



OPOLSKA
IZBA
LEKARSKA

Rok Założenia 1990

Lipiec–Sierpień 2011

ISSN 1426-661X

BIULETYN INFORMACYJNY

Nr 178–180

OPOLSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

www.izbalekarska.opole.pl

Lato, lato czeka...



Zdjęcie: Jerzy B. Lach

Wyrazy głębokiego żalu i współczucia z powodu śmierci matki

Kol. Jerzemu JAKUBISZYNOWI

składają

Koleżanki i Koledzy z Samorządu Lekarskiego

OD REDAKCJI

No i wreszcie nadszedł oczekiwany przez cały miniony, pracowity rok okres urlopów. Mam nadzieję, że zdążacie zrealizować wszystkie swoje plany wakacyjne; odwiedzić te miejsca, do których zawsze chcieliście dotrzeć; zobaczyć to wszystko, co warte jest obejrzenia i przeżycie wspaniałe, słoneczne, ekscytujące chwile. A kiedy już zmęczeni i syci wrażeń powrócicie do swoich kwater wakacyjnych spróbujcie zaglądnąć do kolejnego – tym razem dwumiesięcznego – numeru Biuletynu. Mam nadzieję, że nie zanudzę Was zbyt, choć materiały nie są szczególnie „rozrywkowe” – ale ważne i (mam nadzieję) ciekawe. Cóż więc czeka Was po otwarciu Biuletynu?

W części „rodzimej” szereg informacji bieżących i na przyszłość. Będzie więc odpowiedź Marszałka Kolka na apel ostatniego zjazdu lekarzy o zwiększenie środków na szkolenia białego personelu, odpowiedź Ministra Zdrowia na pismo naszego Kolegi Senatora RP Krajczego w sprawie ubezpieczeń od odpowiedzialności cywilnej lekarzy. Dalej dwa sprawozdania – z posiedzenia Rady Okręgowej oraz Komisji Stomatologicznej, pismo ortodontów do Dyrektora OOW NFZ w Opolu, plan szkoleń na drugie półrocze tego roku, informacja o sukcesie fotograficznym naszego Kolegi i kolejny odcinek serialu historycznego autorstwa prof. Kubickiego.

W części prawnej znajdziecie Państwo odpowiedzi na pytania: czy można podbijać recepty pieczęcią z innego oddziału niż się jest zatrudnionym i kto powinien wystawić skierowanie do specjalisty. Następnie – dalszą część materiału o udostępnianiu dokumentacji medycznej oraz pierwszą część tekstu o zgodzie pacjenta (nota bene w tym numerze Biuletynu zamieszczam także wzór zgody pacjenta do wykorzystania przez każdego z Was).

W części medycznej bardzo aktualny, wyczerpujący materiał o chorobach odkleszczowych i rozważania na temat tego, czy selen jest lekarstwem.

W części publicystycznej znajdziecie materiał poświęcony kolejnemu znakomitemu polskiemu lekarzowi sprzed pół wieku – Józefowi Strusiowi, wywiad poświęcony medycynie podróży, rozważania na temat e-recepty oraz generacji digitalnych tubylców. A na koniec tej części – w charakterze nowości wydawniczych – omówienie książki naszego Kolegi z Wrocławia, byłego wieloletniego Prezesa DIL-u - Włodzimierza Bednorza. Numer, jak zawsze, zamykają ogłoszenia.

Życząc przyjemnej i interesującej lektury żegnam się do września.

Jerzy B. LACH

SZPALTA PREZESA

Koleżanki i Koledzy,

Ustawa o działalności leczniczej, która weszła w życie z dniem 1 lipca br., wprowadziła nowy rodzaj praktyki lekarskiej – praktykę wykonywaną wyłącznie w podmiocie leczniczym. Rozwiązanie to porządkuje sprawę związaną z umożliwieniem lekarzowi i lekarzowi dentyście, nie mającemu stacjonarnego gabinetu, podpisanie kontraktu (na dyżury, na konsultacje, itp.).

Dotychczas rejestrowana była praktyka na wezwanie, co nie do końca było zgodne z prawdą, bowiem przy rejestracji takiej

praktyki trzeba podawać miejsce i sposób przyjmowania wezwań oraz miejsce przechowywania dokumentacji, a przecież w przypadku kontraktu żadna z tych okoliczności (wezwanie czy własna dokumentacja medyczna) nie ma miejsca.

Piszę ten komentarz pod koniec czerwca, na kilka dni przed wejściem w życie ustawy, w sytuacji gdy nie jest jeszcze znane nowe rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie trybu rejestrowania praktyk. Jeżeli po 1 lipca nadal tego rozporządzenia nie będzie, to w zasadzie nie będzie znany tryb rejestrowania praktyki wykonywanej wyłącznie

w podmiocie leczniczym. Na Konwencji prezesów okręgowych rad lekarskich, który odbył się 16 czerwca, ustaliliśmy, że stosować będziemy dotychczasowe druki wniosku o wpis do rejestru praktyk. Wniosek taki będzie wypełniany w taki sposób jak dotychczas, z tym, że nie trzeba będzie wypełniać rubryk związanych z przyjmowaniem wezwań i przechowywaniem dokumentacji.

Lekarze, którzy mają zarejestrowane praktyki na wezwanie, ale tak naprawdę są to praktyki wykonywane wyłącznie w podmiocie leczniczym, mogą po 1 lipca spokojnie nadal funkcjonować. Ustawa nakazuje dostosowanie wpisów w rejestrze do nowego stanu prawnego do końca czerwca 2012 r. – do tego czasu rozporządzenie na pewno już będzie.

Ustawa o działalności leczniczej zmienia też sytuację związaną z ubezpieczeniem odpowiedzialności cywilnej lekarzy i lekarzy dentyków. Otóż od 1 stycznia 2012 r. będzie tylko jedno obowiązkowe ubezpieczenie odpo-

wiedzialności cywilnej. Tak więc od 1 marca przyszłego roku (data związana jest z zakończeniem obowiązywania polis zawartych dotychczas):

lekarz, który ma zarejestrowaną praktykę – będzie musiał zawrzeć jedno ubezpieczenie obowiązkowe,

lekarz, który nie ma zarejestrowanej praktyki i pracuje wyłącznie w oparciu o kodeksowe zatrudnienie etatowe – nie będzie musiał zawierać ubezpieczenia obowiązkowego.

W świetle nowych uregulowań prawnych nie ma znaczenia czy ma się podpisany kontrakt z NFZ, czy nie.

Jerzy JAKUBISZYN

* * *

UWAGA!!! W miesiącach lipcu i sierpniu biuro OIL w środy będzie czynne tak, jak w pozostałe dni tygodnia, tj. od 8⁰⁰ do 15⁰⁰. Do pracy biura w środy do 16:30 powrócimy od września.

CO SŁYCHAĆ W IZBIE

Pismo marszałka Romana Kolka

wpł. 18.05.11
L-dł. 492/11

Opole, 13 maj 2011 r.

DZD-I.9050.1.1.2011.LD

**Pan
Jerzy B. Lach
Przewodniczący
XXIX Okręgowego
Zjazdu Lekarzy w Opolu**
Szanowny Panie Przewodniczący!

W odpowiedzi na otrzymane pismo nr OIL-320/11 w sprawie przestanego stanowiska i Apeli nr 1,2 XXIX Okręgowego Zjazdu Lekarzy w Opolu z dnia 19 marca 2011r., uprzejmie informuję, iż Zarząd Województwa Opolskiego na posiedzeniu nr 35 zapoznał się z ww tematem. Zarząd Województwa Opolskiego uznał, iż z uwagi na trudną sytuację w budżecie województwa opolskiego w 2011r. brak jest obecnie możliwości zwiększenia środków na ww cel. Jednocześnie wskazał, iż dysponentem środków na kształcenie pracowników zatrudnionych w jednostkach ochrony zdrowia jest także dyrektor jednostki, który zgodnie z przyjętym regulaminem przyznaje środki na podnoszenie kwalifikacji pracownikom jednostki macierzystej. W przypadku wpływu dodatkowych środków do budżetu województwa opolskiego w II półroczu 2011r. będzie możliwość zwiększenia środków przeznaczonych na kształcenie pracowników wykonujących zawody medyczne. Ponadto Zarząd Województwa Opolskiego wskazał, iż poza wykonywanymi zadaniami zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 24 marca 2004 r. w sprawie stażu podyplomowego lekarza i lekarza dentystry (Dz. U z 2004r. Nr 57 poz.553 z późn.zm.) Urząd Marszałkowski nie powierza prowadzenia żadnych szkoleń personelu medycznego.

2 powierzeniem
WICEMARSZAŁEK
Roman Kółek
Roman Kółek

Pismo Ministra Zdrowia

Warszawa 30.05.2011

Minister Zdrowia
MZ-DS.-OP-070-1701-39/AK/H

Pan Bogdan Borusewicz
Marszałek Senatu
Rzeczypospolitej Polskiej

Szanowny Panie Marszałku!

W związku z otrzymaniem oświadczenia Pana Senatora Norberta Kaczego złożonego podczas 76. posiedzenia Senatu w dniu 12 maja 2011 r. (BPS/DSK-043-3677/H), uprzejmie przedstawiam poniższe stanowisko w sprawie.

Zgodnie z art. 48a ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2008 r. Nr 136 poz. 857, z późn. zm.), lekarz podlega obowiązkowi ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone przy wykonywaniu czynności zawodowych wówczas, gdy wykonuje zawód na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej:

- w zakładzie opieki zdrowotnej;
- w ramach indywidualnej praktyki lekarskiej, indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej lub grupowej praktyki lekarskiej.

Przywołany przepis ust. 1 nie narusza art. 120 Kodeksu pracy stanowiącego, że „w razie wyrządzenia przez pracownika przy wykonywaniu przez niego obowiązków pracowniczych szkody osobie trzeciej, zobowiązanym do naprawienia szkody jest wyłącznie pracodawca”. Przepis art. 48a ust. 4 stanowi, że obowiązek ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej, nie dotyczy czynności zawodowych, których obowiązek ubezpieczenia wynika z przepisów ustawy o zakładach opieki zdrowotnej (art. 35 ustawy) oraz przepisów ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (art. 136b ustawy). Obowiązek ubezpieczenia, o którym mowa w art. 48a ust. 1 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty jest zatem niezależny od wskazanych powyżej obowiązkowych ubezpieczeń. Co istotne, ubezpieczenia zawarte na podstawie przepisów ww. ustaw, nie wyłączają się wzajemnie, a zawarcie jednego z nich nie oznacza spełnienia obowiązku posiadania pozostałych ubezpieczeń.

Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Finansów z dnia 26 kwietnia 2010 r., obowiązkiem ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone przy

wykonywaniu czynności zawodowych, objęte są jedynie te czynności, które są wykonywane w ramach działalności zawodowej, a więc na podstawie umowy cywilnoprawnej w zakładzie opieki zdrowotnej lub w ramach prowadzonej indywidualnej praktyki lekarskiej, indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej lub grupowej praktyki lekarskiej. W myśl art. 48a ust. 3 ustawy, weryfikacja spełnienia obowiązku ubezpieczenia będzie dokonywana na podstawie polisy lub innego dokumentu ubezpieczenia, potwierdzającego zawarcie umowy tego ubezpieczenia, wystawionego przez zakład ubezpieczeń.

Omawiane przepisy nie wskazują podmiotu zobowiązanego do przeprowadzania kontroli spełnienia obowiązku zawarcia umowy ubezpieczenia, ani też ewentualnych sankcji za niewywiązywanie się z tego obowiązku. Przyjmując zatem należy, że zastosowanie winny tutaj znaleźć przepisy ogólne dotyczące wykonywania zawodu lekarza oraz odpowiedzialności za zachowania sprzeczne z zasadami etyki i deontologii zawodowej. Jak wskazuje art. 53 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2009 r. Nr 219 poz. 1708), członkowie izb lekarskich podlegają odpowiedzialności zawodowej za naruszenie zasad etyki lekarskiej oraz przepisów związanych z wykonywaniem zawodu lekarza. W świetle powyższego, naruszenie przez lekarza, ustanowionego w art. 48a ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, obowiązku ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone przy wykonywaniu czynności zawodowych, powinno być traktowane jako przewinienie zawodowe i jako takie winno podlegać odpowiedzialności przed organami samorządu zawodowego. Kary, jakie sąd lekarski może wymierzyć w razie przypisania lekarzowi czynu stanowiącego przewinienie zawodowe, zostały określone w art. 83 ustawy o izbach lekarskich.

Obowiązek wynikający z art. 48a ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty nie znajduje zastosowania w odniesieniu do lekarzy, którzy zawód wykonują wyłącznie na podstawie umowy o pracę. Stąd też z punktu widzenia pracodawcy nawiązującego, czy też rozwiązującego z lekarzem umowę o pracę, kwestia posiadania przez niego polisy obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej nie powinna mieć znaczenia.

Z poważaniem

Z up. Ministra Zdrowia
Podsekretarz Stanu
Cezary Rzemek

Sprawozdanie z posiedzenia Okręgowej Rady Lekarskiej w dniu 25 maja 2011 r.

Po przywitaniu członków Rady przez Prezesa Jakubiszyn kol. Lach przedstawił wniosek o przyznanie po stażu Prawa Wykonywania Zawodu Lekarza dla Wojciecha Kuleszyńskiego, który Rada jednogłośnie zaakceptowała.

Następnie kol. Jakubiszyn przedstawił informację o szkoleniach przeprowadzonych przez podmioty prowadzące szkolenia dla lekarzy. I tak:

- Grupa „Cegedim”, zarejestrowana w Warszawskiej Izbie Lekarskiej w dn. 16.IV br. przeprowadziła szkolenie pt. „Odpowiedzialność karna lekarza”;
- Grupa „Medica” z Łodzi, zarejestrowana Łódzkiej Izbie Lekarskiej w dn. 14.V br. przeprowadziła szkolenie pt. „Postępy w pediatrii”.

Praktyka Prywatna Krzysztof Kamiński w zorganizowała w lutym w Pokrzywniej oraz w kwietniu i maju w Izbie 2-dniowe szkolenia z zakresu endoskopii. Rada zaakceptowała wnioski o szkoleniach, przyznając jednocześnie po 12 pkt. edukacyjnych na każde z tych szkoleń. Jednocześnie członkowie Rady w dyskusji stwierdzili, że należy poinformować organizatora, że wnioski powinny być składane przed terminem szkolenia, a nie w kilka miesięcy po nim. Jeśli taka sytuacja powtórzy się w przyszłości, to Rada nie przyzna punktów edukacyjnych takim szkoleniom.

Wojewoda Opolski zwrócił się do Izby z wnioskiem o skreślenie Urzędu Wojewódzkiego z listy podmiotów prowadzących szkolenia dla lekarzy, ponieważ aktualnie obowiązujące przepisy zabraniają organom administracji państwowej ich prowadzenia. Wniosek ten został przyjęty jednogłośnie.

Jednocześnie kol. Jakubiszyn poinformował członków Rady o odpowiedzi Wojewody na pismo Prezesa w sprawie dalszych losów szkoleń prowadzonych do niedawna przez zlikwidowane OCZP. Wojewoda przedstawił stan prawny, który uniemożliwia Urzędowi organizację takich szkoleń (patrz powyżej). Jednocześnie jednak zadeklarował daleko idącą pomoc organizacyjno-techniczną (np. udostępnianie sali czy sprzętu audio-video).

W części dotyczącej rejestracji praktyk lekarskich kol. Jakubiszyn przedstawił następujące wnioski:

- dentystyczne gabinety stacjonarne – Zdrzałik Artur, Wrzecionek-Zdrzałik Beata, Kozieł Monika, Koszałkowski Michał, Mazur Anna i Pielok Martyn
- lekarskie gabinety stacjonarne – Rogowska Bogusława, Wyłuda Bogusław.
- lekarskie praktyki na wezwanie – Procharska-Włodarczyk Wiesława, Karam Mohammed, Brzęczek Maciej, Wrzuszczak-Ciećkiewicz Joanna,

Kwiatek-Gniazdowska Ewa, Wasylenki Bogumiła i Hołubecka-Sak Aleksandra.

Wszystkie powyższe wnioski zostały przez Radę zaakceptowane.

W części finansowej posiedzenia Rady, Prezes przedstawił jej członkom dwa podania o pożyczkę szkoleniową w związku ze specjalizacją, które Rada przyjęła. Ponadto kol. Jakubiszyn przedstawił prośbę o przyznanie zapomogi, którą Rada także przyznała.

Dwie koleżanki zwróciły się do Rady z podaniem o obniżenie do 10 zł wysokości składki członkowskiej, które Rada zaaprobowала.

Z kolei jedna koleżanka złożyła wniosek o czasowe (na 2 miesiące) zwolnienie z płacenia składek z powodu urlopu wychowawczego, a jeden kolega poprosił o całkowite zwolnienie z obowiązku płacenia składek z powodu zaprzestania wykonywania zawodu. Oba wnioski zostały przez Radę przyjęte.

W dalszej części posiedzenia Rady Prezes przedstawił pismo Dyrektora Zespołu Szpitali Kup/Pokój, który poinformował, że desygnowany wcześniej przez Radę do konkursów na dwa oddziały kol. Kiełek już w tym szpitalu nie pracuje, w związku z tym Rada postanowiła dokonać zmiany w składzie komisji i wyznaczyć w jego miejsce kol. Małgorzatę Falentę-Hitnarowicz.

Prezes Jakubiszyn nie był obecny na ostatnim posiedzeniu Konwentu Przewodniczących NRL oraz samej NRL, ale poinformował, że w czasie tych spotkań najważniejszym tematem była propozycja Ministra Włodarczyka przejęcia przez izby szkoleń w ramach zdobywania przez lekarzy dodatkowych umiejętności w medycynie. W stanowisku Rada z zadowoleniem przyjęła możliwość takiego rozwiązania, zwróciła jednak uwagę, że nie może to się odbywać bez zasilenia izb dodatkowymi funduszami.

Kol. Latała poinformował członków Rady, że niedawno odbyło się zorganizowane wspólnie przez Opolski PTS i Komisję Stomatologiczną naszej Izby szkolenie, na którym gościła prof. Radwan-Oczko.

Kol. Mazur z kolei przekazał wiadomość, że na swoim ostatnim posiedzeniu Komisja Etyki ORL zmieniła kalendarz swoich spotkań, dostosowując go do oczekiwań większości członków tej Komisji. Posiedzenie, na którym komisja wybierze kandydata na przewodniczącego, odbędzie się 17 czerwca.

W uzupełnieniu tej informacji kol. Dryja stwierdził, że po zapoznaniu się z protokołami z dotychczasowych posiedzeń tej Komisji doszukał się decyzji podejmowanych przez Komisję pomimo braku quorum. Taką sytuację uważa on za niedopuszczalną.

Prezes przedstawił treść pisma Ministerstwa Zdrowia (*które znalazło się w poprzednim numerze Biuletynu – JBL*), dotyczącego błędów w wypisywaniu recept na leki silnie działające, środki odurzające i psychoaktywne.

Kolejną sprawą poruszoną przez Prezesa była sprawa oświadczeń pacjentów o tym, kogo upoważniają do informacji o swoim stanie zdrowia i otrzymywania dokumentacji. Kol. Jakubiszyn stwierdził, że nie ma obowiązku zbierania takowych oświadczeń od pacjentów. Należy jedynie poinformować pacjentów o takim przysługującym im prawie. (*Wzory takich oświadczeń znajdziecie Państwo poniżej – JBL*).

Ponadto zapoznał członków Rady z pisemną propozycją Przewodniczącego OZZL kol. Bukieła współdziałania samorządu lekarskiego i struktur terenowych OZZL w koordynowaniu protestów lekarzy w związku z przekształceniami ZOZ-ów i występującą wówczas możliwością wypowiedzenia umowy o pracę z jedynie 7-dniowym wypowiedzeniem.

Kol. Karoń przedstawił problem posługiwania się tytułem ordynatora przez lekarzy, którzy nie przeszli procedury konkursowej. Prezes wyjaśnił, że zakaz posługiwania się tytułem ordynatora przez kierownika oddziału dotyczy wyłącznie SP ZOZ-ów, natomiast nie dotyczy NZOZ-ów, albowiem procedura konkursowego trybu wyboru ordynatora dotyczy właśnie wyłącznie SP ZOZ-ów.

Na zakończenie posiedzenia Rady kol. Jakubiszyn przedstawił również odpowiedź wicemarszałka Kolka na stanowisko ostatniego Okręgowego Zjazdu Lekarzy w sprawie zmniejszenia dotacji Urzędu Marszałkowskiego, przekazywanych podległym mu jednostkom na szkolenia personelu białego. Marszałek Kolek tłumaczył tę sytuację brakiem możliwości zwiększenia środków na ten cel. (*Cale pismo drukuję powyżej – JBL*).

Na tym posiedzenie Rady zakończono.

Jerzy B. LACH

Kolejne Spotkanie Komisji Stomatologicznej OIL

Dnia 19.05.2011 r. odbyło się posiedzenie Komisji Stomatologicznej. Zebranych powitała Przewodnicząca KS dr Barbara Hamryszak. Spotkanie zaczęło się od przypomnienia głównych zasad dotyczących stosowania kas fiskalnych. Dr Hamryszak przytoczyła interpretację prawną sporządzoną przez prawników NIL, wg której na paragonie fiskalnym powinna być umieszczona nazwa usługi co, wg przytaczanej opinii, powinno przyjąć formę „usługa lekarska dentystyczna”. Przewodnicząca przypomniła, iż w biurach rachunkowych, jeśli same tego nie uwzględnią, należy przypomnieć, że kasa fiskalna jest środkiem trwałym i podlega amortyzacji, niezależnie od kwoty zwrotu kosztów poniesionych na jej zakup.

Kolejnym punktem zebrania było omówienie pisma z odpowiedzią Ministerstwa Zdrowia, dotyczącego sposobu kontraktowania i rozliczania świadczeń przez NFZ. Ministerstwo udowadnia, iż poczynania NFZ prowadzone są zgodnie z literą prawa, które nie nakłada na tą instytucję obowiązku podwyższania wyceny świadczeń. Wg MZ, proponowane przez KS NRL wprowadzenie współczynników korygujących dla usług zdrowotnych świadczonych na rzecz dzieci i młodzieży do 18 r. ż. nie jest możliwe, gdyż narusza to równość obywateli wobec prawa.

W dalszej części zebrania Przewodnicząca poinformowała, iż dn. 20.04.2011 r. Przewodniczący Grupy Roboczej ds. Negocjacji z NFZ, dr Andrzej Baszkowski, skierował do Prezesa NFZ pismo, w którym domaga się „pilnego odtajnienia i opublikowania słowniczka nowych zasad weryfikacji świadczeń” zaimplementowa-

nego w oprogramowaniu NFZ. Pismo to zostało skierowane pod wpływem napływających do NRL informacji o odmawianiu przez NFZ zapłaty za niektóre świadczenia stomatologiczne, w związku z wprowadzeniem w/w metod weryfikacji. Podobne pismo zostanie skierowane do Centrali NFZ z inicjatywy kol. Grzybowskiej-Substelnej i kol. Adamskiej w imieniu ortodontów, gdyż NFZ wprowadzając nowe zasady, filtruje wg nich świadczenia rozliczone w latach poprzednich, skutkiem czego wielu pacjentów jest w tym roku przyjmowanych na koszt lekarzy (*pismo w tej sprawie zamieszczam poniżej – JBL*).

