



OPOLSKA  
IZBA  
LEKARSKA

Rok Założenia 1990

Czerwiec 2013

ISSN 1426-661X

# BIULETYN INFORMACYJNY

Nr 202

OPOLSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

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

„Ej Sobótka, Sobótka,  
dzień jest długi, noc krótka...”



Fot. Adam Bagiński



# PIESKIE ŻYCIE

Jak długo ona może tak stać? Hafty się prują, gorset wpija się w ciało, nie pozwala oddychać. Od lat nie zrobiła najmniejszego ruchu; niechby przynajmniej rozpuściła włosy albo odchyliła się na bok, zatoczyła w tył. Nic. I już nie patrzy na tych z przeciwka. Pewnie nadal czeka na malarza, który ją stworzył i zniknął. Nie dał jej nawet imienia: *Portret damy* – podpisał obraz.

A tyle było wspólnych chwil, tyle rozmów przy świecach, jakieś plany, krzesło, obrus, kamień znad morza w kształcie wieloryba. Dziś są jak ta para z Ouro Preto, ona – skończona piękność, on – chłopak z południa. Milczą, grzebią stopami dołki w ziemi, zmarszczyli czoła i równocześnie westchnęli, jakby oboje w tej chwili pomyśleli: Strzeż się! To się nie może udać.

– Patrzcie na nich – chrypi starucha i rozkłada karty. – Czarne: zostawi ją, czerwone: przetrwają – odsłania na przemian piki, kara, piki i kiery, bo w życiu wszystko jest jeszcze możliwe. Na płótnie gra się już skończyła. Po mężczyźnie został tylko pies – kudłacz czarniejszy niż tamtych dwoje i niż pożar w kopalni złota. *Są psy i psy* – pisała Wisława Szymborska. *Ja byłem psem wybranym* – mógłby wyszczeekać za poetką. Wycierał się w adamaszek, jadł z porcelany, spał do południa, czasami pozował, ale od niechcenia. – To nie dla psa robota – żalił się kotom.

Tym razem było inaczej. Posadzono go bowiem na amarantowym *table de nuit* z intarsjami. Wcześniej stał tam telefon – ostatni krzyk mody, podobny do ropuchy, takiej geometrycznej, z finezyjną słuchawką na głowie. Pan bardzo się zmienił, odkąd go kupił, ciągle do kogoś dzwonił, także późno w nocy, to pokrzykiwał, to szeptał (zupełnie jak kiedyś psu do ucha), pochylał się nad cyferblatem, strzepywał niewidzialny pył z widełek, wycierał do błysku, bawił się kablem. O czworonogu całkiem zapomniał. Skończyły się spacerunki i wieczorne igraszki, mycie w wannie i wyczesywanie. Pewnego dnia – to nie do wiary! – miskę ozdobioną walczącymi siewkami zamieniono na inną, całą w banany. I nagle w sobotę, gdzieś koło południa, telefon schowano do szafy.

– Sportretuję cię z Afikiem – oznajmił pan. – Zawołaj znajdę, zawsze się płacze pod nogami, a dziś masz go, przepadł.

– Tylko go podrasuj, nie chcę wylądować w wieczności z kundlem – poprosiła dama.

Pchlarz wlepił w nią oczy, pomierdał ogonem, wygładził sierść jęzorem. Chciał się przecieżyć podobać. – Siedzę na stole – warknął nieśmiało. – Gdyby tak przyszedł sąsiad z labradorem... – rozmarzył się i w tym rozmarzeniu, w tym nastroju błogim oblizał kawał pyska, wyliniały brzuch i łapy aż po pazury. Artysta tymczasem zapalił papierosa, zaciągnął się, wstrzymał oddech, po chwili wypuścił dym i patrzył,



Władysław Skoczylas – *Dama z psem*

jak fałdy smogu kołują nad głową, jak się leniwie rozciągają pod sufitem i wreszcie zamierają jasną kreską przy lufciku. Zrobił kolejne sztachnięcie i znów sufit zginął w smugach, zachwiał się i spowolnił myśli. Malarz zgniótł niedopałek, lecz nie wrzucił go do popielniczki, ale ułożył na stosie, jakby się przygotowywał do rytualnego podpalenia swoich narkotycznych marzeń. Przyniósł paletę, pomieszał farby, te szlachetne i mniej szlachetne. – W życiu też się wszystko miesza – powiedział tak cicho, żeby nie dosłyszała. Bo właśnie przyciągnęła parawan: japoński, jedwabny,

wymalowany – być może przez samego Katsushikę Hokusaiego – w chińskie róże i słowiki. Na cienkiej materii wyraźnie odbiły się kocie łapy.

– Ten kocmołuch nie potrafi się zachować! – zamruczał Afik. – Śpi, gdzie popadnie, po prostu brak mu klasy! I taki chciał być na obrazie. Niedoczekanie! – szczekał coraz głośniejsze i głośniejsze, aż pan go skarcił.

*Portret damy* – bezimiennej, więc może być jedną z wielu i tą ostatnią. Baronową, kuzynką Bietką, pomywaczką. Jest uparta, bystra, leniwa – proszę zgadywać: ufna czy zadufana – niech sobie widz wybiera. Odważna albo lękliwa, z niejednego pieca chleb jadła, boso szła przez świat, piechotą do nieba i z powrotem, lub gdzie jej tam! nosa za drzwiami nie wyściubi. Nigdy przed ślubem lub po ślubie niewiele, sto lat samotności czy otoczona tłumem wielbicieli. Trzpiotka, a czyta Immanuela Kanta, wali bez pardonu albo trzy razy pomyśli, zanim coś powie, obraca w palcach każdą złotówkę lub nie dba o pieniądze. Może być każdą lub tą wybraną, zepsutą i nadobnie czystą.

Władysław Skoczylas (1883–1934) namalował ją bardzo starannie. Zadbał o światło, zasłonił kocie ślady, udoskonalił psa – wygląda zupełnie jak spaniel. Można się rozpisać o jej brwiach, ustach, brodzie, meszku nad górną wargą. Zauważyć kolor włosów, dekolt, filigranową talię. Można docenić gładkość skóry i ramiona jak dojrzałe melony, napomknąć coś o szyi i kościach policzkowych. Policzyć palce, a na nich pierścionki, odszukać łacińskie nazwy kwiatów tworzących deseń sukni.

I można w tej opowieści zgubić ulotność. Czulił chwilę nad ranem, jego „muszę wracać do domu”, jej „nie zapomnij o mleku”. I jedną łzę spod wółprzymkniętych powiek. – To nic – odpowiedziałyby, gdyby zapytał.

Agnieszka KANIA

Aniśmy się obejrżeli, a tu już przedśmionek lata – czerwiec. Pewnie to sprawka tak długo trzymającej nas w szachu zimy! Wszyscy zatęskniliśmy już do pogodnych dni i rozgwieżdżonych, ciepłych nocy. Za chwilę nadejdzie magiczna Noc Kupały, a po niej niestety znowu zacznie ubywać dnia!! No, ale może nie bądźmy aż takimi pesymistami – przecież przed nami całe lato.

Nadchodzące dni są jednak ważnie nie tylko z powodu zbliżającego się lata, ale – co dla nas, jako Samorządu znacznie bardziej istotne – z powodu rozwiniętej w pełni kampanii wyborczej do naszych izbowych władz na następne 4 lata. Prezes Jakubiszyn pisze co prawda o tym, w swojej „Szpalcie Prezesa”, ale chyba warto jeszcze raz przypomnieć, że jest to bardzo istotny moment w życiu Samorządu. Od skromnej aktywności każdego z nas (chodzi przecież o wybór delegatów) zależy skład najważniejszych organów izbowych. To, kogo wybierzemy, będzie decydować o tym, jak wyglądać będą następne lata działania Izby. Jeśli więc nie zdążyliście odesłać pocztą swojego głosu, to macie jeszcze szansę zrobić to osobiście podczas zebrania wyborczego w swoim rejonie.

Pewnie niektórzy z Was dziwią się, że tak usilnie namawiamy do głosowania. Musicie jednak pamiętać, że jeśli zdarzy się nam „wypadek przy pracy” i nie zdołamy wybrać swoich przedstawicieli w Samorządzie, to będzie to powód do wstydu i klęska idei samorządności zawodowej. Wiercie mi, jest wśród elit rządzących naszym krajem bardzo wielu takich, którzy najchętniej zlikwidowaliby Samorząd Lekarski (skąd my to znamy???). Jeśli nie zdołamy wybrać nowych władz w poszczególnych izbach lekarskich, to „strzelimy sobie sami w stopę”. A ci faceci „na górze” będą mieli świetny argument wspierający ich poglądy i dążenia.

Może się wtedy tak stać, że nie będzie izb. Pewnie odezwą się głosy: No i dobrze! I tak nic z tych izb nie mamy, trzeba tylko płacić składki za nic! Czy aby na pewno?!? Pewnie, że nie udało się nam wiele rzeczy wywalczyć! Że ciągle w konfrontacji z władzą – jaka by ona nie była, biała, różowa, czerwona – ciągle jesteśmy w de-

fensywie. Ale właśnie dlatego, że jesteśmy dla władzy przysłowiowym „wrzodem na ...” – nie możemy odpuszczać! Nie możemy dać im tej satysfakcji z powodu własnego „samobójstwa”.

Bo przecież mimo wszystko, to w naszych (izbowych) rękach jest sądownictwo lekarskie, które hamuje zapędy pospółstwa. Gdyby nie ono na pewno mielibyśmy sądy przypominające osławione OKKZ-ty. A jak one działały zapytajcie swoich starszych Kolegów – oni to pamiętają. Tam urzędnicy decydowali o losach lekarza, a nie inni lekarze. Proszę pamiętać o tym, że od roku działają już podobne instytucje przy wojewodach! Czy w związku z tym wszystko ma przejść w ich ręce?

To my, jako Samorząd mamy bezpośredni wpływ na kształcenie podyplomowe Koleżanek i Kolegów. Zgadza się, każdy z urzędujących ministrów zdrowia stara się nam maksymalnie utrudniać realizację tego zadania, ale póki co to nie ma pełnej swobody działania. Jako samorząd polskich lekarzy mamy swoich przedstawicieli w większości liczących się organizacji medycznych i lekarskich na świecie! I nawet jeśli nasi rodzimi politycy zamykają uszy na nasze problemy, to trudno jest tak samo zachować się, jeśli o problemach tych mówi się na forum międzynarodowym – to zupełnie inna forma nacisku!!

Utworzyliśmy w każdej izbie fundusze, dzięki którym możemy wspierać finansowo potrzebujących lekarzy. Emerytury, jakie na nas czekają, nie dają nam szansy na spokojną starość. Bardzo wielu z nas już wie, że będzie pracować także i po osiągnięciu wieku emerytalnego żeby związać koniec z końcem.

W izbach powstają zespoły muzyczne, chóry, kluby taneczne plastyczne i literackie, ekipy sportowe. Koleżanki i Koledzy mogą – przy wsparciu finansowym swoich izb – rozwijać swoje pasje, zdobywać laury i medale, realizować się nie tylko w swoim zawodzie.

Czy to mało?!? Zastanówcie się proszę, zanim wzruszycie ramionami i stwierdzicie, że „to nie mój problem”. Licząc na chwilę refleksji i poczucie odpowiedzialności pozdrawiam serdecznie

Jerzy B. LACH

## SZPALTA PREZESA

### Koleżanki i Koledzy

Po raz kolejny zaczynam moich kilka uwag od sprawy wyborów, ale ich odmiennność w tej pierwszej fazie – czyli wyboru delegatów na Okręgowy Zjazd Lekarzy – jest tak istotna, że warto o tym przypominać.

Gdy będziecie czytać te słowa będzie już po terminie przekazywania głosów drogą korespondencyjną. Mam

nadzieję, że większość z Was z tej możliwości skorzystała. Dla tych, którzy jednak z jakiś powodów przegapili termin 31 maja, będzie możliwość zagłosowania bezpośrednio przy urnie wyborczej. Nie przegapcie więc z kolei tego terminu, który wytłuszczonym tekstem został Wam podany w piśmie, które dotarło do Was wraz z materiałami do głosowania korespondencyjnego!!

W ostatnich dniach miała miejsce bardzo istotna decyzja związana z przyszłością naszej siedziby w Opolu przy ulicy Grunwaldzkiej 23. Otóż po kilkuletnich staraniach otrzymaliśmy ostatecznie zgodę władz miasta na wykupienie działki, na której znajduje się budynek Izby. Jako pełnoprawni właściciele tego terenu przystępujemy do planowanych już wcześniej zmian „budowlano-remontowych”.

Zwiększone (w stosunku do 1989 roku) zadania, jakie stoją przed Okręgową Izbą Lekarską – zwłaszcza w zakresie prowadzonych szkoleń – wymuszają na nas

dostosowanie struktury Biura Izby do tych nowych potrzeb. Oznacza to konieczność wygospodarowania kilku nowych pomieszczeń, a także zorganizowania parkingu. Niestety prowadzenie remontu oznaczać będzie zawieszenie działania w tym okresie Klubu w przyziemiu Izby.

Ponieważ wchodzimy powoli w okres urlopów życzę Wam wszystkim dobrego i skutecznego odpoczynku, który pozwoli na funkcjonowanie w tej niełatwej rzeczywistości naszej polskiej ochrony zdrowia do... następnego urlopu.

*Jerzy JAKUBISZYN*

## CO SŁYCHAĆ W IZBIE

# SPRAWOZDANIE Z POSIEDZENIA OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ W OPOLU W DNIU 24 KWIETNIA 2013 R.

Program zebrania:

- 1) Przyznanie praw wykonywania zawodu.
- 2) Rejestracja podmiotów prowadzących szkolenie podyplomowe lekarzy.
- 3) Rejestracja indywidualnych praktyk lekarskich.
- 4) Przyznanie świadczeń z Funduszu Samopomocy i dofinansowanie udziału w imprezach sportowych.
- 5) Wyznaczenie przedstawicieli OIL do komisji konkursowych.
- 6) Podjęcie uchwał w sprawie zmiany wysokości składki członkowskiej.
- 7) Przygotowania do wyborów delegatów na Okręgowy Zjazd Lekarzy kadencji 2013–2017.
- 8) Sprawozdanie członków Rady z działalności pomiędzy posiedzeniami.
- 9) Sprawy różne i wolne wnioski.

W związku z czasową nieobecnością Prezesa Jakubiszyna, obrady Rady rozpoczął Wiceprezes Kowarzyk, który powitał zebranych i oddał głos Sekretarzowi Rady kol. Lachowi.

Ad 1.

Kol. Lach przedstawił wnioski dwojga lekarzy: Barbary Górskiej i Tadeusza Leśniczka o wydanie duplikatu Prawa Wykonywania Zawodu w związku z utratą oryginału – Rada jednogłośnie zaaprobowała oba wnioski.

Z kolei Jarosław Sobociński zwrócił się z wnioskiem o wydanie PWZ po odbyciu stażu podyplomowego

Następnie Sekretarz zapoznał zebranych z wnioskami o wpisanie na listę członków Opolskiej Izby Lekar-

skiej kol. kol. Marty Pandel i Anny Wiącek (oba przeniesienia z DIL-u), które Rada również jednogłośnie zaakceptowała.

Ad 2.

Następnie kol. Kowarzyk przedstawił podania firmy MARKU, która będzie organizować dwa szkolenia dla lekarzy-dentystów: 10 maja (za 4 punkty edukacyjne) oraz 25 maja (za 6 punktów edukacyjnych) oraz firmy Ivoclar-Vivadent, która dla tej samej grupy zawodowej organizuje szkolenie w dniu 25 kwietnia (za 5 punktów edukacyjnych).

Rada jednogłośnie zaaprobowała wnioski przyznając proponowaną liczbę punktów edukacyjnych.

Ad 3.

Do Rady wpłynęły wnioski o skreślenie z rejestru praktyk lekarskich czworga lekarzy: Danuty Chromicz, Jerzego Rękawka, Janusza Niwińskiego oraz Bolesława Benickiego. Rada przychyliła się do tych wniosków.

Ad 4.

W dalszej części obrad kol. Kowarzyk przedstawił wnioski o dofinansowanie:

- druku śpiewników i wykonania znaczków na Reaktywowany Stressowy Złaz Medyka organizowany w dniach 31 maja – 2 czerwca br. w Kotlinie Kłodzkiej w wys. 4.000 zł;
- udziału kol. kol. Michała i Witolda Pędichów w Mistrzostwach Polski Lekarzy w Piłce Siatkowej;
- udziału czworga kolegów w Mistrzostwach Żeglarskich Lekarzy w klasie „Omega”.



W uzupełnieniu pierwszego z wniosków, jeden z organizatorów, kol. Lach, przedstawił szczegóły dotyczące całej imprezy, zapraszając jednocześnie do udziału w niej wszystkich członków Rady.

Rada przy jednym głosie wstrzymującym się – w przypadku pierwszej propozycji – zaaprobowała wszystkie wnioski.

Ponieważ w międzyczasie do obradujących dołączył Prezes Jakubiszyn – przejął on prowadzenie Rady od kol. Kowarzyka. Do Funduszu Samopomocy wpłynęła prośba Asaza Izzata – Syryjczyka posiadającego obywatelstwo polskie, który wraz z rodziną uciekł z Syrii przed prześladowaniami, o zapomogę niezbędną do uregulowania zaległego długu wobec polskiej ambasady w Syrii na pokrycie kosztów jego ucieczki. Kol. Olejnik dodatkowo opisał aktualną sytuację lekarza oraz poczynione przez miejscowe władze samorządowe kroki dla umożliwienia mu osiedlenia się i jego pracy w powiecie kędzierzyńsko-kozielskim. Rada jednogłośnie przyznała zapomogę.

Do Rady wpłynęło podziękowanie od jednej z naszych Koleżanek za przyznaną jej wcześniej zapomogę.

Kol. Jakubiszyn przedstawił również prośbę Małopolskiej Izby Lekarskiej o pokrycie kosztów pobytu na majowym Kongresie Polonii Medycznej kilku lekarzy polskich z Białorusi i Ukrainy. Koszty pobytu tych lekarzy pierwotnie miały być finansowane przez „Wspólnotę Polską”. Jednakże, w związku ze zmianą przepisów i innymi perturbacjami brak jest środków na ten cel. W związku z czym Prezes zaproponował, aby wesprzeć Izbę Małopolską w części wynikającej z liczebności członków naszej Izby – czyli kwotą 3.000 zł. Rada jednogłośnie przyznała tę kwotę.

Ad 5.

Dyrekcja szpitala w Nysie zwróciła się do Rady z prośbą o wyznaczenie swoich przedstawicieli do komisji konkursowej na stanowisko Ordynatora Oddz. Noworodkowego i SOR. Prezydium proponowało do pierwszego z tych konkursów: Barbarę Szczepanik (przewodnicząca) oraz Jarosława Mijasa i Piotra Sysło (członkowie).

Co do drugiego konkursu Prezydium proponowało, aby dokonać tego wyboru spośród członków poprzedniej komisji (dwa poprzednie postępowania na ten oddział zostały odwołane). W związku z powyższym padła propozycja, aby tymi przedstawicielami Rady byli: Stanisław Kowarzyk (przewodniczący) oraz Paweł Koroncok i Piotr Wandrasz (członkowie). Wszystkie powyższe propozycje zostały przez Radę jednogłośnie przyjęte.

Z kolei Dyrekcja szpitala w Oleśnie zwróciła się z prośbą o wyznaczenie przedstawicieli Izby w komisjach konkursowej na Pielęgniarkę Naczelną oraz na Pielęgniarkę Oddziałową na Oddziałach Dziecięcym, Ortopedycznym, OIOM, Ginekologicznym i w Stacji Dializ.

Do tego pierwszego konkursu wyznaczono Sławomira Panka, a do pozostałych Marcina Mielczarka.

Ad 6.

Do Rady wpłynęły wnioski dotyczące wysokości składek członkowskich:

- zwolnienie z jej opłacania – dwóch osób;
- zmniejszenie jej wysokości do kwoty 10 zł – jednej osoby.

Powyższe wnioski przyjęto jednomyślnie.

Dalej Prezes przedstawił również prośbę jednej Koleżanki o zawieszenie opłacania składek na czas urlopu wychowawczego. Z pisma wynikało jednak, że prosząca będzie uzyskiwała pewne kwoty pieniężne z zasiłków niemieckich (pracuje w Niemczech). W związku z wątpliwościami dotyczącymi tej sprawy, po dyskusji Rada zobowiązała kol. Jakubiszyną do wyjaśnienia tych kwestii bezpośrednio z zainteresowaną.

Ad 7.

W tej części obrad głos zabrał ponownie kol. Kowarzyk, tym razem jako Przewodniczący OKW. Z jego relacji wynikało, że w dwóch okręgach: Opole SP ZOZ -y oraz w Głubczycach nie zgłoszono żadnego kandydata, a w kilku innych rejonach zgłoszono mniejszą liczbę kandydatów, niż jest mandatów. Tak więc w zbliżających się wyborach wybierzemy o 26 delegatów mniej, niż by to wynikało z liczby członków naszej Izby. Wiceprezes pokrótce poinformował o dalszym przebiegu wyborów i w związku z nową formułą wyborów zwrócił się do zebranych, aby w swoich i najbliższych im rejonach jak najszybciej ustalili miejsca tradycyjnego głosowania oraz nazwiska dwóch członków Komisji Skrutacyjnych z tych rejonów. Komisje te będą pracować w okresie pomiędzy 8 a 30 czerwca br.

Ponadto dla sprawnego przeprowadzenia wyborów w rejonach, kol. Kowarzyk przedstawił propozycję OKW dotyczące powołania w skład tejże Komisji wszystkich członków Rady. Po najbliższej Radzie odbędzie się specjalne szkolenie dla wszystkich członków komisji wyborczych. Rada przyjęła tę informację.

Ad 8.

Na wstępie Prezes przekazał krótką informację o Konwencji Prezesów w Szklarskiej Porębie. Omawiano na nim przede wszystkim sprawy zbliżających się wyborów samorządowych. Rozmawiano również o aktualnej sytuacji pozwu sądowego Izby Lekarskiej w Gdańsku przeciwko MZ w sprawie zwrotu kosztów, poniesionych na zadania zlecone w 2011 r. Na razie nie ma jeszcze terminu pierwszej rozprawy.

