



OPOLSKA
IZBA
LEKARSKA

Rok Założenia 1990

Czerwiec–Lipiec 2014

ISSN 1426-661X

BIULETYN INFORMACYJNY

Nr 213–214

OPOLSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

www.izbalekarska.opole.pl



Fot. Krzysztof Adamski

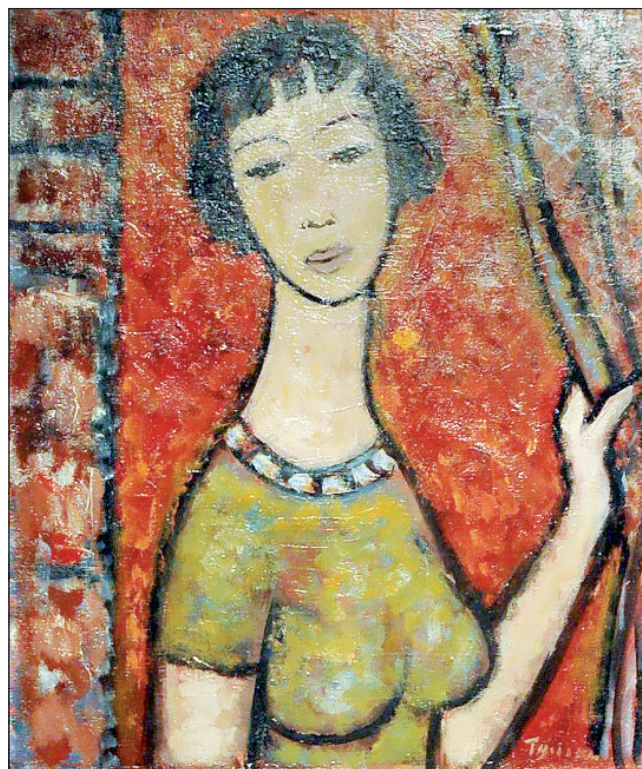
PANIENKA Z OKIENKA

To chyba Jeanne Hébuterne tuż przed ostatnim wyjściem. Styczeń był wtedy mroźny, lecz zostawiła palto, z piątego piętra schodzi się przecież szybko (jeśli się wybrać przez okno).

Ciotki nie były powabne, żadne z nich nimfy czy gracje. Włosy zwijały w koki i chowały pod czepkami, nosiły grube spódnice i koszule zapięte na ostatni guzik. Miały kilka podbródków, okrągłe oczy i pucolowate policzki. Odsłaniały przerwy w uśmiechu albo złote zęby, nie lubiły pończoch ani biżuterii. O cienkich kibiciach raczej nie marzyły ani o perfumach, ani o mydłach z lawendą i lipą. Mężów trzymały krótko, psy puszczały luzem. Wstawały o świcie, aby karmić gady – tak nazywały zwierzęta domowe. Czyściły żłoby, zbierały makuchy i kolebiąc się na kłocowatych nogach, wyrabiały masło. Poszukiwały jajek w stodole i sporyszu w zbożu, kupowały gołębie u Jankiela Mendelsztama i łowiły ryby w strumyku. Świat brały serio, spały twardo, nawet w księżycowe noce. Dzieci rodziły często, doktorów nie odwiedzały.

Tylko ciocia Weronika, drobna i wiotka, przypominała wróżkę albo lalkę z chińskiej porcelany. Układała wiersze i ikebany, pamiętała imiona ptaków, wiedziała, jak pachnie rosa. Cytowała Tuwima, grała fokstroty na fortepianie i malowała włosy na rudy kasztan. Któregoś lata zniknęła, uciekła ze Staszkiem, który chciał być inżynierem. Do ślubu szła w sukience do kolan, w kapelusiku z woalką, miała też bukiet z lwich paszczy. – To zły znak – wieszczły siostry ponuro. Wiedziały, co mówią. Kochał ją miłością bezwzględna, lecz nie stała, toteż kiedy przyjechały, leżała na katafalku. Poznała smak sodы kaustycznej. Podwiązały jej szczęki, powieki obciążyły monetami i zapłaciły artyście, aby zdjął maskę pośmiertną.

To nie Weronika „W oknie” Tymona Niesiołowskiego (1882–1965), ale osoba bardzo do niej podobna – szczupła, lecz nie koścista, o długiej szyi i wąskich ramionach. Ubrana w zielonkawą bluzkę wykończoną dziurkowaną lamówką, patrzy w dal. Tasiemka jest jak obroża i jak naszyjnik z koralików kupiony na bazarze. Podkreśla jasną cerę i smukłość dziewczyny, która znajduje się w czerwonym pokoju. Z lampy sufitowej – takiej starej, trójrarmiennej – płyną snopy światła i ocieplają wnętrze, natomiast promienie słońca rozgrzewają ceglasty mur. To uboga kamienica, bez tynku. Panna odsłoniła kotarę, zmrużyła oczy i zwilżyła usta. Jest niemal doskonała, mogłaby startować w konkursach piękności, chodzić po wybiegu, pokazywać nogi, chwalić się biodrami, wodzić na pokuszenie kawalerów i mężów. Lecz nie w głowie jej korona i tytuł najpiękniejszej. Właśnie wybiera się w podróż.



Tak malował kiedyś Amadeo Modigliani (1884–1920). Jego postacie są zamyślane, dalekie, nieobecne. I w zadumie urzekające. Ich twarze nie wyrażają smutku, ale jakąś tęsknotę, głód uczuć.

A może Niesiołowski sportretował Jeanne Hébuterne, ukochaną artysty z Livorno? Czy to nie ona, tuż przed ostatnim wyjściem? Styczeń był wtedy mroźny, lecz zostawiła palto, z piątego piętra schodzi się przecież szybko (jeśli się wybrać przez okno). Była w ciąży, w ósmym miesiącu. I tak jak w paryskim wierszu Marii Pawlikowskiej-Jasnorzewskiej: „[dziecko] *Nie zobaczy już świata – Nie szkodzi... – Nie wyrośnie na ludzi... – To lepiej...*”. Bo Modi właśnie zmarł na gruźlicę. Jeanne mogła zjeść trutkę na szczury albo sodę kaustyczną. Do okna było bliżej.

Tymon Niesiołowski urodził się we Lwowie pod koniec dziewiętnastego wieku. Tam, w Szkole Przemysłowej uczył się malarstwa dekoracyjnego. Potem studiował na Akademii Sztuk Pięknych w Krakowie, jego mistrzami byli: Józef Mehoffer, Teodor Axentowicz i Stanisław Wyspiański. Kiedy mieszkał w Zakopanem, przyjaźnił się z Janem Kasprowiczem i Stefanem Żeromskim, dyskutował ze Stanisławem Ignacym Witkiewiczem i Kazimierzem Przerwą-Tetmajerem, słuchał muzyki Karola Szymanowskiego, a w Poroninie odwiedzał Władysława Ślewińskiego. Przed wojną zjeździł pół Europy, podziwiał wiedeńską secesję, oglądał obrazy Paula Gauguina i zachwycił się postaciami Modiglianiego.

„W oknie” namalował chyba pannę stamtąd.

Powoli docieramy do połowy roku! Matury za nami, kasztany przekwitły, magnolie i azalie również. Za chwilę w powietrzu czuć będzie miodowy zapach kwitnących lip. Już za kilkadziesiąt dni zacząć się wakacje – okres beztroskiej laby i ucieczki od codziennych spraw.

Przedstawiam Państwu kolejny numer Biuletynu. Pewnie zdziwicie się, dlaczego jest podwójny, ale ponieważ rozpoczęliśmy starania o gruntowny remont naszej siedziby przy ul. Grunwaldzkiej – to trzeba zacząć oszczędzać. Robimy to nie tylko my. Jak pewnie zauważyliście „Gazeta Lekarska” również zmniejszyła liczbę swoich numerów ukazujących się w ciągu roku. W tym będzie ich tylko 9. Ten, który otrzymacie wraz z bieżącym Biu-

letynem i następny będą numerami podwójnymi. Pomyśleliśmy więc, że można się dostosować do tych terminów i spróbować co nieco oszczędzić.

Staralem się, aby wobec tego numer ten był nieco bardziej obszerny – stąd większa liczba stron. Ale z drugiej strony okres letniej kanikuly niespecjalnie sprzyja nadmiernemu wysiłkowi, więc w tym Biuletynie będzie więcej zdjęć niż zwykle.

Mam nadzieję, że zawartość Biuletynu Was zacieka- wi, a same materiały przyniosą Wam sporą dawkę po- żytecznych informacji. Zachęcając więc do lektury, że- gnam się do następnego numeru.

Jerzy B. LACH

SZPALTA PREZESA

Koleżanki i Koledzy,

W poprzednim numerze Biuletynu pisałem o przed- stawicielach środowiska lekarskiego Opolszczyzny w na- czelnych władzach naszego Samorządu. Teraz mogę do- dać, że znacznie poszerzyliśmy swój udział w komisjach problemowych Naczelnej Rady Lekarskiej. Oprócz Ta- deusza Chowańca, który po raz kolejny został wybrany do Komisji Emerytów i Rencistów, na szczelbu central- nym funkcjonować będą Marta Rodziewicz-Kabarow- ska w Komisji Etyki, Jerzy Lach w Komisji Kultury oraz Tomasz Mazur w Komisji ds. Młodych Lekarzy. Gratulu- ję i życzę satysfakcji z tej działalności.

W numerze wracamy do sprawy elektronicznej reje- stracji praktyk lekarskich i elektronicznego zgłaszania wszelkich zmian w ich funkcjonowaniu. Otóż każdy le- karz, który miał obowiązek zawarcia umowy ubezpie- czenia odpowiedzialności cywilnej swojej działalności w formie praktyki lekarskiej, ma też obowiązek dokona-

nia odpowiedniego wpisu w księdze rejestrowej prakty- ki, aktualizującego polisę ubezpieczenia oc. Dlatego też ponownie drukujemy materiał instrukcyjny, dotyczący zakładania profilu zaufanego e-PUAP, koniecznego do dokonywania tych elektronicznych uzupełnień w księ- dze rejestrowej.

Już wkrótce obchodzić będziemy 25 rocznicę powsta- nia odrodzonego Samorządu Lekarskiego. W grudniu w Warszawie odbędą się centralne uroczystości. Pod ko- niec roku także większość izb okręgowych planuje zorga- nizowanie jubileuszowych obchodów. My chcemy przygo- tować nasz Opolski jubileusz na styczeń 2015 r., bowiem pierwszy Okręgowy Zjazd Lekarzy naszej Izby odbył się w styczniu 1990 r. Postaramy się wydać okoliczności- wą publikację, podsumowującą to ostatnie ćwierćwiecze. Proszę wszystkich, którzy mają jakieś ciekawe materiały albo zdecydują się przelać na papier swoje wspomnienia z tego okresu, o kontakt z biurem Izby.

Jerzy JAKUBISZYN

CO SŁYCHAĆ W IZBIE

POSIEDZENIE OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ

W dniu 23 kwietnia br. odbyło się kolejne spotkanie Rady Okręgowej. Program zebrania:

1. Przyznanie praw wykonywania zawodu.
2. Rejestracja podmiotów prowadzących szkolenie po- dyplomowe lekarzy.
3. Zmiany w rejestrze indywidualnych praktyk le- karskich.

4. Przyznanie świadczeń z Funduszu Samopomo- cy i dofinansowanie udziału w imprezach sporto- wych.
5. Wyznaczenie przedstawicieli OIL do komisji kon- kursowych.
6. Podjęcie uchwał w sprawie zmiany wysokości skład- ki członkowskiej.

7. Podjęcie uchwały w sprawie rekomendowania przedstawicieli Opolskiej Izby Lekarskiej do komisji i zespołów Naczelnej Rady Lekarskiej.
8. Sprawozdanie z kwietniowego posiedzenia NRL i posiedzenia Konwentu Prezesów orl.
9. Sprawozdanie członków Rady z działalności pomiędzy posiedzeniami.
10. Sprawy różne i wolne wnioski.

Ad 1.

O wpis na listę członków naszej Izby zwrócili się:

- lek. Marian Gowarzewski (przeniesienie z OIL w Częstochowie);
- lek. Kalina Sachańska (przeniesienie z DIL-u);
- lek. Urszula Zamelska (przeniesienie z Beskidzkiej Izby Lekarskiej);
- lek. Barbara Kotowska-Grzesiak (przeniesienie z OIL w Krakowie);
- lek. Damian Ziętek (przeniesienie z DIL-u);
- lek. Artur Krzymowski (przeniesienie z DIL-u);
- lek. Katarzyna Tondera (przeniesienie z DIL-u);
- lek. Jarosław Kostyła (przeniesienie z Wojskowej Izby Lekarskiej w Warszawie).

Ponadto dr n. med. Mariusz Szczerbowski zwrócił się o wydanie duplikatu Prawa Wykonywania Zawodu. Wszystkie uchwały przyjęto jednogłośnie.

Ad 2.

W ramach szkolenia podyplomowego lekarzy firma MIP-Pharma poinformowała o zorganizowaniu szkoleń dla lekarzy dentystów:

- 25.04.14 – „Zaburzenia tkanek przyzębia”,
- 6.06.14 – „Problemy śluzówkowo-dziąsłowe”.

Firma LOME Laboratorium MEDYCZNE Sp. z o.o. zwróciła się o akredytowanie szkolenia dla lekarzy „Badanie laboratoryjne zmieniające praktykę lekarską”. Rada przyznała 3,5 pkt. edukacyjnych na to szkolenie.

Ad 3.

Decyzją Rady wyrejestrowano praktyki dwóch osób.

Ad 4.

Troje lekarzy zwróciło się do Funduszu Samopomocy o zapomogi. W dwóch przypadkach przyznano je jednogłośnie, w jednym sprawę odroczone do późniejszego rozpatrzenia (od przyznania poprzedniej zapomogi nie minęło jeszcze 8 miesięcy, a taki jest wymóg regulaminu FS). Ponadto przyznano 3 pożyczki szkoleniowe w związku ze specjalizowaniem się.

Jednocześnie Rada jednogłośnie poparła wniosek Drużyny Siatkówki Opolskiej Izby, która wzięła udział w XIV Mistrzostwach Polski Lekarzy w Siatkówce, o refinansowanie kwoty „wpisowego”.

Ad 5.

Dyrektor WCM w Opolu zwrócił się do Izby z prośbą o wytypowanie jej przedstawicieli do komisji konkursowej na Ordynatora Oddziału Urologii WCM. Rada jednogłośnie zaproponowała lek. Rafała Olejnika jako przewodniczącego oraz dr n. med. Jerzego Jakubiszyna i lek. Jacka Kaczmarka jako członków komisji.

Ad 6.

Do Rady wpłynęły prośby dwojga lekarzy o całkowite zwolnienie z opłacania składki, z powodu zaprzestania zarobkowego wykonywania zawodu. Uchwały w tej sprawie przyjęto jednogłośnie.

Ad 7.

W związku z tworzeniem komisji Naczelnej Rady Lekarskiej nowej kadencji Rada zarekomendowała propozycje następujących kolegów do ich składu:

- Komisja Etyki Lekarskiej – Marta Rodziewicz-Kabarowska;
- Komisja Kształcenia Medycznego – Małgorzata Łuszczyńska-Ostrowska;
- Komisja Kultury – Jerzy Lach;
- Komisja ds. Lekarzy Emerytów i Rencistów – Tadeusz Chowaniec;
- Komisja Stomatologiczna – Jolanta Smerkowska-Mokrzycka;
- Komisja Młodych Lekarzy – Tomasz Mazur;
- Komisja Organizacyjna – Stanisław Kowarzyk;
- Zespół ds. Praktyk Lekarskich – Adam Martyniszyn;
- Komisja ds. Współpracy z Zagranicą – Aleksander Wojtyłko.

Ad 8.

Kol. Jakubiszyn poinformował członków Rady, że na ostatnim posiedzeniu Konwentu Prezesów wybrano jego zastępcę (został nim Grzegorz Mazur z Łodzi) oraz sekretarza (została nim Magdalena Wiśniewska ze Szczecina). W związku z z impasem, związanym z koniecznością wystawiania przez izby lekarskie PIT-ów za bezpłatne szkolenia, Konwent skierował zapytanie do radców prawnych NIL o zaopiniowanie pomysłu organizowania tzw. „szkoleń otwartych” przez samorząd lekarski. Lekarze i lekarze dentyści uczestniczący w takich szkoleniach nie otrzymywali by certyfikatów, a tylko wpis do indeksu.

Prezes przedstawił nowo wybrany na kwietniowym posiedzeniu NRL skład Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej:

- Wiceprezesi – R. Krajewski, Z. Kaźmierczak-Zagórska i A. Ruchała-Tyszler;
- Sekretarz – K. Radziwiłł;
- Skarbnik – W. Marquardt;
- członkowie Prezydium – M. Janikowski, M. Jodłowski, S. Sobczyński, J. Szczurko.

Ponieważ dwukrotne głosowanie nie przyniosło rozstrzygnięcia, nie dokonano wyboru Zastępcy Sekretarza. Uzupełniające wybory przeprowadzone zostaną na następnej Radzie. Naczelna Rada Lekarska przyjęła również stanowisko w sprawie tzw. „pakietu kolejkowego” Ministra Zdrowia.

Kol. Jakubiszyn mówił także, że w międzyczasie pojawiły się już projekty nowelizacji niektórych ustaw i rozporządzeń. W dyskusji najwięcej kontrowersji wzbudziła propozycja przyznania pielęgniarcom uprawnień do wystawiania recept i zleceń na badania diagnostyczne. Członkowie ORL stanowczo sprzeciwili się takiemu rozwiązaniu.

Kol. Kowarzyk zgłosił uwagę do projektu nowelizacji rozporządzenia w sprawie AOS. Dopuszczając do udzielania świadczeń lekarzy z I stopniem specjalizacji albo z pokrewną specjalizacją, ale mających co najmniej 5-letni staż pracy na oddziale szpitalnym zgodnym z profilem poradni, rozporządzenie w dalszym ciągu pomija lekarzy, którzy przez wiele lat w takiej poradni pracowali. Stąd jego propozycja, aby równoważną z 5-letnią pracą na oddziale była 10-letnia praca w poradni i zgoda konsultanta wojewódzkiego.

Ad 9.

W tej części obrad Prezes przekazał relację ze spotkania z Wojewodą Opolskim, dotyczącym wyboru nowych konsultantów wojewódzkich (większości konsultantów w czerwcu br. kończy się kadencja). Dwoje konsultantów nie wyraziło woli dalszego sprawowania tej funkcji. Prezes zaproponował, aby w kilku przypadkach konsultantów spoza naszego województwa zastąpić naszymi lekarzami i Wojewoda poparł to rozwiązanie. Jako efekt tego spotkania do Izby wpłynęły pisma z prośbą o wyrażenie opinii na temat ponownego powołania

tych konsultantów, którzy chcą dalej tę funkcję pełnić oraz powołania nowych osób na stanowisko konsultanta z zakresu gastroenterologii i urologii. Rada uznała, że nie będzie zgłaszać zastrzeżeń do propozycji personalnych Wojewody.

Ad 10.

Kol. Wojtyłko powrócił do kwestii dofinansowania do konferencji „Wyzwania pediatrii. XXI w. Urazy u dzieci i młodzieży”. Podkreślił, że jest to konferencja, w której wśród wykładowców przeważają osoby ze środowiska medycznego Opolszczyzny i zaproponował dofinansowanie konferencji kwotą 2000zł. Rada większością głosów poparła tę propozycję.

