



OPOLSKA
IZBA
LEKARSKA

Rok Założenia 1990

Kwiecień 2020

ISSN 1426-661X

BIULETYN INFORMACYJNY

Nr 281

OPOLSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

www.izbalekarska.opole.pl



Fotografował Jerzy B. LACH

Życzenia zdrowych i spokojnych
(wbrew wszystkiemu) Świąt Wielkanocnych

składają Prezes i Rada Okręgowa Opolskiej Izby Lekarskiej

DZIKI INTERES

W czasach Napoleona damy dworu, faworyty i aktoreczki kupowały u paryskich subiektów małe broose wystrugane z dwóch kawałków drewna. Deseczki ściśle do siebie przylegały, zaś na ich końcach sterczały włoski wieprza. Takie to glorie (wypatrzone w Chinach przez pewnego francuskiego podróżnika) dyndały leniwie w fałdach sukni lub ukrywały się w dekoltach, by przed tête-à-tête ich właścicielek z kochankiem, zawzięcie pucować damulkom zęby.

Anglicy w takie bajki nie wierzą. Mówią, że to ich rodak William Addis wymyślił szczotkę i wyjawiał ten sekret całej Europie. Urodził się w 1734 roku gdzieś na wschodnich przedmieściach Londynu. Wychowała go ulica: jako bajtel podkraść jabłka sklepikarkom, ganiał kury i podszczypywał bezpańskie psy. Kiedy podrośł, zabrał się za szmaty: gromadził łachmany, układał je w sterty kolorami, mielił i przerabiał na papier. Wieczorami zaś zaglądał do drukarni i domów książki, bo musiał przecież wymienić wyprodukowane przez siebie kartki na pensy. Był dowcipny i bystry, toteż szybko zjednał sobie klientelę. Jego miękkie i niezwykle wytrzymałe arkusze kupowali najdostojniejsi wydawcy. Addis też chciał uchodzić za dżentelmena, więc co rano mył się w zimnej wodzie, zęby natomiast przecierał gałgankiem utyłtłanym w sproszkowanej cegle, węglu i soli.

Pewnego dnia wdał się w awanturę i wylądował w więzieniu Newgate. Robił tam wszystko, czego od niego wymagano: zamiatał podłogi, czyścił klozety, ścigał szczury po piwnicach. I to, czego nie kazano: na przykład droczył się z kucharzami:

– Znowu kość?

– A co, psie? Chciałbyś dewolaje?

Precz, łachudro!

Robił też rzeczy absolutnie zabronione: otóż handlował ze strażnikami.

– Załatw mi szczecinę syberyjskiego dzika, a dostaniesz lamówkę przetykaną złotą nitką. Żony lubią takie cacuszka.

Legenda głosi, że wszystko zaczęło się za kratami. Addis ukradł zeberko z obiadu, schował pod pasiak i nocą przerobił na szczotkę do zębów: wydrążył w kości sześć dziurek w dwóch rzędach i wcisnął w nie szczecinę dzika. Potem w spacerunku chwalił się wynalazkiem.

– Wystrugałeś sobie włochatą babkę, szmaciarzu? – chichotali inni zapuszkowani.

– Capi wam z mordy hultaje. Nie widzieliście nigdy szczotki do zębów?

W 1780 roku, już na wolności, Addis urządził się jak należy. Opłacił niewielki warsztat i majstrował w nim szczoteczki. Dłubał, wycinał i szlifował kości, z czułością gładził je i polerował. Żadnych zadziurów! – mruczał pod nosem i dopieszczał rękojeści, aby doskonale pasowały do dłoni: grubsze do męskich, cieńsze zaś mieściły się w kobiecych rączkach. Następnie nawiercał otworki i wciskał w nie co tam miał pod ręką: sierść borsuka, końskie włosie lub szczecinę dzików syberyjskich. I kolejna szczoteczka szukała swojego właściciela.

Po Londynie biegali umorusani wynajęci chłopcy, którzy wołali:

– Jedzie ci z gęby? Czyść szczotką zęby!

Albo:

– Kto szczotki Addisa użyje, nareszcie wie, że żyje. Inteligenci i młotki, cieszą się ze szczotki.



Dzik - Malwina Mielniczuk

Po godzinach sam majster handlował. Poruszał się dawnymi, wydeptanymi przez siebie ścieżkami, toteż niedługo w witrynach księgarni pojawiły się reklamy: „Kto dwie książki kupuje, szczotkę do zębów zyskuje”, „Szczotka dla czytelników Waltera Scotta. Dobra angielska robota”.

I nagle w tym największym mieście Europy przybyło czytelników. Bukiniści zacierali ręce, wyprzedając całe nakłady książek, tych na chwilę i na każdą chwilę – jak je później sklasyfikował John Ruskin.

Interes kwitł. Ale do czasu. Bo zaczęło brakować udźców wołów na trzymadełka. Dzik też nie chciał dzielić się szczeciną. W 1930 roku (William Addis dawno już leżał w grobie) na świecie pojawił się nylon. Zastąpił włosie i uratował szczoteczkowy biznes. Szczoteczka do zębów od lat zajmuje pierwsze miejsce wśród rzeczy niezbędnych do życia (w czasach zarazy wyprzedzi ją może mydło i maska).

Szczoteczka wymiała!

Agnieszka KANIA

BIULETYN INFORMACYJNY OPOLSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

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

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

ŁAMANIE i DRUK: Wydawnictwo i Drukarnia Świętego Krzyża w Opolu, ul. Katedralna 8A

NAKŁAD: 2800 egz. ISSN 1426-661X



No więc stało się – mamy pandemię koronawirusa. Przed nami wszystkimi egzamin z dobrej organizacji, dojrzałości – zarówno jako pojedynczych ludzi, jak i całego społeczeństwa. Gdy piszę te słowa (14 marca) wszystko wokół nas się dopiero rozwija. Gdy będziecie czytali te słowa zapewne wiele rzeczy się wyjaśni – zarówno zasięg całej pandemii, ilość zachorowań, śmiertelność wirusa, ale także i to czy środki podjęte w trakcie trwania pandemii były wystarczające i skuteczne. Pewnie nikt z nas nie spodziewał się, że staniemy oko w oko z takim zagrożeniem.

Pandemia pandemią, ale moim obowiązkiem jest przedstawić Państwu kolejny numer Biuletynu – co też

czynię. Jak zawsze starałem się przedstawić w nim ciekawe materiały, na które trafiłem przeglądając inne biuletyny. Do taki na pewno należą dwa materiały dotyczące tak modnych obecnie wśród młodzieży e-papierosów.

Z naszego opolskiego podwórka znajdziecie zestaw materiałów zajazdowych, stanowiących skondensowaną informację o działaniach organów naszej izby w ciągu minionego roku.

Zapraszając do lektury, składam nam wszystkim najgorętsze życzenia spokojnych i zdrowych (pomimo pandemii) Świąt Wielkiej Nocy – oby koronawirus omijał Was i Waszych bliski szerokim łukiem! Mam także nadzieję na spotkanie z Państwem za miesiąc w nieco pogodniejszej atmosferze – i tej na zewnątrz, i tej wewnątrz nas.

Jerzy B. LACH



Koleżanki i Koledzy!

Czy grozi nam pandemia? Gdy piszę te słowa mamy w Polsce potwierdzony trzydziesty pierwszy przypadek zachorowania na COVID-19, w tym pierwszy na Opolszczyźnie. Dane zwiększają się co kilka, kilkanaście godzin. Jeszcze nie mówi się o pandemii, choć WHO nie wyklucza takiej możliwości. Czy jesteśmy na to przygotowani? Nie ma na świecie kraju, który byłby w stanie na coś takiego się przygotować, więc każdy kraj „walczy” z koronawirusem na miarę swoich możliwości i we współpracy z innymi. Dziś (piszę to 11 marca br.) ogłoszono o zamknięciu wszystkich placówek oświatowych i szkół wyższych na 2 tygodnie, odwołuje się imprezy masowe, zamyka kina, muzea, domy kultury itp. Polska wprowadza – jako jeden z pierwszych krajów UE – kontrole sanitarne na drogowych przejściach granicznych z Niemcami, Czechami i na wschodnich granicach. W sondażu IBRiS dla „Rzeczpospolitej” z 10 marca br. Polacy zachowują epidemiologiczny optymizm. Zastanawia mnie z czego on wynika, bo przecież pracując w ochronie zdrowia znamy doskonale realia pracy i chyba nie jesteśmy taki-

SZPALTA PREZESA

mi optymistami, jak statystyczny Polak. Trudno w tych gorących dniach skupić się nad czymś innym, niż konsekwencjami rozprzestrzeniania się koronawirusa. To czas wielkiej próby. Czy my wszyscy, nie tylko lekarze, ale i pozostali obywatele naszego kraju zdamy ten trudny egzamin? Czas pokaże...

Na koniec kilka słów o komunikacji międzyludzkiej. Faktycznie, jest w zaniku. Łamy naszego Biuletynu są otwarte na wspomnienia o naszych Koleżankach i Kolegach, którzy odeszli na wieczny dyżur. Te wspomnienia powinny być kreślone przez ich najbliższych współpracowników, wychowanków czy towarzystwa naukowe, do których należeli. Izba Lekarska wszystkie te osoby szanuje i docenia Ich wkład w opolską ochronę zdrowia. Często jest tak, że nie mamy możliwości poznania Ich tak doskonale, jak osoby, które nieraz przez kilka, kilkanaście lat, dzień w dzień, miesiąc za miesiącem, pracowały w jednej poradni, jednym oddziale. Boleję głęboko nad tym faktem i zarazem proszę – znajdźcie chwilę i napiszcie kilka słów o swoich Koleżankach, Kolegach, których już nie ma z nami.

Jolanta SMERKOWSKA-MOKRZYCKA

POSIEDZENIE OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ



W dniu 26 lutego 2020 r. odbyło się kolejne posiedzenie Rady Okręgowej, które prowadziła Prezes Jolanta Smerkowska-Mokrzycka. Rada obradowała nad następującymi problemami:

Przyznanie praw wykonywania zawodu

Do Rady wpłynął wniosek lek. dent. Pochrzęsty Piotra o przyznanie Prawa Wykonywania Zawodu po odbyciu stażu podyplomowego oraz cztery wnioski o wpisanie na listę członków Izby w związku z przeniesieniem:

- lek. dent. Skowron Marta – przeniesienie z Dolnośląskiej Izby Lekarskiej we Wrocławiu,
- lek. dent. Pendyk Magdalena – przeniesienie z Dolnośląskiej Izby Lekarskiej we Wrocławiu,
- lek. dent. Skowron Monika – przeniesienie z Dolnośląskiej Izby Lekarskiej we Wrocławiu,
- lek. Jędrzejczyk Tadeusz – przeniesienie ze Śląskiej Izby Lekarskiej w Katowicach.
- Wszystkie Uchwały podjęto jednogłośnie.

Rejestracja podmiotów prowadzących szkolenie podyplomowe lekarzy

Prezes podała informację o kursach medycznych przeprowadzone przez firmę MIP Pharma Polska Sp. z o. o. (zaakceptowanych przez NIL) dla lekarzy dentyków: „Możliwości współczesnej periodontologii – mity i fakty” oraz „Praktyczne aspekty zastosowania laserów w periodontologii”, które odbędą się 27 lutego w Opolu.

Zmiany w rejestrze indywidualnych praktyk lekarskich

Z powodu śmierci lekarzy z rejestru wykreślono dwie praktyki lekarskie – Uchwały podjęto jednogłośnie.

Przyznanie świadczeń z Funduszu Samopomocy i dofinansowania imprez sportowych

Do Rady wpłynęły dwa wnioski o bezzwrotną zapomogę, które zostały zaakceptowane jednogłośnie. Ponadto Prezes chóru Opolskiej Izby Lekarskiej zwrócił się z prośbą o zarezerwowanie kwoty 7 tys. złotych na potrzeby działalności chóru OIL – Rada podjęła Uchwałę przy jednym głosie wstrzymującym się.

Z kolei Skarbnik OIL kol. Jakubiszyn poinformował o tym, że w 2019 r. zysk brutto Izby wyniósł 136.100,25 zł i wystąpił z propozycją zarezerwowania kwoty 35.000,00 zł na organizację obchodów 30-lecia powstania Opolskiej Izby Lekarskiej – Uchwałę podjęto jednogłośnie.

Wyznaczenie przedstawicieli OIL do komisji konkursowych

Dyrektor ZOZ w Nysie zwrócił się do Rady o wyznaczenie swego przedstawiciela do Komisji Konkursowej na stanowisko Naczelniej Pielęgniarki ZOZ w Nysie. Rada jednogłośnie desygnowała lek. Stanisława Kowarzyka.

Podjęcie uchwał w sprawie zmiany wysokości składki członkowskiej

Rada podjęła jednogłośnie uchwały w sprawie zwolnienia z opłacania składek przez 3 lekarzy w związku z nieosiąganiem przez nich przychodów.

Sprawozdanie z Konwentu Prezesów ORL i NRL

Prezes zrelacjonowała posiedzenie Konwentów Prezesów OIL z dnia 30 stycznia br., na którym poruszono następujące tematy:

- przedstawiono analizę ankiet dotyczących pracy lekarza w jednym lub w większej ilości miejsc pracy – wyniki ankiety są zbyt pobieżne, by miały wartość merytoryczną;
- poruszono problem refundacji na preparat leczniczy Neocate LCP dla dzieci powyżej 1-go roku życia. Problem dotyczy 3,5 tysiąca lekarzy w całej Polsce (z czego 600 lekarzy ma uchybienia wielokrotne). NIL zaapelowało do NFZ o zmianę poziomu refundacji na w/w produkt oraz o odstąpienie od karania lekarzy, którzy ordynowali ten preparat ze wskazań leczniczych dla dzieci powyżej 1 r.ż. – do chwili obecnej brak decyzji NFZ;
- przedstawiono Uchwałę Komisji Stomatologicznej NIL w sprawie działań zmierzających do dostosowania warunków umów o udzielanie świadczeń finansowanych ze środków publicznych do aktualnych kosztów realizacji tych umów.

Prezes przekazała także apel Prezesa NRL o wpłatę 1% podatku na Fundację Lekarze Lekarzom.

Z kolei kol. Jakubiszyn zrelacjonował posiedzenie NRL z dnia 31 stycznia br., na którym omawiano projekt ustawy o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentyisty oraz rozpatrzono poselski projekt ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Ponadto Dyrektor CEM omówił wyniki jesiennej sesji PES, w której m.in. w dziedzinie ortopedii znaczny procent lekarzy nie zdał egzaminów. Uchwalono także budżet NIL na 2020 r. i omówiono zasady funkcjonowania Rzecznika Praw Lekarzy.

Sprawozdanie członków Rady z działalności pomiędzy posiedzeniami

Kol. Latała zrelacjonował ostatnie wspólne posiedzenie Opolskiego Oddziału PTS i Komisji Stomatologicznej OIL z dn. 22 lutego br. Gościem tego spotkania była prof. dr hab. n. med. Beata Kawala, Konsultant Krajowy w dziedzinie ortodoncji i zarazem Kierownik Katedry i Zakładu Ortopedii Szczękowej i Ortodoncji UM we Wrocławiu. Profesor omówiła zagadnienia „Leczenie ortodontyczne – kiedy za późno jest wciąż za wcześnie” oraz „Leczenie interceptywne w świetle profilaktyki ortodontycznej”.

Wolne wnioski

Rada podjęła jednogłośnie Stanowisko w sprawie poparcia działań lekarzy dentyków. Treść Stanowiska do zapoznania poniżej i na stronie Izby.

Prezes przekazała informację dotyczącą prośby W-ce Prezesa NRL dr n. med. Jacka Kozakiewicza, który zwrócił się o partycypowanie w kosztach wydania publikacji „Lekarze i studenci medycyny – kawalerowie orderu Virtuti Militarii” i zakupu kilku egzemplarzy. Po dyskusji zgłoszono na Radzie dwa wnioski:

- o zakup pięciu egzemplarzy (oddano głosów 7 przeciw, 1 – za, 5 – wstrzymujących się),
- o nie kupowaniu publikacji (oddano głosów 10 za i 3 wstrzymujące się).

Rada podjęła Uchwałę o nie dokonaniu zakupu.

Prezes odczytała pismo Wojewody Opolskiego z prośbą o wskazanie kandydatów do pełnienia funkcji Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie psychiatrii oraz psychiatrii dzieci i młodzieży.

Kol. Bąk zwrócił uwagę na problemy polskich lekarzy pracujących w krajach Unii Europejskiej i możliwości ich powrotu do pracy w Polsce.

Wobec wyczerpania porządku obrad, na tym posiedzenie zakończono.

Sekretarz ORL

Lek. Małgorzata ŁUSZCZYŃSKA-OSTROWSKA

Prezes ORL

Lek. dent. Jolanta SMERKOWSKA-MOKRZYCKA

* * *

Stanowisko Okręgowej Rady Lekarskiej w Opolu z dnia 26 lutego 2020 r.

w sprawie poparcia działań lekarzy dentyków zmierzających do dostosowania warunków umów o udzielanie świadczeń finansowanych ze środków publicznych do aktualnych kosztów realizacji tych umów

Okręgowa Rada Lekarska w Opolu w pełni popiera ogólnopolską akcję lekarzy dentyków, realizujących umowy z NFZ, mającą na celu zmianę warunków umów o udzielanie świadczeń stomatologicznych, finansowanych ze środków publicznych i urealnienie wysokości kontraktów, uwzględniające wzrost kosztów realizacji tych umów i udziela wsparcia w tych działaniach lekarzom dentykom, członkom OIL Opole.

Sekretarz ORL

Lek. Małgorzata ŁUSZCZYŃSKA-OSTROWSKA

Prezes ORL

Lek. dent. Jolanta SMERKOWSKA-MOKRZYCKA

XXXIX OKRĘGOWY ZJAZD LEKARZY

W dn. 28. marca br. w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym w Opolu miały się odbyć obrady XXXIX Okręgowego Zjazdu Lekarzy. Ze względu jednak na rozwój sytuacji w kraju Prezes Smerkowska-Mokrzycka podjęła decyzję o jego odwołaniu i przeniesieniu na inny termin. Już teraz jednak pozwalam sobie poniżej przedstawić Czytelnikom wszystkie materiały zjazdowe, które będą przedmiotem dyskusji zjazdowej w przyszłości.

Jerzy B. LACH

* * *

Sprawozdanie z działalności Okręgowej Rady Lekarskiej w Opolu w okresie między XXXVIII a XXXIX (luty 2019 – luty 2020) Okręgowym Zjazdem Lekarzy

W okresie sprawozdawczym Rada spotkała się 12 razy, a jej Prezydium 21. Na bieżącą działalność administracyjną, związaną z wydawaniem prawa wykonywania zawodu i prowadzeniem rejestru Opolskiej Izby Lekarskiej, prowadzeniem rejestru podmiotów uprawnionych

do realizacji kształcenia podyplomowego lekarzy i lekarzy dentyków oraz prowadzeniem rejestrów praktyk lekarskich, złożyły się:

- wydanie ograniczonego prawa wykonywania zawodu lekarza (dla odbycia stażu podyplomowego) – 37,
- wydanie ograniczonego prawa wykonywania zawodu lekarza dentystry (dla odbycia stażu podyplomowego) – 7,
- wydanie prawa wykonywania zawodu lekarza (po odbyciu stażu podyplomowego) – 26,
- wydanie prawa wykonywania zawodu lekarza dentystry (po odbyciu stażu podyplomowego) – 14,
- wydanie prawa wykonywania zawodu lekarza zgodnie z uzyskanym obywatelstwem – 2,
- wydanie prawa wykonywania zawodu lekarza UE (uznanie kwalifikacji) – 1,
- wydanie duplikatu prawa wykonywania zawodu lekarza – 4,





- wydanie duplikatu prawa wykonywania zawodu lekarza dentystry – 1,
- ponowne wydanie prawa wykonywania zawodu lekarza cudzoziemca na czas określony – 2,
- wpisanie na listę członków OIL lekarzy, przenoszących się z innych izb – 19,
- wpisanie na listę członków OIL lekarzy dentystrów, przenoszących się z innych izb – 6,
- skreślenie z listy członków OIL lekarzy, przenoszących się do innych izb – 20,
- skreślenie z listy członków OIL lekarzy dentystrów, przenoszących się do innych izb – 2,
- skreślenie z listy członków OIL lekarzy z powodu zgonu – 18,
- skreślenie z listy członków OIL lekarzy dentystrów z powodu zgonu – 8,
- wydanie zaświadczenia potwierdzającego posiadanie formalnych kwalifikacji lekarza – 3,
- wydanie zaświadczenia potwierdzającego posiadanie przez lekarza specjalizacji – 2,
- wydanie zaświadczenia o postawie etycznej lekarza – 15,
- wydanie zaświadczenia o postawie etycznej lekarza dentystry – 3,
- zaprzestanie wykonywania zawodu lekarza – 10,
- zaprzestanie wykonywania zawodu lekarza dentystry – 2,
- skierowanie lekarza na przeszkolenie w związku z przerwą w wykonywaniu zawodu dłuższą niż 5 lat – 1,
- ograniczenie zakresu czynności w wykonywaniu zawodu lekarza – 1,
- wpisanie do rejestru nowych podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe – 3,
- uzupełnienia wpisów do rejestru o nowe zdarzenia edukacyjne (dotyczy podmiotów wpisanych do rejestru OIL) – 10,
- potwierdzenie spełnienia warunków do prowadzenia kształcenia (dot. podmiotów, wpisanych do rejestrów innych izb, zgłaszających szkolenie na terenie Opolskiej Izby Lekarskiej – 3,
- informacja o prowadzeniu szkoleń na terenie OIL przez podmioty zarejestrowane w innych OIL, a mające potwierdzenie spełnienia warunków do prowadzenia kształcenia przez NRL – 6,
- rejestracja indywidualnej praktyki lekarskiej – 18 (w tym 5 członków innych izb),
- rejestracja indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej – 6 (w tym 2 członków innych izb),
- rejestracja indywidualnej praktyki lekarskiej wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego – 37 (w tym 25 członków innych izb),
- rejestracja indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego – 27 (w tym 11 członków innych izb),

- rejestracja indywidualnej praktyki lekarskiej wyłącznie w miejscu wezwania – 9 (w tym 3 członków innych izb),
- rejestracja indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej wyłącznie w miejscu wezwania – 5 (w tym 1 członek innej izby),
- wyrejestrowania praktyki – 36.

W ramach działalności samopomocowej Okręgowa Rada Lekarska w okresie sprawozdawczym udzieliła:

- 15 zapomóg na łączną kwotę 69.330 zł,
- 1 pożyczki szkoleniowej w związku ze specjalizowaniem się na kwotę 4.950 zł,
- 5 odpraw pośmiertnych na łączną kwotę 23.110 zł.

Udzieliła wsparcia finansowego w związku z narodzinami dziecka („becikowe”) dla 34 osób (lekarze i lekarze dentyści – członkowie OIL) na łączną kwotę 17.000 zł oraz przyznała pomoc socjalną dla 10 osób, które w roku 2019 ukończyły 90 lat życia na kwotę 10.000 zł.

Ponadto Rada przyznała 57 nagród za uzyskanie specjalizacji na łączną kwotę 52.725 zł, 7 osób otrzymało nagrodę za uzyskanie tytułu doktora nauk medycznych, a 2 osoby dr habilitowanego n. med. (kwota 32.146 zł) oraz dofinansowała 2 członków naszej Izby w zawodach sportowych na łączną kwotę 700 zł i przyznała 2 nagrody specjalne za osiągnięcia sportowe (kwota 2.000 zł).

Okręgowa Rada Lekarska zwolniła z obowiązku płacenia składki członkowskiej w związku z nieosiąganiem przychodu – 31 lekarzy i 7 lekarzy dentystrów, natomiast przywróciła obowiązek płacenia składki członkowskiej w związku z osiągnięciem przychodu – 11 lekarzom i 3 lekarzom dentystrów.

