 r.

**Miejsce:** Poznań, IBB Andersia Hotel, pl. Andersa 3

**Kierownik naukowy:** dr hab. Piotr Leszczyński, prof. UMP

**Organizator:** Wydawnictwo Termedia

**Partnerstwo merytoryczne i nadzór naukowy:** Sekcja Chorób Metabolicznych Kości i Osteoporozy Polskiego Towarzystwa Reumatologicznego, Katedra Reumatologii i Rehabilitacji Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Oddział Reumatologii i Osteoporozy Szpitala im. J. Strusia w Poznaniu  
**Patronat Honorowy:** Fundacja JaTyMy

**Biuro organizacyjne:** Wydawnictwo Termedia, ul. Kleeberga 2, 61-615 Poznań, tel./faks +48 61 656 22 00, [szkolenia@termedia.pl](mailto:szkolenia@termedia.pl)

\* \* \*

Podczas przyszłorocznej konferencji **Trendy w reumatologii** zaprezentujemy najnowsze osiągnięcia z dziedziny reumatologii, które opisywano w renomowanych czasopismach naukowych w 2016 roku. Z wiedzy tej z pewnością skorzystają nie tylko lekarze zajmujący się na co dzień chorobami układu kostno-stawowego, lecz także lekarze innych specjalności. Do 19 stycznia obowiązują promocyjne opłaty!

**Termin:** 30–31 marca 2017 r.

**Miejsce:** Wrocław, Hotel IBIS STYLES, ul. Plac Konstytucji 3 Maja 3

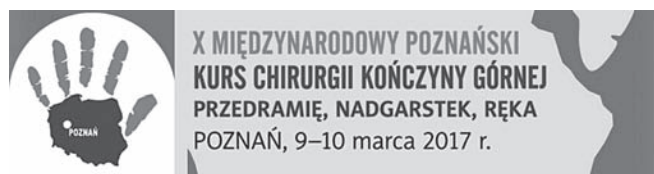
**Kierownik naukowy:** prof. dr hab. Piotr Wiland

**Organizator:** Wydawnictwo Termedia

**Partnerstwo merytoryczne i nadzór naukowy:** Katedra i Klinika Reumatologii i Chorób Wewnętrznych Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu oraz Oddział Dolnośląski Polskiego Towarzystwa Reumatologicznego

**Biuro organizacyjne:** Wydawnictwo Termedia ul. Kleeberga 2, 61-615 Poznań, tel./faks +48 61 656 22 00, [szkolenia@termedia.pl](mailto:szkolenia@termedia.pl)

\* \* \*



Szanowni Państwo!

Poznański Kurs stał się już tradycją. Tym razem to 10. „jubileuszowa” edycja. Jego ranga i jakość rośnie z roku na rok dzięki zainteresowaniu uczestników i staraniom Kliniki. Po raz kolejny zapraszamy uczestników i wykładowców z Polski i zagranicy do dzielenia się wiedzą. Tym razem Kurs będzie dotyczył problemów ręki a w szczególności uszkodzeń nerwów, poważnych urazów rąk z ubytkami tkanek czy też typowych złamań i zwichnięć. Dwie sesje zostaną poświęcone prostym procedurom wykonywanym endoskopowo lub metodą otwartą, w osobnym bloku omówimy problematykę przykurczu Dupuytren’a.

Program będzie zawierał sesje naukowe, sympozjum z sesją plakatową, warsztaty, sesję fizjoterapeutów. W przeddzień odbędzie się kurs kadawerowy z odrębną rejestracją. W przerwach na lunch odbędą się dodatkowe sesje proponowane przez wystawców. Uczestnicy wraz z certyfikatem otrzymają punkty edukacyjne.

Wieczorem po obradach spotykamy się w atmosferze Starego Miasta kontynuując dyskusje naukowe i zacieśniając zawodowe znajomości.

Jesteśmy przekonani, że kolejny kurs będzie naszym wspólnym sukcesem i wydarzeniem, na które będziecie Państwo wracać co rok.

Serdecznie zapraszamy do Poznania.

dr n. med. Piotr Czarnecki

prof. dr hab. n. med. Leszek Romanowski  
WYKŁADY W JĘZYKU ANGIELSKIM  
Termin: 9–11 marca 2017 r.

