



OPOLSKA  
IZBA  
LEKARSKA

Rok Założenia 1990

# BIULETYN INFORMACYJNY

Listopad 2012

ISSN 1426-661X

Nr 195

OPOLSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

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

## „Te wodospady liści, te listopady też...”



*Fot. Janusz Lewandowski*



# Zamaskowani

Za tą maską może stać każdy. I żona w wykrochmalonych koronkach, i mąż skazaniec. Zaraz po śmierci rozbiorą go z powłok, warstwa po warstwie: skóra, mięśnie, kości. Zmieści się tam Zaira Brivio – licealistka spod Sieny. Ktoś zrobił jej zdjęcie w agonii, potem Alfredo Sassi powtórzył to odchodzenie w kamieniu. Wyrzeźbił przerażenie i grymas, ale tak raptowny, że zmienił rysy, pogubił kontury, rozmył oblicze, aż straciło osobowość. Twarz stała się bezimienna, osamotniona, pozbawiona tej kruchej cząstki nazywanej „ja”.

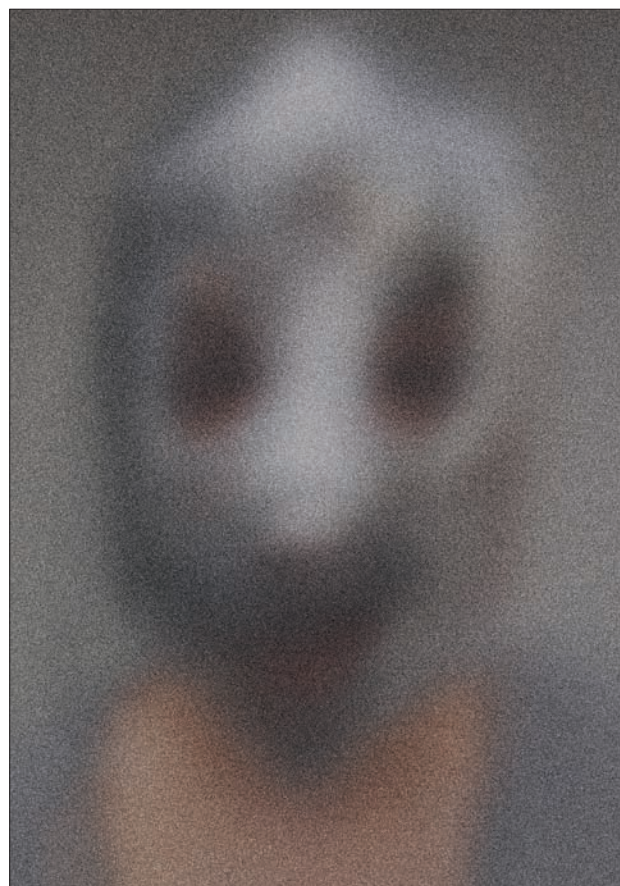
Za zasłoną mogła się też schronić matka. Pamiętam ją z Cimitero Monumentale w Mediolanie. Przysiadła – pomnikowa, trzyma synów za ręce. Ich ciała niemal splotły się w jedno. Nadzy, wychudzeni wtulili się w szczelinę grobowca. Całują się, sprawdzają dotykiem wypukłe kształty, bronią się przed rozpadem. Zagrożeni oszpecceniem, na granicy zniszczenia, walczą o przetrwanie. Próbuje zachować podobieństwo do ludzi żywych. Nadaremnie.

A może to zamaskowana Janina Kokosińska? Kiedyś zaspiała na własne zrzękowiny, więc siostra Genowefa ją zastąpiła. A może Andżela, miss osiedlowego trzepaka, zaszyła się w szarościach, rudy chłopak w rybaczkach albo pewna dama angielska? Kto się tam chowa? Człowiek czy widmo, przeszłość czy teraźniejszość, zmora czy subtelność, tłum czy pustkowicie, ład czy nieporządek?

To portret zbiorowy ludzi złękniomych, osamotnionych, melancholików, którzy powtarzają *larvatus provedo* – idę zamaskowany. To oni z lubością rozpamiętują każdą stratę, co więcej – powtarzają ją w sobie. Wątpią, nie dowierzają, boją się czegoś. I skrywają się coraz głębiej i głębiej.

Spójrzmy w te oczy pozbawione źrenic. Rozmywiają się, powiększają, nie patrzą. Podobnie jak nie patrzy na nas *Chłopiec w niebieskiej bluzie* Modiglianiego. A przecież widzi, tylko obrazy powstają poza oczami. Bo to widzenie uwewnętrznione, zbudowane z pamięci, wspomnień, przeinaczeń. Takie patrzenie przypomina sen. Tu zawsze ktoś może wrócić z daleka – jakaś pogodna, roześmiana Zaira Brivio – zadzwonić i zaprosić na spacer. Można z nią usiąść na ławce, przyglądać się, jak kartkuje tomik wierszy Eugenia Tkaczyszyna-Dyckiego, zapytać, dlaczego nagle posmutniała. Nie odpowie. Zniknie jak szron na szybie, kiedy ociepli ją czyjś biały oddech. Rozmydli się, zamaskuje w szarościach tła.

Jak mówić o wyobcowaniu? Jak oddać zagubienie? Magdalena Hlawacz pokazała maskę zrośniętą z twarzą. Migotliwą, rozrzedzoną zasłonę, która pomaga zmieścić się w świecie. Stworzyła trzecią powiekę, woal licujący oblicze, kamuflaż prawie doskonały, zbudowany z uprzedzeń, obaw, przeinaczeń i Kierkegaardowskiego *niebycia człowiekiem*. Zasłonę codzienną z rozbielen i zagęszczeń, mrocznych cieni, zamazanych konturów, osłonę pozbawioną jaskrawych kolorów i zdobień, stopioną ze skórą, nieprzeniknioną, a jednocześnie kruchą i niepewną. Wydaje się, że można ją zdmuchnąć, zmiękczyć ciepłym oddechem, wówczas rozproszy się jak mgła.



Magdalena Hlawacz z cyklu „Make Up”  
(druk cyfrowy, 100×70 cm)

Na obrazie postać miesza się z tłem, szarość przechodzi w inną szarość. Osoba wtapia się, traci barwy, przestaje być. Jakby przychodziła z *Modlitwy w chwili zwątpienia* Zygmunta Krasińskiego, który się uskarżał: *Zda mi się czasem, że jako mgła rozmywają się kształty moje*. Artystka próbuje wyrazić to, co niewyraźne. Oddać znieistnienie, zabłąkanie we własnym wnętrzu, przenicowanie do środka. Stara się uchwycić *różne stopnie życia* (wieszcz pisał o nich Delfinie Potockiej). Odrysowała człowieka skrywającego się pod całunem. To studium kogoś, kto czasem zakłada na siebie szatę Dejaniry, otula się niszczycielską mocą. I niszczały wybiera ucieczkę, odgrodenie od świata, przeżycie w drugiej przestrzeni. Nieprzynależność. I może nawet nie wie, że ukrywając żal, przerażenie, znużenie i radość, sam staje się Żalem. Przerażeniem. Znużeniem. Radością.

Magdalena Hlawacz otrzymała niedawno wyróżnienie honorowe na Grand Prix Młodej Grafiki Polskiej w Krakowie. Jury spodobały się te rozmyte, prawie niewidoczne, skryte za maskami twarze; oblicza bez wyrazu, bez wrytych pragnień. Pozbawione rysów, zmarszczek, śladów zmagania z kłopotami – jakby pochodziły ze świata równoległego, gdzie zniknęła codzienność. Widzowie przystawali przed ogromnymi wydrukami i wpatrywali się ciekawie. Ktoś rozpoznał tam sąsiadkę, która od lat nie wychodzi z domu, ktoś nieżyjącą ciotkę, a jeszcze ktoś przyszedł na wystawę specjalnie dla tej niewyraźnej, pogubionej postaci. Zrobił jej zdjęcie aparatem cyfrowym i wyszedł, nie rozglądając się na boki. Może dostrzegł w niej samego siebie?

Agnieszka KANIA

Skrócona wersja artykułu ukazała się w opolskim dodatku Gazety Wyborczej.

Powoli kolejny rok zbliża się do końca – za kilka tygodni już Święta. Tymczasem za oknami coraz bardziej szaro, mokro i smutno. Taki jest listopad – miesiąc, w którym (przynajmniej na jedną chwilkę) nad grobami najbliższych zatrzymujemy się w tej nieustannej codziennej pogoni i wracamy myślą do Tych, których już przy nas nie ma. Te dwa momenty – koniec roku i Święto Zmarłych w sposób niezwykle wyrazisty przypominają nam o upływającym bezlitośnie czasie.

Czas niby płynie jednakowo – każdy z nas ma przecież zegarek i wie co to jest sekunda, minuta, godzina... Ale tak się jakoś składa, że gdy mamy po kilkanaście lat czas dla nas biegnie niesłyszalnie wolno i dopiero wraz z upływem lat zaczyna przyspieszać. Im jesteśmy starsi tym szybciej i (co chyba bardziej okrutne!) tym bardziej nieubłaganie upływa. A przecież tyle jeszcze przed nami...

No właśnie, a przed Wami kolejny numer Biuletynu. W oczywisty sposób będzie nawiązywać kilkoma materiałami do początku tego miesiąca. Zamieszczam więc tekst autorstwa prof. Rowińskiego o trudności w ocenie tego, kiedy człowiek bezpowrotnie przekracza ten okrutny Rubikon. Stanowisko profesora już wywołało gorącą dyskusję, z którą zamierzam Was systematycznie zapoznawać w kolejnych Biuletynach. Dr Gawor

z Opolskiego WCM opatrzył ten materiał w swoim komentarzem. Będzie też wywiad z ks. dr Kaczkowskim prowadzącym puckie hospicjum nawiązujący do tematu umierania. Jest też bardzo ciepłe wspomnienie naszej Koleżanki o jej niedawno zmarłej szefowej – a właściwie jej Mistrzu.

Poza tym sporo materiałów o systemie opieki zdrowotnej w Polsce. Ja wiem, że czasami może to być nudne, ale by móc zmierzyć się z jakimś problemem i go pokonywać trzeba najpierw go dobrze poznać – nigdy więc za mało wiedzy na ten temat. Będzie też „okrzyk rozpaczy” internisty i propozycja na przywrócenie należnego jej w naukach medycznych miejsca oraz druga część rozważań o trudnym pacjencie w gabinecie stomatologicznych (a może nie tylko tam?). Wracam także do problemu recept *pro auctore* i *pro familiae*.

Zauważyliście na pewno, że od pewnego czasu ukazują się w Biuletynie bardzo ciekawie pisane teksty o malarstwie. P. Dr Anna Kania postawiła sobie za cel przybliżenie nam postaci opolskich artystów i ich twórczości – i robi to w bardzo interesujący sposób. Nic więc dziwnego, że i w tym Biuletynie znalazł się jej tekst.

I to właściwie tyle. Życzę ciekawej lektury i do... grudnia.

Jerzy B. LACH

## SZPALTA PREZESA

### Koleżanki i Koledzy,

Od 1 lipca br. obowiązuje rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą. Jest ono o tyle wyjątkowe, że po raz pierwszy w jednym rozporządzeniu opisane są wymagania odnoszące się zarówno do dawnych zakładów opieki zdrowotnej, jak i do praktyk lekarskich. Dostosować się do niego muszą **wszystkie praktyki lekarskie**, również i te, które kiedyś bez żadnych zastrzeżeń zostały dopuszczone przez San-Epid w oparciu o wówczas obowiązujące przepisy (najprawdopodobniej te praktyki nie będą miały żadnych problemów ze spełnianiem wymogów, ale dla uniknięcia niepotrzebnych kłopotów trzeba zapoznać się z rozporządzeniem). Ukazało się ono w Dzienniku Ustaw z 2012 r. pod pozycją 739 (od tego roku kolejne Dzienniki Ustaw nie posiadają swoich numerów – aktu prawnego poszukuje się tylko w oparciu o jego pozycję).

Jeżeli po analizie tekstu rozporządzenia oraz odpowiedniego załącznika (dla zdecydowanej większości

praktyk będzie to załącznik nr 2) stwierdzicie, że nie spełniacie jakiegoś wymogu, macie czas na usunięcie tego odstępstwa do **31 grudnia 2016 r.** Z tym, że znacznie wcześniej, bo do **31 grudnia bieżącego roku** trzeba przedłożyć w Izbie Lekarskiej, zaopiniowany przez Terenową Stację San-Epid, program dostosowawczy (innymi słowami – co i kiedy będzie robione, aby usunąć odstępstwo od wymogów rozporządzenia). Te obie daty wynikają ze znowelizowanej latem ustawy o działalności leczniczej.

Teoretycznie może się zdarzyć, że wykonujecie praktykę w pomieszczeniu, którego nie będzie można dostosować do wymogów rozporządzenia. Co wtedy? Jeżeli nie zdążycie wynająć innego pomieszczenia przed końcem roku, będziecie musieli napisać w tym programie dostosowawczym, że działalność w dotychczasowym pomieszczeniu będziecie wykonywać tylko do 31 grudnia 2016 r. Będziecie mieli 4 lata na znalezienie nowego miejsca na swój gabinet.

Jerzy JAKUBISZYN

## WRZEŚNIOWE SPOTKANIE KOMISJI STOMATOLOGICZNEJ

Dn. 27 września 2012 r. odbyło się kolejne zebranie członków Komisji Stomatologicznej, na którym poruszano szereg bieżących tematów.

W lipcu tego roku Komisja Stomatologiczna spotkała się z dr Anną Szczombrowską z Opolskiego Oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia. Omawiano propozycje zmian warunków świadczeń stomatologicznych kontraktowanych przez NFZ, które zostały zaproponowane przez MZ i przedstawione do konsultacji społecznych. Samorząd Lekarski przyjął w tej sprawie stanowisko, w którym popiera rozdzielenie kontraktu chirurgicznego od periodontologicznego. Zaproponował też świadczenia w postaci korekcyjnego szlifowania zębów w kontrakcie periodontologicznym i protetycznym. Jednocześnie Izba sprzeciwia się:

- wydzieleniu możliwości leczenia dzieci i młodzieży do lat 18-tu w kodzie 218,
- obowiązkowi montowania w gabinetach stomatologicznych lamp bakteriobójczych,
- braku możliwości zatrudniania pomocy stomatologicznych,
- konieczności pracy asystentek stomatologicznych przez cały czas pracy lekarza dentysty dla Funduszu.

W sierpniu br. w siedzibie naszego oddziału NFZ odbyło się spotkanie Dyrektora z konsultantami wojewódzkimi, na którym omówiono projekt budżetu na rok 2013. Z projektu tego wynika, że na świadczenia stomatologiczne nie będzie w przyszłym roku wzrostu nakładów finansowych. Najprawdopodobniej nie będzie też możliwości finansowych, aby zapłacić za nadwykonania z bieżącego roku.

Rozmawiano też o wrześniowym spotkaniu, które odbyło się w centrali NFZ z udziałem Prezes NFZ Agnieszki Pachciarz i przedstawicielami Komisji Stomatologicznej NRL – Anną Lellą i Andrzejem Baszkowskim. Spotkanie poświęcono kontraktowaniu świadczeń z zakresu stomatologii. Prezes Pachciarz zapowiedziała, że planuje głęboką analizę wyceny poszczególnych świadczeń medycznych – nie tylko stomatologicznych – opłacanych przez

Fundusz oraz ich porównanie z cenami wolnorynkowymi. Fundusz ma przygotować statystykę najczęściej popełnianych przez lekarzy stomatologów błędów, ujawnianych podczas kontroli. Dane NFZ będą pomocne obu stronom w poprawie współpracy, będą też ostrzeżeniem dla lekarzy, jakie błędy (świadomie lub nie) najczęściej popełniają. Pani Prezes poinformowała, także o odbywającej się w centrali NFZ kontroli NIK, która obejmować będzie także świadczeniodawców. Mówiła również o tym, że Fundusz, podczas kontroli, będzie zwracać szczególną uwagę na realizację kontraktów zgodnie z zapisami widniejącymi w umowie – w tym, czy pacjenci przyjmowani są w godzinach zadeklarowanych przez lekarzy w ich harmonogramie pracy.

Na spotkaniu KS dyskutowano również nad stanowiskiem w sprawie roli techników dentystycznych w udzielaniu opieki stomatologicznej, które zostało przyjęte 30 sierpnia br. podczas Sesji Plenarnej ERO-FDI. ERO-FDI obserwuje podejmowane w ostatnim okresie działania krajowych i międzynarodowych organizacji zrzeszających techników dentystycznych. Działania te, przyjmujące rozmaite formy i odbywające się przy różnych okazjach, mają wspólny cel polegający na poszerzeniu zakresu uprawnień zawodowych techników dentystycznych. Starają się oni uzyskać prawo do prowadzenia niezależnej praktyki zawodowej, obejmującej bezpośrednio udzielanie opieki pacjentom bez nadzoru ze strony lekarza dentysty.

Na zakończenie spotkania Komisji omówiono kalendarz obowiązujący podczas wyborów delegatów VII kadencji. Na stronie internetowej naszej Izby są już podane listy wyborcze. Należy sprawdzić, czy każdy lekarz znajduje się na właściwej liście, ponieważ do 18 lutego 2013 r. można zgłaszać nieprawidłowości i listy poprawić, bądź je uzupełnić.

Wreszcie na sam koniec przypomniano, iż 5 listopada br. kończy się kolejny (czteroletni) okres rozliczeniowy punktów edukacyjnych.

Na tym spotkanie zakończono.

*Lek. dent. Robert RYPNIEWSKI*

### UWAGA: WYBORY DELEGATÓW NA OKRĘGOWY ZJAZD LEKARZY W 2013 ROKU

**Koleżanki i Koledzy**, w przyszłym roku czekają nas wybory do organów Izby na następną kadencję. Zgodnie z kalendarzem wyborczym pewne procedury muszą ruszyć już w tym roku. Proszę o sprawdzenie na listach wyborczych swoich nazwisk i o ewentualny kontakt z Biurem OIL w przypadku:

- **nie odnalezienia siebie na listach** • **woli zmiany okręgu wyborczego (powinien on odpowiadać lokalizacji Waszego głównego miejsca pracy)** • **zmiany adresu zamieszkania (adresu korespondencji)**

Sprawdzenia należy dokonać do końca listopada 2012 r.

*Przewodniczący Okręgowej Komisji Wyborczej  
Stanisław KOWARZYK*



# OPOLSCY GINEKOLODZY HONOROWYMI CZŁONKAMI POLSKIEGO TOWARZYSTWA GINEKOLOGICZNEGO



*Wręczenie tytułów „Honorowych Członków PTG”*

W dniach 19–22 września 2012 r. w Katowicach odbył się XXXI Kongres Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego pod Honorowym Patronatem Małżonki Prezydenta RP Anny Komorowskiej.

Kongres zorganizowany przez Prezesa PTG prof. dr hab. n. med. Ryszarda Porębę ze Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w 123 rocznicę powstania PTG odbywał się pod hasłem przewodnim „Kobieta XXI wieku”. Program naukowy Kongresu obejmował problematykę wszechstronnej opieki nad kobietą ciężarną, rodzącą i noworodkiem oraz kobietą z problemami ginekologicznymi – a zwłaszcza onkologicznymi.

XXXI Kongres PTG zgromadził kilka tysięcy ginekologów, położników, neonatologów, pediatrów i położnych z kraju i z zagranicy, którzy uczestniczyli w 98 sesjach naukowych. Na szczególne wyróżnienie zasługuje fakt, że po raz pierwszy w 123-letniej historii PTG odbyła się sesja Polonii Ginekologicznej Świata. Uczestnicy Kongresu mieli również okazję obejrzeć na Sali obrad przekaz satelitarny operacji ginekologicznej robotem „Da Vinci” przeprowadzonej w Szpitalu Wojewódzkim we Wrocławiu. Operację przeprowadził prof. Michał Hibner ze Stanów Zjednoczonych wraz z prof. Wojciechem Witkiewiczem z Wrocławia.

Punktem kulminacyjnym XXXI Kongresu PTG była 20 września 2012 r. uroczysta „Gala Otwarcia Kongresu” w hali Widowiskowo-Sportowej „Spodek” w Katowicach, którą otworzył Prezes Zarządu Głównego PTG prof. Ryszard Poręba. W trakcie otwarcia głos zabrali również m. in.: Wicewojewoda Śląski, Prezydent m. Katowic Paweł Uszok, Prorektor Śląskiego Uniwersy-



*Katowicki „Spodek” – miejsce obrad Kongresu*

tetu Medycznego, dr Krystyna Grabowska – konsul honorowy RP w Zimbabwie, Prezes Światowego Związku Lekarzy Polonijnych i in. Odczytano także listy intencyjne, które na ręce Prezesa PTG prof. Ryszarda Porębę skierowały m. in.: Pani Prezydentowa RP Anna Komorowska (Patron Honorowy Kongresu) oraz Marszałek Sejmu RP Pani Ewa Kopacz.

W swoim wystąpieniu prof. Ryszard Poręba przedstawił osiągnięcia 3-letniej kadencji, do których zaliczył m. in. fakt, że miesięcznik „Ginekologia Polska” kierowany przez prof. Marka Spaczyńskiego dostał się do ekskluzywnego klubu czasopism naukowych znajdujących się na tzw. liście filadelfijskiej.

Szczególnie podniosłym momentem uroczystej „Gali” było wręczenie przez Wicewojewodę Śląskiego Krzyża Kawalerskiego Orderu Odrodzenia Polski Prezesowi PTG prof. Ryszardowi Porębie za aktywne jego uczestnictwo w pracach legislacyjnych, nadzorowaniu szkolenia podyplomowego lekarzy oraz za działalność organizacyjną i naukową.