Prezes poinformował też o postępowaniu sądowym wytoczonym MZ przez Małopolską Izbę Lekarską. Tam w II instancji izba wygrała, ale Prokuratura Generalna, występująca w imieniu Skarbu Państwa, złożyła skargę kasacyjną.

Kol. Jakubiszyn przedstawił na Konwencji sprawę kontroli Opolskiego Urzędu Kontroli Skarbowej w jed-

nym z gabinetów lekarskich na Opolszczyźnie, o którym już wcześniej informował członków Rady. Prezesi zostali poinformowani również o rozbieżnych w poszczególnych izbach okresach przeszkolenia lekarzy, którzy mieli przerwę w wykonywaniu zawodu powyżej 5 lat. Wnioskowano, aby ujednolicić te zasady.

Prezes uczestniczył również w obradach nowej Rady Społecznej OOW NFZ w Opolu, której Przewodniczącym został ponownie Edward Gondecki.

Kol. Jakubiszyn mówił o ustaleniach z NFZ, wg których informację o uaktualnieniu danych w rejestrze gabinetów tych lekarzy, którzy podpisali umowy z NFZ o wypisywanie leków refundowanych, zostanie przekazana do OOW po weryfikacji przez Izbę.

Kol. Chowaniec poinformował o ostatnim, wiosennym spotkaniu lekarzy seniorów (10 kwietnia), na którym wręczono kolejne dyplomy z okazji 50-lecia uzyskania dyplomu. Podziękował za oprawę i obecność w tej uroczystości Prezesa.

Kol. Chowaniec uczestniczył również w posiedzeniu Komisji Lekarzy Seniorów NIL, na którym rozmawiano na temat zbliżającego się terminu wprowadzenia obowiązku elektronicznej dokumentacji medycznej, co dla starszych Koleżanek i Kolegów stanowi wielki problem. Komisja oczekuje działań ze strony NRL w tej sprawie.

Ad 9.

Kol. Jakubiszyn podziękował kol. Marcie Kabarowskiej za znakomite zorganizowanie seminarium etyczne-

go (o którym szerzej informowaliśmy Czytelników w poprzednim numerze *Biuletynu* – Red.).

Kol. Kowarzyk przedstawił sprawę ewentualnej rekomendacji osoby prof. Bieleckiego do honorowego tytułu „Gloria Medicinae” przyznawanego przez Polskie Towarzystwo Lekarskie. Jak jednak dopowiedziała kol. Łuszczzyńska-Ostrowska aktualnie trwają prace nad zmianą zapisów regulaminu przyznawania tej godności, tak więc sprawa jest nieaktualna.

Kol. Jakubiszyn poinformował członków Rady o dwóch sprawach. Pierwsza dotyczy lekarza stomatologa członka Opolskiej Izby Lekarskiej mającego gabinet na Śląsku, z którym od 2 lat Rzecznik Praw Pacjenta koresponduje w sprawie dotyczącej pacjentki, która nie może od niego uzyskać swojej dokumentacji medycznej. Kol. Hamryszak w uzupełnieniu tej sprawy stwierdziła, że rozmawiała z tym lekarzem i w jej wyniku lekarz ten zobowiązał się do wydania spornej dokumentacji pacjentce.

Druga sprawa jest związana z pismem Wojewódzkiego Inspektora Farmaceutycznego dotyczącym jednego z lekarzy, który wypisuje nadmierne ilości leków narkotycznych. Prezes napisał pismo do tego lekarza z prośbą o wyjaśnienie tej sprawy.

Wobec wyczerpania porządku obrad Prezes zakończył obrady Rady.

*Jerzy B. LACH*

## POSIEDZENIE KOMISJI STOMATOLOGICZNEJ

Dnia 25.04.2013 odbyło się posiedzenie Komisji Stomatologicznej. Zebranych powitał dr Robert Rypniewski w zastępstwie przewodniczącej dr Hamryszak uczestniczącej w Konferencji „Regionalny System Ochrony Zdrowia – założenia i efekty realizacji polityki zdrowotnej w woj. opolskim”.

Dr Jolanta Smerkowska-Mokrzycka zdała relację z posiedzenia Komisji Stomatologicznej Naczelnej Rady Lekarskiej. Jedną z ważniejszych informacji był fakt wyboru Wiceprezes NIL dr Anny Lelli na Prezydenta Elekta Europejskiej Regionalnej Organizacji Światowej Federacji Dentystycznej. Jest to, z jednej strony duży zaszczyt dla samej Pani Doktor, która została tym samym wyróżniona za pracę na rzecz tej organizacji, ale jest to też powód do dumy dla całego polskiego środowiska lekarzy stomatologów.

Na zebraniu Naczelnej KS przypomniano, że od grudnia 2012 r. były Naczelna Rada Lekarska korespondowała z ministrem Arłukowiczem w sprawie przygotowywanego projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia dotyczącego nadawania uprawnień inspektora ochrony

radiologicznej. Naczelna Rada Lekarska zwracała uwagę, że szkolenia są zbyt rozbudowane i zbyt kosztowne, jak na zakres przyznawanych uprawnień. Postulowano również, że powinna być stworzona możliwość odbywania tych szkoleń nie tylko w trybie stacjonarnym, ale i „na odległość”. Izba podjęła się organizacji takich kursów. Najbliższy kurs p.t. „Ochrona radiologiczna pacjentów” odbędzie się 22.06.2013 w siedzibie NIL w Warszawie przy ul. Sobieskiego 110. Udział w organizowanych kursach jest bezpłatny. Opłacie podlega jedynie końcowy egzamin, po którym można nabyć uprawnienia inspektora ochrony radiologicznej. Kolejne szkolenia wraz z kursem dla osób ubiegających się o nadanie uprawnień inspektora, planowane są na jesień 2013 r.

Dr Mokrzycka poinformowała również, że w związku z wejściem w życie nowego rozporządzenia dotyczącego kas rejestrujących oraz z niejasnościami dotyczącymi zakresu szczegółowości opisywania procedur leczniczych na paragonach, Prezes Naczelnej Rady Lekarskiej skierował pismo do Ministerstwa Finansów z prośbą o interpretację w tej sprawie.



Na zebraniu Komisji Stomatologicznej NRL omawiane były również wyniki rozmów z przedstawicielami NFZ odnośnie:

- wstecznej weryfikacji świadczeń po stronie NFZ,
  - przeprowadzania kontroli,
  - współczynników korygujących na leczenie dzieci,
  - punktów ujemnych przy kontraktowaniu świadczeń
- oraz
- konieczności weryfikacji wyceny procedur leczniczych.

NFZ poinformował, iż wycena świadczeń, pomimo jej niedostosowania do rzeczywistości, zostanie utrzymana ze względu na ograniczony budżet NFZ. Punkty ujemne zostaną również utrzymane, aczkolwiek „przewinienia” dotyczące braku wywieszki informacyjnej czy też logo NFZ, nie powinny być brane pod uwagę przez komisje konkursowe. Co się tyczy przeprowadzanych kontroli i nakładanych kar, Fundusz twierdzi, iż wg inspektorów NIK, kary nakładane są zbyt oszczędnie.

Komisja Stomatologiczna NRL zajmowała się również nową Ustawą i rozporządzeniami dotyczącymi odpadów medycznych. Przypomniano o comiesięcznym obowiązku prowadzenia Karty Ewidencji Odpadów. Odpady powinny być gromadzone w workach, przy czym kolor czerwony jest zarezerwowany dla odpadów zakaźnych, żółty dla odpadów specjalnych. Odpady mogą być przechowywane odpowiednio do 72 godz. w temp. 10–18°C, poniżej 10°C – do 30 dni. Na workach powinien być umieszczony kod odpadu, adres wytwórcy i data zamknięcia.

Na koniec zebrania Komisja zajmowała się sprawami zbliżających się wyborów delegatów na Zjazd VII Kadencji pod kątem ustalenia Komisji Skrutacyjnych oraz określenia terminów wyborów i wyznaczenia obserwatorów spośród przedstawicieli Komisji. Na tym zakończono zebranie.

*Z-ca Przewodniczącej*  
*Robert RYPNIEWSKI*

*Sekretarz*  
*Jerzy DRZYŻGA*

## WYPISYWANIE LEKÓW NA RECEPTACH „RPW”

Na wstępie zwracam szczególną uwagę, że analizując obowiązujące przepisy staram się podpowiedzieć jak najlepiej i najbezpieczniej wypisywać recepty, co wcale nie oznacza, że nie można ich wypisać w inny sposób również spełniający wymogi rozporządzenia. Proszę traktować niniejsze opracowanie jako moją interpretację przepisów w zakresie wypisywania i realizacji recept oraz dodatkowe propozycje, które często nie są wymogami rozporządzenia.

1) Leki oznaczone w Urzędowym Wykazie Produktów Leczniczych Dopuszczonych do Obrotu na Terytorium RP kategorią dostępności Rpw mogą być wypisywane TYLKO na receptach:

- a) zgodnych z załącznikiem nr 7 do rozporządzenia, oznaczonych jako Rpw, posiadających unikalny 22-cyfrowy numer recepty, który rozpoczyna się od 02 i na pozycji 21 posiada cyfrę 9, na których lekarz upoważniony do wypisywania leków refundowanych może wypisywać zarówno leki Rpw refundowane, jak i 100%;
- b) lekarz, który nie jest uprawniony do wypisywania leków refundowanych może wypisywać leki Rpw na takich samych wzorach recept, ale z numeracją rozpoczynającą się od 07, którą pobiera we właściwym inspektoracie farmaceutycznym;

2) Które leki posiadają kategorię dostępności Rpw i muszą być wypisywane na receptach Rpw można sprawdzić w Urzędowym Wykazie Produktów Leczniczych Dopuszczonych do Obrotu na Terytorium RP: <http://recepta.farmacia.pl/wykazy.htiTitl>

**3) Poza wszystkimi innymi szczegółami, które musi posiadać każda typowa recepta, recepty Rpw muszą zawierać dodatkowo:**

- a) wypisany tylko jeden lek z dokładnie określoną dawką;
- b) podane dokładnie dawkowanie i ilość leku nie większa niż na 30 dni i najlepiej tylko w jednostkach dawkowania (sztukach), a nie w opakowaniach (najlepiej sprawdzić ile jest jednostek dawkowania w opakowaniu i wypisać taką ilość, by apteka mogła wydać pełne opakowanie jednostkowe, oczywiście jeżeli taka ilość lekarzowi odpowiada). Konieczność podania dokładnego dawkowania niestety wyklucza możliwość wpisywania dawkowania w postaci zapisów d.s. wiadomo, a nawet złośliwe NFZ-ty kwestionują często jedyny i logiczny zapis d.s. 1 x w razie bólu. Niestety nie można tu zastosować zdrowego rozsądku bo nierozsądny oddział NFZ może odebrać refundację i choć uważam za całkiem prawidłowe zapisy

konkretnego dawkowania takie jak np. 1x1, to jednak najlepiej byłoby wpisać dawkowanie jeszcze wyraźniej, czyli 1 tabl. co 12 godz., 1 plaster co 3 dni, itp.

- c) wpisaną w pełni słownie bez żadnych skrótów sumaryczną ilość substancji czynnej. Ilość słowna ma oznaczać ilość substancji czynnej, a nie ilość jednostek dawkowania, tak więc wpis – sto tabletek czy dziesięć plastrów – jest błędny.

Choć można dodatkowo określać, co to jest za substancja czynna, to nie ma takiej konieczności bo wiadomo, że chodzi o wypisany lek i zapis samej ilości jest w zupełności wystarczający, czyli np. przy leku OxyContin 5mg x 60 tabl. wystarczy wpisać – trzysta miligramów. Można dodać jaka to jest substancja, ale uważam to nawet za niewskazane, gdyż często powstają błędy, gdy lekarz wpisuje niepełną nazwę i w aptece powstaje problem czy realizować receptę z błędnie wpisaną substancją czynną i jej ilością, gdyż np. tabletki 5mg leku OxyContin zawiera 5mg chlorowodoru oxykodonu, co odpowiada już tylko 4,5mg oxykodonu, więc wpisanie przez lekarza sumarycznej ilości trzystu miligramów oksykodonu zamiast chlorowodoru oksykodonu będzie błędne. Do tego dochodzą jeszcze pojawiające się błędy w nazwach chemicznych i niepotrzebne powody do kwestionowania tych recept przez NFZ.

Przy przekraczaniu dawki jednorazowej lub dobowej postawić obok tej przekraczanej dawki wykrzyknik i określić tą dawkę w pełni słownie oraz przystawić pieczęć i podpisać się CZYTELNIEM pełnym podpisem zawierającym te dane, które są na tej pieczęcie. Te oznaczenia wprowadzić przy przekraczanej dawce, by było wiadomo, której dawki to dotyczy.

Zgodnie z rozporządzeniem: ***Jeżeli przepisana dawka jednorazowa lub dobową leku zawierającego w swoim składzie środki odurzające grupy I-N lub substancje psychotropowe grupy II-P przekracza dawkę maksymalną określoną w Farmakopei Europejskiej, Farmakopei Polskiej lub odpowiedniej farmakopei uznawanej w państwach członkowskich Unii Europejskiej albo w Charakterystyce Produktu Leczniczego, a także w przypadku, gdy dawki maksymalnej nie określa Farmakopea Europejska, Farmakopea Polska lub odpowiednia farmakopea uznawana w państwach członkowskich Unii Europejskiej albo Charakterystyka Produktu Leczniczego, osoba wystawiająca receptę zobowiązana jest obok przepisanej dawki postawić wykrzyknik i zapisać ją słownie oraz umieścić swój czytelny podpis i pieczęć.***

Zwyczajowo dawki sprawdzamy w Farmakopei Polskiej, a jeżeli ich tam nie znajdujemy to w charakterystykach produktów. Niestety Farmakopei Polskiej nie

znajdziemy w Internecie, zaś charakterystyki można znaleźć na stronie: <http://leki.urpl.gov.pl>

Niestety rozporządzenie nie precyzuje szczegółów zapisu przekroczonej dawki, a z uwagi na problemy aptek i lekarzy z NFZ powinno to być bardziej dokładnie opisane. Ponadto wejście nowych postaci leków, np. systemów terapeutycznych (np. plastry TTS) dodatkowo komplikuje sposób zapisu zarówno sumy substancji czynnej, jak i przekroczonej dawki, gdyż możliwości ich zapisu jest kilka i to znacząco różniących się.

**Uważam, że należy przyjąć, że gdy mowa o przekraczanej przepisanej dawce, mamy na myśli przekroczoną dawkę wynikającą z dawkowania, z którego może wynikać przekroczenie dawki jednorazowej lub dobowej lub obu jednocześnie.** I znowu powstaje problem, którego rozporządzenie nie uwzględniło i nie wiadomo co robić, gdy obie dawki są przekroczone jednocześnie.

**Tak więc musimy spróbować właściwie opisać kilka przypadków, które mogą wystąpić, próbując sprostać konieczności postawienia wykrzyknika, pieczętki i czytelnego podpisu oraz zapisania przekroczonej dawki słownie obok przepisanej przekroczonej dawki jednorazowej lub dobowej.**

Choć zapis powinien pojawić się obok dawkowania, gdyż dawkowania dotyczy, to może to być czasami trudne do zrealizowania z uwagi na ilość miejsca na receptce, jednak warto się starać tak wpisać przekroczenie dawki, by było z nią skorelowane, może jak nie z boku to zaraz pod dawkowaniem. Tak więc:

- 1) gdy dany lek ilością substancji czynnej zawartej w stosowanej przez pacjenta dawce przyjmowanej jednorazowo przekracza jednorazową dawkę maksymalną, obok dawkowania należałoby postawić wykrzyknik, pieczętkę i czytelny podpis oraz zapisać słownie tą ilość substancji czynnej wynikającą z jednorazowego dawkowania (poniżej Przykład 2) można by też tą dawkę poprzedzić opisem – Dawka jednorazowa lub DJ;
- 2) gdy dany lek ilością substancji czynnej zawartej w stosowanej przez pacjenta dawce przyjmowanej jednorazowo nie przekracza jednorazowej dawki maksymalnej, ale z ilości tych dawek w ciągu doby wynika przekroczenie dawki dobowej, obok dawkowania należałoby postawić wykrzyknik, pieczętkę i czytelny podpis oraz zapisać słownie tą sumaryczną dawkę dobową wynikającą z sumy substancji czynnej podawanej w ciągu doby (poniżej Przykład 3), można by też tą dawkę poprzedzić opisem – Dawka dobową lub DD;
- 3) rozporządzenie nie przewidywało specjalnego traktowania sytuacji, gdy lekarz na receptce ilością substancji czynnej w dawkowaniu przekracza



jednocześnie dawkę maksymalną jednorazową i dobową. Zgodnie z rozporządzeniem wystarczy zaznaczyć tylko jedną z nich. Uważam jednak, że bezpieczniej byłoby dokładne wskazanie na ten fakt poprzez zapisanie z wykrzyknikiem każdej z tych dawek (poniżej Przykład 4).

## Prawidłowa recepta Rpw na leki refundowane

Recepta 02XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX9X do 31 marca 2013r. też dotychczasowe różowe blankiety o numeracji 22 cyfrowej 01XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX )	
Świadczeniodawca	
Pacjent	Oddział NFZ
PESEL	Uprawnienia dodatkowe
<b>Rpw</b> Tylko jeden lek i jego ilość w sztukach maksymalnie na 1 miesiąc Zawsze dawka i dawkowanie maksymalnie na jeden miesiąc Zawsze i w pełni słownie sumaryczną ilość substancji czynnej np. <i>dwa gramy</i> lub – <i>trzysta trzydzieści miligramów</i> (Ta ilość słowna to nie ilość tabletek czy plastrów a substancji) (substancji czynnej nie trzeba nazywać bo wynika z leku) <b>DODATKOWO PRZY DAWCE</b> Przy przekraczaniu dawki jednorazowej lub dobowej postawić obok niej wykrzyknik, pieczętkę, podpisać się w pełni słownie jak na pieczętce i określić tą dawkę w pełni słownie <i>przykład: ! pieczętka i czytelny podpis dwieście miligramów</i> lub przy plastrach – <i>dwieście mikrogramów na godzinę !</i>	
Data wystawienia:	Dane i podpis lekarza
UWAGA - Recepta ważna tylko 14 dni	
Data realizacji „od dnia”:	Dane podmiotu drukującego
X	

## Przykłady

Lek OxyContin zawiera substancję Oxicodoni hydrochloridum, dla której doustna maksymalna dawka jednorazowa wynosi 10mg i maksymalna dobową – 40mg. Przykładowe zapisy dobrano rozmyślnie w ten sposób, by pokazać wszelkie możliwe sposoby przekroczenia dawki.

### Przykład 1. Recepta refundowana Rpw bez przekroczonej dawki

Recepta 02XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX9X	
Świadczeniodawca	
Pacjent	Oddział NFZ
PESEL	Uprawnienia dodatkowe
<b>Rpw</b> OxyContin 5mg 60 tabl. trzysta miligramów (suma wynika z 60 tabletek po 5mg) d.s. 1 tabl. co 12 godz.	
Data wystawienia:	Dane i podpis lekarza
Data realizacji „od dnia”:	Dane podmiotu drukującego

### Przykład 2. Przekroczona tylko dawka jednorazowa

Recepta 02XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX9X	
Świadczeniodawca	
Pacjent	Oddział NFZ
PESEL	Uprawnienia dodatkowe
<b>Rpw</b> OxyContin 10mg 120 tabl. tysiąc dwieście miligramów d.s. 2 tabl. co 12 godz. ! pieczętka i czytelny podpis DJ: dwadzieścia miligramów	
Data wystawienia:	Dane i podpis lekarza
Data realizacji „od dnia”:	Dane podmiotu drukującego

### Przykład 3. Przekroczona tylko dawka dobową

Recepta 02XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX9X	
Świadczeniodawca	
Pacjent	Oddział NFZ
PESEL	Uprawnienia dodatkowe
<b>Rpw</b> OxyContin 10mg 180 tabl. tysiąc osiemset miligramów d.s. 1 tabl. co 4 godz. ! pieczętka i czytelny podpis DD: sześćdziesiąt miligramów	
Data wystawienia:	Dane i podpis lekarza
Data realizacji „od dnia”:	Dane podmiotu drukującego

### Przykład 4. Przekroczone obie dawki

Recepta 02XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX9X	
Świadczeniodawca	
Pacjent	Oddział NFZ
PESEL	Uprawnienia dodatkowe
<b>Rpw</b> OxyContin 20mg 90 tabl. tysiąc osiemset miligramów d.s. 1 tabl. co 8 godz. ! Pieczętka Czytelny podpis DJ: dwadzieścia miligramów DD: sześćdziesiąt miligramów	
Data wystawienia:	Dane i podpis lekarza
Data realizacji „od dnia”:	Dane podmiotu drukującego

## Przykłady

Lek Durogesic, plaster TTS zawiera substancję Fentanylum, dla której przezskórna maksymalna dawka jednorazowa i dobową wynosi 0,1 mg/h (100mcg/h), czyli Farmakopea nie określiła konkretnej dawki, a przyjęła ilość leku przyjmowanego w czasie i choć można by obliczyć konkretną ilość na 24 godziny, to najprościej będzie skorzystać z systemu, który przyjęła Farmakopea.

Plaster, zgodnie z charakterystyką producenta, nosi się maksymalnie 73 godziny czyli 3 dni, czyli maksymalna ilość plastrów na jednej receptce bez przekroczenia dawki to 10 sztuk o dawce 100mcg/h, gdyż taka dawka będzie się utrzymywała przez 30 dni przy stoso-

waniu maksymalnie 10 plastrów kolejno po sobie zmienianych. Dawek mniejszych, bez przekraczania dawki maksymalnej, można by wydać proporcjonalnie więcej, np. plastra o dawce 25mcg/h można by wydać 40 sztuk na jednej receptce, ale tylko przy dawkowaniu 4 plastrów jednorazowo na 3 dni, gdyż w przeciwnym razie, np. przy dawkowaniu 1 plastra na 3 dni, ilość leku byłaby większa niż na 1 miesiąc.

