



OPOLSKA  
IZBA  
LEKARSKA

Rok Założenia 1990

Styczeń 2012

ISSN 1426-661X

# BIULETYN INFORMACYJNY

Nr 185

OPOLSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

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

## Zasypało na biało?!?



Zdjęcie: Adam Bagiński

Organizator



Patronat



Sponsor



Ośrodek Szkoleniowy Okręgowej Izby Lekarskiej w Gdańsku zaprasza  
na konferencję naukowo-szkoleniową dla lekarzy dentystów.

# Doświadczenia europejskich ekspertów w leczeniu dzieci i młodzieży.

## Gdańsk, 28 kwietnia 2012

Hotel Novotel Marina Gdańsk, godz. 10:00-17:00

### Tematyka konferencji:

- Minimalnie inwazyjne strategie w leczeniu uzębienia mlecznego i stałego; **prof. dr Norbert Krämer**, Giessen, Germany
- Leczenie endodontyczne martwych zębów siecznych z niezakończonym rozwojem korzenia po urazie: podejście metodyczne i biologiczne; **prof. Monty Duggal**, Leeds, UK
- Interdyscyplinarne podejście do procesu leczenia w przypadku wrodzonych braków zębowych; **dr Nick Lygidakis**, Athens, Greece
- Wytyczne EAPD stosowania fluoru u dzieci; **dr hab. Katarzyna Emerich**

### Zgłoszenia przyjmuje:

Komisja Kształcenia Medycznego  
Okręgowej Izby Lekarskiej w Gdańsku  
58 524 32 07; 58 524 32 27  
[konferencja@gdansk.oil.org.pl](mailto:konferencja@gdansk.oil.org.pl)

Okręgowa Izba Lekarska  
ul. Śniadeckich 33  
80-204 Gdańsk  
[www.gdansk.oil.org.pl](http://www.gdansk.oil.org.pl)

Wykłady w języku angielskim z tłumaczeniem simultanicznym.

Koszt uczestnictwa: **200zł** – do 15.03.2012; **250zł** – od 16.03.2011

Bank Zachodni WBK S.A., 3 Oddział Gdynia  
69 1090 1102 0000 0000 1000 4314

Tytułem: *Imię i nazwisko, konferencja stomatologiczna*

Regulamin Ośrodka Szkoleniowego OIL: [www.gdansk.oil.org.pl](http://www.gdansk.oil.org.pl) → Szkolenia

W naszych domach od niedawna gości już Nowy Roczek – 2012! Podobno wg Majów w tym właśnie roku kończy się kolejny cykl, co niektórzy wiążą z nadchodzącym końcem świata. Myślę jednak, że to zbyt daleko idące wnioski – ja przynajmniej zaplanowałem już wakacje na 2013 rok. A jak będzie ostatecznie – kto to wie?

Wracając do dnia dzisiejszego. Jesteśmy już po trudach szalonej (!?) Sylwestrowej Nocy, po pierwszych przymiarkach do nowych kontraktów i po pierwszych chwilach z kilkoma nowymi przepisami prawnymi. Ustawa o refundacji leków była w ostatnich tygodniach Starego Roku, przedmiotem gorących dyskusji w dyżurkach i gabinetach lekarskich oraz w pokojach na Miodowej w Warszawie. Wiecie już z mediów, że doszło do zawieszenia akcji strajkowej związanej z wejściem w życie niekorzystnie sformułowanych dla naszego środowiska zapisów tego aktu prawnego. Poniżej znajdziecie szczegóły wstępnych ustaleń pomiędzy Naczelną Radą Lekarską a nowym Ministrem Zdrowia. Zaświtała więc znowu nadzieja na to, że – podobnie jak nasi pacjenci – będziemy jednak traktowani przez Ministerstwo bardziej podmiotowo, a nie przedmiotowo. Najbliższe tygodnie pokażą, co się wydarzy. A cały pakiet narosłych problemów będzie przedmiotem obrad Nadzwyczajnego Krajowego Zjazdu Lekarzy, który odbędzie się pod koniec lutego.

W pierwszym tegorocznym numerze Biuletynu znajdziecie także informacje z bieżącej działalności organów

Izby, spotkań i wyjazdów jej członków oraz plan szkoleń na I półrocze organizowanych przez Komisję Kształcenia OIL. Na koniec części „rodzimej” znajdziecie kolejne rozważania historyczne prof. Kubickiego.

W części „zagranicznej” powracam do niezwykle istotnej sprawy świadomej zgody pacjenta oraz problemów z ustawą refundacyjną, jakie mają również aptekarze (*czasami dobrze przekonać się, że nie tylko my mamy problemy – przyp. Redakcji*). Dalej znajdziecie Państwo teksty o niezwyklej wadze pierwszego kontaktu chorego z lekarzem i jego śmiechu oraz o toksycznych szefach. Ten ostatni tekst proszę przeczytać bardzo uważnie, bo przecież prawie każdy z nas jest czymś szefem – może więc warto zastanowić się chwilę – jakim?

Kolejna porcja materiałów dotyczy sezonowych zaburzeń nastroju (skąd my to znamy???), znaczenia badań genetycznych w walce z nowotworami, problemów starości, odżywiania jako formy terapii oraz tzw. klientelizacji medycyny.

Na zakończenie kolejna porcja ogłoszeń i wieści o nowościach wydawniczych. Życząc miłej i pożytecznej lektury, żegnam się do następnego numeru.

Jerzy B. LACH

PS. Ponieważ trwa karnawał, to potencjalnym balowiczom przypominam o tradycyjnych Balach Stomatologa i Delegatury Kluczborskiej. Chętnych odsyłam do grudniowego Biuletynu – tam znajdą wszystkie informacje na ten temat.

JBL

## SZPALTA PREZESA

### Koleżanki i Koledzy!

W dniu 16 grudnia 2011 r. odbyło się spotkanie Naczelnej Rady Lekarskiej z Ministrem Zdrowia, Bartoszem Arłukowiczem. W trakcie tego spotkania Minister przedstawił propozycje działań z jego strony, które wychodzą naprzeciw żądaniom środowiska lekarskiego. Chodzi między innymi o:

- komunikaty – podpisane już przez niego i Prezesa NFZ – odnośnie określenia, co należy rozumieć jako „uzasadnione względy medyczne” oraz jak pacjent powinien dokumentować swoje uprawnienia do refundacji recept,
- zmiany w Rozporządzeniu w sprawie recept lekarskich (złagodzenie – w stosunku do pierwotnej propozycji – jego zapisów),

- zmiany w Rozporządzeniu w sprawie dokumentacji medycznej (dla recept *pro auctore i pro familia* wymagane jest jedynie prowadzenie rejestru takich recept),
- przygotowanie zmian w Ustawie o refundacji leków oraz w innych ustawach i rozporządzeniach, odnoszących się do ochrony zdrowia (przez wspólny zespół izbowo-ministerialny).

Biorąc pod uwagę deklaracje Ministra, Naczelna Rada Lekarska postanowiła zawiesić wprowadzenie akcji protestacyjnej w formie stosowania pieczętek „*Refundacja leku do decyzji NFZ*” do czasu Krajowego Zjazdu Lekarzy, który zaplanowany jest na ostatni weekend lutego.

W chwili, gdy piszę te słowa nie są mi jeszcze znane dokładne zapisy nowego Rozporządzenia w sprawie



recept lekarskich. Jeżeli tylko ono się ukaże, pojawi się komunikat w tej sprawie na stronie internetowej izby, informujący o zmianach w stosunku do stanu aktualnego z ewentualną sugestią, co do trybu postępowania.

Kilka słów o ubezpieczeniach odpowiedzialności cywilnej. Zgodnie z Ustawą o działalności leczniczej od 1 stycznia 2012 r. lekarz będzie musiał zawierać tylko **jedno** obowiązkowe ubezpieczenie OC. Ponadto nie będzie miał takiego obowiązku lekarz, czy lekarz dentysta, zatrudniony wyłącznie na etacie i nie wykonujący zawodu w innej formie (kontrakt, praktyka). Ponieważ nasze polisy kończą swoją ważność z końcem lutego 2012 r., nowe warunki ubezpieczenia, które będą obowiązywały od 1 marca 2012 r. i które przedstawimy w Biuletynie lutowym, będą ten zapis ustawy realizowały. Proszę więc czekać na informacje o stawkach ubezpieczenia. Zbieranie pieniędzy odbędzie się, jak co roku, poprzez delegatury.

*Jerzy JAKUBISZYN*

\* \* \*

## **Szanowne Koleżanki, Szanowni Koledzy Lekarze i Lekarze Dentyści**

W ostatnich tygodniach w centrum działań naszego samorządu znalazły się zapisy dotyczące wypisywania recept na leki refundowane. Zajmowaliśmy się interpretowaniem przepisów i ich zastosowaniem w naszych gabinetach. Dwa tygodnie temu podjęliśmy decyzję, aby od 1 stycznia 2012 każdy z nas wypisywał receptę na leki refundowane z adnotacją „refundacja do decyzji NFZ”. Decyzja wzbudziła wiele dyskusji oraz nadziei na wprowadzenie zmian, których domaga się nasze środowisko.

W tych ostatnich tygodniach zostałem podbudowany poparciem skonstruowanej przez nas petycji przeciwstawiającej się narzucanym nam obowiązkom administracyjnym. Tylko na stronie Naczelnej Izby Lekarskiej zrobiło to ponad 15 tysięcy osób. Nie ulega więc wątpliwości, że jesteśmy bardzo mocno przekonani, iż zmiany są niezbędne i mam nadzieję, że również politycy takich wątpliwości nie mają. Dziękuję wszystkim Koleżankom i Kolegom Lekarzom i Lekarzom Dentystom, którzy na różne sposoby wyrazili poparcie dla zmian przepisów.

Zdając sobie sprawę, że przekazy medialne mogły niezbyt dokładnie oddawać to, co zostało ustalone i czego możemy w najbliższym czasie oczekiwać chciałbym zaznaczyć, że Naczelna Rada Lekarska podjęła decyzję o zawieszeniu uchwały z 2 grudnia br. zdając sobie sprawę, że naprawienie źle skonstruowanych przepisów musi zająć trochę czasu. Sądzę też, że Minister Zdrowia zasługuje na początku pełnienia urzędu na zaufanie. Dlatego z uwagą zapoznaliśmy się z propozycjami doraźnych rozwiązań w formie komunikatów Ministra Zdrowia i Prezesa NFZ, które do czasu wprowadzenia zmian

w ustawach mogą ograniczyć negatywne skutki wprowadzanych przepisów. Pan Minister wykazał pozytywne podejście do większości podnoszonych przez środowisko problemów i kilkakrotnie wyraził chęć rozmawiania z samorządem o możliwych rozwiązaniach.

Wiem doskonale, że przedstawione dziś propozycje nie są rozwiązaniem, na których nam docelowo zależy. Nadrzędny postulat mówiący, że uprawnienie pacjenta do otrzymania leku refundowanego powinno być realizowane przez płatnika po wskazaniu przez lekarza lub lekarza dentystę na recepcie, jakiego leku pacjent potrzebuje, jest nadal aktualny. Nie ustępujemy w dążeniu do tego abyśmy wszyscy w procesie leczenia nie byli obciążeni zbędną biurokracją i uciążliwościami administracyjnymi. Powołany dziś przez Naczelną Radę Lekarską zespół będzie dbał o to, by obiecane przez Pana Ministra prace nad zmianami przepisów uwzględniały oczekiwania naszego środowiska.

Mam nadzieję, że Pan Minister i Prezes NFZ spełnią obietnice i otrzymamy dokumenty, które będą tymczasowo regulowały zasady wystawiania recept na leki refundowane. Zwracam się do Was Koleżanki i Koledzy, abyście zapoznali się z nimi i zgłaszali nam wszystkie przypadki, w których praktyki aptek czy NFZ będą niezgodne z interpretacją przedstawioną przez Ministerstwo Zdrowia i NFZ. Postaram się też, aby Wasze wątpliwości były powszechnie dostępne, jeśli tylko wyrazicie taką wolę.

Nasza zaplanowana akcja z 2 grudnia br. została zawieszona do czasu zbliżającego się Krajowego Zjazdu Lekarzy. Myślę, że to wystarczający czas na sprawdzenie intencji i możliwości Ministerstwa Zdrowia. Zdajemy sobie sprawę, że cierpliwość naszego środowiska jest już bardzo ograniczona. Apeluję, abyśmy mimo to spróbowali rozwiązać stworzone niewłaściwymi przepisami problemy w drodze współpracy, dla dobra naszych pacjentów. Wyjątkowa mobilizacja i jednomysłność Koleżanek i Kolegów w proteście przeciwko represyjnej biurokratyzacji naszej pracy powinny być też zrozumiałym sygnałem dla polityków. Te przepisy muszą szybko ulec zmianie.

Jakiegolwiek informacje sugerujące, że godzimy się na wprowadzane przepisy są nieprawdziwe. Zgody na nie być nie może i nie będzie. Jeżeli nasze postulaty nie będą uwzględniane, protest powróci ze zdwojoną siłą, a politycy utracą resztki zaufania.

W wielu miejscach tego listu pisałem o nadziei, która zawsze jest ważną częścią naszych myśli o nadchodzącym Nowym Roku i życzeń. Życzę nam wszystkim abyśmy mogli spokojnie przeżyć Boże Narodzenie i aby Nowy Rok jak najszybciej przyniósł oczekiwane przez nas zmiany na lepsze.

Z koleżeńskimi pozdrowieniami

*Maciej HAMANKIEWICZ  
Prezes Naczelnej Rady Lekarskiej*

**UCHWAŁA Nr 28/11/VI NACZELNEJ  
RADY LEKARSKIEJ**

**z dnia 16 grudnia 2011 r. w sprawie powołania  
Zespołu ds. współpracy z Ministerstwem Zdrowia  
w zakresie opracowania niezbędnych zmian ustawy  
refundacyjnej i innych aktów prawnych oraz  
zawieszenia wykonania uchwały NR 25/11 A/I  
Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 2 grudnia 2011 r.**

Na podstawie art. 39 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. Nr 219, póź. 1708) uchwała się, co następuje:

**§ 1.**

Powołuje się Zespół ds. współpracy z Ministerstwem Zdrowia w zakresie opracowania niezbędnych zmian ustawy refundacyjnej i innych aktów prawnych, zwany dalej „Zespołem” w składzie:

- 1) Igor Chęciński,
- 2) Żyta Kaźmierczak-Zagórska,
- 3) Krzysztof Kordel
- 4) Jacek Kozakiewicz,
- 5) Krzysztof Makuch,
- 6) Andrzej Matyja,

- 7) Jolanta Szczurko,
- 8) Zdzisław Szramik,
- 9) Jarosław Wanecki.

**§ 2.**

Zadaniem Zespołu jest wspólne z przedstawicielami Ministerstwa Zdrowia wypracowanie niezbędnych zmian legislacyjnych przepisów regulujących system ochrony zdrowia, w szczególności przepisów ustawy refundacyjnej, w sposób gwarantujący bezpieczeństwo zdrowotne pacjentów oraz godne warunki wykonywania zawodów lekarza i lekarza dentysty.

**§ 3.**

Zawiesza się wykonanie uchwały NR 25/11/VI Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 2 grudnia 2011 r. w sprawie postępowania lekarzy po wejściu w życie ustawy o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych do posiedzenia Nadzwyczajnego XI Krajowego Zjazdu Lekarzy.

**§ 4.**

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

*Sekretarz*

*Mariusz JANIKOWSKI*

*Prezes*

*Maciej HAMANKIEWICZ*

## CO SŁYCHAĆ W IZBIE

# Sprawozdanie z Posiedzenia Okręgowej Rady Lekarskiej w Opolu w dniu 23 listopada 2011 r.

Na wstępie Przewodniczący Jakubiszyn powitał zebranych i przekazał głos Sekretarzowi Rady. Kol. Lach przedstawił wniosek o wpisanie na listę członków Opolskiej Izby Lekarskiej:

- Gabriela Kryczki (przeniesienie z DIL-u),
- Aleksandry Dziok (przeniesienie z Częstochowskiej Izby Lekarskiej)
- Łukasza Dzioka (przeniesienie z Częstochowskiej Izby Lekarskiej)

Rada jednogłośnie zaaprobowwała wszystkie wnioski.

Następnie Prezes przedstawił wniosek firmy AMDER z Opola, która zamierza w Opolu w dn. 3.XII.br. przeprowadzić szkolenie dla lekarzy dentystów pt. „Urazy zębów u dzieci i dorosłych”. Rada zaakceptowała jednogłośnie ten wniosek, przyznając jednocześnie 4 pkt. edukacyjne.

Rozpoczynając tę część zebrania, kol. Jakubiszyn przypomniał członkom Rady, iż na swoim poprzednim posiedzeniu odroczyła ona swoją decyzję o przyznaniu

zapomogi jednej z Koleżanek, która prosiła o przyznanie zapomogi w związku z kosztami procesu, jakie poniosła. Rada przed miesiącem postanowiła poprosić „rodzimą” Delegaturę tej lekarki o opinię w tej sprawie. Prezes przedstawił pozytywną opinię Delegatury i członkowie Rady przyjęli jednogłośnie wniosek o zapomogę.

Ponadto do Izby wpłynął również jeden wniosek także o zapomogę. Również i w tym przypadku członkowie Rady jednogłośnie głosowali za jej przyznaniem.

Dyrekcja Opolskiego Centrum Onkologii zwróciła się do Izby z prośbą o wyznaczenie jej przedstawiciela do komisji konkursowych na pielęgniarki oddziałowe 4 oddziału w OCO. Rada zdecydowała, aby ich przedstawicielem we wszystkich tych konkursach była kol. Czopkiewicz.

Następnie Rada zajęła się składkami członkowskimi. Z wnioskami o obniżenie do 10 zł wysokości składki członkowskiej w związku z przejściem na emeryturę zwróciły się 3 osoby, a

6 osób o zawieszenie opłacania składki (w tym 1 w związku z zakończenia wykonywania zawodu lekarza

dentysty, 3 w związku z czasowym zarejestrowaniem się jako bezrobotni i wreszcie 2 osoby w związku z czasowym wyjazdem z kraju). Wszystkie te wnioski zostały przyjęte przez Radę jednogłośnie.

W dalszej części posiedzenia Rady Prezes zapoznał jej członków z bieżącym stanem negocjacji zmiany zapisów ustawy refundacyjnej. Stwierdził, że zgodnie z postanowieniami poprzedniej Rady oraz Konwentu Prezesów Izb lekarskich, dla zwiększenia presji na ustawodawcę rozdał formularze petycji do Ministerstwa Zdrowia w sprawie zmiany tychże zapisów i zaapelował o ich masowe podpisywanie przez lekarzy Opolszczyzny. Poprosił, aby jak największa ich ilość spłynęła w ciągu najbliższego tygodnia do Izby tak, by mógł ją zawieźć na nadzwyczajne posiedzenie NRL do Warszawy.

Ponadto przedstawił projekty nowelizacji zapisów ustawy refundacyjnej oraz rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie dokumentacji medycznej zaproponowane przez Samorząd Lekarski zmierzające do złagodzenia restrykcyjności zapisów w nich zawartych wobec lekarzy.

Prezes Jakubiszyn przedstawił krótką informację z ostatniego posiedzenia Prezydium Rady, na którym

przyznano Prawa Wykonywania Zawodu kilkorgu lekarzom.

Następnie kol. Latała poinformował Radę o ostatnim wspólnym posiedzeniu Opolskiego Oddziału PTS i Komisji Stomatologicznej, na którym głównym prelegentem był niedawny Przewodniczący Sekcji Polskiej Akademii Pierre Faucharda (Światowa Honorowa Organizacja Dentystyczna) – prof. Bartłomiej W. Loster.

Z kolei kol. Redelbach przedstawił krótkie sprawozdanie z dwóch imprez:

- konferencji poświęconej profilaktycznym programom przesiewowym w onkologii oraz
- konferencji poświęconej zagadnieniom zdrowia w miejscu pracy.

W ostatniej części posiedzenia Rady Przewodniczący przekazał jej członkom odpowiedź Wiceprezesa Krajowego na zastrzeżenia kol. Wojtyłki dotyczące obniżającego się poziomu ostatnich egzaminów LDEP i LEP. Ponadto kol. Jakubiszyn przedstawił bieżącą korespondencję, jaka napłynęła do Izby w ostatnim okresie. Na tym posiedzenie zakończono.

*Jerzy B. LACH*

## Listopadowe posiedzenie Komisji Stomatologicznej

Dnia 24.11.2011 r. odbyło się posiedzenie Komisji Stomatologicznej. Przewodnicząca na wstępie przypomniała, iż do końca roku można zgłaszać nominacje do „Prymarusza Opolskiego”. Dr Hamryszak przypomniała również o zbliżających się terminach składania sprawozdań o wytwarzanych odpadach, a w przypadku osób posiadających samochody zarejestrowane na firmę, również o emisji spalin. Szczegółowe informacje można odnaleźć na stronach internetowych Urzędu Marszałkowskiego. Od roku 2012 obowiązywać będą nowe umowy ubezpieczeń OC (jedna umowa dla wszystkich rodzajów aktywności zawodowej). Umowy zawarte w roku 2011 zachowują ważność do lutego 2012, jednakże będzie również możliwość zawarcia umowy od stycznia na nowych warunkach.