Prof. Ryszard Poręba dokonał uroczystego powołania na „Członków Honorowych Polskiego Towarzystwa

Ginekologicznego” 33 ginekologów-położników (w tym 16 zagranicznych i 17 krajowych). W tej grupie znalazło się aż trzech przedstawicieli Opolszczyzny:

- **dr n. med. Wojciech Guzikowski**, wieloletni Prezes Opolskiego Oddziału PTG, Konsultant Wojewódzki w Dziedzinie Ginekologii i Położnictwa, wieloletni Dyrektor Instytutu Położnictwa Państwowej Medycznej Wyższej Szkoły Zawodowej w Opolu, Ordynator Oddziału Ginekologicznego w Opolu,
- **dr hab. n. med. Janusz Kubicki** wieloletni Sekretarz i Prezes Opolskiego Oddziału PTG, wieloletni Ordynator Oddziału Ginekologicznego i Położniczego w Opolu,
- **dr n. med. Norbert Krajczy** były Senator RP, Dyrektor ZOZ w Nysie, Ordynator Oddziału Ginekologiczno-Położniczego w Nysie.

Po wręczeniu tytułów „Honorowych Członków PTG” ustępujący Prezes prof. Ryszard Poręba przekazał łańcuch nowemu Prezesowi PTG. prof. Przemysławowi Oszukowskiemu Dyrektorowi Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi.

Uroczystą Galę Otwarcia Kongresu PTG zakończył wykład inauguracyjny światowej sławy nefrologa prof. Franciszka Kokota ze Śląskiego Uniwersytetu Medycznego pt.: „Droga naukowa pracownika akademickiego”, w którym niezwykle barwnie przedstawił swoje dociekania na drodze odkrywania tajemnic medycznych dotyczących:

- układu RAA (renina, angiotensyna, aldosteron) w etiopatogenezie choroby nadciśnieniowej,

- gospodarki wodno-elektrolitowej, co – we współpracy z prof. Ryszardem Porębą – zaowocowało wprowadzeniem w Polsce porodów w wodzie,
- gospodarki lipidowej.

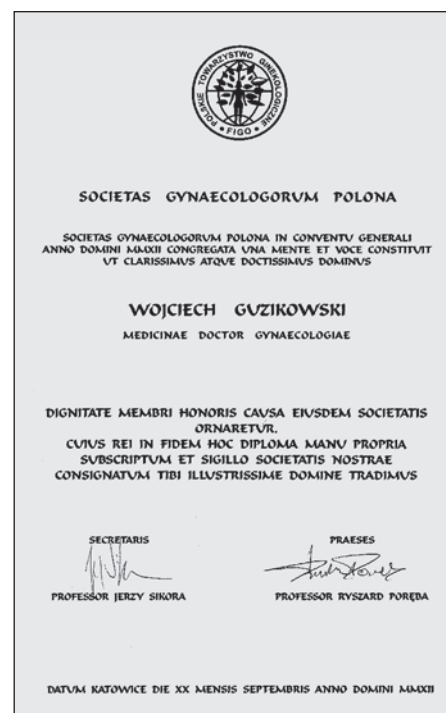
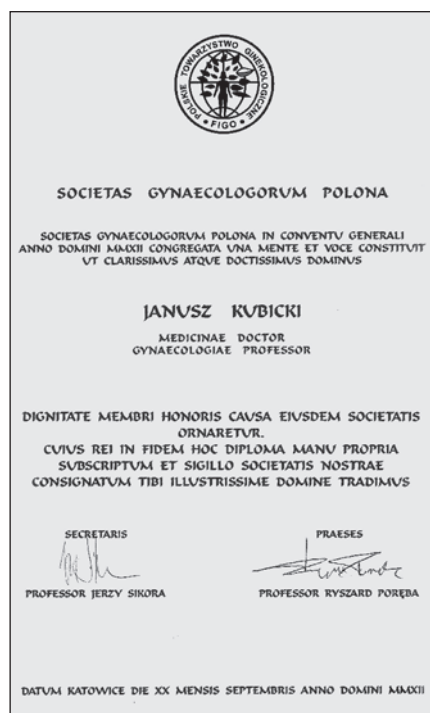
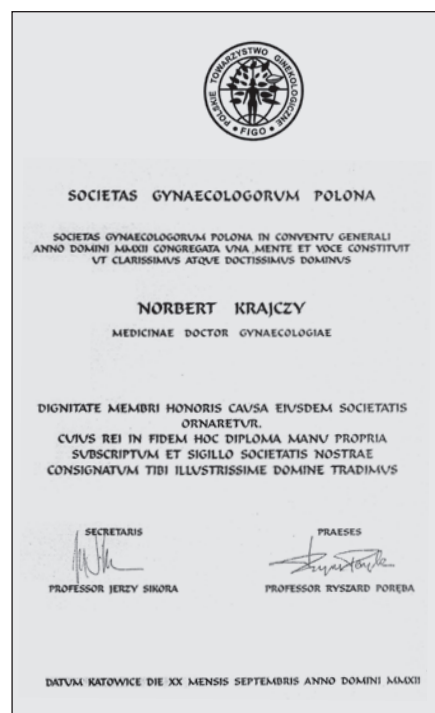
Ten autorski i niezwykle sugestywny wykład sędziwego prof. Franciszka Kokota spotkał się z wielkim uznaniem i aplauzem wszystkich słuchaczy.

Uroczystą „Galę” otwarcia Kongresu w katowickim „Spodku” uświetnił brawurowy występ zespołu „Śląsk”, który na długo pozostanie w pamięci uczestników.

**Wręczenie aż trzem ginekologom Opolszczyzny tytułów „Honorowego Członka PTG” należy uznać za szczególne wyróżnienie dla całego naszego nieakademickiego środowiska lekarskiego za działalność zmierzającą do zmniejszenia umieralności okołoporodowej (nota bene jest ona jedną z najmniejszych w Polsce). Podkreśla także nasze osiągnięcia w działalności medycznej, naukowej oraz w realizacji programów profilaktycznych: wczesnego wykrywania raka szyjki macicy i badań prenatalnych.**

Do tej pory spośród lekarzy naszego województwa tytuły „Honorowego Członka PTG” otrzymali prof. dr hab. n. med. **Stanisław Lembrych** wieloletni Prezes Oddziału Opolskiego PTG, wieloletni Ordynator i Konsultant Wojewódzki w Dziedzinie Położnictwa i Ginekologii oraz dr n. med. **Gracjan Burak** wieloletni Dyrektor Szpitala Miejskiego w Nysie i Ordynator Oddziału Ginekologiczno-Położniczego.

*Dr hab. n. med. Janusz KUBICKI*



*Dyplomy „nowych” „Honorowych Członków PTG”*



# CO TO SĄ TZW. „SUMY NEAPOLITAŃSKIE”, O KTÓRE UPOMINA SIĘ „RUCH PALIKOTA”

(vide Gazeta Wyborcza z dnia 17 sierpnia 2012 r.)



W tym celu musimy sięgnąć do naszej historii, a zwłaszcza czasów króla Zygmunta Starego (1467 – 1548), najmłodszego syna Kazimierza Jagiellończyka. Jego pierwsza, ukochana przez niego, żona Barbara Zapolya zmarła podczas drugiego porodu w roku 1515. Liczyła wówczas zaledwie 20 lat i pochowana jest na Wawelu.

Drugą jego żoną została księżniczka z Bari na południu Włoch – Bona Sforza Aragońska, urodzona 2 lutego 1494 r. Ślub i jej koronacja odbyły się na Wawelu 18 kwietnia 1518 r. Zygmunt miał wówczas 51 lat, jego żona 24 lata. W posagu Bona wniosła Zygmuntowi, m.in. włoszczyznę, zakładając w podkrakowskiej wsi



Łobzowie (obecnie centrum Krakowa przy ul. Królewskiej) słynne ogrody Bony. Również 9 miesięcy po ślubie – 18 stycznia 1519 r. – Bona urodziła córkę Izabelę, nazwaną tak na cześć swojej matki Izabeli Aragońskiej. 1 sierpnia 1520 r. Bona powiła „cud polskiego Domu Jagiellońców” syna, nazwanego na cześć ojca Zygmuntem i Augustem na oznaczenie miesiąca, w którym się urodził i wielkiego cesarza rzymskiego Oktawiana Augusta, ponieważ taką karierę polityczną Bona przewidywała dla swojego pierwotnego syna. Bona urodziła później jeszcze 3 córki: Zofię (1522), Annę (1523) – żonę Stefana Batorego i Katarzynę (1526).



Bona, po poronieniu kolejnego syna Olbrachta, bojąc się o sukcesję tronu, zmusiła swojego męża, aby 9-letniego pierwotnego syna Zygmunta Augusta koronować na króla polskiego w roku 1529. Od tego czasu ojcu nadano przydomek Starego. Bona zadbała równocześnie o edukację seksualną swojego syna, którą zajęła się jej 40-letnia dwórka niejaka Diana di Cordone. Nie tylko nauczyła ona niepełnoletniego Zygmunta Augusta tajników seksu, ale przekazała mu tzw. chorobę neapolitańską (epidemia podczas oblężenia Neapolu przez wojska francuskie), nazwaną później chorobą galijską, chorobą francuską, przymiotem dworskim, a wreszcie syfilisem. Choroba ta była powodem niepłodności Zygmunta Augusta i na nim

wygasła ponad 200-letnia potężna dynastia Jagiellońców, których krew płynie w żyłach większości panujących w Europie dworach królewskich dzięki 7 córkom króla Kazimierza Jagiellończyka.

Bona Sforza skonfliktowana ze swoim synem Zygmuntem Augustem (m.in. była przeciwna jego ślubowi z Barbarą Radziwiłłówną) w roku 1556 wyjechała z Polski do swojego rodzinnego księstwa Bari na południu Półwyspu Apenińskiego wywożąc ze swoich majątków na Mazowszu 24 wozy wyładowane złotem i kosztownościami (ponoć ważyły one 17 ton). Po przyjeździe do Bari udzieliła ona niebagatelnej pożyczki królowi Hiszpanii Filipowi II Habsburgowi (panował w latach 1556–98) w wysokości 430 tysięcy złotych dukatów na pomoc Hiszpanii w obronie Neapolu przed Francuzami. Filip II obiecał Bonie, że w razie zwycięstwa mianuje Bonę królową Neapolu. Były to tzw. „sumy neapolitańskie”. Filip II oddał Bonie zaledwie 10% pożyczki. Po przegranej batalii włoskiej wkrótce jego „Wielka Armada” pokonana została przez flotę angielskiej królowej Elżbiety I w kanale La Manche.

Tymczasem Bona została 19 listopada 1557 r. otruta przez swojego najwierniejszego sługę Wawrzyńca Pappacoda (*pappare* – żreć, *coda* – ogon), który okazał się agentem Habsburgów (vide serial Haliny Auderskiej pt. „Królowa Bona”). Tuż przed śmiercią Pappacoda podsunął Bonie testament, w którym głównym spadkobiercą uczynił króla hiszpańskiego Filipa II. Natomiast jej jedyny syn Zygmunt August i cztery córki zostały wydziedziczone. O spadek po królowej Bonie upomniał się wkrótce, ale bezskutecznie jej syn Zygmunt August oraz córka Katarzyna, żona króla Szwecji Jana III Wazy.



Wg oświadczenia MSZ ten historyczny dług jest nie do odzyskania, ponieważ Bona była tylko żoną króla Zygmunta Starego, a pieniądze pożyczyła Filipowi II jako osoba prywatna. Wreszcie wg Prawa Rzymskiego dług przedawnia się po 30 latach. Wg obliczeń finansistów tzw. „sumy neapolitańskie” to ponad 230 milionów złotych, ale nie ma żadnej podobnej na świecie sprawy, na którą prawnie można byłoby się powołać. Równie dobrze można byłoby wystąpić do obecnego króla szwedzkiego Karola XVI Gustawa o zwrot zagarniętych bogactw polskich podczas „popotu” szwedzkiego w XVII wieku.

Janusz KUBICKI  
PMWSZ w Opolu

# INFORMACJE DLA NASZYCH SENIORÓW

Komisja ds Lekarzy Emerytów i Rencistów zaprasza na **Spotkanie Opłatkowe** w dniu 12 grudnia br. o godz. 14, które odbędzie się w Klubie Lekarskim, przy ul. Grunwaldzkiej 23 w Opolu. Prosimy o zgłaszanie uczestnictwa w biurze OIL w Opolu, do dnia 7 grudnia br. pod telefonem 77/454-59-39.

\* \* \*

Jeden z ośrodków pomocy seniorom **Dom Dniemgo Pobytu „MALINKA”**, mieszczący się w Opolu przy ul. Piotrkowskiej 2 (w okolicy McDonalds'a - dojazd ul. Ozimską autobusem nr 14), tel. 77/459-81-03, oferuje seniorom – MIESZKAŃCOM OPOLA szereg możliwości, m. in.: gimnastykę, nordic walking, relaksację, naukę języków obcych, obiady oraz NAUKĘ OBSŁUGI KOMPUTERÓW.

Kurs komputerowy odbywa się 1 raz w tygodniu przez okres 3 miesięcy (aktualnie wrzesień-grudzień). W sali

znajduje się 6 stanowisk komputerowych, czyli 6 osób stanowi grupę ćwiczeniową, a są 3 grupy, czyli w sumie uczestniczy 18 osób. Zajęcia podstawowe (są także dla zaawansowanych!) odbywają się w godz. 13 – 14. Wobec ograniczonej liczby miejsc i dużego popytu zalecam ZAINTERESOWANYM jak najszybsze, osobiste zgłoszenie się do DDP, gdyż obowiązuje kolejność zgłoszeń. Nasza Izba nie może pośredniczyć w zapisach, ale prosimy o informacje o udanym zapisie.

Jednocześnie proponuję zainteresowanym spoza Opola – zwłaszcza z miast powiatowych – kontakty w miejscu zamieszkania, gdyż prawdopodobnie istnieją także możliwości „szkoleń komputerowych”, choćby w ramach Uniwersytetu III Wieku (w Nysie i Kędzierzynie-Koźlu na pewno).

*Przewodniczący Komisji ds Lekarzy Seniorów  
dr med. Tadeusz CHOWANIEC*

## CO PISZĄ INNI

## KIEDY UMIERA CZŁOWIEK?

Śmierć jest wpisana w życie każdego z nas. Dla ludzi głęboko wierzących stanowi epizod życia, dla pozostałych, oczywisty, moment jego końca. Dla rodziny zmarłego zazwyczaj jest tragedią i stwarza ogromny stres. Dla nas lekarzy zgon pacjenta, czasami spodziewany, a czasami nie, zawsze jest przeżyciem. Zgon każdego chorego powinien powodować chwilę zastanowienia – „czy był on nieunikniony, czy zrobiliśmy wszystko co należało, dlaczego nam się nie udało?”

Przez setki lat medycyna posługiwała się klasycznym kryterium śmierci. Śmierć oznaczała, że doszło do nieodwracalnego ustania krążenia krwi i czynności oddechowej. Rozpoznanie zgonu opierało się o stwierdzenie trwałej utraty przytomności, brak akcji oddechowej, ustanie krążenia, brak odruchów, ochłodzenie i zblednięcie powłok oraz rozszerzenie źrenic.

Rozwój anestezjologii i intensywnej terapii spowodował, że po zatrzymaniu krążenia i akcji oddechowej, czyli śmierci klinicznej w wyniku prawidłowo prowadzonej akcji resuscytacyjnej można je przywrócić. W powodzeniu zabiegów resuscytacyjnych decydującą rolę odgrywa ośrodkowy układ nerwowy. Skuteczna reanimacja ma miejsce wtedy, gdy po upływie pewnego czasu mózg podejmuje samodzielną pracę. Jest to możliwe tylko wtedy, gdy zabiegi resuscytacyjne podjęto i prawidłowo przeprowadzono w okresie pierwszych kilku minut po wystąpieniu śmierci klinicznej. Każdy lekarz,

który prowadził akcję resuscytacyjną doskonale jednak wie, że zaprzestaje się działania, gdy nie udaje się przywrócić czynności serca i/lub gdy pojawiają się objawy śmierci mózgu.

Jeżeli akcję tę prowadzono w sposób nieprawidłowy lub podjęto ją za późno, dochodzi do nieodwracalnego ustania czynności mózgu i do śmierci osobniczej, nawet wówczas, gdy udało się przywrócić czynność serca. Mamy wówczas sytuację, w której zachowane jest krążenie krwi (co powoduje, że podtrzymywana jest czynność nerek, wątroby i innych narządów), czynność oddechową zastępuje praca respiratora, ale doszło do nieodwracalnego ustania czynności mózgu.

Nieodwracalne ustanie czynności mózgu, śmierć osobnicza oznacza stan, z którego nie ma odwrotu. Po pewnym czasie dochodzi do śmierci biologicznej całego organizmu i pojawiają się znamiona śmierci. Śmierć jest zjawiskiem zdysocjowanym. Oznacza to, że poszczególne tkanki i narządy nie umierają w tym samym czasie. Ogarnia tkanki i układy w różnym czasie. Człowiek umiera jednak, gdy dochodzi do śmierci mózgu jako całości.

Rozpoznanie zgonu pacjenta jest obowiązkiem lekarza. Po rozpoznaniu zgonu pacjenta wypełniamy kartę zgonu, a władze administracyjne wystawiają akt zgonu, który pozwala na organizację pogrzebu. Kiedy zatem mamy prawo rozpoznać zgon pacjenta?



Kryteria rozpoznania zgonu muszą odpowiadać koncepcji śmierci. Osoby wierzące różnych wyznań są przekonane, że w następstwie zgonu dusza opuszcza ciało. Koncepcja jest przekonująca, ale ze zrozumiałych względów niemożliwe jest ustalenie jakichkolwiek kryteriów.

Zgon człowieka rozpoznajemy, gdy doszło do nieodwracalnego ustania krążenia i czynności oddechowej, lub gdy rozpoznajemy śmierć mózgu.

W 1968 r. na spotkaniu Światowego Stowarzyszenia Lekarzy (WMA) ogłoszono tzw. Deklarację z Sydney, czyli „Komunikat na temat śmierci”. W deklaracji tej zastąpiono „*śmierć na skutek ustania czynności serca*” „*śmiercią mózgową*”. W tym samym roku Nadzwyczajna Komisja Uniwersytetu Harvarda w Bostonie opracowała Definicję Śmierci Mózgowej. Stanowisko Komisji Harvardzkiej, w porozumieniu z Amerykańskim Stowarzyszeniem Lekarzy oraz Amerykańskim Stowarzyszeniem Adwokackim, utorowało drogę do prawnego uregulowania kwestii kryterium śmierci. W tym celu w 1980 r. powołano w USA Prezydencką Komisję ds. Studiów Problemów Etycznych w Medycynie oraz Badań Biomedycznych i Behawioralnych, która w Akcie Jednolitego Ustalania Śmierci (Uniform Determination of Death Act – UDDA) zaleciła stosowanie kryterium śmierci mózgu wszystkim stanom w Ameryce.

Definicja śmierci mózgowej, w której śmierć mózgu oznacza śmierć organizmu jako całości, została przyjęta przez większość krajów. Najszybciej, bo w marcu 1972 r., zalegalizowano ją w Finlandii. W Polsce wprowadzono ją 1 lipca 1984 r. Komunikatem Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej. Zmodyfikowano ją w niewielkim stopniu dwukrotnie – w roku 1994 i 1996. Obecnie obowiązujące wytyczne znalazły się w obwieszczeniu Ministra Zdrowia z dnia 17 lipca 2007 r.

Wysocy przedstawiciele prawie wszystkich religii świata zaakceptowali koncepcję śmierci mózgu jako śmierci człowieka.

Papieska Rada „Cor Unum” w 1981 r., powołując się na medyczny, społeczny i prawny stan związany z określeniem kryterium śmierci stwierdza: „*Wzrasta jednak zgoda co do tego, że za zmarłego należy uznać człowieka, u którego zostałby stwierdzony całkowity i nieodwracalny brak aktywności mózgu (śmierć mózgową)*”.

Papieska Akademia Nauk w „Deklaracji o sztucznym przedłużaniu życia i dokładnym ustaleniu momentu śmierci” z 21 października 1985 r. formułuje w tym względzie wyraźne stanowisko. „*Osobę uznaje się za zmarłą, gdy doznała nieodwracalnej utraty wszelkiej zdolności utrzymania czynności ustrojów integracyjnych i koordynacyjnych – tak fizycznych, jak i umysłowych. W czasie dyskusji stwierdzono, że śmierć mózgu jest prawdziwym kryterium śmierci, bowiem ostateczne ustanie czynności krążenia i oddychania prowadzi bardzo szybko do śmierci mózgowej*”.

Koncepcji śmierci mózgu towarzyszą ściśle określone kryteria. W rozpoznaniu zgonu nie może mieć miejsca na pomyłkę. W Polsce śmierć mózgu rozpoznaje komisja złożona z trzech lekarzy specjalistów, opierając się na bardzo precyzyjnie przedstawionych wytycznych, które opracował zespół powołany przez Ministra Zdrowia. Wytyczne opublikowane zostały w postaci Obwieszczenia Ministra Zdrowia, a zasady stosowania śmierci mózgu jako równoznacznej z rozpoznaniem zgonu, umieszczone w Ustawie o Pobieraniu, Przechowywaniu i Przeszczepianiu Komórek, Tkanek i Narządów (2009).

Być może dlatego, w percepcji środowiska lekarskiego w Polsce (i chyba nie tylko w Polsce) rozpoznanie śmierci mózgu dla rozpoznania zgonu pacjenta wykorzystywane jest prawie wyłącznie w przypadku, gdy dochodzi do zamiaru pobrania narządów w celu ich przeszczepienia. Liczba chorych, którzy umierają w oddziałach intensywnej terapii, neurologii i neurochirurgii w Polsce jest bardzo znaczna. W 2010 r. w Polsce, spośród 55.000 pacjentów leczonych w OIT zmarło 18.500 osób. Z danych opracowanych przez Komisję Europejską wiadomo, że u ponad 3.500 z tych pacjentów można było rozpoznać śmierć mózgu i zakończyć terapię, wypełnić kartę zgonu i przekazać zwłoki chorego rodzinie w celu pochówku. W Katalogu Świadczeń NFZ umieszczona jest procedura komisyjnego rozpoznania zgonu. W tym samym roku śmierć mózgu rozpoznano zaledwie u 550 pacjentów, u których rozważano pobranie narządów do przeszczepienia.