Dr Hamryszak przytoczyła odpowiedź Prezesa Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych na pismo Przewodniczącej KS NIL w sprawie konieczności rejestracji „wyrobów medycznych” opuszczających pracownię techników dentystycznych. Pan Prezes w/w Urzędu informuje, iż zgodnie z Ustawą, obowiązek rejestracji tych wyrobów dotyczy każdego podmiotu, w związku z tym również techników. Obowiązek lekarza sprowadza się do projektu i osadzenia pracy. Na techniku spoczywa obowiązek rejestracji „produktu”. Z obowiązku tego zwolnieni są technicy zatrudnieni przez gabinety stomatologiczne.

Przewodnicząca przypomniła o konieczności umieszczenia w poczekalniach informacji o tym, iż pacjent ma prawo do upoważnienia konkretnych osób do uzyskania informacji o jego stanie zdrowia.

Dr Hamryszak poinformowała, że od przyszłego roku obowiązywać będzie tylko jeden rodzaj ubezpieczenia OC.

Do KS dotarło pismo z KS NRL z zapytaniem o propozycje zmian szkolenia podyplomowego lekarzy. Kol. Pędich zaproponował, aby akredytacja nie była uzależniona od posiadania umowy z NFZ. Kol. Drzyzga zauważył, iż skoro przepisy Ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentystry nakładają na nasze środowisko prowadzenie leczenia „zgodnie z aktualnym stanem wiedzy”, zasady te powinny również być uwzględnione w trakcie tworzenia programów szkoleń podyplomowych. Z drugiej strony, przynajmniej jeśli chodzi o szkolenie podyplomowe lekarzy stomatologów, już teraz niektóre punkty szkolenia nie są realizowane, gdyż niektóre procedury lecznicze nie mieszczą się w katalogu świadczeń publikowanym przez NFZ. W związku z tym zaproponował, aby wypracować rozwiązania

uwalniające program szkolenia spod zasad narzuconych przez NFZ. Dr Subtelna stwierdziła, że wynik egzaminu testowego nie powinien być jedynym parametrem decydującym o przyznaniu miejsca specjalizacyjnego. W dalszej części zebrania wywiązała się dyskusja dotycząca umiejętności lekarskich. Zebrani rozważali, czy powinny być one rozszerzeniem specjalizacji, czy też powinni mieć do nich dostęp wszyscy lekarze. PTS stoi na stanowisku, że powinny być one dostępne jedynie dla specjalistów. Większość zebranych natomiast uważa, że każdy lekarz powinien mieć możliwość uzyskania takich certyfikatów.

Barbara HAMRYSZAK

Pismo do dyrektora OOW NFZ w Opolu

Opole, dn. 19.V.2011 r.

Śląskie Koło Regionalne
Polskiego Towarzystwa
Ortodontycznego w Opolu

Do Dyrektora
Opolskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ

My, członkowie Śląskiego Regionalnego Koła Polskiego Towarzystwa Ortodontycznego oraz Koła Sekcji Ortodontycznej Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego w Opolu, z poparciem Komisji Stomatologicznej OIL, zmuszeni jesteśmy zaprotestować przeciwko częstym, niezrozumiałym, bezsensownym, a przede wszystkim wprowadzanym bez poinformowania nas o tym, zmianom sposobu rozliczania świadczeń medycznych z NFZ.

To, że od lat cierpliwie znosimy, w gruncie rzeczy niezgodne z prawem, dobrymi obyczajami i logiką, postępowanie NFZ, jak np. nagle ogłoszenie konkursu ofert na świadczenia, z terminem realizacji 2–3 tygodniowym, negocjacjami w przeddzień Bożego Narodzenia, a następnie pracujemy przez pierwsze miesiące Nowego Roku bez podpisanych umów na świadczenia, wynika głównie z faktu, że jesteśmy i czujemy się przede wszystkim lekarzami i dobro pacjenta jest dla nas najważniejsze. Niestety rośnie w nas nieodparte wrażenie, że właśnie ten fakt NFZ wykorzystuje w stopniu, który coraz trudniej nam zaakceptować. Mamy prawo oczekiwać, że podpisane przez nas warunki szczegółowe wykonywania świadczeń obowiązują przynajmniej przez okres obowiązywania umowy, a więc 12 miesięcy. Niestety wciąż otrzymujemy pisma o zmianach z informacjami zakodowanymi pod postacią paragrafów, numerów dzienników ustaw i innych zarządzeń. Ich rozszyfrowa-

nie zabiera nam czas, który powinien być przeznaczony na leczenie lub też nasz czas prywatny. W dodatku paragraf zmieniający zarządzenie zmieniające uchwałę nie dotyczy zakresu zakontraktowanych zabiegów.

W ostatnim jednak czasie nasze środowisko zostało zbulwersowane w sposób szczególny. Otóż, otrzymaliśmy pliki wydruków z wyszczególnionymi procedurami, za które NFZ postanowił nam nie zapłacić mimo, że zostały wykonane. Powodów niezapłacenia jest wiele, niektóre z nich są wręcz kuriozalne. Np. nie poprzedziliśmy kodu usługi 232308 – szlifowanie zębów mlecznych – dwoma zerami. Powodem odrzucenia był „nie właściwy kod umiejscowienia wykonania świadczenia”. Otóż NFZ uznał nagle, że aby odróżnić zęby mleczne, które były szlifowane w jamie ustnej od tych „szlifowanych w innym umiejscowieniu” niezbędne jest dopisanie dwóch zer. W przeciwnym wypadku zapłacić nie może i należy wystawić korektę do faktur – za kilka miesięcy wstecz, bo oczywiście zgodnie z opatentowanym przez NFZ zwyczajem nie informuje się nas o wprowadzanych zmianach, a potem egzekwuje ich przestrzeganie, tylko odwrotnie. O ile oczywiście rozumiemy konieczność sprawowania kontroli przez płatnika nad wydawanymi pieniędzmi, o tyle konia z rzędem temu, kto znajdzie logiczne wytłumaczenie tej zmiany. Ponadto, pomimo usilnych poszukiwań, nie udało się nam znaleźć wzmianki na portalu świadczeniodawcy o wprowadzonych zmianach. Podobnych bzdur będących powodem zwrotów jest znacznie więcej.

Uchwałą z dnia 4 lutego br. Naczelna Rada Lekarska rozpoczęła akcję „Pozwólcie nam leczyć!”. To właśnie takie – bezsensowne, utrudniające życie pacjentom i lekarzom – sytuacje są powodem jej ogłoszenia. Mamy nadzieję, że przyczyni się ona do zminimalizowania skali zjawiska.

Jednakże na dzień dzisiejszy, w związku z zaistniałą sytuacją, zwracamy się z prośbą do NFZ, aby pisemnie zinterpretowała każdą procedurę ortodontyczną w sposób pełny, zrozumiały i jednoznaczny. Tak, abyśmy mogli skupić się na leczeniu naszych pacjentów, nie obawiając się, że nasza praca zostanie bez zapłaty.

Ponadto uważamy, że należy wycofać się z dodatkowych oznaczeń kodu umiejscowienia wykonania świadczenia.

Za niedopuszczalną uznajemy zmianę reguł rozliczania procedur w kolejnym roku kalendarzowym bez uwzględniania efektów roku poprzedniego, co skutkuje powstaniem przekroczeń wykonania procedur u danego pacjenta w okresie 12 miesięcy praktycznie na początku nowego roku kalendarzowego (umowy na świadczenia są zawierane na okres od 1.01 do 31.12 br., czyli ilość

procedur limitowanych w okresie 12 miesięcy powinna obowiązywać w takim przypadku w danym roku sprawozdawczym).

*Konsultant Wojewódzki dla województwa opolskiego
w dziedzinie ortodoncji
Dr n. med. Justyna Grzybowska-Substelna*

*Przewodnicząca Śląskiego Koła Regionalnego PTO
Dr Jolanta Jarka*

*Przewodnicząca Sekcji Ortopedii Szczękowej PTS
Dr Danuta Hoszowska*

*Przewodnicząca Komisji Stomatologicznej OIL
Dr Barbara Hamryszak*

Wzór oświadczenia pacjenta o zgodzie

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że osobą upoważnioną przeze mnie do otrzymywania informacji o stanie mojego zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych jest

.....
imię i nazwisko, dane kontaktowe

Oświadczam, że nie upoważniam nikogo do otrzymywania informacji o stanie mojego zdrowia i udzielonych mi świadczeniach zdrowotnych

.....
podpis pacjenta/opiekuna prawnego

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że osoba upoważnioną przeze mnie do uzyskania dokumentacji medycznej w przypadku śmierci jest

.....
imię i nazwisko, dane kontaktowe

Oświadczam, że nie upoważniam nikogo do uzyskania dokumentacji medycznej w przypadku śmierci

.....
podpis pacjenta/opiekuna prawnego

(Dz. U. Nr 52 z 2009 r. poz.417)

Program szkoleń prowadzonych w ramach komisji kształcenia OIL w Opolu na II półrocze 2011 r.

TERMIN	KIEROWNIK NAUKOWY	TEMAT	MIEJSCE SZKOLENIA
17.09.2011 r. godz. 10.00 sobota	Dr Marek Dryja Konsultant Wojewódzki w dziedzinie ratownictwa medycznego	Ratownictwo Medyczne dla stomatologów (dla 30 osób)	WCM Opole ul. Witosa – sala konferencyjna
17.09.2011 r. godz. 10.00 sobota	Dr n. med. Ewa Chmielik Konsultant Wojewódzki w dziedzinie patomorfologii	Współpraca pomiędzy patomorfologiem a klinicystą w zakresie diagnostyki onkologicznej	Izba Lekarska w Opolu ul. Grunwaldzka 23
01.10.2011 r. godz. 10.00 sobota	Dr Marek Dryja Konsultant Wojewódzki w dziedzinie ratownictwa medycznego	Ratownictwo Medyczne dla Stomatologów (dla 30 osób)	WCM Opole ul. Witosa – sala konferencyjna
22.10.2011 r. godz. 10.00 sobota	Dr n. med. Jerzy Jakubiszyn Konsultant Wojewódzki w dziedzinie otolaryngologii	Współpraca laryngologa z lekarzem POZ	Izba Lekarska Opolu ul. Grunwaldzka 23

Prosimy o zgłaszanie chęci uczestnictwa w w/w szkoleniach telefonicznie do siedziby OIL w Opolu, tel. 77/454-59-39. Za uczestnictwo w każdym szkoleniu przysługują 3 pkt. edukacyjne.

Małgorzata ŁUSZCZYŃSKA-OSTROWSKA

Jak to się stało, że kardynał kościoła katolickiego został królem Polski

Wszyscy jesteśmy pod wrażeniem beatyfikacji naszego papieża Jana Pawła II w Rzymie w dniu 1 maja br. Imponujący był orszak kilkudziesięciu kardynałów w tym 4 polskich:

1. Józefa Glempa b. Prymasa Polski,
2. Stanisława Dziwisza b. osobistego sekretarza Jana Pawła II,
3. Kazimierza Nycza z Warszawy,
4. Franciszka Macharskiego z Krakowa.

W historiografii niejednokrotnie kardynałowie odgrywali decydującą rolę w polityce wewnętrznej i zagranicznej królów. Oto przykłady:

1. Kardynał Armand Richelieu (1585–1642) był pierwszym ministrem francuskiego króla Ludwika XIII i faktycznym rządcą Francji,
2. Kardynał Giulio Mazzarini (1602–1661) był również pierwszym ministrem Króla „Słońce” – Ludwika XIV, utrwalił władzę absolutną oraz potęgę Francji kosztem austriackich Habsburgów.

Również w Polsce pierwszy w dziejach Polski kardynał Zbigniew Oleśnicki (1389–1455), który miał uratować życie Władysławowi Jagielle w bitwie pod Grunwaldem, faktycznie kierował polityką polski. Był m. in. przywódcą obozu antyhusyckiego i doprowadził do klęski husytów pod Grotnikami (1439). Piękną tablicę nagrobną kardynała Zbigniewa Oleśnickiego można oglądać w prawej nawie Katedry Wawelskiej.

Jak więc się stało, że po raz pierwszy (i zarazem ostatni) w historii Europy kardynał Kościoła Katolickiego został Królem? Ale zacznijmy od początku.

W roku 1587 w wyniku elekcji (po pokonaniu pod Byczyną na Opolszczyźnie kontrkandydata do tronu polskiego Maksymiliana Habsburga przez hetmana Jana Zamojskiego i jego uwięzieniu w Zamościu) na tron Polski powołano królewicza szwedzkiego Zygmunta III Wazę herbu Snop (herby zwykłego snopa zboża zdobią wiele komnat wawelskich). Zygmunt III Waza był synem króla szwedzkiego Jana III Wazy i Katarzyny Jagiellonki, córki króla Zygmunta I Starego, a więc po kądzieli był Jagiellonem. Ciekawostką jest fakt, że w wyniku walk dynastycznych w Szwecji urodził się on w więzieniu na zamku Gipszholm.

Zygmunt III Waza miał 2 żony. Z pierwszą z nich – Anną Austriaczką, najstarszą z piętnastorga dzieci arcyksięcia austriackiego Karola Stryjskiego (późniejszego cesarza Karola II), miał pięcioro dzieci, z których trójka zmarła w wieku niemowlęcym. Jego pierworodnym synem z tego małżeństwa był następca na tronie polskim Władysław IV. Anna Austriaczka była osobą garbatą i kulawą (miała jednak doskonale szyte szaty królewskie, maskujące jej kalectwo). Niestety podczas piątego porodu wystąpiły u niej burzliwe objawy zatrucia ciążowego (olbrzymie obrzęki uogólnione, niewydolność oddechowo–krążeniowa). Przybyły specjalnie z Wenecji



ZYGMUNT III
KRÓL POLSKI I SZWEDZKI
ur. 20 Czerwca 1566 r. um. 30. Kwiet. 1632 r.
Odbito w Litografii A. Dwonkowskiego i Sp.



JAN KAZIMIERZ
KRÓL POLSKI
ur. 1609 r. um. dnia 16. Grudnia 1672 r.
Odbito w Litografii A. Dwonkowskiego i Sp.

medyk Jan Chrzyciel Gemma wykonał cięcie cesarskie *post mortem* na Zamku Królewskim w Warszawie, wydobywając płód płci męskiej (nadano mu imię Krzysztof), który zmarł po 30 minutach.

Po śmierci Anny, Zygmunt III Waza ożenił się po raz drugi z młodszą siostrą Anny – Konstancją Austriaczką, z którą miał siedmioro dzieci. Większość z nich zmarła w niemowlęctwie, a ciała ich spoczywają w maleńkich metalowych trumienkach w Kryptach Wawelskich obok ojca i obu matek. Natomiast dorosłości doczekali się: Jan Kazimierz, Jan Albert – biskup krakowski i Karol Ferdynand – biskup płocki.

Po śmierci Zygmunta III Wazy (dwukrotny udar mózgu z połowicznym paraliżem) na tron Polski wstąpił w roku 1632 jego syn Władysław IV. Panowanie Władysława jest równie oceniane przez współczesnych jak również przez historyografów.

Po jego śmierci (1648) na tron Polski powołany został jego brat Jan Kazimierz. Za czasów panowania swojego starszego brata Jan Kazimierz podróżował po Europie (Hiszpania, Francja) i wreszcie w roku 1643 wstąpił w włoskim Loreto do zakonu Jezuitów. W 3 lata później, w wieku 26 lat, został mianowany przez papieża Innocentego X kardynałem. Kiedy w roku 1648 otrzymał wiadomość o śmierci swojego brata Władysława IV, za zezwoleniem papieża porzucił stan duchowny i został powołany na króla Polski w roku 1648 (koronacja 1649). Ożenił się z wdową po bracie Ludwiką Marią Gonzagą.

Czasy panowania Jana Kazimierza to najbardziej burzliwy okres w dziejach Rzeczypospolitej. Najpierw bunt kozacki pod wodzą Bohdana Chmienickiego (1648), a następnie „Potop Szwedzki” króla Karola X Gustawa (1655). Jan Kazimierz musiał się wówczas schronić na Śląsku w Głogówku na Opolszczyźnie (wg Sienkiewi-

czowskiego „Potopu” w Głogowej). Jednak historyczna obrona Klasztoru OO Paulinów na Jasnej Górze w Częstochowie, pod duchowym przywództwem ojca Augustyna Kordeckiego (prawdopodobnie pod Częstochową w ogóle nie było Szwedów, tylko najemne wojska niemieckie pod dowództwem generała Mullera) oraz ogólnonarodowy zryw patriotyczny całego narodu polskiego (w tym szczególnie górali) pozwoliły Janowi Kazimierzowi dotrzeć do Lwowa, gdzie w dniu 1 kwietnia 1656 r. w Katedrze oddał cały naród Polski w opiekę Matki Boskiej (słynne Śluby Kazimierzowskie). Wkrótce też zawarto pokój ze Szwecją w Oliwie w roku 1660.

Po śmierci swojej ukochanej żony Ludwiki Marii Gonzagi w roku 1667 załamany Jan Kazimierz, mimo próśb wszystkich stanów, na sejmie w Warszawie w roku 1668 złożył koronę (był to jedyny w historii Polski przypadek abdykacji króla).

Jan Kazimierz wyjechał następnie do Francji, gdzie król Ludwik XIV obdarował go opactwem paryskim Saint Germain (był 76 w historii opatem tej świątyni). Jan Kazimierz zmarł w roku 1672, a jego grobowiec i serce znajduje się w opactwie Saint Germain. Natomiast jego ciało wraz z ciałem jego następcy na tronie polskim - Michała Korybuta Wiśniowieckiego, Jan III Sobieski kazał sprowadzić do Polski i pochować w Kryptach Wawelskich obok żony Marii Ludwiki Gonzagi, ojca Zygmunta III Wazy oraz brata Władysława IV.

Dr hab. n. med. Janusz KUBICKI
Profesor PMWSZ w Opolu

P.S. Istniejący w Opolu na Zaodrzu plac Kazimierza nosi oficjalną nazwę placu Jana Kazimierza na pamiątkę jego pobytu na Opolszczyźnie podczas Potopu Szwedzkiego.

Finał II Ogólnopolskiego Konkursu Fotograficznego dla lekarzy „Okiem Eskulapa”

3 czerwca w Domu Lekarza w Katowicach odbył się uroczysty finał ogłoszonego przez Śląską Izbę Lekarską II Ogólnopolskiego Konkursu Fotograficznego „Okiem Eskulapa”. Jury pod przewodnictwem **Justyny Szklarczyk-Lauer**, dziekan Wydziału Projektowego Akademii Sztuk Pięknych w Katowicach, spośród 261 nadesłanych zdjęć 75 autorów, lekarzy z całej Polski, wybrało 20 najlepszych prac, które zostały nagrodzone w trzech kategoriach: „Oczy widzą, serce czuje”, „Człowiek w obiektywie”, „Istota szczegółu”.

Jury przyznało także swoją nagrodę specjalną dla najlepszego zdjęcia w konkursie. Otrzymała ją doktor **Daria Dziechcińska** z Gliwic za pracę pt. „Zapatrzona”.

Fundatorami nagród byli organizator konkursu Śląska Izba Lekarska, a także Naczelna Izba Lekarska, Burmistrz Mikołowa i Elektrownia PKE S.A. Jaworzno 3. Nagrody w imieniu organizatora konkursu wręczał laureatom prezes Okręgowej Rady Lekarskiej w Katowicach **Jacek Kozakiewicz** wraz z **Jackiem Tętnowskim** – przewodniczącym Komisji Kultury, Sportu i Rekreacji Naczelnej Rady Lekarskiej oraz **Adam Zawiszowski**, wiceburmistrz Mikołowa i **Zbigniew Łabno** przedstawiciel Elektrowni Jaworzno 3.

Finał swoimi występami uświetnili muzykujący lekarze – członkowie Komisji ds. Kultury ORL w Katowicach: dr dr **Elżbieta Janowska-Drong**, **Lidia Netczuk** i **Grzegorz Góral**.

LAUREACI KONKURSU FOTOGRAFICZNEGO „OKIEM ESKULAPA”:

Nagroda specjalna za najlepsze zdjęcie konkursu „Zapatrzona”, Daria Dziechcińska z Gliwic

Kategoria pierwsza – „Oczy widzą, serce czuje”

- I miejsce: „Tryptyk”, Maciej Hamankiewicz z Będzina,
 - II miejsce: bez tytułu, Waldemar Krzywania z Węgrowa,
 - III miejsce: „Jestem”, Eugeniusz Januszek z Chorzowa,
- równorzędne wyróżnienia:
- „Widziałem. Wzruszony wysyłam”, Jan A. Sagan z Kędzierzyna-Koźła,
 - „Norwegia 1 i 2”, Justyna Kotas-Strzoda z Katowic,
 - „Jaka to melodia”, Wojciech Rokicki z Zabrze.

Kategoria druga – „Człowiek w obiektywie”

- I miejsce: „Tryptyk”, Daria Dziechcińska z Gliwic,
 - II miejsce: „Kanał”, Jarosław Woźniak (Kraków, Katowice),
 - III miejsce: „Lizbona”, Wojciech Wróbel z Katowic,
- równorzędne wyróżnienia:
- „Mam problem”, Krystyna Skupień z Rybnika,
 - „Spojrzenie”, Stanisław Mysiak z Katowic,

- „Mężczyzna z Pienzy”, Agnieszka Piotrowska z Katowic,
- „Wobec wielkości”, Adrian Kowalik z Bierunia.

Kategoria trzecia – „Istota szczegółu”

- I miejsce: „Tryptyk”, Jacek Stypuła z Kielc,
 - II miejsce: tryptyk „Lawa”, Krystyna Skupień z Rybnika,
 - III miejsce: dyptyk „Lustrzane obrazy”, Jan A. Sagan z Kędzierzyna-Koźła,
- równorzędne wyróżnienia:
- bez tytułu, Waldemar Krzywania z Węgrowa,
 - Tryptyk „Przy brzegu”, Zygmunt Niedźwiedź ze Szczecina,
 - Tryptyk „Pajęczyna”, Jerzy Grzegorzewski z Płocka.

*Anna ZADORA-ŚWIDEREK
Redakcja Biuletynu „Pro Medico”
Śląska Izba Lekarska*

Od Redakcji Opolskiego Biuletynu:

Bardzo serdecznie gratulujemy naszemu Koledze Janowi Saganowi kolejnego sukcesu i nagród w konkursie. Będę wdzięczny za możliwość ewentualnego wykorzystania nagrodzonych zdjęć w naszym Biuletynie – Jerzy B. Lach



Daria Dziechcińska „Zapatrzona” – nagroda specjalna



Laureaci konkursu

CZY LEKARZ ZATRUDNIONY NA PODSTAWIE KONTRAKTU NA DYŻURY MOŻE PODBIJAĆ POD RECEPTAMI PIECZĄTKĘ INNEGO ODDZIAŁU, NA KTÓRYM FORMALNIE NIE PRACUJE?

Pytanie:

Jestem lekarzem pediatrą. Podpisałem umowę kontraktową na pełnienie dyżurów na oddziale dziecięcym. Obowiązkiem dyżuranta było, w ramach izby przyjęć, ambulatoryjne przyjmowanie dzieci z zachorowaniami w godzinach wieczornych i w dni świąteczne. Wypisywane recepty miały pieczętkę nagłówkową izby przyjęć oddziału dziecięcego. Od około 3 miesięcy, czyli od kiedy w szpitalu ruszył SOR, pojawiły się pieczątki z nagłówkiem szpitalnego oddziału ratunkowego. Odbieram to jak zmianę miejsca zatrudnienia, choć nikt nie podpisywał ze mną nowej umowy ani aneksu. Jak się zachować w takiej sytuacji, czy mogę podpisać się pod receptami oddziału, na którym nie jestem zatrudniony?

