



OPOLSKA  
IZBA  
LEKARSKA

Rok Założenia 1990

Lipiec-Sierpień 2017

ISSN 1426-661X

# BIULETYN INFORMACYJNY

Nr 249-250

## OPOLSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

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



*Fot. Jerzy B. LACH*

# KONIECZNOŚĆ

Jak wybrać jedno zdjęcie spośród osiemdziesięciu tysięcy? Postawić na plastyczność czy przekaz, finezję czy wrażenie dziania się, narrację czy aurę? Fotografia Sergeya Ponomarewa przypomina trochę *Burlaków* Ilii Repina. Na pierwszym planie ogorzały mężczyzna przeprowadza na brzeg łódź z uchodźcami. Morze jest spokojne, pewnie odpoczywa po nocnych hulankach. Burlak zmarszczył brwi, zacisnął usta, próbuje zapomnieć falę wielką jak dźwig, która tuż przed świtem podniosła inną łupinę, również ludzko-nieludzko ciężką. Widział, jak wysypały się z niej kobiety i dzieci. Woda zabrała je w daleką podróż, może na



piaszczyste plaże Malty lub Lampedusy? Bogowie zmrużyli oczy i policzyli w pamięci zaginionych. Teraz spisują na sprasowanych chmurach wyniki; myślą się, kłócą, poszturchują i zapadając się coraz głębiej w skórzanych fotelach od Klera, popijają ambroję (na trzeźwo nie zniesliby tylu nieszczęść). Hades mierzy się z tabliczką mnożenia, bo zwykły rachunek dodawania już nie działa, Posejdon tłumaczy się przed Zeusem: – Zapomniałem o uciekinierach, chciałem tylko rozruszać bałwany. Demeter zasłania chustą twarz, toteż nikt nie zobaczy piany na ustach. – *Arktyczny front w środku lata?* – pyta, nie kryjąc znużenia – *Pomyłka. Nie rozdzierajmy, bracia, szat.*

Ktoś jednak ocalał i koczuje na jakiejś granicy (dziwi się, że ziemię obiecaną dzielą bariery i zapory). Może dotarł aż na sam kraniec Serbii? Z legowiska pod świerkiem (*Picea-aomorika*), niedaleko łańców słonecznika (jakież to malarskie) ogląda druty najeżone kolcami i uzbójonych policjantów.

Z mętnej wody wyłowił dziecko, malec grymasi, nie chce jeść suchych placków ani suszonego mięsa. Zupa pachnie głodem, kompot zamiast mleka. Nie przetrwa.

Australijski fotograf Warren Richardson w sierpniu 2015 roku znalazł się w okolicy miejscowości Rösztke. Przez tydzień żył *sub jove* z uchodźcami, którzy próbowali się przedostać z Serbii na Węgry. Migawkę nacisnął około trzeciej nad ranem, o tej porze patrole się przeredzały (jak długo można pilnować wydeptanych ścieżek ucieczki?). Nie używał flesza, błysk mógłby zwabić policjantów. Wywołał zdjęcie,



podpisał: „Hope for a New Life”, wysłał na konkurs World Press Photo. I wygrał.

Notatka jest ważna, bo fotografia prasowa to również dokument. Odnosi się do konkretnego miejsca i czasu. Tu liczy się tożsamość. Choć zdjęcie wyraża myśli, to posługuje się językiem złożonym z gry światła i cieni; wyraża emocje, lecz potrzeba słów, aby odkodować ten zapis. One dopiero pozwalają powrócić do tamtych wydarzeń, przenoszą widza na granicę serb-

ska-węgierską, budują tło, jeszcze jedną przestrzeń. Znaki pod czarno-białym obrazem obiecują, że skrab doświadczy lepszego życia. Otrzyma azyl, wyląduje w domu małego dziecka i nauczy się języków obcych. Zaprzyjaźni z dziewczyną o jasnych włosach, po latach dowie się o konkursie i wyda biografię: „Chłopiec z cierni”. Zyska rozgłos i sławę. A może spotka go inny los? W sierpniowy wieczór Ananke rozsądzi się przed telewizorem i popijając ambroję, postawi na gwiazdora z fryzurą afro. Lecz jej faworyt odpadnie z turnieju. Bogini zezłości się i zarazi chłopca z cierni ze zdjęcia samotnością.

Na zamku w Rogowie Opolskim odbył się niedawno plener fotograficzny, uczestniczki i uczestnicy pod okiem Romana Hlawacza i Krzysztofa Millera doskonalili warsztat. Kto wie, kto z nich wyśle swoje zdjęcie na konkurs i wygra?

Agnieszka KANIA



W swoich rękach trzymacie kolejny podwójny numer naszego Biuletynu – tym razem wakacyjny. Na pewno od razu zauważycie, że brakuje tekstu Prezesa Jakubiszyna, ale wyjechał w zagraniczne wojaże i nie zostawił żadnego materiału. Jeśli więc pozwolicie, to postaram się go niezdarnie zastąpić.

Do części z Was dotarła już zapewne przesyłka z Izby zawierająca materiały niezbędne do podjęcia decyzji wyborczej na zbliżający się Zjazd Sprawozdawczo-Wyborczy następnej kadencji samorządu. Niestety okazało się, że nie we wszystkich rejonach wyborczych zgłoszono liczbę kandydatów zgodną z zapisaną w uchwale Rady Okręgowej. W jednym zaś (o którym na pewno wiem) nie wystawiono w ogóle żadnego kandydata!! Szkoda, bo reprezentacja tych rejonów wyborczych będzie słabsza, albo nie będzie jej wcale. W związku z tym bardzo gorąco namawiam Was do niewielkiego tylko wysiłku w postaci zagłosowania choćby listownego na kandydatów swego rejonu wyborczego. To naprawdę tak niewiele.

Jeśli bowiem nie zostaną spełnione wymogi frekwencji wyborczej może dojść do ewenementu na skalę krajową – nie będzie można przeprowadzić wyborów do władz naszej izby nowej kadencji. Wrogowie samorządności lekarzy, jakich wiele pośród ludzi obozu władzy tylko się ucieszą, a my sami możemy dostarczyć im dodatkowych argumentów na rzecz likwidacji samorządu lekarskiego. Jeszcze raz więc apeluję o oddanie głosu na kandydatów swego rejonu wyborczego.

Wokół nas ciągle coś się dzieje i – niestety – wcale nie najlepiej. W bieżącym numerze Biuletynu zamieszczam materiały o coraz szybciej zbliżających się zmianach w ochronie zdrowia. Wizyta Ministra Zdrowia na Opolszczyźnie nie rozwiała żadnych wątpliwości, a tylko je nasiliła. Za chwilę stanimy twarzą w twarz z pakietem reform, co do których nadal – poza enuncjacjami prasowymi – nie mamy precyzyjnych informacji. Można więc spokojnie zacytować Jurka Owsiaka – „Oj będzie się działo!”.

Jerzy B. LACH

## CO SŁYCHAĆ W IZBIE

### OKRĘGOWA RADA LEKARSKA

W dniu 24 maja odbyło się kolejne posiedzenie Okręgowej Rady Lekarskiej, które prowadził Prezes Jakubiszyn.

#### Przyznanie praw wykonywania zawodu

Jednogłośnie postanowiono wydać duplikat prawa wykonywania zawodu lekarzowi, który zagubił oryginał.

#### Rejestracja podmiotów prowadzących szkolenie podyplomowe lekarzy

Brak wniosków.

#### Zmiany w rejestrze indywidualnych praktyk lekarskich

O wykreślenie z rejestru poprosiła lek. Halina Pławszewska. W tym punkcie Prezes poruszył też sprawę jednego z lekarzy, na którego wpłynęła skarga związana z dużymi brakami w dokumentacji medycznej. Prezes postanowił skierować sprawę do Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej.

#### Przyznanie świadczeń z Funduszu Samopomocy

Przy 1 głosie wstrzymujących przyznano 1 zapomogę.

#### Wyznaczenie przedstawicieli OIL do komisji konkursowych

Brak wniosków.

#### Podjęcie uchwał w sprawie zmiany wysokości składki członkowskiej

O zwolnienie z opłacania składek członkowskich z powodu nie osiągnięcia przychodów zwróciły się dwie osoby. Uchwały przyjęto jednogłośnie.

#### Stan przygotowań do wyborów delegatów nowej kadencji

Kol. Kowarzyk stwierdził, że przygotowania do wyborów samorządowych przebiegają zgodnie z kalendarzem wyborczym. Aktualnie zbierane są wnioski kandydatów



oraz ustalane terminy głosowań osobistych w rejonach wyborczych.

### **Sprawozdania z posiedzenia NRL, Konwentu Prezesów Okręgowych Rad Lekarskich oraz II Śląskich Debat Samorządowych**

Prezes poinformował, iż na posiedzeniu NRL Prezes Hamankiewicz odczytał oświadczenie, w którym przepraszał kol. A. Ruchałę-Tyszler za niesłuszne zarzuty, kierowane pod jej adresem. Oświadczenie to było elementem ugody sądowej, zawartej między tymi osobami. Zatwierdzono też wykonanie budżetu w 2016 roku.

W trakcie Konwentu mówiono o Systemie Monitorowania Kształcenia oraz o wymianie praw wykonywania zawodu na dokumenty plastikowe zawierające chip. Finansowanie tego przedsięwzięcia spoczywać będzie na izbach okręgowych, ale Minister Zdrowia obiecał, że wydatki będą zrefundowane.

Natomiast podczas II Śląskich Debat Samorządowych miała miejsce prelekcja prof. Stanisława Niciei o lekarzach lwowskich. Ponadto odbyło się spotkanie z prof. Mieczysławem Chorażym, który 3 maja został odznaczony (jako piąty lekarz) Orderem Orła Białego oraz wysłuchano wykładu na temat wizerunku lekarza.

### **Sprawozdanie członków Rady z działalności pomiędzy posiedzeniami**

Kol. Dryja przedstawił sprawę sporu, w której uczestniczył jako mediator, niestety nie zakończyła się ona po-

myślnie, kolejne spotkanie przewidziano na przyszły tydzień.

Kol. Latała zdała relację z ostatniego szkolenia zorganizowanego wspólnie przez KS oraz PTS dla lekarzy dentystów. W jego trakcie dr. n. med. Wojciech Bednarz z Gorlic wygłosił wykład pt. „Błędy popełniane w leczeniu chorób przyzębia, komplikacje i niepowodzenia. Trudne przypadki periodontologiczne”.

Kol. Kuzyszyn uczestniczył w spotkaniu Rzeczników Odpowiedzialności Zawodowej w Wiśle.

Kol. Mazur zaś – w spotkaniu Rzeczników Praw Lekarzy, gdzie wystosowano kilka apeli do Naczelnej Rady Lekarskiej. Jeden z nich dotyczy ustalenia górnej wysokości kwoty odszkodowania płaconego przez lekarzy w przypadku przegranych spraw sądowych.

### **Sprawy różne i wolne wnioski**

Kol. Smerkowska-Mokrzycka zachęcała do wzięcia udziału w Ogólnopolskim Plenerze Fotograficznym Lekarzy organizowanym przez naszą Izbę, który odbędzie się w dniach 14–16 czerwca br. w Rogowie Opolskim, szczegóły na naszej stronie internetowej.

Wobec wyczerpania porządku obrad na tym spotkaniu Rady zakończono.

*Sekretarz ORL, lek. dent. Barbara HAMRYSZAK  
Prezes ORL, dr n. med. Jerzy JAKUBISZYN*

## **POSIEDZENIE KOMISJI STOMATOLOGICZNEJ OIL W OPOLU**

W dniu 25 maja br. w siedzibie OIL w Opolu odbyło się posiedzenie KS OIL. Przewodnicząca dr J. Smerkowska-Mokrzycka powitała zebranych i przystąpiła do omawiania bieżących informacji.

- W dniach 24–25 kwietnia 2017 r. odbyła się Konferencja Okrągłego Stołu Nałęczów–Warszawa, poświęcona kształceniu przed- i podyplomowemu w stomatologii. Wzięli w niej udział przedstawiciele wydziałów stomatologicznych uczelni medycznych z całego kraju, konsultanci krajowi z dziedzin stomatologicznych oraz przedstawiciele Ministerstwa Zdrowia (Minister Zdrowia K. Radziwiłł) i Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego (Wiceminister Ł. Szumowski), prezydenci i prezesi towarzystw naukowych, członkowie Naczelnej Rady Lekarskiej i Komisji Stomatologicznej. Przewodnicząca KS odczytała propozycje wniosków i postulatów przyjętych na Konferencji.

Na Konferencji Okrągłego Stołu Minister Zdrowia K. Radziwiłł przedstawił zebranym koncepcję zmian do-

tyczącą systemu kształcenia lekarzy dentystów:

- obniżenie limitów przyjęć na studia stomatologiczne o 5%;
- profil studiów ogólnomedyczny a nie praktyczny;
- powrót stażu podyplomowego, ale na ostatnim roku studiów kształcenie praktyczne (w centrach symulacji medycznej);
- dostęp do specjalizacji na podstawie LDEK;
- stworzenie algorytmów postępowania w medycynie i stomatologii;
- specjalizacja, rezydentura dla każdego lekarza, ale niekoniecznie dla lekarza dentysty; uzyskiwanie umiejętności w kształceniu lekarzy dentystów;
- ogólnopolski nabór na specjalizację i weryfikacja programu specjalizacji co 5 lat;
- od 1 maja br. ruszył System Monitorowania Kształcenia Pracowników Medycznych.



- Europejskie organizacje pozarządowe wezwały dentystów w krajach UE do natychmiastowego zaprzestania stosowania wypełnień amalgamatowych u dzieci i kobiet w ciąży, choć oficjalne przepisy zakazujące stosowania amalgamatu dentystycznego zaczną obowiązywać od 1 lipca 2018 r.

W nawiązaniu do powyższej kwestii Przewodnicząca KS odczytała odpowiedź MZ na apel Okręgowego Zjazdu Lekarzy w Szczecinie skierowanego do Prezesa Rady Ministrów oraz Rady UE dotyczącym rtęci, w którym podtrzymano poprzednie stanowisko, by terminem wprowadzenia separatorów amalgamatu w gabinetach stomatologicznych był 1 stycznia 2021 r.

- Prezydent RP Andrzej Duda podpisał ustawę regulującą m. in. kwestię dostępu do dokumentacji medycznej. Oryginał dokumentacji będzie wydawany tylko na żądanie organów władzy publicznej i sądów oraz w sytuacji, gdy sporządzenie kopii mogłoby spowodować opóźnienie w udzieleniu świadczenia zdrowotnego pacjenta.
- Trwają prace legislacyjne nad nowelizacją ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia. Centrum Systemów Informatycznych w Ochronie Zdrowia w komunikacie wydanym na ten temat sugeruje, że termin związany z wprowadzeniem elektronicznej dokumentacji medycznej zostanie przesunięty na 1 stycznia 2019 r.
- Podpisana przez Prezydenta Andrzeja Dudę ustawa o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa eliminuje z obiegu papierowe zwolnienia lekarskie. Ustawa ta wejdzie w życie 1 grudnia 2017 r., z wyjątkiem artykułów wykluczających wystawianie papierowych zwolnień – one będą obowiązywały od 1 lipca 2018 r.
- W MZ powstał projekt rozporządzenia poszerzającego koszyk świadczeń gwarantowanych w zakresie leczenia stomatologicznego (zgodnie z rekomendacjami prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznej i Taryfikacji) o:
  - badanie lekarskie i kontrolne po urazie zębów i badanie lekarskie stomatologiczne i kontrolne po urazie zębów;
  - zabezpieczenie profilaktyczne lakiem szczelinowym bruzd zębów 6 raz do 8 roku życia i 7 – za każdy ząb do ukończenia 14 roku życia;
  - leczenie endodontyczne zęba z nieuformowanym korzeniem z zastosowaniem materiału typu MTA;
  - rentgenodiagnostyka do 5 zdjęć wewnątrzustnych;
  - rentgenodiagnostyka – zdjęcie pantomograficzne z opisem.
- Od 1 maja br. ruszył System Monitorowania Kształcenia Pracowników Medycznych. Poprzez SMKPM

możliwe jest m. in.: wnioskowanie o rozpoczęcie szkolenia specjalizacyjnego, prowadzenie Elektronicznej Karty Specjalizacji, wnioskowanie o przystąpieniu do LDEK i PES.