W dalszej części zebrania dr Ewa Bukowińska zdała relację z konferencji „Stomatologia 2011”, która odbyła się we wrześniu, w siedzibie Naczelnej Izby Lekarskiej. Celem konferencji było omówienie zagadnień z zakresu epidemiologii, diagnostyki oraz organizacji leczenia i opieki stomatologicznej. Wskazano również na powiązanie stomatologii z kwestiami kardiologicznymi, a także położono nacisk na konieczność współpracy w tym zakresie internistów i stomatologów.

Dr Marta Kabarowska zdała relację ze organizowanego przez Komisję Etyki Lekarskiej OIL spotkania pt. *Czy dziś z Przysięgą Hipokratesa jest jak z przysięgą*

*mażeńską?* W spotkaniu uczestniczył profesor Wiesław Łukaszewski. W przygotowaniu jest spotkanie poświęcone problemom etyki wśród lekarzy i komunikacji pomiędzy lekarzami.

Dr Hamryszak poinformowała zebranych o zbliżających się szkoleniach – m.in. firma „Amader” 03.12.2011 organizuje szkolenie z zakresu urazów zębów u dzieci. Szczegóły na temat zbliżających się szkoleń publikowane będą na bieżąco na stronie internetowej Izby.

Na zebraniu po raz kolejny został poruszony problem projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia, dotyczącego recept lekarskich. Projekt przewiduje konieczność wpisywania przez lekarza na receptę odpowiedniej odpłatności za lek i rozliczania go z ewentualnych błędów dokonanych w tym zakresie zapisów (przepisy odnośnie odpłatności za leki zmieniają się kilkakrotnie w ciągu roku). Prezes dr Jerzy Jakubiszyn zwraca się tu za pośrednictwem Komisji, o podpisywanie petycji w tej sprawie. Jej tekst dostępny jest na stronie Izby – powinna ona zostać wypełniona, podpisana i jak najszybciej przesłana do Izby. Petycję można również wypełnić i przesłać za pośrednictwem sieci Internet pod adresem [www.nil.org.pl/petycja](http://www.nil.org.pl/petycja).

Na tym zakończono zebranie.

*Sekretarz Jerzy DRZYŻGA*

*Przewodnicząca KS Barbara HAMRYSZAK*



# Program szkoleń prowadzonych w ramach Komisji Kształcenia OIL w Opolu na I. półrocze 2012

TERMIN	KIEROWNIK NAUKOWY	TEMAT	MIEJSCE SZKOLENIA
11.02.2012 r. sobota godz.10.00	Dr Marek Dryja Konsultant wojewódzki w dziedzinie ratownictwa medycznego	Ratownictwo medyczne dla stomatologów (30 osób)	WCM Opole al. Witosa sala konferencyjna
14.04.2012 r. sobota godz.10.00	Dr Marek Dryja Konsultant wojewódzki w dziedzinie ratownictwa medycznego	Ratownictwo medyczne dla stomatologów (30 osób)	WCM Opole al. Witosa sala konferencyjna

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

Małgorzata ŁUSZCZYŃSKA-OSTROWSKA

## Świąteczne spotkanie lekarzy seniorów

To było wyjątkowe popołudnie 14.12.2011 r. Panie w eleganckich kreacjach i Panowie w garniturach przybyli do Klubu Lekarza na spotkanie opłatkowe organizowane kolejny już raz przez Prezesa Okręgowej Rady Lekarskiej Pana dr n. med. Jerzego Jakubiszyna i Komisję ds. Lekarzy Emerytów i Rencistów Opolskiej Izby Lekarskiej.

Frekwencja dopisała. Przywitał i złożył życzenia świąteczne Prezes, życząc „wcześniej urodzonym, dużo, dużo zdrowia i pogody ducha.” W nastrój świąteczny wprowadził nas męski zespół wokalny „Camerton” prowadzony przez panią Marię Przebindowską – zaprzyjaźniony z nami i mający w swoim składzie głos naszego kolegi dr L. Pisarskiego.

Lubimy te spotkania i ich atmosferę serdeczną, przyjazną, dzielenie się opłatkiem, składanie życzeń. Wracając wspomnienia z lat wspólnie przepracowanych – te najmielsze.

A potem było kolędowanie z „Camertonem”, otrzymaliśmy kartki z tekstem kolęd pisane dużą czcionką.

Opuszczaliśmy Izbę w dobrych nastrojach z nadzieją, że spotkamy się za rok.

Sekretarz Komisji ds. LEiR  
dr Grażyna WOJTALSKA

Przewodniczący Komisji ds. LEiR  
dr n. med. Tadeusz CHOWANIEC



# Wizyta w Moguncji

W dniach 30.11–03.12.2011 r. uczestniczyłem w wyjeździe Komisji Współpracy z Zagranicą Sejmiku Województwa Opolskiego do Moguncji – stolicy Nadrenii-Palatynatu. A oto kilka refleksji z tej podróży.

Na budynku Landtagu powiewała flaga Opola przez czas naszej wizyty. Myślę, że to nie zwykła kurtuazja, lecz pokazanie, jak dużą wagę ma dla władz Nadrenii-Palatynatu partnerstwo z województwem Opolskim.

Otwartość gospodarzy i widoczna chęć współpracy. Joachim Mertes prezydent Landu przyjął nas na ponad godzinny spotkanie. Rozmowy na temat współpracy z członkami komisji ds. Europy i Jednego Świata z udziałem wiceprezydent Landtagu pani Hannelore Klamm, uświadomiły mi wagę wspólnych przedsięwzięć na poziomach od pojedynczej wioski, gminy, aż do województwa.

Wizyta w klinice Uniwersyteckiej miała bardziej charakter przygotowania gruntu pod przyszłą współpracę niż konkretnych deklaracji.

Rozmowy w Izbie Lekarskiej Landu z prezydentem Izby prof. Friedrichem Hassenauerem i dyrektorem Izby Dr Gunterem Hockiem trwały dość długo i przeciągnęły się do obiadu. Trochę inna struktura izby i inne zadania nie są powodem uniemożliwiającym nawiązanie współpracy między naszymi Izbami. Mam nadzieję, że uda nam się nawiązać kontakty i współpracę, co może w przyszłości owocować pożytkiem dla naszych kolegów lekarzy.

A tak po ludzku, to Moguncja jest pięknym, bardzo starym miastem, z wieloma zabytkami, które warto odwiedzić podczas urlopowych wyjazdów. A nad miastem unosi się duch Gutenberga.

*Rafał PEDICH*





# Najwspanialsze wesele polsko-niemieckie w historii



*Portret Jadwigi Jagiellonki autorstwa Maira von Landshut*

W dniu 15 listopada 1475 r. w miejscowości Landshut w Bawarii odbyły się zaślubiny **księcia bawarskiego Jerzego Wittelsbacha**, zwanego Bogatym, syna Ludwika IX Bawarskiego i **Jadwigi Jagiellonki**, najstarszej córki króla Kazimierza Jagiellończyka (najmłodszego syna króla Władysława Jagiełły) i Elżbiety Rakuszkanki (Rakuzi to staropolska nazwa Austrii).

Jadwiga Jagiellonka urodzona 21 września 1457 r. jako najstarsza córka, zgodnie z tradycją Jagiellonów, otrzymała imię na cześć św. Jadwigi Andegaweńskiej. Tutaj należy podkreślić, że Kazimierz Jagiellończyk i Elżbieta Rakuszanka doczekali się 6 synów (w tym czterech królów: Władysława króla Czech i Węgier oraz Jana Olbrachta, Aleksandra i Zygmunta Starego, którzy zasiadali na tronie polskim, kardynała Fryderyka i św. Kazimierza patrona Litwy) oraz 7 córek, które powychodziły na mąż za przedstawicieli wielu panujących wówczas w Europie dynastii.

To wesele przeszło do historii Europy z uwagi na niepotykany przepych i bogactwo. Było to spotkanie ówczesnego cesarza niemieckiego Fryderyka III, jego syna Maksymiliana, książąt niemieckich z elitą możnowładców polskich, którzy pokazali jaką potęgą jest Polska Jagiellonów. Orszak rycerstwa i dostojników polskich,

który przywiózł do Landshut Jadwigę Jagiellonkę liczył 1200 konnych, ślub odbył się w kościele św. Marcina, zaś w weselu – trwającym kilka dni – uczestniczyło ponad 9000 zaproszonych gości. W czasie wesela w pierwszej parze Jadwiga Jagiellonka tańczyła z cesarzem niemieckim Fryderykiem III. Jedynym zgrzytem tych zaślubin był fakt, że nie przybył zaproszony jej starszy brat Władysław Jagiellończyk, król Czech i Węgier (nazywany królem „dobsze”, ponieważ nie znając języka węgierskiego na wszystko odpowiadał „dobsze”).

Jadwiga Jagiellonka, o czym świadczą zachowane portrety i opisy współczesnych, była bardzo piękną kobietą. Mimo wspaniałego ślubu i wesela nie była szczęśliwa w małżeństwie. Jej mąż Jerzy Wittelsbach okazał się alkoholikiem i erotomanem. Zmarł na marskość wątroby w wieku zaledwie 48 lat, ale już 10 lat po ślubie w roku 1485 oddał swoją piękną żonę Jadwigę, aby swobodnie współżyć z innymi kobietami.

Odrzucona przez Jerzego Wittelsbacha Jadwiga Jagiellonka zmarła w osamotnieniu na zamku Burghausen nad rzeką Salzach w dniu 18 lutego 1502 r. – 27 lat po ślubie. Została pochowana w klasztorze Cystersów w pobliżu Burghausen. Niestety jej grobowiec został zniszczony w roku 1803 podczas wojen napoleońskich. Jednak w podłodze klasztoru do dzisiaj znajduje się płyta upamiętniająca miejsce pochówku księżnej bawarskiej Jadwigi Jagiellonki.

Jadwiga Jagiellonka urodziła 5-cioro dzieci:

- Ludwika, który zmarł w 20 roku życia,
- Ruperta, który zmarł w dzieciństwie,
- Wolfganga, który zmarł po porodzie,
- Elżbietę, która zmarła w 26 roku życia jako żona Ruprechta z Palatynatu.
- Małgorzatę, która zmarła w 51 roku życia jako zakonnica w Neubergu.

Na pamiątkę tego słynnego wesela od roku 1903 do dnia dzisiejszego, tradycyjnie corocznie w Landshut odbywa się wielki festyn historyczny, będący repliką tamtych wydarzeń. Największą atrakcją tego festynu jest wjazd do Landshut przebogatego przystrojonego orszaku rycerstwa polskiego wiodącego pannę młodą Jadwigę Jagiellonkę, którą uroczystie wita książę bawarski Jerzy Wittelsbach. Uroczystości w Landshut corocznie łączą się ze słynnym festiwalem Oktoberfest w Bawarii, a poza licznymi pamiątkowymi gadżetami, do tradycji należą pięknie wydawane serie znaczków pocztowych upamiętniających Landshuter Hochzeit.

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

# Zgoda pacjenta na leczenie – cz. I

## I. Obowiązujący stan prawny

Zgoda pacjenta na badanie oraz udzielenie innego świadczenia zdrowotnego została uregulowana *express verbis* w ustawie z 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (art. 32–34 ust. lek.)<sup>1</sup>. Analogiczne postanowienia przewiduje ustawa z 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (art. 15–19 pr. pacj.)<sup>2</sup>. W konsekwencji lekarz może przeprowadzić badanie pacjenta lub udzielić mu odpowiednich świadczeń zdrowotnych po wyrażeniu przez niego zgody.

Z wymogiem uzyskania zgody pacjenta łączy się obowiązek szeroko ujmowanej informacji. Osoba dokonująca świadczeń zdrowotnych powinna bowiem udzielić pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu przystępnej informacji o stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu (art. 31 ust. lek.; art. 9 ust. 2 pr. pacj.). Po uzyskaniu informacji pacjent ma prawo przedstawić swoje zdanie w tym zakresie. Na wyraźne żądanie pacjenta lekarz nie ma jednak obowiązku przekazania mu jakichkolwiek informacji.

W sytuacjach wyjątkowych, jeżeli rokowanie jest niekorzystne dla pacjenta, lekarz może też ograniczyć dane o stanie zdrowia, jeżeli przemawia za tym jego dobro. W takim przypadku lekarz powinien poinformować przedstawiciela ustawowego pacjenta lub osobę upoważnioną przez pacjenta. Na żądanie tego podmiotu ma jednak obowiązek udzielić mu wszystkich wiadomości, nawet najbardziej niepomysłnych (art. 31 ust. 4 ust. lek.). Jeżeli pacjent nie ukończył lat 16, jest nieprzytomny lub niezdolny do zrozumienia znaczenia informacji, lekarz udziela informacji osobie bliskiej w rozumieniu ustawy o prawach pacjenta. Osobą bliską jest zatem małżonek pacjenta, jego krewny lub powinowaty do drugiego stopnia w linii prostej, przedstawiciel ustawowy, osoba pozostająca we wspólnym pożyciu oraz osoba wskazana przez pacjenta.<sup>3</sup>

Wymóg uzyskania zgody pacjenta na świadczenie zdrowotne stanowi jeden z podstawowych obowiązków osoby wykonującej czynności medyczne. Dotyczy on pośrednio nie tylko lekarza, ale też innych osób udzielających takich świadczeń. Podmioty te mogą przeprowadzić badanie lub udzielić pozostałych świadczeń zdrowotnych dopiero po uzyskaniu świadomej akceptacji ze strony pacjenta. Charakterystyczne jest, że uprawnienie do wyrażenia zgody dotyczy także innych sytuacji nie-

związanych bezpośrednio z procesem leczenia, pojęcie to odnosi się bowiem do:

- poszczególnych świadczeń zdrowotnych (zgoda na badanie, udzielenie określonego świadczenia zdrowotnego, zabieg operacyjny), nie tylko terapeutycznych, ale też diagnostycznych;
- udzielenia informacji innym osobom o swoim stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych metodach leczenia, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania, wynikach leczenia i rokowaniu (art. 9 ust. 3 pr. pacj.; art. 31 ust. lek.). Dodatkowo należy uwzględnić, że pielęgniarka lub położona mają obowiązek poinformowania pacjenta o jego prawach (art. 20 ust. 1 ust. piel.)<sup>4</sup>. Pielęgniarka powinna ponadto udzielić pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu informacji o stanie zdrowia pacjenta, w zakresie koniecznym do sprawowania opieki pielęgniarskiej;
- ujawnienia tajemnicy informacji związanych z pacjentem, uzyskanych w związku z wykonywaniem zawodu (art. 13 pr. pacj., art. 21 ust. piel., art. 40 ust. lek.);
- podania do publicznej wiadomości danych umożliwiających identyfikację pacjenta (art. 21 ust. 4 ust. piel. art. 40 ust. 4 ust. lek.).

## II. Charakter prawny zgody pacjenta

Zgoda pacjenta na udzielenie świadczenia zdrowotnego ma charakter cywilnoprawnego oświadczenia woli, musi zatem spełniać wszystkie jego przesłanki. Brak zgody pacjenta powoduje powstanie po stronie podmiotu dokonującego takich świadczeń, a niekiedy zakładu opieki zdrowotnej, odpowiedzialności za powstałą szkodę. Szkoła ta polega na naruszeniu nietykalności cielesnej pacjenta, uszkodzeniu ciała lub rozstroju zdrowia – co w myśl art. 24 kodeksu cywilnego – stanowi jego dobra osobiste podlegające ochronie. Poszkodowany może również żądać zadośćuczynienia za doznaną krzywdę, czyli za ból, cierpienia fizyczne czy też negatywne przeżycia psychiczne. Jak zauważył Sąd Najwyższy w orzeczeniu z 22 września 1967 r.<sup>5</sup>, brak zgody pacjenta pozbawia go możliwości decydowania o sobie, w konsekwencji uznania istnienia ryzyka zabiegu medycznego.

Akceptując interwencję medyczną pacjent zezwala innej osobie na naruszenie jego integralności w ustalonym zakresie.<sup>6</sup> Dokonanie zabiegu bez zgody pacjenta, nawet jeśli zostało dokonane *lege artis* i nie spowodowało żadnych komplikacji, czy też skutków ubocznych nie wyłącza bezprawności działania. Potwierdza tę te-

zę także wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z 31 marca 2006 r., który wskazuje, że zabieg medyczny dokonany bez zgody pacjenta jest czynnością bezprawną nawet wówczas, gdy został wykonany zgodnie z zasadami wiedzy.<sup>7</sup> Dodatkowo z treści art. 192 kodeksu karnego wynika, że kto wykonuje zabieg leczniczy bez zgody pacjenta, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do lat 2.

Wyrażenie przez pacjenta zgody na zastosowanie konkretnej metody leczenia nie oznacza, że można przeprowadzić każde świadczenie. Ingerencja w organizm człowieka zawsze musi być uzasadniona stanem jego zdrowia. Niedopuszczalne jest pochopte lub nieprzemyślane naruszenie nietykalności cielesnej innej osoby. Dlatego lekarz nie powinien przeprowadzać konkretnego świadczenia, gdy ryzyko szkody dla zdrowia pacjenta jest wyższe niż korzyść, jakiej należy w tym przypadku oczekiwać.<sup>8</sup>

### III. Osoby uprawnione do wyrażenia zgody

Zakres podmiotowy osób upoważnionych do wyrażenia zgody na określone świadczenie zdrowotne jest dosyć szeroki, poza samym pacjentem uprawnienie to zostało przyznane również innym podmiotom. Nie uprzedzając dalszych rozważań, możemy mówić o zgodzie osobistej (własnej) pacjenta, zgodzie zastępczej, zezwoleniu właściwego organu, a nawet zgodzie podwójnej. Omawia-  
nie prawo przysługujące:

- pacjentowi, w tym małoletniemu, który ukończył lat 16,
- przedstawicielowi ustawowemu, gdy pacjent jest małoletni, niezdolny do wyrażenia zgody lub całkowicie ubezwłasnowolniony. W tym ostatnim przypadku – osoba całkowicie ubezwłasnowolniona oraz chora psychicznie lub upośledzona umysłowo, lecz dysponująca dostatecznym rozeznaniem ma prawo do wyrażenia sprzeciwu co do udzielenia świadczenia zdrowotnego, pomimo zgody przedstawiciela ustawowego,
- sądowi opiekuńczemu w przypadku, gdy pacjent nie ma przedstawiciela ustawowego lub porozumienie z nim jest niemożliwe. Zezwolenie sądu opiekuńczego jest wymagane także wtedy, gdy małoletni, który ukończył lat 16, osoba ubezwłasnowolniona, chora psychicznie lub upośledzona umysłowo, lecz dysponująca dostatecznym rozeznaniem, sprzeciwia się czynnościom medycznym. Sądem opiekuńczym właściwym miejscowo do wyrażenia zezwolenia na wykonywanie czynności medycznych jest sąd, w którego okręgu czynności te mają być wykonywane (art. 17 pr. pacj. art. 32 ust. 10 ust. lek.),
- opiekunowi faktycznemu, jeżeli zachodzi potrzeba badania pacjenta, który jest małoletni, całkowicie ubezwłasnowolniony lub niezdolny do świadomego wyrażenia zgody,

- dodatkowo prawo wyrażenia sprzeciwu zostało przyznane pacjentowi, który ukończył lat 16.

Ustawodawca polski posługuje się ogólnym pojęciem „osoba pełnoletnia”, wskazując jednocześnie na okoliczności pozwalające na jej uzyskanie. Pierwszą z nich jest formalna granica wieku; drugą – fakt zawarcia związku małżeńskiego. Zgodnie z treścią art. 10 § 1 k.c. pełnoletnia jest zarówno osoba, która ukończyła 18 rok życia, jak i osoba młodsza, o ile zawarła związek małżeński.<sup>9</sup> Podmiot, który wskazanym warunków ustawowych nie spełnia, przez prawo polskie uznawany jest za osobę małoletnią.

Osoba, która ukończyła lat 13, może być ubezwłasnowolniona całkowicie, jeżeli skutek choroby psychicznej, niedorozwoju umysłowego albo innego rodzaju zaburzeń psychicznych, w szczególności pijaństwa lub narkomanii, nie jest w stanie kierować swym postępowaniem. Ubezwłasnowolnienie zarówno całkowite, jak i częściowe, może nastąpić tylko na mocy orzeczenia sądu. Dla ubezwłasnowolnionego całkowicie ustanawia się opiekę, chyba że pozostaje on jeszcze pod władzą rodzicielską (art. 13 k.c.). Dopóty, dopóki konkretna osoba nie zostanie ubezwłasnowolniona, traktowana jest tak, jakby miała pełną zdolność do czynności prawnych, a więc może samodzielnie decydować o sobie.

*dr Małgorzata SERWACH*

*Uniwersytet Medyczny w Łodzi, Katedra Prawa Cywilnego  
Uniwersytet Łódzki, Katedra Polityki Ochrony Zdrowia*

---

<sup>1</sup> Tekst jednolity Dz. U. 02.21.204. Niezależnie od przepisów ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry o zgodzie pacjenta stanowi Kodeks Etyki Lekarskiej. Zgodnie z treścią art. 15 KEL postępowanie diagnostyczne, lecznicze i zapobiegawcze wymaga zgody pacjenta.