Niestety przykład plastrów TTS jest najlepszym dowodem na niedostosowanie przepisów do postępów farmacji, gdyż np. gdy lekarz chciałby jednorazowo zastosować u pacjenta dawkowanie np. 125mcg/h (czyli przyklejenie dwóch różnych plastrów na raz 100mcg/h + 25mcg/h), to musiałby przepisać dwie osobne recepty, jedną na plastry 100mcg/h i drugą na plastry 25mcg/h. Przepisy nie zabraniają takiego postępowania, jednak powstaje problem przekroczenia dawki maksymalnej w dawkowaniu u pacjenta, czego nie widać na żadnej z recept, a sumowanie obu recept na jednej byłoby absurdalne i znowu powstaje pytanie, jak to najrozsądniej wypisać? Uważam, że przepisy nie zabraniają lekarzowi wypisywania kilku recept, jeżeli zachowany jest okres stosowania leku, nie zabraniają też aptece realizacji dowolnej ilości recept, gdy nie wynika z nich przekraczanie okresu stosowania, co ma miejsce np. przy przepisywaniu na kilku receptach jednocześnie tego samego leku w różnych dawkach.

Do wypisywania recept na Durogesic potrzebujemy jeszcze sumaryczną ilość fentanylu w poszczególnych plastrach, by wypisać sumę fentanylu na receptce, i tak jeden plaster zawiera:

- Durogesic 12,5mcg/h = 2,1mg
- Durogesic 25mcg/h = 4,2mg
- Durogesic 50mcg/h = 8,4mg
- Durogesic 75mcg/h = 12,6mg
- Durogesic 100mcg/h = 16,8mg

Mnożąc tę ilość razy ilość poszczególnych plastrów na receptce otrzymujemy sumę substancji czynnej, którą zawsze musimy dopisać. **Dawka maksymalna przekórna dla Fentanylu wynosi 100mcg/h.**

### Przykład 1. Recepta refundowana Rpw bez przekroczonej dawki

Recepta 02XXXXXXXXXXXXXXXXX9X	
Świadczeniodawca	
Pacjent	Oddział NFZ
PESEL	Uprawnienia dodatkowe
<b>Rpw</b>	Odpłatność
<b>Durogesic 100mcg/h</b> <b>10 plastrów</b> <b>sto sześćdziesiąt osiem miligramów</b> <small>(suma wyniku z 10 plastrów po 16,8mg fentanylu)</small> <b>d.s. 1 plaster co 3 dni</b>	
Data wystawienia:	Dane i podpis lekarza
Data realizacji „od dnia”:	Dane podmiotu drukującego

### Przykład 2. Przekroczona dawka w dawkowaniu

Dla plastrów z fentanylem dawki maksymalne jednorazową i dobową określono tylko dawką fentanylu uwalnianego do organizmu na godzinę, co pozwala zwracać uwagę tylko na tę wartość. Tak więc, jeżeli lekarz przepisze takie dawkowanie plastrów, że będzie uwalniana do organizmu dawka większa niż 100mcg/h, to należy uznać, że dawka została przekroczona.

Recepta 02XXXXXXXXXXXXXXXXX9X	
Świadczeniodawca	
Pacjent	Oddział NFZ
PESEL	Uprawnienia dodatkowe
<b>Rpw</b>	Odpłatność
<b>Durogesic 100mcg/h</b> <b>20 plastrów</b> <b>trzysta trzydzieści sześć miligramów</b>  <b>d.s. 2 plastry co 3 dni</b> <b>! Pieczętka Czytelny podpis</b> <b>DJ: dwieście mikrogramów na godzinę</b>	
Data wystawienia:	Dane i podpis lekarza
Data realizacji „od dnia”:	Dane podmiotu drukującego

Dr farm. Stanisław PIECHULA  
www.RECEPTA.farmacia.pl

## PLAN SZKOLEŃ PROWADZONYCH W RAMACH KOMISJI KSZTAŁCENIA OIL W OPOLU NA I PÓŁROCZE 2013 r.

Termin	Kierownik naukowy	Temat	Miejsce szkolenia
08.06.2013 r. SOBOTA godz. 10.00	Konsultant Wojewódzki w dziedzinie Ratownictwa Medycznego Dr Marek Dryja	Ratownictwo Medyczne dla lekarzy stomatologów (dla 20 osób)	WCM Opole ul. Witosa Sala konferencyjna

Prosimy o zgłaszanie chęci uczestnictwa w szkoleniu telefonicznie – 77/454-59-39 do siedziby OIL w Opolu. Za uczestnictwo w szkoleniu przysługują 4 pkt. edukacyjne.

Małgorzata ŁUSZCZYŃSKA-OSTROWSKA



# WSPOMNIENIE O Ś.P. PROFESORZE DR HAB. N. MED. ANDRZEJU STECIWKO

Niejednokrotnie słyszymy prośby, aby „... od nagłej i niespodziewanej śmierci uchronił nas Pan...”, dlatego też odejście tak niezwykłego człowieka, jakim był Jego Magnificencja Rektor, w pełni sił twórczych, planującego kolejne nowe Konferencje i Kongresy Naukowe, które nazwano Festiwalami Medycyny Polskiej, marzącego o nowych wyzwaniach nauki i dydaktyki lekarzy i studentów budzi w nas wszystkich głęboki wewnętrzny sprzeciw wobec wyroków Opatrzności.

Nie chciałbym w tym miejscu przedstawiać osiągnięcia naukowego i dydaktycznego, liczne wyróżnienia, nagrody i odznaczenia Profesora, z których na szczególne podkreślenie zasługuje przyznanie tytułu Złotego Lidera Ogólnopolskiego Systemu Ochrony Zdrowia w roku 2011 i które bardzo szeroko przedstawił na łamach Biuletynu Informacyjnego Opolskiej Izby Lekarskiej (nr 198 Luty 2012) jego uczeń dr hab. n. med. Jarosław Drobnik.

Natomiast chciałbym poświęcić pamięci Profesora moje osobiste refleksje z wieloletniej współpracy, jako pierwszy Prorektor Jego Magnificencji Rektora Andrzeja Steciwko, twórcy pierwszej w Polsce Państwowej Wyższej Szkoły o profilu wyłącznie medycznym.

Jestem ginekologiem-położnikiem, ale od samego początku mojej kariery naukowej moje losy spotykały się z Profesorem Andrzejem Steciwko i jego pierwszą specjalizacją – nefrologią.

Otóż w roku 1975, kiedy walczyłem o tytuł doktora nauk medycznych na podstawie pracy „*Wpływ zakażeń układu moczowego na porody przedwczesne*” u Profesora Zenona Szewczyka, kierownika Kliniki Nefrologicznej ówczesnej Akademii Medycznej we Wrocławiu przy ul. Traugutta, miałem sposobność spotkania się po raz pierwszy z młodym doktorem Andrzejem Steciwko. W owym czasie w Klinice Nefrologicznej Profesora Zenona Szewczyka było kilku Docentów, ale ulubionym asystentem Profesora był Doktor Andrzej Steciwko. W przyszłości Profesor Zenon Szewczyk wielokrotnie brał udział w uroczystościach Państwowej Medycznej Wyższej Szkoły Zawodowej w Opolu.

Minęło od tamtych czasów 16 lat. Otóż w czerwcu 1991 roku stawałem przed 120 osobową Radą Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej we Wrocławiu, jako stremowany Doktor z nie akademickiego Opola, aby zdać Kolokwium Habilitacyjne z pracy nt. „*Histoenzymatyka łożyska w przypadkach wewnątrzmacicznego zahamowania wzrastania płodu*”. Wchodząc na Salę Audytoryjną Zakładu Mikrobiologii przy ul. Chałubińskiego natknąłem się na uszczęśliwionego 39-letniego, Habilitanta Andrzeja Steciwko, który zdał Kolokwium Habilitacyjne 2 godziny przede mną. Oczywiście złożyłem mu



gratulacje, zaś On życzył mi powodzenia. Kilka godzin później spotkaliśmy się wraz z rodzinami i promotorami w nieistniejącej już Restauracji „Panorama” wprawdzie na osobnych salach, ale mieliśmy okazję wznieść toast wspólnie za naszą dalszą drogę życiową. Wspomnę w tym miejscu, że Rektorem Akademii Medycznej we Wrocławiu był wówczas niezapomniany gastrolog Professor Zygmunt Knapik, który uczestniczył w obu naszych Kolokwium Habilitacyjnych, który zmarł równo 3 lata temu i żegnany był również w Kościele Świętej Rodziny we Wrocławiu.

Minęło znowu 11 lat, kiedy w roku 2002 otrzymałem niespodziewany telefon już od Profesora Andrzeja Steciwko Kierownika Zakładu i Katedry Medycyny Rodzinnej Akademii Medycznej we Wrocławiu. Tego spotkania w pięknie nowowypbudowanym Zakładzie i Katedrze Medycyny Rodzinnej we Wrocławiu przy ul. Syrokomli (powstał z inicjatywy Profesora) nigdy nie zapomnę, ponieważ Profesor zaproponował mi pracę naukowo-dydaktyczną w nowo organizowanej przez siebie Państwowej Medycznej Wyższej Szkole Zawodowej w Opolu. Miałem pewne doświadczenia naukowe, jak również dydaktyczne w Medycznym Studium Zawo-

dowym w Opolu, ale praca pod skrzydłami znanego już w całym środowisku lekarskim i akademickim była dla mnie ogromnym wyzwaniem.

Ta współpraca z Jego Magnificencją Rektorem trwająca ponad 7 lat to najpiękniejsze lata mojej działalności, tym bardziej, że zaproponował mi funkcję Prorektora do spraw naukowo-dydaktycznych. Przez wszystkie te lata podziwiałem Jego niespożyty potencjał naukowy, dydaktyczny (zawsze otrzymywał najwyższe oceny w anonimowych ankietach studentów, które jako Prorektor musiałem analizować), ale przede wszystkim perfekcjonizm organizacyjny.

Państwowa Medyczna Wyższa Szkoła Zawodowa powstawała z niczego. Czasami życzaliśmy się na JMR, że Senaty, które od podstaw tworzyły Statut Uczelni, Regulamin Studiów i inne akty prawne przedłużały się do godziny 21 (JMR musiał wracać do Wrocławia niejednokrotnie po północy), ale zawsze podziwialiśmy jego pasję i zaangażowanie w tworzeniu naszej Uczelni.

To niezwykle zaangażowanie, a przede wszystkim osobowość Rektora, jak również pasja i wizjonerstwo nowej Wyższej Uczelni w Opolu otwierała drzwi w Urzędzie Wojewódzkim, Urzędzie Marszałkowskim, Ratuszu, podziwiali Go wszyscy Rektorzy Uczelni Opolskich.

Powstała wg jego zaleceń reprezentacyjna Aula Wykładowo-Audiowizualna stała się jednym z najpiękniejszych obiektów Szkół Wyższych w Opolu, a perspektywa budowy dwóch wieżowców naukowo – dydaktycznych jeszcze bardziej motywowała nas do intensywnej pracy.

Szczególnie podkreślić należy wagę, jaką przywiązał JMR do organizacji Inauguracji Roku Akademickiego, wręczenia dyplomów ukończenia studiów, czy też uroczystości jubileuszowych Uczelni. Wszystko było perfekcyjnie przygotowane od wejścia pedli, pocztu sztandarowego, wykładowców, Senatu, Rektorów w takt niezapomnianego Poloneza Michała Ogińskiego, aż do rzucania biretów pod sam sufit podczas wręczania dyplomów. Jako Prorektor brałem udział w licznych Inauguracjach Roku Akademickiego na Uczelniach w Opolu i poza Opolem, ale zawsze te uroczystości w PMWSZ w Opolu były szczególnie sympatycznie wspominane przez wszystkich uczestniczących w nich Rektorów.

JMR dbał zawsze o oprawę artystyczną wszystkich organizowanych w naszej Uczelni uroczystościach. W niezapomnianej uroczystości 5-lecia powstania PMWSZ w Opolu, ku naszemu zdziwieniu zaprosił zespół instrumentów dętych, który ku zadowoleniu Rektora poderwał wszystkich nas z krzeseł, kiedy zagrał Marsza Radetzkiego Johanna Strausa.

Niezapomnianym dla mnie był Jubileuszowy X Kongres Medycyny Rodzinnej w Wiśle w roku 2010. Podczas tego Kongresu Profesor Andrzej Steciwko wygłosił niepowtarzalny Wykład Inauguracyjny ilustrowany muzycznie nt. „Wpływ chorób na twórczość takich geniuszy muzyki jak Fryderyk Chopin, Ludwik van Beethoven,

Maurice Ravel, Piotr Czajkowski” zadając sobie i słuchaczom pytanie, jak wyglądałaby ich twórczość w dobie dzisiejszym, kiedy potrafimy leczyć gruźlicę, wady słuchu, czy też schorzenia neurologiczno-psychiatryczne. Zakończeniu Kongresu towarzyszyła ulubiona aria Profesora z opery Giuseppe Verdiego „Nabucco” (Hymn niewolników do Boga). Zresztą aria ta zabrzmiała również podczas nabożeństwa żałobnego w Kościele św. Rodziny we Wrocławiu.

Profesor Andrzej Steciwko dbał bardzo o to, aby stworzony przez niego zespół funkcjonował, jako jedna wielka rodzina, dlatego też wszyscy wspominają letnią imprezę integracyjną z pieczeniem kiełbasek, bigosem, a nawet z tańcami.

JMR stawiał nam wszystkim bardzo wysoko poprzeczkę, rozliczał nas z obowiązków, ale równocześnie za działalność i zaangażowanie potrafił nagradzać dyplomami, premiami i medalami. Medal wybitny wg jego projektu z okazji 5-lecia powstania PMWSZ w Opolu, był nie tylko piękny, unikalny w tradycji Opolskich Wyższych Uczelni, ale budził prawdziwy podziw, kiedy uroczystie był wręczany przedstawicielom władz, Rektorom innych Uczelni, Dyrektorom Szpitali, naszym pracownikom, ale również wielu zasłużonym dla naszej Uczelni. W tym miejscu wymienić należy przede wszystkim wielkiego Przyjaciela naszej Uczelni ks. Arcybiskupa Alfonsa Nosola, Wielkiego Kanclerza Wydziału Teologicznego Uniwersytetu Opolskiego oraz Posła na Sejm RP Ryszarda Gallę, wieloletniego przewodniczącego Konwentu naszej Uczelni.

Niespodziewane i przedwczesne odejście od nas Jego Magnificencji było tak jak dla wszystkich również dla mnie osobiście wielkim wstrząsem i buntem, ponieważ był dla mnie wspaniałym wymagającym szefem, ale przede wszystkim wielkim przyjacielem, chociażby w okresie choroby mojej żony i innych problemów osobistych. Dlatego też dla mnie na zawsze pozostanie Wielkim Człowiekiem. Mam wielką satysfakcję, że w miesiącu grudniu wraz z życzeniami świątecznymi przesłałem na ręce JMR moją książkę pt. „Żony królów i władców Polski” z numerem bibliofilskim 001, do napisania której zawsze mnie dopingował. Jak dowiedziałem się od Małżonki Profesora, Pani Małgorzaty zdążył się z nią zapoznać. Całe wydawnictwo tej książki chciałbym zadeklować pamięci Profesora Andrzeja Steciwko.

Nieustannie wracam myślami do ostatniego pożegnania Jego Magnificencji Profesora Andrzeja Steciwko w Kościele św. Rodziny we Wrocławiu w dniu 4 stycznia 2013. Mowy pożegnalne wygłosili przedstawiciele władz państwowych Wrocławia, Uniwersytetu Medycznego, samorządu lekarskiego, najbliżsi współpracownicy. Rektor Państwowej Medycznej Wyższej Szkoły Zawodowej w Opolu dr Tomasz Halski w pożegnalnym wystąpieniu podkreślił, że Profesor Andrzej Steciwko miał dwoje dzieci: Medycynę Rodziną, której podwaliny stwo-



rzył nie tylko we Wrocławiu, ale również w całej Polsce oraz Państwową Medyczną Wyższą Szkołę Zawodową w Opolu, której był założycielem. Wg mnie Profesor Andrzej Steciwko miał również dwa serca – jedno bijące we Wrocławiu, drugie w Opolu, które niestety nie wytrzymały tak wielkiego zaangażowania, obciążenia i wysiłku. Dlatego też bardzo piękne było porównanie na nabożeństwie żałobnym przez przyjaciela Rektora Profesora Mariana Zembali jego postaci do osoby wielkiego humanisty Profesora Andrzeja Szczeklika. Profesor Andrzej Szczekliki był również przyjacielem naszego Rektora, miał korzenie wrocławskie i on również odszedł niespodziewanie od nas przed rokiem w zorganizowanej przez siebie jednej z najnowocześniejszych Klinik Krakowskich, gdy jego serce nie wytrzymało trudów i obciążeń. Spoczął na równie pięknym cmentarzu na Wzgórzu Salwatorskim w Krakowie (Salwator Zbawiciel).

Gazeta Akademicka w swoim artykule pożegnalnym nazwała profesora Steciwko Człowiekiem Renesansu i całkowicie musimy się z tym zgodzić i wydaje mi się, że jego postać nawiązuje do tak wielkich postaci luminarzy medycyny wrocławskiej jak Mikulicz Raddecki, Neisser, Pfannenstiel, Hirszteld zaś po II wojnie światowej Falkiewicz, Kowarzyk, Baranowski, Szczekliki (senior).

Na zakończenie wracam myślami do pięknych słów wypowiedzianych na nabożeństwie żałobnym w kościele św. Rodziny we Wrocławiu przez cytowanego już Profesora Mariana Zembalę, który wielokrotnie trzymał w swoich rękach bijące serce o pojęciu nieśmiertelności w rozmaitych aspektach tego słowa. Najważniej-

sze jest to, aby pamięć o naszym nauczycielu, mistrzu, ale przede wszystkim wielkim człowieku pozostawała nieśmiertelna do końca naszych dni, a naszym obowiązkiem jest przekazywanie tej pamięci naszym bliskim i uczniom.

Można przypomnieć, że pod zegarem słonecznym na wieży Kościoła Parafialnego w Wadowicach, naprzeciwko, którego mieszkał młody Karol Wojtyła codziennie czytał on niezwykłą sentencję: „... *czas ucieka, wieczność czeka...*”, ale NON OMNIS MORIAR – nie wszystko umiera.

P.S. w dniu 17 stycznia 2013 r. w Sali Audiowizualnej PMWSZ w Opolu odbył się Senat Żałobny dla uczczenia pamięci pierwszego jej Rektora Andrzeja Steciwko z udziałem władz, przyjaciół Uczelni, współpracowników oraz studentów. Wygłoszono liczne mowy pożegnalne przedstawiające niezwykłą osobowość Rektora. W Senacie Żałobnym udział wzięła najbliższa rodzina Rektora. Podobny Senat odbył się również na Uniwersytecie Medycznym we Wrocławiu.

W dniu 4 lutego 2013 r. w Kościele Akademickim w Opolu przy ul. Drzymały w pierwszą miesięcznicę śmierci naszego Rektora odprawiono Mszę Świętą w Jego intencji z udziałem najbliższych współpracowników PMWSZ w Opolu. Koncelebrujący Mszę ks. Profesor Wydziału Teologicznego Uniwersytetu Opolskiego porównał w swojej homilii postać Profesora Andrzeja Steciwko do światłości roztaczającej się nad naszą Uczelnią, polską medycyną i polską rodziną.

*Dr hab. n. med. Janusz KUBICKI  
JM Rektor prof. Andrzej Steciwko*

## SKŁADKI CZŁONKOWSKIE

Kierownik Biura Opolskiej Izby Lekarskiej przypomina Szanownym Koleżankom i Kolegom, że na lekarzu ciąży obowiązek pisemnego zgłaszania następujących informacji:

- o dacie i miejscu rozpoczęcia pracy po zakończeniu stażu podyplomowego,
- o zmianie miejsca zatrudnienia,
- o terminie rozpoczęcia i zakończenia urlopu wychowawczego bądź bezpłatnego,
- o dacie rejestracji w Urzędzie Pracy jako osoby bezrobotnej,
- o dacie przejścia na emeryturę bądź rentę (kserokopia decyzji wydanej przez ZUS),
- o dacie zaprzestania pracy zarobkowej (oświadczenie),
- o zmianie adresu zamieszkania i adresu do korespondencji,
- o dacie wyrejestrowania praktyki indywidualnej bądź grupowej,

- o dacie zawieszenia praktyki, np. w związku z chorobą, urlopem wychowawczym, wyjazdem za granicę.

Z kolei Skarbnik Opolskiej Izby Lekarskiej informuje, że na każdym członku Izby – zgodnie z uchwałą 8/08/V z 4 kwietnia 2008 r. Naczelnej Rady Lekarskiej – ciąży obowiązek odprowadzania na konto Izby comiesięcznej składki członkowskiej. Składka ta wynosi:

- 40 zł dla lekarza/lekarza dentystry;
- **10 zł dla lekarza/lekarza dentystry emeryta**, który:
  - 1) ma już ustaloną przez izbę lekarską składkę w wysokości 10 zł miesięcznie,
  - 2) ukończył 65 lat w przypadku mężczyzny albo 60 lat w przypadku kobiety oraz złoży odpowiednie dokumenty do OIL:
    - a) podanie do Prezydium ORL o ustalenie wysokości składki członkowskiej na 10 zł/miesiąc z zaznaczeniem okresu wnioskowanego,
    - b) kopię decyzji emerytalnej,

- c) zaświadczenie o przychodach za rok poprzedni (ew. PIT 36 lub 37 z roku poprzedzającego złożenie wniosku), w którym udokumentowane jest, iż nie został przekroczony przychód w wysokości 24.084 zł, nie wliczając świadczenia emerytalnego;
- **10 zł dla lekarza/lekarza dentysty rencisty**, który: ma już ustaloną przez izbę lekarską składkę w wysokości 10 zł miesięcznie,
  - złoży odpowiednie dokumenty do OIL:
    - a) podanie do Prezydium ORL o ustalenie wysokości składki członkowskiej na 10 zł/miesiąc z zaznaczeniem okresu wnioskowanego,
    - b) kopię decyzji rentowej;
- **10 zł dla lekarza stażysty/lekarza dentysty stażysty**, z wyłączeniem członków OIL, którzy już posiadają pełne prawo wykonywania zawodu.
- **Zwolniony z opłat członkowskich** może być:
  - 1) lekarz/lekarz dentysta, który złoży podanie do Okręgowej Rady Lekarskiej o zwolnienie z konieczności opłacania składki członkowskiej z zaznaczeniem okresu wnioskowanego oraz:
    - a) udokumentuje brak przychodów za okres wnioskowany (zaświadczenie o przychodach, ew. PIT 36 lub 37) lub przedstawi zaświadczenie z urzę-

- du pracy określające okres pozostawania osobą bezrobotną (od–do),
  - b) jest emerytem w pełnym wieku emerytalnym (65 lat w przypadku mężczyzny, 60 lat w przypadku kobiety) i złoży oświadczenie o zaprzestaniu wykonywania zawodu,
  - c) jest rencistą i złoży oświadczenie o zaprzestaniu wykonywania zawodu,
- 2) lekarz/lekarz dentysta, który zrzeknie się prawa wykonywania zawodu.