Odpowiedź:

Rozstrzygnięcie kwestii poruszonej w pytaniu wymaga analizy umowy kontraktowej, o której mowa. Jeżeli jej przedmiotem jest udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach tak zwanego dyżuru medycznego w obrębie wskazanego w umowie oddziału, to przedmiot umowy uległ modyfikacji i faktycznie umowa powinna być aneksowana. Autorka zwraca uwagę, że osoba wskazana w pytaniu nie jest zatrudniona w szpitalu, a jest przyjmującym zamówienie. Tym samym nie można mówić też o zmianie miejsca zatrudnienia. Oba pojęcia: „zatrudnienie” i „miejsce zatrudnienia” są bowiem charakterystyczne dla stosunku pracy, z którym w omawianym wypadku nie mamy do czynienia. Instytucja wskazana w pytaniu najprawdopodobniej podlega przepisom art. 351 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (tekst jedn.: Dz. U. z 2007 r. nr 14 poz. 89 z późn. zm.). Problem formalny związany ze zmianą faktycznego miejsca realizacji usług, jaki dostrzega autorka pytania, może polegać na odmowie sfinansowania świadczeń przez Narodowy Fundusz Zdrowia, jeżeli nie dopilnowano modyfikacji list osób udzielających świadczenia w danej komórce organizacyjnej. Z pewnością lekarz nie narusza zasad wykonywania zawodu ani ordynacji leków. Aby wyjaśnić sytuację, należy zaproponować drugiej stronie aneks do umowy modyfikujący miejsce i udzielania świadczeń. *(Odpowiedzi udzielono 13.X.2010 r., stan prawny dotychczas się nie zmienił).*

Agnieszka SIENKO

Ekspert Serwisu Prawo i Zdrowie
www.abc.com.pl, www.prawoizdrowie.pl

* * *

KTO POWINIEN WYSTAWIĆ SKIEROWANIE DO DALSZEGO LECZENIA U LEKARZA SPECJALISTY PACJENTOWI ZAOPATRZONEMU NA SZPITALNYM ODDZIALE RATUNKOWYM?

Pytanie:

Kto powinien wystawić skierowanie do dalszego leczenia u lekarza specjalisty pacjentowi zaopatrzonemu na szpitalnym oddziale ratunkowym? Czy lekarz udzielający świadczenia w SOR, czy też lekarz POZ?

Odpowiedź:

Jeśli lekarz udzielający pacjentowi świadczeń na szpitalnym oddziale ratunkowym, wystawiając kartę informacyjną, o której mowa w §16 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2006 roku w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. nr 247, poz. 1819 z późn. zm.) – dalej r.s.r. – umieszcza tam wskazanie dotyczące dalszego sposobu leczenia, i to leczenia u specjalisty, oraz określa ewentualny termin konsultacji specjalistycznej, to on jest zobowiązany do wydania świadczeniobiorcy skierowania na świadczenie zalecone w karcie informacyjnej. W pozostałych przypadkach obowiązek taki ciąży na lekarzu podstawowej opieki zdrowotnej. *(Odpowiedzi udzielono: 18 października 2010 roku, stan prawny dotychczas się nie zmienił).*

Uzasadnienie:

Zgodnie z treścią art. 57 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jedn.: Dz. U. z 2008 r. nr 164, poz. 1027 z późn. zm.) ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne finansowane ze środków publicznych są udzielane na podstawie skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego. Jak stanowi jednak ust. 2 przywołanego przepisu, skierowanie nie jest wymagane w przypadku świadczeń ginekologa i położnika, dentysty, dermatologa, wenerologa, onkologa, okulisty, psychiatry oraz dla osób chorych na gruźlicę, zakażonych wirusem HIV, inwalidów wojennych i wojskowych, osób represjonowanych oraz kombatanów, dla cywilnych niewidomych ofiar działań wojennych, osób uzależnionych od alkoholu, środków odurzających i substancji psychotropowych – w zakresie lecznictwa odwykowego, a także dla uprawnionych żołnierzy lub pracowników w zakresie leczenia urazów lub chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami

mi państwa. Należy przy tym pamiętać, że lekarzem ubezpieczenia zdrowotnego w rozumieniu przywołanego wcześniej przepisu jest lekarz/lekarz dentysta będący świadczeniodawcą, z którym Narodowy Fundusz Zdrowia zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, albo lekarz/lekarz dentysta, który jest zatrudniony lub wykonuje zawód u świadczeniodawcy, z którym Narodowy Fundusz Zdrowia zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Abstrahując zatem na wstępie od treści sformułowanego pytania, należy stwierdzić, że skierowanie na ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne może wystawić zarówno lekarz zatrudniony na szpitalnym oddziale ratunkowym, jak i lekarz podstawowej opieki zdrowotnej.

Odnosząc się do pytania dotyczącego lekarza zobowiązanego do wystawienia skierowania na leczenie specjalistyczne, należy przypomnieć, że zgodnie z brzmieniem § 2 ust. 1 pkt 15 zarządzenia nr 69/2009/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 3 listopada 2009 roku w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne, świadczeniem udzielonym na szpitalnym oddziale ratunkowym (SOR) jest świadczenie opieki zdrowotnej zakończone wypisem, udzielone w trybie nagłym osobie znajdującej się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. Co istotne, świadczenia na SOR obejmują również te, które ze względu na stan zdrowia świadczeniobiorcy wymagają niezwłocznego podjęcia czynności związanych z diagnostyką i leczeniem i nie mogą być zrealizowane w tym czasie przez świadczeniodawców z innych rodzajów świadczeń; świadczenia obejmują w razie konieczności zapewnienie transportu w celu zachowania ciągłości leczenia. Powyższa definicja legalna w żadnym razie nie pozwala jednak na udzielenie odpowiedzi na sformułowane pytanie. W tym miejscu należy podkreślić wszak, że zgodnie z treścią umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne, świadczeniodawca jest zobowiązany wykonywać umowę zgodnie z zasa-

dami i na warunkach określonych w szczególności w Ogólnych warunkach umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, stanowiących załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 roku w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. nr 81, poz. 484). Jak stanowi przepis §12 ust. 10 Ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, świadczeniodawca wydaje świadczeniobiorcy po zakończeniu leczenia szpitalnego, a także w przypadku udzielenia świadczenia na SOR lub izbie przyjęć, stosownie do zaistniałej sytuacji, niezależnie od karty informacyjnej, również skierowanie na świadczenia zalecone w karcie informacyjnej, recepty na leki i zlecenia na środki pomocnicze lub wyroby medyczne będące środkami ortopedycznymi zlecone w karcie oraz zlecenia na transport zgodnie z odrębnymi przepisami. I ten właśnie przepis wydaje się rozstrzygający przy ustaleniu osoby zobowiązanej do wystawienia skierowania na ambulatoryjne leczenie specjalistyczne. Jeśli zatem lekarz udzielający pacjentowi świadczeń na szpitalnym oddziale ratunkowym, wystawiając kartę informacyjną, o której mowa w §16 r.s.r., umieszcza tam wskazanie dotyczące dalszego sposobu leczenia, i to leczenia u specjalisty, oraz określa ewentualny termin konsultacji specjalistycznej, jest on także zobowiązany do wydania skierowania na świadczenie zalecone w karcie informacyjnej. Jeśli natomiast lekarz SOR, uwzględniając stan zdrowia pacjenta, któremu udziela świadczeń na SOR, nie widzi podstaw medycznych, by kontynuować leczenie, to stosowne skierowanie, w razie powstałej później konieczności udzielenia ambulatoryjnego świadczenia specjalistycznego, wystawia lekarz podstawowej opieki zdrowotnej.

Artur PASZKOWSKI
ekspert Serwisu Prawo i Zdrowie
www.abc.com.pl, www.prawoizdrowie.pl
(przedruk z „Pomorskiego Magazynu Lekarskiego” nr 1/11)

Udostępnianie dokumentacji medycznej

Generalną zasadą wyrażoną w art. 23 ust. 1 ustawy z dn. 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. Nr 52 poz. 417 ze zm.) jest, iż pacjent ma prawo dostępu do dokumentacji medycznej dotyczącej jego stanu zdrowia oraz udzielonych mu świadczeń zdrowotnych. Zasada ta realizuje konstytucyjne prawo obywatela do dostępu do dotyczących jego osoby urzędowych dokumentów i zbiorów danych sformułowane w art. 51 ust. 3 Konstytucji RP.

Pacjent ma również prawo do wskazania za życia osoby upoważnionej do dostępu do jego dokumentacji

medycznej. Upoważnienie takie jest skuteczne również po śmierci pacjenta z tym ograniczeniem (nie wiadomo czy zamierzonym przez ustawodawcę, czy wynikającym z błędu lub niestaranności w redagowaniu przepisów), że ustawa mówi tylko o prawie do wglądu w dokumentację medyczną po śmierci pacjenta. Sam stosunek pokrewieństwa, powinowactwa w stosunku do danego pacjenta, czy sytuacja spadkobrania nie uprawniają do dostępu do dokumentacji medycznej pacjenta ani za jego życia, ani po jego śmierci. Nie ma natomiast ograniczeń co do kręgu osób, które pacjent może

upoważnić w zakresie dostępu do jego dokumentacji medycznej.

Warto podnieść, że regulacja dostępu do dokumentacji medycznej po śmierci pacjenta uznana została za niewystarczającą przez Rzecznika Praw Pacjenta, który zwrócił się w tym zakresie do Ministra Zdrowia z wnioskiem o wprowadzenie odpowiednich zmian w prawie, wskazując na istniejące rozwiązania w ustawodawstwie innych państw unijnych (pismo z 2 marca 2011 r. RZP-P-ZPR-076-7-1/JK/11 dostępne na stronie internetowej Rzecznika).

Ani ustawa, ani rozporządzenie wykonawcze do ustawy nie określają formy, w jakiej ma być udzielone upoważnienie przez pacjenta innej osoby do dostępu do jego dokumentacji. Mając jednak na względzie przepisy ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych, należy przyjąć, że upoważnienie to wymaga formy pisemnej. Dane z dokumentacji medycznej mają bowiem charakter tak zwanych wrażliwych danych osobowych w rozumieniu art. 27 ustawy o ochronie danych osobowych, których przetwarzanie jest dopuszczalne, jeżeli osoba, której dane dotyczą, wyrazi na to zgodę na piśmie, przy czym przeważa pogląd, iż w razie braku formy pisemnej zgoda taka jest nieskuteczna. Ustawa o ochronie danych osobowych wymaga, by zgoda taka była wyraźnie wyrażona, nie może być dorozumiana lub domniemana z oświadczenia woli o innej treści. Ustawa o prawach pacjenta nie definiuje pojęcia osoby, niemniej mając na względzie obowiązującą w tej materii wykładnię ścisłą i zawężającą, należy przyjąć, że osobą upoważnioną przez pacjenta do uzyskania dostępu do jego dokumentacji może być wyłącznie osoba fizyczna wskazana z imienia i nazwiska.

Osobą upoważnioną z mocy ustawy do dostępu do dokumentacji medycznej jest zawsze przedstawiciel ustawowy pacjenta, co dotyczy osób nie mających pełnej zdolności do czynności prawnych, a więc osób małoletnich, dla których przedstawicielami ustawowymi są rodzice względnie opiekun ustanowiony przez sąd w wypadku, gdy rodzicom nie przysługuje władza rodzicielska, oraz osób ubezwłasnowolnionych całkowicie lub częściowo, dla których przedstawicielami ustawowymi są odpowiednio opiekun oraz kurator.

Poza obowiązkiem udostępnienia dokumentacji medycznej na żądanie pacjenta, przedstawiciela ustawowego pacjenta oraz osoby upoważnionej przez pacjenta, ustawa określa krąg podmiotów, którym również należy udostępnić dokumentację medyczną. Do podmiotów tych należą:

1. podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych, jeżeli dokumentacja ta jest niezbędna do zapewnienia ciągłości świadczeń zdrowotnych;
2. organy władzy publicznej, Narodowy Fundusz Zdrowia, organy samorządu zawodów medycznych oraz konsultanci krajowi i wojewódzcy, w zakresie

niezbędnym do wykonywania przez te podmioty ich zadań, w szczególności kontroli i nadzoru;

3. minister właściwy do spraw zdrowia, sądy, w tym sądy dyscyplinarne, prokuratorzy, lekarze sądowi i rzecznicy odpowiedzialności zawodowej, w związku z prowadzonym postępowaniem;
4. uprawnione na mocy odrębnych ustaw organy i instytucje, jeżeli badanie zostało przeprowadzone na ich wniosek;
5. organy rentowe oraz zespoły do spraw orzekania o niepełnosprawności, w związku z prowadzonym przez nie postępowaniem;
6. podmioty prowadzące rejestry usług medycznych, w zakresie niezbędnym do prowadzenia rejestrów;
7. zakłady ubezpieczeń, za zgodą pacjenta;
8. lekarz, pielęgniarka lub położna, w związku z prowadzeniem procedury oceniającej podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych na podstawie przepisów o akredytacji w ochronie zdrowia, w zakresie niezbędnym do jej przeprowadzenia.

Nadto dokumentacja medyczna może być udostępniona także szkole wyższej lub instytutowi badawczemu do wykorzystania w celach naukowych, bez ujawniania nazwiska i innych danych umożliwiających identyfikację osoby, której dokumentacja dotyczy.

Dokumentacja medyczna jest udostępniana:

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

W przypadku, gdy wydaje się oryginał dokumentacji, należy pozostawić kopię lub pełny odpis dokumentacji.

Sposób udostępniania dokumentacji medycznej prowadzonej w formie elektronicznej reguluje Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. Nr 252 poz. 1697) – został on omówiony w poprzednim artykule (*znajdziecie go w numerze majowym naszego Biuletynu – JBL*).

Dokumentację należy udostępnić bez zbędnej zwłoki. W przypadku, gdy udostępnienie dokumentacji nie jest możliwe, cytowane Rozporządzenie Ministra Zdrowia wymaga, by odmowa miała formę pisemną i zawierała uzasadnienie. Sprawa o udostępnienie dokumentacji jest sprawą cywilną, gdyż dotyczy praw podmiotowych pacjenta, a zatem rozstrzyganą przez sądy w drodze postępowania cywilnego, a nie przez sądy administracyjne, chociaż występują też orzeczenia odmienne.

Zgodnie z art. 28 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, udzielający świadczeń zdrowotnych

podmiot udostępniający dokumentację medyczną poprzez wydanie jej wyciągów, odpisów lub kopii, może pobierać za to opłatę w wysokości przez siebie ustalonej, jednak nie wyższej niż wysokość maksymalna ustalona w ustawie. Maksymalna wysokość opłaty za:

1. jedną stronę wyciągu lub odpisu dokumentacji medycznej – nie może przekraczać 0,002 przeciętnego wynagrodzenia w poprzednim kwartale, począwszy od pierwszego dnia następnego miesiąca po ogłoszeniu przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski” na podstawie art. 20 pkt. 2 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych;

2. jedną stronę kopii dokumentacji medycznej – nie może przekraczać 0,0002 przeciętnego wynagrodzenia, o którym mowa w pkt 1;
3. sporządzenie wyciągu, odpisu lub kopii dokumentacji medycznej na elektronicznym nośniku danych, jeżeli zakład prowadzi dokumentację medyczną w formie elektronicznej nie może przekraczać 0,002 przeciętnego wynagrodzenia, o którym mowa w pkt 1.

Jadwiga JARZĄBKIEWICZ-GÓRNIAK
Radca prawny BIL

(przedruk z biuletynu „Primum non nocere” nr 6/11)

Zgoda pacjenta na proponowane leczenie cz. I

Główną zasadą etyczną, którą powinien kierować się każdy lekarz w relacji z pacjentem, jest zasada dobroczynności oraz nieszkodzenia. Minęły czasy, kiedy uważano, że władza lekarza pochodzi od Boga, a lekarz nie ma obowiązku informować pacjenta o wszelkich podjętych czynnościach medycznych.

W chwili obecnej formuła zgody pacjenta zakłada jego współuczestnictwo w podejmowaniu decyzji o zakresie i sposobie terapii. Powyższa zasada powoduje przeniesienie ciężaru odpowiedzialności, a także ryzyka związanego z interwencją medyczną w dużej mierze na pacjenta. Jednak wyrażona zgoda pacjenta nie obejmuje szkody wynikającej z zawnionego działania lub zaniechania lekarza.

W rozumieniu prawa karnego lekarz popełnia czyn zabroniony na skutek niezachowania ostrożności wymaganej w danych okolicznościach, mimo że możliwość popełnienia tego czynu przewidywał albo mógł przewidzieć. Najczęściej takie postępowanie obejmuje nieumyślność wynikającą z niedbalstwa, lekkomyślności, braku wiedzy lub kwalifikacji.

Istotą prawidłowego wykonywania profesji medycznej jest konieczność obarczenia pacjenta współodpowiedzialnością za leczenie. Obejmuje ono nie tylko informację o zaplanowanej interwencji medycznej, ale także szczegółowe wspólne przedyskutowanie ścieżki terapeutycznej.

Udzielona zgoda przez pacjenta pozwala na naruszenie integralności fizycznej jedynie w zakresie wcześniej ustalonym oraz zgodnym z obowiązującym prawem polskim. Przekroczenie tego zakresu, w tym leczenie przymusowe, ma miejsce w sytuacjach wyjątkowych i ściśle określonych.

Swoboda wyrażania zgody przez pacjenta jest warunkowana zdolnością pacjenta do jej wyrażenia, co

określa się mianem kompetencji. Udzielenie świadomej zgody przez pacjenta kompetentnego w działaniu następuje wówczas, gdy pacjent rozumie otrzymaną informację i po namyśle w sposób swobodny i dobrowolny pozwala na interwencję medyczną. Istotnym jest, by informacja medyczna została przedstawiona w sposób zrozumiały i adekwatny do poziomu zrozumienia ich przez pacjenta.

Zganie z ustawą o prawach pacjenta, pacjent małoletni (który ukończył 16 lat) ma także prawo do wyrażania zgody na przeprowadzenie badania lub innych świadczeń zdrowotnych, o ile nie jest niezdolny do świadomego jej wyrażenia. W tym jednak przypadku jednoczesną zgodę na interwencję medyczną (zgoda równoległa) powinien wyrazić przedstawiciel ustawowy (rodzic lub opiekun prawny). Istnieje także możliwość zmiany zdania przez pacjenta w zakresie proponowanego leczenia.

Istnieją przypadki, w których pacjent jest niezdolny do świadomego wyrażenia zgody (brak kompetencji) i jednocześnie nie posiada przedstawiciela ustawowego. Wówczas zgodę wyraża opiekun faktyczny (np. żona, mąż, córka, syn, konkubent, konkubina, sąsiad lub osoba faktycznie opiekująca się pacjentem). Pozostałe przypadki wymagają zgody sądu opiekuńczego.

Ponieważ zgoda pacjenta obejmuje ściśle określone i omówione razem z pacjentem działanie medyczne, z punktu widzenia prawa nie ma możliwości udzielenia zgody globalnej na wszystkie usługi medyczne, jak również udzielenia zgody in blanco. Zgoda domniemana dotyczy w prawie polskim jedynie pośmiertnego pobierania narządów do transplantacji od osób, które nie wyraziły wcześniej za życia sprzeciwu. Podpisanie przez pacjenta ogólnej zgody na zabiegi lecznicze przy przyjęciu do szpitala może być rozpatrywana je-

dynie jako zgoda pacjenta na przebywanie w placówce opieki zdrowotnej.

Ustawa o zawodzie lekarza określa także kompetencje lekarza do podjęcia czynności medycznych w sytuacjach, w których istnieje duże prawdopodobieństwo utraty życia lub znacznego uszczerbku na zdrowiu pacjenta (małoletniego, ubezwłasnowolnionego lub niezdolnego do wyrażenia świadomej zgody pacjenta), a którego przedstawiciel ustawowy nie wyraża zgody na interwencję medyczną. Lekarz powinien wówczas pozyskać zgodę sądu opiekuńczego, a w sytuacjach nagłych może podjąć czynności lecznicze bez uzyskania takiej zgody.

W myśl obowiązującej w Polsce ustawy, prawo do wyrażania zgody na leczenie jest usankcjonowane wiekem pacjenta. Podjęcie interwencji medycznej (zabieg operacyjny lub inna procedura o podwyższonym ryzyku) u pacjentów przed ukończonym 16 rokiem życia, wymaga zgody zastępczej w formie pisemnej, wyrażonej przez przedstawiciela ustawowego lub sąd opiekuńczy. W odniesieniu do badania lekarskiego – wystarcza zgoda ustna lub dorozumiana, wyrażona przez przedstawiciela ustawowego, opiekuna faktycznego lub sąd opiekuńczy.

Podjęcie interwencji medycznej (zabieg operacyjny) u pacjentów między ukończonym 16 a 18 rokiem życia, wymaga zgody równoległej w formie pisemnej, wyrażonej przez pacjenta i przedstawiciela ustawowego lub sąd opiekuńczy. W odniesieniu do badania lekarskiego – wystarcza zgoda ustna lub dorozumiana, wyrażona przez pacjenta, przedstawiciela ustawowego, opiekuna faktycznego lub sąd opiekuńczy.

Podjęcie interwencji medycznej (zabieg operacyjny) u pacjentów powyżej 18 roku życia, wymaga zgody wyłącznej w formie pisemnej, wyrażonej przez pacjenta. W odniesieniu do badania lekarskiego – wystarcza zgoda ustna lub dorozumiana, wyrażona przez pacjenta.

W świetle obowiązującego prawa, pisemna zgoda na proponowane leczenie może być złożona w formie własnoręcznego podpisu pod tekstem zawierającym treść oświadczenia woli. Nie jest więc niezbędne własnoręczne napisanie treści oświadczenia.

Mimo kontrowersji prawnych, zaleca się także wyrażenie zgody w formie pisemnej na przeprowadzenie szczepień, po uprzednim określeniu korzyści i ryzyka powikłań.

Podkreśla się jednocześnie, że pisemna forma zgody na przeprowadzenie czynności medycznych jest potrzebna głównie dla celów dowodowych, a nie pod rygorem nieważności.

Innym zagadnieniem prawnym jest wyrażenie zgody na eksperyment medyczny, będący często elementem działalności naukowej ośrodków uniwersyteckich. W zależności od celu, eksperyment może dotyczyć działań terapeutycznych (eksperyment leczniczy) lub naukowych (eksperyment badawczy). Mianem eksperymentu lecz-

niczego określa się wprowadzenie przez lekarza nowych lub nowatorskich metod diagnostycznych lub leczniczych służących poprawie zdrowia pacjenta. Przeprowadzenie eksperymentu medycznego wymaga zgody komisji bioetycznej. Istotne jest założenie, by spodziewane korzyści terapeutyczne przewyższały ponoszone ryzyko. Eksperyment medyczny może zostać przeprowadzony w sytuacji braku skuteczności dotychczasowego leczenia lub niewystarczającego efektu terapeutycznego w świetle aktualnego stanu wiedzy medycznej. Osoba poddana eksperymentowi medycznemu powinna zostać poinformowana o celu, sposobie i warunkach przeprowadzenia, możliwości wystąpienia powikłań i spodziewanym efekcie zdrowotnym. Ustawa o zawodzie lekarza i lekarza dentystry zakłada możliwość odstąpienia pacjenta od eksperymentu na każdym etapie jego trwania. Zgoda wyłączna na udział w eksperymencie jest wyrażana przez osobę pełnoletnią, z kompetencją podejmowania decyzji (powyżej 18 roku życia). W przypadku osoby małoletniej (poniżej 18 roku życia) wymagana jest zgoda równoległa, tzn. pacjenta i przedstawiciela ustawowego. W tym przypadku ustawa dodatkowo i bardzo szczegółowo określa kryteria przedmiotowe legalności eksperymentu.

Dla określonych grup osób istnieje ustawowy zakaz przeprowadzania eksperymentów medycznych i badawczych: dzieci poczęte, osoby ubezwłasnowolnione, żołnierze służby zasadniczej, osoby pozbawione wolności. Kobiety ciężarne i karmiące mogą uczestniczyć jedynie w eksperymentach badawczych z wykluczeniem eksperymentów terapeutycznych.