<sup>2</sup> Zgodnie z art. 15 ostatniego z aktów prawnych – przepisy prawa pacjenta stosuje się do wyrażenia zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych albo odmowy takiej zgody, jeżeli przepisy odrębnych ustaw nie stanowią inaczej.

<sup>3</sup> Krewny w linii prostej to osoba, która od nas pochodzi (zstępny) lub osoba, od której my pochodzimy (wstępni). Powinowactwo to więc, jaka powstaje z chwilą zawarcia małżeństwa pomiędzy jednym z małżonków a rodziną drugiego.

<sup>4</sup> Ustawa z 5 lipca 1996 r., T. j. Dz. U. 01.57.602.

<sup>5</sup> PUG 1968, nr 6, s. 222.

<sup>6</sup> Orzeczenie SN z 17 lutego 1989 r., OSN 1989, nr 5–6, poz. 42.

<sup>7</sup> Wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z 31 marca 2006 r., I ACa 973/05.

<sup>8</sup> M. Nesterowicz, „Prawo medyczne”, Toruń 2005, s. 96.

<sup>9</sup> Zgodnie z art. 10 § 1 kodeksu rodzinnego i opiekuńczego z ważnych powodów sąd opiekuńczy może zezwolić na zawarcie związku małżeńskiego kobiecie, która ukończyła lat szesnaście, a z okoliczności wynika, że zawarcie małżeństwa będzie zgodne z dobrem założonej rodziny.



# Ustawa refundacyjna i umowy aptek z NFZ – kontrowersyjne zmiany legislacyjne

Codziennie dolnośląskie apteki odwiedza sto kilkadziesiąt tysięcy pacjentów, którym nie tylko wydawane są potrzebne leki, ale udzielana jest też właściwa informacja na temat ich stosowania. Dzięki ciężkiej i odpowiedzialnej pracy aptekarzy, wymagającej stałego podnoszenia kwalifikacji zawodowych, pacjenci mogą również uniknąć wielu groźnych działań ubocznych czy interakcji leków, które są przyczyną znacznej ilości przypadków leczenia szpitalnego. Jest to szczególnie istotne w okresie nieuchronnych zmian demograficznych polskiego społeczeństwa, w wyniku których stale będzie rosła liczba osób w starszym wieku, które w ciągu roku stosują od kilku do kilkunastu różnych leków.

**Apteki muszą spełniać wiele rygorystycznych wymagań** dotyczących w szczególności:

- wielkości, układu i wyposażenia lokalu aptecznego,
- ilości zatrudnionego personelu fachowego – magistrów farmacji,
- zapewnienia szerokiego asortymentu leków,
- odpowiednich godzin pracy (średnio 12 godzin),
- gotowości pełnienia dyżurów w dni wolne od pracy oraz w nocy.

Z tego powodu **właściwe ich funkcjonowanie możliwe jest jedynie w warunkach zapewniających stabilność ekonomiczną i niezależność zawodową aptekarzy**, którzy w interesie pacjentów podejmują często decyzje, których głównym motywem nie jest chęć osiągnięcia maksymalnego zysku. Niestety przez ostatnie dwadzieścia lat w Polsce **kolejne rządy zrobiły bardzo niewiele**, aby wprowadzić takie regulacje prawne, które zapewniłyby stabilność systemu aptecznego. W wyniku braku kompleksowego spojrzenia na system ochrony zdrowia w Polsce doprowadzono do sytuacji, w której detalicznej dystrybucji leków – szczególnie leków refundowanych – towarzyszą liczne zjawiska patologiczne. Wojna konkurencyjna i agresja marketingowa w tym zakresie osiągnęła często kuriozalne wręcz rozmiary. Dlatego środowisko aptekarskie po wielu latach starań o wprowadzenie odpowiednich zmian prawnych oczekiwało, że zapowiadana przez kilkanaście miesięcy ustawa refundacyjna wprowadzi rozwiązania analogiczne do sprawdzonych regulacji obowiązujących w większości krajów Unii Europejskiej – bardzo korzystnych zarówno dla pacjentów, jak i budżetów systemu ochrony zdrowia.

## 1. Ustawa refundacyjna

Czytając uzasadnienie do projektu ustawy refundacyjnej, opublikowanego przez Ministerstwo Zdrowia we wrześniu 2010 r., można odnieść wrażenie, że MZ jest świadome negatywnych konsekwencji bardzo liberalnego systemu dystrybucji detalicznej leków refundowanych w Polsce. Zawarte są w nim m.in. stwierdzenia, że pacjenci są nieświadomi mechanizmów stosowanej „gry” i łatwo ulegają manipulacji opartej na przeświadczeniu o atrakcyjności oferty, nie zdając sobie sprawy, iż to nie oni są beneficjentem tych działań, tylko ich narzędziem. Taka sytuacja jest niekorzystna z punktu widzenia stabilności i przejrzystości systemu dystrybucji leków refundowanych, a także negatywnego wpływu na możliwość prowadzenia polityki lekowej państwa.

Uchwalona w maju 2011 r. ustawa refundacyjna zawiera zapisy, które powinny wyeliminować agresywne działania marketingowe aptek, dotyczące w szczególności leków refundowanych. Po wielu miesiącach konsultacji i intensywnych starań samorządu aptekarskiego, dążących do poprawy pierwotnej wersji projektu ustawy refundacyjnej, w ostatecznej jej wersji znalazły się zapisy dotyczące:

- jednakowej odpłatności za leki refundowane w każdej aptece w Polsce,
- zakazu stosowania systemów bonusowych i wszelkiego rodzaju nagród, prezentów oraz programów lojalnościowych dotyczących leków refundowanych,
- zakazu reklamy aptek.

Są to bardzo korzystne zapisy, które wejdą w życie 1 stycznia 2012 r. **Analogiczne regulacje obowiązują w prawie wszystkich krajach Unii Europejskiej.** Wieloletnie doświadczenia takich krajów, jak: Niemcy, Austria, Francja czy Włochy w tym zakresie pokazują, że takie rozwiązania są też bardzo korzystne dla pacjentów i systemów ochrony zdrowia. Są one również zgodne z zapisami zawartymi w konstytucjach tych krajów.

Pozostaje jednak ważne pytanie, czy uda się wyegzekwować te zapisy w praktyce. Już teraz pojawiają się informacje, że podejmowane będą próby ich ominięcia poprzez tworzenie różnych fundacji, mających siedziby nawet poza granicami Polski.

Należy jednak zadać pytanie **dlaczego aptekarze**, za wprowadzenie wyżej wymienionych rozwiązań, które wzorem najbardziej rozwiniętych krajów UE powinny

były być wprowadzone w Polsce już wiele lat temu, **będą musieli zapłacić niewspółmiernie wysoką cenę?**

Ustawa refundacyjna wprowadza nowy system **naliczania marż aptecznych tylko do limitu refundacji**. W praktyce oznacza to, że marże apteczne będą naliczane tylko od części ceny hurtowej leku. System naliczania marż aptecznych tylko do poziomu limitu refundacji **nie jest stosowany w żadnym kraju Unii Europejskiej**.

Projekt wprowadzenia takiego systemu w Polsce **ma charakter niebezpiecznego eksperymentu**, ponieważ wnikliwa analiza zaproponowanych przez Ministerstwo Zdrowia zmian wyraźnie pokazuje, że ich konsekwencje będą bardzo poważne i często sprzeczne z intuicyjnymi przewidywaniami.

Chociaż wartości procentowe w zaproponowanej tabeli marż wydają się być wysokie, to naliczanie marży aptecznej tylko do limitu refundacji spowoduje, że **poziomy realnych marż aptecznych będą w wielu przypadkach kuriozalnie niskie** w stosunku do hurtowych cen leków.

W praktyce oznacza to, że **realna średnia marża na leki refundowane w Polsce w odniesieniu do cen hurtowych będzie wynosiła około 14% i będzie niższa w Europie**.

Trudno znaleźć racjonalne wytłumaczenie dla forsovania przez Ministerstwo Zdrowia takiego rozwiązania, które doprowadzi **do katastrofy finansowej wielu aptek i w konsekwencji do rozregulowania polskiego systemu ochrony zdrowia**.

## 2. Projekt rozporządzenia w sprawie umów aptek z NFZ

Ustawa refundacyjna nakłada na apteki obowiązek podpisywania umów z NFZ. Zapis ten jest wyjątkowo kontrowersyjny dla aptekarzy, ponieważ obecnie Państwo sprawuje nadzór nad warunkami prowadzenia apteki poprzez inspekcję farmaceutyczną. Wobec powyższego **nie ma rozsądnego uzasadnienia powierzania jeszcze dodatkowej kontroli i to podmiotowi cywilno-prawnemu (NFZ) nad wykonywaniem zadań władz publicznych i to jeszcze oddając jednej ze stron (NFZ) praktycznie całkowitą swobodę kształtowania tego stosunku w drodze umowy cywilno-prawnej**.

Opublikowany w czerwcu br. przez Ministerstwo Zdrowia projekt rozporządzenia w sprawie ogólnych warunków umów na realizację recept oraz ramowego wzoru umowy na realizację recept, nakładał na apteki jedynie obowiązki oraz kary i prawie żadnych praw. Natomiast zgodnie z tym projektem NFZ będzie miał ogromną władzę i praktycznie prawie żadnych obowiązków. Druga wersja projektu tego rozporządzenia opublikowana przez Ministerstwo Zdrowia w lipcu br. okazała się równie niekorzystna dla aptek – nie zostały

uwzględnione uwagi samorządu aptekarskiego w żadnej kluczowej kwestii.

Do najbardziej niekorzystnych dla aptek zapisów w projekcie wyżej wymienionego rozporządzenia należą:

- a) możliwość rozwiązywania przez NFZ umowy z apteką w trybie natychmiastowym,
- b) możliwość jednostronnego wprowadzania zmian w umowie poprzez zarządzenia prezesa NFZ,
- c) niewspółmierne kary umowne dla aptek i zwrot nienależnej refundacji w przypadku nawet drobnych błędów formalnych na recepcie,
- d) wymaganie czytelności recept bez podania precyzyjnej definicji czytelności,
- e) kary za nieuzasadnioną odmowę realizacji recepty, przy równoczesnej możliwości żądania przez NFZ zwrotu refundacji w przypadku jakichkolwiek, nawet drobnych uchybień na recepcie.

Są to niestety działania, których kierunek jest przeciwny do strategii i tendencji wdrażanych w najbardziej rozwiniętych krajach Unii Europejskiej, w których wykorzystuje się **nowe możliwości współpracy pracowników fachowych systemu ochrony zdrowia**. W krajach tych fundusze ochrony zdrowia są w coraz większym stopniu zainteresowane efektywną współpracą z aptekami, podejmując wspólne projekty i działania z samorządami aptekarskimi. Dokładne analizy tych funduszy pokazały, że traktowanie aptek jako „łatwego celu” w poszukiwaniach oszczędności jest działaniem nieracjonalnym.

W coraz większej liczbie krajów członkowskich UE podejmowane są próby oszacowania przez niezależne agencje i firmy korzyści ekonomicznych wynikających z udzielanych fachowych porad w aptekach oraz prowadzonej opieki farmaceutycznej.

Bardzo interesujące są opublikowane w czerwcu 2010 r. w opracowaniu „*The Association of Finnish Pharmacies Annual Review 2009*” przygotowanym przez Fińską Izbę Aptekarską wyliczenia wykonane przez **PricewaterhouseCoopers** dotyczące **wymiaru ekonomicznego bezpłatnych porad fachowych udzielanych w aptekach w Finlandii**. Przedstawione dane są bardzo interesujące, ponieważ – zgodnie z szacunkami PricewaterhouseCoopers – dzięki udzielanym poradom fachowym w fińskich aptekach:

- liczba wizyt pacjentów u lekarzy pierwszego kontaktu w ciągu roku jest mniejsza o **6,2 miliona**,
- liczba wizyt pacjentów u lekarza w nagłych przypadkach (pogotowie) jest mniejsza o **750 tysięcy**,
- porady aptekarzy pozwalają zmniejszyć o **123 tysiące** liczbę nocy spędzonych przez pacjentów w szpitalach.

W wyniku przeprowadzonych analiz stwierdzono, że bezpłatne porady fachowe udzielane w fińskich aptekach w zakresie ochrony zdrowia przynoszą rocznie **411 mln euro** oszczędności, a porady dotyczące właściwego stosowania przepisanych leków przynoszą rocznie **146 mln euro** oszczędności!

Było to pierwsze badanie w tym zakresie przeprowadzone w Finlandii. Należy wziąć pod uwagę, że ludność Finlandii wynosi około 5,4 mln i w kraju tym jest 807 aptek. Można zatem zakładać, że w przypadku analogicznych obliczeń wykonanych **dla Polski** otrzymane **wartości oszczędności byłyby wielokrotnie większe!**

### 3. Długoterminowa polityka lekowa państwa

W zdecydowanej **większości krajów europejskich obowiązują przepisy uniemożliwiające tworzenie sieci aptecznych**. System detalicznej dystrybucji leków oparty o indywidualne apteki prowadzone w większości przypadków przez aptekarzy bardzo dobrze funkcjonuje w prawie wszystkich „starych krajach członkowskich” Unii Europejskiej – np. w **Austrii, Niemczech, Francji, Włoszech, Hiszpanii, Portugalii czy Belgii**.

Taki system jest **wyjątkowo korzystny dla pacjentów, co potwierdziły dwa wyroki Europejskiego Trybunału Sprawiedliwości** z 19 maja 2009 r. oraz z 1 czerwca 2010 r. Pierwszy wyrok dotyczył ograniczenia, zgodnie z którym tylko aptekarze mogą być właścicielami aptek. Drugi wyrok dotyczył kryteriów demograficznych i geograficznych przy otwieraniu nowych aptek – na jedną aptekę musi przypadać minimalna ilość pacjentów (w większości krajów od 3500 do 5000) i apteki muszą powstawać w określonej odległości od siebie (w większości krajów ta minimalna odległość wynosi od 250 m do 500 m).

System oparty o indywidualne apteki jest też **wyjątkowo korzystny**, ponieważ zapewnia **dużą swobodę w kreowaniu polityki lekowej państwa**. Ponadto małe podmioty nie będą wykorzystywać nawet najmniejszych nieścisłości w obowiązującym prawie, czy wręcz działać wbrew obowiązującemu prawu, co również ma bardzo duże znaczenie. Z tego powodu **większości państw europejskich tak bardzo zależy na utrzymaniu systemu detalicznej dystrybucji leków opartej na indywidualnych aptekach prowadzonych przez aptekarzy**.

Wyniki badań niemieckiego Instytutu Badań Nad Gospodarką Rynkową potwierdziły, że sieci apteczne wcale nie są bardziej efektywne od indywidualnych aptek.

Dlatego w lipcu 2010 r. węgierski parlament przyjął propozycję rządu, której celem było zakończenie

**procesu liberalizacji rynku aptecznego. Od 1 stycznia 2011 r. weszły w życie ustawowe ograniczenia otwierania nowych aptek na Węgrzech:**

1. Nowe apteki mogą być otwierane tylko jeśli aptekarze są właścicielami co najmniej 51% ich udziałów.
2. Jeden podmiot może być właścicielem maksymalnie 4 aptek (w miastach do 20 tys. mieszk. – maksymalnie 3 aptek).
3. Wprowadzono kryteria geograficzne (minimalna odległość między aptekami) i demograficzne (minimalna ilość mieszk. przypadająca na aptekę).

Na Węgrzech przyjęty został kierunek zmian zgodny z zasadami obowiązującymi w najbardziej rozwiniętych krajach Unii Europejskiej.

Należy zadać sobie pytanie – **dla czego zmiany legislacyjne dotyczące detalicznej dystrybucji leków w Polsce nie uwzględniają wyjątkowo pozytywnych doświadczeń** takich krajów jak: Austria, Niemcy, Francja, Włochy, Hiszpania, Portugalia, Belgia czy w ostatnim czasie Węgry?

**Czy nasz rząd powinien eksperymentować wprowadzając rozwiązania, które dotychczas nie zostały zastosowane w żadnym europejskim kraju? Czy w obecnej sytuacji stać nas na eksperymenty?**

Skrajnie przeciwny przykład pochodzi z **Norwegii**. W kraju tym dopuszczono do całkowitego przejęcia detalicznej dystrybucji leków przez **trzy sieci apteczne**, co zostało uznane przez Ministerstwo Zdrowia Norwegii **jako katastrofalny błąd!**

Piotr BOHATER

Prezes Dolnośląskiej Izby Aptekarskiej

Referat wygłoszony podczas konferencji 4 samorządów zawodowych Dolnego Śląska pt. „Zdrowie Polaków – realia, szanse, zagrożenia, wizerunek systemu ochrony zdrowia”, która odbyła się 26 września 2011 r. w siedzibie DIL.

(przedruk z „Medium” nr 11/11)



## Pierwszy kontakt z pacjentem – o co warto zadbać, aby chciał do ciebie wrócić?

*„Siedzisz w kolejce do lekarza specjalisty. W pewnym momencie podchodzi jakaś kobieta i siada na krzesło obok. Uśmiecha się i zaczyna rozmowę. Mówi o historii z okładki „Twojego Stylu”, rzuca uwagę, jak dziś spokojnie w tej poczekalni, jeśli wziąć pod uwagę fakt, jak oblegany jest to specjalista. Pyta, czy od dawna leczysz się w tym gabinecie, po czym opowiada zabawną historię, która przydarzyła się jej dziś rano. Uświadamiasz sobie, jak dobrze czujesz się w towarzystwie tej osoby, że czujesz się przyjemnie – jest zabawna, i dobrze się z nią rozmawia. Mogłabyś się z nią zaprzyjaźnić. Po 10 minutach lekarz wzywa Cię do gabinetu, więc wstajesz i mówisz do widzenia”.*

Czy zdarzają się Tobie takie spotkania? Bardzo krótkie, po którym zostało uczucie, że wiesz, co to za osoba? Wystarczyło Ci posłuchać jak mówi, i jak reaguje na twoje słowa, wystarczył jeden krótki kontakt, abyś odniosła wrażenie, że pod wieloma względami jesteście w stanie się porozumieć? Że mogłabyś poznać ją bliżej? Zaprzyjaźnić się?

Jak do tego doszło? Jak to się stało, że zebrałaś tylko kilka informacji, a stworzyłaś obraz znacznie większy i bogatszy? To sprawy, nad którymi chcę się trochę pochylić w dzisiejszym artykule.

W czasie, kiedy powstaje pierwsze wrażenie, drugi człowiek dostaje tylko próbkę tego, jacy jesteśmy, ale dla niego to oznacza 100%. Dodatkowo, przyjmuje on, całkiem nieświadomie, że ten wycinek jest wiernym odzwierciedleniem całości. Jaki wniosek wypływa z tego i ze spotkania z kobietą z poczekalni?

Jeśli na pierwszym spotkaniu z Pacjentem okażesz ciepłe zainteresowanie, prawdopodobnie zostaniesz odebrany jako osoba ujmująca, godna zaufania, profesjonalna. Jeśli potraktujesz na początku pacjenta chłodno – najprawdopodobniej uzna on, że zawsze jesteś chłodna, i nie będzie się narażał na takie traktowanie po raz kolejny.

Wszystko zaczyna się od pierwszego wrażenia i od tego, czym „obdarowujemy” drugą osobę i czym jesteśmy „obdarowywani” przez innych.

Na pierwsze wrażenie ma wpływ wiele czynników. Powstaje ono nieświadomie, niezależnie od tego, czy tego chcemy, czy też nie, które potem staje się filtrem, przez który patrzymy na daną osobę. Jak chcesz, żeby Twoi pacjenci Cię postrzegali?

To, co ma spory wpływ na to, czy Pacjent przyjdzie do Ciebie po raz kolejny, czy też poszuka raczej innego stomatologa, to też fakt, czy potrafiłaś zbudować podczas krótkiej pierwszej wizyty pozytywny wizerunek profesjonalnego stomatologa-człowieka. Co ciekawe, profesjonalizm jest określany przez znakomitą większość pacjentów gabinetów prywatnych jako uprzejmość, zrozumienie oraz rozmowa z pacjentem, okazanie mu zainteresowania, jego problemem stomatologicznym, obawami, umiejętnie rozładowanie napięcia, informowanie o kolejności działań, leczenia i czynności! Równie ważne przy opisywaniu profesjonalizmu było przekonanie i pewność, że nie będzie poprawek, reklamacji, powrotów tej samej sprawie do lekarza.

Ważne w związku z tym jest aby zadbać o to, co Twój pacjent myśli o sobie w Twoim towarzystwie. Czy czuje się jak partner, z którym rozmawiasz i którego słuchasz? Czy też czuje się maluczki albo lepszy od Ciebie? Jak długofalowo myśleć o tym?

Skupiam się na WRAŻENIU, jakie robisz na pacjencie, bo przecież nie jest on w stanie w znacznej większości przypadków ocenić Twojej pracy z medycznego punktu widzenia.

Zatem co możesz zrobić, aby Twój pacjent czuł się komfortowo i bezpiecznie? Aby czuł się jak klient a nie tylko „nosiciel uzębienia”?

Możesz okazać mu zainteresowanie, możesz pokazać, że macie pewne punkty wspólne, możesz rozładować atmosferę i wpłynąć na poprawę jego nastroju, a także dać poczucie czegoś nowego.