- W dniach 19–20 maja br. w Bielsku-Białej odbyło się posiedzenie KS NRL. Przewodnicząca zreferowała przebieg spotkania. Na posiedzeniu tym przyjęto 3 stanowiska:
  - w sprawie zmiany rozporządzenia MZ z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego (ujęcie w rozporządzeniu kontraktów specjalistycznych i wyodrębnienie kontraktu specjalistycznego stomatologii zachowawczej z endodoncją oraz poszerzenia wykazu świadczeń stomatologicznych dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18 roku życia);
  - w sprawie powołania w MZ zespołu do spraw opracowania zmian w systemie kształcenia lekarzy dentystów;
  - w sprawie apelu KS Okręgowej Rady Lekarskiej w Katowicach z dnia 13 maja 2017 r. w sprawie standaryzacji działań Powiatowych Stacji Sanitarno-Epidemiologicznych.
- Dr St. Chruszczyk przedstawił terminarz wyborczy do samorządu lekarskiego oraz ilość przysługujących lekarzom dentystom mandatów w poszczególnych okręgach wyborczych.
- Szkolenia:
  - II Ogólnopolska Konferencja „Innowacje w otolaryngologii” – 14–16 września br. w Kołobrzegu z Sympozjum Stomatologicznym 16 września;
  - VIII Łódzkie Spotkania Stomatologiczne – 22–24 września br. odbędą się w Słoku k/Bełchatowa.
- Wolne wnioski:
  - Dr D. Hałaburdo zwróciła uwagę na artykuły w „Angorze” dotyczące błędów lekarskich z różnych dziedzin medycyny; w artykułach tych nie ma żadnego merytorycznego głosu lekarza. Może zasadnym byłoby zabrać głos na ten temat.
  - Kolejnym wnioskiem dr Hałaburdo było zwrócenie uwagi na fakt powstawania nowych gabinetów stomatologicznych w bardzo bliskich odległościach od siebie; propozycja zmiany przepisów regulujących tą kwestię i chroniących miejsca pracy. Przewodnicząca KS, dr Jolanta Smerkowska-Mokrzycka przekaze te uwagi do KS NRL.

Kolejne posiedzenie Komisji Stomatologicznej odbędzie się 26 czerwca br.

*Przewodnicząca KS  
Lek. stom. Jolanta SMERKOWSKA-MOKRZYCKA*

**STANOWISKO  
OGÓLNOPOLSKIEJ IZBY GOSPODARCZEJ WYROBÓW MEDYCZNYCH POLMED  
WS. WYSTAWIANIA ZLECEŃ NA ZAOPATRZENIE W WYROBY MEDYCZNE  
PRZEZ LEKARZY**

W związku z pojawiającymi się wątpliwościami odnośnie do możliwości wystawiania zleceń na zaopatrzenie w wyroby medyczne przez lekarzy nieposiadających umów z NFZ, Ogólnopolska Izba Gospodarcza Wyrobów Medycznych POLMED (dalej: „Izba POLMED” lub „Izba”), przedstawia poniżej oficjalne stanowisko Narodowego Funduszu Zdrowia w tej sprawie. Jednocześnie zwracamy się z uprzejmą prośbą o jego rozpowszechnienie wśród lekarzy.

**Stanowisko Izby POLMED**

Izba POLMED zwróciła się do NFZ w piśmie z dnia 16 stycznia 2017 r. z prośbą o potwierdzenie stanowiska Izby w zakresie dopuszczalności wystawiania zleceń na zaopatrzenie w wyroby medyczne na gruncie obowiązujących przepisów. W ocenie Izby, obecnie zgodnie z prawem każdy lekarz (z ważnym prawem wykonywania zawodu) może wystawiać zlecenia na zaopatrzenie, niezależnie od posiadania kontraktu z NFZ lub spełniania jakichkolwiek innych wymogów.

**Stanowisko NFZ**

Narodowy Fundusz Zdrowia w odpowiedzi na pismo Izby z dnia 20 lutego 2017 r. wskazał, że obecnie każdy lekarz z ważnym prawem wykonywania zawodu jest uprawniony do wystawiania zleceń na zaopatrzenie w wyroby medyczne, bez konieczności podpisywania umowy z NFZ lub spełniania jakichkolwiek dodatkowych wymogów. W odpowiedzi NFZ zaznaczył także, że szczegółowe kwestie w zakresie wystawiania zleceń na dane kategorie wyrobów przez lekarzy o określonych specjalizacjach określa stosowne rozporządzenie Ministra Zdrowia.

Według stanowiska NFZ, osoba uprawniona może wystawiać zlecenie na wyroby medyczne finansowane ze środków publicznych bez umowy z NFZ, o ile spełnione są łącznie następujące przesłanki:

- istnieje możliwość wystawienia zlecenia na daną kategorię wyrobów w zakresie specjalizacji danego lekarza (zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie);
- osoba uprawniona posiada aktualne prawo do wystawiania zlecenia;

- istnieją udokumentowane względy medyczne do wystawienia zlecenia na dany wyrób medyczny;
- osoba uprawniona spełnia wymogi określone w przepisach dotyczących wykonywania danego zawodu medycznego.

Ponadto w piśmie podkreślono wyraźnie, że pomimo tak szerokiego umocowania do wystawiania zleceń, istnieją środki kontroli stosowane przez NFZ, weryfikujące zasadność i prawidłowość wystawienia danego zlecenia. Przykładowo, w sytuacji:

- wystawienia zlecenia przez lekarza w okresie pozbawienia prawa do wystawiania recept;
  - wystawienia zlecenia nieuzasadnionego udokumentowanymi względami medycznymi;
  - wystawienia zlecenia niezgodnego z kryteriami przyznawania;
- NFZ będzie mógł dochodzić od osoby uprawnionej zwrotu kwoty stanowiącej równowartość limitu finansowania wyrobu medycznego wraz z odsetkami.

#### Ocena stanowiska NFZ

Izba POLMED podziela stanowisko wyrażone przez Narodowy Fundusz Zdrowia. W ocenie Izby jest ono zgodne z prawidłową interpretacją przedmiotowych przepisów prawnych. W razie ewentualnych sporów o prawidłową wykładnię przepisów prawnych regulujących wystawianie zleceń przez lekarzy w ocenie Izby należy uwzględnić argumentację przedstawioną w stanowisku NFZ z dnia 20 lutego 2017 r.

Pismo Izby POLMED oraz odpowiedź Narodowego Funduszu Zdrowia stanowią załączniki do niniejszego pisma.

W razie jakichkolwiek wątpliwości pozostajemy do Państwa dyspozycji.

*Z poważaniem,*

DYREKTOR GENERALNY  
*Witold Włodarczyk*

## DIAGNOSTYKA I LECZENIA KOBIET Z ROZPOZNANYM RAKIEM PIERSI – POSTĘPOWANIE WIELODYSCYPLINARNE

Szanowne koleżanki i koledzy.

W poniższym artykule przedstawione są działania podjęte w Opolskim Centrum Onkologii, których celem jest wielodyscyplinarne leczenie pacjentek z rozpoznany rakiem piersi w województwie opolskim. Ma on charakter ogólny i jego celem jest wskazanie kierunku związanego z leczeniem tego nowotworu. Autorem artykułu jest kolega Tomasz Sachanbiński, chirurg onkolog kierujący pododdziałem chirurgii piersi w Opolskim Centrum Onkologii. Zachęcam państwa do lektury.

Od V w. p.n.e. zaczęła rozwijać się medycyna świecka. Lekarzem mógł być każdy, kto uczył się filozofii, matematyki oraz odbył praktykę u innego lekarza. To zdanie dowodzi, że dawni praktykujący lekarze uprawiali medycynę wszechstronną i zajmowali się wszystkim aspektami chorób człowieka. Obecnie przy błyskawicznym rozwoju nauk podstawowych w medycynie, a szczególnie w onkologii obserwujemy konieczność indywidualizacji leczenia w przypadku danego rodzaju nowotworu. Dlatego obecnie nie mówimy o raku piersi, jelita grube-

go, żołądka, mięsaka, ale w każdym z tych nowotworów mamy kilka podtypów, które leczymy inaczej.

W przypadku raków piersi, które częściej niż inne nowotwory dotyczą kobiet młodych rola postępowania wielodyscyplinarnego jest szczególnie silnie podkreślana. Zespół wielodyscyplinarny to nie tylko lekarze ale również grupa wyspecjalizowanych pielęgniarek, koordynatorów, psychologów. Osoby, które powinny bezwzględnie brać udział w podejmowaniu decyzji o leczeniu to: radiolog, patomorfolog, onkolog kliniczny, radioterapeuta, wykwalifikowana pielęgniarka. Inne osoby, których udział jest rekomendowany to: psycholog, chirurg plastyk, genetyk kliniczny, psychiatra, rehabilitant, chirurg plastyk. Kluczową rolę w diagnostyce i leczeniu przypisuje się doświadczeniu zespołu.

W przypadku pytań odnośnie postępowania u pacjentek z rozpoznaniem rakiem piersi zachęcam Państwa do kontaktu telefonicznego albo drogą elektroniczną. Postaramy się odpowiedzieć na pytania i pomóc w postępowaniu.

*Dr n. med. Marek Szwiec*

*Przewodniczący Opolskiego Oddziału PTO w Opolu  
Oddział Onkologii Klinicznej Opolskiego Centrum Onkologii  
Tel. – 77/44-16-090; e.mail: szwiec72@gmail.com*

\* \* \*

Rak piersi jest najczęściej występującym nowotworem złośliwym i najczęstsza nowotworowa przyczyną zgonu u kobiet na świecie. W Polsce w ciągu ostatnich lat rak piersi stał się jednym z głównych zagrożeń przedwczesnej śmierci wśród kobiet. Niestety możliwość uchronienia się przed wystąpieniem tego nowotworu jest mocno ograniczona. Dlatego też bardzo ważna rola odgrywa możliwość wczesnego wykrywania oraz prawidłowe leczenie tego nowotworu. Pamiętajmy o tym, że rak piersi wczesnie wykryty daje dużą szansę na wyleczenie. W przypadku raków piersi mniejszych niż centymetr bez zajęcia węzłów chłonnych szansa 10 letniego przeżycia wynosi powyżej 90%.

Skuteczne leczenie raka piersi wymaga udziału i ścisłego współdziałania wielu specjalistów. Konieczność takiego leczenia zauważono już w latach 90-tych w krajach zachodniej Europy. W 1998r. w czasie konferencji na temat raka piersi we Florencji po raz pierwszy dostrzeżono, że większe szanse na wyleczenie ma pacjentka która jest diagnozowana i leczona w jednostce specjalizującej się w takim leczeniu.

Europejskie Towarzystwo EUSOMA (European Society of Mastology) opracowało standardy diagnostyki i leczenia raka piersi. Według tych standardów powstały w Europie Zachodniej i powstają w Polsce wyspecjalizowane ośrodki kompleksowego leczenia raka piersi tzw. Breast Units. Stwierdzono, że leczenie w takich wyspecjalizowanych ośrodkach jest optymalne pod względem dokładności diagnostyki, skuteczności terapii i uwzględnia

potrzeby chorych na raka piersi kobiet. Unia Europejska w kolejnych rezolucjach w latach 2006, 2008, 2012 „wzywa państwa członkowskie do utworzenia do 2016r. sieci interdyscyplinarnych ośrodków leczenia raka piersi”.

Aby dana jednostka uzyskała status Breast Unit musiała spełniać określone wymagania akredytacyjne. W Opolskim Centrum Onkologii, które oprócz leczenia nowotworów przewodu pokarmowego w głównej mierze zajmuje się diagnostyką i leczeniem raka piersi również podjęliśmy starania o utworzenie jednostki skoncentrowanej na leczeniu nowotworów piersi.

W tutejszym ośrodku rozpoznajemy co roku około 350 nowych zachorowań na raka piersi. W ramach Opolskiego Centrum Onkologii działa ośrodek badań profilaktycznych umożliwiający wykonanie mammografii o najwyższej cyfrowej jakości. Do naszego ośrodka trafiają pacjentki po mammografii przesiewowej które wymagają poszerzonej diagnostyki. Oceny obrazów mammograficznych dokonują radiolodzy o dużym doświadczeniu w diagnostyce raka piersi. Dostępne są również inne nowoczesne techniki obrazowania piersi takie jak ultrasonografia czy mammografia metodą rezonansu magnetycznego. W opolskim ośrodku przeprowadzamy diagnostykę inwazyjną czyli różnego rodzaju biopsje pod kontrolą wszystkich metod obrazowania (biopsje cienko i gruboigłowe, wspomagane próżniowo) konieczne aby uzyskać histopatologiczne potwierdzenie nowotworu. W ośrodku znajduje się dobrze wyposażona pracownia histopatologiczna umożliwiająca rozpoznanie nowotworu jak również określenie tak ważnych dla dalszego leczenia receptorów hormonalnych i receptora HER2. Stale dążymy do zwiększenia odsetka chorych z rozpoznaniem wczesnym rakiem piersi. Wczesnym, czyli takim, który nie daje żadnych objawów klinicznych a wykrywany jest poprzez metody obrazowania – głównie mammografię przesiewową.

Dzięki postępowi medycyny u takich pacjentek oprócz dużych szans na wyleczenie możemy zastosować leczenie oszczędzające pierś oraz węzły chłonne dołu pachowego. Takie leczenie jest bezpieczne, ale możliwe przy ścisłej współpracy chirurga onkologa, onkologa klinicznego i radioterapeuty. Aktualnie procent leczonych metodą oszczędzającą pierś pacjentek w naszym ośrodku sięga 60–70%. Chora z rozpoznaniem wczesnym rakiem piersi poddawana jest zabiegowi chirurgicznemu z użyciem technik onkoplastycznych. Techniki te zaczerpnięte z chirurgii plastycznej umożliwiają usunięcie guza piersi z odpowiednim marginesem tkanek zdrowych a jednocześnie w jak najmniejszym stopniu deformują pierś. W czasie tego samego zabiegu usuwa się też tak zwany węzeł wartowniczy – czyli taki, do którego chłonek z piersi spływa w pierwszej kolejności. Ewentualne zajęcie tego węzła przez komórki nowotworowe powoduje konieczność zastosowania dalszych procedur chirurgicznych, radioterapii oraz uzupełniającej chemioterapii.

Sposób identyfikacji tegoż węzła jest bardzo ważny: musi on być bezpieczny dla chorego oraz wiarygodny. W opolskim Oddziale Chirurgii Onkologicznej używamy stosowanej przez większość ośrodków w Polsce techniki radioizotopowej, ale także jako nieliczni posługujemy się droższą, ale bezpieczniejszą i prostszą metodą nieizotopową Sentimag. Zastosowanie metody usuwania węzła wartowniczego pozwala znacznej części pacjentek zaoszczędzić komplikacji związanych z usunięciem wszystkich węzłów pachowych ( obręzków ramienia),

Pacjentka po leczeniu chirurgicznym z zaoszczędzeniem piersi wymaga radioterapii. Nowocześnie wyposażony i zorganizowany Zakład Radioterapii w naszym ośrodku umożliwia stosowanie takiego leczenia w trybie ambulatoryjnym. Bardzo często leczenie chirurgiczne musi być uzupełnione a czasami poprzedzone leczeniem systemowym. W naszym ośrodku pacjentki poddawane są leczeniu systemowemu zgodnie ze standardami europejskim – leczenie to jest takie same jak w krajach europy zachodniej. Często chorym proponuje się udział w leczeniu w ramach programów lekowych.