Okręgowa Rada Lekarska wyznaczyła swoich przedstawicieli do:

- 4 komisji, powołanych dla wyboru zastępcy dyrektora ds. lecznictwa,
- 3 komisji, powołanych do wyboru ordynatora,
- 3 komisji, powołanych do wyboru pielęgniarki naczelnej,
- 4 komisji, powołanych do wyboru pielęgniarki oddziałowej.

Ponadto Okręgowa Rada Lekarska w okresie sprawozdawczym podjęła uchwały w sprawie:

- wynagrodzenia dla wykładowców w ramach szkoleń organizowanych przez OIL,
- ceny za wykonanie kserokopii dokumentacji gromadzonej przez OROZ i OSL oraz za nagranie
- zapisu dźwiękowego protokołu rozprawy lub posiedzenia jawnego,
- powołania Zespołu do organizacji obchodów 30-lecia powstania Opolskiej Izby Lekarskiej,
- wyrażania opinii o kandydatach na funkcje konsultantów wojewódzkich w kilkunastu dziedzinach
- medycyny,

- dofinansowania I Otwartego Grand Prix Lekarzy w Kolarstwie Szosowym,
- dofinansowania udziału chóru OIL w przeglądzie chórów lekarskich w czasie Kongresu Polonii
- Medycznej w Gdańsku,
- sfinansowania udziału lekarzy rezydentów OIL w manifestacji w Warszawie (01.06.2019),
- ustalenia terminów posiedzeń Rady i jej Prezydium w II półroczu 2019 r. oraz I półroczu 2020 r.,
- a także zwołania XXXIX Okręgowego Zjazdu Lekarzy,
- refundowania kosztów działalności samorządowej członkom Komisji OIL,
- wsparcia finansowego dla lekarzy rezydentów USK w Opolu w związku z konfliktem z Dyrekcją
- USK, dot. płacenia za dyżury,
- powołania Komisji Orzekającej w przedmiocie niezdolności lekarza do wykonywania zawodu,
- określenia sposobu postępowania z dokumentacją medyczną pozostałą w praktyce zawodowej po
- śmierci lekarz/lekarza dentysty,
- upoważnienia do zawarcia umowy z Ministerstwem Zdrowia,
- współfinansowania Ogólnopolskiej Konferencji Naukowej „Prawnokarne i medyczne aspekty
- zaniechania szczepień dzieci”,
- dofinansowania IV Ogólnopolskiego Turnieju Tenisa Ziemnego Lekarzy w Opolu,
- dofinansowania udziału w Ogólnopolskim Festiwalu Lekarskich Zespołów Rockowo-Bluesowych,
- przyznania z okazji 30-lecia powstania Opolskiej Izby Lekarskiej 10 godności honorowych OIL
- „Prymariusz Opolski”.

Okręgowa Rada Lekarska przyjęła stanowisko w sprawie poparcia postulatów zawartych w Manifestie ORL w Warszawie „Polska to chory kraj”, a także apele do Zarządu Województwa Opolskiego dot. funkcjonowania Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Św. Jądwigi w Opolu oraz do OOW NFZ o zaniechanie roszczeń finansowych w stosunku do lekarzy, którzy ordynowali preparat leczniczy Neocate LCP.

Przedstawiciele Okręgowej Rady Lekarskiej braли udział w:

- posiedzeniach Rady Społecznej Opolskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ,
- posiedzeniach Rady Społecznej USK.

Prezes OIL prowadziła korespondencję m.in. z: Wojewodą Opolskim, Ministrem Zdrowia, Dyrektorem Oddziału Opolskiego NFZ, Państwowym Powiatowym Inspektorem Sanitarnym w Opolu w sprawach dotyczących samorządu lekarskiego i wykonywania zawodu lekarza.

Sekretarz ORL

Lek. Małgorzata Łuszczńska-Ostrowska

Prezes ORL

lek. dent. Jolanta Smerkowska-Mokrzycka

Sprawozdanie z działalności Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej VIII kadencji w roku 2019

W roku 2019 wpłynęło 65 nowych spraw, a z poprzedniego okresu pozostały 33 sprawy. Średnia roczna składanych skarg wynosiła do tej pory około 72,5, tak więc w 2019 roku odnotowaliśmy minimalny spadek ilości skarg. W sumie w zespole Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej w 2019 r. rozpatrywano 98 spraw (wobec 99 w roku poprzednim), zakończono 71 spraw (o 5 więcej niż w roku ubiegłym), a 27 spraw pozostało na okres następny (o 6 mniej niż w roku ubiegłym).

Spośród zakończonych postępowań w 20 przypadkach (28%) Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej odmówił wszczęcia postępowania, a 14 spraw (19%) umorzono, natomiast 25 spraw zakończono w inny sposób (np. przekazano ze względu na właściwość do innych OROZ).

Najczęściej zarzucane przez skarżących przewinienia to nadal:

1. nieetyczne zachowanie – 23%,
2. brak należytej staranności – 53%.

Skargi dotyczyły najczęściej następujących specjalności:

- choroby wewnętrzne – 18%,
- psychiatria – 13%,
- ortopedia – 9%.

Do Okręgowego Sądu Lekarskiego skierowano 12 spraw (2-krotnie więcej niż w poprzednim roku) o ukaranie 16 lekarzy i lekarzy dentystów.

Spośród 34 spraw, które spotkały się z odmową wszczęcia postępowania lub umorzeniem, zażalenia rozpoznawane przez Okręgowy Sąd Lekarski były w 5 sprawach (14%), a Okręgowy Sąd Lekarski nie uwzględnił żadnego z nich.

Na koniec należy zauważyć, że w 2019 r. zespół Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej liczył 11 osób, wobec 23 osób w poprzedniej kadencji oraz 30 osób w kadencji VI. Przełożyło się to na znaczny wzrost obciążenia pracą wszystkich rzeczników, którym za ich ofiarność, czasami także kosztem wolnego czasu, wyrażam głębokie uznanie i składam podziękowanie za ich wkład pracy. Praca w tak trudnych warunkach nie byłaby możliwa bez wspierającej nas na bieżąco radą pani mec. Elżbiety Jeznach i prowadzącej biuro Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej pani mgr Bożeny Jachymskiej-Kansy, którym wyrażam specjalne podziękowanie.

*Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej
Dr n. med. Wojciech Derkowski*





* * *

Sprawozdanie z działalności Okręgowego Sądu Lekarskiego w Opolu w okresie od 01.01.2019 do 31.12.2019 r.

W okresie od 01.01.2019 r. do 31.12.2019 r. w Okręgowym Sądzie Lekarskim w Opolu rozpatrzono 11 spraw, w których wniesiono 12 wniosków o ukaranie (2 sprawy z 2016 r., 1 sprawa z 2017 r., 3 sprawy z 2018 r., 5 spraw z 2019 r.)

W 2019 r.:

- karą upomnienia ukarano 4 lekarzy,
- karą nagany ukarano 2 lekarzy,
- uniewinniono 5 lekarzy,
- umorzono postępowanie dyscyplinarne w stosunku do 1 lekarza, w oparciu o § 82 ust. 2 ustawy o lekarskich izbach (sąd lekarski może umorzyć postępowanie w przypadku przewinienia mniejszej wagi albo jeżeli orzeczenie wobec obwinionego kary byłoby oczywiście niecelowe ze względu na rodzaj i wysokość kary prawomocnie orzeczonej za ten sam czyn w innym postępowaniu przewidzianym przez ustawy, a interes pokrzywdzonego temu się nie sprzeciwi).

Do Okręgowego Sądu Lekarskiego w Opolu wpłynął 1 wniosek o przesłuchanie świadka w ramach pomocy prawnej.

W 2019 r. do Okręgowego Sądu Lekarskiego w 2 sprawach złożono 2 wnioski o przeprowadzenie postępowania mediacyjnego (1 wniosek złożył obwiniony lekarz, drugi – obrońca obwinionego lekarza). W jednej sprawie zawarto ugodę przed mediatorem, w drugiej strony nie doszły do porozumienia.

Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej w Opolu w 2019 r. przekazał do Okręgowego Sądu Lekarskiego 7 zażaleń na postanowienie rzecznika (3 zażalenia na odmowę wszczęcia postępowania przez rzecznika, 4 – na umorzenie postępowania przez rzecznika).

W 2019 r. podczas posiedzeń jawnych rozpatrzono 5 zażaleń (w tym: 2 zażalenia z 2018 r., 3 zażalenia z 2019 r.) na postanowienie Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej w Opolu. Po rozpatrzeniu 5 zażaleń Okręgowy Sąd Lekarski utrzymał w mocy postanowienia Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej w Opolu.

Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej w Opolu w 2019 r. przekazał do Okręgowego Sądu Lekarskiego 15 wniosków o ukaranie, w tym: 2 wnioski z zakresu etyki lekarskiej, 1 wniosek za złamanie tajemnicy lekarskiej, 3 wnioski z zakresu medycyny pracy, 1 wniosek z zakresu ginekologii i położnictwa, 3 wnioski z zakresu chirurgii ogólnej, 1 wniosek z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii, 2 wnioski z zakresu chorób wewnętrznych, 2 wnioski z zakresu laryngologii.

Obecnie rozpatrywanych w Sądzie Lekarskim jest: 15 wniosków o ukaranie, w tym: 10 wniosków z 2019 r., 1

wniosek z 2020 r., 1 wniosek z 2018 r., 3 wnioski z 2014 r. (wnioski dotyczą jednej sprawy. Sprawa została zawieszona przed tut. Sądem z racji toczącego się równolegle postępowania karnego, po odwieszeniu w 2019 r. toczy się dalej); 3 zażalenia z 2019 r. złożone na postanowienie Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej.

W 2019 r. odbyły się 23 wokandy sądu, w tym 18 rozpraw i 5 posiedzeń w sprawie rozpatrzenia zażalenia na postanowienie rzecznika. Odbyły się również 4 posiedzenia niejawne celem przygotowania do rozprawy głównej.

*Przewodnicząca Okręgowego Sądu Lekarskiego
Lek. dent. Ewa Noceń-Firlej*

* * *

Sprawozdanie z działalności Rzecznika Praw Lekarza OIL

Informuję, że w ostatnim okresie między zjazdami zajmowałem się dwoma sprawami. Pierwsza sprawa związana była z hejtem internetowym pacjenta w stosunku do lekarza. Druga sprawa dotyczyła zwolnienia z pracy lekarza. W pierwszym przypadku problem został rozwiązany pomyślnie dla lekarza. W drugim przypadku pomimo prób mediacji nie udało się pomóc zwalnianemu lekarzowi.

*Rzecznik Praw Lekarza OIL
Lek. Adam Bąk*

* * *

Sprawozdanie Pełnomocnika ds. Zdrowia Lekarzy i Lekarzy Dentystów OIL za rok 2019

W czasie objętym sprawozdaniem nie otrzymywałem zgłoszeń dotyczących stanu zdrowia lekarzy, uzasadniających podejmowanie działań z mojej strony.

Kontynuowany jest monitoring jednej ze spraw z poprzedniego okresu, która zakończyła się uznaniem zdolności lekarza do wykonywania zawodu z zastrzeżeniem konieczności kontynuowania leczenia podtrzymującego remisję i uzgodnienia sposobu jego monitorowania, co jest realizowane wg przyjętych uzgodnień. Sprawa ta nie dotyczy uzależnienia od środków psychoaktywnych.

Uczestniczyłem w połączonym corocznym spotkaniu Pełnomocników ds. Zdrowia Lekarzy i Lekarzy Dentystów oraz Rzeczników Praw Lekarza OIL zorganizowanym przez Rzecznika Praw Lekarza NIL w czasie 06.04- 07.04.2018. Sprawozdania z omawianych tam spraw i ustalenia były publikowane w Gazecie Lekarskiej.

*Pełnomocnik ds. Zdrowia Lekarzy i Lekarzy Dentystów OIL
Lek. Maciej Szczesiński*

* * *

Sprawozdanie z działalności Komisji Stomatologicznej OIL za rok 2019.

W okresie sprawozdawczym odbyło się 6 posiedzeń Komisji Stomatologicznej. Większość podejmowanych spraw dotyczyło bieżącego rozpatrywania wniosków wy-

nikających z prowadzenia działalności leczniczej lekarzy dentystów naszego województwa m.in.:

- ustawy o RODO,
- wprowadzenia e-recept,
- zmian w przepisach o Prawie Atomowym i zmian dotyczących zatrudniania Inspektora Ochrony Radiologicznej,
- wprowadzenia BDO,
- zmianach w przepisach dotyczących kwalifikacji higienistek stomatologicznych oraz wpływie tych zmian na pracę lekarzy dentystów,
- zmianach w NFZ obciążających stomatologów większą biurokracją (sprawozdania z kolejek, harmonogram przyjęć).

Niezmiennie Komisja na każdym posiedzeniu podejmowała temat skrajnego niedoszacowania wycen świadczeń NFZ; zwracała się wielokrotnie z apelem do opolskiego funduszu o podniesienie ceny za punkt – niestety bezskutecznie.

W dniu 19.12.2019 r. Komisja przegłosowała (przy jednym głosie wstrzymującym się) przyjęcie do grona dwóch nowych członków.

Komisja na łamach naszego biuletynu na bieżąco informowała o zmieniających się przepisach prawnych dotyczących prowadzenia praktyk lekarskich, organizowanych szkoleniach oraz o wszelkich wydarzeniach istotnych dla lekarzy stomatologów.

Sekretarz KS
Lek. dent. Agnieszka Chomik-Rączy
Przewodnicząca KS
Lek. dent. Barbara Hamryszak

* * *

Sprawozdanie z działalności Komisji Kształcenia Opolskiej Izby Lekarskiej za okres marzec 2019 r. – luty 2020 r.

Komisja Kształcenia OIL działa w składzie: Andrzej Bunio, Katarzyna Jusiel-Rosińska, Katarzyna Kałuża, Emilia Knosala, Aleksandra Ignatowicz, Marcin Lechicki, Małgorzata Lechniak, Małgorzata Łuszczynska-Ostrowska – Przewodnicząca, Ewa Nociński-Firlej, Konrad Rekucki – Wiceprzewodniczący, Aleksander Wojtyłko, Piotr Zieliński.

Komisja w okresie sprawozdawczym odbyła 3 posiedzenia. W okresie sprawozdawczym zorganizowano 12 szkoleń, w których uczestniczyło 495 lekarzy/lekarzy dentystów. Komisja organizowała przede wszystkim szkolenia obowiązkowe dla lekarzy w trakcie specjalizacji z całej Polski. Nasza izba jest jedną z 6 izb (na 25 izb), które organizują tego typu szkolenia.

Członkowie KK uczestniczyli w konferencji i w 1 posiedzeniu Komisji Kształcenia NIL oraz opiniowali szkolenia prowadzone przez różne firmy.

Informacje dotyczące szkoleń umieszczane są na stronie internetowej Izby i Biuletynie.

Wykaz zrealizowanych szkoleń dla lekarzy/lekarzy dentystów w trakcie specjalizacji w okresie sprawozdawczym

	Temat	Termin		Ilość uczestników
1.	Nr 05-760/3-44-017-2019 „Przetaczanie krwi i jej składników”	11-12.04.2019 r.	lekarze, lekarze dentyści zakwalifikowani do specjalizacji w trybie modułowym (po 01.10.2014 r.)	39
2.	Nr 05-730/3-43-146-2019 „Prawo medyczne”	24-26.04.2019 r.	lekarze, lekarze dentyści zakwalifikowani do specjalizacji w trybie modułowym (po 01.10.2014 r.)	47
3.	Nr 05-730/3-42-147-2019 „Zdrowie publiczne”	07-11.05.2019 r.	lekarze, lekarze dentyści zakwalifikowani do specjalizacji w trybie modułowym (po 01.10.2014 r.)	31
4.	Nr 05-730/3-42-147-2019 „Orzecznictwo lekarskie”	16-18.05.2019 r.	lekarze, lekarze dentyści zakwalifikowani do specjalizacji w trybie modułowym (po 01.10.2014 r.)	30
5.	„Pierwsza pomoc w gabinecie lekarskim”	01.06.2019 r.	dla lekarzy wszystkich specjalności	22
6.	Nr 05-705/3-07-039-2019 „Geriatrya”	05-06.06.2019 r.	lekarze realizujący moduł podstawowy w zakresie chorób wewnętrznych	44
7.	Nr 05-705/3-03-041-2019 „Alergologia”	13-14.06.2019 r.	lekarze realizujący moduł podstawowy w zakresie chorób wewnętrznych	41
8.	Nr 05-712/3-41-063-2019 „Ratownictwo medyczne”	16-20.09.2019 r.	lekarze, lekarze dentyści zakwalifikowani do specjalizacji w trybie modułowym (po 01.10.2014 r.)	29
9.	Nr 05-730/3-42-149-2019 „Zdrowie publiczne”	08-12.10.2019 r.	lekarze, lekarze dentyści zakwalifikowani do specjalizacji w trybie modułowym (po 01.10.2014 r.)	48
10.	Nr 05-730/3-149-2019 „Orzecznictwo lekarskie”	17-19.10.2019 r.	lekarze, lekarze dentyści zakwalifikowani do specjalizacji w trybie modułowym (po 01.10.2014 r.)	45
11.	Nr 05-730/-43-148-2019 „Prawo medyczne”	06-08.11.2019 r.	lekarze, lekarze dentyści zakwalifikowani do specjalizacji w trybie modułowym (po 01.10.2014 r.)	70
12.	„Polski konsensus leczenia ciężkich odmrożeń”	10.12.2019 r.	lekarze, ratownicy medyczni, pielęgniarki, służby mundurowe.	50
Ogółem:				496

Dodatkowo zorganizowano kilka szkoleń tylko dla lekarzy dentystów, w których – jak zawsze – bardzo chętnie i licznie uczestniczą.

Od kwietnia 2020 r. rozpoczynamy cykl szkoleń dla wszystkich lekarzy różnych specjalności z zakresu onkologii, na których będą poruszane aktualne informacje związane z tym tematem. Szkolenia będą prowadzić lekarze z OCO w Opolu: dr n. med. Barbara Radecka i dr Tomasz Sachański. O organizowaniu dalszych szkoleń będzie decydowała frekwencja i zainteresowanie Koleżanek i Kolegów.

Przewodnicząca Komisji Kształcenia

Sprawozdanie z działalności Komisji Etyki Lekarskiej OIL w okresie pomiędzy XXXVIII a XXXIX Okręgowym Zjazdem Lekarzy

Komisja Etyki Lekarskiej działa w 13-osobowym składzie:

- Przewodnicząca: Marta Rodziewicz-Kabarowska,
- V-ce Przewodnicząca: Barbara Szczepanik,
- Sekretarz: Małgorzata Falenta-Hitnarowicz,
- Członkowie: Ewa Junosza-Szaniawska, Antoni Junosza-Szaniawski, Małgorzata Łuszczyńska-Ostrowska, Teresa Sicińska-Werner, Karolina Kotysz, Rafał Pędich, Barbara Radecka, Paulina Rekucka, Barbara Suzanowicz, Anna Ziemba.

W okresie sprawozdawczym odbyły się 3 zebrania członków komisji. Gościem jednego z zebrań był prof. SWPS we Wrocławiu Tomasz Grzyb, który poddał pod dyskusję rolę przyrzeczeń (w tym przyrzeczenia lekarskiego) w kontekście istniejących warunków funkcjonowania ochrony zdrowia w Polsce.

Ponadto 5 członków naszej komisji wzięło udział w konferencji naukowej zorganizowanej przez Komisję ds. Etyki Lekarskiej Śląskiej Izby Lekarskiej w Ustroniu pt. „Wyzwania etyczne w medycynie 2019” (15-17.11.2019).

Przewodnicząca komisji wzięła udział w posiedzeniu Komisji Etyki Lekarskiej NRL (16.11.2019) poświęconym pracom nad tworzeniem komentarza do istniejącego Kodeksu Etyki Lekarskiej. Ponadto Przewodnicząca KEL uczestniczyła w XVI Międzynarodowej Konferencji Bioetycznej „Bioetyka 4.0” w Krakowie (3-4.10.2019).

Wizerunek lekarza w przestrzeni wirtualnej i portalach społecznościowych, dehumanizacja medycyny, telemedycyna, eutanazja, ograniczenie autonomii pacjenta czy wolność totalna pacjenta, wielokulturowość i wielonarodowość pacjentów Polski w aspekcie przestrzegania kodeksu etyki lekarskiej przez lekarzy – to tylko niektóre najbardziej aktualne zagadnienia wymagające dopracowania i dostosowania do wymogów współczesnej medycyny bez straty dla respektowania wypracowanych norm etycznych.

W planie działalności naszej komisji jest również poświęcenie większej uwagi i wspieranie instytucji mediacji, która niewątpliwie jest dotąd niedoceniana i relatywnie rzadko praktykowana w rozwiązywaniu niektórych spornych spraw.

*Przewodnicząca Komisji Etyki Lekarskiej
Lek. dent. Marta Rodziewicz-Kabarowska*

Sprawozdanie Komisji Kultury OIL za rok 2019

W roku 2019 Chór „Medicanto” koncertował w Miejskiej Bibliotece Publicznej w Opolu w ramach cyklu „Muzyka klasyczna polska i obca”, dał koncerty kołęd, uczest-

niczył w koncercie w ramach Kongresu Polonii Medycznej w Gdańsku, uczestniczył w festiwalu „Muzyka Maryjna” w Kędzierzynie-Koźlu. W grudniu wziął udział w Międzynarodowym Konkursie Pieśni Adwentowej i Bożonarodzeniowej w Krakowie, gdzie zdobył Srebrny Dyplom.

Zespoły „Reanimators” i „Reanimators New” brały udział w koncertach „Tony Zdrowia”, w koncertach charytatywnych oraz w koncertach plenerowych na terenie miasta Opola.

Zespoły przygotowują się do występów z okazji 30-lecia Opolskiej Izby Lekarskiej.

*Przewodniczący Komisji Kultury OIL
Lek. dent. Rafał Pędich*

Sprawozdanie z działalności Komisji ds. Lekarzy Emerytów i Rencistów OIL w okresie między XXXVIII a XXXIX Okręgowym Zjazdem Lekarzy

W okresie sprawozdawczym Komisja odbyła 2 zebrania. Zorganizowano 1 Spotkanie Opłatkowe i 1 Spotkanie Wiosenne – oba z udziałem chóru „Kamerton”. W Spotkaniu Wiosennym po raz pierwszy uczestniczyli SUPERSENIORZY 90-latkowie, a jeden z nich dr Jerzy Rekucki, przedstawił swoje okazjonalne kuplety. Uczestniczyła także red. Starzec, która zebrała kilka wywiadów, które następnie prezentowała w radiu DOXA (także na video).

Zorganizowano udaną wycieczkę całodzienną do Pszczyny. W roku bieżącym planujemy wycieczkę całodzienną do Ojcowa – Pieskowej Skały.

Wobec obniżonej aktywności (m.in. zgon, choroby) planujemy dokooptowanie 2 – 3 nowych członków Komisji.

*Przewodniczący Komisji ds. Lek. Emerytów OIL
Dr med. Tadeusz Chowaniec*

Informacja o działalności Komisji Bioetycznej OIL za okres od 1.03.2019 do 28.02.2020

Komisja Bioetyczna OIL w Opolu działała w następującym składzie:

Przewodniczący – dr n. med. Jacek Miarka

Członkowie: Junosza-Szaniawski Antoni – lek. psychiatra, Chowaniec Tadeusz – lek. ginekolog, Wojtyłko Aleksander – lek. chirurg dziecięcy, Feusette Piotr – lek. kardiolog, Czarnik Tomasz – lek. anestezjolog, Żurawel Robert – lek. chirurg ogólny, chirurg naczyniowy, Morciniec Piotr – ks. prof., Kossowska Agnieszka – psycholog, Krauze Anna – prawnik, Szczegielniak Barbara – farmaceutka.

