



OPOLSKA
IZBA
LEKARSKA

Rok Założenia 1990

Październik 2014

ISSN 1426-661X

BIULETYN INFORMACYJNY

Nr 217

OPOLSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

www.izbalekarska.opole.pl



Fot. Janusz Lewandowski

ZIEMIA OGNISTA

Przyzwyczajono nas do portretów świętego Franciszka w otoczeniu ptaków. Ciemnowłosy mężczyzna modli się, otrzymuje stygmaty lub idzie ze zwieszoną głową – musiał patrzeć pod nogi, żeby nie podeptać skrzydlatym ogonów. Na freskach Giotto oddaje strojne szaty i zamienia je na zwykły habit, gdzie indziej medytuje pod rozłożystym drzewem, a wkoło niego kręcą się turkawki, pogwizdują kosy, wrzeszczą wrony i świergoczą wróble. Spowiadają się pewnie ze swoich małych grzechów: okrucich chleba porwanych ze stołu, zniszczonego tortu, rozlanego mleka dla kotów. A może przynoszą Franciszkowi plotki z Asyżu? Szczebioczą o starym rudzielcu, który w delirium tremens przepowiada koniec świata, opowiadają o eleganckiej pani czekającej na wędrownego grajka, ćwierkają o narodzinach czy o mahoniowych szafach w domu Marconich.

U Franciszkanów w Opolu znajduje się inny obraz. Duże płótno oprawione w pozłacaną ramę przedstawia Giovanniego Bernardone (w domu wołano na niego Francesco, miał być kupcem, przejął schedę po ojcu, lecz poszedł inną drogą), który zawędrował aż do nieba. Przystanął na chmurach – takich sinych i skłębionych; rozstawił stopy, żeby nie stracić równowagi, wydłużył się i poprawił pełerynę. Przed nim toczy się ziemia ognista. Palą się stosy, na wojnę maszeruje wojsko. Słyszą płacz i zgrzytanie zębów, uczeni doskonałą sztukę zabijania, bohaterowie nie znają litości. Diabeł wije się jak wąż, oplata swoim cielskiem coraz to nowe kraje; pożarł już wielką Rosję, teraz patrzy lubieżnie na Europę, też pełną niepokojów.

A Pan Bóg włożył białą tunikę – podobną nosił kiedyś Platon – ścisnął się jedwabnym pasem, zarzucił wełniane płaszcze na ramiona, bo tam w górze wieje chłodem, i bawi się z puttami. Wymyśla im zagadki, układa kalambury i wymierza aniołkom kary. Podniósł rękę jak do przysięgi i rozkazuje: „lokaty” przyniesie mi deszczówkę z Sahary, „pyzaty” podbierze miód pszczołom tybetańskim, „grubcio” rozłoży gwiazdy i zaceruje hamak księżycowy. I wyczesuje sobie Wszechmogący siwą brodę, dzieli ją na pasma, splata warkoczki i uśmiecha się jak zdzieciniały staruszek. Czasem rzuci okiem na niebieską planetę. – Mam przecież cały Kosmos na głowie – tłumaczy się – nie mogę się wciąż zajmować Ziemią!

Toteż Franciszek zrobił gest, jakby chciał powstrzymać Stwórcę. – Nie trudź się, Boże – zdaje się mówić –



nie przeszkadzaj sobie. Ochroń ludzi. Poradzę sobie, zresztą są jeszcze bracia zakonnicy, pomogą mi siostry klaryski. Bujaj sobie w obłokach, zatroszcz się o zastępy niebieskie. Masz przecież tylu aniołów pod sobą.

I położył święty rękę na ziemi. Krwistoczerwony stygmat odcina się od delikatnej skóry dłoni, aureola błyszczy na tle niespokojnego błękitu. – Ty już się lepiej w ludzkie sprawy nie mieszaj, Boże – powtarza Franciszek.

Obraz powstał po drugiej wojnie światowej. Podzielono wtenczas ludzi, jak wodę – na zdątną do picia i skażoną. Zginął człowiek po prostu, Człowiek uniwersalny z wiersza Adama Zagajewskiego, silny, niezwyciężony. Byli Niemcy, Żydzi, Polacy, rozmiar okrucieństwa, prześladowań i bólu przekroczył wszelką wyobraźnię. Pytano: gdzie był Pan Bóg – czyżby zasnął, zaniewidział? A może miał po prostu inne sprawy na głowie?

Agnieszka KANIA

Tekst ukazał się w „Magazynku” Gazety Wyborczej.

Mam nadzieję, że nie pogubiliście się do końca z tymi numerami Biuletynów z ostatnich kilku miesięcy? Tak więc teraz macie przed sobą numer październikowy i do końca roku będzie już ta, że Biuletyny będą ukazywać się miesiąc.

Mamy za sobą letnią (i to naprawdę letnią!!!) kanikulę, pomimo której nasi politycy oraz „miłościwie panującym nam minister” zadbali o to byśmy się nie nudzili. Z poprzedniego numeru Biuletynu wiecie już, jak procedowano w Parlamencie „pakiet kolejkowy”. W tym numerze przedstawiam z kolei pismo Prezesa Hamankiewicza dotyczące orzeczenia Trybunału Konstytucyjnego na temat znaczenia i siły głosu naszej Korporacji Zawodowej. Jak się na to wszystko patrzy, to nie wiadomo śmiać się, czy płakać! Politycy za nic mają organizacje

pozarządowe i ich opinie, a na dodatek jeśli prawdziwy jest komentarz ikony „Solidarności”, a obecnie Marszałka Senatu RP Bogdana Borusewicza, który przy okazji dyskusji o samorządach zawodów zaufania publicznego miał się wyrazić, że trzeba je porozwijać – to strach się bać! No ale cóż, trzeba iść do przodu! Tylko może warto zastanowić się nad urną wyborczą nad właściwym kandydatem.

Wróćmy jednak do bieżącego numeru Biuletynu. Niesie on sporą dawkę informacji, opinii i komentarzy – mam nadzieję, że ciekawych. Zapraszam więc do lektury... i do następnego przeczytania.

Jerzy B. LACH

SZPALTA PREZESA

Koleżanki i Koledzy,

W jednym z ostatnich Biuletynów wspomniałem o planach zorganizowania w styczniu przyszłego roku obchodów 25-lecia Opolskiej Izby Lekarskiej. W międzyczasie powołaliśmy Komitet Organizacyjny, który przygotowuje te obchody. Dzisiaj mogę już przekazać, że rocznicowa uroczystość odbędzie się **16 stycznia 2015 r. w Filharmonii Opolskiej**. Ciągłe aktualna jest moja prośba o pisemne wspomnienia z tych minionych 25 lat – zarówno tych, którzy działali w naszym Samorządzie, jak i tych, którzy mają krytyczne uwagi. Zdaję sobie sprawę z tego, że główny zarzut może dotyczyć naszej skuteczności w obronie lekarzy i lekarzy dentystów przed obarczaniem coraz to nowymi obowiązkami biurokratycznymi.

Niestety kolejnym przykładem zupełnego ignorowania przez władze naszych opinii jest projekt nowego rozporządzenia Ministra Finansów w sprawie kas fiskalnych. Otóż od nowego roku obowiązek posiadania kasy fiskalnej ma dotyczyć **każdego lekarza i lekarza dentysty**, prowadzącego praktykę lekarską, niezależnie od osiąganych z tej działalności dochodów.

Na szczęście ostatecznie przesunięto na 2017 rok obowiązek prowadzenia dokumentacji medycznej wyłącznie w formie elektronicznej. Ale w dalszym ciągu obowiązek ten ma dotyczyć wszystkich, a więc również emerytów, prowadzących skróconą dokumentację, związaną z wystawianiem recepty sobie i najbliższej rodzinie.

Jerzy JAKUBISZYN

Pismo Prezesa NRL

NRL/ZRP/MK/53-4/1365 /2014

Warszawa, dnia 31 lipca 2014 r.



PREZES
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
Maciej Hamankiewicz

Szanowne Koleżanki, Szanowni Koledzy

Pragnę Was poinformować, że w dniu 30 lipca 2014 r. Trybunał Konstytucyjny wydał bardzo ważny wyrok dotyczący ochrony tajemnicy lekarskiej. W wyroku tym Trybunał podkreślił szczególną wagę tajemnicy lekarskiej

CO SŁYCHAĆ W IZBIE

i wskazał, że ograniczenie tajemnicy lekarskiej w drodze zapisów ustawowych może naruszać konstytucyjne prawo do prywatności, wolność komunikacji i autonomię informacyjną jednostki.

Zasadnicze postępowanie przed Trybunałem Konstytucyjnym dotyczyło dopuszczalności prowadzenia niejawnych kontroli operacyjnych przez liczne służby mundurowe takie jak Policję, ABW, CBA, służby skarbowe. Jednym z aspektów prowadzonego postępowania była ocena, czy wszczęcie kontroli operacyjnej wobec osób, które są ustawowo zobowiązane do zachowania tajemnicy lekarskiej, adwokackiej czy radcowskiej może się odbywać na tych samych zasadach, co wobec wszystkich. Naczelna Rada Lekarska przystąpiła do postę-

powania przed Trybunałem w charakterze uczestnika argumentując na rzecz jak najdalej idącej ochrony tajemnicy lekarskiej.

Trybunał Konstytucyjny w wyroku z 30 lipca 2014 r. uznał, że przepisy o kontroli operacyjnej w zakresie dotyczącym osób zobowiązanych do zachowania tajemnicy lekarskiej są niezgodne z Konstytucją.

W ustnym uzasadnieniu wyroku padło bardzo wiele ważnych słów na temat tajemnicy lekarskiej, które warto przytoczyć. Trybunał Konstytucyjny przypominał, że każdemu przysługuje prawo do ochrony prywatności, zauważył jednak, że przy kontaktach z przedstawicielami zawodów zaufania publicznego (lekarz, adwokat) prawo do prywatności musi podlegać większej, intensywniejszej ochronie niż w innych sytuacjach.

Należy podkreślić jak ważne jest to, iż Trybunał Konstytucyjny przypominał wszystkim organom stosującym prawo w Polsce, że tajemnica lekarska jest zapisana nie tylko w ustawie o zawodach lekarza i lekarza dentysty, ale też jest wartością konstytucyjnie chronioną. Trybunał Konstytucyjny stwierdził, że każda kontrola operacyjna, która - ze swej istoty - jest niejawną dla osoby, której dotyczy, stanowi niezwykle głęboką ingerencję w prawa i wolności obywatelskie. Zaznaczył przy tym, że gdy kontrola dotyczy osób zobowiązanych do zachowania tajemnicy lekarskiej ochrona przed ingerencją w prywatność musi być jeszcze intensywniejsza. Trybunał nie wykluczył wprowadzenia możliwości prowadze-

nia kontroli operacyjnej wobec adwokatów czy lekarzy, uznał jednak, że warunki dopuszczalności prowadzenia kontroli operacyjnej wobec osób wykonujących te zawody muszą być szczególnie surowe.

Trybunał Konstytucyjny wskazał, że modelowym rozwiązaniem chroniącym tajemnice zawodowe jest art. 180 § 2 kodeksu postępowania karnego, który przewiduje surowe przesłanki zwolnienia z tajemnicy lekarskiej, w tym konieczność uzasadnienia takiego zwolnienia dobrem wymiaru sprawiedliwości.

Trybunał zauważył także to, co Naczelna Rada Lekarska podkreśla od dawna - tajemnica lekarska stanowi gwarancję realizacji praw naszych pacjentów i to w ich interesie została ustanowiona. Pacjentowi należy się poufność w czasie kontaktów z lekarzem i temu właśnie służy tajemnica lekarska. Mając na uwadze słuszne interesy pacjenta do zachowania w poufności informacji, którymi dzieli się z lekarzem, organy państwowe nie mogą uzyskiwać zbyt łatwego dostępu do tajemnicy lekarskiej.

Można tylko żywić nadzieję, że opisany wyrok Trybunału odbije się szerokim echem w środowisku osób odpowiedzialnych za stanowienie i stosowanie prawa w Polsce.

Wyrokiem *rozstrzygnięto*

PREZES
Naczelnej Rady Lekarskiej
Maciej Hamankiewicz

POSIEDZENIA OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ

W dniu 30 lipca br. odbyło się kolejne posiedzenie Okręgowej Rady Lekarskiej. Porządek zebrania obejmował następujące sprawy:

1. Przyznanie praw wykonywania zawodu.
2. Rejestrację podmiotów prowadzących szkolenie podyplomowe lekarzy.
3. Zmiany w rejestrze indywidualnych praktyk lekarskich.
4. Przyznanie świadczeń z Funduszu Samopomocy i dofinansowanie udziału w imprezach sportowych.
5. Wyznaczenie przedstawicieli OIL do komisji konkursowych.
6. Podjęcie uchwał w sprawie zmiany wysokości składki członkowskiej.
7. Ustalenie harmonogramu posiedzeń Rady i Prezydium w II półroczu 2014 r.
8. Przygotowania do obchodów 25-lecia Opolskiej Izby Lekarskiej.
9. Sprawozdanie z posiedzenia Konwentu Prezesów orl (26.06) oraz posiedzenia Naczelnej Rady Lekarskiej (27.06).

10. Sprawozdanie członków Rady z działalności pomiędzy posiedzeniami.
11. Sprawy różne i wolne wnioski.

Ad 1

O wpis na listę członków Opolskiej Izby Lekarskiej zwrócili się:

- lek. dent. Marek Grzych – przeniesienie z Dolnośląskiej Izby Lekarskiej;
- lek. dent. Magdalena Jachowicz – przeniesienie z Dolnośląskiej Izby Lekarskiej;
- lek. dent. Agnieszka Potaś-Ogorzały – przeniesienie z Wielkopolskiej Izby Lekarskiej;
- lek. Kamil Obara – przeniesienie z Dolnośląskiej Izby Lekarskiej;
- lek. Ewa Mazur-Łydka – przeniesienie ze Śląskiej Izby Lekarskiej.

Natomiast o przyznanie ograniczonego prawa wykonywania zawodu w związku z rozpoczęciem stażu podyplomowego zwrócili się następujący lekarze: Szkutnik Ewelina, Werner Tomasz, Początek Anna, Czajkowski Marek, Chełchowski Jacek, Grzejszczak Sebastian,

Kostecka Joanna, Gajda Karolina, Kozubek Damian, Gocko Grzegorz, Markowska-Wróbel Katarzyna, Izydorczyk Patrycja, Nidecka Marianna, Cedor Katarzyna, Gorki Karolina, Sadowski Przemysław, Hurek Monika i Mozgunov Evgeny oraz następujący lekarze dentyści: Górna-Walczak Zofia, Olszańska Katarzyna, Rajca Dominika, Gosztyła Magdalena i Kaczor Piotr. Uchwały przyjęto jednogłośnie.

Ad 2.

Do Izby wpłynął wniosek firmy „Nutricon” sp. z o.o. z prośbą o przyznanie 14 pkt edukacyjnych za szkolenie pt. „Chirurgiczne leczenie ran”, które odbędzie się 10–11.10 br. w Jarnołtówku. Uchwałę przyjęto jednogłośnie.

Ad 3.

Dokonano wykreślenia z rejestru dwóch praktyk w związku z przejściem lekarzy na emeryturę. Uchwałę przyjęto jednogłośnie.

Ad 4.

Dyrektor Wojewódzkiego Specjalistycznego Zespołu Neuropsychiatrycznego w Opolu zwrócił się z prośbą o wyznaczenie przedstawicieli Izby do komisji konkursowej na stanowisko Ordynatora Oddziału Neurologii Dzieci i Młodzieży. Rada zarekomendowała kol. Barbarę Hamryszak na przewodniczącą oraz kol. kol. Elżbietę Sadowską i Wojciecha Derkowskiego na jej członków. Uchwałę przyjęto jednogłośnie. Natomiast do komisji konkursowej na stanowisko Ordynatora Oddziału Chirurgii Ogólnej SPZOZ MSWiA w Opolu Rada zarekomendowała kol. Zbigniewa Kowalika jako przewodniczącego oraz kol. kol. Małgorzatę Łuszczynską-Ostrowską i Andrzeja Mazura jako członków. Tę uchwałę przyjęto przy jednym głosie wstrzymującym się.

Ad 5.

Dokonano jednego czasowego zwolnienia z opłacania składki członkowskiej z powodu zaprzestania zarobkowania, a o zmniejszenie składki do 10 zł z powodu osiągnięcia wieku emerytalnego zwróciło się 10 osób. Wszystkie uchwały w tym punkcie przyjęto jednogłośnie.

Ad 6.

Kol. Jakubiszyn przedstawił członkom Rady propozycje spotkań Prezydium i Rady na najbliższe półroczce. I tak na spotkania Prezydium Prezes zaproponował następujące daty: 17 września, 1 i 20 października, 5 i 19 listopada oraz 10 grudnia. Z kolei na spotkania Rady: 24 września, 29 października, 26 listopada oraz 17 grudnia. Uchwała podjęta została jednogłośnie.

Ad 7.

Kol. J. Lach wraz z kol. W. Latałą przedstawili plan uroczystych obchodów 25-lecia powstania Opolskiej Izby Lekarskiej. Odbędzie się ona w Filharmonii Opolskiej w dniu 16 stycznia 2015 r. Planowane jest zaproszenie wielu gości. Mają to być m. in.: wszyscy członkowie obecnych i byłych organów Izby, Wojewoda Opolski, Marszałek Województwa Opolskiego, Biskup Diecezjalny,

starostowie powiatów Opolszczyzny, dyrektorzy szpitali, przedstawiciele zaprzyjaźnionych izb lekarskich oraz innych zawodów zaufania publicznego a także przedstawiciele władz opolskich wyższych uczelni. Planowane jest również wydanie specjalnego druku okolicznościowego, który będzie zawierać podsumowanie działalności Opolskiej Izby Lekarskiej w ciągu 25 lat swego istnienia, wspomnienia osób tworzących i działających w Samorządzie – w tym zarówno działaczy opolskich, jak również kolegów z Dolnośląskiej Izby Lekarskiej, do której – według pierwotnych planów – mieliśmy należeć oraz sylwetki kolejnych Prezesów, Okręgowych Rzeczników Odpowiedzialności Zawodowej i Przewodniczących Okręgowego Sądu Lekarskiego.

Kol. Mazur zaproponował, aby na uroczystej gali zostały wręczone kolejne godności Prymariusza Opolskiego, co wiązać się będzie z koniecznością przyspieszenia procedury wyłaniania laureatów. Prezes zapowiedział przygotowanie na wrześniową Radę nowelizacji Regulaminu przyznawania tego wyróżnienia.

Kol. Lach omówił też kwestię przyznawania odznaczeń państwowych oraz honorowych tytułów przyznawanych przez Samorządy Lokalne. Zwrócił uwagę, że nie wszystkie delegatury przedstawiły swoich kandydatów. Prezes wystosuje ponowne pismo do delegatur, w którym poprosi o zgłaszanie kandydatur oraz proponuje nawiązanie kontaktu z Komisjami Zdrowia poszczególnych Rad Miast i Powiatów, w celu wszczęcia procedur, koniecznych do przyznania odznaczeń.

Ad 8.

Prezes przedstawił tematy poruszane podczas spotkania Konwentu, do których należały m. in. następujące sprawy:

- firmy farmaceutyczne postanowiły opublikować „Kodeks przejrzystości”, na mocy którego będą one publikować informacje o wydatkach, ponoszonych na sponsorowanie konferencji naukowych, zjazdów, sympozjów, a za zgodą lekarza – korzyści jakie otrzymał konkretny lekarz,
- kwestię utworzenia odrębnego funduszu, który pozwalałby na podejmowanie działań dla obrony dobrego imienia lekarzy,
- podział kosztów, które zostaną poniesione na organizację centralnych obchodów 25-lecia izb lekarskich pomiędzy NRL i poszczególne izby okręgowe.

Z kolei podczas posiedzenia Naczelnej Rady Lekarskiej omawiano zasady realizacji odpisu składki dla NILw II półroczu. Prezes stwierdził przy tym, że nie podjęto uchwały w sprawie zmiany wysokości składki (sprawa ta będzie omawiana na wrześniowym posiedzeniu Rady Naczelnej). NRL przyjęła propozycje Konwentu co do partycypacji poszczególnych izb w kosztach centralnych obchodów 25-lecia istnienia Samorządu Lekarzy – nasza Izba poniesie koszt w wysokości 4.827 zł, mając zagwarantowany udział w obchodach centralnych 15 osób.

Ad 9.

Prezes uczestniczył w spotkaniu Rady Społecznej naszego oddziału NFZ, podczas którego żegnano dotychczasowego dyrektora Oddziału – Filipa Nowaka (wygrał konkurs na Dyrektora Oddziału Mazowieckiego). Funkcję p.o. dyrektora, do czasu rozstrzygnięcia postępowania konkursowego, będzie na razie sprawować Jerzy Pilarski.

Kol. Lach przedstawił stan przygotowań do planowanego na październik spotkania Unii Polskich Pisarzy Lekarzy, którego współgospodarzem jest nasza Izba.

Ad 10.

Kol. Martyniszyn przedstawił krótką informację o planowanym zlocie Klubu Motocyklistów „Doktor Riders” z okazji 10-lecia istnienia tego klubu.

Kol. Nocoń-Firlej poprosiła o podjęcie uchwały w sprawie cennika kserokopii dokumentacji gromadzonej przez Okręgowy Sąd Lekarski. Prezes zobowiązał się przygotować stosowną uchwałę w tej sprawie na następne posiedzenie Rady Okręgowej.

Kol. Mazur przedstawił informację dotyczącą kolejnej rozpętanej przez media sprawy pacjentki z Oddziału Ginekologicznego szpitala w Kędzierzynie-Koźlu. Po raz kolejny dziennikarze zajmujący się tą sprawą próbowali bez głębszej analizy przypadku ferować publicznie wyroki. W jednym z programów Telewizji Regionalnej proszono o opinię w tej sprawie prof. Dębskiego, który wystąpił w obronie pomawianych przez media lekarzy i zdecydowanie przeciwstawił się nierzetelnemu przedstawianiu problemu przez redaktora, prowadzącego program. Kol. Mazur zaproponował, aby Rada Okręgowa wystosowała list do prof. Dębskiego z podziękowaniami za taką postawę wobec mediów. Prezes zobowiązał się do przygotowania propozycji takiego pisma, które po mailowych konsultacjach z członkami Rady prześle Panu Profesorowi (*list w całości prezentujemy poniżej – Red.*).

Wobec wyczerpania porządku obrad na tym posiedzenie zakończono.

Barbara HAMRYSZAK i Jerzy LACH

* * *

Opole, 1.08.2014.

Pan

Prof. dr hab. med. Romuald DĘBSKI

Na swoim posiedzeniu przed dwoma dniami Okręgowa Rada Lekarska w Opolu omawiała m. in. sprawę programu telewizyjnego TVP Regionalna, poświęconego przypadkowi zgonu rodzącej w Szpitalu w Kędzierzynie-Koźlu.

Rada z bardzo dużym uznaniem odniosła się do stanowiska, zajętego przez Pana Profesora w rozmowie z redaktorem Kulczyckim.

W ostatnich miesiącach spotykamy się z serią ataków medialnych na lekarzy, w których oskarżenia i ferowanie wyroków w sposób dramatyczny wyprzedzają rzetelną ocenę zaistniałych zdarzeń, a na te rzetelne wyjaśnienia nie ma już potem miejsca (prasa, serwisy internetowe) i czasu (radio, telewizja).