Według zaleceń EUSOMA decyzje co do kolejności i rodzaju leczenia każdej pacjentki powinny być podejmowane w ramach wielospecjalistycznych konsyliów lekarskich. Dlatego też w Opolskim Centrum Onkologii od ponad roku każdy przypadek pacjentki z rozpoznaniem rakiem piersi omawiana jest na takim spotkaniu. W takim konsylium uczestniczy chirurg onkolog, onko-

log kliniczny, radioterapeuta jak również radiolog. W zależności od potrzeb także psycholog i patomorfolog. Pacjentka ma możliwość zadawania pytań i przedstawienia swoich oczekiwań odnośnie leczenia.

Starając się spełnić wysokie wymagania akredytacyjne wydzieliliśmy w naszym ośrodku pododdział dla pacjentek z nowotworami piersi. W ramach tego pododdziału pacjentki hospitalizowane są w salach trzyosobowych, każda z osobnym węzłem sanitarnym. Grupa anestezyjologów, którzy pracują w naszym ośrodku zapewnia komfortowe i bezpieczne znieczulenie w czasie trwania zabiegów piersi a także dzięki nowoczesnym metodom blokad regionalnych bezbólowy okres pooperacyjny. Należy pamiętać, że leczenie raka piersi jest leczeniem skojarzonym. Biorą w nim udział również doświadczone w opiece nad chorymi z rakiem piersi pielęgniarki oraz zespół rehabilitantek.

Oczywiście zarówno piszący te słowa jak i każdy z lekarzy pracujących w OCO mamy świadomość konieczności spełnienia wymagających zaleceń ESOMA. W naszej ocenie jesteśmy bliscy spełnienia większości z nich i mamy nadzieję w niedalekiej przyszłości stworzyć pełnoprawny akredytowany Breast Unit.

*Lek. med. Tomasz SACHANBIŃSKI  
Oddział Chirurgii Onkologicznej  
Opolskiego Centrum Onkologii  
Kierownik Pododdziału Leczenia Chorób Piersi  
Tel. 77/44-16-068; e.mail: saszk73@gmail.com*

## PLAN SZKOLEŃ PROWADZONYCH W RAMACH KOMISJI KSZTAŁCENIA OIL NA II PÓŁROCZE 2017 r.



Termin	Kierownik naukowy	Temat	Miejsce szkolenia
25–29.IX.17 r.	Prof. dr hab. n. med. Krystyna Sosada	Ratownictwo medyczne (dla lekarzy specjalizujących się wg modułowych programów specjalizacji)	Opolska Izba Lekarska Opole ul. Grunwaldzka 23

1 – zapisy w sekretariacie Izby – 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.

2 – kursy wymagane do specjalizacji, zgłoszenia: strona internetowa: [opole.szkolenia@hipokrates.org](mailto:opole.szkolenia@hipokrates.org) informacja o kursach będzie zamieszczona na stronie internetowej [www.cmkp.edu.pl](http://www.cmkp.edu.pl) (w zakładce kursy specjalizacyjne) będzie tam również zamieszczony formularz zgłoszenia. Szkolenia bez przyznawanych punktów edukacyjnych.

*Małgorzata ŁUSZCZYŃSKA-OSTROWSKA*

# KSIĄŻĘ KAZIMIERZ I OPOLSKI I JEGO ŻONA – BUŁGARSKA KSIĘŻNA WIOLA

Praca napisana z okazji 800-lecia miasta Opola



Kazimierz I Opolski, syn Mieszka Laskonogiego (Płatonogiego) brał udział w V wyprawie krzyżowej do Ziemi Świętej u boku węgierskiego króla Andrzeja. Droga powrotna do Europy wiodła przez Bałkany. Wówczas car bułgarski Iwan Asen II formalnie zmusił księcia Kazimierza do małżeństwa ze swoją córką Wiolą. Wiola urodziła się około roku 1204 w Tyrnovie stolicy ówczesnego carstwa bułgarskiego. Imię Wiola przyjmując łacińską formę imienia Viola oznacza nazwę najpiękniejszego kwiatka Europy „fiołka”.

Ślub Kazimierza i Wioli miał miejsce około 1220 roku, przy czym Kazimierz liczył wówczas 40 lat, zaś Wiola zaledwie 14 lat. Po powrocie do Opola Kazimierz rozpoczął na Ostrówku budowę zamku z cegieł (jeden z pierwszych na Śląsku, co miało skutecznie chronić przed częstymi wówczas pożarami) otoczonego wysokimi murami. Tutaj zaznaczyć należy, że Kazimierz z Ziemi Świętej przywiózł relikwie Krzyża Świętego, które złożono w Kościele pod wezwaniem Krzyża Świętego (obecnie Kościół katedralny w Opolu). Małżeństwo księcia Kazimierza I Opolskiego i Wioli było niezwykle przykładne i udane oraz doczekało się dwóch synów i dwóch córek.

Najstarszy syn Mieszko Otyły objął rządy po śmierci ojca Kazimierza (zmarł w roku 1230). Sprowadził do Opola Franciszkanów, Dominikanów do Raciborza i Norbertanki do podopolskich Czarnowasów. Wg niektórych historyków Mieszko Otyły nie popisał się podczas bitwy Henryka Pobożnego pod Legnicą z Tatarami opuszczając pole walki. Ożeniony był z Judytą córką Konrada Mazowieckiego (który sprowadził Zakon Krzyżacki do Polski w roku 1225) i popierał Konrada w walce o tron krakowski. Nie doczekał się potomstwa, ponieważ prawdopodobnie był nieplodny. Zmarł w roku 1242 w wieku zaledwie 26 lat.

Drugi syn Władysław popierał rozwój górnictwa i był ojcem licznych miast górniczych na Śląsku jak np. Bytomia, Chorzowa, Gliwic, Tarnowskich Gór i in. Brał udział w kanonizacji św. Stanisława Szczepanowskiego w Krakowie. Żoną Władysława została w roku 1251 (już po śmierci Wioli) wielkopolska księżniczka Eufemia, córka Przemysława Wielkopolskiego. Do-



*Pieczęć księżnej Wioli  
(jednej z pierwszych  
księżnych opolskich)*

czekali się pięciorga dzieci: czterech synów i córki.

Najstarsza córka Kazimierza i Wioli w wieku 7 lat wstąpiła do klasztoru Norbertanek w Czarnowasach i w końcu została przełożoną klasztoru.

Młodsza córka Eufrozyna (po grecku znaczy „radość”) początkowo również trafiła do klasztoru Norbertanek w Czarnowasach, jednak ostatecznie wyszła za mąż za księcia kujawskiego Kazimierza. Z tego małżeństwa przyszło na świat czworo dzieci, a najstarszym był Władysław Łokietek, późniejszy król Polski.

Jego matka nie doczekała jednak tej chwili. Eufrozyna wyszła jeszcze raz za mąż za pomorskiego księcia Mszczuja II. To małżeństwo przetrwało 13 lat, ale nie doczekało się potomstwa.

W sierpniu 1217 książę Kazimierz I Opolski wydał pierwszy przywilej lokacyjny miasta, co dało początek powstania Opola. Tak więc w tym roku mija 800-lecie powstania naszego miasta.

Wiola zmarła w roku 1251 w wieku 47 lat i pochowana została w klasztorze Norbertanek w Czarnowasach obok swojego męża Kazimierza, który zmarł wcześniej w roku 1230.

PS Praca powyższa została opracowana na podstawie badań naukowych prof. Anny Pobóg-Lenartowicz z Uniwersytetu Opolskiego.

*Dr hab. n. med. Janusz KUBICKI*



*Klasztor Norbertanek w Czarnowasach*

## SZPITALE JAKICH NIE ZNAMY

Dla szpitali nadchodzi okres zmian definiowanych mocniej przez rozwiązania e-zdrowia niż technologie leczenia. Telemedycyna, wirtualna rzeczywistość, big data i robotyka wchodzi do praktyki klinicznej.

Symbolem innowacji w szpitalach jest dziś robot operacyjny da Vinci. W Polsce posiada go jedynie jedna placówka – Wojewódzki Szpital Specjalistyczny we Wrocławiu. A i tak maszyna operuje bardzo rzadko ze względu na koszty eksploatacji. Urządzenie kosztujące ok. 2 mln USD (wersja „Si”) sprzedano do 2014 r. w ilości ponad 3100 sztuk na całym świecie. Rok wcześniej było to 1000 sztuk mniej. W USA stają się powoli standardem, pozwalając zmniejszać inwazyjność niektórych zabiegów i poprawiać bezpieczeństwo pacjenta. Tam do dyspozycji chirurgów jest już ponad 2100 robotów da Vinci. Według szacunków, rynek robotów operacyjnych wzrośnie do 6,4 mld USD w 2020 roku. Liczby przyciągają nowych graczy. Niedawno Google ogłosił współpracę z firmą farmaceutyczną Johnson&Johnson. Celem jest stworzenie konkurencyjnego do da Vinci systemu.

Operacje na odległość, wirtualne wizyty albo systemy wspomagania decyzji klinicznych wykorzystuje się na co dzień tylko w najbardziej innowacyjnych ośrodkach medyczno-naukowych. Dla pozostałych szpitali bariery w dostępie do technologii pozostają niezmiennie od lat. Są to ograniczone środki finansowe oraz brak odpowiedniego know-how i zasobów kadrowych niezbędnych do ich obsługi. Te dwa czynniki odpowiadają za bardzo powolną ewolucję technologiczną w ochronie zdrowia. Jednak zmiany, pod wpływem różnych czynników, krok po kroku kształtują sposób, w jaki funkcjonują placówki stacjonarnej opieki zdrowotnej.

Jedną z najszybciej rozwijających się dziedzin, która ma szansę zyskać szerokie zastosowanie, jest bez wątpienia telemedycyna. Przemawiają za nią trzy mocne argumenty: monitoring zdalny to mniejsze koszty w stosunku do pobytu w szpitalu, większe bezpieczeństwo i wygoda dla pacjenta, zmiany demograficzne i trendy epidemiologiczne (wzrost odsetka seniorów w społeczeństwie, nasilenie zjawiska niezakaźnych chorób przewlekłych). Pierwsze przyszpitalne centra telemedyczne zaczynają powstawać w Europie. Przypominają raczej ośrodki analizy danych i call-center niż placówki medyczne. – *Ochrona zdrowia przesunęła się ze szpitali w kierunku telefonów komórkowych* – tak mówił podczas eHealth Week 2016 Lucien Engelen, dyrektor ReShape Center for Healthcare Innovation (Radboud University Medical Center, Holandia). Dane zbierane przez szereg sensorów wpływają w trybie 24/7 do centrum przetwarzania, gdzie systemy sztucznej

inteligencji poddają je ciągłej analizie i informują personel (pielęgniarki, lekarzy) o niepokojących zmianach.

Za 20–30 lat wizyta w szpitalu niezbędna będzie jedynie w przypadku konieczności wykonania zabiegu lub operacji. Rehabilitacja prowadzona będzie w większości w domu, także z pomocą robotów. Przykładem jest Riba – ten sympatycznie wyglądający robot potrafi bez problemu dźwigać i przenosić z dużą precyzją oraz wyczuciem dorosłego człowieka. Wynalazek japońskiego RIKEN-TRI Collaborative Center for Human-Interactive Robot Research ma być odpowiedzią na szybko starzejące się społeczeństwo i niedostatek kadr pielęgniarskich. Gdy dla pielęgniarzy często dźwiganie chorych może być groźne dla ich własnego zdrowia, dla robota Riba nie jest żadnym problemem. Rozwiązania telemedyczne uzupełnią wirtualne wizyty realizowane dzięki nowym technologiom VR (virtual reality). Pacjenci nie zatęsknią za realnymi szpitalami, ponieważ dom zapewni im równie wysokie bezpieczeństwo i komfort. Dane gromadzone na indywidualnych kontach pacjenta systemy sztucznej inteligencji będą analizować dzień i noc. Wszystko po to, aby w sposób personalizowany i szczerzy zatroszczyć się o zdrowie. Według raportu Global Industry Analysis z 2015 r., globalny rynek wirtualnej rzeczywistości w ochronie zdrowia wzrośnie do 3,8 mld USD do roku 2020. Zastosowanie tej technologii jest coraz popularniejsze przede wszystkim w kształceniu, psychiatrii oraz rehabilitacji.

Wiele zmian dokona się w mniej zauważalny sposób niż wkroczenie robotów na szpitalne korytarze. Znikną laboratoria jakie znamy, zastąpi je diagnostyka w czasie rzeczywistym realizowana przez innowacyjne sensory, bez konieczności pobierania krwi do badań. Oznacza to trudne do uniknięcia przeobrażenia w strukturze wielu zawodów medycznych i konieczność stałego podnoszenia kwalifikacji. Uczące się systemy asystować będą lekarzom w podejmowaniu decyzji i przeprowadzeniu operacji. Opustoszeją korytarze szpitalne, po których poruszają się będą głównie roboty wizytujące chorych. Wirtualne wizyty z pomocą takich rozwiązań jak iRobot firmy In-Touch Health sprawdziły się już w 1500 szpitalach na całym świecie. Drukarka 3D stanie się standardowym wyposażeniem i pozwoli m.in. produkować personalizowane implanty stosowane w operacjach. Na reprodukcję ludzkich narządów na podobnych zasadach, przyjdzie nam jednak poczekać znacznie dłużej.

W technologiach zmieniających szpitale, jeden element jest szczególnie fascynujący – przesunięcie opieki w stronę własnego domu, większe bezpieczeństwo, precyzja i wygoda leczenia.

(przedruk z OSOZ „Otwartego Systemu Opieki Zdrowotnej” nr 1/17)

# JAKOŚĆ OPIEKI ZDROWOTNEJ

W ostatnich tygodniach najwięcej uwagi poświęcano toczącym się pracom nad stworzeniem sieci szpitali. Okazuje się jednak, że niektóre podmioty mogą krótko cieszyć się z wejścia do sieci. Wszystko za sprawą nowych narzędzi służących weryfikacji jakości działalności leczniczej.

W debacie dotyczącej sieci szpitali kwalifikacja do odpowiedniego poziomu zabezpieczenia jawi się jako gwarancja uczestnictwa w publicznym systemie ochrony zdrowia i zapewnienie finansowania świadczeń. Dodatkową korzyścią ma być odsunięcie widma zwrotu środków z dofinansowań unijnych w przypadku przegrania konkursu oraz zwalczanie konkurencji wybierającej co bardziej opłacalne procedury. Weryfikacja świadczeniodawców już po zakwalifikowaniu do sieci jest jednak nieunikniona, żeby przeciwdziałać nieprawidłowościom w funkcjonowaniu systemu.

## Docenić najlepszych

Kwalifikacja do sieci odbywa się w oparciu o profile, w jakich świadczeniodawca realizuje leczenie szpitalne. Za wyjątkiem jednej ze ścieżek kwalifikacji na trzeci poziom, dla której wymagane jest udzielanie świadczeń III poziomu referencyjnego, nie premiuje się świadczeniodawców wykonujących trudniejsze procedury czy ich większą ilość. Pojawiało się zatem wiele zastrzeżeń ze strony podmiotów zatrudniających personel o szczególnych kwalifikacjach czy dysponujących ponadprzeciętnymi warunkami technicznymi lub wyposażeniem.

Kryteria jakościowe nie zostały jednak całkowicie pominięte. Na gruncie rozporządzenia dotyczącego sposobu ustalania ryczałtu dla szpitali w sieci, pojawiają się współczynniki korygujące obliczane w oparciu o wybrane parametry jakościowe, takie jak: skrócenie czasu pobytu w szpitalu, wzrost o ponad 10% udziału hospitalizacji zabiegowych czy wzrost udziału świadczeń ambulatoryjnych. Obecnie brak jest właściwych narzędzi, wskazuje się jednak, że docelowo stosowane będą przejrzyste mierniki wpływające na gwarancję finansowania i jego przyszłą wysokość.

