



OPOLSKA
IZBA
LEKARSKA

Rok Założenia 1990

Styczeń 2014

ISSN 1426-661X

BIULETYN INFORMACYJNY

Nr 208

OPOLSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

www.izbalekarska.opole.pl

Kolejna kadencja przed nami



ZNAK MELANCHOLII

Flamandzcy artyści z piętnastego wieku malowali nierzadko kuszenie świętego Antoniego. Prześcigali się w obrazowaniu diabłów, przedstawiali strzygi, wiedźmy oraz węże dusiciele oplatające pustelnika. Nie miał nic oprócz melancholii, która najpierw wypędziła go na pustynię, a potem obroniła przed demonami. Ukrył się bowiem we własnych myślach, wszedł w szczylinę nieistnienia, całkowitej bierności. I tak zamaskowany w sobie przetrwał.

Melancholii patronuje Saturn. To właśnie z tą planetą łączono od dawna *acedię*, czyli obojętność. Saturnianie zanurzają się często w nicność, uciekają od zgiełku, odcinają się od dostatku i przesytu. Wyrażają stratę, tęsknią, znikają w odosobnieniu. Ruszają do krainy wróżb i magii, w sztuce szukają odpowiedzi. Wybierają żalobę, rozmyślają o tym, co umknęło, i marzą o czymś nienazwanym, lecz wielkim, w czym znajduje się istota życia, szczęście, ale koniecznie niepełne. Wystarczy przypomnieć Albrechta Dürera i Charles'a Baudelaire'a, Sorena Kierkegaarda i Zygmunta Krasińskiego, Cypriana Kamila Norwida i Gerarda de Nerval, cesarżową Sissi i Roberta Burtona, a także damę z obrazu Marii Sadowskiej. I ona, gdyby przywołał Zygmunta Freuda, „sączy smutek z każdego wydarzenia”.

Usiadła za stołem (niemal wszystkie alegorie melancholii przedstawiają *figura sedens* – zadumaną, siedzącą postać, która zanurzyła się we wspomnieniach), wybrała z talii waleta kier, pokazała widzom i sposepniała. Jej twarz – nieuchwytna, bez wyrazu, podobna trochę do gipsowego odlewu – może być obliczem kobiet rozpamiętujących brak. Jej ciało w kolorze pustynnego piasku może należeć do każdej.

Pustynia to chyba zresztą melancholia ziemi, jej wymknienie się i wyciszenie, przeniechanie wypalonym wnętrzem w kierunku nieba, wyobcowanie z zieleni. Nagie wydmy zachęcają do ucieczki przed bujnością, do oddalenia się od nieskończoności barw i bogactwa dźwięków. Jak ta pustka wciąga, jak chce zwabić w pułapkę, jak magnetyzuje! Nic dziwnego, że Saturnianie bywają tam i na jawie, i w snach. Od kwiatów wolą wszechobecny piach, lubią zapadać się po kolana, sypać kopce, drażnić korytarze, wspinać się na ruchome wzgórza, aby tam oczekiwać zwidów, wyglądać fatamorgany, marzyć, że wreszcie zobaczą to, co utracili, że doznają wtajemniczenia.

W kącie obrazu przystanął mężczyzna – posągowy, ale pomniejszony o głowę i ręce. Który odszedł albo się jesz-



„Gra” – olej na płótnie

cze nie pojawił. Młodzieniec, kochanek, adorator czy też mara, uosobienie „niebycia człowiekiem”, jak to ujął Kierkegaard.

Tych dwoje znalazło się pewnie w celi klasztornej. Odcinają się od ściany – ciemnobrązowej, z łuszczącą się, napuchłą od wilgoci farbą. Jedyne na środku bieli się światło wpadające przez okno po przeciwnej stronie. Blask rysuje jaśniejszą plamę na murze, ledwie czytelną wiadomość lub też wyobrażenie trzeciej postaci, kogoś, kto kiedyś stanął pomiędzy dwojgiem. Zniszczył więź, zrujnował bliskość, przyniósł pustkę. A może to melancholia zostawiła znak? Ogłosiła zwycięstwo, kolejną wygraną w grze zwanej życiem. Znowu odebrała kogoś światu, pozbawiła radości. Przemieniła w niemrawą figurę.

A na płótnie prawie wszystko nie na swoim miejscu. Stół bez nóg lewituje w powietrzu, pognieciony obrus fałduje nieznacznie. Krzesło to zaledwie grube płótno złożone na pół i rzucone na obręcz. Jest jeszcze pusty kryształowy kielich bez śladu szminki i są jabłka – za zielone, żeby mogły dojrzeć.

Tych dwoje zastygło w bezruchu. Ona wciąż jeszcze należy do teraźniejszości, chociaż powoli się rozplywa, traci ostrość, zamazują się jej kontury. Zgubiła rękawiczkę i stopy. Nie patrzy, mimo że ma otwarte oczy. Przenika wzrokiem to, co było, i przeświecła spojrzeniem nieokreśloną przyszłość. Natomiast on znalazł się już po drugiej stronie. Został po nim tylko obelisk, bezosobowy akt, oblicze straty.

Agnieszka KANIA

Artykuł ukazał się w „Gazecie Wyborczej”

A więc już wszystko wiadomo! Ostatni Zjazd wybrał nowe władze naszej Izby. W dalszej części Biuletynu znajdziecie Państwo sprawozdanie z jego przebiegu oraz dokumenty zjazdowe. Nie wzbudzi zapewne w Was specjalnego zdziwienia fakt, że na funkcję Prezesa naszej Izby ponownie został wybrany kol. Jerzy Jakubiszyn. Swoją dotychczasową działalnością w pełni potwierdził trafność poprzednich i tego ostatniego wyboru jego kandydatury na tę funkcję. Sporej zmianie uległ również skład samej Rady Okręgowej. Być może dla niezbyt uważnych Czytelników nie jest ona specjalnie odmienna od poprzedniej, ale obecnemu wyborowi towarzyszyła zupełnie inna filozofia jej powołania – o tym szerzej w samym sprawozdaniu.

Zaczelismy więc kolejną – VII już – kadencję Samorządu Lekarskiego. Jak ona będzie? Niestety na pewno nie będzie wolna od ciągłych utarczek z administracją państwową. Obecny minister zdrowia jest bowiem jednym z najgorszych, jeśli nie najgorszym ministrem w tym resorcie. Ale przecież od lat powtarzamy, że mamy złych ministrów. Czy może jednak być jeszcze gorzej. Chciałbym myśleć, że nie! A jak będzie, to się zobaczy. Ostatnio mówi się o zdymisjonowaniu min. Arłukowicza, ale takie pogłoski krążą po korytarzach ministerstwa i Sejmu już od wielu miesięcy i nadal nic się nie zmienia. A zresztą dymisji większości z poprzednich ministrów zdrowia towarzyszyły nadzieje, że ten następny będzie lepszy. Potem okazywało się zwykle, że był jeszcze gorszy niż jego poprzednik.

Jedno jest pewne, ciągle jeszcze nadal musimy budować pozycję Samorządu. I choć wszystkie poprzednie rządy (od lewa do prawa) starały się ograniczyć naszą (tzn. Izby) rolę w ochronie zdrowia, to prędkiej, czy później będą musieli się z nami liczyć. To, co aktualnie dzieje się wokół nas coraz bardziej ostro pokazuje absurd funkcjonowania ochrony zdrowia w naszym kraju. Rosną kolejki do specjalistów i to w takim stopniu, że już wkrótce nie da się tego zważyć wyłącznie na lekarzy, czy menedżerów opieki zdrowotnej. Rośnie zadłużenie szpitali i groźba ich bankructwa. Tego też nie

da się zważyć na nas. Najlepszym przykładem są działania rządu Niemiec, który ma podobne kłopoty (tj. narastające zadłużenie szpitali) u siebie i musi podjąć w tej sprawie jak najszybciej działania. Na rynku leków panuje absolutny cyrk, bo okazuje się, że większość stosowanych przez pacjentów leków nie jest aplikowana zgodnie z charakterystyką produktu. Nie odpowiada to obowiązującym standardom leczenia opartym na najnowszej wiedzy medycznej i doświadczeniu terapeutycznemu. Jak długo jeszcze więc Ministerstwo Zdrowia i NFZ będą udawały, że mogą zarządzać (choć właściwie Ministerstwo Zdrowia nie sprawuje żadnej kontroli nad tym, co się wokół dzieje) ochroną zdrowia i zapewniać bezpieczeństwo zdrowotne społeczeństwu naszego kraju.

Być może ktoś z Was pomyśli sobie, że jestem przeciwnikiem politycznym obecnego rządu, ale nie! Przecież do pełnego obrazu obecnej sytuacji w ochronie zdrowia przyłożyły się wszystkie działające partie polityczne, bo albo sprawowały przez czas jakiś rządy i decydowały o jej kształcie, albo też głosami swoich posłów i senatorów zatwierdzały złe decyzje. Jak długo jeszcze partyjne interesy i chęć poprawiania swoich notowań oraz zupełnie kretyńska optyka działaczy partyjnych – polegająca na wyznawaniu zasady, że jeśli nawet nasz przeciwnik polityczny mówi rozsądnie, to i tak nie będziemy uznawali jego racji i argumentów – będzie zasadniczym motorem działań tych – pożałuj Boże – polityków. Gdzie podział się rozsądek i rozważa? Czy naprawdę mamy do czynienia z oszołomami? Jak długo jeszcze trwać będzie ten swoisty *danse macabre* w ochronie zdrowia? Czy znajdzie się wreszcie ktoś, kto walnie pięścią w stół i – jak ten przysłowiony leśniczy – wywali wszystkich tych polityków z lasu?

Myślę, że oto nadchodzi taki moment, kiedy będziemy mogli (mam na myśli społeczeństwo) wystawić naszym politykom rachunek za to wszystko. Rozpoczynający się właśnie rok jest przecież rokiem wyborów – na razie do samorządów, ale już za nieco dłuższą chwilę także do Sejmu i Senatu. Czy rzeczywiście tak się stanie? Zobaczymy. Tylko czy mamy jakieś alternatywy???

Jerzy B. LACH

ZAPROSZENIE NA BAL LEKARZA

Zapraszamy koleżanki i kolegów do wzięcia udziału w Balu Lekarza dnia **22 lutego 2014 r.** w restauracji „**Pod Lipą**” w Gorzowie Śląskim.

Bal rozpocznie się o godzinie 20.00 i potrwa do 5.00 rano.

Zabawę poprowadzi zespół muzyczny „**HELIOS**”. Opłata od osoby wynosi 170 zł.

Istnieje możliwość rezerwacji noclegu na miejscu.

Zaproszenia pod numerami telefonów: tel. **662 288 515** – lek. Róża Bruzi-Burzowicz
tel. **605 763 496** – lek. Wojciech Derkowski

Koleżanki i Koledzy,

Piszę te słowa dzień po zakończonym zjeździe sprawozdawczo-wyborczym. Dokumenty, jakie zostały przyjęte przez Zjazd znajdziecie w dalszej części Biuletynu.

Uzupełniając w czasie obrad Zjazdu sprawozdanie kadencyjne Okręgowej Rady Lekarskiej zacytowałem słowa z adresu, jaki przekazałem Zjazdowi Śląskiej Izby Lekarskiej, który odbywał się tego samego dnia:

Miniona kadencja Samorządu Lekarskiego będzie mi się kojarzyła z walką z cieniem, czyli czymś co jakby jest i jakby go nie było. Takim właśnie cieniem był Minister Zdrowia, który przecież był, ale z efektów jego działań można było wyciągnąć wniosek wręcz przeciwny. Mam nadzieję, że kolejna kadencja odrodzonego Samorządu Lekarskiego takiego cienia mieć już nie będzie, a współpraca Ministra Zdrowia z Naczelną i okręgowymi izbami lekarskimi wyjdzie poza PR-owskie deklaracje.

Uważny czytelnik moich comiesięcznych komentarzy w „Słowie Prezesa” może powiedzieć, że mam już obsesję na punkcie Ministra Arłukowicza... i daleki od prawdy nie będzie.

Ale może zostawmy trochę na boku wielką politykę i zajmijmy się naszym podwórkiem. Rok 2014 to będzie

rok remontu siedziby naszej Izby i jej otoczenia. Jestem przekonany, że za rok, osoby, które będą przyjeżdżały do Opola w jakichś sprawach izbowych, będą mogły potwierdzić, że zmiany są widoczne i – przede wszystkim – ułatwiające załatwianie tych spraw.

W roku 2014 odbędą się w Opolu Mistrzostwa Polski Lekarzy w siatkówce. Będzie to druga ogólnopolska impreza sportowa, organizowana pod egidą Opolskiej Izby Lekarskiej (w 2004 roku odbyły się Mistrzostwa Polski Lekarzy w Kolarstwie Przelajowym). Mam nadzieję, że wszyscy goście (brać udział mają reprezentacje ok. 10 izb) będą pobyt w naszym województwie miło wspominać, niezależnie od wyniku sportowego.

W najbliższym czasie znana będzie oferta ubezpieczenia OC na kolejny rok polisowy czyli III 2014 – II 2015. Informacja szczegółowa, podająca propozycje wariantów ubezpieczenia i związanych z tym składek, podana zostanie w lutym biuletynie. Jak co roku zbieranie pieniędzy będzie musiało być zakończone ok. 25 lutego. Jeżeli ktoś będzie niecierpliwy i będzie chciał uzyskać informację wcześniej, powinien skontaktować się z biurem Izby i wówczas otrzyma informację drogą mailową.

Jerzy JAKUBISZYN

CO SŁYCHAĆ W IZBIE

XXXII OKRĘGOWY ZJAZD SPRAWOZDAWCZO-WYBORCZY LEKARZY OPOLSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

Z samego rana, w pogodną (wbrew prognozą) sobotę 7 grudnia 2013 r. w sali konferencyjnej Wojewódzkiego Centrum Medycznego rozpoczął się kolejny – tym razem sprawozdawczo-wyborczy – zjazd lekarzy Opolszczyzny. Na 132 delegatów wybranych spośród nas latem na sali zjazdowej zjawili się ich 90. Było więc quorum, umożliwiające przeprowadzenie wyborów do władz organów naszej Izby na nową VII kadencję.

Jak zawsze Zjazd otworzył ustępujący Prezes – kol. Jerzy Jakubiszyn, który serdecznie powitał wszystkich przybyłych na Zjazd, w tym także i gości zjazdowych w osobach: pełniącego obowiązki Dyrektora Opolskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ – dr Tomasza Uhera, Prezesa Okręgowej Izby Lekarsko-Weterynaryjnej

dr Marka Wisłę oraz przedstawiciela Krajowej Komisji Wyborczej dr Marka Jodłowskiego.

Zjazd zaczął się niestety smutnym akcentem. Prezes Jakubiszyn poinformował, że w ciągu minionych 4 lat upływającej kadencji na „wieczny dyżur” odeszło spośród naszego grona 94 lekarzy. Prezes odczytał pełną listę „nieobecnych”, w której niestety sporą grupę stanowili stosunkowo młodzi lekarze. Zjazd uczcił ich pamięć minutą ciszy.

Po tym smutnym akcencie kol. Jakubiszyn przeszedł do realizacji programu zjazdowego i zaproponował w imieniu ustępującej Rady Okręgowej na funkcję Przewodniczącego Zjazdu kol. Jacka Mazura. Wobec braku in-

nych kandydatur delegaci jednomyślnie zatwierdzili tę kandydaturę.

Po przejęciu prowadzenia obrad przez nowo wybranego Przewodniczącego, kol. Mazur zaproponował kandydatury pozostałych członków Prezydium Zjazdu: na sekretarzy kol. kol. Annę Adamską i Wojciecha Derkowskiego, a na protokolanta: kol. Martę Rodziewicz-Kabarowską. Zjazd jednogłośnie przyjął wszystkie te propozycje.

Następnie kol. Mazur zapytał delegatów, czy w związku z wcześniejszym przekazaniem im materiałów zjazdowych mają uwagi do zaproponowanego regulaminu i programu obrad. Wobec braku uwag zaproponował przyjęcie tych obu materiałów, co Zjazd potwierdził w głosowaniu.

Zgodnie z przyjętym wcześniej programem Przewodniczący Zjazdu zwrócił się do delegatów o wybór członków komisji zjazdowych. Do Komisji Mandatowej zaproponował kol. kol. Małgorzatę Łuszczynską-Ostrowską, Ewę Noceń-Firlej i Krzysztofa Wiśniewskiego. Do Komisji Uchwał i Wniosków z kolei – kol. kol. Wiesława Sienkiewicza, Piotra Tokara i Jarosława Mijasa. Zaś do Komisji Skrutacyjnej kol. kol. Renatę Górecką, Teodorę Cerbe-Mynte, Łukasza Milejskiego oraz Tomasza Mazura. Z sali padły jeszcze dodatkowo kandydatury kol. kol. Ewy Pendzialek-Grunwald, Pawła Sługockiego, Roberta Żurawla i Elżbiety Sadowskiej. Składy wszystkich komisji zostały osobno przegłosowane i zatwierdzone w wymienionych powyżej składach.

Po tej części kol. Mazur oddał głos gościom Zjazdu. Jako pierwszy głos zabrał Prezes Okręgowej Izby Lekarsko-Weterynaryjnej w Opolu dr Marek Wiśla. Na początku stwierdził, że będąc mężem lekarki doskonale rozumie i zna problemy środowiska lekarskiego. Jednocześnie przedstawił najważniejsze dla środowiska lekarzy „braci mniejszych” sprawy, które bardzo przypominają nasze problemy. Po pierwsze sprawa ciągłych utarczek z ministrem rolnictwa. Wynikają one z faktu, iż jeszcze do niedawna weterynarzy kształciły cztery ośrodki akademickie w kraju. Od niedawna przybyły jeszcze dwa, co powoduje znaczną „nadprodukcję” lekarzy weterynarii – a co za tym idzie stanowi argument dla ministra rolnictwa dla utrzymywania niskich zarobków lekarzy weterynarii, pracujących w inspekcji weterynaryjnej (prawie 1/3 spośród lekarzy weterynarii jest w niej zatrudniona). Ponadto narasta feminizacja zawodu, co skutkuje zmniejszaniem się liczby lekarzy zajmujących się pracą z dużymi zwierzętami hodowlanymi (jest to bowiem ciężka praca fizyczna). Na zakończenie swego wystąpienia dr Wiśla życzył delegatom udanych wyborów.

Kolejnym mówcą był pełniący obowiązki Dyrektora OOW NFZ dr Tomasz Uher. Stwierdził, że czeka nas wszystkich – i lekarzy i Fundusz – ciężki rok, bowiem już w marcu przyszłego roku rozpoczną się pierwsze postępowania konkursowe na świadczenia medyczne, któ-

re będą trwać – z niewielkimi przerwami – aż do jesieni. Podziękował ustępującemu Prezesowi za dotychczasową współpracę Samorządu z Oddziałem i wyraził nadzieję na jej kontynuowanie w latach następnych. Na koniec życzył wszystkim zebranym owocnych obrad.

Następnie Przewodniczący Zjazdu odczytał dwa listy, jakie napłynęły do Izby – pierwszy od Posłanki na Sejm RP Janiny Okrągły i drugi od Przewodniczącej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych Sabiny Wiatkowskiej – w których obie podziękowały za zaproszenie, przeprosiły za swoją nieobecność i życzyły Zjazdowi owocnych obrad.

Po tej oficjalnej części kol. Mazur przystąpił do realizacji programu zjazdowego. Przewodnicząca Komisji Mandatowej kol. Łuszczynska-Ostrowska potwierdziła obecność na sali 90 delegatów i fakt prawomocności Zjazdu. Wobec tego przystąpiono do dyskusji nad poszczególnymi sprawozdaniami.