Podjęta przez Pana Profesora próba sprowadzenia emocjonalnej rozmowy do przytoczenia naukowych faktów w odważnym i zdecydowanym stanowisku, zasługuje na uznanie i szacunek całej społeczności lekarskiej i może być wzorem dla innych – wypowiadających się publicznie – członków naszej korporacji.

*W imieniu Okręgowej Rady Lekarskiej w Opolu
Jerzy Jakubiszyn, Prezes ORL*

PONAD 10 LAT WSPÓŁPRACY

Już 10 lat mija od podpisania listu intencyjnego o współpracy pomiędzy Oddziałem Opolskim Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego, a Komisją Stomatologiczną Opolskiej Izby Lekarskiej. Inicjatywa ta koordynowała wszelkie działania mające na celu podnoszenie rangi i prestiżu zawodu lekarza stomatologa, kształtowania jego postaw etycznych oraz współpracy na pozostałych płaszczyznach – dla dobra i na rzecz środowiska stomatologów województwa opolskiego. Celem tego listu było zjednoczenie sił wszystkich stomatologów do działania dla dobra naszego środowiska lekarskiego i aby działania te łączyły i podążały w jednym kierunku, z korzyścią również dla naszych pacjentów. Były to jednogłośnie stanowiska Komisji Stomatologicznej OIL i Zarządu Opolskiego Oddziału PTS, podpisane uroczystie na wspólnym posiedzeniu naukowo-szkoleniowym

w Kamieniu Śląskim dnia 16 października 2004 r. przez Przewodniczącą Komisji Stomatologicznej OIL dr Jolantę Smerkowską-Mokrzycką i Prezesa Oddziału Opolskiego PTS dr Wiesława Latałę. Ten pionierski, w skali całego kraju, krok został wykonany w rocznicę pontyfikatu naszego największego Polaka – Papieża Jana Pawła II, który mam nadzieję będzie nadal czuwał nad naszymi działaniami – teraz już jako Święty.

Współpraca w naszym województwie istniała już od początku powstawania Samorządu Lekarskiego, w której to współpracy olbrzymi udział miała i ma również obecnie Wojewódzka Przychodnia Stomatologiczna w Opolu. Koordynowała ona w latach dziewięćdziesiątych ubiegłego stulecia i na początku nowego wszelkie działania związane z przeobrażeniami w kraju, a dotyczącymi stomatologii w naszym województwie.

Podpisanie listu w 2004 r. było symbolicznym potwierdzeniem jedności naszego środowiska i przejęciem pewnych obowiązków i zadań Wojewódzkiej Przychodni stomatologicznej przez Samorząd Lekarski.

W 10 rocznicę tego doniosłego wydarzenia zorganizowaliśmy z dr Jolantą Smerkowską-Mokrzycką wspólne uroczyste Sympozjum Naukowe – tak samo jak dziesięć lat temu – w Sali Balowej Pałacu w Kamieniu Śląskim. Uroczystość tę uświetnił w części artystycznej przepiękny koncert fortepianowy. Utwory Fryderyka Chopina i Claude’a Debussy’ego zaprezentowały artystki, panie Kamila Wojtala i Joanna Koenig.

W części naukowej swoje wykłady zaprezentowali nasi Honorowi Goście, przedstawiciele PTS i Naczelnej Izby Lekarskiej:

- prof. dr hab. Honorata Shaw – Prezydent Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego – z wykładem pt.: „Rozwijająca się stomatologia” i

- lek. stom. Anna Lella – Prezydent Elekt Europejskiej Regionalnej Organizacji Światowej Federacji Dentystycznej – z wykładem pt.: „Lekarz stomatolog wobec wymagań współczesnej medycyny”.

Wykłady na wysokim poziomie, wybiegające w przyszłość naszej stomatologii wzbudziły duże zainteresowanie.

Uroczystość zakończyła degustacja regionalnych wypieków – kołaczy, przy kawie, herbatce i niekończącej się dyskusji o przeszłości i przyszłości stomatologii i nie tylko. Cichym orędownikiem tych działań był tak, jak 10 lat wcześniej Prezes Opolskiej Izby Lekarskiej dr n. med. Jerzy Jakubiszyn.

Mając głęboką nadzieję na dalszą owocną współpracę dla dobra naszego środowiska pozostaję z wyrazami szacunku.

Lek. stom. Wiesław LATAŁA





Apostołowie Opinii
— święty spokój w internecie —

MOŻESZ SKUTECZNIE WALCZYĆ Z OSZCZERSTWAMI W SIECI

Wirtualna reputacja coraz częściej decyduje nie tylko o tym, czy zostaniemy zatrudnieni, ale także o tym, czy ktoś będzie chciał skorzystać z usług naszej firmy. Warto więc monitorować, co na nasz temat piszą w sieci.

Wyniki badań dla *Harris Interactive for Intelius*, dowodzą, że zdanie innych osób jest dla nas nadal bardzo ważne. 92% ankietowanych (1) przyznało, że przed nawiązaniem współpracy, sprawdza w sieci opinie o danej firmie. Aż 74% zadeklarowało, że nigdy nie skorzysta z usług osoby lub instytucji, jeżeli wspomniane opinie będą niepocholebne.

Swoboda wypowiedzi

Zgromadzone w trakcie badań dane ostatecznie potwierdzają, jak ważna w dzisiejszych czasach jest troska o własny wizerunek, także w Internecie. To, co piszą o nas w sieci, może decydować o sukcesie działalności, pomyślnie rozwijającej się karierze, czy rozwoju firmy. Pozorna anonimowość sprawia, że użytkownicy Internetu często nadużywają prawa do wypowiedzi, dodają fałszywe opinie oraz naruszają godność osobistą opiniowanych, nie licząc się z konsekwencjami, jakie może to przynieść dla obydwu stron.

Na cenzurowanym

Grupą zawodową, którą agresja słowna dotyka najmocniej, są lekarze. Znaczna część środowiska wyraża zainteresowanie tematem zagrożeń i metod ochrony wizerunku w Internecie. Badania przeprowadzone przez firmę *Simple Sense* wskazują, że 81% ankietowanych lekarzy uważa, że media negatywnie przedstawiają służbę zdrowia, podając do wiadomości publicznej głównie informacje o błędach, pomyłkach, aferach łapówkarskich i problemach finansowych. Konstruowane w ten sposób przekazy wpływają bezpośrednio na opinie pacjentów.

Jak walczyć o dobre imię?

Zebrane dane wskazują, jak poważna jest skala tego zjawiska. 80% lekarzy(2) przyznaje, że osobiście doświadczyło ataku medialnego, a aż 95% spotkało się z agresją w Internecie. Większość z nich czuje się stale zagrożona, przyznaje że nie panuje nad swoim wirtualnym wizerunkiem i nie zna sposobu na odzyskanie dobrego imienia czy zabezpieczenia się przed kolejnymi słownymi atakami. Jedynie niewielka grupa (14%) wie o tym, że może zwrócić się po pomoc do wyspecjalizowanych agencji ochrony wizerunku w Internecie, takich jak „Apostołowie Opinii”, w skład których wchodzi prawnicy, informatycy i specjaliści *public relations*. Grupy te dysponują wiedzą i umiejętnościami, dzięki którym skutecznie monitorują sieć w poszukiwaniu nadużyć. Anonimowość i bezkarność w sieci to już mity, a walkę o dobre imię można wygrać.

Wyniki ankiety

1. Czy interesuje się Pan(i) informacjami dotyczącymi przedstawiania wizerunku lekarzy w mediach?
 - a) tak, uważnie śledzę wiadomości na ten temat – 26,67%
 - b) tak, trochę się tym interesuję – 51,67%
 - c) trudno powiedzieć – częściej zwracam uwagę na informacje medyczne niż dotyczące konkretnej osoby – 12,00%
 - d) mało się tym interesuję – przypadkowo natrafiam na tego typu informacje – 8,67%
 - e) w ogóle się tym nie interesuję – 1,00%
2. Jaki obraz służby zdrowia Pana(i) zdaniem jest pokazywany przez media?
 - a) pozytywny – 0,33%
 - b) obiektywny – 1,67%
 - c) negatywny – 88,33%
 - d) trudno powiedzieć – 9,67%

3. Jaki typ informacji dotyczących lekarzy zazwyczaj spotyka Pan(i) w mediach? (możliwość kilku odpowiedzi)

- a) przełomowe odkrycia naukowe lekarzy – 7,67%
- b) lokalne sukcesy pracowników – 0,00%
- c) ranking najlepszych placówek medycznych oraz lekarzy – 0,00%
- d) darmowe badania profilaktyczne – 1,00%
- e) powikłania pooperacyjne, błędy lekarskie – 15,67%
- f) afery korupcyjne / łapówkarskie w środowisku lekarskim – 40,33%
- g) protesty środowiska medycznego – 3,33%
- h) niedobór personelu / sprzętu specjalistycznego / łóżek w szpitalach – 4,00%
- i) długi czas oczekiwania na świadczenia specjalistyczne – 12,00%
- j) problemy finansowe placówek medycznych – 14,00%
- k) informacje z życia prywatnego – 0,33%
- l) inne, jakie? – 0,67%
- osądy oskarżenie pomówienia – 0,67%
- wszystkie powyższe – 0,33%

4. Czy Pana(i) zdaniem media są wiarygodnym źródłem informacji na temat służby zdrowia?

- a) tak – 0,00%
- b) nie – 83,67%
- c) trudno powiedzieć – 16,33%

5. Jak Pan(i) ocenia nastawienie mediów do środowiska lekarskiego? (można zaznaczyć kilka odpowiedzi)

- a) dziennikarze nieustannie szukają sensacji – 90,48%
- b) media pokazują najnowsze osiągnięcia lekarzy – 28,57%
- c) dziennikarze są natarczywi wobec lekarzy – 23,81%
- d) dziennikarze próbują wyciągać informacje łamiące prywatność pacjentów – 19,05%
- e) media potrzebują jak najwięcej aktualnych informacji – 23,81%
- f) media stosują zmasowany atak na lekarzy – 9,52%
- g) dziennikarze chętnie uczestniczą w konferencjach prasowych organizowanych na terenie szpitala – 4,76%
- h) media przedstawiają tendencyjny i stereotypowy obraz lekarzy – 61,90%
- i) dziennikarze dają szanse na wyjaśnienia i sprostowanie – 0,00%
- j) media wyolbrzymiają wydarzenia – 42,86%
- k) dziennikarze z wdzięcznością przyjmują zaproszenia na salę operacyjną – 0,00%
- l) inne, jakie? – 4,76%
- m) – wypowiadają się autorytatywnie na tematy, o których nie mają pojęcia – 4,76%

6. Czy osobiście doświadczył(a) Pan(i) medialnego ataku na Pana(i) osobę?

- a) tak – 80,95%
- b) nie – 19,05%

7. Jak często takie ataki medialne dotyczą Pana(i) osoby?

- a) bardzo często – 0,00%
- b) często – 4,76%
- c) od czasu do czasu – 38,10%
- d) rzadko – 38,10%
- e) nigdy – 19,05%

8. Ze strony, których mediów doświadcza Pan(i) najczęściej ataku na swoją osobę?

- a) radio – 0,00%
- b) telewizja – 4,76%
- c) prasa – 0,00%
- d) Internet – 95,24%
- e) billboardy, plakaty – 0,00%
- f) ulotki, broszury, informatory – 0,00%
- g) inne, jakie? – 0,00%

9. Czy padł(a) Pan(i) ofiarą agresji w Internecie?

- a) tak – 95,24%
- b) nie – 4,76%

10. Czy czuje się Pan(i) zagrożona przez wpisy w Internecie?

- a) tak – 61,90%
- b) nie – 4,76%
- c) trudno powiedzieć – 33,33%

11. Czy ma Pan(i) kontrolę nad swoim wizerunkiem w Internecie?

- a) tak – 9,52%
- b) nie – 61,90%
- c) trudno powiedzieć – 28,57%

12. Czy ma Pan(i) skuteczny sposób na walkę z nieprawdziwymi opiniami na Pana(i) temat w Internecie?

- a) tak, (proszę napisać jaki?) – 52,38%
- „Apostołowie Opinii” – 14,29%
- brak anonimowości piszącego opinię – 4,76%
- zgłoszenie i opisanie nadużycia – 4,76%
- zgłoszenie do prokuratury – 4,76%
- ograniczyć prawa prasowe i wpisujący powinni liczyć się z odpowiedzialnością – 4,76%
- jw. – 4,76%
- reklama na znanym lekarzu pozwalająca kontrolować negatywne wpisy, współpraca z wami – 4,76%
- b) nie – 47,62%

13. Czy zna Pan(i) inne niż adwokat narzędzie do ochrony wizerunku w Internecie?

- a) tak – 47,62%
- b) nie – 52,38%

14. Czy według Pana(i) droga prawna jest skuteczna?

- a) tak – 38,10%
- b) nie – 61,90%

15. Płeć

- a) kobieta – 52,38%
- b) mężczyzna – 47,62%

1. Wyniki badań dla *Harris Interactive for Intelius*, 2010
2. Badanie zostało przeprowadzone wśród lekarzy o różnych specjalnościach za pomocą ankiety internetowej i miało charakter sondażowy. Próba wyniosła 300 osób.

Jeżeli chcesz dowiedzieć się więcej o tym, jak dbać o swoją wirtualną reputację, chronić się przed agresją

w sieci lub wyciągnąć konsekwencje wobec osoby oczerniającej – czekamy na kontakt.

Marta KEMPNY

email: marta@apostolowieopinii.com

Julia TOBOLEWSKA

email: biuro@apostolowieopinii.com

Więcej informacji znajdziesz także na:

<http://www.apostolowieopinii.com>

PLAN SZKOLEŃ PROWADZONYCH W RAMACH KOMISJI KSZTAŁCENIA OIL NA II PÓŁROCZE 2014 r.

TERMIN	KIEROWNIK NAUKOWY	TEMAT	MIEJSCE SZKOLENIA
Październik 2014 r. (poniedziałek-czwartek) godz. 9:00-14:00 (termin w trakcie ustalania) ¹	Dr Andrzej Sznajder – Konsultant Wojewódzki w dziedzinie radiologii i diagnostyki obrazowej	„Radiologia i diagnostyka obrazowa (dla lekarzy w trakcie specjalizacji z chorób wewnętrznych)	Zakład Diagnostyki Obrazowej WCM w Opolu, al. Witośa 26
10.X. 2014 r. (piątek) godz. 16:00-19:00	Dr Marek Dryja Konsultant Wojewódzki w dziedzinie ratownictwa medycznego	Ratownictwo medyczne - udzielanie I pomocy w gabinecie lekarza i lekarza dentysty	Kluczbork (zapisy dr Ewa Noceń-Firlej)
11.10. 2014 r. (sobota) I grupa ³	dr Krzysztof Waszkiewicz	Stany nagłe w gabinecie lekarskim – postępowanie praktyczne	Centrum Ratownictwa Medycznego w Opolu, ul. Mickiewicza 2
24.X. 2014 r. (piątek) godz. 10:00-15:00²	mgr Wojciech Krówczyński	Ochrona danych osobowych - Grawena Edu-Kraków (dla lekarzy i lekarzy dentystów)	Opolska Izba Lekarska Opole ul. Grunwaldzka 23
08.11. 2014 r. (sobota) II grupa ³	dr Krzysztof Waszkiewicz	Stany nagłe w gabinecie lekarskim – postępowanie praktyczne	Centrum Ratownictwa Medycznego w Opolu, ul. Mickiewicza 2
Nr kursu 5-730/1-12-285-2014 część I¹ 14-16.11. 2014 r. (piątek-niedziela) część II¹ 21-23.11. 2014 r. (piątek-niedziela)	dr Marek Lenart Konsultant Wojewódzki w dziedzinie zdrowia publicznego	Zdrowie publiczne (dla lekarzy w trakcie specjalizacji) Kurs kończy się egzaminem testowym	Opolska Izba Lekarska Opole ul. Grunwaldzka 23
grudzień 2014 r. (2 dni) godz. 9:00-13:00¹ (termin w trakcie ustalania)	dr Wiesława Błudzin – Konsultant Wojewódzki w dziedzinie chorób zakaźnych	Zakażenia HIV i choroba AIDS (dla lekarzy w trakcie specjalizacji z chorób zakaźnych, rehabilitacji medycznej, chirurgii ogólnej oraz mgr fizjoterapii w trakcie specjalizacji z fizjoterapii)	Opolska Izba Lekarska Opole, ul. Grunwaldzka 23

1. Kursy wymagane do specjalizacji, zgłoszenia: strona internetowa: www.opole.szkozenia.@hipokrates.org informacja o kursach będzie zamieszczona na stronie internetowej www.cmkp.edu.pl (w zakładce kursy specjalizacyjne); będzie tam również zamieszczony formularz zgłoszenia; *szkolenia bez przyznawanych punktów edukacyjnych*.
2. Prosimy o zgłaszanie chęci uczestnictwa w w/w szkoleniach telefonicznie – 77/454-59-39 do siedziby OIL w Opolu. *Za uczestnictwo w szkoleniu przysługuje 5 pkt. edukacyjnych*.
3. Zgłoszenia na kurs e-mail: opole.szkozenia.@hipokrates.org.

Małgorzata ŁUSZCZYŃSKA–OSTROWSKA

TRAGICZNE ŻYCIE JEDYNEGO SYNA NAPOLEONA BONAPARTE – NAPOLEONA II ZWANEGO „ORLĄTKIEM”

W dniu 5 maja br. mija 245 rocznica urodzin w Ajaccio na Korsyce Napoleona Bonaparte (1769). Dlatego chciałbym przedstawić w poniższej publikacji dramatyczne losy jedyne go syna (z prawego łóża) Napoleona II.

Pierwszą żoną Napoleona była piękna, pochodząca z Martyniki, Józefina (starsza od niego o 6 lat) - wdowa po ściętym na gilotynie podczas Rewolucji Francuskiej wicehrabim Aleksandrze de Beauharnais. Była matką dwojga dzieci i kochanką najpotężniejszego członka Dyktatoratu, rządzącego wówczas Francją Paula de Barrasa. Dla Napoleona małżeństwo ze świetnie ustosunkowaną Józefiną oznaczało wstęp na najważniejsze salony paryskie. Ślub Napoleona z Józefiną odbył się 9 marca 1796 r., kiedy liczył on sobie 27 lat i był już generałem dywizji wojsk francuskich. Przy okazji tego ślubu usunął ze swojego nazwiska literę „u”, aby bardziej przypominało nazwisko francuskie.

W dniu 2 grudnia 1804 r. odbyła się w Katedrze Notre-Dame w Paryżu koronacja Napoleona na cesarza Francji z udziałem papieża Piusa VI. Jak podają historycy Napoleon wyjął z rąk papieża koronę cesarską i sam włożył ją sobie na głowę, następnie koronując Józefinę na cesarzową.

Niestety Józefina nie zachodziła w ciążę, dlatego też ze względów dynastycznych Napoleon się z nią rozwiódł mimo, że nadal ją kochał.

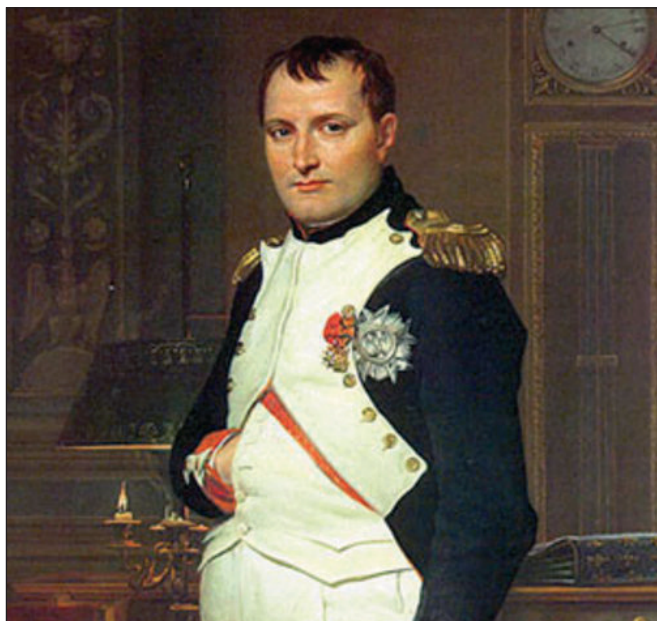
Wkrótce poślubił 18-letnią Marię Ludwikę córkę pokonanego przez siebie cesarza austriackiego Francisz-

ka II Habsburga. Maria Ludwika wkrótce zaszła w ciążę, ale poród w dniu 20 marca 1811 r. w Paryżu okazał się bardzo trudny i powikłany. Po dwóch dobach, po oddaniu wód płodowych, prowadzący poród chirurg o nazwisku Dubois zapytał cesarza kogo ma ratować matkę, czy dziecko. Odpowiedź cesarza była jednoznaczna: „...niech Pan myśli tylko o matce...”. Poród Dubois ukończył zabiegiem kleszczowym, a reanimacja urodzonego chłopczyka trwała około 7 minut (m. in. podano mu do ustnie kilka kropli wódki).

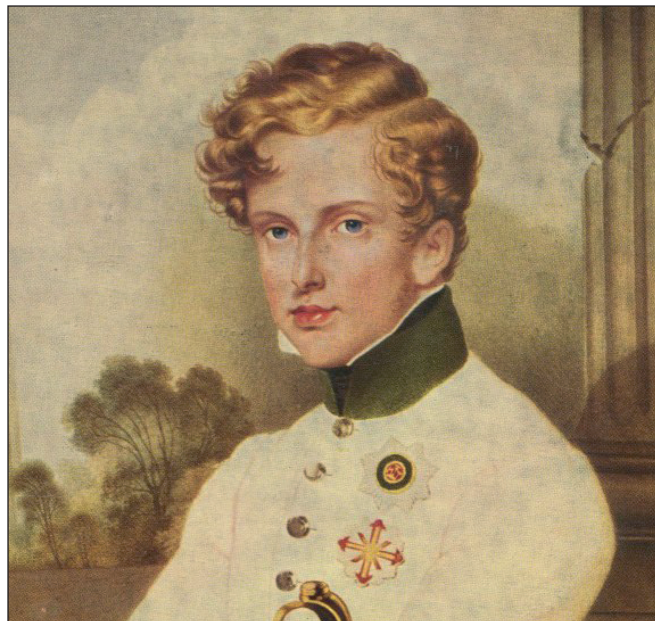
Już w kołysce nadano mu tytuł „Króla Rzymu”, a powszechnie nazywano go „Orlątkiem”. Napoleon uwielbiał swojego synka. Miał bardzo podzielną uwagę - potrafił pisać trzy listy równocześnie (był leworęczny) i, jak wiadać na licznych rycinach, często podczas ich pisania na kolanach trzymał swoje „Orlątko”. Bawił się też ze swoim synkiem w wojnę ołowianymi żołnierzami.

Po klęsce Napoleona w Bitwie Narodów pod Lipskiem w roku 1813, Maria Ludwika wraz z Orlątkiem opuściła Paryż, wróciła do Wiednia i zamieszkała w pałacu Schönbrunn. Dziadek, cesarz Franciszek II, pokochał swojego wnuka i nadał mu tytuł księcia – Księcia Reichstadt. Kierował również jego edukacją wojskową i Napoleon II awansował nawet na stopień podpułkownika wojsk węgierskich.

Napoleon po abdykacji, z wyspy św. Heleny słał liczne listy do cesarza Franciszka II, aby pozwolił Marii Ludwice i synowi przyjechać na wyspę. Cesarz Franciszek II był nieugięty i nigdy nie wyraził na to zgody. Napole-



Napoleon Bonaparte



Napoleon II „Orlątko”

on do końca swojego życia nie zobaczył już więc nigdy swojego ukochanego syna.