Zaprzestanie uporczywej terapii u pacjentów, u których wystąpiły objawy śmierci mózgu jest w pełni etyczne, zwiększyło by dostępność łóżek w oddziałach intensywnej terapii, a ponadto pozwoliło na zaoszczędzenie poważnej kwoty pieniędzy, które mogły by być wykorzystane na leczenie ciężko chorych.

Czy zatem mamy w Polsce sytuację, w której inaczej rozpoznaje się zgon pacjenta, od którego mają być pobrane narządy do przeszczepienia, a w odmienny sposób u pozostałych? Nie wydaje mi się, aby przyczyną takiego stanu rzeczy był brak wiedzy dotyczącej rozpoznawania śmierci mózgu. Przyczyn trzeba szukać gdzie indziej.

Jan Paweł II powiedział do uczestników Kongresu Światowego Towarzystwa Transplantologicznego w Rzymie w 2000 r.: „*W tym miejscu można orzec, że przyjęte w ostatnim okresie kryterium, na podstawie którego stwierdza się śmierć, a mianowicie całkowite i nieodwracalne ustanie wszelkiej aktywności mózgowej, jeśli jest rygorystycznie stosowane, nie wydaje się pozostawać w sprzeczności z istotnymi założeniami rzetelnej antropologii*”. Ksiądz Profesor Tadeusz Biesaga w artykule poświęconym etycznym aspektom transplantacji stwierdził: „*Powyższe stanowisko etyczne nie zamyka dalszej dyskusji, daje nam jednak pewność moralną, że przy obecnym stanie wiedzy nie popełniamy zła, stosu-*

*jąc obecne kryterium śmierci oraz wykorzystując je dla skutecznych form ratowania życia innym.”*

Byłoby dobrze, aby ten krótki artykuł rozpoczął dyskusję w środowisku lekarskim na temat rozpoznawania zgonu.

*Prof. dr hab. med. Wojciech Rowiński*

\* \* \*

## Na marginesie

Intensywna terapia jest dziedziną medycyny zajmującą się pacjentami w stanie bezpośredniego zagrożenia życia, niezależnie od przyczyny, która ten stan spowodowała. Zadaniem intensywnej terapii jest ustalenie przyczyn i stworzenie warunków do wyleczenia choroby zagrażającej życiu. Nie zawsze jest to możliwe. Zdarza się, że choroba, uraz czy inna przyczyna stanu krytycznego uniemożliwia wyleczenie pacjenta i bywa, że jedynym efektem intensywnego leczenia jest podtrzymywanie objawów życia w postaci akcji serca, wymiany gazowej i czynności metabolicznych.

Obecnie śmiertelność w Oddziałach Intensywnej Terapii kształtuje się na poziomie 30%. Rozpatrując śmierć jako niepomysłne zakończenie terapii należy uwzględnić jeszcze dwa inne aspekty w kategorii względnego sukcesu terapeutycznego – trwałą śpiączką u chorych z nieodwracalnie uszkodzonym ośrodkowym układem nerwowym w zakresie funkcji odpowiadających za kontakt z otoczeniem i samokontrolą oraz tak zwany stan zawieszenia, w którym wskutek licznych chorób nie jesteśmy w stanie uzyskać stabilnej poprawy pacjenta.

Pacjenci w najcięższym stanie, u których przyczyną ciężkiego stanu są przyczyny mózgowe (urazy, udary krwotoczne lub niedokrwienne, niedotlenienia czy infekcje) są grupą chorych szczególnie narażonych na nagłe pogorszenie stanu ogólnego i wystąpienia objawów bezpośredniego zagrożenia życia. U takich pacjentów niezwykle ważne jest monitorowanie funkcji życiowych i obserwacja odruchów i reakcji na bodźce zewnętrzne. Jest to możliwe przy pełnej współpracy profesjonalnego zespołu pielęgniarek z lekarzami anestezjologami pracującymi w oddziale intensywnej terapii. Często występują objawy poprzedzające kryzys, takie jak spadek lub wzrost ciśnienia tętniczego, przyspieszenie lub zwolnienie akcji serca, zanik reakcji na bodźce zewnętrzne i wiele innych. Obserwacja i analiza tych objawów przez doświadczony personel pozwala na reakcję terapeutyczną lub diagnostyczną w celu ustalenia przyczyny i stwierdzeniu czy jest na nią wpływ.

Przy intensywnym leczeniu pacjenta proces pogarszania się stanu jest najczęściej rozłożony w czasie. Niezwykle trudno jest ustalić precyzyjnie moment wystąpienia objawów sugerujących wzrost ciśnienia śródczaszkowego i obrzęku mózgu prowadzącego do zatrzymania krą-

żenia mózgowego. W takich przypadkach jeżeli pomimo leczenia stan chorego się nie zmienia, lekarz wysuwa podejrzenie śmierci mózgowej.

W Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii WCM w Opolu pacjentów obserwowanych w kierunku śmierci pnia mózgu mamy rocznie około 30. Obserwację podejmujemy bez względu na ewentualne czynności donacyjne w przyszłości. Wiąże się to z koniecznością ustalenia kierunku dalszej terapii. Wytyczne Ministra Zdrowia, które znalazły się w obwieszczeniu bardzo szczegółowo ustalają procedurę postępowania w przypadkach podejrzenia śmierci mózgu, pozwala to w oparciu o zgodne z prawem czynności na przeprowadzenie postępowania. W każdym przypadku informowany jest ordynator lub jego zastępca, którzy powołują zgodnie z procedurą komisję. W szpitalu jest również koordynator transplantacyjny, który bierze czynny udział w procedurze. Korzystając z jego doświadczenia możemy szkolić personel lekarski i pielęgniarski w zajmowaniu się tą grupą pacjentów.

Na każdym etapie procesu diagnostycznego dużą wagę przywiązujemy do szczegółowego informowania rodziny pacjenta. W czasie trwania procedury informacje zwykle wyjaśniają mechanizmy i przyczyny obecnego stanu pacjenta. Przedstawiamy również cel postępowania, jakim jest stwierdzenie śmierci mózgowej i zgonu pacjenta. Na tym etapie nie informujemy zwykle o możliwości donacji i pobraniu narządów. Rozmowę o pobraniu narządów przeprowadza się po orzeczeniu komisji. Za każdym razem konieczne jest indywidualne podejście do rodziny i bliskich pacjenta – dużą rolę na tym etapie odgrywa koordynator transplantacyjny.

Jak wcześniej podałem, rocznie obserwujemy około 30 pacjentów, u których podejrzewamy śmierć mózgową. Ze względu na fakt, że są to pacjenci niestabilni, w najcięższym stanie, komisję po badaniach nakazanych prawnie udaje się przeprowadzić u mniejszej liczby chorych. Zdarza się, że pacjenci umierają w czasie procedury stwierdzania śmierci mózgowej. Pacjentów zgłoszonych do Poltransplantu po komisyjnym stwierdzeniu śmierci mózgu mieliśmy w 2010 r. – 16, w 2011 r. – 25, a w 2012 r. – jak do tej pory – 16.

Diagnostykę śmierci mózgowej prowadzimy w celu ustalenia kierunku terapii. Stwierdzenie śmierci mózgowej jest jedynym stanem w Polsce, w którym możemy pacjenta odłączyć od aparatury podtrzymującej pracę serca i oddychanie. Śmierć mózgu jest równoznaczna ze stwierdzeniem zgonu.

Na świecie, w tym w USA, funkcjonuje prawnie dozwolona idea DNAR (Do Not Attempt Resuscitation) czyli nie podejmowania czynności resuscytacyjnych. Stan prawny takiej decyzji pacjenta jest respektowany przez lekarzy, którzy u takiego chorego podejmując czynności resuscytacyjne łamią prawo.



W Polsce jest to niedozwolone. Jedynie Kodeks Etyki Lekarskiej w artykule 32 zdejmuje z lekarza obowiązek podejmowania reanimacji i terapii uporczywej w stanach terminalnych. Również kościół katolicki przedstawia stanowisko, w którym „lekarz kiedy zdaje sobie sprawę, że nie może zapobiec śmierci pacjenta i że jedynym skutkiem intensywnej terapii byłoby zwiększanie cierpień winien uznać ograniczoność wiedzy medycznej i swo-

ich działań godząc się z nieuchronnością śmierci. Szacunek dla umierającego stanowczo nakazuje unikać form terapii uporczywej” (Deklaracja Końcowa V Zgromadzenia Ogólnego Papieskiej Akademii Pro Vita 24–27 lutego 1999 r.).

Lek. med. Maciej Gawor  
Ordynator Oddziału Anestezjologii  
i Intensywnej Terapii WCM w Opolu

## ŻYCIE DOMKNAĆ UMIEJĘTNIE

Rozmowa z ks. dr Janem KACZKOWSKIM, założycielem i dyrektorem puckiego Hospicjum im. Św. Ojca Pio, pomysłodawcą i współorganizatorem Areopagu Etycznego

**W.P.:** Zapytam przewrotnie — czy śmierci należy się bać?

**Ks. Jan Kaczkowski:** Należałoby robić wszystko, żeby się jej nie bać, czyli ją poznać od strony fenomenologicznej, od jej różnych wymiarów. Tutaj odeślę Państwa do artykułu, którego jestem autorem na Deonie (deon.pl, artykuł pt.: Jak umiera ciało? — przyp. red.). Musimy się tego nauczyć i nie przerażać. Wiadomo, że śmierć jest procesem wysoce złożonym. Jeżeli uświadomimy sobie, że zachodzi on w nas od momentu urodzenia, to znaczy, że umieranie się dzieje, ono się nie staje. Jest w nas dziś i jutro, jesteśmy cały czas w tym procesie. Musimy to zaakceptować. Choćby fakt, że jesteśmy tu w Pucku, w mieście, w którym rocznie umiera 450 osób. I kiedy tutaj siedzimy, też na pewno ktoś umiera, czy tu, czy w całej Polsce. I w tym momencie rodzi się pytanie: czy śmierć to tragedia, czy statystyka?

*Funkcjonuje taki cytat, bodajże Stalina...*

Tak, Stalina: „Śmierć jednostki to tragedia, śmierć milionów to statystyka”. My musimy zadać sobie konkretne pytanie: czy moja własna śmierć, bardzo konkretna, przecież gdzieś zapisana jest dokładna godzina, kiedy stanie moje serce, obumrze pień mózgu, czy mnie przeraża. A jeśli mnie przeraża, to dlaczego.

*Kiedy rozmawia Ksiądz ze swoimi pacjentami w hospicjum, to jaka myśl najczęściej nie daje im spokoju, „fiksuje” ich umysł?*

Często pytam: „Czy pan się boi?” i bardzo często słyszę odpowiedź: „Nie”. I to jest nieprawda. „Ale czy jest coś, czego pan się obawia?” „Tak, śmierci”. I tu jestem hardkorowcem, bo zadaję kolejne pytanie: „A czego pan się w tej śmierci najbardziej obawia?”. Właściwie mamy w sobie taki odruch, by powiedzieć „Pan się nie boi, ona nie przyjdzie”. Bardziej chodzi tu o przetwarzanie lęków na konkretne strachy: boję się bólu, boję

się tego, że nie będę sobą, że stracę autonomię, boję się Boga, boję się nicości.

*Czyli bardziej taki pierwotny lęk?*

Tak, my tę perspektywę, hm... „My”, to znaczy Pan ma odsuniętą o ileś lat, ale gdyby miał Pan ją odsuniętą o 10 miesięcy?

*Właściwie to miało być kolejne pytanie. Kiedy człowiek dowiaduje się, że już mu naprawdę niewiele czasu zostało, to częściej traktuje to jako wyrok, czy też jako moment uporządkowania własnych spraw?*

Ja jestem właśnie w takiej sytuacji. Trzy dni temu taką wiadomość otrzymałem. I nie wiem. Nie mam skali porównawczej. Po raz pierwszy znalazłem się w takiej sytuacji. Sam ze sobą. Trudno mi o tym mówić, bo to jeszcze nieuporządkowane...

*Księżu Janie, żyjemy coraz dłużej. Ceną, jaką musimy za to zapłacić, jest próba zmierzenia się dylematami, z których wcześniej nie zdawaliśmy sobie sprawy. Jak na przykład postrzegać tzw. godne umieranie? Czy w ogóle można godnie umierać?*

Myślę, że tak. Wszystko można robić godnie lub niegodnie. Godność pochodzi od wyrazu „zgoda”. Jeżeli mamy w sobie tę zgodę, jesteśmy kompatybilni, zgodni z własnym sumieniem — tą conscientią — wiedzą wewnętrzną, jeżeli mamy w sobie tę zgodę na odejście, zgodę na śmierć, to da się to zrobić godnie. Ja chciałbym zrobić to szybko i godnie. Miałem kiedyś takiego ucznia, który powiedział mi: „Ja już się nie modłę o zdrowie. Ja już się modłę, by było to szybko i godnie”. I ja powtórzę dziś jego słowa. Jakichś szaleńczych planów nie robię, ale chciałbym jak najdłużej żyć w dobrej kondycji i żeby ten okres pogarszania był krótki, świadomy. A jeśli miałby nie być świadomy, to żeby była stosowana sedacja. Na to się zgodzę. Jeśli mam być takie „lelum polelum”, ciągle się wybudzać, mieć obrzęk mózgu, to lepiej mnie zsedować i poczekać, aż odejdę.

*Księżu, a co z uporczywą terapią?*  
Zdecydowanie jesteśmy przeciwni.

*A pacjenci?*

Pacjenci nie chcą. To często rodziny chcą. Im bardziej poranione relacje między rodzinami, tym gorsza komunikacja między nimi. Tym trudniejsza zgoda między rodziną a pacjentem na jego odejście. To jest problem, jeśli rodzina, wbrew woli chorego, nastaje na personel medyczny i na pacjenta, by ten żył za wszelką cenę. Pacjenci często powtarzają: „Powiedzcie im, że ja nie umieram im na złość. Ja naprawdę nie umieram na złość ani rodzicom, ani rodzeństwu, ani sobie. Ani też na złość nie choruję”. Pamiętam, że to była jedna z najtrudniejszych moich rozmów. Rodzina wmuszała pacjentce jedzenie — musisz jeść, by mieć siłę na kolejną chemię. Ona już nie chciała. Prosiła mnie, żebym do nich zszedł i powiedział im, że ona im na złość nie umiera. Żeby w końcu dali jej spokój. Oni byli bardzo źli na mnie za tę informację, ale to nie była moja informacja, tylko pacjentki.

*To jest taka sytuacja, gdzie te wszystkie relacje wychodzą na światło dzienne...*

Im bardziej te relacje są skomplikowane, poranione, tym bardziej one wychodzą, kiedy są napięcia. Wtedy są jakieś sceny, często teatralne. My na nie mówimy „sko-ki na zwłoki”. Im więcej teatralności, tym więcej pustki. To jest trochę tak, jak na ślubach — im więcej koni, im więcej skrzypaczek, tym bardziej puste to jest.

*Założę, pewnie trochę na wyrost, że większość pacjentów hospicyjnych jest już pogodzonych z myślą o śmierci.*

To różnie bywa. Cały czas przybywają pacjenci, którzy nie wiedzą o pierwotnym rozpoznaniu. Nie wiedzą, bo zostało im to źle przekazane, bo wypierają. Albo nie zostało im to w ogóle podane — takie przypadki również się zdarzają.

*Kodeks Etyki Lekarskiej sugeruje...*

Jestem bardzo ostrożny, jeśli chodzi o przywilej terapeutyczny. Bardzo ostrożny. To naprawdę musiałaby być wyjątkowa sytuacja. I gdzie znaleźć pewność, że ta informacja rzeczywiście pogorszyłaby stan pacjenta? Jak mamy wgląd w jego psychikę, duszę? Chyba, że do dyspozycji są jakieś inne opinie psychiatryczne, z wcześniejszych wywiadów wiadomo, że takie wiadomości pogarszały znacząco jego stan. Ale ja nie życzę sobie stosowania wobec mnie przywileju terapeutycznego.

*Czyli mówić?*

Mówić. Zawsze i wszystko.

*Całą prawdę od razu?*

Tak. Oczywiście, można stopniować, ale mówić, mówić, mówić.

*Ile czasu potrzebują pacjenci, by przejść ze stanu walki, zaprzeczania, odrzucenia do zgody z tym, co już nieuniknione? Rozumiem, że tutaj dużą rolę odgrywają indywidualne predyspozycje do radzenia sobie ze stresującą sytuacją.*

To zależy od rozpoznania. Inaczej jest w przypadku nieoperacyjnego raka głowy trzustki, inaczej w przypadku raka płuc czy rozwijającego się już od lat raka gruczołu krokowego z przerzutami do kości, a jeszcze inaczej, gdy mówimy o nowotworach łagodnych, kiedy taki chory ma czas. I tu pojawia się kolejny dylemat. Czy takiej młodej osobie z rakiem głowy trzustki podawać chemię, czy nie? Ja jestem przeciwny. Moi koledzy z hospicjum zresztą również. Można tę trzustkę inaczej pobudzić, np.: dietą, i wydobyć z niej tyle, ile się da.

*Księżu Janie, wracając jeszcze do godnego umierania: czy chodzi o godne przeżycie ostatnich chwil, czy o sam moment śmierci?*

I jedno i drugie. Skupiłbym się na tym pierwszym. Te ostatnie chwile też są ważne. Ten moment „tąpnięcia”. Chodzi o zorganizowanie śmierci pod kątem „technicznym”, by było to godne. W ciszy, w otoczeniu rodziny, bez hałasu. By wszyscy siedzieli na jednym poziomie, by mogli chwycić się za ręce. By był ksiądz, modlitwa. By był taki moment, by wszyscy sobie wybaczyli, powiedzieli temu umierającemu „nie mam nic przeciw Tobie, możesz iść spokojnie. By w tę rękę włożyli rękę Pana Boga, jeśli są wierzący. Lub odepchnęli łódkę na drugi brzeg. Często prowadzę tego typu modlitwy, dlatego staram się być przy każdym zgonie. I oni czują się bezpieczni, i ja czuję się bezpieczny.

*W dzisiejszym kulcie młodości śmierć została zepchnięta w kąt. Umiera się gdzieś po cichu, za parawanem, w kącie wieloosobowej szpitalnej sali, często nie wiadomo nawet, kiedy.*

To prawda. U nas jest ta organizacja śmierci. Jest gromnica, modlitwa, są szeptem wypowiedzane słowa pełne czułości, miłości, zgody na odejście. To stwarza niepowtarzalny klimat. I to jest właśnie godne. Teraz, kiedy od 5 dni mieszkam w hospicjum, odeszły 2 osoby i odeszły godnie.

*Rozumiem, że to też ważne dla rodziny, by potem łatwiej przeżyć traumę.*

Pamiętajcie Państwo, że kiedy jesteśmy przy śmierci kogoś najbliższego, to pamiętamy każdy szczegół. Pamiętamy, jak lekarz był ubrany, jakie miał buty, jakiego koloru miał krawat. Pamiętamy przez lata. I lekarze muszą na to zwrócić uwagę. Czy się spieszyć, czy nie. Jak spiesząc się, pokazać, że się nie spieszy?

*Właśnie, jak...?*



To się nazywa „czas głęboki” Mam 5 minut, ale to jest 5 minut wyłącznie dla tego człowieka i w tym czasie nie robię nic innego. To jest trudne. Minuta może być spaprana, z rozdygotaną głową, wypisywaniem aktu zgonu, odbieraniem telefonu. Ale też może być to minuta przeżyta przez podanie ręki. Minuta to już bardzo długo. Często ta minuta przy łóżku jest ważniejsza niż minuta innych technicznych rzeczy do wykonania. Ale do tego trzeba mieć odwagę, wykazać rodzaj ekshibicjonizmu duchowego. Lekarz musi mieć odwagę, by pokazać siebie. Oczywiście, zawsze trzeba uważać na to, by się nie poranić. Idąc w ten zawód, nie staje się technikiem, trzeba godzić się na to, by pokazać kawałek siebie.

*Księżo Janie, nie ćwiczymy tego na studiach, a jest to ważna umiejętność. Mianowicie, jak przekazać rodzinie w sposób jednoznaczny, aczkolwiek taktowny, że pacjent umarł? Mam tutaj na myśli dwie sytuacje: kiedy pacjent przewlekłe chorował i kiedy umarł nagle.*

Właściwie to jedno i to samo. To, że rodzina pogodziła się z chorobą pacjenta, nie oznacza, że pogodziła się z jego zgonem. Ta osoba żyje, wszyscy wiedzą o jej chorobie, ale kiedy umrze, jest to taki szok, jakby zginęła w wypadku. Jak przekazać? Dla mnie to są oczywiste sprawy. Często je powtarzałem. Przede wszystkim: nie na korytarzu, nie w biegu, usiąść, pilnować, by siedzieć na jednym poziomie. Mówić prostym językiem, dużo tłumaczyć i opowiadać. Zwrócić uwagę, czy ktoś chce, by go dotknąć, czy nie życzy sobie tego. Jeśli nie jesteśmy zbyt wierzący, nie wdawałbym się w teologiczne rozważania. Trzeba pilnować również swojej autonomii.

*A jeśli ktoś umiera nagle, a rodzina czeka przed salą operacyjną?*

To jest szok. Trzeba pamiętać, że ludzie w traumie nie odczytują najprostszych znaków. Wszyscy wiemy, że kiedy na salę biegnie zespół reanimacyjny, oznacza to, że dzieje się coś złego. Jeśli zaraz za nimi biegnie ksiądz, to tym bardziej dzieje się coś złego. Rodzina zwykle nie czyta takich przekazów i po wszystkim mogą zapytać lekarza, co z ich krewnym. I wtedy nie da się odpowiedzieć tak zupełnie łagodnie, inaczej mówiąc trzeba coś z siebie wykrztusić. Pamiętam taką sytuację, miałem przekazać rodzinie właśnie taką wiadomość. Idę więc do nich na drugi koniec korytarza i myślę sobie, że im dłużej ja będę szedł, tym dłużej oni będą mieli nadzieję.