W okresie, jak wyżej Komisja Bioetyczna odbyła 4 posiedzenia, na których rozpatrzyła łącznie 24 prace badawczo-naukowe, wydano 24 pozytywne opinie.

*Przewodniczący Komisji Bioetycznej
Dr n. med. Jacek Miarka*



PRELIMINARZ BUDŻETOWY NA 2020 R.

		PLAN 2019	WYKONANIE 2019	PLAN 2020
I. PRZYCHODY		2 077 500,00	2 125 459,90	2 128 500,00
1. Przychody z działalności statutowej		2 023 000,00	2 071 400,81	2 073 000,00
Składki członkowskie		1 860 000,00	1 896 948,33	1 900 000,00
Refundacja z Ministerstwa Zdrowia (zadania przejęte)		100 000,00	97 920,47	100 000,00
Opłaty za rejestrację praktyk		16 000,00	21 328,00	25 000,00
Refundacja z Urzędu Marszałkowskiego (staż podyplom.)		13 000,00	13 049,00	13 000,00
Komisja Bioetyczna – wydanie opinii		12 000,00	11 382,01	12 000,00
Przychody finansowe		12 000,00	12 649,36	13 000,00
Inne przychody		10 000,00	18 123,64	10 000,00
2. Przychody pozostałe		54 500,00	54 059,09	55 500,00
Wynajem pomieszczeń		500,00	488,27	500,00
Reklamy w Biuletynie Informacyjnym		10 000,00	6 414,03	7 000,00
Prowizja OC		42 000,00	45 307,55	46 000,00
Pozostałe przychody operacyjne		2 000,00	1 849,24	2 000,00
3. Zyski nadzwyczajne		-	-	-
II. WYDATKI		2 077 500,00	1 989 359,65	2 128 200,00
1. Koszty rodzajowe		1 439 900,00	1 409 586,47	1 528 200,00
a) Zużycie materiałów, energii, wody	131 000,00	92 774,64	115 500,00	
Energia, gaz, woda	46 000,00	54 270,80	65 000,00	
Artykuły biurowe	12 000,00	10 935,41	11 000,00	
Środki czystości	5 000,00	6 521,17	7 000,00	
Prenumerata czasopism	2 000,00	2 257,40	2 500,00	
Inne materiały	66 000,00	18 789,86	30 000,00	
Wybory korespondencyjne	-	-	-	
b) Usługi obce	288 900,00	293 235,17	275 000,00	
Remonty, konserwacja	60 000,00	61 348,77	30 000,00	
Koszty kolportażu	17 000,00	19 549,10	20 000,00	
Koszty Biuletynu Informacyjnego	45 000,00	43 023,56	50 000,00	
Usługi pocztowe	27 000,00	35 983,98	40 000,00	
Usługi prawne	88 900,00	88 233,00	89 000,00	
Inne usługi	51 000,00	44 426,06	45 000,00	
Tworzenie nowego rejestru lekarzy	-	-	-	
Wybory korespondencyjne, zjazd	-	670,70	1 000,00	
c) Podatki i opłaty	4 000,00	7 270,48	7 600,00	
d) Wynagrodzenia	617 000,00	627 083,82	706 000,00	
Osobowe wynagrodzenia	451 000,00	435 710,82	489 000,00	
Umowa zlecenia, umowa o dzieło	116 000,00	123 105,00	142 000,00	
Nagrody za specjalizację	45 000,00	63 068,00	70 000,00	
Komisja Bioetyczna	5 000,00	5 200,00	5 000,00	
Wybory korespondencyjne	-	-	-	
e) Świadczenia na rzecz pracowników	114 700,00	105 083,60	123 800,00	
Składka ubezpieczeniowa, Fundusz Pracy, FGŚP	104 400,00	94 722,33	111 000,00	
Zakładowy Fundusz Nagród	-	-	-	
Zakładowy Fundusz Świadczeń Socjalnych	9 800,00	9 723,90	12 100,00	
BHP	500,00	637,37	700,00	
f) Amortyzacja środków trwałych	101 000,00	102 607,65	101 000,00	
g) Pozostałe koszty	183 300,00	181 531,11	199 300,00	
Posiedzenia ORL i Prezydium ORL	37 000,00	40 921,45	41 000,00	
Posiedzenia komisji problemowych	20 000,00	11 670,05	15 000,00	
Zjazd	5 000,00	4 916,95	6 000,00	
Ubezpieczenia majątkowe	8 300,00	7 238,82	7 300,00	
Sport, kultura, turystyka	13 000,00	12 358,00	24 000,00	
Komisja Bioetyczna ryczałt	8 000,00	9 900,00	10 000,00	
Koszty podróży	42 000,00	30 631,35	31 000,00	
Inne koszty	50 000,00	63 894,49	65 000,00	
- w tym ryczałt OROZ	-	20 700,00	-	
- w tym ryczałt OSL	-	15 200,00	-	
- w tym spotkania seniorów	-	8 777,96	-	
Wybory korespondencyjne	-	-	-	
2. Składki do NIL		280 000,00	283 172,15	285 000,00
3. Kształcenie podyplomowe		75 600,00	67 960,35	70 000,00
4. Fundusz Samopomocy		150 000,00	120 000,00	130 000,00
5. Pozostałe koszty operacyjne			0,90	
6. Straty operacyjne, odsetki od kredytu		110 000,00	103 041,68	103 000,00
7. Rzecznik Praw Lekarza		2 000,00		2 000,00
8. Wydatki delegatur		20 000,00	5 598,10	10 000,00
III. DOCHÓD		0,00	136 100,25	300,00
Podatek dochodowy od osób prawnych		-	-	-

HISTORIA CIĘCIA CESARSKIEGO



Przedstawiając historię cięcia cesarskiego już na wstępie należy podkreślić, że najczęściej kontrowersji budzi sama nazwa cięcia cesarskiego. Wg historyków nazwa ta pochodzi jeszcze z czasów rzymskich, kiedy to Juliusz Cezar został wydobyty z łona matki cięciem cesarskim. Również w mitologii greckiej bóg Apollo miał wydobyć cięciem cesarskim swojego syna boga lekarza Asklepiosa z łona swej zmarłej kochanki Koronis. Także wg Hindusów bóg Budza z uwagi na nieczystość dróg rodnych wydobyty został cięciem z łona matki.

Wg Pliniusza łaciński wyraz „caesar” pochodzi od słowa „Caedere” tzn. ciąć, pruć stąd dzieci urodzone w ten sposób często nazywano wyprutkami.

W słynnych baśniach braci Grimm hrabia Burghard otrzymał przydomek „igenitus”, ponieważ został wydobyty cięciem brzuszным ze zwłok swojej matki.

Również w „Makbecie” William Szekspir uczynił rozwiązanie cięciem brzuszным elementem dramatu. Otóż Makbet zdaje się na przepowiednie trzech czarownic, że „...nikt urodzony przez kobietę nie może go zabić...”. Tymczasem Macduff zabija Makbeta ponieważ „...przedwcześnie z łona matki był wydobyty...”.

Wracając do historii, to cięcie cesarskie wykonywane było już w starożytnym Egipcie, o czym świadczy tzw. „papirus ginekologiczny” z Kahun (2000 p.n.e.) oraz papirus Ebersa z XVI w. przed naszą erą. Zapisy o cięciu brzuszным znajdujemy w wielu innych dokumentach świata starożytnego, np. w kodeksie Hammurabiego z Babilonu (1795-1750 p.n.e.).

Do historii przeszło tzw. „Lex regia” (prawo królewskie) króla rzymskiego Numy Pompiliusza (715-673 p.n.e.), które zabraniało pochowania kobiety zmarłej podczas porodu bez wydobywania z jej łona dziecka (sectio post mortem). „Lex regia” przekształciło się z czasem w „Rex caesarea”, w którym używano już medycznego pojęcia *sectio caesarea*.

W tym miejscu należy podkreślić, że jedno z najsłynniejszych cięć cesarskich „post mortem” dotyczy polskiej królowej Anny Austriaczki pierwszej żony króla Zygmunta III Wazy. Była ona wątłej budowy, garbata i kulejąca. Po czterech porodach siłami natury (w tym przyszłego króla Władysława IV Wazy), podczas kolejnej piątej ciąży wystąpiły u niej burzliwe objawy zatrucia ciążowego ze znacznymi obrzękami całego ciała i dusznościami. Opiekujący się nią przybyły specjalnie z Wenecji medyk Jan Chrzyciel Gemma, kiedy stwierdził zgon królowej w dniu 10 lutego 1598 r. na Zamku Królewskim w Warszawie rozciął brzuch zmarłej i wydobył żywego noworodka płci męskiej królewicza Krzysztofa, który zmarł po 30 minutach.

Wiele wybitnych postaci historycznych zostało urodzonych drogą cięcia cesarskiego. Jednym z nich był wielki wódz rzymski Scypion Afrykański wydobyty z łona matki Aurelii w 234 r. p.n.e.

Kolejni urodzeni w ten sposób to:

- wódz rzymski Manius Manillicus zdobywca Kartaginy,
- admirał z Genui Andrea Doria,

- Edward VI król angielski, syn króla Henryka VIII Tudora i jego trzeciej żony Joanny Seymour w 1537 r.

W naukowym piśmiennictwie przyjmuje się, że pierwsze cięcie cesarskie na żywej kobiecie – swojej żonie – dokonał w 1500 r. niejaki Jakub Nufer szwajcarski weterynarz. Ponieważ później ta kobieta rodziła jeszcze pięć razy bez żadnych komplikacji siłami natury, dlatego prawdziwość tej operacji jest wątpliwa.

W piśmiennictwie niemieckim udokumentowano pierwsze rozwiązanie na żywej kobiecie wykonane przez chirurga Jeremiasza Trautmanna w Wittenberdze w roku 1610.

Śmiertelność matek poddanych cięciu cesarskiemu wynosiła w owych czasach 100%. W 1876 r. włoski położnik Eduardo Porro (1842-1902) z Pawii koło Mediolanu wykonał po raz pierwszy cięcie cesarskie z następowym usunięciem trzonu macicy i wszyciem kikuta macicy do powłok brzusznych (cięcie cesarskie sposobem Porro). Ten pionierski zabieg operacyjny, który wprowadził pozbawiał kobietom możliwości dalszych porodów i powodował powstawanie przetok w powłokach brzusznych zmniejszał jednak umieralność okołoporodową matek po cięciach cesarskich o połowę.

Kolejne etapy rozwoju technik operacyjnych to wprowadzenie cięcia cesarskiego pozaotrzewnowego przez Fritza Franka z Koloni (1901) i Wilhelma Latrzo w Wiedniu (1908). Cięcie cesarskie pozaotrzewnowe w dobie obecnej stosuje się w przypadkach porodów septycznych. Wreszcie Duhrsen (1862-1933) z Berlina zaproponował cięcie cesarskie pochwowe wykonywane obecnie w przypadkach małych obumarłych płodów.

W Polsce pierwsze cięcie cesarskie na żywej kobiecie miał wykonać w Krakowie w 1870 r. Maurycy Madurowicz u 26-letniej pierwiastki, u której stwierdził przeszkodę porodową z powodu dużego guza miednicy małej. Operowana zmarła w trzeciej dobie pooperacyjnej z powodu rozlanego zapalenia otrzewnej.

Wg znanego historyka medycyny prof. Edmunda Waszyńskiego jednak pierwsze cięcie cesarskie na żywej kobiecie wykonał Franciszek Dybek w Warszawie w roku 1821 u 22-letniej ciężarnej z zaawansowaną krzywicą kręgosłupa. Operację tę wykonał w łóżku bez znieczulenia i bez zastosowania zasad antyseptyki. Było to przed wprowadzeniem do znieczulenia chloroformu przez Jamesa Simpsona (1847) i mgły karbolowej przez Józefa Listera (1867). Położnica zmarła w szóstej dobie pooperacyjnej również z powodu rozlanego zapalenia otrzewnej. W tym miejscu należy podkreślić, że zarówno Maurycy Madurowicz, jak również Franciszek Dybek po wydobywaniu dziecka nie zszywali macicy zamykając tylko powłoki brzuszne.

Obniżenie umieralności po cięciach cesarskich możemy zawdzięczać dokonaniom wybitnych luminarzy położnictwa, ginekologii i chirurgii – kamieniom milowym, których działania spowodowały:

- przesunięcie cięcia z części skurczowej macicy (trzonu macicy) do dolnego macicy, tj. zaniechanie tzw. cięcia klasycznego, co groziło często pęknięciem macicy przy kolejnych ciążach (Max Singer z Lipska 1882),
- ulepszenie techniki szycia mięśnia macicy po cięciach cesarskich (Ferdynand Kehrer z Heidelbergu 1887),
- wprowadzenie zasad aseptyki przez Ignacego Semmelseisa (1847) i antyseptyki przez Józefa Listra (1867),
- zastosowanie nowoczesnego znieczulenia do cięcia cesarskiego (znieczulenie zewnątrzoponowe). W tym

- miejszu należy przypomnieć, że pionierem znieczulenia okołoporodowego był James Simpson z Edynburga (1811-1870), który jako pierwszy do znieczuleń zastosował chloroform. Po znieczuleniu chloroformem ósmego porodu długowiecznej angielskiej królowej Wiktorii otrzymał tytuł lordowski z sentencją „Victor doloris” (zwycięzca bólu),
- profilaktyczną okołoperacyjną antybiotykoterapię w wybranych przypadkach.

Dr n. med. Janusz KUBICKI

LISTY DO REDAKCJI

Szanowni Państwo,

Pozwoliłam sobie napisać do Państwa, aby przybliżyć projekt MediShift, którego jestem pomysłodawcą. Nazywam się Katarzyna Dziąbowska-Grabias, jestem lekarzem w trakcie specjalizacji z chorób wewnętrznych i członkiem Lubelskiej Izby Lekarskiej. Wraz z zespołem młodych, zaangażowanych ludzi pracuję nad aplikacją MediShift – innowacyjnym startupem wykorzystującym elementy sztucznej inteligencji stworzonym w celu ułatwienia i skrócenia procesu rekrutacji w branży medycznej. Nasz startup powstał w odpowiedzi na ogromne braki kadrowe na rynku medycznym oraz archaiczne metody poszukiwania pracy, z których w chwili obecnej korzystają lekarze oraz placówki medyczne.

Pomysł na stworzenie takiego narzędzia narodził się, kiedy jako absolwentka kierunku lekarskiego Uniwersytetu Medycznego w Lublinie, po kilku miesiącach od otrzymania prawa wykonywania zawodu i rozpoczęcia szkolenia specjalizacyjnego postanowiłam poszukać pracy dodatkowej. Okazało się, że nie istnieje narzędzie przeznaczone dla lekarzy, które ułatwiłoby to zadanie. Najbardziej popularne metody poszukiwania pracy to w chwili obecnej system ustnych poleceń oraz tzw. tablice ogłoszeń. Jednak informacje w nich zawarte często są fragmentaryczne, oferty bywają nieaktualne. Ten archaiczny system wymaga poświęcenia dużej ilości czasu, często jest nieefektywny i nie nadąża za potrzebami młodych ludzi, którzy bardzo chętnie korzystają z nowoczesnych rozwiązań technologicznych. W obliczu dużego niedoboru lekarzy i braków kadrowych na rynku pracy bardzo istotne jest, aby zarówno lekarze jak i placówki medyczne miały dostęp do narzędzia, który ułatwi wzajemne wyszukiwanie się.

MediShift to rozwiązanie w postaci serwisu internetowego oraz aplikacji na telefony komórkowe (Android i iOS), ułatwiające proces rekrutacyjny lekarzom i placówkom medycznym. Użytkownik (zarówno lekarz jak i pracodawca) definiuje swoje kryteria – dostępność czasowa, specjalizacja, lokalizacja, oczekiwania finansowe, na podstawie których unikalny algorytm dopasuje wzajemnie pracownika i pracodawcę. Komunikacja w aplikacji MediShift odby-

wa się obustronnie. Aplikacja dzięki innowacyjnej technologii informuje lekarza i placówkę o dopasowaniach w czasie rzeczywistym, wysyłając im powiadomienia. Otrzymują oni już wyselekcjonowane dla siebie oferty, co oszczędza dużo czasu. Startup Medishift powstał pod patronatem EduLABu (<https://edulab.io/>) – akceleratora edTech, mającego na celu wspieranie innowacyjnych pomysłów w połączeniu z najnowszymi technologiami. Nasz serwis internetowy już w pełni funkcjonuje i zarówno pracodawcy, jak i lekarze mogą się na niej rejestrować i zamieszczać swoje oferty. Serwis jest darmowy. Jesteśmy na krótko przed premierą aplikacji mobilnej na telefony komórkowe.

Zwracam się do Państwa z pytaniem, czy byliby Państwo zainteresowani umieszczeniem artykułu/wzmianki na nasz temat w Biuletynie Informacyjnym? Nasz projekt jest interesujący dla szerokiego grona lekarza, zarówno młodych, którzy stawiają pierwsze kroki na rynku pracy i potrzebują informacji, gdzie jej szukać i na jakich zasadach finansowych, jak i dla doświadczonych lekarzy, którzy niejednokrotnie posiadają własne placówki medyczne i poszukują odpowiednich pracowników.

Poniżej zamieszczam strony, na których można znaleźć informacje i materiały na nasz temat:

<https://medishift.pl>

nasz profil na Facebook'u: <https://www.facebook.com/MediShift/>

artykuł w Miesięczniku Lubelskiej Izby Lekarskiej Medicus: <http://medicus.lublin.pl/article/aplikacja-znajdzie-ci-prace/>

link do artykułu na nasz temat na portalu mzdrowie: <https://www.mzdrowie.pl/w-biznesie/na-etat-lub-zlecenie-nowy-startup-pomoze-kojarzyc-lekarzy-i-pracodawcow/?fbclid=IwAR1adzNROGbhdZXWk01K6Z7oA92vvgqYLVBD6pbyAdFMIRcHEeg4yFR9IG0>

link do wywiadu, którego udzieliliśmy dla Radia Lublin: <https://radio.lublin.pl/news/praca-szuka-lekarza-pomoze-aplikacja?fbclid=IwAR0T3CSMDJ3Kl62YmB7Ad2az77cYjCzc6LAgC57XRi9yybCldALVlc4ST0g>

Osobą, która bardzo chętnie udzieli wszystkich informacji na nasz temat jest Katarzyna Nowacka, e-mail: katarzyna.nowacka@medishift.pl, tel. 607-907-948.

Z poważaniem,

w imieniu całego zespołu Medishift,

Katarzyna DZIĄBOWSKA-GRABIAS

JAK URATOWAĆ DOBRY WIZERUNEK SZPITALA?

Błąd medyczny, niezadowolony pacjent, problemy kadrowe, brak pieniędzy – lista potencjalnych źródeł kryzysów w ochronie zdrowia jest długa. Czasem nawet niewielkie uchybienie potrafi wywołać lawinę negatywnych komentarzy i artykułów, które sprawiają, że placówka przez kilka dni czy tygodni jest na ustach wszystkich. Żle zarządzony kryzys może poważnie nadszarpnąć budowaną od dawna renomę. Warren Buffet, jeden z najbogatszych ludzi świata mawiał, że na zbudowanie dobrej reputacji potrzeba lat, ale do jej zniszczenia wystarczy pięć minut. Dlatego, zamiast liczyć, że nas kryzys na pewno nie spotka, warto podjąć działania, które sprawiają, że z trudnej sytuacji wyjdziemy obronną ręką.

Skąd się biorą kryzysy?

To nieprawda, że kryzysy zawsze wybuchają nagle. Bardzo często są one wynikiem lekceważenia symptomów, które można dostrzec o wiele wcześniej. Wśród czynników wywołujących kryzys w firmie wymieniane są głównie plotki i ataki ze strony użytkowników w internecie (31,1%), problemy z jakością usług (24,4%), zła komunikacja wewnętrzna (20,0%). (1)

Dlatego złe nastroje wśród pracowników, odpływ pacjentów, większa liczba skarg czy negatywne komentarze i recenzje w mediach społecznościowych – powinny skłonić do bliższego przyjrzenia się problemowi. Może okazać się, że zawiodła komunikacja na linii zarząd – pracownicy czy lekarz – pacjent. Często wystarczy zwykła rozmowa, by wyjaśnić sytuację i nie dopuścić do eskalacji problemu. Nie zawsze jednak jest to możliwe. Czasem sytuacja jest na tyle dynamiczna, że o tym, że mamy kryzys, dowiadujemy się w momencie, gdy dziennikarze pukają do drzwi.

Kryzys a media

Media będą towarzyszyć szpitalnym kryzysom zawsze. Powód jest prosty – spełniają one wszystkie kryteria dobrego newsa. Informacja wzbudza emocje (w końcu chodzi o życie i zdrowie), dotyczy szerokiej grupy ludzi (każdy z nas jest, był lub będzie pacjentem), jest kontrowersyjna (czy nie dało się zrobić nic więcej? Czy na pewno wszystkie procedury zostały zachowane? Kto mówi prawdę?).

Scenariusz zwykle jest podobny. Pacjent lub jego rodzina, niezadowoleni z opieki w szpitalu, kontaktują się z dziennikarzami, by nagłośnić swoją historię. Tak było na początku tego roku, gdy przez media przeleżała się fałszywa relacja z SOR-ów, w których rodziny oskarżały perso-

nel o poważne zaniedbania, a nawet doprowadzenia do śmierci pacjenta. W takiej sytuacji wszystkie oczy zwrócone są na szpital. Bywa, że jedyną reakcją na zarzuty jest... brak reakcji. Jednak w tym przypadku metoda na przeczekanie jest złym pomysłem i może jedynie pogłębić już i tak złą sytuację placówki.

Jak reagować na kryzys?

W przypadku wystąpienia kryzysu wizerunkowego liczy się czas. Szybka i prawidłowa reakcja jest kluczem do zminimalizowania negatywnych następstw. O to jednak bywa trudno, jeżeli szpital nie wypracował żadnych procedur na wypadek wystąpienia kryzysu, nie ma osoby odpowiedzialnej za kontakty z mediami, nikt nie został też przeszkolony z zarządzania sytuacjami kryzysowymi. W takim przypadku łatwo o błędy komunikacyjne. Oświadczenia i odpowiedzi przygotowywane na gorąco są często pozbawione empatii, zdarza się, że, mimo ewidentnych zaniedbań, szpital uparcie nie przyznaje się do żadnych niedociągnięć i nie wyciąga żadnych wniosków.

Tymczasem podstawowe zasady postępowania w kryzysie wcale nie są skomplikowane. Zawierają się w pięciu słowach:

- Przykrość wyraż.
- Przyznaj się (jeżeli zawiniłeś).
- Przeciwdziałaj.
- Popraw.
- Powetuj.

To tzw. zasada „5P” stworzona przez Adama Łaszyna, na której opiera się zarządzanie sytuacjami kryzysowymi.

Wyrażenie przykrości to nic innego, jak okazanie empatii w stosunku do poszkodowanego. Stało się coś złego, więc po ludzku jest nam przykro z powodu zaistnienia tej sytuacji. To nie to samo, co przeprosiny. One powinny się pojawić, kiedy wina faktycznie jest po naszej stronie. Jeśli błąd został popełniony, nie ma sensu iść w zaparte czy grać na czas. Prawda i tak wyjdzie na jaw. Jeżeli stawimy czoło sytuacji i sami przyznamy się do winy, opinia publiczna to doceni.

Kolejnym krokiem jest podjęcie realnych działań, które będą miały na celu niedopuszczenie do podobnej sytuacji w przyszłości. Jeżeli to możliwe powinniśmy także powetować stratę/niedogodności poszkodowanemu.

Co po kryzysie?