W wieku 21 lat u Napoleona II wystąpiły nasilające się objawy melancholii i przygnębienia oraz postępujące wychudzenie. Rozpoczęto leczenie ogólnoustrojowe nie rozpoznając choroby zasadniczej, którą okazała się gruźlica krtani (wg naszej współczesnej wiedzy mógł być to rak krtani).

Napoleon II zmarł 22 lipca 1832 r. Zgodnie z dziwną tradycją Habsburgów jego serce złożono w Kościele Augustianów, miejscu koronacji cesarskich, wnętrzności w podziemiach Katedry św. Szczepana, zaś ciało w kryptach Kapucynów na wiedeńskim Ringu. W ceremoniach pogrzebowych Napoleona II brał udział, m. in. jego adiutant, jeden z polskich narodowych wieszczów Zygmunt Krasiński autor „Nieboskiej Komedii”.

Matka „Orlątką” Maria Ludwika, jak również dziadek cesarz Franciszek II spoczęli również w kryptach Kapucynów.

W roku 1940 Adolf Hitler, aby przypodobać się Francuzom, po zdobyciu Paryża nakazał przeniesienie zwłok Napoleona II z Wiednia do Paryża, gdzie spoczęły obok ojca Napoleona Bonaparte w Pałacu Inwalidów.

PS. Wracając do Napoleona Bonaparte, który zmarł na wyspie św. Heleny w roku 1821 były przypuszczenia, że został on otruty przez lekarzy angielskich. Jednak badania sekcyjne wykazały, że zmarł z powodu raka żołądka z przerzutami do wątroby. Na raka żołądka zmarł również ojciec jego Carlo Maria, brat Lucjan i siostra Paulina, więc na pewno w rachubę wchodziły czynniki genetyczne.

Dr hab. n. med. Janusz KUBICKI

CO PISZĄ INNI

NADCHODZI KONIEC MEDYCYNY RODZINNEJ?

Ministerstwo Zdrowia zapowiada zmiany w podstawowej opiece zdrowotnej. Dotyczą one m.in. wprowadzenia do POZ lekarzy pediatrów i internistów. Są zawarte w projekcie nowelizacji ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Zmiany te mogą jednak cofnąć system opieki zdrowotnej o 15 lat i spowodować, że nie będzie chętnych na specjalizację z medycyny rodzinnej...

Joanna Szelaż z Kolegium Lekarzy Rodzinnych uważa, że lekarze rodzinni to w większości pediatry i interniści z dodatkową specjalnością z medycyny rodzinnej. Jej zdaniem wykorzystanie doświadczenia i wiedzy lekarzy rodzinnych, którzy cały czas kształcą się i zdobywają nowe umiejętności, dałoby niewątpliwie dużo lepsze efekty, niż kosmetyczne zmiany i puste propozycje Ministerstwa Zdrowia.

Wielu specjalistów zwraca ponadto uwagę na fakt, że Bartosz Arłukowicz chce umożliwić pracę w POZ pediatrom i internistom, łamiąc przy tym podpisane przed kilku laty zobowiązania wobec Unii Europejskiej, a dokładniej postanowienia dyrektywy Parlamentu Europejskiego (2005/36/WE), która uzależnia wykonywanie zawodu lekarza ogólnego w ramach własnego systemu ubezpieczeń od posiadania dokumentu potwierdzającego kwalifikacje w postaci dyplomu lekarza specjalisty medycyny rodzinnej. Spora grupa lekarzy widzi wie-

le zagrożeń w planowanych przez resort zdrowia zmianach i przewiduje, że ich wprowadzenie spowoduje rzeczywisty koniec medycyny rodzinnej. Czy te obawy są uzasadnione?

A miało być tak pięknie...

Historia medycyny rodzinnej w Polsce sięga dwudziestu lat wstecz – w 1992 roku stworzono bowiem Kolegium Lekarzy Rodzinnych, organizację, która miała propagować ten model opieki zdrowotnej nad pacjentem. Jak wspomina Anna Knysok – wiceminister zdrowia w rządzie Jerzego Buzka i współautorka ówczesnej reformy zdrowia, za jego przyjęciem przemawiały doświadczenia innych krajów. Zachęcały sukcesy – mniej dzieci z niską wagą urodzeniową i spadek śmiertelności noworodków, wcześniej wykrywane nowotwory jelita grubego, raka piersi, macicy czy czerniaka, a także choroby serca, cukrzyca i nadciśnienie. Co ciekawe, w innych krajach znacznie spadła liczba samobójstw oraz zgonów z powodu czynników zewnętrznych, bo ludzie otoczeni byli lepszą opieką specjalistów.

Warto zwrócić uwagę na to, że dzięki lekarzom rodzinnym wydłuża się średnia wieku pacjentów. W USA obliczono, że dzięki jednemu medykowi jest o 1,44 mniej zgonów na 10 tys. mieszkańców. Zorganizowana w ten sposób opieka niweluje nierówności w dostępie do służby

zdrowia. W dodatku ustawa zasadnicza RP głosi: „Obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych”. Niestety, to wciąż tylko teoria...

Instytucja lekarza rodzinnego miała być filarem, na którym opierać się będzie cała służba zdrowia, podwaliną dobrej kondycji fizycznej i psychicznej społeczeństwa. Niestety nieustannie wprowadza się zmiany, które nie do końca pozytywnie wpływają na kondycję medycyny rodzinnej w Polsce. Dziś ona wciąż jednak istnieje, choć ledwo dyszy...

Interniści i pediatrzy w POZ doprowadzą do upadku medycyny rodzinnej?

Resort zdrowia zamierza wprowadzić do POZ pediatrów i internistów. Informacja ta wywołała w środowisku lawinę kontrowersji. Oczywiście protestują lekarze rodzinni, którzy uważają, że planowana nowelizacja ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych nie usprawni funkcjonowania systemu, a przyczyni się tylko i wyłącznie do upadku medycyny rodzinnej. Czy mają rację? Pediatrzy i interniści są jednak za tego rodzaju zmianami. Widzą w nich wzmocnienie pierwszej linii kontaktu pacjenta z opieką zdrowotną. Przypomnijmy, że projekt nowelizacji został skierowany przez Sejm do dalszych prac w Komisji Zdrowia.

Dyskutuje się na ten temat od śmierci 2,5-letniego dziecka w Skierniewicach (koniec lutego ubiegłego roku). To właśnie wtedy minister Bartosz Arłukowicz zapowiedział zmiany dotyczące nocnej, świątecznej, jak i podstawowej opieki zdrowotnej. Podobno mają one na celu zwiększyć dostępność małych pacjentów do pediatrów. Sprawdźmy więc, co zakłada sam projekt.

Okazuje się, że nowelizacja ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych zapewnia pediatrom i internistom samodzielne otwieranie praktyki podstawowej opieki zdrowotnej i otrzymanie kontraktu z NFZ. Obecnie poradnię podstawowej opieki zdrowotnej są w stanie prowadzić lekarze rodzinni bądź interniści i pediatrzy, którzy od lat pracują w POZ. Młodzi lekarze pediatrzy po ukończeniu specjalizacji mogą liczyć na zatrudnienie w szpitalu lub być pracownikami placówki POZ. Nie mają możliwości samodzielnego prowadzenia takiej jednostki, ponieważ warunkiem utworzenia praktyki POZ jest specjalizacja z medycyny rodzinnej.

Współpraca lekiem na całe zło?

– *Polskie Towarzystwo Pediatryczne stoi na stanowisku, że najlepiej byłoby, gdyby małe dzieci pozostały pod opieką pediatry. Nie znaczy to, że lekarze rodzinni źle sobie radzą. Powinno być ich jednak 25 tys.,*

a jest zaledwie 12 tys. Dlatego potrzebna jest pomoc innych specjalistów – mówi prof. Alicja Chybicka, prezes Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego. – Mam nadzieję, że w ślad za ustawową poprawką, zmienią się również zasady finansowania POZ, dzięki czemu lekarz pierwszego kontaktu, obojętnie czy będzie to lekarz rodzinny czy internista lub pediatra, będzie mógł wykonać pacjentowi niezbędne badania dodatkowe – dodaje prof. Chybicka.

Prezes PTP podkreśla, że pediatrów w POZ jest stanowczo za mało. Jej stanowisko potwierdzają przypadki, które zostały nagłośnione przez media. Tego typu zdarzenia pokazują, że podstawowa opieka zdrowotna w naszym kraju pozostawia wiele do życzenia. I nie chodzi wcale o to, że lekarze rodzinni niewłaściwie wykonują swoje obowiązki. – *To trzeba zmienić i jest to nasz wspólny interes. W chwili, gdy na pierwszej linii kontaktu z pacjentem znajdują się lekarze rodzinni, interniści i pediatrzy, sytuacja zdecydowanie się poprawi – przekonuje prof. Chybicka.*

Do dyskusji włącza się również Tomasz Latoś, przewodniczący sejmowej Komisji Zdrowia. Poseł uważa, że resort zajął się funkcjonowaniem podstawowej opieki zdrowotnej, proponując nowelizację ustawy, która ma leczyć skutki bez postawienia diagnozy. – *Jestem za tym, aby moimi dziećmi opiekował się w POZ pediatra. Bądźmy jednak precyzyjni. W dużych miastach najmłodszymi zajmuje się właśnie pediatra. Natomiast w małej gminie może w ogóle nie być pediatry. Wprowadzanie więc takiej nowelizacji będzie udawaniem, że coś się zmieniło, a tak naprawdę problemy pozostaną – uważa Latoś. Poseł twierdzi ponadto, że całą debatę o potrzebie zmian w podstawowej opiece zdrowotnej powinna zapoczątkować analiza. Jego zdaniem trzeba się zastanowić nad tym, jak ten system funkcjonuje w dużych miastach, małych gminach i na wsiach. – Czy podtrzymujemy ideę, aby lekarz rodzinny był lekarzem pierwszego kontaktu, który zna całą rodzinę i jej problemy? A jeśli nie zawsze tak jest, to zastanówmy się dlaczego – stwierdza Latoś.*

Co dalej ze specjalizacją z medycyny rodzinnej? Jak zachowają się lekarze, którzy przecież potrafią kalkulować. Jeśli zrobienie specjalizacji z medycyny rodzinnej oznacza, że można pracować wyłącznie w POZ, a odwrotnie – kończąc specjalizację z pediatrii czy interny, stoi się przed wyborem pracy w szpitalu albo w POZ, to w takich okolicznościach, po co być lekarzem rodzinnym?

Lukasz WASILEWSKI

(przedruk z „Medium” nr 2/14)

JGP – JAK PRZEGRAC WYGRANY MECZ?

JGP, Jednorodne grupy Pacjentów – metoda, według której NFZ płaci szpitalom za leczenie pacjentów – są obecne na rynku od 2008 r. Wprowadzone w pośpiechu i bez przygotowania spowodowały spory zamęt na rynku medycznym.

W początkowym okresie szpitale nie potrafiły użyć nowego systemu rozliczeń i traciły, nie mogąc wykazać świadczeń do zapłaty. Szybko jednak sytuacja się odwróciła i NFZ, początkowo dumny z finezyjnego systemu, musiał zrezygnować na pozycję prostego księgowego, wprowadzając prymitywne limity, które cofnęły nas do czasów zwykłego budżetowania szpitali. Tyle, że teraz dołożono jeszcze szpitalom skomplikowany i w wielu aspektach wadliwy system raportowania – Jednorodne Grupy Pacjentów. Przeanalizujemy główne problemy związane z funkcjonowaniem grupy JGP.

JGP są źle wycenione

Rzeczywiście, szereg grup jest wycenionych poniżej kosztów ponoszonych przez szpitale lub na granicy opłacalności. Wycena na granicy opłacalności oznacza straty w przypadku jakichkolwiek powikłań i ucieczkę szpitali od „trudniejszych” przypadków, które niosą ze sobą pewną stratę finansową.

Wszyscy zgadzają się, żeby wycenę zmienić. Na straży rzetelnej kalkulacji i efektywności naszych świadczeniodawców miała stać planowana Agencja Taryfikacji. I co? I nie! Nie ma żadnej Agencji. NFZ próbuje robić jakieś szcztkowe wyceny, bazując na własnym, bardzo ograniczonym personelu. Coś zrobiono w pediatrii, coś w okulistyce, coś w rehabilitacji – efekt w zasadzie niezauważalny.

Jednorodne GP są NIEJEDNORODNE

Poszczególne grupy JGP nie są jednorodne pod względem medycznym, co w konsekwencji powoduje, że grupy JGP są również niejednorodne kosztowo. Do jednej grupy JGP powinny trafiać przypadki, których diagnozy i procedury są zbliżone do siebie medycznie i kosztowo. Tak jednak nie jest. Szpital ma „zarabiać” na każdym przypadku, a nie tracić na części, a stratę „odbijać sobie” na innych. Taka sytuacja jest błędna i szkodliwa. Case-mix przypadków zmienia się i zachowanie równowagi nie jest możliwe, a co ważniejsze, jest nieefektywne kosztowo i blokuje specjalizację – czyli obniżenie kosztów i wzrost jakości.

Kosztowne paradoksy rozliczania JGP

Wszędzie na świecie płatnika nie interesuje, jak się nazywał oddział, na którym leczono pacjenta i ile razy był przenoszony między oddziałami. W Polsce mamy sytuację odwrotną i bezsensownie utrudniającą rozliczenie. Dla każdego oddziału są osobne limity punktów JGP i inne

zasady rozliczeń. Przy dzisiejszych regulacjach nie można tworzyć oddziałów o podejściu holistycznym. Brak takiej możliwości wymusza dużo większe nakłady dla spełnienia wszystkich warunków na każdym z podzielonych na specjalizacje oddziałów. Podczas, gdy w rzeczywistości pacjent leży na łóżku, na którym nie wykonuje się żadnych istotnych procedur, bo poszczególne procedury są wykonywane na bloku operacyjnym, w pracowni hemodynamicznej, endoskopowej, itp. Przyjmujemy do szpitala przypadki, które można leczyć ambulatoryjne, bo tylko przyjęcia na oddział dają grupę JGP zapewniającą odpowiednie finansowanie. Brak wynagradzania za efekt – płacimy jedynie za działanie. Brak jakiegokolwiek powiązania z efektywnością medyczną.

Główna idea JGP – zapłata za wynik nie została zrealizowana. Jednym z głównych powodów wprowadzenia JGP było zahamowanie lawinowo rosnącej liczby procedur medycznych. Tę patologiczną sytuację miało powstrzymać JGP. W praktyce nic się nie zmieniło poza mianownikiem. Dawniej była to procedura medyczna, teraz grupa JGP. Wciąż nie ma żadnego powiązania zapłaty z wynikiem leczenia i to tak dalece, że najbardziej opłacalne są przypadki, które szybko umrą. Smutne, ale niestety prawdziwe!

Sztuczne zawyżanie wykonań dla realizacji kontraktu

Szpitale przyjmują i przetrzymują przypadki dla uzyskania maksymalnej zapłaty. Istnieje szereg grup JGP z warunkiem minimalnego czasu pobytu. To rodzi pokusę przetrzymania pacjenta, często jeden dzień różnicy może spowodować znaczne zwiększenie zapłaty.

Zniszczenie możliwości opieki koordynowanej

Niezależne płacenie za każdą grupę w każdej placówce medycznej powoduje, że terapia często jest rozciągnięta w czasie i przestrzeni. W czasie całego procesu leczenia pacjent powinien mieć lekarza lub zespół prowadzący i planujący kolejne etapy. Ubezpieczyciel powinien zapewnić finansowanie całości procesu leczniczego. Stosowanie poszczególnych terapii i ich zasadność wynikałaby z pełnej wiedzy o pacjencie i bieżącym monitorowaniu postępów przez lekarza koordynującego.

Aktualna sytuacja rozliczeń przy pomocy JGP jest zaprzeczeniem powyższych postulatów. Pacjent jest pozostawiony sam sobie i albo w odpowiednim czasie znajdzie ścieżkę do lekarza, albo nie.

JGP lekceważą potrzeby pacjenta

Klientem/podmiotem dla szpitala jest NFZ, a nie pacjent, który służy tylko do udowodnienia rozliczenia z NFZ. W medycynie mamy teraz do obłędu posunięty

rynek producenta. Konsument – pacjent nie ma żadnego wpływu na rynek medyczny, został go pozbawiony przez prawo, które całą siłę przekazało do Ministerstwa Zdrowia i NFZ. Aktualne podejście traktuje pacjenta tak, jakby był niemym towarem w bezdusznym obrocie handlowym pomiędzy szpitalami a NFZ. Przekazanie pacjentowi prawa wyboru jednostki leczącej i tym samym skierowanie strumienia pieniędzy zgodnie z jego wolą jest kluczowe dla naprawy systemu ochrony zdrowia w Polsce.

Blokada wprowadzania nowych technologii medycznych

Wycena grup JGP, ich definicja, wymagane warunki organizacji i wyposażenia szpitali nie nadążają za postępem medycyny. To opóźnia stosowanie nowoczesnych terapii. NFZ nie ma odpowiednich sił, żeby podjąć się redefinicji grup JGP, więc warunki nie zmieniają się od lat. Problem próbuje się łączyć doraźnie przez programy terapeutyczne lub indywidualne zgody na „niestandardowe” leczenie, niemniej złożoność definicji grup JGP hamuje NFZ przed koniecznymi zmianami, a to odbija się na dostępie pacjentów do nowoczesnej medycyny.

Czy JGP ma rację bytu?

Dowolny system rozliczeń, jeśli będzie stosowany bez oparcia na rzetelnych danych, nie będzie uwzględniał jakości i efektywności medycznej, i który nie bę-

dzie stale monitorowany i doskonalony, wcześniej czy później zawiedzie.

Co należy zrobić?

- Na stałe uruchomić centrum mierzące koszty i efektywność w celu bieżącej zmiany wyceny poszczególnych grup JGP.
- Ponownie zdefiniować zasady grupowania i wprowadzić do definicji grup JGP wymogi i miary efektywności medycznej.
- Zmniejszyć wymogi dotyczące zasobów i kontekstu świadczonych usług, kładąc większy nacisk na wyniki leczenia, niż na zasady prowadzenia terapii.
- Oceniać całkowite koszty medyczne terapii, a nie tylko koszty samego leczenia (zwolnienia, renty, zapomogi i zaopatrzenia finansowe) i uwzględnić to przy definicji grup JGP.
- Wprowadzić zasadę pełnego finansowania koordynowanej terapii.
- Pozwalać szpitalom na równoległe świadczenie usług w ramach kontraktu z NFZ i komercyjne. Szpital miałby obowiązek w pierwszym rzędzie obsługi pacjentów płaconych przez NFZ, ale po wykorzystaniu limitów lub przy braku pacjentów płaconych przez NFZ mógłby przyjmować pacjentów komercyjnych.

Marek WESOŁOWSKI
(przedruk z „Medicusa” nr 5/14)

DLA MNIE LICZĄ SIĘ DOWODY

z prof. Stanisławem Jerzym Czuczwarem, farmakologiem, członkiem korespondentem Polskiej Akademii Nauk rozmawia Maria Przesmycka

Do niedawna wydawało się, że podział na lekarzy uprawiających medycynę opartą na dowodach i homeopatów jest jasny. Zapowiedź powołania podyplomowych studiów z homeopatii i to bynajmniej nie w czarodziejskiej Akademii Hogwardu, a na najprawdziwszym państwowym Śląskim Uniwersytecie Medycznym wprowadziła niemalże zamieszanie.

Gdyby zależało to ode mnie na pewno nie powołałbym takiego kierunku studiów. Trudno mi wchodzić w przyczyny i uwarunkowania, które spowodowały, że władze taką decyzję podjęły. Prawdopodobnie są jednak zwoleńnikami tej quasi terapeutycznej metody.

Rektor Śląskiego UM powoływał się na fakt, że w innych krajach europejskich takie studia istnieją. Ale czy duża liczba powtarzających błędne twierdzenia sprawia, że stają się prawdą?

Ja też podeprę się danymi zaczerpniętymi z zagranicy. Szwajcaria kilka lat temu zabroniła przeznaczania publicznych finansów na badania nad homeopatią. Kolejne kraje przymierzają się do podobnego kroku. Wielka Brytania, na którą tak chętnie powołują się homeopaci, i gdzie podobno sama rodzina królewska „leczy się” preparatami homeopatycznymi, przygotowuje podobną ustawę. W tej sytuacji powoływanie takiego kierunku studiów jest – moim zdaniem – błędem. Ale muszą istnieć jakieś przyczyny...

Jak nie wiadomo o co chodzi...

Proszę mnie nie namawiać na dokończenie tej myśli.

Można się obawiać, że ta decyzja otworzy drogę na uniwersytety innym, niekonwencjonalnym metodom; bo skoro homeopatia, to czemu nie irydologia, aromaterapia, sylwoterapia?

Jestem zdecydowanym przeciwnikiem wprowadzania na uczelniach medycznych nauczania metod terapeutycznych o nieudowodnionym działaniu. Ale jednocześnie przyznaję pacjentom prawo wspomagania się w leczeniu wszelkimi metodami, z jednym wszakże zastrzeżeniem, że homeopaci, czy różnej maści uzdrowiciele nie żądają od nich zaniechania leczenia farmakologicznego. Niestety, co jakiś czas słyszymy o dramatach chorych, którzy za ich namową podjęli taką decyzję, z nieodwracalnymi konsekwencjami.

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej powołało w kwietniu zespół ekspertów ds. oceny aktualnych dowodów naukowych dotyczących działania produktów homeopatycznych i wskazań dotyczących ich stosowania w praktyce medycznej, w którym Pan również uczestniczy. Jakie postawiono przed Panami zadanie?

Nasz zespół ma ocenić skuteczność terapii homeopatycznych i wydać werdykt dla potrzeb NRL. Nie wspomniano, że zespół został powołany na skutek decyzji Śląskiego Uniwersytetu Medycznego, ale myślę, że jakiś związek tu istnieje. W skład zespołu wchodzi 10 ekspertów, klinicystów różnych specjalności i 3 farmakologów. Przewodniczy nam prof. Marek Kowalczyk.

Czy Pan profesor wyrobił sobie już opinię w kwestii skuteczności preparatów homeopatycznych?

Jako farmakolog, od lat badający działanie różnych aktywnych substancji farmakologicznych na zwierzętach wiem, że woda w modelach doświadczalnych nie działa, a w preparatach homeopatycznych po miliardowych rozcieńczeniach i wytrząsaniach nie ma śladu substancji czynnych. Pozostaje pytanie, czy ta woda zachowała „pamięć” o substancji wyjściowej, na co powołują się homeopaci. Z setek badań przeprowadzonych na całym świecie wynika, że nie, że substancje homeopatyczne działają jak placebo.

Przed wydaniem opinii dla NRL bardzo dokładnie zapoznałem się z wynikami prac naukowych badających preparaty homeopatyczne, których ukoronowaniem była fundamentalna publikacja w bardzo prestiżowym czasopiśmie „Lancet” z 2005 r., której autorzy porównali 110 badań klinicznych oceniających działanie preparatów homeopatycznych i 110 badań oceniających preparaty konwencjonalne, w różnych dziedzinach medycyny. Wnioski były jednoznaczne. Preparaty homeopatyczne działają dokładnie tak samo, jak placebo. Homeopatów, naturalnie oburzyła ta praca; skrytykowali głównie metody badawcze stosowane przez jej autorów. Ale w kilka miesięcy później autorzy wykazali, że wszystkie zarzuty są bezpodstawne.