## Punkty za jakość

Potrzeba premiowania świadczeniodawców zapewniających pacjentom obiektywnie najlepszą opiekę podnoszona jest od wielu lat, natomiast ustawa o systemie akredytacji w ochronie zdrowia z 2008 roku nie spełniła pokładanych w niej nadziei. Opracowano jedynie cztery standardy akredytacyjne, dotyczące odpowiednio szpitali, podstawowej opieki zdrowotnej, stacjonarnych jednostek leczenia uzależnień oraz inwazyjnych procedur zabiegowych i operacyjnych. Ponadto poddanie się oce-

nie Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia nie jest obowiązkowe.

Obok standardów określonych na podstawie ustawy o systemie akredytacji, istotną rolę odgrywały do tej pory normy jakości wyznaczone przez międzynarodowe instytucje. Zachętą do wdrażania odpowiednich procedur było premiowanie świadczeniodawców, którzy uzyskali certyfikaty podczas oceny ofert dokonywanej przez Płatnika. Jednak już na gruncie rozporządzenia w sprawie kryteriów wyboru ofert z 2016 roku, które zastąpiło poprzednie kryteria zapisane w akcie w randze zarządzenia Prezesa NFZ, widoczny stał się spadek znaczenia certyfikatów ISO. W zakresie świadczeń ambulatoryjnych obniżono punktację za posiadanie certyfikatu ISO 9001, a także nie uwzględniono certyfikatu ISO 14001 systemu zarządzania środowiskowego. Natomiast w przypadku leczenia szpitalnego, za certyfikat ISO 9001 można uzyskać 1,5 punktu, a za certyfikat ISO 27001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji jedynie 0,5 punktu, podczas gdy certyfikat akredytacji był premiowany aż 8 punktami.

## Zakres ustawy

Wprowadzenie ustawy o jakości w ochronie zdrowia i bezpieczeństwie pacjenta ma umożliwić dokonanie oceny działalności podmiotów leczniczych i porównania realizowanych przez nie świadczeń. Zakłada się, że w początkowej fazie funkcjonowania systemu ocenie podlegać będą podmioty lecznicze wykonujące działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne szpitalne, a dopiero w dalszej kolejności zakres zostanie poszerzony o inne podmioty. W pierwszym roku systemem mają zostać objęte w szczególności podmioty realizujące leczenie szpitalne posiadające umowę z NFZ. Nad całością procesów w zakresie autoryzacji, monitorowania zdarzeń niepożądanych i klinicznych wskaźników jakości oraz systemem akredytacji ma czuwać nowo powołana Agencja do Spraw Jakości Opieki Zdrowotnej i Bezpieczeństwa Pacjenta.

## Nowy wymiar kontroli

Zestaw kryteriów autoryzacji ma zawierać wymagania z obszarów tematycznych, dobrze znanych z obecnych standardów akredytacyjnych. Będą nimi zatem:

- budynki;
- zarządzanie majątkiem;
- zasilanie w media i instalacje;
- blok operacyjny;
- system sterylizacji;
- diagnostyka;
- systemy informatyczne;
- zarządzanie;

- polityka lekowa;
- jakość usług;
- komfort pobytu pacjenta;
- analiza zdarzeń i skarg;
- personel i jego kwalifikacje;
- finanse;
- wskaźniki działalności klinicznej;
- upowszechnienie wskaźników jakości w formie raportów.

Osoba dokonująca przeglądu autoryzacyjnego będzie upoważniona do wstępu na teren podmiotu wykonującego działalność leczniczą oraz wglądu do dokumentacji medycznej w zakresie niezbędnym do przeprowadzenia przeglądu. Udostępnić jej trzeba będzie do wglądu także inną dokumentację niezbędną do przeprowadzenia przeglądu, a w szczególności dotyczącą pracowników podmiotu wykonującego działalność leczniczą oraz struktury organizacyjnej i funkcjonowania tego podmiotu. Ten zakres nie odbiega od działań wykonywanych w ramach kontroli NFZ, natomiast istotną różnicą jest przyznanie audytorom możliwości prowadzenia wywiadów z pracownikami podmiotu wykonującego działalność leczniczą oraz z pacjentami.

### Bez happy endu

Wprowadzenie nowej ustawy dotyczącej jakości może mieć daleko idące konsekwencje dla podmiotów wy-

konujących działalność leczniczą. Dla podmiotów objętych systemem oceny jakości pojawią się nowe obowiązki sprawozdawcze. Do 31 stycznia każdego roku informacje o spełnieniu kryteriów autoryzacji wg stanu na dzień 31 grudnia roku poprzedzającego będą przysyłane do Agencji w postaci dokumentu elektronicznego na formularzu sprawozdawczym. Kierownikowi podmiotu będzie groziła kara grzywny w przypadku nieprzekazania bądź nieterminowego przekazania wymaganych danych.

Co istotne, autoryzacja będzie udzielana na okres trzech lat, a zatem krócej niż okres obowiązywania wykazu szpitali zakwalifikowanych do sieci, natomiast jej cofnięcie przez Ministra Zdrowia będzie równoznaczne z zablokowaniem możliwości korzystania z finansowania ze środków publicznych przekazywanych na podstawie umów z Płatnikiem. Brak autoryzacji będzie także przesłanką do wykluczenia z grupy świadcodawców zakwalifikowanych do sieci szpitali. Okazuje się zatem, że sama kwalifikacja do sieci to dopiero początek zmagania z nowymi realiami wykonywania działalności leczniczej.

*Iwona Magdalena ALEKSANDROWICZ  
Kancelaria Doradca Rafała Piotra Janiszewskiego*

(przedruk z „OSOZ Polska” nr 3/17)

## Jakość i skuteczność leczenia

Projekt założeń do projektu ustawy o jakości w ochronie zdrowia i bezpieczeństwie pacjenta przewiduje między innymi:

- tworzenie i prowadzenie rejestrów medycznych,
- utworzenie Agencji do spraw Jakości Opieki Zdrowotnej i Bezpieczeństwa Pacjenta, która powstanie na bazie Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia.

Rejestry medyczne będą tworzone według zasad prowadzenia dobrej praktyki, w celu monitorowania jakości realizowanych świadczeń oraz stymulowania do jej poprawy. Umożliwią one wyliczanie klinicznych wskaźników jakości w odniesieniu do podmiotów sprawujących opiekę zdrowotną. Przewiduje się, że rocznie będzie powstawało około pięciu takich rejestrów (w pierwszych latach: 2–4). Docelowo ma ich być ok. 60–80.

Rejestry umożliwią:

- ocenę jakości świadczeń zdrowotnych udzielanych przez poszczególne podmioty w warunkach rzeczywistych lub
- ocenę sposobów postępowania / technologii medycznych / produktów leczniczych / wyrobów medycznych w warunkach rzeczywistych,
- poprawę bezpieczeństwa i skuteczności opieki sprawowanej nad pacjentami.

Rejestry medyczne będą obejmowały pacjentów:

- z określonym rozpoznaniem, stanem chorobowym,
- poddawanych określonej terapii, określonemu postępowaniu – np. rejestr zabiegów lub operacji,
- u których zastosowano określony produkt leczniczy (badania kliniczne IV fazy),
- u których zastosowano określony wyrób medyczny – np. rejestr wszczepionych endoprotez stawu biodrowego.

Źródło: Ministerstwo Zdrowia

# ŻEGNAMY PAPIEROWE ZWOLNIENIA LEKARSKIE?

Lekarze z Federacji Porozumienie Zielonogórskie przeprowadzili eksperyment. Jeden wypisywał papierowe zwolnienia, drugi wystawiał zwolnienia elektroniczne. Ten ostatni przyjął mniej chorych, bo na obsługę systemu elektronicznego w przypadku jednego pacjenta musiał poświęcić dodatkowo, poza czynnościami stricte medycznymi, od 5 do 7 minut.

Nie ma się czemu dziwić, że – jak wynika z obliczeń resortu rodziny i pracy – od początku 2016 r. z 23 tys. lekarzy uprawnionych do wystawiania zaświadczeń o niezdolności do pracy na formę elektroniczną przestawiło się niespełna 3%.

W tej sytuacji Sejm nie miał innego wyjścia – 21 kwietnia br. przedłużył okres obowiązywania papierowych zwolnień (do połowy 2018 r.) i wprowadził zmiany w ustawie o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa, które – zdaniem posłów – ułatwiają wystawianie elektronicznych zwolnień lekarskich.

Co zmieniono, żeby ułatwić wdrożenie systemu e-zwolnień? Doświadczenia zbierane od początku 2016 r., kiedy wprowadzono formę elektroniczną, wskazywały jednoznacznie, że nie sprawdza się podpisywanie zwolnień kwalifikowanym podpisem elektronicznym albo podpisem potwierdzonym profilem zaufanym ePUAP za pośrednictwem systemu teleinformatycznego ZUS.

## Po samokrytyce system do poprawki

Jak przyznał sam resort rodziny, kwalifikowany podpis elektroniczny jest płatny, a koszty jego zakupu obciążają lekarza, natomiast bezpłatny profil ePUAP w ocenie samych lekarzy jest zbyt czasochłonny i skomplikowany w obsłudze.

Po wejściu w życie ustawowych zmian będzie można uwierzytelniać podpis przy użyciu Platformy Usług Elektronicznych ZUS, co będzie bezpłatne i prostsze – obiecuje ułatwienia Ministerstwo Rodziny Pracy i Polityki Społecznej.

Na profilu lekarza w ZUS Zakład udostępni dane ubezpieczonych gromadzone w swoich rejestrach, a dane samego wystawiającego pobierze ze swojego rejestru lekarzy uprawnionych do wystawiania zwolnień.

Nowy sposób uwierzytelniania będzie dotyczył nie tylko elektronicznych zaświadczeń lekarskich, lecz także elektronicznych zaświadczeń wystawianych przez lekarzy orzeczników ZUS o braku przeciwwskazań do pracy na określonym stanowisku oraz wniosków w sprawie przyznania i wypłaty zasiłku chorobowego.

## Lekarz w służbie ZUS?

Lekarze POZ powątpiewają jednak, czy do połowy 2018 r. rządowym agendom uda się zbudować system informatyczny umożliwiający powszechne wprowadzenie e-zwolnień. **Bożena Janicka**, prezes Porozumienia Pracodawców Ochrony Zdrowia, ma obawy. Zwraca uwagę, że gabinety lekarzy POZ działają także w małych miejscowościach, do których nie są doprowadzone odporne na zakłócenia, wydajne łącza światłowodowe.

– *Za dostarczenie zwolnienia elektronicznego będzie odpowiadał lekarz. Co wtedy, kiedy system nie działa?* – zgłasza obawy dr Janicka i komentuje, że ustawa przerzuca na lekarza obowiązek dostarczania danych o zwolnieniach do bazy ZUS, odciąża natomiast pracowników ZUS, którzy obecnie wprowadzają te dane do systemu.

– *I to wszystko w sytuacji, gdy dramatycznie brakuje lekarzy. Nie widzę korzyści dla lekarza i pacjenta, jedynie dla ZUS-u* – podsumowuje.

Bożena Janicka (sama wystawia tylko papierowe zwolnienia) dodaje: – *Jedyna korzyść jest taka, że przesunięto likwidację papierowych zwolnień z 1 grudnia 2017 r. na 1 lipca 2018 r.*

Brzmi to jak radość skazańca z odroczenia terminu egzekucji. Faktycznie, trudno doszukać się w wypowiedziach lekarzy pochlebnych ocen o proponowanych zmianach w ustawie o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa. Do e-zwolnień podchodzą na razie jak do jeża.

Charakterystyczny komentarz ukazał się na forum Rynku Zdrowia po jednym z tekstów na ten temat. „*No to od 2018 roku nie wypisuję e-zwolnień. ZUS mi za tę pracę nie płaci, a ja nie jestem wolontariuszem ZUS-u. Jak pacjent zechce zwolnienie, pójdzie do innego lekarza, pewnie rodzinnego. Nie mam obowiązku wystawiania zwolnień i nie zamierzam wykonywać dalszej wolontariackiej pracy na rzecz ZUS-u, tracąc przy tym czas, który mógłbym poświęcić pacjentom. Podobne plany ma wielu moich kolegów. Nikt nie zamierza tracić czasu na zawieszający się system. Trzeba szanować swój czas i zawód*”.

## Zakłócenia na łączach

**Jacek Krajewski**, prezes Federacji Porozumienie Zielonogórskie, podejrzewa, że ostatecznie trzeba będzie po raz kolejny wydłużyć termin likwidacji tradycyjnych zwolnień i przejścia na e-zwolnienia. System należy bowiem przetestować w ekstremalnych warunkach. Teraz korzysta z niego raptem kilkuset lekarzy. Konieczne byłoby natomiast sprawdzenie, jak zadziała w sezonie grypowym, w dowolny poniedziałek, kie-

dy statystycznie przychodzi najwięcej pacjentów. Wtedy jednocześnie będzie chciało z niego skorzystać np. kilkanaście tysięcy lekarzy.

Trzeba ustrzec się katastrofy, że gdy wybije „godzina zero”, pracodawcy nie dostaną zwolnień chorych pracowników i uznają, że porzucili oni pracę, a sami pracownicy nie otrzymają zasiłków chorobowych.

Prezes Krajewski podkreśla, że lekarze nie mają zastrzeżeń co do potrzeby stosowania informatyzacji w tym zakresie, zgłaszają natomiast uwagi do formy wdrożenia. – *Rolą lekarza nie jest wklepywanie danych do komputera i czekanie na połączenie, tylko zbadanie pacjenta, zastosowanie odpowiedniego postępowania, wypisanie leków, a jeśli to konieczne – wypisanie zwolnienia, w którym powinno być imię i nazwisko pacjenta, okres absencji chorobowej i numer choroby. Tyle powinno nas interesować.*

Tłumaczy: – *Musimy logować się w portalu e-zwolnienia w ZUS. Żeby podpisać zwolnienie, musimy mieć osobne konto i dostać sms z darmowym podpisem kwalifikowanym i znów się logować, co wydłuża czas wizyty pacjenta – ocenia dr Jacek Krajewski i przyznaje, że sam zwolnienia wypisuje ręcznie.*

– *Poza tym nie uwzględnia się sytuacji, kiedy nie ma połączenia internetowego, co zdarza się często w mniejszych ośrodkach. Problem zrywania się połączeń nie został dostatecznie rozwiązany – zauważa Krajewski i zaznacza, że organizacje lekarzy zgłaszały uwagi ZUS-owi, ministrowi zdrowia, ministrowi rodziny i pani premier. Nie zostały uwzględnione.*

ZUS nie skorzystał z okazji, żeby za naszym pośrednictwem wyjaśnić lekarzom zgłaszane wątpliwości i obawy. Przesłane rzecznikowi prasowemu pytania o ułatwienia

w zakresie rozwiązań informatycznych w wystawianiu elektronicznych zaświadczeń o niezdolności do pracy pozostały bez odpowiedzi.

### Po co to wszystko?

Na koniec jeszcze jedno ważne pytanie – po co to wszystko? Wprowadzenie elektronicznych zwolnień lekarskich ma pozwolić ZUS-owi efektywnie kontrolować prawidłowość ich wystawienia – tłumaczył 23 marca br. wiceminister rodziny, pracy i polityki społecznej **Marcin Zieleniecki** podczas posiedzenia sejmowej komisji polityki społecznej i rodziny.

Jak mówił, w Polsce przeważa liczba krótkookresowych zwolnień lekarskich, a co za tym idzie – jeśli są one wystawiane w wersji papierowej – ZUS nie jest w stanie dokonać kontroli prawidłowości ich wystawienia. By ZUS miał czas wezwać ubezpieczonego do lekarza orzecznika, musi mieć szybki dostęp do informacji o wystawionym zwolnieniu – taki dostęp zapewnia właśnie zwolnienie wystawione w formie elektronicznej.