*Księżo Janie, a jakie są różnice w przekazywaniu informacji dotyczącej śmierci kogoś starszego a dziecka?*

To trudne pytanie. Oczywiście takie różnice istnieją, ale to już na inny osobny wywiad. Ogólnie to odwrócenie naturalnego cyklu, bo dzieci nie powinny umierać przed rodzicami. Ja nie jestem rodzicem, nigdy nim nie byłem i nie będę. I nie wiem, co czują moja mama i ta-

ta, kiedy dowiadują się, że jestem ciężko chory. Podejrzewam, że jest źle. Jest takie stare powiedzenie: stary człowiek musi umrzeć, młody — może. Ono jest brutalne, ale prawdziwe. Z dziećmi jest zupełnie inaczej. To inne choroby, inne aspekty.

*Jak długo pracuje Ksiądz w opiece hospicyjnej?*

Przez 10 lat byłem kapłanem w szpitalu i teraz 7. rok jestem tu, w hospicjum. Najpierw domowym, a teraz 3. rok — w stacjonarnym.

*Udało się Księdzu nabrać takiego zdrowego dystansu?*

Inaczej bym nie żył

*A mimo to pewnie ciągle są sytuacje, które zaskakują?*

Tak, dopóki żyjemy, zawsze coś nas zaskoczy.

*Łatwiej rozmawiać o sprawach ostatecznych z osobami starszymi czy młodszymi?*

Nie ma reguły. Są 80-, 90-latkowie, którzy kurczowo trzymają się życia i robią to w sposób niegodny, i są 30-latkowie, którzy umiejętnie to życie zamykają i odchodzą z klasą.

*Można się nauczyć umiejętnie domykać życie?*

Nie wiem, zobaczymy...

*Rozmawiał: Wojciech PĄCZEK*

**Ks. dr Jan KACZKOWSKI**, dyrektor puckiego hospicjum im. Św. O. Pio urodził się w 1977 r. w Gdyni. Dzieciństwo spędził w Sopocie. Po maturze wstąpił do Gdańskiego Seminarium Duchownego w Oliwie, które ukończył w 2002 r., otrzymując święcenia kapłańskie i broniąc tytułu magistra nauk teologicznych. Swoją posługę kapłańską rozpoczął jako wikariusz w parafii w Pucku. Pracował również jako kapłan Domu Pomocy Społecznej w Pucku, natomiast teraz jest kapłanem Szpitala Powiatowego w Pucku. W jego życiorysie znalazła się praca dydaktyczna i naukowa: jest katechetą w ZSP w Rzucewie a od 2010 r. wykładowcą Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu. W 2007 r. Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego nadał mu tytuł doktora po obronie pracy „Godność człowieka umierającego a pomoc osobie w stanie terminalnym”. W 2008 r. ukończył podyplomowe studium z zakresu bioetyki. Początek „przygody” z hospicjum datuje na 2004 rok, kiedy to z grupą inicjatywną założył Puckie Hospicjum Domowe, które od 3 lat funkcjonuje jako hospicjum stacjonarne. Tematyka opieki paliatywnej ma dla niego wyjątkowe, wręcz osobiste znaczenie. Kilka lat temu wykryto u niego raka nerki. To była dla niego zwycięska bitwa, która tylko wzmocniła jego wytrwałość i upór w ulepszaniu opieki hospicyjnej. Dziś podejmuje bój o życie po raz kolejny. I choć przeciwnik trudniejszy, a lekarze nie są w stanie już mu nic zaoferować, on idzie, walczy dalej...

*W.P.*

(przedruk z „Pomorskiego Magazynu Medycznego” nr 10/12)

# PRAWDA O NASZYM SYSTEMIE OCHRONY ZDROWIA

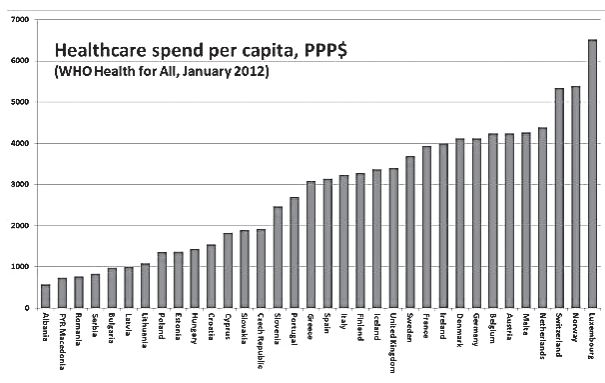
Od dawna jesteśmy niezadowoleni z naszego systemu ochrony zdrowia. Jak to zwykle bywa, pomysłów na uzdrowienie jest bez liku. Każdy ma coś do powiedzenia. Prawie wszystkie te świetne pomysły dyktowane są emocjami, potrzebą chwili i medialną popularnością.

Śledzę z uwagą media i nie zdarzyło się jeszcze, żeby ktokolwiek poparł swoją wypowiedź rzetelnymi liczbami. To ma zresztą bardzo mocne psychologiczne uzasadnienie. Po co małych niepokoić. Emocje są bardziej atrakcyjne, a walcząca z rakiem samotna matka czwórki małych dzieci tak świetnie się sprzedaje w mediach. A jak chcemy mieć argument w drugą stronę, to pokazujemy miłego pana, który w głośnych słowach chwali jakość pracy i efektywność naszych lekarzy, którzy właśnie wszczepili mu nowe serce. A w ogóle zawały to leczymy najlepiej na świecie i wyniki mamy jak Amerykanie ze Szwajcarami i Bóg wie z kim jeszcze razem wzięci. Tylko co to ma do efektywności naszego systemu ochrony zdrowia?

## Euro Health Consumer Index 2012

Ostatnio Unia Europejska opublikowała bardzo ciekawy raport o stanie ochrony zdrowia w poszczególnych krajach. Publikacja nosi tytuł: „Euro Health Consumer Index 2012” i jest dostępna pod tym adresem: <http://www.health-powerhouse.com/files/Report-EHCI-2012.pdf>. Analiza tego raportu przynosi szereg ciekawych i gorzkich przemyśleń, jakkolwiek salonowe media skomentowały raport, że jest świetnie, a może i fantastycznie, bo zawały leczymy wzorowo! Hurra, brawo nasi! A teraz spójrzmy na fakty.

W ocenie raportu zajmujemy 27. miejsce i z dumą możemy stwierdzić, że wyprzedzamy: Serbię, Bułgarię, Rumunię, Łotwę, Macedonię i Albanię. Węgry są oceniane tak samo jak Polska. Pozostałe kraje europejskie wyprzedzają nas. Czyli lepiej leczą na Litwie, w Portugalii, w kryzysowej Grecji czy Hiszpanii, Chorwacji, Cyprze itd. Nie mówiąc o czołówce Europy. No cóż, nasza przewaga nad Albanią robi wrażenie! Kolejną ciekawą informacją są wydatki na ochronę zdrowia. Przy czym, porównując kraje, zrównano siłę nabywczą pieniądza. Porównanie i naszą pozycję pokazuje wykres powyżej. Wynika z niego, że na każdego mieszkańca wydajemy 3 razy mniej niż np. Francja czy Niem-



cy. W bezwzględnych liczbach wychodzi to jeszcze gorzej. W Polsce na jednego mieszkańca wydajemy ok. 350–370 euro rocznie, a we Francji 3.500 euro (10 razy tyle!!!). Może by jednak zwiększyć dopływ pieniądza do systemu ochrony zdrowia i przestać dalej wierzyć w cuda?

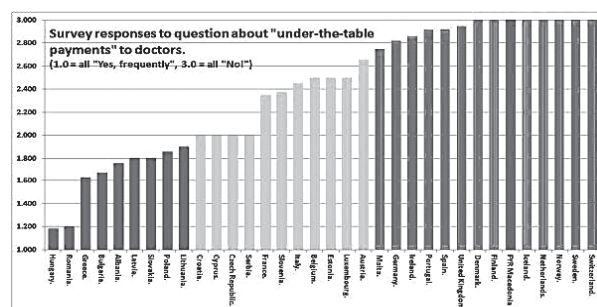
Kolejny wykres nie zdziwi nas tak bardzo, choć może oczekiwaliśmy poprawy. Na wykresie przedstawiono, jak często płacimy „pod stołem”, „dajemy w łapę”, „wyrażamy naszą wdzięczność” itp. Polska prezentuje się tu w grupie krajów o najwyższej korupcji – prawie zawsze płacimy. Oczywiście znowu mamy się czym pochwalić, bo Albania, Rumunia i inne kraje są za nami.

## Prawdziwe ubezpieczenia zdrowotne

Ale może zamiast narzekania spójrzmy na ten wykres z innej strony. Proszę potraktować go, jako wyraz skłonności obywateli do ponoszenia dodatkowych kosztów w zamian za lepszą, dostępniejszą opiekę zdrowotną. Tu warto zauważyć, że grupa państw z niskimi wydatkami na ochronę zdrowia pokrywa się z krajami, w których płaci się „pod stołem”. Oznacza to, że jest publiczne przyzwolenie i zrozumienie konieczności większych opłat za ochronę zdrowia. Trzeba tylko ten niekontrolowany strumień pieniądza skierować w kanały oficjalnych ubezpieczeń zdrowotnych. Z tym, że muszą to być realne ubezpieczenia, gdzie podmiotem jest pacjent, który decyduje o kwocie ubezpieczenia i kierunku jej wydawania. Ściąganie kolejnych kwot z rynku przez agendy rządowe z prawem do niekontrolowanego wydawania nie wchodzi w grę. Nikt się na to nie zgodzi. Mówiąc krótko, zamieńmy dzisiejszą „wolną amerykankę” na normalny system ubezpieczeniowy. Nie chcę tu wchodzić w szczegóły takiego rozwiązania, które pozostawia bieżący podatek/składkę zdrowotną, którą płacimy do NFZ, ale wprowadza możliwość dodatkowych indywidualnych ubezpieczeń. Zainteresowanych odsyłam do artykułu „Kto się boi 50 zł?” który można znaleźć pod adresem: <http://www.sga.waw.pl/web/aktualnoci-artykuly-50-aktualnoci/194-kto-sie-boi-50zl>.

## Potencjał rynku szpitalnego

Na koniec spójrzmy na tabelę pokazującą potencjał naszego rynku szpitalnego. Liczby zaokrągliłem, żeby łatwiej było je analizować.





Przedmiot	Kwota (zł)	Uwagi
Kontrakt z NFZ	30.000 mln	7 mln hospitalizacji
Nadwykonania	1.500 mln	5% kontraktu z NFZ
Błędy rozliczeń	150 mln	0,5% kontraktu
Kolejka oczekujących	1.400 mln	350–400 tys. osób
Potencjał szpitali	5.000 mln	Powyżej kontraktu z NFZ
Nadmiar potencjału szpitali	2.100 mln	Odjęto nadwykonania i oczekujących – to ok. 30–40 szpitali
Wprowadzenie dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych dla zatrudnionych	10.000 mln	50 zł miesięcznie dla zatrudnionego (16,7 mln). Finansowanie dla ok. 2,5 mln hospitalizacji

NFZ wydaje rocznie 30 mld zł na szpitale. Z czego maruje się ok. 3 mld, ponieważ szpitale pracują przy niepełnym obłożeniu, ponosząc koszty wszystkich łóżek i zasobów, w tym etatów „pokrywających” wszystkie łóżka – te niewykorzystane też! W ten sposób ukrywa się bezrobocie w ochronie zdrowia. To bezrobocie nie jest skutkiem braku pracy, a wynikiem sztucznego blokowania dopływu pieniądza i zakazu leczenia poza kontraktem z NFZ. Szpitale zakończą rok z nadwykonaniami na sumę ok. 1,5 mld zł. Mając niewykorzystany potencjał, muszą leczyć za darmo, bo prawo je do tego zmusza, nie wskazując źródła finansowania tych usług. To jest wadliwe prawo.

Skomplikowany system rozliczeń z NFZ powoduje, że szpitale tracą z powodu błędów w kodowaniach ponad 0,5% wartości kontraktów. To jest ok. 150–180 mln zł. Ta suma to roczny budżet dwóch dużych szpitali. Czyli, gdyby szpitale rozliczały się bezbłędnie, to NFZ nie miałby pieniędzy na dwa duże szpitale i trzeba by je było zamknąć. Zgodnie z najświeższymi publikacjami NFZ, kolejka oczekujących to 350–400.000 osób, a wartość ich świadczeń to ok. 1,4 mld zł. Czy szpitale są w stanie obsłużyć tę kolejkę? Tak, i to z nadmiarem. Potencjał produkcji zdrowia naszych szpitali szacujemy na ok. 35 mld zł, czyli o 5 mld powyżej wydatków NFZ na szpitalnictwo.

Oczekiwanie rynku to: nadwykonania (1,5 mld zł) + kolejka oczekujących (1,4 mld zł) = 2,9 mld zł

Nadmiar potencjału: potencjał nie objęty kontraktem z NFZ (5 mld zł) – oczekiwanie (2,9 mld zł) = 2,1 mld zł.

Szpitale mają nadmiar mocy produkcyjnych w wysokości 2,1 mld zł. To równowartość rocznego budżetu 30–40 dużych szpitali. Do tego trzeba dodać jeszcze 2 szpitale „podarowane” w błędach rozliczeń z NFZ. W sumie, jeśli nie zmienimy zasad funkcjonowania naszego systemu opieki zdrowotnej, trzeba będzie zamknąć 2–3 duże szpitale w każdym województwie!

## Co robić?

Ostatni wiersz w tabeli opisującej potencjał rynku szpitalnego pokazuje alternatywny scenariusz. Wprowadzając realne ubezpieczenia zdrowotne dla pracujących, z wręcz symboliczną składką w wysokości 50 zł miesięcznie, uzyskujemy blisko 10 mld zł rocznie na dodatkowe usługi zdrowotne. Co więcej, ta kwota znacząco przekracza oczekiwania rynku szpitalnego (2,9 mld zł) i może być spożytkowana w innych obszarach opieki zdrowotnej.

Aktualna sytuacja w ochronie zdrowia, z nadmiarem szpitali, permanentnym zadłużeniem i koniecznością ban-

kructwa szeregu jednostek, jest szkodliwa dla wszystkich. Pacjenci potrzebują szerszej i lepszej opieki, a państwo nie ma prawa marnować potencjału istniejących placówek. Państwo nie ma również prawa blokować dostępu do nich obywatelom i sztucznie ograniczać wartość rynku zdrowia. Podane liczby jednoznacznie pokazują, że rozwiązanie jest proste i nie wymaga dużych pieniędzy od obywateli. Wprowadzenie indywidualnych ubezpieczeń zdrowotnych odwróci dzisiejszy trend i postawi system opieki zdrowotnej z powrotem na nogi. Choć zastanawiam się, kiedy ostatnio stał on na nogach i nie było to za mojego życia.

Sytuacja dla szpitali jest bardzo trudna. Dzisiaj wielka presja na oszczędności, cięcia czy wręcz zamykanie. A z chwilą wejścia ubezpieczeń „wodospad” pieniędzy, które będą dostępne jedynie dla nowoczesnych, dobrze wyposażonych, doinwestowanych, dobrze zarządzanych jednostek.

Zdekaptalizowane, pozbawione nowoczesnego sprzętu, wygód, dobrego personelu szpitale nie będą miały dostępu do pieniędzy z ubezpieczeń. Bowiem te pieniądze będą po raz pierwszy wydawane pod dyktando pacjentów, a ci będą wiedzieli, gdzie chcą się leczyć. Dlatego pytanie nie brzmi, jak ciąć koszty, a jak przygotować się i przetrwać na nadchodzącym konkurencyjnym rynku?

Odpowiedź jest i trudna i prosta. Jak najszybciej zmierzyć się z wolnym rynkiem. Traktować prowadzenie szpitala i świadczenie usług zdrowotnych jak business oparty na twardych zasadach ekonomii. Uczyć się efektywnego zarządzania i planowania. Zakończyć lub zredukować wszelkie nierentowne działania. Domagać się od naszych władz otwarcia rynku ubezpieczeń i pozwolić pacjentowi decydować o wyborze lekarza i placówki.

Ani szpital ani lekarz nie odpowiadają za zdrowie populacji, a jedynie za jak najlepsze leczenie swoich pacjentów. Za zdrowie populacji odpowiadają powołane do tego władze, mające do tego odpowiednie środki i siłę decyzyjną. Lekarze mają skupić się na doskonaleniu swoich usług i podnoszeniu efektywności ich świadczenia.

Czy to oznacza, że Judym to już przeżytek, że medycyna straciła ducha? Zdecydowanie nie, ale Judym bez zaplecza niewiele może. Bez tomografów, rezonansów, nowoczesnych sal operacyjnych i fantastycznych leków nikomu nie pomoże, bo nie będzie miał jak. Filantropia i ofiarność w medycynie, jeśli ma mieć sens i wartość, musi mieć solidne oparcie w efektywnie prowadzonych medycznych przedsięwzięciach.

Marek WESOŁOWSKI

Marek.Wesolowski@sga.waw.pl

(przedruk z „Medicusa” nr 10/12)

## NEVERENDING STORY

*„Resort zdrowia zapowiada, że projekt ustawy o dodatkowych ubezpieczeniach zdrowotnych pojawi się równocześnie z projektem przepisów, które przesądzą o likwidacji czy podziale Narodowego Funduszu Zdrowia lub jego zachowaniu, przy wprowadzeniu prywatnych konkurentów. Powinny one być ze sobą powiązane”.*

Taki komunikat ukazał się w połowie marca br. Ministerstwo Zdrowia przypomniało o sprawie, która powraca od początku reformowania ochrony zdrowia w Polsce, a więc praktycznie od 20 lat. Mylący jest zwrot „projekt ustawy pojawi się”, ponieważ minął dokładnie rok od przekazania przez minister Kopacz do konsultacji międzyresortowych i społecznych projektu „Ustawy o dobrowolnych dodatkowych ubezpieczeniach zdrowotnych oraz nadzorze nad ubezpieczeniami zdrowotnym”. Przepisy przygotowane przez MZ określają ogólne warunki funkcjonowania dodatkowych ubezpieczeń oraz mechanizmy mające gwarantować dostępność do świadczeń dla osób, które nie będą z nich korzystały. Szczegóły funkcjonowania ubezpieczeń mają przedstawiać firmy oferujące polisy. Jak wiadomo, diabeł tkwi właśnie w szczegółach, tylko że te „szczegóły” to: cena, zakres świadczeń, dostępność specjalistów oraz sprzętu. Projekt przewiduje możliwość odliczenia od podstawy podatku dochodowego wydatków na zapłatę składki na dodatkowe ubezpieczenie zdrowotne.

Czym są dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne? Definicja Komisji Europejskiej wyróżnia trzy typy dobrowolnych ubezpieczeń chorobowych:

- **substytucyjne (relacja „zamiast”)**, gdy można zrezygnować z bazowego zabezpieczenia chorobowego, najczęściej pod warunkiem posiadania dostatecznie wysokich dochodów, ale istnieje wówczas obowiązek wykupienia ubezpieczenia substytucyjnego, zapewniającego co najmniej taki sam standard zabezpieczenia, jak w systemie bazowym; ubezpieczenie dodatkowe w ten sposób daje de facto możliwość podniesienia standardu ochrony w stosunku do tego zapewnianego przez system bazowy.
- **komplementarne (relacja „ponad”)**, gdy ubezpieczenie ma na celu podwyższenie standardowego zakresu ochrony zapewnianej w ramach bazowego zabezpieczenia zdrowotnego, np. ubezpieczenie kosztów specjalistycznych procedur, ubezpieczenie konieczności dopłat do świadczeń zdrowotnych czy ubezpieczenie pokrycia pełnych opłat za świadczenia nie objęte systemem bazowym.
- **suplementarne (relacja „obok”)**, gdy ubezpieczenie stanowi podwyższenie standardowego zakresu ochrony, ale bez możliwości rezygnacji z uczestnictwa w tym systemie; ubezpieczenia takie określa

się jako „podwójna ochrona”. W praktyce oznacza to, że płacić trzeba na publiczną ochronę zdrowia, mimo że się z niej nie korzysta.

W projekcie ustawy przedstawionej przez minister Kopacz zawarte są elementy 2. i 3. typu ubezpieczeń. Na pewno nie będzie więc można zrezygnować z podstawowego ubezpieczenia. Mieszanka komplementarnego i suplementarnego ubezpieczenia oraz brak precyzyjnych zasad powoduje, że do końca nie wiadomo, co i z jakiego ubezpieczenia będzie pokrywane? Czy będzie sens ubezpieczać się dodatkowo? Może okazać się w praktyce, że jedynym zyskiem dodatkowego ubezpieczenia będzie ominięcie kolejek. Rzecz warta rozważenia dla potencjalnego klienta firmy oferującej polisy dodatkowego ubezpieczenia. Wątpliwe jednak, aby zasada „przeskoczenia” kolejki za dodatkowe pieniądze mogła być zaakceptowana przez nasze, egalitarne społeczeństwo. To tylko jedno z zastrzeżeń, jakie wysuwają specjaliści od ubezpieczeń. Z wspomnianego komunikatu Ministerstwa Zdrowia można wysnuć wniosek, że projekt ustawy obecnej Marszałek Sejmu do tegoż Sejmu najprawdopodobniej nie trafi. Resort dopuszcza także rezygnację z pilotażu, który miał sprawdzić, czy prywatna konkurencja NFZ zadziała. Pilotaż miał być, zgodnie z deklaracjami Ewy Kopacz, przeprowadzony w dwóch wybranych województwach. *„Nie należy spodziewać się szybkiej prezentacji nowych projektów, bo – będą one mogły zostać poddane debacie publicznej dopiero wtedy, gdy ustabilizuje się system refundacji leków. – Obecnie przygotowujemy się do wdrożenia programów lekowych”* – stwierdził obecny minister zdrowia. Trudno znaleźć związek pomiędzy dwoma sprawami, ale wypowiedź ministra brzmi jak mowa pogrzebowa dla całego projektu dodatkowych ubezpieczeń. Gwoździem do trumny może być fakt, że zdaniem części ekspertów, aby system dodatkowych polis funkcjonował, należy zmniejszyć koszyk gwarantowanych świadczeń zdrowotnych. *„Aby ubezpieczenia były skuteczne, trzeba jasno określić zakres, jaki będą obejmowały. I to będzie najtrudniejsze zadanie”* – przyznaje Bartosz Arłukowicz. No cóż – pogrzeb ustawy na pewno będzie łatwiejszy. Tłumy na niego nie przyjdą, w odróżnieniu od protestujących przeciwko ograniczeniu świadczeń.