Wyrętkowo próbowałem także przesłedzić prace, jak leki homeopatyczne działają przeciwbólowo. Zna-

łem nawet badania randomizowane, z których ku mojemu zdziwieniu wynikało, że preparat, którego nazwy tu nie wymienię, żeby nie być posądzonym o jego propagowanie, ma jednak umiarkowane działanie przeciwbólowe. Ale kiedy przestudiowałem bliżej jego skład (składniki roślinne i mineralne) okazało się, że wśród składników roślinnych są takie, które rzeczywiście zawierają substancje przeciwbólowe, ale co najciekawsze były to wyciągi roślinne o stężeniach zgoła nie homeopatycznych, ale stosowanych w normalnych lekach. Pytanie, czy mimo wyraźnego opisu jest to preparat homeopatyczny? Według klasycznej definicji homeopatii – nie, chyba, że ostatnio, po cichu, rozszerzono definicję leku homeopatycznego. Więc gdybym nie był tak dociekliwy i nie zajrzał do składu tego leku musiałbym przyznać, że oto mamy dowód na działanie przeciwbólowe leku homeopatycznego.

Jednym z koronnych argumentów homeopatów w dyskusjach o skuteczności ich preparatów jest pytanie, jak wytłumaczyć skuteczność tych preparatów w leczeniu małych dzieci, noworodków, niemowląt?

Wytłumaczył mi to, bardzo logicznie jeden z lekarzy praktyków. Główną bolączką małych dzieci są infekcje górnych dróg oddechowych. W nawracających infekcjach wirusowych lekarze często, niestety, stosują antybiotyki, co – jak wiadomo – jest błędem. Antybiotyki na wirusy nie działają, ale po drodze wyrządzają organizmowi dziecka poważne szkody uodporniając bakterie na działanie szeregu antybiotyków. Dlatego samo odstawienie antybiotyków pomaga, a podanie nietoksycznego preparatu homeopatycznego nie ma żadnego znaczenia.

Izba Lekarska wielokrotnie krytykowała stosowanie przez lekarzy homeopatii, bez większego odzewu. Czy samorząd może coś jeszcze zrobić z problemem, że lekarze stosują preparaty o charakterze placebo w miejsce leczenia chorych substancjami czynnymi?

Leki homeopatyczne są dopuszczone do obrotu, podobnie jak suplementy, których wartość w wielu przypadkach też jest więcej niż wątpliwa, i które także mają zagorzałych obrońców, niestety również z tytułami profesorów farmacji (Komitet Nauk Fizjologicznych i Farmakologicznych PAN próbuje od pewnego czasu coś z tym zrobić, bez większych – jak na razie – sukcesów).

Tak więc Izba Lekarska nie może zakazać lekarzom stosowania tych preparatów. Samorząd może jedynie prowadzić działalność informacyjną. Przedstawiać fakty, argumenty, przekonywać.

(przedruk z „Medicusa” nr 6–7/14)

CHORZY NA NIEUFNOŚĆ

Wdzięczność pacjenta to u nas koperta z banknotami wciskana pod stołem. O wiele rzadziej: „dziękuję, doktorze”. Przykładów niewdzięczności jest za to bez liku. Doniesienia, bezpodstawne oskarżenia, fizyczna agresja, słowne niagary chamstwa. Albo może być jeszcze gorzej: mężczyzna chce sobie odebrać życie, skacze z okna. Ktoś wzywa karetkę pogotowia, potem dwa zespoły lekarzy przez całą noc przy stole operacyjnym walczą o jego życie. Udaje się. Delikwent wraca do domu. I skarży szpital. Bo został zarażony szczepem gronkowca. To jedna z historii opowiadanych przez ludzi w białych kitlach. Niewiarygodna, wręcz kuriozalna. Ale będzie ich więcej. Bo ten tekst jest o tym, jak przebiega relacja lekarz-pacjent z pozycji człowieka ze stetoskopem w dłoni. Bo jak biedni, jak skrzywdzeni są pacjenci – wiemy. Ale dlaczego ofiarą systemu padają także lekarze, nie wiemy i wiedzieć nie chcemy. A powinniśmy.

Narzekania frustrata

– *Zastanawiasz się, główkujesz, jak go wyleczyć, jak uratować życie człowieka. Nie śpisz nocami, wymyślasz sposoby terapii. W zamian zderzasz się z agresją, chamstwem i pretensjami. Dobrze, jeśli występują tylko w sferze werbalnej, bo zdarza się oberwać po głowie – tak codzienność w kontaktach na linii lekarz–pacjent – podsumowuje jeden z podwarszawskich medyków.*

Ma piętnastoletni staż i przyznaje, że jest sfrustrowany i wypalony. Są dni, w których nie ma siły wstać z łóżka. Szpital, przychodnia, a potem jeszcze kilka godzin w kolejnej przychodni. To kilkudziesięciu pacjentów dziennie, czasem ponad stu, z których kilku mu zarzuci, że pewnie czeka na łapówkę, jeśli nie chce wypisać zwolnienia czy przepisać konkretnego lekarstwa. Albo że jest niedouczony, jak większość polskich konowałów. I że co on sobie myśli, nie wie, z kim ma do czynienia i że on, pacjent, mu pokaże.

– *Robię głęboki wdech i wydech, mówię przyciszonym głosem, ale czasem nie dają rady* – przyznaje. Bo nie ma wytchnienia. Ledwie jeden pacjent wyjdzie, wchodzi następny. Także zdenerwowany: chorobą, tym, że musiał czekać w kolejce, tracić czas, a przecież musi zarabiać. I kolejny, kolejny, kolejny. – *Nie mam chwili, żeby się zresetować, choćby uspokoić tętno* – opowiada lekarz. I dodaje, że pracuje jak niewolnik: góra kwadrans na chorego to wszystko. Na zbadanie, przejrzenie wyników badań, postawienie diagnozy, przepisanie leków, wstukanie przebiegu wizyty do systemu komputerowe-

go. A gdzie rozmowa z chorym, wysłuchanie jego płynącej z łęku o zdrowie tyrady?

– *Już tak koło godz. 15 nie mam siły rozciągać ust w uśmiechu, a empatia staje się pustym słowem* – przyznaje medyk. A co z misją? – *No tak, jest jeszcze misja* – śmieje się sarkastycznie, gorzko. Ale po chwili poważnieje. – *Gdyby nie ona, gdyby nie ideały, które kazały mi iść na medycynę, ta chęć pomagania ludziom, to dawno pracowałbym w firmie farmaceutycznej* – mówi. I dodaje, że mimo tej całej frustracji, zmęczenia, tych negatywnych emocji, z którymi walczy każdego dnia, jest z całego serca lekarzem. Tylko mu przykro. Zamiast tych koniaków, kopert z banknotami wciskanych do kieszeni, niczym napiwek boyowi w hotelowym foyer, wołałby serdecznie: „dziękuję, panie doktorze”. Ale to coraz większa rzadkość.

Pacjent wrogiem lekarza

Bo prawda jest taka, że Polak pacjent to przeciwnik wagi ciężkiej dla lekarza. Nie partner. Nie wdzięczny za pomoc usługobiorca nawet. Wróg. A jeśli nie wróg, to na pewno niechętny, podejrzliwy, przepełniony nieufnością klient. Przekonany, że lekarz jest na pewno niedouczony, że ma go w nosie, a jedyny powód, dla którego z nim rozmawia, to chęć wzbogacenia się.

– *Często mam wrażenie, że pacjent jest przekonany, że chce mu zrobić krzywdę, a nie pomóc* – przyznaje dr Michał Feldman, psychiatra z Warszawy. Cierpliwie tłumaczy, jakie lekarstwo przepisuje i dlaczego, wyjaśnia, że chory się od niego nie uzaleźni i że nie będzie miał dziur w mózgu, ale to jak rzucanie grochem o ścianę. – *Za tydzień delikwent przychodzi i mówi, że nie będzie brał leku, bo wyczytał w ulotce, że może wywołać pokrzywkę albo doprowadzić nawet do śmierci* – uśmiecha się. I dodaje, że bez takiego podstawowego zaufania nie ma mowy o skutecznej kuracji. – *Przecież jestem lekarzem, mam pomagać, a nie zbierać punkty od koncernów farmaceutycznych i spędzać lato, balując na Karaibach* – oburza się.

Ale pacjent wie swoje. W społeczeństwie panuje wszechobecne przekonanie, że lekarzy i szpitale należy omijać z daleka, bo nic dobrego nikogo z ich strony nie spotyka. Aby zrozumieć tę atmosferę, nasz sposób postrzegania ludzi w białych kitlach, wystarczy porównać liczbę wyników w internetowej wyszukiwarce po wpisaniu „lekarz łapówka” i „lekarz skuteczna pomoc”. Albo posiedzieć parę kwadransów w poczekalni np. nocnej pomocy lekarskiej albo na krzeselkach w którejś z przychodni specjalistycznych. Można się wiele dowiedzieć, mnóstwo złego nasłuchać. Która z lekarek to suka, który z lekarzy cham i idiota. Albo rzeźnik. Aż dziw bierze, że tyle osób chce się do takiego czy do takiej dostać.

Naszą niechęć do osób w białych kitlach potwierdzają badania. Z pochodzących z ubiegłego roku, przeprowadzonych przez EuropeanTrustedBrands dla „Reader’s Digest”, wynika, że choć największym zaufaniem cieszą się zawody ratujące zdrowie i życie, to lekarze w odbiorze polskich respondentów mają wśród nich najniższą pozycję. Ufa im zaledwie 57% (średnia europejska 76%). I to zaufanie spada z roku na rok – w 2011 r. przedstawicielom tej profesji ufało 73% badanych, a w 2012 r. – 64%. Gorsze zdanie o swoich lekarzach mają tylko Rosjanie – ufa im zaledwie 47% społeczeństwa. Badaniami objęto 12 krajów: Belgię, Czechy, Finlandię, Francję, Holandię, Niemcy, Polskę, Portugalie, Rosję, Rumunię, Słowenię i Szwajcarię. Wzięło w nim udział 18.314 respondentów (w Polsce 1.049). Nieco lepiej dla lekarzy wypadają tegoroczne wyniki światowe badania zaufania do zawodów przeprowadzonego przez instytut GfK: zgodnie z nimi lekarzom ufa aż 80% ankietowanych, ale i tak mniej niż w przypadku strażaków (94%), pielęgniarek (93%), ratowników medycznych (88%), farmaceutów (87%), żołnierzy (84%), kierowców MZK i nauczycieli (83%) oraz rolników (82%). Badania prowadzono w 25 krajach, średnia zaufania do lekarzy to 89%.

Jak wyżałał mi się podczas rozmowy dr Jarosław Pinkas (w latach 2005–2007, za kadencji Zbigniewa Religi, wiceminister zdrowia), to o tyle zdumiewające, że w naszym 38-milionowym kraju każdego roku odbywa się 150 mln kontaktów pacjentów z przedstawicielami podstawowej opieki zdrowotnej (z czego 80 mln to wizyty u specjalistów), a hospitalizacje to kolejne 6 mln. – *Czy ci wszyscy ludzie, którzy przeszli przez szpitale i kliniki są tak bardzo niezadowoleni? Nie uzyskali tam pomocy? Tak bardzo cierpieli? Nie wrócili do domu z nowymi soczewkami, stawami biodrowymi, zreperowanymi sercami, przeszczepionymi nerkami?* – pytał emocjonalnie. I diagnozuje, że naszą narodową cechą jest niewdzięczność. Bo dla pacjenta nie ma większego znaczenia, jak bardzo lekarz mu pomógł, że wychodzi ze szpitala, w którym wykonano nowoczesne, bardzo kosztowne zabiegi, warte nieraz tyle, co samochód. Pacjent i tak jest wściekły i niezadowolony. Bo będzie pamiętał z całego pobytu, że pielęgniarka była wobec niego niemiła, jedzenie było kiepskie, a w toalecie brakowało papieru.

Najważniejsza gruba skóra

Marek Stankiewicz, rzecznik Lubelskiej Izby Lekarskiej, nie ma wątpliwości, że tym, co powinno charakteryzować lekarza, jest bardzo gruba skóra. I nie chodzi o znieczulicę, lekceważenie pacjentów, lecz o uodpornienie się na ataki. – *Nasze społeczeństwo nie lubi lekarzy* – przyznaje. I kontynuuje, że pacjent może szanować jednego, drugiego medyka, który mu pomógł albo po prostu był dla niego dobry. Jednak o branży będzie

mówił źle. Bo tutaj w grę wchodzi wielkie emocje. Pacjent czuje się źle, jest wystraszony swoim stanem zdrowia, boi się o pracę. Nie panuje nad nerwami. To jest trochę tak, jak na meczu piłkarskim, kiedy podenerwowany tłum wrzeszczy „sędzia kalosz”, bo nie podoła mu się to, że arbiter odgwizdał spalonego. Ale potem emocje opadają.

– *Ja już nie oczekuję wdzięczności, za to jak dziecko cieszę się, kiedy udaje mi się wyleczyć pacjenta* – deklaruje dr Feldman. Choć nie ukrywa, że czasem miewa poczucie zawodu. Tak jak przy pacjentce, która miała poważne stany lękowe, które uniemożliwiały jej wyjście z domu i pracę. Ustawił jej leczenie. Każdego dnia wysyłała do niego po kilkanaście, kilkadziesiąt SMS-ów, opisując obawy, skarżąc się na złe samopoczucie. Cierpliwie odpisywał, podtrzymywał na duchu. Niejeden dzień spędził w bibliotece medycznej, szukając sposobów terapii. I w pewnym momencie SMS-y przestały przychodzić. – *Popelniła samobójstwo, coś złego się stało?* – pytam. – *Nie, poczuła się na tyle dobrze, że już mnie nie potrzebowała. Nie miała też poczucia, że powinna o tym zawiadomić, choćby wysyłając kolejnego SMS-a: „dzięki, doktorze, już mi lepiej”.*

– *To boli* – przyznają moi rozmówcy. Ale może być jeszcze gorzej. Doktor Pinkas wspomina jedno z pierwszych zetknięć z takim koktajlem niesprawiedliwości i niewdzięczności ze strony pacjenta, które mocno nim wstrząsnęło. – *Byłem wówczas młodym lekarzem, tuż po kursach z mikrochirurgii* – zaczyna. To był ostry dyżur na ortopedii, naprawę ostry, bo miewali wtedy na jednym po 300 pacjentów. Jemu przypadł facet z dłonią w połowie odciętą przez elektryczną piłę tarczową. Ta połówka trzymała się na resztkach mięśni i kawałku skóry. A jej właściciel był pijany tak bardzo, że niemal nie trzeba było go znieczulać, bo nie czuł bólu. – *Gdybym wówczas postanowił amputować mu tę dłoń, byłoby to jak najbardziej usprawiedliwione* – opowiada. Ale zrobiło mu się żal człowieka, pomyślał o jego przyszłości, pracy, postanowił spróbować. Wielogodzinna operacja, podczas której spływając potem, składał kości, łączył poprzerywane nerwy, spajał naczynia krwionośne. opowiada Pinkas. Spotkał tego pacjenta na ulicy po roku. – *I co u pana, jak się pan miewa* – zagaił. – *Jaki byłem z siebie dumny, że uratowałem mu tę rękę. Nawet był w stanie ją zginać i chwycić za jej pomocą* – A mężczyzna do niego z pretensją: – *Ty s..., zobacz, co zrobiłeś z moją ręką* – podsunął mu pod oczy swoją, nie da się ukryć, poturbowaną mocno, prawicę.

– *On pewnie nie pamiętał, co się wydarzyło tamtego dnia, wcale się nie dziwię. Więc pozostałem w jego pamięci jako ktoś, kto zepsuł mu rękę, nie uratował* – Jarosław Pinkas potrafi się już z tego dzisiaj śmiać. Ale zapomnieć nie potrafi. – *Wolałbym chyba dostać po ryju, jak nieraz zresztą się zdarzało podczas dyżuru* – mówi.

O incydentach, kiedy pobudzony, często pijany pacjent rzuca się na lekarza, opowiadają wszyscy – to codzienność, zwłaszcza na oddziałach ratunkowych i w pogotowiu. Gorzej, kiedy trafia, jak opowiada dr Marek Stankiewicz, na kobietę. Jego filigranowa koleżanka, która pojechała ratować mężczyznę, leżącego bez przytomności w szopie na węgiel, dostała od ocuczonego nagle pacjenta łopatą w głowę. A jego kolega podczas dyżuru tak oberwał w głowę krzesłem, że stracił przytomność na cztery minuty. Do niego także startowali z rękami, ale że jest duży, nie poniósł większej szkody. – *Nie zapomnę, jak pacjent w ramach pomocy w SOR, notabene pracownik Sejmu niższego szczebla, który pijany został zabrany z pracy, rzucił się na mnie z nożem* – opowiada dr Daniel Śliż, internista z III Kliniki Chorób Wewnętrznych i Kardiologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. Ale także dla dr Stankiewicza to nie krzyki, nie agresja fizyczna nawet, ale niesprawiedliwy osąd są najbardziej bolesne. Ale tak często zdarza się, gdyż chorzy i ich rodziny, kiedy dzieje się coś nie po ich myśli, muszą mieć kozła ofiarnego. – *Starszy człowiek trafia do szpitala z masywnym krwawieniem z przewodu pokarmowego. Za późno, nie udało się go uratować, bo nie zawsze się udaje. I wtedy kochające dzieci, które wcześniej w ogóle nie interesowały się mamusią czy tatusiem, wkraczają do akcji. Krzyki, oskarżenia, pisanie pozwów* – opowiada lekarz.

Jeśli się zdarzy, że uda się wydrzeć starszego pana czy panią z objęć śmierci, nie oznacza to, że nie będzie awantury. Bo wy tu na prowincji nic nie wiecie, nie umiecie, zabieram rodzica do Warszawy. Inna sprawa, że w taki sposób zachowują się najczęściej osoby, które zwykliśmy nazywać nowobogackimi. Dużo pieniędzy, dużo pretensji i wymagań, a za grosz kultury. Kompleksy z tym związane usiłują kompensować głośnym i brutalnym nieraz zachowaniem.

– *W okresie okołoswiątecznym rodziny często chcą pozbyć się „kłopotu” z domów w postaci starszych osób, bo tam gdzie ma stać choinka, stoi łóżko seniora. Więc przywożą ich do szpitala. Później nie chcą ich odebrać...* – opowiada dr Śliż. Po wielokroć się zdarza, że rodziny takich babć przychodzą do szpitala i żądają, żeby tych starszków nie wypisywać, bo przecież nie chodzi (choć nie chodzi od miesięcy), bo odwodniona, bo ogólnie taka stara... A przecież każda doba w szpitalu dla starszej osoby to dodatkowe ryzyko poważnych powikłań. A dla jej dzieci wygoda.

Zarobić na lekarzu

Zdarza się jednak, że pacjentem czy jego rodziną nie powoduje nic innego jak czysta podłość. Rzućmy okiem na kroniki policyjne: „Do 5 lat więzienia grozi 30-latkowi z Szamotuł. Mężczyzna przebywał po wypadku na szpitalnym oddziale. Wykorzystując nieuwa-

gę lekarzy, ukradł z torby lekarza telefon komórkowy i 1200 zł”. Miesiąc wcześniej „Głos Wielkopolski” informował: „Niewdzięczny pacjent w chojnickim szpitalu. 29-latkowi udzielano pomocy medycznej. Jak się później okazało, odwdzieczył się lekarzom kradzieżą nawigacji samochodowej z pomieszczenia socjalnego”.

– *A co pani powie o takiej sytuacji, że rodzice skarżą do sądu lekarza, który wyleczył ich dziecko?* – pyta dr Jerzy Jakubiszyn, prezes Okręgowej Izby Lekarskiej w Opolu. Było tak: dzieciak całymi miesiącami chorował, ojciec z matką biegali od lekarza do lekarza, żaden nie potrafił pomóc, ciężkie infekcje wciąż wracały. Wreszcie znalazł się doktor, który trafił z diagnozą i kuracją.

Maluch wrócił do zdrowia. A rodzice pobiegli do adwokata pisać pozew. Bo wyczytali na ulotce, że ten specjalista nie był odpowiedni dla dziecka w tej grupie wiekowej. I wygrali.

Jakubiszyn, który jest laryngologiem, sam przeżył może nie tak drastyczny przypadek, ale nie powie, że było mu przyjemnie. Miał pacjenta na oddziale, któremu jego asystent operował przegrodę nosową. Wszystko poszło jak trzeba, człowiek był do wypisania. Ale w tym momencie zgłosił jakąś drobną dolegliwość neurologiczną, niemającą nic wspólnego z zabiegiem, jaki przeszedł. – *Poradziłem mu, żeby poszedł do poradni, wypisałem skierowanie. Był bardzo niezadowolony. Napisał na mnie doniesienie do komisji ds. zdarzeń medycznych. I dostał odszkodowanie, bo uznano, że powinienem wezwać neurologa na konsultacje na oddział, zanim go wypisałem* – kończy opowieść. To dość charakterystyczne postępowanie i wiele mówi o naszej służbie zdrowia, a może raczej o systemie opieki zdrowotnej. Pacjent, jak się już dostanie do szpitala, często nie chce z niego wyjść, zanim nie zostanie generalnie wyremontowany. Pacjentka, która przyszła na oddział leczyć zatoki, domagała się (skutecznie, bo była bardzo głośna i nieustępliwa), aby zająć się jeszcze jej bólem kręgosłupa i kłopotami z oddychaniem – choć żadna z tych dolegliwości nie wymagała hospitalizacji. Lekarze bronią się przed takimi pacjentami: zajmują miejsce i generują koszty, podczas gdy inni, bardziej chorzy, czekają w kolejkach. Jednak prawda jest taka, że często taki roszczeniowy, niedopuszczający sprzeciwu pacjent wygrywa z tym bardziej potrzebującym a pokornym. Bo dla świętego spokoju lekarz w końcu mówi tak.

– *Nie chcę mieć problemów, być ciąganym po sądach* – ocenia Krzysztof Bukiel, przewodniczący Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy (specjalista chorób wewnętrznych i medycyny rodzinnej). I dodaje, że już widzi w Polsce trend podobny do tego, jaki od lat panuje w USA: przychodzi pacjent ze złamanym palcem, a lekarz ordynuje tomograf całego ciała. Na wszelki wypadek. Bo jeśli czegoś nie zauważy, za plotem już czekają akwizytorzy z kancelarii prawnych, przepytu-

jący pacjentów i ich rodziny: a może jesteście niezadowoleni, a może coś się nie wygoiło, ciągle boli... Do tego dochodzi nieprzychylny klimat w mediach: a to lekarz ukradł, a to wziął łapówkę, a to zamordował. – *A ministerstwo szczuje, podżega jeszcze ten konflikt – ocenia Bukiel. – Lekarz jest dziś tym, kim był w PRL sprzedawca mięsa. Temu, że system jest niewydolny, że nie ma pieniędzy, że pacjenci czekają w kilometrowych kolejkach, ktoś musi być winien. Kto? Lekarz. Tak jak za komuny brakowi mięsa w sklepach winien był sprzedawca. To o tyle wygodne dla resortu, że osłabia pozycję przetargową tej grupy zawodowej w rozmowach ze stroną rządową, np. o podwyżkach. Bo po co słuchać nieuków i przestępców.*

Doktor nauk ekonomicznych Magdalena Szumska, naczelna „Medical Maestro Magazine”, pisma o zarządzaniu w medycynie i relacjach z pacjentami, która m.in. prowadzi kursy i szkolenia dla lekarzy o trudnych pacjentach i doradza gabinetom, zwraca uwagę, że oprócz tego, iż pacjenci stają się coraz bardziej wymagający i roszczeniowi, to można zauważyć ocierające się o patologię zjawisko: na swojej chorobie chcieliby jeszcze zarobić. Przy pomocy prawników walczą o odszkodowania za wszystko, za wyimaginowane nierzadko szkody. – *Znam wiele takich przypadków, wydawać się może, że to dziś sposób pewnych ludzi na życie – mówi. I podaje przykłady. Klinika stomatologiczna specjalizująca się w implantach. Korzystają z niej dobrze sytuowani pacjenci, bo pełen uśmiech na wzór hollywoodzki to koszt (mówiąc fachowo: plan leczenia) nawet 75 tys. zł. – Lekarz się napracuje, a pacjent mówi, że nie przyjmuje jego pracy i nie zapłaci. Bo kolor nie taki, bo się za długo goiło albo że mu w ustach jednak niewygodnie. I biegnie do sądu domagać się z powództwa cywilnego odszkodowania – opowiada. Albo inna historia, z innej specjalizacji medycznej: ginekologii. Lekarz ratuje od śmierci rodzącą matkę i jej dziecko. Kobieta wytacza mu potem proces o to, że gdyby wcześniej wypisał jej receptę na środki antykoncepcyjne, nie byłoby tego kłopotu. Media chętnie podchwycą taki smakowity przykład.*

Doktor Pinkas radzi, aby uważnie przyjrzeć się przypadkowi z Gdańska, o którym przed paroma tygodniami donosiły gazety: że pijana lekarka leczyła niemowlaki. A jak było? Do domu cenionej neonatolog przyjechali rodzice z 6-miesięcznym dzieckiem i błagali, żeby ich przyjąć. Była po paru drinkach, ale w końcu im uległa. A ci na nią donieśli. Można się zastanawiać: popełniła błąd czy nie. Ale gdyby odesłała ludzi z chorym maleństwem, czy nie poskarżyliby się na nią także, że odmówiła udzielenia pomocy? W ramach naszej polskiej zasady, że ja ci pokażę?