Zgodnie z przepisami ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich lekarze wyjeżdżający za granicę, którzy nie zrzekli się w Rzeczypospolitej Polskiej prawa wykonywania zawodu lekarza lub lekarza dentysty, a tym samym nadal pozostają członkami Okręgowej Izby Lekarskiej, są zobowiązani do opłacania składki członkowskiej na rzecz Izby. Jednocześnie informujemy, iż fakt skreślenia lekarza z listy członków Izby Lekarskiej z powodu zrzeczenia się prawa wykonywania zawodu, nie powoduje automatycznego anulowania zaległych składek członkowskich. Ww. dokumenty należy składać w Opolskiej Izbie Lekarskiej,

**Składki należy wpłacać na następujący numer konta: Opolska Izba Lekarska, PKO BP I Oddział Opole 54-1020-3668-0000-5102-0009-8277.**

CO PISZĄ INNI

## KOMPLEKSOWOŚĆ NA DWA SPOSOBY

Jako sformułowanie brzmi świetnie, jednak wydaje się, że w warstwie znaczeniowej autorzy zupełnie inaczej rozumieją to pojęcie, niż przeciętny Kowalski oczekujący na lepszy dostęp do leczenia.

Większość ekspertów opisujących nasz system zwraca uwagę, że wśród największych jego wad wskazać trzeba sposób finansowania świadczeń zdrowotnych. Oparcie go w większości zakresów na zasadzie fee for service powoduje, że podmioty lecznicze nie są zainteresowane leczeniem pacjenta, lecz wykonywaniem u niego określonych procedur medycznych pozwalających jak najkorzystniej rozliczyć wykonane czynności. Po prostu opłaca się wykonać u pacjenta zabieg kardiologii interwencyjnej czy endoprotezowania, zaś nie ma żadnych zachęt do dalszego rehabilitowania go czy objęcia opieką ambulatoryjną. Tezę tę potwierdzają liczne obserwacje i doniesienia, takie jak raport o wysokiej śmiertelności odległej u osób poddanych zabiegom angioplastyki.

Mówiąc zatem o kompleksowości, należałoby dyskutować zmianę sposobu finansowania, w której ustalilibyśmy, że np. przywoływane wcześniej leczenie ostrej niewydolności wieńcowej obejmuje interwencję kardiologa

interwencyjnego, niezbędny zakres rehabilitacji stacjonarnej bądź ambulatoryjnej oraz określoną liczbę kontrolnych wizyt i badań diagnostycznych przez ustalony przez ekspertów czas. Podobnie w przypadku endoprotezowania – pacjent nie tylko miałby wszczepianą protezę, ale także zagwarantowane dalsze leczenie rehabilitacyjne, a być może także dietetyczne bądź endokrynologiczne. We wszystkich tych przypadkach powinniśmy finansować całe kompleksowe leczenie, a nie tylko poszczególne jego elementy.

I na tym właśnie powinna polegać zasada kompleksowości, na wdrożenie której oczekuje większość chorych. Mamy zresztą w naszym systemie finansowania świadczeń zaczątki zasad realizowania takiej opieki. Dotyczą one osób objętych tzw. koordynowaną opieką zdrowotną – część diabetyków i znaczną liczbę osób chorych na AIDS. Finansowanie kapitałowe zostało u nich powiązane z wymogiem wykonania niezbędnej liczby wizyt kontrolnych i badań diagnostycznych. Inną rzeczą jest, jak ten system działa w rzeczywistości. Ale od czegoś już zaczęliśmy i może warto byłoby to rozwijanie rozwijać.

Drugim oczekiwanym przez potencjalnych pacjentów aspektem kompleksowości jest możliwość uzyskania wszystkich niezbędnych świadczeń w rozsądnej odległości od miejsca zamieszkania. Oczywiście nikt nie oczekuje leczenia chorób ultraradzikich czy radioterapii w szpitalu powiatowym, ale pewien zakres usług powinien być gwarantowany bez konieczności poszukiwania świadczeniodawcy w odległości kilkudziesięciu kilometrów.

Alternatywne znaczenie kompleksowości to zakres usług oferowanych w jednym miejscu udzielania świadczeń każdemu ubezpieczonemu. Jeżeli spojrzymy na koszyk świadczeń gwarantowanych, obejmujący praktycznie wszelkie świadczenia zdrowotne, to możemy wyciągnąć wniosek, że dla statystycznego Polaka dostępne jest właściwie wszystko. Teoretycznie oferowany mu zakres świadczeń jest więc jak najbardziej kompleksowy. Jest to oczywiście wniosek najzupełniej fałszywy, a to z tego powodu, że nie istnieje żaden podmiot leczniczy mogący mu wszystkie te świadczenia zapewnić. A jednak właśnie w taki sposób rozumują przedstawiciele Ministerstwa Zdrowia i Narodowego Funduszu Zdrowia. Prezes Funduszu Agnieszka Pachciarz wszem i wobec informuje, że ma zamiar w postępowaniach konkursowych promować podmioty zapewniające kompleksowość leczenia. W przypadku poradni specjalistycznych ma to dotyczyć podmiotów umożliwiających wykonanie w jednej lokalizacji badań TK, NMR, endoskopii itp. Oznacza to jednak, że pani prezes wcale nie chce promować tych, którzy oferują kompleksowe leczenie, lecz jedynie podmioty posiadające większy potencjał.

Postępowanie Funduszu jest uzasadnione, jeżeli jego celem jest ograniczenie liczby świadczeniodawców. Faktem jest, że zwłaszcza w ambulatoryjnym lecnictwie specjalistycznym liczba podmiotów leczniczych jest generalnie zbyt duża – jeżeli nie w stosunku do potrzeb, to do możliwości finansowania systemu. Kolejnym faktem jest, że wiele poradni jest obsługiwanych przez tego samego lekarza, z uwagi na niedobór specjalistów. Zdecydowanie lepiej by było, gdyby populację obsługiwała liczba podmiotów leczniczych dostosowana do potencjału ludzkiego, zarazem posiadająca wyższe kontrakty. Jednak jeżeli to jest świadoma polityka Funduszu, to choć do pewnego stopnia słuszna, to jednocześnie niewiele ma wspólnego z kompleksowością leczenia oferowaną potencjalnym pacjentom.

Jaka jest bowiem gwarancja, że pacjent uzyska należne mu świadczenia, jeżeli np. w jednej „kompleksowej” przychodni kontrakt na endoskopię będzie na tyle niewielki, że nie będzie w stanie zabezpieczyć liczby badań dla wszystkich pacjentów kierowanych przez należące do niej poradnie specjalistyczne? Co na dodatek z prawem pacjenta do wyboru lekarza wykonującego badanie? Czy w takim przypadku, jeżeli pacjent będzie chciał wykonać potrzebne mu świadczenie w in-

nym podmiocie leczniczym, to odbierzemy mu do tego prawo, bo przecież promujemy kompleksowość leczenia modo NFZ?

Poza tym wcale nie oferujemy wszechstronnego leczenia w jednym podmiocie, bo jak zwykle ustalamy potrzebny potencjał administracyjnie. Ma być TK bądź NMR i jeszcze endoskopia? A dlaczego nie USG dopplerowskie, pracownia holterowska, densytometria czy wreszcie pełnoprofilowe laboratorium? To przecież też są elementy, do których dostępność określa możliwość „kompleksowego” leczenia.

Efektom propozycji Agnieszki Pachciarz nie będzie więc stworzenie możliwości leczenia kompleksowego, lecz uprzywilejowanie w dostępie do pieniędzy publicznego płatnika dużych podmiotów leczniczych posiadających możliwość wykonywania wybranych przez płatnika świadczeń. Korzyści odniosą nie pacjenci, lecz właśnie te podmioty. Poza tym wywoła to kolejny „wyścig zbrojeń” – skoro będziemy mieć wyższe kontrakty we wszystkich poradniach, to trudno – kupujemy tomograf lub inne urządzenie wymagane przez Fundusz.

Takie pojęcie kompleksowości stoi ponadto w sprzeczności z ideą tworzenia regionalnej polityki zdrowotnej. Jeżeli zostaną zrealizowane ostatnie pomysły Ministerstwa Zdrowia dotyczące podziału Narodowego Funduszu Zdrowia i przekazania zasad tworzenia regionalnej polityki zdrowotnej wojewodom, to może się okazać, że wojewodowie nie wyrażą zgody na zakontraktowanie ani jednego tomografu komputerowego więcej w określonym obszarze kontraktowania. No i co wtedy? Administracyjnie uprzywilejujemy podmioty, które te tomografy już posiadają? A co na to UOKiK?

Może jednak kompleksowość wyobraźmy sobie inaczej. Wystarczy spojrzeć na to oczami konsumenta – pacjenta. Jego interesuje dostęp do leczenia w odległości uznanej przez niego za dopuszczalną. W dużych miastach to pewnie zasięg komunikacji miejskiej, w obszarach mniej zurbanizowanych – kilka-kilkanaście kilometrów, w przypadkach wysoko specjalistycznych – kilkadziesiąt. Chcąc zapewnić kompleksowość usług – rozumianą jako najszerszy możliwy zakres świadczo-ny w określonym obszarze kontraktowania – oddajmy w ręce planowanych rad ds. oceny potrzeb zdrowotnych decyzje o zapewnieniu środków finansowych dla utworzenia kompletnej sieci świadczeniodawców. Odrzućmy także biurokratyczne wymogi dotyczące liczby dni i godzin pracy określonej poradni. Interesem wszystkich jest, aby poradnia ginekologiczna była w każdej gminie – aby prawidłowo prowadzić ciążę czy profilaktykę raka szyjki macicy. Czy powinna ona działać trzy razy w tygodniu po cztery godziny dziennie? Chyba nie, zwłaszcza w małej gminie. Tak samo jak nie ma potrzeby istnienia kilku poradni. Podobna sytuacja dotyczy poradni stomatologicznych.



Na poziomie powiatu potrzebne są na pewno poradnie kardiologiczne czy diabetologiczne. W jakiej liczbie i w jakim wymiarze czasu pracy – to zależy od powierzchni i ludności powiatu. Ale właśnie w taki sposób trzeba opracować mapy potrzeb zdrowotnych, jeżeli chcemy zapewnić kompleksowość w sensie maksymalnej dostępności w aspekcie terytorialnym. Natomiast wcale to nie oznacza, że zadanie to ma realizować jeden wielki podmiot leczniczy, bo być może znacznie lepiej to wykona kilka mniejszych poradni i pracowni.

Podejście takie może z kolei pozwolić na zmianę dotychczasowej mapy, na której większość miejsc świadczenia usług zdrowotnych znajduje się w dużych miastach i powoduje dramatyczną dysproporcję w dostępności dla konsumentów.

Drugim aspektem kompleksowości, poza dostępem terytorialnym, jest dostęp do cyklu następujących po sobie świadczeń umożliwiających ciągłość leczenia. Trzeba przełamać opisaną wyżej ułomność systemu opartą na zasadzie finansowania fee for service, która powoduje, że podmioty lecznicze zainteresowane są wykonywaniem „swoich” procedur, zamiast dbaniem o dalsze leczenie pacjenta. Wymaga to jednak głębokiej przebudowy dotychczasowego systemu opartego na wzajemnie sprzecznych zasadach: opłaty za czynność i limitowania świadczeń. Moim zdaniem należałoby opisać dla maksymalnie dużej ilości jednostek chorobowych niezbędne standardy postępowania w całym cyklu leczenia. Po ich wycenie — dysponentem tych świadczeń powinien zostać, na

wzór brytyjski, lekarz rodzinny. Dla ogółu ludności byłby to klasyczny system GP fundholdera, który zabezpieczałby wykonywanie niezbędnych badań czy konsultacji. W przypadku określonej choroby (udar, zawału, nowotworu, urazu) — lekarz rodzinny otrzymywałby określony „grant” na pacjenta, którym dysponowałby, kierując go do wybranych podmiotów realizujących niezbędne świadczenia. Pierwsze świadczenie w nagłej chorobie mogłoby być prefinansowane bezpośrednio przez płatnika w ramach opisanej wyżej metody. Takie podejście byłoby równoważne z odejściem od limitowania będącego przekleństwem systemu, ale jednocześnie sprawiałoby, że świadczenia otrzymywaliby tylko pacjenci, którym te świadczenia byłyby należne. Wymagałoby to mrówczej pracy towarzystw naukowych, które dla większości ICD-10 (rozszerzonych!) musiałyby opisać standardy postępowania. Ale jednocześnie rzeczywiście uszczelniłoby system i stworzyło oczekiwaną przez pacjentów kompleksowość opieki zdrowotnej.

Oba zarysowane wyżej aspekty: terytorialny i związany z ciągłością opieki zdrowotnej, odnoszą się do istoty kompleksowości. Obecne pomysły Ministerstwa Zdrowia i Narodowego Funduszu Zdrowia, w wersji publicznie przedstawianej, niewiele z tą kompleksowością mają wspólnego.

Maciej BIARDZKI

Lekarz, menedżer ochrony zdrowia, prezes Zarządu  
Milickiego Centrum Medycznego Sp. z o.o.

(przedruk ze „Służby Zdrowia” nr 09–16/13)

## PRZYGOTUJMY SIĘ NA ZMIANY

Być może nie zdajemy sobie z tego sprawy, ale ochrona zdrowia to jedno z największych osiągnięć ludzkości, a XX wiek był absolutnie przełomowy. Średnia długość życia w najbardziej rozwiniętych krajach świata zwiększyła się o blisko 40 lat. W ciągu ostatnich 50 lat całkowite wydatki na ochronę zdrowia rosły szybciej niż PKB. W rezultacie wydatki te w krajach OECD stanowiły średnio 3,8% PKB w roku 1960, a w 2007 r. aż 9,4%.

Można powiedzieć, że fenomenalne korzyści i osiągnięcia ochrony zdrowia były możliwe dzięki znaczącym i rosnącym inwestycjom, głównie ze środków publicznych. Pojawia się jednak pytanie: co dalej? Czy inwestycje w ochronę zdrowia będą wciąż rosły?

Presja na wzrost wydatków na ochronę zdrowia nie maleje — w 2040 r. aż 30% ludności świata będzie miało więcej niż 65 lat, a oczekiwania pacjentów będą coraz wyższe. Po stronie podaży usług i technologii medycznych również należy spodziewać się dodatkowych kosztów. To, co nowe, związane jest z wyższymi wydatkami. Co to wszystko może oznaczać dla długookresowego finansowania ochrony zdrowia i finansów publicznych?

Eksperti World Economic Forum i firmy konsultingowej McKinsey & Company, we współpracy z największymi autorytetami branży zdrowotnej na świecie, stworzyli wyjątkową prognozę opisaną w raporcie „The Financial Sustainability of Healthcare Systems”. Wniośki z tej lektury skłaniają do refleksji.

Według scenariusza, który zakłada utrzymanie takiego samego trendu wzrostu wydatków, jak w ciągu ostatnich 50 lat, w 2040 r. średni poziom wydatków na ochronę zdrowia w krajach OECD osiągnie ponad 13% PKB. Gdyby przyjąć scenariusz zakładający przyspieszenie w wydawaniu na zdrowie, średni poziom tych wydatków przekroczy 17% w krajach OECD. Z dzisiejszej perspektywy to niewyobrażalne.

Pamiętajmy jednak, że kraje OECD mają przed sobą trudny czas: kryzys finansowy, zapas finansów publicznych, transformacja demograficzna związana z pokoleniem „baby boomers”. Wszystkie te czynniki sprawiają, że najbliższe lata będą niezwykle trudnym wyzwaniem dla polityków odpowiedzialnych za kwestie fiskalne, gospodarcze i społeczne.

Łącząc tę perspektywę z powyższymi scenariuszami, otrzymujemy obraz, który napawa obawami. Okazuje się, że już w 2025 r. w budżetach najbogatszych krajów OECD pojawi się dziura spowodowana zwiększonymi wydatkami na ochronę zdrowia, która wyniesie od 2 do 5% PKB. W przypadku Francji to ponad 200 miliardów dolarów rocznie.

Co więcej, sytuacja ta dotyczyć będzie również wydatków ponoszonych bezpośrednio przez pacjentów. Już dzisiaj prywatne wydatki na ochronę zdrowia rosną szybciej niż płace. W 2025 r. indywidualne wydatki na ten cel podwoją się, a to może mieć wpływ na podstawową strukturę wydatków na poziomie gospodarstw domowych.

Autorzy wspomnianego raportu nie zatrzymują się na prognozowaniu wydatków, ale poszukują też odpowiedzi na pytanie, co w takiej sytuacji należałoby zrobić. Łatwych rozwiązań nie ma, a odpowiedzi, które się pojawiają, wskazują na konieczność przeprowadzenia poważnych reform systemów ochrony zdrowia, tak aby mogły one generować więcej korzyści w ramach dostępnych zasobów. Oznacza to, że systemy ochrony zdrowia będą potrzebowały bardzo mocno przestawić się na profesjonalny, całościowy i innowacyjny sposób zarządzania. Kluczowe obszary, których będą dotyczyć reformy, to zwiększenie produktywności systemu, koncentracja na generowaniu wartości i korzyściach oraz na mierzeniu efektów podejmowanych działań.

Słowem, w najbliższych latach model zapewniania ochrony zdrowia będzie podlegał zmianom. Nieuniknione staną się zasadnicze wybory dotyczące zakresu oferowanej opieki zdrowotnej i konieczne będą decyzje niepopularne społecznie.

Gdzie w tym wszystkim jest Polska? Co prawda jesteśmy krajem członkowskim OECD, ale nasz kraj nie

został objęty analizami zawartymi w raporcie z uwagi na brak odpowiednich danych. Wiemy jednak, że poziom wydatków na ochronę zdrowia mamy alarmująco niski, a w ostatnich latach wydatki na ten cel rosły wolniej (sic!) niż PKB. Sądząc po międzynarodowych rankingach, polski system ochrony zdrowia jest obecnie niewydolny. Co więcej, Polska jest krajem o najwyższym udziale wydatków prywatnych w wydatkach na ochronę zdrowia, co oznacza, że publicznych środków przeznaczają się mniej. Mimo to nie ma dzisiaj pomysłu, w jaki sposób można by zwiększyć poziom wydatków publicznych na ochronę zdrowia.

I tu pojawia się problem... Polski system ochrony zdrowia już dzisiaj jest zarządzany poprzez bardzo restrykcyjne racjonowanie podaży usług medycznych, ograniczanie populacji pacjentów kwalifikujących się do leczenia oraz wszechobecne cięcie kosztów. Już dzisiaj pacjenci mają najgorszy dostęp do wielu technologii i usług medycznych spośród wszystkich krajów UE.

Jedno jest pewne: oczekiwania społeczne wobec systemu ochrony zdrowia będą w Polsce, podobnie jak w innych krajach, rosły. Prognoza przedstawiona dla najlepiej rozwiniętych krajów OECD w równym stopniu jest adekwatna dla Polski. Warto śledzić, co dalej będzie przedmiotem prac supergrupy ekspertów, dzięki którym powstał raport. Autorzy tego opracowania zapowiadają, że w 2013 r. będą starali się nakreślić bardzo konkretne rekomendacje do działania. Dobrze by było, żeby również w Polsce taka poważna dyskusja miała miejsce. Musimy przygotować się na wielkie zmiany w funkcjonowaniu systemów ochrony zdrowia.

Maciej GAJEWSKI

*Ekspert rynku zdrowia i branży farmaceutycznej,  
prezes Zarządu Instytutu Ochrony Zdrowia*

(przedruk ze „Służby Zdrowia” nr 09–16/13)

## RACHUNEK KOSZTÓW LECZENIA

Tak, policzyliśmy koszty procedur i dokładnie wiemy, ile nas kosztuje leczenie pacjenta. To częste stwierdzenie w rozmowach ze szpitalem jest zazwyczaj wyrazem życzeniowego myślenia i wynika z niezrozumienia praktyki Rachunku Kosztów Leczenia (RKL) i niestosowania jego wyników w zarządzaniu szpitalem. RKL ma swoją mitologię i swoich wyznawców. A te mity i religijne podejście utrudniają praktyczne korzystanie z kalkulacji kosztów.

### **Mit pierwszy – RKL oznacza szczegółowy zapis rzeczywistych kosztów leczenia każdego pacjenta**

Powoduje dogmatyczne podejście do kodowania każdego materiału, leku, procedury wykonywanej dla pacjenta. Teoretycznie możliwe, w rzeczywistości trudne,

pracochłonne i niepotrzebne. Czy warto zapisywać każdą strzykawkę, igłę, nić, wacik, itd. w RKL danego pacjenta? Mit wsparty dogmatem szczegółowego zapisu ma wielu wyznawców. Co więcej, nawet jego wyznawcy nie stosują szczegółowego zapisu, bo nie są w stanie tego zrobić, jednak w sytuacji podważania ich wiary przez heretyków, forsujących praktyczne podejście oparte na równowadze między uśrednieniami a bezpośrednim zapisem, mężnie stają w obronie zagrożonej wiary.

Co więcej, wyznawcy uważają, że powinny być ewidencjonowane koszty rzeczywiste. Dociekliwe pytania o to, czym jest koszt rzeczywisty, zbywają definicją konia, tego, co to każdy go widzi. W praktyce koń jest słabo widoczny i szalenie trudny w pomiarze. Przykłady? Proszę bardzo.