**Miejsce:** Poznań

**Partnerstwo merytoryczne i nadzór naukowy:** Katedra i Klinika Traumatologii, Ortopedii i Chirurgii Ręki Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

**Organizator:** Wydawnictwo Termedia

**Biuro organizacyjne:** Wydawnictwo Termedia, ul. Kleeberga 2, 61-615 Poznań, tel./faks +48 61 656 22 00, [szkolenia@termedia.pl](mailto:szkolenia@termedia.pl), [www.termedia.pl](http://www.termedia.pl)  
Uczestnicy wydarzenia otrzymają punkty edukacyjne.

\* \* \*

Okręgowa Izba Lekarska w Łodzi organizuje w dniach 31.III. – 1.IV 2017 r. **Mistrzostwach Polski Lekarzy w piłce siatkowej**. Zawody zostaną rozegrane w hali sportowej WOSIR w Wieluniu przy ul. Częstochowskiej 35.

Prawo startu w Mistrzostwach Polski Lekarzy mają tylko lekarze medycyny i lekarze stomatologii (dokument potwierdzający ukończenie uczelni lub prawo wykonywania zawodu – kserokopia).

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

Koszty organizacyjne pokrywa organizator. Koszty uczestnictwa (noclegi, wyżywienie, przejazdu) pokrywa uczestnik. Opłata startowa wynosi 700,00 zł PLN od zespołu, która należy wpłacić do 28.II.17 r. na konto: PKO BP SA I/O 95 1020 4564 0000 5102 0026 8482 z dopiskiem „siatkówka”

Zgłoszenia (nazwa zespołu, imienna lista zawodników, dokładny adres OIL, tel. osoby „kontaktowej” – kierownika zespołu) prosimy przesłać w nieprzekraczalnym terminie do 28.02.2017r. na adres: [bognakanicka@wp.pl](mailto:bognakanicka@wp.pl) (adres poczty elektronicznej jest chroniony przed robotami spazmującymi). W przeglądarce musi być włączona obsługa JavaScript, żeby go zobaczyć. i [m.rydz@hipokrates.org](mailto:m.rydz@hipokrates.org) (adres poczty elektronicznej jest chroniony przed robotami spazmującymi). W przeglądarce musi być włączona obsługa JavaScript, żeby go zobaczyć.

Zwycięzcy (I, II, III) otrzymają medale, okolicznościowe puchary. Wyróżnieni zawodnicy (atakujący, rozgrywający, Libero, MPV itp.) otrzymają nagrody rzeczowe. Wszyscy zawodnicy otrzymają pamiątkowe dyplomy.

Dodatkowych informacji udziela:

Bogna Kanicka tel. 604-94-74-86 [bognakanicka@wp.pl](mailto:bognakanicka@wp.pl) (adres poczty elektronicznej jest chroniony przed robotami spazmującymi). W przeglądarce musi być włączona obsługa JavaScript, żeby go zobaczyć.

Mirosław Kanicki tel. 602-516-139 [miewma@wp.pl](mailto:miewma@wp.pl) (adres poczty elektronicznej jest chroniony przed robotami spazmującymi). W przeglądarce musi być włączona obsługa JavaScript, żeby go zobaczyć.

\* \* \*

Nowoczesne Centrum Okulistyczne OKOKLI-NIK w Krapkowicach zatrudni lekarzy specjalistów okulistów (lub w trakcie specjalizacji). Oferujemy pracę w komfortowych warunkach w nowoczesnej placówce medycznej. Zainteresowanych prosimy o kontakt telefoniczny lub przesłanie CV na adres mailowy. Kontakt: mobile: 601-241-668, 662 311 658, e-mail: [sekretariat@cmdiamed.pl](mailto:sekretariat@cmdiamed.pl).

\* \* \*

SP ZOZ Kędzierzyn-Koźle zatrudni lekarzy specjalistów:

**w dziedzinie pediatrii** w Oddziale Pediatrii i Poradni Patologii Noworodka w wymiarze 2 etatów;

**w dziedzinie neonatologii** w Oddziale Neonatologii i Poradni Patologii w wymiarze 1 etatu;

**w dziedzinie laryngologii** w Poradni Laryngologicznej w wymiarze 1 etatu;

**w dziedzinie chirurgii ogólnej** w Oddziale Chirurgii Ogólnej w wymiarze 1 etatu (umowa o pracę lub kontrakt) oraz w zakresie pełnienia dyżurów (kontrakt).

Kontakt: 77/406-25-55.

\* \* \*

**Wrocławskie Centrum Rehabilitacji i Medycyny Sportowej Sp. z o.o.** poszukuje kandydatek/ów na stanowisko **Lekarza Rehabilitacji Medycznej**. Miejsce pracy: Wrocław.