Ważna jest równowaga w „obdarowywaniu” Pacjenta zainteresowaniem, poczuciem wspólnoty, poprawianiem nastroju czy dzieleniem się czymś dla pacjenta nowym. Jeśli umiejętnie będziesz „dawkować” te cztery elementy budowania pozytywnego wizerunku, to będzie to wspierać twój wizerunek profesjonalisty w oczach pacjenta. Jeśli jednak tej równowagi zabraknie, pacjent szybko ucieknie. Jeśli chcesz zbudować pozytywny wizerunek Ciebie jako profesjonalnego lekarza, zacznij od dbania o dobre samopoczucie Twojego pacjenta. Wtedy możesz liczyć na wzajemność – jest bowiem w ludziach taka nieświadoma siła, która sprawia, że chcą się odwzajemniać za to, co otrzymali. W psychologii społecznej mówi się o regule wzajemności.

To, o czym absolutnie należy pamiętać w kontaktach z, zarówno nowymi, jak i stałymi pacjentami to to, żeby podawać wyłącznie prawdziwe informacje, i być szczerym. Jeśli pacjent wyczuje choćby jedną fałszywą nutę, to na nic się zda Twój uśmiech.

### **I element: Okaż zainteresowanie**

Kogo wolisz? Osobę, która traktuje Cię przedmiotowo, czy osobę, która widzi w Tobie człowieka? – I mam na myśli jakąkolwiek sytuację kontaktu z drugim człowiekiem, kiedy macie ze sobą się spotykać od czasu do czasu. Kiedy przychodzi nowy pacjent, często wystarczy powitać go uśmiechem. Okazywanie zainteresowania wymaga od Ciebie patrzenia na Twojego rozmówcę, komunikowania się z nim zarówno werbalnie jak i pozawerbalnie, zadawania pytań, uważnego słuchania, adekwatnych odpowiedzi a także informowania o tym, co się będzie działo, jakie są kolejne kroki. To, co możesz zrobić to, np. powiedzieć pacjentowi, że cieszysz się, że przyszedł (jeśli tak rzeczywiście jest!). Możesz docenić, że szczerze i otwarcie mówi o swoich oczekiwaniach czy obawach lub doświadczeniach. Jeśli widzisz, że pacjent jest zdenerwowany odnieś się do niego z troską mówiąc: „widzę, że lekko się pani denerwuje?”, „Co Panią niepokoi?”, „Czego Pani w tej sytuacji potrzebuje?”

### **II element: Pokaż, że w pewnych aspektach myślicie podobnie**

Na ile potrafisz kontrolować swoje podświadome wybory dotyczące kontaktu z drugim człowiekiem? Często, aby pacjent poczuł się dobrze wystarczy okazać mu przychylność i okazać dobre zamiary. O Twojej otwartości będzie, poza słowami, świadczył język Twojego ciała, który działa na podświadomość drugiej osoby. Może to być uśmiech, który jest najtańszym sposobem na wiele trudnych sytuacji i na budowanie relacji, lub też nachylenie ku pacjentowi oraz kontakt wzrokowy. Używaj słów, które twój pacjent szczególnie akcentuje (np. szybko, sprawnie, bezboleśnie, właściwie, etc) – w ten sposób demonstrujesz, że go słuchasz, a na poziomie nieświadomym dajesz mu komunikat: myślimy podobnie. Ważne jest też, aby dopasować język do swojego pacjenta. Jeśli pacjent operuje wysublimowanym słownictwem, to dopasuj się do niego. Jeśli operuje prostym zrozumiałym czy obrazowym językiem, wykorzystaj swoje zdolności rozmowy i dopasuj się do niego. W ten sposób podświadomie zawiązuje się

między Wami niewidzialna więź wspólnoty. A przecież świetnie nam się funkcjonuje wśród ludzi podobnych do nas.

### **III element: Popraw mu nastrój**

Ilu Twoich pacjentów przychodzi radosnych i zadowolonych, bo za chwilę będziesz pracować z ich uzębieniem? Ilu Twoich pacjentów jest zrelaksowanych, odprężonych? Na nastrój wpływa nasza energia fizyczna, wyraz twarzy (ponownie), emocjonalny ton wypowiedzi, słownictwo oraz obszar koncentracji. Pacjenci lubią energicznych, uśmiechniętych, nastawionych pozytywnie stomatologów, którzy tworzą atmosferę spokoju, bezpieczeństwa w otocze przyjazności. To co może być szczególnie użyteczne w pracy z pacjentem, to zdolność łapania dystansu w trudnej sytuacji i żart. Ważne jest też, abyś koncentrowała się na tym, co w sytuacji trudnej czy problemowej możesz zrobić, aby ją rozwiązać, zamiast drażenia i mówienia o tym, jak jest źle.

### **IV element: Daj poczucie czegoś nowego**

Wszyscy jesteśmy ciekawi świata i lubimy dowiadywać się czegoś nowego nawet, jeśli to tylko błahostki. Dzieląc się z pacjentem wiadomościami ze świata dbasz o dwie rzeczy: o poczucie czegoś nowego i faktu, że odwracasz uwagę pacjenta od każdego Twojego ruchu. Dobrze jest zacząć od podstawowych informacji, robiąc to ze swobodą i poczuciem pewności siebie – to przyciąga ludzi.

### **Podsumowując:**

Z pozoru prosty temat, umiejętności, które każdy z nas ma w swoim repertuarze. Pozostawiam Cię z pytaniem: jak chcesz pracować ze swoimi nowymi lub stałymi pacjentami? Nad którym elementem budowania pozytywnego wizerunku chcesz się chwilę dłużej skupić? A który masz w swoim repertuarze na co dzień?

Życzę Państwu wielu przywiązanych i wiernych pacjentów, a Państwa pacjentom ciepłych, rozumiejących ich dentystów.

Inspirowane książką Ann Demaris, Yalerie White, „Pierwsze wrażenie. Jak nas widzą inni”, KDC, 2007

*Dorota JAKUBOWSKA-KURZEC*  
*Trener, certyfikowany coach ICC*

(przedruk z „Doktora” nr 3/11)

# O etycznych aspektach lekarskiego uśmiechu

## Uśmiech i charakter

Uśmiech lekarza nie jest wyłącznie wyrazem nastawienia do pacjenta – jest estetyczną manifestacją usposobienia lekarza, zmysłowym wyrazem jego charakteru. Odsyła do szczerości, życzliwości i serdeczności, które są wartościowymi cechami (cnotami) właśnie charakteru, wręcz nawykowo okazywanymi w postępowaniu z chorym: „*Cnoty, idąc tropem Arystotelesa, są moralnym nawykiem, rozwijamy je dzięki przyzwyczajeniu dokonywania czynów cnotliwych; cnoty »nabywamy dzięki uprzedniemu wykonywaniu czynów (etycznie dodatnich)«<sup>1</sup> Dzięki tym czynom powstają trwałe dyspozycje do ich dokonywania; kształtuje się jednocześnie usposobienie, aby kultywować cnoty i zgodnie z nimi postępować*”.<sup>2</sup>

Gdy lekarz pozbawia się uśmiechu w kontakcie z pacjentem, ukrywa swoje cnoty ze szkodą dla przebiegu relacji terapeutycznej. Uśmiech jest bowiem najprostszą deklaracją aksjologiczną, którą lekarz składa wobec pacjenta: wyrażając serdeczność; zaświadcza, że pragnieniem jego jest chęć niesienia pomocy oraz służenie troskliwą opieką; wypowiadając w uśmiechu szczerość, potwierdza dobre intencje i własną prawdomówność; okazując uśmiechem życzliwość, gwarantuje, że jego starania będą najwłaściwsze dla potrzeb chorego i że stronić będzie od wszelkiej krzywdy, jaka mogłaby być pacjentowi wyrządzona. Deklaruje więc, że jest człowiekiem o dobrym charakterze.

Dobrego charakteru lekarza nie zastąpią wiedza, umiejętności ani znajomość powierzonych mu obowiązków. W tym kontekście Beauchamp i Childress właściwie interpretują założenia etyki charakteru, pisząc, że „*człowiek dobry moralnie, przepełniony szlachetnymi uczuciami i kierujący się słusznymi motywami, ma większą szansę, by właściwie rozpoznać obowiązki, starannie wykonywać pracę, jakiej się od niego wymaga, naśladować pożądaną wzorce i samemu świecić przykładem. Ufamy komuś, kto wyrobił w sobie motywację i pragnienie, aby dobrze postępować*”.<sup>3</sup> Charakter bowiem jest trwałym usposobieniem do czynienia dobra, do cnotliwego (wartościowego) postępowania. Życzliwość czy serdeczność nie jest zawodową umiejętnością, troska nie daje się wyprowadzić z procedur technicznych: „*Cnota bowiem nie jest skłonnością, która sprzyja powodzeniu tylko w jednym określonym rodzaju sytuacji. (...) Kto rzeczywiście posiada jakąś cnotę, powinien przejawiać ją w bardzo różnorodnych sytuacjach: mogą to być takie sytuacje, w których praktykowanie danej cnoty nie może być skuteczne tak samo, jak tego oczekujemy od umiejętności zawodowych*”.<sup>4</sup> Nie zawsze więc uśmiech towarzyszy lekarzowi, gdy pacjent poszukuje go na twarzy lekarza, aby znaleźć potwierdzenie

dobrych intencji. Lekarz znużony wielogodzinną pracą, targany wątpliwościami diagnostycznymi, rozszłoszczony z powodu swojej niemocy, zmęczony tzw. trudnymi pacjentami, nękany rodzinnymi troskami może nie zdobyć się na uśmiech. Albo czyni to z wielkim wysiłkiem lub skazuje się na uśmiech kontrolowany, taki, którego można doświadczyć u miłej ekspedientki lub u miłego kelnera. Uśmiech kontrolowany mówi o pozytywnym nastawieniu, mówi: „*chcę być miły*”, „*jestem uprzejmy*”, lecz niewiele więcej, a z pewnością nic o usposobieniu charakterologicznym. Trudno powierzyć własne zdrowie, wysłowić lęki, wyznać intymność swojego schorzenia komuś, kto tylko chce być miły i uprzejmy. W uśmiechu kontrolowanym, który zawiera w sobie zawsze limit szczerości, gładnie spojrzenie lekarza, który skłonny jest wtedy do unikania kontaktu wzrokowego. Nie tylko więc twarz, ale i intencje oraz usposobienie lekarza stają się dla pacjenta po prostu nieczytelne.

U pacjentów, którzy nie otrzymują potwierdzenia dobrych intencji w lekarskim uśmiechu i spojrzeniu, rośnie obawa, czy lekarz podoła ich problemom, czy doloży wszelkich starań, aby ich wyleczyć. Chłodna lub posępna twarz lekarza może być przez pacjenta odbierana jako zapowiedź złych rokowań, może być źródłem niewiary chorego w skuteczność leczenia, a przede wszystkim jest odbierana jako obojętność lub skrywana przez lekarza niechęć wobec pacjenta. U pacjenta pojawiają się wątpliwości dotyczące tego, czy lekarz ma dobry charakter, nie zaś tego, czy posiada niezbędną wiedzę i umiejętności; raczej: czy wykorzysta je najlepiej, jeśli nie darzy pacjenta życzliwością.<sup>2</sup>

Lekarz musi te wątpliwości pacjenta rozwiązać w rozmowie i być wtedy bardziej wyczulony na utratę zaufania do siebie: szybko reagować na zniechęcenie pacjenta do kontaktu i do zaakceptowania diagnozy lub proponowanej terapii. Zaangażowanie lekarza w rozmowę z pacjentem oraz okazywanie mu troski w empatycznej relacji usunie skutecznie przeszkody, jakie pojawiają się, gdy wyraz twarzy lekarza rozmija się z oczekiwaniami pacjenta.

Problem oczywiście nie dotyczy lekarskiego wizerunku, który byłby narzędziem „układania” sobie pacjenta, swoistą techniką zaskarbiania sobie pacjenta, czynnikiem zwiększającym satysfakcję pacjenta z kontaktu z lekarzem. Szczerość, życzliwość i serdeczność nie dają się wyprowadzić z jakiegoś algorytmu – są tym, co powstaje podczas budowania relacji międzyludzkiej, wartościami, które ją spajają. Mają więc podłoże charakterologiczne, a nie techniczne. Lekarz wyglądający „jak z reklamy” może dobrze się prezentować, ale pacjent mu nie zaufa, ponieważ każda nieszczerłość i fałsz w tej specyficznej,



intymnej relacji zostaną szybko obnażone. Przekonanie o efektywności sztucznego wizerunku i wiara w techniki osławiania pacjenta są raczej wyrazem, tak tłumionej niechęci do chorych, jak i ucieczki w rutynę.

## Uśmiech a rozmowa

Uśmiech lekarza przede wszystkim spełnia kluczową rolę w nawiązaniu kontaktu z pacjentem. Wejście do przychodni i skierowany do oczekujących pacjentów uśmiech powitalny ma magiczne działanie: pacjenci lepiej znoszą dolegliwości związane z oczekiwaniem na wizytę, dzielą się pozytywną opinią o lekarzu, ugruntowują swoje do niego zaufanie, optymistycznie myślą o rezultatach porady lekarskiej.<sup>5</sup> Z powitanymi w poczekalni pacjentami lekarz łatwiej nawiąże kontakt już w gabinecie lekarskim.

Wraz z kontaktem wzrokowym uśmiech „*jest najbardziej niezawodnym w przełamywaniu lodów i w otwarciu rozmowy*”.<sup>5</sup> Spotkanie lekarza z pacjentem nie jest sytuacją prostą: naprzeciw siebie usiądą obce zazwyczaj sobie osoby, z których jedna chce powierzyć swoje troski drugiej, ta zaś musi być gotowa ich wysłuchać i zrozumieć. W rozmowie obie muszą znaleźć podstawę wzajemnego zaufania: „*Ta sytuacja nie jest pozbawiona napięcia: pacjent pyta siebie, czy i jaką pomoc uzyska, lekarz natomiast, jakie zadanie stoi przed nim*”.<sup>5</sup> Bywa, że nierealistyczne oczekiwania pacjenta zwiększają niepokój po obu stronach i sprawiają, że budowanie relacji jest trudniejsze, a powstała bariera niezrozumienia, a nawet nieporozumienia, wzmacnia wzajemną obcość.

Uczucie obcości musi jednak być przezwyciężone, aby poprawnie przebiegła relacja terapeutyczna. Uśmiech lekarza i odwzajemniony uśmiech pacjenta służą usunięciu tych przeszkód, które pacjentowi nie pozwalają mówić otwarcie o swoich dolegliwościach i problemach, a lekarzowi uniemożliwiają pogłębienie wywiadu. Odwzajemnianie uśmiechu podczas rozmowy jest potwierdzeniem zaistniałej wspólnoty między lekarzem a pacjentem, dla pacjenta jest także świadectwem tego, że lekarz akceptuje go, a relacji towarzyszy poczucie bliskości, która jest przecież niezbędna dla zrozumienia potrzeb chorego i konieczna dla zaistnienia empatycznej relacji.

Uśmiech i śmiech rozluźniają śmiejących się. Mają właściwości odprężające i odciążające, tak dla pacjenta, jak i samego lekarza. Bywa więc, że są potrzebne jako element dystansujący – nie tyle pomniejszający, czy ignorujący powagę dolegliwości, diagnozy lub terapii, lecz przede wszystkim redukujący napięcie emocjonalne u pacjenta, jego, czasem nieuzasadnione, obawy.<sup>5</sup> O ile zaistnieją takie okoliczności, należy śmiać się z pacjentem, nie zaś z pacjenta (lub pacjentów). Żart bywa potężnym narzędziem, dzięki któremu zainicjowane może zostać poczucie wzajemnej więzi, która przez pacjenta jest doświadczana jako zapowiedź troskliwej opie-

ki. Nie wszystkie rzeczy i sprawy wymagają poważnego traktowania – życzliwości, serdeczności i troski nie da się wypowiedzieć sędziowskim tonem, tak jak zaufania i empatii nie da się zadekretować z pokerowym wyrazem twarzy.

Zbyttnia powaga bardziej sugeruje wyniosłość, niż bliskość. A ta ostatnia właśnie pozwala zbliżyć się, aby lepiej zrozumieć sposób doświadczania dolegliwości przez pacjenta oraz zakres akceptacji dla sformułowanych zaleceń lekarskich. Zbliżyć się przez formy ekspresji oznacza wyjść ku pacjentowi gestem i mimiką, a uśmiech i śmiech są najlepszymi środkami. H. Bergson, niegdyś wielce popularny w środowisku polskich lekarzy za sprawą kategorii intuicji, pisał o śmiechu, że potrzebuje echa, że „*śmiejemy się wespół z pewną grupą*”.<sup>6</sup> W istocie rzeczy, jeśli śmiejemy się, to czynimy to zawsze do innego człowieka, we wspólnym śmiechu poszukując wspólnoty. Warto jednak zaznaczyć, na co zwrócił uwagę H. Plessner, że śmiech jako forma ludzkiej ekspresji jest odzwierciedleniem „*współpracy człowieka ze swoim ciałem*”, jest dialogiem z własnym ciałem w zdolności i niezdolności do śmiechu. Śmiech odprężający jest świadectwem zdjęcia z siebie obciążeń, nadania sobie lekkości poszerzającej perspektywę odczuwania czy rozumienia. Sprzyja więc pogodnej i ciepłej atmosferze kontaktu z pacjentem, serdecznemu nastawieniu do niego. Nie oznacza to jednak, jak napisał Geisler, że skorzystanie z efektu uśmiechu i śmiechu w praktyce lekarskiej czyni ów zawód zabawnym.<sup>5</sup> Rubaszny lekarz to raczej osoba, która niezdolna jest do wyższych uczuć kierowanych ku pacjentowi i maskuje tę niezdolność żartobliwością oraz przymilnością.

## Uśmiech w lekarskim postępowaniu

Uśmiech lekarza do pacjenta wchodzącego do gabinetu lekarskiego jest jednoznacznym komunikatem informującym, że lekarz oczekuje chorego, że jest ku niemu przyjaźnie i życzliwie nastawiony, że, po prostu, jest zainteresowany pacjentem. To wyraźny sygnał zapowiadający zaangażowanie i troskę o pacjenta. Tym uśmiechem lekarz chroni ów kapitał zaufania, dzięki któremu łatwiejsze dla pacjenta było podjęcie decyzji o poszukiwaniu kontaktu z lekarzem. Potwierdza jednocześnie, że jako osoba z dobrym charakterem, a więc życzliwa pacjentowi, mająca pragnienie świadczenia mu pomocy, nie skrzywdzi go i wesprze, jeśli będzie to konieczne. Uśmiech ten szczególnie ważny jest dla małych pacjentów, którzy, widząc pogodną twarz lekarza, uzyskują zapewnienie, że nic złego nie stanie się im w gabinecie i mogą się mniej bać.

Uśmiech lekarza powinien być adresowany nie tylko do dziecka, ale także do rodzica, opiekuna. Dostrzeżona przez dziecko „niespójność ekspresji” odczytywana jest jako fałszywość skrywająca prawdziwe intencje: „*W pediatrii komunikacja w trakcie wizyty lekarskiej jest komunikacją trójkonną. Lekarz, dziecko i rodzic przekazują*

sobie nawzajem informacje, obserwują się i są obserwowani. Kiedy dziecko wyczuwa, że matka obdarza lekarza zaufaniem, samo staje się bardziej otwarte”.<sup>8</sup> Odnosi się to również do wszystkich sytuacji, w których lekarz podejmuje kontakt i rozmowę z pacjentem w obecności osób towarzyszących choremu. Uśmiech lub jego brak jest ważnym komunikatem, który z jednej strony wyraża intencje lekarza, z drugiej zaś jest interpretacją znaczenia informacji przekazywanych pacjentowi i jego rodzinie. Każda niespójność informacyjna jest źródłem lęku, a postawa lekarza – odczuwana jako nieszczerza.<sup>5,9</sup>

Uśmiech kierowany do pacjenta jest zwiastunem nadziei, nie zawsze związanej z oczekiwaniem poprawy zdrowia, ale choćby z oczekiwaniem lepszej opieki.<sup>10</sup> Uśmiech wydaje się mieć czasami walor terapeutyczny, gdy uśmiechnięty lekarz wchodzący do sali chorych potrafi rozpromienić twarze pacjentów i polepszyć ich samopoczucie. Pogodna twarz lekarza pochyłająca się nad pacjentem intensywnie leczonym bywa fundamentalną, nieraz jedyną, możliwością orientacji pacjenta w sytuacji, w jakiej się znajduje. Troskliwy uśmiech potrafi zapewnić pacjenta o tym, że nic groźnego się nie dzieje, że wszystko będzie dobrze – gdy ograniczone są możliwości porozumiewania się z pacjentem, jest jedynym reduktorem lęku. Nawet, gdy pacjent jest nieprzytomny, lekarz wykonujący czynności lekarskie powinien uśmiechać się do pacjenta, mówić do niego tak, jakby był przytomny. Uśmiech bowiem jest ekspresją ciała, a to powoduje, że lekarz wykonuje te czynności delikatniej i z większym zaangażowaniem oraz starannością.<sup>10</sup>

## Konkluzja

Lekarze powinni się uśmiechać do swoich pacjentów, byle czynili to szczerze. Dzięki uśmiechowi pacjent ma szansę poznać motywację charakterologiczną, to, czym lekarz kieruje się w postępowaniu z chorym. A postępując z życzliwością, serdecznością i troską, lekarz spotyka

się z aprobatą pacjenta, który jest przekonany, że lekarz motywowany jest wyższymi wartościami i uczuciami, nie zaś zainteresowany wyłącznie przestrzeganiem procedur medycznych i obowiązku zawodowego.