Kol. Smerkowska-Mokrzycka przekazała krótką relację z I Międzynarodowej Konferencji „Pulsu Uczelni PMWSZ” w Opolu o tym „Jak pisać prace naukowe? Gdzie publikować”.

Kol. Suzanowicz zwróciła uwagę na problem zbyt małej liczby miejsc specjalizacyjnych dla lekarzy w niektórych specjalnościach. Uznała, że trzeba to nagłośnić. Prezes dopowiedział, że sprawa ta jest przynajmniej 2 razy w roku poruszana przez NRL.

Przy okazji kol. Jakubiszyn dodał też, że jego pismo do Redaktora Naczelnego NTO, zapraszające na spotkanie z Prezydium ORL dla wyjaśnienia pewnych kwestii i nieporozumień, na razie nie doczekało się odpowiedzi.

Na koniec kol. Kowarzyk zrelacjonował aktualny stan zaawansowania działań dotyczących remontu budynku naszej Izby.

Ze względu na wyczerpanie porządku obrad na tym posiedzenie zakończono.

*Sekretarz Rady
Lek. dent Barbara HAMRYSZAK*

SPOTKANIE KOMISJI STOMATOLOGICZNEJ

W dniu 17.04.2014 r. w siedzibie OIL w Opolu odbyło się kolejne posiedzenie KS OIL. Zebranych powitała dr J. Smerkowska-Mokrzycka, Przewodnicząca KS.

Przewodnicząca przedstawiła informacje:

1. 4.04.2014 r. na posiedzeniu NRL dokonano wyboru Rzecznika Praw Lekarzy i Przewodniczących Komisji i Zespołów Problemowych NRL. W skład NRL weszli następujący lek. dentyści:

- v-ce Prezesem NRL została Agnieszka Ruchała-Tyszler (Przewodnicząca KS NRL),
- członkiem Prezydium NRL została Jolanta Szczurko,
- Przewodniczącym Komisji Finansowo-Budżetowej – Leszek Dudziński,

- Przewodniczącą Komisja ds Współpracy Międzynarodowej – Anna Lella,
 - Przewodniczącym Zespołu ds Praktyk Lekarskich – Jerzy Gryko.
2. Przewodnicząca odczytała fragmenty Stanowiska NRL z dnia 4.04.2014 r. w sprawie „pakietu antykolejkowego”.
3. Dr Mokrzycka przypomniała, że 7.04 obchodzony jest Światowy Dzień Zdrowia, na pamiątkę powstania Światowej Organizacji Zdrowia w 1948 r. Tematem przewodnim Światowego Dnia Zdrowia 2014 są choroby przenoszone przez wektory.
4. Ośrodek Doskonalenia Zawodowego Lekarzy i Lekarzy Dentystów NIL zaprasza na:

- szkolenie z ochrony radiologicznej pacjenta dla lekarzy dentystów wykonujących medyczne procedury radiologiczne (21.05.14 lub 06.06.14),
- kurs dla osób ubiegających się o nadanie uprawnień inspektora ochrony radiologicznej typu „S” (22–23.05.14),
- Wiosenne Podlaskie Spotkania Stomatologiczne „Najnowsze postępowania lecznicze w praktyce stomatologicznej”, które odbędzie się w Augustowie w dniach 29–31.05.14,
- X Ogólnopolska Konferencja Naukowa „Wyzwania pediatrii XXI wieku. Urazy u dzieci i młodzieży”, zorganizowana przez Państwową Medycyną Wyższą Szkołę Zawodową w Opolu 02.06.14,
- konferencja naukowo-szkoleniowa „Najnowsze trendy w stomatologii”, która odbędzie się w Szczecinie w dniach 06–08.02.15.

5. Wolne wnioski:

- dr Rafał Pędich przedstawił krótkie sprawozdanie z I posiedzenia Sądu Lekarskiego NIL, a dr Wiesław Latała zaprosił na wspólne posiedzenie naukowo-szkoleniowe PTS i KS OIL, które odbędzie się 17.05.14 w Kamieniu Śląskim.

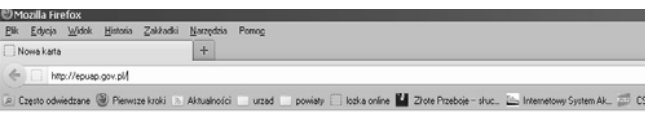
Na koniec spotkania Przewodnicząca KS złożyła wszystkim członkom KS najserdeczniejsze życzenia z okazji zbliżających się Świąt Wielkiej Nocy.

Przewodnicząca KS
Lek. stom. J. SMERKOWSKA-MOKRZYCKA


Sekretarz KS
Lek. stom. A. ADAMSKA

Zakładanie konta ePUAP

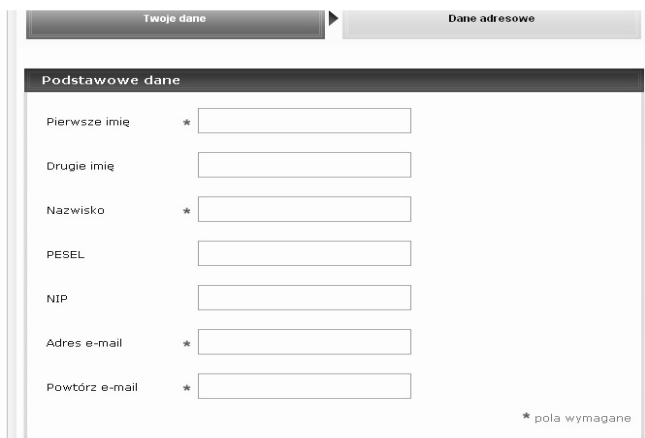
Krok.1. Wpisujemy w przeglądarce internetowej adres: <http://epuap.gov.pl/>



Krok.2. W prawym górnym rogu klikamy na [Zarejestruj się](#)



Krok.3. Wypełniamy Podstawowe dane.



Wniosek o profil zaufany

Krok.1. Wpisujemy w przeglądarce internetowej adres: <http://epuap.gov.pl/>



Krok.2. W prawym górnym rogu klikamy na [Zaloguj się](#)



Krok.3. Po zalogowaniu się klikamy na [Załącz profil zaufany](#)



KONGRES STOMATOLOGÓW POLSKICH

W dniach od 9 do 12 kwietnia 2014 r. w Krakowie odbył się 12 Kongres Stomatologów Polskich. Kongres odbywa się co pięć lat i jest okazją do podsumowania rozwoju nauki oraz działalności szkoleniowej polskiej stomatologii. Podczas Kongresu uczestnicy zapoznali się z najnowszymi trendami w stomatologii, której postęp w ostatnich latach jest wyjątkowo dynamiczny. Myślą przewodnią Kongresu była maksyma „*Wszyscy jesteścieśmy połączeni. Stomatologia wobec wymagań współczesnej medycyny*”. Obrady odbywały się w nowoczesnej siedzibie Auditorium Maximum starego Uniwersytetu Jagiellońskiego – uniwersytetu, który w tym roku obchodzi 650-lecie swojego istnienia.

Uroczyste otwarcie Kongresu odbyło się w Teatrze im. J. Słowackiego, urzekającego swoją architekturą – teatru, którego scena gościła sławy aktorskie i wspaniałe sztuki. Prawdziwą niespodzianką (ze względu na wybór miejsca) była uroczysta kolacja w Galerii Polskiego Malarstwa i Rzeźby XIX wieku w Sukiennicach. Spędziliśmy tam niepowtarzalny wieczór podziwiając arcydzieła malarskie, próbując wykwintnych potraw, słuchając poezji w interpretacji znanych aktorów polskich.

To nie wszystko. Kolejny wieczór i następna uczta duchowa. Gościliśmy w Muzeum Historycznym Miasta Krakowa w podziemiach Rynku Głównego, gdzie dzięki interaktywnej ekspozycji przenieśliśmy się do

XIV-wiecznego Krakowa. Podróż w czasie, połączona ze słowiańskim poczęstunkiem, wywarła na wszystkich niezatarte wrażenie.

W przededniu Kongresu odbyło się Walne Zebranie Delegatów Oddziałów Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego, na którym wybrano nowe władze i wyznaczono nowe kierunki PTS na najbliższe 4 lata. Nasi delegaci byli widoczni w trakcie tego zebrania, biorąc czynny udział w kilku komisjach.

Na kolejną kadencję **Prezydentem PTS** został wybrany **Prof. dr hab. Bartłomiej W. Loster** z Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie. Akcentem opolskim wyborów było ponowne wybranie dr Wiesława Latały do Prezydium Zarządu Głównego PTS.

Walne Zebranie Delegatów PTS nadało (jak co 4 lata) swoje najwyższe wyróżnienie za szczególne zasługi dla Towarzystwa **Godność Członka Honorowego**. Wśród nielicznych laureatów tego najwyższego wyróżnienia znalazł się nasz kolega **dr Wiesław Latała**. Jest pierwszym stomatologiem z Opolszczyzny, który otrzymał to najwyższe wyróżnienie. Nagroda została wręczona na uroczystości otwarcia 12 Kongresu Stomatologów Polskich w Teatrze im. Juliana Słowackiego w Krakowie w dn. 9 kwietnia 2014 r. Gratulujemy!

*Kronikarz Oddziału Opolskiego PTS
Dr n. med. Piotr WIŚNIEWSKI*



*Opolscy
Delegaci*



*Obrady
Walnego
Zebrania PTS*





Nasi Delegaci w Komisji Skrutacyjnej



Otwarcie Kongresu w teatrze im. J. Słowackiego – wręczenie Godności Członka Honorowego PTS



Poczęstunek w Teatrze po uroczystości otwarcia Kongresu



Główna sala XII Kongresu przed obradami



Uroczysta kolacja w Galerii polskiego malarstwa i rzeźby XIX w. w Sukiennicach.



Muzeum historyczne w podziemiach Rynku Głównego w Krakowie



WIOSENNE SPOTKANIE LEKARZY SENIORÓW

W dn. 12 kwietnia br. w „Willi Młynówka” w Opolu odbyło się kolejne, wiosenne spotkanie naszych seniorów. Tym razem, dla urozmaicenia, zamiast relacji pisemnej przedstawiam Wam króciutki fotoreportaż autorstwa dr Stefana KLIMKA.

Jerzy B. LACH



LEGENDA O DOKTORZE WŁADYSŁAWIE LIEBHARCIE

Byłego dyrektora i ordynatora chirurgii szpitala w Kluczborku wspomina dr Edmund FLEJSIEROWICZ

Doktor Władysław Liebhart urodził się w 1907 roku w Kołomyi, o czym dowiedziałem się z książki profesora Stanisława Niciei pt. „Kresowa Atlantyda”. Ukończył tam szkołę średnią, a później przeniósł się do Lwowa. Studiował medycynę, zrobił specjalizację z chirurgii oraz doktorat. Ożenił się z Marią z Czyżewskich, profesorką i autorką prac z zakresu patomorfologii. Jego ojcem był wieśniacy, z zawodu prawnik, Gustaw Liebhart, a matką Polka, Zofia Szybalska. Miał też dwóch braci: Stanisława oraz Zbigniewa. Pierwszy z nich był bardzo cennym i charyzmatycznym profesorem, ginekologiem, wykładowcą, prorektorem oraz współtwórcą Akademii Medycznej w Lublinie. Zbigniew, z wykształcenia muzyk i dyrygent, po osiedleniu się we Wrocławiu został rektorem tamtejszej Akademii Muzycznej.

Nie pamiętam dokładnie, kiedy doktor Władysław Liebhart przyjechał do Kluczborka, ale było to krótko po wojnie. Jego żona Maria przez parę lat pracowała jako radiolog. Później, po jakichś kłopotach rodzinnych wyjechała do Warszawy. W każdym razie przybył wraz ze swoim asystentem, felczerem panem Święcickim, który był jego prawą ręką. Jeszcze wówczas nie pracowałem, pojawiłem się w szpitalu w 1963 roku, ale pana Święcickiego już wtedy nie było. Wiem tylko tyle, że nieraz przy stole operacyjnym doktor Liebhart się wściekał i krzyczał do tego asystenta:

– *Idź sobie stąd!* – A ten nie odchodził.

– *Dlaczego nie słuchasz?!*

– *A co, z wariatem chorego zostawię?*

Oczywiście mógł sobie na to pozwolić ponieważ ich stosunki były przyjacielskie. Jednak przez to, że doktor Liebhart był taki apodyktyczny, inni lekarze – jak chociażby doktor Adam Ross, który później został ordynatorem – bali się zwracać mu uwagę. Kiedy pracowałem u boku doktora Liebharta, starałem się postępować w delikatny sposób:

– *Panie doktorze, z mojej strony widać coś...*

– *A co ty tam wiesz!* – odpowiadał.

Jednak później przyznawał mi rację. Raz czy drugi udało się to powtórzyć, z tego powodu byłem osobą, którą, wydaje mi się, bardzo lubił.

Można powiedzieć, że był cholerykiem. „Ochrzaniał” wszystkich podczas operacji, ale i poza salą operacyjną. Był dyrektorem w czasach komunistycznych, kiedy trzeba było ludzi konkretnych, którzy będą potrafili przeciwstawić się władzy. Trzymał wszystko w ryzach, z tym że sposób, w jaki to robił, był kontrowersyjny ponieważ



Turniej brydża w Szpitalu Powiatowym w Kluczborku. W środku siedzi dr Władysław Liebhart

prowadził do tego, że bali się go wszyscy: od sprzątaczek po lekarzy. Trzeba jednak zaznaczyć, że ludzie mieli do doktora zaufanie; czy to pacjenci, czy lekarze, wszyscy mogli na nim polegać. Pomagaliśmy sobie wzajemnie, żeby wszystko zawsze było dopięte na ostatni guzik i dzięki tej współpracy stworzyliśmy zgraną paczkę. Zresztą najlepszym dowodem na to jest fakt, że byliśmy wtedy jednym z najlepszych szpitali w województwie.

Na chirurgii doktor Liebhart nauczył nas jednej bardzo ważnej rzeczy, że najważniejszym chorym jest najbardziej chory, nieistotne czy jest to cieć, dyrektor, czy jakaś inna znacząca osoba. Zdarzały się telefony z partii, żeby miał baczenie na jakiegoś chorego, w przeciwnym razie groziło mu wezwanie do Komitetu Powiatowego. Zwykle odpowiadał wtedy :

– *Słuchajcie, ja jestem w pracy, jak macie coś do mnie, to wiecie, gdzie ja urzęduję.*

Taki właśnie był, aż do samego końca. W momencie gdy szpital przestał być samowystarczalny, doktor Liebhart nie pełnił już roli dyrektora, jednak do końca lat 70. pozostawał ordynatorem, bo przede wszystkim właśnie był ordynatorem. Gdy odszedł na emeryturę, zapraszał nas do siebie i graliśmy w brydża.

Pamiętam kilka ciekawych sytuacji, które wydarzyły się, kiedy pracowałem w szpitalu. Jedną z nich dotyczy choroby, na którą doktor cierpiał – kamicy nerkowej. Tak się akurat złożyło, że ta choroba dopadła również i mnie.

Pewnego razu przyszedłem później do pracy i mówię do doktora:

– *Przepraszam, ale miałem atak kamicy nerkowej i nie mogłem przyjść wcześniej.*

– Coś podobnego! A ja myślałem, że tylko inteligentni ludzie mają kamicę nerkową! – odparł.

Inne wspomnienie jest związane z rozgrywanymi w Niemczech Mistrzostwami Świata w Piłce Nożnej. Na oddziale zabawiliśmy się w typowanie wyników. Każdy, kto się pomylił, musiał wrzucać do woreczka jakąś tam kwotę, w tej chwili nawet nie pamiętam jaką. Po zakończeniu rozgrywek ten woreczek był oczywiście pełny, a pieniądze wydaliśmy później na coś do jedzenia i picia. Doktor Liebhart nie miał nic przeciwko temu, i gościł nas u siebie w mieszkaniu. Ale nawet w takiej sytuacji nie przestawał myśleć o szpitalu. Patrząc na naszą grupę, stwierdził:

– *Sluchajcie, ja tutaj widzę dużo chirurgów. To kto jest teraz na oddziale? Żeby trzeźwy mi był! Odpowiedzieliśmy, że oczywiście jest tam ktoś i dobrze pilnuje interesu.*

Na koniec zostawiłem najciekawszą historię związaną z doktorem Liebhartem, która przeszła do legendy. Kiedy był jeszcze adiunktem na Uniwersytecie Lwowskim, to znany był z tego, że miał donośny głos. Pewnego razu profesor zwrócił się do studentów:

– *Kto to tam krzyczy?! Tylko ja mam prawo!*

Na co doktor Liebhart odpowiedział:

– *Panie profesorze, to ja.*

– *A jakim prawem tak krzyczysz?! –* zapytał profesor.

– *Bo ja się uczę na profesora!* – rezolutnie odpowiedział doktor.

Co prawda później nie został profesorem, ale ten donośny głos i zapach (używał bardzo drogich wód kolońskich) towarzyszyły mu aż do śmierci. Czy ta opowieść była ubarwiona, nie mnie oceniać, jednak należy to do legendy człowieka, którego znałem i ceniłem, i którego chciałbym przypomnieć tym, którzy go znali i przedstawić ludziom, którzy nie doznali tego zaszczytu, a którzy powinni wiedzieć, że był wspaniałym lekarzem i człowiekiem.

Doktor Władysław Liebhart zmarł w Kluczborku w 1989 roku. Po 25 latach płyta nagrobna została odnowiona dzięki staraniom członków Delegatury Izb Lekarskich w Kluczborku.

Rozmowę z dr Flejsierowiczem przeprowadził Gniewomir BUŻOWICZ

CO TO BYŁA TZW. UGODA PEREJAŚŁAWSKA (ROK 1654) ODDAJĄCA UKRAINĘ ROSJI

Żyjemy obecnie w niezwykle burzliwych czasach walki o jedność całej Ukrainy (Zachodniej i Wschodniej) z Krymem. U podstaw tych dyskusji tkwi tzw. Ugoda Perejaśławska zawarta przez Bohdana Chmielnickiego z carem Rosji Aleksym w roku 1654. Jak do tego doszło?

Bohdan Zenobi Chmielnicki (1595–1657) wbrew powszechnej opinii nie był Kozakiem. Był polskim szlachcicem, synem podstarosty czechryńskiego Mikołaja. Ukończył Kolegium Jezuickie. Wraz z ojcem Mikołajem wziął udział w przegranej bitwie z Turkami pod Cecorą (1629). Tam zginął Hetman Wielki Koronny Stanisław Żółkiewski, jak również ojciec Bohdana Chmielnickiego. On sam dostał się do niewoli tureckiej, skąd po dwóch latach wykupiła go rodzina.

Po powrocie z niewoli doszło do konfliktu z podstarościm czechryńskim Danielem Czaplińskim, który porwał mu ukochaną kobietę, niejaką Komorowską zwaną Laszką, z którą się ożenił a równocześnie tak torturował dziesięcioletniego syna Chmielnickiego – Ostapa, że ten zmarł. Bohdan Chmielnicki zbiegł wówczas na tzn. Sicz Zaporoską rządzoną przez Kozaków. Znając język polski i turecki powierzono mu urząd pisarza wojsk zaporoskich.