Granat w d...e

– *Co roku, kiedy spotykam się pierwszy raz ze stażystami, przestrzegam ich: medycyna to nie jest układanie*

klocków, ale i tutaj wszystko może się zwalić – opowiada dr Jerzy Jakubiszyn. I mówi jeszcze: pamiętajcie, że każdy lekarz chodzi z odbezpieczonym granatem w d..., nie wiadomo, kiedy ten wybuchnie. Trzeba być na to przygotowanym, nawet jeśli się zrobi wszystko, jak trzeba. A więc czujność i gruba skóra. Ale oczywiście nie tylko. I nie przede wszystkim. Najważniejsza jest empatia.

Dr Marek Stankiewicz, który kieruje się w pracy mottem: „zwykły lekarz nie boi się zwykłego pacjenta”, mówi, że kluczową sprawą w tym zawodzie, bez której nie da się go po prostu wykonywać, jest zrozumienie pacjenta i rozmowa z nim. – *Mój tata, także lekarz, na łożu śmierci powiedział mi: pamiętaj, że pacjent nie będzie cię ocenił za to, co mu zrobisz, ale za to, co mu powiesz – wspomina. I jest w tym prawda. Najlepszym lekarstwem jest często ciepły głos, autentyczna troska lekarza, zainteresowanie. Chory człowiek nie ma często wystarczającej wiedzy, żeby zrozumieć, co mu się stało, jakie skomplikowane i kosztowne procedury zostały w jego przypadku zastosowane. Wie za to jedno: źle się czuje, coś go boli. Nie musi rozumieć trudności finansowych służby zdrowia, nie powinny go one zresztą obchodzić. Tymczasem z ankiety przeprowadzonej przez portal ZnanyLekarz.pl na grupie 1.812 użytkowników serwisu, którzy korzystają zarówno z państwowej, jak i prywatnej służby zdrowia, wynika, że tylko 38% z nich ma zawsze lub prawie zawsze poczucie, że lekarze są zainteresowani ich potrzebami. A 43% uważa, że nie rozmawiają z nimi jak równy z równym. 64% – że poświęcają im za mało czasu. – Okazanie życzliwości, zrozumienia i uważne wysłuchanie są dla pacjentów ważniejsze niż kontakt z profesjonalistą, który chowa się za murem procedur i niezrozumiałego dla zwykłego człowieka medycznego żargonu – zauważa Marta Wrzosek z działu marketingu ZnanyLekarz.pl*

Pewnie należałoby jeszcze powiedzieć o przyczynach takiego stanu rzeczy, o paternalizmie panującym na szpitalnych oddziałach, o tym, że dziś nie ma kto uczyć młodych lekarzy „instrukcji obsługi” pacjenta, o rubrykach Excela, które rządzą światem medycyny. I wielu jeszcze innych rzeczach. Najważniejsze jest jednak to, że pacjent, wdzięczny czy nie, trudny czy łatwy, pozostaje człowiekiem, któremu lekarz ma pomóc. Aby tak się stało, powinien zrozumieć, dlaczego ten go nie lubi. A pacjent musi zdać sobie sprawę z tego, że jeśli będzie traktował lekarza jak przyjaciela, ten zrobi jeszcze więcej niż wszystko, aby przywrócić go do zdrowia.

Mira SUCHODOLSKA
(przedruk z Dziennika Gazety Prawnej z dn. 13.6.14 r.)

JAK POKONAĆ STRES...

„Panaceum” rozmawia z prof. dr hab. n. med. Anną Zalewską-Janowską, kierownikiem Poradni

Dermatologicznej w Ośrodku Psychodermatologii Centralnego Szpitala Klinicznego UM w Łodzi.

Pani Profesor, czy stres to problem nowoczesnego świata, takie modne słowo klucz, czy też zjawisko, które występowało od zawsze, ale nie było tak nazywane?

Stres oczywiście istniał od zawsze, bo stres to jest każde wytrącenie organizmu z równowagi. Zauważamy, że coś jest trudne dopiero, gdy przekracza to nasze zdolności adaptacyjne. Jeden człowiek może mieć mnóstwo problemów i sobie z nimi poradzić, a inny w pewnym momencie swojego życia może nie móc, np. wykonać telefonu i to też wynika ze stresu, z przeciążenia. Jest takie powiedzenie, że kropla przelewa czarę goryczy. My sobie radzimy, radzimy, radzimy i w pewnym momencie, kiedy jest wszystkiego za dużo, pojawia się tzw. kryzys.

Tak, ale dawniej chyba nie mówiło się o tym zjawisku stres, tylko sytuacja trudna czy kryzysowa...

Stres to jest też, oczywiście, bardzo modne obecnie słowo, w pewnym stopniu wylansowane przez media. Każdy je rozumie, nawet dzieci posługują się tym terminem. Mówią: „ja się nie stresuję”, ale wielokrotnie nie jest to prawdą, gdyż taka formułka ma często trochę zaczarować rzeczywistość. Ale to dobrze, że istnieje taki termin, który jest zrozumiały dla bardzo wielu osób, nie tylko dla lekarzy. To jest kwestia porozumienia między osobami o różnym stopniu wykształcenia. Mało tego – to słowo nie stygmatyzuje, bycie w stresie jest nawet modne. Kiedyś na przykład w ogóle nie mówiło się o zaburzeniach depresyjnych, to był temat tabu, teraz coraz więcej osób się przyznaje, że ma depresję. I to bardzo dobrze, dzięki temu szybciej szukają lekarskiej pomocy, co jest bardzo ważne. Niektórzy jednak otrzymują tę pomoc zbyt późno, o czym świadczą przynębiające historie choroby pacjentów oddziałów psychiatrycznych, zwłaszcza bardzo młodych, często bowiem dzieci i młodzież są pozostawione z własnymi problemami sami sobie, gdyż rodzice są zbyt zajęci, aby dostrzec te problemy na czas i odpowiednio zareagować. W ogóle psychiatria dzieci i młodzieży jest młodą dziedziną, wymagającą dofinansowania i zaangażowania, a potrzeby, zwłaszcza jeśli chodzi o możliwości zaawansowanego leczenia szpitalnego, są tu dużo większe niż możliwości. Dotyczy to również możliwości kadry lekarskiej...

A jeśli już o lekarzach mowa, to przecież narażeni są na stres podwójnie. Narażeni są nie tylko na własne emocje, podlegają też emocjom pacjentów – jak mają sobie z nimi radzić?

Trzeba zachować odpowiedni dystans. Nie można być zbyt blisko pacjentów ani zbyt daleko. Za dużo jest tak samo niedobrze, jak za mało. Pacjentów też tego trzeba nauczyć. Ale we współczesnej relacji gorszym problemem jest to, że lekarze często traktują pacjentów przedmiotowo, a przecież zawód lekarza to zawód misyjny. Nasze relacje z pacjentem posiadają duży ładunek emocjonalny, interakcje są niezwykle obciążające dla obu stron i wymagają znacznie więcej, niż zdystansowanego profesjonalizmu. Jeśli się o tym zapomni, trudno pracować, tym bardziej że tzw. roszczeniowych, agresywnie nastawionych pacjentów jest coraz więcej, również dzięki działalności mediów, które tę agresję podsycają. Człowiek udający się do lekarza jest z reguły chory, wytrącony z równowagi, czyli jest w stresie, a podczas przedzierania się przez system opieki zdrowotnej ten stres narasta. Emocje w pacjencie wzbierają i kiedy ten ostatecznie dociera do lekarza, mogą wybuchnąć.

Jak postępować w gabinecie ze sfrustrowanym pacjentem?

Trzeba postawić się w jego sytuacji, spojrzeć na niego przez pryzmat absurdów naszego systemu, które te frustracje wywołują. Niekiedy należałoby wyjść do czekającego w poczekali tłumu i wytłumaczyć sytuację, czasami przeprosić – to rozładowuje napiętą atmosferę. Kiedyś w pracy lekarza zwracało się uwagę tylko na kompetencje tzw. twarde, czyli konkretną wiedzę i umiejętności potrzebne do wykonywania zawodu, a zatem dominowała filozofia medycyny kartezjańskiej. Ale oddzielenie „somy od psyche” zaczyna tracić na wartości i powraca się do Hipokratesa, czyli psychobiospołecznego modelu zdrowia, postrzegania człowieka jako całości. Niestety, lekarze mają braki w zakresie tzw. kompetencji miękkich, których po prostu... nikt ich wcześniej nie nauczył.

Czym zatem są kompetencje miękkie?

Są to umiejętności psychospołeczne, do których zalicza się m. in. empatyczną komunikację z pacjentem, asertywność, kreatywność, współpracę w grupie, inteligencję emocjonalną. Odwrotnie od tzw. kompetencji twardych, czyli profesjonalizmu zawodowego, dotyczą emocji i tego, jak funkcjonujemy w społeczeństwie. Bo to, jak my się zachowujemy, rzutuje bezpośrednio na zaufanie do nas jako do lekarzy i przekłada się np. na to, jak pacjent stosuje się do naszych wskazań. Zresztą uważa się, że komunikacja pozawerbalna to dziewięćdziesiąt procent ogólnego przekazu informacji, a tekst to tylko siedem procent.

Lekarze często uważają, że wszystko zrobili jak najlepiej, a spotykają się z niezrozumieniem pacjentów czy wręcz pretensjami...

Badania wykazują, że pacjenci kilkakrotnie rzadziej pozywają o odszkodowania lekarzy, którzy zachowali się w stosunku do nich empatycznie, rozmawiali z nimi, wspierali ich... Nawet wówczas, gdy obiektywnie popełnili błędy. Rzadziej niż zdystansowanych profesjonalistów, podczas gdy ci ostatni z punktu widzenia wiedzy medycznej postępowali prawidłowo. Niestety my – lekarze, będąc na samym końcu łańcucha systemu opieki zdrowotnej, odbieramy wszystkie negatywne emocje pacjentów, stajemy się w pewnym sensie kozłami ofiarnymi błędów systemowych. Wydaje się zatem, że jedynym wyjściem z tej sytuacji byłoby znalezienie wspólnego frontu z pacjentami. Jeśli posłużymy się metaforą „Wielkiego Brata”, pacjenci staną się wówczas bardziej wyrozumiali i zrozumieją ograniczenia, które narzuca nam i im NFZ. To świetnie działa. Pacjent wie, że lekarz zrobił wszystko, co mógł, a więcej po prostu nie może. Ale oczywiście to wszystko jest bardzo obciążające dla lekarzy, a po przyjęciu któregoś z kolei chorego, są tak zmęczeni, że stają się mniej odporni...

Mamy zatem dwie strony: zmęczonego lekarza i agresywnego pacjenta, w tej sytuacji niewiele potrzeba, aby doszło do spięcia...

Tak, ale w takim układzie to pacjent zawsze ma rację, bo to on przychodzi po poradę do profesjonalisty, a nie odwrotnie. Dlatego należy rozmawiać z pacjentami, a w niektórych przypadkach dobrze sprawdza się metodologia „zdarłej płyty”, czyli powtarzanie tego samego: „Przepraszam, ale system nie pozwala” itp. Trzeba też nauczyć się stosowania pewnych tzw. słów kluczy, które są zrozumiałe dla pacjentów, a jednocześnie przerywają niewygodne sytuacje. Miałam na seminarium doktoranckim studentkę Wydziału Zdrowia Publicznego, która w szpitalu zajmowała się sprawami administracyjnymi, m.in. wydawaniem kart zgonu i bardzo często spotykała się z naciskami rodzin, aby wydawała im takie karty jak najszybciej, nawet zanim zostały podpisane przez lekarza. Poradziła sobie w ten sposób, że teraz w takich sytuacjach mówi: „Zmusza mnie pan/pani do przestępstwa”, a przecież nikt o zdrowych zmysłach nie przyzna się do tego. A w przypadku pacjenta agresywnego, wystarczy niekiedy zadać konkretne pytanie: „W czym mogę pomóc?” – wówczas pacjent czy ktoś z jego rodziny zmuszony jest do udzielenia konkretnej odpowiedzi. Dzięki znajomości takich zwrotów tekstowych i zachowań można też np. poradzić sobie z oczekującym w poczekalni tłumem pacjentów. Zamiast stosować tzw. strategię unikowo-ucieczkową, polegającą na przedzieraniu się przez ten tłum, czyli ze spuszczoną głową i zatrzaśnięciu za sobą drzwi gabinetu, wystarczy czasem powiedzieć: „Proszę państwa, proszę się nie denerwować,

wszyscy zostaną przyjęci. Ale jeśli będziecie na mnie naciskać, to ja tu padnę i trzeba będzie zamknąć przychodnię. Czy możemy sobie wzajemnie pomóc?”

Wszyscy wiemy, że niektórzy pacjenci przychodzą do lekarzy regularnie, chociaż nie mają prawdziwego problemu medycznego i to oni w dużej mierze tworzą te tłumy...

To prawda, część pacjentów, szczególnie starszych, przychodzi do przychodni lekarskiej po to, aby zaspokoić swoje emocjonalne potrzeby: posiadania wspólnoty, grupy wsparcia. Zaspokojenie tych potrzeb społecznych i emocjonalnych pacjentów, to nie jest – oczywiście – główne zadanie lekarza. W takich sytuacjach powinno się dawać pacjentowi do wykonania jak najwięcej „zdrutowych zadań domowych”, to zwiększy jego zaangażowanie. Szczególnie w chorobach przewlekłych, bo nie dotyczy to stanów ostrych, największy wpływ na osiągnięcie sukcesu w terapii ma bowiem sam pacjent i jego styl życia.

Niestety, te wszystkie często nadmierne oczekiwania pacjentów mogą prowadzić do skrajnego zmęczenia lekarza. Jak rozpoznać moment, kiedy czara goryczy się przelewa i sami potrzebujemy pomocy z zewnątrz?

Po pierwsze wówczas, kiedy stajemy się bardziej drażliwi, labilni emocjonalnie, kiedy mały problem, który nie wyprowadzał nas do tej pory z równowagi, teraz nas przerasta. Powinniśmy nauczyć się obserwować siebie i przyznawać do zaistnienia takich faktów. Jeśli wchodzimy w stan tzw. wypalenia zawodowego, to jednym z pierwszych objawów jest – moim zdaniem – traktowanie swoich pacjentów przedmiotowo, ograniczanie kontaktów z nimi. Poza tym zaczynamy mieć bóle głowy, żołądka, kręgosłupa czy mięśni, zwłaszcza obręczy barkowej, z czasem może pojawić się przejściowe nadciśnienie, bez konkretnej przyczyny. To świadczy o tzw. somatyzacji objawów stresowych.

Gdy występują u nas te pierwsze objawy, to co wtedy powinniśmy zrobić?

To są sygnały, że powinniśmy się zatrzymać i „zresetować”. Bo jak jest za dużo bodźców, to – tak jak w komputerze – nasz system zawiesza się. W tej pierwszej fazie powinniśmy spróbować poddać się autoanalizie...

Tylko jak przeprowadzić taką autoanalizę, łatwiej przecież dostrzec problem u kogoś innego niż u siebie...

Łatwiej, ponieważ wszyscy podchodzimy do siebie bardzo subiektywnie i nie chcemy, nie potrafimy przyznawać się przed sobą do swoich problemów, nawet do najgorszych rzeczy. Tymczasem powinniśmy się tego nauczyć, podobnie jak do wybaczenia sobie pewnych błędów i ułomności, albowiem... ze sobą będziemy do końca życia. W tym pomaga otwarcie się na obiektywizm naszej grupy wsparcia – rodziny, przyjaciół.

Rozmawiamy wówczas z osobami zaufanymi i mamy szansę na większy obiektywizm w ocenie naszego problemu. Ostatecznie można się zwrócić o pomoc do psychologa. Kiedy jednak uparcie zaprzeczamy istnieniu problemów, doprowadzamy do sytuacji, kiedy ta pomoc jest już niewystarczająca i znajdujemy się... „po drugiej stronie”, a to już wymaga interwencji psychiatry i intensywnych działań farmakologicznych. W obecnych czasach tak wiele osób ma problemy psychiatryczne, ponieważ mamy w życiu coraz więcej ról do odegrania.

Na przykład w przypadku kobiet, to jednocześnie rola córki, matki, siostry, szefa czy pracownika. Szczególnie w środowisku lekarskim te pracownicze relacje są najbardziej obciążające, bo w pracy spędzamy bardzo dużo czasu i przenosimy problemy zawodowe do domu. O ile mężczyznom jest łatwiej, gdyż posiadają zdolność odcinania się od problemów pracy zawodowej, o tyle kobiety radzą sobie z tym gorzej, a proces „odcinania się” trwa u nich znacznie dłużej.

Co należy robić, aby nie wpaść w błędne koło?

Należy reagować jak najszybciej albo wręcz wdrażać odpowiednią profilaktykę, taką jak higieniczny styl ży-

cia. Starać się dywersyfikować swoją działalność, dzielić swój czas między pracę zawodową oraz inne zajęcia, znaleźć sobie hobby, czy inne pole aktywności, na którym będziemy wzmacniać swoją psychikę. Wykorzystać naturalne endorfiny, które wytwarzają się np. podczas aktywności fizycznej. Osoby, które spełnienie widzą tylko w swojej pracy zawodowej, bardzo często spotyka porażka, a przecież nie można zapominać, że... nie ma ludzi niezastąpionych.

Zbliżają się wakacje, jakie zatem zalecenia dałaby Pani Profesor lekarzom na czas odpoczynku?

Na początek poleciłabym naukę tzw. pozytywnego przewartościowania, czyli doszukiwania się we wszystkich sytuacjach dobrych stron...

Bardzo dziękuję za ciekawą rozmowę.

Rozmowę przeprowadziła

Patrycja PROC

(przedruk z „Panaceum” nr 6-7/14)

KOMUNIKACJA LEKARZ - PACJENT (część III)

Kluczem do zmiany sytuacji jest rozwój i doskonalenie opieki medycznej oraz jasne zdefiniowanie i doskonalenie kanałów komunikacyjnych między lekarzami a pacjentami oraz ich rodzinami

Agresja w praktyce lekarskiej

Choć wie i czuje to każdy z nas codziennie, przypomnę: praca lekarzy jest bardzo intensywna, wymaga dużego wysiłku intelektualnego, organizacyjnego, umiejętności rozwiązywania – zarówno trudnych sytuacji klinicznych, jak i drobnych spięć i konfliktów. Decyzje lekarzy mają bezpośredni wpływ na zdrowie i życie ich pacjentów, dlatego poziom społecznych oczekiwań wobec nich jest bardzo wysoki. Dodatkowym czynnikiem wpływającym na pracę z pacjentem jest fakt, że kontrolę nad nią przejęły na całym świecie towarzystwa ubezpieczeniowe, instytucje nadzoru służby zdrowia i administracje szpitali.

W 1997 roku Eric J. Casel profesor chorób wewnętrznych w Weill Medical College na Uniwersytecie Cornella w Nowym Jorku, w swojej książce „*Doctoring, The Nature of Primary Care Medicine*” przedstawił pogląd, że większość wytycznych opracowanych przez instytucje nadzorujące pracę lekarzy służy bardziej obniżaniu kosztów, niż zadbania o dobro pacjenta i – w konsekwencji – lekarze stają się „kramem z towarami”, nie zawsze wystarczająco zasobnym, żeby spełnić oczekiwania cho-

rych. Ten aspekt pracy w opiece medycznej wraz ze społecznymi zmianami socjologicznymi jest jednym z powodów, dla których lekarze na całym świecie są bardzo często narażeni na agresję. W kreowaniu tej wojny między lekarzami i pacjentami biorą udział media, nakręcając spiralę wzajemnej nieufności między nimi.

Przykładem trudnej sytuacji i narastającej agresji w opiece medycznej są Chiny, gdzie według doniesień China Daily z 24.02.2014 zwiększa się liczba fizycznych ataków na pracowników medycznych. W roku 2013 około 75% ofiar tych ataków stanowili lekarze, sprawcami 30% napaści byli pacjenci, natomiast 60% krewni pacjentów. Przykładowo w przedostatnim tygodniu lutego 2014 (zgodnie z informacją umieszczoną w China Daily z 24.02.2014) zanotowano w Chinach trzy poważne napaści fizyczne. W poniedziałek 45-letni lekarz pracujący w szpitalu w Qiqihar w prowincji Heilongjiang został śmiertelnie pobity przez 19 letniego pacjenta. We wtorek w Yilan w prowincji Hebei pacjent, który był niezadowolony z opieki, podciął gardło lecącemu go chirurgowi. Lekarz przeżył, ale trafił na Oddział Intensywnej Opieki Medycznej. W czwartek w Hangzhou w prowincji Zhejiang ciężarna pielęgniarka doznała poważnych obrażeń. W związku z rosnącą agresją, największy szpital w Pekinie planuje przeznaczenie 10 milionów juanów, co stanowi około 1,67 milionów USD, na zainstalowanie systemu monitoringu. System zostanie wyposażo-

ny w centrum zarządzania oraz moduły alarmowe na wszystkich oddziałach, żeby wzmocnić bezpieczeństwo pracowników i umożliwić bardzo szybką interwencję w przypadku konfliktów.

Jednocześnie Narodowa Komisja Zdrowia i Planowania Rodziny w Chinach wydała oświadczenie, że „*kluczem do zmiany sytuacji jest rozwój i doskonalenie opieki medycznej oraz jasne zdefiniowanie i doskonalenie kanałów komunikacyjnych między lekarzami a pacjentami oraz ich rodzinami.*”

Agresja wobec lekarzy w Polsce

Coraz częściej pojawiają się konflikty z pacjentami, a jednocześnie pracownicy służby zdrowia rzadko zgłaszają przypadki agresji, jaka ich spotyka ze strony pacjentów. Obecnie pierwsze tego typu sprawy trafiają już do sądów w Polsce.