## PIŚMIENNICTWO:

1. Arystoteles. Etyka nikomachejska. Dzieła wszystkie. T. 5. PWN: Warszawa, 1996:1103a.
2. Barański J. O moralnej praktyce cnót. Szkic z etyki medycznej. Nauki Humanistyczne 1998, 4:18–27.
3. Beauchamp TL, Childress JF. Zasady etyki medycznej. Książka i Wiedza: Warszawa, 1996:76.
4. MacIntyre A. Dziedzictwo cnoty. Studium z teorii moralności. PWN: Warszawa, 1996:367.
5. Geisler LS. Arzt Und Patient – Begegnung im Gespräch. Wirklichkeit und Wege. pmi Verlag AG: Frankfurt am Main, 2002:71–127.
6. Bergson H. Śmiech. Esej o komizmie. Wydawnictwo Literackie: Kraków, 1977:49.
7. Plessner H. Śmiech i płacz. Badania nad granicami ludzkiego zachowania. Antyk: Kęty, 2004:13.
8. Jankowska AK. Komunikacja lekarz-pacjent w pediatrii [w:] Hartman J, Waligóra M. Etyczne aspekty decyzji medycznych. Wolters Kluwer: Warszawa, 2011:35.
9. Rekomendacja Komitetów Ministrów Rady Europy w sprawie organizacji opieki paliatywnej wraz z memorandum wyjaśniającymi, 2003.
10. Barański J, Marczak W, Gruber H. Troska egzystencjalna. Etyczne aspekty komunikowania się z pacjentem intensywnie leczonym [w:] Hartman J, Waligóra M. Etyczne aspekty decyzji medycznych. Wolters Kluwer: Warszawa, 2011:44–49.

Jarosław BARAŃSKI. filozof, dr n. hum.  
Zakład Humanistycznych Nauk Lekarskich  
Akademia Medyczna we Wrocławiu  
(przedruk z „Lekarza rodzinnego” nr 11/11)

# Toksyczni szefowie

Już w XX wieku dowiedziono, że zadowoleni pracownicy lepiej wykonują swoje obowiązki, rzadziej chorują, mocniej identyfikują się z pracodawcą, a praca jest wartością samą w sobie. W przypadku pracowników nękanych spada jakość ich pracy, produktywność i osiąganе wyniki. Jednym z powodów dyskomfortu odczuwanego przez lekarzy w miejscu pracy jest toksyczny szef. Szef tyran to także jedna z częstych przyczyn, dla których lekarze rezygnują z pracy.

## Arogancja i poczucie wszechwładzy

Dr Lillian Glass, międzynarodowa specjalistka w dziedzinie komunikacji międzyludzkiej, „osobę toksyczną” opisuje jako kogoś „kto ograbia człowieka z poczucia wła-

snej wartości, pozbawia godności i zatrzuwa samą esencję jego istnienia. Toksyczna osoba wyzwala w ludziach wszystko, co najgorsze – agresję, frustrację, odbiera im chęć do życia”.

Jak wielu lekarzy musi na co dzień radzić sobie z toksycznymi przełożonymi i jak duża naprawę jest skala tego problemu? Według amerykańskich badaczy aż 70% osób rezygnuje z pracy z powodu toksycznych relacji z szefem. Ilu zaś decyduje się na ten ostateczny krok w placówkach ochrony zdrowia w Polsce? Tego dokładnie nie wiemy. Ale może nadszedł czas, aby takie badania przeprowadzić i w naszym kraju.

Mobbing pracowników, polegający między innymi na nieuzasadnionej, często publicznie wygłaszanej krytyce,

wyśmiewaniu, celowym nakładaniu na pracownika dużej ilości obowiązków, zmuszaniu go do zostawiania po godzinach w pracy, zastraszaniu zwolnieniem czy zablokowaniu rozwoju zawodowego, to niestety chleb powszedni w wielu szpitalach i jednostkach organizacyjnych uniwersytetów medycznych w Polsce.

Część osób, piastujących kierownicze stanowiska w jednostkach ochrony zdrowia cechuje arogancja i poczucie wszechwładzy. Na porządku dziennym jest podnoszenie głosu na pracowników, złośliwe uwagi wygłaszane publicznie, często w obecności pacjentów i ich rodzin. Toksyczny szef wywołuje u swoich pracowników uczucie ciągłego strachu, lubuje się we wprowadzaniu w poczucie wstydu i zakłopotania. Czerpie energię z ich poniżania. Doznaje ekstazy, gdy udaje mu się doprowadzić ich do rezygnacji z pracy. Toksyczny szef to taki pan na włościach, który, choć pracuje w publicznej placówce, podległych mu pracowników traktuje jak pańszczyźnianych chłopów, a miejsce pracy jak swoje latyfundium.

## Oczywiste patologie

Popularne w czasach socrealu, często wiszące na ścianach gabinetów formułki, takie jak: „*Szanuj szefa swego, możesz mieć gorszego*” czy „*Jeśli chcesz żyć i pracować w spokoju, nie wyprzedzaj szefa w rozwoju*”, doskonale oddawały ducha tamtych czasów. Szef, często podpierający się partyjną legitymację, pełnił władzę absolutną. Niezależnie od swoich licznych słabości musiał być szanowany i bez względu na wszystko to właśnie on musiał być najlepszy. Niestety, w wielu placówkach ochrony zdrowia stare hasła są nadal aktualne. Tej oczywistej patologii nie udało się jeszcze do końca wykorzenić. W niektórych miejscach pracy nadal obowiązuje m.in. jedno z praw Murphy’ego: „*Nieważne, jak dobrze wykonasz robotę, twój szef i tak będzie chciał, byś ją poprawił!*” Wiele szefów nawet nie umie ze swoimi pracownikami rozmawiać, oczekując od nich wyłącznie ślepego posłuszeństwa.

Z kolei w Europie Zachodniej i w USA, które były dla nas niedoścignionymi wzorami, już wiele lat temu na miano dobrego szefa trzeba było sobie zasłużyć. Aby być szanowanym, człowiek na kierowniczym stanowisku musiał szanować swoich podwładnych, mieć wizję i strategię rozwoju oddziału, a także wspierać swoich pracowników w ich rozwoju zawodowym. Dobry szef miał prawo do dumy dopiero wtedy, gdy jego pracownicy osiągalni zawodowy sukces. Zestawienie tak dwóch różnych podejść: polskiego i zachodniego, jest jak zestawienie dwóch przeciwstawnych epok – średniowiecza i renesansu. Niestety, nadal w wielu polskich szpitalach, zarówno w tych klinicznych, wojewódzkich, jak i powiatowych istnieją oddziały, gdzie obowiązują średniowieczne reguły medycznego feudalizmu. Toksyczni panowie na włościach czują się na swoich ziemiach bezkarnie, za nic mają choćby kodeks etyki lekarskiej czy kodeks pracy.

## Czas z tym definitywnie skończyć

Bez względu na to, czy opisywane zjawisko ma charakter powszechny czy jedynie marginalny, konieczne jest przypomnienie zarówno szefom, jak i ich pracownikom obowiązujących przepisów i zasad. Być może, po najbliższych wyborach należy zaapelować do przedstawicieli władzy wykonawczej, by rozważyli zaostrezenie kar za ich nieprzestrzeganie.

Zgodnie z art. 94 Kodeksu pracy mobbingiem jest „*działanie lub zachowanie dotyczące pracownika lub skierowane przeciwko pracownikowi, polegające na uporczywym i długotrwałym nękanii lub zastraszaniu pracownika, wywołujące u niego zaniżoną ocenę przydatności zawodowej, powodujące lub mające na celu poniżenie lub ośmieszenie pracownika, izolowanie go lub wyeliminowanie z zespołu współpracowników*”. Z kolei obowiązujący lekarzy art. 52 Kodeksu etyki mówi, iż „*lekarz powinien zachować szczególną ostrożność w formułowaniu opinii o działalności zawodowej innego lekarza, w szczególności nie powinien publicznie dyskredytować go w jakikolwiek sposób*”. Ma się to nijak do przestrzegania tego przepisu w życiu codziennym przez toksycznych szefów, którzy bezkarnie pozwalają sobie właśnie na publiczne dyskredytowanie swoich pracowników. Według Kodeksu etyki wszelkie uwagi o dostrzeżonych błędach w postępowaniu innego lekarza zainteresowany powinien przekazać przede wszystkim temu lekarzowi. Artykuł 53 zawiera wyraźny zapis, mówiący, że lekarze pełniący funkcje kierownicze powinni traktować swoich pracowników zgodnie z zasadami etyki. Według kodeksu, są oni również zobowiązani do szczególnej dbałości o warunki pracy i rozwoju zawodowego podległych im osób. Także ten zapis jest często ignorowany przez „toksycznych”, piastujących kierownicze stanowiska, którzy często z premedytacją blokują rozwój zawodowy swoich pracowników.

Jak się zatem bronić przed szefem tyranem? W wielu sytuacjach toksycznemu szefowi trzeba stanowczo odmówić, szczególnie, jeśli żąda od nas postępowania niezgodnego z obowiązującym prawem. O nagannych praktykach można, a nawet trzeba informować jego przełożonych. Najlepiej, gdy robi to cały zespół, jednocześnie prosząc o zmianę szefa. Jeśli inni pracownicy się boją, skargę można złożyć samemu. Gorzej, jeśli nasz szef jest bliskim znajomym swego przełożonego. Wtedy nie pozostaje nic innego, jak skrzętnie rejestrować naganne postępowanie toksycznego szefa, a po zwolnieniu się z pracy iść do sądu, przy okazji dodatkowo nagłaśniając sprawę w mediach.

Niestety, często w konfrontacji z szefem stosującym mobbing (szczególnie w sytuacjach, gdy nie ma świadków) pracownicy pozostają bezradni. Udowodnienie łamania prawa wydaje się wręcz niemożliwe. Aby w sądzie uzyskać odszkodowanie za mobbing, konieczne jest przedstawienie dowodów. Choć nagrywanie osób trzecich bez ich zgody jest niezgodne z prawem, to w tego rodzaju sytuacjach sądy pracy uznają dopuszczalność dowo-



du z nagrania uzyskanego potajemnie. Takie postępowanie pracownika jest usprawiedliwione wyłącznie wtedy, gdy z całokształtu sprawy wynika, że nie miał on innego wyboru i dokonał nagrania rozmowy bez zgody swojego przełożonego jedynie w celu ochrony swoich uzasadnionych praw i interesów.

Lekarze, prosząc o zachowanie anonimowości, mogą również o zaistniałej sytuacji informować odpowiednie organy Izby Lekarskiej. Warto pamiętać, że poinformowanie Izby Lekarskiej o zauważonym naruszeniu zasad etycznych przez innego lekarza nie stanowi naruszenia zasad etyki.

### **Kim tak naprawdę są toksyczni szefowie?**

W opinii psychologów toksyczni i autokratyczni szefowie to osoby słabe, pełne lęku, często z zaburzeniami osobowości i poważnymi problemami w kontaktach interpersonalnych. Toksyczny szef często jako dziecko doświadczał przemocy w rodzinie lub był mocno emocjonalnie uzależniony od któregoś z rodziców. Ludzie ci nie potrafią stworzyć i utrzymać odpowiednich więzi z innymi ludźmi, są pozbawieni zdolności empatii i nie potrafią z nikim właściwie współpracować. Bardzo często osoby te nie mają życia rodzinnego. Zdarza się, że w ogóle nie zakładają rodziny, choć częściej, gdy ją mają, nie potrafią jej utrzymać. Angażują się w kolejne, często krótkotrwałe związki, bo ich partnerzy nie są w stanie z nimi długo wytrzymać. Toksyczni szefowie w pracy mają poczucie ciągłej rywalizacji. Zawsze muszą być górą, nawet jeśli ich przekonania i opinie całkowicie są pozbawione racji. Toksyczny szef, z uwagi na ryzyko utraty korony z głowy, nigdy pierwszy nie przywita się ze sprzątaczką, nie powie również pierwszy „dzień dobry” podległemu mu pracownikowi.

W większości szpitali kierownicy na specjalnych formularzach dokonują oceny swoich pracowników. Chy-

ba w żadnym szpitalu w Polsce szansa na ocenę swojego szefa nie mają jego podwładni. A szkoda, bo w przypadku niepokojących sygnałów kierujący placówką mogliby w porę wyciągać właściwe wnioski i podejmować odpowiednie, korzystne dla kierowanej przez siebie placówki decyzje. Warto pamiętać, że ludzie, którzy mają poczucie bycia szanowanymi przez swoich przełożonych, pracują dużo wydajniej. Nikt nie może zaprzeczyć, że osiągnięte wyniki oraz atmosfera w miejscu pracy zależą w dużej mierze od osobowości ludzi powoływanych na stanowiska kierownicze. Osoby despotyczne, mające dyktatorskie zapędy mogłyby być na tej podstawie już na wstępie wyeliminowane z postępowania konkursowego.

### **Chcesz zachować klasę, to chociaż spróbuj...**

Czy jesteś dobrym człowiekiem, szefem z klasą czy może tylko panem na włościach, chodzącym po swoich zagonach w gumiakach wyłożonych słomą z zadartym nosem i batem w dłoni? Czy twoi pracownicy szanują cię, czy tylko posłusznie na widok bata spuszczaają głowę, a w głębi serca tobą gardzą? Jak być wielkim człowiekiem, szefem z klasą, niekoniecznie za wszelką cenę przez pracowników uwielbianym, ale darzonym przez nich szacunkiem? Na pierwszym miejscu trzeba przede wszystkim samemu szanować innych ludzi. Cechą wielkich jest również to, że stawiają innym o wiele mniejsze wymagania niż sobie. Wielkość polega także na patrzeniu bez zażenienia, jak inni osiągają sukcesy. Człowiek wielki, to taki, który dla innych jest autorytetem, za którym chcą podążać. Chcesz być wielki, mieć klasę, to chociaż spróbuj... Masz toksycznego szefa? Napisz nam o nim.

Marek DERKACZ  
marekderkacz@interia.pl

(przedruk z biuletynu „Medicus” 10/11)

## **CO PISZĄ INNI**

O profilaktyce sezonowych zaburzeń nastroju i innych funkcji psychicznych

## **Wspierajmy się i trzymajmy razem**

Cała przyroda reaguje na zmniejszającą się ilość światła, na skracający się dzień. Człowiek też. Od zarania dziejów światło słoneczne było wyznacznikiem rytmów wszystkich organizmów żywych. Warunkowało prawidłowe, harmonijne funkcjonowanie procesów i rytmów biologicznych.

Zastosowanie sztucznego światła było początkiem odważnych i lawinowych przemian w funkcjonowaniu (czytaj: biologii i fizjologii) człowieka. Człowiek

stał się niezależny od naturalnego rytmu natury. Mógł stworzyć sztuczną dobę, produkować niezależnie od natury i regulować okresy światła i ciemności. Mało kto zdawał sobie z tego sprawę na początku XX wieku, że sztuczne światło elektryczne jest słabym substytutem światła słonecznego, niezdolnym do stymulacji mózgowych ośrodków regulujących nasz wewnętrzny zegar biologiczny („dawców czasu”). Światło docierające do siatkówki stymuluje aktywność układów serotoniner-

gicznych w mózgu i wydzielanie endokrynne podwzgórza i szyszynki tylko wtedy, gdy ma odpowiednią moc i czas. Substytucja światłem sztucznym rzadko kiedy jest wystarczająca do odpowiedniego zastymulowania mózgu, aby utrzymać letnią aktywność tarczycy, nadnerczy, metabolizmu.

Drugim elementem jest czas. Zmiany natężenia światła, a co za tym idzie zmiany natężenia osobniczej aktywności, w sposób naturalny pojawiają się rytmicznie. Jakby tak dobrze się przyjrzeć, to wszystko ma swój rytm – tak samo pory roku, jak i nasze serca, mózgi, jelita, aktywność wydzielnicza, gonady, etc. (makro- i mikrokosmos). Dobowe wahania temperatury ciała u osoby zdrowej mają swoją charakterystyczną krzywą, poziom kortyzolu, melatoniny, innych wydzielin mediujących – także. To wszystko są tryby jednej maszyny i jeśli nie czujemy zmian wywoływanych przez zmianę ilości światła słonecznego docierającego do naszego organizmu, to świadczy to tylko o małej wrażliwości takiej funkcji, jak samoobserwacja, autodetekcja lub samoświadomość.

### **Uwaga! Osoby pracujące w zmiennym rytmie, np. dyżurujący lekarze**

W okresie skracania się długości dnia, powyżej 47° szerokości geograficznej ludzie w większości odczuwają: spowolnienie, zmęczenie, spadek prędkości reakcji, spadek kojarzenia, zaburzenia snu, obniżenie libido, spadek wydajności pracy, drażliwość, wzrost łaknienia – szczególnie tzw. apetyt węglowodanowy.

### **Gdy pacjent pyta o radę**

Proponuję zasadę złotego środka: w okresie największej deprywacji sensorycznej (wtedy, kiedy dzień jest najkrótszy – w grudniu) zrezygnować ze stawiania sobie wymagań wysokiej aktywności, funkcjonować życiowo na niskim biegu, skupiać się na rzeczach miłych i ciepłych, świadomie zaplanować lenistwo. Dobra jest fototerapia, np. przebywanie na śniegu. Trudniejszy jest dla nas okres przełomu listopad/grudzień, tzn. skracania się dnia, w stosunku do okresu styczeń/luty, o podobnym natężeniu światła, ale o tendencji rosnącej. Jeśli dysproporcja pomiędzy koniecznością, a możliwością funkcjonowania, stanie się zbyt duża, radzę skorzystać z naświetlań, tzn. fototerapii.

### **Jeszcze raz i po kolei:**

- najpierw uregulowanie rytmów (najlepiej wszystkich), czyli chronoterapia,
- potem (II rzut) dołączenie fototerapii, potencjalizacja oddziaływania na rytmy, w tym II rzucie może także pomieścić się deprywacja snu (*wake therapy*), wymuszanie aktywności ruchowej, adekwatnej do możliwości osobistych (czyli produkcja naturalnych endorfin),

- III rzut – konsultacja specjalisty i rozważenie farmakoterapii,

**Chronoterapia** to manipulacja rytmem okołodobowej aktywności snu i czuwania bez użycia sztucznego światła, jedynie we współpracy ze światłem naturalnym. Wymaga ona rygorystycznego wczesno-porannego budzenia się i aktywizacji (*wake up therapy*), wymuszania aktywności fizycznej rano, w naturalnym świetle i utrzymywania jej przez cały „dzień świetlny”. Spacer w godzinach południowych, w przerwie lunch’owej – jest niezbędny, bez względu na pogodę. Wraz ze zmrokiem obniżamy aktywność, a zasypiamy przed północą. Najbardziej wartościowy sen, sprzyjający tworzeniu się nowych połączeń między neuronami (zjawisko neuroplastyczności), ma miejsce w pierwszej połowie nocy. Zarywanie nocy i spanie w środku dnia mają udowodnione działanie depresyjne.

Chronoterapia ma działanie profilaktyczne i lecznicze, zarówno w zaburzeniach ze spektrum chorób afektywnych, jak i w profilaktyce zaburzeń otępiennych i wielu innych.

Zachęcam do określenia swojego chronotypu za pomocą kwestionariusza samooceny „Sowa-Skowronek” (*Morningness–Eveningness Questionnaire*), MEQ -SA.

**Fototerapia:** czyli potencjalizacja chronoterapii poprzez dołączenie sztucznego światła, czyli naświetlania lampą przeciwdepresyjną. Cechy lampy: Światłość: 5 000 – 10 000 luksów, Pełne widmo światła białego, naśladujące słońce, filtry na UV.

Jeżeli spadek napedu i aktywności możemy traktować jako wariant normy, to już spadek nastroju niekoniecznie. Należy ocenić stopień tego zjawiska i zastanowić się nad **ewentualnym** rozpoznaniem depresji sezonowej (Choroba Afektywna Sezonowa – CHAS). O sezonowości zjawiska powie nam wywiad. Niektórzy uważają, że sezonowość w objawach wrzodowych, wieńcowych, immunologicznych, etc. jest związana ze spadkiem nastroju i/lub **jest maską depresji**.

W tym okresie prawdopodobnie spotkacie się Państwo w swoich praktykach z wieloma pacjentami, którzy obok grypy będą narzekać na smutek, przygnębienie, płakać. Uwaga – depresja potrafi oszukiwać! Czasami pacjent nie potrafi mówić o uczuciach (to się nazywa dysleksytymia) i swoje cierpienie wyraża określeniami: „*tu mnie boli, tam mnie ściska i gniecie*”, „*słaby jestem...*”. Bardzo popularne są skargi na zaburzenia snu. Czasami sytuacja jest odwrotna: pacjent przychodzi i od razu stawia sobie sam diagnozę: „mam depresję”.