Jaki jest koszt tabletki Aspiryny podanej pacjentowi X w dniu Y? Tabletki należy do serii 000222020202, tak jak i tabletki w 100 innych opakowaniach kupionych przez szpital i składowanych w aptece. Co więcej, te 100 opakowań kupiono w ramach trzech różnych zakupów, każdy ze zbiorczą fakturą obejmującą różne leki. Każda faktura miała różny rabat, więc kupione Aspiryny miały różną cenę zakupu. Zakupów dokonano w różnym czasie, więc poszczególne Aspiryny mają różny czas pobytu w aptece szpitalnej, czyli różny koszt przechowywania, który jest częścią kosztu rzeczywistego. Pielęgniarka na oddziale nie wie, z której faktury pochodzi „jej” tabletki Aspiryny, zna jedynie numer serii, który jest identyczny dla wszystkich tabletek. No i jaki jest koń? Jaki jest koszt rzeczywisty tabletki Aspiryny?

### **Mit drugi – Wycena kosztów poszczególnych procedur jest prosta i każdy szpital wykona ją bez problemu**

Wycena procedur będzie wykonana w zakresie zwykłych czynności personelu szpitala. Co więcej, ta samodzielna wycena będzie dużo lepsza od prymitywnych „uśrednień” robionych przez zewnętrznych profesjonalistów. Trudny do zwalczenia mit, bo wyznawcy czują się zagrożeni utratą miejsc pracy. Co oczywiście nie jest prawdą. Mamy ponad 7000 procedur w klasyfikacji ICD-9. Załóżmy, że 3500 wykonujemy w szpitalu.

To bardzo ostrożny szacunek! Załóżmy, że posiadamy w szpitalu niewiarygodnie wręcz sprawny personel, który potrafi zdefiniować koszt jednej procedury dziennie. Czyli potrafi zebrać ankietowo koszty kilku (kilkunastu), kilkudziesięciu wystąpień danej procedury, a następnie uśrednić je i w ten sposób dokonać wyceny. Wszystko w JEDEN dzień! Z tego wynika, że pracując bez przerwy w święta i weekendy, wszystkie procedury zostaną wycenione za blisko 10 LAT!!!!, a to oznacza, że można ją zaczynać od nowa, bo w międzyczasie zmieniły się technologie medyczne, wiedza i umiejętności lekarzy i rodzaje używanych materiałów.

### **Mit trzeci – Rachunek kosztów leczenia będzie ubocznym skutkiem pracy systemu informatycznego, w którym zanotujemy wszystkie procedury i czynności związane z danym pacjentem**

To groźny mit, bo podstępny. Wiara w niego szybko wysadza w powietrze całą ideę liczenia kosztów, które przy zastosowaniu tej metody pokazują nieprawdziwe informacje. Powodów jest kilka. Podstawowy to możliwość opisania jednego zdarzenia na różne sposoby i przy pomocy różnej liczby procedur ICD-9. Np. kodując ten sam zabieg, jeden chirurg zanotuje wykonanie hemikolektomii prawostronnej i na tym skończy, drugi oprócz tego zapisze, że wykonał laparotomię, ileostomię, usu-

nięcie węzłów chłonnych i być może jeszcze kilka innych procedur, a anestezjolog dopisze znieczulenie powyżej 2h. Przy czym oba powyższe rodzaje zapisu są absolutnie poprawne i w pełni opisują, co wykonano pacjentowi. Sumując koszty procedur w drugim przypadku, otrzymamy 3 razy wyższą kwotę niż w pierwszym, choć realnie wykonano dokładnie to samo! Rachunek kosztów leczenia to nie proste zsumowanie kosztów procedur!

### **Mit czwarty – Musimy konieczne znać szczegółowe koszty leczenia każdego pojedynczego pacjenta**

Czy wiedza o tym, ile kosztowało leczenie Piotra Iksińskiego, który leżał u nas na chirurgii w maju z powodu zapalenia wyrostka robaczkowego, jest nam potrzebna? Tylko w dwóch przypadkach: pacjent płaci za siebie sam, ale nawet w tym przypadku raczej oczekuje on stałej ceny. Druga sytuacja, gdy mamy bardzo drogi przypadek i wnosimy do NFZ o rozliczenie za zgodą płatnika.

Jaki to jest procent przypadków? 1%? 2%, no może 5%. Czy warto w takim razie poświęcać energię, czas i pieniądze dla szczegółowego rachunku kosztów leczenia dla wszystkich 100% pacjentów? To oznacza tysiące dokumentacji kosztowych, które zostaną wyrzucone, bez jakiegokolwiek pożytku.

W rzeczywistości potrzebujemy średniego kosztu leczenia zapalenia wyrostka robaczkowego, porodu, leczenia zawału serca w naszym szpitalu. To jest wiedza użyteczna, bo za średni wyrostek, poród, zawał płaci nam NFZ.

Mitów jest więcej i wszystkie one stoją na drodze do właściwego i praktycznego stosowania RKL w codziennym życiu szpitala.

### **Rzeczywistość i praktyka**

Bez względu na to, jak RKL jest kalkulowany, będzie zawierał błąd. Nie ma na świecie rzeczy idealnych, wszystko co dotyczy świata rzeczywistego jest niedoskonałe. Każda najbardziej wypolerowana powierzchnia w pewnym powiększeniu jest chropowata jak papier ścierny. Żeby normalnie funkcjonować, musimy zgodzić się na określony poziom doskonałości lub może niedoskonałości. Ten poziom ma wynikać z naszej praktyki.

Rachunek kosztów leczenia to dziedzina bardzo praktyczna, oparta o głęboką wiedzę medyczną, ekonomiczną i statystyczną. Wdrożenie RKL i jego codzienne użycie wymaga zrozumienia, wysiłku, determinacji oraz stałych nakładów. Korzystać z jego użycia jest oczywiste. Wreszcie wiadomo, ile co kosztuje! Bez tej wiedzy działalność ekonomiczna to loteria.

*Marek WESOŁOWSKI*

(przedruk z „Medicusa” nr 4/13)



# MOBBING – SPRAWDŹ, CZY JESTEŚ MOBBOWANY LUB – CO GORSZA – CZY JESTEŚ MOBBEREM

Mobbing do naszego kodeksu pracy został wprowadzony stosunkowo niedawno, niemniej od kilku lat wzrasta liczba procesów sądowych na tym tle.

Definicję mobbingu podaje art. 943 § 2 k.p. Zgodnie z tą regulacją mobbing, to działanie lub zachowania dotyczące pracownika lub skierowane przeciwko pracownikowi, polegające na uporczywym i długotrwałym nękanii lub zastraszaniu pracownika, wywołujące u niego zaniżoną ocenę przydatności zawodowej, powodujące lub mające na celu poniżenie lub ośmieszenie pracownika, izolowanie go lub wyeliminowanie z zespołu współpracowników.

## Co może być mobbingiem?

Najprościej byłoby napisać – WSZYSTKO. Z całą pewnością będzie to nękanie, zastraszanie, poniżanie, ośmieszanie, izolowanie w gronie pracowników.

Za jeden z przejawów mobbingu jest uznawane w orzecznictwie sądowym np. nieprzydzielanie pracownikowi dodatkowej pracy, w wyniku której nastąpiłoby zwiększenie jego wynagrodzenia.

Odsunięcie pracownika od szkoleń, od narad nad ważnymi projektami – wszystko to może być przez Sąd uznane za mobbing. W jednym z głośnych orzeczeń Sąd Apelacyjny w Poznaniu stwierdził, iż przejawem mobbingu było m.in. to, że pracodawca zwracał się do pracownicy zapytaniem: „Jak się Pani czuje, skoro nikt się do Pani nie odzywa?”. Celowa izolacja w grupie, ośmieszanie, umniejszanie ważności, podważanie kompetencji – wszystko to jest mobbingiem. Istotną przesłanką jest to, aby zachowania te trwały długo i były uporczywe.

## Kto może być mobberem?

Mobber to osoba, która dopuszcza się wobec innych czynności noszących znamiona mobbingu. Na pytanie, kto może być mobberem, nasuwa się prosta odpowiedź – pracodawca. Nie jest to jednak takie oczywiste. W wielu przypadkach mamy do czynienia z sytuacją, gdzie to pracownicy są mobberami. Często dzieje się to wręcz za zgodą pracodawcy, niemniej równie częste są przypadki mobbingu, gdzie pracodawca nie ma świadomości, że na terenie jego zakładu pracy do takich działań dochodzi.

W badaniach przeprowadzonych przez organizacje zajmujące się przeciwdziałaniem mobbingowi znalazłam

informację, iż duży odsetek pracowników mobbingowanych przez innych pracowników można znaleźć w służbie zdrowia i szkolnictwie.

## Kto odpowiada za mobbing?

Za mobbing odpowiada – PRACODAWCA. Nawet jeśli mobberem nie jest! Co więcej, nawet jeśli o tym, iż zdarzają się takie sytuacje, nie wie.

Za mobbing, na gruncie przepisów prawa pracy, nie odpowiada nigdy pracownik – bezpośredni sprawca mobbingu. Jeśli działania takiego mobbera, noszą znamiona innych przestępstw, określonych w kodeksie karnym, to wtedy poszkodowany pracownik może złożyć zawiadomienie o popełnieniu przestępstwa do prokuratury.

## Co zrobić gdy uznamy, że jesteśmy ofiarą mobbingu?

Na to pytanie odpowiedź jest uzależniona od tego, czy w danym zakładzie pracy jest przewidziana tzw. Polityka Antymobbingowa.

Jeśli jest, należy zachować się zgodnie z wytycznymi przewidzianymi przez pracodawcę, a po wyczerpaniu przewidzianej procedury, w zależności od wyników postępowania, można złożyć pozew do Sądu Pracy. Jeśli w zakładzie pracy nie ma przewidzianych żadnych procedur w tym zakresie, to od razu można złożyć pozew w Sądzie.

Często praktykowane przez pracowników jest też zwracanie się do Państwowej Inspekcji Pracy z zawiadomieniem o mobbingu. Należy jednak pamiętać, że Inspekcja Pracy nie jest powołana do tego, aby stwierdzić, że do mobbingu rzeczywiście doszło, ani tym bardziej do przyznania pracownikowi stosownego zadośćuczynienia z tego tytułu.

## Czego może żądać ofiara mobbingu?

Pracownik, u którego mobbing wywołał rozstrój zdrowia, może dochodzić od pracodawcy odpowiedniej sumy tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę. Zaś pracownik, który wskutek mobbingu rozwiązał umowę o pracę, ma prawo dochodzić od pracodawcy odszkodowania w wysokości nie niższej niż minimalne wynagrodzenie za pracę.

## Sprawa sądowa

Gdy już złożymy pozew przeciwko pracodawcy, musimy się liczyć z często uciążliwym i długotrwałym procesem. Konieczne jest udowodnienie: za pomocą świadków, dowodów rzeczowych – typu nagranie, dokumenty tego, że do mobbingu rzeczywiście doszło. Jeśli Sąd dojdzie do przekonania, że mobbing miał miejsce, może zasądzić na naszą rzecz odpowiednią kwotę pieniędzy na tytułem zadośćuczynienia lub odszkodowania. Jeśli zaś sprawę przegramy, powinniśmy liczyć się z tym, iż możemy zostać obciążeni kosztami sądowymi, które poniosł pracodawca w związku z toczącym się przeciwko niemu procesem.

## Sąd Najwyższy, a wyroki w sprawach o mobbing

Pamiętać jednak należy o tym, że Sąd Najwyższy stoi na stanowisku, że: *„ocena, czy nastąpiło nękanie i zastraszanie pracownika oraz czy działania te miały na celu doprowadzenie i mogły doprowadzić lub doprowadziły do zaniżonej oceny jego przydatności zawodowej, do jego poniżenia, ośmieszenia, izolacji bądź wyeliminowania z zespołu współpracowników, opierać się musi na obiektywnych kryteriach.”*

Sąd Najwyższy często też podkreśla w swoich orzeczeniach, że: *„nie każde bezprawne działanie pracodawcy wobec pracownika, nawet jeżeli w subiektywnym odczuciu pracownika świadczy o niechęci zwierzchnika wobec niego, może przez sam fakt bezprawności być zakwalifikowane jako mobbing”*. Z definicji mobbingu wynika bowiem konieczność wykazania nie tylko bezprawności działania, ale także jego celu (poniżenie, ośmieszenie, izolowanie pracownika) i ewentualnych skutków działań pracodawcy (rozstrój zdrowia).

## Mobbing, a konflikt

Często w zakładzie pracy dochodzi do konfliktu między pracodawcą a pracownikiem, czasem też między samymi pracownikami. Jednakże konflikt to nie mobbing.

Tym, co odróżnia konflikt od mobbingu jest brak „równości” podmiotów. W przypadku mobbingu, ofiara nigdy nie jest traktowana jako równorzędny partner. Konflikt wymaga wyraźnego wyartykułowania swoich zdań. To bierna lub aktywna postawa pracownika, pozwala Sądowi stwierdzić, czy mamy do czynienia z bezbronną ofiarą mobbingu czy ze stroną konfliktu. Gdy pracownik się broni – składa odwołania, wdaje się w dyskusje co do swoich praw i obowiązków, to wtedy nie może być mowy o mobbingu.

## Jesteś pracodawcą – zapobiegaj mobbingowi

Obowiązek przeciwdziałania mobbingowi polega na starannym działaniu. Pracodawca powinien przeciwdziałać mobbingowi w szczególności przez szkolenie pracowników, informowanie o niebezpieczeństwie i konsekwencjach mobbingu. Ważne jest, aby wprowadzić w zakładzie pracy tzw. Procedurę Antymobbingową, która poprzez wprowadzenie stosownych procedur umożliwi wykrycie i zakończenie tego zjawiska.

Jest to o tyle pożyteczna instytucja, iż w postępowaniu sądowym mającym za przedmiot odpowiedzialność pracodawcy z tytułu mobbingu, jeśli pracodawca wykaże, że podjął realne działania mające na celu przeciwdziałanie mobbingowi i oceniając je z obiektywnego punktu widzenia, da się potwierdzić ich potencjalną skuteczność, pracodawca będzie mógł uwolnić się od odpowiedzialności. A co za tym idzie, nie poniesie znacznych konsekwencji finansowych, gdyż często zasądzane są przez Sądy na rzecz pracowników kilkudziesięciotyśne odszkodowania

Aneta NAWORSKA  
radca prawny

Kancelaria Naworska Marszałek Plaza sp.k.  
z siedzibą w Toruniu, ul. Łubinowa 59  
tel. 56 621 12 80 lub 504 481 220  
e-mail: aneta.naworska@knmp.pl, www.knmp.pl  
(przedruk z „Meritum” nr 2/2013)

# WOKÓŁ ZAPŁODNIENIA IN VITRO

## Klimat dyskusji

Tocząca się od wielu lat dyskusja nad procedurą zapłodnienia in vitro, aktualna polityczna presja, aby jak najszybciej – bodaj z różnych powodów – uregulować prawnie tę procedurę medyczną, pozostawia nas w nadal nierozstrzygniętych konfliktach etycznych i w braku zadowalających kompromisów. Pada wiele argumentów, mających charakter medyczny, biologiczny, etyczny, filozoficzny, społeczny, teologiczny czy polityczny, często formułowanych w narracjach, które ani do siebie nie

przystają, ani nie zakładają możliwości wypracowania wspólnego stanowiska w oparciu o akceptację wspólnych wartości. Można odnieść wrażenie, że wielu uczestnikom dyskusji zależy bardziej na zbiciu racji strony przeciwnej niż na uzasadnieniu własnej. Spór o zapłodnienie in vitro chyli się wtedy ku retorycznym zabiegom i publicystycznej oracji, która chętnie korzysta z inwektyw i anatem. Nadto, medializacja dyskusji w oparciu o jedynie postępowe środowiska i o jedynie słusznych „eksperatów” pogłębia jeszcze niechęć do kompromisu, po-

nieważ promuje fałszywą formułę argumentacji, opartą najczęściej na przekonaniu co do słuszności własnej wypowiedzi. Uzasadnienie jej odwołuje się do demokratycznego prawa wygłaszania własnej opinii. Jednakże z prawa do wypowiedzi, tak jak z prawa do posiadania pragnień, nie wynika ani słuszność sądu, ani że pragnienia te są wartościowe.

Wielu etyków podnosi problem udziału założeń światopoglądowych, które mają być przeszkodą uniemożliwiającą merytoryczną dyskusję. Trudno wszakże wyobrazić sobie argumentację etyczną i filozoficzną, która z nich nie korzystałaby. Światopogląd zaś został milcząco utożsamiony ze światopoglądem religijnym. Posiadanie jednak światopoglądu innego niż religijny wcale nie gwarantuje rzeczowości argumentacji – także jest określonym światopoglądem, który mniej lub bardziej skłania do korzystania z takich lub innych uzasadnień. W tę kolejną ukrytą założeń popada czasami bioetyka, która ad hoc uznaje słuszność moralną procedur medycznych z udziałem technologii i starannie roztacza idee, które odrzucają wszelkie wątpliwości i zastrzeżenia.

Dziś coraz trudniej jest nie zgodzić się z konstatacją, że w sposób racjonalny, w oparciu o teorie etyczne, można podważyć pewność racji przez kogokolwiek zgłaszanych. Jeśli przyjmie się, przykładowo, że każdy człowiek ma prawo do potomstwa; że bezpłodność jest chorobą; że wymaga ona leczenia, to – jak zauważa Z. Szawarski – „*Wszystkie te założenia mogą zostać sensownie zakwestionowane*” (Mądrość i sztuka leczenia). Częściej bowiem dysponujemy zdolnością do skutecznego podważania racji niż do jej uzasadniania. Ale z tego nie wynika słuszność tych, którzy zakwestionowali merytorycznie czyjąś argumentację. Podobnie, nieprawdą jest, że wykazując nieprawdziwość sądu adwersarza (lub słabość uzasadnień), uzyskujemy poręczenie prawdy (lub siłę uzasadnień) – również możemy się mylić we własnym sądzie i równie możemy mieć wątpliwe przesłanki.

## Problem z językiem

Język, wyobrażenia, także pojęcia, jakie posiadamy, są nieadekwatne do sytuacji, które wytwarza współczesna technologia medyczna. Rodzi to spory o znaczenia podstawowych terminów, które wcale nie mają jedynie medycznej czy biologicznej desygnacji. Kobieta poddająca się procedurze zapłodnienia in vitro, jeszcze przed transferem zarodka, zapytała lekarza „*jak się czuje moje dziecko?*”. Nie zapytała zaś „*jak następuje podział komórek w zygocie?*”. Na powagę problemów terminologicznych wskazuje także kasus Davis przeciwko Davis (K. Szewczyk, Spis kasusów): pani Davis, która poddała się wcześniej procedurze IVF, zwróciła się do sądu o uzyskanie kontroli nad zamrożonymi zarodkami. Jedni eksperci powołani przez sąd stwierdzili, że siedem zamrożonych zarodków jest ludźmi; że należy zaliczyć je

do „*należących bądź odniesionych do człowieka*”. Inni zaś: że są jedynie potencjalnym życiem w stadium preembrionalnym, mającymi cechy życia dopiero po 10–14 dniach, argumentując, iż nie jest pewne, czy niezróżnicowany „*ludzki preembrion jest unikatowym indywiduum (...) tylko z powodu zjawiska zapłodnienia*”; opowiadali się także za tym, że embrion nie jest osobą, lecz dysponuje potencjałem bycia osobą. Sąd uznał, że zamrożone całości są życiem ludzkim wymagającym ochrony i szacunku. Sąd apelacyjny natomiast oddalił tę argumentację i uznał, że „*żyjącą całością*” jest „*dziecko, które może poruszać się w łonie matki*”.

Nie posiadamy więc niebudzących wątpliwości terminów i pojęć, które zdolne byłyby jednoznacznie i przejrzysto uchwycić ów fenomen początków ludzkiego życia. A przy tym należy dostrzec i to, że technologia jest „skażona” tzw. tunelowym widzeniem, przed czym przestrzegał S. Fredriksen (Tragedy, utopia and medical progress): ufa się bowiem temu, że technologiczne myślenie uczyni człowiekowi dostępnymi wszelkie sposoby zaplanowania nad ograniczeniami i niebezpieczeństwami jego egzystencji; prawda natomiast jest taka, że badania technologiczne mają właśnie charakter tunelowy, niezwykle wąski i gubiący perspektywy poznawcze, toteż wraz z ich rozwojem, rośnie zakres niewiedzy i zignorowanych zagrożeń, tym bardziej niepokojący, iż współczesna technologia modeluje ludzkie postrzeganie i doświadczanie świata. Odzwierciedla to język, którym nierzadko opisuje się procedurę zapłodnienia in vitro – język urzeczowiający nie technologiczny wytwór, lecz sposób i miejsce zaistnienia życia w środowisku technicznym. Przykładowo, mówi się o embrionie „konceptyjny produkt” o „doskonałej jakości”, jakby to był przedmiot codziennego użytku, który można wyłowić z oferty produktów o kiepskich parametrach technicznych. Jednakże zastosowanie technologii medycznej w procedurze zapłodnienia in vitro nie czyni z połączonych gamet wytworu tejże technologii – ona jedynie ingeruje w proces powstawania życia i jego przebieg; wspomaga proces przekazywania życia, nie zaś tworzy życie.

## Perspektywy rozważań i regulacje prawne

Są w istocie dwie, biegunowo odmienne (O. Nawrot, O dwóch modelach regulacji IVF). Pierwsza zakłada priorytet wolności prokreacyjnej osób dojrzałych nad, ewentualnym, interesem embrionu. Dawcy gamet mają prawo do pełnego dysponowania o losie powstałych embrionów (brak ograniczeń co do tworzenia zarodków nadliczbowych). Mogą więc decydować o ich zniszczeniu, o ich donacji, względnie: o wykorzystaniu ich w innych celach niż reprodukcyjne. Temu stanowisku odpowiadają rozwiązania prawne w Wielkiej Brytanii oraz zbliżone: belgijskie, holenderskie czy hiszpańskie. W krajach skandynawskich oraz w Austrii dostęp do procedury zapłodnienia in vitro jest uwarunkowany podmiotowo:



małżeństwa, konkubinaty, kobiety w określonym wieku. Zakazuje się wykorzystania obcych komórek jajowych, ogranicza się ilość embrionów przeznaczonych do transferu.