Dla ułatwienia lekarzom i pielęgniarkom zgłaszania przypadków agresji w miejscach pracy Naczelna Izba Lekarska i Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych stworzyła system „Monitorowanie agresji w ochronie zdrowia” (MAWOZ). W ciągu pierwszych dwóch lat istnienia MAWOZ odnotował 94 takie przypadki. Podobnych zachowań, które nie zostały zarejestrowane przez system, może być jednak kilkadziesiąt razy więcej. System MAWOZ nie zastępuje, ani nie uzupełnia postępowań, przewidzianych przez prawo w przypadkach agresji. Jego celem jest raczej uświadomienie personelowi medycznemu, że ma możliwość skorzystania z ochrony prawnej. Dlatego na stronie MAWOZ zgromadzone zostały informacje o stosownych działaniach prawnych, które może podjąć lekarz w takiej sytuacji.

Najczęściej agresji doświadczają lekarze pracujący w izbach przyjęć. Jednak podobne sytuacje zdarzają się na każdym oddziale szpitalnym i w każdej przychodni. Wyniki analizy zgłoszonych przypadków wskazują, że lekarze najczęściej skarżą się na napaść słowną ze strony rodzin pacjentów, natomiast do naruszenia nietykalności osobistej dochodzi rzadko. Rzecznik Praw Lekarza Krzysztof Kordel w doniesieniach prasowych przytacza jednak przykłady takich napaści: „*Spotkaliśmy się jednak z przypadkiem zamordowania lekarza w jego własnym gabinecie. Pacjent, któremu specjalista usunął wcześniej migdały, uznał, że zabieg doprowadził go do impotencji i zaatakował lekarza nożem. To nie jedyny taki przypadek. Podobnie zginęła lekarka, którą niezadowolony po wycięciu migdałów pacjent napadł w szpitalu, zadając jej śmiertelny cios siekierą.*” (Rynek Zdrowia, 15.08.2012)

Pojawiły się nowe formy agresji wobec lekarzy, związane z nowoczesnymi technologiami: na przykład umieszczanie nieprawdziwych, negatywnych opinii o lekarzu w sieci oraz nagrywanie wizyt i rozmów w celu wytworzenia atmosfery potencjalnego zagrożenia procesem karnym.

Lekarze skarżą się, że pacjenci, którzy nie otrzymają, np. skierowania na badania, o które zabiegają, szantażują ich zapowiedziami umieszczenia na forach internetowych i w portalach społecznościowych pejoratywnej opinii, której skutkiem może być utrata pacjentów. I rzeczywiście – takie wpisy pojawiają się często. Sprawców rzadko udaje się wykryć.

Nagrywanie wizyt i rozmów bez wiedzy lekarzy budzi opór środowiska medycznego. Pacjenci, niekiedy powodowani chęcią zabezpieczenia się przed nieuczciwością lub błędem, wchodzą na wizytę do pokoju lekarza i uruchamiają nagrywanie w ukrytym telefonie komórkowym. Czy mają do tego prawo? Tak, jak w większości sytuacji związanych z nowoczesnymi technologiami, prawo często nie przedstawia jeszcze jednoznacznej wykładni. Prawa Pacjenta (udostępnione np. na stronie Rzecznika Praw Pacjenta) stanowią, że pacjent ma prawo do informacji. Więc nagranie wizyty bywa uważane za realizację tego prawa.

Jednocześnie nagranie to może stać w sprzeczności z prawem do prywatności innych pacjentów, prawem do wizerunku osobistego lekarza i bez zgody nagrywanej osoby nie można wykonywać jej indywidualnego nagrania.

Jak zapobiegać i bronić się przed agresją?

Istotne są odpowiednie regulacje prawne, bez nich niewiele można zdziałać. Zgodnie z decyzją Sejmiku prawo chroni pielęgniarki i położne.

Lekarzy te przepisy nie zawsze dotyczą, np. funkcjonariuszem publicznym jest lekarz pełniący funkcje kierownicze w państwowych szpitalach, ośrodkach zdrowia, ale już ginekolog w prywatnym gabinecie – o ile nie udziela pomocy w sytuacji zagrożenia życia – takiej ochrony nie ma.

Ważne jest zgłaszanie przez lekarzy wszelkich nadużyć wobec nich, aby uświadomić agresorom, że lekarz jest funkcjonariuszem publicznym i nie można go obrażać bez poniesienia konsekwencji. Szczególnie istotne wydaje się zobligowanie policji do zaprzestania bagatelizowania agresji internetowej oraz do pomocy przy ustaleniu IP komputera. W innym przypadku ta forma napaści słownej jest nie do wyeliminowania. W sytuacji konfliktu warto jednocześnie uświadomić sobie, że część tych agresywnych pacjentów to ludzie głęboko przerażeni sytuacją zdrowotną swoją lub członków rodziny i perspektywą utraty niezależności. Taki sposób myślenia może zmienić relacje z nimi.

Duże znaczenie ma również możliwość poświęcenia czasu na kontakt z pacjentem. Mimo nieustannej presji, nacisków, by ograniczyć czas wizyt w pogoni za wydajnością, lekarze i pacjenci powinni dążyć do zwolnienia tempa pracy i wydłużenia czasu wizyt dla wzrostu bezpieczeństwa w opiece medycznej

Znaczącym i niezbędnym wsparciem dla lekarza w kontakcie z pacjentem agresywnym jest wiedza i kompetencje komunikacyjne. Wobec zmieniającego się modelu relacji między lekarzem a pacjentem coraz więk-

szą popularnością cieszą się szkolenia i warsztaty z tej dziedziny.

Aldona Katarzyna JANKOWSKA
(przedruk z „Prium” nr 5/14)

BÓL TRZEBA LECZYĆ

Z dr. n. med. Jerzym Jaroszem, specjalistą w dziedzinach anestezjologii oraz medycyny paliatywnej, rozmawia Ewa Gwiazdowicz-Włodarczyk

Panie doktorze, dlaczego trzeba leczyć ból?

Żyjemy w epoce, kiedy cierpienie, zwłaszcza długotrwałe, nie jest akceptowane. Poza tym - z medycznego punktu widzenia - ból jest zjawiskiem najczęściej związanym z urazem lub chorobą i kiedy spełni swoją rolę fizjologiczną, czyli rolę ostrzegawczą, przestaje być potrzebny. Są sytuacje, w których jest wyjątkowo niekorzystny. Na przykład ból pooperacyjny utrudnia rekonwalescencję, gojenie, przez to, że nie można się ruszać, ogranicza aktywność, powoduje nadmierny wysiłek metaboliczny i tlenowy. Oczywiście to jest najgorsza sytuacja (wtedy ból bezwzględnie musi być leczony), to dolegliwości przewlekłe. Wtedy ból zaczyna być chorobą i to dominującą w życiu pacjenta. Dla chorego głównym pragnieniem staje się pozbycie się bólu, który odbiera radość życia, a przecież dobra jakość życia w tym przypadku ma największe znaczenie. Typowym przykładem jest choroba nowotworowa i ból związany z nowotworem. Właśnie w onkologii, w chorobie nowotworowej, powstało pojęcie *total pain*, czyli ból całościowy, wszechogarniający. Opisuje ono wiele aspektów składających się na to, że chory żyje w bólu i cierpieniu. Są tu elementy bólu fizycznego, który uniemożliwia normalne funkcjonowanie czy pracę, a poza tym lęk, depresja, złość wynikające z braku pomocy i tego, że nie można się od bólu wyzwolić. Najlepszym tłumaczeniem na język polski byłoby: „ból totalitarny”.

Czy polscy lekarze chcą i potrafią leczyć ból?

Można zapytać, czy medycyna potrafi leczyć ból. I tak, i nie. Dysponujemy metodami, które pozwalają uśmierzyć ból i utrzymać go na jakimś poziomie kontroli. Natomiast wyleczenie z bólu przewlekłego raczej nie jest możliwe, tak jak nie potrafimy wyleczyć wielu innych chorób przewlekłych. Mam na myśli takie choroby, jak choroba niedokrwienna serca, cukrzyca lub różnego typu kalectwa. Jeśli ktoś nie ma nogi, nie jesteśmy w stanie tego wyleczyć, ale możemy złagodzić skutki kalectwa i przywrócić chorego do czynnego życia. Ból ostry potrafimy leczyć, bo umiemy go radykalnie uśmierzyć na jakiś czas, a potem i tak najczęściej samoistnie ustąpi. Mowa tu o bólu pourazowym, pooperacyjnym, bólu porodowym, bólu zęba itp. Do leczenia takich bólów

mamy leki przeciwbólowe, stosujemy blokady. To metody związane z anestezją, czyli ze znieczuleniem, dzięki którym możemy całkowicie wyeliminować ból, odczekać aż przejdzie. W przypadku bólu przewlekłego sytuacja jest nieco inna. Uważam, że w większości bóle przewlekłe trzeba zaliczyć do chorób nieuleczalnych, z którymi chorzy muszą żyć, a naszą rolą jest pomoc, by życie z chorobą było możliwie najlepsze. Większość bólów przewlekłych ma charakter nawrotowy - przychodzą i po jakimś czasie odchodzą, np. bóle kręgosłupa. Bóle kręgosłupa są najczęstszymi bólami przewlekłymi, obok bólów głowy - głównie neuralgii, bólów migrenowych. Z chorobami tymi potrafimy sobie doraźnie radzić, ewentualnie zapobiegać nawrotom, nie lecząc jednak ich przyczyny.

Jak rozwój medycyny zmienił walkę z bólem - poczynszy od metod radykalnych, operacyjnych, do takich, jakie są stosowane obecnie, czyli mniej inwazyjnych?

Przed laty duża część medycyny zabiegowej miała na celu leczenie bólu, chociażby operacje odnawiające narządy jamy brzusznej, operacje na rdzeniu kręgowym i mózgu. Niszczyło się ważne struktury anatomiczne, jakby nie biorąc pod uwagę skutków ubocznych, bo ból był problemem dominującym. Okazało się jednak, że te metody są nie tylko okaleczające, ale też nieskuteczne. U pacjentów po operacjach odnawiających dochodziło po pewnym czasie do powrotu dolegliwości lub powstania „nowych” bólów neuropatycznych. Ból neuropatyczny powstaje w wyniku uszkodzenia lub przecięcia nerwów. Przecięcie nerwów daje zatem dobry efekt doraźny. Efekt długofalowy jest jednak niekorzystny, bo układ nerwowy potrafi się adaptować do nowych sytuacji i wynajdować obejścia, które najczęściej powodują w późniejszym okresie jeszcze większe bóle, niż przed operacją. Dlatego obecnie operacji przecięcia rdzenia czy nerwów i innych destrukcyjnych metod w leczeniu przeciwbólowym praktycznie się nie stosuje. Raczej wykorzystywane są metody stymulacyjne, czyli nie niszczy się struktur nerwowych, lecz stosuje stymulację, wszczipając elektrody w rdzeń kręgowy lub w struktury mózgu. Koncepcja leczenia przez destrukcję struktur układu nerwowego odeszła lub raczej znacznie się zmieniła, bo liczymy się z możliwościami adaptacyjnymi układu nerwowego, o których wcześniej mówiłem. Poza tym duże zabiegi operacyjne są trudne i obarczone licznymi powikłaniami. Obecnie w leczeniu bólu farmakoterapia zdominowała inne metody.

Jakie grupy leków są dziś preferowane?

Mamy erę opioidów, które były przez jakiś czas napiętnowane i w pewnym sensie ciągle jeszcze są.

Słusznie?

Zupełnie niesłusznie. Patrick Wall, jeden z najwybitniejszych badaczy fizjologii bólu, powiedział, że za najbardziej haniebnym epizodem w dziejach medycyny można uznać to, że lekarze dali się ponieść masowej histerii związanej z narkomanią i zapomnieli o korzyściach, jakie odnoszą chorzy z leczenia opioidami.

Do roku 1986 te same lub podobne leki, które wykorzystywano w leczeniu bólu, kojarzono ze zjawiskiem narkomanii, co miało niewątpliwie negatywny wpływ na stosowanie opioidów w leczeniu bólu. Dopiero rok 1986 przyniósł przełom w historii medycyny bólu, bo wtedy opublikowano instrukcję WHO: „Cancer pain relief”, wzywającą rządy i organizatorów służby zdrowia we wszystkich krajach świata do przywrócenia właściwego miejsca opioidom i do ich racjonalnego stosowania w leczeniu przeciwbólowym. Instrukcja zalecała stosowanie tej grupy leków w leczeniu bólów nowotworowych. Podobne zasady wkrótce przeniesiono do leczenia innych, nienowotworowych bólów przewlekłych, chociaż z pewnymi ograniczeniami. Nastąpił powrót do farmakoterapii, spowodowany nowym spojrzeniem na ból i na właściwości leków. Dzisiaj poziom leczenia przeciwbólowego w skali światowej mierzy się użyciem opioidów w danym kraju.

Jak to wygląda u nas?

Fatalnie. Kiedy mierzyliśmy zużycie opioidów w kraju *per capita*, liczby - nawet bardzo niskie - nie przemawiały do wyobraźni i nie bardzo zdawaliśmy sobie sprawę, jak jesteśmy zacofani. Ostatnio zaproponowano, aby oceniać rzeczywiste zużycie opioidów w odniesieniu do prawdopodobnych potrzeb. Zużycie leków jest na bieżąco monitorowane. Potrzeby można obliczyć na podstawie danych epidemiologicznych. Jeśli podzieli się ilość rzeczywiście zużytego w kraju leku przez liczbę chorych na nowotwory, z AIDS, z urazami, czyli takich, u których powinny być stosowane leki opioidowe, żeby skutecznie leczyć ból, to otrzymuje się pewien współczynnik. Można go nazwać „współczynnikiem adekwatności”. Współczynnik pozwala porównywać sposób stosowania opioidów w różnych krajach. Przyjęto, że prawidłową wartością, określoną jako 1, jest średnia z 20 najlepiej rozwiniętych krajów świata. Dla Polski współczynnik adekwatności wynosi 0,2. Oznacza to, że zużywamy 5 razy mniej opioidów niż powinniśmy. Co jeszcze gorsze, w ostatnim pięcioleciu obserwujemy dalszy spadek zużycia.

Z tego wynika, że jesteśmy w ogonie świata, a na pewno Europy. Czy przyczyną są bariery administracyjne

i dość restrykcyjne przepisy dotyczące wydawania tego typu preparatów, czy może złe kształcenie lekarzy?

Wymieniła pani główne czynniki, które się rozpatruje, oceniając przyczyny występowania tzw. barier w stosowaniu leków opioidowych. W Polsce bariery administracyjnej praktycznie nie ma. Dostępność leków opioidowych, szczególnie dla najbardziej potrzebujących, jest wystarczająca. Nie ma także bariery finansowej, ale tylko dla chorych na nowotwory i kilka wybranych zespołów bólowych. Obowiązujące przepisy ciągle jeszcze stygmatyzują leki opioidowe. Wcześniej były to różowe recepty, teraz recepty nie są różowe, tylko białe, ale od razu rejestrowane - NFZ przede wszystkim kontroluje ordynację tych leków. W każdym razie stygmat leczenia opioidami istnieje. Może nie taki, jak np. na Ukrainie, gdzie w zeszłym roku widziałem akcję „leki za kratami”, ale jednak istnieje. U nas nie ma krat, tylko sejfy do przechowywania...

I to blokuje lekarzy?

Tak, blokuje. Nawet, jeśli są mentalnie przygotowani do stosowania opioidów. Samo dysponowanie taką receptą i bycie rozliczanym na specjalnych zasadach stawia na cenzurowanym, więc niektórzy lekarze nie chcą mieć takich recept i nie mają. Chociaż powinni, bo to moralny obowiązek.

W Polsce zatem o barierach administracyjnych trudno mówić, to byłaby przesada. Jest za to bariera psychologiczna. My to nazywamy opioidofobią albo opiofobią, lękiem przed stosowaniem leków opioidowych, przekonaniem, że opioidy są złem same w sobie, że pacjent zostanie narkomanem. Takie przekonanie istnieje. A także przekonanie, że opioidy są symbolem porażki leczenia, zwiastunem zbliżającej się śmierci!

Czy jest to także blokada dla pacjentów?

Tak, ale część chorych już domaga się opioidów. Bardzo dużo się zmieniło w świadomości pacjentów. Było wiele akcji propagujących ideę walki z bólem, więc nastawienie się zmienia. Mamy kontakty ze światem, Internet. Dopominanie się o leczenie przeciwbólowe jest coraz powszechniejsze. Pacjenci już się nie wstydzą, jak jeszcze kilka lat temu, wiedzą, że im się coś należy i mają prawo upomnieć się u lekarza o właściwe leczenie.

Największą barierą w Polsce jest nadmierna fragmentaryzacja medycyny. Nikt się nie czuje odpowiedzialny za chorego, nie ma spojrzenia holistycznego na proces leczenia. Nie powinno być tak, że tylko specjalista onkolog lub specjalista medycyny paliatywnej potrafią i chcą walczyć z bólem. Na szczęście coraz częściej lekarze rodzinni przepisują opioidy, chociaż zbyt często jeszcze na wyraźne żądanie chorego.

Czy to oznacza, że lekarz rodzinny to wąskie gardło w leczeniu bólu?

Trochę tak, bo - jak mówiłem - nikt się nie czuje odpowiedzialny. Chory na raka przestaje być pacjentem swojego lekarza rodzinnego, jest „przesyłany” do onkologa, onkolog „wysyła” go do „paliatywnego”, by ten coś z tym bólem zrobił.

Czy na przykład lekarz rodzinny nie mógłby przepisać leku zaleconego przez onkologa?

Oczywiście, że mógłby i powinien. Jestem współautorem zaleceń diagnostyczno-terapeutycznych w onkologii. Znajduje się w nich rozdział dotyczący leczenia bólów nowotworowych, z preambułą mówiącą, że każdy chory na raka ma prawo oczekiwać i domagać się prawidłowego leczenia bólów związanych z jego chorobą, należytej uwagi dla jego problemów i uzyskania leczenia objawowego od każdego leczącego go lekarza. Jest też powiedziane, że każdy lekarz ma obowiązek znać podstawowe zasady leczenia przeciwbólowego.

A zna? Wracamy do pytania, czy lekarze mają odpowiednią wiedzę?

W okresie studiów szkoleń jest za mało. I to jest błąd, bo nie chodzi tylko o pokazanie zasad drabiny terapeutycznej, w której są dwie czy trzy grupy leków. Chodzi o pokazanie, że chorych trzeba leczyć nie tylko na te choroby, które powodują wystąpienie bólu, ale że trzeba leczyć przeciwbólowo. Innymi słowy, nauczyć holistycznego - ukierunkowanego na chorego, a nie na chorobę - podejścia do zawodu.

Takie są wymagania współczesnej medycyny i cywilizacji, w której żyjemy.

Czy leczenie bólu to umiejętność, czy specjalizacja? Gdzie na Mazowszu znajdują się poradnie leczenia bólu?

Leczenie bólu nie jest w Polsce specjalizacją ani nawet umiejętnością, a powinno być, bo wówczas lekarze byliby zainteresowani zdobyciem takiej umiejętności, takiego certyfikatu. Wiem, że samorząd lekarski optował za takim rozwiązaniem [...]

(przedruk z „Pulsu” nr 6-7/14)

WYDARZENIE ROKU W PSYCHIATRII: EPA PIERWSZY RAZ W POLSCE!

Międzynarodowy Kongres Medforum Psychiatria 2014 w Wiśle został wybrany przez Europejskie Stowarzyszenie Psychiatrów (*European Psychiatric Association, EPA*) na miejsce wyjazdowej konferencji. Było to możliwe dzięki staraniom Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, które objęło patronatem wiślański Kongres. Kongres Medforum Psychiatria jest najważniejszym wydarzeniem naukowo-szkolniowym w polskiej psychiatrii w 2014 roku. Kongres odbędzie się w dniach od 11 do 13 grudnia 2014 r.

EPA to kluczowe stowarzyszenie reprezentujące psychiatrię w Europie. Integruje 36 krajowych towarzystw psychiatrycznych (także Polskie Towarzystwo Psychiatryczne), które zrzeszają 77 tys. członków. W swojej działalności skupia się na poprawie opieki nad chorymi psychicznie i doskonaleniu kompetencji profesjonalistów z zakresu psychiatrii. Jedną z form wspierania lokalnych środowisk jest udział w największych krajowych wydarzeniach szkoleniowo-naukowych. Jesteśmy dumni, że tym razem wybór padł na Psychiatrię w Wiśle.

Podczas Kongresu odbędzie się blok 4 sesji w udziałem najważniejszych psychiatrów europejskich, m.in. prezydentów EPA: Prof. Danuty Wasserman i elekta Prof. Wolfganga Gaebela. Podczas wykładów poruszane będą m.in.: Przyszłość psychofarmakologii; 100 lat od Krepplina: od neurodegeneracji do dysplastyczności; Markery schizofrenii oraz Okrągły stół poświęcony kryzysowi w kontekście zdrowia psychicznego, gdzie będą dyskutowane kwestie trudnych wyborów między ekonomią,

a jakością opieki, wzrastającą liczbą samobójstw, uzależnień i starzejącej się Europy. W sesjach tych będą brać udział także polscy wykładowcy.

Pozostałe sesje zostały ustalone przez lokalny komitet naukowy. Tematyka będzie z jednej strony biologiczna: genetyka i uszkodzenia OUN jako źródło zaburzeń psychicznych, z drugiej strony prawnicza - co wnoszą nowe regulacje dot. przyjęcia bez zgody? Nowością będzie sesja poświęcona psychoonkologii. Tradycyjnie odbędzie się wiele interaktywnych warsztatów, podczas których uczestnicy będą mogli szkolić się w małych grupach.

Program lokalnego komitetu naukowego zawiera także wystąpienia gości zagranicznych. W sumie przewidujemy udział 15 wykładowców spoza Polski. Do tej pory nie było w naszym kraju konferencji psychiatrycznej z tak dużym nasyceniem gości z zagranicy.

Kongres jest organizowany przez firmę Medforum, która już od 7 lat organizuje konferencje i kongresy w Wiśle. Od lat jest to wydarzenie gromadzące największą liczbę uczestników w Polsce.

Patronat nad Kongresem objęty także specjalistyczne serwisy medyczne: EdukacjaMedyczna.pl, EdukacjaFarmaceutyczna.pl oraz Psychiatria.pl.

Więcej o Kongresie Psychiatria 2014 Medforum w serwisie WWW Kongresu:

www.Psychiatria2014.medforum.pl



KLAUZULA USPRAWIEDLIWIONEGO CELU – TO NIE WSZYSTKO

Sąd kwestionuje legalność działania rankingów internetowych oceniających pracę lekarzy

Portale internetowe publikujące opinie o lekarzach w powszechnej ocenie medyków naruszają ich dobra osobiste. Stanowią doskonałe narzędzie dla różnego rodzaju frustratów, którzy z uwagi na zapewnioną im anonimowość w niewybredny sposób dają upust swoim negatywnym emocjom, często niezwiązanym z merytoryczną oceną pracy lekarza. Bywa, że rujną wieloletni dorobek zawodowy swoich ofiar.

Wojewódzki Sąd Administracyjny w Warszawie wyrokiem z 29 stycznia 2014 r. (II SA/Wa 1819/13) otworzył nowy rozdział w walce lekarzy z tego rodzaju zachowaniami. Główny Inspektor Ochrony Danych Osobowych będzie musiał zbadać, czy do przetwarzania danych osobowych medyka nie jest wymagana jego zgoda. W rozpatrywanej sprawie lekarz złożył wniosek do GODO wnosząc o:

1. spowodowanie zaprzestania przetwarzania jego danych osobowych i usunięcie wynikłych z tego skutków przez Sp. z o.o. – administratora danych;
2. wszczęcie z urzędu postępowania wobec Spółki, ze względu na masowość tego zjawiska wobec ludzi pracujących w służbie zdrowia;
3. przekazanie sprawy w razie podejrzenia naruszenia prawa karnego i/lub handlowego do rozpatrzenia przez inne właściwe organy;
4. zabezpieczenie dla celów dowodowych zgromadzonych danych osobowych oraz korespondencji z systemu informatycznego Spółki.