Z namowy sułtana tureckiego i wsparciu Tatarów pod wodzą Tuhaj-Beja, Bohdan Chmielnicki mianowany hetmanem wojsk zaporoskich wypowiedział wojnę Rzeczy-

pospolitej (głównie z powodu okrutnych rządów magnaterii polskiej na Kresach), wznecając tzw. „Powstania Kozackie, które miały trwać przez kilka lat.

Odniosł zwycięstwa nad wojskami polskimi nad rzeczką zwaną „Żółtymi Wodami” (1648) i Korsuniem (1648). Pod Korsuniem Chmielnicki na wojska polskie przygotował w nocy pułapkę. Otóż przekopał rowy wypełnione wodą, w których tonęła atakująca husaria polska. W rękach Chmielnickiego znalazło się dwóch polskich hetmanów Potocki i Kalinowski.

Pięć dni po klęsce nad Żółtymi Wodami zmarł nagle król Władysław IV, zaś zwycięski Bohdan Chmielnicki wraz z Kozakami i Tatarami dotarł aż do Lwowa i Zamościa (około 200 km od Warszawy).

Na szczęście szybko wybrano królem przyrodniego brata Władysława IV – Jana Kazimierza, bardzo pokojowo nastawionego do buntu Kozaków. Zawarto pokój uznając Bohdana Chmielnickiego Hetmanem Zaporoskim.

Pokój nie trwał jednak długo. Kolejne powstanie Kozaków wspomaganych przez Tatarów doprowadziło do słynnego z „Trylogii” oblężenia Zbaraża, gdzie w ostatniej chwili dotarł z odsieczą król Jan Kazimierz. Ponownie zawarto z Chmielnickim tzw. „Ugodę Zborowską”, ale pokój nie trwał znowu długo.

Do ostatecznego starcia wojsk polskich z Kozakami i Tatarami (dowodził nimi sam Chan Krymski Islam Girlej) doszło w kilkudniowej bitwie w czerwcu 1651 roku pod Beresteczkiem, która zakończyła się pokonaniem wojsk kozackich i tatarskich. Zwycęstwo pod Beresteczkiem świętowano nawet w Rzymie. Wojskami polskimi osobiście dowodził sam król Jan Kazimierz, zaś w bitwie brali udział m. in. książę Jeremi Wiśniowiecki, późniejszy Hetman Stefan Czarniecki, Jan i Jakub Sobiescy. Wspaniałomyślnie Bohdanowi Chmielnickiemu pozostawiono tytuł Hetmana Zaporoskiego.

Wkrótce od Chmielnickiego odwrócili się Tatarzy Chana Islama Girleja i wówczas postanowił się on oddać pod opiekę cara moskiewskiego wierząc, że przyzna mu tytuł księcia kijowskiego. Do ugody doszło w dniu 18 stycznia 1654 r. w 10.000 miasteczku Perejasławiu nad Dnieprem. Ugodę podpisali Bohdan Chmielnicki oraz wysłannik cara Aleksego Michajłowicza z dynastii Romanowów (1629–76), która oddawała całkowicie Ukrainę Rosji.

Interesujący jest fakt, że przysięgę złożył tylko sam Bohdan Chmielnicki, zaś wysłannik cara Aleksego bojar Wasyl Buturlin odmówił jej złożenia. Przysięgi nie złożyli również niektórzy pułkownicy kozaccy, w tym słynny m. in. z „Trylogii” Bohun, który był postacią historyczną.

Na Ugodzie Perejasławskiej Chmielnicki bardzo szybko się zawiódł. Na Ukrainę wkrótce wkroczyła wielotysięczna armia moskiewska. Ponad 60.000 Kozaków wysłano wraz z drugą armią moskiewską na północ do walki o Smoleńsk, który po zdobyciu na zawsze oderwany został od Polski.

Równocześnie rozpoczęły się nowe rządy Rosji na Ukrainie, które całkowicie odebrały jej samodzielność, zwłaszcza w polityce zagranicznej. Przede wszystkim zabroniono jej jakichkolwiek stosunków z Rzeczypospolitą. Szczególnie przeciwna Ugodzie Perejasławskiej była bardzo potężna prawosławna cerkiew kijowska, którą całkowicie podporządkowano cerkwi moskiewskiej.

Nic też dziwnego, że pod koniec swojego życia Chmielnicki starał się odwrócić od Rosji (nie otrzymał tytułu księcia kijowskiego o czym zawsze marzył) i zbliżył się do króla Szwecji Karola Gustawa, którego „Potop” ogarnął Polskę.



Bohdan Chmielnicki



Król Jan Kazimierz

Oblicza się, że podczas wojen kozackich zginęło ponad milion obywateli Rzeczypospolitej i kilkaset mieszkańców Ukrainy, natomiast zyskała Rosja, która bez jednego wystrzału uzyskała całą Ukrainę.

Bohdan Chmielnicki zmarł w Czehrynie zaledwie 3 lata po Ugodzie Perejasławskiej w roku 1657. Kilka lat przed śmiercią poślubił wdowę po zmarłym podstaroście czehryńskim Danielu Czaplińskim ową Laszkę. Niestety okazała się niewierna, sąd nad nią przeprowadził syn Chmielnickiego Tymoteusz. Ponieważ udowodnił jej cudzołóstwo powieszono ją na łańcuchach w jej rodzinnym Subotowie, gdzie konała przez kilka dni.

P. S. Podczas II Wojny Światowej na Krymie toczyły się ciężkie walki z wojskami hitlerowskimi, które starały się dotrzeć na Kaukaz (słynna obrona Sewastopola). Na niedalekiej tzw. Małej Ziemi walczył Leonid Breżniew późniejszy I Sekretarz K. P. Z. R.

Po zakończeniu II Wojny Światowej Józef Stalin uznał, że krymscy Tatarzy kolaborowali z Niemcami, dlatego też ponad ich 200.000 wysiedlił do Uzbekistanu. Wielu Tatarów krymskich uciekło do Turcji (jest ich tam ponad milion). Obecnie Tatarzy stanowią na Krymie najmniejszą ludność etniczną.

W 300 rocznicę Ugody Perejasławskiej w roku 1954 ówczesny I Sekretarz Komunistycznej Partii Związku Radzieckiego Nikita Chruszczow (poprzednio I Sekretarz KPZR na Ukrainie) ofiarował Krym Ukrainie warunkując pozostawienie w rękach Związku Radzieckiego bazy Floty Czaromorskiej w Sewastopolu do roku 2042.

Dlatego też nic dziwnego, że w batalii o Krym Tatarzy stają po stronie Ukrainy, zaś Kozacy walczą o przyłączenie do Rosji.

Bohdan Chmielnicki na Ukrainie uchodzi na bohatera narodowego, ponieważ podniósł rękę na „Panów z Polski” i zjednoczył Ukrainę z Rosją. W większości miast ukraińskich postawiono mu pomniki.

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

SPRZECZNOŚCI W SĄDZIE NAJWYŻSZYM: PODOBNE SPRAWY, RÓŻNE WERDYKTY

Można odnieść wrażenie, że problem przenoszenia godzin dyżurowych do puli etatowej w celu pokrycia deficytu czasowego powstałego wskutek schodzenia po dyżurach, i - idące w ślad za tym – pomniejszanie wynagrodzenia dyżurowego lekarzy, stał się w Izbie Pracy, Ubezpieczeń Społecznych i Spraw Publicznych Sądu Najwyższego dobrym paliwem do prowadzenia zaciętej walki pomiędzy dwoma frakcjami, które się tam ujawniły.

W rezultacie zaistniałych w Sądzie Najwyższym kontrowersji może się zdarzyć tak, że nowe sprawy o analogicznym stanie faktycznym i prawnym, które trafią na wokandę w 2014 r., uważanie przez lekarzy za stuprocentowo wygrane, okażą się teraz stuprocentowo przegrane.

Pierwszą z tego cyklu skargę pozwanego szpitala, SN z przewodniczącym składu orzekającego Józefem Iwulskim, oddalił po jej rozpatrzeniu 4 czerwca 2013 r. (I PK 293/12). Oto fragmenty uzasadnienia pisemnego: *„Skarga kasacyjna nie ma usprawiedliwionej podstawy, bowiem pomija się w niej zasadniczą regułę, zgodnie z którą czas pełnienia dyżurów medycznych stanowi dla pracowników wykonujących zawody medyczne odrębną od ich „zwykłej” pracy kategorię aktywności zawodowej, wobec czego praca świadczona w ramach tego dyżuru musi być wynagradzana na innych zasadach niż „normalna praca.” Dla rozstrzygnięcia rozpoznawanej sprawy przesądzające (i wystarczające) jest stwierdzenie, że za czas dyżuru medycznego pracownikowi zawsze przysługuje wynagrodzenie, jak za godziny nadliczbowe, bez względu na to, czy czas dyżuru spowodował przekroczenie obowiązującego go czasu pracy „w ramach etatu” oraz bez względu, czy pracownik jest zatrudniony w pełnym, czy niepełnym wymiarze czasu pracy. Dla takiego sposobu ustalenia wynagrodzenia za czas dyżuru medycznego (jak za pracę w godzinach nadliczbowych) nie mają też znaczenia przyczyny, dla których nie było możliwe „wypracowanie” obowiązującego pracownika nominalu czasu pracy.”*

Oddalając skargę kasacyjną, SN potwierdził 4 czerwca prawo lekarzy do odszkodowania z tytułu uszczuplenia wynagrodzenia dyżurowego. Podobnie zresztą orzekały w tego rodzaju sprawach sądy rejonowe i okręgowe w Rzeszowie, Krakowie, Łodzi czy w Białymstoku.

Rozstrzygając drugą skargę kasacyjną w podobnej sprawie, z użyciem przez stronę pozwaną tego samego sposobu rozliczania wynagrodzenia, SN w dniu 8 paź-

dziernika 2013 r. orzekł zupełnie odwrotnie (III PK 110/12). W uzasadnieniu pisemnym zespół pod przewodnictwem Kazimierza Jaśkowskiego zamieścił nawet, wbrew wszelkim zasadom fair play, otwartą krytykę poprzedniego wyroku SN, sugerując, że znalazła się tam rzekomo akceptacja dla wynagradzania za nieprzepracowany normalny czas pracy:

„Podstawą sporu jest prawo powodów do wynagrodzenia za czas niewykonywania pracy w normalnym czasie pracy ze względu na korzystanie z obligatoryjnego odpoczynku po zakończeniu dyżuru.” „Pozwany mógł zaliczyć zasadnicze wynagrodzenie miesięczne w części wypłaconej za czas niewykonywania pracy na poczet należnego pracownikowi wynagrodzenia za czas pracy rzeczywiście wykonanej w postaci dyżurowania.” „Z wyroku z dnia 4 czerwca 2013, I PK 293/12 (...) wynika, że Sąd Najwyższy zaakceptował równoczesne uzyskanie przez pracownika wynagrodzenia zasadniczego za nieprzepracowany normalny czas pracy oraz za czas rzeczywiście pełnionego dyżuru. Budzi to zastrzeżenia z przyczyn wyżej wskazanych w niniejszym uzasadnieniu. Konkludując należy stwierdzić, że lekarz, który godzi się na pełnienie dyżurów w rozmiarze wyłączającym możliwość wykonania pracy w pełnym wymiarze normalnego czasu pracy w przyjętym okresie rozliczeniowym, nie nabywa prawa do wynagrodzenia za czas nieprzepracowany z tego powodu w normalnym czasie pracy.”

Jednak w pisemnym uzasadnieniu krytykowanego wyroku próżno szukać imputowanej akceptacji. Przypomnę, że przewodniczącym składu orzekającego w sprawie z 4 czerwca był Józef Iwulski, współautor cyklicznie wydawanych od kilkunastu lat kilkusetstronicowych podręczników – komentarzy do ciągle zmieniającego się prawa pracy. To znaczy że, akurat w tym dniu Iwulskiemu przydarzyło się jakieś zaćmienie umysłu?

Aprobując uzyskanie pełnego wynagrodzenia za rzeczywisty czas dyżuru, wyrok I PK 293/12 wcale nie utożsamiał tej zasady z prawem do uzyskania przez pracownika wynagrodzenia zasadniczego za nieprzepracowany normalny czas pracy. W omawianej sprawie SN zajął stanowisko tylko odnośnie braku możliwości przenoszenia godzin dyżurowych do puli etatowej i idącego w ślad za tym pomniejszania wynagrodzenia dyżurowego. Nie wypowiadał się natomiast w ogóle co do tego, czy dni wolne po dyżurze należy wynagradzać, czy nie, bowiem jest to całkowicie odrębny temat, który można uregulować chociażby w obrębie zakładowego regulaminu pra-

cy: przy dobrej woli pracodawcy dałoby się zmniejszać miesięczny wymiar nominalnego czasu pracy pracownika o taką samą liczbę godzin, jaka wynikałaby z dni nieprzepracowanych wskutek ustawowego odpoczynku podyżurowego, albo też dałoby się uznać te nieobecności jako usprawiedliwione płatne. A w ostateczności, przy braku dobrej woli, można po prostu bezpośrednio „ciąć z etatu”.

Uchylając zaskarżony wyrok i przekazując sprawę III PK 110/12 do ponownego rozpoznania przez sąd okręgowy, tym samym SN zanegował prawo lekarzy do wynagrodzenia z tytułu dnia wolnego po dyżurze, a przy okazji uznał, iż godziny odbytych dyżurów mogą podlegać manipulacjom. Zajął więc stanowisko zupełnie przeciwne, niż SN w sprawie I PK 293/12.

Była też jeszcze trzecia sprawa, rozpoznawana 13 listopada 2013 r., dotycząca nieprawidłowego wyliczania dodatków dyżurowych przy przerzucaniu godzin dyżu-

rowych do etatu przy (I PK 110/13). W ustnym uzasadnieniu wyroku sędzia Józef Iwulski stwierdził wówczas: „*Godziny dyżuru stanowią odrębną jednostkę czasu pracy i muszą być wydzielone w harmonogramie czasu pracy, zaś po ich wypełnieniu nie wolno ich zmieniać*”.

29 stycznia br. SN przyjął do rozpoznania czwartą już skargę kasacyjną na ten temat (I PK 229/13). Jej los jest w chwili pisania tego artykułu nieznany, gdyż w rozstrzygnięciach SN w tych sprawach brak jest logiki, konsekwencji i jednolitości wykładni prawa. Gdyby w Sądzie Najwyższym doszło do kolejnej rażącej sprzeczności w orzecznictwie, to i na to można znaleźć lekarstwo, tylko że na skutki terapii trzeba będzie poczekać nieco dłużej. Może jeszcze jakieś następne dwa lata.

Ryszard KIJAK

*przewodniczący Zarządu Regionu Podlaskiego
sekretarz generalny Zarządu Krajowego OZZL*

(przedruk z Biuletynu Okręgowej Izby Lekarskiej w Białymstoku nr 1/14)

Raport z badań

WYPALENIE ZAWODOWE W PRACY LEKARZA

Zawód lekarza to poczucie ogromnej odpowiedzialności i ogromne obciążenie zawodowe. Ta specyficzna rola społeczna lekarza sprawia, iż jest on szczególnie narażony na stres prowadzący do wypalenia zawodowego i niskiego poczucia prężności. Często mówi się o powołaniu, o cechach charakterologicznych, które w szczególny sposób predestynują do bycia lekarzem. Jedną z tych cech jest na pewno wewnętrzna siła.

Wbrew obiegowym opiniom, wypalenie zawodowe dotyka też coraz częściej młodych lekarzy, którzy dopiero rozpoczynają swoją drogę zawodową. Związane jest to ze specyficznymi uwarunkowaniami pracy w sektorze służby zdrowia, która zakłada *ad casum* konieczność brania odpowiedzialności za ludzkie życie i zdrowie. Problematyka wypalenia zawodowego jest często podejmowanym tematem, zarówno przez psychologów, jak socjologów. Znacznie mniej uwagi poświęca się jednak wnikliwej analizie zjawiska „poczucia prężności” (rozumianej jako rodzaj siły wewnętrznej) oraz jej wpływu na funkcjonowanie zawodowe i wypełnianie misji społecznej w zawodach medycznych. Temat ten został podjęty w jednej z prac magisterskich, a wyniki prowadzonych badań zostaną przedstawione poniżej. Są to dane ważne dla środowiska lekarskiego, pokazują bowiem, jak niebezpiecznym syndromem w pracy lekarza jest wypalenie zawodowe i niskie poczucie prężności. (1)

Uwarunkowania badań

Celem prowadzonych badań było zweryfikowanie związku pomiędzy poczuciem prężności i wypaleniem zawodowym w profesjach należących do służby zdrowia. W omawianych badaniach wykorzystano Polską Skalę

Pomiaru Prężności (SPP- 25) oraz kwestionariusz Maslach Burnout Inventory (MBI) w adaptacji polskiej, natomiast do weryfikacji hipotez badawczych został wykorzystany parametryczny test korelacji rang Spearmana oraz test Kruskala-Wallisa. (...)

Stres i przeciążenie psychiczne

Prowadzone badania pokazały, iż istnieje związek pomiędzy poczuciem prężności, a wypaleniem zawodowym wśród lekarzy. Zachodzi w tym wymiarze korelacja pomiędzy wyczerpaniem emocjonalnym – im jest ono wyższe, tym niższa prężność. Oznacza to, iż **nagromadzony stres oraz przeciążenie psychiczne obniżają prężność zawodową, co może prowadzić do zobojętnienia, apatycznego działania, niskiej zaradności zawodowej i życiowej.** Taka negatywna kondycja psychiczna łatwo przenosi się na pozostałe sfery życia, te niezawodowe, a w dłuższej perspektywie może prowadzić do nerwic i załamania psychicznego.

Z badań wynika także, iż im większa depersonalizacja pacjenta, tym niższa prężność. Lekarzy, którzy bardzo dystansują się wobec problemów zdrowotnych swoich pacjentów, przeważnie cechuje niższe zaangażowanie w pracę zawodową. Może być to przejawem swoistej bariery psychicznej, która umożliwia prawidłowe funkcjonowanie na gruncie zawodowym, zwłaszcza w przypadku osób nadwrażliwych emocjonalnie, które starają się nie czuć nadmiernie przytłoczonymi. Z drugiej strony, brak podejścia holistycznego wobec pacjenta, leczenie wyłącznie określonego narządu, a nie osoby, może w prostej linii prowadzić do depersonalizacji, która z kolei skutkuje niskim zaangażowaniem zawodowym, negatywnym

stosunkiem do otoczenia i ogólną apatią. Tak pojmowana niska prężność jest zaprzeczeniem entuzjastycznego nastawienia do pracy i może stać się ogniwem zapalnym konfliktów zawodowych, które z kolei przenoszą się na życie prywatne lekarza.

Warunki pracy

Istnieje także **związek pomiędzy poczuciem osiągnięć osobistych i prężnością**. Im poczucie tych osiągnięć jest wyższe, tym wartość prężności również wzrasta. W tym aspekcie leży ogromna rola ordynatorów oddziałów, którzy mogą odpowiednio motywować swój zespół. Najlepiej skutkującą motywacją jest ta pozytywna, która mobilizuje lekarzy do pracy oraz rozwoju osobistego i zawodowego. Świadomość wartości swojej pracy oraz umiejętność doceniania własnych starań nie jest bez znaczenia. Nawet najbardziej mobilizujący szef nie jest w stanie nic zdziałać, jeśli lekarz sam nie ma wiary we własne możliwości i zdolności.