Jako pierwszy głos zabrał kol. Jakubiszyn, który uzupełnił sprawozdanie ustępującej Rady Okręgowej o swoje refleksje dotyczące wydarzeń minionych 4 lat, jakimi był Samorząd. Dotyczyły one przede wszystkim walki o zmianę niekorzystnych dla lekarzy zapisów wchodzącego w tych latach całego pakietu nowych aktów prawnych, mających bezpośredni wpływ na jakość i charakter pracy lekarzy oraz tworzących zupełnie nową – i wcale nie najlepszą (*przyp. Red.*) – rzeczywistość w ochronie zdrowia. Była to przede wszystkim tzw. ustawa refundacyjna, która napsuła i nadal psuje sporo krwi nam wszystkim i wynikające z tego protesty środowiska lekarskiego. Były to także ciągle utarczki z Ministerstwem Zdrowia o refundację izbom kosztów poniesionych z tytułu czynności administracyjnych, przejętych od administracji państwowej i szereg innych problemów, przed jakimi stawał w ciągu ostatnich 4 lat Samorząd Lekarski. Były jednak i pozytywne sprawy – wielkie powodzenie akcji „Tony Zdrowia” ze znaczącym udziałem członków naszej Izby z dr Markiem Kanią na czele, powstanie chóru naszej Izby, czy wreszcie sfinalizowanie zakupu działki, na której posadowiona jest siedziba naszej Izby. Na zakończenie podziękował wszystkim Koleżankom i Kolegom zaangażowanym w działalność samorządową w upływającej kadencji. Przy tej okazji wręczył również ozdobne podziękowania członkom ustępującej Okręgowej Rady Lekarskiej, Okręgowej Komisji Rewizyjnej, Okręgowemu Rzecznikowi Odpowiedzialności Zawodowej i Przewodniczącemu Okręgowemu Sądu Lekarskiego.

Po tym wystąpieniu na Sali obrad pojawił się Dyrektor Departamentu Zdrowia i Polityki Społecznej Opolskiego Urzędu Marszałkowskiego Stanisław Łągiewka. Na wstępie przeprosił za swoje spóźnienie, wynikające przede wszystkim z późnego powrotu poprzedniego dnia z delegacji. W swoim krótkim wystąpieniu także i on podziękował za dotychczasową bardzo konstruktywną

współpracę Urzędu Marszałkowskiego z Samorządem Lekarzy Opolszczyzny i życzył owocnych obrad.

W dalszej części obrad kontynuowano dyskusję nad sprawozdaniami. Z poszczególnych organów naszej Izby o dodatkowe komentarze do nich pokusiły się jedynie dwie osoby: kol. Rafał Pędich oraz kol. Marta Rodziewicz-Kabarowska. Przewodniczący Okręgowego Sądu Lekarskiego jeszcze raz gorąco podziękował wszystkim członkom Sądu za ich ciężką i owocną pracę w minionej kadencji. W podobnym tonie wypowiadała się także Przewodnicząca Komisji Etyki.

Wobec braku innych komentarzy i uwag do przedstawionych sprawozdań, Przewodniczący Zjazdu oddał głos Przewodniczącemu Okręgowej Komisji Rewizyjnej kol. Adamowi Martyniszynowi. Ten przypomniał delegatom zawartość swojego sprawozdania kadencyjnego, przedstawiając jednocześnie wniosek Komisji rekomendujący bez zastrzeżeń Zjazdowi udzielenie absolutorium ustępującej Okręgowej Radzie Lekarskiej. Przy tej okazji także podziękował za całokadencyjną współpracę.

Wobec takiego stanowiska Komisji Rewizyjnej kol. Mazur przedstawił projekt Uchwały nr 1 Zjazdu:

**Uchwała Nr 1
XXXII Okręgowego Sprawozdawczo-Wyborczego
Zjazdu Lekarzy w Opolu
z dnia 7 grudnia 2013 r.
w sprawie zatwierdzenia sprawozdania kadencyjnego
Okręgowej Rady Lekarskiej w Opolu
i udzielenia jej absolutorium**

Na podstawie art. 24 pkt. 3 i 4 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. nr 219, poz. 1708) uchwała się co następuje:

§ 1

XXXII Okręgowy Sprawozdawczo-Wyborczy Zjazd Lekarzy w Opolu zatwierdza kadencyjne sprawozdania Okręgowej Rady Lekarskiej, Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej, Okręgowego Sądu Lekarskiego oraz Okręgowej Komisji Rewizyjnej.

§ 2

Po zapoznaniu się z całokształtem działalności Okręgowej Rady Lekarskiej w Opolu, na wniosek Okręgowej Komisji Rewizyjnej, XXXII Okręgowy Sprawozdawczo-Wyborczy Zjazd Lekarzy w Opolu udziela Okręgowej Radzie Lekarskiej absolutorium za okres między XXVII a XXXII Zjazdem Lekarzy.

§ 3

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

*Sekretarz Zjazdu
Lek. dent. Anna ADAMSKA*

*Przewodniczący Zjazdu
Lek. Jacek MAZUR*

Następnie przystąpiono do kolejnego punktu Zjazdu, w którym Przewodniczący Zjazdu oddał głos kol. Jakubiszynowi. Ustępujący Prezes przedstawił delegatom problem nieobecności przedstawicieli kilku środowisk lekarskich naszego województwa w poprzedniej Radzie Okręgowej. Wynikały one z takiego, a nie innego głosowania przez uczestników Zjazdu wyborczego sprzed 4 lat na członków poprzedniej Rady. W minionej kadencji trwały dyskusje nad tym, jak zaradzić takim sytuacjom i w ich wyniku powstał projekt podziału miejsc w przyszłej Radzie, zapewniający obecność w niej przedstawicieli większej liczby rejonów wyborczych.

W uzupełnieniu tej wypowiedzi kol. Stanisław Kowarzyk, Przewodniczący Okręgowej Komisji Wyborczej, przedstawił zasady wyboru członków poszczególnych organów oraz zaproponował przeprowadzenie głosowań do poszczególnych organów w kilku, nie kolidujących ze sobą turach. Propozycja ta spotkała się z powszechną aprobatą zebranych. Wobec powyższego kol. Mazur przedstawił projekt uchwały dotyczącej liczby członków poszczególnych organów Izby – w tym Rady Okręgowej oraz sposobu podziału w niej miejsc.

Projekt wywołał krótką dyskusję. Kol. kol. Krzysztof Stempniewicz i Tomasz Rekucki wyrażali swoje wątpliwości, czy taki podział miejsc w Radzie Okręgowej nie narusza zasad demokratycznych wyborów oraz zapisów obowiązującego prawa wyborczego i czy Zjazd może podejmować tego typu decyzje. W odpowiedzi na te wątpliwości kol. Jakubiszyn stwierdził, że prawo do wprowadzenia systemowego podziału miejsc w Radzie daje Zjazdowi regulamin wyborów, będący Uchwałą Krajowego Zjazdu Lekarzy. Podkreślił jeszcze raz, że wybory przedstawicieli poszczególnych rejonów wyborczych odbywać się będą wyłącznie spośród delegatów tych rejonów oraz fakt, że tylko Okręgowy Zjazd jest władny podejmować takie decyzje. Zaapelował jednocześnie o przyjęcie projektu uchwały. Wobec braku innych głosów Przewodniczący Zjazdu zarządził głosowanie, w którym przy 9 głosach przeciwnych i 9 wstrzymujących się uchwała została przyjęta w niezmienionym kształcie.

Następnie przystąpiono do zasadniczej – wyborczej – części obrad Zjazdu. Przyjęto, że połączone zostaną ze sobą dwa pierwsze głosowania: nad kandydaturą na Prezesa Izby oraz na Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej. W związku z tym kol. Mazur oddał głos kol. Kowarzykowi, który przedstawił delegatom trzy zgłoszenia kandydatury kol. Jakubiszyna na nowego Prezesa Okręgowej Rady Lekarskiej. Z sali nie zgłoszono żadnej innej kandydatury, więc Przewodniczący – zgodnie z przyjętą zasadą – poprosił kandydata o przedstawienie swojego programu. Kol. Jakubiszyn stwierdził, że dotychczasowa jego działalność w naszej i Naczelnej Radzie Lekarskiej oraz fakt, że przez ostatnie 4 lata pełnił również funkcję Przewodniczącego Konwentu Prezesów Izb Lekarskich przyniosła mu olbrzymie doświadczenie oraz

Zjazd jednogłośnie przyjął uchwałę.

wiedzę dotyczącą mechanizmów funkcjonowania ochrony zdrowia w naszym kraju. Jednocześnie miał okazję przekonać się, jak wielkie znaczenie dla skuteczności Samorządu ma utrzymanie, pomimo istniejących podziałów, jedności działań całego środowiska lekarskiego. Uważa więc za zasadniczą sprawę swej przyszłej działalności utrzymanie tej jedności i spójności działań lekarzy – nie tylko w ramach Opolskiej Izby Lekarskiej. Chciałby w dalszym ciągu uczestniczyć w rozpoczętych już i trwających nadal działaniach Samorządu. Zapewnił również wszystkich delegatów, że rozpoczynający się remont siedziby naszej Izby w niczym nie obciąży finansowo bieżących jej działań. Remont będzie finansowany w głównej mierze poprzez pożyczkę z Naczelnej Izby Lekarskiej oraz z wolnych środków naszej Izby.

Uchwała Nr 2

XXXII Okręgowego Sprawozdawczo-Wyborczego Zjazdu Lekarzy w Opolu z dnia 7 grudnia 2013 r. w sprawie ustalenia liczebności organów Opolskiej Izby Lekarskiej w kadencji 2013–2017

Na podstawie art. 24 pkt. 6 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. nr 219, poz. 1708) uchwała się co następuje:

§ 1

Ustala się następującą liczebność poszczególnych organów Opolskiej Izby Lekarskiej w kadencji 2013–2017:

- Okręgowa Rada Lekarska – 22 osoby, w tym 5 lekarzy dentystów,
- zespół zastępców Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej – 27 osób, w tym 6 lekarzy dentystów,
- Okręgowy Sąd Lekarski – 31 osób, w tym 7 lekarzy dentystów,
- Okręgowa Komisja Rewizyjna – 5 osób, w tym 1 lekarz dentysta.

§ 2

Ustala się następujące parytety dla wyboru lekarzy, członków Okręgowej Rady Lekarskiej:

- powiaty Opolski grodzki i Opolski ziemski – 7 miejsc mandatowych,
- powiaty Brzeg i Namysłów – 2 miejsca mandatowe,
- powiaty Kędzierzyn-Koźle i Głubczyce – 2 miejsca mandatowe,
- powiaty Kluczbork i Olesno – 2 miejsca mandatowe,
- powiaty Krapkowice i Strzelce Opolskie – 2 miejsca mandatowe,
- powiaty Nysa i Prudnik – 2 miejsca mandatowe.

§ 3

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

*Sekretarz Zjazdu
Lek. dent. Anna ADAMSKA*

*Przewodniczący Zjazdu
Lek. Jacek MAZUR*

Po wystąpieniu kol. Jakubiszyna, kol. Kowarzyk przedstawił z kolei kandydaturę kol. Zbigniewa Kuzyszyna na funkcję Okręgowego Rzecznika. Poproszony o prezentację kol. Kuzyszyn stwierdził, że w swej dotychczasowej działalności starał się przestrzegać zasady, że lekarze przeciwko którym toczą się postępowania w Zespole Rzecznika są na bieżąco informowani o przebiegu postępowania, nie tylko o ewentualnym przekazaniu sprawy do Okręgowego Sądu Lekarskiego. Wg kandydata daje to większą przejrzystość całego postępowania. Zapewnił, że będzie chciał nadal postępować w ten sposób.

Po tym wystąpieniu Przewodniczący Okręgowej Komisji Wyborczej wyjaśnił zasady przeprowadzenia wyborów i zostało zarządzane głosowanie. W jego wyniku zarówno kandydatura kol. Jakubiszyna, jak i kol. Kuzyszyna zostały przez delegatów praktycznie jednomyślnie (przy odpowiednio 4 i 3 brakach wskazania) przyjęte.

Wobec powyższego przystąpiono do następnych wyborów. Ponieważ ordynacja wyborcza do organów Izby przewiduje możliwość zarekomendowania delegatom przez ustępującego OROZ i ustępującego Przewodniczącego OSŁ kandydatur osób nie będących delegatami na Zjazd Okręgowy, którzy zdaniem kierujących tymi organami powinni móc jednak kandydować w kolejnych wyborach z racji zdobytego doświadczenia, Przewodniczący Zjazdu oddał głos ustępującym Rzecznikowi Odpowiedzialności Zawodowej kol. Kuzyszynowi oraz Przewodniczącemu Okręgowemu Sądowi Lekarskiemu kol. Rafałowi Pędichowi.

Kol. Kuzyszyn zarekomendował Zjazdowi kandydatury trojga lekarzy, którzy w poprzedniej kadencji pełnili funkcje zastępców Rzecznika i swoim zaangażowaniem uzasadniają ponowny swój wybór na te funkcje. Są to kol. kol. Tomasz Krzeszowiec, Katarzyna Suchoń oraz Jolanta Jarka.

Z kolei kol. Pędich w podobny sposób uzasadnił kandydatury kol. kol.: Czesławy Zubrzyckiej, Grzegorza Głęba, Ireneusza Gulewicz, Antoniego Junoszy-Szaniawskiego, Ireneusza Łoteckiego, Marka Tomali i Józefa Murawskiego.

Kol. Hamryszak przedstawiła kandydatury do poszczególnych organów Izby oraz delegatów na Krajowy Zjazd, zgłaszane przez Komisję Stomatologiczną. Po jej wystąpieniu głos zabrał kol. Jerzy Drzyzga, który przyznał, że nie był obecny na posiedzeniu Komisji, która ustalała te kandydatury, a chciałby dodatkowo zgłosić jako kandydata na delegata na KZL kol. Pędicha, który mógłby na KZL kandydować do Naczelnego Sądu Lekarskiego.

Po przedstawieniu tych kandydatur i po przyjęciu, iż w kolejnej turze głosowań odbędą się głosowania na członków Okręgowej Rady Lekarskiej, Okręgowej Komisji Rewizyjnej oraz delegatów naszej Izby na Krajowy Zjazd Lekarzy, Przewodniczący Zjazdu poprosił kol. Kowarzyka o przedstawienie pełnych list kandydatów.

I tak do Okręgowej Rady Lekarskiej kandydowali (wytłuszczono nazwiska osób, które zostały ostatecznie wybrane):

1. Lekarze

a) Powiaty Brzeski i Namysłowski (rejony nr 1 i 6)

- Duber Barbara
- **Felbel Waldemar**
- **Suzanowicz Barbara**

b) Powiaty Głubczycki i Kędzierzyńsko-Kozielski (rejony nr 2 i 3)

- Mazur Jacek
- **Olejniki Rafał**

c) Powiaty Kluczborski i Oleski (rejony nr 4 i 9)

- **Martyniszyn Adam**
- **Mielczarek Marcin**

d) Powiaty Nyski i Prudnicki (rejony nr 7, 8 i 10)

- **Bąk Adam**
- **Kowarzyk Stanisław**

e) Powiaty Krapkowicki i Strzelecki (rejony nr 5 i 11)

- **Gajda Iwona**
- **Mijas Jarosław**
- Zwoliński Dariusz

f) Powiaty Opolskie (rejony nr 12–23)

- **Chowaniec Tadeusz**
- Dorocki Marcin
- **Dryja Marek**
- **Kowalik Zbigniew**
- **Lach Jerzy**
- **Łuszczyńska-Ostrowska Małgorzata**
- Redelbach Wojciech
- Rekucki Tomasz
- Stempniewicz Krzysztof
- Wester Andrzej
- **Wojtyłko Aleksander**

2. Lekarze dentyści

- **Chruszczyk Stanisław**
- **Grzybowska-Substelną Justyna**
- **Hamryszak Barbara**
- **Latała Wiesław**
- **Smerkowska-Mokrzycka Jolanta**

Na delegatów na Krajowy Zjazd Lekarzy kandydowali (wytłuszczono nazwiska osób, które zostały ostatecznie wybrane):

1. Lekarze

- **Dryja Marek**
- **Jakubiszyn Jerzy**
- **Kowarzyk Stanisław**
- Krawczyńska-Musiałowska Barbara
- **Lach Jerzy**
- **Mazur Jacek**
- **Nowak Bogdan**
- **Olejniki Rafał**
- Stempniewicz Krzysztof
- **Wojtyłko Aleksander**

2. Lekarze dentyści

- **Hamryszak Barbara**
- **Pędich Rafał**
- **Smerkowska-Mokrzycka Jolanta**

Do Okręgowej Komisji Rewizyjnej kandydowali (wytłuszczono nazwiska osób, które zostały ostatecznie wybrane):

1. Lekarze

- **Januskiewicz Aleksander**
- **Karoń Jarosław**
- **Koronczok Paweł**
- **Pisarski Leszek**

2. Lekarze dentyści

- **Fijałkowski Włodzimierz**

W przerwach pomiędzy głosowaniami głos w dyskusji zabierali poszczególni delegaci. Jako pierwszy mówił kol. Jakubiszyn, który przedstawił sprawę incydentu, do którego doszło w jednej z aptek w Nysie. Otóż jeden z jej pracowników niepochlebnie skomentował receptę wypisaną przez miejscowego lekarza, krytykując jego wybór leczenia. Sprawa ta trafiła do Izby. Kol. Jakubiszyn wystosował w tej sprawie pismo, a następnie osobiście rozmawiał z Prezesem Okręgowej Izby Aptekarskiej w Opolu mgr Andrzejem Prygłem. Kol. Jakubiszyn zwrócił uwagę na niestosowność takiego zachowania uważając, że w sytuacji narastających problemów z wypisywaniem i realizacją recept, dotyczących obu tych środowisk, nie powinno się doprowadzać do sytuacji je antagonizujących. Prezes Prygiel obiecał wyjaśnić całe to nieporozumienie.

Z kolei kol. Mazur przypomniał delegatom, że od dłuższego czasu funkcjonuje afiliowana przy Opolskiej Izbie Lekarskiej Kasa Pomocy Koleżeńskiej, którą pierwotnie utworzyli członkowie Delegatury Kędzierzyńsko-Kozielskiej. Przewodniczący Zjazdu zachęcał do udziału w niej, przedstawiając korzyści z tego płynące. Otóż już po półrocznym oszczędzaniu w Kasie można zaciągnąć w niej pożyczkę w wysokości trzykrotności wkładu własnego powiększonego o kwotę 5.000 PLN. Spłata pożyczki trwa zwykle 12 miesięcy, a sama pożyczka jest oprocentowana w wysokości 3%, przy czym kwota oprocentowania odkładana jest na osobiste konto pożyczkobiorcy, co powiększa dodatkowo jego wkład.

Kol. Rodziewicz-Kabarowska przypomniała o fakcie powołania przy naszej Izbie chóru lekarskiego o dźwięcznej nazwie „Medicanto”, w którym aktualnie śpiewa już 25 osób. Gorąco namawiała do udziału w jego zajęciach i zachęcała do skorzystania z bogatej już oferty artystycznej.

Kol. Jakubiszyn wspominał o planowanych Mistrzostwach Polski Lekarzy w Piłce Siatkowej, których organizatorem będzie w przyszłym roku Opolska Izba Lekarska. Namawiał w związku z tym do stworzenia zespołu reprezentującego naszą Izbę w tych Mistrzostwach.

Jeszcze przed ogłoszeniem ostatecznych wyników głosowań do Okręgowej Rady Lekarskiej, Okręgowej Komisji Rewizyjnej i delegatów na Krajowy Zjazd Lekarzy przystąpiono do kolejnej tury głosowań, obejmującej tym razem Zastępców Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej oraz członków Okręgowego Sądu Lekarskiego i Okręgowej Komisji Wyborczej.

Na prośbę kol. Mazura kol. Kowarzyk – Przewodniczący Okręgowej Komisji Wyborczej przedstawił pełne listy kandydatów do tych organów, na których – poza kandydaturami zgłoszonymi przed delegatów – umieszczono również kandydatów nie będących delegatami, a zaproponowanych przez Okręgowego Rzecznika i Przewodniczącego Sądu Okręgowego (*patrz powyżej – przyp. Red.*).