Wydaną decyzją Generalny Inspektor Ochrony Danych Osobowych odmówił uwzględnienia wniosku. Wskazał, że materialną podstawę przetwarzania danych osobowych skarżącego stanowi art. 23 ust. 1 pkt 5 ustawy o ochronie danych osobowych. Uznał, że informacje udostępniane na stronie internetowej Spółki dotyczą wyłącznie życia zawodowego wnioskodawcy. Nie sposób zatem uznać, iż doszło do naruszenia jego prawa do ochrony życia prywatnego, rodzinnego czy też prawa do decydowania o życiu osobistym. Ponadto GODO podkreślił, iż zawód lekarza uznawany jest za zawód zaufania publicznego, którego wykonywanie jest istotne z punktu widzenia interesu publicznego. Z tego względu udzielający świad-

czeń zdrowotnych musi liczyć się z tym, iż jego dane osobowe – w zakresie dotyczącym wykonywanego przez niego zawodu – podlegają słabszej ochronie. W ocenie organu, nie ulega wątpliwości, iż świadczona przez skarżącego praca, w szczególności sposób jej wykonywania i uzyskane efekty, podlegają społecznej kontroli. Natomiast serwis internetowy umożliwiający użytkownikom zamieszczanie opinii i komentarzy dotyczących lekarzy jest jednym z narzędzi, za pomocą którego pacjenci mogą wykonywać tę społeczną kontrolę.

Lekarz zaskarżył decyzję GODO. Wojewódzki Sąd Administracyjny w Warszawie, rozpoznając skargę, uznał, że zasługuje ona na uwzględnienie, gdyż zaskarżona decyzja narusza prawo w stopniu uzasadniającym wyeliminowanie jej z obrotu prawnego. W uzasadnieniu orzeczenia Sąd podał, że organ orzekający przyjął, iż w sprawie zaistniała przesłanka legalizująca przetwarzanie danych wymieniona w art. 23 ust. 1 pkt 5 ustawy. Zgonie z jej brzmieniem przetwarzanie danych jest dopuszczalne, gdy jest niezbędne dla wypełnienia prawnie usprawiedliwionych celów realizowanych przez administratorów danych albo odbiorców danych, a przetwarzanie nie narusza praw i wolności osoby, której dane dotyczą. Za prawnie usprawiedliwiony cel organ przyjął tu wyłącznie fakt wykonywania przez skarżącego zawodu zaufania publicznego, przy czym była to jedyna podstawa odmowy uwzględnienia jego wniosku.

W ocenie Sądu, okoliczności sprawy nie pozwalają na uznanie powyższej oceny za prawidłową. Pierwszym istotnym uchybieniem, jakiego dopuścił się organ orzekający, był fakt pominięcia okoliczności, że dane osobowe skarżącego są przetwarzane w rejestrze o charakterze stricte komercyjnym. Przy czym, w przypadku skarżącego nie uzyskano na to jego zgody, a na stronie internetowej Spółki znajdują się także dane lekarzy, którzy zawarli stosowne umowy z podmiotem prowadzącym portal jako przedsiębiorcą. Tym samym, w ocenie Sądu, organ nie ustalił, czy właściciel portalu, jako administrator, zapewnia należyłą ochronę danych osobowych skarżącego, już choćby w zakresie obowiązków informacyjnych wymienionych w art. 24 ust. 1 ustawy o ochronie danych osobowych. Nadto GODO nie wziął również pod uwagę, że przetwarzanie własnych danych osobowych jest możliwe wyłącznie po zarejestrowaniu się lekarza na portalu, w sytuacji gdy jego profil już ist-

nieje. Wobec tego, dla zapewnienia ochrony swoich dóbr musi on spełnić dodatkowe, i to pozaustawowe, obowiązki, w postaci zawarcia z administratorem (właścicielem portalu) stosownej umowy cywilnoprawnej. Do tego zaś czasu uprawnień takich w ogóle nie posiada. Drugie uchybienie polegało na nieuwzględnieniu okoliczności związanych z faktem, że regulowanym przez prawo rejestrem lekarzy, którzy uzyskali prawo wykonywania zawodu, jest rejestr prowadzony przez właściwą okręgową izbę lekarską w oparciu o art. 8 ust. 1 ustawy z 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Zgodnie z tym przepisem, lekarz, który uzyskał prawo wykonywania zawodu albo ograniczone prawo wykonywania zawodu, podlega tam wpisowi. W ocenie Sądu, to ten rejestr związany jest ściśle z istotą wykonywania zawodu lekarza. Wpis do niego jest dokonywany dopiero po złożeniu przez lekarza stosownych dokumentów i oświadczeń, a następnie po potwierdzeniu prawa lekarza do wykonywania zawodu, czyli potwierdzeniu posiadania przez określoną osobę wymaganych kwalifikacji. Jak wskazał Sąd, to ów rejestr pełni zarówno funkcję informacyjną, jak też ochronną, i to nie tylko dla osób korzystających ze świadczeń medycznych, ale i samych lekarzy. Taką też rolę odgrywa odrębnie uregulowany (art. 9 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty) rejestr dla lekarzy nieposiadających prawa wykonywania zawodu na terytorium RP, a będących obywatelami UE i posiadających prawo do wykonywania zawodu w innym państwie członkowskim UE. Wskazane rejestry nie mają zatem charakteru prywatnego i komercyjnego, nie

służą celom marketingowym (reklamowym) usług medycznych. Natomiast z częściowo poczynionych ustaleń GODO w sposób bezsporny wynika, że tego rodzaju charakter ma portal znanylekarz.pl.

W ocenie Sądu GODO nie zbadał zatem, czy w sprawie rzeczywiście mamy do czynienia ze przesłanką legalizującą określoną w art. 23 ust. 1 pkt 5 ustawy o ochronie danych osobowych, a w rezultacie, czy dla przetwarzania danych nie jest konieczne uzyskanie zgody skarżącego. Tym samym rzeczą organu będzie ponowne rozpatrzenie sprawy w jej całokształcie, z uwzględnieniem powyższych wskazań i procedury administracyjnej, oraz usunięcie popełnionych błędów i niedokładności, które spowodowały, iż Sąd skarżoną decyzję wyeliminował z obrotu prawnego.

Z codziennej praktyki wiem, że lekarze w sytuacji, gdy zmuszeni są do obrony swoich praw naruszanych za pośrednictwem portali internetowych, często traktują tego rodzaju starcie jak walkę ze wiatrakami. Wskazany wyrok daje w tego rodzaju sporach bardzo istotne merytoryczne wsparcie.

Justyna STRAKA
prawnik

*Autorka pracuje w Kancelarii Prawniczej „Krislex”
w Bydgoszczy, www.facebook.com/krislex.bydgoszcz,
justyna.straka@krislex.pl*

(przedruk z „Primum” nr 6-7/14)

MAŁOLETNI PACJENT U LEKARZA

Wprowadzenie

Osoba małoletnia (dziecko) to też pacjent. Współczesne prawo medyczne oraz bioetyka traktują pacjenta jako osobę wyposażoną w autonomię, przejawiającą się prawem do decydowania o sobie, w tym o leczeniu. Zatem również małoletni, jako pacjent, może, w określonym zakresie i warunkach, podejmować decyzje związane ze swoim stanem zdrowia i leczeniem. Korzystanie z prawa do autonomii przez małoletniego pacjenta może powodować różne praktyczne trudności. Zważywszy, że, zasadniczo, małoletni podlega opiece rodzicielskiej bądź innych przedstawicieli prawnych, realizacja zasady autonomii, wygląda inaczej niż w przypadku pełnoletniego, posiadającego pełną zdolność do czynności prawnych. Najistotniejsze kwestie prawne dotyczą informowania pacjenta oraz uzyskiwania od niego zgody na poddanie się czynnościom medycznym. W kontekście pacjenta małoletniego oba te zakresy wymagają wyjaśnienia i komentarza.

Pozycja prawna małoletniego jako pacjenta

Małoletni, według prawa, jest tego rodzaju podmiotem, który ze względu na niedojrzałość, powinien być objęty szczególną ochroną i troską ze strony dorosłych. Ze względu na brak zdolności do czynności prawnych lub posiadanie jej w ograniczonym stopniu, stanowi szczególną kategorię pacjenta. W relacji z lekarzem może bowiem występować w kilku płaszczyznach: może być reprezentowany przez rodziców bądź innych opiekunów prawnych, może wykonywać czynności prawne wspólnie z reprezentantem prawnym, może być w sytuacji, w której opiekę sprawuje nad nim opiekun faktyczny.

Zgodnie z przepisami Kodeksu cywilnego (Dz. U. 2014.121 j.t.) małoletniego można skategoryzować wg następujących przedziałów wiekowych: 0-13, 13-18. W pierwszej kategorii małoletni nie posiada zdolności do czynności prawnych. W drugiej kategorii ma taką zdolność w ograniczonym stopniu. Prawo medyczne (przede wszystkim ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty – uzl (Dz. U. 2011.277.1634 j.t.), ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta – upp (Dz. U.

2012.159 j.t.) wprowadza jeszcze jedną dodatkową kategorię pacjentów małoletnich, którzy ukończyli 16 rok życia, a nie osiągnęli jeszcze pełnoletności, wyposażając małoletniego w tych granicach wiekowych w częściową kompetencję do decydowania o swojej osobie. Dodatkowo jeszcze ustawodawca, w kontekście decyzji medycznych, wprowadza kategorię małoletniego opartą na kryterium dojrzałości i możliwości rozeznania swojej sytuacji, niezależnie od wieku dziecka. Istnienie tych kilku, w dodatku zróżnicowanych zakresów, powiązanych z odmiennymi kompetencjami i procedurami, może powodować istotne trudności praktyczne, szczególnie wobec braku powszechnej edukacji w tym obszarze. Wobec tego poniżej przedstawiam najważniejsze regulacje prawne i interpretację przyjętych rozwiązań prawnych, w szczególności w związku z obowiązkiem informacyjnym oraz obowiązkiem uzyskania zgody pacjenta.

Informowanie małoletniego pacjenta

Warunkiem i podstawą uzyskania świadomej zgody pacjenta na poddanie się jakiegokolwiek czynności medycznej jest uprzednie poinformowanie go o planowanej interwencji medycznej (który to termin należy rozumieć szeroko: od profilaktyki i prewencji, przez diagnostykę, farmakoterapię, zabiegi chirurgiczne, aż po rehabilitację). Ustawodawca w uzł przewidział obowiązek informowania pacjenta w art. 31. Jednocześnie wskazał, że obowiązek ten dotyczy również małoletnich. Przy czym, zgodnie ze wskazanymi wcześniej uwagami natury ogólnej, wprowadził pewne rozróżnienie w zakresie podmiotowym. I tak: taki sam zakres obowiązku informacyjnego dotyczy pacjentów pełnoletnich jak i małoletnich, którzy ukończyli 16 rok życia. W przypadku pacjenta poniżej 16 roku życia, lekarz udziela informacji osobie bliskiej. Pojęcie to, zgodnie z art. 3 ust. 1 pkt 2 upp, oznacza małżonka, krewnego lub powinowatego do drugiego stopnia w linii prostej, przedstawiciela ustawowego, osobę pozostającą we wspólnym pożyciu lub osobę wskazaną przez pacjenta. Przy czym krewni w linii prostej do drugiego stopnia, to osoby pochodzące jedna od drugiej w dwóch pokoleniach – wstępn (rodzice, dziadkowie) i zstępni (dzieci, wnuki). Stosunek powinowactwa zaś, to relacja między jednym małżonkiem, a krewnymi drugiego. Powinowatymi do drugiego stopnia w linii prostej są zatem: teść i teściowa, dziadkowie współmałżonka, pasierb/pasierbica (dzieci współmałżonka). Małoletniemu, który nie ukończył 16 lat, lekarz również udziela informacji, która ogranicza się jednakże do zakresu i formy potrzebnej do prawidłowego przebiegu procesu diagnostycznego lub terapeutycznego i wysłuchuje jego zdania. Odzwierciedleniem obowiązków nałożonych w zakresie informowania pacjenta, w tym małoletniego, jest prawo pacjenta do informacji zawarte w art. 9 upp, które konstrukcyjnie i merytorycznie odpowiada postanowieniom uzł.

Podsumowując, w przypadku małoletniego pacjenta, lekarz ma obowiązek udzielić informacji samemu małoletniemu, niezależnie od jego wieku, ale w przedziale 16-18 w pełnym zakresie, w widełkach 0-16 zaś w ograniczonej formule, uzasadnionej zakresem zabiegu i możliwościami percepcyjnymi dziecka. Równocześnie lekarz zobowiązany jest poinformować przedstawiciela prawnego małoletniego, zgodnie z wyjaśnieniami przedstawionymi powyżej.

Zgoda małoletniego pacjenta

Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty w kwestii warunków uzyskania zgody jest raczej jasna (tzn. w pewnych kwestiach budzi wątpliwości, ale o nich, dla zachowania jasności wyводу, nie będzie tu mowy). Art. 32 przewiduje, że przeprowadzenie badania lub udzielenie innych świadczeń zdrowotnych przez lekarza możliwe jest pod warunkiem udzielenia zgody przez pacjenta (z wyjątkiem sytuacji przewidzianych ustawowo). Przy czym w stosunku do pacjenta małoletniego zachodzi konieczność uzyskania zgody zastępczej bądź kumulatywnej, jako że ta kategoria osób nie posiada pełnej zdolności do czynności prawnych. Zgoda zastępcza znajduje zastosowanie w stosunku do małoletnich, którzy nie ukończyli 16 lat. W imieniu pacjenta z tej grupy zgodę wyraża rodzic lub opiekun prawny. W odniesieniu do kompetencji rodziców, w praktyce może pojawić się kwestia interpretacji art. 97 § 2 Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego (Dz. U. 2012.788 j.t.), który wymaga, aby w kwestiach istotnych rodzice rozstrzygali wspólnie. Katalog „istotnych spraw dziecka” ma charakter otwarty i jest odzwierciedleniem praktyki. Doktryna wymienia wśród tego rodzaju spraw decyzję o dokonaniu zabiegu operacyjnego oraz decyzję o kierunku leczenia poważnej choroby. Co prawda, można spotkać się z poglądem, zgodnie z którym, brak porozumienia między rodzicami nie ma wpływu na skutki czynności prawnej dokonanej z osobą trzecią przez jednego z rodziców w imieniu reprezentowanego, a co za tym idzie, lekarz (jako osoba trzecia) nie ma obowiązku dochodzenia czy rodzice działają w porozumieniu. Ze względu jednak na specyficzną materię – życie i zdrowie ludzkie (czyli najwyższe wartości) oraz ostrożność związaną z ew. skutkami procesowymi, nie kierowałabym się tą interpretacją. Rozwiązaniem właściwym jest uzyskanie zgody obojga rodziców, a przy ujawnionym proteście jednego z nich, wystąpienie o zgodę do sądu opiekuńczego. Uwagi te nie dotyczą oczywiście sytuacji zwykłych porad lekarskich i rutynowych czynności medycznych (badanie z wywiadu, badanie palpacyjne) i prostych zabiegów (np. usunięcie znamiona), a także sytuacji wymagających natychmiastowej interwencji (np. zaopatrzenie i zespolenie złamania otwartego, chirurgiczne zaopatrzenie rany).

W odniesieniu do pacjenta małoletniego, który ukończył 16 rok życia, prawo wymaga zgody kumulatywnej

(podwójnej, subsydiarnej, równoczesnej). Taka zgoda obejmuje aprobatę wyrażoną zarówno przez przedstawiciela ustawowego małoletniego, jak i jego samego. W przypadku rozbieżności między stanowiskiem reprezentanta prawnego a małoletniego pacjenta, decyduje sąd opiekuńczy, kierując się dobrem małoletniego. W istocie bowiem sąd opiekuńczy, przełamując sprzeciw przedstawiciela prawnego lub też małoletniego, narusza zasadę autonomii pacjenta. Naruszenie to musi być zatem uzasadnione interesem pacjenta, a więc koniecznością zapobieżenia niebezpieczeństwu utraty życia przez pacjenta lub też odniesienia przez niego ciężkiego uszkodzenia ciała, bądź ciężkiego rozstroju zdrowia.

Prawo nie przewiduje różnicowania zasad informowania oraz uzyskiwania zgody w zależności od posiadanej przez lekarza specjalności. Na tych samych zasadach postępują zatem pediatrzy, ginekolodzy, laryngolodzy, chirurdzy itd. Jedyna różnica odnosi się do przedmiotu czynności medycznej. Jeżeli czynność ta obejmuje zabieg leczniczy lub zastosowanie metody diagnostycznej stwarzającej podwyższone ryzyko dla pacjenta, wymagana jest zgoda pisemna. Zgodnie z tą zasadą zgodę w formie pisemnej musi zatem uzyskać np. ginekolog na usunięcie torbieli, gastrolog na wykonanie gastroskopii, stomatolog na usunięcie zęba.

Konkludując, obowiązkiem lekarza, niezależnie od specjalizacji, jest uzyskanie zgody pacjenta na wszelką interwencję medyczną. W odniesieniu do małoletnich zgodę wyraża samodzielnie przedstawiciel ustawowy (w imieniu małoletnich w przedziale wiekowym 0-16), równolegle przedstawiciel ustawowy oraz małoletni (w przedziale wiekowym 16-18) oraz opiekun faktyczny, czyli osoba sprawująca, bez obowiązku ustawowego, stałą opiekę nad pacjentem, który ze względu na wiek, stan zdrowia albo stan psychiczny opieki takiej wymaga (wyłącznie na nieryzykowne badanie). W przypadku braku zgody opiekuna prawnego, niejednolitego stanowiska opiekuna prawnego i małoletniego, który ukończył 16 rok życia, niemożliwości porozumienia się z opiekunem prawnym lub faktycznym, zgodę wyraża sąd opiekuńczy.

Udział małoletniego pacjenta w szczególnych procedurach (transplantologia, eksperymenty medyczne, przymus szczepień)

Małoletni może być podmiotem szczególnych procedur medycznych, jak na przykład: przeszczepy (jako dawca lub biorca), eksperymenty medyczne (w tym badania kliniczne), szczepienia obowiązkowe. Ponieważ jednak informowanie i zgoda małoletniego zarówno jako dawcy, jak i biorcy oraz udział dziecka w eksperymencie medycznym stanowi dość istotną kwestię, niepozbawioną wątpliwości i sporów w doktrynie, problematyka ta celowo została w niniejszym opracowaniu pominięta, jako wymagająca odrębnych rozważań. Przedstawiona

została jedynie kwestia szczepień, jako częściej dotycząca życia codziennego.

W Polsce obowiązek poddania się szczepieniom ochronnym wynika z mocy przepisu prawa (szerzej patrz: orzeczenie NSA z dnia 6 kwietnia 2011 r., II OSK 32/11). Art. 17 ust. 1 Ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. 2013.947 j.t.) przewiduje, że: „osoby określone na podstawie art. 10 pkt 2, są obowiązane do poddawania się szczepieniom ochronnym przeciw chorobom zakaźnym określonym na podstawie ust. 10 pkt 1, zwanym dalej obowiązkowymi szczepieniami ochronnymi”. Małoletni, zgodnie ze szczegółowym wykazem zamieszczonym w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 18 sierpnia 2011 r. (Dz. U. 2011.182.1086) w sprawie obowiązkowych szczepień ochronnych, są objęci obowiązkowymi szczepieniami. Wykonanie obowiązku poddania się szczepieniom ochronnym objętym wykazem cytowanego rozporządzenia zabezpieczone jest przymusem administracyjnym oraz odpowiedzialnością opartą na przepisach Kodeksu wykroczeń z dnia 20 maja 1971 r. (Dz. U. 2013.482 j.t.). Jak potwierdza orzecznictwo sądów administracyjnych: „Wynikający z przepisów obowiązek poddania dziecka szczepieniu ochronnemu, jest bezpośrednio wykonalny. Jego niedochowanie, aktualizuje obowiązek wszczęcia postępowania egzekucyjnego, którego rezultatem będzie poddanie dziecka szczepieniu ochronnemu” (wyrok NSA z dnia 1 sierpnia 2013 r., II OSK 745/12).

Z powyższych rozwiązań prawnych i przyjętej ich interpretacji wynika, że: „obowiązkiem lekarza sprawującego profilaktyczną opiekę zdrowotną jest powiadomienie osoby obowiązanej do poddania się obowiązkowym szczepieniom ochronnym lub osoby sprawującej prawną pieczę nad osobą małoletnią lub bezradną albo opiekuna faktycznego w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt 1 Ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, o obowiązku poddania się tym szczepieniom, a także poinformowanie o szczepieniach zalecanych” (art. 17 ust. 9 ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi). Odpowiedzialnymi za poddanie dziecka obowiązkowym szczepieniom są zaś jego rodzice lub opiekunowie prawni, od których lekarz ma obowiązek, na zasadach ogólnych, uzyskać zgodę na tego rodzaju czynność medyczną.

Przykłady z praktyki

Sytuacja 1

Jeżeli w gabinecie lekarza dentysty pojawia się pacjent w wieku 12 lat z prośbą o udzielenie świadczenia medycznego, np. usunięcie zmian próchnicowych w zębie i wypełnienie ubytku odpowiednim materiałem, lekarz powinien odmówić wykonania usługi. Dla legalności działania lekarza niezbędna jest bowiem zgoda rodziców lub opiekunów prawnych. Inna rzecz, że w prak-

tyce problem tego rodzaju można rozwiązać w ten sposób, że rodzic/rodzice lub opiekun prawny towarzyszy dziecku podczas pierwszej wizyty w gabinecie stomatologicznym, podczas której następuje diagnostyka i powstaje plan leczenia, a rodzic/rodzice lub opiekun prawny wyrażają zgodę na zaproponowane leczenie. Kolejne wtedy wizyty obejmujące poszczególne etapy leczenia, mogą się już odbyć bez asysty rodzica/rodziców lub opiekunów prawnych, którzy wcześniej wyrazili już wymaganą zgodę.

Sytuacja 2

W obecnej rzeczywistości, kiedy dość duża liczba Polaków pracuje w innych krajach UE, częstym zjawiskiem jest wizyta u lekarza z babcią/dziadkiem, ciocią/wujkiem, starszym (pełnoletnim) rodzeństwem. Osoby te mogą pełnić funkcję tzw. opiekuna faktycznego lub mieć status osoby bliskiej. Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty wyraźnie przewiduje, że opiekun faktyczny jest władny wyrazić zgodę tylko na przeprowadzenie badania. Zakładając zatem przykładową sytuację, w której do pediatry zgłasza się pacjent w wieku 14 lat z objawami wskazującymi na zapalenie wyrostka robaczkowego, przybyły wraz z nim pełnoletni brat wyraża zgodę na wykonanie badania jako osoba bliska. Gdyby jednak zaszła potrzeba wykonania inwazyjnego badania (np. w postaci laparoskopii zwiadowczej), zgoda wyrażona przez brata nie jest wystarczająca. Zgodnie bowiem z art. 34 uzł lekarz może zastosować metodę diagnostyki stwarzającą podwyższone ryzyko pod warunkiem uzyskania pisemnej zgody przedstawiciela ustawowego, a przy braku takiej możliwości sądu opiekuńczego. Ustawodawca nie dopuszcza tutaj zgody osoby bliskiej ani opiekuna faktycznego. Ponieważ jednak sytuacja może być groźna dla pacjenta, który ze względu na poważne zagrożenie życia może wymagać natychmiastowej pomocy lekarskiej, lekarz może odstąpić od procedury uzyskania zgody na podstawie art. 34 ust. 7 uzł, o ile jest to jednak możliwe, powinien się skonsultować z drugim lekarzem w miarę możliwości tej samej specjalności oraz niezwłocznie zawiadomić o dokonanych czynnościach przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego albo sąd opiekuńczy.