### **Nie każdy smutek jest depresją**

Cierpienie należy do elementów życia i nie można go każdorazowo utożsamiać z chorobą. Nie można dawać tabletek na każde cierpienie. A w ogóle z tą depresją to pojawiło się takie bardzo dziwne, nowe zjawisko: jako kolejna po „nerwicy”, wśród zaburzeń psychicznych, wy-

rwala się z zaklętego kręgu stygmatyzacji chorób psychicznych. Już nie wstyd mieć depresję: alkoholik w zespole abstynencyjnym – ma depresję, ktoś stracił pracę ..., starsza osoba z otępieniem – ma depresję, ktoś jest w żałobie po śmierci bliskiej osoby – to też ma depresję. To nie depresja, mimo, że nastrój jest kiepski. To naturalna, zdrowa, fizjologiczna reakcja na sytuację.

Mamy prawo do używania słowa „depresja” w znaczeniu ogólnym, popularnym: depresja jako chandra, jako gorszy dzień – to jest w porządku, ale tego się nie leczy, nie bierze farmaceutyków, nie chodzi do lekarza. Z chandrą idzie się po nieformalne wsparcie, po współczucie, po wspólne bycie razem. To pomaga, to jest potrzebne i to wystarcza. Jeżeli nie wystarcza i pomimo łagodności i tolerancji dla siebie, pomimo uregulowania rytmów i zastosowania światła i ruchu, „rozsypujemy” się nadal, to **konsultacja specjalisty psychiatrii wydaje się być nie do ominięcia!**

Dlaczego piszę to w gazecie dla lekarzy: bo Zespół Objawów Depresyjnych w Chorobie Afektywnej Jednobiegunowej (CHAJ), wygląda identycznie jak Zespół Objawów Depresyjnych w Chorobie Afektywnej Dwubiegunowej (CHAD). Różni się tylko tym, że po kilku tygodniach, a czasami po kilku dniach, stosowania leku przeciwdepresyjnego ten drugi zamieni się w Zespół Objawów Maniakalnych – a wtedy ten pacjent już się nie pokaże u lekarza, albo jeśli się pokaże, to lekarz nie będący psychiatrą, „zachwyci się” swoim sukcesem i nie zauważy rozwijającej się groźnej choroby.

Zespoły maniakalne to zhora wielu ludzi: subiektywne przeżywanie szczęścia, onnipotencji i podejmowanie ryzykownych przedsięwzięć czasami skutkuje na całe życie. Dla nas psychiatrów ostatnio słowa: kredyt, zadłużenie i zakupy, pojawiające się w wywiadzie

z pacjentem, stały się sygnałem, synonimem – „manii” i podejrzenia CHAD. Niestety, zbyt często się nie mylimy. CHAD jest groźna, ma tendencje do nasilania się w miarę życia. W jej „podłużnym”, wieloletnim przebiegu mogą się pojawiać tzw. zespoły mieszane. Istnieje teoria sugerująca, że na rozwój tych zespołów ma wpływ bardzo powszechne stosowanie leków przeciwdepresyjnych. CHAD leczymy inaczej, niż CHAJ. Praktycznie staramy się nie stosować leków przeciwdepresyjnych, czasami wyjątkowo, gdy depresja jest bardzo ciężka, ale wtedy z dużą świadomością „drugiego biegu” i pod ścisłą obserwacją. Stosujemy głównie normotymiki, czasami neuroleptyki o specyficznych cechach klinicznych.

Po to piszę o tym do lekarzy, aby przypomnieć, że zaburzenia nastroju to duże spektrum chorób: to CHAS, CHAJ, CHAD, to dystymia i cyklotymia, to także częsty obraz zaburzeń lękowych (GAD) i uzależnień. Chciałabym się podzielić swoim zaniepokojeniem, w jakie wprowadza mnie częsta sytuacja spotkania z pacjentem uzależnionym od leków uspokajających i nasennych, który mówi: „to lekarz kazał mi to brać”. Uzależnienie od benzodwazepin (BDA) bardzo trudno się leczy. Ludzie cierpią z powodu objawów abstynencyjnych bardziej, niż cierpieli wyjściowo.

Przewlekłe stosowanie BDA sprzyja otępieniom.(...) To trudne nie tylko dla pacjenta, ale i dla psychiatrii.

**Stąd mój apel do wszystkich „poza psychiatrycznych” Koleżanek i Kolegów: współpracujmy, wspierajmy się i trzymajmy ciepło razem.**

Ewa JASIŃSKA-RUDZKA

(przedruk z „Pro Medico” nr 12/11)

## Nasza wiedza stale się zwiększa

Rozmowa z dr hab. n. med., prof. nadzw. Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego Jackiem GRONWALDEM – Podkarpackim wojewódzkim konsultantem do spraw genetyki

*Jeszcze kilkanaście lat temu dominowało przekonanie, że za zwiększającą się liczbę nowotworów odpowiadają przyczyny środowiskowe: zanieczyszczenia i nieodpowiedni tryb życia, czyli przede wszystkim stres i złe odżywianie. Dziś coraz więcej wiemy o predyspozycjach genetycznych. Czy Pan może precyzyjnie określić, jak duży wpływ na zachorowalność na raka mają właśnie geny?*

Przyczyny środowiskowe, które Pani wymieniła, nadal są ważne, aktualne jest twierdzenie, że im bardziej odpowiedzialny tryb życia prowadzimy w mniej zanieczyszczonym środowisku, tym dłuższe i zdrowsze będzie nasze życie.

Natomiast rzeczywiście, od początku lat 90. prowadzone są badania nad genami, co do których sądzono, że mogą mieć wpływ na rozwój chorób nowotworowych. Nasza wiedza w tym zakresie stale się zwiększa.

Ogólnie uznaje się, że 5–10% nowotworów, w zasadzie każdego typu, wiąże się z silną dziedziczną predyspozycją do wystąpienia raka. Oczywiście, nie wszystkie mutacje są nam znane, ale niektóre zostały poznane bardzo precyzyjnie, ich badanie weszło do standardów medycyny i dziś każdy, kto zajmuje się leczeniem i profilaktyką chorób nowotworowych, bierze pod uwagę czynnik genetyczny. Praktycznie w każdym centrum onkologicznym w Polsce takie badania można wykonać, aby okre-



ślić poziom ryzyka zachorowania na nowotwór u konkretnego pacjenta.

***Przeciwnicy wykonywania badań genetycznych twierdzą, że zły wynik staje się fatum ciążyącym nad człowiekiem, będzie on myślał tylko o tym, że może zachorować. Czy jeśli badanie okaże się dla pacjenta niekorzystne, to znaczy, że na pewno zachoruje?***

Nie, zdecydowanie nie. Nie po to wykonuje się te badania, żeby kogoś straszyć i pozbawiać chęci do życia. Wręcz przeciwnie. Owszem, są pewne uszkodzenia genetyczne, które wręcz determinują pojawienie się nowotworu. Takim genem jest np. gen APC, on się wiąże z polipowatością rodzinną jelita grubego. U osoby, która jest nosicielem takiego genu, jeśli nie podejmie ona odpowiednich działań profilaktycznych, możemy stwierdzić w niemal 100%, że pojawi się u niej nowotwór. Ale w Polsce większość genów wysokiego ryzyka, predysponuje do zachorowania w kilkudziesięciu procentach.

To znaczy, jeśli stwierdzamy u pacjentki obecność genu BRCA1, oznacza to, że ryzyko wystąpienia u niej raka jajnika wynosi 70%. Absolutnie nie jest tak, że żona musi zachorować. Możemy powiedzieć w ten sposób – co piąta kobieta, która jest nosicielką tego genu, nie podejmując żadnych działań profilaktycznych, nie starając się uniknąć choroby, na pewno nie zachoruje.

Ale też pamiętajmy, że pozostałe 4/5 tych kobiet zachoruje. Ryzyko, w stosunku do całości populacji, w której to ryzyko wynosi 7–8%, jest ogromne, jest to ryzyko 10 razy większe.

Z nowotworem jelita grubego sytuacja jest podobna. U nosiciela mutacji MSH2MRH1 ryzyko pojawienia się nowotworu również sięga 70–80%. Ale zupełnie nie można postrzegać tych informacji w kontekście fatum. Ja, jako lekarz przedstawiający pacjentom wyniki testów genetycznych, jestem w bardzo dobrej sytuacji – w przeciwieństwie do lekarzy zajmujących się wieloma innymi schorzeniami genetycznymi, które są nieuniknioną konsekwencją pewnych sekwencji DNA. Akurat w przypadku najczęstszych schorzeń genetycznych złe wyniki testu nie są determinujące.

***To nie jest wyrok?***

Absolutnie nie. Ja jestem w stanie udzielić wskazówek, jak zaradzić chorobie, żeby się ona nie rozwinęła.

***Proszę więc powiedzieć, jak postępować?***

Przede wszystkim chcę podkreślić, że na szczęście badań genetycznych wykonuje się coraz więcej, są na nie pieniądze, to bardzo dobrze. To jest pierwszy najważniejszy krok.

***No dobrze, pacjent wykonał badanie, wynik nie jest dobry, co dalej? Co Pan mówi takiemu pacjentowi?***

Zaczeliśmy mówić o nowotworze jelita grubego. Właśnie dziś miałem takiego 25-letniego pacjenta ze zdiagnozowaną mutacją genetyczną. Jego mama zachorowała na raka jelita grubego, szybko postawiono diagnozę, wyleczono ją, czuje się dobrze. No, ale jej syn dowiedział się, że u niego ryzyko zachorowania wynosi 70–80% do 75 roku życia. Oczywiście, w tym momencie, u tak młodej osoby, ryzyko zachorowania jest stosunkowo niskie. I teraz – co ja proponuję?

Przede wszystkim, żeby nie chować głowy w piasek i udawać, że nic się nie dzieje. Najważniejsze zalecenie jest takie, żeby ten pacjent raz na dwa lata wykonywał kolonoskopię – podczas takiego badania mogą być – a w rodzinach z tym obciążeniem to się zdarza często – wykrywane polipy. W trakcie kolonoskopii te polipy są usuwane.

I pacjent ma tak zwany święty spokój na najbliższe dwa lata. Rak się prawie na pewno nie rozwinie – wszak on się rozwija najczęściej właśnie na bazie drobnych polipów.

Są badania kliniczne, z których wynika, że u osoby która wykonuje kolonoskopię co dwa lata, ryzyko zachorowania spada o 80%. 80% – to bardzo dużo. Poza tym trzeba pamiętać, że nawet jeśli ten rak się rozwinie to zostanie – dzięki regularnym badaniom – wykryty wcześniej, we wstępnej fazie, a dzięki współczesnej medycynie będziemy mieli możliwość skutecznego wyleczenia pacjenta.

Ja nawet mogę powiedzieć, że jeśli mamy zdiagnozowanego pacjenta z MSH2MRH1 to taki pacjent, jeśli stosuje się do naszych zaleceń jest całkowicie bezpieczny. On nie ma prawa umrzeć na raka jelita grubego – choć genetycznie jest do niego predysponowany.

Podobnie kobiety ze stwierdzonym genem APC – jeśli będą wykonywać regularnie wszystkie badania – nie umrą z powodu raka jajnika, a nawet jeśli zachorują, ich choroba będzie wyleczalna.

***Komu bezpłatne badania przysługują?***

Akurat w Polsce wcale nie jest z tym źle, jest lepiej niż w części bardziej od nas rozwiniętych krajów. Owszem nie jesteśmy w stanie przebadać wszystkich na wszystko, na to nas po prostu nie stać.

Do badania są kwalifikowane osoby spełniające pewne warunki. Jeśli chodzi o raka piersi i jajnika, to możemy mówić, że Polska ma szczęście, Polacy tworzą populację osobników dość podobnych do siebie pod względem genetycznym, dlatego u nas wystarczy, że w rodzinie pojawił się jeden przypadek tej choroby, i wszystkie kobiety z tej rodziny mogą test genetyczny wykonać. Na przykład w USA ubezpieczyciele pokrywają koszty takiego badania tylko wtedy, kiedy takich przypadków będzie 2 lub 3. W przypadku genu BRCA1 – czułość naszych testów wynosi 95%, jest to test tani i skuteczny. [...]\*

Jeśli chodzi o raka jelita grubego, to sytuacja jest trochę gorsza, mutacje genu odpowiedzialnego za tę chorobę wykonuje się w rodzinach, w których wystąpił nie jeden, a co najmniej dwa przypadki tego nowotworu.

Bardziej skomplikowane są sytuacje, kiedy w danej rodzinie pojawiają się różne nowotwory – zbieramy wtedy bardzo starannie wywiad rodzinny i dopasowujemy odpowiednie badanie.

Zapewniam, że rodziny najwyższego ryzyka w Polsce mają możliwości wykonania badań genetycznych. Kluczowe jest jednak, żeby miały informacje, że takie badania są właśnie dla nich, że mogą im pomóc, że mogą uratować im życie.

### ***Jak wygląda procedura skierowania na takie badanie i samego badania?***

Na konsultację genetyczną konieczne jest skierowanie od lekarza rodzinnego. Pacjent zgłasza się na konsultację, uzyskuje podstawowe informacje i zbierany jest wywiad od krewnych do trzeciego stopnia. Następnie genetyk dobiera najbardziej odpowiedni test, jest pobierana próbka krwi, i po miesiącu lub dłużej jest wynik. Pacjent przychodzi na kolejną wizytę i omówienie tegoż wyniku. Przede wszystkim, to chcę podkreślić, pacjent otrzymuje szczegółowe zalecenia, nie zostawiamy go samego z suchą informacją dotyczącą jego mutacji genetycznych. Każdy pacjent otrzymuje w Poradni Genetycznej program profilaktyczny najbardziej adekwatny do jego sytuacji.

Istnieją też w poradniach genetycznych programy opieki nad rodzinami najwyższego ryzyka, na przykład kobiety ze skłonnością do raka piersi mają dwa razy w roku wykonywane USG bądź mammografię. Mogą być też kierowane na rezonans magnetyczny piersi, który jest du-

żo dokładniejszym badaniem, umożliwia odkrycie guzka poniżej 1 cm, jest najczulszym badaniem.

### ***Czy badania genetyczne są drogie?***

To zależy od zakresu badań, jedna zmiana genetyczna to kilkadziesiąt złotych – z tym, że czasem trzeba wykonać ich kilka.

***Słyszałam o przypadkach w innych krajach, kiedy kobiety dowiadujące się, że mają geny predysponujące je do zachorowania na raka piersi decydowały się na ich amputację.***

U nas też tak się dzieje.

### ***Czy to jest racjonalne zachowanie, czy jednak na wyrost?***

Racjonalne, jeśli chodzi o grupy najwyższego ryzyka. Przed erą rezonansu magnetycznego było to najbardziej racjonalne zachowanie chroniące przed rakiem piersi, przede wszystkim u młodych kobiet. Dziś wygląda to trochę inaczej, bo mamy rezonans. Ale proszę pamiętać, że mastektomia profilaktyczna nie polega wcale na usunięciu piersi, tylko na podskórnym wyluszczeniu tkanki wysokiego ryzyka, czyli tkanki gruczołowej i wstawieniu na to miejsce implantu. Bardziej to przypomina operację plastyczną, niż amputację w przypadku choroby nowotworowej.

(Wywiad nie autoryzowany)

Rozmawiała  
Grażyna BOCHENEK

\* – skrót pochodzi od Redakcji Opolskiej.

(przedruk z biuletynu Okręgowej Izby Lekarskiej w Rzeszowie nr 5/11)

## **Seniorzy *in medias res***

Starość nie radość. Smutek, zmarszczki, ciało coraz mniej sprawne, często kolekcja chorób, ciężkie wstęgnięcia: gdzie ta młodość? We współczesnym świecie młodość, pieniądze i atrakcyjny wygląd stały się wartościami nadrzędnymi. Każdy kto przestaje być młody, odczuwa potrzebę tłumaczenia się. Dojrzałość, jako cenna wartość, to już niestety wspomnienia. Czas życia przebiega jednokierunkowo, młodość nie powróci, a człowiek stary musi dźwigać ciężary wieku.

*Młodość stoi w kolejce do starości, i cieszy się młodością właśnie.*

- Cóż tam starość, przyjdzie to będzie.
- Dobrze mówić, jak się jest młodym...
- Była pani młoda, teraz my!

– Tak, tak, lecz trudno się z tym pogodzić, nie mogłaby ta starość zaczekać? Tyle jeszcze chciałabym zrobić, zobaczyć, dotknąć.

To niemal stereotypowa wymiana zdań, chociaż zdarzają się i takie rozmowy:

– Pani wie? Nie wyglądam na swoje lata, wszyscy odejmują mi dziesiątkę, żeby mam swoje, a to że siwe włosy? Co tam! Chodzę na Uniwersytet III wieku, fajne wykłady, ludzie przyjaźni, aż miło.

Własne uwarunkowania genetyczne i te nabyte mogą spowodować, że wiek metrykalny nie musi być przygnębiający, życie nadal może upływać w odcieniach optymizmu i codziennego uśmiechu.

Samotnych seniorów świat często nie zauważa. Już nie nadmiar pracy ich boli, lecz jej niedostatek. Zrobili

swoje i żegnajcie, teraz my – słyszałam głosy młodych. A przecież w seniorach-lekarzach tkwi potencjał intelektualny, etyczny, także ogrom doświadczenia. Zawód lekarza jest specyficzny, a tu nagle pożegnanie z gabinetem oraz pacjentami. Bywa, że i dla znajomych, i niedawnych kolegów stają się przezroczystości, jakby byli ze szkła. Niedobory specjalistów i związane z tym nawet kilkumiesięczne kolejki pacjentów skłaniają do ułatwienia dalszego zatrudniania chętnych, choćby na 2–3 godziny dziennie. Przejście na emeryturę to trudny czas dla każdego seniora. Niektórzy aktywnie odnajdują się poprzez inne zainteresowania, osobiste hobby, czy pasję, inni zostają zgorzkniali i smętni, rodzina nie ma czasu, mało kto mówi im po imieniu, tylko: dziadek, babka, ojciec, matka. Część lekarzy seniorów to ludzie sztuki i kultury, sztuką jest wyżyć za emeryturę, a kulturą – nie kłąć przy tym.

Gdzież wielkość człowieka i jego duch? Nosili lekarską aureolę, a tu zaskoczyła ich starość trudna do zagospodarowania na co dzień. Cierpią między miłym wspomnianiem minionego lekarzowania i, wstyd przyznać, ubóstwem zasiłku, renty, emerytury oraz myślami o śmierci, lękiem przed nią.

Tadeusz Kielański w swojej książce „Rozmyślenia o przemijaniu” pisze tak: „Kto mówi, że boi się śmierci, nie precyzuje i chyba nawet nie myśli sam o tym, czego się boi: śmiertelnej choroby, świadomości bliskiej śmierci, samego umierania czy niebytu”. I dalej pisze: „Odpowiedź na te pytania daje Seneka tak doskonałą, że doprawdy dziś, po dwu tysiącach lat, nie warto poszukiwać lepszej”.

W jego „Listach moralnych” (Seneki – przyp. Redakcji -JBL) czytamy między innymi: „Nie śmierci się boimy, ale myśli o śmierci.” „Śmierć robi postępy powoli, umieramy po troszeczkę co dzień, i nawet wtedy, gdy rośniemy, życie się skraca. Dzień dzisiejszy, który właśnie spędzamy, również dzielimy ze śmiercią”.

I to jest ta przykrość, którą seniorzy rozumieją, tylko żeby jednak im ktoś, coś – ale jak? Dzieci na swoim, wnuki odchowane, bywa, że starego człowieka nikt nie chce, już na sam jego widok młodzi ludzie przyjmują postawę protekcyjnie łaskawą lub wręcz niezyczliwą.

Zaprzagnąć śmierci? Właśnie Seneka tak to ujął w swoich wyżej wzmiankowanych „Listach moralnych”: „Śmierć jest dobrem dla ludzi, którzy zdążą jej zaprzagnąć”. Jeśli człowiek budzi się rano z uczuciem szczęścia, że żyje, to stosownie do wieku powinien żyć najpiękniej jak umie.

Każde pokolenie seniorów przeżywa określone frustracje swojego czasu, także niepokoję swego własnego JA...

Maria Skłodowska-Curie (1867–1934), wielka Polka, znana i kochana przez Polaków oraz inne nacje, znakomita uczona, pierwsza kobieta – profesor Sor-

bony, za osiągnięcia naukowe dwukrotnie wyróżniona Nagrodą Nobla, zaznała rozlicznych hołdów całego świata, lecz w życiu osobistym doznała wielkiego bólu, rozterek, czasem wręcz beznadziejności. Właśnie pod koniec niezwykle aktywnego życia, po licznych, zasłużonych hołdach, szczególnie cierpiała z powodu obojętności i niemocy świata wobec jej starości.

Wzmiankowany już prof. dr hab. Tadeusz Kielański (1905 – 1992) urodzony we Lwowie, członek francuskiej Akademii Nauk Medycznych, jeden z najwybitniejszych polskich fizyków i wielce zasłużony nauczyciel akademicki w wielu swoich pracach podkreślał, że „człowiek i jego życie, to wartość najwyższa”. W swojej książce: „Prawie cały wiek dwudziesty” wspomina swe osobiste spotkanie z noblistką w jej mieszkaniu, w kamienicy nad bulwarami Sekwany, gdzie pewnego razu, pod koniec lat 20-tych ubiegłego wieku odwiedził ją (wraz z dwoma kolegami) w czasie swoich studiów na Sorbonie. Pisze tak: „Cały świat obchodził dwudziestopięciolecie odkrycia radu i składał hołdy Marii Curie. Chcieliśmy i my, Stowarzyszenie Studentów Polskich w Paryżu, wyrazić wielkiej rodadzce nasze uczucia podziwu. Uchwaliliśmy nadanie jej honorowego członkostwa naszego starego, polskiego towarzystwa. Tytuł ten otrzymał tylko jeden Polak, ambasador Maurycy hr. Zamoyski.