Ustawa o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa wejdzie w życie 1 grudnia 2017 r., z wyłączeniem artykułów wykluczających wystawianie papierowych zwolnień – one będą obowiązywały od 1 lipca 2018 r. 27 kwietnia Senat zdecydował o jej przyjęciu bez poprawek. Teraz ustawa trafi do prezydenta.

Ryszard ROTAUB

(przedruk z „Rynku Zdrowia” nr 5/17)

## SZLACHETNE PRAKTYKOWANIE MEDYCyny

### Złota zasada

Podstawą właściwego rozpoznania jest dokładnie zebrany wywiad oraz badanie fizykalne. To złota zasada wpajana nam od studiów. Podobnie jak kolejna, mówiąca, że badania laboratoryjne i obrazowe są jedynie dodatkiem do całości. Dobry wzrok, słuch, węch oraz wyczulony dotyk są w stanie przybliżyć nas do rozwikłania zagadki, jaką stanowi choroba naszego pacjenta. Podobnie jak umiejętnie przeprowadzony wywiad i nasza intuicja, które skutecznie mogą przyspieszyć postawienie właściwego rozpoznania, a tym samym uratować zdrowie i życie naszym pacjentom. Tymczasem współczesna medycyna coraz bardziej ufa wynikom na papierze i na nich niekiedy nazbyt pochopnie opiera swoje diagnozy. Odchodzenie od dokładnie zebranego wywiadu i badania fizykalnego pacjenta w dużej mierze wynika z braku czasu, często spowodowanego nadmiarem pracy i biurokratycznymi obowiązkami, których co roku dokłada się lekarzom. Z lekarza zrobiono „medyka-urzędnika”,

który z obawy o finansowe kary woli dokładnie sprawdzić stopień refundacji leków, niż poświęcić ten czas na zbadanie chorego.

### Potrzeba reedukacji i doświadczenia amerykańskie

W Polsce poza częścią lekarzy i niektórymi niezadowolonymi z efektów leczenia pacjentami, nikt nie dostrzega problemu. W innych krajach zauważono go już jakiś czas temu. Aby mu przeciwdziałać, niektóre uczelnie medyczne stworzyły specjalne programy, mające na celu reedukację w zakresie właściwego badania chorych. Przesłaniem tych programów jest założenie, że dobrze przeprowadzone badanie fizykalne oraz rozmowa z chorym mogą zwiększyć dokładność diagnostyczną, jak również ograniczyć wykonywanie kosztownych badań. Poprawiają również relacje lekarz – pacjent.

Pod artykułem o wymownym tytule „The Physical Exam vs Diagnostic Tests”, który ukazał się w USA, po-

► jawiło się wiele komentarzy potwierdzających w rzeczywistości wiodącą rolę dokładnego badania i wywiadu z chorym. Amerykańscy lekarze niemal bez wyjątku podkreślają, że podstawą ich pracy z pacjentem, pomimo szerokiej dostępności do nowoczesnych metod diagnostycznych, jest wywiad i badanie lekarskie. Zaś wszelka dodatkowa diagnostyka znajduje się na drugim miejscu. Choć niezaprzeczalnie stanowi ona cenne uzupełnienie całości procesu leczniczego.

### Ostrożność jak najbardziej zalecana

Mój były szef, obecnie emerytowany profesor, nie do końca ufał wynikom badań hormonalnych pochodzących z jednej z większych polskich „sieciovek”. W szpitalu wśród lekarzy krążyły nawet anegdoty, według których o wyniku posiewu krwi miał decydować rzut mone-tą. Orzeł oznaczał paciorkowca, zaś reszka gronkowca. Zresztą, jak przyznał w rozmowie z jednym z medycznych portali prof. Bogdan Solnica, konsultant krajowy w dziedzinie diagnostyki laboratoryjnej – w egzekwowaniu jakości badań zatrzymaliśmy się jakby w pół kroku. Regulacje prawne narzucają laboratoriom obowiązek prowadzenia skrupulatnej kontroli jakości badań, ale nie ma rozwiązania dotyczącego tego, co robić, gdy jakość badań wykonywanych w danym laboratorium nie jest zadowalająca. Potwierdził też, że w chwili obecnej nie ma odpowiednich narzędzi prawnych, by wstrzymać wykonywanie badań w takich laboratoriach. Również i z tego

względem bardziej powinniśmy opierać się na dokładnie zebranym wywiadzie i szczegółowym badaniu chorego. Zgłoszenie się pacjenta z wykonanym USG brzucha, w którym nie stwierdzono zmian, nie zwalnia nas z badania fizykalnego. Wielu z nas zapewne pamięta historię czterdziestokilkuletniej pacjentki, która zgłosiła się do jednego z lubelskich szpitali z powodu niewielkiego bólu oraz powiększania się obwodu brzucha. Lekarz dyżurny zamiast dokładnie zebrać wywiad i zbadać kobietę, podejrzewając przyczynę nowotworową w postaci guza jamy brzusznej zlecił jej pilne CT. W badaniu okazało się, że pacjentka była w ciąży, co zupełnie podważyło zasadność wykonania badania.

Czemu zatem, gdy nie jesteśmy pewni, zamiast dokładnie porozmawiać z chorymi i zbadać ich, wolimy zlecać kolejne badania? Bo tak jest prościej, szybciej, a może wygodniej? A może unikamy interakcji z chorymi? Warto przypomnieć tu sobie słowa Hipokratesa, który mówił, że *„ze wszystkich sztuk medycyna jest najszlachetniejsza”*.

Jednak bez interakcji z pacjentem – rozmowy i bezpośredniego badania, obdzieramy medycynę z jej szlachetności. Sprawmy zatem, aby medycyna stała się znowu dla nas sztuką. Wszystko jest przecież w naszych rękach.

Marek DERKACZ  
marekderkacz@interia.pl

(przedruk z „Medicusa” nr 2/17)

## NIEPOKORNY PROFESOR NIE TYLKO OD MÓZGU...

Prof. Jerzy Vetulani zmarł 6 kwietnia, miał 81 lat. Miesiąc wcześniej, gdy jak zwykle piechotą wracał z Instytutu Farmakologii PAN swoją ulubioną trasą, którą regularnie pokonywał od kilkudziesięciu lat – „ulicą Zielony Most do pętli tramwajowej w Bronowicach” (jak podawała rodzina) – potrafił go samochód...

Profesor urodził się w 1936 r. w Krakowie. Ukończył biologię i chemię na Uniwersytecie Jagiellońskim. Do końca związany był z Instytutem Farmakologii PAN w Krakowie, gdzie pracował od lat 50., ostatnio jako wiceprzewodniczący Rady Naukowej. Był psychofarmakologiem, neurobiologiem, biochemikiem, profesorem nauk przyrodniczych i członkiem Polskiej Akademii Nauk oraz Polskiej Akademii Umiejętności, autorem kilkuset prac badawczych; doktorem honoris causa Uniwersytetu Medycznego w Łodzi i Śląskiego Uniwersytetu Medycznego oraz członkiem licznych towarzystw naukowych, w tym honorowym Indian Academy of Neurosciences i Oxford Neurological Society.

Profesor interesował się funkcjonowaniem ludzkiego mózgu oraz zależnościami między neurobiologią, społeczeństwem i kulturą. Jednym z jego większych osiągnięć,

jak sam mówił, było: „sformułowanie hipotezy o mechanizmie działania leków przeciwdepresyjnych, wyjaśniającej, dlaczego konieczne jest długotrwałe ich stosowanie, zanim nastąpi poprawa stanu chorego”. Zajmował się też farmakoterapią w uzależnieniach, prowadząc m.in. badania nad programem metadonowym w Instytucie Farmakologii PAN w Krakowie. Był zwolennikiem legalizacji marihuany i depenalizacji narkotyków dla osób pełnoletnich.

Prof. Jerzy Vetulani udzielił mediom setek wywiadów. Większość z nich koncentrowała się na mózgu, płci, seksualności i różnicach w rolach społecznych kobiet i mężczyzn. Rozmawiał też z Primum. Dziś przypominamy fragmenty naszej rozmowy sprzed lat...

### *Panie Profesorze, czy można mówić o płci mózgu?*

Na pewno. Hormony płciowe silnie działają już w okresie płodowym, kiedy determinuje się płeć. Poza gonadami wpływają także istotnie na mózg. Widać, że pewne części mózgu, np. kora mózgowa, są większe i lepiej rozwinięte u kobiet niż u mężczyzn, a części związane z agresywnością, jak zespół jąder migdałowych, znacznie lepiej rozwijają się u mężczyzn. Stąd pewne różnice w cechach charakteru. Badania nad ciałem migdałowa-

tym pokazują, że emocje są inaczej przetwarzane w mózgach obu płci. U kobiet silniej reaguje półkula lewa, u mężczyzn prawa. Silne emocje wzmacniają procesy pamięci, powodują silniejsze utrzymywanie się wspomnień.

Niektóre z nich tkwią mocniej w mózgu kobiety niż mężczyzny, np. różne rocznice, a zwłaszcza data ślubu. Jeżeli kobieta o niej zapomina, to można przypuszczać, że rozwija się u niej choroba Alzheimera. Mężczyźni w trzecim roku małżeństwa zapominają o dacie swojego ślubu regularnie i nie oznacza to przyszłych schorzeń.

***Pewne zachowania potocznie nazywane są męskimi lub kobiecymi. Czy rzeczywiście można mówić o typowych, charakterystycznych dla płci cechach?***

Uważa się, że tak, ale wciąż się spieramy, ile ich wynika z kultury, a ile wiąże się z genetyką. Mali chłopcy najczęściej bawią się samochodzikami, piłkami, a dziewczynki częściej lalkami czy narzędziami kuchennymi – czy to jest zakorzenione kulturowo czy nie? Pewne światło rzuca na to doświadczenie z małpami. Małe koczokodany – samczyki chętniej bawią się zabawkami „męskimi”, a samiczki „kobiecymi”. Sugeruje to, że taki stan wytworzył się w procesie ewolucji i wynika ze zróżnicowanej biologicznie roli społecznej płci. Z pewnością istnieją cechy typowo kobiece, np. gadatliwość. Przeciętny mężczyzna mówi raczej mało. Oczywiście można znaleźć mężczyzn, którzy potrafią dużo i pięknie mówić (zwłaszcza dotyczy to psychiatrów), a także kobiety mruki. Kobiety znacznie rzadziej reagują obrzydzeniem na krew i ludzkie ekskrementy, zwłaszcza dziecięce. Panowie znacznie częściej mdleją podczas pobierania krwi, kobietom zdarza się to bardzo rzadko. Panie częściej opiekują się innymi, nie tylko dziećmi, ale i mężami. Uważa się, że kobiety częściej zapadają na chorobę Alzheimera. Na pewno tak jest, jednak statystyki w tym przypadku nie do końca są miarodajne. Na ogół bowiem to kobieta dba o męża i kiedy zaczyna się u niego rozwijać otępienie, zajmuje się nim troskliwie aż do końca. Natomiast gdy kobieta zdradza pierwsze objawy demencji, mężczyzna jest bezradny i sięga po pomoc lekarza. Ten diagnozuje chorobę, kobieta trafia do szpitala i do... statystyk. Podejrzewam, że większość mężczyzn do statystyk alzheimerowskich nie trafia, bo pod czułą opieką małżonki umiera spokojnie w domu. Na pewno jednak wszystkie te „typowe” męskie i kobiece cechy cały czas ewoluują.

***We współczesnym świecie kobiety są wreszcie bardziej cenione niż kiedyś...***

Ważne były też dawniej. Świadczy o tym np. to, że wśród szczątków wczesnoludzkich znaleziono dużą liczbę szkieletów starszych kobiet, nieproporcjonalnie dużą. To oznacza, że były one chronione przez grupę, bo pełniły bardzo ważną rolę. Przypuszczalnie była to opieka nad dzieckiem i kultywowanie tradycji. Sensowna wydaje się teoria, że człowiek ewoluował dzięki babciom. Ojciec zajmował się polowaniem, matka zbierała plody rolne, a babcia uczyła najmłodszych...

Z pewnością ceniono też mądrość starszych kobiet. Pytie, sybille są istotnym elementem mitologii i kultury antyku. Zawsze istniały czarownice udzielające rad.

***Dopóki nie zostały spalone na stosie...***

Niektóre tak, innym się udało. Faktycznie mężczyźni bardzo nie lubią przyznawać, że kobiety mają od nich np. większą wiedzę czy intuicję. (...)

Na pewno kobiety odgrywały rolę znacznie większą niż im się to, np. w XIX w. przypisywało, chociaż stare porzekadło mówi, że mężczyzna jest głową, a kobieta szyją, która tą głową kręci. W tej chwili kobiety mają większe szanse, aby ujawnić cały swój potencjał, który wcześniej był tłamszony. Kobieta jest równorzędnym partnerem. Z pewnością istnieją między nami oczywiste różnice – kobiety np. znacznie łatwiej niż mężczyźni uzależniają się od nikotyny. To, co różni kobiety od mężczyzn, nie przeszkadza jednak w pełnieniu przez nie zasadniczych ról społecznych. Dowód: w tej chwili w Polsce mamy po raz pierwszy dwie kobiety rektorów – język polski nie przystosowuje się dobrze do emancypacji – w Uniwersytecie Warszawskim i Śląskiej Akademii Medycznej, a prorektorem bydgoskiego CM także jest kobieta (od red. tak było w 2005 r., chociaż obecnie prorektorem bydgoskiego CM także jest kobieta – prof. Odrowąż-Sypniewska). To oznacza, że panie zaczynają wchodzić w swoje właściwe role.

***Kobiety chorują inaczej niż mężczyźni?***

Znacznie częściej niż mężczyźni chorują na depresję. Jest to prawdopodobnie związane z różnymi reakcjami neuronów na stres oraz mniejszą produkcją przeciwstresowych neuroprzekazników jak serotonina. Dzięki tej wiedzy mamy świadomość, że gdy mamy do czynienia z pacjentką musimy zastosować inne metody leczenia niż w przypadku pacjenta.

***Inaczej chorujemy, a co z naszymi możliwościami intelektualnymi?***

Jeżeli chodzi o potencjał intelektualny, to uważam, że być może pewne predyspozycje są uzależnione od płci. Wśród kobiet jest znacznie mniej kompozytorek czy matematyczek. Dokładnie nie wiadomo dlaczego tak jest.

Co ciekawe – u kobiet w okresie starzenia wbrew temu, co mówi się o chorobie Alzheimera, nie ma spadku funkcji intelektualnych, co obserwuje się u mężczyzn. Proszę zwrócić uwagę na słuchaczy uniwersytetów trzeciego wieku: prawie same panie i nieliczni panowie. Po przejściu na emeryturę panowie z reguły wybierają telewizor, piwo i często szybko umierają. Panie są niesłychanie aktywne. (...) Z wiekiem kobiety intelektualnie się nie cofają albo robią to bardzo powoli w porównaniu z mężczyznami. Pomaga im w tym hormonalna terapia zastępcza. Być może gdyby panowie w odpowiednim wieku zdecydowali się na terapię hormonalną byłoby inaczej z ich intelektualną aktywnością. Większość wstydi się jednak zażywać testosteron. A szkoda.