Sytuacja 3

Może zdarzyć się przypadek, w którym do gabinetu ginekologicznego zgłasza się pacjentka, która ma ukończony 15 rok życia i ze względu na brak zabezpieczenia przed ciążą po odbytym stosunku płciowym, domaga się tabletki postkoitalnej. W tych okolicznościach lekarz również powinien uzyskać zgodę na czynność medyczną obejmującą zarówno badanie, jak i terapię. Zgoda ta powinna być udzielona przez przedstawiciela ustawowego. Samo ewentualne badanie pacjentki mogłoby zostać usankcjonowane zgodą opiekuna faktycznego (np. babci

sprawującej stałą opiekę nad małoletnią ze względu na długotrwałą nieobecność rodziców), natomiast zaordynowanie leku w postaci środka postkoitalnego nie może być potraktowane jako element badania. Stanowi już odrębną czynność medyczną, wymaga zatem zgody opiekuna prawnego, ew. przy braku możliwości porozumienia z nim, zgody sądu opiekuńczego. Lekarz nie może powołać się w opisywanej sytuacji na zagrożenie życia lub zdrowia pacjentki, ponieważ ewentualna ciąża nie mieści się w kategorii zagrożenia życia. Gdyby jednak uznać, że zapobieżenie ew. ciąży mieści się w kategorii „wymogu niezwłocznej pomocy lekarskiej”, można by próbować powołać się na art. 33. ust.1 uzł: „*badanie lub udzielenie pacjentowi innego świadczenia zdrowotnego bez jego zgody jest dopuszczalne, jeżeli wymaga on niezwłocznej pomocy lekarskiej, a ze względu na stan zdrowia lub wiek nie może wyrazić zgody i nie ma możliwości porozumienia się z jego przedstawicielem ustawowym lub opiekunem faktycznym*”, przy czym, w miarę możliwości, decyzja powinna być skonsultowana z innym lekarzem, okoliczności zaś czynności medycznej (wymóg niezwłoczności, brak możliwości uzyskania zgody, konsultacja z drugim lekarzem) wymagają odnotowania w dokumentacji medycznej. Z medycznego punktu widzenia celowe jest podanie tabletki postkoitalnej w okresie do 72 godzin po stosunku. Zwłoka ponad ten limit czasu czyniłaby podanie tego produktu leczniczego bezcelowym. Opisywana sytuacja jest równocześnie obciążona poważnymi dylematami o charakterze etycznym, co dodatkowo utrudnia znalezienie rozwiązania. Wymaga zdecydowanej (pozbawionej wątpliwości) postawy lekarza, który działa jako tzw. negotiorum gestor (bez zlecenia), tzn. nie ma obowiązku działania, a tylko jest do niego uprawniony i obciążona jest ryzykiem ewentualnego procesu cywilnego, jak również odpowiedzialnością karną, jeżeli przedstawiciel prawny małoletniej pacjentki będzie miał odmienny od lekarza pogląd i nie zaakceptuje dokonanej czynności medycznej lub też jeśli w następstwie działania ginekologa dojdzie do powikłań lub komplikacji zdrowotnych.

Sytuacja 4

Do gabinetu kardiologa zgłasza się 16-letnia pacjentka pod opieką matki. Lekarz, za zgodą matki oraz równoległą aprobatą dziewczynki, diagnozuje pacjentkę. Stwierdza konieczność wykonania koronarografii. Jako przykład diagnostyki interwencyjnej, stwarzającej podwyższone ryzyko dla pacjentki, badanie to wymaga jednoczesnej zgody matki i małoletniej pacjentki, w dodatku w formie pisemnej. Zgodę wyraża matka, małoletnia pacjentka zaś, powodowana np. strachem protestuje przeciwko poddaniu jej rzeczonemu badaniu. Brak zgody małoletniej pacjentki może w tym wypadku przełamać jedynie zgoda sądu opiekuńczego, podjęta po rozważeniu dobra dziecka. Mogłoby też dojść do sytuacji,

w której zarówno matka, jak i dziecko nie wyrażają zgody. W takich okolicznościach zgodę może również wydać sąd opiekuńczy. Mogłoby ponadto dojść do takiego przebiegu zdarzeń, w którym jest zgoda małoletniej pacjentki, zgoda jej matki i protest ojca. Ponieważ władza rodzicielska, o ile nie podlega ograniczeniu bądź pozbawieniu, przysługuje obojgu rodzicom, powstaje problem. W braku protestu drugiego rodzica, można by przyjąć, że jest zgoda. W sytuacji jednak wyraźnego protestu ojca, ostateczna decyzja należy do sądu opiekuńczego.

Konkluzje

W związku z przedstawionymi zagadnieniami należy raz jeszcze wskazać, że: prawem pacjenta (przewidzianym w upp), w tym również małoletniego, jest uzyskanie przystępnej informacji o jego stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu. Uprawnieniu do informacji odpowiada równocześnie obowiązek informowania pacjenta spoczywający na lekarzu (uzl); obowiązek informacyjny dotyczy małoletniego w każdym wieku (brak dolnej granicy w odpowiednich ustawach), przy czym w stosunku do małoletniego, który ukończył 16 rok życia zakres informacji nie różni się w porównaniu do pacjenta pełnoletniego, wyposażonego w pełną zdolność do czynności prawnych, pacjentowi zaś, który nie ukończył 16 lat, lekarz udziela informacji w zakresie i formie potrzebnej do prawidłowego przebiegu procesu diagnostycznego lub terapeutycznego i wysłuchuje jego zdania, równocześnie informując osobę bliską pacjentowi (małżonka, krewnego lub powinowatego do drugiego stopnia w linii prostej, przedstawiciela ustawowego, osobę pozostającą we wspólnym pożyciu lub osobę wskazaną

przez pacjenta); prawem pacjenta, w tym również małoletniego, jest wyrażenie, bądź odmowa zgody na czynność medyczną; w przypadku małoletniego prawo przewiduje: zgodę zastępczą (w imieniu małoletniego poniżej 16 roku życia) lub zgodę kumulatywną (w przedziale 16-18 lat). Zgodę zastępczą, w zależności od okoliczności i zakresu czynności medycznej, może wyrazić rodzic/rodzice, przedstawiciel prawny, opiekun faktyczny, sąd opiekuńczy. W przypadku zgody kumulatywnej, obok wymienionych kategorii, wymagana jest równocześnie zgoda małoletniego; konsekwencje prawne braku właściwego poinformowania małoletniego pacjenta i/lub jego przedstawiciela prawnego oraz braku zgody dziecka i/lub jego przedstawiciela prawnego mogą mieć charakter zarówno cywilny, jak i karny. Uchybienia związane z informowaniem lub zgodą pacjenta mogą narażać lekarza lub podmiot udzielający świadczenia medycznego (decyduje forma zatrudnienia) na odszkodowanie, zadośćuczynienie czy konieczność wypłaty renty (czyli skutki finansowe) lub też odpowiedzialność karną z art. 192 Kodeksu karnego, który przewiduje karę ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do lat 2 za wykonanie zabiegu leczniczego bez zgody pacjenta.

Dr n. prawnych Agata WNUKIEWICZ-KOZŁOWSKA

adiunkt w Katedrze Prawa Międzynarodowego

i Europejskiego,

kierownik Interdyscyplinarnej Pracowni Prawa

Medycznego i Bioetyki,

kierownik Studiów Podyplomowych Prawa Medycznego

i Bioetyki

– Wydział Prawa, Administracji i Ekonomii, Uniwersytet

Wrocławski

(przedruk z „Medium” 4/14)

OGŁOSZENIA

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 **Pana 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).

Zapraszam 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.geriatria.mz.gov.pl

* * *

Centrum Terapii Nerwicy w Mosznej Sp. z o.o. poszukuje lekarza specjalistę psychiatrę lub lekarza w trakcie odbywania specjalizacji w dziedzinie psychiatrii. Mile widziany ukończony kurs psychoterapii akredytowany przez Polskie Towarzystwo Psychiatryczne lub Psychologiczne. Szpital położony jest w przepięknym otoczeniu zamku i parku oraz stadniny koni. Istnieje możliwość zakwaterowania. W przypadku przyjazdu na rozmowę o pracę zapewniamy nocleg gratis. Telefon kontaktowy 660 705 488.

Szpital w Branicach zatrudni lekarza specjalistę psychiatrę. Oferujemy bardzo dobre warunki płacowe oraz mieszkanie służbowe. Tel: 77/403-43-07, e-mail: sws.kadry@op.pl.

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**.

* * *

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Najświętszej Maryi Panny, ul. Bialska 104/118 w Częstochowie zatrudni lekarzy specjalistów onkologii klinicznej oraz lekarzy specjalistów chorób wewnętrznych w Oddziale Onkologii z Pododdziałem Dziennym Chemioterapii. Oferty pracy należy składać w Kancelarii WSzS, II piętro pok. 356 oraz mailem na adres: kadry@data.pl.

* * *

NZOZ DENTAL COMPLEX zatrudni lekarza stomatologa oraz higienistkę lub asystentkę stomatologiczną z ukończoną szkołą uprawniającą do wykonywania zawodu. Telefon kontaktowy: 77/455-30-83; 508-660-930.

* * *

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

BIULETYN INFORMACYJNY OPOLSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

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

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

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

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



EKG. Seria to proste

J.R. Hampton

wyd. II polskie, rok wydania: 2014,
ISBN: 978-83-7609-790-9, format:
186 x 186, opr. broszurowa, 198 stron,
cena: 52.21 zł (116 ELS pkt)

Prezentowana publikacja stała się ulubionym podręcznikiem pokoleń lekarzy i profesjonalistów medycznych, którzy oczekiwali jasnej, klarownej wiedzy na temat elektrokardiografii. Książka zachęca Czytelnika by przyznał, że EKG jest proste do zrozumienia, a jego zastosowanie to naturalna kolej po zebraniu wywiadu i przeprowadzeniu badania fizykalnego. Dzięki podręcznikowi szybko i dokładnie można rozpoznać prawidłowy i nieprawidłowy zapis EKG.

Publikacja w nowym wydaniu:

- dostarcza pełnych informacji potrzebnych do zrozumienia EKG w diagnostyce i postępowaniu z zaburzeniami pracy serca
- podkreśla rolę pełnego, 12 odprowadzeniowego zapisu i przedstawia jego realistyczne obrazy
- unikalny kształt strony umożliwia przedstawienie zapisu EKG na jednej stronie dla utrzymania przejrzystości
- książka została podzielona na dwie podstawowe części: w pierwszej omówiono w prosty sposób podstawy interpretacji zapisu, w drugiej w kolejnych rozdziałach przedstawiono EKG osób zdrowych, jak również pacjentów z dusznością, kołataniem serca, bólem w klatce piersiowej, po omdleniach



EKG w praktyce

J.R. Hampton, D. Adlam

wyd. II polskie, rok wydania: 2014,
ISBN: 978-83-7609-782-4, format: 185 x 185, opr. broszurowa, 354 strony,
cena: 79.20 zł (176 ELS pkt)

EKG w praktyce to ukierunkowa-

na kliniczne książka, która pokazuje w jaki sposób elektrokardiogram może pomóc w diagnostyce i leczeniu pacjentów z objawami choroby sercowo-naczyniowej. Istotą książki jest przesłanie by EKG interpretować w odniesieniu do wywiadu i badania fizykalnego, z tego powodu książka jest podzielona na rozdziały dotyczące poszczególnych objawów. Książka zalecana dla studentów i młodych lekarzy jako dalszy krok w doskonaleniu analizy EKG.

Cechy kluczowe:

- wiedza ukierunkowana klinicznie, z listą schorzeń układu krążenia jako punktem odniesienia do dalszej diagnostyki
- nawiązanie do podstawowych informacji zawartych w podręczniku „EKG to proste”
- uwypuklono indywidualne cechy każdego EKG, jak również zastosowano 12 odprowadzeniowe zapisy, by odzwierciedlić realistycznie warunki kliniczne
- unikalny rozmiar strony umożliwia jasne przedstawienie 12 odprowadzeniowego zapisu na jednej karcie
- każdy rozdział rozpoczyna się krótkim podsumowaniem informacji z wywiadu i badania fizykalnego, a na zakończenie podano zwięzłą propozycję, dotyczącą postępowania po interpretacji EKG
- dodano informacje na temat elektrofizjologii oraz urządzeń wspomagających - pacjenci z wszczepionym stymulatorem lub kardiowerterem-defibrylatorem pojawiają się powszechnie u lekarzy, dlatego niezbędne jest, by lekarz znał zasady działania oraz potrafił rozpoznać jakiegokolwiek zaburzenie w pracy wymienionych urządzeń



Mikrobiologia dla stomatologów

L. Samaranayake

wyd. II polskie, red. G. Młynarczyk, E. Swoboda-Kopeć, rok wydania: 2014,
ISBN: 978-83-7609-798-5, format:
216 x 276, opr. broszurowa, 422 strony,
cena: 169.21 zł (376 ELS pkt)

Czytelnie napisana, w pełni kolorowa książka w wyjątkowy sposób przedstawia mikrobiologię w postaci sześciu działów. Odnosi się do licznych aspektów mikrobiologii i jej powiązań

z praktyką dentystyczną w sposób logiczny i łatwy do zrozumienia.

W pierwszej części książki omówiono ogólne zasady mikrobiologii, jak również przejrzyste przedstawiono podstawy immunologii. Następne rozdziały to prezentacja mechanizmów chorób, ze szczególnym uwzględnieniem mikroorganizmów, które są istotne z punktu widzenia stomatologa. Książka kończy się praktyczną dyskusją na temat przekazywania zakażeń i zapobiegania temu zjawisku.

Połączenie łatwego w odbiorze tekstu oraz bogactwa rycin sprawia, że podręcznik ten na całym świecie stanowi pierwszy wybór studentów stomatologii w omawianej dziedzinie. W publikacji:

- zrozumiałe przedstawienie przedmiotu sprawia, że podręcznik jest przydatny na każdym etapie kształcenia
- blisko 300 tabel i ilustracji, na których przedstawiono informacje kliniczne, diagnostyczne i praktyczne w łatwy i zrozumiały sposób
- przydatne boksy omawiające kluczowe fakty stanowią użyteczne przypomnienie wiedzy
- informacje zawarte w podręczniku ściśle korelują z potrzebami dentystów (np. omówiono jedynie najistotniejsze bakterie, w skrócie przedstawiono wiedzę o wirusach i grzybach)
- szczegółowy słowniczek i lista skrótów
- najnowsza nomenklatura mikroorganizmów, najnowsze informacje w odniesieniu do bakterii niehodowlanych i nowych technik molekularnych
- rozbudowany dział na temat biofilmów jamy ustnej i ich związku z chorobami ogólnoustrojowymi jak choroba serca, cukrzyca, powikłana ciąża i szpitalne zapalenie płuc
- całkowicie nowy rozdział na temat mikrobiologii w odniesieniu do zapalenia błony śluzowej dookoła implantu (periimplantitis)



Anatomia narządów wewnętrznych i układu nerwowego człowieka

Z. Ignasiak

wyd. II polskie (uzupełnione o nowe ryciny), rok wydania: 2014, ISBN: 978-83-7609-986-6, format: 210 x 290, opr. broszurowa, 266 stron, cena: 64.80 zł (144 ELS pkt)

Podręcznik stanowi kontynuację książki *Anatomia układu ruchu*, ukie-
runkowaną na budowę narządów
wewnętrznych i układu nerwowego.
Liczne barwne, przejrzyste ryciny
i schematy (zaczepnięte z Atlasu ana-
tomii Sobotty) w połączeniu z przystęp-
nym tekstem ułatwiają naukę i zachę-
cają do zgłębiania wiedzy. Publikacja
skierowana jest przede wszystkim do
studentów fizjoterapii i innych kierun-
ków akademii wychowania fizycznego.

Anatomia narządów wewnętrznych i układu nerwowego człowieka. Przewodnik do ćwiczeń

Z. Ignasiak, J. Domaradzki
wyd. II polskie, rok wydania: 2014,
ISBN: 978-83-7609-907-1, format: 210
X 297, opr. broszurowa, 182 strony,
cena: 34.20 zł (76 ELS pkt)
Zeszyt do zajęć praktycznych uzupeł-
niony o nowe ryciny.



Psychiatria. Seria Crash Course

S. Birrell, K. Marwick
wyd. II polskie, red. S. Sidorowicz, rok
wydania: 2014, ISBN: 978-83-7609-
977-4, format: 165 x 235, opr. broszurowa,
336 stron, cena: 50.40 zł (112 ELS pkt)

Seria podręczników *Crash Course*
to idealne antidotum na stres egzami-
nacyjny. Formuła serii sprawdza się od
ponad 15 lat. Niezwykle przejrzysta
forma podręczników, liczne tabele, ry-
ciny i zestawienia są tak przemyślane,
aby zainteresować studenta i ułatwić
mu naukę. Autorami są studenci i na-
uczyciele akademicki, czyli osoby, które
doskonale wiedzą, na czym polega zda-
wanie egzaminu i jaki zakres materiału
należy przyswoić, aby ten cel osiągnąć.
Podkreślają i dowcipnie obrazują naj-
ważniejsze informacje, podają najczę-
ściej spotykane pytania egzaminacyjne,
pomijają zaś rzeczy zbędne i nieistotne.



Wielka fizjoterapia Tom 1

wyd. I polskie, red. Z. Śliwiński, A. Sieroń,
rok wydania: 2014, ISBN: 978-83-7609-
910-1, format: 220 x 280, opr. twarda, 400
stron, cena: 116.10 zł (258 ELS pkt)
Z Przedmowy:

„Mimo licznych monografii i pod-
ręczników poświęconych fizjoterapii
nadal na rynku czytelniczym brakuje
pozycji literaturowej obejmującej cało-
ściowe spojrzenie na zagadnienia fizjo-
terapii, która uwzględniałaby jedno-
cześnie szczegółowe działy medycyny.

*Redaktorzy zaprosili do współpracy
uznane i wybitne autorytety z różnych
dyscyplin medycyny, nauk o zdrowiu
i kultury fizycznej. Ze względu na fakt, że
fizjoterapia jest niezbędną częścią medy-
cyny, wśród autorów Wielkiej fizjoterapii
obok fizjoterapeutów są więc także leka-
rze i inni pracownicy ochrony zdrowia
stanowiący zespół niezbędny w realizacji
zadań kompleksowej fizjoterapii. Szeroka
współpraca merytoryczna jest koniecz-
nością współczesnej fizjoterapii.*

*Autorzy dedykują monografię stu-
dentom fizjoterapii i medycyny, fizjo-
terapeutom, rehabilitantom oraz leka-
rzom różnych specjalności. Będzie także
pomocna dla wszystkich osób zaintere-
sowanych utrzymaniem jak najdłużej
dobrego stanu zdrowia i jakości życia.”*
Zbigniew Śliwiński, Aleksander Sie-
roń, Agata Stanek, Jan Szczegielniak
i Marek Żak



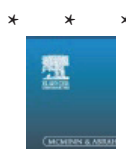
Patologia Robbinsa

wyd. II polskie, red. W. Olszewski, rok
wydania: 2014, ISBN: 978-83-7609-
903-3, format: 216 x 276, opr. twarda,
958 stron, cena: 178.20 zł (396 ELS pkt)

Najnowsze wydanie polskie *Pato-
logii Robbinsa* to tłumaczenie najak-
tualniejszego, dziewiątego wydania
oryginalnego.

Cechy podręcznika:

- zapewnia dogłębne zrozumienie wszystkich podstawowych zagadnień z zakresu patologii, dzięki wskazówkom grona wybitnych ekspertów,
- ułatwia powiązanie podstawowej wiedzy z medycyną kliniczną, dzięki przedstawieniu licznych korelacji między kliniką a patologią,
- dzięki boksom na temat terapii, przypadkom klinicznym, zdjęciom obrazów mikroskopowych i pytaniom testowym pogłębianie wiedzy jest jeszcze prostsze,
- nowy wygląd podręcznika to nowocześniejszy układ graficzny,
- ryciny zostały zaktualizowane i poprawione by nadać im lepsze wrażenie trójwymiarowości oraz unowocześnić,
- wszystkie obrazy mikroskopowe i większość zdjęć zostały poprawione by zapewnić doskonałą jakość publikacji.



McMinn & Abrahams. Polsko-angielski atlas anatomii klinicznej

oprac. P.H. Abrahams, J.D. Spratt, M. Loukas, A.N. Van Schoor

wyd. III polskie, red. J. Gielecki, A. Żu-
rada, rok wydania: 2014, ISBN: 978-
83-7609-783-1, format: 235 x 340, opr.
broszurowa, 388 stron, cena: 151.20 zł
(336 ELS pkt)

W trzeciej edycji Atlas McMinn
zmienił się zasadniczo w porówna-
niu z pierwszym wydaniem. Nadano
mu nową szatę graficzną, ale przede
wszystkim został wzbogacony foto-
grafiami nowych preparatów anatomi-
cznych oraz zdjęciami z zakresu
anatomii laparoskopowej, endosko-
powej, rentgenowskiej, ultrasonogra-
ficznej, rezonansu magnetycznego
i tomografii komputerowej.

Przygotowując polską edycję,
uwzględniono różnice w polskiej i an-
gielskiej terminologii anatomicznej.
W tłumaczeniu kierowano się zasadą
zgodności polskiego przekładu z Ter-
minologia anatomica. Atlas anatomii kli-
nicznej jest przeznaczony głównie dla
studentów medycyny na kierunku le-
karskim i lekarsko-dentystycznym oraz
dla lekarzy na wszystkich kierunkach
medycznego kształcenia podyplomowe-
go, zwłaszcza w specjalnościach za-
biegowych, a także dla studentów fizjo-
terapii i kierunków paramedycznych.

Prof. dr hab. n. med. Jerzy St. Gielecki



Anatomia Fielda. Badanie palpacyjne i punkty odniesienia

D. Field, J.O. Hutchinson
wyd. I polskie, red. Z. Śliwiński, rok wy-
dania: 2014, ISBN: 978-83-7609-758-9,
format: 210 x 295, opr. broszurowa, 248
stron, cena: 70.20 zł (156 ELS pkt)

Książka jest tłumaczeniem najnow-
szego, piątego wydania oryginalne-
go. To godne zaufania źródło wiedzy
i praktyczny przewodnik wykorzysty-
wany do identyfikacji i palpacji istot-
nych obszarów i struktur anatomicz-
nych. Połączenie czytelnego tekstu,
rycin oraz fotografii pomaga przyswa-
jać wiedzę na temat struktur i ruch-
omości, które można zbadać poprzez
palpację wskazanych powierzchni.

W publikacji:

- istotny rozdział wprowadzający na temat zasad i praktyki w odniesieniu do palpacji
- stopniowe, krok po kroku, pokazanie jak identyfikować i badać palpacyjnie wybrane struktury
- ułatwienie nauki poprzez jasne i zwięzłe przedstawienie wiedzy
- publikacja oferuje podstawowe informacje na temat ruchów dodatkowych
- całość w pełni kolorowa
- jeszcze większa liczba zdjęć i rycin