Zadania osoby zatrudnionej na tym stanowisku będą polegały na: diagnostyce, leczeniu i kwalifikowaniu do rehabilitacji pacjentów we Wrocławskim Centrum Rehabilitacji i Medycyny Sportowej Sp. z o.o. oraz współpracę z innymi działami i spółkami funkcjonującymi w ramach Grupy Hasco.

Oczekiwania, jakie stawiamy wobec Kandydatów:

wykształcenie wyższe z prawem wykonywania zawodu lekarza medycyny,

specjalizacja w dziedzinie rehabilitacji medycznej,

doświadczenie w pracy na podobnym stanowisku,

doskonałe zdolności komunikacyjne, empatia połączona z umiejętnością zachowania asertywności,

dobra organizacja pracy oraz umiejętność pracy pod presją czasu,

wysoka kultura osobista.

Oferujemy:

możliwość stabilnego zatrudnienia, w oparciu o umowę o pracę, w rozwijającej się nowoczesnej placówce medycznej,

możliwość rozwoju zawodowego,

możliwość korzystania z bogatego pakietu socjalnego,

pomoc przy zmianie miejsca zamieszkania możliwość zapewnienia mieszkania oraz wsparcie przy w zakresie zatrudnienia członka najbliższej rodziny.

Zainteresowane osoby prosimy o przesłanie dokumentów aplikacyjnych z podaniem w tytule e-maila stanowi-

► ska „Lekarz Rehabilitacji Medycznej” na poniższy adres: [rekrutacja@hasco-lek.pl](mailto:rekrutacja@hasco-lek.pl)

Do przesyłanej oferty prosimy dołączyć oświadczenie: „Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Wrocławskie Centrum Rehabilitacji i Medycyny Sportowej Sp. z o.o. z siedzibą we Wrocławiu 51-609, ul. Chopina 5-7, danych osobowych zawartych w mojej ofercie pracy dla potrzeb niezbędnych do realizacji procesu rekrutacji oraz po jego zakończeniu (zgodnie z Ustawą z dn.

29.08.97 o ochronie danych osobowych – Dz. U. nr 133 poz. 883 z późn. zm.)”

Uprzejmie informujemy, że skontaktujemy się z wybranymi osobami.

\* \* \*

Lokal 80m<sup>2</sup>, gabinety lekarskie, gabinet stomatologiczny, kosmetyczny do wynajęcia lub sprzedaży. Opole ul. Luboszycka 4/2 tel. 606-855-813.

## OPOLSKA IZBA LEKARSKA

- **Biuro:** tel. 77/454-59-39, fax 77/454-67-09, [opole@hipokrates.org](mailto:opole@hipokrates.org)  
czynne: poniedziałek, wtorek, czwartek 7:30 – 15:30; środa 7:30 – 16:00; piątek 7:30 – 15:00
- **Rejestr Lekarzy:** [opole.rejestr@hipokrates.org](mailto:opole.rejestr@hipokrates.org)
- **Praktyki Prywatne:** [opole.praktyki@hipokrates.org](mailto:opole.praktyki@hipokrates.org)
- **Składki:** [opole.skladki@hipokrates.org](mailto:opole.skladki@hipokrates.org)
- **Administracja Biura Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej:** tel. 77/453-75-72; [opole.rzecznik@hipokrates.org](mailto:opole.rzecznik@hipokrates.org)
- **Administracja Biura Okręgowego Sądu Lekarskiego:** tel. 77/454-85-75; [opole.sad@hipokrates.org](mailto:opole.sad@hipokrates.org)



Fundacja Lekarze Lekarzom znajduje się w wykazie organizacji pożytku publicznego uprawnionych do otrzymania 1% podatku dochodowego od osób fizycznych za rok 2016.

Procedura przekazania 1% podatku jest wyjątkowo prosta, wystarczy że w składanym zeznaniu rocznym wskażemy organizację pożytku publicznego, którą chcemy wesprzeć. Należy tylko wpisać w konkretnej rubryce numer KRS oraz kwotę, jaką przekazujemy Fundacji.