Rozmawiała Agnieszka BANACH (wrzesień 2005)

(przedruk z „Primum”)

# PUK PUK. KTO TAM?

## TO JA, PACJENT PSYCHOSOMATYCZNY

Przychodzi do Ciebie pacjent, którego już znasz, albo nie, ale obraz kliniczny jego dolegliwości wygląda następująco: jest to ktoś, kto jako główną skargę zgłasza chroniczny ból i wyczerpanie; ma on za sobą ponad dwuletnią wędrówkę po różnego rodzaju specjalistach od neurologa, przez kardiologa i gastrologa po proktologa, etc. Każdy z nich wypowiedział się na temat jego zdrowia, z czego wynika, że z biologicznego punktu widzenia pacjentowi nic nie dolega. Każdy z nich odsyłał pacjenta do kolejnego specjalisty celem wykluczenia innych możliwych dolegliwości. W Twoim umyśle klaruje się przekonanie, że najlepszym specjalistą dla tego pacjenta będzie ktoś, kto zajmie się jego zdrowiem psychicznym. Co zrobisz? Odważysz się mu to powiedzieć? Czy dalej będziecie grali w grę pt. *„Poszukajmy przyczyny tego bólu, może w końcu coś znajdziemy”*. Jeśli spróbujesz szczerze porozmawiać z pacjentem, spotkasz się z określonym typem reakcji, będzie to zaprzeczenie i złość lub poczucie winy za to, że uważasz pacjenta za „psychicznego”, jego przecież naprawdę coś boli, a Ty niczego nie rozumiesz i nie chcesz mu pomóc. Dlaczego tak się dzieje?

Chcąc odpowiedzieć na to pytanie, musimy cofnąć się do początków pracy z takimi pacjentami. Teorie Freuda były oparte na jego obserwacjach klinicznych pacjentów z problemami psychosomatycznymi takimi, jak ból, paraliż i głębokie wyczerpanie. O ile wiadomo, wymienione wyżej objawy chronicznego bólu i zmęczenia nie były związane z żadną zdefiniowaną medycznie chorobą. Świadome źródła cierpienia pacjentów były ich objawami, zaś leczenie polegało na rozmowie. Chroniczny ból i zmęczenie nie związane z żadnymi określonymi medycznie chorobami nadal są częstymi powodami konsultacji lekarskich.

Aby pojąć, dlaczego wielu z pacjentów psychosomatycznych przeżywa kierowanie do psychiatry czy psychoterapeuty jako stygmatyzację, są tym oburzeni i często niestety nie udaje się ich skutecznie do tego przekonać, należy zrozumieć specyfikę ich umysłu i mechanizmów obronnych. Głównym mechanizmem obronnym w przypadku chorób psychosomatycznych jest rozszczepienie umysłu i ciała. Innymi słowy z jakiegoś powodu ci pacjenci mają potrzebę utrzymywania rozdzielności psychosomatycznej (utrzymywanie ciała i umysłu w oddzialeniu). Dlatego często wymagają oni fazy przygotowawczej, podczas której ból jako zjawisko fizyczne i ból jako zjawisko emocjonalne są ze sobą łączone, faza ta może potrwać kilka minut lub kilka lat. Wydawać by się mogło, że osoby doświadczające tych problemów są skoncentrowane na swoich ciałach, lecz jest to zjawisko powierzchowne, pod którym często kryje się niezdolność do identyfi-

kowania i reagowania w pomocny sposób na sygnałowe wrażenia cielesne. Jedyny język, za pomocą którego mogą opowiedzieć o swoim cierpieniu, to język ciała, a nie umysłu, dlatego pacjenci ci słyszą wypowiedzi na temat związków ciała i umysłu jako oskarżenia lub coś niemożliwego – zaprzeczają połączeniu.

Powstało kilka teorii próbujących wyjaśnić funkcjonowanie psychiczne tzw. „osobowości psychosomatycznej”. Jedną z nich jest koncepcja myślenia operacyjnego, która wyjaśnia zaburzenia psychosomatyczne poprzez specyficzny sposób myślenia – polegający na pragmatycznym i pozbawionym emocji stosunku do samego siebie, do innych i do relacji, które się z nimi tworzy. Inną jest koncepcja aleksytymii (brak słów dla emocji) – niektórzy ludzie nie posiadają zdolności opisywania własnych stanów emocjonalnych z powodu braku świadomości ich istnienia, albo niemożności rozróżniania ich. Takie osoby nie potrafią odróżnić lęku od przygnębienia, podekscytowania od zmęczenia, gniewu od głodu. Jeszcze inne pomysły na wyjaśnienie takich objawów mówią o „komunikowaniu się” poprzez objawy jako niemowlęcym sposobie porozumiewania się, który służy rozpraszaniu emocji i niemyśleniu o nich. Czasem koncentracja na chorobie i na ciele pozwala na uniknięcie konfliktów psychologicznych, stanowi obronę przed pograżeniem się w stanie totalnej depresji. Bywa też tak, że emocje nie mogą znaleźć wyrazu, a pacjent próbuje poprzez objawy przekazać otoczeniu jakąś ważną informację, ale niestety rzadko kto jest w stanie ją właściwie odczytać. Pacjent i lekarz zaczynają walczyć. Lekarz jest zdeterminowany, aby udowodnić, że objawy są „tylko w umyśle”, zaś pacjent jest pewny, że problemem jest ciało. Lekarze koncentrują się na określeniu „wiarygodności” (tj. przyczyn fizjologicznych) objawów. Uważają je za „prawdziwe” tylko wtedy, gdy są spowodowane chorobą zdefiniowaną medycznie, jedynie ciało jest uznawane za „prawdziwe” i godne uwagi. Zaczyna się cykl zapotrzebowania na coraz większą ilość konsultacji i badań, które są jałowe. Lekarze chronią się w ten sposób przed swoją bezradnością wobec takich pacjentów. Pacjenci uważają, że lepiej być chorym na poważną, zdefiniowaną medycznie chorobę, niż być postrzeganym jako kłamca (lub rodzic kłamcy). Również stygmat „choroby” emocjonalnej może wpływać na rozwój objawów psychosomatycznych, a konsultacja z osobą zajmującą się zdrowiem psychicznym jest obciążona wstydem i urazą. Symptom w ciele pozwala zachować twarz, ponieważ wstyd i stygmatyzacja kulturowa są silne. Należy zająć się wstydem, zanim będziemy mogli powiązać ciało z umysłem.

Próbując rozmawiać z pacjentem psychosomatycznym na temat kierowania go na psychoterapię (jest to jedyny sposób leczenia, który może przynieść mu ulgę), należy mieć na uwadze powyższe informacje. Ważne jest także edukowanie go w tym obszarze z uwzględnieniem jego reakcji emocjonalnej, którą trzeba odzwierciedlać (wstyd, poczucie bycia oskarżonym). Można szukać metafor wyjaśniających, że chociaż czegoś nie widać, to to działa (np. fala tsunami, która powstaje wiele tysięcy km od miejsca, w którym niszczy ląd). Można spróbować powiedzieć: „Chciałabym z panem porozmawiać na temat pana zdrowia, chociaż obawiam się, że to, co powiem, się panu nie spodoba. Moim zdaniem potrzebuje pan psychoterapii, aby uporać się z tymi objawami, których pan doświadcza”. Pacjent może wówczas odpowiedzieć: „Czyli uważa pani, że jestem nienormalny (chory psychicznie)?”. Lekarz może odzwierciedlić: „Nie uważam tak, chociaż widzę, że pan poczuł się tak potrakto-

wany. Przykro mi z tego powodu. Nie to jest moją intencją. Kieruję się pana dobrem. Z mojej wiedzy wynika, że w przypadku objawów, których pan doświadcza, może pomóc psychoterapia”. Pacjent może zareagować niedowierzaniem, mówiąc: „To niemożliwe, mnie naprawdę boli”. Lekarz może odzwierciedlić, mówiąc: „Wygląda na to, że zasmuciło/zezłościło pana to, co powiedziałam... Myślałem, że panu się wydaje, że nie wierzę w pana cierpienie, ale tak nie jest. Wiem, że pan bardzo cierpi i chcę panu pomóc, dlatego zachęcam pana do poszukiwania pomocy gdzie indziej. Ja swoje metody już wyczerpałam”. Bardzo ważne, aby w rozmowie z pacjentem psychosomatycznym ustalić wiarygodność jego rzeczywistości subiektywnej, czyli uznać prawdziwość jego cierpienia.

Dr n. zdr. Monika TYSZKIEWICZ-BANDUR  
Dr n. zdr. Justyna BANKIEWICZ-NAKIELSKA

(przedruk z „Vox Medici” nr 6/16)

## PLEMIĘ LEKARZY OKIEM ANTROPOLOGA

„Panaceum” rozmawia z mgr. Michałem LESIAKIEM, absolwentem Instytutu Socjologii Uniwersytetu Łódzkiego, doktorantem w Katedrze Socjologii Organizacji i Zarządzania.

Michał Lesiak na kilka tygodni wkroczył w „plemię lekarzy”, obserwując ich pracę w szpitalu, relacje między nimi i pozostałym personelem medycznym, a także – co najważniejsze – między lekarzami i pacjentami. Wniosek zawarł w pracy doktorskiej. W „Panaceum” opowiada o swoich obserwacjach bez filtra i cenzury. Wykład na ten temat wygłosił również podczas XXXV Okręgowego Zjazdu Lekarzy w Słoku k. Bełchatowa.

**„Panaceum”: – Niczym słynny antropolog – Bronisław Malinowski na Wyspy Trobriand, wkroczył Pan do jednego z łódzkich szpitali klinicznych, żeby obserwować lekarzy i przeanalizować relacje między pacjentami a personelem medycznym. Jak w oczach antropologa wygląda plemię lekarzy?**

**Michał Lesiak:** – Lekarze, podobnie jak każde plemię, mają określone rekwizyty: białe fartuchy, słuchawki, długopisy i pieczętki, które wyznaczają miejsce w hierarchii szpitalnej. Podobnie jak szaman czy wódz wyróżnia się spośród zwykłych członków plemienia, tak różnice występują też wewnątrz lekarskiej społeczności. Po stroju, a dokładnie po spodniach i butach, można z łatwością odróżnić lekarza od na przykład studenta na praktykach, który najczęściej ich nie zmienia. Lekarzy specjalistów od rezydentów czy stażystów odróżnia również sposób chodzenia, specjaliści odznaczają się też charakterystycznymi zachowaniami. Lekarz idzie po szpitalnym korytarzu wyprostowany, powolnym krokiem, z podniesioną głową, a rezydent najczęściej biegnie zmęczony i zgarbiony, z jakimiś papierami. Plemię lekarzy ma też swoje

określone rytuały: odprawy, operacje, konsylia oraz język i kult, na przykład zdrowego trybu życia, eliminowania choroby itp.

**Patrzył Pan na szpital jak na teatr?**

Tak zwani cywile, czyli pacjenci, nie mają pojęcia, jak funkcjonuje szpital, czy jak wygląda operacja. To pewnego rodzaju przedstawienie, w którym na końcowy efekt składa się praca nie tylko lekarzy, ale specjalistów innych dziedzin, kadry pomocniczej oraz administracji szpitala. Zresztą pierwsze operacje zawsze miały charakter występu, na który zapraszano sporą widownię. Dziś widownia jest ograniczona, ale aspekt teatralny pozostał. Pacjent widzi wisienkę na torcie w postaci leczenia, ale mało osób zdaje sobie sprawę z tego, jak działa ta instytucja, nie wie o istnieniu musztry szpitalnej, dotyczącej personelu medycznego i zarządzania nim przez dyrekcję, ordynatorów i wreszcie lekarzy specjalistów.

**Jak wyglądała Pana rola obserwatora?**

Byłem przydzielony do zespołu lekarskiego. Musiałem nosić kitel, zmieniać obuwie oraz spełniać wszystkie wymagania i polecenia ordynatora. Dzięki temu obserwowałem komunikację lekarzy z pacjentami i innymi „subkulturami” (pielęgniarkami, ratownikami medycznymi itp.) w szpitalu od wewnątrz.

**Jak wyglądają wewnętrzne relacje między tymi „subkulturami”?**

Zauważalny był brak szacunku lekarzy specjalistów do personelu niższego szczebla, zwłaszcza dla pracy osób sprzątających w szpitalu. Istnieje duże prawdopodobieństwo, że lekarz przejdzie po świeżo umytej podłodze,

► a rezydent czy stażysta, choć bardzo się spieszą, mokrą podłogę ominą.

### ***Z czego to wynika?***

Lekarze czują się w szpitalu jak u siebie. Manifestują swoją władzę.

### ***Ta manifestacja władzy dotyczy tylko personelu niższego szczebla?***

Ciekawe są też relacje lekarzy z pielęgniarkami. Pielęgniarki są grupą zawodową silnie wspierającą pracę lekarzy i bez nich praca lekarzy byłaby praktycznie niemożliwa. Nie zawsze cieszą się jednak odpowiednim szacunkiem. Brak szacunku widoczny był na przykład w braku znajomości imion pielęgniarek. Starsze pielęgniarki cieszyły się szacunkiem lekarzy, znano je z imienia i witano się z nimi. Młodsze już nie. W tej relacji widoczna była manifestacja przywództwa, co nie do końca jest przez lekarzy zauważane.

### ***Dochodzimy do celu Pana pracy. Jak lekarze radzą sobie w kontaktach z pacjentami?***

Zauważyłem na przykład brak kompetencji językowych do prowadzenia rozmów z pacjentami. Z jednej strony lekarzom na rozmowy ze wszystkimi chorymi nie pozwala brak czasu, a z drugiej – lekarze nie zawsze byli świadomi, że pacjent nie rozumiał tego, co mieli mu do przekazania. Pacjent oczekuje nie tylko czynności instrumentalnych, ale również czynności ekspresywnych, czyli uspokajania, zrozumienia i akceptacji. W tym aspekcie świetnie jest widoczny podział na lekarzy i pielęgniarki. Te drugie czynności wykonywane są przez pielęgniarki, które zwykle lepiej znają pacjentów i mają więcej empatii. Pamiętam sytuację w izbie przyjęć, kiedy płaczącą pacjentkę przysła pocieszyć pielęgniarka. Lekarz tylko poinstruował ją, co chora ma zrobić, nie zwracając szczególnej uwagi na jej stan emocjonalny.

### ***Z Pana obserwacji wynika, że problemy dotyczące komunikacji z pacjentem nie zawsze wynikają z braku czasu czy empatii, ale też niewystarczających kompetencji językowych.***

Dużym błędem, który zauważyłem, to stosowanie tzw. baby talk w stosunku do osób starszych. W mniemaniu personelu medycznego (lekarzy i pielęgniarek) zwracanie się do nich jak do dzieci ma ułatwić kontakt. Skutek jest jednak przeciwny, bo ten kontakt zamyka, nadając mu pewną strukturę infantylności. Kiedy zwracamy się do dorosłego jak do dziecka, to on zaczyna zachowywać się jak dziecko i zrzuca z siebie część odpowiedzialności za swoje zachowanie.

### ***Badania i obserwacje prowadził Pan w szpitalu, gdzie relacje lekarz–pacjent są zdeterminowane przez reguły, jakie w tej instytucji panują. Czy szpitalny reżim ułatwia, czy utrudnia taką relację?***

Szpital, podobnie jak więzienie, jest instytucją totalną, z uporządkowanym harmonogramem, czynnościami, które należy wykonać w konkretnym czasie i za pomocą określonych zasad działania. Pacjent albo pod-

porządkuje się normom i jest leczony, albo się nie podporządkuje i leczony nie będzie, a zatem jeśli nie wpasuje się w strukturę wyznaczoną przez instytucję, instytucja nie będzie mogła mu pomóc. Część tych norm wynika z efektywności leczenia, a część z reżimu szpitalnego. To ułatwia leczenie, ale niekoniecznie relacje. Kultura organizacyjna szpitala nie pozostawia pacjentowi zbyt wiele miejsca na negocjacje i pozbawia go wpływu na sposób leczenia, a lekarza stawia w roli nieomylnego, z którym się nie dyskutuje.