Każdy kryzys wizerunkowy ma kilka faz. Pierwsza, początkowa, to czas, w którym odpowiednie działania

mogą sprawić, że tłący się kryzys nie będzie się pogłębiał. Drugi etap to już moment bez powrotu. Kryzys eskaluje, liczba wzmianek w mediach rośnie, sytuacja staje się coraz trudniejsza do opanowania.

To, jak długo potrwa kryzys, w dużym stopniu zależy od naszej reakcji (lub jej braku). Może to być kilka dni, mogą być tygodnie. Im dłuższy kryzys, tym poważniejsze i długotrwałe mogą być jego skutki dla placówki. Nie tylko wizerunkowe. Burza medialna sprawia, że wywołane do tablicy są także instytucje odpowiedzialne za jakość leczenia, prawa pacjenta etc. Kontrole nierzadko kończą się realnymi karami, które mogą skomplikować i tak już niełatwą sytuację finansową szpitala.

W końcu jednak sprawa ucichnie. Nie oznacza to wcale powrotu do sytuacji sprzed kryzysu. Wizerunek został nadszarpnięty, zaufanie do placówki i personelu spadło. Dlatego działania kryzysowe nie kończą się wraz z odjazdem dziennikarzy. Przychodzi czas na przeanalizowanie sytuacji. Dlaczego doszło do kryzysu? Jak można było mu zapobiec? Czy działania podjęte po wybuchu kryzysu były prawidłowe? Co zadziało, a co należy poprawić? Co można zrobić, by zminimalizować ryzyko wystąpienia podobnej sytuacji w przyszłości?

Warto rzetelnie odpowiedzieć na te pytania i spisać procedury na wypadek sytuacji kryzysowej. Kto powinien zostać poinformowany, że dzieje się coś niepokojącego?

RODO – KONTROLE

Unijne rozporządzenie o ochronie danych osobowych¹ obowiązuje już od półtora roku. Szum medialny, który towarzyszył mu na początku znacznie ucichł. Nie znaczy to jednak, że o RODO powinniśmy zapomnieć. Każdy lekarz, wykonujący zawód w formie praktyki lekarskiej, a także lekarze prowadzący podmioty lecznicze, są administratorami danych osobowych swoich pacjentów i są odpowiedzialni za ich ochronę. Sposób wypełniania tego obowiązku może zostać skontrolowany przez prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

O kontroli kilka uwag ogólnych

Zgodnie z nowymi przepisami² kontrolę przestrzegania przepisów o ochronie danych osobowych prowadzi się według rocznego planu kontroli zatwierdzonego przez prezesa urzędu (kontrole planowe) lub wskutek pozyskanych przez urząd informacji, czyli w praktyce na skutek wniesionej skargi (kontrole doraźne). Kontrola nie musi być zapowiedziana, niemniej w odniesieniu do lekarzy prowadzących praktyki prywatne oraz podmioty lecznicze, a zatem będących przedsiębiorcami, ewentualna kontrola powinna być poprzedzona zawiadomieniem i nie powinna zostać wszczęta wcześniej niż 7 dni od momentu jego doręczenia³.

Kto jest odpowiedzialny za konkretne działania w kryzysie? (wewnętrzną kontrolę, komunikację z pracownikami, tworzenie oświadczeń i komunikację z mediami, reagowanie na komentarze pojawiające się w Internecie, kontakt z podmiotami nadzorującymi itd.). Choć nie zawsze będziemy mieli wpływ na to, co się stało, od nas zależy, w jaki sposób sobie z tym poradzimy.

Są szpitale, które w przeszłości musiały mierzyć się z bardzo poważnymi kryzysami wizerunkowymi, na co nie były wtedy zupełnie przygotowane. To był punkt zwrotny, po którym przeszkolono zespół i wdrożono procedury antykryzysowe. Dziś wiele z nich potrafi się prawidłowo komunikować z otoczeniem, ma dobre relacje z mediami i nawet w trudnych sytuacjach świetnie sobie radzi. Tamta lekcja była jednak trudna i bolesna. O wiele łatwiej jest przygotować się na kryzys, zanim się on przytrafi. Na własnych warunkach, bez dziennikarzy na korytarzu i odgórnej presji.

Agata KALAFARSKA-WINKLER

Wieloletnia dziennikarka największych stacji informacyjnych i rzecznik prasowa Śląskiego Uniwersytetu Medycznego, specjalistka public relations.

[1] D. Tworzydło, A. Łaszyn, P. Szuba, Zarządzanie kryzysem w polskich przedsiębiorstwach, Rzeszów 2018.

(przedruk z „Pro Medico” nr 12-1/19-0)

Dokumentacja medyczna

W obowiązującym obecnie planie kontroli dla sektora zdrowia przewidziane są kontrole „przetwarzania danych osobowych w związku z udostępnianiem dokumentacji medycznej w ramach realizacji praw pacjenta do dostępu do dokumentacji medycznej dotyczącej jego stanu zdrowia oraz udzielonych mu świadczeń zdrowotnych”. W praktyce za tym długim hasłem kryją się kwestie dotyczące odpowiednich procedur dostępu do dokumentacji medycznej z uwzględnieniem zasad ochrony danych osobowych. Powinny być one w regulaminie organizacyjnym podmiotu wykonującego działalność leczniczą, a także w stosownej polityce bezpieczeństwa. Drugim aspektem kontroli może być także odpłatność za udostępnianie dokumentacji medycznej. Warto przypomnieć, że od 4 maja 2018 roku pierwszy wyciąg, odpis, kopia lub wydruk (ewentualnie zapis na nośniku informatycznym) dokumentacji medycznej jest nieodpłatny.

Uwaga, kamera!

Kolejnym obszarem ujętym w planie kontroli, który może dotyczyć lekarzy, będących jednocześnie pracodawcami, jest przetwarzanie danych osobowych rejestrowanych za pomocą systemu monitoringu wizyjnego – tu również od 4 maja br. mamy dodatkowe obowiązki.





Przede wszystkim cele, zakres oraz sposób zastosowania monitoringu należy ustalić w układzie zbiorowym pracy lub w regulaminie pracy (ewentualnie w obwieszczeniu, jeśli pracodawca nie jest objęty układem zbiorowym ani nie ma ustalonego regulaminu), a każdemu pracownikowi przed dopuszczeniem do pracy, należy te informacje przekazać na piśmie. O zamiarze uruchomienia monitoringu należy poinformować pracowników najpóźniej na 2 tygodnie przed jego wprowadzeniem⁴. Należy także pamiętać o innych osobach, których wizerunek może zostać zarejestrowany przez kamery. Wobec wszystkich nich należy spełnić obowiązek informacyjny (np. za pomocą odpowiedniej tablicy) wskazując przynajmniej, kto jest administratorem danych osobowych, przez jaki czas i na jakiej podstawie prawnej będą one przetwarzane, a także o prawach przysługujących osobie zarejestrowanej przez monitoring.

Pacjenci się skarżą

Z opublikowanego niedawno sprawozdania z działalności prezesa UODO wynika, że w 2018 r. do urzędu wpłynęło 5.565 skarg – dla porównania rok wcześniej było ich 2.950. Oznacza to, że nasza świadomość ochrony danych osobowych rośnie, i sądzę, że ta tendencja się utrzyma. Prezes przeanalizował także naruszenia ochrony danych, skutkujące ryzykiem naruszenia praw i wolności osób fizycznych, które każdy administrator ma obowiązek zgłaszać do organu nadzorczego. Od 25 maja do 31 grudnia 2018 r. zgłoszono 1.882 naruszenia z sektora

prywatnego oraz 564 z sektora publicznego, zaś znaczna część z tych incydentów wydarzyła się w placówkach ochrony zdrowia.

Warto mieć świadomość, że stosowanie przepisów o ochronie danych osobowych to proces, a nie moment. Każdy administrator ma obowiązek stale sprawdzać, czy dobrze go realizuje. Być może pomogą w tym niebawem kodeksy branżowe, których projekty zostały złożone przez Porozumienie Zielonogórskie oraz Polską Federację Szpitali, i czekają na zatwierdzenie przez UODO. Dopóki to nie nastąpi warto samodzielnie zatroszczyć się o „bycie zgodnym z RODO”. Przypominamy, że na naszej stronie internetowej w zakładce „Prawo” jest specjalna podstrona „RODO dla lekarzy”, na której można poczytać o rozporządzeniu oraz pobrać wzory dokumentów przydatnych do wdrożenia ochrony danych osobowych we własnej działalności. Przemyślenia wymaga także kwestia wyznaczenia inspektora ochrony danych osobowych.

Aleksandra OTAWSKA-PETKIEWICZ

radca prawny,

inspektor Ochrony Danych Osobowych LIL

- [1] Ogólne rozporządzenie o ochronie danych, RODO nr 2016/679 z 27 kwietnia 2016 r.
- [2] Ustawa z 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2019 r., poz. 1781)
- [3] Art. 48 ust. 1-2 ustawy z 6 marca 2018 r. Prawo przedsiębiorców (Dz. U. z 2019 r., poz. 1292)
- [4] Art. 222 Kodeksu pracy

(przedruk z „Medicusa” nr 11/19)

UBEZPIECZENIA ZDROWOTNE STAŁY SIĘ TEMATEM TABU?

- W debacie publicznej nie istnieje temat dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych. W kampanii wyborczej bała się go podejmować zarówno koalicja rządząca, jak i opozycja – ocenił Zdzisław Sabiło, dyrektor generalny Ogólnopolskiej Izby Gospodarczej Wyrobów Medycznych POLMED. Dlaczego ubezpieczenia zdrowotne to temat tabu?

Zabraknie pieniędzy na ochronę zdrowia, bo społeczeństwo gwałtownie się starzeje, więc potrzeby będą coraz większe. Mówimy teraz, że nie do 6% (w 2024 r. – red.), ale do 7% PKB trzeba zwiększyć wydatki na zdrowie. Ale nawet i to nie wystarczy. – *W tej sytuacji dodatkowe ubezpieczenia są nieodzowne* – argumentował dyr. Sabiło w czasie sesji „Modele ubezpieczeń zdrowotnych – pytania i propozycje” w ramach XV Forum Rynku Zdrowia (Warszawa, 21-22 października).

Czego boją się politycy?

Temat ubezpieczeń zdrowotnych jest pomijany z powodu obaw rządzących. Wydaje się, że biorą się one przede wszystkim z tego, że trzeba by zweryfikować ko-

szyk świadczeń gwarantowanych. To z kolei wiąże się ze zgłaszaniem różnych postulatów i oczekiwań, których spełnienie wymaga wyasygnowania dodatkowych środków. – *Żeby zmieniać system ochrony zdrowia, potrzeba mądrości, odwagi i konsensusu politycznego. Podstawową rzeczą, żeby dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne mogły zaistnieć w systemie, jest ustalenie koszyka świadczeń gwarantowanych, a na to potrzeba zgody politycznej i społecznej dotyczącej poziomu finansowania świadczeń ze źródeł publicznych* – wskazywał Maciej Bogucki, dyrektor Europejskiego Centrum Strategii i Polityki w Ochronie Zdrowia.

- Podstawowym założeniem przy tworzeniu koszyka jest gwarantowany, równy i nielimitowany dostęp do świadczeń – mówił dalej. – Pytanie, do jakich świadczeń? Jego zdaniem w takim koszyku powinien znaleźć się dostęp do wyrobów medycznych, bo nie jesteśmy krajem biednym. – Liczę na to, że wyroby medyczne będą ujęte w koszyku. Także rehabilitacja, usługi stomatologiczne powinny być finansowane z publicznych pieniędzy – wyliczał. – Trzeba

też dać obywatelom możliwość dopłat do systemu publicznego, czyli ubezpieczeniowego, ale w sposób cywilizowany. Myślę o wariacie dodatkowych ubezpieczeń komplementarnych, a więc przy zachowaniu zasady obowiązkowych ubezpieczeń publicznych – przekonywał Maciej Bogucki.

Podobnego zdania był Zdzisław Sabiło, który stwierdził, że niezależnie od wysokości nakładów na ochronę zdrowia, niezbędne jest zwiększenie wydatków na wyroby medyczne i wprowadzenie ich do koszyka świadczeń gwarantowanych. – Konieczne są dodatkowe ubezpieczenia komplementarne, gdyż jest to rozwiązanie efektywne i bardziej przyjazne dla pacjenta – powiedział.

Kasy chorych poligonem doświadczalnym

Żeby bezpiecznie wprowadzać nowe rozwiązania w zakresie ubezpieczeń zdrowotnych, nie narażając się na błędy i chaos, wskazane byłoby sięgnięcie do wcześniejszych doświadczeń. Dobrym poligonem były kasy chorych. – Wprowadzanie nowych rozwiązań wiąże się z ryzykiem; trzeba wpierw przetestować nowe rozwiązania. Robi się to, wdrażając różne programy pilotażowe. Teraz mamy wysyp pilotaży – zauważył poseł Andrzej Sośnierz, współtwórca kas chorych. – Mielśmy zdecentralizowany system kas chorych i związek kas chorych, który przekazywał zdobyte przez nie doświadczenia. Kasy były niezależne i same wdrażały pilotażowe rozwiązania, żeby można było je sprawdzać i upowszechniać – wspominał. – Dyskutujemy o dodatkowych ubezpieczeniach, a przecież w kasach chorych mieliśmy takie rozwiązanie w postaci ubezpieczeń suplementarnych, których politycy teraz się boją, choć były przecież przetestowane – opowiadał.

– W śląskiej kasie chorych pacjent mógł dopłacać do świadczeń. Pacjenci byli zadowoleni, bo za większe pieniądze dostawali wyższy standard świadczeń. Jak zareaguje na dopłaty społeczeństwo? 4 mln ludzi na Śląsku było z tego zadowolonych. Więc nie bójcie się politycy! – apelował Sośnierz. Przyznał jednocześnie, że ubezpieczenia komplementarne w kasach chorych nie były testowane i dodał, że trzeba teraz mówić także o ubezpieczeniach pielęgnacyjnych, bo osób starszych przybywa.

Zdaniem posła, największym problemem służby zdrowia jest bałagan organizacyjny i przyjęcie błędnego założenia, że kiedy będzie więcej pieniędzy w systemie, to sytuacja się poprawi. – Nie będzie lepiej. Mamy w ostatnich latach wzrost nakładów. I co? I nic. Bo jest bałagan organizacyjny, zaburzone relacje między jednostkami ochrony zdrowia, rozmyte kompetencje. Trzeba uporządkować strukturę organizacyjną i funkcjonalną opieki zdrowotnej – przekonywał Andrzej Sośnierz.

Sto lat ubezpieczeń, czyli wszystko już było

Andrzej Jacyna, doradca Prezesa Rady Ministrów ds. zdrowia i prezes NFZ w latach 2018-19, zaznaczył, że będzie się wypowiadał nie jako doradca premiera, ale we własnym imieniu. Nawiązał do historycznych doświad-

czeń Polski we wprowadzaniu ubezpieczeń zdrowotnych. – Chciałem odwołać się do historii, bo akurat przy analizie systemu ubezpieczeniowego taka refleksja jest konieczna – stwierdził. – Obchodzimy w tym roku stulecie ubezpieczeń zdrowotnych w Polsce. I tak się złożyło, że z uporem maniaka powtarzamy przedwojenną historię. Były kasy chorych od 1919 r., skończyły swoją działalność w 1933 r. zastąpione przez centralny system ubezpieczenia społecznego. Później mieliśmy powtórkę polegającą na tym, że w 1999 r. wprowadziliśmy kasy chorych, a w 2003 r. nastąpiła zmiana i kasy zostały zastąpione centralnym systemem ubezpieczenia zdrowotnego. Czy wyszło to nam na dobre? – zapytał retorycznie. Przypominał, że współczesny system ubezpieczenia zdrowotnego powstawał dzięki aktywności działaczy NSZZ Solidarność. Istotną rolę przy jego tworzeniu i wprowadzaniu odegrali ówcześni związkowcy – Andrzej Jacyna i Andrzej Sośnierz. – To były udane projekty, ale zostały wypaczone z powodu zbyt niskich nakładów – ocenił. – Podstawową przyczyną tego, że związek zawodowy Solidarność optował za zmianą systemu budżetowego na ubezpieczeniowy, było to, żeby wyjąć środki na ochronę zdrowia z rąk polityków, żeby nakłady na zdrowie rosły wraz ze wzrostem gospodarczym i płacami. Byliśmy wtedy optymistami. Ale to się teraz sprawdza, co widać w ostatnich latach, kiedy płace rosną, a wraz z nimi składka zdrowotna.

Andrzej Jacyna nawiązał do pomysłu włączenia wyrobów medycznych, a także leków do systemu ubezpieczeń. Powiedział, że jesteśmy państwem, w którym pacjenci dopłacają do leków najwięcej w Europie. – To jest problem, nad którym powinniśmy się pochylić w najbliższym czasie. Chodzi o to, żeby ustalić dla pacjenta granice dopłat do leków. Żeby pacjent, który wyczerpie pewną kwotę z własnej kieszeni na zakup leków, otrzymywał refundację ze środków publicznych. Ten element powinien być przedyskutowany i wprowadzony – apelował. Dodał: – Są w tym obszarze przykłady państw europejskich, z których doświadczeń warto skorzystać.

Jak to robią inni

O rozwiązaniach z zakresu ubezpieczeń zdrowotnych na przykładzie Czech, Francji Niemiec i Holandii opowiadał Dariusz Dzielak, dyrektor Departamentu Analiz i Strategii NFZ. – W wymienionych krajach składka ma charakter dzielony – jest płacona przez pracownika i pracodawcę. U nas jest wyłącznie wynikiem dochodu osobistego pracownika. W tamtych krajach składka nie tylko finansuje świadczenia, ale też zasiłek w czasie choroby – wyjaśniał. – Francja ma jednego ubezpieczyciela, podobnie jak Polska. W pozostałych krajach jest kilku ubezpieczycieli, ale trudno powiedzieć, czy konkurują. Wszystkie mają natomiast ubezpieczenia dodatkowe i dopłaty do świadczeń. We Francji np. ubezpieczenie powszechne finansuje 85% kosztów leczenia. Pozostałe 15% trzeba wyjąć z własnej kieszeni, i to są ubezpieczenia dodatkowe, >>



które wykupują niemal wszyscy Francuzi – mówił Dariusz Dziełak.

Z kolei rozwiązania w obszarze ubezpieczeń zdrowotnych obowiązujące w USA przedstawił Mark Tucci, główny lekarz w Centrum Zdrowia Aurora w północnym Illinois. Przekonywał, żeby „nie iść w kierunku systemu, który mamy w Stanach Zjednoczonych, czyli 20% PKB na usługi zdrowotne, a jednocześnie 30 mln ludzi, czyli 10%, nie jest objętych ubezpieczeniem. Tymczasem obywatel ma prawo do opieki zdrowotnej”. – *Z ustawą o finansowo dostępnych ubezpieczeniach (ACA), potocznie*

zwaną Obama-care, problem polega na tym, że niedrogie ubezpieczenia nie są dostępne. Współpłacenie pacjenta jest z roku na rok coraz wyższe. Teraz pacjent musi dopłacić nawet 7 tys. dol. rocznie – poinformował. Dr Mark Tucci zaapelował: – System dodatkowych ubezpieczeń nie może być nadmiernie skomplikowany. Mówię to ku przestrodze jako praktykujący lekarz, który musi nawigować pacjenta w systemie.

Ryszard ROTAUB

(przegląd z „Rynku Zdrowia” nr 11-12/19)

NIEBEZPIECZNE E-RECEPTY

Koncepcja e-recepty nie jest wcale niczym nowym. Po raz pierwszy „na poważnie” pojawiła się i tak została potraktowana w Stanach Zjednoczonych w 2000 r., a więc już 20 lat temu!

Biała Księga wzywa

Właśnie wtedy Instytut Bezpiecznych Praktyk Lekarskich (The Institute for Safe Medication Practices – ISMP) opublikował tzw. Białą Księgę, opatrzoną niemal rewolucyjnym tytułem: „*Wezwanie do działania*”. Publikacja wzywała do zaprzestania stosowania odręcznie pisanych recept. Według ISMP „*właściwe i agresywne*” użycie perfekcyjnie zaprojektowanego elektronicznego systemu preskrypcji leków (e-prescribing), mogłoby zapobiec błędom medycznym związanym z ręcznym wypisywaniem recept. Biała Księga ściśle przewidywała, że do zupełnej likwidacji papierowych recept powinno dojść w czasie maksymalnie 3 lat. Jednak w USA do dziś nie zrezygnowano całkowicie z papierowej recepty.

Już wtedy przejście z papierowych recept na e-recepty i dokumentację elektroniczną pokazało problemy, których nikt wcześniej nie był w stanie dokładnie przewidzieć. Nazwano je „*niezamierzonymi konsekwencjami*”. Jednym z najważniejszych zjawisk opisanych w Białej Księdze były tzw. informacje krytyczne. Zasugerowano wówczas, by przyszłe systemy służące do obsługi e-recepty nie zawierały zbyt wielu informacji oraz wrażliwych danych i sugerowano konieczność wdrożenia odpowiednich systemów na wypadek ryzyka wycieku informacji dotyczących pacjentów. Niestety, koncepcje związane ze stawianym na pierwszym miejscu bezpieczeństwem tych systemów nigdy nie zostały całkowicie wprowadzone w życie. Coraz częściej też zaczęto zastanawiać się, czy przejście na technologię cyfrową, choć ma sporo zalet, nie zostanie przyćmione przez realne zagrożenia ze strony... hakerów.

Ministerstwo Zdrowia w piśmie z 11.XII.2019 r. przesłanym Izbowi Lekarskiej poinformowało, że w dniu 8 stycznia 2020 r. wejdzie w życie obowiązek wystawiania recept w postaci elektronicznej. Jednakże autor pisma – podsekretarz stanu Janusz Cieszyński, będący m.in. oso-

bą odpowiedzialną za cyfryzację w ochronie zdrowia, podkreślił, że wszystkie recepty wystawione w postaci papierowej po dacie 8 stycznia 2020 r. będą realizowane na starych zasadach w każdej aptece. Z kolei obowiązujące przepisy nie przewidują kar dla lekarzy, którzy będą takie recepty wypisywali.

A w Polsce

Złośliwi, choć niektórzy nazywali ich realistami, publicznie informowali, że jedyną korzyścią wprowadzenia e-recepty w Polsce będzie to, że rząd, służby specjalne oraz hakerzy będą wiedzieli, na co chorują obywatele. O ile odpowiednie służby w uzasadnionych przypadkach mają prawo do wglądu w życie własnych obywateli, o tyle nikt z nas nie życzyłby sobie, aby nasze dane wrażliwe, w tym medyczne informacje nas dotyczące stały się łupem cyberprzestępców. Ponieważ na całym świecie coraz większa liczba lekarzy i placówek ochrony zdrowia przechodzi z papierowej na elektroniczną dokumentację, hakerzy coraz częściej udowadniają, że kradzież informacji medycznych jest bardzo opłacalna.

Ogromna baza informacji medycznych, która coraz częściej pada ofiarą hakerów na całym świecie, często sprzedawana jest na czarnym rynku – m.in. w USA wyszła na jaw sprzedaż danych medycznych tysięcy pacjentów firmom ubezpieczeniowym. W związku z tym opisywane były przypadki niewypłacenia opiewających na setki tysięcy dolarów odszkodowań za śmierć najbliższej rodzinie ubezpieczonego, bo firma ubezpieczeniowa przedstawiła dowód, że ubezpieczony, w momencie zawierania umowy nie przyznał się, że cierpiał na łagodny przerost prostaty. W oficjalnie nieznany nikomu sposób firma dotarła do recept wypisywanych ubezpieczonemu, i dowiodła, że ten wypełniając formularz nie podał – bo najprawdopodobniej zapomniał – o łagodnym przerostie prostaty, traktując tę przypadłość, jako naturalny efekt starzenia się każdego mężczyzny. Firma ubezpieczeniowa uznała, że to zatajenie ważnych informacji medycznych, co było podstawą do niewypłacenia jego rodzinie odszkodowania. Na nic zdały się tłumaczenia, że dobro-

duszny Bill za życia regularnie od wielu lat płacił horrendalnie wysokie składki ubezpieczeniowe.