Badania nie udowodniły, iż na poczucie prężności zawodowej lekarzy wpływają takie zmienne demograficzne, jak płeć czy wiek. Bycie prężnym to wytrwałość i determinacja w działaniu, co przecież nie ma związku z płcią. Prężność tylko częściowo wynika z uprawianego zawodu, jednak w decydującej mierze jest to indywidualna, osobnicza zdolność każdego człowieka, którą w sobie ukształtuje, bądź nie. Od tego, jakimi jesteśmy ludźmi, zależy czy jesteśmy prężni. Wydaje się jednak, że to ważne dla lekarza, biorąc pod uwagę zadowolenie pacjentów i ich pozytywny stosunek do procesu leczenia i budowy zaufania wobec lekarza.

Badania pokazały natomiast, że **istnieje związek pomiędzy długością stażu pracy lekarza, a wypaleniem emocjonalnym. Im staż pracy jest dłuższy, tym wyższe są wartości na skali wyczerpania emocjonalnego.** Zależność ta jest dość logiczna, ponieważ dłuższe natężenie stresu, z którym wiąże się codzienna praca lekarza, nigdy nie wpływa korzystnie na sferę emocjonalną człowieka. Dodatkowo na emocjonalne wypalenie wpływa też **wyczerpanie i przemęczenie fizyczne** związane z długim uprawianiem zawodu, ale oczywistym jest, że **dłuższy czas pracy lekarza w zawodzie nie musi być jednoznaczny z wypaleniem emocjonalnym.** Jest to zależne od bardzo wielu powiązanych ze sobą czynników, m. in. osobistych doświadczeń lekarza w kontaktach z pacjentami, sukcesów w pracy, docenienia przez środowisko zawodowe. Duży wpływ wywiera w tym miejscu także sfera prywatna, rodzinna. Jeśli osoby bliskie są gwarantem wsparcia, łatwiej przezwyciężyć stres zawodowy i uniknąć wypalenia emocjonalnego.

Z kolei związek pomiędzy płcią i wypaleniem zawodowym nie został potwierdzony w badaniach. Oznacza to, iż **kobiety nie są, wbrew obiegowej opinii, bardziej wrażliwe na emocjonalne wyczerpanie.**

Syndrom ten może dotknąć mężczyznę z takim samym prawdopodobieństwem, gdyż jego wystąpienie zależy od kondycji psychofizycznej danej jednostki, co nie ma przełożenia na płeć, a na charakterologiczne uwarunkowania wewnętrzne. Niezaskakującym wynikiem badań jest fakt, że wiek lekarzy wpływa na poziom wyczerpania emocjonalnego oraz poczucie depersonalizacji. Osoby starsze stażem, dłużej pracujące w zawodzie, prawdopodobnie przywykły do codziennych obowiązków, które stają się dla nich rutynowe. Wówczas rodzi się niebezpieczeństwo depersonalizacji. Komfort psychiczny pacjenta i jego chęć do podjęcia leczenia i wiarę w jego skutki zależą w bardzo dużej mierze od relacji z lekarzem. O jej poziomie świadczy traktowanie pacjenta w sposób podmiotowy, zauważanie jego potrzeb w różnych sferach.

Wypalenie zawodowe lekarza może być związane z długotrwałym narażeniem na stres, niezadowoleniem z warunków pracy i wysokości wynagrodzenia nieproporcjonalnego do trudu kształcenia i późniejszej pracy, negatywnymi relacjami interpersonalnymi z pacjentem oraz jego rodziną, jak i innymi lekarzami i pracownikami służby zdrowia.

Podsumowanie

Wyniki badań ukazały w szczególności wpływ długości stażu pracy oraz wieku lekarzy na poziom wyczerpania emocjonalnego i wypalenia zawodowego. Widać zatem, iż jest to zjawisko zagrażające przede wszystkim pracownikom z długim stażem zawodowym, jednak może dotknąć także młodego stażem lekarza. Wszystko zależy od konstrukcji psychicznej jednostki, umiejętności radzenia sobie ze stresem oraz wsparcia środowiska osobistego. Prężność umożliwia radzenie sobie z trudnymi doświadczeniami oraz codzienną pracą w zawodzie. Jest to cecha chroniąca psychikę człowieka przed wypaleniem zawodowym i zapewniająca satysfakcję życiową z pracy. W przypadku pracy polegającej na codziennym pomaganiu innym, niezwykle istotne jest posiadanie odpowiednich „zasobów osobistych”, które stanowią wsparcie w codziennych trudach pracy oraz budują siłę psychiczną innych osób – pacjentów. Jak pisze autorka badań, prężność jest jednym z najistotniejszych elementów wchodzących w strukturę osobistych zasobów zaradczych człowieka i ma wyraźne znaczenie dla zahamowania rozwoju szkodliwego dla ludzkiej psychiki zjawiska, jakim jest wypalenie w pracy zawodowej lekarza.

Joanna WÓJCIK

1. Wyniki badań pochodzą z pracy magisterskiej „Poczucie prężności a wypalenie zawodowe wśród pracowników służby zdrowia”, Barbara Sobol, Uniwersytet Śląski, Wydział Pedagogiki i Psychologii, Katowice 2011, promotor: dr Elżbieta Turska.

(przedruk z „Pro Medico” nr 4/14)

INFORMATYZACJA W SYSTEMIE OCHRONY ZDROWIA

Z początkiem bieżącego roku Ministerstwo Zdrowia, kierując się w tym aspekcie także doświadczeniami innych państw, przedstawiło projekt założeń do kolejnych zmian prawnych w zakresie stale postępującego procesu informatyzacji systemu opieki zdrowotnej.

Biorąc pod uwagę ich aktualność, najbardziej budzącą emocje, wydaje się propozycja przesunięcia terminu wdrożenia dokumentacji elektronicznej. Aktualnie obowiązującym terminem przejścia z dokumentacji papierowej na elektroniczną pozostaje data 1 sierpnia 2014 r. Ministerstwo, zwracając uwagę na skalę przedsięwzięcia oraz różny stopień informatyzacji różnych grup świadczeniodawców, proponuje przesunięcie terminu wdrożenia dokumentacji elektronicznej o trzy lata, tj. do dnia 31 lipca 2017 r.

Kolejnym zaproponowanym elementem jest wprowadzenie jako zasady wystawiania recept wyłącznie w formie elektronicznej. Natomiast recepty papierowe można by wystawiać jedynie w sytuacjach wyjątkowych, np. okresowo w przypadku recept *pro auctore* oraz *pro familiae*. Zakłada się, iż wdrożenie e-recepty nastąpi od 1 sierpnia 2016 roku.

Następnie przyjmuje się, iż od 1 stycznia 2017 r. nastąpi przejście na wersję elektroniczną skierowań (np. leczenie uzdrowskowe, szpitalne czy badania diagnostyczne) oraz zleceń (wyroby medyczne).

Kierując się chronologią kalendarzową, od 1 stycznia 2015 r. zakłada się wprowadzenie obowiązku przetwarzania danych m. in. w Systemie Monitorowania Zagrożeń, Systemie Monitorowania Obrotu Produktami Lecznymi oraz Systemie Monitorowania Kształcenia Pracowników Medycznych, itd.

W założeniach do projektowanych zmian w obszarze informatyzacji systemu ochrony zdrowia zwraca się także uwagę na nieadekwatność stanu prawnego w stosunku do już wykorzystywanych rozwiązań technicznych w zakresie telemedycyny. W szczególności dotyczy to regulacji art. 42 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty stanowiącej, że lekarz orzeka o stanie zdrowia określonej osoby wyłącznie po jej osobistym zbadaniu, z zastrzeżeniem sytuacji wyjątkowych. Proponowane zmiany prawa będą miały na celu formalne usankcjonowanie możliwości np. monitorowania stanu pacjenta bez konieczności osobistego kontaktu.

Sporym wzywaniem wydaje się planowane wdrożenie Elektronicznej Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego (EKUZ) oraz Karty Specjalisty Medycznego (KSM).

Zasadniczo EKUZ ma przede wszystkim służyć potwierdzeniu prawa ubezpieczonego do świadczeń opieki zdrowotnej. Przewiduje się zobligowanie do posługiwania się nią przez wszystkich ubezpieczonych wykazanych w Centralnym Wykazie Ubezpieczonych (według stanu na dzień 16 grudnia 2013 r. było to 33.843.000 osób). W zakresie dystrybucji EKUZ przewiduje się wykorzystanie w tym zakresie pracowników jednostek podstawowej opieki zdrowotnej. Karty mają być wydawane w trakcie wizyty pacjenta w placówce. Koszty mają zostać pokryte przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Przyjmuje się, iż Karta ma być również narzędziem umożliwiającym pacjentowi dostęp do własnej dokumentacji elektronicznej.

Z kolei KSM (Karta Specjalisty Medycznego), co do zasady, ma być wydawana osobom wykonującym zawody medyczne w ramach indywidualnej umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia lub zatrudnionym przez świadczeniodawców posiadających taką umowę. Zakłada się także, iż Karta KSM ma być jednym z możliwych narzędzi umożliwiających podpisywanie medycznej dokumentacji elektronicznej przez lekarza. W odniesieniu do niektórych grup zawodowych Karta ma się stać elektronicznym prawem wykonywania zawodu. Ma ona być wydawana na okres 10 lat, a sfinansowanie kosztów jej wydania nastąpić ma ze środków NFZ, chociaż w pewnym zakresie koszty obciążą także środki własne świadczeniodawców.

Powyżej przedstawione założenia mają charakter sygnalizacyjny – nie obejmujący całości planowanych zmian w obszarze informatyzacji systemu ochrony zdrowia – należy jednak mieć na uwadze fakt, iż aktualnie są one jedynie pewnym oczekiwaniem, które dopiero w praktyce legislacyjno-technicznej może znaleźć właściwy kształt. Jak uczy doświadczenie, z wdrażania innych podobnych rozwiązań, nie tylko w Polsce ale na całym świecie, dopiero po ich realizacji uzyskamy wyobrażenie dotyczące ich rzeczywistych kosztów tak finansowych, jak i społecznych, tak na płaszczyźnie administracji systemu, jak i każdego obywatela.

Dariusz DZIUBINA

(przedruk z „Galicyskiej Gazety Lekarskiej” nr 2/14)

NIGDY NIE WOLNO PRZEKAZYWAĆ NADZIEI BEZ PRAWDY I PRAWDY BEZ NADZIEI

Dobry lekarz powinien mieć rzetelną wiedzę, umieć podejmować decyzje, przeprowadzić badanie fizykalne i, co bardzo ważne, porozumieć się z pacjentem. Na ogół studia wyposażają przyszłego doktora w trzy pierwsze umiejętności. Jak skutecznie komunikować się z chorym, musi nauczyć się więc sam... Co gorsze, okazuje się, że z upływem lat studiów coraz mniej rozumiemy się ze swoimi pacjentami. Dowodem są badania podczas których analizowano na ile studenci poszczególnych lat potrafią rozpoznać słowa niezrozumiałe dla pacjenta. Na pierwszych latach udawało im się to idealnie, ale z każdym kolejnym rokiem było coraz trudniej...

Tymczasem, jak podkreśla dr n. med. Katarzyna Jankowska, pediatra i hematolog z Kliniki Pediatrii, Hematologii i Onkologii Szpitala Uniwersyteckiego nr 1, od lat zajmująca się komunikacją w opiece medycznej: „Jednym z warunków skutecznego leczenia jest właśnie odpowiedni sposób porozumiewania się pomiędzy lekarzem a chorym, co oznacza m.in. zebranie sprawnego wywiadu, umiejętne przekazanie wiadomości, przekonanie pacjenta do skuteczności i celowości terapii oraz mniejsze ryzyko wypalenia zawodowego dla lekarza.”

Tylko jak lekarz przeciążony obowiązkami administracyjnymi ma jeszcze znaleźć czas na rozmowę z chorym? „Dzisiaj medycyna, zamiast koncentrować się na pacjencie, skupia się na procedurze. I to jej realizacja, nie opieka nad chorym, staje się obecnie głównym zadaniem stawianym lekarzowi. Można powiedzieć, że wobec takiej hierarchii pacjent jest po prostu okradany z czasu lekarza. Prowadzę warsztaty dla lekarzy rodzinnych i, jak mówią, zdarza się, że podczas wizyty dłużej muszą patrzeć w komputer niż na pacjenta. – mówi doktor Jankowska i podkreśla, że nawet w takiej sytuacji można nawiązać z pacjentem dobry kontakt, ale pod pewnymi warunkami: „potrzebujemy wsparcia, informacji, jak ten krótki czas, który możemy poświęcić choremu, wykorzystać na budowanie właściwej relacji, zebranie wywiadu, zapewnienie choremu takich warunków, by o wszystkich swoich skargach mógł powiedzieć.”

Jak więc zacząć się dobrze porozumiewać? „Na początek warto zdać sobie sprawę z tego, że lekarz i pacjent mówią innymi językami... Używamy żargonu medycznego często niezrozumiałego dla chorego. Konsekwencją takiego niezrozumienia jest np. to, że pacjent nie wie, co do niego mówimy, ale nie zawsze ma odwagę zapytać o wyjaśnienie. Nie chce wyjść na kogoś kto się nie zna, a czasami nie ma nawet świadomości, że nie rozumie. – mówi Katarzyna Jankowska i dodaje – Następnym krokiem to nierealizowanie zaleceń lekarza. Dlaczego pacjenci nie stosują się do naszych porad? Powody finan-

sowe wcale nie są na pierwszym miejscu! Często postępują tak dlatego, że nie są przekonani co do skuteczności leczenia, nie rozumieją, jak działają leki, boją się działań niepożądanych. Tymczasem dobra komunikacja lekarza z pacjentem, wzajemne zrozumienie powoduje dostosowanie się do zaleceń lekarza i – w rezultacie – skuteczniejsze leczenie”.

Dobra komunikacja to dobry wywiad. Jak powinien wyglądać? „Musi mieścić się w czasie, który dla pacjenta mamy, ale równocześnie trzeba dać choremu szansę na to, by powiedział o wszystkich swoich dolegliwościach. Stworzyć takie warunki, żeby chciał mówić. Pacjent często o istotnych dla siebie rzeczach wspomina dopiero wtedy, gdy poczuje się bezpiecznie. Zdarza się, że dopiero na koniec wizyty mówi o najbardziej niepokojącym objawie. Tymczasem my, lekarze myślimy zupełnie inaczej, często zwracając uwagę na pierwszą wymienioną przez pacjenta dolegliwość. Tak w czasie studiów jesteśmy uczeni – najpierw mówić o głównych objawach. Chory postępuje odwrotnie, m.in. dlatego, że wypowiedzeniu głównej dolegliwości towarzyszy ogromny lęk. – ostrzega doktor Jankowska i podaje przykład ze swojej praktyki: „Matka, której dziecko leczyłam z choroby onkologicznej, podczas wizyty kontrolnej niewzbudzącej mojego niepokoju, już właściwie wychodząc, nagle powiedziała – czy to normalne, że dziewczynka często traci przytomność, czy to nie szkodzi?”.

Innym ważnym momentem w pracy lekarza jest przekazywanie choremu złych wiadomości. Doktor Katarzyna Jankowska uważa, że sposób, w jaki to robimy powinien być ściśle określony i stanowić procedurę. Opracowała nawet odpowiedni protokół (EMPATHY) – narzędzie, które pomaga lekarzowi przeprowadzić pacjenta przez ten jeden z najtrudniejszych w relacji lekarz-pacjent momentów. „Przekazanie złych wiadomości jest jak resuscytacja krążeniowo-oddechowa. Trzeba to robić świadomie, z uwzględnieniem każdego etapu. – mówi – Najpierw musimy pacjenta przygotować na to co usłyszy, mówiąc np. niestety, nie mam dla pana dobrych wiadomości. Potem przekazujemy diagnozę i dajemy pacjentowi chwilę ciszy na skonfrontowanie się z nią. – i podkreśla – Każdy błąd w przekazywaniu informacji może być niebezpieczny dla pacjenta. Pamiętajmy, że nigdy nie wolno przekazywać nadziei bez prawdy i prawdy bez nadziei”.

Schemat EMPATHY powstał, bo jak mówi dr Jankowska, jej samej było trudno przekazywać pacjentowi złe informacje, ale też skłoniło ją do tego doświadczenie jednego z lekarzy, który znalazł się w roli pacjenta. Otóż kolega po fachu przekazał mu wiadomość o cho-

robie nowotworowej na korytarzu, w tłumie ludzi, mówiąc: masz kalafiara w tylnej części ciała. Jego intencje nie były złe. Myślał, że zła wiadomość przekazana w formie żartu będzie bardziej lekko strawna, postawi chorego na nogi, ale stało się zupełnie odwrotnie...

Opracowany przez lekarzkę protokół jest prosty i nie wymaga dużo czasu. Spotkał się już z bardzo pozytywną opinią europejskiego stowarzyszenia zajmującego się komunikacją w opiece medycznej i będzie udostępniony jako narzędzie do przekazywania złych wiadomości na stronie organizacji. (Więcej o EMPATHY w kolejnych numerach Primum).

„Komunikacją w opiece medycznej ciągle zajmuje się zbyt mało lekarzy. To niedobrze. – uważa Katarzyna Janowska. – Doświadczenia krajów europejskich pokazują, że skutecznie komunikacji uczy lekarz albo zespół lekarzy-psycholog. Lekarz przychodząc na warsztaty prowadzone przez innego medyka wie, że to o czym on opowiada ma związek z praktyką i wtedy chętniej przyjmuje wiedzę.”

Lekarka postanowiła tę tendencję zmienić. Parę miesięcy temu stworzyła stronę internetową – komunikacja w opiece medycznej (www.komunikacjamedyczna.pl), jej

celem jest rozwój kompetencji komunikacyjnych w środowisku medycznym i stworzenie sieci osób (już zebrało się 30 zainteresowanych), które w Polsce zajmują się tym problemem. Strona działa pod egidą Europejskiego Stowarzyszenia ds. Komunikacji w Opiece Medycznej. Ma to być miejsce wymiany poglądów, wiadomości, informacji o szkoleniach, materiałów dydaktycznych. Już zaplanowano organizację nieodpłatnych szkoleń. Do Bydgoszczy przyjedzie m.in. profesor Jonathan Silverman z Cambridge i kilku innych europejskich ekspertów, którzy ucą komunikacji w opiece medycznej. Warsztat ma się odbyć w pierwszej połowie 2014 r. Na stronie jest adres mailowy, na który można przysyłać zgłoszenia.

Równocześnie ze stroną www.komunikacjamedyczna.pl powstał profil na facebooku pod tym samym tytułem. Strona jest oficjalna i ściśle związana z Europejskim Stowarzyszeniem ds. Komunikacji w Opiece Medycznej. Na profilu mogą się wypowiedzieć także pacjenci. I to robią – m.in. na temat tego, co powinno się zmienić w zakresie komunikacji w opiece medycznej w Polsce.

Agnieszka BANACH

(przedruk z „Primum Non Nocere” nr 11/13)

Bariery w budowaniu relacji lekarza z pacjentem (część pierwsza)

ROZMOWA JEST CZĘŚCIĄ PROCESU LECZENIA

Dobre porozumienie z pacjentem jest warunkiem skutecznej terapii i ma podstawowe znaczenie dla wysokiej jakości opieki medycznej.