Przy okazji dyskusji nad zamknięciem list kandydatów kol. Stempniewicz wyraził swoje wątpliwości, czy nie zostawić ich otwartymi, aby umożliwić startowanie w wyborach tym, którzy nie uzyskali akceptacji Zjazdu w poprzednich głosowaniach. Kol. Lach, odpowiadając na te wątpliwości, przypomniał, że w marcu przyszłego roku – czyli za 3 miesiące – odbędzie się kolejny Zjazd (tym razem budżetowy) i wtedy będzie można zgłaszać dodatkowe kandydatury na Zastępców Rzecznika i do Sądu Okręgowego. Wobec takiego stanu rzeczy kol. Stempniewicz wycofał swoją propozycję.

Na Zastępców Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej kandydowali (wytłuszczono nazwiska osób, które zostały ostatecznie wybrane):

1. Lekarze

- **Bujak Wojciech**
- **Czopkiewicz Lidia**
- **Derkowski Wojciech**
- **Gawłowska-Gawlik Grażyna**
- **Gawor Maciej**
- **Goj-Birecka Julia**
- **Krawczyńska-Musiałowska Barbara**
- **Krzeszowice Tomasz**
- **Misiaszek Bożena**
- **Potyrała-Wierzchowiec Jolanta**
- **Rams Arkadiusz**
- **Suchoń Katarzyna**
- **Sysło Piotr**
- **Tokar Piotr**
- **Wiśniewski Krzysztof**

2. Lekarze dentyści

- **Bilińska Danuta**
- **Halaburdo Donata**
- **Jarka Jolanta**
- **Olszewski Paweł**
- **Rayad Said**
- **Rogala Ewa**
- **Rypniewski Robert**
- **Sienkiewicz Wiesław**

Do Okręgowego Sądu Lekarskiego kandydowali (wytłuszczono nazwiska osób, które zostały ostatecznie wybrane):

1. Lekarze

- **Bruzi-Bużowicz Róża**
- **Głąb Grzegorz**
- **Gulewicz Ireneusz**
- **Junosza-Szaniawski Antoni**
- **Kanturski Marek**
- **Kobylecki Czesław**
- **Kollek Ewa**
- **Krzymowska Elżbieta**
- **Kudyba Bogusław**
- **Łabuz-Margol Małgorzata**
- **Łotecki Ireneusz**
- **Murawski Józef**
- **Pyziak Andrzej**
- **Siewiński Marek**
- **Tarnowski Piotr**
- **Tomala Marek**
- **Wartenberg Krystian**
- **Wileński Ryszard**
- **Zubrzycka Czesława**

2. Lekarze dentyści

- **Noczeń-Firlej Ewa**
- **Lechniak Małgorzata**
- **Rączy Katarzyna**
- **Matuszek Piotr**
- **Pędich Rafał**

Do Okręgowej Komisji Wyborczej kandydowali (wytłuszczono nazwiska osób, które zostały ostatecznie wybrane):

- **Bilińska Danuta**
- **Chrusczyk Stanisław**
- **Kobylecki Czesław**
- **Kowarzyk Stanisław**
- **Lichniak Małgorzata**
- **Palacz Grzegorz**
- **Sienkiewicz Wiesław**

W trakcie obliczania głosów Przewodniczący Komisji Uchwał i Wniosków przedstawił projekty dokumentów zjazdowych, jakie napłynęły do Komisji. Pierwszym z nich był projekt Stanowiska Zjazdu autorstwa kol. Jakubiszyna, dotyczący zasad wystawiania recept.

W trakcie dyskusji nad tym stanowiskiem głos zabierali kol. kol. Paweł Mielczarek i Rafał Olejnik, proponujący wprowadzenie poprawek, które zostały przez wnioskodawcę przyjęte jako autopoprawki. Następnie Przewodniczący Zjazdu przedstawił projekt stanowiska z naniesionymi wcześniej autopoprawkami.

**Stanowisko
XXXII Okręgowego Sprawozdawczo-Wyborczego
Zjazdu Lekarzy w Opolu
z dnia 7 grudnia 2013 r.
w sprawie zasad wystawiania recept**

XXXII Okręgowy Sprawozdawczo-Wyborczy Zjazd Lekarzy w Opolu stwierdza, że niezbędne jest wprowadzenie takich zmian legislacyjnych, które sprawią, że ordynowanie leków przez lekarzy i lekarzy dentyków będzie czynnością stricte medyczną a nie administracyjno-finansową, na dodatek zagrożoną licznymi sankcjami. Zmiany te powinny doprowadzić do:

- uznania, że uprawnienie do wystawiania recept, w tym również zawierających leki podlegające refundacji, wynika z posiadanego przez lekarza (lekarza dentyście) prawa wykonywania zawodu i żadna dodatkowa umowa z płatnikiem nie jest potrzebna,
- uznania, że lekarz (lekarz dentysta) nie jest zobowiązany do ustalania stopnia refundacji leku i weryfikacji uprawnień pacjenta,
- uznania, że uzyskanie przez pacjenta refundacji leku zależne jest tylko od ubezpieczenia pacjenta,
- uznania, że lekarz (lekarz dentysta) ma prawo ordynować leki, w tym również leki podlegające refundacji, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, a nie wyłącznie w oparciu o Charakterystykę Produktu Leczniczego.

*Sekretarz Zjazdu
Lek. dent. Anna ADAMSKA*

*Przewodniczący Zjazdu
Lek. Jacek MAZUR*

Zjazd jednogłośnie zaakceptował dokument w przedstawionej formie.

Następnie został zgłoszony projekt dokumentu o zawieszeniu w funkcji delegata na Zjazd Okręgowy jednego z kolegów w związku z toczącym się postępowaniem administracyjnym, związanym z rejestrowaniem nowego podmiotu w ramach poz. Przewodniczący Okręgowej Komisji Wyborczej stwierdził jednak, że tego typu dokument nie może być rozpatrywany za Zjeździe. Zgodnie z obowiązującymi procedurami odwołania delegata na Zjazd Okręgowy może dokonać wyłącznie zebranie rejonu wyborczego, z którego delegat został wybrany. W związku z powyższym kompetentną do zajęcia się tym wnioskiem będzie Okręgowa Komisja Wyborcza.

Kolejnym projektem był wniosek jednego z członków Komisji Emerytów i Rencistów o zmianę jej nazwy na Komisję Seniorów. W dyskusji głos zabrał kol. Jakubiszyn, który stwierdził, że o zmianach dotyczących komisji izbowych zadecyduje nowa Okręgowa Rada Lekarska i zobowiązał się wziąć pod uwagę tę sugestię.

Należy podkreślić, że pomimo przedłużających się okresów oczekiwania na wyniki głosowań, przez znaczną część obrad Zjazdu frekwencja delegatów była bardzo wysoka. Po ogłoszeniu wyników ostatnich wyborów i wobec wyczerpania wszystkich punktów programu Przewodniczący Zjazdu kol. Mazur ogłosił zamknięcie XXXII Okręgowego Zjazdu Sprawozdawczo-Wyborczego Lekarzy Opolskiej Izby Lekarskiej.

Jerzy B. LACH





PLAN SZKOLEŃ PROWADZONYCH W RAMACH KOMISJI KSZTAŁCENIA OIL W OPOLU NA I-PÓŁROCZE 2014 r.

Termin	Kierownik naukowy	Temat	Miejsce szkolenia
18 stycznia 2014 r. sobota godz. 10.00	Dr Marek Dryja Konsultant Wojewódzki w dziedzinie ratownictwa medycznego	Ratownictwo Medyczne dla lekarzy dentystów (30 osób)	WCM, Opole, al. Witosa Sala konferencyjna
14 marzec 2014 r. piątek godz. 10.00	GRAWENA-EDU Kraków, psycholog dr Teresa Sławińska oraz mgr Wojciech Krówczyński	Wypalenie zawodowe	Izba Lekarska w Opolu ul. Grunwaldzka 23
marzec 2014 r.*	Dr Marek Lenart Konsultant Wojewódzki w dziedzinie zdrowia publicznego	Zdrowie Publiczne	Izba Lekarska w Opolu ul. Grunwaldzka 23
maj 2014 r.*	Dr Andrzej Sznajder Konsultant Wojewódzki w dziedzinie radiologii i diagnostyki obrazowej	Radiologia i diagnostyka obrazowa	Izba Lekarska w Opolu ul. Grunwaldzka 23
maj 2014 r. *	Dr n. med. Iwona Rajca-Biernacka Dyrektor Regionalnego Centrum Krwiot dawstwa i Krwiolecznictwa w Opolu	Transfuzjologia	Izba Lekarska w Opolu ul. Grunwaldzka 23
maj 2014 r. (termin w trakcie ustalania)	Prof. dr hab. n. med. Jerzy Krupiński	Antybiotykoterapia w pracy stomatologa	Izba Lekarska w Opolu ul. Grunwaldzka 23
czerwiec 2014 r.*	Dr Wiesława Błudzin Konsultant Wojewódzki w dziedzinie chorób zakaźnych	Zakażenia HIV i choroby AIDS	Izba Lekarska w Opolu ul. Grunwaldzka 23

Prosimy o zgłaszanie chęci uczestnictwa w w/w szkoleniach telefonicznie – 77-454-59-39 do siedziby OIL w Opolu. Za uczestnictwo w szkoleniu przysługuje 5 pkt. edukacyjnych.

* kursy wymagane do specjalizacji, zgłoszenia: strona internetowa: www.opole.szkozenia.@hipokrates.org. Informacja o kursach będzie zamieszczona na stronie internetowej www.cmkp.edu.pl (w zakładce kursy specjalizacyjne). Będzie tam również zamieszczony formularz zgłoszenia. Szkolenia bez przyznawanych punktów edukacyjnych.

Małgorzata ŁUSZCZYŃSKA-OSTROWSKA

SPRAWOZDANIE Z POSIEDZENIA OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ W OPOLU W DNIU 27 LISTOPADA 2013 R.

Porządek posiedzenia:

1. Przyznanie praw wykonywania zawodu.
2. Rejestracja podmiotów prowadzących szkolenie podyplomowe lekarzy.
3. Zmiany w rejestrze 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. Nowelizacja uchwały w sprawie regulaminu przyznawania „Prymariusza Opolskiego”.
8. Sprawozdanie członków Rady z działalności pomiędzy posiedzeniami.
9. Sprawy różne i wolne wnioski.

Ad. 1

Do Rady wpłynęły wnioski o wpisanie na listę członków Opolskiej Izby Lekarskiej:

- Agnieszki Kielc (przeniesienie z DIL),
- Marty Berdzik-Janeckiej (przeniesienie z DIL),
- Olimpij Chrzan (przeniesienie z DIL),
- Wiolety Sekuły (przeniesienie z OIL w Gdańsku).

Ponadto wpłynął również wniosek Natalii Cegły o wymianę dotychczasowego prawa wykonywania zawodu z powodu zmiany numeru PESEL. Wszystkie powyższe wnioski Rada zaaprobowała jednomyślnie.

Ad. 2

Do Rady wpłynęło kolejne pismo firmy Rad-Med, która tym razem szkolenia metodą e-learningu chce prowadzić na terenie powiatu nyskiego.

Ponadto Oddział Opolski Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego zwrócił się do Rady z prośbą o zarejestrowanie go jako jednostkę prowadzącą szkolenia dla lekarzy.

Rada jednomyślnie przyjęła obie propozycje.

Ad. 3

Dwoje lekarzy: Elżbieta Kostecka i Zofia Jasińska-Knysz, zwróciło się o wykreślenie ich praktyk lekarskich z rejestru Izby. Rada przyjęła oba wnioski jednomyślnie.

Ad. 4

Do Izby wpłynęły dwa wnioski o dofinansowanie udziału w Igrzyskach Lekarzy, które odbyły się w Zakopanem – Dariusza Morawskiego i Marcina Mielczarka. Rada zaaprobowała oba wnioski.

Ad. 5

Dyrekcja Szpitala w Strzelcach Opolskich zwróciła się z prośbą o wybór przedstawicieli Izby do komisji konkursowych:

- na Ordynatora Oddziału Noworodkowego – Rada wyznaczyła Pawła Mielczarka (przewodniczący) oraz Annę Chirowską-Adamczyk i Krzysztofa Stempniewicza (członkowie),
- na Pielęgniarkę Oddziałową w Oddziale Wewnętrznym – Rada wyznaczyła Jarosława Mijasa.

Ad. 6

Do Rady wpłynęły następujące wnioski o zmianę wysokości składki członkowskiej:

- a) o czasowe zwolnienie z jej płacenia na okres miesiąca listopada od 11 osób,
- b) o zwolnienie na okres dwóch miesięcy – listopada i grudnia – od 1 osoby,
- c) o zwolnienie bezterminowe od 2 osób,
- d) o zmniejszenie składki do 10 zł od 1 osoby.

Rada przyjęła wszystkie wnioski jednomyślnie.

Ad. 7

W tym punkcie obrad Rada zajęła się nowelizacją swojej uchwały dotyczącej Regulaminu nadawania Honorowej Godności „Prymariusz Opolski”. Prezes już wcześniej rozesłał do wszystkich członków Rady dotychczasową treść Regulaminu wraz ze wszystkimi propozycjami poprawek, jakie napłynęły od kol. kol.: Łuszczyńskiej-Ostrowskiej, Mazura, Latały i Jakubiszyna.

Przystąpiono do przedyskutowywania poprawek do poszczególnych punktów. I tak kol. Latała zaproponował, aby w części dotyczącej tego, komu przyznawane jest wyróżnienie dopisać: „i środowiska lekarskiego

Opolszczyzny”. W dyskusji kol. Wojtyłko był przeciwny wprowadzeniu tego zapisu, uważając, że tytuł powinien być przyznawany wyłącznie za zasługi dla Samorządu Lekarskiego. Z kolei kol. kol. Mazur i Chruszczyk byli zdania, że środowisko lekarskie to przecież Samorząd, więc jest to jakby „masło maślane”. Natomiast kol. kol. Kowarzyk i Latała – inaczej niż kol. Wojtyłko – uważali, że taki zapis podkreśla znaczenie zasług uhonorowanego nie tylko dla organizacji samorządowej lekarzy, ale i dla samego zawodu lekarza. W głosowaniu większością przyjęto propozycję kol. Latały.

Kol. Lach zaproponował, aby wykreślić punkt mówiący o przyznawaniu godności po raz pierwszy większej, niż przyjęto liczbie kandydatów jako, że tytuł ten jest już przyznawany od kilku lat i zapis ten stracił swoją aktualność. Rada przez aklamację przyjęła tę propozycję.

Kol. Latała zaproponował, aby członkowie Rady jeszcze przed posiedzeniem, na którym mają być rozpatrywane kandydatury, otrzymywali drogą elektroniczną kopie wniosków. Zaproponował też, aby wykreślić z Regulaminu punkt, w którym mowa była o możliwości rekomendowania przez Prezydium członkom Rady poszczególnych kandydatów. Obie propozycje zostały zaakceptowane.

W części poświęconej limitowi głosów, jakie powinni uzyskać nominowani do tytułu kol. Jakubiszyn zaproponował, aby obniżyć dotychczasowy limit z 90% głosów do 75%. Z kolei kol. Łuszczyńska-Ostrowska zaproponowała, by była to największa liczba głosów. Po krótkiej dyskusji przyjęto propozycję Prezesa.

I wreszcie ostatnia poprawka, zgłoszona przez kol. Mazura dotyczyła sytuacji, w których można odebrać wyróżnienie. Zaproponował on bowiem, by stało się tak również w przypadku sprzeniewierzenia się wyróżnionego godności zawodu lub zasadom etyki lekarskiej. Ta poprawka została przyjęta jednogłośnie.

Po przegłosowaniu wszystkich poprawek, Rada przyjęła w całości zmieniony Regulamin (*patrz poniżej – przyp. Red.*)

Ad. 8

W części dotyczącej sprawozdań członków Rady głos zabrał Prezes, który przedstawił pokrótce przebiegi odbytych już zjazdów okręgowych we Wrocławiu, Krakowie, Kielcach, Łodzi, Lublinie, Szczecinie, Koszalinie, Tarnowie i Wojkowej Izby Lekarskiej. Najwięcej emocji budziły zjazdy w Krakowie – gdzie pomimo kampanii OZZL przeciwko dotychczasowemu Prezesowi, Andrzejowi Matyi, został on ponownie wybrany oraz we Wrocławiu, gdzie zarzuty postawione Prezesowi przez Przewodniczącego Komisji Rewizyjnej najprawdopodobniej sprawiły, że nie tylko przegrał wybory na Prezesa, ale nawet nie wszedł do Rady.

Ad. 9

W tej części posiedzenia głos zabrał kol. Misiak, który w związku z faktem, iż nie kandydował już w wybo-

rach i nie jest delegatem następnej kadencji, podziękował wszystkim zebranym za wieloletnią współpracę.

Kol. Martyniszyn zaprosił obecnych na kolejny „Bal Lekarza”, który odbędzie się w Gorzowie Śl. w dn. 22 lutego 2014 r.

Kol. Bąk przekazał informację dotyczącą protestu lekarzy POZ, a związanego z wypisywaniem na receptach leków poza ich charakterystyką leczniczą. Prezes uzupełnił tę wypowiedź stwierdzeniem, że akcja ta dotyczy wsparcia obywatelskiego projektu autorstwa Porozumienia Zielonogórskiego dotyczącego nowelizacji ustawy refundacyjnej, który został ostatnio poparty przez Naczelną Radę Lekarską.

Na zakończenie kol. Jakubiszyn, odnosząc się do zbliżającego się Okręgowego Zjazdu Sprawozdawczo-Wyborczego, stwierdził, że jest przygotowany blankiet karty wyborczej zawierającej podziały parytetowe miejsc w przyszłej Radzie Okręgowej. Zaapelował również do wszystkich o liczny udział w Zjeździe. Została także zaakceptowana kandydatura kol. Mazura na Przewodniczącego Zjazdu.

I wreszcie na zakończenie Prezes podziękował wszystkim za 4-letnią pracę w Radzie i innych organach naszej Izby.

Wobec wyczerpania porządku obrad na tym ostatnie posiedzenie Rady Okręgowej VI kadencji zostało zamknięte.

Jerzy B. LACH

* * *

REGULAMIN NADAWANIA „PRYMARIUSZA OPOLSKIEGO”

Postanowienia ogólne

1. „Prymariusz Opolski”, będący najwyższym wyróżnieniem Opolskiej Izby Lekarskiej, nadawany może być lekarzom i lekarzom denty stom oraz innym osobom szczególnie zasłużonym dla opolskiego samorządu lekarskiego i środowiska lekarskiego Opolszczyzny.
2. Wyróżnienie nadaje Okręgowa Rada Lekarska w Opolu.
3. Wręczenie wyróżnienia odbywa się na Okręgowym Zjeździe Lekarzy, z zastrzeżeniem pkt 4.
4. W wyjątkowym przypadku, w którym osoba wyróżniona ze względu na stan zdrowia nie może być obecna na zjeździe, wręczenie to może odbyć się w innym miejscu.
5. Wyróżnienie może być nadane maksymalnie dwóm osobom rocznie, z zastrzeżeniem pkt 6 i 7.
6. Dopuszcza się, aby przy inauguracyjnym nadawaniu wyróżnienia uwzględnić większą liczbę osób, które zasłużyły się dla opolskiego samorządu lekarskiego w minionych 20 latach.

Wszczęcie postępowania

7. Wniosek o nadanie wyróżnienia złożyć może każdy członek Opolskiej Izby Lekarskiej.
8. Wzór wniosku o nadanie wyróżnienia stanowi załącznik nr 1 do regulaminu.
9. Do wniosku dołączony może być list promocyjny, podpisany przez osobę posiadającą wyróżnienie.
10. Wnioski o nadanie wyróżnienia na dany rok składa się w biurze Opolskiej Izby Lekarskiej do 31 grudnia.