### ***Czy pacjenci dzielą się na łatwych i trudnych?***

Pacjent łatwy przychodzi do lekarza i podporządkowuje się leczeniu. Trudny chce negocjować, wpływać na sposób leczenia. Do tej grupy zaliczamy też pacjentów, którzy utrudniają leczenie, na przykład awanturując się, czy obrażając lekarzy. Poza prowadzeniem leczenia takiego pacjenta, lekarz musi wykonać skomplikowaną pracę interakcyjną – nawiązać kontakt z nim oraz go uspokoić. Sam zostałem obrażony przez starszą kobietę, która w izbie przyjęć uznała mnie za lekarza i straszyla sądami.

### ***Lekarze często wskazują pracę w izbie przyjęć jako najtrudniejszą i najbardziej obciążającą fizycznie i emocjonalnie. Czy z punktu widzenia obserwatora bardzo różni się ona od pracy na oddziale?***

Praca lekarzy w izbie przyjęć należy do szczególnie trudnych i różni się diametralnie od wykonywanej w innych jednostkach organizacyjnych szpitala. W izbie przyjęć trzeba chorych wstępnie zdiagnozować i skierować dalej, do odpowiednich oddziałów specjalistycznych. To często bardzo trudni pacjenci, osoby cierpiące, ale też alkoholicy, bezdomni. W izbie przyjęć komunikacja z trafiającymi tam osobami jest też bardziej płytka. Tam dużo się dzieje, nie ma czasu na uprzejmości, tylko konkrety: co?, gdzie?, jak? Lekarze na oddziale lepiej znają swoich pacjentów, przez co komunikacja przebiega inaczej, a w procesie leczenia, oprócz pacjenta, przewija się też rodzina. Należy zwrócić również uwagę, że pacjent, znajdujący się na oddziale, jest już „opisany” i wstępnie zdiagnozowany.

### ***W swojej pracy doktorskiej zalicza Pan pracę lekarza do kategorii tzw. dirty work, do której od zawsze zalicza się m.in. śmieciarzy, grabarzy czy rzeźników. Dlaczego?***

Pracę lekarzy można określić jako „pracę brudną” i analizować, wykorzystując koncepcję „brudnej pracy” w trzech wymiarach: po pierwsze – brudu fizycznego, ponieważ lekarz ma kontakt z krwią, a często i brudem, po drugie – brudu społecznego, gdyż lekarz ma kontakt z osobami naznaczonymi społecznie: chorymi na AIDS, niepełnosprawnymi, alkoholikami oraz po trzecie – brudu moralnego, ponieważ w tym zawodzie występuje dwuznaczność władzy nad życiem drugiego człowieka. Aspekt moralny można rozciągnąć też na emocje lekarzy. Choć każdy lekarz, nawiązując kontakt z pacjentem, powinien

być od nich wolny, w praktyce jest inaczej. Wielu lekarzy podkreśla, że szczególnie trudno odłożyć emocje na bok w przypadku dzieci. O ile nad śmiercią osoby dorosłej są w stanie przejść do codzienności, o tyle w przypadku dziecka jest to wyjątkowo trudne.

**Czy lekarze postrzegają swoją pracę jako dirty work?**

Osoby, które wykonują tzw. brudną pracę, zazwyczaj nie postrzegają jej w taki sposób. Sam nie mógłbym mieć kontaktu z krwią, ponieważ źle na nią reaguję, o czym przekonałem się podczas udziału w operacji. Lekarze, którzy ten zawód podejmują, nie mają takich oporów. Jednak na pracę lekarza młodzi ludzie decydują się zwykle już na etapie liceum, kiedy muszą wybrać klasę o określonym profilu: biologiczno-chemicznym. Później mają praktyki w prosektorium i w szpitalu, więc jeśli ktoś nie ma odpowiednich warunków, jest eliminowany po drodze. Wydaje mi się, co potwierdziły badania, że osoby wykonujące zawód lekarza muszą mieć osobiste, we-

wnętrzne predyspozycje do tej pracy. Lekarz – podobnie jak strażak, policjant, adwokat czy alpinista – musi mieć określone cechy charakteru. To właśnie to magiczne „powołanie”, bez którego nie można być lekarzem.

**Powołanie nie zawsze zapewnia umiejętność komunikacji z pacjentem. Jak to poprawić?**

Zajęcia z socjologii pojawią się na początku studiów medycznych, kiedy młodzi ludzie chcą przede wszystkim leczyć pacjentów, naprawiać organizm, a kwestie społeczne są dla nich mniej istotne i nie specjalnie widzą potrzebę poszerzania swoich umiejętności w tym zakresie. Uważam, że takie zajęcia powinny się odbywać pod koniec studiów, kiedy przyszli lekarze są już po pierwszych praktykach i przed rozpoczęciem pracy w zawodzie, wiedzą zatem, jakich trudności mogą się spodziewać w kontaktach z pacjentem.

**Dziękuję za rozmowę.**

Joanna BARCZYKOWSKA-TCHORZEWSKA

(przedruk z „Panaceum” nr 4/17)

## MEDYCYNĄ PO DYPLOMIE

# FARMAKOTERAPIA BÓLU PRZEWLEKŁEGO W OPARCIU O DRABINĘ ANALGETYCZNĄ WHO (CZ. V – KOANALGETYKI)

W 1986 r. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) podzieliła leki przeciwbólowe w ten sposób, że umieściła je na trzech stopniach drabiny analgetycznej. Na stopniu I są proste leki przeciwbólowe (paracetamol, metamizol i NLPZ), na II szczeblu słabe opioidy (tramadol, kodeina i dihydrokodeina DHC), a na III – silne opioidy (morfina, fentanyl, buprenorfina, oksykodon, metadon i tapentadol). Do leków z każdego stopnia w określonych sytuacjach klinicznych dołączyć można leki wspomagające – adjuwantowe. Drabina stworzona została dla leków zwalczających ból towarzyszący chorobie nowotworowej, obecnie umieszczone są na niej leki stosowane w przypadku każdego rodzaju bólu przewlekłego.

Nowością wprowadzoną w ostatnich latach jest stosowanie niskich dawek silnych opioidów (np. do 30 mg morfiny, do 20 mg oksykodonu na dobę) zamiast słabych opioidów z II szczebla drabiny. Najważniejsze jest jednak dobranie leku do natężenia i rodzaju bólu oraz stopnia wydolności narządów, a także właściwe dawkowanie i łączenie leków przeciwbólowych, w którym wykorzystuje się sumowanie efektu przeciwbólowego (addycję) lub jeszcze lepiej – synergizm działania, oraz odpowiednie dobranie do danej jednostki chorobowej leków adjuwan-

towych. Właściwa farmakoterapia zapewnia dobry efekt przeciwbólowy u 85% chorych.

### Kortykosteroidy

Hormony steroidowe powstają w korze nadnerczy, jajnikach i jądrach, gdzie w niewielkim stopniu są magazynowane. Substancją wzorcową do ich wytwarzania jest cholesterol. W chwili nagłego wystąpienia zapotrzebowania na nie są syntetyzowane z komórkowych zapasów cholesterolu. Dobowa produkcja kortyzolu, zgodna z rytmem dobowym (największa rano), która w warunkach podstawowych wynosi 10–30 mg/dobę, w sytuacji stresowej może wzrosnąć nawet dziesięciokrotnie. Podstawową rolę w regulacji wydzielania kortyzonu (w mechanizmie sprzężenia zwrotnego) odgrywają hormony podwzgórza i przedniego płata przysadki. U chorych na nowotwór stwierdza się zwykle zwiększone stężenie kortyzonu i zaburzenie rytmu dobowej jego produkcji, które jest wynikiem przewlekłego stresu metabolicznego i psychicznego. GKS wykazują silne działanie przeciwzapalne (hamują syntezę pozapalnych cytokin), przeciwozbrękowe i przeciwwymiotne, poprawiają nastrój i apetyt. Wykorzystuje się je zwłaszcza do leczenia bólu neuropatycznego, we

wzmocnionemu ciśnieniu śródczaszkowemu i w rozsia-  
nym bólu kostnym. W medycynie paliatywnej, u chorych na  
nowotwór, zwykle GKS stosujemy do końca życia, wy-  
korzystując ich działanie w: obrzęku mózgu, kompresji  
rdzenia kręgowego, zapaleniu nowotworowym węzłów  
chłonnych, niedrożności (oskrzeli, moczowodu, jelit),  
krwawieniu z drzewa oskrzelowego, płynie w osierdziu,  
w leczeniu stanów zapalnych po radioterapii, hiperkal-  
cemii, leczeniu zespołów bólu neuropatycznego, a także  
działanie przeciwnowotworowe. Preparaty te stosujemy  
również substytucyjnie w przypadku: braku apetytu, wy-  
niszczenia nowotworowego, zmęczenia i obniżenia na-  
stroju. Kolejnymi ważnymi wskazaniami są również: ból  
(mechanizm przeciwbólowego działania GKS związany  
jest z ich efektem przeciwzapalnym, przeciwobrzękowym  
oraz z bezpośrednim hamowaniem czynności elektrycz-  
nej uszkodzonego nerwu), duszność, nudności, wymioty,  
stany gorączkowe i świąd. Ze względu na siłę i czas dzia-  
łania GKS dzielimy na: krótko działające (hydrokortyzon,  
kortyzon, prednizon, prednizolon, metyloprednizolon),  
średnio długo działające (triamcynolon) i długo dzia-  
jące (betametazon, deksametazon). Analizując właściwo-  
ści GKS, należy zaznaczyć, że hydrokortyzon wykazuje  
właściwości glikokortykosteroidu i mineralokortykoidu,  
prednizolon i metyloprednizolon – silne działanie prze-  
ciwzapalne przy znikomym działaniu mineralokortyko-  
idowym. Deksametazon silnie działa przeciwzapalnie,  
najsilniej hamuje też oś przysadkowo-podwzgórzową.  
Nie wykazuje natomiast działania mineralokortykoido-  
wego, dzięki czemu połączenie tego preparatu z niester-  
oidowymi lekami przeciwzapalnymi (często stosowane  
w bólu kostnym) zmniejsza ryzyko powikłań związa-  
nych z przewodem pokarmowym. W praktyce klinicz-  
nej u chorego na nowotwór deksametazon jest najczę-  
ściej stosowanym preparatem (w dawce 2–24 mg/dobę).

Bezwzględny przeciwwskazaniem do leczenia GKS  
jest nadwrażliwość na składniki preparatu, względne  
przeciwwskazania stanowią: grzybice układowe, czyn-  
na gruźlica, choroba wrzodowa żołądka i dwunastnicy,  
ciężka osteoporoza, cukrzyca, psychozy, zmiany skór-  
ne wokół ust, choroby wirusowe w fazie wirerii, jaskra  
i nadciśnienie tętnicze. Przed włączeniem GKS obowią-  
zuje zawsze staranne przeanalizowanie wskazań i prze-  
ciwwskazań. Dawka leku musi być dobierana indywi-  
dualnie dla danego pacjenta. Zaleca się podawanie leku  
zgodnie z rytmem dobowym, czyli w jednorazowej dawce  
rannej lub 2 razy na dobę (nie wieczorem). W trakcie dłu-  
gotrwałej terapii należy monitorować: morfologię, stęże-  
nie glukozy we krwi i w moczu, stężenie cholesterolu we  
krwi oraz poziom elektrolitów (K<sup>+</sup>, Mg<sup>2+</sup>, Ca<sup>2+</sup>) i prze-  
prowadzać okresowe badanie okulistyczne.

## Bisfosfoniany

Budową swoją przypominają hydroksyapatyt (tlen  
w cząsteczce hydroksyapatytu został zastąpiony atomem

węgla). Tak zbudowana cząsteczka łatwo wbudowuje się  
w strukturę kości, zastępując naturalny hydroksyapatyt.  
W organizmie człowieka bisfosfoniany, dzięki temu, że  
nie ulegają metabolizmowi, utrzymują się w tkance kost-  
nej długo i można je podawać rzadko. Im więcej bisfosfo-  
nianu wbuduje się w strukturę kości, tym bardziej stymu-  
luje on osteoblasty do naturalnej śmierci. W zależności  
od tego, jak wokół podstawowego wiązania (fos-for-tlen-  
fosfor) rozbudowana jest cząsteczka bisfosfonianu, leki te  
dzielimy na trzy podstawowe generacje. Im wyższa ge-  
neracja leku, tym większa siła jego działania. Najprost-  
szym podziałem bisfosfonianów jest podział w zależno-  
ści od drogi podania: na doustne i dożylny. Bisfosfoniany  
w formie preparatów doustnych bardzo słabo (poniżej 1  
proc.) wchłaniają się z przewodu pokarmowego, dlatego  
ich dawki muszą być wielokrotnie wyższe niż leków do-  
żylnych. Wchłanianie może pogorszyć przyjęcie leku po  
jedzeniu. Pokarm, a właściwie zawarty w nim wapń, wią-  
że bisfosfoniany. Są one solami sodowymi, które w kwa-  
śnym środowisku żołądka tworzą kwas mogący uszkadzać  
śluzówkę przewodu pokarmowego. Chory przyjmują-  
cy preparaty bisfosfonianów doustnie po podaniu leku  
powinien chodzić przez 2 godziny, by pokarm nie zale-  
gał w żołądku. Biodostępność bisfosfonianów po poda-  
niu dożylnym jest stuprocentowa. W zależności od tego,  
czy zawierają w swojej cząsteczce azot, czy nie, dzielimy  
je na azotobisfosfoniany i bisfosfoniany niezawierające  
azotu. Im azot zawarty w cząsteczce bisfosfonianu jest  
bardziej obudowany (np. pierścieniem aromatycznym),  
tym mniejsza szkodliwość leku dla śluzówki przewodu  
pokarmowego.

Rejestracyjnymi wskazaniami do podawania bisfos-  
fonianów są, poza osteoporozą, choroba nowotworowa,  
a w niej osteolityczne przerzuty do kości, ból oraz hi-  
perkalcemia. Bisfosfoniany powinny być jednak tylko  
jednym z elementów wielokierunkowego leczenia bó-  
lu kostnego. Z preparatów bisfosfonianów jedynie zo-  
ledronian ma wskazania również do leczenia przerzu-  
tów do kości osteoblastycznych. Wszystkie bisfosfoniany  
zwiększają gęstość mineralną kości (BMD) i zmniejsza-  
ją ryzyko złamań. Wolno nam jednak w konkretnych  
jednostkach chorobowych stosować tylko te preparaty,  
które dla danej jednostki przeszły badania rejestracyjne.  
Bisfosfoniany działają w dwóch mechanizmach: wszyst-  
kie wbudowują się w miejsce hydroksyapatytu, zwięk-  
szając gęstość mineralną kości. Drugi mechanizm dzia-  
łania wykazują tylko związki, które mają w cząsteczce  
azot. Polega on na bezpośrednim hamowaniu aktyw-  
ności osteoklastów.

Bisfosfoniany u chorych na nowotwór z przerzutami  
do kości hamują ich osteolizę i ograniczają konieczność  
stosowania radioterapii oraz leczenia chirurgicznego.  
Uzasadnione jest również ich stosowanie, gdy nie można  
opanować dolegliwości bólowych, zwłaszcza u pacjentów  
ze zmianami osteolitycznymi oraz w leczeniu hiperkal-

cemii. W chorobie nowotworowej stosowane są głównie formy dożylnie leków.

Skutkami niepożądanymi mogą być: objawy grypopodobne, hipokalcemia, uszkodzenie śluzówki żołądka, pogorszenie funkcji nerek i martwica kości zuchwy.

Przeciwwskazaniami do podawania bisfosfonianów są: nadwrażliwość na lek, hipokalcemia, stan kliniczny pacjenta uniemożliwiający utrzymanie go przez co najmniej godzinę w pozycji stojącej (dla form doustnych),

ostre stany zapalne przewodu pokarmowego, niewydolność nerek z GFR < 30 ml/min.

Małgorzata MALEC-MILEWSKA  
Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii CMKP  
w Warszawie

Autorka nie zgłasza konfliktu interesów związanego z prezentowanymi w artykule zagadnieniami. Piśmiennictwo u autorki.