Niestety, jeżeli chodzi o polski system e-zdrowie, to już w tym roku użytkownicy skarżyli się na dość długie i niepokojące przerwy w działaniu jego serwerów. W opinii większości doświadczonych informatyków, zajmujących się bezpieczeństwem sieci, na zorganizowane ataki hakerskie zupełnie nie jesteśmy przygotowani. Zaś w ich opinii atak przeprowadzony na przykład przez hakerów pracujących na zlecenie obcego wywiadu – w przypadku e-recepty może skończyć się paraliżem, dużo groźniejszym w skutkach, niż zablokowanie możliwości wystawiania e-zwolnień. Dlatego nie może być zgody samorządu lekarskiego na nierozważne decyzje i całkowite wycofanie papierowej recepty. Żaden rozsądny kraj nie prowadził e-reformy w ochronie zdrowia w ten sposób. Na szczęście polskie MZ wydaje się ten problem rozumieć.

Zabezpieczenie idealne?

Musimy jednak wiedzieć, że poziomy zabezpieczeń stosowanych w polskich szpitalach są dużo słabsze, niż te stosowane w placówkach medycznych na terenie USA. Pomimo to, według raportu Instytutu Ponemon, tylko w samym 2013 r. – niemal 2 mln. Amerykanów padły ofiarą kradzieży tożsamości medycznej! Około 30% z tych osób, których dane medyczne padły ofiarą hakerów. Wspomniany raport szacuje, że kradzież tożsamości medycznej kosztuje ofiary w Stanach Zjednoczonych 12,3 mld dolarów rocznie!

Współcześni hakerzy z łatwością radzą sobie z nawet najbardziej zaawansowanymi systemami zabezpieczeń. O ile, zdobywając dostęp do głównych serwerów systemu zawierającego wrażliwe dane oraz informacje medyczne dotyczące zdrowia milionów Polaków posiadają ogromną wiedzę o tym, czy pan Kowalski przyjmował leki z powodu AIDS, a może miał problemy z uzależnieniem, które przez wiele lat leczył. Posiadanie tak dokładnych wrażliwych danych, które mogą skompromitować wiele osób, może być niezwykle skutecznym narzędziem umożliwiającym otrzymanieżądanego przez nich okupu w zamian za rezygnację z upublicznienia takich informacji. Kradzież wrażliwych danych może dać jednak znacznie szersze możliwości. Na zdobyte nielegalnym sposobem dane wrażliwe możliwe może być zaciągnięcie w naszym imieniu kredytu przez cyberprzestępców, czy włamanie się na nasze konto bankowe i jego całkowite „wyzerowanie”. Dlatego moim zdaniem świadomy pacjent będzie domagał się wystawienia recepty w formie papierowej, a nie e-recepty, bo system w Polsce posiada znacznie słabsze zabezpieczenia niż na przykład system amerykański, który, jak pokazuje życie, również jest mało odporny na ataki hakerów.

Marek DERKACZ
marekderkacz@interia.pl

(przedruk z „Medicusa” nr 2/10)

E-PAPIEROSY MOGĄ WPĘDZIĆ W NAŁÓG NIKOTYNOWY

„Elektroniczne papierosy nie służą rzuceniu nałogu nikotynowego” – podkreśla główny inspektor sanitarny dr hab. n. med. Jarosław Pinkas. Wręcz przeciwnie, są papierosami inicjacyjnymi, które zachęcają do tego, aby palić. Są one szkodliwe dla zdrowia także z innych powodów.

Papierosy elektroniczne przedstawiane są jako środek, który pomaga rzucić palenie. Specjaliści nie mają jednak wątpliwości, że nie jest to sposób na walkę z nałogiem nikotynowym. Przeciwnie, e-papierosy mogą do niego doprowadzić. Na takie zagrożenie najbardziej narażeni są młodzi ludzie. Tymczasem to właśnie nastolatki najchętniej sięgają po ten elektroniczny gadżet. A jest on szkodliwy dla zdrowia ze względu na zawartość wielu substancji toksycznych, w tym rakotwórczych – ostrzegają eksperci.

Wartość równa placebo

„E-papierosy nie ułatwiają pozbycia się nałogu tytoniowego” – ocenił jednoznacznie prof. dr hab. n. med. Paweł Górski, kierownik Kliniki Pneumonologii i Alergologii I Katedry Chorób Wewnętrznych Uniwersytetu

Medycznego w Łodzi. Przytoczył wyniki zbiorczej analizy 20 niezależnych badań, które znajdują się w bibliotece Cochrane (gromadzącej najbardziej wiarygodne i aktualne dane medyczne). Oceniano w nich możliwości interwencji antynikotynowej za pomocą nikotynowej terapii zastępczej (NTZ), warenikliny, bupropionu, żucia tytoniu, klasycznych papierosów o obniżonej zawartości nikotyny oraz e-papierosów.

„W przypadku e-papierosów wynik w zakresie redukcji lub całkowitego przerwania nałogu jest równy placebo” – powiedział prof. Górski. A sukces placebo oceniany jest na blisko 10% w ciągu sześciu miesięcy. „Natomiast w badaniach długotrwałego, tj. co najmniej 3-letniego okresu potencjalnej abstynencji nie stwierdzono najmniejszego sukcesu” – podkreślił ekspert.

Zauważył, że dłuższy okres abstynencji udało się uzyskać w bardzo nielicznych analizach. „Na przykład w badaniach prowadzonych przez irańskich naukowców, które objęły populację azjatycką, uzyskano 3-5-letni okres abstynencji u ok. 25% populacji. Trudno jednak przełożyć tamtejsze realia na nasze. To są różne populacje” – zaznaczył profesor.





Pierwszy krok do uzależnienia

Nie dość, że elektroniczne papierosy nie pomagają rzucić palenia, to jeszcze mogą wpędzić w nałóg nikotynowy. „Z badań przeglądowych wynika, że w Stanach Zjednoczonych aż 80% młodocianych palaczy tytoniu zaczyna nałóg nikotynowy od e-papierosów” – zauważył prof. Górski.

W Wielkiej Brytanii ponad połowa stałych, młodocianych użytkowników e-papierosów, którzy nigdy wcześniej nie palili tytoniu, teraz sięga po tradycyjne papierosy. Z kolei badania przeprowadzone wśród 313 młodych dorosłych Niemców, będących palaczami konwencjonalnych papierosów, wykazały, że aż u 268 nałóg rozpoczął się od używania e-papierosów.

Moda wśród nastolatków

Rozpowszechnienie electronic cigarette (ecig) wśród młodzieży jest dużym problemem w Stanach Zjednoczonych. „Jak wynika z danych Centrum Kontroli Chorób (CDC), które zostały opublikowane w grudniu 2019 r., 27,5% (4,1 mln) uczniów high school oraz 10,5% (4,1 mln) uczniów middle school stale zażywa ecig. Od roku 2011 wśród młodocianych nastąpił 900-procentowy wzrost w tym zakresie” – wskazał prof. Górski.

Wyniki badań dotyczących korzystania z e-papierosów i nowatorskich wyrobów tytoniowych przez dzieci i młodzież w Polsce przedstawił dr n. med. Grzegorz Juszczak, dyrektor Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny. Badania zostały wykonane na zlecenie Ministerstwa Zdrowia. Pierwsze z nich to badanie fokusowe przeprowadzone w Warszawie, Lublinie i Kielcach. Drugie – badanie ilościowe – objęło w pierwszej fazie grupę 541 osób reprezentujących populację między 15. a 18. rokiem życia.

„56% respondentów wskazało, że przynajmniej raz w tygodniu korzysta z e-papierosów. 40% ankietowanych przyznało, że próbowało rzucić palenie, ale bezskutecznie” – przytoczył wyniki dr Juszczak. Jego zdaniem, najsmutniejsza informacja dotyczy młodzieży, deklarującej, że jeszcze nie korzystała z e-papierosów. „Co trzeci młody człowiek wskazał, że zacznie je palić ze względu na bardzo silną presję płynącą ze strony grupy rówieśniczej” – zwrócił uwagę dyrektor NIZP-PZH. Zaledwie 3% badanych nastolatków stwierdziło, że nikt spośród ich znajomych nie sięga po e-papierosy.

Jak zaznaczył dr Juszczak, na e-papierosy została wykreowana swego rodzaju moda, która socjalizuje młodych ludzi „Młodzież wapuje na imprezach, ale także w szkolnych toaletach. Z używaniem e-papierosów zaczyna się wiązać cała kultura — wiele zachowań, z których wcześniej nie do końca zdawaliśmy sobie sprawę. Dlatego w 2020 r. ruszy przygotowywana przez Ministerstwo Zdrowia kampania edukacyjną której celem jest pokazanie konsekwencji korzystania z e-papierosów przez młodzież” – zapowiedział dyrektor NIZP-PZH.

Agresywny marketing

Główny inspektor sanitarny dr hab. n. med. Jarosław Pinkas zauważył, że ogromnym problemem jest obecnie agresywny marketing producentów e-papierosów i nowatorskich wyrobów tytoniowych, skierowany do młodzieży.

„Na pewno nie jest on adresowany do osób, które chcą rzucić palenie. Firmy silnie nastawione na zyski w dłuższej perspektywie czasowej oferują produkty, które same powodują uzależnienie. Warto zauważyć, że dla wielu młodych ludzi są to papierosy inicjacyjne. Często pomija się także fakt, iż wielu z nich pali naprzemiennie papierosy tradycyjne i e-papierosy” – powiedział główny inspektor sanitarny i dodał, że marketing kierowany do młodzieży będzie zwalczany.

„Można oczywiście zastanawiać się, znając siłę marketingu i internetu, czy to realne, ale po naszej stronie jest wyrobienie w ludziach przekonania, że e-papierosy nie są im do niczego potrzebne. Tylko wtedy mamy szansę z nimi wygrać” – podkreślił dr hab. Jarosław Pinkas.

„Duże znaczenie miało dla nas dotarcie do Ministerstwa Edukacji Narodowej i możliwość przekazania rodzicom uczniów – za pośrednictwem elektronicznych dzienników – informacji na temat skutków wapowania” – dodał główny inspektor sanitarny.

W jego ocenie, rodzice powinni wiedzieć, że w e-papierosie nie ma nic dobrego. „Nie jest to tylko para wodna, ale cała masa różnych substancji toksycznych. A młodzież i dzieci mogą komponować bardzo niebezpieczne koktajle, które później się wapuje czy też wdycha – przekonywał dr hab. Pinkas. – Mamy obowiązek informowania o zagrożeniach i będziemy to robić w sposób pryncypialny”.

Składniki o szkodliwym działaniu

Prof. Górski wskazał, że zarówno w płynie, jak i w aerozolu wdychanym z e-papierosów znajdują się liczne szkodliwe substancje, jak np. diacetyl, który po podgrzaniu jest toksyczny i powoduje obturacyjne zapalenie oskrzelików. Są też substancje rakotwórcze, np. formaldehyd czy nitrozoaminy.

„W e-papierosach znajduje się również glikol propylenowy, który w klasycznych papierosach w ogóle nie występuje. Niebezpieczne są także substancje zapachowe, estry. Najgorszy z nich jest cynamonowy, gdyż wykazuje silne działanie mutagenne” – dodał profesor. Wspomniał o pięciu przypadkach zwołknięć płuca na skutek wapowania, które miały miejsce w jego klinice. „Wszystkie one dotyczyły osób młodych, pomiędzy 17. i 28. rokiem życia. Jeden z pacjentów jest już zakwalifikowany do transplantacji” – powiedział prof. Górski.

Inne potencjalne zagrożenie to ciężkie i śmiertelne zatrucie, wynikające z bardzo wysokiej zawartości nikotyny w e-papierosach, znacznie większej niż w tych tradycyjnych. Jak podaje prof. Górski, wynosi ona 16-24 mg/ml, podczas gdy w klasycznych papierosach tylko 2 mg. Dawka śmiertelna dla człowieka to 60 mg nikotyny.

„W Stanach Zjednoczonych w 2015 r. odnotowano 1.000 zatruć w następstwie stosowania elektronicznych papierosów, z czego 300 zakończyło się zgonem, w większości dzieci, które wypijały e-liquidy. Z kolei zgony u dorosłych były głównie wynikiem bezmyślności, rzadziej celowym, samobójczym działaniem” – stwierdził prof. Górski.

Możliwa jest także eksplozja urządzenia, wiążąca się z poważnym urazem twarzy. Ekspert przywołał badania, z których wynika, że wśród prawie 4 tys. studentów używających stale e-papierosów 11,4% potwierdziło wybuch urządzenia, który uszkodził zęby lub spowodował krwawienie z ust. Z kolei 20% użytkowników e-papierosów skarży się na okresowy ból dziąseł, języka lub niewielkie krwawienie w jamie ustnej.

„Warto także zdawać sobie sprawę z tego, że produkcja e-papierosów, które pochodzą głównie z Chin, może odbywać się w warunkach bardzo dalekich od naszych wyobrażeń, co także powinno dać do myślenia” – zauważył prof. Górski.

Brakuje obiektywnych badań

Dr Juszczak zwrócił uwagę, że w Polsce brakuje kontroli nad tym, jakie substancje znajdują się w e-papierosach. Jego zdaniem jest to fundamentalny problem.

„Wciąż nie mamy funduszu publicznego, który finansowałby obiektywne badania dotyczące szkodliwości e-papierosów. Nam udało się dotrzeć do takich grantów. Badania, które są prowadzone, finansowane są bezpośrednio bądź pośrednio przez przemysł tytoniowy, co może rodzić

zastrzeżenia co do ich obiektywizmu. Z tego powodu duże nadzieje pokładamy w kolejnych konkursach organizowanych przez Agencję Badań Medycznych. Z uwagi na skalę problemu na takie badania muszą się pojawić poważne środki publiczne” – podkreślił.

Podstawowe składniki płynu i aerozolu w e-papierosach – wyróżnione substancje są uznane za szczególnie szkodliwe

PLYN	AEROZOL
• Glicerol	• Glicerol
• Glikol propylenowy	• Glikol propylenowy
• Nikotyna	• Nikotyna
• Diacetyl	• Diacetyl
• Aceton	• Akroleina
• Akroleina	• Aceton
• Cykloheksan	• Formaldehyd
• Formaldehyd	• Nitrozoaminy
• 1,3 butadiene	• Benzo(a)piren
• Etanol	• Toluen
• Glikol etylenowy	• Metale
• Alkaloidy tytoniowe	• Aldehyd octowy

Tekst powstał na podstawie wykładów wygłoszonych podczas konferencji „Nikotynizm a zdrowie — nowe wyzwania dla zdrowia publicznego”, która odbyła się 23 stycznia w Warszawie.

Monika MAJEWSKA

(przedruk z „Pulsu Medycyny” nr 3/20)

OD PODGRZEWANYCH LIQUIDÓW DO EVALI

W 2019 r. amerykańskie Centrum Zapobiegania i Kontroli Chorób sklasyfikowało nową jednostkę chorobową związaną z używaniem e-papierosów, określając ją w skrócie terminem EVALI. Dotyczy ona zwłaszcza młodzieży, która intensywnie wapuje. W Polsce już odnotowano pierwsze przypadki tej choroby.

„EWALI (e-cigarette, or vaping, product use-associated lung injury) to ostre uszkodzenie płuc, związane z inhalowaniem związków chemicznych, powstających na skutek podgrzewania w e-papierosach płynów zawierających kannabinoidy i inne, często nieznane substancje, w Polsce określane mianem dopalaczy” – wyjaśnił prof. dr hab. n. med. Piotr Kuna, kierownik Kliniki Chorób Wewnętrznych Astmy i Alergii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, podczas konferencji „Nikotynizm a zdrowie — nowe wyzwania dla zdrowia publicznego”, która odbyła się 23 stycznia w Warszawie.

Pierwszy przypadek ciężkiej choroby układu oddechowego, wywołanej paleniem elektronicznych papierosów, odnotowano 1 sierpnia 2019 r. w USA. W tym samym miesiącu amerykańskie Centrum Zapobiegania i Kontroli Chorób (Centers for Disease Control and Pre-

vention, CDC) określiło ją terminem EVALI. „W listopadzie 2019 r. nadano jej kod ICD10 J685. Jest to więc sklasyfikowana choroba” – zaznaczył prof. Kuna.

Niebezpieczne samodzielne mieszanie składników

Problem dotyczy głównie użytkowników e-papierosów w tzw. systemach otwartych, w których konsumenci sami komponują skład mieszanek. A to właśnie te systemy są najczęściej stosowane w Polsce.

„E-papierosy wprowadzono w 2007 r. Na początku zawierały tylko nikotynę, nic więcej. Jednak w miarę upływu czasu, wraz z nowymi generacjami e-papierosów, zaczęły być one używane do dostarczania zupełnie innych substancji — narkotyków, substancji psychoaktywnych, marihuany” – podkreślił prof. Kuna.

W świetle najnowszych badań główną przyczyną uszkodzenia płuc są kannabinoidy. „Tetrahydrokannabinol (THC) wykryto u prawie 90% osób ze stwierdzoną EVALI” – powiedział prof. Kuna i dodał, że u osób, które stosują e-papierosy w systemach zamkniętych, nie znaleziono tych toksycznych substancji.





Według danych CDC z 14 stycznia 2020 r., na terenie Stanów Zjednoczonych od sierpnia 2019 r. odnotowano 2.668 hospitalizacji związanych z EVALI. Z powodu tej choroby zmarło tam 60 osób. W związku z tymi zdarzeniami w grudniu 2019 r. podniesiono w USA granice wieku, od którego można kupować e-papierosy i wyroby tytoniową z 18 do 21 lat.

Monitorowanie powikłań

Główny inspektor sanitarny dr hab. n. med. Jarosław Pinkas poinformował, że w Polsce pierwszy przypadek uszkodzenia płuc w wyniku palenia elektronicznych papierosów odnotowano w 2019 r. W styczniu 2020 r. wystąpiły kolejne – pod Warszawą hospitalizowano dwie nastolatki, u których pojawiła się niewydolność oddechowa związana z wapowaniem. W reakcji na to Główny Inspektorat Sanitarny wprowadził obowiązkowy monitoring powikłań po e-papierosach. Od początku 2020 r. szpitale mają obowiązek zgłaszać – za pośrednictwem powiatowych stacji sanitarnych – każdy przypadek uszkodzenia płuc związany z waporyzacją, czyli EVALI.

„Wspólnie z krajowym konsultantem w dziedzinie anesteziologii zwróciłem się do wszystkich szpitali o zdawanie raportów. Większość lekarzy w szpitalu wie, na czym polega zespół EVALI. Wiedzą to też wszyscy anestezjolodzy, ponieważ to do nich trafia pacjent z zespołem niewydolności oddechowej” – powiedział dr hab. Jarosław Pinkas. GIS dokładnie przypatruje się zgłoszonym przypadkom, zleca analizy toksykologiczne. „Aby zwalczać nielegalny rynek tworzenia własnych liquidów, musimy analizować, jaka jest zawartość kartridżu, co młodzież komponuje” – podkreślił dr hab. Pinkas i dodał, że konieczne jest także nieustanne uświadamianie społeczeństwu, że e-papierosy są groźne dla zdrowia.

Monitoring powikłań wynikających ze stosowania elektronicznych papierosów jest też zaleceniem Komisji Europejskiej. W ocenie dr hab. Jarosława Pinkasa, Polska jest prawdopodobnie pierwszym krajem w Europie w którym został on wprowadzony. „Staramy się być mądrzejsi przed szkodą” – wskazał główny inspektor sanitarny.

Monika MAJEWSKA

(przedruk z „Pulsu Medycyny” nr 3/20)

DONOS NA WSPÓŁMAŁŻONKA

Bezdech podczas snu może nie tylko nasilać niektóre dolegliwości, ale także być przyczyną wielu poważnych schorzeń. Jak odróżnić bezdech podczas snu (OSA) od „zwykłego” chrapania, kto jest szczególnie na niego narażony i jaką rolę w leczeniu bezdechu pełni współmałżonek? Na te pytania odpowiada prof. dr hab. n. med. Paweł Górski, kierownik Oddziału Klinicznego Pulmonologii i Alergologii Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego im. Barlickiego w Łodzi.

„Panaceum”: Czym jest zespół OSA i jak się go diagnozuje?

Prof. dr hab. n. med. Paweł Górski: Zespół OSA (Obstructive Sleep Apnea), czyli bezdech podczas snu to chwilowe, często cykliczne przerwanie rytmu oddychania na co najmniej 10 sekund lub chwilowa albo przetrwała redukcja amplitudy oddychania, prowadząca do zaburzeń gazometrycznych – np. hipoksemii lub hiperkapnii we krwi tętniczej. Badaniem diagnozującym bezdech podczas snu jest polisomnografia. Do rozpoznania i oceny zaawansowania bezdechu podczas snu (zespół OSA) służy wskaźnik AHI (Apnea-Hypopnea Index), który określa średnią liczbę bezdechów, trwających dłużej niż 10 sekund w ciągu godziny. O łagodnej postaci zespołu OSA mówimy, gdy występuje powyżej 5 (a poniżej 14) takich bezdechów na godzinę, umiarkowana postać to – od 15 do 29, i ciężka – powyżej 30.

– Kto jest w grupie ryzyka?

– U dorosłych ta choroba ma szczególnie związek z otyłością, choć oczywiście nie dotyczy wyłącznie osób, które ważą za dużo. Może pojawić się już w dzieciństwie,

w następstwie wad rozwojowych twarzoczaszki lub mocno przerośniętego migdałka gardłowego. Inne choroby górnych dróg oddechowych – np. polipy czy skrzywienie przegrody nosa – nie wywołują zespołu OSA, ale mogą pogarszać przebieg choroby.

Jednak 90% chorych na bezdech podczas snu to osoby otyłe – z BMI powyżej 29. Istotą tej choroby jest zapalenie tkanek gardła, towarzyszące otyłości. Zmniejsza się wówczas napięcie powierzchowne i dochodzi do zmiany ciśnienia – z ujemnego podczas wydechu na bliskie zeru, a nawet dodatnie.

– Podczas wykładu w ramach Łódzkich Spotkań Stomatologicznych zaapelował Pan Profesor: „Żony, nie lekceważcie chrapania u swoich mężów!”. Czy to oznacza, że zespół OSA dotyczy głównie mężczyzn?

– To było raczej odniesienie do społecznego odbioru bezdechu – to najczęściej panowie są oskarżani o chrapanie. Tymczasem, jak pokazują badania, bezdech podczas snu dotyczy mniej więcej w tym samym stopniu mężczyzn, jak i kobiet. Panie w okresie postmenopauzalnym są szczególnie narażone na bezdech. Ma to związek ze skłonnością do wydłużania się gardła, a co za tym idzie – zapadania się dróg oddechowych.

– Wróćmy jednak do tych żon... Czy bezdech można zdiagnozować samodzielnie, czy jest do tego potrzebna druga osoba?

– Pacjent sam nie da rady tego zrobić. To musi być „świadek” snu, żona albo mąż – krótko mówiąc: trzeba zrobić donos na współmałżonka (śmiech). Jednak ta bliska osoba nie jest w stanie określić samodzielnie, z którą

postacią zespołu OSA mamy do czynienia, bo to diagnozuje wspomniana już polisomnografia. Natomiast może, a wręcz powinna zachęcić partnera lub partnerkę do wizyty u specjalisty.