Rozpatrywanie wniosków i nadanie wyróżnienia

11. Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej na swoim pierwszym posiedzeniu w styczniu ocenia kompletność wniosków i tworzy listę osób proponowanych do wyróżnienia. i przedstawia ją na styczniowym posiedzeniu Okręgowej Rady Lekarskiej. Wraz z zaproszeniem na styczniowe posiedzenie Rady członkowie Rady otrzymują drogą elektroniczną kopie wniosków.
12. Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej może udzielić rekomendacji poszczególnym osobom z listy.
13. Okręgowa Rada Lekarska dokonuje wyboru osób, którym nadane zostanie wyróżnienie, w drodze głosowania tajnego.
14. Wyróżnienie przyznawane jest osobom, które uzyskały nie mniej niż 75% głosów w obecności co najmniej 2/3 członków Okręgowej Rady Lekarskiej.
15. Opis trybu głosowania stanowi załącznik nr 2 do regulaminu.
16. Po zakończeniu głosowania Okręgowa Rada Lekarska podejmuje uchwałę o nadaniu wyróżnienia.
17. Kandydatury osób, które nie uzyskały wyróżnienia przechodzą na rok następny. W przypadku nieuzymania wyróżnienia w drugim roku, kandydatura wygasa, ale może być powtórnie zgłoszona i wpisana na nową listę.

Wręczenie wyróżnienia

18. Wręczenia wyróżnienia dokonuje Przewodniczący Okręgowej Rady Lekarskiej lub jeden z jego zastępców.

Ewidencja nadanych wyróżnień

19. Nadanie wyróżnienia odnotowywane jest w aktach osobowych lekarza, poprzez dołączenie kopii uchwały Okręgowej Rady Lekarskiej, a także w rejestrze Opolskiej Izby Lekarskiej, poprzez wpisanie nr i daty uchwały.
20. Biuro Opolskiej Izby Lekarskiej prowadzi rejestr osób wyróżnionych, do którego wpisuje się:
 - numer wyróżnienia,
 - imię i nazwisko osoby wyróżnionej,
 - numer prawa wykonywania zawodu,

- numer i datę uchwały Okręgowej Rady Lekarskiej,
- adnotacje o wręczeniu duplikatu lub pozbawieniu wyróżnienia.

Postępowanie w razie zagubienia statuetki lub dyplomu

21. W razie zagubienia, zniszczenia lub kradzieży statuetki lub dyplomu należy niezwłocznie powiadomić o tym fakcie biuro Opolskiej Izby Lekarskiej.
22. Osoba wyróżniona może uzyskać duplikat statuetki lub dyplomu po złożeniu pisemnego oświadczenia, opisującego okoliczności zdarzenia oraz po wniesieniu opłaty, pokrywającej koszt wykonania statuetki.
23. Oświadczenie, o którym mowa w pkt. 22 dołączone jest do akt osobowych lekarza.

24. Adnotację o wydaniu nowej statuetki lub dyplomu odnotowuje się w rejestrze, o którym mowa w pkt. 20.
25. Okręgowa Rada Lekarska informowana jest o zdarzeniu na swoim najbliższym posiedzeniu.

Pozbawienie wyróżnienia

26. Okręgowa Rada Lekarska może pozbawić wyróżnienia, jeżeli jego nadanie zostało dokonane na podstawie fałszywych danych albo w przypadku sprzeniewierzenia się wyróżnionego godności zawodu lub zasadom etyki lekarskiej.
27. Uchwała o pozbawieniu wyróżnienia podejmowana jest w trybie, o którym mowa w pkt. 14 i 15.
28. Kopię uchwały Okręgowej Rady Lekarskiej dołącza się do akt osobowych lekarza.
29. Pozbawienie wyróżnienia odnotowuje się w rejestrach, o których mowa w pkt. 19 i 20.

CZY „BIAŁE MAŁŻEŃSTWA” DOTYCZYŁY RÓWNIEŻ WŁADCÓW POLSKICH?

U podstaw tzw. „Białych małżeństw” legła filozofia i teologia małżeństwa doktora Kościoła Katolickiego św. Augustyna z Hippony (354–430 n.e), który uważał, że współżycie małżonków jest dopuszczalne wyłącznie w celach prokreacji. Natomiast wg niego ideałem powinno być zachowanie wstrzemięźliwości seksualnej.

Nic też dziwnego, że w mrocznych czasach średniowiecza bardzo powszechne były tzw. „Białe małżeństwa”, w których nie dochodziło do konsumpcji. W historii Polski mamy takie dwa przypadki. Pierwszy z nich dotyczy św. Jadwigi Trzebnickiej – Patronki Śląska i Wojewódzkiego Zespołu Neuropsychiatrycznego w Opolu (vide Biuletyn informacyjny OIL maj 2011).

Drugi natomiast przypadek „Białego małżeństwa” dotyczy św. Kingi (Kunegundy) żony księcia dzielnicowego Bolesława V Wstydlwego (ten przydomek otrzymał właśnie w związku z „Białym małżeństwem”).

Kinga była córką węgierskiego króla Belli IV i Marii córki greckiego cesarza Teodora I. Ślub z Bolesławem odbył się prawdopodobnie w roku 1239 (inna data podawana przez historyków to rok 1246). Bolesław miał wówczas 14 lat, zaś Kinga była o 2 lata starsza. Młody wiek małżonków może nas dzisiaj szokować, ale ówczesne prawo umożliwiało śluby w tym wieku zgodnie z nauczaniem wybitnego teologa i doktora Kościoła Katolickiego św. Tomasza z Akwinu, który dopuszczał małżeństwa chłopcom 14-letnim i dziewczynkom 12-letnim (św. Jadwiga Andegaweńska wyszła za mąż za Władysława Jagiełłę w wieku 13 lat).

Po ślubie Kinga wymusiła na Bolesławie odłożenie pożycia małżeńskiego na 2 lata (mimo, że mieli wspólną sypialnię i wspólne łóże chronione i obserwowane przez damy dworu), a w końcu dożgonne śluby czystości, mimo oporu samego Bolesława. W końcu książę Bolesław złożył je w Katedrze Wawelskiej, zaś Kinga w Kościele OO Franciszkanów w Krakowie.

Mimo „Białego małżeństwa” Kinga bardzo wspierała w polityce swojego męża Bolesława, a kiedy jej małżonek obdarował ją tytułem księżnej Ziemi Sądeckiej zadbała z wielkim rozmachem o rozwój Sącza, (który wówczas leżał przy granicy z Węgrami), okolicznych miast i wsi, wznosząc liczne kościoły i szpitale. Jej przypisuje się powstanie żup solnych w Bochni i Wieliczce (sól w owych czasach była jednym z najcenniejszych towarów), dzięki sprowadzeniu z Węgier górników solnych (gwarków). Słynna jest legenda o znalezieniu pierścienia zaręczynowego Bolesława porzuconego w żupach solnych na Węgrzech i odkopanego w Bochni. Już po śmierci Bolesława ufundowała Klasztor Klarysek w Starym Sączu, w którym przeżyła 58 lat i tam jest pochowana.

Motywy postępowania Kingi nie są znane, ale wg niektórych historyków chciała zostać pierwszą w średniowieczu księżną – dziewicą. Niektórzy jednak w jej dziewictwo nie wierzą, ponieważ jako jedyna mniszka z rąk biskupa Pawła nie przyjęła welonu, jako znaku dziewictwa. Niewykluczone, że straciła je mimo wszystko z Bolesławem.

Kinga nie była pozbawiona instynktu macierzyństwa, czego dowodem jest fakt sprowadzenia do Sącza młod-

szej siostry 5-letniej Jolanty. Kinga opiekowała się nią jak matka, pozwalając jej w końcu wyjść za mąż za księcia kaliskiego Henryka, z którym miała trzy córki. Jedną z nich Jadwiga została żoną Władysława Łokietka i matką Kazimierza Wielkiego. Po śmierci Władysława Łokietka Jadwiga wstąpiła do Klasztoru Klarysek i pochowana została w Starym Sączu.

Z uwagi na brak potomstwa Bolesław Wstydlivy na swojego następcę wyznaczył Leszka Czarnego, syna Kazimierza księcia kujawskiego i jego drugiej żony Konstancji. Bolesław Wstydlivy znalazł nawet żonę Leszkowi Czarnemu – Gryfinę, córkę Bana Kroacji Rościława. Gryfina była wnuczką króla węgierskiego, co świadczy o wieloletnich dobrych stosunkach polsko-węgierskich. Z tamtych czasów ma pochodzić słynne przysłowie, że „Polak i Węgier – dwa bratanki i do szabli i do szklanek”, mimo, że nasze języki diametralnie się różnią.

Niestety po 6 latach małżeństwa Gryfina oficjalnie oświadczyła, że Leszek Czarny jest impotentem. Kuracją Leszka Czarnego zajął się krakowski medyk Mikołaj, który zalecił mu zażywać wyciągów z węży, jaszczu-

rek i żab. Mimo tej terapii Leszek Czarny nie doczekał się potomstwa, a na polski tron po wielu perturbacjach wstąpił cytowany wyżej Władysław Łokietek (dzięki „Białemu małżeństwu Bolesława Wstydliviego i impotencji Leszka Czarnego” vide moja książka „Żony królów i władców polskich”).

Bolesław Wstydlivy i jego siostra błogosławiona Salomea (aczkolwiek błogosławionym wg mnie powinien zostać również Bolesław) pochowani zostali w Kościele OO Franciszkanów, zaś Leszek Czarny naprzeciwko w kościele OO Dominikanów na placu Wszystkich Świętych w Krakowie, tuż obok Rynku Głównego.

PT Czytelnikom Biuletynu OIL przejeżdżającym przez Kraków alejami Trzech Wieszczy proponuję spojrzeć na dach największej polskiej wyższej uczelni Akademii Górniczo-Hutniczej, gdzie stoi posąg św. Kingi.

P.S. Przypuszczam, że wielu nam jest znana powieść Stanisława Różewicza „Białe małżeństwo”, które było również wystawiane na deskach naszego Teatru im. Jana Kochanowskiego.

Dr hab. n. med. Janusz KUBICKI

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 dentysty;**
- **10 zł dla lekarza/lekarza dentysty 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:**

1. ma już ustaloną przez izbę lekarską składkę w wysokości 10 zł miesięcznie,

2. 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 urzędu 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

MECZ DO JEDNEJ BRAMKI ALBO O WIZERUNKU LEKARZA

Pacjenci i dziennikarze, ministrowie i profesorowie nauk wszelkich każdego dnia opisują, jacy to my, lekarze, jesteśmy. Decydującą rolę w tym opisie odgrywa wiedza wynikająca z przekazów medialnych, które rzadko kiedy są zbieżne z obrazem rzeczywistym. Opisy takie mają spore wzięcie i dobrze się „sprzedają” wśród widzów i czytelników. Dlaczego tak się dzieje? Przyczyn jest kilka. Najważniejsza jest taka, że do świata mediów napłynął wielki kapitał i spowodował, że zamiast bezstronnej informacji, będącej esencją dziennikarstwa, na łamach gazet i antenach zagodziła podkoloryzowana i zmanipulowana wersja zdarzeń. Bo „informacja-sensacja” jest znakomicie sprzedawczym się towarem.

Ocena sytuacji

Do świata medycyny wdarł się menedżeryzm, który z niesienia pomocy innym ludziom, co jest esencją naszego zawodu, również uczynił towar. O ile jednak różnych informacji jest zawsze pod dostatkiem, o tyle pomoc medyczna jest zwykle towarem reglamentowanym. Lekarza uczyniono nie tylko osobiście odpowiedzialnym za rozdzielnictwo, ale i został on adresatem niezadowolonych pacjentów. Lekarz odgrywa dziś rolę, do których nie jest przygotowany; jego wiedza medyczna nie zawsze jest potrzebna do tych nowych ról, a nawet nierzadko przeszkadza. Lekarz podejmuje dziś decyzje wymuszone przez ubezpieczyciela, dla którego jesteśmy jedynie trybikiem, opatrzonym kryptonimem „świadczeniodawca”, niezbędnym do działania syste-

mu. Słowo „lekarz” pojawia się na scenie tylko w kontekście pejoratywnym.

Wskutek szybkości przekazu medialnego i jego powszechnej dostępności możliwe jest kreowanie poglądów, wizerunków ludzi i środowisk na skalę niespotykaną do tej pory w historii. Kierowanie niezadowolonych ludzi w dowolną stronę jeszcze nigdy nie było tak łatwe jak dziś.

Problem medializacji świata dotyczy nie tylko medycyny, ale także innych dziedzin życia. Nie zawsze uświadamiamy sobie, że (...) w coraz większym stopniu żyjemy w świecie, w którym rzeczywistość jest wypierana przez fikcję. To pierwszy taki przypadek w historii ludzkości. Mamy do czynienia z fenomenem kulturowym, konsekwencje którego trudno jest przewidzieć. (...) Mały ekran telewizora przedzierzgnął się w nowe źródło historii – telewizja fabrykuje i relacjonuje dominujące w przekazie wersje niekompetentne i zafałszowane, wersje nieskonfrontowane z prawdziwymi źródłami czy oryginalnymi dokumentami – tak napisał Ryszard Kapuściński w wydanej ostatnio książce „To nie jest zawód dla cyników”.

Najpoważniejszym czynnikiem wpływającym na negatywne postrzeganie naszego środowiska jest nadmierne gęsta sieć przepisów regulujących każdy krok, gest, decyzję lekarza. Nigdy takie regulacje nie służą istocie rzeczy, a intencje ich powstania zawsze są złe. W korzyści płynące ze szczegółowych regulacji wierzą tylko twórcy tych regulacji. My, spętani ustawami, rozporządzeniami, punktami i kontraktami zostaliśmy pozbawieni swobo-

dy w działaniu lekarskim. Nie leczymy, lecz realizujemy kontrakty. Nie myślimy, lecz wypełniamy procedury. Główna część naszej uwagi skupiona jest na zaspokajaniu płatnika, a nie na niesieniu pomocy pacjentowi.

Ciągle przrzucanie na nas odpowiedzialności za chaos, ograniczoną dostępność do pomocy medycznej, wysokie ceny leków zaczyna przypominać mecz do jednej bramki, podczas którego egzekwowane są niekończące się rzuty karne zarządzane przez stronniczego sędziego.

Zalecenia

Skoro dominuje negatywny obraz medialny naszego środowiska, to podstawowym zadaniem, jakie stoi dziś przed naszym samorządem i nami samymi, jest bardzo staranna analiza przyczyn. Konieczne jest usunięcie tych przyczyn, na które mamy wpływ oraz objaśnienie, dlaczego niektórych z nich nie możemy usunąć. Konieczne jest także cierpliwe tłumaczenie, że medycyna nie rządzi się tymi samymi prawami co inne usługi. Konieczne jest nieustanne informowanie, że nieomylna diagnoza, skomplikowane badanie dodatkowe, wybrana metoda leczenia nie są produktami dostępnymi na żądanie pacjenta. Konieczne jest przypomnienie, że pacjent ma nie tylko prawa, ale i obowiązki, a lekarz ma nie tylko obowiązki, ale i prawa. Konieczne jest wyjaśnienie, że jesteśmy zawsze do dyspozycji naszych pacjentów, ale jesteśmy tylko ludźmi. Nie jesteśmy receptomatami ani diagnostami. Mylą się i ludzie, i maszyny. Błąd jest naturalną składową postępowania każdego człowieka i wpisany jest w działanie każdej maszyny.

Musimy nauczyć się analizować nasze błędy i mówić o nich, a przede wszystkim wyciągać z nich wnioski. Żadnego błędu ludzkiego, także błędu medycznego, nigdy nie powinno się rozpatrywać w konwencji „transmisja na żywo z sądu polowego z natychmiastowym wykonaniem wyroku skazującego”. Analiza błędów musi być staranna i rozważna, a jej zasady zrozumiałe dla pacjentów i ich rodzin oraz dla opinii publicznej i mediów.

Zmiana wizerunku

Skorygowanie fałszywego postrzegania środowiska lekarskiego oraz stworzenie przekazu odpowiadającego rzeczywistości jest trudne, ale możliwe. Niewiele osób świadomie kreuje swój wizerunek. Po tę sztukę sięgają politycy, osoby publiczne oraz korporacje. Lekarze, do niedawna przyzwyczajeni do powszechnego szacunku, nie zwracali uwagi na takie sprawy. Jednak świadome kreacje wizerunkowe są w dzisiejszym świecie niezbędne.

Musimy nauczyć się dbania o swój wizerunek i poznać zasady jego tworzenia. Musimy uświadomić sobie, że medyczna wiedza akademicka nie wystarcza do dobrego funkcjonowania lekarza we współczesnym świecie. Musimy mieć profesjonalne służby prasowe oraz specjalistów wspomagających nas w kontaktach z mediami. Służb prasowych naszej korporacji zawodowej nie mogą tworzyć przypadkowe, niekompetentne osoby.

Z podobnymi problemami borykali się lekarze czescy i słowaccy, którzy w znanej akcji „Děkujeme, odcházíme” skorzystali z pomocy profesjonalnej agencji PR. O tym, jak tę akcję realizowano, można poczytać pod adresami: <http://dekujeme-odchazime.cz/>; <http://www.youtube.com/watch?v=JVSynBvH7xc>; http://cs.wikipedia.org/wiki/Soubor:Praha,_Sm%C3%ADchov,_protestn%C3%AD_sanitka_I%C3%A9ka-%C5%99%C5%AF.jpg.

Akcja była wysoko oceniona przez środowisko osób zajmujących się zawodowo budowaniem wizerunku, a jej twórcy otrzymali branżową nagrodę.

Skoro fenomenem naszych czasów jest kurczenie się świata realnego i potęgowanie znaczenia świata wirtualnego, to musimy przyjąć ten fakt do wiadomości i wyciągnąć odpowiednie wnioski.

Krystyna KNYPL, internista

(przedruk z „Medicusa” nr 10/13)

W POSZUKIWANIU STRACONEGO AUTORYTETU?

Zewsząd dobiegają (zazwyczaj medialne) głosy, jakoby nastąpił kryzys autorytetu, a bycie Mistrzem stało się archaiczną pozą jedynie na śmieszność narażoną. Mnożą się utyskiwania, że oto następuje upadek autorytetów; że oto wszyscy mają słabości i sobie przypisane niegodziwości – nikt bowiem nie uchroni się od ludzkiej podłości; nikt – nawet wielki duchem – nie oprze się małości, i w pośpiechu, bez refleksyjności – nade wszystko nad sobą, wysnuwa się tezę, że nie ma już autorytetów: nie ludzi, lecz osób, które osobistym przykładem za sobą pociągną innych.

Lecz tezę tę powinno się postawić a rebours: nie chodzi o to, że coraz trudniej znaleźć autorytet, lecz – że co-

raz więcej ludzi nie chce go poszukiwać. Nie następuje więc upadek autorytetów, lecz kształtowany jest brak potrzeby ich posiadania i do nich odwoływania się. Nie można się temu dziwić, jeśli uwzględnimy, że współczesna dominująca kultura społeczna ma charakter rozrywkowy, promująca wizję życia opartego na kolekcjonowaniu przeżyć (G. Schulze, *Erlebnisgesellschaft*), na przyjemności i zabawie. Dlatego ludzie z rozmysłem starają się być dziecinni, tak jak to wyjaśniał J. Huizinga (*Homo ludens*) i J. Ortega y Gasset: „W diagram psychologiczny współczesnego człowieka masowego możemy więc wpisać dwie podstawowe cechy: swobodną ekspansję życiowych żądań i potrzeb, szczególnie w odniesieniu

do własnej osoby oraz silnie zakorzeniony brak poczucia wdzięczności dla tych, którzy owo wygodne życie umożliwili. Obie te cechy są charakterystyczne dla psychiki rozpuszczonego dziecka. (...) Rozpuszczać to znaczy nie ograniczać żądań i potrzeb, to znaczy wpajać danemu osobnikowi przekonanie, że wszystko mu wolno i że do niczego nie jest zobowiązany” (**Bunt mas**).