Maciej ZIĘTEK

*Wiceprzewodniczący Okręgowego Sądu Lekarskiego
OIL w Szczecinie*

PIŚMIENNICTWO:

1. Drozdowska U., Wojtal W. Zgoda i informowanie pacjenta. Warszawa 2010;
2. Brzeziński T. Etyka Lekarska. Warszawa 2002;
3. Dziennik Ustaw Nr 111, poz. 535;
4. Dziennik Ustaw Nr 17, poz. 78;
5. Dziennik Ustaw Nr 234, poz. 1570;
6. Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta – art. 15, 16, 17, 18;
7. Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry – art. 32, 33, 34, 35;
8. Kodeks Etyki Lekarskiej, Warszawa 1994.

(przdruck z „Vox Medici” 6/10)

Wojewódzkie komisje orzekną o zdarzeniach medycznych

Kończy się właśnie legislacyjna droga rządowego projektu zmiany ustawy z 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Nowelizacja powołuje do życia wojewódzkie komisje mające orzekać na wniosek pacjenta, jego przedstawiciela ustawowego bądź spadkobiercy o zdarzeniu medycznym. Konsekwencją takiego orzeczenia będzie możliwość wypłaty na rzecz poszkodowanego odszkodowania i zadośćuczynienia. Warto bliżej przyjrzeć się proponowanym zmianom prawa.

Nowa wersja ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, wprowadza termin zdarzenie medyczne. Pojęcie to oznacza: zakażenie pacjenta biologicznym czynnikiem chorobotwórczym, uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia pacjenta albo śmierć pacjenta będące następstwem niezgodnych z aktualną wiedzą medyczną:

- diagnozy, jeżeli spowodowała ona niewłaściwe leczenie albo opóźniła właściwe leczenie, przyczyniając się do rozwoju choroby,
- leczenia, w tym wykonania zabiegu operacyjnego,
- zastosowania produktu leczniczego lub wyrobu medycznego

Istotną informacją jest, że przepisy dotyczące ustalania odszkodowania i zadośćuczynienia w przypadku zdarzeń medycznych przewidziane przez omawianą ustawę będzie się stosować jedynie do przypadków, mających miejsce w szpitalu.

Wniosek o ustalenie zdarzenia medycznego będzie mógł być wniesiony (przez pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego, a w przypadku śmierci pacjenta także przez jego spadkobierców) w terminie 1 roku od dnia, w którym osoba składająca wniosek dowiedziała się o przypadku mogącym stanowić zdarzenie medyczne. Termin ten nie może być jednak dłuższy niż 3 lata od samego zdarzenia. Złożenie wniosku podlegać będzie opłacie w wysokości 200 zł.

Po otrzymaniu właściwego pod względem formalnym wniosku, wojewódzka komisja, przekaże ten wniosek kierownikowi podmiotu leczniczego prowadzącego szpital, z działalnością którego wiąże się wniosek oraz ubezpieczycielowi. Podmioty te będą mieć 30 dni na ustosunkowanie się do przekazanego wniosku.

Wojewódzka komisja do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych.

Zasady postępowania przed komisją

Wojewódzka komisja do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych będzie się mieścić w siedzibie właści-

wego urzędu wojewódzkiego. Komisja liczyć będzie 16 członków (mających wykształcenie medyczne i prawnicze). Ustawa przewiduje powołanie przez wojewodę 14 członków komisji, spośród kandydatów przedstawionych przez samorządy zawodowe lekarzy, lekarzy dentystów, pielęgniarek i położnych oraz diagnostów laboratoryjnych a także samorządy adwokatów i radców prawnych. Sześciu członków komisji, będzie powołanych spośród kandydatów zgłoszonych przez organizacje społeczne działające w województwie na rzecz praw pacjenta. Po jednym członku komisji będą powoływać minister zdrowia i Rzecznik Praw Pacjenta. Kadencja komisji będzie trwać 6 lat.

Komisje wojewódzkie będą orzekać w składzie 4-osobowym. Według postanowień ustawy, członkowie składu orzekającego ich małżonkowie oraz wstępni i zstępni w linii prostej nie mogą być:

- właścicielami, osobami zatrudnionymi lub współpracującymi z podmiotem leczniczym prowadzącym szpital lub z ubezpieczycielem, o których mowa w art. 67i ust. 2 (tj. podmiot leczniczy prowadzący szpital z którego działalnością wiąże się wniosek o ustalenie zdarzenia medycznego, ubezpieczyciel z którym ten podmiot leczniczy zawarł umowę ubezpieczenia), oraz członkami organów tego podmiotu lub ubezpieczyciela;
- członkami organów oraz osobami zatrudnionymi w podmiocie tworzącym w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, jeżeli podmiot ten utworzył podmiot leczniczy niebędący przedsiębiorcą, który prowadzi szpital, o którym mowa w art. 67i ust. 2 pkt 1 (tj. szpital z którego działalnością wiąże się wniosek o ustalenie zdarzenia medycznego);
- posiadaczami akcji lub udziałów przedstawiających więcej niż 10 % kapitału zakładowego w spółkach handlowych będących podmiotami leczniczymi prowadzącymi szpital, o którym mowa w art. 67i ust. 2 pkt 1 (tj. szpital, z którego działalnością wiąże się wniosek o ustalenie zdarzenia medycznego).

Członek składu orzekającego będzie podlegał wyłączeniu w postępowaniu w sprawach, w których:

- jest podmiotem składającym wniosek lub pozostaje z tym podmiotem w takim stosunku prawnym, że wynik postępowania przed wojewódzką komisją ma wpływ na jego prawa i obowiązki;
- pozostaje z podmiotem składającym wniosek w takim stosunku osobistym, że wywołuje to wątpliwości co do jego bezstronności;
- podmiotem składającym wniosek jest jego małżonek, krewny lub powinowaty w linii prostej, krewny

boczny do czwartego stopnia i powinien być boczny do drugiego stopnia;

- podmiot składający wniosek jest związany z nim z tytułu przysposobienia, opieki lub kurateli;
- był lub jest pełnomocnikiem albo przedstawicielem ustawowym podmiotu składającego wniosek.

Według brzmienia ustawy celem postępowania przed komisją będzie ustalenie czy zdarzenie, którego następstwem była szkoda majątkowa lub niemajątkowa, stanowiło zdarzenie medyczne.

W posiedzeniach komisji będą mogli uczestniczyć podmiot składający wniosek oraz przedstawiciel:

- kierownika podmiotu leczniczego prowadzącego szpital, z działalnością którego wiąże się wniosek o ustalenie zdarzenia medycznego;
- ubezpieczyciela, z którym podmiot leczniczy prowadzący szpital zawarł umowę ubezpieczenia określonej w przepisach o działalności leczniczej.
- Komisja będzie mogła wzywać do składania wyjaśnień:
- podmiot składający wniosek;
- kierownika podmiotu leczniczego prowadzącego szpital, z działalnością którego wiąże się wniosek;
- osoby, które wykonywały zawód medyczny w podmiocie leczniczym
- prowadzącym szpital oraz inne osoby, które były w nim zatrudnione lub w inny sposób z nim związane, w okresie, w którym zgodnie z wnioskiem miało miejsce zdarzenie medyczne albo zostały wskazane we wniosku jako osoby, które mogą posiadać informacje istotne dla prowadzonego przed wojewódzką komisją postępowania;
- ubezpieczyciela,

W trakcie prowadzonego postępowania wojewódzka komisja będzie miała prawo żądać przedstawienia przez szpital dokumentacji, w tym dokumentacji medycznej, prowadzić postępowanie wyjaśniające w podmiocie leczniczym, prowadzącym szpital oraz dokonywać wizytacji urzędów i pomieszczeń szpitala.

Po zakończeniu postępowania, komisja wyda pisemne orzeczenie, w którym stwierdzi istnienie zdarzenia medycznego lub orzeknie, że do zdarzenia nie doszło. Komisja wyda orzeczenie w terminie 4 miesięcy od złożenia wniosku (senacka poprawka wydłużyła ten okres z pierwotnie proponowanych 3 miesięcy). W ciągu 7 dni od dnia wydania orzeczenia, zostanie sporządzone uzasadnienie, które zostanie doręczone podmiotowi składającemu wniosek, kierownikowi podmiotu leczniczego prowadzącego szpital oraz ubezpieczycielowi. Podmioty te w ciągu 14 dni mogą złożyć do wojewódzkiej komisji umotywowany wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy.

Po wydaniu przez komisję orzeczenia o zdarzeniu medycznym, ubezpieczyciel w terminie 30 dni przed-

stawi podmiotowi składającemu wniosek propozycję odszkodowania i zadośćuczynienia. Propozycja ta nie może być wyższa niż określona w ustawie maksymalna wysokość odszkodowania i zadośćuczynienia, która w 12 miesięcznym okresie ubezpieczenia w odniesieniu do wszystkich zdarzeń medycznych objętych ochroną ubezpieczeniową wynosi 1.200.000 zł, a w przypadku:

- zakażenia, uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia pacjenta - wynosi 100.000 zł;
- śmierci pacjenta - wynosi 300.000 zł.

Kwoty powyższe dotyczą jednego pacjenta.

Podmiot składający wniosek w terminie 7 dni składa oświadczenie o przyjęciu propozycji ubezpieczyciela i przyjmując ją, składa oświadczenie o zrzeczeniu się wszelkich roszczeń o odszkodowanie i zadośćuczynienie pieniężne za doznaną krzywdę, mogących wynikać ze zdarzeń uznanych przez wojewódzką komisję za zdarzenie medyczne w zakresie szkód, które ujawniły się do dnia złożenia wniosku.

Ustawodawca postanowił jednocześnie, że przedstawienie przez ubezpieczyciela propozycji odszkodowania i zadośćuczynienia lub wypłata przez niego odszkodowania lub zadośćuczynienia, nie oznacza uznania roszczenia dla celów jego dochodzenia w postępowaniu cywilnym. Wejście w życie przedstawionych powyżej przepisów planowane jest na 1 stycznia 2012 r.

Ocena proponowanych regulacji

Omawiana regulacja, zgodnie z intencją projektodawcy, ma odciążyć sądy i przede wszystkim skrócić drogę uzyskiwania przez pacjentów odszkodowania i zadośćuczynienia w sytuacji wystąpienia zdarzenia medycznego. Należy jednak zaznaczyć, że istnieje cały szereg wątpliwości natury prawnej (także konstytucyjnej), które dotyczą proponowanych zmian.

Po pierwsze należy zwrócić uwagę na quasi-sądowy status wojewódzkich komisji. Sam projektodawca twierdzi w uzasadnieniu do proponowanych zmian, że komisje będą organem postępowania ugodowo-mediacyjnego. W projektowanych przepisach znajduje się zapis o tym, że wykonywanie zadań wojewódzkiej komisji nie stanowi wykonywania władzy publicznej. Przekreślona została tym samym możliwość kwalifikowania orzeczeń komisji jako decyzji administracyjnych, a co za tym idzie możliwość skargi ich do sądu administracyjnego.

Sporo wątpliwości budzić może przewidziana przez projektodawcę procedura odwoławcza od orzeczeń wojewódzkiej komisji. Zamiast typowego odwołania mamy tutaj do czynienia z wnioskiem o ponowne rozpatrzenie sprawy, które jest kierowane ponownie do wojewódzkiej komisji. Oczywiście sprawa będzie rozpoznawana w składzie orzekającym innym od tego, który wydał zaskarżone orzeczenie, ale jednak omawiany środek, kierowany będzie do tego samego podmiotu, który wcześniej wydał rozstrzygnięcie w sprawie. Zaznaczyć tutaj trzeba,

że orzeczenia wydane przez wojewódzkie komisje będą z pewnością miały ogromne znaczenie w kontekście ewentualnych postępowań sądowych - zarówno karnych, jak i cywilnych oraz związanych z odpowiedzialnością zawodową. Obawy w tym kontekście musi budzić fakt, że orzeczenia te będą pozbawione kontroli sądu.

Po drugie, wątpliwości budzi także okoliczność, że skorzystanie z drogi zaproponowanej w zmienionej ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta może zamknąć obywatelowi drogę do sądu. Projektodawca odrzucił ten pogląd, wyrażając stanowisko, iż na gruncie proponowanych zmian, podmiot składający wniosek sam decyduje czy przyjąć propozycję złożoną przez ubezpieczyciela, czy skierować sprawę na drogę sądową. W postępowaniu przed wojewódzką komisją, podmiot składający wniosek rozporządza swym prawem. Przyjmując propozycję ubezpieczyciela, pacjent (jego przedstawiciel ustawowy lub spadkobierca) składa oświadczenie o zrzeczeniu się wszelkich roszczeń o odszkodowanie i zadośćuczynienie pieniężne za doznana krzywdę mogących wynikać ze zdarzeń uznanych przez wojewódzką komisję za zdarzenie medyczne, ale tylko w zakresie szkód, które ujawniły się do dnia złożenia wniosku. W pozostałym zakresie droga sądowa będzie otwarta.

Jako wadę omawianej regulacji wymienia się okoliczność, że dotyczy ona jedynie zdarzeń, do których doszło w szpitalu. Projektodawca uzasadnia to stwierdzeniem,

że zgodnie z ustawą z 5 grudnia 2008 roku o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, szpitale mają określone obowiązki w zakresie przeciwdziałania zakażeniom wewnątrzszpitalnym. Poza tym w szpitalach stosuje się bardziej skomplikowane procedury medyczne, przy których istnieje większe ryzyko wystąpienia zdarzenia medycznego.

Kolejnym, czysto prawniczym argumentem, prezentowanym przez m. in. Pierwszego Prezesa Sądu Najwyższego, a odrzuconym przez projektodawcę, jest brak celowości wprowadzania nowych regulacji wobec istniejących, przewidzianych przez prawo cywilne przepisów dotyczących dochodzenia roszczeń będących wynikiem czynów niedozwolonych.

Wejście w życie od 1 stycznia 2012 r. opisanych powyżej regulacji spowoduje z pewnością spore zamieszanie i jeszcze więcej wątpliwości co do zasad ich stosowania. Założenia, które były podłożem omawianych zmian są zapewne słuszne. Diabeł, jak zwykle, tkwi w szczegółach, w brzmieniu konkretnych przepisów, które będą stosowane w postępowaniu przed komisjami wojewódzkimi. Jak zwykle to praktyka pokaże czy powołanie do życia wojewódzkich komisji do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych było uzasadnione.

Krzysztof IZDEBSKI
RPL KPOIL

(przedruk z biuletynu „Meritum” nr 3/11)

MEDYCYNĄ PO DYPLOMIE

Choroby odkleszczowe – ukryte zagrożenia

Choroby odkleszczowe stanowią ważny i nadal aktualny problem w codziennej praktyce lekarskiej, zarówno w Polsce, jak i na świecie. Wśród przyczyn należy uwzględnić zmiany klimatyczne w postaci globalnego ocieplenia, na skutek czego następuje poszerzenie terenów zajmowanych przez kleszcze, narastanie ich liczebności oraz ekspansja do nowych ekosystemów, np. miejskich i podmiejskich. Podobnie zmiany dotyczące populacji ludzkiej, jak starzenie się, zmiana stylu życia, masowa turystyka, wzrost liczby osób z obniżoną odpornością, prowadzą do coraz częstszych ekspozycji na ukąszenia kleszczy i cięższego przebiegu niektórych chorób przenoszonych przez te stawonogi.

Lista czynników infekcyjnych wykrywanych w kleszczach, które potencjalnie mogą stanowić zagrożenie dla ludzi, stale rośnie i obejmuje bakterie (w tym riketsje), wirusy, pierwotniaki. Postęp nowoczesnych technik badawczych umożliwił dokładną identyfikację i diagnostykę wielu dotychczas nieznanych patogenów. Wzrost

świadomości pacjentów i wiedzy środowisk medycznych na temat chorób odkleszczowych umożliwia zastosowanie odpowiednich działań profilaktycznych, pomaga sprawnie diagnozować i skutecznie leczyć chorych (16, 22, 25).

Sezonowa aktywność kleszczy

Kleszcze należą do typu stawonogów, gromady pajęczaków i podgromady roztoczy. Prowadzą bezwzględnie pasożytniczy tryb życia. W trakcie rozwoju od jaja przez larwę i nimfy, do postaci dorosłej, konieczne jest żerowanie z pobraniem krwi, które umożliwia przejście do kolejnego stadium rozwojowego, a u samic – złożenie jaj. Żywicielami kleszczy są kręgowce, najczęściej drobne ssaki (gryzonie), lisy, zające, króliki, ptaki, a nawet gady, z którymi przemieszczają się na znaczne odległości. Dorosłe osobniki atakują zwierzęta domowe i hodowlane (psy, owce, bydło), zwierzęną płową, dziką. Wielokrotne żerowanie na różnych gatunkach

zwierząt czyni kleszcze skutecznym wektorem zakażeń. Zainfekowane w ten sposób zwierzęta dzikie i przydomowe tworzą rezerwuar podtrzymujący poziome krążenie patogenów w środowisku. Ponadto w populacji kleszczy zachodzi transmisja pionowa. Przekaz transstadialny (np. larwa – nimfa) dotyczy między innymi *Anaplasma phagocytophilum* i *Babesia microti*, a transowarialny (samica – potomstwo) ma miejsce w przypadku riketsji i zakażenia *Borrelia burgdorferi sensu lato* (*B. burgdorferi*, *garinii*, *afzelii*). Możliwość przeżycia kleszczy sięga nawet do 6–20 lat, ich duża płodność sprzyja dodatkowo przetrwaniu drobnoustrojów w ich organizmach (4, 23, 25).

Sezonowa aktywność kleszczy zależy od temperatury otoczenia, w warunkach polskich trwa od wczesnej wiosny do późnej jesieni. Sprzyja jej ciepłe i wilgotne środowisko. Podobnie, występowanie ostrych chorób odkleszczowych charakteryzuje się sezonowością zachorowań. Choć na terenie Polski występuje stale około 20 gatunków kleszczy, to największe znaczenie w epidemiologii chorób odkleszczowych ludzi ma *Ixodes ricinus*, rzadziej *Dermacentor reticulatus*. Kleszcze, z powodu swoich niewielkich rozmiarów oraz małej ruchliwości, po wspięciu się na pędy roślinne biernie oczekują na potencjalną ofiarę. Najczęściej spotkamy je w pobliżu granic ekosystemów (np. las – łąka), ścieżek wędrówek zwierzyny. Przy pomocy chemoreceptorów reagujących na zapach i stężenie CO₂ lokalizują i spadają na żywiciela. U osób dorosłych miejscami ukłuć kleszczy są zgięcia stawowe, genitalia, brzuch, u dzieci głowa – za uszami, granica owłosienia na szyi. Ukąszenia zazwyczaj pozostają niezauważone z powodu niewielkich rozmiarów (larwy i nimfy) oraz obecności w ślinie kleszczy substancji o charakterze znieczulającym. W czasie pobierania krwi z gruczołów ślinowych wydzielane są prostaglandyny, substancje przeciwwkrzepliwie, zaburzające funkcjonowanie wielu elementów wrodzonej oraz nabytej odpowiedzi immunologicznej, toksyny i patogeny wywołujące choroby (2, 3, 4, 18, 22).

Zapobieganie chorobom odkleszczowym

Chorobom odkleszczowym można zapobiegać. Wybierając się na tereny żerowania kleszczy można stosować nieswoiste środki ochrony osobistej, zmniejszające ryzyko ukąszenia przez kleszcze. Odpowiedni strój o jasnej kolorystyce ułatwi spostrzeżenie „nieproszonego gościa”. Nakrycie głowy oraz odzież z długimi rękawami i nogawkami wpuszczonymi do skarpet oraz wysokie obuwie utrudnią penetrację stawonoga. Rozpylenie na ubranie środków zawierających permetrynę (paraliżuje kleszcze), a na odkrytą skórę dietylotoluamid (DEET) uzupełni ochronę.

Po powrocie należy dokonać dokładnej inspekcji skóry, ze szczególnym uwzględnieniem wymienionych miejsc. Usunięcia przyczepionego kleszcza dokonu-

je się, chwytając go jak najbliżej skóry, używając wąskich szczypczyków (pesety), ruchem równoległym do osi ukłucia. Skrócenie czasu kontaktu zmniejsza ryzyko przeniesienia infekcji, zwłaszcza krętkami *Borrelia burgdorferi sensu lato* – wywołującymi boreliozę. W przypadku pozostania fragmentu kleszcza w skórze należy miejsce to dokładnie zdezynfekować. Dalsze manipulacje często powodują dodatkowe uszkodzenia tkanek sprzyjające zakażeniom. Nie są zalecane metody usuwania kleszczy z użyciem substancji tłustych, przypalania czy domowych środków chemicznych. Mogą one prowokować wzmożone wydzielanie śliny i wymioty u stawonoga, co skutkuje wzrostem ryzyka zakażenia. Samo ukłucie przez kleszcza może powodować alergiczny odczyn miejscowy, stanowić wrota miejscowego zakażenia bakteryjnego skóry lub inicjować powstanie ziarniniaka wokół fragmentów tkanek pasożyta i zwykle nie stanowi zagrożenia. Pacjent po ukąszeniu przez kleszcze powinien obserwować miejsce ukłucia, a w przypadku wystąpienia nowych dolegliwości klinicznych w czasie średnio do 4–6 tygodni powinien poinformować o tym fakcie lekarza (12, 29).

Profilaktyka swoista dotycząca pojedynczych jednostek chorobowych jest uwzględniona poniżej. Chorobami o największym znaczeniu klinicznym w Polsce, przenoszonymi przez kleszcze, są borelioza oraz kleszczowe zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych i mózgu.

Kleszczowe zapalenie mózgu

KZM (ang. *tick borne encephalitis*, TBE) jest ostrą odzwierzęcą chorobą zakaźną. Czynnikiem etiologicznym jest RNA wirus z rodzaju *Flavivirus*, występujący w postaci trzech podtypów (dalekowschodniego, syberyjskiego i środkowoeuropejskiego) różniących się miejscem występowania, gatunkiem kleszcza przenoszącego infekcję i ciężkością przebiegu klinicznego.

Rezerwuar stanowią zwierzęta kręgowce w okresie wiremii. Niepasteryzowane mleko i jego przetwory pochodzące od zwierząt hodowlanych w okresie wiremii mogą być źródłem zakażenia drogą pokarmową. Stwierdzono możliwość przeniesienia infekcji na pracowników laboratoryjnych w czasie obróbki materiału zakaźnego.

Jednak dominującym sposobem transmisji są ukąszenia zarażonych kleszczy. Do zakażenia dochodzi na krótko po przyłączeniu, a to z powodu obecności wirusów w ślinie kleszcza. Zatem szybkie usunięcie stawonoga nie chroni przed zachorowaniem. Odsetek kleszczy – nosicieli wirusa – w poszczególnych rejonach kraju bywa bardzo różny. Nawet na terenach uznanych za nieendemiczne stwierdzono materiał genetyczny wirusa KZM w 14 (7,9%) z 144 badanych populacji kleszczy. Obserwuje się różnice w częstości zachorowań na KZM u ludzi zamieszkających w różnych częściach Polski. Terenami endemicznymi są obszary województw: podlaskiego, warmińsko-mazurskiego i opolskiego (historycznie). Mniej

liczne zachorowania odnotowuje się w lubelskim, małopolskim, mazowieckim i świętokrzyskim. Zwraca uwagę fakt częstszego występowania infekcji w III i IV kwartale roku, być może związany z masowym odwiedzaniem terenów zamieszkałych przez kleszcze w okresie turystyki wakacyjnej i jesiennych wycieczek związanych z grzybobraniem.