Czy ta „neverending story” ma w ogóle sens? Entuzjaści dodatkowych ubezpieczeń twierdzą, że tak. Co więcej, są przekonani, że na ich wprowadzeniu skorzystają wszyscy:

1. Obywatele, bo będą mogli zgodnie z zapisami Konstytucji w ramach obowiązującego prawa sami zadbać o swoje zdrowie. Będą mieli wybór sposobu płacenia za ochronę własnego zdrowia. Robią



to już dzisiaj: zgodnie z danymi prof. Czapińskiego, podanymi w Diagnozie Społecznej 2009, Polacy wydają ponad 16 mld na zakup usług medycznych, ambulatoryjnych i szpitalnych.

2. Szpitale i przychodnie, bo dzięki wprowadzeniu ubezpieczeń dodatkowych będą mogły świadczyć usługi za prywatne pieniądze. Zwiększa w ten sposób swój budżet, a NFZ przestanie być monopolistą.
3. Towarzystwa ubezpieczeń, bo wprowadzanie dodatkowych ubezpieczeń będzie służyło rozwojowi rynku prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych.

Obecny okres rozwoju demokracji nazywany bywa sondażokracją. Może to przesadne określenie, ale rzeczywiście politycy rzadko podejmują działania, które w badaniach opinii publicznej byłyby niepopularne (re-

forma emerytalna jest wyjątkiem). Według badań CBO-S-u, w ciągu ostatnich 4 lat, w społeczeństwie umocniło się zaufanie do dobrowolnych ubezpieczeń zdrowotnych (wzrost wskazań z 33% do 43%). Czy oznacza to jednak, że te 43% wykupi dodatkowe polisy? Oczywiście że nie, bo co innego deklaracje, a co innego sięgnięcie do własnego portfela. Ponadto, społeczeństwo ma prawo do schizofrenii podglądów. W tym samym badaniu ponad połowa (57%) respondentów ma poczucie niedostatecznego finansowania ochrony zdrowia, a 66% nie jest przekonanych do zwiększenia nakładów na opiekę zdrowotną. Zjeść ciastko i mieć ciastko. I zachować przy tym zdrowie.

Grzegorz WOJCIECHOWSKI

(przedruk z „Vox Medici” nr 2/12)

## DROGO LECZYĆ CZY TANIO MARNOWAĆ?

Rozmowa z Katarzyną KOLASĄ, ekspertem do spraw ochrony zdrowia  
Forum Obywatelskiego Rozwoju

*Jaka jest skala marnotrawstwa pieniędzy w polskiej ochronie zdrowia?*

Olbrzymia. A o przyczynie tej sytuacji można powiedzieć, że jest z gatunku najtrudniejszych do zwalczania. Są to kształtowane przez lata nawyki, utarte zwyczaje, schematy, mentalność. U nas obowiązuje metoda leczenia i rozliczania pracy świadczeniodawcy przez odprawianie pacjenta z kwitkiem. W przybliżeniu wygląda to tak, że pacjent przychodzi do lekarza – obojętne czy do rodzinnego, czy do specjalisty – z problemem zdrowotnym. Lekarz ma dla niego niewiele czasu, wcale nie zamierza kompleksowo rozwiązać jego problemów zdrowotnych, dociec ich głębszych przyczyn. Pacjentowi trzeba jednak pomóc, z braku czasu – na skróty. Najlepszym i utartym przez lata skrótem jest wypisanie recepty na lek (czyli przysłowiowego kwitka), odesłanie go do apteki i zapomnienie o sprawie. No, prawie zapomnieć, trzeba jeszcze wypełnić dokumentację medyczną i na jej podstawie wystawić rachunek Narodowemu Funduszowi Zdrowia. Gdy chodzi o bardziej skomplikowane świadczenia lekarskie, obowiązuje podobna zasada. Pacjenci po zabiegach, profesjonalnych i dobrej jakości, zostają pozostawieni sami sobie, bez należytej i dobrze prowadzonej opieki pooperacyjnej. Zwiększanie wydatków na ochronę zdrowia da niewiele, o ile ta „metoda leczenia” się nie zmieni.

*Zwiększenie nakładów na ochronę zdrowia jest przecież potrzebne. W wydatkach na ten cel włączmy się w ogonie Europy.*

Zanim jednak pomówimy o zwiększeniu środków, przypatrzmy się, ile dziś wydajemy na leczenie,

i sprawdźmy, ile kosztuje złe leczenie, czyli takie, jak opisałam przed chwilą. Dopiero, gdy będziemy mieli sprawnie działający system, zastanówmy się, ile potrzeba na niego pieniędzy. Bez tej refleksji, zamiast zwiększyć skuteczność systemu, zwiększymy jedynie skalę marnotrawstwa pieniędzy.

*W takim razie, jak ten system zmieniać?*

Skoro problem jest w mentalności, w utartych schematach, zacznijmy właśnie od mentalności lekarzy, decydentów i pacjentów. Zacznę od tych ostatnich. I oni przyzwyczaili się do metody odprawiania z kwitkiem. W krajach skandynawskich pierwsza wizyta u lekarza i zgłoszenie dolegliwości nie kończy się na wypisaniu recepty. Pacjent otrzymuje porady, jak się odżywiać, w jaki sposób układać rytm dnia, jak zażywać ruchu. Taki sposób postępowania nazywany jest tam „wystawianiem recepty na ruch”. Wyobrażam sobie, jak mogłaby się zachować większość polskich pacjentów po takiej wizycie, podczas której lekarz nie zapisałby żadnego leku, za to zalecił dwugodzinne spacerowanie codziennie, gdy jest ładna pogoda.

*Przychodzi baba do lekarza, a lekarz mówi: niech pani trochę pospaceruje. Spróbujmy sobie wyobrazić reakcję polskiego pacjenta.*

Sądzę, że poczułby się zignorowany i zawiedziony. Lekarz nie zapisał tabletki, to znaczy, że zakwestionował istnienie moich dolegliwości. Przecież wcześniej zawsze coś wypisywał. Lekarz jest kiepski, muszę jego diagnozę sprawdzić u innego – tak sobie wyobrażam tę reakcję.

*A jak przeprowadzić zmianę?*

Najlepsza rada to kampanie społeczne, przekonywanie, tłumaczenie, dostarczanie wiedzy.

*Kampanie społeczne? A nie sądzi pani, że odczuwamy już ich przesyt? Codziennie telewizje emitują kilkadziesiąt spotów reklamowych, co tydzień jest akcja prozdrowotna. Gdyby Polacy chcieli wysłuchać wszystkich dobrych rad z kampanii społecznych, musieliby mieć w kalendarzu co tydzień dodatkowy wolny dzień przeznaczony na sprawdzenie stanu zdrowia.*

Rzeczywiście, akcji prozdrowotnych jest sporo, ale ciągle za mało. Brakuje takich, które nie dotyczą profilaktyki konkretnej choroby, lecz po prostu promują zdrowy styl życia, ruch, odpowiednią dietę. Jest jeszcze jeden warunek: aby te kampanie miały sens, musi się zmienić sposób funkcjonowania polskiej ochrony zdrowia. Zamiast leczenia „kwitkiem”, pacjentowi potrzebny jest lekarz rodzinny – partner i doradca w dbaniu o jak najlepszy ogólny stan zdrowia, zachęcający do zasięgnięcia porady specjalisty. I lekarz rodzinny musi być premiowany nie za liczbę udzielonych świadczeń, ale za ich jakość mierzoną ogólnym stanem zdrowia podopiecznych.

*Do zmiany sposobu funkcjonowania polskiej ochrony zdrowia nie są potrzebne kampanie społeczne, lecz kampanie skierowane do decydentów. To oni są odpowiedzialni za przeprowadzenie zmian.*

Tego oczywiście zaniedbać nie wolno, ale sądzę, że problem jest głębszy. Decydenci często zdają sobie sprawę, że obecny system ochrony zdrowia funkcjonuje źle, i mają pomysły na jego poprawę. Obawiają się jednak wprowadzenia zmian, ze względu na ewentualny opór społeczny, niezrozumienie ze strony pacjentów, czyli wyborców. Koło się zamyka: kampanie społeczne i zrozumienie konieczności zmian pomogłyby decydentom w ich wprowadzeniu.

*Do tej pory najbardziej spektakularnym posunięciem władz było przyjęcie nowej ustawy refundacyjnej. W opinii ekspertów dodatkowo ograniczyła dostęp do najdroższych, innowacyjnych leków.*

To kolejny kłopot, z którym musimy się uporać. Za właściwe prowadzenie i finansowanie polityki zdrowotnej w Polsce odpowiadają dwa wyspecjalizowane i niezależne od siebie resorty: zdrowia i spraw socjalnych. Resort zdrowia stara się zmieścić w budżecie i leczyć tanio. Nie jest zainteresowany tym, aby płacić drogo za leki innowacyjne, często wybiera tańsze, starszej generacji. Problem polega na tym, że te tańsze działają gorzej, po nich częściej i wcześniej występują absencje chorobowe, trwała niezdolność do aktywności zawodowej. Konsekwencji finansowych takiej polityki nie ponosi resort zdrowia, ale resort spraw socjalnych, odpowiedzialny za wypłatę zasiłków i rent chorobowych. Taniej, nie znaczy lepiej. Istnieje mnóstwo prac naukowych potwierdzających, że nieleczenie kosztuje w istocie więcej niż leczenie. Na przykład analizy wykonane przez Birnbauera wykazały, że koszty opieki specjalistycznej i hospitalizacji chorego na stwardnienie rozsiane poddanego leczeniu wyniosły 4393 dol., podczas gdy nieleczonemu – 6187 dol. Jednocześnie koszty zwolnień lekarskich wyniosły 2252 dol. w pierwszej i 3053 dol. w drugiej grupie. Myślę, że najwyższy czas rozważyć, jak rzetelnie zliczać koszty chorób (bezpośrednie i pośrednie) przy zaangażowaniu instytucji rządowych i naukowych. Bo dopiero na podstawie takich wyliczeń można podejmować właściwe decyzje alokacyjne, wając z jednej strony koszty innowacyjnych terapii, a z drugiej koszty zaniechania ich zastosowania. Z pożytkiem dla pacjenta i gospodarki.

*Bartłomiej LEŚNIEWSKI*

(przedruk z „Menedżera Zdrowia” nr 6/12)

## WĘDRÓWKI PACJENTÓW MIĘDZY POZ I AOS

Wciąż jeszcze, chociaż minęły już trzy kwartały od wejścia w życie Ustawy o refundacji leków (Dz. U. nr 122 z 2011 r., poz. 696), jej przepisy budzą wiele wątpliwości oraz kontrowersji, utrudniając życie lekarzom, a zwłaszcza pacjentom. Rosną kolejki do specjalistów, na wizytę w poradni specjalistycznej czeka się nawet rok i dłużej, a dzieje się tak m.in. na skutek częstszego niż dawniej odsyłania przewlekłe chorych z podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) do poradni specjalistycznych (AOS). Lekarze pierwszego kontaktu mówią, że stosują się ściśle do Ogólnych Warunków Umów (OWU) i dodają, że NFZ bardzo restrykcyjnie traktuje te przepisy, z kolei ich koledzy – specjaliści nie bardzo potrafią zrozumieć te tłumaczenia. W czym

problem? Spróbujemy odpowiedzieć na to pytanie, ponieważ dość często zadają je nasi czytelnicy.

Aktualnie sytuacja jest taka, że mimo usunięcia ze wspomnianej na wstępie Ustawy refundacyjnej części najbardziej bulwersujących przepisów, czyli dotyczących restrykcyjnych kar dla lekarzy (ust. 8 art. 48), ich obawy, że NFZ-owskie kontrole zasadności przepisywania leków mogą skutkować poważnymi dla nich konsekwencjami finansowymi, nie słabną. Kary za błędnie wypisane recepty refundowane, chociaż inaczej zapisane niż w ustawie, nadal bowiem widnieją w umowach, jakie lekarze podpisują z NFZ, jeśli tylko chcą lub muszą takie recepty wypisywać. Niewątpliwie do podpisywania tych umów są niejako zmuszeni



lekarze POZ, w tym zwłaszcza posiadający prywatne praktyki rodzinne, ale też zatrudnieni w charakterze lekarzy pierwszego kontaktu w publicznych i niepublicznych poradniach – w sytuacji, gdy ich placówki lub gabinety wykonują te świadczenia na podstawie kontraktu z NFZ.

Jednocześnie lekarzy POZ – jak zresztą wszystkich lekarzy – nadal obowiązują przepisy § 12 ust. 5 i 6 OWU o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, stanowiących załącznik do Rozporządzenia ministra zdrowia z 6 maja 2008 r. (Dz. U. nr 81 z 2008 r., poz. 484). A te stanowią, że warunkiem koniecznym przy wystawianiu pacjentom recept na leki refundowane, w tym także w leczeniu chorób przewlekłych, jest dysponowanie przez lekarza udokumentowanym rozpoznaniem schorzenia – ustalonym samodzielnie lub przez innych lekarzy w związku z prowadzoną przez nich diagnostyką i leczeniem.

W przypadku wielu chorób przewlekłych, np. neurologicznych, urologicznych, onkologicznych, diabetologicznych, alergologicznych, czy psychicznych, specjalistyczną diagnostykę może zlecić i ostateczne rozpoznanie postawić tylko lekarz specjalista w odpowiedniej do rodzaju schorzenia dziedzinie. Tylko on zatem ma prawo – bez narażania się na konflikt z kontrolerem NFZ – przepisać zdiagnozowanemu pacjentowi receptę na określony lek refundowany.

Lekarz POZ też może taką receptę wystawić, ale musi mieć „dowód”, że pacjent faktycznie na takie schorzenie choruje, a dowodem tym jest aktualne zaświadczenie wydane przez odpowiedniego specjalistę, uzasadniające konieczność leczenia kierunkowego oraz ordynacji odpowiednich leków. Takie zaświadczenie jest ważne przez dwanaście miesięcy, po tym czasie pacjenta trzeba zatem znów odesłać z POZ do AOS na konsultację, w celu pisemnego potwierdzenia dotychczasowych informacji lub ich ewentualnej korekty dotyczących rozpoznania, sposobu leczenia, rokowania, ordynowanych leków (ich stosowania i dawkowania) oraz wyznaczonych wizyt kontrolnych.

Lekarz z AOS w określonej, odpowiedniej do rodzaju schorzenia dziedzinie jest – zgodnie z wyżej przywołanymi przepisami OWU – wręcz zobowiązany do przekazania takich informacji lekarzowi POZ (lub lekarzowi kierującemu), a obowiązek ten ma charakter obligatoryjny i niezależny od faktu zwrócenia się pacjenta do specjalisty o ich uzyskanie. Wzór informacji opublikowany został w załączniku nr 6 do zarządzenia nr 81/2011/DSOZ prezesa NFZ z 4 listopada 2011 r. w sprawie określenia warunków zawiera-

nia i realizacji umów o udzielanie świadczeń w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna. Informacja powinna być wydana w ramach udzielanej porady lekarskiej w momencie ustalenia przez lekarza specjalistę diagnozy i podjęcia leczenia – nie rzadziej niż raz w roku, a bezwzględnie w każdym przypadku zmiany leczenia. W sytuacji, gdy pacjent nie uzyskał takiej informacji w dacie udzielanego świadczenia, lekarz AOS powinien zapewnić jej wydanie poza kolejnością, w możliwie najbliższym uzgodnionym terminie.

Wszystkie zalecenia i nakazy, które przytoczyliśmy powyżej, zamieszczone zostały w komunikacie centrali NFZ skierowanym do świadczeniodawców POZ i AOS, a opublikowanym na stronach internetowych oddziałów w połowie lutego br. I można by przypuszczać, iż sporządzono go li tylko w celu przypomnienia lekarzom o ich powinnościach, gdyby nie jeden fakt. Ten mianowicie, że w treści owego komunikatu znalazł się dopisek (cyt.):

*„Przepisy § 12 ust. 5 i 6 OWU nie ograniczają kompetencji zawodowych i autonomii decyzji lekarzy POZ, w tym także w odniesieniu do diagnozowania i leczenia chorób przewlekłych. Dysponowanie przez lekarza POZ wydaną przez lekarza specjalistę informacją, o której mowa w przedmiotowych przepisach, nie wyklucza możliwości samodzielnego zweryfikowania przez tego lekarza zasadności zaordynowania leków, o których wypisanie pacjent zwrócił się do niego, jak również nie zwalnia lekarza z odpowiedzialności prawnej i zawodowej za skutki podjętej w związku z ordynowaniem tych leków decyzji.”*

Niestety, w treści komunikatu już nie dodano, że ta odpowiedzialność prawna w kwestii postępowania z receptami refundowanymi w chorobach przewlekłych jest w przepisach NFZ bardzo restrykcyjnie traktowana. Dlatego lekarze POZ, obawiając się nadgorliwości kontrolerów sztywno interpretujących przepisy, wolą „dmuchać na zimne” i w każdej wątpliwej sytuacji (a przynajmniej raz na rok) starają się konsultować pacjentów przewlekłych z kolegami – specjalistami. Starają się, chociaż na ogół, nie czekając na odpowiednie zaświadczenia z poradni AOS, gdzie tworzą się gigantyczne kolejki, nie pozostawiają przewlekłe chorych bez pomocy, przepisując im niezbędne leki i to... ze zniżką, narażając się na drakońskie kary za ewentualnie nieuzasadnioną, zdaniem NFZ, ordynację leków refundowanych.

Nina SMOLEŃ

(przedruk z „Panaceum” nr 10/12)

# MY – DECYDENCI (A MOŻE NAWET BOGOWIE?)

Podobno poczucie posiadania władzy działa jak narkotyki i upaja – niekiedy aż do imentu, czyli do cna. Oba określenia są żartobliwie archaiczne, ale to tylko tak, na początek i dla oddechu przed podjęciem trudnych tematów, od których nie da się uciec, podobnie jak i od pytań typu:

Czy naprawdę jest fajnie, że doczekaliśmy czasów, gdy już prawie bez żadnych ograniczeń oraz moralnych zahamowań można modelować naturę, dowolnie tworzyć lub niszczyć życie biologiczne, zmieniać etyczne zasady i w imię rozwoju nauki, cywilizacyjnego postępu lub innych „wartości” móc decydować niemal o wszystkim? Czy tak ma wyglądać nasz raj na ziemi i czy ten odgórnie zaplanowany raj ma szansę być też ogólnie zaakceptowany? Pytanie raczej retoryczne.

## Tymczasem...

... świadomość (tych, co to zwykle wiedzą lepiej), iż jest tak, jak być powinno, daje poczucie siły, nawet znaczącej przewagi oraz umacnia w przekonaniu o słuszności podejmowanych działań. Jednocześnie szybki postęp w różnych dziedzinach i gałęziach nauk (także przyrodniczych), a przy tym dynamiczny rozwój medycyny, czyni z nas TWÓRCÓW w coraz szerszym tego pojęcia rozumieniu. Oczywiście, do takiego tytułu czy statusu mogą pretendować tylko ci „z nas”, którzy są do tego w jakiś sposób przygotowani i uprawnieni, a zarazem silnie przeświadczeni o swej wyjątkowej misji. Tak, zwłaszcza ważne jest owo niewzruszalne przekonanie o własnych racjach, stanowiące bazę, na której wspomniani MEGATWÓRCY opierają swoje dalsze projekty i wyznaczają tempo ich realizacji.

Jednak rzetelna weryfikacja następuje powoli, a niecierpliwość eksperymentatorów wraz z presją czasu i koniecznością stałego przyspieszania sprawia, że wyniki odległe, nie zawsze potwierdzają wcześniejsze założenia czy wstępne fascynacje. Weryfikacja trwa i czyni swoje, a wówczas niektórzy wynalazcy i naukowcy odkrywcy wprowadzicie niechętnie, ale niekiedy potrafią odwołać swoje błędne teorie i chwala im za to. Lecz są też tacy, którzy z przekonania, zadufania lub jeszcze innych przyczyn, uparcie tkwią na dawno straconych pozycjach. Znane są przykłady wielce ambicjonerskich postaw, na które rady nie ma; zatem przytaczanie ich też można sobie darować.

## Jednocześnie...

... coraz częściej zauważamy, że jeśli tylko ktoś wyrazi jakieś własne zdanie czy opinię, to prawie natychmiast pojawia się mnóstwo krytykantów czy oponentów, prezentujących (jakby dla zasady) poglądy przeciwstawne. Osoby te uważają się za autentyczne wyrocznie w bardzo różnych, nieraz całkiem odległych dziedzinach. Nie ustają więc dyskusje na wszelkie możliwe tematy, ponieważ demokracja to jest takie sobiepaństwo, które pogłębia spo-

łeczne podziały i stara się rządzić swoimi prawami. Każdy jest tu najmądrzejszy i nieraz aż zdumiewa, gdy ludzie nie posiadający nawet podstawowego wykształcenia, bezkrytycznie głoszą wszem i wobec własne „jedynie słuszne”, acz całkiem wydumane poglądy i nie wahają się wypowiadać – także w kwestiach specjalistycznych.

Brakuje pokory wobec poruszanego tematu oraz wagi problemu i brak też zdolności obiektywnego rozumowania. Odkąd autorytety zostały skrytykowane i uznane za śmieszny przeżytek, każdy sam siebie coraz intensywniej promuje, lansuje i uważa za specja.