Trudno oczekiwać, aby zgodnie z tym schematem kulturowym jakikolwiek osobnik poszukiwał autorytetu, jeśli w sobie odnajduje wszystko, co najlepsze, a każdą własną słabość i namiętność wynosi do rangi moralnego obowiązku. Dziecinność ta ma zabarwienie narcystyczne: człowiek bowiem przegląda się w sobie – nie w innych; sam jest miarą dla siebie – nie widzi miary w innych: „Zadowolony jest z siebie takiego, jakim jest. Skłonny jest zupełnie szczerze – i to nie przez próżność – jako rzecz najbardziej naturalną w świecie przyjmować i brać za dobrą monetę wszystko, co w sobie napotyka: mniemania, pożądania, upodobania i wybory” (**Bunt mas**). Po co mu więc autorytet?

Ta infantylna natura nigdy nie utraciła żadnego autorytetu, bo nigdy go nie miała. A jako że nigdy go nie miała, toteż nie wie, jak i gdzie go szukać. Nie ma więc powodu rozdierać szat, że ktoś nie dorósł do tego, aby mieć pragnienie uznania czyjeś autorytetu.

A uznanie czyjeś autorytetu oznacza przyznanie, że kogoś własności charakteru i umiejętności, sposób doświadczania świata i traktowania ludzi przez niego stanowią wzorzec kształtowania samego siebie. Uznanie czyjeś autorytetu wiąże się więc z ukształtowaną potrzebą samokształcenia (moralnego i intelektualnego). Jest refleksyjnym odniesieniem się do wartości podzielanych przez innego i relacją na wskroś intymną, bo wiążącą własny charakter i osobowość, wiedzę i umiejętności z czymś postępowaniem i działaniem.

Są takie obszary kultury, gdzie autorytet odgrywa istotną rolę rozwoju człowieka, także w tych zawodach, a do nich lekarski należy, w których wartościowe postępowanie i działanie ma wymiar przykładu. Autorytet daje przykład, a ten, który go uznaje, idzie za tym przykładem. Pójście za swoim mistrzem jest czymś więcej, niż tylko naśladowaniem wzorca. Autorytet jest przewodnikiem po czasie – wiąże przeszłość z przyszłością, ustanawiając tradycję. Słowo *tradere*, od którego pochodzi „tradycja”, to: wręczenie, przekazywanie, podawanie dalej, z ręki do ręki (osobiście), również zdradzanie czegoś. Szczególny wymiar ma więc autorytet w klinice, jako osobiste przekazywanie ku przyszłości – wiedzy, umiejętności i postaw właściwych lekarzowi, także w kontekście pracy naukowej.

Pięknie wyraził to Z. Szawarski pisząc: „Ale ponieważ medycyna jest również sztuką, podobnie jak w innych sztukach – uczeń potrzebuje mistrza, i to właśnie osobisty przykład dobrego i mądrego starszego kolegi lub profesora staje się najistotniejszym elementem w kształ-

ceniu dobrego i myślącego lekarza. Niestety, ponieważ wielu obecnych luminarzy nauk medycznych reprezentuje ów swoisty dla medycyny współczesnej techniczny styl myślenia, tym, co uczeń przejmując od mistrza, jest najczęściej sztuka technicznego rozwiązywania problemów. A bez mądrego mistrza, bez mądrego nauczyciela, który na własnym przykładzie pokazuje, jak należy właściwie traktować pacjenta, trudno jest się nauczyć swobodnie dla znakomitego lekarza mistrzostwa” (**Mądrość i sztuka leczenia**).

Uznanie autorytetu nie jest rywalizacją: nie chodzi o to, aby być lepszym od swojego mistrza, lecz o to, aby być – po prostu – lepszym.

Autorytet zobowiązuje, przede wszystkim do podejmowania wysiłku, nie zawsze opłaconego sukcesem. Podzielanie pożądanych wartości nie w każdej sytuacji zawodowej czy życiowej przynosi sukces, ale daje innym przykład wytrwałości i konsekwencji. Autorytet zobowiązuje do poczucia wdzięczności wobec swojego mistrza, który przetarł szlak do bycia dobrym lekarzem, wraz z uznaniem dla siebie i własnymi porażkami. Nie o świętość tu chodzi przecież. A czasami odnosi się wrażenie, że autorytetem pozostanie jedynie ten, który błędów nie uczynił. Będzie nim jednak ten, który potrafił je przezwyciężyć.

Mimochodem, warto zauważyć, że autorytetem nie zostaje się na mocy administracyjnego ukazu czy medialnego przesłania, lecz dzięki własnej pracy nad sobą, która staje się przykładna dla innych. Można tylko żałować tych, którzy niesieni małosłowną potrzebą popularności dzielą złudzenie, że występując w mediach i zabiegając o uwagę widzów, roszczą pretensje do bycia autorytetem. Cóż bowiem by to było, gdyby autorytet miał być popularny? – jedynie przymilny sędowi i postawom większości.

Czy medycynie XXI wieku, medycynie opartej na dowodach, potrzebne są autorytety? Potrzebne są zawsze dowody człowieczeństwa, a nikt bardziej ich nie ujawni, jak właśnie autorytet. Potrzebne są zawsze dowody mądrości, a nikt umiejętniej ich nie przekaże, jak właśnie autorytet, i uczciwości, którą autorytet potrafi zaświadczyć, i biegłości lekarskiej, która wzbudza podziw, i pokory, która uchroni przed pychą. Jednoznacznie ujął to P. Zaborowski: „Jeżeli młody lekarz znajdzie mądrego przewodnika po tej dżungli w postaci starszego, doświadczonego kolegi, który jest przede wszystkim dobrym człowiekiem, życzliwym innym – to jego losy jako dojrzałego lekarza, a potem nauczyciela innych młodych lekarzy są godne pozazdroszczenia” (**Filozofia postępowania lekarskiego**).

Jest jeszcze inny aspekt autorytetu w medycynie, ten, który doświadcza pacjent. Ma on dwojaki charakter: oso-

bisty i społeczny. Pierwszy wiąże się z ufnością w lekarza, w jego profesjonalizm i moralne przymioty: „*Nikt nie pyta o radę kogoś, kogo nie uznaje za godnego jej udzielenia*” (*Filozofia postępowania lekarskiego*). Drugi zaś, społeczny, który odnosi się do prestiżu, społecznej pozycji lekarzy uprawiających swój zawód. Ten autorytet, wbrew powszechności opinii, nie buduje się na powodzeniu materialnym, lecz na autonomii lekarskiej zawodu. Dopóty będzie ona, dopóki towarzyszyć jej będzie autorytet społeczny lekarskiego zawodu.

Dla wielu podążanie za autorytetem, uczenie się brania przykładu, aby samemu go dawać, jest złudzeniem moralnym. Cóż, lepiej jednak podążać za takim „złudzeniem”, które pozwala być lepszym człowiekiem, lepszym lekarzem, naukowcem, rodzicem, kolegą, niż za jakimkolwiek innym. Lepiej widzieć to „złudzenie”, gdy lekarz wchodzi na salę chorych, a pacjentom rozpromieniają się twarze, dolegliwości maleją, a lęki się rozpierzchają, niż pozostać ślepym na ów widok.

Medycyna dysponuje owym przywilejem kulturowym, dzięki któremu jest enklawą autorytetów i mądrości mistrzów. Lecz są w niej również ścieżki błędne. Uznanie autorytetu nie jest bowiem ślepym zawierzeniem, bezkrytycznym powierzeniem innemu swojej drogi życiowej czy zawodowej. To gest rozumu, do którego serce się przekonuje, a nie gest serca, do którego rozum jest namawiany. Na uznanie autorytetu trzeba być przygotowanym, wyposażonym w umiejętność jego wyboru. Pochopne, emocjonalne, uczynienie ko-

goś własnym autorytetem, często prowadzi do rozczarowania; uczy także złych nawyków i postaw, które wiele szkody przynoszą samemu młodemu lekarzowi, jak i jego pacjentom. Zbyt często również bycie autorytetem kojarzy się wielu z okazywaniem władzy i poczuciem nieomyślności, z typowo paternalistyczną postawą wobec ludzi. To pozerstwo i pycha, które są – co najwyżej – złym przykładem.

Pozycja naukowa w medycynie coraz częściej określana jest liczbą Impact Factor. Jeśli ktoś ją uzyskuje – to jego sukces, godny pochwały, a nawet podziwu, lecz o lekarzu niewiele mówi, raczej milczy. Nie liczby bowiem a wartości stanowią o autorytecie w medycynie. Niestety, wielu młodych lekarzy, pod presją naukowego awansu, nie podziela tego sądu. Medycyna ulega technicyzacji i biurokratyzacji naukowej, nie zawsze promując właściwe wzorce.

Autorytet rodzi się między ludźmi. Dawanie dobrego przykładu przez kogoś wymaga obecności innego, który ten przykład bierze i uznaje za wartościowy; godzi się na to, aby te cechy charakteru, te zdolności i umiejętności uczynić elementem własnego kształcenia oraz rozwoju jako człowieka i jako lekarza.

Ludzie dzielą wartości i je tworzą. Dlatego są tak cenni. Ta cenna wartość stanowi o autorytecie. Naprawdę, łatwo ich odszukać, są tuż obok.

Dr hab. Jarosław BARAŃSKI
Etyk, filozof UM we Wrocławiu
(przedruk z „Medium” nr 10/13)

RECEPTA NA STARE LATA

W ostatnich latach powiedziano i napisano już bardzo dużo na temat dynamiki starzenia się ludności, wysuwającej się na pierwszy plan wśród problemów demograficznych, zdrowotnych i społecznych. Ale... tylko powiedziano i napisano. Nic nie działo. Receptę wystawiono poprawnie, ale co z tego, skoro pacjent nie wykupił i nie zażywa zapisanych leków?

Tymczasem kompleksowe i skoordynowane strategiczne działania są bardzo, ale to bardzo potrzebne. Najpierw – jak zawsze – diagnoza sytuacji. Jest poprawna, dysponujemy bardzo pożytecznymi wnioskami z badania PolSenior. W Ministerstwie Pracy i Polityki Społecznej powołano Departament Senioralny oraz wydano w ubiegłym roku rozporządzenie w sprawie domów pomocy społecznej. Działa też Zespół ds. Geriatrii w Ministerstwie Zdrowia. Pierwsze efekty jego prac to diagnoza sytuacji. Ekspertki zwracają uwagę na liczbę geriatrów (150) oraz łóżek na oddziałach geriatrycznych (558 na koniec 2011 r., wykorzystanych w 70%). Samych oddziałów geriatrycznych w porównaniu z innymi krajami UE także mamy niewiele.

Pobyty dzienny czy szpital

Pojawia się jednak pytanie, czy rzeczywiście w rozwiązywaniu problemów ludzi starych najważniejszy jest brak szpitalnych, stacjonarnych oddziałów geriatrycznych. Czy bardziej dotkliwy nie jest brak dziennych oddziałów geriatrycznych szybkiej diagnostyki? Zdecydowanie ma rację dr Marek Balicki (były minister zdrowia), kiedy mówi, że „*brakuje w kraju systemu skoordynowanej pomocy dla osób starszych i niesamodzielnych*”. I dalej: „*ostatnie lata to okres zaniedbań w systemie, który łączyłby opiekę medyczną ze społeczną*”.

Korzenie nieszczęścia

I tutaj jest chyba sedno problemu, który zaczął się już w 1991 r. od nieszczęsnego rozporządzenia ówczesnego ministra pracy i polityki społecznej dezintegrującego kompleksową opiekę nad ludźmi w podeszłym wieku przez przeniesienie z resortu zdrowia do resortu pracy tzw. pomocy społecznej. Ta dezintegracja dotyczyła oczywiście zarówno podstawowej opieki zdrowotnej (pracownicy socjalni i opiekunowie społeczni), jak i in-

stytucjonalnej opieki długoterminowej. Domy pomocy społecznej pozostawione w resorcie zdrowia nazwano zakładami opiekuńczo-leczniczymi (ZOL), a potem powstały zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze (ZPO), natomiast większość jednostek, które przeszły do resortu pracy, pozostała przy (nieadekwatnej do treści i działalności) nazwie „dom pomocy społecznej” (DPS). I znowu ma rację dr Balicki – „zakłady opiekuńczo-lecznicze i domy pomocy społecznej to tylko fragment opieki dla osób starszych. Chodzi o to, aby pacjent, który na kilka dni trafił do szpitala, mógł następnie przebywać we własnym domu i tam miał zapewnioną opiekę i pomoc. Chodzi o zachowanie jak najdłużej samodzielności osób starszych we własnym środowisku, a nie umieszczanie ich w ośrodkach”.

Opieka domowa czy dom pomocy

Niezależnie od słuszności tej konstatacji ten element opieki długoterminowej jest także bardzo istotny, szczególnie w naszym kraju, gdzie istnieje jeszcze wiele ograniczeń w pożądanym sprawowaniu opieki domowej nad starym i niepełnosprawnym członkiem rodziny. Podkreślając raz jeszcze, że aby jakkolwiek strategia działania państwa w tym zakresie miała sens, musi nosić znamiona maksymalnie kompleksowego podejścia do problemu, spróbujmy zająć się bliżej tym fragmentem, który dotyczy długoterminowej opieki instytucjonalnej o charakterze pielęgnacyjno-opiekuńczym (ZOL, ZPO, DPS), koordynowanej od 22 lat równoległe przez dwa resorty (MZ i MPiPS). Na koniec 2011 r. (według „Biuletynu Statystycznego MZ”) mieliśmy 20.888 miejsc w ZOL (w tym 4.452 w psychiatrycznych) oraz 5.699 w ZPO (w tym 331 w psychiatrycznych). Razem w ZOL i ZPO było 26.587 miejsc. 824 DPS finansowane przez samorząd terytorialny 2010 r. dysponowały 78.605 miejscami.

Raport NIK

W ocenie sytuacji w tych zakładach przydatne są wnioski z raportów NIK. Wynika z nich, że prawie połowa kontrolowanych DPS nie osiągała wymaganych standardów (pozostałe działają na zasadzie zezwoleń warunkowych), co skutkowało m.in. brakiem możliwości przyjmowania nowych pensjonariuszy.

Permanenty brak miejsc w DPS w dużych aglomeracjach miejskich (we Wrocławiu średni czas oczekiwania na przyjęcie wynosi od roku do pięciu lat) powodował konieczność umieszczania osób w DPS w odległych powiatach. Na podstawie rozporządzenia ministra pracy i polityki społecznej z 23 sierpnia 2012 r. w sprawie domów pomocy społecznej ośrodki te powinny się koncentrować na funkcjach opiekuńczych (pielęgnacji i terapii zajęciowej). Wprawdzie dalej jest mowa o „zespołach terapeutyczno-opiekuńczych” oraz obowiązku zapewnienia pomieszczeń do „terapii i rehabilitacji”, ale tak naprawdę nie wiadomo, o jakiej terapii mowa.

Opieka podstawowa

W DPS obowiązuje zasada, że podopiecznego z problemem zdrowotnym powinno się kierować do POZ w miejscu lokalizacji DPS. Większość pensjonariuszy ma kilka problemów zdrowotnych dziennie, a o całkowitej niewydolności POZ w Polsce napisano już wszystko. Absurdalność tej zasady jest więcej niż oczywista. Na skutek takiego podejścia pensjonariusze DPS praktycznie są pozbawieni bieżącej opieki lekarskiej. Warunki ich pobytu (trzy-, cztero-, a nawet pięcioosobowe sale) pozostawiam bez komentarza. W Polsce mamy zbyt wiele ograniczeń i niedostatków w sprawowaniu opieki domowej nad starym i niepełnosprawnym członkiem rodziny.

Problemy zdrowotne i socjalne pensjonariuszy DPS i ZOL są bardzo podobne, ale w przeciwieństwie do DPS funkcjonujące w resorcie zdrowia ZOL i ZPO mają status zakładów opieki zdrowotnej. Zgodnie z obowiązującą definicją: „ZOL udziela, finansowanych przez NFZ, świadczeń zdrowotnych obejmujących swoim zakresem leczenie, pielęgnację i rehabilitację osób przewlekle chorych niewymagających hospitalizacji, które wymagają całodobowej, profesjonalnej pielęgnacji, rehabilitacji oraz kontynuacji leczenia”. Do ZOL

kierowani są pensjonariusze, którzy w karcie oceny uzyskali 40 punktów lub mniej w tzw. skali Barthel. Pomimo założenia, że „zadaniem ZOL jest sprawowanie opieki okresowej”, w praktyce wiele osób przebywa tam przez wiele lat (od trzech do dziesięciu lat).

Ocena ekspertów

System opieki zdrowotnej jest niedostosowany do potrzeb seniorów – stwierdziła Rządowa Rada Ludnościowa w projekcie „Założeń polityki ludnościowej Polski”, przedłożonym pod obrady II Kongresu Demograficznego (22–23 marca 2012 r.). W dokumencie RRL czytamy również, że rozwiązania poprawiające jakość opieki nad osobami starszymi wymagają innego niż dotychczas podejścia do tej grupy pacjentów w systemie ochrony zdrowia i w systemie polityki społecznej. Według RRL stan opieki geriatrycznej w Polsce istotnie odbiega od poziomu osiągniętego w Unii Europejskiej. W większości krajów europejskich geriatra i badania nad starzeniem stanowią priorytet w świadczeniach opieki medycznej na rzecz ludzi w zaawansowanym wieku. Według oceny Zespołu ds. Geriatrii przy Ministrze Zdrowia, który przygotował kompleksowy program strategii rozwoju geriatrii, „funkcjonujący system opieki zdrowotnej i społecznej nad osobami starszymi w Polsce jest niedostosowany do potrzeb tej populacji, gdyż oferuje zdeintegrowane, rozproszone i niespójne świadczenia”. System nie spełnia standardów podejścia geriatrycznego: powszechności, jakości, dostępności i kompleksowości zaspokajania złożonych potrzeb zdrowotnych osób w zaawansowanym wieku.

Deficyt miejsc

Według NIK deficyt miejsc w tych zakładach jest m.in. przyczyną tego, że „wiele ZOL również nie spełnia wymagań dotyczących warunków socjalno-bytowych, a na dodatkowe sale chorych wykorzystywane są niekiedy gabinety lekarskie, rehabilitacyjne i terapii zajęciowej. W niektórych zakładach pomieszczenia higieniczno-sanitarne są zbiorowe dla wszystkich pacjentów, a niekiedy wspólne dla kobiet i mężczyzn”. Na podstawie zarządzenia prezesa NFZ z 16 listopada 2011 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów na świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej niektóre ZOL (co należy zaliczyć do pozytywów) zapewniają pacjentom żywienie dojelitowe i pozajelitowe oraz (co jest szczególnie ważne z uwagi na odciążenie deficytowych od-

działów intensywnej terapii) całodobowe mechaniczne lub ciśnieniowe wspomaganie oddechu pensjonariuszom z niewydolnością oddechową, którzy wymagają stosowania ciągłej terapii oddechowej za pomocą respiratora. W porównaniu z lecnictwem szpitalnym, gdzie mimo wielu trudności udało się znacznie poprawić infrastrukturę i wyposażenie, przedstawiony skrótowo fragment instytucjonalnej pielęgnacyjno-opiekuńczej opieki długoterminowej (ZOL, ZPO i DPS) jest w trudniejszej sytuacji, która nie powinna być dalej akceptowana. Dotyczy to bowiem najczęściej najbardziej schorowanych, samotnych i biednych ludzi w zaawansowanym wieku, którzy na tę pomoc są po prostu skazani. [...]

Maciej MURKOWSKI
(przedruk z „Menedżera Zdrowia” nr 5/13)

KOMÓRKI ZDROWIA

Technologie mobilne w ochronie zdrowia, określane jako m-Zdrowie, rozwijają się w zawrotnym tempie. Oferują lekarzom nieograniczony przestrzennie dostęp do danych medycznych, a pacjentom – nowe możliwości zarządzania zdrowiem, terapią czy profilaktyką, inteligentne smartfony oraz tablety wyposażone w aplikacje zdrowotne zdobywają nowych zwolenników. W wywiadzie udzielonym podczas eHealthWeek, o m-Zdrowiu opowiada Rainer HERZOG – dyrektor mHIMSS Europe (Healthcare Information Management and Systems Society).