Edukacja w zakresie kompetencji komunikacyjnych jest od kilkunastu lat integralną częścią wykształcenia klinicznego w większości europejskich i amerykańskich uczelni medycznych. Od kilku lat dużym zainteresowaniem cieszą się też prowadzone w naszej izbie szkolenia z tego zakresu. Zamierzamy tę tematykę poszerzać i kontynuować, stąd obecność cyklu Komunikacja Lekarz–Pacjent na łamach „Primum”. Naszym celem jest przedstawienie aktualnego stanu wiedzy i narzędzi, które mogą być pomocne lekarzom we współpracy z pacjentami. Czekamy na Państwa uwagi i propozycje!

W codziennej praktyce lekarskiej pojawiają się liczne bariery utrudniające stworzenie dobrej relacji z pacjentem. Według Timothy: „nierozpoznanie i brak świadomości istnienia tych barier znacząco zmniejsza potencjał terapeutyczny opieki medycznej. Z tego powodu istotne stało się rozpoznanie i zdefiniowanie barier przy użyciu standardowych technik rozumowania klinicznego. Raz zdefiniowane i zrozumiałe bariery mogą być zmniejszone, a w niektórych sytuacjach rozwiązane za pomocą podjętych działań, np. poprawy umiejętności komunikacyjnych” (Timothy 1989).¹

Czynniki które negatywnie wpływają na relację między lekarzem a pacjentem możemy podzielić na cztery grupy:

- bariery związane z organizacją opieki medycznej,
- bariery związane z pacjentem,
- bariery związane z chorobą,
- bariery związane z lekarzem.

W pierwszej części artykułu zostaną przedstawione elementy z dwóch pierwszych grup, natomiast pozostałe zostaną omówione w części drugiej w następnym numerze.

W wieloośrodkowych badaniach prowadzonych nad skutecznością leków, za aktywnie leczonego pacjenta uznaje się osobę, która przyjmuje co najmniej 80% należytej dawki badanego leku. Uzyskanie takiego poziomu *medication adherence*, rozumianego zgodnie z aktualną definicją WHO jako przestrzeganie zaleceń farmakoterapeutycznych, pozwala na efektywne leczenie chorego.

Na podstawie licznych wyników badań klinicznych wiemy, że tak wysoki poziom *adherence* zostaje osiągnięty niezmiennie rzadko. Według raportu Światowej Organizacji Zdrowia z roku 2003 nieprzestrzeganie zaleceń terapeutycznych dotyczyło około 50% pacjentów chorujących przewlekle. W wieloośrodkowym badaniu P. Kardasa z roku 2011 wykazano jeszcze wyższą częstość nieprzestrzegania zaleceń lekarza u chorych leczonych

przewlekłe. Ponad 80% – w różny sposób – było *non-adherent*, a tylko 16,2% realizowało zalecenia w pełni.

Jednym z głównych czynników wpływających na poziom *adherence* jest jakość relacji lekarza z pacjentem. To oznacza, że w naszym zasięgu jest możliwość wymiernego pozytywnego wpływu na losy pacjentów bez ponoszenia dużych nakładów finansowych. W dążeniu do poprawy rokowania u chorych trzeba wykorzystać wszystkie możliwości poprawy relacji z pacjentem.

Wspólnym celem lekarza i pacjenta jest przywrócenie zdrowia, co powinno ułatwiać ich współpracę. Taki idealny model rzadko jednak obserwuje się w rzeczywistości, skomplikowanej różnorodnymi uwarunkowaniami środowiska społecznego oraz interakcjami między lekarzem a pacjentem. Na potencjalny konflikt, który tkwić może u podstaw relacji lekarz-pacjent, zwrócił uwagę E. Freidson. Potencjalny konflikt między lekarzem a pacjentem jest interakcją między profesjonalistą a laikiem. Lekarz widzi pacjenta z perspektywy swojej wiedzy i znajomości zasad medycznych, natomiast pacjent w sytuacji choroby pełen jest obaw o swoje zdrowie, nieufności w stosunku do lekarza i czuje się upoważniony do kontrolowania swojej sytuacji. Często jego opinia o lekarzu jest pochopnie negatywna i nieobiektywna. Pacjenci zwykle nie mają określonych wymagań co do jakości relacji z lekarzem, ale przy jej braku tracą zaufanie i czują dyskomfort.

Organizacja opieki medycznej może stanowić czynnik sprzyjający prawidłowej relacji z pacjentem. Paradoksalnie znacznie częściej jednak jest odwrotnie. Współczesne przeciążenie lekarza obowiązkami administracyjnymi odsuwa go od chorego. W miejsce powszechnie postulowanej medycyny zorientowanej na pacjenta, medycyna staje się coraz bardziej medycyną zorientowaną na procedury, obowiązki administracyjne oraz rozliczenia. Wymagany i egzekwowany od lekarza proceduralny sposób leczenia sprawia często, że lekarz zmuszony jest do unikania holistycznego spojrzenia na pacjenta.

Mnogość procedur administracyjnych nie zastąpi relacji z pacjentem. Przykładem może być sytuacja, kiedy pacjent składa podpis na druku zgody na terapię, poświadczając, że uzyskał wszystkie informacje dotyczące procedury medycznej i powikłań, a personelowi brakuje czasu i umiejętności, żeby te informacje przekazać.

Wiele barier w tworzeniu właściwej relacji wynika ze szczególnych sytuacji konkretnych chorych.

Każdej poważnej chorobie zwykle towarzyszy poczucie niepewności i strachu, stanowiąc potencjalne źródło trudności w tworzeniu relacji chorego z lekarzem.

W niektórych sytuacjach osoby czujące się źle, zwracając się o pomoc, przyjmując pozycję osoby nadmiernie zależnej, indukując nadmierny paternalizm lekarza. Tacy pacjenci, wracając do zdrowia po okresie intensywnej terapii, czasami gwałtownie reagują na zaprzestanie zabiegów wokół ich osoby. Mogą czuć się zaniedbywani i mieć o to żal. Przeciwnym biegunem są pacjenci, którzy z trudnością przyjmują rolę chorego. Niektórymi kieruje strach przed ewentualnością inwalidztwa lub śmierci i nie potrafią stawić temu czoła, innymi chęć ochrony najbliższych przed bolesną prawdą o ich chorobie. W tej grupie też znajdują się pacjenci dla których sprawność fizyczna zawsze była jedną z głównych wartości: fizykoterapeuci, sportowcy, żołnierze. Często bardzo trudno jest im pogodzić się z faktem, że nie są zupełnie zdrowi i ta postawa powoduje odrzucenie terapii.

Zdarza się, że pacjent tak bardzo pragnie być pomocny, zrealizować oczekiwania lekarza i tak bardzo pragnie przyspieszyć proces leczenia, że nie przyznaje się do żadnych objawów, o które pyta lekarz.

Barierę komunikacyjną, zwłaszcza u starszych pacjentów, stanowią również ograniczenia sprawności: niedosłyszanie, niedowidzenie, zaburzenia pamięci. Czynnikiem utrudniającym budowanie relacji z chorym w podeszłym wieku mogą być również: jego społeczna izolacja, niskie poczucie własnej wartości, utrata współmałżonka bądź przyjaciół.

U niektórych chorych pojawia się system destrukcyjnych przekonań, np. czytanie w myślach lekarza: „*on uważa, że nie potrafię tego zrozumieć*” oraz agresja. Pacjent określany mianem agresywnego często jest człowiekiem głęboko przerażonym sytuacją zdrowotną swoją lub częściej członka swojej rodziny. Czasem wynika to z przeżycia sytuacji błędu medycznego lub przekonania o ryzyku błędów medycznych, innym razem jest wynikiem wysokiego poziomu lęku o zdrowie.

Aldona Katarzyna JANKOWSKA

Timothy E, Quill, MD (1989); Recognizing and Adjusting to Barriers in Doctor-Patient Communication, *Ann Intern Med.* 1 July 1989; 111(1): 51–57

(przedruk z „Primum Non Nocere” nr 3/14)

ELEKTRONICZNE PAPIEROSY

Pierwsze elektroniczne papierosy zostały wyprodukowane w Chinach w 2004 r. Ich twórcą był uzależniony od nikotyny farmaceuta. A wymyślił je po śmierci ojca, palącego papierosy i zmarłego z powodu raka płuc. Obecnie wiadomo, że wcześniejsze próby podejmowane przez koncern tytoniowy Philips Morris nie powiodły się.

Znane jako elektroniczne papierosy, nazywane są także „elektronicznym systemem dostarczania nikotyny”. Można je uznać jako „małe laboratorium”, ponieważ posiadają następujące elementy:

- ustnik – przez który palacz się zaciąga,

- kartridż – gdzie para nikotynowa łączy się z glikolem propylenowym i powstaje mgiełka, przypominająca dym papierosowy,
- atomizer – rozpylający nikotynę,
- czujnik – odnotowujący moment, kiedy osoba paląca zażywa nikotynę,
- mikroprocesor – kontrolujący atomizer i diodę,
- baterię – zasilającą urządzenie,
- diodę – która świeci, kiedy palacz się zaciąga.

E-papierosy szybko rozprzestrzeniły się na całym świecie. W Polsce pali je ponad 500 tys. osób, a w Europie – kilkanaście milionów. Korzystanie z wynalazku podbija serca coraz większej ilości osób uzależnionych od papierosów. I według badań, ich popularność rośnie z każdym rokiem. Miały być nieszkodliwą alternatywą dla tytoniu, który aktualnie pali na świecie 1,3 miliarda ludzi, a w Polsce ponad 10 milionów. Szacuje się, że skutki palenia tytoniu – to jest: koszty leczenia chorób, skracanie życia, zmniejszenie wydajności w pracy, zanieczyszczenie środowiska – kosztują pięć razy więcej niż dochody do budżetu poszczególnych państw. Dodatkowo wiarygodne badania wykazały, że osoby palące tytoń 25–30 lat są 50 razy bardziej narażone na chorobę nowotworową, głównie układu oddechowego, a także innych narządów i żyją 14 lat krócej.

Aktualnie najważniejszym argumentem zdrowotnym dla osób palących e-papierosy jest fakt, że nie wdychają tworzących się podczas spalania tytoniu wielu toksycznych substancji, m. in.:

- gazów odurzających – np. amoniaku, formaldehydu, tlenu chlorowodoru czy tlenu azotu,
- metali ciężkich – np. kadmu, ołowiu, cesu, rtęci, chromu i inne (ok. dwudziestu),
- pierwiastków radioaktywnych – m. in. polonu, fosforu,
- substancji smolistych (najgroźniejszych dla zdrowia) – benzopiren, benzoantracen, naftalen, chryzen, arsen – mających działanie rakotwórcze.

Powstaje jednak problem nikotyny – bardzo szkodliwego związku chemicznego dla serca, mózgu, nerek czy naczyń obwodowych, uszkadzającego śródbłonek naczyń oraz zwiększającego skłonność do tworzenia zakrzepów. Nikotyna, jako jedyny czynnik uzależniający, pobudza w centralnym układzie nerwowym receptory, które uwalniają liczne neurohormony – dopaminę, serotoninę, endorfinę, które przez krótki okres powodują pobudzenie, uczucie przyjemności, poprawę nastroju, osłabienie odczuwania bólu. Jest to tak zwana „pułapka nikotynowa”. Czy e-papierosy są dobrym sposobem zerwania z uzależnieniem, tym bardziej że producenci zachęcają do ich używania, tworząc różne syntetyczne smaki: coli, cytryny, jabłka, czekolady, karmelu, kawy i nawet brandy? Jest to mało prawdopodobne, ponieważ to elektroniczne urządzenie ma zalety, które w konsekwencji mogą stać się wadami. Palacze nie mają najczę-

ściej motywacji do rzucenia nałogu. A e-papieros powoduje, że czują mniejsze zagrożenie utraty zdrowia, mogą samodzielnie regulować ilość nikotyny, a do tego nie muszą opuszczać pomieszczenia, by zapalić papierosa tytoniowego. Osoba paląca e-papieros ponadto nie wyzbywa się charakterystycznego odruchu „gestu palacza” i w sytuacjach towarzyskich, np. przy kawie, chętnie do niego wraca, inhalując nikotynę, zaciągając się więcej niż przy papierosie tytoniowym. Póki co, nie ma zakazu palenia elektronicznych papierosów w zakładach pracy, ale rozpoczyna się w tej sprawie dyskusja i konsekwentnie są wypierane z autobusów i tramwajów.

Wprawdzie aktualnie nie ma jeszcze wiarygodnych badań, które mogłyby zapewnić, że użyte substancje przy produkcji elektronicznych papierosów nie są szkodliwe dla zdrowia palaczy czy otoczenia, ale wiele trzeba wyjaśnić. Np. dr Murraya Laugesen, nowozelandzki specjalista chorób płuc, wykazał obecność śladowych ilości substancji rakotwórczych. A z doniesień brytyjskich badaczy z Londynu wynika, że nikotyna z gumy do żucia aktywuje rakotwórczy gen i prowadzi do rozwoju komórek rakowych w jamie ustnej.

Należy sprawdzić, czy otoczenie palacza nie jest w dłuższym okresie czasu narażone na bierne wchłanianie substancji, które zostały wykryte chociaż w niewielkich ilościach, np. nitrozoaminy i czy policykliczne węglowodory i liczne chemiczne substancje smakowe spalane w temperaturze 200°C, nie podlegają szkodliwym przemianom. Chodzi też o glikol propylenowy, który stosuje się do produktów żywnościowych jako konserwant. Do tej pory nic nie wiadomo jednak – jak działa, gdy człowiek się nim zaciąga.

Należy także prowadzić badania, ilu palaczy naprawdę zerwie ze szkodliwym uzależnieniem i czy nie zdarzają się przypadki przedawkowania toksycznej nikotyny. Obecnie nie ma żadnej kontroli nad warunkami produkcji, zdarzały się zanieczyszczenia benzenem, toluenem czy formaldehydem. Mogą się także zdarzyć uczulenia na substancje używane do produkcji. W Polsce rozpoczęły się badania na Śląskim Uniwersytecie Medycznym przy współpracy z Uniwersytetem w Kalifornii, a onkolodzy rozpoczęli badania na fibroblastach.

Niewątpliwie e-papierosy stały się już jednym z symboli naszych czasów. Na tyle popularnym, że świat stanął przed dylematem: zabraniać czy tolerować. We Włoszech minister zdrowia wprowadził zakaz ich sprzedaży osobom poniżej 18. roku życia, a Rada Unii Europejskiej chce, by obrót nad tymi papierosami objąć nadzorem farmaceutycznym. Także nasi posłowie chcą „wyjąć młodzieży papierosy z ust”, ponieważ sądzą że zdecydowanie utrwalają uzależnienie.

*Włodzimierz JANISZEWSKI
lekarz specjalista epidemiolog*

(przedruk z „Doktora” nr 1/14)

PRAWA I OBOWIĄZKI LEKARZY W POSTĘPOWANIU PRZED SĄDEM I ORGANAMI ŚCIGANIA – CZĘŚĆ I

Wykonując swój zawód, lekarze podlegają różnym rodzajom odpowiedzialności. Może to być odpowiedzialność karna, cywilna czy też zawodowa. W związku z tym lekarze mogą stać się uczestnikami postępowania przez organami ścigania, sądami powszechnymi lub sądami lekarskimi. Zwykle dochodzi do zbiegu tych odpowiedzialności. Dlatego warto zwrócić uwagę na istotne aspekty zachowania lekarza w toku poszczególnych etapów postępowania, ze szczególnym uwzględnieniem znaczenia tajemnicy lekarskiej. Niniejsze opracowanie nie obejmuje zagadnień związanych z odpowiedzialnością zawodową lekarzy, która zostanie omówiona w odrębnym artykule.

Odpowiedzialność cywilna

Lekarz może ponosić odpowiedzialność cywilną wynikającą z różnych podstaw prawnych. Pierwsza z nich – odpowiedzialność deliktowa z art. 415 K.c.¹ wiąże się z popełnieniem przez lekarza czynu niedozwolonego. Warunkami koniecznymi powstania odpowiedzialności z tytułu czynu niedozwolonego są: zawinione działanie bądź zaniechanie lekarza, szkoda oraz związek przyczynowy pomiędzy zawinionym działaniem bądź zaniechaniem lekarza a powstałą szkodą. W sytuacji, gdy pacjent leczy się prywatnie i zawiera z lekarzem umowę o świadczenie usług medycznych (umowa ta może być zawarta w formie ustnej), wówczas prawną podstawę roszczeń stanowi co do zasady art. 471 K.c. W takiej sytuacji lekarz odpowiada za niewykonanie lub nienależyte wykonanie umowy, co jest zwykle związane z niezachowaniem należytej staranności w trakcie udzielania świadczeń zdrowotnych.

W sytuacji, gdy poszkodowany zdecyduje się na dochodzenie roszczeń w drodze procesu cywilnego, lekarz stanie się pozwanym i będzie występował w toku procesu w charakterze strony. Z tym wiąże się liczne prawa i obowiązki lekarza. Przede wszystkim wskazać należy, że lekarz ma prawo do obrony swoich interesów poprzez ustanowienie profesjonalnego pełnomocnika, którym może być radca prawny lub adwokat i warto, aby w każdej sytuacji z takiej pomocy skorzystał. Procedura cywilna jest skomplikowana, obowiązują w niej liczne obostrzenia i rygory, a ogół czynności podejmo-

wanych w toku procesu ma nierzadko decydujące znaczenie dla wyroku sądu.

Zgodnie z art. 6 K.c., ciężar udowodnienia faktu spoczywa na osobie, która z faktu tego wywodzi skutki prawne, i to strony są obowiązane wskazywać dowody dla stwierdzenia faktów, z których wywodzą skutki prawne (art. 232 K.p.c.²). Sąd może wprowadzić dopuścić dowód niewskazany przez stronę, lecz zgodnie ze stanowiskiem Sądu Najwyższego, na sędzie rozpoznającym sprawę nie spoczywa powinność zarządzania dochodzeń mających na celu uzupełnienie i wyjaśnienie twierdzeń stron oraz poszukiwanie dowodów na ich udowodnienie. Do sądu nie należy też przeprowadzanie z urzędu dowodów zmierzających do wyjaśnienia okoliczności istotnych dla rozstrzygnięcia sprawy.³ Tym samym, to na stronach procesu ciąży obowiązek przedstawiania dowodów potrzebnych do rozstrzygnięcia sprawy, a często nieprzedstawienie sądowi wszystkich znanych faktów, dowodów i zarzutów w określonym terminie skutkuje niemożliwością późniejszego ich przytaczania lub powoływania w toku procesu.

Do podstawowych środków dowodowych zalicza się dokumenty urzędowe i prywatne, zeznania świadków, opinie biegłych, oględziny oraz inne środki dowodowe, takie jak grupowe badanie krwi, filmu, telewizji, fotokopii, fotografii, planów, rysunków oraz płyt lub taśm dźwiękowych i innych przyrządów utrwalających albo przenoszących obrazy lub dźwięki. Jeżeli natomiast po wyczerpaniu środków dowodowych lub przy ich braku pozostały niewyjaśnione fakty istotne dla rozstrzygnięcia sprawy, sąd dla wyjaśnienia tych faktów może dopuścić dowód z przesłuchania stron.