## Kiedys, w przeszłości...

... Polacy byli znacznie skromniejsi, bardziej wyważeni, tolerancyjni, a także dla innych po prostu grzeczniejsi, lecz to już przeszłość. Obecnie preferowana jest „luzacka” pewność siebie – jakże często granicząca z prymitywnym zarozumiałstwem lub wręcz brutalnością. Dawniej o swych dokonaniach (nawet tych znaczących) mówiono ze znacznie większym dystansem niż teraz, gdy zapanował styl samouwielbienia i samochwalstwa, a jednocześnie okrutnego chamstwa, co wyraźnie widać w działalności politycznej, chociaż nie tylko tam; wszak nadętych zarozumiałców nie brakuje też w innych dziedzinach.

## Po co ja to wszystko piszę?

Ano po to, aby po urlopach i wakacjach, u progu nowego roku szkolnego/akademickiego/pracowniczego itp., choćby na chwilę przywołać konstruktywną zadumę i jakieś zdrowo-rozśądkowe myślenie. Celowo nie wspominać o młodzieży, która jest zarówno okropna, jak i wspała. Jednak trzeba poważnie debatować nie tylko nad jej mądrym, uczciwym kształceniem, lecz i nad tzw. ongiś „chowaniem”, od którego tak wiele w przyszłości będzie zależało.

Obyczajność kształtują postawy i nomen-omen właśnie obyczaje ludzi już dojrzałych, którzy powinni dawać dobry przykład. Powinni, a czy istotnie dają? Oto jest pytanie. Można się zastanawiać, czym właściwie jest ta nasza pełna dojrzałość i kiedy ją osiągamy. Wprawdzie została jakoś tam zdefiniowana, zwłaszcza w językowych i prawnych zapisach, ale czy naprawdę łatwo ją określić? Wydaje się, że dojrzewamy przez całe życie, czego nie należy się wstydić, ponieważ to podobnie jak z nauką; także trwa do końca, chyba że... ktoś nie chce tego uznać i uważa, że już za młodu wszelkie mądrości posiadał, więc mu wystarczy.

Przepraszam, że tak się wymądrzam i prowokuję, ale widocznie też nie całkiem jeszcze (?) dojrzałam do takich problemów, które mnie wciąż nękają. Mam nadzieję, że nie jestem w tym odosobniona.

Barbara Szeffer-Marcinkowska  
e-mail: bsm3@tlen.pl; tel. 42 686 28 10

(przedruk z „Panaceum” nr 9/12)



# UPADEK KRÓLOWEJ

Interna, zwana królową dyscyplin medycznych, nieestety upada. W ostatnich kilkunastu latach w naszym kraju mamy do czynienia z bardzo niekorzystnym zjawiskiem fragmentaryzacji opieki medycznej, zarówno ambulatoryjnej, jak i szpitalnej.

Mamy już rekordową liczbę specjalizacji lekarskich w Europie (ok. 75), a nasze szpitale to zbiorowiska coraz mniejszych oddziałów lub pododdziałów zorganizowanych według specjalizacji lekarskich, a nie stopnia natężenia opieki nad pacjentem.

W lecznictwie ambulatoryjnym internistom, czyli specjalistom chorób wewnętrznych, nakazano nauczenie się pediatrii i uzyskanie specjalizacji z medycyny rodzinnej. W poradniach szpitalnych interniści nie zyskali uznania w oczach NFZ i zostali jako specjalizacja praktycznie wyeliminowani. Choć większość ich szkolenia i praktyki zawodowej dotyczy pacjentów starszych, nie okazują się już godni zaufania i nagle muszą być geriatrami.

W leczeniu tak powszechnych chorób przewlekłych, mających wpływ na różne narządy wewnętrzne, jak cukrzyca czy nadciśnienie tętnicze, promowani są specjaliści od tych chorób – diabetolodzy, hipertensjologowie. Intensywną terapię, będącą przecież w znacznym zakresie medycyną wewnętrzną o najwyższym stopniu natężenia, zawłaszczili anesteziolodzy, których domeną było – i w przypadku wielu anesteziologów niepraktykujących na co dzień intensywnej terapii dalej jest – znieczulanie pacjentów do zabiegów chirurgicznych i innych procedur. Nawet stare dziedziny wywodzące się z interny, np. kardiologia, wyrzekły się „królowej” i w naszym kraju wywalczyły bezpośredni tryb specjalizacji (...). Oczywiście, podpierające się opiniami hiperspecjalistów, zatroskane media często informują, że specjalistów u nas brakuje, czym potęgują poczucie zagrożenia.

Na początku lat 90. jedno z najbardziej renomowanych medycznych towarzystw naukowych na świecie – American College of Physicians (ACP), przeprowadziło kampanię wizerunkową dotyczącą interny w USA. Specjalizacja ta cierpiała wtedy na kryzys wizerunkowy. Wprawdzie w Stanach Zjednoczonych nie było i nie ma specjalizacji „jednochorobowych”, a każdy kardiolog, gastroenterolog czy pulmonolog musiał i nadal musi odbyć intensywne trzyletnie szkolenie z pełnego zakresu chorób wewnętrznych, ale interna miała problem. Dodatkowym czynnikiem komplikującym było nazewnictwo, gdyż internist, czyli specjalistę internistę, mylono z intern-stażystą z jakiegokolwiek dziedziny lekarskiej, a nawet nielekarskiej. Kampanię ACP prowadzono pod hasłem „Interna – lekarze dorosłych” (Internal medicine: doctors for adults). (...)

W Polsce postawiono na lekarzy rodzinnych, którzy – w przeciwieństwie do lekarzy brytyjskich (GP) – rzadko zajmują się urazami i drobnymi zabiegami chirurgicznymi, a jeszcze rzadziej ginekologią, można więc

zaryzykować stwierdzenie, że są w praktyce przeważnie pediatro-internistami ambulatoryjnymi. Kampania informacyjna ACP przyniosła głównie korzyści wizerunkowe, gdyż na przykład w obszarze ambulatoryjnym nie było wiele do wywalczenia. Ciekawy i budujący, także w odniesieniu do naszego rynku, jest natomiast sposób, w jaki interna obroniła swoją pozycję i dostosowała się do wymogów nowoczesnego szpitalnictwa. Otóż w USA też postępowała fragmentaryzacja opieki medycznej w szpitalach, co niestety, jak zbadano, miało negatywne konsekwencje. Brak koordynacji leczenia szpitalnego prowadzonego przez specjalistów z wąskich dziedzin, szczególnie w odniesieniu do nieco bardziej skomplikowanych przypadków, prowadził do zdarzeń niepożądanych. Na podstawie badań porównawczych stwierdzono, że nawet pacjenci wymagający operacji chirurgicznej, ze schorzeniami współistniejącymi lub w podeszłym wieku, których lekarzem prowadzącym był internista z chirurgiem lub ortopedą w roli konsultanta, mieli korzystniejszy przebieg leczenia szpitalnego niż ci, których prowadził chirurg konsultujący się z internistą według uznania. Powstał zatem projekt nowej definicji medycyny wewnętrznej w szpitalu, który szczęśliwie zakończył się wyodrębnieniem internistów szpitalnych, czyli hospitalistów.

Menedżerowie szpitali, prywatne firmy ubezpieczeniowe, federalne fundusze zdrowia, organizacje medycyny koordynowanej, a wkrótce i pacjenci szybko zorientowali się, że taki właśnie model – z wiodącą rolą hospitalisty jako lekarza prowadzącego szeroki zakres leczenia szpitalnego – nie tylko się opłaca, lecz także jest bezpieczny i zmniejsza narażenie na procesy sądowe. Co ciekawe, od dekady także specjaliści z dziedzin internistycznych oraz chirurgicznych chętnie przyjęli model współpracy z hospitalistami, skupiając się na swoich umiejętnościach specjalistycznych, przede wszystkim zabiegowych i operacyjnych. Mówi się już nawet o tzw. specjalistach proceduralistach, takich jak kardiolog interwencyjny czy gastroenterolog endoskopista, co sprzyja utrzymywaniu wysokiej sprawności zabiegowej. Kompleksowe prowadzenie coraz bardziej skomplikowanych przypadków pacjentów szpitalnych oddaje się w ręce hospitalistów. Obecnie jest to pożądana, dobrze płatna i stale rozwijająca się specjalizacja lekarska.

W lecznictwie ambulatoryjnym internista powinien mieć prawo do prowadzenia i kontraktowania POZ dla dorosłych, a także uprawnienia do samodzielnego konsultowania pacjentów z chorobami wielosystemowymi w ramach poradni specjalistycznych. Ostatnio wreszcie słychać, że ważna jest kompleksowość opieki nad pacjentem szpitalnym. Mówi się przy tym, że specjalistów z wąskich dziedzin oczywiście brakuje. Im bardziej brniemy w ten schemat, tym bardziej będzie ich brakować. Me-

nedżerowie szpitali chcą nowoczesnej organizacji pracy, obszarów wieloprofilowych i możliwości optymalnej gospodarki zasobami łóżkowymi, a także ludzkimi.

Narodowy Fundusz Zdrowia chce leczyć efektywnie w zakresie kosztów. Pacjenci potrzebują lekarzy, którzy ich poprowadzą, wyjaśnią, przypilnują, a nie tylko wykonają konkretną procedurę, w czym mogliby mieć nawet – co zrozumiałe – interes ekonomiczny. Firmy ubezpieczeniowe (chwilowo u nas tylko jedna) chętnie widzą dobrze skoordynowaną i bezpieczną opiekę szpitalną, a w roli menedżerów ryzyka medycznego chętnie zobaczą lekarzy hospitalistów. Wielu specjalistów tak bardzo zajmu-

je się szlifowaniem perfekcji wykonywania procedur lub zabiegów, że powinni być zainteresowani przekazaniem części niezabiegowej hospitalistom. Istnieją zatem liczne argumenty za nadaniem nowej tożsamości internie szpitalnej przez wprowadzenie hospitalistów. Polska Federacja Szpitali zamierza podjąć dalsze działania w tej sprawie, także we współpracy z organizacjami lekarskimi, a przede wszystkim z Towarzystwem Internistów Polskich. Chcemy unaocznić wszystkim uczestnikom rynku ochrony zdrowia, że warto ratować internę.

*Jarosław J. FEDOROWSKI*

(przedruk z „Menedżera Zdrowia” nr 6/12)

## CO WIESZ O PTL?

Polskie Towarzystwo Lekarskie jest najstarszym i najliczniejszym zawodowym stowarzyszeniem środowiskowym w Polsce. Ponad 25 tys. lekarzy, różnych dyscyplin medycznych w 45 oddziałach regionalnych, w 220 kołach i 24 sekcjach specjalistycznych. Dotyczy to zwłaszcza miejscowości pozaakademickich, gdzie oddział regionalny PTL jest jedynym medycznym towarzystwem naukowym. Polskie Towarzystwo Lekarskie przez całe dziesięciolecie kultywowało najpiękniejsze tradycje Naukowych Towarzystw Lekarskich (Częstochowskie – założone w okresie zaborów przez Władysława Biegańskiego), Krakowskie, Lubelskie, Poznańskie, Warszawskie i inne. Wiele sekcji Towarzystwa stało się załączkami samodzielnych towarzystw naukowych: Towarzystwo Akupunktury, Alergologii, Diagnostyki Laboratoryjnej, Medycyny Społecznej, Medycyny Wsi, Ultrasonografii oraz wielu innych.

Polskie Towarzystwo Lekarskie powstało w 1805 r. w Wilnie. Jego inicjatorem i założycielem był Jędrzej Śniadecki. Jest on patronem PTL. Z dumą możemy stwierdzić, że była to jedna z pierwszych organizacji lekarskich w Europie. W tamtych czasach na terenie wszystkich ziem polskich powstawały kolejne towarzystwa lekarskie na wzór tego, założonego w Wilnie. Towarzystwo Lekarskie Warszawskie powstało w roku 1820. Następnie powstawały Towarzystwa Lekarskie w Krakowie, Kaliszu, Lublinie oraz w kilku innych miastach. Podobne towarzystwa powstawały również poza granicami kraju. Jako jedno z pierwszych założono w Paryżu w 1858 r. W 1901 r. powstało również w Sankt Petersburgu, a 6 lat później w Chicago. Polskie Towarzystwo Lekarzy w Ameryce utworzono w 1912 r. W czasach zaborów PTL był miejscem kształtowania patriotyzmu i krzewienia kultury polskiej. Główną działalnością było podnoszenie kwalifikacji zawodowych i naukowych. Do najbardziej znanych i zasłużonych lekarzy, którzy działali w nurcie PTL należą między innymi: Władysław Biegański, Tytus Chałubiński, Henryk Jordan, Ludwik Rydygier, Wiktor Szokalski.

W okresie międzywojennego 20-lecia szybko powstawały lokalne towarzystwa lekarskie. Z czasem łączyły

się w ogólnokrajową organizację PTL. Zajmowały się one szkoleniem i rozwijaniem zasad moralno-etycznych środowiska lekarskiego oraz pomagały przy powstawaniu wydziałów lekarskich w ośrodkach uniwersyteckich. Wybuch II wojny światowej przerwał działalność PTL.

Po wojnie reaktywowano PTL, które uzyskało osobowość prawną w roku 1951. W tym czasie działało 19 towarzystw. Miało to ułatwić władzom politycznym centralne zarządzanie tą organizacją. W rzeczywistości PTL nigdy nie podporządkowało się politycznym naciskom. Z wdzięczym to niezwykłym postaciom PTL, wielu známym i wybitnym lekarzom, lecz także ogromnej większości szeregowych członków naszego Towarzystwa. Ówczesne środowisko lekarskie cechowało wysokie morale. Sprawy organizacyjne PTL przejęli szlachetni i mądrzy ludzie. PTL kontynuowało najlepsze tradycje i etos stanu lekarskiego.

Prof. Józef Bogusz z gronem najwybitniejszych przedstawicieli środowiska opracował „Zasady deontologiczne polskiego lekarza”. Stanowią one wzorzec w wychowaniu studentów i młodych lekarzy oraz są podstawą do oceny ich postępowania.

Reaktywowane po 40 latach Polskie Towarzystwo Lekarskie stało się godnym spadkobiercą swego poprzednika z okresu międzywojennego. W czasie odzyskania wolnej demokracji III Rzeczypospolitej, regionalne towarzystwa lekarskie, będące oddziałami PTL otrzymały pełną niezależność. Zapisano to w Statucie PTL. W roku 2006 r. Polskiemu Towarzystwu Lekarskiemu przyznano status działalności organizacji pożytku publicznego. Na sztandarze PTL wypisane są hasła: „BÓG, HONOR, OJCZYŻNA” oraz „DOBRO CHOROGBO NAJWYŻSZYM PRAWEM”. Jesteśmy przekonani, że to najstarsze, interdyscyplinarne Towarzystwo, skupiające w swej działalności największą grupę lekarzy, będzie kontynuatorem szczytnych tradycji zawodu i przyczyni się do zapisania wielu najpiękniejszych kart najnowszej historii Polski.

*Mieczysław Chruściel*

(przedruk z „Vox Medici” nr 2/12)



# TRUDNY PACJENT – cz. 2

Kim jest? Jak się zachowuje? Jak z nim pracować?

W poprzednim artykule rozpoczęłam wątek trudnych pacjentów. Niezmiennie twierdzę, że trudny pacjent jest do „rozpracowania”, to tylko kwestia podejścia stomatologa czy asysty. I niezmiennie twierdzę, że każdy pacjent ma swoje, nieujawnione potrzeby, które nieodkryte nie będą mogły być zaspokojone. O typie oszczędzającym, zapominalskim i roszczeniowym pisałam poprzednio. Dziś chcę się skupić na pacjentach przerażonych, wszechwiedzących, niezdecydowanych i przyjacielskich gadułach.

Poniżej przedstawiam przykłady zachowań poszczególnych typów pacjentów oraz propozycje postępowania.

Specjalnie podkreśliłam słowo NIE powyżej, ponieważ nie jest ono słyszane przez nasz nieświadomy umysł. Nasza podświadomość po prostu nie jest w stanie przetworzyć zaprzeczeń. Dlatego mówiąc do pacjenta „*Proszę się nie bać*”, przekazujemy komunikat „*Proszę się bać*”. Z pewnością każdy z Państwa kiedyś usłyszał komunikat typu: „*NIE denerwuj się, mam Ci coś do powiedzenia....*”. Co się uruchamiało u Państwa jako pierwotna reakcja? Pewnie nie spokój, tylko raczej podenerwowanie, niepokój, które to odczucia potem przez umysł świadomy były neutralizowane. Zamiast mówić do pacjenta: „*Proszę się nie denerwować*” możemy powiedzieć „*Proszę sobie spokojnie pooddychać*”, „*Proszę sobie pomyśleć o czymś miłym*”.

Takiemu pacjentowi, jeśli nie chcemy go oczywiście docenić, warto powiedzieć: „*Być może rzeczywiście te metody sprawdzają się w niektórych przypadkach*”, „*Być może rzeczywiście opisane są takie metody...*”. Technika „zamglania” jest doskonała wtedy, gdy chcemy uciąć

dyskusję. Akceptujemy opinię pacjenta, jego wiedzę jednocześnie nie wdajemy się w dyskusję. Zasadniczym elementem jest sformułowanie: „*może rzeczywiście*” lub „*Być może rzeczywiście*”.

Drugim wyjściem z sytuacji jest po prostu docenienie wiedzy pacjenta i jego zaangażowania.

Taki pacjent najbardziej potrzebuje zapewnienia, że to, co wybrał (czyli swojego lekarza), to najlepszy wybór. Dopytywanie się o informacje, których potrzebuje od Pani/Pana, by się zdecydować jest niczym innym, jak rozwiewaniem wątpliwości i upewnianiem co do najlepszego wyboru.

Taki pacjent potrzebuje zbudowania relacji i będzie do tego dążył. Najprawdopodobniej nie obrazi się, jeśli pół żartem powiemy, że czas już zacząć, bo inni też nie mogą się doczekać wizyty i przyjemności na fotelu. Przyjacielskość i gadatliwość pacjentów może też wynikać z tego, że się denerwują i „zagadują” stres. Wtedy warto przejąć ster, zaprosić pacjenta na fotel i informować, co się będzie działo, ile to będzie trwało.

Bez względu na to, jakiego pacjenta mamy na fotelu, warto pamiętać o tym, że empatia i asertywna postawa zbudują przestrzeń do porozumienia się z Pacjentem. Warto też pamiętać, że wielu trudnych dziś pacjentów może stać się wiernymi pacjentami jutro, a ci będą źródłem poleceń, będą budować tzw. marketing szeptany.

Życzę Państwu jak najwięcej zadowolonych, dobrze obsłużonych pacjentów, którzy będą Państwa polecać.

Dorota JAKUBOWSKA-KURZEC  
Trener, certyfikowany coach ICC

(przedruk z „Doktora” nr 2/12)

Typowe zachowania pacjenta przerażonego	Co może poprawić sytuację?	Co potencjalnie pogorszy sytuację?
<ul style="list-style-type: none"><li>• Ale czy to będzie bolało?</li><li>• Ale czy to mnie na 100% znieczuli?</li><li>• Czy na pewno nie będę nic czuła?</li><li>• I zachowania niewerbalne: lży, trzęsąca się żuchwa, ręce, łamiący się głos, przerażenie w oczach, podskakiwanie na fotelu, pojękiwanie, częste przerwy w opracowywaniu zęba na życzenie pacjenta mimo znieczulenia, itp.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Łagodny ton głosu</li><li>• Czasem tłumaczenie, co się będzie działo</li><li>• Informowanie, że jeszcze tylko chwila i koniec borowania</li><li>• Zagajenie do pacjenta po znieczuleniu, przed opracowaniem zęba, żeby zaczął myśleć o czymś innym (łatwiej, jeśli znamy pacjenta i mamy z nim relację) Zagadywanie pacjenta podczas opracowywania zęba, np. opowiadanie o najnowszym filmie, lub czymś, co interesuje pacjenta</li><li>• Okazywanie empatii: rozumiem Panią doskonale, wszystko będzie dobrze</li><li>• Bajki puszczone dzieciom</li><li>• Kumulowanie zabiegów podczas jednej wizyty (za zgodą pacjenta)</li><li>• Umawiać wizyty najpóźniej po miesiącu, żeby strach przed kolejną wizytą nie narastał</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• To NIE będzie bolało</li><li>• Proszę się NIE denerwować</li><li>• Proszę się NIE bać</li><li>• Proszę się natychmiast uspokoić!!</li><li>• Teraz będzie bolało</li><li>• Czy teraz boli?</li><li>• Przystępowanie do borowania tuż po podaniu znieczulenia</li><li>• Szorstkość i rzeczowość w obejściu</li><li>• Brak empatii</li><li>• Brak informowania, co się będzie działo</li></ul>

Typowe zachowania pacjenta wszechwiedzącego	Co może poprawić sytuację?	Co potencjalnie pogorszy sytuację?
<ul style="list-style-type: none"> <li>• A dlaczego u Pani nie ma X czy Y?</li> <li>• A stosujecie Państwo najnowszą metodę? Bo ja czytałam w magazynie dla dentystów/na stronach internetowych, że...</li> <li>• A jaką mam gwarancję, że mi to nie wypadnie/przebarwi się? Słyszałam, że najnowsze metody to...</li> <li>• Mam nadzieję, że korzystacie z...</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Docenienie jego zaangażowania, wiedzy</li> <li>• Wyjaśnianie, co się będzie działo</li> <li>• Krótkie wyjaśnienie, dlaczego taka a nie inna metoda, komponent, itp. Technika zamglania</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ignorowanie</li> <li>• Polemizowanie</li> <li>• Zbywanie</li> </ul>
Typowe zachowania pacjenta niezdecydowanego	Co może poprawić sytuację?	Co potencjalnie pogorszy sytuację?
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sama nie wiem, może nie dzisiaj? A czy na pewno trzeba to robić? Nie może to poczekać?</li> <li>• To może ja się jeszcze zastanowię nad tym mostkiem ...</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Delikatne dopytywanie: skąd biorą się Pani wątpliwości?</li> <li>• Jakiej informacji potrzebuje Pani ode mnie, zanim podejmie Pani ostateczną decyzję?</li> <li>• Zapewnianie, że mniej pracy będzie dziś z zębem niż za 2 miesiące.</li> <li>• Zapewnianie, że otrzyma najlepszą opiekę</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Poinformowanie pacjenta, że następna wizyta będzie za 2 tygodnie.</li> <li>• Brak zainteresowania tym, czy zostanie u nas, czy pójdzie do konkurencji</li> </ul>
Typowe zachowania pacjenta „przyjacielskiego gaduły”	Co może poprawić sytuację?	Co potencjalnie pogorszy sytuację?
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wchodzi i od progu opowiada, co mu się przydarzyło dziś, wczoraj, tydzień temu</li> <li>• Pyta, co u nas, jak matura naszej córki, etc</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informacja: „Dobrze mi się Pani słucha, teraz czas na zabieg”</li> <li>• „To zapraszam Pana na fotel”</li> <li>• Informowanie w elegancki sposób, że mamy 30 minut do następnego pacjenta.</li> <li>• Ustalenie delikatnych sygnałów z asystą dentystyczną, aby dać znać pacjentowi, że już następny czeka w kolejce</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wdawanie się w dyskusję</li> <li>• Poddawanie się chwili i rozwijanie tematu</li> <li>• Opowiadanie o swoim życiu poza zawodowym</li> </ul>

## PRAWO NA CODZIEN

# JAK DOKUMENTOWAĆ RECEPTY *PRO AUCTORE*

W powszechnym odczuciu większości lekarzy dokumentowanie recept przepisywanych dla siebie i rodziny jest niepotrzebną stratą czasu. Po pierwsze dlatego, że nikt nie zamierza skarżyć siebie samego o błąd w sztuce, po drugie zaś dlatego, że leki refundowane po prostu nam się należą. Nic podobnego!