Badania seroepidemiologiczne ujawniły, że znaczna liczba zakażonych osób choruje w sposób bezobjawowy lub niecharakterystyczny, a zgłaszane obowiązkowo od 1970 r. przypadki zachorowań na KZM dotyczą głównie pacjentów manifestujących objawy neurologiczne, u których prowadzono szczegółową diagnostykę. Według danych PZH, liczba rejestrowanych przypadków KZM wzrosła po 1993 r. i wahała się pomiędzy 101 w 1999 r. a 351 w 2009 r., gdzie stanowiła ponad 64% wszystkich wirusowych zapaleń mózgu w Polsce. W roku 2010 zgłoszono 292 zachorowania (7, 11, 17, 19).

Obraz kliniczny KZM

Typowy obraz kliniczny KZM charakteryzuje się dwufazowym przebiegiem. Jak wynika z danych prezentowanych w piśmiennictwie, po zakażeniu wirusy replikują w miejscu wtargnięcia, szerząc się dalej drogą naczyń chłonnych do węzłów chłonnych, co obejmuje okres inkubacji trwający 7–14 (2–28) dni. Pojawieniu się uogólnionej wirerii towarzyszy zespół objawów rzekomogrypowych: gorączka, bóle głowy, stawów, mięśni, nudności, objawy nieżytu górnych dróg oddechowych, który trwa od 1 dnia do 9 dni. Po przejściowym okresie remisji (1–20 dni) u ok. 1/3 chorych dochodzi do przełamania bariery krew-mózg i wystąpienia objawów neurologicznych w postaci zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych (ZOMR) (49%), zapalenia mózgu i ZOMR, zapalenia mózgu, rdzenia i ZOMR, zapalenia mózgu, korzeni nerwowych i ZOMR (5%). Objawy towarzyszące temu okresowi choroby to wysoka gorączka, sięgająca 40°C, bóle głowy, sztywność karku, możliwe są zaburzenia świadomości, objawy ogniskowe – niedowłady, porażenia, drgawki, ataksja.

KZM pozostawia po sobie szeroki wachlarz następstw. Według piśmiennictwa, 30–60% chorych ma długoterminowe zaburzenia neurologiczne, a spora część także neuropsychiatryczne. W Polsce śmiertelność szacuje się na poziomie ok. 0,5% (7, 17, 22, 26). Postawienie prawidłowego rozpoznania ułatwiają wywiad epidemiologiczny, przebieg kliniczny oraz wyniki badań dodatkowych (leukocytoza krwi obwodowej, pleocytoza z przewagą limfocytów w płynie mózgowo-rdzeniowym).

Niezbędne jest wykonanie badań serologicznych potwierdzających etiologię. Aktualnie rutynowo wykonuje się oznaczenia swoistych przeciwciał w klasie IgM i IgG w płynie mózgowo-rdzeniowym i surowicy krwi. W KZM przeciwciała IgM potwierdzają ostry okres choroby, po wykluczeniu odczynu poszczepienne-

go. Przeciwciała IgG to trwały ślad naturalnego kontaktu z wirusem lub szczepienia. W leczeniu KZM nie ma swoistej terapii przeciwwirusowej, stosowane jest jedynie leczenie objawowe (1, 7, 22).

Działania prewencyjne

Chociaż pełnoobjawowy przebieg choroby w postaci neuroinfekcji jest rzadki, to jednak ryzyko wystąpienia trwałych dysfunkcji układu nerwowego i brak skutecznej terapii skłaniają do stosowania działań prewencyjnych. Poza nieswoistą profilaktyką, dostępna jest szczepionka oraz swoista immunoglobulina (FSME Bulin) stosowana zarówno przed, jak i po ekspozycji. Podanie domięśniowo preparatu gotowych przeciwciał zabezpiecza na 6 tygodni. Po ukąszeniu przez kleszcza do 48 godzin po ekspozycji zalecane dawkowanie to 0,1 ml/kg m.c., do 96 godzin preparat podaje się w podwojonej dawce. Wadą profilaktyki swoistej biernej jest wysoki koszt, trudności w zdobyciu preparatu, a także ograniczony, krótki czas protekcji. Zastosowanie swoistej immunoglobuliny poekspozycyjnie zmniejsza ryzyko zachorowania o 50% do 60%.

Na rynku polskim dostępne są dwie szczepionki. Obie oparte na inaktywowanym wirusie, w postaci przygotowanej dla dorosłych (od 12. r.ż. Encepur Adults; od 16. r.ż. FSME Immun) i dla dzieci (od 1.-12. r.ż. Encepur K; 1.-16. r.ż. FSME-Immun Junior). Szczepienie podstawowe składa się z trzech dawek podawanych w schemacie 0-(1-3)-(9-12) miesięcy z zalecaną pierwszą dawką przypominającą po 3 latach, następnie u osób < 50. r.ż. 1x/5 lat, a u osób > 50. r.ż. 1x/3 lata. Immunizacja czynna indukuje odpowiedź immunologiczną (powstanie swoistych immunoglobulin) w 2 tygodnie po pierwszej dawce – u 30%, po drugiej dawce u > 90%, po przyjęciu trzeciej dawki u 98% szczepionych. W przypadku pilnej potrzeby szybkiego uodpornienia dostępne są skrócone schematy podawania (0, 7, 21 dni), które wydają się równie skuteczne, jak schemat konwencjonalny. Działania niepożądane, jak gorączka, drgawki, dreszcze, bóle głowy, mięśni, ból w miejscu iniekcji, występują najczęściej po pierwszej dawce. U pacjentów zakażonych HIV skuteczność immunizacji wynosi ok. 40–55%, zatem szczepienie podstawowe warto wzbogacić dodatkową dawką (0, 1, 2, 9 miesięcy). Szczepienia zalecane są osobom stale narażonym na kontakt z kleszczami: leśnikom, rolnikom, żołnierzom, zbieraczom runa leśnego, a także osobom podróżującym na tereny endemiczne (turyści) (6, 8, 22, 23).

Borelioza z Lyme (*Lyme disease*, *Lyme boreliosis*)

Jest wieloukładową chorobą zakaźną wywołaną przez krętki *Borrelia burgdorferi sensu lato*, która została po raz pierwszy opisana dopiero w 1975 r. przez Steera i wsp. Od roku 1982, kiedy zidentyfikowano czynnik

etiologiczny choroby z Lyme, wykryto 11 genogatunków tworzących kompleks *Borrelia burgdorferi sensu lato*. Wśród nich za czynniki zdolne do wywołania boreliozy u ludzi uznano dotychczas trzy: *Borrelia burgdorferi sensu stricto*, *B. garinii*, *B. afzelii* – określane wspólnym mianem *B. burgdorferi sensu lato* – lista ta nie została definitywnie zamknięta. Potwierdzenie patogeniczności *B. valaisiana*, *B. japonica* wymaga dalszych obserwacji klinicznych.

Do zakażenia człowieka dochodzi w wyniku translokacji bakterii z jelita stawonoga w czasie pobierania krwi przez kleszcze z rodzaju *Ixodes*. Przeniesienie krętków odbywa się poprzez ślinę lub z wymiocinami żerującego kleszcza i wymaga co najmniej 24-godzinne go kontaktu z żywicielem (16, 22, 25). Ryzyko inokulacji krętków podczas pasożytowania w skórze zwiększa się z czasem, a po 72 godzinach wynosi blisko 100% (29). W Polsce odsetek zakażonych przez krętki kleszczy waha się w zależności od badań 0–35,7% (22).

Największa aktywność kleszczy przypada na maj i czerwiec oraz wrzesień–październik, koreluje to ze wzrostem liczby zachorowań na boreliozę z Lyme w okresie od lipca do października (5, 11). Zapadalność na krętkowicę w Polsce rośnie i w 2009 r. wynosiła 27,1/100 tys. (w 2008 r. – 21,7/100 tys.), a liczba zgłoszonych przypadków w 2009 r. przekroczyła 10 tys. Najwyższą zapadalność w 2009 r. odnotowano w województwie podlaskim (114/100 tys.), a najniższą w województwie pomorskim 8/100 tys. (11). Według piśmiennictwa, swoiste przeciwciała dla *B. burgdorferi* są obecne u ok. 11–13% zdrowych ludzi w Polsce. Fakt ten świadczy o kontakcie z patogenem, a zarazem o bezobjawowym przebiegu zakażenia i nie wymaga leczenia (5, 13).

Po ekspozycji szybkie i prawidłowe usuwanie kleszczy jest najskuteczniejszą formą profilaktyki, tym bardziej, że dotychczasowe próby opracowania skutecznej szczepionki nie powiodły się (16, 22, 29). Osobom, które czasowo znalazły się na terenach endemicznych i uległy wielokrotnym ukąszeniom, gdzie okres żerowania przekroczył 36 godzin, do 72 godzin od usunięcia kleszcza można podać 200 mg doksycykliny jednorazowo (przy braku przeciwwskazań). Przebiecie boreliozy nie zabezpiecza przed ponownym zachorowaniem (13, 22, 29).

Objawy chorobowe

Pierwszą i najczęstszą manifestacją choroby u 50–80% chorych jest pojawienie się zmiany skórnej – rumienia wędrującego (*erythema migrans*, EM) – w miejscu ukąszenia kleszcza, w okresie od 3 do 33 dni po kontakcie. Możliwe jest wydłużenie tego okresu do nawet 3 miesięcy. Typowo rumień wędrujący powiększa się w ciągu kilku dni, przekraczając 5 cm średnicy, i w centralnej części wykazuje przejaśnienie. Objawy towarzyszące w postaci świądu skóry, powiększenia węzłów chłonnych, objawów grypopodobnych występują rzadko. EM

zanika po kilku dniach od rozpoczęcia właściwej antybiotykoterapii, a nawet bez niej zanika samoistnie. Rozpoznanie opiera się wyłącznie na obrazie klinicznym. W typowym przebiegu badania serologiczne są zbędne. W postaciach atypowych serologia może być przydatna, ale dopiero po dwóch tygodniach od wystąpienia zmiany (13, 16, 29).

Ze względu na czas od zakażenia wyróżniamy boreliozę wczesną, obejmującą stadium zakażenia ograniczonego i stadium zakażenia rozsianego, oraz boreliozę późną – stadium zakażenia przewlekłego. Okres zakażenia ograniczonego trwa od tygodnia do 8 tygodni w postaci omówionego powyżej rumienia wędrującego oraz chłoniaka limfocytarnego skóry (*Lymphadenosis benigna cutis*, LBC), (występuje u ok. 1% zakażonych w postaci pojedynczego, niebolesnego, sinoczerwonego guzka zlokalizowanego najczęściej na płatku ucha, brodawce sutkowej lub mosznie). Faza zakażenia rozsianego, to okres uogólnionej infekcji. W czasie 3–26 tygodni po zakażeniu można obserwować rumień wędrujący mnogi (EM *multifocalis*) oraz ostre zapalenie stawów, serca (zaburzenia przewodzenia i rytmu, zmiany zapalne w 95% ustępujące samoistnie w ciągu kilku tygodni), zmiany zapalne OUN i obwodowego układu nerwowego.

Objawami późnej boreliozy są zanikowe zapalenie skóry kończyn (AGA, *Acrodermatitis chronica atrophicans*), przewlekłe zmiany w układzie nerwowym i układzie ruchu, utrzymujące się po 6 miesiącach od zakażenia. Rozpoznanie wymienionych postaci boreliozy wymaga pozytywnych testów serologicznych wykonywanych dwuetapowo (ELISA, Western blot) oraz w przypadku zmian skórnych potwierdzenia histologicznego. W diagnostyce rutynowo nie wykorzystuje się hodowli krętków z powodu dużej liczby wyników fałszywie ujemnych, długiego czasu oczekiwania oraz wysokich kosztów, a spotykane niekiedy badania z zastosowaniem metody PGR nie są standaryzowane (1, 13, 16, 22, 29).

Antybiotykoterapia jest postępowaniem z wyboru w przypadku rozpoznania każdego stadium boreliozy. Terapia powinna trwać od 14 dni do 28 dni doustnie lub dożylnie, w zależności od manifestacji klinicznych. Zalecane są doksycyklina, amoksycylina, aksetyl cefuroksymu, ceftriakson, cefotaksym, penicylina G, azytromycyna (mniej skuteczna). W leczeniu EM stosuje się najczęściej u osób dorosłych: doksycyklinę 2 x 0,1 lub amoksycylinę 2 x 1,0 lub 3 x 0,5, lub aksetyl cefuroksymu 2 x 0,5 doustnie przez 14–21 dni. Osoby zainteresowane szczegółami odsyłam do pozycji literatury (13, 16).

Anaplazmoza

Wcześniej znana pod nazwą ludzka granulocytarna erlichioza (HGE, *human granulocytic ehrlichiosis*) jest ostrą chorobą zakaźną wywołowaną przez obligatoryjnie wewnątrzkomórkowe bakterie *Anaplasma phagocytophilum* należące do rzędu *Rickettsiales*. Ta mało znana cho-

roba po raz pierwszy została opisana w Europie, w Słowenii w 1995 r. Pierwsze doniesienie o jej występowaniu w Polsce pojawiło się w 2001 r. Zachorowania najczęściej obserwuje się od maja do października. Wektorem infekcji w Polsce jest *Ixodes ricinus*. W populacji ponad 500 kleszczy z terenów północno-wschodniej Polski aż u 8,7% wykryto materiał genetyczny (PGR) *A. phagocytophilum*. Zatem ryzyka nabycia tej infekcji nie należy lekceważyć (1, 14, 15, 22).

Po okresie wylegania, trwającym ok. 11 dni (5–21), anaplazmoza manifestuje się wysoką gorączką z dreszczami trwającą do 11 dni, bólami głowy, mięśni i stawów. Rzadziej spotykane objawy to: nudności, bóle brzucha, biegunka, kaszel, atypowe zapalenie płuc, wyjątkowo wysypka. W badaniach laboratoryjnych zwraca uwagę trombocytopenia (90%), leukopenia (70%), niewielki wzrost aktywności aminotransferaz, podwyższone wartości CRP. Zwykle przebieg jest łagodny, samoograniczający w ciągu 30 dni. Rzadko jest chorobą zagrażającą życiu (1–1,5% czynnikiem ryzyka jest podeszły wiek, immunosupresja). Do rozpoznania wykorzystuje się wykrywanie swoistych przeciwciał techniką pośredniej immunofluorescencji (4 x wzrost miana w dwóch kolejnych próbkach po 15–21 dniach lub każde, gdy IgM > 1: 64, IgG > 1: 128), dostępna jest również detekcja przy użyciu metody PGR hodowla. Po wybarwieniu w rozmazie krwi obwodowej można dostrzec wtręty (morule) wewnątrz granulocytów. Lekiem z wyboru jest doksy cycykлина 2 x 0,1 stosowana doustnie, czas terapii nie został wyraźnie określony, a przy braku przeciwwskazań sugerowany to 10 dni. Również azytromycyna może być stosowana w leczeniu anaplazmozy w dawce 0,3 x 2 przez 7–10 dni (dzieci 10 mg/kg m.c.; maks. 0,3). Poprawa kliniczna następuje po 1–2 dniach terapii. Nie obserwowano nawrotów ani infekcji przewlekłych. W chwili obecnej nie są znane żadne swoiste formy profilaktyki (1, 15, 22, 29).

Interesujące wyniki badań zaprezentowano w pracy opartej na badaniach przeprowadzonych wśród pacjentów z terenów północno-wschodniej Polski, u których w okresie do 4 tygodni po ukąszeniu przez kleszcza wystąpiła gorączka > 38°C. W grupie 68 pacjentów świeżą infekcję tym patogenem potwierdzono u 2 osób, a u 4 (6%) pacjentów stwierdzono kontakt z *A. phagocytophilum*, u 49 rozpoznano KZM, boreliozę z Lyme u 16 obserwowanych. Stwierdzono również kilka przypadków koinfekcji (15). W innej pracy wykazano, że u pracowników leśnych z tego terenu odsetek osób seropozytywnych wynosi 9,1%, podczas gdy u krwiodawców osiąga 2,0% (14).

Tularemia

Jest chorobą odzwierzęcą wywoływaną przez Gramujemne, wewnątrzkomórkowe bakterie *Francisella tularensis*, namnażające się w komórkach śród błonka i leu-

kocytach. Obecnie w Polsce występuje rzadko. Jednak wg danych PZH, w latach 2005–2009 zarejestrowano 15 zgłoszeń tej choroby (11). Tularemia może przebiegać w postaci wrzodząco-węzłowej, węzłowej, anginowej, oczno-węzłowej, płucnej, brzusznej i septycznej. Często kojarzy się ją z myślistwem, służbami weterynaryjnymi, pracą przy obróbce mięsa dzikich zwierząt, a pomija ryzyko związane z ukąszeniem kleszczy lub krwiopijnych owadów. W tym wypadku materiałem zakaźnym są ślina i odchody (9, 22).

Choroba rozpoczyna się nagle, po kilkudniowym okresie wylegania (3–10 dni), wzrostem temperatury ciała z dreszczami, silnymi bólami głowy, mięśni, uczuciem rozbicia. W miejscu ugryzienia początkowo pojawia się grudka, która następnie przekształca się w ropiejący pęcherzyk, a w końcu w bolesne owrzodzenie o wałowatych brzegach. Bolesnemu powiększeniu ulegają regionalne węzły chłonne, często ulegające ropieniu, które stają się dominującym objawem choroby. Wyniki podstawowych badań laboratoryjnych nie są charakterystyczne. Rozpoznanie tularemii może być trudne, a leczona niewłaściwie może się przewlekać. W przypadkach zachorowań o opisanej symptomatologii warto pamiętać o możliwości wystąpienia tej rzadkiej choroby. Opracowanie materiału pobranego od pacjenta powinno być prowadzone w laboratoriach posiadających trzeci poziom bezpieczeństwa z powodu znacznej zakaźności zarazka. Hodowla rzadko daje dodatnie wyniki (ok. 10%).

Diagnostyka tularemii

Najczęściej w diagnostyce tularemii wykorzystuje się odczyny serologiczne: aglutynacji, hemaglutynacji, immunofluorescencji, ELISA, Immunoblot i PGR. Przeciwciała są zwykle wykrywalne ok. dwa tygodnie po wystąpieniu objawów i utrzymują się długo, dlatego dla wykazania świeżej infekcji wskazane jest dwukrotne pobranie materiału od chorego (serokonwersja lub czterokrotny wzrost miana przeciwciał). Lekami z wyboru są streptomycyna i gentamycyna stosowane przez 10 dni. W drugim rzucie mogą być stosowane doksy cycykлина 2 x 0,1 dożylnie przez 2–3 tygodnie, fluorochinolony (1, 9, 20, 22, 27).

Babeszjoza

Jest spowodowana zarażeniem erytrocytów przez pierwotniaki z rodzaju *Babesia*. Kleszcze są nie tylko wektorem, ale również ważnym ogniwem w cyklu rozwojowym pasożyta. Zarażenie stawonogów może przenosić się transowarialnie. Do zarażenia człowieka dochodzi poprzez kontakt ze śliną kleszcza, jak również przez przetoczenie zainfekowanej krwi.

W Europie pierwsze zachorowania ludzi opisano w 1957 r. w Jugosławii. Od tego czasu obserwowano kilkadziesiąt potwierdzonych przypadków wywołanych w większości przez gatunek *B. divergens* lub gatunek

dotychczas nienazwany typu EU1 (*European Union*). Patogenna jest również *B. microti* i różniące się od niej WA1, MO1, CA1, które wywołują zarażenia w Ameryce Północnej (22, 24). Na terenie naszego kraju w badaniach serologicznych u pracowników leśnych wykryto przeciwciała IgG przeciw *B. microti* u 5 (4,4%) z 114 badanych (21). Uwagę zwraca opublikowany w 2010 r. przypadek zakażenia *Babesia EU1*, z bardzo niską parazytemią, który wystąpił na terenie Polski (28).

Objawy choroby

Przebieg kliniczny babeszjozy może przypominać malarię, a ciężkość objawów jest zróżnicowana: od bezobjawowej parazytemii do przypadków zakończonych zgonem. Dolegliwościami zgłaszanymi przez pacjentów są: gorączka, dreszcze, obfite pocenie, bóle mięśniowo-stawowe, nudności, wymioty, utrata sił. W badaniu fizykalnym mogą wystąpić wzrost temperatury ciała, hepatosplenomegalia, żółtaczka. W badaniach dodatkowych stwierdza się anemię spowodowaną hemolizą krwinek czerwonych, ze wzrostem liczby retikulocytów, trombocytopenię, wzrost aktywności aminotransferaz, podwyższony poziom mocznika i kreatyniny. Wśród powikłań należy wymienić DIC, ARDS, niewydolność nerek i krążenia. Zagrożający życiu przebieg choroby częściej występuje u osób z obniżoną odpornością: zakażonych HIV, po splenektomii, z chorobą nowotworową, w podeszłym wieku. Zarówno u leczonych, jak i nieleczonych parazytemia może się utrzymywać w czasie lub nawracać.

Diagnostyka opiera się na barwionych metodą Giemmy rozmazach krwi obwodowej. Dostępne są metody pośredniej fluorescencji, wykrywające przeciwciała IgM i IgG, a także badania genetyczne (PCR). Leczenie prowadzi się terapią skojarzoną. Stosowane są preparaty chininy, klindamycyna, azytromycyna i atowakwon (21, 25, 28, 29).