Jakie perspektywy otwierają przed rynkiem ochrony zdrowia rozwiązania mobilne w stosunku do mającego dłuższą tradycję e-Zdrowia?

m-Zdrowie stwarza całkiem nową przestrzeń w zakresie mobilności, a to nadaje zupełnie inny wymiar e-Zdrowiu. Podam przykład: kiedy przyjrzymy się rynkowi ochrony zdrowia w krajach rozwiniętych, spora część szpitali posiada systemy e-Zdrowia, komunikujące się w ramach sieci. Jednak korzystanie z narzędzi IT wymaga podejścia do stacji roboczej czyli komputera. Dzięki m-Zdrowiu, lekarz, personel medyczny, pielęgniarka mogą poruszać się swobodnie po placówce, cały czas mając dostęp do elektronicznego rekordu pacjenta, zdjęć diagnostyki cyfrowej, informacji o parametrach zdrowotnych, ważnych powiadomieniach itd. A wszystko dzięki urządzeniom mobilnym. M-Zdrowie pozwala w ten sposób w pełni korzystać z możliwości, które oferuje e-Zdrowie, uruchamiając równolegle szereg dodatkowych korzyści dla lekarza – który ma zawsze przy sobie potrzebne informacje, będąc w jakimkolwiek miejscu, o jakiegokolwiek porze – i pacjenta, zyskującego w ten sposób bezpieczeństwo dzięki chociażby komunikacji z pracownikami ochrony zdrowia, niezależnie od tego, gdzie akurat przebywają.

Z perspektywy statystycznego mieszkańca, m-Zdrowie dostarcza narzędzi, w postaci tzw. aplikacji zdrowotnych. Z ich pomocą można łatwiej i skuteczniej zarządzać swoim zdrowiem, stylem życia, zmieniać zachowania

na prozdrowotne, motywować się do zdrowszych zachowań, uprawiania sportu czy lepiej odżywiać się. Kolejną grupą docelową są osoby obciążone chorobami przewlekłymi. Rozwiązania mobilne pomagają takim pacjentom prowadzić normalny tryb życia, pozostając pod kontrolą lekarza i uzyskując ogromną pomoc ze strony specjalnie zaprojektowanych aplikacji. Mogą one np. przypominać o konieczności zażycia lekarstwa o odpowiedniej porze, co jest niezwykle pomocne dla terapii wielolekowych oraz w przypadku osób starszych. Aplikacje typu lifestyle podpowiedzą z kolei, jaki tryb życia prowadzić, aby utrzymać zdrowie, dobrą formę lub cieszyć się lepszym samopoczuciem.

Wymienił Pan kilka obszarów, gdzie m-Zdrowie znajduje zastosowanie. Gdzie uzyskuje się najbardziej wymierne rezultaty z zastosowania technologii mobilnych – w medycynie prewencyjnej, telemedycynie, profilaktyce niezakaźnych chorób cywilizacyjnych czy w zmianie stylu życia?

Prewencja i zarządzanie stylem życia to bardzo młode dziedziny m-Zdrowia. Z kolei wspomaganie terapii w chorobach przewlekłych ma już dłuższą tradycję. Zastosowanie aplikacji w obszarze tzw. lifestyle przeżywa obecnie prawdziwy rozkwit. Powodem jest łatwa integracja z platformami społecznościowymi, które cieszą się dużą popularnością. Przykładowo, jeżeli chcę uchronić populację w wieku szkolnym przed cukrzycą, opracowu-

ję aplikację, która naprowadza na odpowiednie działania prewencyjne. Prawdę mówiąc, nie możemy jeszcze tutaj mówić o jakiś wyjątkowych i osiągnięciach czy spektakularnych wynikach. Rozwój aplikacji typu lifestyle daje dużo powodów do optymizmu – w końcu mamy ciekawe dla odbiorcy narzędzia, dzięki którym możemy motywować do profilaktyki czy prawidłowych zachowań prozdrowotnych. Patrząc wstecz widzimy duże niedoskonałości dotychczas prowadzonych akcji profilaktyki: ogłoszenia, reklamy czy billboardy mówią nam, że nie powinniśmy palić papierosów, spożywać za dużo cukru czy jeść za tłusto. To już nie działa, ludzie nie lubią, kiedy zabrania im się czegoś albo inaczej – kiedy motywacja przybiera negatywny charakter. Podobnie ostrzeżenia na opakowaniach papierosów, zgodnie z przeprowadzonymi badaniami, mają znikomy wpływ na palaczy. Dlatego pozytywna motywacja w postaci aplikacji zdrowotnych może okazać się tym, czego długo szukaliśmy. Widzę ogromny potencjał, zwłaszcza w grupie ludzi młodych, mocno zaangażowanych w sieci społecznościowe i powszechnie korzystających ze smartfonów.

Powracając do zarządzania chorobami przewlekłymi – notujemy obecnie bardzo sporą liczbę dużych projektów realizowanych w Europie, jak na przykład pilotaż w Wielkiej Brytanii, obejmujący 3000 osób z różnymi chorobami przewlekłymi. Jeżeli wybiera się rozmyślnie populację osób, dla których tworzy się tego typu aplikacje, wtedy można osiągnąć dobre wyniki. Warunkiem jest wsparcie technologii aktualną wiedzą naukową. Aplikacja w smartfonie, szyta na miarę wybranej dolegliwości, ułatwia życie pacjentowi, z drugiej strony odciążając finansowo system ochrony zdrowia. Trzeba jednak zachować ostrożność, gdyż nie zawsze jesteśmy w stanie osiągać wymierne wyniki z zastosowania m-Zdrowia. Kiedy pozostająca pod stałą opieką lekarza osoba z cukrzycą zacznie korzystać z dedykowanej aplikacji, fakt ten niewiele wniesie do wyników terapii. Dlatego warunkiem koniecznym jest wspomniana selekcja grup docelowych.

Na fali mody powstaje coraz więcej aplikacji zdrowotnych. Niejednokrotnie u źródła nie leży troska o zdrowie, ale po prostu kwestie biznesowe. Efekt: pacjenci mają do dyspozycji setki rozwiązań, nad którymi de facto nikt nie ma żadnej kontroli jakościowej. Czy to nie czas, aby uruchomić mechanizmy kontrolne i na przykład certyfikację aplikacji zdrowotnych?

Ma Pan rację, to ogromne wyzwanie. Musimy rozróżnić kilka kwestii. Jeżeli chodzi o aplikacje typu lifestyle albo fitness, to nie widzę tutaj dużej potrzeby regulacji. Najczęściej monitorują one aktywność fizyczną, podpowiadają jak prowadzić aktywny tryb życia, czy sugerują zdrową dietę. W takich przypadkach trudno o błędy narażające ludzi na niebezpieczeństwo. Gdy jednak przesuwamy się w stronę ochrony zdrowia

i aplikacji, które np. podpowiadają kiedy i jakie leki zażywać, wówczas temat staje się o wiele poważniejszy. Tutaj potrzebujemy regulacji oraz zastanowienia się, jakie certyfikaty byłyby wymagane oraz które kryteria powinny być spełnione, aby aplikacja została zakwalifikowana jako pełnowartościowe narzędzie medyczne. W wielu przypadkach jest tak, że każdy ustanawia standardy dla samego siebie, bez wytycznych zewnętrznych. Zdecydowanie potrzeba na rynku więcej regulacji, aby nie narażać ludzi na ryzyko. Musimy wziąć pod uwagę, że sektor ochrony zdrowia przespał ostatnie lata i przeoczył rozwój nowoczesnych technologii. Rynek m-Zdrowia kwitnie od kilku lat, ale dopiero teraz przybrał tak dużą skalę, że czas najwyższy zastanowić się nad nowymi regulacjami i legislacją. Prawda jest taka, że nikt nie będzie czekać na nowe standardy, boom będzie trwał nadal. Obok kwestii prawnych i certyfikacji, my sami – użytkownicy musimy nauczyć się rozmyślnego korzystania z aplikacji zdrowotnych. Ich rola w ochronie zdrowia stopniowo zwiększa się, ale smartfon nie może przecież zastąpić osoby lekarza ani jego profesjonalnej opinii i diagnozy.

By zachować precyzję w terminologii – gdzie kończy się e-Zdrowie, a zaczyna m-Zdrowie? Czy kiedy korzystam z elektronicznego rekordu pacjenta z pomocą smartfona to jeszcze e-Zdrowie czy już m-Zdrowie?

Dobre pytanie. Powiedziałbym, że m-Zdrowie zaczyna się w momencie, kiedy wykorzystujemy narzędzia mobilne do komunikacji, przeglądania danych medycznych, zapisywania informacji czy transakcji związanych z ochroną zdrowia. To dla mnie wyznacznik granicy pomiędzy tymi dwoma, przenikającymi się mimo wszystko sferami.

Dużo rozmawiamy o aplikacjach zdrowotnych w telefonach komórkowych, bo właśnie ten trend w m-Zdrowiu wyraźnie wychodzi na prowadzenie. Dynamiczny rozwój skłania do zadania sobie pytania – co dalej, jakie kolejne role przypisane są m-Zdrowiu?

Słowem kluczem, określającym przyszłość m-Zdrowia, jest na dzień dzisiejszy „konsolidacja”. Obserwujemy bowiem technologiczny i usługowy, szybko rozwijają się coraz nowocześniejsze urządzenia mobilne, zaawansowane aplikacje i usługi. Następnym krokiem będzie scalenie danych, gromadzonych w różnych miejscach i przez różne systemy, oraz wykorzystanie ich do całościowego procesu ochrony zdrowia. W pierwszym etapie trzeba będzie sobie zadać pytanie, które z tych informacji – a jest ich przecież sporo – w ogóle się nam przydadzą. W drugim kroku musimy zdecydować, jak połączyć i zintegrować dane z różnych miejsc powstawania, różnych aplikacji. To wyzwania na następne 2–5 lat, a obracające się wokół budowy pełnego, elektronicznego rekordu pacjenta.

eHealthWeek udowadnia, że m-Zdrowie już jest na rynku, rozwiązania są gotowe, teraz czas na lepsze i sprytniejsze wykorzystanie danych.

W wielu przypadkach ochrona danych osobowych jest tym czynnikiem, który hamuje rozwój mobilnych narzędzi w ochronie zdrowia. Czy tak samo jest w przypadku m-Zdrowia?

Na początek wspomnę, że taką barierą przestała być technologia, która rozwinęła się w stopniu umożliwiającym swobodne wdrażanie rozwiązań m-Zdrowia. Tak, na pewno bezpieczeństwo danych jest ważnym zagadnieniem, ale nie jedynym. Nikt obecnie z pełną odpowiedzialnością nie powie, że są to rozwiązania w 100% bezpieczne. I tak samo nie będzie można tego powiedzieć za kilka lat. Ryzyko jest jednak nieporównywalnie niskie w stosunku do potencjalnych korzyści. To tak, jakby kierowca pędzący na sygnale karetki pogotowia zadał sobie pytanie: przejechać na czerwonym świetle czy nie? Jak w tej sytuacji potencjalne ryzyko wypadku można przyrównać do szansy uratowania życia pacjenta? Błędem byłoby na pewno czekanie aż bezpieczeństwo korzystania z narzędzi mobilnych w ochronie zdrowia osiągnie poziom 100%. Zresztą wątpię, aby kiedykolwiek się to stało.

Czy z punktu technologicznego idea m-Zdrowia czeka jeszcze na jakieś innowacje, aby móc się w pełni rozwinąć?

Na chwilę obecną – nie. Mamy już wysokiej klasy urządzenia mobilne, oczywiście cały czas stają się one inteligentniejsze, mniejsze, łatwiejsze w użytkowaniu. Ale już przy tym poziomie technologicznym jesteśmy w stanie zrealizować najbardziej kreatywne rozwiązania czy pomysły.

Która grupa reprezentuje większy „mobilny” optymizm – pacjenci czy lekarze?

Nie chcę generalizować, ale z mojej praktyki mogę powiedzieć, że na pewno młodzi lekarze. Oni mają największą motywację, bo to przecież ich część narzędzi pracy, ułatwiających wykonywanie zawodu. Pacjenci również, zwłaszcza ci świadomi własnego zdrowia lub biorący sobie do serca zmianę trybu życia w związku z chorobą przewlekłą. Z badań, które przeprowadziliśmy w USA w zeszłym roku wynika, że 40% lekarzy z chęcią korzystałoby z narzędzi m-Zdrowia, nawet gdyby były one zabronione przez pracodawcę.

Korzysta Pan osobiście z aplikacji zdrowotnych?

Tak, zwłaszcza tych w zakresie uprawiania sportu i pomagających zdrowo się odżywiać. Na szczęście jestem w miarę zdrowy więc inne aplikacje nie są mi potrzebne. Ale gdyby taka konieczność zaistniała – zdecydowanie tak, ponieważ wiem, jak bardzo mogą wspomóc prowadzenie normalnego życia, również w przypadku osób chorych przewlekłe, do tego gwarantując wyższy poziom ochrony zdrowia, bezpieczeństwo terapii i szerszą samokontrolę.

Dziękuję za rozmowę. Rozmawiał: Artur OLESCH

HIMSS (Healthcare Information Management and Systems Society) – międzynarodowa organizacja typu non-profit, której celem jest dostarczanie eksperckiej wiedzy na temat optymalnego wykorzystania technologii informatycznych i zarządzania systemami dla doskonalenia standardów ochrony zdrowia. Od 15 lat działa na rynku USA, Europy oraz Azji, prowadząc badania w obszarze ICT i e-Zdrowia, publikując specjalistyczne analizy, organizując konferencje oraz szkolenia. W skład HIMSS wchodzi obecnie 50.000 indywidualnych ekspertów, ponad 570 firm rynku IT i 225 organizacji non-profit.

(przedruk z czasopisma „OSOZ” nr7/13)

PRAWO NA CO DZIEŃ

CZY LEKARZOWI PO STAŻU PRZYSŁUGUJE PRAWO DO OBNIŻONEJ SKŁADKI ZUS?

Faktem jest, że wielu lekarzy i lekarzy dentyistów niedługo po otrzymaniu „pełnego” prawa wykonywania zawodu zakłada praktyki zawodowe. Poszukiwanie prawnie dozwolonych metod obniżania kosztów prowadzenia działalności gospodarczej często prowadzi do konieczności zmierzania się z przepisami dotyczącymi ubezpieczeń społecznych – a jak wszyscy wiedzą – te interpretować jest wyjątkowo trudno. Problemem jest w szczególności przesądzenie kwestii posiadania (lub nie) uprawnienia

do opłacania obniżonego ZUS-u w dwóch pierwszych latach prowadzenia działalności gospodarczej.

Zgodnie z art. 18a ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych podstawę wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe osób prowadzących działalność pozarolniczą, w okresie pierwszych 24 miesięcy kalendarzowych od dnia rozpoczęcia wykonywania działalności gospodarczej stanowi zadeklarowana kwota, nie niższa jednak niż 30% kwo-

ty minimalnego wynagrodzenia. Prawa do skorzystania z tej ulgi nie posiadają jednak osoby, które:

1. prowadzą lub w okresie ostatnich 60 miesięcy kalendarzowych przed dniem rozpoczęcia wykonywania działalności gospodarczej prowadziły pozarolniczą działalność;
2. wykonują działalność gospodarczą na rzecz byłego pracodawcy, na rzecz którego przed dniem rozpoczęcia działalności gospodarczej w bieżącym lub w poprzednim roku kalendarzowym wykonywały w ramach stosunku pracy lub spółdzielczego stosunku pracy czynności wchodzące w zakres wykonywanej działalności gospodarczej.

W pierwszej chwili wydawać się może, że lekarz zakładający działalność gospodarczą, a zamierzający współpracować z podmiotem leczniczym, który zatrudniał go podczas stażu, nie będzie miał prawa do obniżonego ZUS-u. Niekoniecznie jednak musi tak być.

Zagadnieniu już w latach 2009 i 2010 przyjrzał się Sąd Najwyższy. Z jego wyroku z dnia 23 marca 2010 r. (I UK 323/2009) dowiadujemy się, że: „*okoliczność, iż lekarz stażysta udziela świadczeń zdrowotnych na podstawie umowy o pracę [...], a następnie po uzyskaniu kwalifikacji do samodzielnego wykonywania zawodu lekarza dentysty podejmuje indywidualną praktykę lekarską na rzecz tego samego podmiotu [...] sama w sobie nie przesądza o zaistnieniu przesłanki wyłączającej stosowanie preferencyjnej podstawy składki*”. Z wyroku Sądu Najwyższego wyczytać można, że decydujące w każdym przypadku powinno być porównanie zakresów czynności wykonywanych w ramach umowy o pracę i umowy podmiotu leczniczego z praktyką zawodową. Jeżeli zakresy te są różne, nie można mówić o okolicznościach wyłączających możliwość korzystania z preferencyjnej stawki. W podobny sposób Sąd Najwyższy wypowiadał się w latach późniejszych, w sprawach dotyczących apli-

kantów adwokackich i radcowskich (którzy również posiadają niejako „ograniczone” prawo wykonywania zawodu), którzy uzyskali pełne uprawnienia i świadczyli usługi na rzecz byłych pracodawców.

Nie sposób przesądzić z góry, czy każdy lekarz lub lekarz dentysta będzie miał prawo do korzystania z preferencyjnych stawek. Z pewnością warto wystąpić do organów ZUS-u z wnioskiem o wydanie interpretacji indywidualnej. Wniosek taki może dotyczyć zaistniałego stanu faktycznego lub zdarzeń przyszłych. Lekarz ubiegający się o wydanie interpretacji powinien we wniosku wskazać precyzyjnie okoliczności, których dotyczyć ma interpretacja, oraz własne stanowisko w tej sprawie. Brak odpowiedzi na interpretację w ustawowym terminie 30 dni oznacza przychylenie się do stanowiska lekarza. Wniosek o wydanie interpretacji podlega opłacie w wysokości 40 zł. Treść interpretacji nie wiąże przedsiębiorcy, jednak ten, kto zastosował się do uzyskanej interpretacji, nie może być obciążony daninami lub karami w tym zakresie. Otrzymanie odpowiedzi odmownej nie musi oznaczać zakończenia sprawy – od decyzji w sprawie udzielenia interpretacji można wnieść odwołanie, a w przypadku ponownego uzyskania niezadowolającego wyniku – skargę do wojewódzkiego sądu administracyjnego.

Aleksandra KOSIOREK
Radca prawny

Podstawa prawna:

- Ustawa z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz. U. z 2009 r. Nr 205, poz. 1585 ze zm.)
- Wyrok Sądu Najwyższego – Izba Pracy, Ubezpieczeń Społecznych i Spraw Publicznych z dnia 23 marca 2010 r. (I UK 323/2009)

(przedruk z „Pomorskiego Magazynu Lekarskiego” nr 11/13)

PRZYWILEJ TERAPEUTYCZNY – ZASADY STOSOWANIA W ŚWIECIE OBOWIĄZUJĄCYCH PRZEPISÓW

Tytułem wstępu, czyli co to jest przywilej terapeutyczny

Na lekarzach spoczywa ogromna ilość obowiązków związanych z leczeniem pacjentów. Jednym z ważniejszych jest niewątpliwie obowiązek informacyjny. Jednak od wyżej wymienionego obowiązku istnieje wyjątek w postaci tzw. przywileju terapeutycznego. Istota przywileju terapeutycznego sprowadza się do ograniczenia bądź zupełnego nieinformowania pacjenta o stanie jego zdrowia, z tym jednak zastrzeżeniem, że lekarz

korzysta z takiej możliwości jedynie ze względu na dobro pacjenta.

W polskim systemie prawnym obowiązki lekarza i prawa pacjenta są regulowane głównie przez dwa akty prawne, tj. ustawę z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (dalej ustawa o prawach pacjenta) i ustawę z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (dalej ustawa o zawodach lekarza – Dz.U. z 2011 nr 277 poz. 1634) oraz w Kodeksie Etyki Lekarskiej z dnia 14 grudnia 1991 r.,

który nie jest jednak powszechnie obowiązującym aktem prawnym.