Przejsie pod koniec lat 90. od budżetowego do ubezpieczeniowego systemu ochrony zdrowia w Polsce istotnie zmieniło funkcję dokumentacji medycznej.

Obok znaczenia merytorycznego zaczęła mieć znaczenie sprawozdawcze dla podmiotów finansujących świadczenia. Błędy w dokumentacji stały się częstym powodem odmowy finansowania leczenia przez NFZ, niezależnie od merytorycznej poprawności terapii. Równie istotne zmiany nastąpiły w kwestii refundacji leków. O możliwości otrzymania leku ze zniżką decydują obecnie nie tylko uprawnienia pacjenta, ale również lekarza, a nawet apteki, oraz rodzaj schorzenia.

### Kary za brak dokumentacji

Wystawianie recept dla siebie i rodziny różni się od wypisywania zwykłych recept dwoma zasadniczymi aspektami. Po pierwsze możliwością wystawiania recept refundowanych bez związku z formalnym wykonywaniem zawodu w ramach praktyki lekarskiej lub zatrudnienia w ZOZ (zgodnie z art. 2 ust. 14 Ustawy refundacyjnej). Refundowane recepty *pro auctore* i *pro familiae* mogą być wypisywane przez lekarzy, którzy w ogóle zaprzestali wykonywania zawodu, o ile znajdują się na nich dane określone w §4 ust. 2 rozporządzenia w sprawie recept, czyli imię i nazwisko lekarza, jego adres zamieszkania, numer telefonu, oraz dziewięciocyfrowy numer identyfikacyjny nadany w umowie upoważniającej do wystawiania recept refundowanych. Po drugie recepty te mogą nie zawierać części danych pacjenta (zgodnie z §3 ust. 3 Rozporządzenia). Odmienności te nie znoszą jednak obowiązku prowadzenia indywidualnej dokumen-

tacji medycznej każdego pacjenta, zapisanego w art. 41 Ustawy o zawodzie lekarza.

Brak szczególnych regulacji dotyczących dokumentowania recept *pro auctore* i *pro familiae* w Rozporządzeniu ministra zdrowia w sprawie dokumentacji powodował do niedawna konieczność prowadzenia pełnej dokumentacji, co prowadziło do absurdu obowiązku dokumentowania badania przedmiotowego siebie samego. Sytuacji tej nie zmieniła nawet opinia prawna Ministerstwa Zdrowia z 2010 r. Zderzenie powszechnej w naszym środowisku niechęci do biurokracji z twarzym prawem egzekwowanym przez NFZ miało opłakane skutki w postaci obciążania nas kosztami refundacji leków. Największa kara nałożona na lekarza emeryta wyniosła ok. 80 tys. zł.

### Zasady dokumentacji recept *pro auctore*

Istniejącą dotychczas luką prawną wypełnia ostatnia nowelizacja Rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania z 17 maja 2012 r. Zgodnie z nią dokumentacja recept wystawianych *pro familiae* i *pro auctore* może być prowadzona w sposób uproszczony, jako dokumentacja zbiorcza w formie wykazu. Należy prowadzić łączny wykaz dla wszystkich osób bądź odrębne wykazy dla każdej osoby, której wystawiamy recepty *pro familiae*. Wpisy dotyczące kolejnych wystawionych recept powinny zawierać następujące elementy: numer kolejny wpisu, datę wystawienia recepty, imię i nazwisko pacjenta (ew. datę urodzenia lub PESEL), rozpoznanie choroby, nazwę własną lub międzynarodową leku, postać i dawkę leku (o ile lek występuje w więcej niż jednej postaci i dawce), ilość leku, sposób dawkowania. Jeżeli dane dotyczące kolejnej recepty nie ulegają zmianie, można zamieszczać adnotację o kontynuacji leczenia (w przypadku wykazów indywidualnych).

W porównaniu z dokumentacją zwykłych recept nie jest wymagane zamieszczanie danych z wywiadu i badania przedmiotowego ani pięciodziesiętnego kodu ICD-10. Uproszczone zostało oznaczenie lekarza (imię i nazwisko) oraz pacjenta. Nadal jednak obowiązują ogólne przepisy ujęte w rozdziale I Rozporządzenia, zgodnie z którymi dokumentacja musi zawierać wpisy chronologiczne, numerację stron, imię i nazwisko pacjenta na każdej stronie dokumentacji indywidualnej, a dokonywane poprawki należy autoryzować, zamieszczając podpis, przyczynę i datę poprawki. W przypadku przepisywania leków spoza naszej specjalności dobrze jest zadbać o potwierdzenie rozpoznania choroby odpowiednim zaświadczeniem od specjalisty lub kopią wypisu ze szpitala.

### Co z teściową?

Ustawa refundacyjna zawęża krąg osób w rodzinie, którym można wystawiać recepty *pro familiae*, do współmałżonka, wstępnych i zstępnych w linii prostej

oraz rodzeństwa. Oznacza to, że nie można wystawić według opisanych zasad recepty dla wielu bliskich osób, np. teścia, teściowej, synowej, szwagra, bratowej, dzieci przysposobionych i dzieci z poprzedniego związku współmałżonka. Receptę refundowaną na ogólnych zasadach (z pełną dokumentacją) mają prawo wypisać tym osobom wyłącznie lekarze wykonujący zawód. Pozostali mogą wystawić jedynie receptę pełnopłatną.

### Nie dajmy się ukarać

Zgodnie z obowiązującą od 1.07.2012 r. nową umową upoważniającą do wystawiania recept refundowanych, uprawnieni lekarze mogą zostać obciążeni karą w wysokości 200 zł za „nieprawidłowo wystawioną receptę” oraz dodatkowymi karami po 200 zł za każdą z ośmiu wyszczególnionych nieprawidłowości. Kary sumują się w nieograniczony sposób. Zarządzenie w sprawie kontroli wydane przez prezesa NFZ Agnieszkę Pachciarz nie pozostawia złudzeń co do ich drobiazgowości. W naszym dobrze pojętym interesie konieczne jest bezwzględne przestrzeganie zasady wpisu do dokumentacji każdej recepty refundowanej oraz ścisłe przestrzeganie opisanych powyżej zasad prowadzenia dokumentacji. Albo wystawianie recept pełnopłatnych, bez narażania się na pięcioletnie ryzyko sankcji.

#### Dokumentacja recepty wypisanej na ogólnych zasadach powinna zawierać liczne dodatkowe elementy, takie jak:

- pełne oznaczenie podmiotu udzielającego świadczenia (nazwę, adres, numer telefonu, numer wpisu do rejestru praktyk lekarskich lub resortowy kod identyfikacyjny w przypadku ZOZ),
- pełne oznaczenie pacjenta (imię i nazwisko, datę urodzenia, płeć, adres miejsca zamieszkania, PESEL, ew. imię, nazwisko oraz adres opiekuna prawnego, ew. nr PESEL matki dziecka do 1. roku życia),
- pełne oznaczenie lekarza (imię i nazwisko, tytuł zawodowy, uzyskane specjalizacje, numer prawa wykonywania zawodu, podpis),
- dane z wywiadu i badania przedmiotowego,
- pięciodziesiętny kod ICD-10 (czwarty znak to kropka),
- opis świadczeń zdrowotnych,
- informacje o zleconych badaniach i ich wynikach oraz innych zaleceniach.

Maciej JĘDRZEJOWSKI  
Przewodniczący Zespołu ds. Wynagrodzeń ORL  
w Warszawie, członek ORL w Warszawie  
m.jedrzejowski@oilwaw.org.pl

(przedruk z „Pulsu” 10/12)





## DR MAGDALENA KOZARZEWSKA

Dnia 22 czerwca 2012 r. odeszła od nas **MAGDALENA KOZARZEWSKA** z domu Bojanowska, **Nestorka nyskiej pediatrii**, absolwentka Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Warszawskiego, w latach 1949–1951 asystentka Kliniki Pediatrii w Warszawie, w latach 1951–1983 ordynator Oddziału Dziecięcego w Nysie.

Odznaczona:

- Krzyżem Kawalerskim Orderu Odrodzenia Polski,
- Złotym Krzyżem Zasługi,
- odznaką „Za wzorową pracę w służbie zdrowia”,
- odznaką Tysiąclecia Państwa Polskiego,
- odznaką Zasłużonemu Opolszczyźnie.

Ordynatorem Oddziału Dziecięcego w Nysie została niespodziewanie – z nakazu pracy – u progu kariery akademickiej. Był to czas heroicznej walki, toczonej o życie męża Jerzego, więźnia politycznego skazanego na karę śmierci. Mimo dramatycznej sytuacji rodzinnej, z pasją i niezwykle zaangażowaniem tworzyła zręby oddziału dziecięcego i pionu pediatrycznego.

Była inicjatorką działań mających na celu walkę z chorobami zakaźnymi, krzywicą, niedożywieniem, m. in. wyjazdów ekip lekarskich na zaniedbane tereny wiejskie.

Ogromną wagę przykładła do szkolenia kadry lekarskiej. Jak nikt umiała się dzielić wiedzą i doświadczeniem. Pod Jej kierunkiem specjalizację zdobyło kilkudziesięciu pediatrów.

Do dziś jest dla nich niedoścignionym wzorem – MISTRZEM.

Cieszyła się szacunkiem całego środowiska medycznego i wielkim uznaniem rodziców. Wiedzieli, że o żadnej porze nie odmówi im pomocy. Z uwagą wsłuchiwała się w ich problemy, analizowała każde słowo, przykładając szczególną wagę do obserwacji matek.

Po przejściu na emeryturę w kwietniu 1983 r., była ciągle aktywna zawodowo, angażowała się w proces szkolenia młodych lekarzy. Imponowała wiedzą, humanizmem, wszechstronnymi zainteresowaniami. Doczekała się też momentu rehabilitacji swojego męża. Ostatnie lata życia spędziła w podwarszawskich Michałowicach, otoczona troską dzieci i najbliższej rodziny.

Pogrzeb pani dr Magdaleny Kozarzewskiej odbył się 28 czerwca na warszawskich Powązkach. Wśród żegnających była delegacja z Nysy. W imieniu Nysan mowę pożegnalną wygłosiła burmistrz Jolanta Barska, a w imieniu uczniów głos zabrała pani dr Henryka Mazurkiewicz. Mówiła m.in.: „*Byłaś dla nas, jak dobra matka – wyrozumiała, troskliwa, zawsze gotowa nieść pomoc. Uczylaś nas zawodu lekarza... bo Ty byłaś lekarzem w najlepszym tego słowa znaczeniu. Byłaś lekarzem ogromnej wiedzy, humanitaryzmu, zdolności diagnostycznych, a także chęci przekazywania swojej wiedzy.... Odchodzisz jako jeden z ostatnich Judymów!*”

Ewa SACHAJ



# SPOTKANIE Z MISTRZEM

Wspomnienie o Pani Dr Magdalenie KOZARZEWSKIEJ

To wielkie szczęście spotkać na swej drodze Mistrza. Mistrza się słucha, podziwia, od Mistrza się uczy. Ale... czy Mistrza się kocha?? Mnie było to dane. **Spotkałam w swoim życiu Mistrza.**

Jestem pięćdziesiątym pediatrą wykształconym przez P. Dr Magdalenę Kozarzewską. Trudno mi pisać te wspomnienia... Tyle mi dała, ukształtowała mnie jako lekarza, zmieniła jako człowieka. Niełatwo zawrzeć w kilku zdaniach ten ogrom wiedzy i doświadczenia, który w swoim długim i niezwykłym życiu chciała i zdołała mi przekazać.

Drobna postać, pochylona nieco do przodu, jakby przygnieciona troską. Ubrana z niewymuszoną elegancją. Chodziła zawsze szybkim krokiem, stale się spieszyła lub tylko tak to odbierałam, bo przecież czekał na nią szpital, oddział, chore dzieci. Stale pamiętam jej błyszczące, szare oczy, dobre oczy.

Była moim Pierwszym Nauczycielem medycyny – nie tej książkowej, lecz praktycznej. Nauczyła mnie słuchać matek chorych dzieci, wierzyć im, nie bagatelizować tego, co mówią. Powtarzała zawsze: *„Pamiętajcie, widzicie dziecko dziesięć, piętnaście minut, matka jest z nim stale, 24 godziny na dobę.”* Każdy objaw u chorego, niezdiagnozowanego małego pacjenta był ważny, często z nikłego, mało wyraźnego symptomu stawiała najbardziej nieoczekiwane i spektakularne rozpoznania.

Uczyła nas szacunku dla lekarza pierwszego kontaktu, który często wysuwał podejrzenia „na wyrost”, mawiała: *„Coś musiało go zaniepokoić!”* Zdarzało mi się (jako młodemu, niedoświadczonemu pediatrze) przyjąć na dyżurze „ostry brzuch”, który okazywał się zwykłym, nawykowym zaparciem. Nigdy nie usłyszałam słowa krytyki ani wyrzutu...

Sama ciągle dbała o poszerzanie i aktualizowanie swojej wiedzy medycznej. Pamiętam sterty miesięczników „American Journal of Pediatrics”, prenumerowane i czytane przez nią w ówczesnych „zgrzebnych czasach”, kiedy tak trudno było zdobyć fachową prasę. Dzięki niej mieliśmy zawsze dostęp do najnowszych wiadomości.

Wspominam do dziś cotygodniowe, środowe szkolenia wewnątrzoddziałowe i comiesięczne dla wszystkich – również „przychodnianych” – pediatrów.

W czasie któregoś z zebrań medycznych, moja Szefowa poprosiła o przedstawienie zdarzenia z dzieckiem chorym na posocnicę meningokokową. Byłam młodą lekarką – tuż po zrobieniu specjalizacji pierwszego stopnia, jeździłam na tak zwaną „wysuniętą placówkę”, do Ośrodka Zdrowia do Otmuchowa. Pełniłam zastępstwo za kolegę, który uczył się do egzaminu.

W gabinecie dzieci zdrowych pojawiła się babcia z kilkumiesięcznym niemowlęciem do szczepienia. Nie chciała rozebrać dziecka (listopad, w nie ogrzany gabinet było zimno). Uparłam się, bo tak mnie uczono: należy badać rozebrane dziecko. Z przerażeniem zauważyłam na podudziach dziewczynki klasyczne, sinoczerwone wybroczyny! Zebrałam dokładniejszy wywiad – nic niepokojącego, żadnych objawów! Ani gorączki, ani zmienionego zachowania, ani wymiotów, ani... Skreśliłam swój wcześniejszy wpis do karty zdrowia: można szczepić, dziecko zdrowe i trochę niepewną ręką wypisałam skierowanie do szpitala: podejrzenie posocznicy meningokokowej. I... zamiast wezwać karetkę i wysłać nią pacjenta na Oddział Dziecięcy, wręczyłam karteczkę babci i poleciłam zgłosić się do szpitala. Babcia, najwyraźniej nieskutecznie przeze mnie przekonana o powadze sytuacji, udała się z niemowlęciem w wózku na zakupy, a później – skrajem szosy – do domu na wsi. Pogoń za zbiegłą uwieńczona została sukcesem. Przerażona własną niefrasobliwością dopilnowałam dowiezienia niemowlęcia na Oddział. Kiedy „rozpakowałam” zawiniątko, okazało się, że wybroczyny zajmują już całą skórę, a dziecko ma 40 stopni gorączki. Tak! To była posocznica meningokokowa!

Przeżyliśmy oboje – i dziecko, i ja.

Pani Doktor, po wysłuchaniu tej opowieści, wobec całego grona pediatrów zadała mi pytanie: *„Martuniu, a nie pomyślałaś, że mogą to być ukąszenia pcheł? Nie wstydziałaś się wysunąć tak poważnego podejrzenia w gabinecie zdrowych dzieci, wobec „zdrowego” niemowlęcia? Nie bałaś się, że się ośmieszysz?”* Tym pytaniem udzieliła mi również lekcji na całe życie. Nie należy bać się „śmieszności”, nie należy się wstydzić swoich rozpoznań.

Nauczyła nas dyskusowania o trudnych przypadkach, pokazała jak wygląda prawdziwe konsylium. Wiem, że przyznanie się do wątpliwości nie hańbi, nie świadczy o braku wiedzy.

Z czasem zaprzyjaźniłyśmy się i kształtowała mnie jako matkę, kobietę. Uczyła mnie dźwigać przeciwności losu, pomogła podnieść się po tragedii związanej z ciężką chorobą mojego własnego dziecka... Powtarzała: *„Naucz się żyć dniem dzisiejszym, nie wybiegaj za bardzo w przyszłość, nie wiesz co przyniesie los.”*

Często myślę, że przyjechałam do Nysy (studia skończyłam w Lublinie) po to, **żeby spotkać MISTRZA.**

Marta RUSZECKA



### Serce i mózg. Choroby naczyniowe serca i mózgu: różnice i podobieństwa

Zapraszamy do Warszawy na konferencję *Serce i mózg. Choroby naczyniowe serca i mózgu: różnice i podobieństwa*. W programie konferencji: Czynniki ryzyka zawału serca i udaru mózgu – badanie INTERHEART i INTERSTROKE (Badanie INTERHEART, udar mózgu u chorych z ostrymi zespołami wieńcowymi, Badanie INTERSTROKE, powikłania kardiologiczne u chorych z udarem mózgu), Migotanie przedsionków – ryzyko i prewencja powikłań zakrzepowo-zatorowych (Ryzyko powikłań zatorowych, zapobieganie, leczenie, Znaczenie w ostrej fazie udaru, prewencja wtórna udaru), Postępowanie w ostrych zespołach wieńcowych i w okresie ostrym udaru mózgu – różnice i podobieństwa (Leczenie rewaskularyzacyjne (farmakologiczne i interwencyjne) w ostrych zespołach wieńcowych, Leczenie rewaskularyzacyjne (farmakologiczne i interwencyjne) w udarze niedokrwinnym), Zabiegowe leczenie miażdżycy naczyń – profilaktyka udaru mózgu i leczenie choroby wieńcowej (Endarterektomia czy stentowanie tętnic szyjnych?, Stentowanie czy pomostowanie tętnic wieńcowych?).

**Termin:** 8 grudnia 2012 r.

**Miejsce:** Warszawa

**Przewodniczący Komitetu Naukowego:** prof. dr hab. Anna Członkowska, prof. dr hab. Andrzej Budaj

**Organizatorzy:** Instytut Psychiatrii i Neurologii, II Klinika Neurologiczna, Klinika Kardiologii Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego Szpital Grochowski, wydawnictwo *Termedia*  
**Biuro organizacyjne:** Termedia sp. z o.o. ul. Kleberga 2, 61-615 Poznań, tel./faks 61 656 22 00, [szkolenia@termedia.pl](mailto:szkolenia@termedia.pl), [www.termedia.pl](http://www.termedia.pl)

\* \* \*



### IV Kongres Top Pulmonological Trends

Zapraszamy do Poznania na czwartą edycję Ogólnopolskiego *Kongresu Top Pulmonological Trends*. Hasło tegorocznego Kongresu, który jest skierowany nie tylko do pulmonologów, lecz także internistów, lekarzy rodzinnych, anestezjologów oraz alergologów, to Choroby płuc w 2012 r.

W programie znajdują się m.in. najnowsze doniesienia ze światowych i europejskich zjazdów naukowych, aktualne zalecenia i standardy leczenia chorób płuc, kontrowersje diagnostyczne oraz wiele innych istotnych, lecz nieczęsto poruszanych tematów, takich jak rzadkie infekcje oddechowe. Jedną z sesji poświęconą będzie ważnym dla każdego lekarza aspektom prawnym i etycznym naszej pracy.

Konferencja ma charakter naukowo-szkoleniowy i zakłada aktywny udział uczestników w sesjach tradycyjnych, interaktywnych, problemowych, interdyscyplinarnych, spotkaniach z ekspertami oraz warsztatach. Stanowi ona wkład środowiska poznańskiego – we współpracy z wybitnymi wykładowcami z całego kraju – w popularyzację różnych aspektów pulmonologii.