Lek. Anna PRZYBYŁA,
lek. Magdalena WIERZCHOWSKA-OPOKA
Katedra i Klinika Chorób Zakaźnych,
Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Kierownik prof. dr hab. med. Roma MODRZEWSKA

PIŚMIENNICTWO

- 1) Brouqui P., Bacellar F., Baranton G. i wsp.: *Guidelines for the diagnosis of tick-borne bacterial diseases in Europe*. Clin. Microbiol. Infect., 2004 Dec; 10(12):1108-32.
- 2) Buczek A.: *Budowa organu Hallera u Ixodes ricinus i Hemophysalis inermis* Birula. „I Seminarium. Stawonogi pasożytnicze, alergogenne i jadowite – znaczenie medyczne i sanitarne”. Wyd. KGM, Kazimierz Dolny 1999; 121.
- 3) Buczek A.: *Fizjologia kleszczy (Acari: Ixodida) w pasożytniczej fazie cyklu życiowego*. „I Seminarium. Stawonogi pasożytnicze, alergogenne i jadowite – znaczenie medyczne i sanitarne”. Wyd. KGM, Kazimierz Dolny 1999; 119.
- 4) Buczek A.: *Roztocze (Acari) pasożytnicze i alergogenne – biologia, ekologia, szkodliwość*. „I Seminarium. Stawonogi pasożytnicze, alergogenne i jadowite – znaczenie medyczne i sanitarne”. Wyd. KGM, Kazimierz Dolny 1999; 11-23.
- 5) Chmielewski T., Tylewska-Wierzbianańska S.: *Występowanie przeciwciał swoistych dla Borrelia burgdorferi u ludzi zdrowych na terenie Polski*. Przegl. Epidemiol., 2002; 56(1):33-8.
- 6) Czajka H., Wysocki J.: *Szczepienia w profilaktyce chorób zakaźnych*. Vademecum. Wyd. Help-Med., Kraków 2010; 54-55.
- 7) Czupryna P., Moniuszko A., Pancewicz S. i wsp.: *Tick-borne encephalitis in Poland in years 1993-2008 – epidemiology and clinical presentation. A retrospective study of 687 patients*. Eur. J. Neurol., 2010, Dec 12., doi: 10.1111/j.1468-1331.2010.03278.x.
- 8) Demicheli V., Debalini M.G., Rivetti A.: *Vaccines for preventing tick-borne encephalitis*. Cochrane Database Syst. Rev., 2009, Jan 21;(1):CD000977.
- 9) Dennis D.T., Inglesby T.V., Henderson D.A. i wsp.: *Tularemia as a biological weapon: medical and public health management*. JAMA, 2001, Jun 6; 285(21): 2763-73.
- 10) Donoso Manthke O., Shadler R., Niedrig M.: *A survey on cases of tick-borne encephalitis in European countries*. Euro. Surveill., 2008; 13(17).
- 11) Epimeld (PZH): *Choroby zakaźne w Polsce*. Biuletyn roczny z lat 2006-2009.
- 12) Flisiak R.: *Zapytaj eksperta. Choroby odkleszczowe*. Med. Prakt. Pediatria, 2006; 3:99-102.
- 13) Flisiak R., Pancewicz S.: *Diagnostyka i leczenie borelioz z Lyme*. Rekomendacje PTEiLChZ dostępne na stronie <http://infekcje.mp.pl/wytyczne>.
- 14) Grzeszczuk A., Stańczak J., Kubica-Biernat B. i wsp.: *Human anaplasmosis in north-eastern Poland: seroprevalence in humans and prevalence in Ixodes ricinus ticks*. Ann. Agric. Environ. Med., 2004; 11(1):99-103.
- 15) Grzeszczuk A., Ziarko S., Kovalchuk O. i wsp.: *Etiology of tick-borne febrile illnesses in adult residents of North-Eastern Poland: report from a prospective clinical study*. Int. J. Med. Microbiol., 2006, May; 296 suppl. 40:242-9.
- 16) Grzeszczuk A.: *Borelioza w praktyce klinicznej*. Wyd. PZWL, Warszawa 2009.
- 17) Gut W., Prokopowicz D.: *Półwiecze odkleszczowego zapalenia mózgu w Polsce*. Przegl. Epidemiol., 2002; 56(1):129-35.
- 18) Jastrzębska L., Roliński J.: *Immunologia oddziaływań w układzie żywiciel-kleszcz: mechanizmy wywalanej przez kleszcze immunosupresji*. Stawonogi, interakcje paszyt-żywiciel. Red. Buczek A., Błaszczak C., Wyd. Liber, Lublin 2004, 109-18.
- 19) Makówka A., Gut W., Stefanoff P.: *Obecność RNA wirusa kleszczowego zapalenia mózgu w kleszczach Ixodes ricinus jako narzędzie oceny zasięgu obszarów endemicznych i czułości nadzoru nad zachorowaniami na KZM*. Przegl. Epidemiol., 2009; 63(3): 377-380.
- 20) Moniuszko A., Pancewicz S.A., Czupryna P. i wsp.: *Pośtać węzłowa tularemii po pokluciu przez stawonogi – opis przypadków*. Przegl. Epidemiol., 2010; 64(1):73-5.
- 21) Pancewicz S., Moniuszko A., Bieniarz E. i wsp.: *Anti-Babesia microti antibodies in foresters highly exposed to tick bites in Poland*. Scand. J. Infect. Dis., 2011, Mar; 43(3):197-201.

22) Prokopowicz D.: *Choroby przenoszone przez kleszcze*. Wyd. Fundacji PB Büchnera, Warszawa 1995.

23) Prokopowicz D.: *Profilaktyka odkleszczowego zapalenia mózgu*. [W:] *Stawonogi w medycynie*. Red. Buczek A., Blaszcak C., Wyd. Liber, 295-9.

24) Siński E.: *Biologia i naturalne źródła zarażenia *Babesia* sp. u ludzi*. *Stawonogi i żywicieli*, red. Buczek A., Blaszcak C., Wydawnictwo Liber, Lublin 2003, 249-61.

25) Stańczak J.: *Kleszcze (Acari, ixodidae) jako przenosiciele patogenów rozwijających się chorób infekcyjnych i inwazyjnych (emerging infectious diseases) na terenie Polski*. Rozprawa habilitacyjna, Gdańsk 2006.

26) Stefanoff P., Eidson M., Morse D.L. i wsp.: *Evaluation of tick-borne encephalitis case classification in Poland*. *Euro. Surveill.*, 2005; 10(1):23-5.

27) Świtaj K, Olszyńska-Krowicka M., Zarnowska-Prymek H. i wsp.: *Tularaemia after tick exposure – typical presentation of rare disease misdiagnosed as atypical presentation of common diseases: a case report*. *Cases J.*, 2009, Jul, 31;2:7954

28) Welc-Falęciak R., Hildebrandt A, Siński E.: *Co-infection with *Borrelia* species and other tick-borne pathogens in humans: two cases from Poland*. *Ann. Agric. Environ. Med.*, 2010, Dec; 17(2):309-13.

29) Wormser G.P., Dattwyler R.J., Shapiro E.D., i wsp.: *The clinical assessment, treatment, and prevention of Lyme disease, human granulocytic anaplasmosis and babesiosis: clinical practice guidelines by the Infectious Diseases Society of America*. *Clin. Infect. Dis.*, 2006 Nov, 1; 43(9):1089-134.

Czy selen jest lekarstwem?

Odpowiadając na postawione w tytule pytanie, od razu należy stwierdzić, że selen nie jest lekarstwem, ale powszechnie uważa się, że jego niedobór w organizmie może prowadzić do rozwoju niektórych chorób, a jego pobieranie – u osób z niedoborem (niskie stężenie w krwi) – może niektórym chorobom zapobiegać.

Selen jest pierwiastkiem śladowym, tzn., że występuje w organizmie w niewielkich, śladowych ilościach. Pierwiastek ten został odkryty w 1817 r. przez szwedzkiego chemika i lekarza, J.J. Berzeliusa. Od tej daty, przez ponad 100 lat, był on prawie niezauważany przez naukowców. Na przełomie lat 1930/40 sądzono, że selen jest pierwiastkiem toksycznym i rakotwórczym. Taka interpretacja była związana z faktem, że naukowcy źle interpretowali wyniki swoich badań. Dopiero w 1957 r. amerykański uczone, Klaus Schwarz i współpracownicy wykazali, że tzw. czynnik 3, wyizolowany ze sproszkowanej nerki, dodany do paszy, zapobiega martwicy wątroby u szczurów i skazie wysiękowej u drobiu. Głównym składnikiem tego czynnika był selen. Odkrycie to dowiodło, że selen jest niezbędny do prawidłowego funkcjonowania tkanek i wzrostu organizmu, a jego niedobór prowadzi do uszkodzenia komórek. W późniejszych latach wykazano, że niedobór selenu u jagniąt i cieląt prowadzi do rozwoju pokarmowej dystrofii mięśni, a u dorosłych zwierząt do poronień i upadków. U młodych świń niedobór selenu był przyczyną choroby morwowatego serca. Dodatek selenu do paszy zapobiegał rozwojowi tych chorób, ale nie cofał zmian w już uszkodzonych narządach.

Selen jest także pierwiastkiem toksycznym. Zatrucia selenem obserwowano u zwierząt gospodarskich, które przez dłuższy czas spożywały rośliny zawierające toksyczne ilości selenu. Chorobami tymi były między innymi choroba alkaliczna i błędna kołowaczna. Ostatnio na świecie obserwuje się głównie choroby związane z niedoborem selenu, bardzo rzadko z zatruciem (z wyjątkiem zatruc przypadkowych).

Najczęstszymi chorobami związanymi z niedoborem selenu u ludzi są: nowotwory złośliwe, choroby sercowo-naczyniowe i niektóre inne, mniej udokumentowane. Na przełomie lat 1960/70, w badaniach przeprowadzonych na terenie USA, wykazano, że u osób mieszkających w stanach, w których gleba miała niską zawartość selenu i ludność spożywała mało tego pierwiastka, zapadalność i umieralność na raka różnych narządów była wyższa niż u mieszkańców stanów bogatoselenowych, spożywających artykuły bogatsze w selen. Podobne obserwacje otrzymano w badaniach ludności mieszkańców ponad 20 innych krajów. Wykazano, że u ludzi spożywających żywność ubogoselenową stężenie selenu w krwi było niższe niż w grupach odżywiających się artykułami zawierającymi wyższe ilości selenu i, że u chorych na raka stężenie selenu w krwi było znamienne niższe niż w grupie osób zdrowych. Wyniki badań przeprowadzone w kilku prowincjach Chin (regiony ubogoselenowe) również potwierdziły istnienie zależności pomiędzy niskim stężeniem selenu w krwi, a zachorowalnością i umieralnością na raka wątroby, żołądka i przełyku.

W badaniach wykonanych w końcu lat 1990. Clark i wsp. (USA) wykazali, że u ludzi, którym podawano przez okres około 10 lat po 200 µg selenu dziennie (w postaci drożdży bogatoselenowych), zapadalność i umieralność na raka płuc, jelita grubego i gruczołu krokowego była (w sumie) o 50% niższa niż w grupie otrzymującej drożdże bezselenowe (placebo). Stężenie selenu w osoczu krwi osób pobierających selen było o około 70% wyższe w porównaniu grupą przyjmującą placebo. Badania wykonane w ostatnim ćwierćwieczu wykazały, że minimalne dzienne zapotrzebowanie na selen u ludzi wynosi od 55 (kobiety) do 70 µg (mężczyźni), co odpowiada około 1 µg Se/kg masy ciała. Wielu naukowców sądzi jednak, że człowiek powinien spożywać w diecie taką ilość selenu, aby jego stężenie w krwi wynosiło około 100 µg/ml. W wielu krajach europejskich stężenia te

wynoszą od 50 do 70 µg/ml. Selen cechuje się wąskim zakresem bezpieczeństwa pomiędzy dawką niedoborową i toksyczną. Uważa się, że codzienne pobieranie selenu u ludzi nie powinno przekraczać dawki 600 µg.

Spośród chorób sercowo-naczyniowych niska zawartość selenu w organizmie może prowadzić do endemicznej, młodzieńczej kardiomiopatii (tzw. choroba Keshan), nieendemicznej kardiomiopatii, innych chorób sercowo-naczyniowych, wśród nich zawału serca. Choroba Keshan jest schorzeniem występującym na terenie Chin (region Keshan, gleba ma krytycznie niską zawartość selenu) i dotyczy głównie dzieci w wieku do 15. roku życia oraz kobiet w okresie płodności. Osoby, u których stwierdzano tę chorobę spożywały codziennie około 11 µg selenu, a stężenie w krwi wynosiło 8–10 µg/ml. Na początku lat 1970. zaczęto dzieciom podawać profilaktycznie selen. Początkowo liczba zachorowań i zgonów zmniejszyła się, a po kilku latach śmiertelność z powodu tej choroby została wyeliminowana. Opisane są przypadki kardiomiopatii u osób odżywianych pozajelitowo. Ponieważ płyny odżywcze nie zawierały selenu, dochodziło do drastycznego obniżenia stężenia pierwiastka we krwi i do rozwoju choroby. Z powodu późnego rozpoznania przyczyny, doszło do uszkodzenia mięśnia sercowego i podanie selenu nie pozwoliło na utrzymanie chorych przy życiu. Należy pamiętać, że selen nie jest lekiem, nie leczy choroby, on może jej jedynie zapobiegać.

W innych chorobach serca obserwuje się również niskie stężenie selenu w krwi. Fińscy naukowcy wykazali istnienie zależności pomiędzy niskim stężeniem selenu w krwi, a ryzykiem śmierci z powodu zawału mięśnia sercowego. Wykazali także, że u ludności mieszkającej w tych częściach kraju, w których zawartość selenu w glebie jest niska (Finlandia jest krajem o najniższej w Europie zawartości selenu w glebie), częstość występowania zawału serca jest 2-krotnie wyższa w stosunku do ludności zamieszkującej regiony o wyższej zawartości selenu w glebie.

Wielu autorów zwraca uwagę, że w niektórych innych stanach chorobowych (mukowiscydoza, zaćma, choroby wirusowe – AIDS, HBV, przewlekła choroba nerek) stężenie selenu w krwi jest niższe w porównaniu z osobami zdrowymi. Również w niektórych stanach fizjologicznych jak np. ciąża, karmienie piersią, stężenie selenu jest niskie, gdyż część tego pierwiastka matka przekazuje rozwijającemu się płodowi lub wydziela z mlekiem. W takich stanach zaleca się podawanie preparatów selenowych.

Artykuły żywnościowe są dla człowieka i zwierząt głównym źródłem selenu. Pierwiastek ten jest wbudowany do białek w postaci aminokwasów: selenocysteiny – w białkach zwierzęcych i selenometioniny – w białkach roślinnych. Ilość selenu wbudowana do białek roślinnych jest bardzo zróżnicowana, zależnie od regionu, w którym zboża i rośliny były hodowane lub skąd pochodziła

pasza, którą zwierzęta były karmione (z Ameryki Północnej – wysoka zawartość selenu, z Europy – od 8 do 10 razy niższa zawartość pierwiastka). Zawartość selenu w glebie różnych krajów jest bardzo zróżnicowana: jest niska w Finlandii, Nowej Zelandii i w regionie Keshan, natomiast wysoka w Ameryce Północnej, Wenezueli i niektórych innych krajach Ameryki Południowej. Gleby krajów europejskich są raczej ubogie w selen. Wobec powyższego ilość selenu spożywana w diecie przez ludzi zależy od miejsca zamieszkania. Mieszkańcy USA i Kanady pobierają codziennie od około 70 do ponad 200 µg, Wenezueli – ponad 200 µg. Stosunkowo małą ilość selenu pobierają mieszkańcy krajów europejskich (od 30 do 60 µg). Badania mojego zespołu wykazały, że w Polsce ilość selenu pobierana codziennie z pokarmem wynosi około 40 µg. Bogatym źródłem selenu są „owoce” morza, ryby, potrawy mięsne i jaja. Czosnek oraz orzechy brazylijskie są także bogatym źródłem selenu. Warzywa i owoce cechują się niską zawartością tego pierwiastka. Wykazano, że mieszkańcy Japonii, z powodu spożywania dużej ilości ryb i owoców morza pobierają codziennie od 100 do 160 µg selenu. Selen organiczny (białka, drożdże wzbogacone w selen) jest bezpieczniejszy i lepiej przyswajalny niż selen nieorganiczny.

Biologiczna rola selenu polega na działaniu białek, do których pierwiastek jest wbudowany. Wykazano to w 1973 r., niezależnie w dwóch ośrodkach: w Tubingen (Niemcy) i w Wisconsin (USA). Wykazano wówczas, że selen wchodzi w skład centrum aktywnego peroksydazy glutationowej – enzymu, który rozkłada szkodliwe dla komórek: nadtlenek wodoru i nadtlenki organiczne. W tej chwili znanych jest 5 peroksydaz glutationowych i w sumie około 30 selenobiałek. Funkcją peroksydaz jest rozkład nadtlenków. Enzymy te, we współdziałaniu z innymi układami antyoksydacyjnymi, chronią organizm przed działaniem reaktywnych form tlenu (RFT). RFT są nieustannie produkowane w organizmie i uszkadzają między innymi DNA, białka i składniki lipidowe błon komórkowych. Ciągłe uszkodzanie tych składników jest między innymi przyczyną rozwoju niektórych chorób, takich jak np. nowotwory złośliwe.

Dr Jeejeebhoy (Toronto, Kanada) radzi: „*Pierwiastki śladowe powinno się brać od początku, bez czekania na pojawienie się objawów ich niedoboru*”. Wielu specjalistów zajmujących się selenem stosuje się do tej zasady.

Bronisław ZACHARA

Prof. dr hab. med. Bronisław ZACHARA zajmuje się metabolizmem selenu u ssaków od ponad 30 lat. Był kierownikiem Katedry Biochemii w WAM w Łodzi, ATR i AM w Bydgoszczy. Obecnie jest rektorem Wyższej Szkoły Nauk o Zdrowiu w Bydgoszczy i wykładowcą biochemii w tej szkole. Adres internetowy: bronzach@yahoo.com, bron-zach1@gmail.com

(przedruk z biuletynu „Primum non Nocere” nr 2/10)

Medycyna podróży

Z Anną NOWOSAD-SUGIER, lekarzem certyfikowanym Ośrodka Medycyny Podróży rozmawia Jerzy Jakubowicz

Medycyna podróży dotyczy nie tylko turystyki.

Oczywiście. Zajmuje się nie tylko turystami wyjeżdżającymi do różnych krajów Europy i świata, ale także przyjeżdżającymi do Polski. Odrębną grupę stanowią osoby wyjeżdżające do pracy za granicę. [...]*

Co należy zrobić, aby uzyskać odpowiednie uprawnienia?

Pod patronatem Instytutu Medycyny Morskiej i Tropikalnej w Gdyni zostały przeprowadzone szkolenia uprawniające do prowadzenia szczepień. Pierwsza grupa przeszkolonych lekarzy podjęła już pracę w ośrodkach medycyny podróży, ale w związku z dużym zapotrzebowaniem na wykwalifikowanych w tych zagadnieniach lekarzy rozpoczął się drugi cykl szkoleniowy.

Jakie zagrożenia wynikają z podróży do krajów o odmiennych warunkach klimatycznych?

Mamy szereg zagrożeń, z czego podróżni z reguły nie zdają sobie sprawy. Traktują podróż jako odskocznik od szarej codzienności. Niestety, bywa, że z wakacji oprócz pięknych wspomnień przywożą też przykre problemy zdrowotne. Najgroźniejsze są podróże w te rejony świata, gdzie występuje malaria – do Indii, Wietnamu, południowych Chin, południowej Ameryki. Jak dotychczas, nie wynaleziono szczepionki przeciwko malarii, na szczęście jest dobry lek doustny Malarone. Lek ten nie daje specjalnych objawów ubocznych i – co ważne dla niektórych turystów – można przy jego stosowaniu opalać się i pić alkohol. Komary, które przenoszą zarazki malarii, możemy odstraszać aerozolami z dużą zawartością DDT, stosując moskitery, nosząc odzież w jasnych kolorach.

Dużym problemem są biegunki występujące w czasie podróży.

To tzw. biegunki podróżne, których przyczyny są złożone. Przede wszystkim dochodzi do zmiany żywienia, tu szczególnie niebezpieczna może być woda zanieczyszczona bakteriami coli. Profilaktyka polega na jedzeniu gotowanych potraw i piciu wody z zapieczętowanych butelek oraz niespożywaniu lodów. Jeżeli już wystąpi biegunka, warto mieć ze sobą leki, np. Xifaxan – tabl. 200 mg (antybiotyk z grupy rifamycyn) podawany dorosłym i dzieciom powyżej 12 r. ż. w dawce 1 tabl. dziennie oraz gastrolit, który uzupełnia niedobory wodno-elektrolitowe. Powszechne przekonanie, że 1 kieliszek wódki dobrze nam zrobi, w przypadku biegunki nie sprawdza się.

Należy pić dużo wody, małymi łykami, ze znanego źródła pochodzenia.

Jakie szczepienia należy wykonać przed wyjazdem?

Planując podróż, powinniśmy skontaktować się z lekarzem medycyny podróży, aby można było wykonać szczepienia obowiązkowe i zalecane. W czasie jednej wizyty w gabinecie zabiegowym możemy wykonać nawet cztery szczepienia. Pamiętajmy, że tych szczepień jest dużo, m. in. WZW typ A, WZW typ B, dur brzuszny, polio, krztusiec, tężec, dyfteryt. Planując wyjazd do krajów Afryki Środkowej czy Ameryki Środkowej lub Południowej, trzeba pamiętać, że tam obowiązkowe jest szczepienie przeciwko żółtej febrze; bez ważnego zaświadczenia możemy zostać nie wpuszczeni do tych państw. Podobnie obowiązkowe jest szczepienie przeciwko meningokokom przed podróżą do Arabii Saudyjskiej.

Jak należy dokumentować wykonanie szczepień ochronnych?

Wydajemy tzw. żółtą książeczkę, odnotowane w niej są informacje o rodzajach wykonanych szczepień, jak również o terminach, kiedy szczepienie należy powtórzyć. Informacje te podane są w języku angielskim i francuskim, a każda adnotacja o szczepieniu zawiera podpis i pieczęć lekarza. Książeczkę z informacją o szczepieniach najlepiej trzymać razem z paszportem. Pamiętajmy, że szczepienia ochronne wykonujemy nie tylko przy podróżach do krajów tropikalnych, ale niektóre również przy podróżach do krajów europejskich (WZW typ B, błonica, tężec).

Czy są przeciwwskazania do wyjazdów z dziećmi na piękne i słoneczne plaże Egiptu czy Tunezji?

Dziecko do 2 lat powinno przebywać w pobliżu swojego stałego miejsca zamieszkania, gdzie w każdej chwili może skorzystać z pomocy lekarza, który się nim opiekuje. Nie będzie zresztą nic pamiętać z atrakcji, które zafundują mu rodzice, a taka podróż może narazić je na kłopoty zdrowotne.

Czy biura podróży zainteresowane są propagowaniem informacji o medycynie podróży?

Biura podróży w ogóle nie są zainteresowane tego typu informacjami dla klientów. Obawiają się, że informacje o zagrożeniach zdrowotnych mogą odstraszyć część klientów. Dodatkowym antybodźcem jest to, że za szczepienia ochronne trzeba płacić ze swojej kieszeni (często ponad 500 zł), co znacznie podwyższa koszt wycieczki. Osobiście uważam, że jeżeli stać nas na atrakcyjną wycieczkę, to nie warto oszczędzać na zabezpieczeniu własnego zdrowia. Po prostu trzeba pojechać zdrowym i wrócić zdrowym z podróży.

Medycyna podróży z pewnością będzie się szybko rozwijać.

Coraz więcej ludzi w różnym wieku podróżuje, nie tylko w celach turystycznych. Niestety, znajomość zagadnień medycyny podróży u większości lekarzy jest małą, wręcz znikomą. Chcą pomagać, ale nie zawsze robią to dobrze, do błędnych decyzji dochodzi m. in. przy planowaniu szczepień ochronnych. Planując wycieczkę do

krajów egzotycznych, turysta powinien zgłosić się co najmniej 6 tygodni wcześniej do placówki medycyny podróży. Otrzyma tam informacje, czy nie ma przeciwwskazań zdrowotnych do wyjazdu, jakie szczepienia należy wykonać oraz jakie leki warto zabrać ze sobą

(przedruk z biuletynu „Medicus” nr 6–7/11)

* skrót pochodzi od Redakcji opolskiego biuletynu – JBL.

Józef Struś

500-lecie urodzin poznańskiego Struśka – najśłynniejszego polskiego lekarza epoki odrodzenia i lekarza królów

„Józef Struś, Poznańczyk, doktor filozofii i medycyny, tłumacz na język łaciński dzieł greckich, niegdyś profesor sztuki lekarskiej w Padwie, na żołądź weneckim. Odnowiciel nauki o pulsie, zapomnianej przez tyle wieków, potem lekarz najjaśniejszego pana, Zygmunta Augusta, króla polskiego. Zmarł w Roku Pańskim 1568, licząc lat 58” (treść zaginionej płyty nagrobnej Strusia).

Józef Struś (łac. Iosepho Struthio), zwany w Polsce Struśkiem (1510–1568), urodził się i zmarł w Poznaniu. Jego rodzicami byli Mikołaj (mielcarz, czyli słodownik) i Elżbieta, córka poznańskiego burmistrza. Często podaje się, że ojciec Strusia był piwowarem, co nie jest prawdziwe. Prawdopodobnie pod koniec XV w. nastąpił rozdział funkcji mielcarza (słodownika) od funkcji piwowara. Odtąd mielcarze przygotowywali słód dla browarów, ale sami piwa zwykle już nie warzyli.