Wyjątek stanowi wyrok Sądu Najwyższego – Izba Cywilna z 17 grudnia 2004 r. II CK 303/2004, którego teza brzmi: „Ciężar dowodu wykonania ustawowego obowiązku udzielenia pacjentowi lub jego ustawowemu przedstawicielowi przystępnej informacji, poprzedzającej wyrażenie zgody na zabieg operacyjny (art. 31 ust. 1 w zw. z art. 34 ust. 2 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza, Dz. U. 2002 r. Nr 21 poz. 204 ze zm.), spoczywa na lekarzu.”

Tajemnica lekarska w postępowaniu cywilnym

W tym miejscu należy zwrócić szczególną uwagę na obowiązek zachowania przez lekarza tajemnicy lekarskiej, jako tajemnicy zawodowej. Zgodnie z art. 261 § 2 K.p.c., świadek może odmówić odpowiedzi na zadane mu pytanie m.in. w sytuacji, jeżeli zeznanie miałoby być połączone z pogwałceniem istotnej tajemnicy zawodowej. Przepis ten stosuje się również do przesłuchiwania stron postępowania.

Tajemnica zawodowa, to określona przepisami prawa tajemnica związana z wykonywaniem określonego zawodu. Trwa pomimo śmierci osoby, której dotyczyła. Obowiązek zachowania w tajemnicy informacji związanych z pacjentem, a uzyskanych w związku z wykonywaniem zawodu, statuje art. 40 ust. 1 ustawy z 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2011 r. Nr 277, poz. 1634 ze zm.). W ust. 2 tego przepisu przewidziano następujące sytuacje, gdy lekarz zostaje zwolniony z obowiązku zachowania tajemnicy lekarskiej:

1. tak stanowią ustawy
2. badanie lekarskie zostało przeprowadzone na żądanie uprawnionych na podstawie odrębnych ustaw, organów i instytucji; wówczas lekarz jest obowiązany poinformować o stanie zdrowia pacjenta wyłącznie te organy i instytucje
3. zachowanie tajemnicy może stanowić niebezpieczeństwo dla życia lub zdrowia pacjenta lub innych osób
4. pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy wyraża zgodę na ujawnienie tajemnicy po uprzednim poinformowaniu o niekorzystnych dla pacjenta skutkach jej ujawnienia
5. zachodzi potrzeba przekazania niezbędnych informacji o pacjencie lekarzowi sądowemu
6. zachodzi potrzeba przekazania niezbędnych informacji o pacjencie związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych innemu lekarzowi lub uprawnionym osobom uczestniczącym w udzielaniu tych świadczeń.

W tychże sytuacjach ujawnienie tajemnicy może nastąpić wyłącznie w niezbędnym zakresie.

Do obowiązku zachowania tajemnicy lekarskiej odwołuje się również Kodeks Etyki Lekarskiej, który w art. 23 przewiduje, że: „*Lekarz ma obowiązek zachowania tajemnicy lekarskiej. Tajemnicą są objęte wiadomości o pacjencie i jego otoczeniu uzyskane przez lekarza w związku z wykonywanymi czynnościami zawodowymi*”.

Przepis art. 261 § 2 K.p.c. nie stanowi zatem samodzielnej podstawy uchylenia się od obowiązku zachowania tajemnicy lekarskiej, lecz wręcz przeciwnie, daje lekarzowi możliwość jej respektowania poprzez odmowę udzielenia odpowiedzi na zadane mu pytanie. Tym samym decyzyja w sprawie ujawnienia okoliczno-

ści i faktów objętych tajemnicą lekarską, a także zakresu ich ujawnienia jest pozostawiona osobie powołującej się na tajemnicę zawodową, a lekarz musi zatem sam rozstrzygnąć, które dobro powinno przeważać – charakter relacji łączącej go z pacjentem i jego dobra osobiste, czy dobro osób trzecich i prawidłowość rozstrzygnięcia sądu⁴.

Wyjaśniając pojęcie tajemnicy lekarskiej rozumianej jako tajemnicy dotyczącej informacji związanych z pacjentem, a uzyskanych w związku z wykonywaniem zawodu, wskazać należy, że chodzi tutaj o wszelkie informacje o faktach mających bezpośredni związek z leczeniem i osobą pacjenta, lecz także o faktach, które takiego związku nie mają, np. o stosunkach rodzinnych, zawodowych, osobistych, ogólnej kondycji zdrowotnej pacjenta itp., uzyskane w związku z wykonywaniem czynności zawodowych.⁵ W piśmiennictwie zwraca się uwagę, że w sferze tej tajemnicy mieszczą się zarówno informacje, które pacjent powierzył lekarzowi, jak również stanowiące wynik samodzielnych ustaleń lekarza.

Przykład: Pacjentka lecząca się na nerwicę informuje lekarza o perwersyjnych upodobaniach swojego męża, co jej zdaniem może stanowić przyczynę jej dolegliwości. Informacja ta stanowi tajemnicę zawodową. Jeżeli jednak informację o impotencji męża lekarz uzyskał od jego żony będącej kochanką lekarza podczas czynności zgoła niezawodowych – informacja ta nie będzie objęta tajemnicą zawodową.⁶

Czyn polegający na naruszeniu tajemnicy zawodowej został spenalizowany w art. 266 K.k.⁷, który stanowi, że kto wbrew przepisom ustawy lub przyjętemu na siebie zobowiązaniu ujawnia lub wykorzystuje informację, z którą zapoznał się w związku z pełnioną funkcją, wykonywaną pracą, działalnością publiczną, społeczną, gospodarczą lub naukową, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do lat 2.

Jadwiga JARZĄBKIEWICZ-GÓRNIAK
Radca prawny BIL

¹ Ustawa z 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks cywilny (Dz. U. Nr 16, poz. 93 ze zm.), dalej K.c.

² Ustawa z 17 listopada 1964 r. – Kodeks postępowania cywilnego (Dz. U. Nr 43, poz. 296 ze zm.), dalej K.p.c.

³ Tak m. in. Sąd Najwyższy w wyroku z 17 grudnia 1996 r., sygn. akt I CKU 45/96, OSNC 1997, nr 5–6, poz. 76.

⁴ E. Zielińska, Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty – Komentarz, Warszawa 2008, s. 537

⁵ M. Filar, Odpowiedzialność lekarzy i zakładów opieki zdrowotnej, Warszawa 2004, s. 226–227.

⁶ Tamże, s. 227.

⁷ Ustawa z 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny (Dz. U. Nr 88, poz. 553 ze zm.), dalej K.k.

OBDUKCJA JAKO ŚWIADCZENIE ZDROWOTNE

Co do zasady obdukcja jest szczególnego rodzaju świadczeniem zdrowotnym, które mieści się w dyspozycji art. 2 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry. Na zlecenie pacjenta każdy zatem lekarz może przeprowadzić specjalistyczne badanie stanu zdrowia pacjenta w celu wystawienia stosowanego zaświadczenia, opisującego stwierdzone obrażenia ciała, które jednak w postępowaniu sądowym nie ma waloru dowodowego. Takie badanie zwykle musi być powtórzone, gdyż dowód w sądzie stanowić może tylko obdukcja wydana przez powołanego do tego biegłego (lekarza medycyny sądowej) na zlecenie sądu lub policji w postępowaniu przygotowawczym. W takich przypadkach kwestię jej finansowania regulują odpowiednie przepisy o kosztach biegłych w postępowaniu karnym lub cywilnym.

Nie ma jednak przepisu prawa, który by zawierał zobowiązanie generalne lekarza w ramach wykonywanej praktyki do nieodpłatnego przeprowadzenia badania i wystawienie obdukcji. Wydanie takiego zaświadczenia jest zatem zazwyczaj płatne, nie należy bowiem do świadczeń zdrowotnych gwarantowanych ubezpieczonemu w rozumieniu ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadcze-

niach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jedn. Dz. U. z 2008 r. nr 164, poz. 1027, z późn. zm.). NFZ nie pokryje też świadczeniodawcy kosztów wystawienia samego dokumentu obdukcji, refundacją może być objęte jedynie konkretne świadczenie zdrowotne, które zostanie udzielone przy tej okazji.

Inaczej regulowane są obdukcje dokumentujące użycie przemocy w rodzinie. Wydawanie takich zaświadczeń mieści się w katalogu orzeczeń objętych obowiązkiem świadczeniodawcy w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego (art. 16, ust. 1, pkt 1 przywołanej wyżej ustawy). Jest to zatem świadczenie tzw. gwarantowane, bezpłatne dla pacjenta, za wykonanie którego NFZ zwróci koszty poniesione przez świadczeniodawcę. Wzór takiej obdukcji znajduje się w załączniku do rozporządzenia ministra zdrowia z 22 października 2010 r. w sprawie wzoru zaświadczenia lekarskiego o przyczynach i rodzaju uszkodzeń ciała związanych z użyciem przemocy w rodzinie (Dz. U. nr 201, poz. 1334).

*Paweł LENARTOWICZ
Prawnik OIL w Łodzi
(przedruk z „Panaceum” 4/14)*

ETYKA

KLAUZULA SUMIENIA – JAKO ROZWIĄZANIE KOLIZJI NORM PRAWA STANOWIONEGO Z NORMAMI ŚWIATOPOGLĄDOWYMI

Szeroko rozumiana klauzula sumienia, stanowiąca instytucję nie tylko stricte etyczną, ale również prawną, po licznych i burzliwych kontrowersjach stała się przedmiotem procesu legislacyjnego. Efektem umocowania prawnego jest art. 39 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry z 5 grudnia 1996 r., w myśl którego lekarz może powstrzymać się od wykonania świadczeń zdrowotnych niezgodnych z jego sumieniem, z zastrzeżeniem art. 30 (który statuuje obowiązek udzielania pomocy lekarskiej w każdym przypadku, gdy zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia, oraz w innych przypadkach niecierpiących zwłoki), z tym że ma obowiązek wskazać realne możliwości uzyskania tego świadczenia u innego lekarza lub w podmiocie leczniczym oraz uzasadnić i odnotować ten fakt w dokumentacji medycznej¹. Dalsza część rzeczowej regulacji stanowi, iż lekarz wykonujący swój

zawód na podstawie stosunku pracy lub w ramach służby ma ponadto obowiązek uprzedniego powiadomienia na piśmie przełożonego. Swoistym potwierdzeniem funkcjonowania oraz rangi klauzuli sumienia jest art. 4 Kodeksu Etyki Lekarskiej, zgodnie z którym dla wypełnienia swoich zadań lekarz powinien zachować swobodę działań zawodowych, zgodnie ze swoim sumieniem i współczesną wiedzą medyczną².

Rozważania rozpocząć należy od fundamentalnej w omawianym przedmiocie wartości, jaką jest wolność sumienia. Współczesne rozumienie sumienia wyraża się w propozycji przedstawionej przez D. Sulmasy'ego, w myśl której sumienie łączy poznawcze, motywacyjne i emocjonalne aspekty życia moralnego, prowadząc do moralnej integracji i pełni fundamentalną rolę w sferze życia moralnego³.

W środowisku medycznym od dawna przywiązywano wagę do sumienia lekarskiego i podkreślano jego istot-

na rolę w procesie podejmowania decyzji lekarskiej. Dla przykładu przytoczyć należy regulę przyjętą już w 1884 roku przez Warszawskie Towarzystwo Lekarskie, według której nie powinno się bez słusznej przyczyny odmówić nikomu pomocy lekarskiej, zaś ocenę słuszności przyczyny pozostawia się sumieniu lekarza⁴. O znaczeniu sumienia na płaszczyźnie zawodu lekarza trafnie wypowiadał się również W. Szumowski: „*Żaden kodeks nie jest w stanie przewidzieć wszystkich powikłań życia. Najwyższą instancją powinno być sumienie lekarskie, w którym nad wszystkim górowałaby szlachetność. Lekarz na chorego powinien patrzeć jak na bliźniego, któremu pomoc jest jego szlachetnym ludzkim zadaniem*”⁵.

Wolność sumienia uregulowana jest w licznych aktach prawnych rangi krajowej, a także międzynarodowej. Powszechna Deklaracja Praw Człowieka w art. 1 stanowi, iż wszyscy ludzie rodzą się wolni i równi pod względem swej godności i swych praw – są oni obdarzeni rozumem i sumieniem. Z kolei art. 18 rzeczonoego aktu prawnego wyraża wprost omawianą wartość: „*Każdy człowiek ma prawo do wolności myśli, sumienia i wyznania*.” Tak rozumiana wolność sumienia znajduje potwierdzenie w ratyfikowanych przez Polskę 3 marca 1977 r. Paktach Praw Obywatelskich i Politycznych uchwalonych przez Zgromadzenie Ogólne ONZ 16 grudnia 1956 r. Artykuł 18 ust. 2 rzeczonych Paktów stanowi: „*Nikt nie może podlegać przymusowi, który stanowiłby zamach na jego wolność posiadania lub przyjmowania wyznania albo przekonań według własnego wyboru*”⁶.

Jeśli zaś chodzi o polski porządek prawny, Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z 2 kwietnia 1997 r. zawiera prawa i wolności, które są warunkami *sine qua non* demokratycznego państwa prawnego. Fundamentalna wartość uregulowana jest w art. 53 ust. 1 ustawy zasadniczej, zgodnie z którym każdemu zapewnia się wolność sumienia i religii⁷. Pojęcie „wolność sumienia” nie jest pojęciem ustawowo zdefiniowanym, co nie jest jednoznaczne z obowiązkiem jego interpretacji w sposób wąski. Przeciwnie – jest to wartość podmiotowa, przysługująca każdemu człowiekowi na każdej płaszczyźnie – w szczególności osobistej, społecznej, a także zawodowej. Takich praw, także w pełnieniu swych funkcji, nie są pozbawione więc również osoby wykonujące zawód lekarza.

Wzmiankowane wyżej akty prawne, podkreślając przyrodzoną i niezbywalną godność człowieka oraz przysługującą mu wolność sumienia, wzmacniają rangę prawa naturalnego i akcentują jego wyższość nad prawem stanowionym. Problem w omawianej kwestii pojawia się w momencie, gdy rzeczono regulacje przybierają charakter iluzoryczny – w praktyce są zupełnie pomijane, bądź też wykorzystywane jedynie w sposób wybiórczy dla celów politycznych lub ekonomicznych, tracąc w ten sposób swoje kardynalne, pierwotne znaczenie. Dla przykładu podać można w tym miejscu zaskarżenie

do Trybunału Konstytucyjnego na początku lat 90-tych przepisów Kodeksu Etyki Lekarskiej przez Rzecznika Praw Obywatelskich, gdzie zarzutem była niezgodność Kodeksu z prawem. Trybunał stanął jednak wówczas na stanowisku aprobowującym wyższość norm moralnych nad normami prawnymi. Stwierdził on, iż to właśnie prawo powinno mieć legitymację etyczną, zaś etyka nie wymaga legitymacji legalistycznej⁸.

Kontynuując powyższe rozważania zaznaczyć należy, iż nie jest również zasadne akceptowanie i praktykowanie wyłącznie skrajnych poglądów, a więc – zastąpienie czysto aksjologicznego ujęcia praktyki medycznej modelem kontraktalistycznym. Drugi z wymienionych poglądów traktuje medycynę jako swoisty towar, pozbawiając ją jej wewnętrznej moralności na rzecz celu zewnętrznego kreowanego dowolnie przez autonomię pacjentów i społeczeństwa⁹. W sposób drastyczny opisuje tę tendencję amerykański bioetyk Edmund Pellegrino: „*(...) zmusza się lekarzy katolickich, aby dokonali wyraźnego wyboru, albo będą spełniać warunki społecznego kontraktu i wykonywać wszystko, co jest prawnie i społecznie zalegalizowane, albo muszą porzucić swoje specjalizacje medyczne, w których wymagane są usługi, co do których mają moralne obiekty*”¹⁰.

Niektórzy autorzy wysuwają twierdzenia, iż instytucja klauzuli sumienia stanowi poważne zagrożenie dla demokratycznych zasad równości, sprawiedliwości oraz przyczyniać się może do poważnej niewydolności w systemie służby zdrowia. J. Savulescu optował za ograniczeniem przedmiotowej instytucji ze względu na dobro pacjentów oraz efektywność i jakość opieki zdrowotnej, bowiem podjęcie zawodu lekarza implikuje bezwarunkowy obowiązek wykonywania dla pacjentów wszystkich dopuszczalnych prawnie świadczeń medycznych, bez względu na wewnętrzne przekonania etyczne w stosunku do danej usługi¹¹. Podobne poglądy wyraził R. Rhodes, według którego wyrażanie sprzeciwu sumienia jest sprzeczne z zasadą altruizmu, albowiem lekarz wyżej stawia spokój własnego sumienia niż pomoc pacjentowi¹². Niektórzy niestety postrzegają wartości etyczne (zwłaszcza religijne) jako wynik arbitralnych i nieracjonalnych wyborów, nie uwzględniając w ten sposób faktu, iż dla wielu osób wrażliwych moralnie istnieje kluczowa dla nich hierarchia wartości, którą indywidualnie kształtują.

Przedstawione reguły skrajnej teorii kontraktalistycznej niezgodne są z międzynarodowymi oraz krajowymi standardami ochrony fundamentalnych praw człowieka w zakresie wolności sumienia. Zupełna negacja funkcjonowania wartości sumienia w medycynie może przekształcić wykonywanie zawodu lekarza w element systemu totalitarnego, gdzie nadrzędnej efektywności służby zdrowia podporządkowane będą indywidualne poglądy poszczególnych jednostek. Dlatego też, jak wskazuje M. Wicclair, nie można uzasadniać zakazu powoływania się

na klauzulę sumienia, tym, że powoduje to niedogodności dla pacjenta czy też systemu ochrony zdrowia – integralność moralna po stronie lekarza jest wartością wyższą niż wspomniane utrudnienia¹³. Najważniejszym jednak argumentem za funkcjonowaniem instytucji klauzuli sumienia jest fundamentalne założenie, iż zarówno pacjent, jak i lekarz powinni wzajemnie respektować swoją godność i wyznawane wartości.

Reasumując przedstawione powyżej poglądy, zauważyć należy, iż przyjęcie, jako wyłącznej, teorii kontraktalistycznej albo skrajnej teorii aksjologicznej w każdym przypadku naruszać będzie zasadę wolności sumienia. Lekarz nie może bowiem zostać pozbawiony prawa do własnych przekonań, hierarchii wartości oraz swej wewnętrznej aksjologii. Moralność każdego człowieka ukształtowana jest elementami niepowtarzalnymi – sposobem wychowania jego osoby, osobistymi przeżyciami, stopniem wrażliwości, przekonaniem religijnym oraz światopoglądowymi. Niemożliwym i niezasadnym jest oczekiwać od poszczególnych lekarzy szablonowych zachowań wobec każdego pacjenta i jego przypadku medycznego. Istotne jest więc znalezienie niejako „złotego środka”, z uwzględnieniem personalistycznego ujęcia, zarówno klauzuli sumienia, jak i szeroko pojętej moralności.