– **Jak rozpoznać bezdech?**

– Bliscy pacjentów często opisują to bardzo obrazowo: „mój mąż dusi się podczas snu”. Nie sposób tego przegaścić. Bezdech szczególnie nasila się podczas pozycji leżącej, na wznak.

– **Jakie są następstwa kliniczne bezdechu?**

– Jest ich bardzo wiele i są groźne. Zależą od niedotlenienia, do którego dochodzi podczas bezdechu, ale także od zapalenia górnych dróg oddechowych, wywołanego z jednej strony – tkanką tłuszczową, a z drugiej – wibracją dróg oddechowych. Dlatego chrapanie jest szkodliwe samo w sobie, niezależnie od bezdechu. Zapalenie to należy traktować jako systemowe, a nie tylko miejscowe. W jego toku uwalnia się szereg mediatorów zapalnych (cytokiny, białko CRP), działających m.in. w śródbłonku naczyniowym i narządach mięsnych – jest przyczyną m.in. niealkoholowego stłuszczenia wątroby. Uszkodzone zostają też astrocyty, czyli komórki ośrodkowego układu nerwowego. Przy przewlekłej hipoksji, czyli niedotlenieniu, wzrasta produkcja erytropoetyny, prowadząca do zakrzepicy. Szczególnie zagrożony jest nasz układ nerwowy wegetatywny: występuje sympatykotomia, czyli wzmożone napięcie układu współczulnego.

Zapalenie wybitnie sprzyja wystąpieniu następstw bezdechu, do których należą: zaburzenia rytmu serca, niedokrwienie serca, miażdżycy, zakrzepice tętnicze i żyłne, nadciśnienie, udar mózgu, cukrzyca, choroba wieńcowa, demencja i umieralność. Może też dojść do bardzo dużego powikłania, jakim jest nadciśnienie płucne.

– **Czy lekarze specjaliści, diagnozujący np. nadciśnienie lub inne wymienione następstwa, łączą je z bezdechem?**

– Wśród kardiologów wiedza o bezdechu jest dość powszechna i szczególnie u osób otyłych, lekarze pytają o bezdech. Dotyczy to także pulmonologów i laryngologów. Najtrudniej jest z lekarzami rodzinnymi, bo tylko mały odsetek prawidłowo diagnozuje bezdech w korelacji z jego następstwami klinicznymi. Natomiast problemem jest leczenie: kardiolodzy leczą nadciśnienie w sposób wyizolowany, podczas gdy korekta bezdechu prowadzi także do korekty nadciśnienia, rytmu serca. Można w ten sposób wyeliminować np. migotanie przedsionków. Ze wspomnianych następstw jedynie cukrzyca i demencja nie ulegną korekcie podczas leczenia zespołu bezdechu, pozostałe – jak najbardziej tak.

– **Jakie czynniki mogą wzmacniać bezdech?**

– Najogólniej mówiąc: niehigieniczny tryb życia. Tak, jak wspominałem: pierwszym czynnikiem powodującym bezdech jest otyłość. Wyzwalaniu bezdechów sprzyja refluks żołądkowo-przełykowy – powszechna przypadłość osób z nadprogramowymi kilogramami. To jest niestety

błędne koło: otyły, więc ma bezdech – ma bezdech, bo ma refluks, a ma refluks, bo jest otyły.

Osoby cierpiące na bezdech powinny całkowicie zrezygnować z alkoholu albo chociaż znacząco ograniczyć jego spożycie. Podobnie jest z papierosami, przez które pogłębia się zapalenie w górnych drogach oddechowych.

– **Jak szybko rozwija się proces chorobowy?**

– To kwestia indywidualna. Osoby młode lepiej znoszą bezdech, chociażby dlatego, że mają mniej zniszczone śródbłonki naczyniowe. Stopień otyłości też ma znaczenie. Są też predyspozycje wrodzone, skłonności dziedziczne.

– **Skuteczną metodą leczenia bezdechu podczas snu jest terapia CPAP, która normuje przepływ powietrza i reguluje ciśnienie w drogach oddechowych. Jak długo trzeba stosować maski ustne CPAP podczas spania?**

– Niestety nierzadko trzeba je stosować do końca życia. Decyzję o włączeniu CPAP do terapii podejmuje się po badaniu polisomnograficznym. Maskę zakłada się do snu, ona jest podłączona do aparatu i ten prowadzi pacjenta. Wiem, że to niewygodne, że małżonek staje się mniej pojętny, ale albo będzie pojętny, albo będzie krótko żył, także wybór jest jasny. Terapia CPAP wydłuża życie, lecz zaburzenia rytmu wywołane bezdechem, zmniejsza ryzyko udaru.

Jednak leczenie nie ogranicza się do masek ustnych. Nie ma leczenia farmakologicznego, ale bardzo ważna jest zmiana trybu życia: najczęściej radykalne odchudzanie pod okiem specjalistów. Musi być prowadzone wraz z regularnym, racjonalnym wysiłkiem fizycznym zalecanym przez kardiologów. Muszą nastąpić zdecydowane ograniczenia kaloryczne, a do tego dieta powinna być ubogosolna – sól zwiększa sympatykotoмиę. Mówimy o konkretnych: można odrobinę posolić mięso do obiadu, ale poza tym nie wolno niczego dosalać – ani jajek, ani pomidorów, ani twarożku. Nie należy kupować garmad i kupnych wędlin. Do tego całkowita rezygnacja z alkoholu i papierosów.

Po uzyskaniu prawidłowego wskaźnika BMI można rozważyć odstawienie CPAP, niestety niewielu mam pacjentów, u których jest to możliwe, bo zmienili swoje nawyki na stałe. Trzeba wielkiej determinacji na całe życie, to ogromne wyzwanie.

– **Dziękuję za rozmowę.**

Rozmawiała Agnieszka DANOWSKA-TOMCZYK

Prof. dr hab. n. med. Paweł GÓRSKI, internista i alergolog, kierownik Oddziału Klinicznego Pulmonologii i Alergologii Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego im. Barlickiego w Łodzi, rektor Uniwersytetu Medycznego w Łodzi w kadencjach 2008–2012 i 2012–2016. Członek m.in. Towarzystwa Internistów Polskich, Polskiego Towarzystwa Chorób Płuc, Polskiego Towarzystwa Alergologicznego i Łódzkiego Towarzystwa Naukowego.

(przedruk z „Panaceum” nr 11/19)

LEKARZ LECZY, A NATURA UZDRAWIA

CO WSPÓŁCZESNE LECZNICTWO UZDROWISKOWE MOŻE ZAOFEROWAĆ PACJENTOM ONKOLOGICZNYM?

Iwona DURAJ rozmawia z lek. Jolanta CZERWIK

Iwona Duraj: Medycyna nadal zмага się z wieloma nieuleczalnymi chorobami, ale wciąż (zdecydowanie) najwięcej lęku i obaw wiąże się z nowotworami. Charakter choroby, przebieg jej leczenia, długość, inwazyjność, działania niepożądane są bar dziej zauważalne niż w przypadku innych chorób. Ostatnie wnioski badaczy z Międzynarodowej Agencji Badań nad Rakiem (IARC), że do 2030 r. zapadalność na nowotwory złośliwe na świecie wzrośnie średnio o 75%, przerażają! Pani Doktor, co współczesne leczenie uzdrowiskowe, które z zasady jest dopełnieniem leczenia szpitalnego lub ambulatoryjnego, a wskazanie do niego określone jest w ustawie o lecznictwie uzdrowiskowym, uzdrowiskach i obszarach ochrony uzdrowiskowej oraz o gminach uzdrowiskowych, może zaoferować pacjentom onkologicznym?

Lek. Jolanta Czerwik: W ciągu ostatnich lat na całym świecie obserwuje się powrót do naturalnych metod leczniczych (back to nature). Nie przestaje być aktualne twierdzenie ojca medycyny, Hipokratesa, że „lekarz leczy, a natura uzdrawia”. Tym samym, leczenie uzdrowiskowe oferuje pacjentom z chorobą onkologiczną (jako współlistniejącą) szereg naturalnych metod, pomocnych w ich walce o zdrowie. Na ogół spośród zespołu różnych czynników trudno wyodrębnić działanie jednego wybranego elementu leczniczego, ponieważ często działają one na chorego równocześnie. Charakterystyczną cechą przyrodolecznictwa jest kompleksowe działanie czynników leczniczych, gdyż substancje, jakimi to lecznictwo się posługuje, mają niezwykle bogaty i złożony skład chemiczny. Do najważniejszych zespołów metod leczniczych w leczeniu uzdrowiskowym należą: zespół czynników środowiskowych, czyli klimat, krajobraz, rzeźba terenu, szata roślinna; naturalne tworzywa lecznicze – wody mineralne, gazy, peloidy, zespół metod hydroterapeutycznych, kinezyterapeutycznych, wykorzystujących różne formy energii, czynniki żywieniowe. Niski poziom świadomości zdrowotnej związany z niewłaściwymi zachowaniami zdrowotnymi, takimi jak palenie tytoniu, dieta, otyłość, zaniedbania aktywności fizycznej, są czynnikami ryzyka chorób nowotworowych i innych. Tu ogromne znaczenie ma edukacja. Wielokierunkowe leczenie chorób przewlekłych często staje się wskazaniem do leczenia uzdrowiskowego. Dzięki wprowadzonym działaniom profilaktycznym, zastosowaniu leczenia ukierunkowanego molekularnie oraz nowych technik operacyjnych udało się osiągnąć duży postęp w leczeniu chorych onkologicznie. Osoby te po takim leczeniu wracają do swoich

funkcji zawodowych, rodzinnych i społecznych. Coraz większym ich oczekiwaniem jest możliwość skorzystania z lecznictwa uzdrowiskowego w przebiegu leczenia chorób towarzyszących, jak również leczenia usprawniającego odległych następstw leczenia onkologicznego, zarówno somatycznych, jak i psychosomatycznych. Obecnie realizuje się już programy leczenia uzdrowiskowego u pacjentów po zakończonym leczeniu onkologicznym w dwóch wskazaniach. Pierwszy program leczenia kierowany jest do „Amazonek” – pacjentek po przebytej mastektomii, drugi natomiast do pacjentów po laryngektomii z powodów onkologicznych. Chorzy onkologicznie żyją coraz dłużej i chcą korzystać z dobrodziejstw leczenia balneologicznego, dlatego należy im takie możliwości stworzyć.

Dużą wagę przywiązuje się do rehabilitacji, która poprawia rokowania w chorobie nowotworowej. Jakie konkretne metody rehabilitacji są w pakiecie uzdrowiskowym?

Rehabilitacja medyczna (lecznicza) to kompleksowe działanie na rzecz osób niepełnosprawnych fizycznie i/lub psychicznie. Jej podstawowym celem jest przywrócenie lub pomoc w osiągnięciu maksymalnie najlepszej sprawności, która pozwoli choremu na samodzielne funkcjonowanie. Umożliwi mu powrót do pracy lub przynajmniej do części obowiązków sprzed choroby. Mimo że zazwyczaj wprowadzana jest po zakończeniu leczenia, jest tak samo ważna. Bardzo często – dla lepszego efektu i w zależności od przypadku – prowadzona jest przez zespół specjalistów. W leczenie mogą być zaangażowani m.in. fizjoterapeuci, terapeuci zajęciowi, logopedzi, psycholodzy, pielęgniarki, muzykoterapeuci.

Klasyczny model rehabilitacji zakłada, że powinna być ona powszechna, wczesna, kompleksowa, ciągła – rehabilitacja to proces, który powinien trwać odpowiednio długo i nie należy go skracać. Rehabilitacja w chorobach nowotworowych dostępna jest po zakończeniu leczenia onkologicznego.

Problemem od lat pozostającym bez jednoznacznej odpowiedzi jest wpływ leczenia balneologicznego na ewentualny przebieg choroby nowotworowej. W mojej opinii bezpieczne w przypadku chorych onkologicznie jest prowadzenie rehabilitacji z zakresu kinezyterapii. Wprowadzanie zabiegów z zakresu metod fizykalnych (pole magnetyczne, jonoforeza, krioterapia, laseroterapia, balneoterapia z zastosowaniem surowców naturalnych) jest trudne i powinno być zindywidualizowane. Stąd w mojej wypowiedzi skupię się na ruchowej rehabilitacji me-

dycznej, uwzględniając w pozostałych wypowiedziach psychoterapię oraz edukację zdrowotną.

W pakiecie uzdrowiskowym – w zależności od profilu leczenia danej jednostki chorobowej, funkcjonują różne metody rehabilitacji medycznej. Jednak w zależności od stanu klinicznego pacjenta, dobrane również z uwagi na wiek biologiczny i sprawność, to przede wszystkim ćwiczenia ogólnousprawniające, od spokojnych aerobowych po intensywniejsze.

Przed zastosowaniem ćwiczeń fizycznych (kinezyterapii) w pierwszej kolejności należy ocenić wydolność fizyczną chorego. Najprostszą metodą badania jest test wysiłkowy PWC na cykloergometrze. Jeżeli w sanatorium nie ma takich możliwości, wydolność fizyczną pacjenta określa się poprzez ocenę tolerancji wysiłków fizycznych (zdolność wykonywania pracy o odpowiednim obciążeniu, która nie powoduje przykrych objawów ani ich następstw), oceniając tzw. obciążenie wstępne. Mniej dokładnym, ale również stosowanym, sposobem dawkowania wysiłku fizycznego jest określenie wielkości tętna treningowego w trakcie wykonywania pierwszych ćwiczeń. Następnie choremu rozpisuje się na karcie zabiegowej zalecone zabiegi z kinezyterapii, które mogą być – obok wspomnianych już ćwiczeń ogólnousprawniających (włączając w to gimnastykę poranną, kondycyjną, oddechową, wyrównawczo-korekcyjną, gimnastykę w wodzie, gry i zabawy ruchowe, także przy muzyce) – również ćwiczeniami indywidualnymi (ćwiczenia bierne, wspomagane, z oporem, wolne, ćwiczenia oddechowe wspomagane lub czynne, ćwiczenia koordynacji ruchów i nauka chodu, ćwiczenia na cykloergometrze i innych rotorach do ćwiczeń kończyn dolnych i górnych, gimnastyka indywidualna w wodzie).

Nie można nie wspomnieć o terenoterapii (chodzenie wytyczonymi ścieżkami wg wskazówek lekarskich), czyli połączenia kinezyterapii z klimatoterapią. W chorobach nowotworowych – w kolejności występowania: rak piersi, rak płuca, rak jelita grubego, rak prostaty, rak żołądka, nowotwory skóry (w tym czerniak), rak nerki, rak pęcherza moczowego, nowotwory narządu rodowego, rak trzustki, wątroby, pęcherzyka żółciowego i dróg żółciowych, nowotwory rozrostowe układu chłonnego i białaczki – metody rehabilitacji są zindywidualizowane. Istotne znaczenie ma opinia onkologiczna oraz wiedza i doświadczenie lekarza balneologa w konkretnym sanatorium.

Jaka jest sytuacja polskiego pacjenta z nowotworami, kierowanego do leczenia uzdrowiskowego: czy wszystkie metody leczenia (w tym nowoczesne leki) są dostępne?

Polskie uzdrowiska w większości rozporządzają większą lub mniejszą bazą zabiegów. W zakładzie przyrodoleczniczym dysponują szerokim i pełnym zakresem usług. Kierując się ogólnie pojętym dobrem pacjenta ze współistniejącą chorobą nowotworową, specjalista balneologii w danym ośrodku (sanatorium) rozpisuje w kar-

cie zabiegowej odpowiednie zabiegi oparte w pierwszej kolejności na zabiegach z kinezyterapii, wodolecznictwa (z wyjątkiem silnie działających bodźcowo kąpiele siarkowych) czy też na bazie surowców naturalnych – tu zabiegi borowinowe, również z powodu silnego działania bodźcowego, rozpatruje się szczególnie wnikliwie i indywidualnie. W dalszej kolejności rozważa się zabiegi z zakresu fizykoterapii (światłolecznictwo, ultrasonoterapia, elektrolecznictwo, laseroterapia, magnetoterapia, krioterapia). W leczeniu uzdrowiskowym nowoczesne leki nie są dostępne. Niestety, pacjenci mający wskazania do konkretnej farmakoterapii, powinni przywieźć ze sobą stosowane leki.

Jaka jest skuteczność zabiegów?

Skuteczność zabiegów mierzy się poprawą stanu zdrowia chorego. Ważne jest, aby pacjent korzystał z leczenia uzdrowiskowego cyklicznie – w czasie od pół roku do 2 lat (w zależności od choroby i reakcji organizmu na leczenie uzdrowiskowe). Przy takim trybie leczenia skuteczne efekty osiąga około 70% pacjentów. Naszym zadaniem, jako lekarzy kierujących i lekarzy kwalifikujących do leczenia bodźcowego w uzdrowisku, jest „nie zaszkodzić” choremu, co może się zdarzyć również w przypadku chorych na nowotwory.

Czy polskie uzdrowiska dorównują standardem europejskim i światowym placówkom?

Uzdrowisko, które ma opracowany i zatwierdzony statut, jest miejscowością uzdrowiskową. Prowadzi się tam leczenie zgodnie z ustalonymi profilami leczniczymi. W Polsce znajduje się 46 uzdrowisk statutowych (w tym unikatowe na skalę światową podziemne uzdrowisko Kopalni Soli Wieliczka). W Europie Polska zajmuje wysokie miejsce pod względem liczby uzdrowisk. Najwięcej znajduje się w Rosji, Niemczech i Włoszech. Inne kraje dysponujące miejscowościami i pakietami uzdrowiskowymi to Hiszpania, Francja, Portugalia, Węgry, Czechy, Rumunia, Słowacja, Szwajcaria, Luksemburg, Holandia, Grecja, Słowenia, Belgia, Wielka Brytania, Austria. Prawdę mówiąc, nie mam szczególnej i pełnej wiedzy na temat funkcjonowania i standardów leczenia w uzdrowiskach w Europie i na świecie. Owszem, uczestniczyłam w międzynarodowej konferencji balneologicznej w Bukareszcie, co było dla mnie niezwykle ciekawym przeżyciem, poznałam wielu ludzi z różnych zakątków świata. Cyklicznie w organizowanych przez Polskie Towarzystwo Balneologii i Medycyny Fizykalnej konferencjach z moim udziałem, odbywających się w różnych regionach naszego kraju (miejscowościach uzdrowiskowych) poznałam wykładowców i uczestników z całej Europy oraz ze Stanów Zjednoczonych. Wiedza ta jest jednak czysto teoretyczna, w planie mam odwiedzenie przykładowych uzdrowisk i zapoznanie się z ich problematyką i standardami. Z własnego podwórka muszę przyznać, że bardzo ważna jest jakość świadczonych usług, która opiera się na pracy zespołowej, dobrej organizacji, zapleczu zabie-



▷▷ gowym oraz właściwej kwalifikacji pacjentów, w tym – uwzględniając temat naszej rozmowy – pacjentów z chorobami onkologicznymi.

Leczenie uzdrowiskowe ma w założeniu holistyczne podejście, a leczenie pacjenta onkologicznego jest wielopłaszczyznowe. Czy to podejście wpisuje się w leczenie spersonalizowane, które przy każdej chorobie przynosi choremu wymierną korzyść (warunkuje skuteczność leczenia), a także generuje mniejsze koszty dla systemu opieki zdrowotnej?

Oczywiście, leczenie uzdrowiskowe przynosi wymierną korzyść pacjentom, gdyż opiera się m.in. na już wspomnianej profilaktyce oraz wykorzystaniu naturalnych mechanizmów obronnych organizmu, własnych mechanizmów adaptacyjnych człowieka pobudzonych do działania przez zabiegi oparte na surowcach naturalnych oraz zabiegi fizykalne, zmniejszające dotychczasowe objawy chorobowe i łagodzące przebieg choroby, uporczywe leczenie.

Specjaliści mówią jednym głosem: nie ma jednolitego algorytmu zachowań i reakcji na dotykające nas choroby. I tak, w chorobach nowotworowych (oczywiście nie tylko) są pacjenci, którzy podchodzą zadaniowo wobec uciążliwego leczenia i oni sobie radzą psychicznie. Są również tacy, którzy nie są w stanie sprostać obciążeniu, mając w świadomości obraz śmiertelnych konsekwencji oraz częstych nawrotów choroby. Potrzebują wsparcia psychologa, psychoterapeuty – czy leczenie uzdrowiskowe obejmuje pomoc w tym zakresie?

Człowiek w codziennym życiu podlega działaniu bardzo wielu czynników stresowych. Jednym z nich jest niewątpliwie rozpoznanie choroby nowotworowej z jej konsekwencjami, bardziej lub mniej uświadamianymi przez pacjentów. Świadomość ta wywołuje u chorego głównie na początku bunt, depresję i lęk. W kształtowaniu prawidłowych postaw wobec choroby dużą rolę może odegrać lekarz uzdrowiskowy. Chory zawsze pragnie troski i opieki ze strony lekarza czy pielęgniarki. Poczucie bezpieczeństwa może on poprawić poprzez zdobycie wiedzy o chorobie. Fachowa opieka ze strony personelu pozbywa pacjenta lęków, napawa poczuciem bezpieczeństwa. Ze strony lekarza to stała codzienna praca nad chorym w kierunku wzbudzenia przekonania we własne siły, dodania im odwagi i wiary w możliwość powrotu do zdrowia, a tym samym poprawy sprawności fizycznej i psychicznej. W czasie leczenia w uzdrowisku stosuje się różne formy psychoterapeutyczne. Może to być „mała psychoterapia” polegająca na działaniu słowem i zachowaniem się lekarza lub działaniem za pomocą muzykoterapii, choreoterapii czy biblioterapii, zastosowane jako wypełnienie czasu chorego między zabiegami balneologicznymi. Jedną z metod uzupełniających fizjoterapię uzdrowiskową jest terenoterapia wykorzystująca walory klimatyczne i krajobrazowe danego uzdrowiska, oddziałujące korzystnie na psychikę człowieka. Stosuje się

także metody relaksacji mięśniowej. Wykazano bowiem, że zwiększone napięcie psychiczne powoduje wzrost napięcia mięśniowego i odwrotnie. Relaksacja mięśniowa powoduje rozładowanie psychiczne. Takie działanie ma także wiele metod fizjoterapeutycznych stosowanych w leczeniu uzdrowiskowym, jak np. różne formy ciepłolecznictwa, stymulacja relaksacyjna, masaże. Z innych metod relaksacyjno-psychoterapeutycznych stosowanych w uzdrowisku należy wymienić autotrening wg Schultza, stopniowe rozluźnianie Jacobsona, relaks metodą jogi. Punktem wyjścia do ćwiczeń relaksacyjnych jest uzyskanie „wewnętrznej ciszy” i całkowitego spokoju psychicznego. Po przebytych leczeniu w uzdrowisku chory staje się odporniejszy na stresy, z łatwością pokonuje trudności dnia codziennego w przypadku rozpoznania i leczenia choroby nowotworowej, nabiera wiary i nadziei na dalsze funkcjonowanie w społeczeństwie, rodzinie i zawodowo. Wszak zdrowie psychiczne to zdolność do pracy, nauki i zabawy (przyjemności).

Równie istotną kwestią w onkologii jest leczenie żywieniowe. Ze statystyk wynika, że co trzeci nowotwór to skutek złego odżywiania! Ponadto prawidłowe żywienie warunkuje powodzenie leczenia, a pacjent onkologiczny jest zwykle niedożywiony, z objawami kacheksji wynikającej z obciążającego długotrwałego leczenia.