**Termin:** 29 listopada–1 grudnia 2012 r.

**Miejsce:** Poznań, Hotel Novotel Poznań Centrum, pl. Andersa 1

**Organizatorzy:** Katedra i Klinika Pulmonologii, Alergologii i Onkologii Pulmonologicznej Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu, Stowarzyszenie Wspierania Pulmonologii Poznańskiej, wydawnictwo *Termedia*

**Przewodnicząca Komitetu Naukowego:** prof. dr hab. Halina Batura–Gabryel

**Komitet Honorowy:** Marszałek Województwa Wielkopolskiego – Marek Woźniak, Wojewoda Wielkopolski – Piotr Florek, Prezydent Miasta Poznania – Ryszard Grobelny

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





\* \* \*

### VI Konferencja Postępy w Gastroenterologii

Zapraszamy na VI Konferencję *Postępy w Gastroenterologii* pod naukowym kierownictwem prof. Grażyny Rydzewskiej. W programie m.in.: Wybrane aspekty chorób czynnościowych przewodu pokarmowego (Irritable bowel syndrome – what's new, Różnicowanie biegunki infekcyjnej i czynnościowej, Probiotyki w zaburzeniach czynnościowych przewodu pokarmowego, Choroba refluksowa – co nowego w diagnostyce i leczeniu, różnicowanie z chorobami czynnościowymi, Czynniki ryzyka infekcji *Clostridium difficile* – wciąż niedoceniany problem, *Clostridium difficile* – punkt widzenia mikrobiologa, Zaparcia czynnościowe i inne, problemy w opiece paliatywnej), Zapalenia trzustki – czy padło już ostatnie słowo? (Nowe aspekty prognozowania i leczenia ostrego zapalenia trzustki, Zaburzenia funkcji wewnątrzwydzielniczej w chorobach zapalnych i raku trzustki, Co nowego w autoimmunologicznym zapaleniu trzustki), Ostre zapalenie i guz trzustki – problemy chirurgiczne czy wspólne?, Postępy w gastroenterologii (Co nowego w diagnostyce celiakii, Wytyczne Grupy Roboczej Konsultanta Krajowego w dziedzinie Gastroenterologii dotyczące postępowania w krwawieniach z żylaków przełyku, Wytyczne Grupy Roboczej Konsultanta Krajowego dotyczące postępowania z pacjentem z nieswoistymi zapalnymi chorobami jelit).

**Termin:** 7–8 grudnia 2012 r.

**Miejsce konferencji:** Centrum Kongresowo-Dydaktyczne Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego ul. Przybyszewskiego 37a, Poznań,

**Kierownik naukowy:** prof. dr hab. Grażyna Rydzewska,

**Organizatorzy:** Klinika Chorób Wewnętrznych i Gastroenterologii CSK MSWiA w Warszawie, wydawnictwo *Termedia*, wydawca czasopisma *Przeгляд Gastroenterologiczny*

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

\* \* \*



### VI Wielkopolskie Dni Hipertensjologii

Szacuje się, że na nadciśnienie tętnicze cierpi nawet co trzecia dorosła osoba. To schorzenie według WHO stanowi najistotniejszą epidemiologicznie pośrednią przyczynę zgonów na świecie, ponieważ zwiększa ryzyko incydentów sercowo-naczyniowych.

W 2006 r. hipertensjologia stała się w Polsce specjalizacją lekarską. Ten fakt świadczy o tym, że do walki ze skutkami nadciśnienia tętniczego przywiązuje się coraz większą wagę.

Strategia oraz najnowocześniejsze metody leczenia nadciśnienia tętniczego – to główne tematy *VI Wielkopolskich Dni Hipertensjologii*, które odbędą się 1 grudnia 2012 r. w Poznaniu.

Ponadto podczas konferencji uczestnicy dowiedzą się, jak zmodyfikować terapię hipotensyjną, gdy pacjent z nadciśnieniem tętniczym ma migotanie przedsionków, niedokrwienie tętnic kończyn dolnych, łuszczycę, astmę, POChP lub jest dializowany.

**Termin:** 1 grudnia 2012 r.

**Miejsce:** Centrum Kongresowo-Dydaktyczne Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego ul. Przybyszewskiego 37a, Poznań,

**Organizatorzy:** Katedra i Klinika Hipertensjologii, Angiologii i Chorób Wewnętrznych Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, wydawnictwo *Termedia*

**Przewodniczący Komitetu Naukowego:** prof. dr hab. Andrzej Tykarski

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

\* \* \*

Już dziś blisko dwa tysiące lekarzy i lekarzy dentystów, zatrudnionych na terenie całego województwa mazowieckiego zarejestrowało się w projekcie kształceniowym „E-learning w służbie lekarzom” ([www.kursy-elearning.pl](http://www.kursy-elearning.pl)), by móc wziąć udział w multimedialnych programach edukacyjnych i uzyskać wymagane ustawowo punkty edukacyjne.

**Ale dostęp do programów mogą mieć również lekarze z całego kraju.** Już od 1 października 2012 do końca czerwca 2013 MedManager ([www.medmanager.com.pl](http://www.medmanager.com.pl)) przeprowadzi ogólnopolskie badanie sondażowe w sprawie wykorzystania technik kształcenia na odległość w doskonaleniu zawodowym lekarzy i lekarzy dentystów. To nie zajmie Wam więcej niż kwadrans. Druki ankiety wraz z instrukcją proszę pobierać ze strony MedManagera.

Osoby, które wezmą udział w badaniu uzyskają do dnia 31 grudnia 2013 roku nieodpłatny dostęp do programów edukacyjnych emitowanych na Medycznej Platformie Edukacyjnej. Uzyskają w ten sposób prawo do zdobycia punktów edukacyjnych. Liczba uczestników badania jest ograniczona. Serdecznie zapraszamy.

*Marek Stankiewicz  
koordynator ds. promocji  
[www.kursy-elearning.pl](http://www.kursy-elearning.pl)  
tel.+48-531-696-617*

\* \* \*

**Fundacja Kształcenia Medycznego ([www.kształceniemedyczne.pl](http://www.kształceniemedyczne.pl))** zaprasza wszystkich młodych (duchem) lekarzy do współpracy:

Pomoc w tworzeniu i realizowaniu projektów badawczych

Współfinansowanie kursów, szkoleń

Przyznawanie stypendium naukowego i nagród dla wyróżniających się studentów – naukowców

Współorganizowanie wyjazdów integracyjnych dla lekarzy i studentów medycyny

Praktyki zagraniczne oraz praca w krajach UE dla młodych lekarzy

\* \* \*

**NZOZ „Vita” s.c.**, (49-340 Lewin Brzeski, al. Wojska Polskiego 21, tel. 77/412-72-76) zaprasza do współpracy lekarzy: **okulistę** (gabinet okulistyczny w pełni wyposażony), **kardiologa**, **reumatologa**, **ortopedę**. Mamy nową przychodnię otoczoną zielenią z dużym parkingiem. Lewin Brzeski jest miasteczkiem i Gminą. Nie pracuje tu żaden specjalista oprócz stomatologa i laryngologa. Oczekujemy na zgłoszenia.

\* \* \*

Zatrudnimy w **Przychodni Rejonowej w Opolu (POZ) LEKARZA INTERNISTĘ**. Zapewniamy atrakcyjne i elastyczne warunki zatrudnienia. Praca wyłącznie w dni powszednie. Kontakt – ZWM-Malinka w Opolu, tel. 604-192-018, 602-537-082.

\* \* \*

**NZOZ „MED-IZB” Izbicko poszukuje lekarza do pracy w POZ**, z możliwością wejścia do spółki. Kontakt: Bernard Knosala, tel:+48 606-641-484.

\* \* \*

**NZOZ Dental Complex** zatrudni lekarza stomatologa. Telefon kontaktowy 77/455-30-83.

\* \* \*

**Sprzedam lub wynajmę gabinet stomatologiczny** w pełni wyposażony w centrum Olesna. Sprzęt jest serwisowany w dobrym stanie. Cena podlega negocjacji. Szczegółowe informacje pod numerem telefonu 602-740-614 lub mailowo: **mhofman6@gmail.com**.

# ultrasonografy.pl



## 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

# „Przychodzi wena do lekarza”

## Ogólnopolski Konkurs Literacki im. Profesora Andrzeja Szczeklika

### *Edycja II*

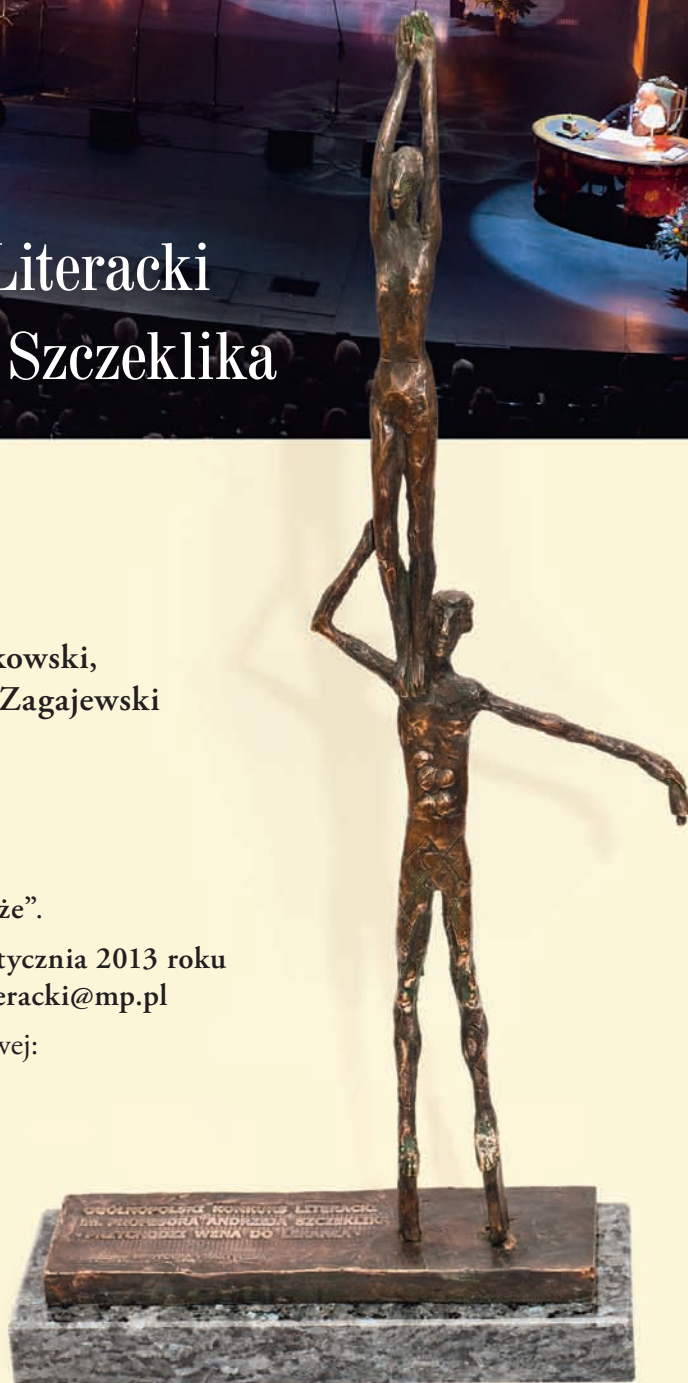
#### *Jury:*

Anna Dymna, Ewa Lipska, Marek Pawlikowski,  
Michał Rusinek, Maria Szczelik, Adam Zagajewski

- W konkursie może wziąć udział każda osoba mająca tytuł lekarza lub lekarza dentystry.
- Prace można zgłaszać w kategoriach: „Poezja”, „Proza” oraz „Pamiętniki i reportaże”.
- Prace konkursowe przyjmowane będą do 15 stycznia 2013 roku pocztą elektroniczną pod adresem [konkursliteracki@mp.pl](mailto:konkursliteracki@mp.pl)
- Regulamin dostępny jest na stronie internetowej: [www.mp.pl/wena](http://www.mp.pl/wena)

#### *Informacji udzielają:*

Aldona Mikulska, Justyna Tomska  
Medycyna Praktyczna, ul. Skawińska 8  
31-066 Kraków  
tel. 12 29 34 020  
e-mail: [konkursliteracki@mp.pl](mailto:konkursliteracki@mp.pl)



[www.mp.pl/wena](http://www.mp.pl/wena)

Partner:



Mimo Wszystko  
Fundacja Anny Dymnej

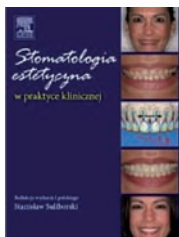
medycyna **praktyczna**





**ELSEVIER URBAN & PARTNER Sp. z o.o.**  
**50-011 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)**

**Stomatologia estetyczna w praktyce klinicznej**, M. Geissberger; wyd. I polskie, red. S. Suliborski; ISBN: 978-83-7609-690-2, format: 215x285, opr. twarda, 337 stron, cena det.: 239.00 zł, twoja cena: 203.15 zł (478 ELS pkt)

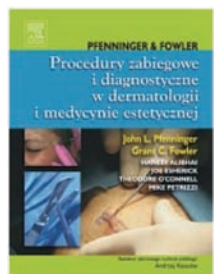


Stomatologia estetyczna jest jedną z najszybciej rozwijających się dziedzin stomatologii. Jej głównym celem jest poprawa wyglądu estetycznego uzębienia i twarzy. Niestety jest to dość trudna materia, a efekt końcowy poszczególnych zabiegów jest uzależniony od oczekiwania pacjenta, doświadczenia lekarza oraz zdolności technika protetyka. Książka Stomatologia estetyczna w praktyce klinicznej w kompleksowy i zwięzły sposób dostarcza niezbędnych informacji z tej dziedziny stomatologii, tak aby każdy zainteresowany lekarz mógł je wykorzystać w praktyce. Czytelnik znajdzie tutaj m.in. wiadomości dotyczące badania wstępnego pacjenta, projektowania leczenia estetycznego, postępowania w rutynowych i złożonych przypadkach estetycznych, a także dokładny opis poszczególnych technik wykorzystywanych w stomatologii estetycznej. Liczne kolorowe zdjęcia są cennym uzupełnieniem prezentowanych informacji. Pozycja jest przeznaczona dla wszystkich lekarzy stomatologów pragnących wzbogacić i rozszerzyć zakres oferowanych usług o techniki leczenia estetycznego.

\*\*\*

**Procedury zabiegowe i diagnostyczne w dermatologii i medycynie estetycznej**, J.L. Pfenninger, G.C. Fowler; wyd. I polskie, red. A. Kaszuba; ISBN: 978-83-7609-730-5, format: 220x275, opr. twarda, 478 stron, cena det.: 339.00 zł, twoja cena: 288.15 zł (678 ELS pkt)

Książka *Procedury zabiegowe i diagnostyczne w dermatologii i medycynie estetycznej* stanowi wszechstronne kompendium procedur medycznych i zabiegów chirurgicznych stosowanych w dermatologii i medycynie estetycznej. Dzięki postępowi w metodach leczenia wiele zabiegów operacyjnych, które wcześniej wymagałyby hospitalizacji lub specjalistycznej konsultacji, mogą być teraz przeprowadzane w warunkach ambulatoryjnych jako minimalnie inwazyjne techniki chirurgiczne. Publikacja zawiera praktyczne instrukcje, w których krok po kroku opisano, jak wykonywać poszczególne procedury medyczne i zabiegi chirurgiczne. Schematy i przejrzyste zdjęcia ilustrują opisywane techniki zabiegowe i znacznie podnoszą wartość edukacyjną podręcznika. Na szczególną uwagę zasługuje jednolity układ tekstu, który obejmuje następujące podrozdziały: • wskazania • przeciwwskazania • wyposażenie • postępowanie przedzabiegowe • sposób przeprowadzenia znieczulenia i technika zabiegu • powikłania • kooperacyjna edukacja pacjenta



**Medycyna ratunkowa. An illustrated colour text**, P. Atkinson, R. Kendall, L. van Rensburg; wyd. I polskie, red. J. Jakubaszko; ISBN: 978-83-7609-687-2, format: 210x295, opr. broszurowa, 258 stron, cena det.: 114.00 zł, twoja cena: 96.89 zł (228 ELS pkt)

*Medycyna ratunkowa - An illustrated colour text* to łatwy do wykorzystania zasób wiadomości przydatny zarówno studentom medycyny, jak i młodym lekarzom pragnącym specjalizować się w pasjonującej dziedzinie, jaką jest medycyna ratunkowa. W książce przedstawiono wiedzę medyczną z punktu widzenia szpitalnego oddziału ratunkowego, dlatego skoncentrowano się na objawach występujących u pacjenta. W części pierwszej książki przedstawiono cele działania w medycynie ratunkowej oraz główne elementy procedur oceny pacjenta w stanie nagłym. Część druga jest poświęcona resuscytacji, która jest najważniejszą umiejętnością lekarza praktykującego tę specjalność. W części trzeciej omówione zostały różne rodzaje badań wykorzystywanych na szpitalnych oddziałach ratunkowych. W pozostałych rozdziałach opisano kolejno stany chorobowe i dolegliwości w podziale na rodzaje urazów oraz okolice anatomiczne.

\*\*\*

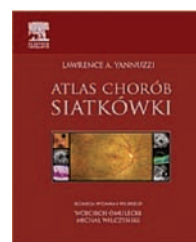
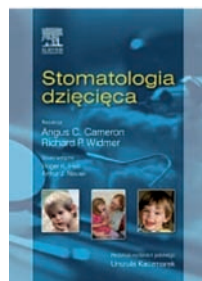
**Stomatologia dziecięca. Wydanie II**, A.C. Cameron, R.P. Widmer; wyd. II polskie, red. U. Kaczmarek; ISBN: 978-83-7609-607-0, format: 165x235, opr. broszurowa, 478 stron, cena det.: 139.00 zł, twoja cena: 118.15 zł (278 ELS pkt)

Zarówno zapracowany klinicysta, jak i student często potrzebują szybkiego źródła referencyjnego w odniesieniu do jakiegoś zagadnienia, procedury klinicznej czy stwierdzonego objawu. Chociaż jest wiele doskonałych podręczników z zakresu stomatologii dziecięcej nie zawsze znalezienie potrzebnej informacji jest łatwe. Ten podręcznik jest bardzo wyczerpujący. W trzecim wydaniu autorzy rozszerzyli rozdziały dotyczące tematyki behawioralnej oraz zasad stosowania fluoru. Przedstawili tak że nowe międzynarodowe wytyczne postępowania w urazach i wzbogacili części omawiające patologię jamy ustnej oraz anomalie rozwojowe. Dołączone też zostały nowe rozdziały dotyczące kariologii, leczenia odtworczego oraz leczenia chorób miazgi zębów mlecznych.

\*\*\*

**Atlas chorób siatkówki**, L.A. Yannuzzi; wyd. I polskie, red. W. Omulecki, M. Wilczyński; ISBN: 978-83-7609-702-2, format: 225x304, opr. twarda, 892 strony, cena det.: 378.00 zł, twoja cena: 321.30 zł (756 ELS pkt)

Jeden z najlepszych na świecie atlasów chorób siatkówki. Ponad 5000 doskonałej jakości zdjęć. Pełne spektrum zmian patologicznych w obrębie siatkówki.



**Endokrynologia w pediatrii**, Ch.G.D. Brook, R.S. Brown; wyd. I polskie, red. M. Szalecki; ISBN: 978-83-7609-685-8, format: 190x245, opr. broszurowa, 297 stron, cena det.: 152.00 zł, twoja cena: 129.20 zł (304 ELS pkt)

Książka jest poświęcona problemom z zakresu endokrynologii dziecięcej. Autorzy w zwięzły i przystępny sposób omówili patomechanizm, objawy kliniczne, diagnostykę i terapię zaburzeń gruczołów wydzielania we wnętrzu. Przedstawione zostały m.in. zagadnienia dotyczące zaburzeń różnicowania płci, problemy z prawidłowym wzrostem, otyłość, a także choroby tarczycy. Cennym uzupełnieniem podręcznika jest załącznik z zestawieniem prawidłowych wartości badań laboratoryjnych stosowanych w endokrynologii. Pozycja jest adresowana do endokrynologów, pediatrów i lekarzy rodzinnych.

\*\*\*

**Zespoły padaczkowe**, M.A. Werz, I.L. Pita; wyd. I polskie, red. J. Jędrzejczak; ISBN: 978-83-7609-759-6, format: 210x276, opr. twarda, 212 stron, cena detaliczna: 169.00 zł, twoja cena: 143.65 zł (338 ELS pkt);

Celem autorów publikacji było dostarczenie czytelnikowi krótkich omówień różnych rodzajów zespołów padaczkowych i zilustrowanie każdego z nich rzeczywistymi przypadkami klinicznymi z towarzyszącymi zapisami video-EEG. Chociaż podręcznik napisano przede wszystkim z myślą o epileptologach i rezydentach neurologii, może przydać się także technikom EEG, pielęgniarcom, neurochirurgom, psychologom, tym bardziej że współautorzy rozdziałów reprezentują szeroki zakres specjalności medycznych, wchodzących w skład typowego zespołu zajmującego się chorymi na padaczkę. Książka zaopatrzona kodem dostępu do strony expertconsult.com. W komplecie dwie płyty DVD.

\*\*\*

**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)**

**Zarys ginekologii onkologicznej t. I i II**, pod red. Janiny Markowskiej i Radosława Mądrego; ISBN: 978-83-62138-92-0 (t. I) i ISBN: 978-83-62138-93-7 (t. II), format: B5, opr. twarda, 748 (t. I) i 596 (t. II) stron, cena każdego z tomów 199,00 zł

W najnowszej publikacji naszego wydawnictwa dzięki interdyscyplinarnej współpracy wielu wybitnych specjalistów w uporządkowany i przystępny sposób omówiono epidemiologię, czynniki ryzyka, diagnostykę oraz metody leczenia układu rozrodczego kobiety. Mamy nadzieję, że podręcznik ten będzie dla Państwa ciekawą i pomocną lekturą w podejmowaniu codziennych decyzji w praktyce klinicznej.