Druga zaś perspektywa opowiada się za prymatem prawa do życia każdej istoty ludzkiej, w tym embrionu. Z tego prawa wynika nadto obowiązek ochrony życia każdej istoty ludzkiej. To stanowisko właściwe jest niemieckim rozwiązaniom prawnym, także zbliżonym włoskim czy szwajcarskim: ilość embrionów wynosi od 2 do 3 z koniecznością ich jednoczesnego transferu do organizmu kobiety; istnieje zakaz selekcji genetycznej embrionów i ich donacji; kriokonserwacja zachodzi tylko w szczególnych wypadkach – nie ma charakteru rutynowego; finansowanie procedury ograniczone jest do małżeństw bądź również do konkubinatów.

## Przedmiot sporu

Łatwo zorientować się, że istnieje kilka kluczowych problemów, które są przedmiotem sporu i odmiennych rozwiązań prawnych. Pierwszy jest związany z możliwością tworzenia zarodków nadliczbowych i w konsekwencji koniecznością ich zamrażania. Jeśli ograniczy się możliwość ich tworzenia do kilku z jednoczesnym wymogiem ich transferu do organizmu kobiety, kriokonserwacja nie będzie konieczną konsekwencją zapłodnienia in vitro. Będzie wynikiem wyłącznie zdarzeń losowych (np. kobieta nie zgłosiła się na zabieg, zmarła). Nie usuwa to wątpliwości moralnych, jak i nie ogranicza zakresu regulacji prawnych, jednak minimalizuje negatywne następstwa, za które uznać należy niszczenie zarodków. Faktem jest, że wtedy efektywność medycznego wspomagania prokreacji maleje.

Drugim problemem jest selekcja zarodków. Niszczenie zarodków w wyniku stwierdzenia w diagnostyce preimplantacyjnej wad genetycznych (np. trisomia chromosomów, m.in. odpowiedzialnych za zespół Downa bądź Turnera) jest postępowaniem eugenicznym. Selekcja zarodków nie jest bowiem techniczną procedurą oceny rozwoju „hodowanych” komórek, lecz wartościowaniem życia (nie komórek, lecz człowieka genetycznie obciążonego). Selekcja embrionów wprowadza nadto istotną nierówność, czyniąc przywilej kobietom poddawanych procedurze in vitro: mają bowiem one możliwość dokonywania wyboru, jakie dziecko chcą urodzić – zdrowe czy chore. Kobiety zachodzące w ciążę w sposób „naturalny” muszą poddać się losowi. Trudno jednak zaakceptować możliwe konsekwencje powszechnego dostępu do opcjonalności narodzin dziecka.

Refundacja tej procedury, trzeci problem, niezależnie czy z kieszeni ubezpieczonego, czy podatnika, przenosi tę nierówność: poddanie się procedurze zapłodnienia in vitro staje się kryterium dostępu do refundowanych badań prenatalnych w sytuacji, w której

do tych ostatnich dostęp jest ograniczony dla kobiet niekorzystających z medycznego wspomagania prokreacji i nienależących (wraz z mężem) do grupy ryzyka genetycznego. Dopuszczalność procedury zapłodnienia in vitro sprawia nadto, że bezpłodność jest definiowana w kategoriach potrzeby zdrowotnej, czyli jako choroba. Zdefiniowanie bezpłodności jako choroby pociąga konieczność jej leczenia metodami medycznie wspomaganej prokreacji. Wtedy powinna być refundowana. Rozważeniu podlegają tylko kryteria określające zakres i warunki refundacji w sytuacji rosnących niezaspokojonych innych potrzeb zdrowotnych.

Zdefiniowanie procedury zapłodnienia in vitro jako terapii wyklucza jej stosowanie jako procedurę na życzenie. Sprzyja to – czwarty problem – doprecyzowaniu podmiotowych warunków uprawniających do skorzystania z terapii. Przy tych założeniach dostęp do niej i jednoczesna jej refundacja jest możliwa jedynie dla małżeństw bądź konkubinatów, które borykają się z bezpłodnością. Procedura zapłodnienia in vitro byłaby wtedy niedostępna dla kobiet samotnych (brak dawcy gamety) i dla par homoseksualnych (brak potomstwa nie wynika z bezpłodności). Wyklucza również z terapii pragnienie spełnienia się macierzyńskiego kobiet w podeszłym wieku bądź chęć „odmłodzenia się” poprzez zajście w ciążę. Ma słuszość Z. Szawarski odwołując się do Kanta i twierdząc, że człowiek nie może być nigdy środkiem, lecz celem podejmowanych wyborów i działań. Ta konkluzja rzutuje na rozstrzyganie problemu pierwszego i drugiego: embrion nie może być środkiem do realizacji celów partykularnych.

Przeniesienie pierwszej fazy rozwoju płodu poza organizm kobiety nakłada na lekarza szczególny obowiązek dbałości o powstałe życie i nie uzasadnia jakiegokolwiek odstępstwa od obowiązku ochrony życia poczętego tylko dlatego, że zapłodnienie nastąpiło poza organizmem kobiety. Tak należałoby interpretować normy Kodeksu etyki lekarskiej: „*Lekarz powinien z poczuciem szczególnej odpowiedzialności odnosić się do procesu przekazywania życia ludzkiego*” (art. 38); a w konsekwencji: „*Lekarz nie może uczestniczyć w akcie pozbawiania życia. Podejmując działania lekarskie u kobiety w ciąży lekarz równocześnie odpowiada za zdrowie i życie jej dziecka. Dlatego obowiązkiem lekarza są starania o zachowanie zdrowia i życia dziecka również przed jego urodzeniem*” (art. 51). Szacunek dla życia jest wartością najwyższą, która nie dopuszcza jakiegokolwiek postaci dyskryminacji ze względu na „dziedzictwo genetyczne”.

## Możliwość rozwiązań w Polsce

Aktualnie złożono kilka projektów regulujących metodę in vitro. Pierwszy (pos. Piechy) formułuje zakaz tworzenia nowych zarodków, a więc zakaz zapłodnienia pozaustrojowego, dopuszczając jedynie moż-

liwość transferu zarodków (przez małżeństwa) już zamrożonych (adopcja). Następny projekt, radykalnie odmienny (pos. Balickiego) zakłada, że procedura ta jest dostępna dla wszystkich (refundowana przez NFZ – projekt pos. Senyszyn). Dopuszcza on selekcję embrionów dla uniknięcia wad genetycznych, ich krio-konserwację i niszczenie zarodków nadliczbowych na życzenie biologicznych rodziców. Projekt (pos. Nowickiej, oparty na wcześniejszym, Balickiego) czyni dostępnym procedurę zapłodnienia in vitro dla wszystkich zainteresowanych, którzy mogą się jej poddać, usuwając możliwe warunki podmiotowe i dopuszczając donację embrionów.

Oba skrajne projekty są w istocie opowiedzeniem się za różnymi systemami wartości, warunkowane odmiennymi uzasadnieniami światopoglądowymi. Z punktu widzenia deontologii lekarskiej projekt pełnej liberalizacji procedury in vitro, zakładający zwolnienie lekarza z obowiązku zachowania szczególnej odpowiedzialności za proces przekazywania życia ludzkiego, jest nie do zaakceptowania (selekcja embrionów, ich niszczenie). Projekt zakazujący zapłodnienie pozaustrojowe budzi zastrzeżenia, jeśli tę metodę wspomagania prokreacji uzna się za działanie lecznicze. Te projekty są opozycyjne wobec jeszcze jednego (pos. Kidawy--Błońskiej), który wcale nie jest kompromisem, lecz proponującym jedynie mniej radykalne inne rozstrzygnięcia. Projekt ten zakazuje niszczenia embrionów i ich donacji, przyzwala na krio-konserwację oraz określa dostępność tej procedury dla par małżeńskich i konkubinatów, a także dla samotnych matek, choć nie reguluje kwestii refundacji tej procedury. Opiera się on na wcześniej sformułowanym projekcie ustawy bioetycznej z 2008 roku (pos. Gowina, projekt ostatni), który wart jest rozważenia ze względu na to, że stwarza prawne warunki zachowania odpowiedzialności lekarza za proces przekazywania życia, zachowania godności ludzkiej i minimalizuje warunki instrumentalnego traktowania początków ludzkiego życia. W tym projekcie procedura zapłodnienia in vitro dostępna jest jedynie dla par małżeńskich, jednak nieobciążonych chorobami lub upośledzeniami genetycznymi, dla kobiet do 40 roku życia. Dopuszcza badanie embrionów wyłącznie w celach terapeutycznych, aczkolwiek wyniki badań nie mogą być przesłanką ich selekcji. Umożliwia wytworzenie do dwóch embrionów z jednoczesnym ich transferem do organizmu kobiety i zakazuje tworzenia zarodków nadliczbowych oraz ich niszczenia.

## Konkluzja etyczna

Ostatni projekt jest najlepszą aksjologicznie propozycją regulacji prawnych, bliski niemieckiemu modelowi, lecz skazany, wydaje się, na polityczne niepowodzenie. W pozostałych projektach (poza projektem pos. Piechy), dopuszczających metodę zapłodnienia poza-

ustrojowego, prymat życia ludzkiego ustępuje wartości samostanowienia, z której wynika pełna autonomia w zakresie działań związanych z procesem prokreacji. Ta zaś autonomia staje się podstawą dla uzasadnień o nieograniczonej woli (nie wolności, lecz swawoli) decydowania przez rodziców (dawców gamet) także o początkowych fazach ludzkiego życia, życia innego człowieka. Każda autonomia unicestwia swoje etyczne uprawomocnienie, jeśli godzi w autonomię innych. Zamiast budować argumenty za wartościowaniem życia ze względu na brak przejawów autonomicznych działań, należy zatroszczyć się o umożliwienie ich, także sięgając w przyszłość. Przykładów z praktyki lekarskiej w tym względzie nie brakuje. Zresztą P. Ramsey, który uchodzi za twórcę bioetyki, postulował zakazanie wszelkich badań nad zapłodnieniem in vitro, dostrzegając w nich wyjątkowo niemoralne eksperymentowanie na człowieku.

Perspektywa etyczna jest jasna, o ile nie gubi się w retorycznej ekwilibryście pojęć i terminów: proces rozwoju ludzkiego życia, niezależnie czy odnosimy się do jego stadiów początkowych, końcowych, czy jakichkolwiek innych, jest ludzkim życiem w procesie swego rozwoju i jako taki wymaga ochrony, szacunku oraz – w szczególnych okolicznościach – troski. Powstawanie życia, przybierające postać embrionalną, jest ludzkim życiem, koniecznym stadium rozwoju człowieka, nie zaś nieokreśloną biomasą. Jest to istnienie, które w procesie rozwoju uzyska świadomość bycia. To nie rzecz, a ludzki sposób istnienia – „*Szacunek kieruje się zawsze tylko ku osobom, a nigdy ku rzeczom*” (Kant). Dlatego spoczywa na nas obowiązek, przede wszystkim, wobec siebie, aby uszanować ludzkie istnienie. J.-M. Varaut: „*Byłoby sprzeczne z porządkiem prawnym płodzenie życia ludzkiego in vitro, bez uznania, że chodzi o życie ludzkie, co najmniej potencjalnie, byt odrębny i nośnik nadziei*” (Możliwe, lecz zakazane). W tym kontekście lekarska powinność *primum non nocere* nabiera właściwego znaczenia.

Dr n. hum. Jarosław BARAŃSKI

Autor jest absolwentem filozofii Uniwersytetu Wrocławskiego, pracuje w Zakładzie Humanistycznych Nauk Lekarskich Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu. Wykładał na UWr, Akademii Sztuk Pięknych oraz Uniwersytecie Opolskim i Zielonogórskim. Zajmuje się etyką medyczną i socjologią medycyny, filozofią medycyny i literatury oraz estetyką. Był współpracownikiem wrocławskich gazet i „Polish Daily” w Londynie. Członek rady redakcyjnej „Nowej Krytyki Lekarskiej”, członek Komisji Języka Medycznego Rady Języka Polskiego, współredaktor podręczników i autor książek.

(przedruk z „Medium” nr 1/13)

## UCIAŹLIWE PAMIĄTKI Z WAKACJI W TROPIKACH

Ciekawi świata, z roku na rok coraz częściej podróżujemy, najczęściej wybierając gorące kraje. Największą popularnością wśród Polaków cieszy się Egipt, Tunezja, Turcja, Kenia, Meksyk czy Indie. Są to miejsca najczęściej o niskim standardzie higienicznym, szczególnie niebezpieczne ze względu na choroby zakaźne jak: biegunka podróżnych, błonica, dur brzuszny, wirusowe zapalenie wątroby typu A i B, gorączka krwotoczna, cholera czy grzybicę.

„Zemsta faraona” w Egipcie, „klątwa Azteków” w Ameryce Południowej, czy „Zemsta Montezumy” w Ameryce Środkowej, to nic innego jak biegunka, która najczęściej wywoływana jest przez pałeczki jelitowe tj. *Escherichia coli* (zwłaszcza szczepy enteropatogenne, ETEC), *Salmonella spp.*, *Yersinia spp.*, *Campylobacter spp.*, czy *Shigella spp.* Podczas pobytu w tropikach do zakażenia pałeczkami jelitowymi dochodzi poprzez spożycie surowych warzyw, mięsa, picie nieprzygotowanej wody.

Skażona woda to również źródło zakażeń *Vibrio cholerae*. Przecinkowiec ten wywołuje cholere, tak często spotykaną w Ameryce Południowej, Bangladeszu oraz w Indiach.

Relaksacyjne spacery „boso” po podmokłych terenach, czy korzystanie z kąpielisk w bliskiej odległości od wodopojoów zwierząt niesie ryzyko wystąpienia leptospirozy. Jest to choroba odzwierzęca wywołwana przez *Leptospira interrogans*. Do zakażenia dochodzi przez wodę zanieczyszczoną moczem gryzoni (np. podczas kąpieli, jedząc skażone warzywa) lub bezpośredni kontakt z tkankami bakterionośnych gryzoni (przez uszkodzoną skórę).

Niebezpieczne pod względem zdrowotnym stają się również wyjazdy w dalekie kraje w celach przeprowadzenia operacji plastycznych. Zabiegi tego typu, mające na celu upiększanie, wykonywane są tam rutynowo i to – co kusi najbardziej turystów – za niewielkie pieniądze. Niestety, stan higieniczny podczas operacji, jak i w czasie rekonwalescencji, pozostawia wiele do życzenia. Przykładem mogą być szczepy NDM-1. Bakterie te odporne są na prawie wszystkie antybiotyki, w tym również na karbapenemy – antybiotyki ostatniej szansy. Szczepy te po raz pierwszy zidentyfikowano w New Delhi oraz w Pakistanie. Dzięki turystom izolowano je

również Wielkiej Brytanii, w Belgii (przypadek śmiertelny), w Kanadzie, w Szwecji, w Stanach Zjednoczonych, w Holandii i w Austrii, Grecji oraz we Francji.

Kolejną niemiłą pamiątką z tropików mogą być grzybicę wywołwane przez grzyby dimorficzne niespotykane na co dzień w naszym klimacie, wywołujące grzybicę układowe. Zaliczamy do nich: *Sporothrix schenckii* wywołujący sporotrychozę. Grzyby te występują w glebie, na szczątkach roślin (w rozkładającym się materiale roślinnym, np. drewnie) na obszarach tropikalnych, subtropikalnych, w południowych terenach USA, Japonii oraz Australii. Wrotami zakażeń są rany powstałe w wyniku urazów mechanicznych. W rejonach takich jak: środkowe i wschodnie tereny USA, Ameryka Środkowa i Południowa, Afryka, Daleki Wschód dominuje *Histoplasma capsulatum* odpowiedzialna za histoplasmozę. Rezerwuarem tych grzybów dimorficznych jest gleba zanieczyszczona odchodami ptaków i nietoperzy. Do zakażenia dochodzi na drodze wziewnej, (np. podczas zwiedzania kurników lub jaskiń zamieszkałych przez nietoperze).

Kolejną grzybicą, o której warto wspomnieć jest kokcydiodomikoza (czynnikiem etiologicznym jest *Coccidioides immitis*). Grzyby te występują najczęściej w glebie na półpustynnych terenach Ameryki Północnej, Środkowej i Południowej. Największe stężenie zarodników obserwuje się w powietrzu atmosferycznym, zwłaszcza podczas burz pyłowych, podczas których obserwuje się zwiększoną liczbę zachorowań.

Afryka, Ameryka Łacińska to obszary gdzie występują grzyby *Zygomycetes*. To bardzo liczna grupa różnych rodzajów grzybów wywołujących grzybicę podskórne (objawiające się niebolesnymi, twardymi, dobrze odgraniczonymi obrzękami).

*Trichophyton concentricum* to dermatofity odpowiedzialne za grzybicę skóry, która ze względu na charakterystyczne objawy kliniczne nosi nazwę grzybicy dachówkowej lub łuskowatej. Grzyby te występują wyłącznie w klimacie tropikalnym (wyspy Oceanu Spokojnego i Archipelagu Malajskiego, Indie, Ameryka Środkowa).

Należy również pamiętać, że hotele, brodziki, baseny, natryski zaliczane są do potencjalnych źródeł zakażeń grzybicą stóp wywoływanej przez *Trichophyton rubrum*, *T. mentagrophytes* var. *granulosum* czy *T. mentagrophytes* var. *interdigitale*.



W krajach tropikalnych należy pamiętać także o zakażeniach wirusowych, do których może dojść w wyniku otarcia naskórka, kontaktu z krwią (wykonywanie tatuaży), na skutek ugryzienia przez insekty, przez drogi oddechowe (ortomykso-, paramykso-, rinowirusy), przez przewód pokarmowy (poliowirus, enterowirusy, rotawirusy) oraz układ moczowo-płciowy (HIV, HBV, HHV, HPV).

Wirusowe zapalenie wątroby wywoływane są przez hepatotropowe wirusy, które szerzą się drogą pokarmową (HAV i HEV) oraz drogą parenteralną (HBV, HCV, HDV). Objawy choroby związane są z uszkodzeniem wątroby (wzrost aktywności transaminaz, żółtaczką).

Najczęściej wirusowe zapalenie wątroby typu A występuje na terenach o złym stanie sanitarnym i higienicznym. Bardzo wysoką endemiczność stwierdza się na obszarach Afryki, Azji, Ameryki Południowej i Środkowej. Rezerwuarem HAV są ludzie, szympansy i marmosety. Do zakażenia dochodzi w wyniku spożycia niepoddanych obróbce termicznej warzyw, owoców, owoców morza oraz skażonej wody. Należy pamiętać, że wirus ten jest inaktywowany przez autoklawowanie, gotowanie, promieniowanie UV oraz środki dezynfekcyjne zawierające chlor. Zakażenia HAV stanowią 60% wszystkich przypadków wirusowego zapalenia wątroby na świecie. W Polsce liczba zachorowań w 2011 r. stanowiła 65 przypadków, z czego w województwie kujawsko-pomorskim odnotowano cztery.

Wirus HEV wywołuje objawy podobne do HAV. Jest niestabilny i wrażliwy na czynniki środowiska. Źródłem zakażenia są zakażeni ludzie, makaki, marmosety, tamaryny, szympansy oraz świnię, owce i gryzonie. Do zakażenia dochodzi na drodze pokarmowej – głównie poprzez zakażoną wodę, rzadziej zakażoną żywność czy kontakt bezpośredni. Na wirusowe zapalenie wątroby typu E należy uważać wyjeżdżając do Afryki, Azji, subkontynentu indyjskiego, Ameryki Południowej czy Środkowej.

Zachorowania na WZW typu B występują na całym świecie. Wirus ten przenoszony jest drogą krwi, dlatego też podczas wakacyjnych wypraw należy pamiętać o możliwości zarażenia się tym wirusem. Szczególną uwagę należy zwrócić na zabiegi lecznicze wymagające przerywania ciągłości tkanek (np. u stomatologa) czy zabiegi „upiększające”, takie jak przekuwanie ciała, tatuowanie.

W krajach tropikalnych bardzo poważnym problemem są owady, a zwłaszcza komary, które łatwo przenoszą wirusy (najczęściej z rodziny *Flaviviridae*), które są odpowiedzialne za wiele chorób tropikalnych.

Do najważniejszych zaliczamy żółtą febrę, japońskie zapalenie mózgu, malarię czy dengę.

Żółta febra występuje na obszarach Afryki Środkowej i Ameryki Południowej. Rezerwuarem są małpy. Choroba przenoszona jest w strefie tropikalnej przez

komary. Japońskie zapalenie mózgu występuje endemicznie w Birmie, Indiach, Bangladeszu, Gabonie, Indonezji, Laosie, Malezji, Nepalu, Sri Lance, Tajlandii, Wietnamie i na Filipinach. Źródłem zakażenia są komary przenoszące wirusy zwłaszcza w rejonach wiejskich. Ryzyko zachorowań wzrasta podczas pory deszczowej. Przebieg choroby jest ciężki i odznacza się dużym odsetkiem śmiertelności lub dożywotnim uszkodzeniem mózgu.

Malaria to jedna z trzech najgroźniejszych chorób zakaźnych na świecie. 40–45% ludności kuli ziemskiej żyje na terenach zagrożonych zimnicą w ponad 100 krajach świata. Około 91% stanowi rejon Afryki na południe od Sahary, gdzie liczba zachorowań wynosi 300–500 mln na rok, a rocznie stwierdza się 1,5–2,7 mln zgonów. W Polsce w 2011 r. odnotowano 16 przypadków, a od 1 stycznia do 30 kwietnia 2012 r. – cztery. Jest to również choroba przenoszona przez komary: *Plasmodium vivax* – zarodziec ruchliwy (80% zachorowań), *P. falciparum* – zarodziec sierpowaty (15% zachorowań), *P. malariae* – zarodziec pasmowy oraz *P. ovale* – zarodziec owalny i *P. knowlesi* – zarodziec małpi, który od niedawna zaczął atakować ludzi i jego powszechność nie jest jeszcze potwierdzona. Pierwsze objawy choroby są mało specyficzne – dochodzi do rozwoju cyklicznych napadów gorączki i do rozwoju niedokrwistości.