Wskazany na wstępie przepis art. 39 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty stanowi próbę wyważenia dwóch, fundamentalnych wartości – z jednej strony jest to wolność sumienia lekarza, z drugiej zaś życie i zdrowie pacjenta. Niekoniecznie w sposób ramowy wyznacza kryteria ochrony sumienia, w celu zniwelowania moralnego dylematu lekarza. Jednakże pozorne rozwiązanie rzeczowego dylematu rodzi kolejne rozterki – chodzi w tym miejscu o zastrzeżenie art. 30, a więc o niemożność powołania się na klauzulę sumienia w każdym przypadku, gdy zwłoka w udzieleniu pomocy lekarskiej mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia, oraz w innych przypadkach niecierpiących zwłoki. Ocena sytuacji należy więc do lekarza, który ponownie zmuszony jest do dokonania swoistego wartościowania, czy zagrożone dobra usytuowane są w hierarchii wyżej niż jego indywidualna wolność sumienia¹⁴. Zasadnym jest więc stwierdzenie, iż zastrzeżenie wyjątku od klauzuli sumienia przewidziane w art. 30 określone jest w sposób nieostry, nakładając na lekarza wyłączną odpowiedzialność za pogodzenie kardynalnych wartości życia oraz zdrowia ludzkiego z wartością samodecydowania.

Dodatkową trudność stanowi szerokie spektrum znaczeniowe pojęcia „przypadek niecierpiący zwłoki”. Przykłady te bowiem odnoszą się do każdej okoliczności, zarówno tej, która bezpośrednio zagraża życiu oraz tej, która stwarza jedynie pośrednio zagrożenie dla życia pacjenta. Takie sformułowanie obowiązku udzielenia pomocy medycznej oznacza, że każdy lekarz jest zobowiązany do jej udzielenia zawsze wtedy, gdy opóźnienie tej pomo-

cy może pacjentowi zaszkodzić. Ostatecznie wydaje się więc, że – w świetle regulacji zawartej w art. 30 powołanej ustawy – przypadek niecierpiący zwłoki definiuje nie tyle rodzaj prawdopodobnych niekorzystnych skutków (ciężkich lub lekkich) dla życia i zdrowia pacjenta, co niemożność odłożenia (przesunięcia) w czasie pomocy lekarskiej, której niezwłoczne udzielenie przez lekarza, według wiedzy i doświadczenia medycznego, może zapobiec powstaniu u pacjenta takich skutków¹⁵.

Podkreślić należy, iż instytucja klauzuli sumienia upoważnia wyłącznie do powstrzymania się od dokonania interwencji medycznej, ale nie upoważnia do jej podjęcia. Nie można więc, powołując się na klauzulę sumienia, dokonać interwencji medycznej, która byłaby sprzeczna z prawem lub zasadami etyki zawodowej. Nadto, niemożliwym jest zbiorowe skorzystanie z omawianej instytucji – sumienie jest bowiem kategorią indywidualną, więc na klauzulę sumienia powoływać się mogą tylko poszczególne osoby. Dlatego też za niedopuszczalne należy uznać deklarację, że w danym szpitalu nie spełniane jest z przyczyn etycznych określone świadczenie medyczne dopuszczalne z punktu widzenia prawnego.

Przy dokonywaniu oceny prawnej dopuszczalności kierowania się klauzulą sumienia, sprawdzeniu nie podlega motywacja etyczna danego lekarza, lecz okoliczność, czy działanie, którego nie podjęto ze względów moralnych, było niezbędne z uwagi na niebezpieczeństwo utraty życia pacjenta, ciężkiego uszkodzenia jego ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia, bądź inny przypadek niecierpiący zwłoki. Istotnym jest również fakt, konflikt z sumieniem lekarza może dotyczyć jedynie określonego świadczenia zdrowotnego, nie zaś osoby pacjenta – powoływanie się więc na klauzulę sumienia jest niedopuszczalne w celu dyskryminacji określonej grupy pacjentów ze względu na rasę, narodowość, poglądy polityczne, przekonania religijne czy orientację seksualną.

Przechodząc do omówienia ogólnych zasad skorzystania przez lekarza z klauzuli sumienia, scharakteryzować należy szczegółową procedurę odnoszącą się do przedmiotowej instytucji. Jak już wspomniano, w przypadku lekarzy wykonujących swój zawód na podstawie stosunku pracy, są oni zobowiązani do powiadomienia przełożonego o fakcie powstrzymania się od wykonania świadczenia zdrowotnego niezgodnego z ich sumieniem. Lekarz jest również zobowiązany do uzasadnienia i odnotowania tego faktu w dokumentacji medycznej i powinien wskazać realne możliwości uzyskania tego świadczenia u innego lekarza lub w innym zakładzie opieki zdrowotnej. W ten sposób, w miejsce sumienia lekarza wstępuje sumienie przełożonego (który podejmuje dalsze decyzje w omawianym przedmiocie) albo sumienie wskazanego lekarza, przez co dylematy moralne scedowane są na osobę przełożonego, bądź też inne podmioty.

Odmierna sytuacja ma miejsce w kontekście działania zespołowego – lekarz będący członkiem zespołu

chirurgicznego, który odpowiednio wcześniej powiadomi przełożonego, iż sumienie nie pozwala mu wziąć udziału w danym zabiegu, może zostać wyłączony z rzeczowego zespołu. Wyłączenie takowe nie jest natomiast możliwe w trakcie wykonywania zabiegu, bowiem uznać należy, że w trakcie zabiegu w każdej sytuacji zachodzą okoliczności określone w art. 30 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty¹⁶.

Do najczęściej występujących sytuacji, w których przedstawiciele zawodu medycznego korzystają z instytucji klauzuli sumienia należą:

- Zabiegi aborcji,
- Problematyka antykoncepcji (zwłaszcza tzw. antykoncepcji postkoitalnej),
- Sterylizacja,
- Zapłodnienie pozaustrojowe,
- Macierzyństwo zastępcze,
- Eutanazja,

Stosowanie leków i szczepionek, których produkcja oparta jest na wykorzystaniu komórek embrionalnych oraz tkanek płodowych.

Tytułem podsumowania rozważań w przedmiocie autonomii sumienia lekarskiego należy podnieść, iż istotą wprowadzenia klauzuli sumienia był zamiar zapobiegania sytuacjom, w których prawo pacjenta do wykonania kontrowersyjnego moralnie świadczenia miało większe gwarancje prawne, niż prawo do odmowy tego świadczenia przez lekarza. Co więcej, omawiana instytucja dąży do zrównoważenia prawa personelu medycznego do sprzeciwu sumienia z prawem pacjenta do uzyskania usług medycznych gwarantowanych przez prawo. Budzi to liczne kontrowersje oraz konflikty, bowiem z jednej strony lekarz obowiązany jest do udzielania pomocy oraz postępowania zgodnie z przysięgą Hipokratesa, z drugiej zaś – jego prawo do sprzeciwu sumienia, który zakorzeniony jest w godności ludzkiej, stoi na straży wolności i odpowiedzialności, a więc fundamentów życia społecznego. Niniejszy aksjologiczny paradoks nie jest odpowiednio rozwiązany w polskim porządku prawnym,

ponieważ w obecnym ustawodawstwie moralność lekarza nie podlega pełnej i kompleksowej ochronie. Jedną z głównych przyczyn takiego stanu rzeczy jest funkcjonowanie swoistego przymusu prawnego do pośredniego udziału lekarza w procedurze, której moralnie nie akceptuje, poprzez nałożenie obowiązku wskazania lekarza gotowego ją zrealizować. Regulacje krajowe dotyczące zakresu obowiązku świadczenia usług medycznych oraz okoliczności ich odmowy, wymagają więc diametralnego sprecyzowania.

Małgorzata ŚWIECA
Kancelaria Prawna „Świeca i Wspólnicy” Sp. k.

¹ Dz. U. z 1997 r. Nr 28, poz. 152.

² Kodeks Etyki Lekarskiej. Tekst jednolity z 2 stycznia 2004 r., zawierający zmiany uchwalone 20 września 2003 r. przez Nadzwyczajny VII Krajowy Zjazd Lekarzy, Warszawa, NRL, 2004; art. 4

³ J. Haberk, Sumienie medycyny i litera prawa w obrocie życia i zdrowia ludzkiego, w: Lege Artis. „Problemy prawa medycznego”, Poznań 2007.

⁴ I. Kennedy, A. Grubb, Medical Law, Butterworths, London, Dublin, Edinburgh 2000.

⁵ Kongregacja Nauki Wiary. Questio de abortu. Deklaracja o przerywaniu ciąży (1974), [w:] K. Szczygiel (red.), W trosce o życie. Wybrane dokumenty Stolicy Apostolskiej, Biblos, Tarnów 1998, s. 303–315

⁶ Dz. U. Nr 38, poz. 167 i 168.

⁷ Dz. U. z 1997 r. Nr 78, poz. 483.

¹¹ A. Zoll, Prawo lekarza do odmowy udzielenia świadczeń zdrowotnych i jego granice. Teza nr 2. „Prawo i Medycyna” 2003, nr 13.

¹² Tamże.

¹³ Tamże.

¹⁴ M. Nesterowicz, Prawo medyczne, Toruń 2005.

¹⁵ E. Zielińska, Odpowiedzialność zawodowa lekarza i jej stosunek do odpowiedzialności karnej, Warszawa, Liber, 2001.

¹⁶ L. Kubicki, artykuł, PiM.1999.4.5, Sumienie lekarza jako kategoria prawna. Teza nr 2.

(przedruk z „Vox Medici” nr 1/14 – tekst pierwotnie ukazał się w numerze 145/14 „Radcy Prawnego”)

MEDYCYNĄ PO DYPLomie

NIEKORZYSTNE INTERAKCJE DOUSTNYCH LEKÓW PRZECIWZAKRZEPOWYCH

Doustne leki przeciwzakrzepowe (DA) stosowane zarówno w celach profilaktycznych, jak i terapeutycznych są przyjmowane przez coraz większe populacje pacjentów. Z obserwacji klinicznych wynika wprost, że wraz ze wzrostem liczby stosujących je pacjentów wzrasta także ilość powikłań występujących często jako konsekwen-

cja ich niekorzystnych interakcji z innymi równocześnie przyjmowanymi przez pacjenta lekami.

Spośród DA najczęściej w warunkach polskich stosowane są acenokumarol (Sintrom), warfaryna (Warfin), dabigatran (Pradaxa) oraz rywaroksaban (Xarelto). Należy podkreślić, że wszystkie wymienione leki mogą

wchodzić w niekorzystne interakcje z innymi przyjmowanymi przez pacjenta lekami oraz suplementami diety, co nakazuje zachowanie ostrożności w przypadku stosowania terapii skojarzonej.

U pacjentów przyjmujących DA oraz wyciągi z żeńszenia i miłorzębu japońskiego zawarte zarówno w lekach, jak i suplementach diety wzrasta ryzyko wystąpienia krwawień.

W przypadku stosowania rywaroksabanu nie zaleca się równoczesnego podawania leków ziołowych i suplementów zawierających wyciągi z dziurawca, które mogą ograniczać skuteczność przeciwzakrzepową rywaroksabanu.

W przypadku stosowania acenokumarolu, który blisko w 99% wiąże się z białkami krwi, należy uważać w przypadku jednoczesnego podawania niesteroidowych leków przeciwzapalnych (NLPZ), które wypierają acenokumarol z połączeń z białkami, nasilając jego działanie antykoagulacyjne.

W przypadku konieczności łącznego podawania NLPZ i acenokumarolu zaleca się monitorowanie wskaźnika INR i adekwatne do potrzeb klinicznych dobranie dawki acenokumarolu. Z innych leków, które nasilają działanie acenokumarolu w mechanizmach interakcji farmakokinetycznych należy wymienić allopurinol, amiodaron, erytromycynę, klarytromycynę, fibraty, hormony tarczycy oraz simwastatynę. Konsekwencją tych interakcji może być wzrost ryzyka występowania krwawień. Acenokumarol w przeciwieństwie do warfaryny nie wchodzi w niekorzystne interakcje z paracetamolem.

W praktyce możemy spotkać się także z interakcjami, które doprowadzają do spadku aktywności przeciwzakrzepowej acenokumarolu. Dotyczy to sytuacji, gdy lek jest podawany jednocześnie z karbamazepiną lub okskarbazepiną oraz ryfampicyną i lekami z grupy antacidów.

Bardziej złożone oraz istotne klinicznie interakcje zachodzą podczas stosowania warfaryny łącznie z innymi lekami. Wynika to z faktu, że silniejszy w swoim efekcie antykoagulacyjnym izomer S warfaryny jest metabolizowany przez CYP2C9, podczas gdy izomer R ulega metabolizmowi przy udziale CYP1A2 i - w mniejszym stopniu – przy udziale CYP3A4 oraz CYP2C19. Wynika z tego większe ryzyko interakcji w polifarmakoterapii, gdy jako jeden z jej składników podawana jest warfaryna.

Należy unikać kojarzenia warfaryny z paracetamolem, gdyż może prowadzić to do wzrostu ryzyka krwawień. Znaczne ryzyko powikłań krwotocznych występuje w trakcie łącznego podawania warfaryny z fluoksetyną, fluwoksaminą oraz amitryptyliną. Najmniejszym ryzykiem interakcji z warfaryną spośród SSRI charakteryzuje się escitalopram.

Efekt antykoagulacyjny warfaryny nasilają azolowe leki przeciwgrzybicze, w tym mikonazol stosowany jako żel do jamy ustnej, fibraty, leflunomid, orlistat, ome-

prazol i esomeprazol. Niewielkie ryzyko interakcji może wiązać się z jednoczesnym stosowaniem warfaryny i tramadolu.

NLPZ wypierają warfarynę z połączeń z białkami krwi, stąd też należy podczas konieczności stosowania tych 2 grup leków monitorować wskaźnik INR. Nasilenie działania warfaryny może nastąpić również podczas łącznego jej podawania z ciprofloksacyną, lewofloksacyną, a także cefuroksymem.

Skuteczność warfaryny w mechanizmie interakcji farmakokinetycznych mogą zmniejszać leki z grupy antacidów oraz cyklosporyna. Pacjentom leczonym warfaryną należy odradzać picie zielonej herbaty, która może ograniczyć aktywność przeciwzakrzepową leku.

Oczywiście w niniejszym opracowaniu zostały wymienione tylko interakcje o największym znaczeniu praktycznym, jednak w każdym przypadku stosowania polifarmakoterapii należy monitorować stan pacjenta, INR, aby natychmiast reagować na wszelkie nieprawidłowości.

Pomimo tego, że dabigatran oraz rywaroksaban wydają się być bezpieczniejszą alternatywą dla doustnych antagonistów witaminy K, nie wolno zapominać, że także te leki mogą w politerapii wchodzić w niekorzystne interakcje z innymi równocześnie stosowanymi lekami.

Dabigatran nie jest metabolizowany przez izoenzymy cytochromu P450, jednak jest substratem dla P-glikoproteiny, stąd też należy zachować ostrożność podczas jego łącznego podawania z inhibitorami P-glikoproteiny, takimi jak werapamil, amiodaron, klarytromycyna. W takich sytuacjach może dochodzić do nasilenia działania przeciwzakrzepowego leku. Nie należy także łączyć dabigatranu z pantoprazolem z uwagi na zmniejszenie działania przeciwzakrzepowego DA. Do ograniczenia efektu antykoagulacyjnego może dochodzić również przy skojarzeniu dabigatranu z ryfampicyną oraz wyciągami z dziurawca. Dabigatran w ponad 85% wydalą się z moczem, stąd też należy zwracać uwagę na wszelkie interakcje doprowadzające w swojej konsekwencji do pogorszenia funkcji filtracyjnej nerek.

Rywaroksaban jest metabolizowany przez izoenzymy cytochromu P450, głównie CYP3A4. Z klinicznego punktu widzenia najistotniejsze znaczenie mają interakcje z niektórymi azolowymi lekami przeciwgrzybiczymi, w szczególności z itrakonazolem, worykonazolem oraz pozakonazolem.

Ryzyko krwawień wzrasta podczas łącznego stosowania wszystkich DA z lekami przeciwpłytkowymi.

*Jarosław WORON, Ryszard KORBUT
Katedra Farmakologii UJ CM WL Kraków,
Zakład Farmakologii Klinicznej
Uniwersytecki Ośrodek Monitorowania
i Badania Niepożądanych Działań Leków*

(przedruk z „Galicyskiej Gazety Lekarskiej” nr 2/14)

Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego w Warszawie w partnerstwie z **Ministerstwem Zdrowia** realizuje projekt systemowy pn. „*Wsparcie systemu kształcenia ustawicznego personelu medycznego w zakresie opieki geriatrycznej*”, współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego, którego celem jest poprawa opieki nad osobami starszymi w Polsce.

W ramach projektu przygotowano innowacyjną ofertę szkoleń w ramach doskonalenia zawodowego dla lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej (POZ), którzy w swojej codziennej praktyce rozwiązują problemy zdrowotne osób 65+.

Szkolenia w formie kursów doskonalących dla lekarzy POZ z zakresu opieki geriatrycznej realizowane są na podstawie programów kształcenia opracowanych przez zespoły eksperckie pod kierunkiem wybitnych specjalistów z zakresu geriatry i stanowią nowość na rynku ofert szkoleniowych w Polsce w tym zakresie.

Podstawowe informacje dla lekarzy zainteresowanych uczestnictwem w kursie:

- czas trwania kursu – 21 godzin = 3 dni (robocze lub weekendowe), • kurs przeznaczony dla lekarzy POZ, niezależnie od posiadanej specjalizacji oraz dla lekarzy odbywających specjalizację z medycyny rodzinnej, • kurs bezpłatny, • uczestnicy otrzymują dofinansowanie na pokrycie kosztów dojazdów i noclegów, • za udział w kursie uczestnik otrzymuje 16 punktów edukacyjnych w oparciu o Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 6 października 2004 r. w sprawie sposobu dopełnienia obowiązku doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentystów (Dz. U. Nr 231, poz. 2326, z późn. zm.).

Najbliżej województwa opolskiego kursy realizuje **Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach** pod kierownictwem naukowym **Państwa dr hab. n. med. Jana Szewieczka**.

Poniżej lista kursów wraz z terminami realizacji:

- Kurs nr: L/2-744/0-00-006-2014, w dniach 10-12.10.2014 r. • Kurs nr: L/2-744/0-00-007-2014, w dniach 15-17.11.2014 r. • Kurs nr: L/2-744/0-00-008-2014, w dniach 12-14.12.2014 r.

Zgłoszenia na kursy należy nadsyłać na adres e-mail: **smr2@cmkp.edu.pl** lub telefonicznie pod nr (22) 56 01-080 lub 608 590 580 (osoba upoważniona do kontaktu – Pani Teresa Witkowska, Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, ul. Kleczewska 61/63, 01-826 Warszawa).

Zapraszamy wszystkich lekarzy POZ do wzięcia udziału w innowacyjnym przedsięwzięciu, którego realizacja może przyczynić się do stworzenia podstaw dla nowej jakości opieki nad seniorami w Polsce.

Więcej informacji nt. projektu znajdą Państwo na stronach internetowych **www.cmkp.edu.pl** i **www.geriatrya.mz.gov.pl**



Ginekologia i położnictwo – nowe trendy
Serdecznie zapraszamy na kolejną edycję konferencji **Ginekologia i Położnictwo – Nowe Trendy**, która odbędzie się 6-7 czerwca 2014 r. w Poznaniu.

Jak zwykle nie zabraknie na niej tematów trudnych i kontrowersyjnych, takich jak choćby choroby układu sercowo-naczyniowego u kobiet w ciąży, zakażenia HIV czy problem cięcia cesarskiego, któremu poświęcimy szczególnie dużo uwagi, zwłaszcza w aspekcie prawnym. Będziemy szukali bardzo rzeczowych i bardzo precyzyjnych sposobów postępowania, co pozwoli ginekologom i położnikom na uniknięcie kłopotów wynikających z nieprawidłowo wykonywanych procedur medycznych. Tradycyjnie sesje naukowe będą zwieńczone ringami merytorycznymi, w trakcie których będą się spierać eksperci. **Uczestnicy kongresu otrzymują punkty edukacyjne.**

Termin: 6-7 czerwca 2014 r.