Prawo pacjenta do informacji a przywilej terapeutyczny

Prawo do informacji i przywilej terapeutyczny są ze sobą ściśle związane. Dla zrozumienia znaczenia przywileju terapeutycznego konieczne jest więc szersze wyjaśnienie kwestii prawa pacjenta do informacji. Prawo do informacji wynika z art. 31 ust. 1 ustawy o zawodzie lekarza oraz z art. 9 ustawy o prawach pacjenta.

W treści art. 31 ust. 1 ustawy o zawodzie lekarza ustawodawca znacznie rozbudował w stosunku do art. 9 ustawy o prawach pacjenta, uprawnienie pacjenta do uzyskania informacji. Zgodnie z zapisami ustawy o zawodzie lekarza, lekarz ma obowiązek udzielić pacjentowi przystępnej informacji o stanie jego zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu. Z art. 9 ustawy o prawach pacjenta wynika zaś, że lekarz jest jedynie zobowiązany do udzielenia informacji o stanie zdrowia pacjenta w sposób dla niego (pacjenta) zrozumiały.

Obowiązek informowania pacjenta o jego stanie zdrowia wynika również z art. 13 Kodeksu Etyki Lekarskiej, w myśl którego lekarz ma obowiązek tak prowadzić proces diagnostyczno-terapeutyczny, by na każdym jego etapie pacjent miał pełny ogłód swojego stanu zdrowia i mógł współdecydować o czynnościach medycznych.

Regulacje prawne, umożliwiające stosowanie przywileju terapeutycznego

Przywilej terapeutyczny jest uregulowany w art. 31 ust. 4 ustawy o zawodzie lekarza i stanowi on, że: W sytuacjach wyjątkowych, jeżeli rokowanie jest niepomysłne dla pacjenta, lekarz może ograniczyć informację o stanie zdrowia i o rokowaniu, jeżeli według oceny lekarza przemawia za tym dobro pacjenta. W takich przypadkach lekarz informuje przedstawiciela ustawowego pacjenta lub osobę upoważnioną przez pacjenta. Na żądanie pacjenta lekarz ma jednak obowiązek udzielić mu żądanej informacji.

Również Kodeks Etyki Lekarskiej regulował kwestię przywileju terapeutycznego w art. 17: W razie niepomysłnej dla chorego prognozy lekarz powinien poinformować chorego o niej z taktem i ostrożnością. Wiadomość o rozpoznaniu i złym rokowaniu może nie zostać choremu przekazana tylko w przypadku, jeśli lekarz jest głęboko przekonany, iż jej ujawnienie spowoduje bardzo poważne cierpienie chorego lub inne niekorzystne dla zdrowia następstwa; jednak na wyraźne żądanie pacjenta lekarz powinien udzielić pełnej informacji.

Z treści przywołanych wyżej przepisów jednoznacznie wynika, iż lekarz ma prawo nie przekazać pacjento-

wi informacji o jego stanie zdrowia lub może przekazać te informacje tylko wybiórczo w wyjątkowej sytuacji opisanej w tych przepisach. Drugim niezbędnym w tym przypadku warunkiem do spełnienia jest subiektywne przekonanie, że ograniczenie informowania pacjenta o jego stanie zdrowia jest dla niego najlepszym rozwiązaniem (1). Zwrócić niemniej należy uwagę na to, iż ustawa o zawodzie lekarza wskazuje wprost, iż można skorzystać z przywileju terapeutycznego tylko wtedy, gdy zostaną spełnione obie przesłanki wymienione w art. 31 ust. 4 i to łącznie, a więc po pierwsze złe rokowania, a po drugie subiektywne przekonanie lekarza, iż za skorzystaniem z przywileju terapeutycznego przemawia dobro pacjenta.

Należy pamiętać, że zastosowanie przywileju terapeutycznego nie uchyla w żadnym stopniu obowiązku lekarza poinformowania o stanie zdrowia tego chorego jego przedstawicieli ustawowych, nawet jeśli w stosunku do tego pacjenta lekarz zdecyduje się na skorzystanie z przywileju terapeutycznego.

W niektórych przypadkach zastosowanie przywileju terapeutycznego może być odbierane jako przyczyna udzielenia przez pacjenta „wadliwej” zgody na zabieg. Zgoda pacjenta w kontekście wykonywania zabiegów medycznych ma charakter szczególny, jest to zgoda uświadomiona, poprzedzona właściwą informacją medyczną. Jak wskazuje art. 32 ustawy o zawodzie lekarza: Lekarz może przeprowadzić badanie lub udzielić innych świadczeń zdrowotnych, z zastrzeżeniem wyjątków przewidzianych w ustawie, po wyrażeniu zgody przez pacjenta. Zgoda pacjenta bez uprzedniej należytej informacji ze strony lekarza, który kierując się dobrem pacjenta, nie poinformował go w pełni o konsekwencjach danego zabiegu, może powodować odpowiedzialność cywilną lekarza. Przywilej terapeutyczny ogranicza zasadę prawa medycznego, którą jest prawo pacjenta do prawdy/informacji o nim. Obecnie można zauważyć tendencję doktryny do rozwijania postulatu, że pacjent nie zawsze chce wiedzieć wszystko. Takie stanowisko jest oparte na badaniach naukowych, wskazujących, że przekazanie pacjentowi negatywnych rokowań co do jego leczenia ma wpływ na jego zdrowie psychiczne i fizyczne, a co za tym idzie – ma istotny wpływ na efektywność leczenia (2). Wobec powyższego lekarz stoi przed dylematem, czy poinformować dokładnie pacjenta o negatywnych rokowaniach co do jego leczenia, tym samym zmniejszyć szansę na jego wyleczenie, czy może nie informować go w pełni, narażając się na zarzut wadliwej zgody pacjenta i odpowiedzialność cywilną.

Kiedy przywilej terapeutyczny nie może być stosowany

W odniesieniu do powyższych rozważań ważne jest natomiast to, że jeżeli pacjent żąda poinformowania o jego stanie zdrowia, przywilej terapeutyczny nie może być

zastosowany. Lekarz wówczas ma obowiązek poinformowania pacjenta w pełni o jego stanie zdrowia, choćby sprzeciwiało się to w jego ocenie dobru pacjenta. W tym kontekście za niedopuszczalne należy uznać tzw. humanitarne zatajanie prawdy, czyli zatajanie prawdy o stanie zdrowia pacjenta przez lekarza dla jego dobra.

Przywilej terapeutyczny wymaga od lekarza wielkiej rozwagi, wewnętrznego przekonania oraz zdolności obiektywnego uzasadnienia swej jakże subiektywnej decyzji. Z pewnością stanowi też przejęcie na swe barki całego ciężaru decyzji o diagnostyce i leczeniu. Jest instytucją kontrowersyjną, stwarzającą zagrożenie wystąpienia licznych nadużyć. Uprawnienie wynikają-

ce z przywileju terapeutycznego powinno być wykorzystywane przez lekarzy w sposób wysoce ostrożny i tylko w sytuacjach wyjątkowych.

Aneta NAWORSKA

radca prawny z Kancelarii Naworska Marszałek sp.k.
w Toruniu, www.knmp.pl

(1) J. Zajdel, Prawo w Medycynie. Podręcznik dla lekarzy, Łódź 2007 s. 55

(2) K. de Walden-Gauszko, Wybrane Zagadnienia Psychoneurologii i Psychotematologii, [w:] Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 1992, s. 7–1

(przedruk z „Meritum” nr 4/13)

ETYKA

Współczesne dylematy bioetyczne lekarzy

Rozdział IV

DYLEMATY BIOETYCZNE ZWIĄZANE Z UMIERANIEM

Na końcu paraboli życia jest śmierć. Jest to prawda filozoficzna, z którą każdy człowiek musi się zmierzyć. Dziedzina wiedzy o śmierci i umieraniu nazywa się tanatologią i obejmuje zagadnienia filozoficzno-medyczne oraz etyczne związane z takimi zagadnieniami jak: metafizyka śmierci, definicja śmierci, spór o eutanazję i samobójstwo, granice intensywnej terapii i opieki paliatywno-hospicyjnej. Wymienione zagadnienia tanatologiczne mają wiele aspektów rozważań. Wymiar medyczny to wiedza specjalności medycznych: anesteziologia i intensywna terapia oraz medycyna paliatywna. Wymiar filozoficzny jest domeną teologów, filozofów i etyków. Wymiar ekonomiczny jest obszarem zainteresowania specjalistów zdrowia publicznego. Wymiar bioetyczny zagadnień tanatologicznych spróbuję przedstawić w niniejszym artykule.

Metafizyka śmierci zajmuje się odpowiedzią na pytanie, co się dzieje z osobą ludzką po śmierci? Koncepcja chrześcijańska zakłada nieśmiertelność osobowości, czyli przetrwanie tożsamości psychofizycznej (duszy). Koncepcja utylitarystyczna przedstawia wizję unicestwienia osobowości, czyli śmierć kończy tożsamość psychofizyczną osobowości – „znika scena świata z chwilą końca osobowości”. W religiach wschodu rozpowszechniona jest koncepcja, w której tożsamość psychofizyczna osobowości łączy się po śmierci z absolutem wyższym – np. nirwana w buddyzmie. W wielu ateistycznych koncepcjach filozoficznych pojawia się agnostyzm tanatologiczny. Jest to pogląd, że nie istnieje doświadczenie śmierci. Nie ma dowodów naukowych, co się dzieje z tożsamością

psychofizyczną osobowości po śmierci – „śmierć nie jest zdarzeniem w życiu, śmierci się nie przeżywa”.

Definicja śmierci wymaga uzgodnień kulturowych, musi definiować jej nieodwracalność. Definicja śmierci powinna wskazać jej *locus*, czyli ten organ lub system, którego ustanie funkcji fizjologicznych dowodzi śmierci człowieka. Bardzo ważnym zagadnieniem definiującym śmierć jest ustalenie kryterium śmierci w oparciu o wiarygodne testy medyczne. Przez wiele stuleci uważano, że dowodem śmierci jest ustanie pracy serca i spontanicznego oddychania. Od lat siedemdziesiątych dwudziestego wieku przeważał pogląd, że dowodem śmierci jest ustanie pracy całego mózgu lub ważnych jego struktur (pień mózgu). W oparciu o postęp neurofizjologii ustalono kryteria śmierci mózgowej, które były podstawą stworzenia aktów prawnych pozwalających pobierać organa do przeszczepów od osób, które uznano za zmarłych. Należy jednak w tym miejscu zaznaczyć, że bardzo różne środowiska kwestionują definicje śmierci oparte na testach medycznych ukierunkowanych na rozpoznaniu śmierci całego mózgu, jak i śmierci pnia mózgu, jako podstawy do ustalenia śmierci osobniczej. Nie ma twardych dowodów naukowych, że świadomość umiejscowiona jest w korze mózgowej (D. Lamb). Dogmaty wiary judeo-chrześcijańskiej twierdzą, że dusza ludzka nie ma umiejscowienia i dopiero zniszczenie ciała ludzkiego poprzez kremację lub biodegradację (znamię śmierci, rozkład zwłok, itp.) jest dowodem, że „dusza opuściła ciało”. Od 2005 roku obowiązuje w Polsce nowelizacja „ustawy transplantacyjnej”, w której usta-

lono definicję śmierci osobniczej w oparciu o koncepcję śmierci całego mózgu. Wycofano się z poprzednio obowiązującej ustawy, która opierała się na kryteriach śmierci pnia mózgu. Kryteria śmierci mózgowej oparte są na neurologicznym badaniu klinicznym i wiarygodnych testach potwierdzenia, których wykonanie jest obligatoryjne. Wiarygodne testy medyczne potwierdzające śmierć mózgu dzielimy na:

1. Badania elektrofizjologiczne
 - Elektroencefalografia
 - Słuchowe potencjały wywołane
 - Somatosensoryczne potencjały wywołane
2. Badania przepływu mózgowego
 - Angiografia mózgowa
 - Scyntygrafia mózgowa
 - Badania dopplerowskie przepływu mózgowego
 - Angiografia CT, perfuzja CT.

Należy stwierdzić, że wraz z postępem wiedzy medycznej będą powstawać coraz precyzyjniejsze wiarygodne testy medyczne definiujące śmierć człowieka. Grozą jednak napawa futurystyczna perspektywa przyszłości, w której komputer sterujący urządzeniami i przyrządami diagnostycznymi będzie wyrokował o śmierci człowieka. Śmierć nieodłącznie towarzyszy w życiu każdego człowieka. Tajemnica i nieuchronność śmierci była zawsze tematem wielu dzieł w filozofii, kulturze i sztuce.

W obrębie zagadnień związanych z etyką końca życia, trzy zagadnienia bioetyczne są współcześnie przedmiotem dyskusji środowisk lekarskich, a także jak i wielu środowisk intelektualistów. Eutanazja, granice intensywnej terapii, terapia paliatywno-hospicyjna to zagadnienia, których łączy wspólna nić, której zerwanie oznacza śmierć. Jakimi postawami etycznymi powinni kierować się lekarze, kiedy zrywa się nić między życiem a śmiercią? Trzymać nić za wszelką cenę, biernie przyglądać się jak się zrywa, czy pomagać w jej zerwaniu? Definicja eutanazji – motywowane współczuciem, przemysłane, gwałtowne i bezbolesne przerwanie życia osoby dotkniętej nieuleczalną, postępującą chorobą. Eutanazja dzielona jest na czynną i bierną. Eutanazja czynna może być dobrowolna na życzenie pacjenta lub niedobrowolna, czyli bez zgody pacjenta, gdy brak jest rokowania medycznego na wyleczenie. Eutanazja czynna to także exterminacja, czyli eliminacja ludzi nieproduktywnych i nieuleczalnych z przyczyn ekonomicznych. Eutanazja czynna jest przez polskie prawo zakazana. Niekiedy czynna eutanazja klasyfikowane jest przez prawo polskie, jako zabójstwo, innym razem kodeks karny przewiduje możliwość nadzwyczajnego złagodzenia kary lub odstąpienia od wymierzenia kary za czyn eutanatyczny. Eutanazja bierna to niepodejmowanie leczenia lub zaniechanie leczenia prowadzonego. Zaniechanie leczenia prowadzonego może polegać na:

- przerwaniu terapii uporczywej i nadzwyczajnych metod leczenia

- przerwaniu zwykłych metod leczenia
- zaniechaniu opieki pielęgnacyjnej, karmienia, pojenia

W ostatnich latach wprowadzono nowe pojęcia nazywane eutanazją nieskwalifikowaną. Są to asysta w samobójstwie i sedacja terminalna. Poglądy na eutanazję należą do podstawowej tezy zasady bioetycznej. Bioetyka katolicka wyznaje następujące tezy zasady świętości życia niewinnego:

- Nie wolno działać lub zaniechać działania z intencją odebrania życia
- Śmierć człowieka może być wyłącznie przewidywaną, ale niechcianą konsekwencją czynu dopuszczalnego
- Dopuszczalne jest w ściśle określonych warunkach wycofanie się z terapii podtrzymującej życie lub zaprzestanie stosowania nadzwyczajnych środków leczniczych
- Życie człowieka jest równe, nienaruszalne i godne podtrzymywania

Bioetyka utylitarystyczna głosi zasadę jakości życia. Jakość życia to zbiór wartości tworzących hierarchię moralną dla danego człowieka. Hierarchia tych wartości stanowi kompromis i relatywizm moralny, który buduje integrację moralną osobowości danego człowieka. Nie ma obiektywnych wartości moralnych. Dla jednego człowieka najważniejszą wartością moralną będzie wolność ciała, umysłu i woli, dla drugiego, wiara w Boga, wierność wyznawanym zasadom moralnym, świętość życia ludzkiego. Utylitarystyczne zasady jakości życia są następujące:

- Wartość życia ludzkiego jest funkcją określonych zmiennych i nie jest to wartość bezwzględna
- Wartościami tych zmiennych są cechy naturalne, które przypisujemy danej istocie ludzkiej
- Istnieją empiryczne metody badawcze określające, czy życie posiada te cechy
- Życie ludzkie nie ma wartości bezwzględnej

Utylityści tworzą ruchy społeczne proeutanatyczne w celu legalizacji prawnej eutanazji. Już w kilku krajach europejskich eutanazja jest działaniem legalnym. Należy zwrócić uwagę, że w Polsce panuje pewna niekonsekwencja prawna. Eutanazja jest zakazana w Polsce, chociaż pewne działania medyczne, które można zakwalifikować z punktu widzenia bioetyki do działań proeutanatycznych są legalne. Zachęcam do studiowania zapisów Kodeksu Etyki Lekarskiej, który także w tej materii, nie jest konsekwentny do końca. Ruch utylitarystyczny podjął dyskusję o ustaleniu granic intensywnej terapii i zasad etycznych prowadzenia opieki paliatywno-hospicyjnej. Spór o granice intensywnej terapii, stosowania lub nie reanimacji i resuscytacji sprowadza się do dyskusji o rezygnacji z uporczywej terapii. Uporczywa terapia i nadzwyczajne środki lecznicze wymienione były, jako działania eutanatyczne bierne – niepodejmo-

wanie leczenia lub zaniechanie leczenia prowadzonego. Ścisłe określenie uporczywej terapii nie jest łatwe. Zależy to, bowiem od stanu chorego, od przewidywanego przebiegu choroby. Czasami zastosowana terapia, która dotychczas była skuteczna, staje się szkodliwa, powiększa cierpienia pacjenta, zakłócając proces jego umierania. W literaturze przedmiotu za taką nadmierną i uporczywą terapię uważa się:

- Reanimacja, stosowanie respiratora, tlenoterapii, kardiowersji i kardiostymulacji w stanie terminalnym z powodu uogólnionej choroby nowotworowej lub innej choroby o jednoznacznym złym rokowaniu, kiedy istnieje pewność, że takie działanie nie może pomóc
- Chemioterapia, ryzykowne zabiegi operacyjne, dializoterapia, endoskopia, kiedy zabiegi pogarszają stan chorego, nasilają cierpienia chorego a stosowane są u chorego w stanie terminalnym, w wyniku choroby, która spowodowała nieodwracalne uszkodzenie narządu ważnego dla życia (niewydolność układu krążenia, niewydolność oddechowa, uszkodzenie mózgu, choroba nowotworowa)

Definiując zaprzestanie terapii uporczywej prowadzonej w oddziałach intensywnej terapii wymienia się następujące sytuacje kliniczne:

- Wstrzymanie zmiany leczenia – decyzja o nierozpoczynaniu lub niezwiększaniu intensywności leczenia podtrzymującego życie. Może to być niepodjęcie resuscytacji, niewłączanie leków podnoszących ciśnienie krwi lub niepodwyższanie ich dawki, itp. Decyzja taka oparta jest na przekonaniu o nieskuteczności lub bezcelowości zmiany leczenia
- Wycofanie stosowanego leczenia – decyzja o przerwaniu stosowanego leczenia podtrzymującego życie: przerwanie wentylacji mechanicznej, podawania tlenu, podawania wazopresorów oraz wycofanie się z innych procedur i leków intensywnej terapii (podaż płynów, żywienie, leczenie preparatami krwio-pochodnymi, dializoterapia). Decyzja taka oparta jest na przekonaniu o nieskuteczności lub bezcelowości stosowanego leczenia
- Skrócenie procesu umierania – decyzja o podjęciu zamierzonego działania w celu skrócenia procesu umierania. Przykładem jest zastosowanie analgesji terminalnej, czyli podawanie leku analgetycznego lub/i anestetycznego w dawkach nieterapeutycznych u pacjenta OIT-u, którego stan uznany jest za krańcowo ciężki i nieodwracalny

Kodeks Etyki Lekarskiej w artykule 30 stwierdza: „Lekarzowi nie wolno stosować eutanazji”, natomiast w artykule 32 czytamy: „W stanach terminalnych lekarz nie ma obowiązku prowadzenia i podejmowania reanimacji lub uporczywej terapii i stosowania środków nadzwyczajnych”. Czy mamy do czynienia ze sporem o definicję eutanazji? Wymienione sytuacje kliniczne na oddziałach intensywnej terapii są rozwiązywane

codziennie przez wielu anestezjologów, którzy w swoim sumieniu muszą rozstrzygnąć swoje wątpliwości etyczne. Czasami są to decyzje ordynatorów, zespołów lekarskich, czasami podejmowanie decyzji dokonywane jest wspólnie z rodziną chorego. Czy brak nam standardów bioetycznych postępowania z umierającym człowiekiem? Są także poglądy głoszące, że istnieje zasadnicza różnica pomiędzy eutanazją a zaniechaniem uporczywej terapii. Celem zaniechania uporczywej terapii nie jest pozbawienie człowieka życia, a przeciwnie – zapewnienie choremu godnych warunków umierania, kiedy śmierć w bliskim czasie jest nieuchronna i nie można jej zapobiec. Jest okazaniem szacunku dla śmierci naturalnej i niezakłóceniem jej działaniami nieuzasadnionymi. Tymczasem eutanazja jest negowaniem szacunku dla śmierci naturalnej i zastąpieniem jej śmiercią sztucznie wywołaną. Etyka chrześcijańska radykalnie odrzuca wszelkie formy eutanazji, jako zabójstwa na żądanie chorego lub z litości, czy też, jako pomocy w samobójstwie, to jednak nie sprzeciwia się rezygnacji z uporczywej terapii, jako pewnych zabiegów medycznych, które przestały być adekwatne do realnej sytuacji chorego, ponieważ nie są już współmierne do rezultatów, jak też można by oczekiwać, lub też są zbyt uciążliwe dla samego chorego i dla jego rodziny. Wielki Polak, Papież Jan Paweł II, na łożu śmierci, zażądał zaniechania uporczywej terapii, i wolę tę uszanowano. Etyka utylitarystyczna stoi na odmiennym stanowisku, które doskonale opisują Zasady dobrej śmierci opublikowane w 1999 roku po debacie, która przetoczyła się w środowiskach intelektualistów wielu krajów.