Ukończył szkołę miejską przy kolegiacie Marii Magdaleny (znajdującą się przy obecnym placu Kolegiackim, zniszczoną w trakcie pożaru) oraz Wydział Humanistyczny (*facultas liberalium artium*) Akademii Lubrańskiego. Dyplom lekarza (1529 r.) oraz tytuł magistra sztuk wyzwolonych (1531 r.) uzyskał na Uniwersytecie Jagiellońskim. Następnie podjął studia medyczne w Padwie (1532–1535), gdzie uzyskał doktorat z filozofii i medycyny (1535 r.) oraz stanowiska profesora uniwersytetu (*explicator extraordinarius medicinae theoriae*). Wydaje się możliwe, że wykładów Strusia słuchał A. Wesaliusz (1514–1564), który w 1537 r. był w Padwie. W 1537 r. Struś przeniósł się do Krakowa, gdzie wykładał medycynę, a gdy nie otrzymał tam katedry medycyny, w 1541 r. wrócił do Poznania, gdzie został lekarzem Andrzeja Górki, starosty generalnego Wielkopolski oraz kasztelana poznańskiego i kaliskiego. Szybko jednak trafił z powrotem do Krakowa – tym razem wezwany w celu uleczenia księżniczki Izabelli, najstarszej córki króla Zygmunta Starego i królowej Bony Sforzy, przyszłej żony władcy Węgier Jana Zapolyi. Na prośbę uzdrowionej księżniczki Struś towarzyszył jej w podróży ślubnej na Węgry. Na Węgrzech zasłynął jako wybitny lekarz i prowadził – podobnie jak w Poznaniu – bardzo intratną praktykę prywatną. Jego sława była tak

wielka, że w 1540 r. został zaproszony do Konstantynopola na dwór sułtana osmańskiego, Sulejmana Wspaniałego (1494–1566). Jak wiadomo, Struś Sulejmana uleczył skutecznie (o czym świadczy fakt kolejnych 26 lat życia), za co został sownie wynagrodzony.

Z okresu jego pobytu na Węgrzech pochodzą liczne obserwacje dotyczące różnych rodzajów tętna. Struś zręby swojej nauki o tętnie tworzył już w okresie padewskim. Jeszcze wiele lat po odejściu z Padwy krążyły wśród studentów notatki z wykładów Strusia na temat tętna. Jego wieloletnie badania zostały następnie rozwinięte i podsumowane w opus magnum Strusia, wydanym w 1555 r. w Bazylei „*Nauka o tętnie ksiąg pięciorgo...*”. Przyniosło mu ono międzynarodową sławę i uczyniło najbardziej znaczącym polskim lekarzem epoki odrodzenia w Europie. Po powrocie do Poznania w 1541 r. Struś był człowiekiem bardzo majątnym (jednym z najbogatszych mieszkańców Poznania) i właścicielem kilku kamienic miejskich. Sam mieszkał w kamienicy przy Starym Rynku, na której dzisiaj znajduje się tablica pamiątkowa. W latach 1557–1559 przez dwie kadencje pełnił funkcję burmistrza Poznania. Król Hiszpanii Filip II zaproponował mu stanowisko nadwornego lekarza w Madrycie, jednak ten odmówił. Ciekawym faktem jest również i to, że król hiszpański ceniał Strusia niemal równie mocno jak Wesaliusza. Proponował mu stanowisko lekarza przybocznego w zamian za Wesaliusza, w czasie gdy ten ostatni starał się o wyjazd z Hiszpanii i powrót do Padwy. W każdym razie tu niejako po raz drugi (po Padwie) krzyżują się, już może nie tyle drogi życiowe, ile nazwiska tych dwóch lekarzy. W 1559 r. został mianowany lekarzem nadwornym króla Zygmunta Augusta. Struś był dwukrotnie bezdzietnie żonaty z Polikseną Ungerówną, a po jej śmierci z Katarzyną Strochówną. Zmarł w czasie epidemii dżumy w 1568 r. w Poznaniu, a pochowany został w podziemiach kolegiaty św. Marii Magdaleny (obecny plac Kolegiacki).

W Poznaniu Struś upamiętniony jest ulicą na Łazarzu i szpitalem swojego imienia – Wielospecjalistyczny Szpital Miejski im. Józefa Strusia.

Andrzej GRZYBOWSKI

(przedruk z biuletynu Wielkopolskiej Izby Lekarskiej nr 2/11)

W oparach postępu

INŻYNIER MAMOŃ PISZE E-RECEPTY

Postęp to znaczy lepsze, a nie tylko nowe

(FELIX LOPE DE VEGA Y CARPIO 1562–1635)

Wśród bitewnego zgiełku dobiegającego ze wszystkich izb naszego Parlamentu dosyć niepostrzeżenie przemknęła ustawa będąca, moim zdaniem, istotnym i niezbędnym elementem naprawy w obszarze zdrowia. Od wielu już lat, jak Katon domagający się zburzenia Kartaginy, piszę i mówię o konieczności wprowadzenia monitorowania ordynacji medycznej. Korzyści tego rozwiązania są tak oczywiste, że wymienianie ich byłoby poniżej poziomu Czytelnika „Leku w Polsce”, który przecież jest profesjonalistą i wie, o co chodzi. Tylko więc wypunktuję. Skończyłoby się wreszcie dublowanie leków wypisywanych przez 10 specjalistów w dobrej wierze i zgodnie z zasadami sztuki, no bo przecież i lekarz pierwszego kontaktu, i diabetolog, i nefrolog, i neurolog zapiszą pacjentowi z nadciśnieniem i cukrzycą oraz miażdżycą mniej więcej ten sam zestaw leków ze statyną i „prylem”. A że jest tych „pryli” i statyn na rynku dobrze ponad 100 – to w skrajnych przypadkach pacjent dostaje po kilka leków z tej samej grupy lub wręcz tych samych pod różnymi generycznymi nazwami. Biorąc pod uwagę wyraźną niechęć pacjentów do dzielenia się posiadaną wiedzą tajemną o branych przez siebie pigułkach (na zadawane pytanie o dotychczas stosowane leki słyszymy różne odpowiedzi: od rozbajającego – „*Nie wiedziałem, że to potrzebne – no, takie białe, okrągłe, ale nie pamiętam*”; przez kokieterijne – „*To naprawdę pana doktora to interesuje?*”; po podejrzliwe – „*A do czego taka informacja jest potrzebna?*” – gdy już wisi w powietrzu groźba ciągnięcia lekarza po sądach za złamanie ustawy o ochronie danych osobowych). Wiadomo, nawet pacjent musi być czujny, bo szpieg czał się wszędzie.... Zanikłby wreszcie typ pacjenta-wiewiórki, gromadzącego skarby z promocji za grosik, a później, po dwóch latach, wyrzucającego na śmietnik insuliny, za którą zapłaciliśmy budżetowe (czyli z podatków) 100–150 zł refundacji. Wreszcie niewątpliwie spadłaby liczba niebezpiecznych interakcji (wykrywanych też przez system) oraz działań niepożądanych, czy wręcz toksycznych, wynikających z nieświadomego przedawkowania leków o przedstawionym wyżej mechanizmie.

Rocznie wydajemy na leki ok. 40 mld. zł – myślę, że nie trzeba jakichś szalonych pieniędzy, aby ten strumień pieniędzy, może nie zmniejszyć, ale przekierować tam, gdzie wydaje się być bardziej potrzebny. Wiem, wiem, że głoszę herezję, bo przecież wszyscy (zwłaszcza opozycja) domagają się zwiększenia wydatków na zdrowie, a to w postaci podwyższenia podatku zwanego „skład-

ką zdrowotną”, a to wprowadzenia innych o różnych wdzięcznych, mylących i kojących nazwach.

A więc – od 18 maja obowiązuje ustawa o systemie informacji w ochronie zdrowia, która przewiduje utworzenie platformy internetowej – System Informacji Medycznych (SIM), składającej się z kilkudziesięciu rejestrów, która w pełni rozwoju będzie jedną z najpotężniejszych, publicznych baz danych w Polsce. Administratorem danych gromadzonych w rejestrach medycznych będzie minister zdrowia, zaś podmiot prowadzący medyczny będzie zobowiązany do poinformowania każdej osoby, której dane dotyczą i są przetwarzane, m. in. o celu i zakresie przetwarzanych danych, prawie dostępu do nich i ich poprawiania, o dobrowolności lub obowiązku podania danych, a jeżeli taki obowiązek istnieje, o jego podstawie prawnej. To ważne zabezpieczenie przed niekontrolowanym, często kryminalnym wpływem tych wrażliwych danych.

Co będzie w SIM-ie? Praktycznie wszystko, co potrzebne jest lekarzowi, pacjentowi i farmaceucie. Każdy pacjent będzie miał indywidualne konto medyczne. Znajdą się na nim najważniejsze informacje o jego schorzeniach. Będą zapisane leki – historia terapii, umożliwiającą ocenę jej skuteczności i eliminującą niebezpieczeństwo interakcji. Dzięki SIM oczywiście wszelkie kuriozalne, patologiczne zdarzenia typu hurtowe wypisywanie tabletek na potencję inwalidom wojennym lub, co gorsza, pacjentom od dawna... nieżyjącym, stanie się niemożliwe już na etapie wypisywania recepty, a z pewnością jej realizacji.

Ustawa zakłada utworzenie Elektronicznej Platformy Gromadzenia, Analizy i Udostępnienia Zasobów Cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych. Dzięki niej możliwy ma być dostęp do informacji o zrealizowanych i planowanych świadczeniach zdrowotnych oraz wymiana danych zawartych w elektronicznej dokumentacji w celu prowadzenia diagnostyki, wystawiania e-recept i skierowań. Co to oznacza w praktyce? W prosty sposób będzie można się umówić na wizytę lekarską, badania diagnostyczne, sprawdzić dostępność leku w aptece. System zablokuje „wielokolejkowość”, czyli zapisywanie się jednego pacjenta do kilku specjalistów czy szpitali jednocześnie, co powinno skrócić owe kolejki, często sztucznie rozdymane. Również rozliczenia między świadczeniodawcami a świadczeniobiorcami powinny znacznie się uprościć, bo na bieżąco będą wychwytywane nieprawidłowości czy błędy.

Kluczowym elementem systemu będzie Konto Internetowe e-Recepta, która w gruncie rzeczy jest internetowym notesem zawierającym pełne informacje o zleconych przez lekarza i wykupionych w aptecę le-

kach, w czasie rzeczywistym aktualizowane przez system dzięki połączeniu z placówkami medycznymi i aptekami. Wg oficjalnego portalu <http://www.e-recepta.gov.pl/>: „Posiadanie Konta Internetowego e-Recepta zwiększy bezpieczeństwo leczenia pacjenta, dzięki pojawiającemu się u lekarza i farmaceuty systemowi ostrzeżeń. W momencie zlecenia leków lub ich zakupu w aptece, systemy komputerowe lekarza oraz farmaceuty łączą się z systemem e-Recepta i sprawdzają na koncie pacjenta, czy aktualnie wydawane leki nie powodują interakcji lub reakcji uczuleniowych. Pacjent otrzyma od lekarza wydrukowaną komputerowo receptę, która będzie zawierać wszystkie potrzebne informacje, pozwalające na prawidłowe wydanie leków w aptecę. System e-Recepta posiadać będzie również elektroniczną bazę leków, dzięki czemu lekarz będzie mógł wybrać tańszy lek, a farmaceuta wskazać pacjentowi tańszy zamiennik (w przypadku, gdy lekarz nie zastrzegł zamiany leku). Dostęp do informacji o tańszych zamiennikach będzie możliwy również dla pacjenta na Koncie Internetowym e-Recepta”.

Malkontenci już straszą, że starsi, mniej wyrobieni informatycznie pacjenci zagubią się na bezdrożach cyberprzestrzeni. Tymczasem zarówno założenie, jak i korzystanie z systemu jest proste do bólu i przypomina korzystanie z karty kredytowej lub nawet sklepu internetowego, co przecież nie stanowi już większego problemu. Wpisujemy nazwę użytkownika, hasło, kod PIN (który będzie wydawany w placówkach medycznych i aptekach) – po wprowadzeniu takich danych system nadaje identyfikator, którym posługujemy się podczas wizyty; dzięki temu informacje zostaną przesłane bezpośrednio do systemu e-Recepta i znajdą się na Koncie Internetowym e-Recepta. W trakcie wizyty lekarskiej lekarz przepisze leki przy użyciu komputera i poprosi pacjenta o wprowadzenie kodu PIN. Pacjent otrzyma wydrukowaną receptę papierową, a jej odpowiednik w wersji elektronicznej zostanie przesłany do systemu e-Recepta. Farmaceuta w aptecę odczyta czytnikiem kodów kreskowych numer recepty oraz numer identyfikatora pacjenta. W ten sposób informacje o przepisanych lekach zostaną pobrane z systemu e-Recepta, a po wykupieniu leków odpowiednie informacje zwrótnie zostaną przesłane do systemu i na konto pacjenta. Proste? No właśnie. Aż dziwne, że jeszcze to nie funkcjonuje...

Należy podkreślić, iż zgodnie z postulatami Generalnego Inspektora Ochrony Danych Osobowych (GIODO) dostęp do informacji będzie mocno limitowany. W systemie centralnym będą jedynie identyfikatory, pozwalające na ściągnięcie danych pacjenta w szpitalu czy gabinecie lekarskim podczas wizyty, i to za każdorazową zgodą pacjenta, zaś dane osobowe będą zastrzeżone. Przetwarzać będzie można jedynie dane odpersonalizowane, np. dane epidemiologiczne. Przyjęcie tej ustawy osobiście stawiam wyżej od (hor-

rible dictu!) jesiennych jedno- lub dwudniowych zapasów w budyniu.

Jednak powinniśmy się spieszyć, bo zgodnie z dyrektywą o swobodnym wyborze kraju i miejsca leczenia przez pacjentów z krajów UE, przyjętą 19 stycznia br. przez Parlament Europejski, polskie apteki będą musiały nauczyć się realizować recepty wydane za granicą. Wprowadzie ma to nastąpić dopiero od 01.01.2014 r., ale wbrew pozorom – to niezbyt dużo czasu. Zgodnie z nowymi regulacjami, przepisane przez polskich lekarzy recepty będzie można realizować w całej UE i vice versa – recepty wystawione przez lekarzy z innych krajów pacjenci będą mogli realizować w polskich placówkach, pamiętając jednak, że zagranicą nadal nie będą obowiązywać polskie zasady refundacji leków (pacjent zapłaci za leki według 100% stawki, obowiązującej w danym państwie UE, ale dostanie zwrot w wysokości gwarantowanej jego ubezpieczeniem w kraju). Oznacza to, że pacjent będzie mógł wykupić leki np. w Holandii na receptę wystawioną w Polsce (obecnie polskich recept nie akceptują m. in. Finlandia, Wlk. Brytania, Irlandia, Austria czy Włochy; można zaś je realizować np. w Grecji i Portugalii oraz na Węgrzech).

Czasu mało, bo obecnie e-recepta ma niezbyt wielu zwolenników. Obowiązuje tu reguła inż. Mamonia z kultowego „Rejsu” Marka Piwowskiego (1970 r.), a podana przez niezapomnianego Zdzisława Maklakiewicza: „Proszę pana, ja jestem umysł ścisły. Mnie się podobają melodie, które już raz słyszałem. Po prostu. No... To... Poprzez... No reminiscencję. No jakże może podobać mi się piosenka, którą pierwszy raz słyszę”.

A więc wszyscy narzekają na dotychczasowy, XIX-wieczny system ordynacji lekarskiej, wszyscy białdą, że coś należy zmienić, ale gdy rusza program pilotażowy e-recepta, to chętnych do jego spróbowania mało. Jak donosi „Polska Głos Wielkopolski” (K. Sternal „Niewiele z receptą”, 18.05.11): Zaledwie 5100 recept zrealizowano w ramach systemu e-recepta w Lesznie i powiecie leszczyńskim. Prototyp projektu jest testowany od marca i jak do tej pory nie zyskał sobie wielu zwolenników. – Powodów może być kilka: brak informacji, ostrożne przyglądanie się, co z tego wyniknie, obawa przed wykonywaniem dodatkowej pracy – powiedział Leszek Sikorski, były minister zdrowia, obecnie dyrektor Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, odpowiedzialnego za przedsięwzięcie, przekonując, że mimo wszystko chętnych do korzystania z elektronicznego systemu wypisywania recept i ich realizacji będzie przybywać. Ustawa ma w pełni obowiązywać od 2017 r., i znowu: niby dużo czasu, ale biorąc pod uwagę ogrom prac przygotowawczych i wdrożeniowych, to już grunt zaczyna się palić pod nogami. Powróćmy zatem z przyszłości do 2011 r. – a tu pospolitość skrzeczy...

Sejm, jako najwyższa władza ustawodawcza, zajmuje się banalnym zagadnieniem, kto może uzupełniać braku-

jące dane na receptach. W przygotowanym projekcie nowelizacji ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentysty posłowie proponują, aby farmaceuta mógł na podstawie dokumentu tożsamości pacjenta wpisać brakujący adres chorego oraz PESEL. Na takie rozwiązanie nie zgadzają się sami aptekarze, uważając, że skoro lekarz źle wypisał receptę, to jego obowiązkiem jest skorygowanie błędu. Dodają, że sprzyjałoby to ich fałszowaniu: – *Jeżeli pacjent dostałby receptę bez numeru PESEL i adresu, to*

równie dobrze mógłby wpisać te dane sam – mówi Stanisław Piechula, prezes Śląskiej Izby Aptekarskiej.

Nie rozumiem – dlaczego aptekarze są na nie? Dlaczego ta logiczna regulacja ma sprzyjać fałszowaniu? Na pociechę zostaje mi aforyzm Alberta Einsteina: *Wszystko trzeba robić tak prosto, jak to tylko jest możliwe, ale nie prościej*. No właśnie.

Wojciech ŁUSZCZYŃA

(przedruk z „Lek w Polsce” vol. 21 nr 5/11)

Digitalni tubylcy

Digitalni tubylcy to generacja wychowana w świecie nowych technologii, 24-godzinnej telewizji, komputerów i całej masy cyfrowych gadżetów. Jeśli czegoś nie wiedzą, to raczej włączą laptopa i poszukają potrzebnych informacji w Wikipedii, niż sięgną po stojącą na półce encyklopedię, nie wspominając już o wybraniu się do biblioteki. Ich nauka wygląda zupełnie inaczej niż robiły to wcześniejsze generacje. Na tym tle powstaje wiele konfliktów. Rodzice wchodząc do pokoju swoich dzieci i widząc, że te rozmawiają z kimś na czacie, a jednocześnie słuchając muzyki i pisząc sms-y szukają w Wikipedii informacji na temat wojny trzydziestoletniej, nie chcą przyjąć do wiadomości, że ich dziecko właśnie się uczy¹. W ich rozumieniu w takim chaosie nauka nie jest możliwa i oni sami w opisanych warunkach nie umieliby pracować. Jednak w przypadku osób dysponujących innymi strukturami mózgowymi, jest to możliwe. Prędkość, zakres, i przede wszystkim głębokość zmian, jakie w niedługim czasie zaszły w ludzkich mózgach, całkowicie zaskoczyły neurobiologów. Wiadomo było, że ludzki mózg adaptuje się do istniejących warunków, ale nikt nie przypuszczał, że zmiany mogą zachodzić tak szybko.

Wszystko, co robimy, a szczególnie to, czemu poświęcamy dużo czasu, ma wpływ na strukturę sieci neuronalnej². Na tym polega plastyczność mózgu. Dlatego tak ważne jest odpowiednie stymulowanie dzieci i zachęcanie ich do różnorodnej aktywności. U osób, które w pierwszych latach swojego życia dużo się bawiły z rówieśnikami, rozwinęły się – a mówiąc precyzyjniej, ustabilizowały się – zupełnie inne połączenia neuronalne niż u tych, które kilka godzin dziennie, w samotności, biernie spędzały przed telewizorem lub zajmując się grami komputerowymi. Im więcej czasu spędzamy przed komputerem, tym mniej pozostaje go na kontakty z innymi ludźmi, a to ma negatywny wpływ na rozwój neuronów lustrzanych, bez których nie mogą się rozwijać kompetencje socjalne. Nikt z nas nie pamięta, kiedy nauczył się rozpoznawać uczucia innych osób. Często nawet nie zdajemy sobie sprawy z tego, jak ważną rolę odgrywa w życiu empatia. Widzimy czyjaś twarz i wiemy, czy ktoś jest smutny, szczęśliwy czy rozżalo-

ny. Prawidłowa diagnoza umożliwia adekwatne do sytuacji działanie. Dzięki prawidłowemu rozpoznaniu uczuć wiemy, co powiedzieć i jak się zachować. Umiejętność ta rozwija się jednak tylko poprzez kontakty z innymi ludźmi. Dziecko nabywa ją niejako automatycznie tylko dzięki temu, że wchodzi w interakcje z innymi osobami. Im więcej przeżytych różnych sytuacji, tym lepiej rozwinięta zdolność empatii i, co za tym idzie, mniejsze prawdopodobieństwo, tak typowej dla czasów rewolucji technologicznej, izolacji.

Jednak to, w jaki sposób spędzają czas małe dzieci, ważne jest nie tylko z uwagi na kompetencje socjalne, gra idzie o to, jakim potencjałem będziemy dysponować jako dorośli. Największa ilość połączeń nerwowych pojawia się w strukturach korowych w mózgach sześciolatków. Wszystko jest wtedy wzajemnie z sobą połączone. Natura jest dla naszych mózgów więcej niż szczodra, dostajemy więcej niż możemy wykorzystać. Jednak zachowane zostają tylko te połączenia, które są przez dzieci używane. Proces ten określa się jako stabilizację.

Jak długo dojrzewa mózg?

Naukowcy już od dawna zwracali uwagę na fakt, iż to właśnie nasz gatunek najdłużej opiekuje się potomstwem. Dziś wiadomo już, że dzieje się tak z uwagi na wyjątkowo długi proces dojrzewania mózgu. Badacze, którzy dzięki nowoczesnym technikom obrazowania mózgu mogli w ostatnim dziesięcioleciu prześledzić tempo rozwoju poszczególnych jego struktur, doszli do wniosku, że znaczące zmiany zachodzą znacznie dłużej niż początkowo przypuszczano. Dotyczy to szczególnie nastolatków, ale pewne struktury, np. ciało modzelowate, pełną dojrzałość osiągają dopiero po dwudziestym roku życia. Podobnie rzecz się ma z płatem czołowym, który odpowiada za emocje, samokontrolę czy ocenę własnej osoby. Rozwój znajdujących się tu połączeń neuronalnych w głównej mierze zależy nie od programu genetycznego, ale od zebranych doświadczeń³. Umiejętność mierzenia się z trudnościami, jakie przynosi życie, nie jest wrodzona, ale zależy od społecznego kontekstu, w jakim wyrasta młody człowiek i od relacji, jakie ma z innymi ludźmi. Zdaniem badaczy, nasz mózg w znacznie

większym stopniu niż przypuszczaliśmy jest organem socjalnym (z ang. social brain)⁴.

Codzienny kontakt z nowymi technologiami, powoduje zmiany w sieci neuronalnej, inspiruje neurotransmisję, wzmacnia określone połączenia neuronalne, a osłabia inne. Jak pokazują badania, czas spędzany przez dzieci przed telewizorami i przy komputerach ciągle się wydłuża, a to oznacza, że automatycznie skraca się czas, w którym poprzez kontakty z innymi ludźmi mogą rozwijać się kompetencje interpersonalne. Mózg dostraja się do potrzeb, a ponieważ do konsumowania programów telewizyjnych nie potrzeba nazbyt rozwiniętych struktur neuronalnych, te niewykorzystywane zostają zwykajnie usunięte.