Miejsce: Poznań, IBB Andersia Hotel, Plac Władysława Andersa 3

Kierownik Naukowy: prof. dr hab. Maciej Wilczak

Organizatorzy: Katedra i Zakład Edukacji Medycznej Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Katedra i Klinika Zdrowia Matki i Dziecka Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Oddział Wielkopolski Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego, wydawnictwo *Termedia*

Patronat Honorowy: JM Rektor Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu prof. dr hab. Jacek Wysocki, Krzysztof Kordel Prezes Okręgowej Rady Lekarskiej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej

Biurowo 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**



IV Zjazd Polskiego Towarzystwa Medycyny Paliatywnej 2014

Zapraszamy w dniach 18-20 września do Wrocławia na **IV Zjazd Polskiego Towarzystwa Medycyny Paliatywnej**. Postaramy się, aby był to czas zapoznania się z najnowszymi osiągnięciami i trendami w medycynie palia-

tywnej, a także wymiany doświadczeń w pracy w opiece paliatywnej i hospicyjnej.

Tematy Zjazdu: Kontrola bólu i innych objawów u pacjentów z zaawansowanymi i wyniszczającymi chorobami, Współpraca medycyny paliatywnej z innymi dziedzinami medycyny klinicznej, Rola paliatywnego leczenia onkologicznego u pacjentów objętych opieką paliatywną, Opieka paliatywna u pacjentów bez choroby nowotworowej, Opieka paliatywna u ludzi starych, Perinatalna opieka paliatywna, Problemy psychospołeczne i duchowe u pacjentów z zaawansowanymi i wyniszczającymi chorobami, Zagadnienia prawne i etyczne w opiece paliatywnej, Problemy oceny jakości organizacji i jakości życia pacjentów w opiece paliatywnej, Znaczenie ogólnopolskiego ruchu hospicyjnego dla rozwoju opieki i medycyny paliatywnej w kraju.

Tematy warsztatów: Opieka duchowa w hospicjum, Dokumentacja i problemy prawne w opiece paliatywnej, Rola psychologa w interwencjach kryzysowych w opiece paliatywnej, Leczenie ran i odleżyn. **Uczestnicy konferencji otrzymają punkty edukacyjne.**

Termin: 18-20 września 2014 r.

Miejsce: Wrocław, Sale wykładowe Wydziału Prawa, Administracji i Ekonomii Uniwersytetu Wrocławskiego, mieszczącego się przy ulicy Uniwersyteckiej 7-10,

Organizatorzy Zjazdu: Polskie Towarzystwo Medycyny Paliatywnej, Wrocławskie Towarzystwo Opieki Paliatywnej im. dr. Jerzego Szkarłata, Hospicjum Dobre i Poradnia Medycyny Paliatywnej przy Dolnośląskim Centrum Onkologii

Patronat Honorowy Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej Bronisława Komorowskiego

Komitet Honorowy: Marszałek Województwa Dolnośląskiego Rafał Jurkowlaniec, Prezydent Wrocławia Rafał Dutkiewicz, JM Rektor Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu prof. dr hab. Marek Ziętek, Dziekan Wydziału Prawa, Administracji i Ekonomii Uniwersytetu Wrocławskiego dr hab. prof. nadzw. UWł Włodzimierz Gromski, Dyrektor Naczelny Dolnośląskiego Centrum Onkologii Andrzej Tatuśko, Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa Dolnośląskiego Centrum Onkologii dr n. med. Maria Jagas, Arcybiskup Metropolita Wrocławski ks. Józef Kupny

Patronat: czasopismo „Medycyna Paliatywna”

Przewodnicząca Komitetu Naukowego: prof. dr hab. Krystyna de Walden-Gałuszko

Przewodnicząca Komitetu Organizacyjnego: dr n. med. Anna Orońska

Biurowo 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**



WARSZAWA, 10–11 października 2014 r.

Ophthalmology In Practice

Zapraszamy na konferencję *Ophthalmology in practice*, która jest kontynuacją corocznie organizowanych w Warszawie spotkań *Okulistyka w praktyce*. Ideą spotkań jest interdyscyplinarne spojrzenie na zagadnienia schorzeń okulistycznych. Tym razem konferencja będzie także polem do dyskusji pomiędzy okulistą a lekarzami innych specjalności. Będziemy gościć reumatologów, kardiologów, alergologów, ginekologów, neonatologów, neurologów oraz lekarzy chorób zakaźnych. Wykłady będą zawierały praktyczne wskazówki, jak wspólnie sprawować opiekę nad pacjentami.

Termin: 10–11 października 2014 r.

Miejsce: Warszawa

Rada programowa: prof. dr hab. n. med. Iwona Grabska-Liberek kierownik Kliniki Okulistyki, Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego w Warszawie prof. dr hab. n. med. Dariusz Kęćk kierownik Katedry i Kliniki Okulistyki, Warszawski Uniwersytet Medyczny I Wydział Lekarski prof. dr hab. n. med. Jerzy Szaflik kierownik Katedry i Kliniki Okulistyki, Warszawski Uniwersytet Medyczny II Wydział Lekarski, prof. dr hab. n. med. Marek Rękas kierownik Kliniki Okulistyki, Wojskowy Instytut Medyczny w Warszawie

Organizatorzy: Klinika Okulistyki Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego w Warszawie, Katedra i Klinika Okulistyki Warszawski Uniwersytet Medyczny I Wydział Lekarski, Katedra i Klinika Okulistyki Warszawski Uniwersytet Medyczny II Wydział Lekarski, Klinika Okulistyki Wojskowy Instytut Medyczny w Warszawie, wydawnictwo *Termedia*

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



WARSZAWA 12–13 czerwca 2014 r.

VIII Konferencja Hospital Management Wyzwania 2014

Już po raz ósmy spotkamy się w Warszawie na *Konferencji Hospital Management*. Konferencja na trwałe wpisała się w kalendarz najważniejszych wydarzeń rynku medycznego w Polsce i zyskała opinię najbardziej wartościowej merytorycznie, a przy tym najbardziej prestiżowej. Tematem wiodącym tegorocznej Konferencji Hospital Management jest „Innowacyjny szpital – wyzwania 2014”. Unia Europejska kła-

dzie duży nacisk na innowacyjność, co znajduje odzwierciedlenie w polityce budżetowej UE na najbliższe lata. W Polsce powstało już nawet kilka kłastrów medycznych, które planują pozyskiwanie nowoczesnych technologii dla szpitali dzięki środkom UE. Istotnym bodźcem stymulującym cyfryzację szpitali jest planowane wprowadzenie obowiązkowej dokumentacji medycznej w formie elektronicznej. Polskie szpitale znajdują się ponadto pod stale wzrastającą presją ze strony decydentów oraz mediów. Postawienie na innowacyjność jest jednym z ważniejszych elementów zapewnienia wysokiej jakości usług i utrzymania właściwej pozycji szpitali na rynku ochrony zdrowia.

Konferencja jest organizowana z myślą o prezesach i dyrektorach szpitali, kadrze menedżerskiej szpitali wyższego i średniego szczebla, lekarzach pełniących funkcje zarządcze, przedstawicielach organizacji pracodawców sektora ochrony zdrowia, przedstawicielach organizacji pacjentów, przedstawicielach branży technologii medycznych, firm farmaceutycznych i informatycznych.

Data: 12–13 czerwca 2014 r.

Miejsce: Warszawa, Radisson Blu Centrum Hotel, ul. Grzybowska 24

Organizatorzy: Wydawnictwo *Termedia* sp. z o.o., Akademia „Menedżera Zdrowia”, Czasopismo *Menedżer Zdrowia*

Współpraca: Polska Federacja Szpitali

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

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



3 Mistrzostwa Polski Lekarzy w Lekkiej Atletyce

W dniach 5–6.07.2014 r. na Stadionie Miejskim w Radomiu ul. Narutowicza 9 odbędą się 3 Mistrzostwa Polski Lekarzy w Lekkiej Atletyce. Zawody organizowane będą równolegle z 24 Mistrzostwami Polski Weteranów w Lekkiej Atletyce.

Osoba uczestnicząca w zawodach może być klasyfikowana podwójnie (kobieta, która ukończyła 30, a mężczyzna 35 rok życia) zarówno w mistrzostwach weteranów, jak i lekarzy. Klasyfikacja lekarzy odbywać się będzie w kategorii „open”.

Medale mistrzostw w poszczególnych konkurencjach otrzymają najlepsi po przeliczeniu wyników na punkty, z uwzględnieniem kategorii wiekowych stosowanych w sporcie weteranów.

Rywalizacja w MPL odbywać się będzie w następujących konkurencjach: 100, 200, 400, 1500, 5000, skok w dal, skok wzwyż, trójskok, pchnięcie kulą, rzut dyskiem, rzut oszczepem. Możliwe jest poszerzenie zakresu konkurencji w sytuacji dodatkowego zainteresowania udziałem w konkurencjach nie ujętych w wykazie.

Osoby chętne do udziału w Mistrzostwach proszone są o kontakt z organizatorem mistrzostw: telefoniczny 504-101-375 lub e-mail: julekp@onet.pl.

Komunikat organizacyjny i karta zgłoszenia do Mistrzostw dostępne na stronie www.pzwla.eu

Przewodniczący Komitetu Organizacyjnego 24 MPW i 3 MPL

Lek. med. Julian PELKA, K-P OIL Toruń

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Zaodrze” w Opolu zatrudni lekarza pediatrę lub lekarza medycyny rodzinnej (także w trakcie specjalizacji) do pracy w Poradni Dziecięcej. Kontakt tel.: 77/457-33-38, 77/474-46-92.

Zatrudnię lekarza internistę lub rodzinnego do pracy w przychodni ogólnej na etat lub na godziny. Kontakt telefoniczny – 530-101-303, 602-384-460. **Przychodnia Rodzinna** ul. Stanisława Moniuszki 16, 47-100 Strzelce Opolskie.

Szpital w Branicach zatrudni specjalistę psychiatrę z możliwością objęcia stanowiska zastępcy ordynatora oraz internistę. Oferujemy bardzo dobre warunki płacowe oraz mieszkanie służbowe. Tel.: 77/403-43-07, e-mail: sws.kadry@op.pl.

Szpital w Branicach zatrudni lekarza specjalistę rehabilitacji medycznej na stanowisku p.o. ordynatora oddziału rehabilitacji neurologicznej. Oferujemy bardzo dobre warunki płacowe oraz mieszkanie służbowe. Tel: 77/403-43-07, e-mail: sws.kadry@op.pl.

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Opolskie Centrum Onkologii w Opolu im. prof. T. Koszarowskiego w Opolu zatrudni lekarza specjalistę w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii. Kontakt telefoniczny – Sekcja Kadry i Organizacji 77/441-60-98 lub sekretariat 77/441-60-01.

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.



Zakażenia na oddziale intensywnej terapii

G. Weiß, B. König;

wyd. I polskie, red. A. Kübler;
rok wydania: 2014; ISBN: 978-83-7609-917-0, format: 165 x 240, opr. broszurowa, 350 stron, cena: 109.80 zł (244 ELS pkt);

Stale narastającym problemem intensywnej terapii są częste zakażenia szpitalne, które komplikują przebieg choroby i zagrażają 20-30 % chorych. Poprawić rokowania i zmniejszyć częstość zakażeń szpitalnych można dzięki skrupulatnemu przestrzeganiu zasad higieny szpitalnej i konsekwentnej profilaktyce zakażeń oraz szybkiemu ich rozpoznaniu i właściwemu leczeniu. W podręczniku zaprezentowano zbiór najważniejszych informacji opartych na dowodach dotyczących profilaktyki, diagnostyki oraz leczenia ciężkich zakażeń szpitalnych. Podstawą skutecznej terapii zakażeń jest gruntowna wiedza nie tylko z zakresu intensywnej terapii, ale także mikrobiologii, immunologii, zakażeń i higieny szpitalnej. Te wszystkie wiadomości znajdują się w tej pozycji będącej swoistym przewodnikiem w leczeniu zakażeń szpitalnych.

W publikacji:

Zbiór najważniejszych informacji opartych na dowodach dotyczących profilaktyki, diagnostyki oraz leczenia ciężkich zakażeń szpitalnych.



Postępowanie z pacjentem w procesie radiologicznym

R.A. Ehrlich, D.M. Coakes;

wyd. I polskie, red. M. A. Staniszevska, A. Zakrzewska-Wichary; rok wydania: 2014; ISBN: 978-83-7609-969-9, format: 210 x 280, opr. broszurowa, 416 stron, cena: 126.00 zł (280 ELS pkt);

Książka jest źródłem aktualnych informacji wprowadzających do zawodu technika elektrokardiologii oraz środowiska szpitalnego. Jednak przede wszystkim dostarcza usystematyzowanej i podstawowej wiedzy na temat postępowania z pacjentem. Została tak zaprojektowana i napisana, aby efektywnie wspomagać techników radiografii w jak najpełniejszym realizowaniu potrzeb osób diagnozowanych, a jednocześnie funkcjonować jako odpowiedzialny i ceniony członek zespołu szpitalnego. Tekst prowadzi od zapoznania się z pacjentem, przez standardowe procedury, do końcowego zapisu wykonanego badania w archiwum medycznym. Rozdziały są tak uszeregowane i pomyślane, aby przeobrazić je systematycznie; każdy następny opiera się na informacjach przyswojonych w poprzednich rozdziałach.



Agresja w opiece zdrowotnej

wyd. I polskie, red. A. Steciwko, J. Barański, A. Mastalerz-Migas; rok wydania: 2014; ISBN: 978-83-7609-946-0, format: 150 x 210, opr. twarda, 190 stron, cena: 64.80 zł (144 ELS pkt);

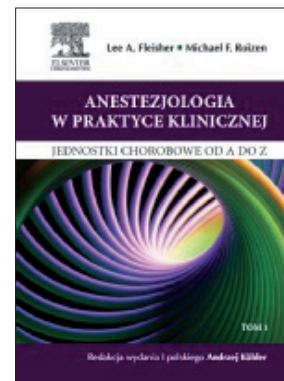
Z przedmowy:

„Niepokojąco wzrasta liczba incydentów agresywnego zachowania pacjentów lub członków ich rodzin wobec lekarza i pielęgniarki. Towarzyszy temu, niestety, bezradność personelu medycznego. Dlatego podjęliśmy ten temat z intencją dostarczenia lekarzom i pielęgniarkom narzędzi radzenia sobie w sytuacjach, w których spotykają się oni z agresywnym zachowaniem. Mamy nadzieję, że niniejsza publikacja będzie dla nich wsparciem.”

dr nauk med. Agnieszka Mastalerz-Migas
dr hab. nauk hum. Jarosław Barański

W publikacji:

- Przejrzysty i uporządkowany układ książki.
- Agresja ze strony pacjentów w podeszłym wieku.
- Agresja pacjentów chorych psychicznie.
- Agresja dzieci i nastolatków.
- Agresja w przychodni i na izbie przyjęć.
- Przykłady zachowań agresywnych i sposoby radzenia sobie z agresywnym pacjentem.



Anestezjologia w praktyce klinicznej. Jednostki chorobowe od A do Z

L.A. Fleisher, M.E. Roizen
wydanie I, red. A. Kübler;
rok wydania: 2014; ISBN: 978-83-7609-950-7, format: 210 x 270, opr. broszurowa, 494 strony, cena: 224.10 zł (498 ELS pkt);

Książka ułatwia planowanie procedur anestezjologicznych dzięki spójnej formie, a także pogłębionej analizie problemów, przypadków, chorób współistniejących oraz następstw znieczulenia. Zawartość to ponad 600 tematów, wśród których są zarówno często spotykane choroby, rutynowo stosowane leki czy operacje, jak również schorzenia rzadkie, procedury nie wykorzystywane rutynowo czy inne zagadnienia, które trudno znaleźć w mniej wyczerpujących opracowaniach. Autorzy przedstawiają całkowicie zmienione wydanie, które omawia wiele nowych chorób, procedur i leków.

W publikacji:

- łatwe do wprowadzenia plany znieczulenia, dzięki konstrukcji podręcznika, w której jeden temat opisywany jest na osobnej stronie; omówienie problemu, przyczyny, choroby współistniejące i skutki znieczulenia
- najnowszy stan wiedzy przedstawiony dzięki międzynarodowemu zespołowi ekspertów
- alfabetycznie posortowana treść umożliwia szybkie wyszukiwanie potrzebnego zagadnienia

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

NAJNOWSZE TRENDY W STOMATOLOGII

Konferencja naukowo-szkoleniowa



06 - 08 LUTY 2015r.

Hotel AQUARIUS SPA, KOŁOBRZEG



Serdecznie zapraszamy do wzięcia udziału w konferencji. Uznani wykładowcy, interesujące, praktyczne wykłady i warsztaty wkomponowane w luksusowe miejsce sprzyjające integracji i wypoczynkowi to główne atuty naszego naukowego przedsięwzięcia....

*Dr n. med. Agnieszka Ruchała-Tyszler
Przewodnicząca Komisji ds. Lekarzy Dentystów ORL w Szczecinie*

Ramowy program:

06.02.2015r. (piątek)

godz. 13.00 – rejestracja uczestników
godz. 15.00 – rozpoczęcie konferencji: panel wykładowy
godz. 20.30 – uroczysta kolacja z niespodzianką organizatora

08.02.2015r. (niedziela)

godz. 11.00 – wyjazd uczestników

07.02.2015r. (sobota)

godz. 10.00 – panel wykładowy
godz. 14.15 – lunch
godz. 15.30 – paneli wykładowy/warsztatowy
godz. 18.00 – kolacja
godz. 20.30 – dyskoteka

Koszty:

Członkowie Okręgowej Izby Lekarskiej w Szczecinie:

650 zł + koszt warsztatów – płatne do 30.06.14r.
850 zł + koszt warsztatów – płatne do 30.09.14r.
1000 zł + koszt warsztatów – płatne do 30.11.14r.

Członkowie Okręgowych Izb Lekarskich w Polsce:

850 zł + koszt warsztatów – płatne do 30.06.14r.
1000 zł + koszt warsztatów – płatne do 30.09.14r.
1200 zł + koszt warsztatów – płatne do 30.11.14r.

Cena zawiera:

- uroczystą kolację,
- uczestnictwo w wykładach,
- zakwaterowanie w pokoju dwuosobowych,
- bufet kawowy, kolacja w dniu 06.02.15,
- śniadanie, przerwa kawowa, lunch, kolacja, wstęp do dyskoteki w dniu 07.02.15,
- śniadanie 08.02.2015r.,
- wstęp do Aquacenter & SPA,
- istnieje możliwość przedłużenia pobytu po wynegocjowanych cenach konferencyjnych.

Rejestracja na www.trendy2015.pl

Partner Techniczny: Stowarzyszenie 'Via Educatio'

Uczestnik konferencji otrzymuje punkty edukacyjne.

Szczegóły dotyczące konferencji znajdują Państwo na stronie internetowej

OIL w Szczecinie www.oil.szczecin.pl zakładka: Konferencje/szkolenia Lekarze dentyści

Organizator zastrzega sobie możliwość zmian w programie oraz odwołania konferencji