Świadomość zagrożeń, z jakimi mogą spotkać się podróżujący po krajach tropikalnych, jest wciąż niewystarczająca. Zwiedzanie nowych, odległych dla nas miejsc wiąże się nie tylko z poznawaniem kultury, kuchni oraz zwyczajów miejscowej ludności, ale także z poważnymi komplikacjami zdrowotnymi ze zgonem włącznie.

Podróżujący często zapominają o zachowaniu podstawowych środków ostrożności. Uważają, że już sam pobyt w dobrych hotelach uchroni ich przed chorobami zakaźnymi. Niestety, często wyjeżdżając w tropiki nie posiadają odpowiedniej wiedzy i nie są przygotowani na ewentualne zagrożenia. Dlatego też planując podróż w tropiki warto zapoznać się z sytuacją epidemiologiczną wybranego kraju, np. korzystając ze stron: Głównego Inspektora Sanitarnego ([www.gis.gov.pl](http://www.gis.gov.pl)) czy Światowej Organizacji Zdrowia ([www.who.int/ith](http://www.who.int/ith)).

Odpowiednie przygotowanie do podróży pod kątem merytorycznym i praktycznym (wykonanie odpowiednich szczepień ochronnych, zabranie apteczki, przestrzeganie zasad higieny) umożliwi powrót z dalekiej podróży tylko z „pięknymi wspomnieniami”.

Emilia Ciok-Pater

Dr n. med. Emilia Ciok-Pater – w latach 2004–2012 asystent w Katedrze i Zakładzie Mikrobiologii Collegium Medicum w Bydgoszczy, obecnie pracuje w Wojewódzkim Szpitalu Obserwacyjno-Zakaźnym w Bydgoszczy (dział Diagnostyki Laboratoryjnej).

(przedruk z „Primum non Nocere” nr 8–9/12)

# DEKOKT ZIOŁOWY – NIE ZAWSZE SAMO ZDROWIE!

## O hepatotoksyczności ziół

Czy jesteśmy lekomanami? Statystyki zdają się potwierdzać tę tezę. Polacy, choć niebogaci, przeznaczają na leki bez recepty ponad 4 mld złotych rocznie i są pod tym względem w europejskiej czołówce. Na jeden tylko ibuprofen wydaliśmy w 2010 r. ponad 70 mln złotych. W ostatniej dekadzie nastąpił ponad 20% wzrost sprzedaży leków w sklepach sieciowych, w tym rozmaitych preparatów ziołowych i suplementów diety. Według oficjalnych danych Polacy zwiększyli w ubiegłych latach zakup ziół przeszło 5-krotnie. Do tego trzeba doliczyć zakupy internetowe i sprowadzanie leków ziołowych drogą pocztową. To ostatnie zjawisko jest szczególnie niepokojące, ponieważ zamawiane preparaty są często złe, bądź w ogóle niekonfekcjonowane, ich skład bywa bliżej nieokreślony, wskazania do stosowania podawane są często nieprecyzyjnie (np. zalecane jako środek witalizujący, lek poprawiający potencję lub odporność, preparat o działaniu tonizującym itp.), nieznane są objawy uboczne, a zwłaszcza niewiadomą są interakcje z innymi lekami.

Popularność leków opartych na produktach naturalnych wynika bez wątpienia z mody na medycynę alternatywną. Niepodważalnym argumentem zwolenników leczenia naturalnego jest wielowiekowa tradycja ziołolecznictwa na świecie. Wierzmy, że to, co naturalne, jest zdrowe, a przynajmniej nieszkodliwe. Tymczasem narasta liczba doniesień o szkodliwości ziół, które były i są stosowane w medycynie ludowej od stuleci i uchodziły za całkowicie bezpieczne. Przyczyny tego zjawiska są wielorakie. Po pierwsze, zanikła instytucja znachorki, która z leczenia ziołami uczyniła prawdziwą sztukę przyrządzania odpowiednich mieszanin i naparów oraz sztukę dawkowania. Odkąd współcześni konsumenci wzięli sprawy w swoje ręce, powszechne stało się nieprzestrzeganie wskazanych dawek, bo nie przywiązuje się do tego takiej wagi, jak do dawkowania leków tradycyjnych. Skoro nie szkodzi, to można zaparzyć nie garść, a dwie garści ziółek. Historia, jak z dozowaniem proszku do prania – to nic, że producent wyraźnie określa konieczną, ale i wystarczającą ilość; a nuż dwie miarki będą skuteczniejsze niż jedna! Następnym zagadnieniem jest interakcja ziół z lekami konwencjonalnymi. Rynek farmaceutyczny zalany jest różnymi syntetycznymi preparatami, których dawniej nie było, a więc nie było obawy i możliwości, że dojdzie do niepożądanych skutków i nieprzewidzianych powikłań. Wraz z postępem technologicznym stosuje się nowsze, bardziej aktywne biologicznie receptury, co powoduje, że zioła działają z większą siłą, a nawet inaczej. Do tego trzeba dodać ry-

zyko złej botanicznej identyfikacji rośliny, czy w końcu wrażliwość osobniczą na niektóre sprowadzane z odległych stron preparaty ziołowe, które u rdzennej ludności nie wywołują istotnych objawów ubocznych, a stosowane u ludzi innych ras stwarzają ryzyko działań niepożądanych. Przykładem może być pobudzający specyfik o nazwie kava, powszechnie i bezpiecznie stosowany przez ludy andyjskie, który u przedstawicieli rasy kaukaskiej powoduje nadwrażliwość z uwagi na niską ekspresję enzymu metabolizującego, jakim jest w tym przypadku CYP2D6.

Poważnym problemem dla lekarza prowadzącego jest nieprzywiązywanie przez pacjenta należytej wagi do stosowania preparatów ziołowych i niezgłaszanie tego podczas wywiadu chorobowego albo celowe ukrywanie tego faktu ze skrepowania, że podjęta była próba „wzmocnienia” zaleconej terapii na własną rękę lub za poradą przysłowiowej Goździkowej. Stwierdzono, że tylko 20–30% chorych ujawnia zażywanie ziół. Sami lekarze też często zapominają o bogatej ofercie aptek i sklepów zielarskich i o to nie pytają. Powiązanie objawów niepożądanych ze stosowaniem preparatów ziołowych jest często niemożliwe, a leczenie ziołami trudne do kontroli i monitorowania. Zioła, uważane za suplement diety i sprzedawane jako środki spożywcze, nie są obwarowane tak rygorystycznymi przepisami przy wprowadzaniu na rynek, jak leki konwencjonalne. W wielu krajach nie ma uregulowań ze strony instytucji nadzorujących rynek farmaceutyczny. Producent nie ma obowiązku przeprowadzania przedklinicznych badań toksyczności ani prowadzenia badań klinicznych w celu potwierdzenia bezpieczeństwa i tolerancji leku ziołowego. Jest jedynie zobowiązany do podania składu preparatu oraz oświadczenia, że produkt nie zawiera substancji szkodliwych dla zdrowia.

Stosowanie ziół może wiązać się z różnymi powikłaniami i objawami ubocznymi od banalnych po zagrażające życiu. Możliwe działania niepożądane to skórne reakcje alergiczne, ogólnoustrojowe objawy uczuleniowe, zaburzenia krzepliwości krwi, zaburzenia żołądkowo-jelitowe, objawy neuropsychiatryczne, ze strony układu krążenia i wiele innych. Leki ziołowe są metabolizowane m.in. w wątrobie, stąd wśród działań niepożądanych stosunkowo często obserwuje się zaburzenia funkcji tego narządu. Oczywiście tylko w wybranych przypadkach i na ogół w czasie leczenia konwencjonalnego monitoruje się próby wątrobowe, stąd zaburzenia funkcji wątroby podczas zażywania leków ziołowych, poza przypadkami bardzo dobrze udokumentowanymi w literaturze medycznej, są bardzo rzadko ujawniane. Tym niemniej jednak w każdym przypadku niewyjaśnionego wzrostu

aktywności aminotransferaz należy wziąć pod uwagę hepatotoksyczność preparatu ziołowego i pogłębić wywiad od pacjenta o wszystkie zażywane leki, w tym ziołowe, i suplementy diety.

Uszkodzenie wątroby może nastąpić w jednym z trzech mechanizmów:

wewnętrzna hepatotoksyczność, właściwa danej substancji, przewidywalna i zależna od dawki (przykładowo wewnętrzną toksyczność dla wątroby wykazuje paracetamol i amanityna);

hepatotoksyczność idiosynkratyczna, nieprzewidywalna, o nieznanym patomechanizmie, w której nie ma związku działań niepożądanych z dawką preparatu, na szczęście bardzo rzadko obserwowana w stosunku do ogromnej liczby osób zażywających dany preparat;

hepatotoksyczność immunologiczna, czyli nadwrażliwość na dany specyfik, objawiająca się uszkodzeniem wątroby po ponownym zażyciu, połączonym z wystąpieniem objawów ogólnych, takich jak wysypka, gorączka, eozynofilia czy nietypowa limfocytoza.

Spektrum powikłań wątrobowych po zażyciu preparatów ziołowych jest bardzo szerokie. Bez wątpienia dominują zaburzenia biochemiczne w postaci wzrostu aktywności enzymów wątrobowych czy wydłużenia czasu protrombinowego, całkowicie ustępujące po przerwaniu leczenia i bardzo rzadko wyłapywane, ale zdarzają się też ostre i przewlekłe zapalenia wątroby aż po piorunującą niewydolność wątroby, wymagającą zabiegu przeszczepienia wątroby w trybie pilnym. Niektóre zioła wywołują bardzo swoiste morfologicznie uszkodzenie wątroby, ale w zdecydowanej większości toksyczne uszkodzenie wątroby po spożyciu ziół jest nie do odróżnienia od innych toksycznych uszkodzeń wątroby. Literatura medyczna jest na ten temat dość skąpa.

Przykładami ziołowych toksyn o wewnętrznej hepatotoksyczności (zależnej od dawki) są: oset śródziemnomorski (*Atractylis gummifera*, kwiat kameleon), impila (*Callilepis laureola*) oraz mięta polej (*Mentha pulegium*), znana też pod nazwą pennyroyal oil. Oset śródziemnomorski był dawniej stosowany jako środek przeczyszczający, wymiotny i ułatwiający trawienie. Spożycie może być przypadkowe z uwagi na podobieństwo korzenia ostu do dziko rosnącego karczocha. Dzieci wykorzystują wydzielaną przez roślinę lepką substancję w charakterze gumy do żucia. Toksyczność ostu śródziemnomorskiego wynika z zawartości w roślinie gummiferyny i atraktylozydu, substancji zdolnych do indukcji mitochondrialnej fosforylacji oksydacyjnej. Przedawkowanie objawia się bólem głowy, wymiotami, bólem brzucha, objawami neurovegetatywnymi, niewydolnością wątroby i nerek oraz głęboką hipoglikemią. Śmierć następuje wśród objawów piorunującej niewydolności wątroby. Postępowaniem z wyboru jest pilne przeszczepienie wątroby. Podobnie działa impila, zioło stosowane w Afryce Południowej na poprawę płodności, potencji i jako śro-

dek odrobaczający. Odnotowano przypadki śmiertelne po spożyciu impili; zioło to powoduje rozległą martwicę wątroby. Bardzo dobrze udokumentowana jest toksyczność mięty polej, stosowanej w medycynie ludowej jako środek poronny i wywołujący menstruację. Wynika z zawartości w mięcie substancji zwanej pulegonem. Jest to monoterpen, utleniany przez cytochrom P-450 do mentofuranu, związku o bezpośredniej silnej toksyczności dla komórek wątrobowych. Substancja jest śmiertelna w niewielkich nawet ilościach.

W mechanizmie hepatotoksyczności idiosynkratycznej ostre i cholestatyczne zapalenie wątroby wywołuje glistnik jaskółcze ziele (*Chelidonium maius*). Powszechnie stosowany od starożytności w leczeniu kamicy żółciowej i zaburzeń jelitowych, jako środek przeciwbakteryjny i uspokajający, a miejscowo do leczenia brodawek zwykłych, może wywołać ostre, w tym piorunujące, zapalenie wątroby, a także zapalenie przebiegające z cholestazą. To spowodowało, że glistnik jest obecnie stosowany wyłącznie do użytku zewnętrznego.

Immunoalergicznie działa jinbuhuan (*Lycopodium serratum*), zioło od tysięcy lat stosowane w medycynie chińskiej jako lek nasenny dzięki swoim właściwościom uspokajającym, analgetycznym i spazmolitycznym. Mechanizm działania uszkadzającego wątrobę jest nieznan. Substancją toksyczną może być zawarty w roślinie alkaloid L-tetrahydropalmatyna, przypominający alkaloid pirolizydynowy. Uszkodzeniu wątroby najczęściej jednak towarzyszy gorączka, wysypka i eozynofilia, dlatego postulowany jest mechanizm immunologiczny. Żółtacze, hepatomegalii i objawom ogólnym może towarzyszyć świąd skóry. Objawy są przemijające i ustępują w ciągu kilku tygodni od odstawienia preparatu. Jeżeli po zażyciu kropli nasennych jinbuhuan wystąpią reakcje niepożądane, nie wolno ponownie wracać do ich stosowania.

Złą prasę w hepatologii ma również ożanka właściwa (*Teucrium chamaedrys*), znana pod nazwą germander, stosowana jeszcze do niedawna powszechnie, głównie we Francji, jako środek odchudzający, zapierający, antyseptyczny i żółciopędny. Znanych jest ok. 300 gatunków ożanki. Aktywne składniki to diterpeny, monoterpeny oraz flawonoidy. Spektrum toksyczności dla wątroby okazało się bardzo bogate – opisano ostre i przewlekłe zapalenie wątroby, martwicę strefy 3. zrazika, włóknienie wątrobowe oraz pojedyncze przypadki piorunującego zapalenia wątroby. W wielu krajach preparaty zawierające ożankę zostały wycofane ze sprzedaży.

Innym preparatem ziołowym, mogącym wywołać ciężkie uszkodzenie wątroby, w tym piorunującą niewydolność wątroby, jest kawa-kawa (u nas znana jako pieprz metystynowy). Kawa, jeden z dziesięciu najlepiej sprzedawanych preparatów ziołowych na świecie, jest wyciągiem z korzenia rośliny występującej na wyspach Morza Południowego (*Piper methysticum*) wykazującym właściwości miorelaksacyjne, spazmolityczne i przeciwdr-



gawkowe. Dzisiaj używany jest głównie jako euforiant, środek wspomagający zasypianie, łagodny lek sedatywny i antydepresyjny, co tłumaczy rozpowszechnienie tego preparatu w krajach uprzemysłowionych do leczenia niepokoju i napięcia nerwowego. Przyczyną toksyczności pieprzu metystynowego jest być może sposób ekstrahowania substancji czynnej i postać, w jakiej zioło to jest współcześnie sprzedawane. Przez stulecia kawa była wykorzystywana przez ludy Ameryki Południowej w roztworze wodnym do sporządzania napojów ceremonialnych i okazjonalnych napitków i w tej postaci wydaje się być zupełnie bezpieczna. Jako ekstrakt alkoholowy lub acetonowy, sprzedawana w tabletkach i kapsułkach, kawa zaczęła wywoływać reakcje niepożądane i być obiektem coraz liczniejszych doniesień o hepatotoksyczności. Uszkodzenie ma charakter wątrobowokomórkowy albo cholestatyczny. Opisano przypadki *Hepatitis fulminans*. Dokładny mechanizm uszkodzenia jest nieznany. Substancją toksyczną jest kavalakton hamujący większość izoenzymów ludzkiego cytochromu P-450 in vitro. Niedobór CYP2D6 może usposabiać do ciężkich powikłań po zażyciu kawy, stąd wrażliwość osobnicza ludzi niektórych ras. W wielu krajach pieprz metystynowy jest zakazany, w tym od 2009 r. w Polsce.

Inny środek, chaparral (*Larrea tridentata*), długowieczna roślina pustynna z południowych obszarów Ameryki Północnej, przypominająca twardolistny korsykański krzew – makię, była wykorzystywana przez Indian jako lek na wszystko – od ukąszenia węża po chorobę nowotworową. Obecnie chaparral sprzedawany jest w postaci kapsułek jako antyutleniacz i środek spowalniający procesy starzenia się, stąd bardzo popularny wśród współczesnych konsumentów. W trakcie badań są też jego potencjalne właściwości przeciwnowotworowe. Mechanizm, w wyniku którego dochodzi do uszkodzenia wątroby, jest nieznany. Chaparral jest mieszaniną flawonoidów, aminokwasów oraz olejków eterycznych. Aktywny składnik może hamować cyklooksygenazę lub aktywność cytochromu P-450 albo działa za pośrednictwem mechanizmów immunologicznych. Ponadto metabolity tego preparatu wykazują aktywność estrogenową. Opisano kilkanaście przypadków poważnych powikłań wątrobowych, w tym marskość wątroby po dłuższym stosowaniu preparatu oraz piorunujące uszkodzenie wątroby.

Niektóre preparaty ziołowe wywołują zakrzepowe zmiany w naczyniach wątrobowych, określane terminem zatokowej choroby zakrzepowej (SOS, Sinusoida Obstructive Syndrome). Takie rośliny jak żywokost lekarski, rooibos, starzec (*senecio*) i bardzo popularny środek wykrztuśny – podbiał – zawierają najgroźniejsze hepatotoksyny pochodzenia roślinnego, którymi są alkaloidy pirolizydynowe, działające bezpośrednio na komórki wątrobowe i powodujące ich martwicę, ale również wywołujące chorobę zakrzepową w obrębie żył wątro-

bowych, przypominającą ostry zespół Budda-Chiari'ego. Po spożyciu ziół zawierających pirolizydynony może dojść do nagłych bólów brzucha, wodobrzusza, hepatomegalii i wzrostu aktywności enzymów wątrobowych. Opisano też piorunującą niewydolność wątroby. W postaci przewlekłej alkaloidy pirolizydynowe wywołują zastoinowe zmiany w wątrobie spowodowane obliteracją końcowych żyłek centralnych zrazików. W niektórych krajach, np. w Niemczech, stosowanie preparatów podbiału jest zakazane. Również z użycia zostały wycofane doustne postaci popularnego żywokostu lekarskiego (*Symphytum officinale*, *S. asperum*, ang. comfrey), dawniej stosowanego wewnętrznie do leczenia krwawiących wrzodów żołądka i dwunastnicy. Żywokost jest obecnie niekiedy stosowany zewnętrznie do leczenia trudno gojących się ran i siniaków. Należy zwrócić uwagę, że przewlekłe stosowanie popularnej herbaty rooibos (bushtea) może mieć dla niektórych konsumentów, zapewne nielicznych, groźne dla zdrowia konsekwencje.

Zioła same w sobie nie muszą wywoływać działań niepożądanych, natomiast niebezpieczne mogą być interakcje z tradycyjnymi środkami farmaceutycznymi, przyjmowanymi z określonych wskazań lekarskich. Leki pochodzenia roślinnego, indukujące enzymy cytochromu P-450, mogą nasilać toksyczność takich farmaceutyków jak paracetamol. Naturalne środki o właściwościach przeciwrzepliwych (*Ginkgo biloba*, czosnek, żeń-szeń, złocien) mogą wchodzić w interakcje z warfaryną oraz inhibitorami płytkowymi, powodując wydłużenie czasu protrombinowego i ryzyko krwawień. Bodaj najważniejsze z punktu widzenia interakcji lekowych są preparaty zawierające wyciąg z dziurawca zwyczajnego (*Hypericum perforatum*, ang. St. John's wort). Dotyczy to wielu popularnych leków zwłaszcza o łagodnym działaniu przeciwdepresyjnym i żółciopędnym. Najważniejszymi lekami, których poziom może nie osiągać stężeń terapeutycznych w skojarzeniu z dziurawcem są: cyklosporyna A (ryzyko odrzucania przeszczepu!), warfaryna, teofilina, chinidyna, propranolol, digoksyna, indinawir (ryzyko powstania oporności HIV na ten lek) i estradiol. Ponadto dziurawiec uwrażliwia skórę na światło i podczas jego stosowania może dochodzić do ciężkich poparzeń słonecznych. Należy pamiętać, że niektóre produkty roślinne działają stymulująco na układ sercowo-naczyniowy, wywołując wzrost ciśnienia, tachykardię, bóle głowy, bóle brzucha i inne objawy. Do takich specyfików należą: zawierająca efedrynę roślina ma huang, powszechnie używana w medycynie chińskiej i chętnie zamawiana przez Internet jako lek na odchudzanie, wyciąg z guarany, zawierający cztery razy więcej kofeiny niż kawa oraz wyciąg z gorzkiej pomarańczy.

Czarna lista toksyn wątrobowych pochodzenia roślinnego jest bardzo długa i często decydują o tym pojedyncze doniesienia (z uwagi na reakcje idiosynkratyczne), a dotyczy to specyfików powszechnie stosowanych ta-

kich jak zielona herbata, waleriana, sok noni, wyciąg z jemioli, olejek goździkowy i wiele innych. Nie oznacza to jednak, że ziół należy się wystrzegać. Na pewno jednak trzeba przestrzegać kilku prostych zasad: należy je stosować tylko przy istotnych wskazaniach chorobowych, a nie dlatego, że są zdrowe, należy kupować zioła w sklepach zielarskich i zawsze na konkretne schorzenie, należy ściśle przestrzegać zalecanego dawkowania, bo więcej nie znaczy lepiej, naparów z ziół nie należy słodzić,

należy powstrzymać się od kreatywności w przyrządzaniu ziół i postępować zgodnie z załączoną instrukcją, zawsze sprawdzać, czy można stosować je w połączeniu z innymi lekami i unikać stosowania w ciąży (ryzyko krwawień) oraz podczas karmienia piersią (niemowlę może nie być zainteresowane preparatem antydepresyjnym czy lekiem opóźniającym starzenie). Stosując się do tych kilku wskazówek, leczenie ziołami uczynimy cennym uzupełnieniem medycyny konwencjonalnej.