Obecnie stosowane pojęcie „dieta” wywodzi się z greckiego słowa. Łacińskie *diaeta* całościowo określało styl życia, czyli zestaw wszystkich reguł. Dieta jest ważnym elementem terapii w uzdrowisku. W wielu miejscach można trafić na informację, że jeśli choruje się na nowotwór, powinno się ograniczyć w diecie ilość białka. Najczęściej zachęcają one, by eliminować przede wszystkim białko pełnowartościowe, pochodzące z produktów zwierzęcych, m.in. mięsa i jego przetworów. Ma to zwalczać komórki nowotworowe. To mit. Białko to główny składnik budulcowy komórek naszego organizmu. Występuje także w komórkach nowotworowych, nie oznacza to jednak, że jeśli przestanie się dostarczać białko z dietą, to zahamuje się ich wzrost. W ten sposób można doprowadzić do niedożywienia i wyniszczenia własnego organizmu. Dostosowana do potrzeb porcja białka każdego dnia jest ważnym elementem żywienia pacjentów onkologicznych – pomaga m.in. utrzymać masę mięśniową. A choroba nowotworowa może tylko zwiększyć zapotrzebowanie na białko. Eksperci zalecają każdego dnia przyjmowanie białka w ilości przynajmniej 1,0 g/kg masy ciała. Popularny pogląd zaleca, by wykluczyć z diety chorego onkologicznie węglowodany, ponieważ stanowią one dla komórek nowotworowych źródło energii. Ma to zwalczyć komórki nowotworowe. To kolejny mit. Cukry nie powinny stanowić podstawy jadłospisu, jednak węglowodany to dla organizmu główne źródło energii. Dostarczane z pokarmem, mogą być wykorzystywane zarówno przez komórki zdrowe, jak i przez komórki nowotworowe. Jeśli jednak wyeliminuje się je z posiłków, ogranicza

się podaż energii wspomnianym już zdrowym komórkom, czyli zaczyna się je głodzić. Dlatego głodzenie się (głodówka) wpływa niekorzystnie, głównie na zdrowe komórki pacjenta onkologicznego – te, których potrzebuje, aby narządy i tkanki mogły prawidłowo funkcjonować. Dopiero gdy wyczerpane zostaną już wszystkie zapasy organizmu, zaczną głodować komórki nowotworowe. Organizm źle odżywiany nie pracuje prawidłowo, dlatego odpowiednie żywienie w chorobie nowotworowej jest tak istotne. Sama obecność nowotworu i prowadzone leczenie jest dla organizmu dużym obciążeniem, może sprzyjać utracie masy ciała. Istnieje pogląd, że chudnięcie to u chorych onkologicznych coś absolutnie naturalnego i nie ma możliwości, by mu przeciwdziałać. Kiedy następuje utrata masy ciała (problem nawet 80% pacjentów z nowotworem) – winne są obecne w organizmie nieprawidłowe komórki i substancje, które wytwarzają. Może być to także efekt leczenia przeciwnowotworowego. W chorobie nowotworowej należy koniecznie zapobiegać utracie masy ciała. Pomoże w tym zbilansowana dieta, która uzupełni zapotrzebowanie na białko i energię.

Podstawowym znaczeniem w walce z chorobami jest profilaktyka – to najlepszy sposób na zapobieganie i wczesne wykrycie groźnych chorób, w tym chorób nowotworowych. Czy w ramach pobytu w sanatorium są wdrażane programy profilaktyczne? Uzdrawisko stwarza niepowtarzalną szansę na prowadzenie edukacji i stosowanie profilaktyki. Sądzę, że pacjenci sobie to bardzo cenią.

Promocja zdrowia i działalność edukacyjna w uzdrowisku (sanatorium) powinny być częścią składową każdego postępowania leczniczego. Działania promocyjne obejmują profilaktykę, edukację zdrowotną oraz wczesną diagnostykę. Lecznictwo uzdrowskie może odgrywać wiodącą rolę w promocji zdrowia i realizacji podstawowych zagadnień Narodowego Programu Zdrowia (NPZ). Do wybranych zadań NPZ należy: zmniejszenie śmiertelności w chorobach układu krążenia, zmniejszenie śmiertelności z powodu nowotworów, usprawnienie leczenia i rehabilitacji niepełnosprawnych. Natomiast udział lecznictwa uzdrowskiego w tym programie odbywa się poprzez prowadzenie edukacji w zakresie zasad racjonalnego żywienia, czynnika rozwoju miażdżycy, nowotworów itd. Udział w zmniejszeniu alkoholizmu i nikotynizmu w kraju, zwiększenie aktywności fizycznej i wdrożenie aktywnego modelu życia u chorych, eliminowanie stresów, udział w upowszechnieniu profilaktyki, udział w usprawnieniu leczenia i rehabilitacji osób niepełnosprawnych i chorych z chorobami przewlekłymi, zmniejszenie kosztów leczenia. Dodatkowo 1 stycznia 2018 r. weszła w życie część przepisów zawartych w rozporządzeniu Rady Ministrów z 4 sierpnia 2016 r. w sprawie NPZ na lata 2016-20. Dotyczy ona profilaktyki i rozwiązywania problemów związanych z używaniem substancji psychoaktywnych, uzależnieniami behawio-

ralnymi i innymi zachowaniami ryzykownymi. Uzdrawisko jest miejscem nie tylko leczenia i wypoczynku, ale także szkołą wychowania zdrowotnego. Sprzyja temu stacjonarne, jednoczesne zgromadzenie dużej liczby pacjentów. W skład zespołu edukacyjnego uzdrowska wchodzi: wszyscy lekarze, pielęgniarki, laboranci analityczni, dietetycy, fizjoterapeuci, psycholodzy, psychoterapeuci, pracownicy socjalni. Do metod edukacyjnych, które można stosować w uzdrowisku, należą: wykłady, prelekcje, pogadanki z wykorzystaniem przeźroczy, wideofilmów, dyskusje w grupach, quizy z nagrodami, demonstracje, skrzynka anonimowych pytań, udział w zbiorowej gimnastyce zdrowotnej, opracowanie plakatów, broszur, ulotek, ilustracji, redagowanie gazetek ściennych i kącików o tematyce zdrowotnej, zajęcia komputerowe. Pacjent wyedukowany to pacjent współpracujący z lekarzem. W przypadku chorych na nowotwory ma to szczególne znaczenie, leczenie uzdrowskie bowiem ma duży potencjał, który można wykorzystać w postępowaniu z pacjentami po zakończeniu leczenia onkologicznego.

Czy każdy chory z rozpoznaną chorobą nowotworową może starać się o skierowanie do sanatorium? Są bowiem w pewnych wypadkach przeciwwskazania do leczenia uzdrowskiego i rehabilitacji uzdrowskiej.

Przeciwwskazania do leczenia uzdrowskiego dotyczą pacjentów z czynną chorobą nowotworową (wszystkie postaci), ponadto osób w stanie po operacji lub leczeniu zachowawczym nowotworów nerki, czerniaka, białaczki, ziarnicy złośliwej oraz chłoniaka – przed upływem 5 lat od zakończenia leczenia. W przypadku pozostałych typów nowotworów – do leczenia uzdrowskiego nie kwalifikują się ci pacjenci, którzy zakończyli leczenie przed upływem roku.

Jak wygląda refundacja leczenia przez NFZ? Dotychczasowe przepisy określone przez Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 5 stycznia 2012 r. w sprawie sposobu kierowania i kwalifikowania pacjentów do zakładów lecznictwa uzdrowskiego (Dz. U. 2012 poz. 14) nie zmieniły się i NFZ zastrzega, że na leczenie uzdrowskie mogą być kierowani jedynie pacjenci wystarczająco sprawni, aby odbyć podróż do sanatorium, zdolni do samoobsługi i korzystania z zabiegów leczniczych. Mam informacje, że aktualnie trwają prace nad nowelizacją ustawy. Czy możemy się spodziewać, że jej treść zmieni się z korzyścią dla pacjentów onkologicznych?

Prace nad nowelizacją ustawy nadal trwają. Są na etapie istniejącego już wyczerpującego opracowywania przez ekspertów z dziedziny balneologii i medycyny fizykanej oraz rehabilitacji. Pozostaje mieć nadzieję, że zostaną wkrótce rozpatrzone oraz zatwierdzone przez ministra zdrowia.

Kto i kiedy kieruje pacjenta onkologicznego do sanatorium – onkolog czy lekarz rodzinny?





Skierowanie pacjentów z chorobą nowotworową jest możliwe pod następującymi warunkami: skierowanie na leczenie uzdrowskie wystawia lekarz onkolog, prowadzący pacjenta, po zakończeniu leczenia nowotworowego, uwzględniając czas wystawienia skierowania od rodzaju i typu nowotworu; pacjenci kierowani są do wyspecjalizowanych ośrodków uzdrowskich, które realizują sprawdzone w praktyce modele leczniczo-rehabilitacyjne i mają wyspecjalizowaną kadrę medyczną w tej dziedzinie, pracującą pod nadzorem onkologicznym.

Już wiemy, co Pani Doktor potwierdziła w swojej wypowiedzi, że w Polsce jest 46 miejscowości, które mają status uzdrowiska. Czy są one przygotowane na przyjęcie pacjentów onkologicznych? Które z nich?

Wszystkie miejscowości o statusie uzdrowiska w Polsce są przygotowane do przyjęcia pacjentów onkologicznych. Profile lecznicze polskich uzdrowisk nie obejmują same w sobie chorób nowotworowych. Chorzy na nowotwory złośliwe kierowani są na leczenie uzdrowskie nie z powodu choroby nowotworowej, ale jako pacjenci z chorobami układu oddechowego, krążenia, moczowego, chorób kostno-stawowych, w tym chorób reumatologicznych, chorób metabolicznych (w tym cukrzycy i otyłości), ginekologicznych (w tym niepłodności) – a choroba nowotworowa jest u nich chorobą współistniejącą. Są kierowani do uzdrowiska wówczas, kiedy ich choroba nowotworowa jest na etapie zaawansowania, jak wcześniej wspomniałam, która nie zagraża choremu – przez swoje działanie bodźcowe w zakresie pobudzenia do rozrostu nowotworowego. O tym, czy pacjent z chorobą nowotworową zostanie przyjęty na leczenie, po

pierwsze, decyduje lekarz onkolog kierujący do uzdrowiska, po drugie, każde takie skierowanie w Oddziale NFZ konsultuje się ze wspomnianym specjalistą onkologii, wykluczając przeciwwskazania wynikające m.in. z etapu choroby nowotworowej. Po trzecie, a być może najważniejsze, ostatecznie o przyjęciu pacjenta z chorobą nowotworową decyduje lekarz specjalista balneologii i medycyny fizykalnej lub rehabilitacji medycznej w danym ośrodku. Kierując się ogólnie pojętym dobrem pacjenta, specjalista rozpisuje odpowiednie zabiegi oparte w pierwszej kolejności na zabiegach z kinezyterapii, wodolecznictwa (z wyjątkiem silnie działających bodźcowo kąpeli siarkowych) czy też na bazie surowców naturalnych – tu zabiegi borowinowe, również z powodu silnego działania bodźcowego są szczególnie wnikliwie i indywidualnie rozpatrywane. W dalszej kolejności rozważa się zabiegi z fizykoterapii, takie jak: pole magnetyczne, laseroterapia, ultradźwięki, szeroka gama elektroterapii (prądolecznictwa), krioterapia itd.

Lek. Jolanta CZERWIK – absolwentka Akademii Medycznej w Krakowie. Lekarz chorób wewnętrznych, specjalista chorób płuc oraz specjalista z dziedziny balneologii i medycyny fizykalnej. Od 2016 roku pełni nadzór balneologiczny nad działalnością podziemnego Uzdrowiska Kopalni Soli „Wieliczka”. Ponadto pracuje w lecznictwie ambulatoryjnym w Wieliczce i w Krakowie (poradnie pulmonologiczne). Uczestniczy w krajowych i międzynarodowych sympozjach i konferencjach, również jako wykładowca.

Iwona DURAJ

(przedruk z Biuletynu Okręgowej Izby Lekarskiej w Koszalinie nr 5/19)

MEDYCyna I SAVOIR-VIVRE

O tym, czy medycyna i savoir-vivre idą w parze, z dr. n. hum. Stanisławem Krajskim, założycielem Akademii Dobrych Manier i Etykiety Biznesu, rozmawia Katarzyna Redmerska

MT: Przeprowadzone w USA badania wykazały, że gorzej przygotowani zawodowo lekarze, którzy jednak są mili oraz uprzejmi dla pacjentów, rzadziej są pozywani do sądów za błędy w sztuce niż ich pozbawieni dobrych manier koledzy, nawet będący uznanymi specjalistami. Dobrze wychowanie procentuje?

DR STANISŁAW KRAJSKI: Tak, procentuje. Dawno to już stwierdzono w etykietce biznesu. Jeśli lekarz zapomina, że ma do czynienia z takim samym człowiekiem jak on i że należy go traktować z szacunkiem oraz życzliwością, stosując wszystkie zasady, które powinno się stosować wobec każdego gościa (w domu lub w instytucji) bądź kontrahenta (klienta), traci często pacjentów. Ci, którzy mimo wszystko korzystają z jego opieki medycznej, również zaczynają traktować go przedmiotowo i gdy popełnia błąd (lub pacjentowi albo jego rodzi-

nie tak się wydaje), nie są wyrozumiali, a często nawet są bez litości. Lekarz stosujący zasady savo-ir-vivre i wskazania etykiety jest kimś, kogo pacjent szanuje również jako człowieka i którego lubi i nie chce mu zrobić krzywdy.

MT: Czy uczelnie medyczne powinny dążyć do kształcenia lekarzy pod względem zasad savoir-vivre i etykiety lekarza?

S.K.: Oczywiście że tak. W wielu zawodach, w tym przede wszystkim w bankowości, uznaje się, że savoir-vivre i etykieta są elementem zawodowego profesjonalizmu. Z badań i doświadczeń zawodowych wynika, że uchybienia w tej mierze powodują różnego typu, w tym materialne, straty.

M.T: Jakie zastosowanie mają klasyczne zasady zachowania w kontaktach lekarz – pacjent?

S.K.: Lekarz, o ile nie występuje w białym fartuchu, powinien być ubrany według wskazań etykiety, co podnosi jego prestiż i wskazuje, że darzy pacjenta szacunkiem. Jego zachowanie w trakcie przyjmowania pacjenta lub odwiedzania go w domu powinno być dokładnie

takie jak nakazuje etykieta w odniesieniu do gospodarza bądź gościa.

MT: Jaka jest specyfika dobrych manier, jaki wpływ ma fakt, że pacjent jest petentem (publiczna ochrona zdrowia), a jaki, że w prywatnej to lekarzowi zależy, żeby daną osobę przy sobie zatrzymać?

S.K.: Zachowanie lekarza, gdy przyjmuje w ramach publicznej ochrony zdrowia, jeśli jest zgodne z zasadami savoir-vivre i wskazaniem etykiety, świadczy o jego klasie i kulturze. Gdy przyjmuje pacjenta w ramach praktyki prywatnej, jego zachowanie zgodne z zasadami savoir-vivre ma również znaczny wpływ, jak wskazują badania i doświadczenia wielu lekarzy, na finansowy sukces tej praktyki.

MT: A może to pacjent, jako klient, powinien ustalać formy powitania, oczywiście w przyjętych granicach?

S.K.: Niezależnie od tego, jakie procedury zachowania przyjmie pacjent, zachowanie lekarza zgodne z zasadami savoir-vivre i wskazaniem etykiety będzie dobrze odbierane i pozwoli uniknąć pojawienia się takich pozamedycznych sytuacji oraz kontekstów, które mogą mieć negatywny wpływ na relację pacjent – lekarz.

MT: Medycyna oparta jest na dowodach naukowych. Czy możliwe jest wypracowanie medycyny opartej na etykiecie?

S.K.: Etykieta nie wkracza w sferę nauki, ona stanowi o jakości stosunków pacjent – lekarz w ich ludzkim i kulturowym wymiarze.

(przedruk z „Medical Tribune” nr 10/19)

NIE UCIEKAJMY W SZORSTKOŚĆ

O roli słowa w komunikacji lekarz – pacjent z językoznawcą i gramatykiem normatywnym prof. dr. hab. Janem MIODKIEM rozmawia Katarzyna REDMERSKA

MT: Komunikacja lekarza z pacjentem jest bardzo szczególnym rodzajem wymiany słów oraz myśli. To, jak lekarz zostanie odebrany, będzie miało wpływ na decyzję pacjenta o dalszej współpracy. Jakich zatem zasad lekarz powinien przestrzegać?

Prof. Jan MIODEK: Powinien pamiętać o tym, że tego typu relacje charakteryzują się niesymetrycznością. Nieważne bowiem, czy pacjentem będzie prezes dużej firmy, papież, czy robotnik. Każdą z tych osób ma on w garści. Przychodzą do niego ze swoją chorobą, a nie popularnością. Powtarzam: niesymetryczność – i lekarz musi być świadomy tego faktu.

MT: Czego pacjent powinien oczekiwać od lekarza?

J.M.: Przede wszystkim funkcji terapeutycznej mowy – to jest najważniejsze. Pocieszającego słowa, merytoryczności wypowiedzi. Powinien wzbudzać w chorym poczucie bezpieczeństwa, by mógł swobodnie się przed nim otworzyć i podzielić swoimi objawami, obawami.

MT: Pacjenci skarżą się głównie na to, że lekarze traktują ich z góry i posługują się niezrozumiałą terminologią, ponadto nie lubią słuchać i szybko wpadają w zniecierpliwienie.

J.M.: Nie od dzisiaj wiadomo, że system ochrony zdrowia potrzebuje naprawy. Główną bolączką lekarzy jest przepracowanie. Obecnie zajmują się oni bardziej pracą biurową (najlepiej to widać przy wypisach ze szpitala) niż samym pacjentem.

Lekarza należy uwolnić od komputera, pozwolić, by poświęcił się tylko pacjentowi. Uważam, że pomysł stworzenia etatu asystenta medycznego jest jak najbardziej trafiony. Lekarz ma leczyć, a nie wypełniać druków. Uciekanie w szorstkość to rodzaj instynktu samozachowaw-

czego. W żadnym wypadku nie zamierzam usprawiedliwiać zachowań marginalnych, wynikających ze zwykłego braku kultury osobistej. Jednak należy zdawać sobie sprawę, że lekarz ma przede wszystkim leczyć. W zachowaniu obiektywizmu, który ma niezmiennie istotny wpływ na wykrycie choroby i późniejsze jej leczenie, lekarz nie może ulegać emocjom.

MT: Jak wskazują badania, umiejętność rozmowy z pacjentem w 60 proc. decyduje o skuteczności wizyty. Dlaczego więc tak wielu lekarzy nie przykładają do tego wagi?

J.M.: Jak już wspomniałem, dużo w tym winy samego systemu (jego niedoskonałości) i przepracowania kadry medycznej. Nie można także zapominać o coraz częstszym problemie wypalenia zawodowego, które w pewnym stopniu jest też efektem przepracowania. Ponadto istotą problemu jest również zwyczajny brak umiejętności lekarza dotyczących komunikacji z pacjentem. On po prostu nie wie, na jakiej zasadzie powinna się ona odbywać, bo go tego nie nauczono.

MT: Zatem na studiach medycznych powinno się uczyć umiejętności komunikowania się z pacjentem?

J.M.: Bezdyskusyjnie. Student, wdrażając specjalistyczną wiedzę, jednocześnie powinien być uczony, jak rozmawiać z osobą chorą. Miałem sposobność rozmowy ze studentami medycyny, którzy skarżyli się na ograniczony kontakt z pacjentami. Uważam, że postulat dydaktyczny jest wskazany, a także wprowadzenie zasad współdziałania z pacjentem, w tym aspektu psychologicznego w terapii.

MT: Przekazanie informacji o poważnej chorobie to wyzwanie. Chyba nie ma złotego środka w tej kwestii.





J.M.: To zawsze jest wyzwaniem dla lekarza. Niestety wciąż zdarzają się przypadki braku profesjonalizmu w tym zakresie. Jest to duży problem, ponieważ od tego jak dana osoba zostanie poinformowana o chorobie (często bardzo poważnej) zależy powodzenie terapii. Lekarz musi zdawać sobie sprawę, że nie wolno odbierać pacjentowi nadziei. Znam przypadek, gdy umiejętnie przekazanie wiadomości o ciężkiej chorobie wywołało w pacjencie siłę do walki o wyzdrowienie. Co najważniejsze, choroba się cofnęła i mógł on normalnie funkcjonować. Słowa mają moc terapeutyczną.

MT: Jak wiele w komunikacji lekarza z pacjentem zależy od samego pacjenta?

J.M.: Bardzo dużo. To, jak będą się układały wzajemne relacje, zależy w ogromnym stopniu od postawy pacjenta (często jest ona czysto roszczeniowa). Oczekując szacunku od lekarza, sam powinien ten szacunek okazywać.

MT: Słowa lekarza powinny być swoistą terapią?

J.M.: Oczywiście. Myślę, że to najlepsze podsumowanie naszego wywiadu.

(przedruk z „Medical Tribune” nr 10/19)

PRAWO NA CO DZIEŃ

WPIS „MOŻE BYĆ SZCZEPIONY” NIE WYSTARCZY

W ostatnich latach obserwujemy narastanie aktywności ruchów antyszczepionkowych. Internet zalewa falą fałszywych informacji dotyczących działań niepożądanych szczepionek. Osoby bez wykształcenia medycznego, niezdolne do weryfikacji źródeł wiedzy, łatwo ulegają manipulacji. W konsekwencji coraz częściej lekarze spotykają się z odmową zgody rodziców na szczepienie dzieci. Coraz częściej również to właśnie w szczepieniach rodzice doszukują się źródła chorób swoich dzieci. Znalazło to odzwierciedlenie nie tylko w codziennej praktyce lekarskiej, ale również w postępowaniach karnych o błąd medyczny.

W ciągu kilku ostatnich lat wśród postępowania karnych prowadzonych w związku z podejrzeniem popełnienia błędu medycznego wzrosła niepokojąco liczba spraw dotyczących szczepień ochronnych. Najczęstszy zarzut dotyczy nieprawidłowej kwalifikacji do szczepienia i podjęcia decyzji o zaszczepieniu, pomimo rzekomego istnienia przeciwwskazań. Rodzice, nie mogąc pogodzić się z chorobą dziecka, czy nawet w niektórych przypadkach śmiercią, poszukują przyczyny, która pozwoli im zrozumieć, uzasadnić traumatyczne wydarzenie.

O ile doszukiwanie się związku przyczynowego pomiędzy szczepieniami a autyzmem lub padaczką jest dość powszechne, pomimo przeprowadzonych licznych badań obalających ten mit, coraz częściej fakt przebytego szczepienia łączony jest przez pacjentów bądź ich rodziny z chorobami ostrymi, np. sepsą, zapaleniem opon mózgowo-rdzeniowych czy zgonami o nieustalonej przyczynie (czynnościowymi, np. zespołem nagłej śmierci łóżeczkowej).

Oto przykłady:

W jednej ze spraw karnych rodzice próbowali dowiedzieć związku pomiędzy rozwojem śmiertelnej sepsy meningokokowej, a odbytym około tygodnia wcześniej szczepieniem przeciwko pneumokokom. Argumentacja opie-

rała się na nieprawidłowej kwalifikacji do szczepienia, gdyż w ocenie matki dziecko miało zaburzenia odporności (miewało częste przeziębienia), a w ostatnim czasie obserwowano przewlekły katar.

W innym przypadku zgon z powodu wirusowego zapalenia płuc o nieustalonym czynniku etiologicznym wiązano z przeprowadzonym blisko 4 tygodnie wcześniej szczepieniem przeciwko błonicy, tężcowi i krztuścowi. Tu również matka zarzucała, że dziecko nie było zdrowe, bo w jej odczuciu było „nieswoje” i miało katar.

W jeszcze innej sprawie nagły zgon niemowlęcia (SIDS) wiązano z faktem podania kilka dni wcześniej szczepionki, której termin przydatności został przekroczony o jeden dzień.