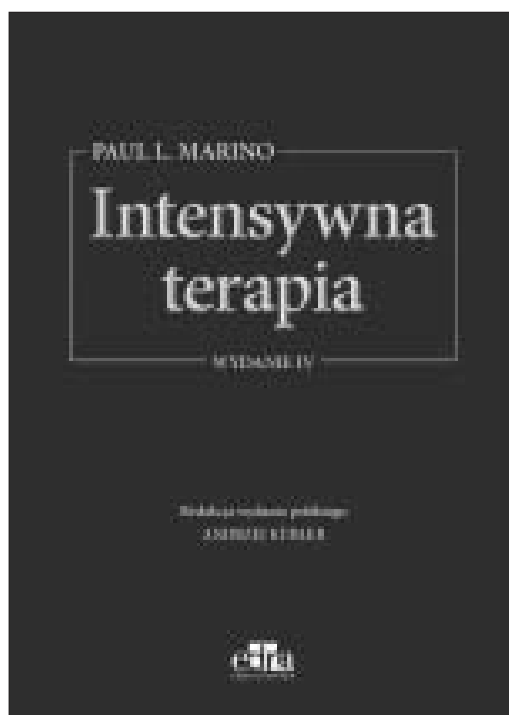
Prezes Fundacji  
Mariusz Janikowski

ul. Sobieskiego 110; 00-764 Warszawa  
e-mail: [fundacja@hipokrates.org](mailto:fundacja@hipokrates.org)  
[www.fll.nil.org.pl](http://www.fll.nil.org.pl)

**Nr KRS Fundacji Lekarze Lekarzom: 0000409693**  
**Przełącz 1% podatku Fundacji Lekarze Lekarzom**



Edra Urban & Partner Sp. z o.o. • 50-011 Wrocław, ul. Kościuszki 29 • Zamówienia: [ksiegarnia@edraurban.pl](mailto:ksiegarnia@edraurban.pl) •  
tel.: 42/680-44-09, fax: 42/680-44-86



## Intensywna terapia

P.L. Marino

wyd. IV, red. A. Kübler

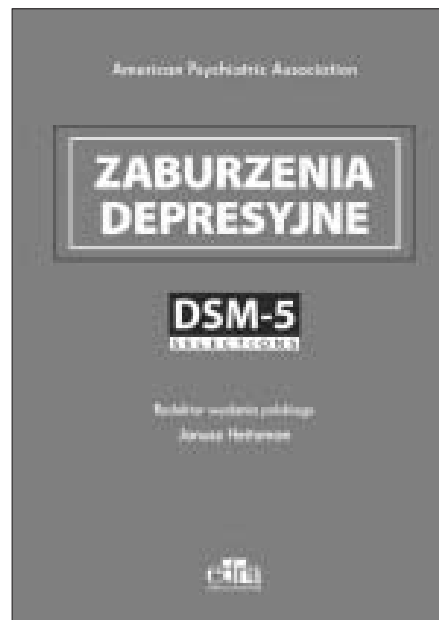
rok wydania: 2016

ISBN: 978-83-65625-09-0, format: 165 x 235, opr. broszurowa, 1120 stron, cena: 242.10 zł (538 EUP pkt)

Czwarte wydanie Intensywnej terapii wieńczy 23 lata obecności tego fundamentalnego tytułu na rynku wydawniczym. Obecna edycja jest kontynuacją pierwotnej idei dostarczenia czytelnikom podręcznika zawierającego podstawowe wiadomości i zasady postępowania przydatne na każdym oddziale intensywnej terapii dorosłych, niezależnie od jego specjalistycznego charakteru.

Większość rozdziałów niniejszego wydania została napisana od nowa, a piśmiennictwo uaktualnione. Na końcu każdego rozdziału dodano praktyczne wskazówki kliniczne. Książka zawiera 246 nowych ilustracji i 199 tabel oraz 5 nowych rozdziałów: rozdz. 1 Cewniki naczyniowe, rozdz. 4 Narażenia zawodowe, rozdz. 27 Alternatywne metody wentylacji mechanicznej, rozdz. 39 Zapalenie trzustki i niewydolność wątroby, rozdz. 55 Zatrucia substancjami nefarmakologicznymi.

\* \* \*



## Zaburzenia depresyjne. DSM-5. Selections

wyd. I, red. J. Heitzman

rok wydania: 2016

ISBN: 978-83-65625-12-0, format: 180 x 255, opr. broszurowa, 146 stron, cena: 71.11 zł (158 EUP pkt)

Zaburzenia depresyjne to kolejna pozycja z serii DSM-5 Selections, publikacji książkowych, z których każda jest poświęcona zaburzeniom opisanym całościowo w DSM-5® Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.