**Tabela 1.** Przykłady morfologicznego uszkodzenia wątroby pod wpływem ziół

Preparat ziołowy	Wskazania	Rodzaj uszkodzenia wątroby
Chaparral	Tonik wątrobowy, preparat przeciwko starzeniu się, antyoksydant	Cholestaza, martwica strefy 3. zrazika, przewlekłe zapalenie wątroby
Glistnik jaskółcze ziele (greatercelandine)	Środek żółciopędny, p/bólowy, uspokajający	Cholestaza, ostre zapalenie wątroby
Jinbuhuan	Lek nasenny	Stłuszczenie wątroby, włóknienie okołowrotne
Kamfora	Infekcje górnych dróg oddechowych, reumatyzm	Wzrost aktywności ALT, zespół Reye'a
Kava (pieprz metystynowy)	Euforiant, środek przeciwdepresyjny, uspokajający	Wzrost aktywności ALT, rozległa martwica wątroby
Ma Huang (Ephedra)	Środek pobudzający	Wzrost aktywności ALT, rozległa martwica wątroby
Mięta polej (pennyroyal oil)	Środek poronny	Ostre zapalenie wątroby, rozległa martwica
Oset śródziemnomorski (Atractylis gummifera)	Środek przeczyszczający, wymiotny, moczopędny	Rozlana martwica wątroby
Ożanka (germander)	Środek odchudzający	Martwica strefy 3 zrazika, ostre zapalenie wątroby, włóknienie wątroby
Pirolizydynowe alkaloidy (rooibos, żywokost, podbiał, yerba mate i inne)	Toniki ziołowe, środki wykrztuśne, przeciwkrwotoczne i inne zastosowania	Zespół niedrożności zatokowej SOS
Pluskwica groniasta (blackcohosh)	Łagodzenie objawów menopauzalnych	Wzrost aktywności ALT, niewydolność wątroby
Wyciąg z jemioli (mistletoe)	Ziołowy lek tonizujący	Wzrost aktywności ALT, ostre zapalenie wątroby

**Tabela 2.** Przykłady interakcji ziół z lekami

Lek	Zioło	Interakcja	Objawy kliniczne
Antykoagulanty	Czosnek (garlic)	Wzrost INR	Ryzyko krwawienia
	Dziurawiec (St. John's wort)	Obniżenie INR	Ryzyko zakrzepicy
	Miłorząb japoński (ginkgo)	Dysfunkcja płytek	Ryzyko krwawienia
	Żeń-szeń (ginseng)	Spadek INR	Ryzyko zakrzepicy
	Złocień (feverfew)	Dysfunkcja płytek	Ryzyko krwawienia
Cyklosporyna A	Dziurawiec	Indukcja CYP3A4	Ryzyko odrzucania
Leki rozkładane przez CYP3A4 (statyny, esomeprazol, trazodone i inne)	Zioła zawierające alkaloidy pirolizydynowe	Indukcja CYP3A4	Hepatotoksyczność
	Ożanka	Indukcja CYP3A4	Hepatotoksyczność
Prednizolon	Lukrecja (licorice)	Upośledzona eliminacja	Hipokaliemia
	Sho-saiko-to (cynamonowiec chiński)	Przyspieszona eliminacja	Niskie stężenie prednizolonu (ryzyko zaostżenia AIH)
Spironolakton	Lukrecja	Mineralokortykoid – konkurencja	Niskie stężenie spironolaktonu (upośledzenie działania diuretycznego)

Marta WAWRZYNOWICZ-SYCZEWSKA, przedruk z „Vox Medici” nr 2/13

## VII KONFERENCJA HOSPITAL MANAGEMENT WYZWANIA 2013

Serdecznie zaprasza-  
my 20–21 czerwca 2013 r. do  
Warszawy na siódmą edycję  
Międzynarodowej Konferen-  
cji Hospital Management.



VII KONFERENCJA  
**HOSPITAL MANAGEMENT  
WYZWANIA 2013**  
WARSZAWA, 20–21 czerwca 2013 r.

Tematem przewodnim spotkania jest **ryzyko prowadzenia działalności leczniczej**. Konferencja odbędzie się we współpracy z Polską Federacją Szpitali pod merytorycznym patronatem Europejskiej Federacji Szpitali HOPE, Europejskiego Stowarzyszenia Dyrektorów Medycznych oraz Zarządu ds. Ryzyka Sieci Medycznej Uniwersytetu Stanforda w Kalifornii.

Problem zarządzania ryzykiem w szpitalach jest szczególnie aktualny. Wiele placówek boryka się z rosnącymi kosztami ubezpieczeń, a wymagania wobec szpitali stale rosną. W kwestii zarządzania ryzykiem jest u nas jeszcze wiele do zrobienia. Podczas konferencji zostaną omówione zagadnienia jakości prowadzenia działalności w szpitalach, która jest ściśle powiązana z zarządzaniem ryzykiem. Zostanie również poruszona tematyka zakupów grupowych w kontekście tworzenia grupy zakupowej pod auspicjami Polskiej Federacji Szpitali.

**Data:** 20–21 czerwca 2013 r. • **Miejsce:** Radisson Blu Centrum Hotel, ul. Grzybowska 24, Warszawa. • **Organizatorzy:** Wydawnictwo Termedia sp. z o.o., Akademia „Menedżera Zdrowia”, Czasopismo „Menedżer Zdrowia”. • **Współpraca:** Polska Federacja Szpitali.

**Patronat merytoryczny:** Europejska Federacja Szpitali HOPE, Europejskie Stowarzyszenie Dyrektorów Medycznych.

**Patronat honorowy:** Ambasada Brytyjska.

**Międzynarodowy Patronat Naukowy:** Zarząd ds. Ryzyka Sieci Medycznej Uniwersytetu Stanforda w Kalifornii.

**Międzynarodowa Rada Programowa**

• **Przewodniczący:** Jarosław J. Fedorowski – Prezes Polskiej Federacji Szpitali. Gubernator (PL) i członek

Prezydium Europejskiej Federacji Szpitali HOPE, Warszawa

• **Wiceprzewodniczący:** Janusz Michalak – Prezes Zarządu, Wydawnictwo Termedia Sp. z o.o. Poznań

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

\*\*\*

## IV ZJAZD POLSKIEGO TOWARZYSTWA BADAŃ NAD OTYŁOŚCIĄ

Serdecznie zapraszamy do udziału w IV Zjeździe Polskiego Towarzystwa Badań nad Otyłością, który odbędzie się 12–14 września w Jurze Krakowsko-Częstochowskiej (Zawiercie, Hotel Villa Verde).



IV ZJAZD  
POLSKIEGO TOWARZYSTWA  
BADAŃ NAD OTYŁOŚCIĄ  
ZAWIERCIE, 12–14 września 2013 r.

Temat wiodący zjazdu: „Leczenie otyłości to więcej niż dieta”, obejmie aktualną wiedzę z dziedziny nauk podstawowych związanych z otyłością, otyłość wieku rozwojowego, problemy ginekologiczne i seksuologiczne oraz położnicze, zaburzenia układu ruchu i rehabilitację ruchową, przewlekłą chorobę żylną, przewlekłą chorobę nerek, zaburzenia hormonalne u osób otyłych, związek stanu uzębienia z otyłością, nowe aspekty dietetycznego leczenia otyłości, aspekty psychologiczne leczenia otyłości i jej powikłań, odmienności farmakoterapii u osób otyłych z uwzględnieniem stanu po operacjach bariatrycznych, otyłość w praktyce lekarza rodzinnego. Ponadto w czasie zjazdu odbędą się sesje satelitarne PTBO oraz zaprzyjanych towarzystw.

W programie zjazdu znajdują się również kurs SCOPE i praktyczne warsztaty dotyczące leczenia otyłości. Referaty problemowe wygłoszą znakomici goście z kraju i zagranicy. Wiele z zaplanowanych tematów nie było dotychczas poruszanych w czasie zjazdów PTBO, a stanowią one niewątpliwie problemy, z którymi lekarze praktycy spotykają się na co dzień.

**Termin:** 12–14 września 2013 r. • **Miejsce:** Hotel Villa Verde, ul. Mrzygłodzka 273, 42-400 Zawiercie. • **Organizator:** Polskie Towarzystwo Badań nad Otyłością. • **Przewodnicząca Komitetu Organizacyjnego:** dr hab. n. med. Magdalena Olszanecka-Glinianowicz, prof. nadzw. SUM. • **Przewodniczący Komitetu Naukowego:** prof. dr hab. n. med. Marek Bolanowski.

**Biuro organizacyjne:** Termedia sp. z o.o. ul. Kleeberga 2, 61-615 Poznań, tel./faks +48 61 822 77 81, [szkolenia@termedia.pl](mailto:szkolenia@termedia.pl), [www.termedia.pl](http://www.termedia.pl)

## 66 KONGRES TOWARZYSTWA CHIRURGÓW POLSKICH

Szanowni Państwo,  
Drogie Koleżanki i Drodzy Koledzy!

Jest mi niezmiernie miło zaprosić Państwa do udziału w 66 Kongresie Towarzystwa Chirurgów Polskich, który odbędzie się 18–21 września 2013 r. w Warszawie.



Kongres Towarzystwa Chirurgów Polskich od ponad 120 lat służy wymianę myśli naukowej i klinicznej w zakresie chirurgii. Jest najważniejszym i największym spotkaniem polskiego środowiska chirurgicznego, z udziałem wielu gości zagranicznych, a także forum dyskusji chirurgów polskich. Każdy kolejny Kongres pozwala poszerzyć wiedzę chirurgiczną, która – tak jak w każdej dziedzinie medycyny – zmienia się z roku na rok.

Nasz Kongres ma dwie myśli przewodnie – pierwsza z nich brzmi: *Chirurgia jest zarówno sztuką, jak i nauką*. Myśl tę chcemy rozwinąć podczas naszych spotkań we wrześniu. Pragniemy wykazać, że podobnie jak każda dziedzina nauki zmienia się nieustannie, tak i chirurgia ewoluuje w równie ekspresywnym tempie, stając się w dzisiejszych czasach coraz częściej chirurgią małoinwazyjną. Drugie przesłanie: *Z chirurgiem jest jak z poetą – trzeba się nim urodzić, wskazuje na szczególne uwarunkowania zawodu chirurga*. Wiele chirurgów ma wrodzone zdolności manualne, ale muszą one być stale rozwijane i doskonalone. Tegoroczny Kongres pozwoli poznać i upowszechnić nowe rozwiązania techniczne i coraz doskonalsze metody wykonywania zabiegów.

W czasie trzech dni obrad odbędzie się wiele sesji plenarnych i satelitarnych. Przewidzieliśmy również możliwość przedstawienia Państwa dorobku naukowego w postaci prezentacji ustnych i plakatowych. Odbędzie się również sesja przeznaczona dla pielęgniarek chirurgicznych.

Jako przewodniczący Komitetu Naukowego i Organizacyjnego, a także prezes Zarządu Głównego TChP pragnę zapewnić, że dołożymy wszelkich starań, aby program naukowy spełnił Państwa oczekiwania. Do zobaczenia w Warszawie.

Marek Krawczyk, prezes Towarzystwa Chirurgów Polskich

**Termin:** 18–21 września 2013 r.

**Miejsce:** Warszawa, ATM Studio, Wał Miedzeszyński 384.

**Organizatorzy:** Towarzystwo Chirurgów Polskich.

**Przewodniczący Komitetu Naukowego:** prof. dr hab. n. med. Marek Krawczyk.

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

\*\*\*

**Samodzielny Wojewódzki Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Branicach** zatrudni lekarza specjalistę rehabilitacji medycznej, lekarza internistę, lekarzy w trakcie specjalizacji, bądź chętnych do specjalizacji w zakresie psychiatrii.

Oferujemy bardzo dobre warunki placowe oraz zakwaterowanie. Kontakt pod numerem telefonu: 77/40-34-307 lub e-mail: [sws.kadry@op.pl](mailto:sws.kadry@op.pl)

\*\*\*

**SP Zespół Szpitali Pulmonologiczno-Reumatologicznych z/s w Kup** (46-082 Kup, ul. K. Miarki 6) zatrudni lekarzy internistów, geriatrów, ortopedów i lekarzy specjalistów rehabilitacji medycznej. Szczegółowe informacje: Kierownik Działu Personalno-Placowego Sylwia Skuterka, tel. 77/40-32-859.

\*\*\*

**Udostępnię lokal (po gabinecie dentystycznym), pow. 36 m<sup>2</sup>, parter, przy przystanku komunikacji miejskiej w Kędzierzynie, na działalność medyczną lub inną gospodarczą.** Tel. kontaktowy 77/482-52-35; 692-729-924.

\*\*\*

**Wynajmę dentyście lub lekarzowi medycyny estetycznej gabinet stomatologiczny** mieszczący się na ul. Krzemienieckiej (osiedle za „Castorą”) wyposażony w nowy sprzęt. Możliwość rejestracji prywatnej praktyki. Tel. kontaktowy 504-233-408.



**Elsevier Urban & Partner**  
**Sp. z o.o. 50-011 Wrocław,**  
**ul. Kościuszki 29**  
**Zamówienia:**  
**www.elsevier.pl**  
**tel. 42/680 44 09,**  
**fax: 42/680 44 86**  
**e-mail:**  
**zamowienia@elsevier.com**



## Standardy medyczne w praktyce lekarza rodzinnego

A. Khot, A. Polmear, wyd. I polskie, red. A. Steciwko ISBN: 978-83-7609-830-2, format: 210x295, opr. twarda, str. 441, cena: 142.80 zł (336 ELS pkt)

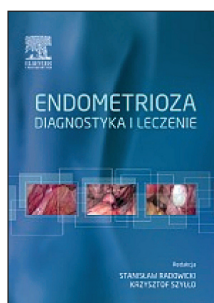
Oddaję w Państwa ręce pierwsze polskie wydanie książki pt. **Standardy medyczne w praktyce lekarza rodzinnego**, która podaje w zarysie niektóre wytyczne dla lekarzy różnych specjalizacji, w tym lekarzy rodzinnych, dotyczące postępowania diagnostycznego i terapeutycznego w poszczególnych jednostkach chorobowych z zakresu większości dyscyplin i specjalizacji medycznych.

Książka dotyczy najczęstszych zagadnień i problemów medycznych występujących w codziennej praktyce lekarskiej w gabinetach lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, a także specjalistycznej opieki ambulatoryjnej i leczenia zamkniętego różnych szczebli. Zatem jej przydatność będzie szczególnie istotna dla wszystkich lekarzy aktywnie prowadzących pracę

z pacjentem, a także dla studentów wydziałów lekarskich uniwersytetów medycznych oraz studiów licencjackich w zakresie pielęgniarstwa i położnictwa.

Prof. dr hab. n. med. A. Steciwko  
 Z przedmowy do wydania I polskiego

\*\*\*



## Endometrioza. Diagnostyka i leczenie

Wyd. I polskie, red. S. Radowski, K. Szydło; ISBN: 978-83-7609-877-7, format: 167x240, opr. twarda, 233 strony, cena: 83.30 zł (196 ELS pkt.)

Endometrioza jest chorobą przewlekłą, dlatego rozpoczęcie jej leczenia zawsze wymaga od lekarza ułożenia planu postępowania medycznego na całe życie pacjentki, z uwzględnieniem jej planów reprodukcyjnych. Mamy nadzieję, że w niniejszym opracowaniu znajdą Państwo odpowiedzi na nurtujące problemy związane z diagnostyką i leczeniem endometriozy. W poszczególnych rozdziałach wyczerpująco omówiono zagadnienia teoretyczne i kliniczne. Autorzy przedstawili w nich najnowsze światowe i krajowe dane, rozszerzając poszczególne zagadnie-

nia o własne doświadczenia w tym zakresie.

Z Przedmowy Prof. dr hab. med. Ryszard Poręba

\*\*\*



## Terapia metodą Vojty

H. Orth, wyd. I polskie, red. J. Surowińska; ISBN: 978-83-7609-737-4, format: 168x238, opr. broszurowa, 260 stron, cena: 71.40 zł (168 ELS pkt)

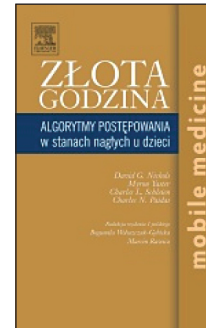
Książka ma pomóc wszystkim, którzy rozpoczynają wdrażanie rehabilitacji metodą Vojty, w osiągnięciu sukcesów leczniczych, a także zachęcać do wymiany opinii na temat terapii.

Każdy rozdział książki stanowi zamkniętą całość i może być czytany oddzielnie. Przedstawiono w nich: powstanie koncepcji terapii i objaśnienia niezbędne do jej zrozumienia; omówiono rozwój dziecka w 1. roku życia; wskazano podstawowe zasady przeprowadzania diagnostyki; omówiono odruchową lokomocję – podstawowe zagadnienie książki; przedstawiono powiązania i interakcje między dzieckiem, rodzicami terapeutami w czasie

przewodzenia rehabilitacji; zamieszczono odpowiedzi na najczęściej zadawane przez rodziców pytania.

Z przedmowy

\*\*\*



## Złota godzina. Algorytmy postępowania w stanach nagłych u dzieci. Seria Mobile Medicine

M. Yaster, D.G. Nichols, C.L. Schleien, C.N. Paidas, wyd. I polskie, red. B. Wolszczak-Gębicka, M. Rawicz ISBN: 978-83-7609-822-7, format: 100x187, opr. broszurowa, 652 strony, cena: 107.10 zł (252 ELS pkt)

Książka jest przeznaczona nie tylko do kieszeni fartucha początkującego lekarza dzieci, ale może okazać się pomocna dla doświadczonego pediatry czy też lekarza leczącego na co dzień ludzi dorosłych. W publikacji zawarto przejrzyste i dokładne instrukcje przydatne w różnych sytuacjach ratowania zdrowia i życia dziecka. Szansa, jaką daje złota godzina, przelatuje bowiem często jak meteor i może już więcej nie wrócić. W Złotej godzinie przeczytamy, jak postępować z chorym lub rannym dzie-

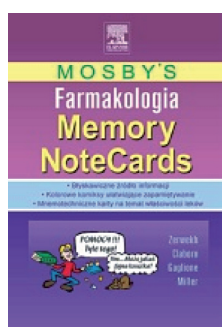


ultrasonografy.pl  
**ECHOSON**

kiem, jak zaopatrzyć drobne skaleczenia i wielką ranę, co zrobić w napadzie drgawek i napadzie astmy, jak zachować się po urazie ośrodkowego układu nerwowego, a jak po oparzeniu. Wskazówki są jasne i czytelne, nie pozostawiają zbyt wielu wątpliwości, a według naszej oceny – lekarzy, którzy całe swoje życie zawodowe spędzili wśród chorych dzieci – są bezcenne.

Z przedmowy

\*\*\*



## Mosby's Farmakologia Memory NoteCards

J.A. Zerwekh, J.C. Claborn, T. Gaglione, Ilustrator C.J. Miller, wyd. I polskie ISBN: 978-83-7609-850-0, format: 116x165, opr. broszurowa (spiral), 191 stron, cena: 42.50 zł

Błyskawiczne źródło informacji. Kolorowe komiksy ułatwiające zapamiętywanie. Mnemotechniczne karty na temat właściwości leków. Zabawne kolorowe komiksy pomagają opamiętać nawet najtrudniejsze pojęcia z farmakologii. Dzięki humorystycznym ilustracjom i prezentacji materiału z zastosowaniem technik ułatwiających zapamiętywanie, nauka staje się prawdziwą przyjemnością. Nieoceniona

pomoc dla studentów, zwłaszcza przed egzaminami.

\*\*\*



## Opiniodawstwo sądowo-lekarskie

A. Wilmowska-Pietruszyńska, D. Bliski, K. Kordeł, A. Pietruszyński, J. Pobocho, T. Zyss, wyd. I; ISBN: 978-8376-09-834-0, format: 167x237, opr. broszurowa, 198 stron, cena: 54.40 zł (128 ELS pkt)

Podstawy prawne i zasady opiniodawstwa lekarskiego, opis roli biegłego w postępowaniu sądowym, zasady orzecznictwa lekarskiego na potrzeby zabezpieczenia społecznego wraz

z wybranymi fragmentami ustaw i rozporządzeń, orzekanie niezdolności do pracy wraz z wytycznymi postępowania w konkretnych przypadkach opiniowanie lekarskie w procesie cywilnym i sprawach karnych, zasady sporządzania opinii sądowo-psychiatrycznych.

\*\*\*



## Ginekologia dziecięca

Red. A. Altchek, L. Deligdisch, wyd. I polskie, red. R. Dębski; ISBN: 978-83-7609-818-0, format: 174x252, opr. twarda, 526 stron, cena: 160.65 zł (378 ELS pkt)

W podręczniku zaprezentowano wytyczne w zakresie opieki nad dziećmi, nastolatkami i młodymi kobietami z uwzględnieniem szczegółowych zasad postępowania w przypadkach zapalenia pochwy i sromu oraz krwawienia z pochwy u małych dziewczynek, a także występowania torbieli jajnikowych u niemowląt i starszych dzieci.

Dogłębnie i szczegółowo zaprezentowane zostały również trudne kwestie urazów w obrębie narządów płciowych, molestowania seksualnego oraz seksualności nastolatka.

Omówiono także uwarunkowania endokrynologiczne odnoszące się do tej grupy wiekowej, w tym okres pokwitania i związane z nim zaburzenia, takie jak pierwotny i wtórny brak miesiączki oraz przedwczesne pokwitanie.

Z przedmowy

## ODSZEDŁ OD NAS

### TOMASZ GOŁÓWKIN

W dniu 18.04.2013 odszedł od nas Tomek Gołównik, niezastąpiony Kolega i Przyjaciel. Poznaliśmy się w 2003 roku, na samym początku naszej przygody z medycyną. W przyszłości Tomek pragnął zostać chirurgiem szczękowo-twarzowym. Aby zrealizować to marzenie, studiował jednocześnie na dwóch wydziałach, na obu będąc jednym z najlepszych studentów.

Mimo dużego obciążenia nauką zawsze potrafił znaleźć czas dla swojej Ukochanej Przyszłej Żony i dla nas. Tomek był zawsze życzliwy, chętny do pomocy i zarażał wszystkich wokół swoim szerokim uśmiechem. Odszedł niespodziewanie, w chwili, gdy wszystkie jego marzenia - dotyczące życia zawodowego i prywatnego - właśnie zaczynały się spełniać.

Zawsze będziemy o Nim pamiętać.

Przyjaciele z grupy studenckiej  
Wydziału Lekarskiego rocznik 2003-2009

## BIULETYN INFORMACYJNY OPOLSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

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

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

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