Telewizja, komputery i internet a struktura mózgu

Trudno odpowiedzieć na pytanie, czy mózgi digitalnych imigrantów są lepsze od mózgów digitalnych tubylców. Obie grupy mają różne silne strony. Jednak już dziś badacze mózgu ostrzegają przed skutkami zbyt szybkiego i zbyt intensywnego kontaktu z nowymi technologiami. We wczesnym dzieciństwie następuje najszybszy rozwój mózgu. W tzw. okresach krytycznych tworzy się maksymalnie rozbudowana sieć połączeń neuronalnych mających wpływ na późniejsze życie, te wykorzystywane się stabilizują, a pozostałe zanikają. Dlatego tak ważne jest, w jakim środowisku wychowują się dzieci. Celem jest możliwie duża różnorodność bodźców, która pozwoli na pełne wykorzystanie ogromnego potencjału, jakim dysponuje każda normalnie rozwijająca się jednostka. Zrównoważony, harmonijny rozwój wymaga wielu rodzajów aktywności, wszelka jednostronność prowadzi do zubożenia struktur mózgowych. Niezmiernie ważną rolę odgrywają kontakty z innymi ludźmi, możliwość wchodzenia w interakcje, nawiązywanie różnorodnych relacji, wspólne przeżywanie radości, rozwiązywanie konfliktów czy współzawodnictwo z innymi. Wszystko to ma wpływ na strukturę naszych mózgów. Warto przy tym pamiętać, że równie ważne są relacje panujące w rodzinie, jak i kontakty z rówieśnikami. Dzięki nowoczesnym metodom neuroobrazowania wiemy dziś, jak ważne są np. doświadczenia zdobywane na podwórku podczas zabawy z innymi dziećmi. Mają one bowiem niebagatelny wpływ na to, jak będziemy układać nasze relacje z otoczeniem jako dorośli. To w okresie dzieciństwa powstają pewne typowe dla danej osoby sposoby reagowania na to, co dzieje się wokół nas. Doświadczenia zapisane zostają w sieci neuronalnej, tworząc niejako tory określające nasz sposób reagowania na to, co dzieje się wokół nas. Im bogatsze i bardziej różnorodne relacje i doświadczenia, tym więcej połączeń neuronalnych, które pozwalają wybrać optymalną do sytuacji reakcję. Aby radzić sobie dobrze z konfliktami w życiu dorosłym, trzeba najpierw nauczyć się rozwiązywać je na przysłowio-

wym podwórku. Pozbawianie dzieci możliwości zabawy z rówieśnikami ma negatywny wpływ na strukturę ich mózgów. Powinni o tym pamiętać rodzice, wożący dziś swoje dzieci z jednych zajęć na drugie.

Mózg równocześnie uczy się i rozwija, twierdzi Manfred Spitzer. *„Z współoddziaływania dojrzewiania i uczenia się wynikają między innymi okresy krytyczne, inaczej zwane sensytywnymi. Pojęcie to oznacza w neurobiologii rozwojowej odcinki czasu, w których musi dojść do określonych doświadczeń, aby nastąpiło opanowanie wybranych zdolności czy umiejętności. Jeśli się tak nie stanie, pewne zdolności czy umiejętności nie zostaną już nigdy opanowane.”*⁵ Dotyczy to również rozwoju mowy, której najszybszy rozwój przypada na pierwsze lata życia. Jeśli w pierwszych latach życia dziecko nie nauczy się mówić, to zdolność tę bezpowrotnie traci.

Małe dziecko rozumie jedynie to, co jego umysł potrafi przetworzyć. Słowa mają związek z otaczającym je światem, z tym, co widzi, słyszy i czuje. Mama mówi, że miś jest miękki i dziecko przez dotyk może poczuć znaczenie tego słowa. Słyszac, że woda jest ciepła, może to poczuć całym ciałem i odpowiednimi zmysłami. W procesie rozumienia mowy biorą udział słowa i zmysły. Dziecko słyszy, że ktoś jest zadowolony, czy smutny i widzi, jak taka osoba wygląda, jaki ma wyraz twarzy, jak się zachowuje, co mówi, jaki jest ton jej głosu. Jego mózg koduje nowe pojęcie z całym kontekstem, tzn. razem z „obrazem” radości czy smutku. Znaczenie takich słów jak twardy, miły, szorstki, gorący można sprawdzić empirycznie, a w mózgu małego „ucznia” powstają rozbudowane połączenia neuronalne łączące brzmienie słów z ich znaczeniem i z odpowiednimi doznaniem zmysłowymi. Ważne, że dziecko słyszac słowa, widzi mówiącego człowieka, odbiera więc nie tylko przekaz werbalny, ale i mimikę, gesty, nastrój. Słowa tworzą spójną całość z kontekstem sytuacyjnym, który jest dla niego zrozumiały jako całość. Dzieci rozumieją to, co potrafią przetworzyć ich mózgi, reszta jest szumem. Dlatego tak ważne jest, by kontekst, w który wplecione są słowa, w tym i nowe pojęcia, był dla dziecka zrozumiały, spójny, logiczny.

Zupełnie inaczej wygląda percepcja świata oglądanego w telewizji. Tu słowa nie łączą się z różnorodnymi doznaniem zmysłowymi, a w każdym razie ten związek nie jest tak wyraźny. Dziecko poddane jest wielkiej ilości chaotycznych, szybko zmieniających się dźwięków i obrazów, z których większości nie potrafi przetworzyć. *„Najgorsze, co może przytrafić się młodemu człowiekowi, to brak struktury. Jeśli reprezentacje powstają dzięki strukturom zawartym w doświadczeniu, to z tego wynika, że gdy struktura zewnętrzna będzie niewielka, to wewnętrzna nie będzie mogła powstać. (...) Ponieważ nigdy nie wiemy dokładnie i też nie możemy wiedzieć, czego dokładnie uczy się dziecko, to znaczy na jakim poziomie abstrakcji (jego) mózg z gąszczu doznań zmysłowych*

właśnie tworzy ogólne struktury, należy dla dziecka pomagać się jak największego zróżnicowania. Jednostronne doświadczenia prowadzą do jednostronnego myślenia.”⁶ Podobnie rzecz się ma z percepcją języka. O ile skojarzenia w realnym świecie są zazwyczaj oczywiste (Zobacz, jaki mały piesek!), to w przekazie telewizyjnym związek między słowami, a fenomenami, których dotyczą, nie jest już tak oczywisty. Tak więc rozwój mowy z pomocą mediów również przebiega inaczej, tzn. bardziej chaotycznie, niż w przypadku kontaktów z innymi ludźmi w świecie realnym.

Badanie przeprowadzone w 2005 roku przez Kaiser-Foundation i kalifornijski Uniwersytet Stanforda na próbie ponad dwóch tysięcy dzieci i nastolatków od ośmiu do osiemnastu lat wykazały, że średni dzienny kontakt z mediami różnego typu wzrósł w ciągu ostatnich pięciu lat z siedmiu godzin i dwudziestu minut do ośmiu godzin i trzydziestu trzech minut. Oznacza to, że dzisiejsze dzieci i nastolatki zajmują się mediami niejako na pełen etat. Skutkiem tego ich kontakty socjalne zostają mocno ograniczone, co z kolei wpływa na strukturę sieci neuronalnej. Kontakt z komputerem i internetowe poszukiwania prowadzą do wytworzenia nowych połączeń, ale jednocześnie pojawia się ryzyko, że inne, te które powstają tylko poprzez relacje z innymi ludźmi w świecie realnym, zostaną rozwinięte w niewystarczającym stopniu.

Szacuje się, że w USA około 20% młodych ludzi spełnia kliniczne kryteria patologicznego uzależnienia od internetu. Są oni w sieci tak często, że ma to negatywny wpływ na praktycznie wszystkie inne dziedziny ich życia. „Czternaście procent użytkowników internetu deklaruje, że czasami zaniedbują rodzinę, pra-

cę, a nawet zapominają o jedzeniu i spaniu, żeby tylko zostać online.” Badacze mózgu stawiają też hipotezę, zgodnie z którą przyczyną lawinowo rosnących przypadków autyzmu, może być zbyt wczesny i zbyt długi kontakt z mediami. Dzięki nowym metodom mamy dziś wgląd w sposób funkcjonowania mózgu. Jesteśmy dopiero na początku drogi, ale to, co już wiemy, każe nam chronić małe dzieci przed mediami. Zdaniem niemieckiego psychiatry i neurobiologa Manfreda Spitzera, telewizja, niezależnie od treści, jest dla mózgów małych dzieci trucizną. Pozwólmy maluchom na zabawę, rozmawiajmy z nimi, opowiadajmy im bajki, pozwólmy, by jak najwięcej czasu spędzały w ruchu, bo okazuje się, że właśnie wtedy, najpełniej rozwija się potencjał ich mózgów.

dr Marzena ŻYLIŃSKA

1) W ten sposób opisują digitalnych tubylców Gary Small i Gigi Vorgan, autorzy książki „iBrain. Wie die neue Medienwelt das Gehirn und die Seele unserer Kinder verändert”, tytuł amerykańskiego oryginału „iBrain. Surviving the Technological Alteration of the Modern Mind” Harper Collins Publishers, New York, 2008.

2) Manfred Spitzer, Musik im Kopf, Schattauer Verlag, Stuttgart 2009, str. 211.

3) Gerald Hüther, Die Ausbildung von Metakompetenzen und Ich-Funktionen während der Kindheit, w: Neurodidaktik, pod. red. Ullricha Herrmanna, Beltz Verlag, Weinheim und Basel 2009, str. 105.

4) Gerald Hüther, tamże, str. 102.

5) Manfred Spitzer, „Jak uczy się mózg”, Warszawa 2007, Wydawnictwo Naukowe PWN, str.176.

6) Manfred Spitzer, tamże, str. 313

(przedruk z Meritum” nr 5/10)

Tabletki doktora Józefa

W 1995 roku na ostatniej stronie „Medium” – Gazety Dolnośląskiej Izby Lekarskiej – po raz pierwszy pojawiły się „Zapiski emeryta”. Najczęściej zajmowały fragment strony, nie większy niż wydarta z bloku recepta. Autorem „zapisków” był dr Józef emeryt – jak sądzono jeden z członków, miejscowego Klubu Seniora. Jego comiesięczne, adresowane do czytelników pisma komentarze, przestrogi i rady budziły życzliwość i podziw dla doświadczonego, znanego tylko wtajemniczonym lekarza, który zamiast cieszyć się przydomowym ogródkiem lub chodzić z wędką na ryby, dzieli się z innymi doświadczeniami swojego zapewne długiego już życia.

Dopiero po kilku latach, po ukazaniu się pierwszego wydania „**Kolorowych tabletek**”, autor ujawnił swoją tożsamość. Okazało się, że jest nim dr n. med. Włodzimierz Bednorz, współzałożyciel i redaktor naczelny pisma oraz od kilku lat przewodniczący Dolnośląskiej

Rady Lekarskiej. Po tym odkryciu nie pozostało mu nic innego, jak nadal pisać i publikować „zapiski”, kryjąc się za dawnym pseudonimem. Każdego roku przybywali przecież nowi, młodszy czytelnicy, dla których postać autora była postacią anonimową, niekojarzącą się ze znanym z ćwiczeń i wykładów adiunktem Kliniki Endokrynologii i Diabetologii.

W latach młodości Włodzimierz Bednorz pisał wiersze i prezentował je na turniejach poetyckich, a niektóre publikował w czasopiśmie. Czy mógł postąpić inaczej, skoro ojciec i matka od wielu lat utrzymywali rodzinę, posługując się piórem i maszyną do pisania? Ojciec – Zbyszko Bednorz był znanym publicystą śląskim i cenionym pisarzem. Rozpoczęta w latach okupacji działalność polityczna zjednała mu opinię gorliwego patrioty i obrońcy Śląska. Współpracował z Delegaturą Rządu na Kraj, brał udział w Powstaniu Warszawskim,

redagował konspiracyjne pisma wspierany przez żonę – Różę. Zapłacił za tę działalność, z wyroku ludowych sądów, kilkuletnim więzieniem i późniejszymi szykanami. Rachunek ten wyrównano dopiero w ostatnich dwudziestu latach – został honorowym profesorem Uniwersytetu Opolskiego, doczekał się wydania kolejnych książek, nazywano go „Sumieniem Opolszczyzny”.

Wybór studiów medycznych i późniejszej drogi zawodowej w służbie człowieka chorego nie oznaczały zerwania z dawnymi zainteresowaniami, tj. kulturą i literaturą. Dr n. med. Włodzimierz Bednorz był obecny przy narodzinach „Medium” i kwartalnika „Sztuka i Medycyna”. Na ich łamach zabierał głos jako sprawny polemista, był również współautorem publikacji książkowych dokumentujących kolejne etapy działalności Dolnośląskiej Izby Lekarskiej, a także autorem kilkudziesięciu prac naukowych prezentujących własny dorobek badawczy.

Okazała, licząca 440 stron książka, która leży przede mną na biurku, sprawia wrażenie poradnika farmakologicznego lub kolejnego wznowienia serii „Biblioteki lekarza praktyka”. Sugeruje to również tytuł umieszczony pod imieniem i nazwiskiem autora – **„Kolorowe tabletki”** oraz zamieszczona na okładce grafika – różnej wielkości kolorowe tabletki wpadają w otwarte usta przerażonego, pozbawionego większości zębów, pacjenta. Pobieżne przekartkowanie książki dostarcza kolejnych informacji, że jest ona zbiorem 207 krótkich tekstów, nazwanych przez autora felietonami, opublikowanych od października 1995 roku do kwietnia 2010 roku na łamach „Medium”, a zatem przez kolejnych piętnaście lat. Zgromadzone teksty ułożono w porządku chronologicznym, co potwierdzają daty ich wcześniejszego zamieszczenia w „Medium”. Felietony pisane są w różnej konwencji: od monologu wewnętrznego po sceny dialogowe, od rozbudowanej refleksji filozoficznej po surowy, syntetyczny opis, od lirycznych komentarzy po związane komunikaty przeniesione z prasy codziennej. Jak się wydaje niektóre felietony są częstkami jakiejś szerszej, ledwie zaczętej, opowieści – można żałować, że autor nie rozbudował wielu z nich o kilka kolejnych akapitów, a przerwał zapis w miejscu, w którym dramaturgia opisywanego zda-

rzenia ledwie się zarysowała. Można mieć również nadzieję, że autor sięgnie kiedyś po niektóre z tych rozproszonych części, aby złożyć z nich nową całość.

Lektura książki dostarcza różnorodnych refleksji i może być czytana w kilku projekcjach. Dla większości czytelników **„Kolorowe tabletki”** będą komentarzem, i rzadziej, kronikarskim zapisem wydarzeń, jakie rozgrywały się w latach 1995–2010 w dolnośląskim środowisku lekarskim. Autor przywołuje panujące nastroje, wyśmiewa uprzedzenia, demaskuje fałszywe opinie i sądy, odwołuje się do doświadczeń „doktorów, którzy już niejedno w życiu widzieli”. Krytykuje, wypomina, przestrzega. Często jego rozmówcami są wirtualni, a później rzeczywisci wnukowie – przekorne rozmowy z nimi sprawiają, że w wielu miejscach dramatyczne spory skrzą się dowcipem i wdziękiem.

Dla wielu czytelników **„Kolorowe tabletki”** będą jednak przede wszystkim kroniką rodziny Renaty i Włodzimierza Bednorzów wypełnioną informacjami o sprawach codziennych oraz o ważnych osobistych wydarzeniach: narodzinach dzieci i wnuków, rodzinnych spotkaniach, blaskach i cieniach dzieciństwa, trudach dorastania i wkraczania w dorosłość. Również i w tej grupie tekstów napotkać można na utwory o niewątpliwej urodzie.

Wśród tych, którzy sięgną po książkę, zapewne znajdą się również i tacy, którzy czytać będą **„Kolorowe tabletki”** po prostu jak współczesną powieść obyczajową – nieskrępowaną chronologią wydarzeń, złożoną jak gra w puzzle z nieprzystających do siebie fragmentów. Autor książki postawił czytelnikom wysokie wymagania. Liczy, że uzupełnią ją o nowe fragmenty i ich okruchy, na których odnotują zdarzenia z własnego życia, a także wspomnienia o ludziach, którzy odegrali w ich życiu ważne, wyznaczone przez los lub przypadek role.

Taka książka czeka na autora albo na autorów.

Jerzy Bogdan KOS

Włodzimierz Bednorz: *Kolorowe tabletki*. Wydanie drugie – rozszerzone. Oficyna Wydawnicza ATUT, Wrocław 2011, s.440.

(przedruk z biuletynu „Medium” nr 6–7/11)

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

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

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

BARDZO WAŻNE!!!!

Komunikat Dolnośląskiej Izby Lekarskiej w sprawie „PROGRAMU MULTI-PIN AEGON Lokata”.

Prosimy Koleżanki i Kolegów, którzy jesienią 2007 r. za pośrednictwem SKOK Izb Lekarskich zaciągnęli kredyt na zakup usług oferowanych przez AEGON Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie A za pośrednictwem Warszawskiego Serwisu Finansowego o pilny kontakt z dr Jackiem Chodorskim Tel. 694 716 550

* * *



III Konferencja Postępy w Kardiologii i Diabetologii

Celem konferencji jest zaprezentowanie najnowszych trendów terapeutycznych w kardiologii i diabetologii. Ostatnie lata to znaczny postęp w leczeniu cukrzycy; nowe leki to nowe spojrzenie na terapię w cukrzycy. W programie konferencji: leczenie nadciśnienia u osób z cukrzycą – wytyczne 2011, zespół bezdechu w czasie snu – jak rozpoznać, jak leczyć, LDL – dlaczego nie osiągamy celu, kardiologia inwazyjna w cukrzycy, leczenie przeciwpłytkowe, kardiomiopatia cukrzycowa, ryzyko kardiometaboliczne u osób z cukrzycą, doustna terapia hipoglikemiczna – postępy, GLP-1 – kolejny kamień milowy w leczeniu cukrzycy, nefropatia cukrzycowa – standardy diagnostyczne i terapeutyczne, neuropatia cukrzycowa – kompendium postępowania, insulinoterapia, balneoterapia w leczeniu otyłości, wtórne postaci otyłości – algorytm diagnostyczny, leczenie chirurgiczne otyłości. Eksperti z dziedziny diabetologii i kardiologii przedstawią standardy kardiologii i diabetologii w codziennej praktyce lekarskiej. Po każdej sesji zaprezentowana zostanie interaktywna analiza przypadków klinicznych.

Termin: 14–15 października 2011 r.

Miejsce: Ciechocinek, Pałac Targon, ul. Raczyńskich 6

Organizatorzy: Klinika Chorób Wewnętrznych, Zaburzeń Metabolicznych i Nadciśnienia Tętniczego, Polskie Towarzystwo Kardiologiczne, wydawnictwo *Termedia*

Kierownik naukowy: prof. zw. dr hab. Danuta Pupek-Musialik

Biuro organizacyjne: Termedia sp. z o.o., ul. Kleeberga 2, 61-615 Poznań, tel./faks +48 61 656 22 00, szkolenia@termedia.pl, www.termedia.pl



II Kongres Top Nephrological Trends

Mając na uwadze narastające rozpowszechnienie przewlekłej choroby nerek w Polsce i na świecie, spowodowane obecnie przede wszystkim szerzącymi się chorobami cywilizacyjnymi – otyłością, cukrzycą i nadciśnieniem tętniczym, pragniemy zainteresować naszą konferencją nie tylko specjalistów nefrologów, lecz także lekarzy internistów oraz lekarzy rodzinnych.

Tematyka kongresu została w tym roku wzbogacona o aspekty szkoleniowe adresowane do szerokiego grona lekarzy. Podobnie jak w roku ubiegłym, w programie konferencji znajdują się najbardziej aktualne zagadnienia z dziedziny nefrologii, dializoterapii i transplantologii klinicznej, ze szczególnym zwróceniem uwagi na najnowsze osiągnięcia naukowe dotyczące patogenetycznych chorób nerek i postępów w leczeniu chorych. W programie także zespół sercowo-nerkowy, czy umiemy skutecznie leczyć chorych z nadciśnieniem tętniczym, nefropatie wtórne – nowe możliwości terapeutyczne, nefrologia w praktyce lekarza rodzinnego i internisty.

Termin: 14–15 października 2011 r.

Miejsce: Poznań, World Trade Center, ul. Bukowska 12

Przewodniczący Komitetu Naukowego: prof. dr hab. Stanisław Czekalski

Przewodniczący Komitetu Organizacyjnego: prof. dr hab. Andrzej Oko

Organizatorzy: Katedra i Klinika Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu, Poznański Oddział Polskiego Towarzystwa Nefrologicznego, wydawnictwo *Termedia*

Biuro organizacyjne: Termedia sp. z o.o., ul. Kleeberga 2, 61-615 Poznań, tel./faks +48 61 656 22 00, szkolenia@termedia.pl, www.termedia.pl

* * *

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Mogilnie zatrudni małżeństwo lekarskie lub lekarzy ze specjalizacją w dziedzinie pediatrii, medycyny rodzinnej, chorób wewnętrznych. Oferujemy dobre warunki finansowe. Możliwość pełnienia dyżurów. Warunki pracy do uzgodnienia (umowa o pracę lub kontrakt). Zapewniamy mieszkanie. Kontakt pod numerem tel. (52) 315-25-15, e-mail: dyrekcjaspzoz@mogilno.pl

* * *

PANACEUM Centrum Implantologii i Stomatologii Estetycznej - poszukuje do pracy lekarza stomatologa. Oferujemy pracę w Centrum wyposażonym w najnowocześniejszy sprzęt stomatologiczny i diagnostyczny, w tym w tomografię 3D dedykowaną dla stomatologii oraz możliwość leczenia w znieczuleniu ogólnym. CV prosimy przysłać na adres: gabinet@panaceum.opole.pl, tel. 77/474-60-56.



W dniach **26.08. – 28.08.2011r.** w Ośrodku „DRESSO” (www.dresso.pl) w Sulejowie/ k. Piotrkowa Tryb. odbędzie się **VII Ogólnopolski Motocyklowy Zlot Lekarzy „DoctoRRiders” 2011.**

Zgłoszenia na Zlot oraz rezerwacja noclegów przyjmowane są pod adresem: OIL w Łodzi ul. Czerwona 3, 93-005 Łódź, Elżbieta Sadura e-mail: doctorriders@op.pl, ela.sadura@hipokrates.org, www.oil.lodz.pl, link DoctoRRiders.

W zgłoszeniu proszę wpisać: imię, nazwisko, nr legitymacji, datę urodzenia, adres zamieszkania, miejsce pracy, specjalizację, telefon i mail kontaktowy, markę motocykla, rok produkcji oraz dane osoby towarzyszącej. Organizator zapewnia: wyżywienie zlotowe, wieczorne spotkania, konkursy, koncert, ochronę.

Ośrodek dysponuje pokojami 2, 3 i 4-osobowymi oraz domkami minimum 2+3 (istnieje opcja 3+4). Opłata za udział w Zlocie (zawiera wpisowe oraz 2 noclegi) wynosi:

- uczestnik:
 - 320,00 PLN- w pokojach 2-osobowych
 - 300,00 PLN- w pokojach 3,4-osobowych i domkach typu 2+3 i 3+4
- kobieta-kierowca oraz osoba towarzysząca tzw. „plecak”:
 - 270,00 PLN w pokojach 2-osobowych
 - 250,00 PLN w pokojach 3,4-osobowych i domkach typu 2+3 i 3+4

Wpłaty prosimy dokonywać na konto PKO BP SA I Oddział w Łodzi:

98102033520000160200100362 z dopiskiem „**zlot motocyklowy**” do **20.08.2011r.**

Termin rejestracji uczestników zlotu 26.08.11 r. od godziny 12.00. Wszystkich chętnych bardzo gorąco zapraszamy !!!

*Motocyklowy Klub Lekarzy
DoctoRRiders*