Zasady dobrej śmierci

- Wiem, kiedy nadejdzie śmierć i rozumiem, czego mogę się spodziewać
- Wolno mi decydować o tym, co się wydarzy
- Mam poczucie poszanowania własnej godności i prywatności
- Wolno mi decydować o sposobie łagodzenia bólu i innych objawów choroby
- Wolno mi zdecydować, gdzie nastąpi kres mego życia – w domu czy gdzie indziej
- Mam swobodny dostęp do wszelkiej istotnej dla mnie informacji medycznej oraz fachowej rady
- Mam swobodny dostęp do wszelkiego wsparcia emocjonalnego i duchowego
- Mam swobodny dostęp do opieki hospicyjnej gdziekolwiek bym się znajdował, nie tylko w szpitalu
- Ode mnie zależy, kto jest przy mnie obecny i przeżył ostatnie chwile mego życia
- Wolno mi formułować instrukcje dotyczące mojej śmierci w przekonaniu, że zostaną uszanowane
- Ode mnie zależy, kiedy pożegnam się z najbliższymi, i dalszy przebieg umierania
- Wolno mi odejść wtedy, gdy jest na to pora. Nikt nie będzie bezcelowo przedłużał mojego życia

Dylemat etyczny powstaje wtedy, gdy pacjent jest nieprzytomny i nie znamy zasad moralnych i życzeń wcześniej wyrażonych. Jest stan terminalny pacjenta i to my musimy wyznaczyć granicę zaniechania uporczywej terapii, biorąc pod uwagę własne zasady moralne. Rozeznanie intencji rodziny pacjenta nie zawsze powinno być brane pod uwagę.

Ostatnim tematem, którym winniśmy się zająć, jest opieka paliatywno-hospicyjna. Kilka definicji pojęciowych na początek. Zagadnienia opieki paliatywno-hospicyjnej można rozpatrywać w różnych aspektach:

- Aspekt filozoficzny postępowania medycznego
- Aspekt etyki medycznej
- Aspekt działalności praktycznej, opiekuńczo-leczniczej
- Aspekt podstawowych prawd egzystencjalnych

WHO definiuje medycynę paliatywną, jako działania praktyczne dążące do poprawy jakości życia chorych stojących wobec problemów związanych z zagrażającą życiu chorobą i ich rodzin. Zapewnia uwolnienie od bólu i innych uciążliwych objawów związanych z nieuleczalną chorobą. Afirmuje życie, a śmierć szanuje, jako proces naturalny. Nie dąży do przyspieszenia ani do odwleczenia śmierci. Należy zwrócić uwagę, że medycyna paliatywną jest medycyną życia, a nie śmierci. U podstaw filozofii medycyny paliatywnej leży afirmacja życia, utylitarystyczna zasada jakości życia. „*Jakość życia – jakość śmierci*” – to hasło utylitarystów pokazuje, że istnieje taka wartość moralna jak godne umieranie. Śmierć postrzegana jest, jako naturalna, przewidywalna konsekwencja życia i choroby, nie powinna być przyspieszana ani odwlekana tylko dla tego, że medycyna dysponuje takimi możliwościami. Stwierdzenie to przeciwstawia się z jednej strony eutanazji, jako metodzie rozwiązywania problemu cierpienia, z drugiej zaś strony, uporczywej terapii. Komitet Etyczny Europejskiego Towarzystwa Opieki Paliatywnej eutanazją nazywa zabicie na żądanie. Pomoc lekarska w samobójstwie jest także działaniem w intencji pozbawienia życia. Podkreśla się jednak, że zaniechanie, odstąpienie uporczywej terapii i sedacja terminalna nie są czynami eutanatycznymi. Eutanazja jest z definicji zawsze działaniem aktywnym, dlatego przedstawiony już klasyczny podział

na eutanazję czynną i bierną zawiera pewną sprzeczność. Tak twierdzą „paliatywiści” i oburzają się na głoszone poglądy, że opieka paliatywno-hospicyjna utożsamiana jest z eutanazją bierną. Definicja opieki paliatywnej zawiera stwierdzenie, że opieka paliatywną skierowana jest na pomoc choremu i jego rodzinie, skupia się na leczeniu bólu i innych dokuczliwych objawów jednocześnie, włączając opiekę psychologiczną i duchową, stosownie do potrzeb chorego, jego hierarchii wartości moralnych, wierzeń i kultury. Afirmacja życia i dążenie do możliwie najlepszej jego jakości wymaga przeciwstawienia się stosowaniu metod diagnostycznych i leczniczych, które nie przynoszą żadnych korzyści choremu, w tym metod sztucznie przedłużających umieranie. Określić to można, jako poszanowanie autonomii pacjenta, jego prawa do godnej naturalnej śmierci. We współczesnych dyskusjach deontologicznych używa się takich określeń dotyczących intensywnej terapii: „*uporczywa terapia*”, „*użycie środków nieproporcjonalnych*”, „*zajadłość terapeutyczna*”, „*imperatyw technologiczny*”. Natomiast w filozofii medycyny paliatywnej sposób leczenia powinien być podporządkowany oczekiwaniom pacjenta, jego najbliższych oraz ukierunkowany na osiąganie doraźnych celów. W dalszej kolejności wybór leczenia warunkowany jest nakazem nieszkodzenia i sprawiedliwości. W medycynie nie istnieje kwestia: leczyć czy nie leczyć?, ale kwestia: co w konkretnej sytuacji będzie najlepszym leczeniem dla umierającego pacjenta?

Wróć do początku naszych rozważań o tajemnej nici rozciągniętej pomiędzy życiem a śmiercią, która się zrywa a my albo próbujemy ją ponownie związać – za wszelką cenę, albo łagodzimy związany z tym ból, albo ułatwiamy jej zerwanie. Jaka zasada bioetyczna we współczesnym świecie winna być priorytetem etycznego postępowania? Myślę, że odpowiedzią na te dylematy etyczne jest nasze własne sumienie lekarskie i pytania:

- Jak ma wyglądać moja śmierć?
- Co dla mnie oznacza godne umieranie?
- Jak chcę godnie odejść w spokoju?
- Czy tego samego pragnę dla moich pacjentów?

Marek NEUBERG

(przedruk z Biuletynu Okręgowej Izby Lekarskiej w Koszalinie nr 1/13)

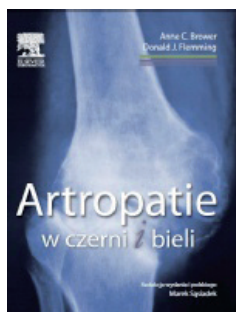
BIULETYN INFORMACYJNY OPOLSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

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

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



Artropatie w czerni i bieli

A. C. Brower, D. J. Fleming; wyd. I polskie, red. M.J. Sasiadek; rok wydania: 2013 ISBN: 978-83-7609-809-8, format: 220 x 280, opr. twarda, 400 stron, cena: 137.70 zł (306 ELS pkt)

Głównym celem autorów tego podręcznika było przygotowanie praktycznego źródła informacji, umożliwiającego stosunkowo łatwe rozpoznanie poszczególnych chorób stawów na podstawie badania RTG. Książka, która powstała znakomicie spełnia to zadanie koncentrując się na interpretacji konwencjonalnych zdjęć RTG, które ciągle pozostają metodą obrazowania z wyboru.

Książka została tak zaprojektowana, aby informacje w niej zawarte można było łatwo i szybko użyć przy ocenie zdjęcia RTG pacjenta z podejrzeniem artropatii. W pierwszej części publikacji autorzy opisują sposób analizy zmian widocznych w RTG poszczególnych stawów, natomiast w części drugiej omawiane są typowe objawy radiograficzne częstych artropatii.

Podręcznik stanowi znakomite źródło wiedzy dla lekarzy radiologów, reumatologów i internistów, a także dla rezydentów.



Postępowanie w stanach nagłych w praktyce lekarza rodzinnego

P. Buttaravoli, S. M. Lefler; wyd. I polskie, red. W. Lukas rok wydania: 2013 ISBN: 978-83-7609-791-6, format: 210 x 275, opr. twarda, 558 stron, cena: 174.60 zł (388 ELS pkt)

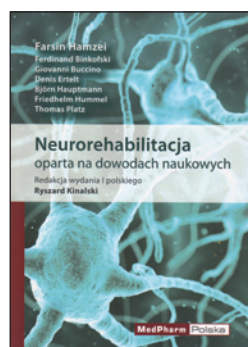
Podręcznik przeznaczony jest dla lekarzy Podstawowej Opieki Zdrowotnej. Zawiera szczegółowe informacje na temat nagłych, ale nie zagrażających życiu problemów zdrowotnych, zazwyczaj pomijanych w klasycznych podręcznikach medycyny rodzinnej. Układ podręcznika jest bardzo przejrzysty, uporządkowany. Zwraca uwagę zarówno zwięzłość opisów, jak i uporządkowanie postępowania lekarskiego sformułowane w postaci odpowiedzi na dwa pytania: co robić, czego nie robić?. Każdy rozdział kończy się komentarzem zawierającym sugestie dotyczące następstw wystąpienia danego problemu zdrowotnego i różnych aspektów związanych z oddziaływaniem szeregu czynników wpływających na ostateczny wynik leczenia. Celem wiodącym podręcznika jest przygotowanie lekarza do podjęcia stosownej, właściwej decyzji w trybie pilnym.

• Przejrzysty i uporządkowany układ książki.

• Ujęcie tematu w postaci wytycznych: co należy robić, czego nie wolno robić w danym problemie zdrowotnym.

• Alfabetyczny spis problemów zdrowotnych, ułatwiający szybkie znalezienie danego zagadnienia.

Wydawnictwo MedPharm Polska
Sp. z o.o., 53-333 Wrocław,
ul. Powstańców Śląskich 28-30
Zamówienia: tel.: 71/33-50-360,
fax: 71/33-50-361
e-mail: info@medpharm.pl
www.medpharm.pl



Neurorehabilitacja oparta na dowodach naukowych

Farsin Hamzei, Ryszard Kinalski; rok wydania: 2010 r.; ISBN: 978-83-60466-99-5, format: 140x210 mm, oprawa: miękka, 168 stron, sugerowana cena detaliczna: 52.00 zł, nasza cena: 45.00 zł

W niniejszej książce przedstawiono zarówno już uznane, jak i innowacyjne formy fizjoterapii stosowane w codziennej praktyce rehabilitacyjnej. Jej celem jest uaktualnienie i poszerzenie wiedzy z zakresu fizjoterapii o wyniki badań neurofizjologicznych. Skierowana jest więc do fizjoterapeutów, którzy pragną zapoznać się z tą bardzo złożoną problematyką, a zdobyte informacje wykorzystają jako podstawę podejmowanego postępowania leczniczego. Jednocześnie ma ona uświadomić, jak ważne jest rozpatrywanie fizjoterapii w sposób bardziej naukowy niż miało to miejsce dotychczas.



Neurofizjologia kliniczna dla neurorehabilitacji

Ryszard Kinalski; rok wydania: 2008 r. ISBN: 978-83-60466-66-7, format: 164x234 mm, oprawa: miękka, 430 stron, sugerowana cena detaliczna: 79.00 zł, nasza cena: 69.00 zł

Monografia stanowi obszernie kompendium wiedzy, zarówno teoretycznej, jak i praktycznej, dla studentów wydziałów fizjoterapii szkół wyższych medycznych i wychowania fizycznego oraz absolwentów tych wydziałów, specjalizujących się w rehabilitacji medycznej z ukierunkowaniem na neurorehabilitację. Autor – wieloletni specjalista w tej dziedzinie – omawia kolejno wybrane zagadnienia dotyczące struktury i funkcji obwodowego i ośrodkowego układu nerwowego, aparaturę i testy diagnostyczne, umożliwiające kwantyfikację zaburzeń funkcji tych układów, oraz zagadnienia interesujące klinicystów, zajmujących się neurorehabilitacją – w tym fizjoterapią – osób z uszkodzeniem mózgu i rdzenia kręgowego.

Całość charakteryzuje się dopasowaniem dla studentów poziomem naukowym i sposobem przedstawiania materiału. Podręcznik stanowi nowość na rynku księgarskim, na którym brakuje podobnych pozycji. Powinien on być nie tylko podstawą nauczania studentów fizjoterapii, lecz także trafić do czytelników zainteresowanych neurofizjologią kliniczną i neurorehabilitacją.



VII Konferencja Postępy w gastroenterologii

Wykładów uwzględniających najnowsze trendy w gastroenterologii będą mieli okazję wysłuchać uczestnicy konferencji *Postępy w Gastroenterologii*, która odbędzie się 13–14 grudnia 2013 r. w Poznaniu. *Operować czy nie – jakie są graniczne wskazania do leczenia operacyjnego w chorobach układu pokarmowego? Interdyscyplinarna opieka nad pacjentami z nieswoistymi zapalnymi chorobami jelit – czy jesteśmy blisko wypracowania modelu opieki? Co nowego w endoskopii przewodu pokarmowego?* – na te i inne pytania odpowiadać będą najlepsi specjaliści, wykładowcy konferencji. Wydarzenie odbędzie się pod naukowym przewodnictwem konsultanta krajowego w dziedzinie gastroenterologii prof. Grażyny Rydzewskiej. W trakcie konferencji zaplanowano także Spotkanie Zespołu Konsultanta Krajowego. **Uczestnicy otrzymają punkty edukacyjne.**

Termin: 13–14 grudnia 2013 r.

Kierownik naukowy: prof. dr hab. Grażyna Rydzewska

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

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

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



Kontrowersje w Dermatologii – Konferencja Przeglądu Dermatologicznego

Dermatologia to dziedzina, która obecnie szybko się rozwija. Obserwowany postęp diagnostyczny i terapeutyczny wzbudza jednak pewne kontrowersje. W wielu sytuacjach nie ma jednoznacznie ustalonego sposobu postępowania. Wystarczy wspomnieć tylko codzienne dylematy dotyczące podawania kortykosteroidów w toksycznej nekrolizie naskórka, odpowiedniego schematu suplementacji kwa-

sem foliowym, leczenia metotreksatem, właściwej opcji terapeutycznej pemfigoidu u chorych w podeszłym wieku. Przykłady takie, włączając nawet problemy pielęgnacyjne w atopowym zapaleniu skóry, można by mnożyć. Właśnie tym ważkim zagadnieniom poświęcamy proponowaną konferencję naukowo-szkoleniową „Kontrowersje w Dermatologii”. Jest to pierwsza tego typu konferencja, która ma stanowić forum dyskusji prowadzącej do ustalenia nowych konsensusów, a przynajmniej wyjaśnienia pewnych kwestii, przedstawienia argumentów za i przeciw danemu spojrzeniu.

Termin: 12–14 grudnia 2013 r.

Miejsce: Hotel Mercure Zakopane Kasprowy, ul. Szymaszkowa, 34-500 Zakopane

Przewodniczący Komitetu Naukowego: prof. dr hab. Jacek Szepietowski

Zastępca Przewodniczącego Komitetu Naukowego: dr hab. Hanna Wolska, prof. nadzw. WUM

Sekretarz: dr hab. Adam Reich, prof. nadzw. UM we Wrocławiu

Organizatorzy: Katedra i Klinika Dermatologii, Wenerologii i Alergologii Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, Redakcja czasopisma *Przegląd Dermatologiczny*, wydawnictwo *Termedia*

Patronat Honorowy: Polskie Towarzystwo Dermatologiczne

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



Top Medical Trends 2014

Już po raz ósmy zapraszamy do udziału w Kongresie *Top Medical Trends*, który od roku 2007 gromadzi corocznie specjalistów różnych dziedzin pragnących poszerzyć swoją wiedzę na temat nowości w medycynie.

Kolejny raz liderzy opinii podzielą się z uczestnikami swoją wiedzą i doświadczeniem w zakresie najnowszych metod diagnostyki i terapii różnych schorzeń. Tematyka Kongresu TMT jest jak co roku bardzo szeroka, bowiem jako organizatorom zależy nam,

aby było to spotkanie jak najbardziej interdyscyplinarne. Oprócz sesji plenarnych i satelitarnych znajdą Państwo również bogatą ofertę szkoleń o charakterze warsztatowym.

Grono zaproszonych wykładowców stanowią wybitne autorytety, w większości konsultanci krajowi oraz prezisi towarzystw naukowych z różnych dziedzin medycyny. Ważnym elementem Kongresu jest możliwość spotkania z ekspertami po każdej sesji plenarnej w sali przeznaczonej wyłącznie na dyskusję, omawianie problemów klinicznych oraz na wymianę poglądów i doświadczeń pomiędzy uczestnikami Kongresu i wykładowcami. **Uczestnicy otrzymają punkty edukacyjne.**

Oczywiście oprócz oferty naukowo-szkoleniowej zapewnimy Państwu również możliwość zabawy i relaksu podczas imprez towarzyszących.

Termin: 21–23 marca 2014 r.

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

Organizatorzy: Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, wydawnictwo *Termedia*, wydawca czasopisma *Top Medical Trends – Przewodnik Lekarza*, Polskie Towarzystwo Medycyny Rodzinnej – patronat naukowy

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

Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrotowej w Kędzierzynie-Koźlu zatrudni:

lekarza neonatologa na oddział neonatologii i patologii noworodka;

neonatologa lub pediatrę do poradni patologii noworodka;

lekarzy chorób wewnętrznych do pracy w oddziale chorób wewnętrznych.

Forma zatrudnienia do ustalenia. Więcej informacji pod nr 77/40-62-555.

SPRZEDAM lokal po gabinecie stomatologicznym o powierzchni 24m² położony w **Ośrodku Zdrowia w Reńskiej Wsi nr 76, gmina Pakosławice**. Do lokalu przynależą udziały w części wspólnej Ośrodka oraz osobne pomieszczenia na odpady medyczne. Cena do uzgodnienia. Numer tel. 77/40-00-134 lub 513-123-396.

NAROL – DENTAL Sp z o.o. – polski producent instrumentów stomatologicznych,

zaprasza PT. Lekarzy do odwiedzania naszej klinicznej strony informacyjnej: www.narol-dental.pl – Lucyna Zuchowska lek. dent.