Lekarz ustala jedynie związek czasowy

Czas jest podstawowym kryterium oceny rzekomego związku między zdarzeniami, wskazywanym w zawiadomieniach kierowanych do organów ścigania. Źródło tego należy upatrywać w definicji niepożądanego odczynu poszczepiennego (NOP), zawartej w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie niepożądanych odczynów poszczepiennych oraz kryteriów ich rozpoznawania (Dz. U. 2010.254.1711).

Według tej definicji za związane czasowo ze szczepieniem uznaje się zaburzenia stanu zdrowia, które wystąpiły w ciągu czterech tygodni po podaniu szczepionki (z wyjątkiem odczynów po BCG). Sprawia to, że przy zgłaszaniu NOP-u lekarz nie docieka ani nie bierze pod uwagę rzeczywistych powodów zaburzeń stanu zdrowia. Nie ustala związku przyczynowo-skutkowego, ale jedynie związek czasowy.

Dalej ustawodawca wyjaśnia, że zaburzenia stanu zdrowia mogą być wynikiem zarówno indywidualnej reakcji organizmu na podanie szczepionki, błędu wykonania

szczepionki lub błędu jej podania, jak i zjawisk od szczepienia niezależnych, a tylko przypadkowo pojawiających się po szczepieniu. W tym samym dokumencie zostały wymienione rodzaje niepożądanych odczynów poszczepiennych, wśród których wskazano m.in.:

- zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych i mózgu,
- drgawki nie-gorączkowe,
- sepsę.

Co ważne, katalog niepożądanych odczynów poszczepiennych jest otwarty.

Nieprawidłowe prowadzenie dokumentacji

Choć w rozporządzeniu wyraźnie podkreślono, że zawarte w nim kryteria zostały utworzone jedynie na potrzeby nadzoru epidemiologicznego, jest to zwykle punkt wyjścia dla dochodzenia roszczeń przez pacjentów i ich rodziny.

Należy wziąć pod uwagę fakt, że rodzice, zanim złożą zawiadomienie o podejrzeniu popełnienia przestępstwa, zwykle zasięgają porady prawnika. Co więcej, już na tym etapie często mają pełnomocnika, który występuje w ich imieniu i często uczestniczy – biernie lub aktywnie – w czynnościach procesowych, np. w przesłuchaniach świadków. Zawodowi pełnomocnicy, z racji wykonywanego zawodu, skupiają się na analizie obowiązujących w czasie zdarzenia aktów prawnych oraz weryfikacji dopełnienia przez personel medyczny obowiązków z nich wynikających.

Jednym z najczęstszych zarzutów jest nieprawidłowe prowadzenie dokumentacji medycznej. Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 18 sierpnia 2011 r. w sprawie obowiązkowych szczepień ochronnych (Dz. U. 2018.753) informacje na temat przeprowadzonych obowiązkowych szczepień ochronnych dokumentowane są w karcie uodpornienia, książeczce szczepień oraz w dokumentacji medycznej (historii zdrowia i choroby).

Wpis do dokumentacji medycznej powinien, co do zasady, obejmować informacje o przeprowadzonych dotychczas szczepieniach (w aspekcie ewentualnych opóźnień i szczepień dodatkowych) oraz o występowaniu w przeszłości odczynów poszczepiennych, ponadto chorób przewlekłych (w szczególności zaburzeń odporności), alergii, o przyjmowaniu leków, preparatów krwiopochodnych, występujących w ostatnim czasie poważnych schorzeniach infekcyjnych oraz obecnym stanie zdrowia i ewentualnych dolegliwościach.

Oczywiście jeśli pacjent jest pod stałą opieką lekarza, nie jest konieczne każdorazowe powielanie wymienionych informacji dotyczących przeszłości, tylko tych, które uległy zmianie od ostatniej wizyty. Obok badania podmiotowego podstawowym elementem lekarskiego badania kwalifikacyjnego do szczepienia jest badanie przedmiotowe. Standardowe badanie fizykalne w takim przypadku obejmuje co najmniej:

- osłuchanie klatki piersiowej,

- badanie palpacyjne jamy brzusznej i węzłów chłonnych,
- oglądanie skóry, gardła i migdałków.

Zakres badania można odpowiednio poszerzyć, w zależności od zgłaszanych objawów.

Brak zaświadczenia o przeprowadzonym badaniu

Po przeprowadzeniu pełnego badania należy odnotować, do jakiego szczepienia dziecko jest kwalifikowane i czy stwierdza się przeciwwskazania. Na koniec lekarz ma obowiązek wystawić zaświadczenie o przeprowadzonym lekarskim badaniu kwalifikacyjnym (na podstawie art. 17 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, Dz. U. 2019.1239 ze wskazaniem daty i godziny jego przeprowadzenia). Szczepienie należy wykonać w ciągu 24 godzin od badania kwalifikacyjnego, po tym czasie badanie trzeba powtórzyć. Wzór zaświadczenia znajduje się w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 18 sierpnia 2011 r. w sprawie obowiązkowych szczepień ochronnych (Dz. U. 2018.753).

W większości postępowań karnych prowadzonych w związku ze szczepieniami ochronnymi uwagę zwracają znaczne braki w dokumentacji medycznej w zakresie wpisów dotyczących stanu zdrowia dziecka czy konkluzji odnośnie do obecności lub braku przeciwwskazań do szczepienia. Pojedyncze wpisy typu „Wywiad (-)”, „Fiz. bz.”, „Stan dobry”, „Może być szczepiony” nie są wystarczające i świadczą nie tylko o nieznamości standardów postępowania, ale także o niedbalstwie.

W większości poddawanych analizie spraw brak jest zaświadczenia o przeprowadzonym lekarskim badaniu kwalifikacyjnym. W wielu nie ma adnotacji o udzieleniu informacji o szczepieniach obowiązkowych i zalecanych, podczas gdy łamanie prawa do informacji jest jednym z częstszych zarzutów kierowanych do lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej.

Co ciekawe, wyjątkowo zdarza się, aby rodzice negatywnie oceniali bezpodstawne odraczanie szczepień, co jest zdecydowanie częstszą praktyką niż kwalifikowanie pomimo istnienia przeciwwskazań. Kolejna nieprawidłowość formalna dotyczy zgłaszania niepożądanych odczynów poszczepiennych. Zgodnie z przepisami zgłoszenie powinno nastąpić w ciągu 24 godzin od podejrzenia albo rozpoznania. W praktyce lekarze często nie realizują tego obowiązku, narażając się na karę grzywny (art. 52 ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi).

Przypomnę, że nie jest rolą lekarza w takich przypadkach ocena związku przyczynowo-skutkowego pomiędzy szczepieniem a późniejszym pogorszeniem stanu zdrowia dziecka. Decyzja o zgłoszeniu powinna być oparta wyłącznie na kryterium czasowym wskazanym w akcie prawnym. Zagrożenie karą grzywny dotyczy również nieprawidłowości w prowadzeniu dokumentacji medycznej:





- niedokonania wpisu szczepienia,
- niewystawienia zaświadczenia o wykonaniu szczepienia,
- braku lub nierzetelnego prowadzenia dokumentacji medycznej.

Niekończące się kłopoty

Orzekanie następuje w trybie przepisów ustawy z dnia 24 sierpnia 2001 r. Kodeks postępowania w sprawach o wykroczenia (Dz. U. 2019.1120 z późn. zm.).

Z punktu widzenia postępowania karnego kluczowe jest ustalenie związku przyczynowo-skutkowego pomiędzy wykazanymi nieprawidłowościami, a skutkiem w postaci zgonu dziecka lub rozwojem choroby. Stwier-

dzenie takiego związku, bez udowodnienia nieprawidłowości postępowania medycznego określonej osoby, nie będzie rodzić odpowiedzialności karnej.

Co więcej, ta nieprawidłowość musi być istotna i adekwatna do skutku, a skutek ma być normalnym, dającym się przewidzieć jej następstwem. Wszystko to sprawia, że większość tego rodzaju postępowań, pomimo licznych nieprawidłowości formalnoprawnych, zostaje umorzona. Nie oznacza to jednak końca kłopotów lekarza.

*Dr n. med. i mgr prawa Marta RORAT
p.o. kierownik Zakładu Prawa Medycznego,
Katedra Medycyny Sądowej Uniwersytetu Medycznego
we Wrocławiu*

(przedruk z „Medical Tribune” nr 10/19)

OGŁOSZENIA



**Galeria Sztuki
Współczesnej**

KWIECIEŃ 2020 W GALERII SZTUKI WSPÓŁ- CZESNEJ W OPOLU

WYSTAWY

PUNKT WIDZENIA – Łukasz Prus-Niewiadomski, 13.03 – 26.04.2020 r.

PLATA – Maria Bitka, 27.03 – 22.04. 2020 r.
Galeria Aneks GSW

MOJA ODPOWIEDŹ – Wystawa wybranych prac dyplomowych 2020 Liceum Plastycznego w Opolu. 30.04 – 31.05. 2020r. Galeria Aneks GSW

WYDARZENIA:

16.04 g.18.00 – wykład Joanny Filipczyk „ZWM – standardowa inwestycja PRL'u” w cyklu spotkań: BLOKOWISKO. WERSJA OPOLSKA

18.04. g.12.00 – ZPT. BĄDŹ SAMODZIELNY W MIEŚCIE – cykl spotkań uczących podstawowych umiejętności ułatwiających codzienne życie. Warsztat: SZYDEŁKOWANIE. Zapisy drogą mailową info@galeriaopole.pl (ilość miejsc ograniczona).

26.04 g. 16.00 – SPOTKANIE AUTORSKIE
Z ŁUKASZEM PRUS-NIEWIADOMSKIM –
autorem wystawy PUNKT WIDZENIA

* * *

Komisja Sportu i Rekreacji Okręgowej Izby Lekarskiej w Gdańsku wraz z Harcerskim Ośrodkiem Morskim zaprasza na **XI Ogólnopolskie Regaty Żeglarskie Lekarzy w klasie Puck**. Regaty odbędą się w dniach 29-31 maja 2020 r. (sobota, niedziela) na Zatoce Puckiej. Miejsce pobytu żeglarzy to Harcerski Ośrodek Morski (84-100 Puck, ul. Żeglarzy 1, tel. (58) 673 21 50, hom@hompuck.org)

Zgłoszenia należy przysyłać do dnia 23 kwietnia 2020 r. do Izby (wyłącznie mailowo sekretariat@oilgdansk.pl). Druk zgłoszenia do regat jest do pobrania ze strony www.oilgdansk.pl, zakładka „Po pracy –Wydarzenia Kulturalne i Sportowe” i należy go wypełnić, zeskanować i wraz z zeskanowanym potwierdzeniem wpłaty wpisowego na konto HOM przesłać na adres mailowy sekretariat@oilgdansk.pl. Za kompletne zgłoszenie uznajemy wypełniony druk zgłoszenia na regaty wraz z opłaconym wpisowym i dołączonym do zgłoszenia potwierdzeniem wpłaty!!!

Wpisowe do regat **200 zł/osoba**, płatne na konto: Bank PKO SA **11-1240-5400-1111-0010-6457-8713**, HOM, 84-100 Puck ul. Żeglarzy 1, ty-

tuł wpłaty (XI Regaty Lekarzy – pobyt w HOM imię i nazwisko uczestników).

Ilość miejsc jest ograniczona (30 załóg) – decyduje kolejność zgłoszeń. Wymagania:

- liczba członków załogi – 3 lub 4 osoby – w tym minimum 2 lekarzy;
- prowadzący jednostkę – minimum w stopniu żeglarza jachtowego – musi być lekarzem;
- znajomość przepisów PZŻ, przepisów regatowych, przestrzeganie instrukcji żegluga, umiejętność pływania.

Dodatkowych informacji udzielają:

Marcin Szczęśniak tel. 603 696 160 – organizator regat OIL Gdańsk

Sławomir Dębicki 501 674 698 (58) 673 21 50 sprawy techniczne – Komendant HOM

Informacje o regatach i łodzi PUCK na stronie www.klasapuck.org.

Przewiduje się rozegranie 5 wyścigów w sobotę 30 maja i 4 wyścigów w niedzielę 31 maja. Szczegóły poda Sędzia Główny w instrukcji żegluga i komunikacie sędziowskim. Regaty zostaną uznane za ważne przy rozegraniu min. 2 wyścigów.

W ramach wpisowego organizator zapewnia:

- wyżywienie od śniadania 30 maja do obiadu 31 maja 2020 r.;
- zakwaterowanie od 29 maja do 31 maja 2020 r. (w zgłoszeniu proszę podać ile osób i z ilu noclegów będziecie Państwo korzystać – piątek/sobota, sobota/niedziela). **Uwaga!!! Nie rezerwujecie Państwo noclegów w trakcie trwania regat indywidualnie w HOM w Pucku!** Miejsca noclegowe będą przydzielane przez organizatorów na podstawie zgłoszeń do regat. Ewentualny nocleg dla osób towarzyszących możliwy będzie jedynie po zamknięciu listy zgłoszeń do regat i zakwaterowaniu uczestników regat, jeśli zostaną wolne miejsca noclegowe w HOM. Jeśli chcecie przyjechać do Pucka kilka dni wcześniej przed regatami lub zostać dłużej po regatach, można zarezerwo-

wać indywidualnie pobyt w HOM (kontakt bezpośrednio z HOM-em w Pucku);

- ubezpieczenie NW uczestników;
- łodzie do regat oraz kamizelki asekuracyjne dla uczestników regat;
- 0 nagrody dla uczestników.

Przewodniczący Komisji Sportu i Rekreacji

ORL w Gdańsku

dr Marcin Szczęśniak

* * *

Szanowne Koleżanki i Koledzy!

W imieniu Beskidzkiej Izby Lekarskiej oraz Ogólnopolskiego Klubu Wędkujących Lekarzy FISH-MED zapraszam wszystkich, których pasją jest wędkarstwo, na cykl zawodów wędkarskich w kategorii spławikowej Grand Prix Polski Lekarzy Fish-Med obejmujących w roku 2020 trzy imprezy (poniżej terminy i miejsce rozgrywania zawodów):

XVIII Mistrzostwa Polski Lekarzy - 23-24 maja 2020 r. – Oświęcim, jezioro Kruki komora B;

VIII Puchar Polski Lekarzy - 29-30 sierpnia 2020 r. – zbiornik Kamieniec k. Tarnowskich Gór;

Zakończenie cyklu GPX 2020 - 3-4 października 2020 r. – staw w Rudzińcu k. Gliwic.

Osoby zainteresowane proszę o kontakt: Grzegorz Kołodziej tel. kom. 501-503-435, e-mail: grk@onet.eu.

* * *

Ahoj żeglarze! Niezmiernie miło jest nam zaprosić na kolejne **Jubileuszowe XXX Żeglarskie Mistrzostwa Polski Lekarzy**. Regaty wzorem lat ubiegłych odbędą się w miejscu, które naszym zdaniem sprawdziło się pod każdym względem w Ośrodku „Wrota Mazur” w Imionku k/Pisza, jezioro Roś (www.wrotamazur.com).

Regaty rozgrywać się będą w terminie 4-6 września 2020 r. Wpisowe od załogi wynosi 2.000 zł (500 zł/os.) i zawiera dwa noclegi (4/5 i 5/6.09.2020 r.), pełne wyżywienie dla czteroosobowej załogi, jacht, koszt organizacji regat oraz ubezpieczenie. Udział dzieci do lat 6 bezpłatnie (w takim przypadku nie gwarantujemy noclegów





i wyżywienia). Koszt udziału osoby towarzyszącej jest taki sam, jak w przypadku uczestników regat i wynosi 500 zł. Wpłaty (wpisowe) na konto: 61 1140 1111 0000 3048 4600 1001 (Warmińsko-Mazurska Izba Lekarska ul. Żołnierska 16 C, 10-561 Olsztyn tel. 89 539 19 29 e-mail: olsztyn@hipokrates.org). Uwaga! W przypadku dużej liczby zgłoszeń liczy się kolejność wpłat. Osoby do kontaktu: Bożena Pątkowska – tel. 609-690-466, Przemek Kalisz – tel. 660-700-356.

Regaty odbędą się na 30 łodziach typu DELPHIA 21 na zasadach dobrze nam już znanych, w systemie przesiadkowym – dla przypomnienia po każdym dniu pływania ponowne losowanie jachtu. Każdy sternik biorący na siebie odpowiedzialność za jacht będzie musiał wnieść jednorazową kaucję w wysokości 200 zł, która zwrócona zostanie po zakończeniu regat. Startują załogi 4 osobowe, w tym minimum 2 lekarzy, przy czym sternikiem jachtu musi być lekarz. Sternik jachtu (tj. osoba osobiście obsługująca urządzenie sterowe) musi posiadać stopień żeglarski – minimum żeglarza jachtowego.

Tradycyjnie, obydwie wieczory żeglarskie spędzimy atrakcyjnie (piątek – przy muzyce na żywo Zespół „Szttywny Rumpel”, sobota – miła niespodzianka). Zgłoszenia osobiste, telefoniczne, faxem lub pocztą elektroniczną w terminie do 20 lipca 2020 r. proszę składać w Biurze Warmińsko-Mazurskiej Izby Lekarskiej w Olsztynie. Za zgłoszenie załogi uznaje się złożenie wypełnionego formularza zgłoszeniowego (druk w załączeniu) oraz dokonanie wpłaty.

Dla porządku organizacyjnego prosimy załogi aby składając formularz załączyły kopię patentu sternika. Szczegóły będą publikowane na stronie internetowej: www.regaty.wmil.olsztyn.pl.

* * *

TAR-MED Sp. p. Lekarzy w Tarnowie Opolskim zatrudni lekarza do pracy w POZ w godzinach popołudniowych. Warunki pracy, wynagrodzenie i godziny do uzgodnienia. Osoby zainteresowane prosimy o kontakt pod nr tel.: 608-509-015; 608-509-016; 604-473-054.

* * *

Stobrowskie Centrum Medyczne Sp. z o.o. z siedzibą w Kup poszukuje **lekarza ze specjalizacją z rehabilitacji medycznej** do pracy na Oddziale Rehabilitacyjnym Szpitala w Pokoju w charakterze **Kierownika Oddziału Rehabilitacyjnego**. Forma zatrudnienia do uzgodnienia – umowa o pracę lub umowa kontraktowa (stawka 120 zł za godzinę). Kontakt telefoniczny: 77/403-28-51 lub mailowy: kadry@szpital-kup.eu.

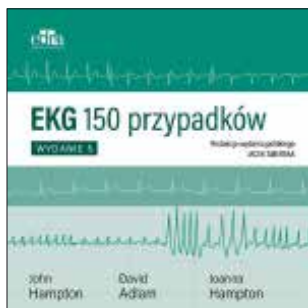
* * *

Stobrowskie Centrum Medyczne Sp. z o.o. z siedzibą w Kup poszukuje **lekarzy ze specjalizacją z rehabilitacji medycznej lub ortopedii i traumatologii narządu ruchu lub balneologii i medycyny fizykalnej lub reumatologii lub chorób wewnętrznych** do pracy na Oddziale Rehabilitacyjnym Szpitala w Pokoju w charakterze: **Starszego asystenta Oddziału Rehabilitacyjnego**. Forma zatrudnienia do uzgodnienia – umowa o pracę lub umowa kontraktowa (stawka 100 zł za godzinę). Kontakt telefoniczny: 77/403-28-51 lub mailowy: kadry@szpital-kup.eu.

* * *

Chcieli byśmy zaoferować lekarzom z województwa opolskiego **najem godzinowy pomieszczeń pod gabinety lekarskie**. Jesteśmy firmą o profilu medycznym z Krapkowic, posiadamy gabinety na wynajem w budynku z usługami medycznymi. **Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „SAMED”** ul. Szkolna 7, 47-300 Krapkowice, tel. 535-934-838.

EDRA URBAN & PARTNER Sp. z o.o. • 50-011 Wrocław, ul. Kościuszki 29
Zamówienia: ksiegarnia@edraurban.pl • tel.: 42/680 44 09, fax: 42/680 44 86



EKG 150 przypadków, D. Adlam, J. Hampton

wyd. 5, red. J. Smereka; rok wydania: 2020; ISBN: 978-83-66548-04-6, format: 255 x 255, oprawa miękka, 336 stron, cena: 53.10 zł (118 EUP pkt)

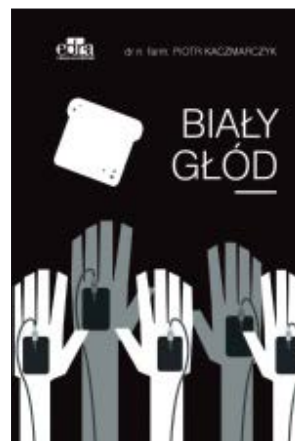
W książce zaprezentowano 150 przypadków klinicznych wraz z informacjami dotyczącymi historii choroby i zapisem elektrokardiograficznym, do niektórych opisów dołączono również obrazy RTG klatki piersiowej i angiografii naczyń wieńcowych.

Podręcznik ma przejrzysty układ, a poszczególne przypadki przedstawione są w sposób zwięzły i praktyczny. Wszystkie omówione przypadki kliniczne zostały uszeregowane według stopnia trudności i podzielone w zależności od częstości występowania nieprawidłowości na dwie kategorie:

„Codzienne” EKG – to 75 przykładów zapisów najczęściej spotykanych na oddziałach ratunkowych i w praktyce ambulatoryjnej.

„Trudniejsze” EKG – to 75 przypadków bardziej wymagających, obejmujących wzorce EKG obserwowane rzadziej w praktyce klinicznej.

Książka jest adresowana przede wszystkim do studentów medycyny i młodych lekarzy, jednak niektóre opisywane problemy mogą być wyzwaniem także dla doświadczonych kardiologów.



Biały głód, P. Kaczmarczyk

rok wydania: 2020; ISBN: 978-83-65625-56-4, format: 140 x 210, oprawa miękka, 144 strony, cena: 32.40 zł (72 EUP pkt)

Dr n. farm. Piotr Kaczmarczyk, autor książki zatytułowanej Biały głód, podejmuje niezwykle ważną tematykę dotyczącą niedożywienia i żywienia pacjentów w szpitalach.

Prawidłowo ordynowane i planowane zgodnie z wymogami leczenia żywienie przyspiesza rekonwalescencję pacjentów. W swojej książce autor pisze także o kluczowym znaczeniu skutecznej opieki żywieniowej, w tym współpracy specjalistów z różnych zawodów medycznych, dla zdrowia pacjenta.

Dr hab. Bożena Muszyńska, prof. UJ

OPOLSKA IZBA LEKARSKA

Biuro: tel. 77/454-59-39, fax 77/454 67 09, 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

Praktyki Prywatne: opole.praktyki@hipokrates.org

Radca prawny – tel. kontaktowy: 601 708 952, przyjmuje:
poniedziałek 9.00–10.30, środa 14.30–17.00, czwartek 14.00–16.00,
piątek – po uprzednim ustaleniu telefonicznym.

Składki: opole.skladki@hipokrates.org

Administracja Biura Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej: tel.
77/453-75-72; opole.rzecznik@hipokrates.org

Administracja Biura Okręgowego Sądu Lekarskiego:
tel. 77/454-85-75; opole.sad@hipokrates.org



BAZA NOCLEGOWA **PRO MEDICO**

Preferencyjne
ceny dla lekarzy
i lekarzy dentystów

Warszawa
ul. Sobieskiego 102a
200 m od siedziby NIL



Planujesz
- kurs
- szkolenie
- konferencję
- rodzinną wycieczkę?

Wybierz bazę noclegową

PRO MEDICO

rezerwacja tylko online
www.izba-lekarska.org.pl



Możliwość wystawienia faktury dla podmiotu wykonującego działalność leczniczą.

Recepcja czynna w godzinach od 6.00 do 22.00 tel. 22 851 45 79. Po godzinie 22.00 klucze
można odebrać w siedzibie Naczelnej Izby Lekarskiej przy ul. Sobieskiego 110 za okazaniem dowodu wpłaty.