Zapowiedziani telefonicznie udaliśmy się do mieszkania uczonej. Pani Maria pojawiła się zaraz w przedpokoju i tam stojąc, zrugła nas całkiem ostrymi słowami. Że jej takie tytuły nie są potrzebne, że trzeba było pamiętać o niej jak była młoda i nie miała z czego żyć, że teraz wszyscy ją nachodzą. Poszliśmy jak zmyci”. Wielka Maria, która mawiała: „Niech każdy z nas jak jedwabnik, tka swój kokon i nie żąda wyjaśnień, po co i na co” oraz „Nie można mieć nadziei na skierowanie świata ku lepszym drogom, o ile się jednostek nie skieruje ku lepszemu”. Białaczka w wyniku wieloletniej pracy z radem ograniczyła Jej aktywność, i nic nie uchroniło Wielkiej Marii przed goryczą dożywania i beznadziejnością starości – ani znakomity życiorys, ani jej bohaterstwo na frontach pierwszej wojny światowej, ani też jej wielki polski patriotyzm. Zmarła w 1934 r. Świat jeszcze raz uhonorował ją w roku 1995; wtedy jako pierwsza kobieta została umieszczona pod kopułą Panteonu.

Ważne jak żyjesz, równie ważne jak odchodzisz. Nie da się być całe życie człowiekiem nadaktywnym. Oddając nieustająco część siebie wyczerpuje się zasoby genetyczne, które są pewnego rodzaju constans i nie „odrastają” na życzenie. Każde pokolenie w swoim marszu odmienia świat, więc może kolejne pokolenia w przyszłości wymyślą, odkryją, odwiecznie pożądaną tzw. eliksir młodości.

Medycyna to Kapryśna Dama, w trzecim tysiącleciu rozkwita potencjałem instrumentalnych, cyfrowych



możliwości diagnostycznych, także i terapeutycznych – w tym z nadzieją na genoterapię.

Prace nad analizowaniem ludzkiego genomu podjęto już w 1990 roku. W roku 2000 genom został opracowany i uznano że jego mapa to bez wątpienia najważniejsza i najbardziej cudowna mapa, jaką rodzajowi ludzkiemu udało się stworzyć; uczymy się języka, poprzez który Bóg stworzył świat. To gen jest przedmiotem ewolucji, a nie poszczególne osobniki. Obecnie sekwencja ludzkiego DNA jest zapisana w bazie dostępnej w Internecie i bardziej przypomina złożony program komputerowy, niż zestaw przepisów na różne białka. Dalsze prace będą trwały przez dziesięciolecia.

Może i starość *in medias res* (w rzeczy samej) da się bioinformatycznie poprawiać? Ulotne życie nie będzie stawiać kropki, lecz przecinek, a po nim jeszcze wiele zdań. Pytanie brzmi: czy nie obudzi to demonów? Okej jeśli byłyby to anioły, ale któż wie czy nie będą to diabły?

## JAK ŻYĆ

*Jak żyć?*

*Jak miłym, pogodnym seniorem być?*

*Choć umieramy, pokolenie za pokoleniem,  
naszym celem z podniesionym czołem iść!*

*Nieśmiertelność to,*

*obdarzanie genami nieprzewidywalnej informacji  
pędzących przed siebie pokoleń.*

*Od Tych przed nami,*

*Dla Tych po nas.*

*Ludzkość niepokornie,*

*eksploatuje Ziemię.....*

*Dokąd biegniemy?*

*Jak Alicja w Krainie Czarów.....*

*Pędząca przed siebie Czerwona Królowa.....*

*Biały Królik mknie, sądząc, że spóźnił się.....*

Jadwiga GÓRSKA-KOWALSKA

(przedruk z Biuletynu Okręgowej Izby Lekarskiej w Rzeszowie)

## Odżywianie też jest terapią

Czy żywienie jest elementem terapii? Specjaliści od dawna odpowiadają – zdecydowanie tak. W Polsce są już setki lekarzy chirurgów, anestezjologów, pielęgniarek, również przedstawicieli innych zawodów medycznych, którzy posiadają specjalistyczną wiedzę dotyczącą leczenia żywieniowego. Trudniej niestety z jej zastosowaniem w praktyce skoro – jak wynika z badań – nawet do 70% pacjentów opuszczających szpitale jest niedożywionych.

Według wytycznych Polskiego Towarzystwa Żywienia Pozajelitowego i Dojelitowego (PTŻPiD), stan odżywienia pacjenta, szczególnie przed planowymi zabiegami operacyjnymi, powinien być oceniany już podczas przyjęcia do szpitala.

### Będzie krócej i taniej

Jak zauważa doc. Maciej Słodkowski z Katedry i Kliniki Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Onkologicznej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, przewodniczący Sekcji Żywienia Pozajelitowego Towarzystwa Chirurgów Polskich, identyfikacja chorych niedożywionych nie wymaga specjalistycznych, kosztownych badań. Wystarczy wywiad żywieniowy, badanie fizykalne i podstawowe badania biochemiczne z oznaczeniem stężenia albumin w surowicy krwi.

Dalsze postępowanie z chorym określa właśnie wynik tych badań i oczywiście odpowiedź na podstawowe pytanie: z jakiego powodu pacjent trafił do szpitala?

– *Jeżeli chory jest hospitalizowany w celu przeprowadzenia prostej procedury chirurgicznej, to jego stan*

*odżywienia nie będzie miał istotnego znaczenia dla przebiegu pooperacyjnego. Inaczej będzie w przypadku pacjenta z ciężką chorobą albo planowaną dużą operacją. Zwłaszcza u chorych onkologicznych, w tym z nowotworami przewodu pokarmowego – tłumaczy doc. Maciej Słodkowski.*

Mówi też rzecz pozornie zaskakującą, ale oczywistą dla specjalistów: – *Jest dawno udowodnione, że u chorych wykazujących cechy ciężkiego niedożywienia korzystne może być odroczenie leczenia operacyjnego celem leczenia żywieniowego przed operacją, co prowadzi do obniżenia całkowitych kosztów leczenia i skrócenia czasu hospitalizacji dzięki zmniejszeniu odsetka powikłań wynikających z niedożywienia.*

### Proszę jeść

Nierzadko do niedożywienia w szpitalu dochodzi nie tylko z powodu choroby lub niechęci pacjenta do diety szpitalnej. Powodem jest głodzenie chorego w związku z procedurami diagnostycznymi i terapeutycznymi. Aktualne zalecenia dotyczące opieki okołoperacyjnej pozwalają na coraz szersze stosowanie odżywiania drogą przewodu pokarmowego.

– *Kiedy 25 lat temu zaczynałem pracę w zawodzie, po standardowej operacji pęcherzyka żółciowego głodziło się chorego przez 2–3 dni. Po operacji resekcyjnej jelita grubego, jelita cienkiego czy żołądka chory nie otrzymywał doustnie płynów przez 4–5 dni. Jedzenie wprowadzało się stopniowo w 5–6-7 dobie – odwołuje się do swoich doświadczeń doc. Maciej Słodkowski, dodając, że podobne restrykcje pokutują w niektórych oddziałach*

chirurgicznych do tej pory. Zaznacza: – *Obecnie uważamy, że praktycznie nie ma operacji w zakresie przewodu pokarmowego, po której nie mógłby on być wykorzystywany w zasadzie od pierwszej doby. To przede wszystkim kwestia zapewnienia dostępu.*

### Poglądy do rewizji

Wiadomo już też, że błędny okazał się tradycyjny pogląd, iż wprowadzenie treści pokarmowej doprowadza do rozejścia się zespoleń jelitowych. Jak dzisiaj twierdzą specjaliści, nie ma ku temu żadnych przesłanek teoretycznych ani potwierdzonych w badaniach. Więcej: żywienie dojelitowe pomaga w gojeniu zespoleń, ogranicza też częstość powikłań infekcyjnych i jest ważnym elementem leczenia jako czynnik pozwalający uniknąć powikłań.

Coraz częściej jest stosowana chirurgia krótkiej ścieżki – w tym sensie, że chorzy są wręcz zachęcani do przyjmowania pokarmów po operacji. Pod koniec lat 90. i na początku tego wieku takie podejście zostało wprowadzone do chirurgii jelita grubego, najpierw w ośrodkach w Szwecji i Anglii. W Klinice Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Onkologicznej WUM taką ścieżkę stosuje się od trzech lat u chorych po operacjach jelita grubego; w tej chwili – również po operacjach resekcyjnych trzustki. Takie postępowanie znakomicie poprawia wyniki leczenia i umożliwia wcześniejszą rehabilitację.

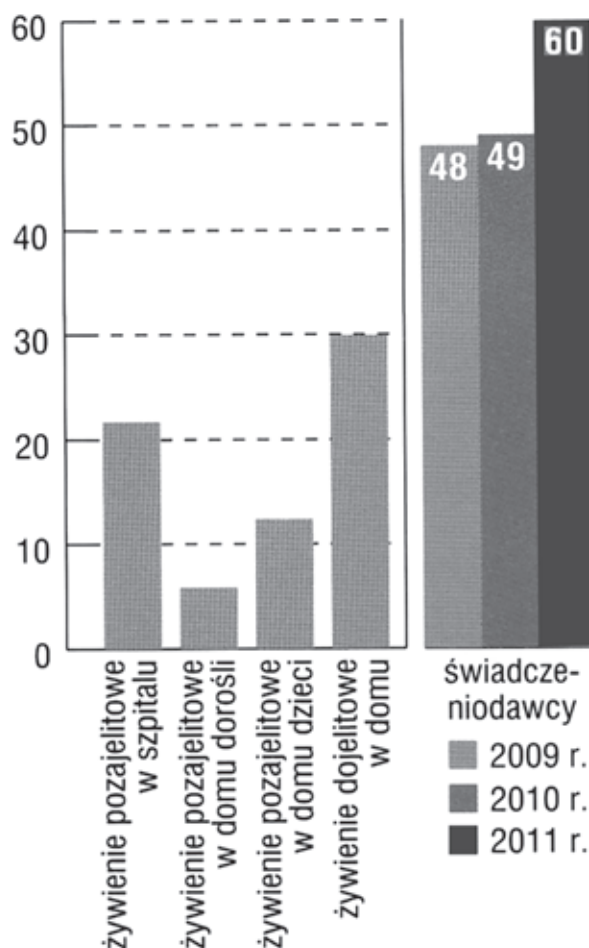
### Potrzebna wiedza i... chęci

Prowadzenie leczenia żywieniowego – biorąc pod uwagę poziom dostępnych technologii medycznych – jest dzisiaj możliwe w warunkach każdego szpitala, zwłaszcza że procedury są refundowane przez NFZ. Z szacunków Polskiego Towarzystwa Żywienia Pozajelitowego i Dojelitowego wynika, że zespoły żywieniowe składające się z lekarzy, pielęgniarek i dietetyków działają u nas jednak tylko w ok. 15% tych placówek, co daje pewien pogląd na rzeczywistą skalę stosowania takiego leczenia.

Podawanie żywienia drogą dojelitową jest możliwe za pomocą sondy zakładanej przez nos lub poprzez stomię, pozajelitowego – drogą dostępu przez cewnik do żyły głównej. Na przykład w leczeniu pozajelitowym można wybierać na rynku wśród wielu gotowych worków zawierających mieszaniny z takim składem, który będzie indywidualizowany dla konkretnego chorego.

– *Podanie worka w warunkach typowego szpitala powiatowego to po prostu kwestia kwalifikacji lekarzy i oceny zapotrzebowania energetycznego chorego. Szpitale mają oddziały intensywnej terapii, które zakładają cewniki do żył głównych. Z tym że potem tak prowadzony pacjent, z uwagi na szybkie zmiany metabolizmu, wymaga nadzoru* – mówi nam dr Jan Kaliciński z PTŻ-PiD, ordynator oddziału chirurgii w Szpitalu Powiatowym.

## Wzrost nakładów NFZ na leczenie żywieniowe w 2010 roku\* (w %) oraz liczba świadczeniodawców\*\*



\* w porównaniu z rokiem 2009

\*\* leczenie domowe

Ogólna wartość refundacji NFZ na leczenie żywieniowe w 2010 r. wyniosła ok. 140 mln zł. W 2010 r. zmniejszyła się liczba chorych żywionych pozajelitowo w domu (dorosłych – o 37%, dzieci – o 6%), ale wydłużył się czas leczenia. Liczba chorych żywionych dojelitowo w warunkach domowych wzrosła o 19%.

Źródło: NFZ i wyliczenia prof. Marka Pertkiewicza

wym w Oświęcimiu, podając tym samym jedną z przyczyn, dla których podejście do leczenia żywieniowego w szpitalach – do dzisiaj – bywa jednak różne.

### Uwaga na powikłania!

Jak natomiast radzimy sobie z żywieniem domowym? Zdaniem specjalistów, w kraju, porównując się z innymi państwami Europy, nie możemy narzekać na jego dostępność.

W leczeniu żywieniowym w ostatnich latach dochodzi do zmian na rynku tych świadczeń. Skrócenie czasu hospitalizacji związane ze zmianami organizacyjnymi i sposobem finansowania szpitali oraz zmniejszanie liczby łóżek szpitalnych spowodowało przesunięcie leczenia żywieniowego ze szpitala do domu pacjenta. Część świadczeń leczenia domowego jest wykonywana przez nowe podmioty.

– *I tu pojawia się problem* – twierdzi w rozmowie z Rynkiem Zdrowia prof. Marek Pertkiewicz, kierownik Kliniki Chirurgii Ogólnej i Żywienia Klinicznego WUM, były prezes PTŻPiD, dodając, że ów zasadniczy problem w leczeniu żywieniowym stanowi nie tyle samo leczenie w domu, co umiejętność rozpoznania i leczenia powikłań, tak metabolicznych, jak i septycznych oraz innych chorób występujących u chorych żywionych sztucznie.

Zgodnie ze standardami PTŻPiD, na których oparto definicję i wycenę świadczeń domowych, leczenie wspomnianych powikłań i chorych powinno się odbywać w oddziałach o dużym doświadczeniu w leczeniu żywieniowym.

– *Tymczasem zdarzało się, że chorzy trafiali do najbliższych oddziałów, gdzie hospitalizacja często kończyła*

*się zgonem albo w najlepszym razie zakażeniem dostępu żylnego. No i olbrzymimi kosztami leczenia* – stwierdza profesor, nawiązując do podejmowanych prób rozluźnienia warunków świadczeń.

### Jest rozporządzenie

Jak też zaznacza, wbrew definicjom standardów PTŻPiD, część podmiotów wykonywała świadczenia żywienia dojelitowego w ten sposób, że chory otrzymywał wyłącznie 1000 kcal diety. Resztę podawał, wykorzystując dietę przecieraną za pomocą zakupionego przez siebie sprzętu.

– *Dlatego za korzystne uznaję zapisy rozporządzenia ministra zdrowia regulujące zasady udzielania świadczeń żywienia domowego. Uważam jednocześnie, że źle się stało, iż zniknął wymóg hospitalizacji chorego z powikłaniami żywienia dojelitowego w ośrodku specjalistycznym. W moim przekonaniu słuszny, gdyż leczenie powinien prowadzić szpital wypisujący wcześniej pacjenta, w którym działa zespół żywienia pozajelitowego i dojelitowego. Wtedy, w razie powikłań lub konieczności leczenia szpitalnego, ten chory trafi pod opiekę zespołu, który go dobrze zna* – podsumowuje prof. Marek Pertkiewicz.

Przypomina przez analogię: – *Właśnie dzięki stosowaniu takiego wymogu, jak w żadnym kraju Europy, wzrosła w Polsce liczba przewlekłe chorych żywionych pozajelitowo w warunkach domowych, którzy nie umierają bez sensu z powodu powikłań leczenia żywieniowego.*

Piotr WRÓBEL

(przedruk z „Rynku Zdrowia” październik 2011)

## Klientelizacja – przypadłość współczesnej medycyny

*Klientelizacja medycyny* – ta nowa, dość dziwnie brzmiąca nazwa, wzbudza pewien niepokój... i słusznie. Niektórzy już cieszą się, że pacjenci wreszcie będą traktowani podobnie jak klienci, którzy za pieniądze mogą bez przeszkód nabywać przeróżne dobra medyczne, natomiast inni – raczej osoby starszej daty – wręcz przeciwnie: nie umieją, nie chcą tej sytuacji zaakceptować. Dlaczego? A dlatego, że nie jest łatwo ustawić się w pozycji „sprzedawcy zdrowia”.

Trudno jednak nie zauważyć, iż pojęcie: płacę i wy magam od pewnego czasu już u nas funkcjonuje i ma się dobrze, nawet coraz lepiej. Oznacza to, że także polski (oczywiście odpowiednio zamożny) pacjent vel klient, wkrótce stanie się naszym panem i dysponentem, który

po prostu zamówi sobie według gustu oraz zasobności portfela i zakupi przeróżne usługi lekarskie, a my – jako ta niby nowoczesna służba zdrowia – będziemy zabiegali o jego pieniądze i łaski. Tak, tak, bo gdy już zostaną odpowiednio rozreklamowane i na sprzedaż wystawione owe lekarskie usługi, to wówczas my staniemy się najzwyczajniejszymi tych usług sprzedawcami. Czy właśnie tego chcieliśmy i do takiej sytuacji dążyliśmy? No to będziemy ją mieć... na własne życzenie.

Powstaje pytanie, czy jeszcze starczy nam chęci i siły, aby się bronić (podobnie jak ów „zwierz Alpuhary”)? Jasne, że nie, a dla tej garstki, stawiającej opór, będzie to walka bez szans; przecież i w medycznym środowisku przyjęło się już od dawna znane, handlowe hasło:



NASZ KLIENT – NASZ PAN. Wkrótce zapewne zaaprobuje nawet to, czego jeszcze nie tak dawno uczciwy lekarz unikał jak ognia i wcale nie będzie wstydem podanie się aktualnej modzie oraz finansowej presji. Zresztą stan lekarski całkiem dobrowolnie schodzi do parteru. Przypominam sobie taką bardzo starą piosenkę, zaczynającą się od słów: Za pieniądze ksiądz się modli, za pieniądze lud się podli. Zatem – *nihil novi sub sole*.

Przekonują nas, że tak musi być, że klientelizacja medycyny jest formą wprost rozwojową, przeto nieuniknioną, lecz za mało się mówi o tym, że ten kij ma dwa końce, które uderzają na zmianę – to w pacjenta, to w lekarza, który zresztą i tak coraz słabiej odróżnia człowieka chorego od klienta – petenta. A klienta – wiadomo – należy jedynie umieć załatwić według stosownych procedur i tyle. Inaczej teraźniejszy medyk nie działa, ponieważ jest opłacany taką masą nakazów i kar, że już nawet nie myśli tak zwyczajnie, po ludzku, lecz po linii wyznaczanej przez ten nasz Narodowy Feler (pardon! Fundusz) Zdrowia.

Niektórzy wprawdzie jeszcze buntują się, niechętnie poddają, próbują jakoś przeciwdziałać skretynieniu urzędniczych norm, jednak z czasem oni także ulegają obowiązującym standardom i wolą ubezpieczać się od prawie wszystkiego, niż ponosić jakąkolwiek osobistą odpowiedzialność za swe działania. Próbuje pisać o tych patologiach, dyskutujemy na temat fatalnych prognoz, skutek wykorzystywania złych, głównie merkantylnych bodźców, ale to psu na buty. Organizatorzy zawsze wszystko najlepiej wiedzą i co gorsza – wciąż dysponują „stosownymi narzędziami”, które służą do skutecznego wdrażania nawet bardzo ryzykownych pomysłów.

Ja, która – podobnie jak wielu innych lekarzy mego pokolenia – przez całe zawodowe życie pracowałam naprawę ciężko i do tego za półdarmo, z ogromnym

szacunkiem wspominam nauki dawnych mistrzów, którzy nauczali nas, jak wnikliwie należy postrzegać ludzi cierpiących i celnie odróżniać „zwykłego” pacjenta od takiego autentycznie chorego. Chętnie używane obecnie, modne słowo empatia ma zastąpić to, co kiedyś było po prostu zrozumieniem, ludzkim współczuciem, troską oraz staraniem, jakim ówczesni medycy potrafili otaczać swych podopiecznych. Co z tego pozostało – widać gołym okiem. Autorytetów już nie ma, a nasi starzy mistrzowie pewnie w grobach się przewracają.

Już kiedyś wspominałam, że nie akceptuję żadnych działań, które mogłyby szkodzić zdrowiu. Nie pojmę, jak można wykonywać zabiegi (nawet te wielce opłacalne), gdy nie ma się pewności, że są one słuszne i naprawdę potrzebne. Nigdy nie okaleczyłabym nawet zwierzęcia, ani z racji obowiązującej akurat mody nie obciąłabym psu ogona czy uszu, a tym bardziej nie wetknęłabym człowiekowi w ciało jakichś umownie ozdobnych elementów. Taka już ze mnie dziwaczka, że przekłuwanie języka lub powiek, montowanie kółka w nosie, na wardze, policzku, powiece, czy gdzie tam jeszcze (podobnie, jak np. wbijanie kamyków w genitalia) – uważam za dobre dla dzikusów i... dziko pazernych na zarobki pseudozabiegowców.