W niniejszej pozycji omówiono proces rozpoznawania zaburzeń depresyjnych. Książka jest bezcennym uzupełnieniem innych publikacji z serii DSM-5 Selections, a także stanowi istotny wkład w rozwój wiedzy z zakresu zdrowia psychicznego.

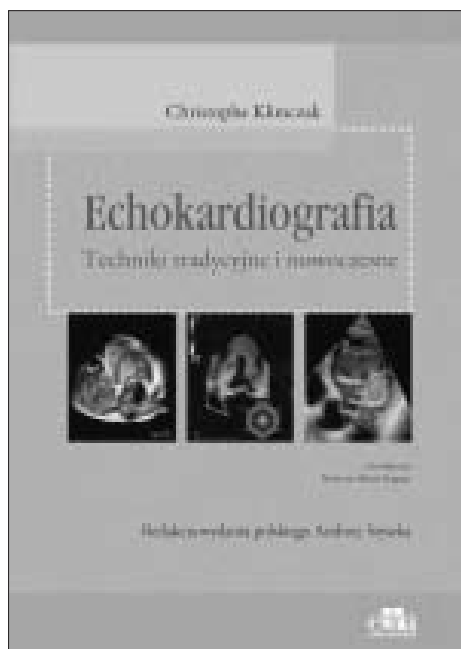
Treść niniejszej publikacji opiera się na starannie wybranym materiale dotyczącym zaburzeń depresyjnych, który zaczerpnięto z:

podręcznika DSM-5® Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, wyd. V (DSM-5® Diagnostyka i Statystyka Zaburzeń Psychiczych)

DSM-5® Guidebook (Przewodnik po DSM-5®)

DSM-5® Clinical Cases (Przypadki kliniczne według DSM-5®)

DSM-5® Self-Exam Questions (Pytania do samodzielnego sprawdzania wiadomości według DSM-5® – przewodnik z pytaniami i odpowiedziami)



### **Echokardiografia. Techniki tradycyjne i nowoczesne**

C. Klimczak

red. A. Szyszka

rok wydania: 2016

ISBN: 978-83-65625-10-6, format: 165 x 235, opr. broszurowa, 326 str., cena: 89.10 zł (198 EUP pkt)

Ultrasonografia kardiologiczna, zwana echokardiografią, zajmuje dzisiaj czołowe miejsce w diagnostyce kardiologicznej. Za pomocą tej techniki można zwizualizować w czasie rzeczywistym struktury serca w cyklu sercowym.

Do codziennej praktyki zostały wdrożone z sukcesem nowe techniki (3D, kontrast, speckle tracking...), co świadczy o tym, że echokardiografia jest technika żywą i rewolucjonizującą podejście do pacjenta.

Ogrom informacji, których dostarczają nowe techniki, jest dość trudny do interpretacji, zwłaszcza w codziennej rutynowej praktyce. Ta książka ma umożliwić ich syntezę oraz ułatwić zrozumienie i zapoznanie się z metodologią.

*Dr Christophe Klimczak*

W książce poruszonych jest wiele aspektów dydaktycznych i omówionych zastosowań klinicznych; znakomicie scala ona nowości techniczne i wykorzystanie w diagnostyce kardiologicznej oraz uwzględnia ich znaczenie prognostyczne.

*Profesor Albert Hagège*

*Kierownik Oddziału Kardiologii*

*Szpital Europejski im. Georges'a Pompidou, Paryż*

*Prezes Francuskiego Towarzystwa Kardiologicznego*

## FotOptyk



*Fot. Alfred Polok*

# TECHNO-DENT

**Niewiora Marcin**

**Naprawa, Sprzedaż Sprzętu**

**Medycznego**

**47-325 Kamień Śląski**

**Ul. Bronisławy 5**

**Tel. Kom 604 655 982, [www.technodent.info](http://www.technodent.info)**

*Chirana Cheese Easy  
Cena: 42 000 pln*



**Autoryzowany przedstawiciel**

**Stern Weber Polska**

**Chirana Medical**

**Melag**



*Stern Weber s200*

*Cena: 56 000 pln*

- Sprzedaż
- Montaż
- Serwis
- Przeglądy techniczne



*Zestaw radiowizjografii Myray*

*Cena: 22 000 pln*



*Autoklawy MELAG*

*Cena od 14 000 pln*



# XVII MISTRZOSTWA POLSKI LEKARZY W PIŁCE SIATKOWEJ

WIELUŃ, 31 MARZEC - 1 KWIECIEŃ 2017