Klient może sobie zażyczyć Bóg wie czego, ale nie znaczy, że każdy lekarz musi to wykonać. No, chyba, że jego bóstwem stała się mamona. To jest mój pogląd, ale jeśli tą bezpardonową wypowiedzią kogoś uraziłam, to oczywiście, przepraszam.

Barbara SZEFFER-MARCINKOWSKA

e-mail: bsm3@tlen.pl

Łódź, 13 września 2011 r.

(przedruk z „Panaceum” nr 10/11)

## 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](http://www.izbalekarska.opole.pl);

nr konta: 54-1020-3668-0000-5102-0009-8277

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

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

**IV Kongres Współczesnej Onkologii**

Tematem przewodnim kongresu są: Kontrowersje i nowe strategie leczenia nowotworów. W programie: układ odpornościowy człowieka oraz przeciwnowotworowa odpowiedź immunologiczna, immuno-onkologia, postępy w poznaniu i wykorzystaniu praktycznym genomu nowotworów, postępy i kontrowersje w leczeniu raka piersi, raka stercza, raka nerki, raka jelita grubego, raka płuca, czerniaka, raka jajnika oraz nowotworów górnego odcinka przewodu pokarmowego. Uczestnicy otrzymają punkty edukacyjne.

Termin: 8–10 marca 2012 r.

Miejsce: Międzynarodowe Targi Poznańskie ul. Głogowska 124, Poznań

Organizatorzy: Zakład Immunologii Nowotworów, Katedra Biotechnologii Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu, czasopismo Współczesna Onkologia, wydawnictwo Termedia

Biurow organizacyjne: Termedia sp. z o.o., ul. Kleeberga 2, 61-615 Poznań, tel./faks +48 61/656-22-00, [szkolenia@termedia.pl](mailto:szkolenia@termedia.pl), [www.termedia.pl](http://www.termedia.pl).

**VI Kongres Top Medical Trends**

Już po raz szósty zapraszamy na Kongres Top Medical Trends. Tradycyjnie odbędzie się on w Poznaniu i jak zawsze niezmiernie ciekawemu programowi naukowemu będą towarzyszyć liczne imprezy. W przyszłorocznym Kongresie udział weźmie ponad 70 wykładowców – wspaniałych dydaktyków, mówców, prezydentów o bardzo bogatym doświadczeniu zawodowym. Kongres rozpocznie się w piątek o godzinie 9.00 i skończy około 14.00 w niedzielę. Podczas tego Kongresu zostaną poruszone wszystkie zagadnienia dotyczące postępów w diagnostyce i terapii w różnych jednostkach chorobowych, prawie wszystkich dyscyplin i specjalności medycznych. Wykłady będą również prezentowały najnowsze algorytmy i schematy postępowania lekarskiego w zakresie leczenia różnych chorób. Hasło Liderzy opinii partnerami lekarza praktyka jest ciągle aktualne, dlatego zapraszamy wszystkich lekarzy bez względu na specjalizację i osoby w trakcie specjalizacji, pielęgniarki i studentów, ponieważ naprawdę warto w tym wydarzeniu uczestniczyć. Uczestnicy otrzymają punkty edukacyjne.

Termin: 23–25 marca 2012 r.

Miejsce: Poznań, Centrum Kongresowe Międzynarodowych Targów Poznańskich, pawilon 15.

Organizatorzy: Polskie Towarzystwo Medycyny Rodzinnej, Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej Akademii Medycznej we Wrocławiu, wydawnictwo Termedia, wydawca czasopisma Przewodnik Lekarza

Przewodniczący Komitetu Naukowego: prof. dr hab. Andrzej Steciwko Prezes Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej

Przewodniczący Komitetu Organizacyjnego: Janusz Michalak Prezes Zarządu wydawnictwa Termedia

Biurow organizacyjne: Termedia sp. z o.o., ul. Kleeberga 2, 61-615 Poznań, tel./faks +48 61/656-22-00, [szkolenia@termedia.pl](mailto:szkolenia@termedia.pl), [www.topmedicaltrends.pl](http://www.topmedicaltrends.pl)

**Wielkopolskie Warsztaty Dermatologiczne i Alergologiczne**

Główne tematy warsztatów: Choroby alergiczne skóry: problemy diagnostyczne alergicznych chorób skóry, alergja krzyżowa i OAS – możliwości diagnostyczne, nowoczesne postępowanie z chorym na atopowe zapalenie skóry, aktualne spojrzenie na alergiczny wyprysk kontaktowy, nadwrażliwość na leki, leki przeciwhistaminowe, immunoterapia swoista w leczeniu alergicznych chorób skóry. Problemy suchej skóry: bariera naskórkowa i skutki jej zaburzenia, problem suchej skóry w dermatologii, emolienty wczoraj i dziś, zastosowanie moczniaka w chorobach suchej skóry, substancje pochodzenia roślinnego (botanicals) jako składnik emolientów – przyjaciel czy wróg? Choroby układu oddechowego i choroby alergiczne: witamina D – znaczenie immunologiczne i kliniczne w świetle najnowszych badań, astma u małych dzieci – problemy diagnostyki i leczenia, profilaktyka chorób alergicznych, anafilaksja u dzieci, POChP jako choroba ogólnoustrojowa, pierwotne niedobory odporności – problemy diagnostyki u dzieci, mukowiscydoza



– wielospecjalistyczne problemy, przewlekły kaszel – jak rozpoznawać, jak leczyć. Światłolecznictwo: działanie promieniowania ultrafioletowego na skórę i organizm człowieka, wskazania i przeciwwskazania do fototerapii dermatoz, współczesne metody fototerapii, zastosowanie laseroterapii w chorobach skóry, choroby skóry wywołane przez promieniowanie ultrafioletowe, nowoczesne formy ochrony przeciwsłonecznej. Trądzik pospolity i różowaty: współczesne poglądy na etiopatogenezę trądziku pospolitego i różowatego, udział czynników infekcyjnych w etiopatogenezie trądziku pospolitego i różowatego, wpływ hormonów na skórę w chorobach łojotokowych, klinika trądziku pospolitego i różowatego, psychologiczne aspekty trądziku pospolitego i różowatego, leczenie trądziku pospolitego i różowatego, rola diety w trądziku pospolitym i różowatym, pielęgnacja skóry łojotokowej. Leki biologiczne w dermatologii i alergologii: łuszczyca w erze leków biologicznych, nowoczesne poglądy na leczenie łuszczyca stawowej, perspektywy dla leków biologicznych w dermatozach innych niż łuszczyca, leki biologiczne w chorobach alergicznych, bezpieczeństwo stosowania leków biologicznych, co wniosły do naszej wiedzy badania nad jakością życia osób ze schorzeniami dermatologicznymi? Czy preparaty sprzed ery leków biologicznych znajdują jeszcze zastosowanie w leczeniu łuszczyca? Uczestnicy otrzymają punkty edukacyjne.

Termin: 15–17 marca 2012 r.

Miejsce: Centrum Kongresowo-Dydaktyczne Uniwersytetu Medycznego ul. Przybyszewskiego, Poznań.

Organizatorzy: Katedra i Klinika Dermatologii Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu, Klinika Pneumonologii, Alergologii Dziecięcej i Immunologii Klinicznej Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu, wydawnictwo Termedia.

Przewodniczący Komitetu Naukowego: prof. dr hab. Wojciech Silny, prof. dr hab. Anna Bręborowicz.

Biurow organizacyjne: Termedia sp. z o.o., ul. Kleeberga 2, 61-615 Poznań, tel./faks +48 61/656-22-00, [szkolenia@termedia.pl](mailto:szkolenia@termedia.pl), [www.termedia.pl](http://www.termedia.pl)

\*\*\*

**Ośrodek Szkoleniowy Okręgowej Izby Lekarskiej w Gdańsku zaprasza na konferencję naukowo-szkoleniową dla lekarzy dentystów: „Doświadczenia europejskich ekspertów w leczeniu dzieci i młodzieży”, 28 kwietnia 2012**

Hotel Novotel Marina Gdańsk, ul. Jelitkowska 20, Gdańsk

Program:

10:00–10:15 – Rozpoczęcie konferencji,

10:15–11:45 – Minimalnie inwazyjne strategie stosowane w leczeniu uzębienia mlecznego i stałego (prof. dr Norbert Krämer, Giessen, Germany; President EAPD),

11:45–12:15 – Przerwa kawowa,

12:15–13:45 – WSKRZESZANIE MARTWEGO – Leczenie endodontyczne martwych zębów siecznych z niezakończonym rozwojem korzenia po urazie: podejście metodyczne i biologiczne (prof. Monty Duggal, Leeds, UK; President-Elect EAPD),

13:45–14:45 – Lunch,

14:45–16:15 – Interdyscyplinarne podejście do procesu leczenia w przypadku wrodzonych braków zębowych (dr Nick Lygidakis, Athens, Greece; Past-President EAPD),  
16:15–16:35 – Wytyczne EAPD stosowania fluoru u dzieci. (dr hab. Katarzyna Emerich, adiunkt Katedry i Zakładu Stomatologii Wieku Rozwojowego GUMed; EAPD Councillor for Poland),

16:35–17:00 – Zakończenie konferencji.

Wykłady w języku angielskim z tłumaczeniem symultanicznym. Za konferencję zostaną przyznane punkty edukacyjne (zgodnie z Rozporządzeniem MZ z dn. 6 października 2006 r. w sprawie sposobów dopełniania obowiązku doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentystów).

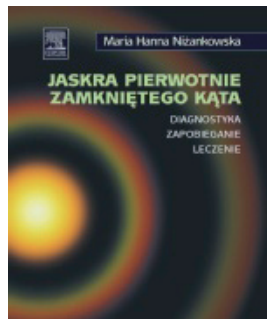
Zgłoszenia przyjmuje: Komisja Kształcenia Medycznego Okręgowej Izby Lekarskiej w Gdańsku 58/524-32-07; 58/524-32-27, [konferencja@gdansk.oil.org.pl](mailto:konferencja@gdansk.oil.org.pl), [www.gdansk.oil.org.pl](http://www.gdansk.oil.org.pl)

Koszt uczestnictwa: 200 zł (do 15.03.2012); 250 zł (od 16.03.2012) – Bank Zachodni WBK S.A., 3 Oddział Gdynia, nr konta 69 1090 1102 0000 0000 1000 4314, z adnotacją: Imię i nazwisko, konferencja stomatologiczna.

Proponowany nocleg: Hotel Novotel Marina Gdańsk, ul. Jelitkowska 20, Gdańsk; rezerwacja na hasło „Izba Lekarska” pod nr (58) 558 91 11 lub 12. Regulamin Ośrodka Szkoleniowego OIL: [www.gdansk.oil.org.pl](http://www.gdansk.oil.org.pl)\_Szkolenia.

**Elsevier Urban & Partner Sp. z o.o.**  
**50—11 Wrocław, ul. Kościuszki 29**

Zamówienia: [www.elsevier.pl](http://www.elsevier.pl); tel. 42/680-44-09, fax: 42/680-44-86; e-mail: [zamowienia@elsevier.com](mailto:zamowienia@elsevier.com)



## **Jaskra pierwotnie zamkniętego kąta. Diagnostyka, zapobieganie, leczenie**

M. H. Niżankowska

ISBN: 978-83-7609-656-8, format: 220x280, opr. twarda, 100 stron, cena det.: 120.00 zł, twoja cena: 108.00 zł (240 ELS pkt.)

Najnowsza technika szybkiego i bezdotykowego, tomograficznego obrazowania przedniego odcinka oka za pomocą wiązki światła-AS OCT, stała się przełomem nie tylko we wczesnym rozpoznawaniu anatomicznych predyspozycji do pierwotnego zamknięcia kąta (PZK), ale przede wszystkim w poznaniu 3 różnych mechanizmów tego zamknięcia.

Jak dotąd środowisko okulistyczne nie dysponowało podręcznikami ani atlasami ogniskującymi zainteresowanie na interpretacji tomograficznych obrazów PZK. Niniejsza monografia, napisana przez eksperta w dziedzinie nauki o jaskrze i wybitnego klinicystę, stanowi kompendium aktualnego stanu szybko rozwijającej się wiedzy, wzbogaconej doświadczeniem klinicznym autorki. Zawarte w niej liczne przykłady są ilustrowane obrazami AS OCT stanowiącymi podstawę rozpoznania mechanizmu PZK i wyboru metody jego eliminacji, a także obrazową weryfikację efektu zabiegu, wraz z interpretacją osiągniętego wyniku klinicznego.

\*\*\*



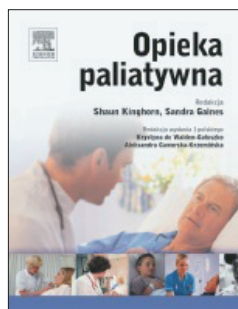
## **Rehabilitacja medyczna. Tom 1, wyd. II, A. Kwolek**

ISBN: 978-83-7609-313-0, format: 170x245 mm, opr. twarda, 600 stron, cena det.: 129.00 zł, twoja cena: 116.10 zł (258 ELS pkt.)

Drugie wydanie podręcznika, który uzyskał ogromne uznanie czytelników, zostało

poprawione i uzupełnione o najnowsze informacje z zakresu rehabilitacji medycznej. Jego autorami są autorytety w dziedzinie rehabilitacji w Polsce oraz specjaliści mający duże doświadczenie i wiedzę dotyczącą poszczególnych działów rehabilitacji. Książka przeznaczona jest głównie dla lekarzy specjalizujących się w rehabilitacji medycznej, balneologii, a także w innych dziedzinach medycyny. Będzie ona również bardzo pomocna w szkoleniu przeddyplomowym i podyplomowym fizjoterapeutów zajmujących się rehabilitacją. Podręcznik składa się z dwóch tomów. Tom 1 obejmuje niezbędną wiedzę na temat rehabilitacji, podstaw anatomicznych i fizjologicznych rehabilitacji medycznej, oceny klinicznej i funkcjonalnej układów i narządów oraz metod terapeutycznych w rehabilitacji. Tom 2 poświęcony jest zagadnieniom rehabilitacji klinicznej.

\*\*\*

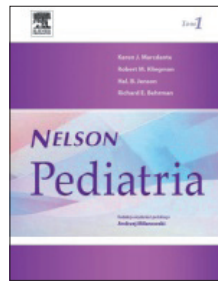


**Opieka paliatywna Kinghorn, oprac. S. Kinghorn, S. Gaines, wyd. I polskie, red. K. de Walden-Gałuszko, A. Gaworska-Krzemińska** ISBN: 978-83-7609-385-7, format: 190x245, opr. broszurowa, 300 stron, cena det.: 89.00 zł, twoja cena: 80.09 zł (178 ELS pkt.)

Książka Opieka paliatywna jest zbiorem wielu istotnych zagadnień z dziedziny medycyny paliatywnej dających pracownikom ochrony zdrowia możliwość zapoznania się zarówno z zagadnieniami strategicznymi, jak i najważniejszymi problemami chorych oraz zasadami profesjonalnego postępowania. Mimo, że publikacja ta w dużej części oparta jest na realiach angielskiego systemu opieki zdrowotnej, to polski Czytelnik znajdzie w niej wiele uniwersalnych zagadnień do bezpośredniego zastosowania w praktyce zawodowej. Natomiast poznanie funkcjonowania opieki paliatywnej w realiach angielskich stanowi dodatkową wartość.

Na szczególne wyróżnienie w treści książki zasługuje fakt zawarcia rzeczywistych przykładów pacjentów z ich problemami i przyjętym procesem terapeutycznym, a także często pomijany w innych publikacjach problem seksualności pacjentów. Opisany program Liverpoolska Ścieżka Opieki (LCP) może stanowić bardzo dobrą metodę podnoszenia jakości opieki nad umierającymi chorymi. Także zaproponowane terapie niekonwencjonalne, odpowiednio stosowane, mogą być doskonałym uzupełnieniem terapii przeciwbólowej czy relaksacyjnej.

\*\*\*



**Nelson Pediatrics. Tom 1, K.J. Marcandante, R.M. Kliegman, H.B. Jenson, R.E. Behrman, wyd. I polskie, red. A. Milanowski** ISBN: 978-83-7609-515-8, format: 220x280, opr. twarda, 400 stron, cena det.: 170.00 zł, twoja cena: 153.00 zł (340 ELS pkt.)

Książka, którą oddajemy do rąk czytelnika, jest tłumaczeniem amerykańskiego podręcznika Nelson Essentials of Pediatrics, zwanego popularnie „małym Nelsonem”. Od roku 1990, regularnie co 4 lata, w Stanach Zjednoczonych ukazuje się jego nowe wydanie. Obecnie, 6 już z kolei, pojawiło się w 2010r., zawiera więc najbardziej aktualną wiedzę z dziedziny pediatrii.

Podręcznik przeznaczony jest dla lekarzy specjalizujących się w pediatrii i rezydentów pediatrycznych, ale również dla nauczycieli akademickich i lekarzy rodzinnych.

Omówiono w nim najczęstsze problemy i choroby dzieci i młodzieży, z jakimi może się zetknąć lekarz pierwszego kontaktu w swojej pracy z pacjentem w wieku rozwojowym. W każdym rozdziale, oprócz omówienia etiologii i patogenetyzacji chorób, podano algorytmy postępowania diagnostycznego oraz praktyczne wskazówki terapeutyczne. (Z przedmowy do wydania polskiego)

\*\*\*

**Wydawnictwo Wolters Kluwer Polska Sp. z o.o., 01-231 Warszawa, ul. Płocka 5a, tel. 22/535-80-00, e-mail: [obsługa.klienta@wolterskluwer.pl](mailto:obsługa.klienta@wolterskluwer.pl); [Księgarnia.internetowa@wolterskluwer.pl](mailto:Księgarnia.internetowa@wolterskluwer.pl); [profinfo@wolterskluwer.pl](mailto:profinfo@wolterskluwer.pl)**



**Komentarz do Ustawy o działalności leczniczej, Maciej Dercz, Tomasz Rek, format: A5, oprawa twarda, s. 540, cena: 90 zł**

Regulacje zawarte w Ustawie o działalności leczniczej, która weszła w życie 1 lipca 2011 roku, są kluczowe dla całej polskiej służby zdrowia. Wydany przez Wydawnictwo Wolters Kluwer Polska komentarz, prezentuje kompleksowo wszystkie zagadnienia prawne, których dotyczy nowe prawo.

W komentarzu przedstawiono m.in.: zadania i obowiązki podmiotów wykonujących

działalność leczniczą oraz podmiotów tworzących (gmin, powiatów, województwo) wynikające nie tylko z omawianej ustawy, ale także z innych przepisów; relacje podmiotów wykonujących działalność leczniczą z innymi uczestnikami systemu ochrony zdrowia: administracją rządową, jednostkami samorządu terytorialnego, Narodowym Funduszem Zdrowia; odniesienia regulacji ustawowych do praw pacjenta.

Komentarz zawiera także sposoby rozwiązywania kwestii spornych, w związku z tym, że zdaniem autorów, część przepisów Ustawy jest niejasna. Dotyczy to zwłaszcza kwestii struktury organizacyjnej podmiotów leczniczych, ich rejestracji i kontroli oraz przeprowadzania przekształceń organizacyjnych. Książka przeznaczona jest przede wszystkim dla osób zawodowo związanych ze środowiskiem służby zdrowia, jak również dla urzędników administracji samorządowej oraz prawników. Będzie cennym narzędziem dla wykładowców, prowadzących zajęcia z zakresu ochrony zdrowia oraz studentów.

\*\*\*

**Termedia sp. z o.o.**

61-615 Poznań, ul. Kleeberga 2, tel./faks: 61/656-22-00; e-mail: [ksiazka@termedia.pl](mailto:ksiazka@termedia.pl)  
 Książka do nabycia na [www.termedia.pl](http://www.termedia.pl)



**Zakaźne choroby wątroby i dróg żółciowych pod redakcją Krzysztofa Simona** ISBN: 978-83-62138-65-4, format: B5, oprawa miękka, stron: 224, cena 85 zł.

Współczesna hepatologia to nie tylko problem diagnostyki żółtaczek, czym w przeszłości zajmowali się głównie specjaliści chorób zakaźnych, gastroenterolodzy, rzadziej pediatrzy, internści czy chirurdzy, ale ogromny, stale rozszerzający się dział wiedzy poświęcony różnorodnym aspektom fizjologii i patologii wątroby i dróg żółciowych.

Proces diagnozowania i terapii w hepatologii ma obecnie wymiar holistyczny, w którym grupy specjalistów z najróżniejszych dziedzin medycyny decydują o przyszłym losie pacjenta, wykorzystując do tego coraz nowsze zdobyte techniki, biologię i farmakoterapię. Postęp w tej dziedzinie jest wręcz zdumiewający, a koncepcje i metody diagnostyczno-terapeutyczne aktualne dzisiaj dewaluują się już po kilku latach. Dlatego pojawiła się idea napisania książki Zakaźne choroby wątroby i dróg żółciowych. Temat omawia zespół autorów – uznanych specjalistów z różnych dziedzin medycyny, którym bliska jest problematyka hepatologiczna.