(przedruk z „Pulsu” nr 5-6/17)

## DEPRESJA U OSÓB STARSZYCH JEST TRUDNO ROZPOZNAWALNA, ATYPOWA

„Depresje w wieku podeszłym są częstym zjawiskiem” – mówi psychiatra prof. dr hab. n. med. Tadeusz Parnowski, specjalizujący się z psychogeriatrici. Według danych epidemiologicznych, depresje występują u ok. 9% populacji ludzi starszych, ale np. aż u 25% pensjonariuszy domów pomocy społecznej.

„Częstość występowania depresji u osób w wieku podeszłym zależy od wielu czynników. Im starsi ludzie, im bardziej chorzy, tym więcej przypadków depresji, bo tym więcej wyzwalających ją czynników” – mówi prof. Tadeusz Parnowski. Wśród chorych na nowotwory 40% ma depresję, a np. wśród pacjentów z niewydolnością serca – ok. 30%.

### Samotny w czterech ścianach

Po 75. roku życia do czynników biologicznych, jakimi są choroby somatyczne, dołącza się jeden ważny czynnik psychologiczny – samotność. To samotność w sensie psychologicznym i fizycznym. Oznacza brak zainteresowania społeczeństwa starym człowiekiem. Zostawienie go samemu sobie wystarczy, żeby jego sposób myślenia, szacowania świata i ludzi był coraz gorszy, dochodząc do poczucia bezwartościowości i beznadziejności.

„Z depresją ludzi w wieku podeszłym łączy się największy odsetek samobójstw. Poza tymi stwierdzonymi, jest mnóstwo niewykrytych – w następstwie odmowy jedzenia i picia albo przez przyjęcie w nadmiarze leków zapisywanych przez lekarzy z powodu chorób” – zwraca uwagę prof. Parnowski.

Funkcjonuje też kilka mitów społecznych, które zamazują obraz depresji osób starszych. Według pierwszego, człowiek stary ma prawo do braku przyjaciół, kolegów, zainteresowań, do siedzenia w domu, zaburzeń snu, pogorszenia łaknienia itd. Ma prawo skarżyć się na liczne dolegliwości fizyczne. I czuć się bezradny wobec tego wszystkiego. Powinien też myśleć o sobie, że jest (przynajmniej trochę) mniej wartościowy, bo w sensie społecznym przestał funkcjonować. „Ten mit wyrzuca ludzi starych poza ramy społeczne. Ale zarazem obraz człowie-

ka starego – małowównego, niezainteresowanego, wycofującego się, ze złymi parametrami biologicznymi, takimi jak sen czy apetyt – jest właśnie obrazem depresji. Tak ona wygląda u ludzi w podeszłym wieku” – zaznacza psychogeriatrica.

Drugi mit mówi, że ludzie starzy, ponieważ się nudzą, chodzą do lekarzy – po to, żeby się znaleźć w środowisku, mieć towarzystwo do wymiany myśli – okupując przychodnie, uniemożliwiając osobom naprawdę potrzebującym uzyskanie porady. Zabierają im miejsce. „Otóż, ludzie starzy nie chodzą z przyjemnością do lekarzy, także nie dla środowiska, tylko dlatego, by zabić pustkę i depresję. Samotność, z którą siedzą w czterech ścianach” – mówi prof. Parnowski.

### Trzeba mieć czas i cierpliwość dla starego pacjenta

Problemem jest rozpoznawanie depresji przez lekarzy, zwłaszcza młodych. Relację lekarz-pacjent rzadziej cechuje dziś życzliwość, chęć dowiedzenia się czegoś więcej o starym człowieku. Na wizytę chorego lekarz ma określony czas, narzucony przez urzędników.

„Człowiek stary nie pasuje do tego urzędniczego schematu – nie nadąża za tempem lekarza, inaczej mu płynie czas, inaczej opowiada, innym językiem. Jego różne przeżycia przesuwają się w rozciągniętej siatce czasowej: może to było 20, a może 40 lat temu, to nie jest istotne, ważne, że się zdarzyło. Ale u lekarza trzeba precyzyjnie odpowiadać na pytania: od kiedy pana boli, od kiedy pan się źle czuje, od kiedy ma pan zaburzenia snu? A skąd człowiek stary ma wiedzieć, co to są zaburzenia snu? Tak więc kontakt między lekarzem i starym człowiekiem staje się powierzchowny, a w efekcie – jego badanie niepełne. Lekarz nie dowie się tego, czego powinien się dowiedzieć, żeby ułożyć sobie w głowie znane objawy depresji i stwierdzić: to nie jest choroba somatyczna z dolegliwościami bólowymi, to jest depresja, a reszta jest dodatkiem” – tłumaczy prof. Parnowski.

Diagnozę depresji utrudnia także to, że lekarze są uczeni rozpoznawania stanów klinicznych – konkretnie opisanego za pomocą parametrów. W przypadku depresji takich parametrów nie ma. Jeżeli nawet stary człowiek mówi lekarzowi, że mu się nie chce żyć, to lekarza niepsychiatrę takie stwierdzenie nie zastanowi. Uruchomi on mechanizm racjonalizacji i pomyśli sobie: *„No tak, ma 85 lat, 10 chorób, do tego bierze cały worek leków – to jak ma mieć chęci do życia. Racjonalizacja zaciera lekarzowi objawy depresyjne, na które skarży się stary człowiek”* – komentuje prof. Parnowski

### Objawy somatyczne przysłaniają obraz

Atypowość depresji u ludzi starych polega też na tym, że poza wyraźnymi, łatwymi do zdiagnozowania objawami klinicznymi, jakie charakteryzują depresje u osób w średnim wieku, istnieje olbrzymie spektrum stanów nietypowych. W 2004 r. w wielkim badaniu WHO (14 krajów) przebadano dziesiątki tysięcy osób w wieku podeszłym, szukając osób z depresją. *„Okazało się, że 69% tych, u których ją wykryto, wcale nie skarżyło się na smutek przygnębienie, niechęć do życia, beznadziejność, lęk przed przyszłością itd., czyli na typowe objawy depresji tylko na objawy somatyczne: zaburzenia snu, łaknienia, dolegliwości bólowe, niepokój, brak możliwości poruszania się itd. Stąd wniosek: w wieku podeszłym objawy somatyczne zacierają obraz depresji”* – zauważa prof. Parnowski.

Atypowość obrazu klinicznego polega również na istnieniu depresji podprogowych: o niewielkim nasileniu, subdepresji, depresji poronnych (z niektórymi tylko objawami). *„Ludzie starzy z tym typem depresji snują się pomiędzy nami. Cierpią z jej powodu, ale mogą funkcjonować. Nie manifestują pełnego nasilenia objawów, nie kładą się do łóżka, mówiąc: »Przestaję jeść, chcę umrzeć«. Depresje podprogowe są przewlekłe. W ogóle jedną z cech depresji w wieku podeszłym jest przewlekłość jej przebiegu. O ile np. depresje po różnych wydarzeniach, tzw. reaktywne, mają fazy ok. 9 miesięcy, o tyle w wieku podeszłym fazy depresyjne trwają średnio do dwóch lat, a nierzadko o wiele dłużej”* – tłumaczy psychiatra.

### Bliscy nieobecni

Samotność – jeden z najważniejszych czynników wyzwalających depresję – ma u starego człowieka wymiar egzystencjalny. Można mieć liczną rodzinę, która w gabinecie lekarza mówi, że przecież odwiedza tatę – ta samotność ma znacznie większy wymiar.

*„To samotność osoby, której pokolenie odchodzi albo już odeszło. Która nie potrafi uzyskać porozumienia z nikim z młodszego pokolenia, w tym z dziećmi i wnukami. Porozumienia na poziomie zwierzeń, mówienia o swoich przemyśleniach, troskach. Bo młodzi – i to nie jest przytyk – żyją w innym rytmie: szybko i w innym świecie. Mają inny język i sposób opisywania rzeczywistości Dlatego*

*m. in. ludzi starych nie bardzo słuchają”* – opisuje prof. Parnowski.

Do egzystencjalnej samotności dochodzi czasem także brak rzeczywistego kontaktu z młodymi. Owszem, ci ostatni dbają o swoich rodziców, odwiedzają ich. Są sprawni, załatwiają problemy: *„kupiłem, wpadłem, tato, jak się masz? Masz się dobrze, cześć, lecę, bo jestem już spóźniony na spotkanie”*.

*„Ludziom starym nie jest potrzebny taki kontakt, tylko obecność rodziny. Tej obecności nie ma. Stary człowiek nie ma też często kontaktu ze znajomymi, z przyjaciółmi. Kontakt z nimi się rozluźnia, bo – jak mówią z uśmiechem pacjenci – »Wszyscy chorują! Z nikim się nie mogę umówić na kawę, bo wszyscy są albo przed, albo po operacji!«. A ludzie starzy nie są chętni do nawiązywania nowych kontaktów. Chyba że ktoś celowo udaje, że jest nimi zainteresowany, żeby ich oszukać albo okraść. »Łapią się« na to z wielkiej potrzeby porozmawiania z kimś. Niech to będzie obca osoba, byle tylko posiedziała i posłuchała, ja ki to ja byłem kiedyś ważny”* – podkreśla profesor.

### Na degradację człowieka psychoterapia nie pomoże

Wysoki odsetek przewlekłych depresji lekoopornych u ludzi w podeszłym wieku wynika m. in. ze struktury patomechanizmu depresji – zabójczej mieszanki biologii i psychologii. Nawet jeśli uda się lekami poprawić biologicznie stan chorego, to nadal zostaje psychologia. Psychoterapia, podobnie efektywna jak leki, działa w konkretnych sytuacjach: w depresji po zawale, po udarze czy w przebiegu niewydolności serca. Ale jeżeli stary człowiek ma depresję niepowodowaną chorobą, to psychoterapia mu nie pomoże.

Depresja powstaje m. in. wskutek utraty. Czynnikiem wyzwalającym jest np. utrata psa, którego chory kochał, albo utrata żony, która wszystko za niego robiła, albo utrata rodziny, która nie chce z ojcem mieć do czynienia, kontaktuje się z nim pro forma. *„W tym kontekście znalezienie się w domu pomocy społecznej jest utratą tego wszystkiego, co dotychczas miał. Jest zdegradowaniem człowieka, który funkcjonował lepiej lub gorzej, coś posiadał – mniej lub więcej – ale czuł się osobą i obywatelem. Jest wrzuceniem go w tłum innych, niepotrzebnych osób. Takie poczucie ma pensjonariusz domu pomocy. Stąd u niego depresja”* – mówi psychogeriatra.

Zamiast małego, nieodnowionego mieszkanka stary człowiek ma teraz łóżko w kilkusobowej sali, jedną szafkę zamiast swoich szaf i tego, co zbierał przez całe życie. Domy pomocy społecznej, jak wszystkie zamknięte środowiska na całym świecie, są skupiskami ludzi z różnymi chorobami, skargami i osobowościami, w których powstają różne konflikty, sytuacje trudne. *„Ale w przeciwieństwie do innych zamkniętych środowisk, panuje tu rygor, a jego nadzorcą jest lekarz. Jeżeli coś się zaczyna dziać z człowiekiem starszym, np. za bardzo skarży się opieku-*

nom, ma zaburzenia świadomości, jest rozdrażniony (co może wynikać z postępujących zmian w mózgu), wezwany lekarz ordynuje mu leki. Wszystkie badania na świecie wykazują nadużywanie w domach pomocy społecznej leków uspokajających, np. benzodiazepin, i leków przeciwpsychotycznych” – zaznacza prof. Parnowski.

Badań dotyczących samotności wieku podeszłego jako silnym czynnikiem depresji jest wiele. W 2015 r. ukazała się praca napisana na podstawie analizy tezauryś – banku danych Korei Południowej, która ma jeden z najlep-

szych banków informacji o swoich obywatelach. Badacze przejrzyli dane kilkuset tysięcy osób, analizując, jak funkcjonują ludzie starzy, którzy przechodzą na emeryturę. „Okazało się, że w tej grupie samobójstwa wzrosły o 80%, a czyny kryminalne, popełniane przez starsze osoby o 100%. Ludzie starzy są więc gdzieś w społeczeństwie, jak się im uważnie przyjrzeć. Problem w tym, że się im nikt nie przygląda” – mówi prof. Tadeusz Parnowski.

Oprac. Ewa BIERNACKA

(przedruk z „Pulsu Medycyny” nr 15 (327)/16)

## WYBRANE CZYNNIKI WARUNKUJĄCE PROCESY STARZENIA – JAK BARDZO JEST TO PRZYDATNA WIEDZA?

Tempo starzenia się i jego kierunek zależą od wielu czynników. Z całą pewnością charakter ich jest zróżnicowany. Część z nich to czynniki endogenne, część to egzogenne – procesy starzenia zazwyczaj stanowią sumę oddziaływań obu grup. Czynniki modyfikujące proces starzenia można podzielić zatem tradycyjnie, jak w większości przykładów, na zewnętrzne i wewnętrzne. Co zatem zalicza się do czynników endogennych?

### Materiał genetyczny

Starzenie się w największym stopniu zdeterminowane jest genetycznie. Przemawiają za tym przede wszystkim empiryczne ustalenia na temat procesu przedwczesnego starzenia się. W zespole Hutchinsona-Gilforda, czyli przedwczesnym starzeniu się dzieci, kluczową rolę odgrywa mutacja w genie kodującym białko włókniste z grupy białek filamentowych – pośrednich (*class V intermediate filaments*), które to biorą udział przy podziałach komórkowych i zapewniają strukturalną stabilność jądra komórkowego [1, 2]. Podobne mechanizmy stwierdzono nie tylko w progerii dziecięcej typu HGPS, ale również w progerii dorosłych (*Werners syndrome – progeria of adults*) [2]. Na marginesie warto dodać, że w powyższych zespołach nie obserwuje się spadku sprawności intelektualnej charakterystycznego dla starości [3]. Zapewne oznacza to nieco inne mechanizmy starzenia się układu nerwowego na tle całego organizmu. Badania procesów zachowania sprawności intelektualnej, zapewne trudne, w ocenie autora stanowią przyszłość w walce z chorobami degeneracyjnymi ośrodkowego układu nerwowego. Elementem, który budzi duże zainteresowanie badaczy, jest skojarzone występowanie u osobników z przedwczesnym starzeniem onkogenezy. Zatem nie tylko starzenie się jest tutaj głównym przedmiotem zainteresowania, ale również utrata mechanizmów chroniących przed onkogenezą [4].

### Zaburzenie funkcjonowania aparatu immunologicznego spowodowane czynnikami endogennymi

Zaburzenia te wynikają z „zużycia się układu immunologicznego”, który również podlega procesom starzenia się, spadku jego reaktywności i skuteczności działania. Złożone reakcje biorące udział w odpowiedzi immunologicznej ulegają stopniowo spowolnieniu, wyczerpaniu i deregulacji [5, 6]. *W wymiarze praktycznym zaburzenia, o których mowa, wyrażają się choćby trudnościami w gojeniu się ran i oparzeń czy zwalczaniu infekcji, co może niekiedy prowadzić do rozwoju śmiertelnych powikłań zdrowotnych [7]. Szybciej rozwija się wtedy zespół uogólnionej odpowiedzi zapalnej (Systemic Inflammatory Response Syndrome – SIRS), lub zespół wczesnej niewydolności wielonarządowej (Early Multiple Organ Failure – EMOF) [8].*

*Praktyczny wymiar wiedzy o zaburzeniach odporności w podeszłym wieku to zapewnienie takim chorym maksymalnie aseptycznych i ewentualnie antyseptycznych warunków oraz świadomość statystycznie innej dynamiki przebiegu schorzeń, z której powinien wynikać wzmożony nadzór medyczny i zachowana ostrożność w zakresie rokowania.*

Do czynników upośledzonej odpowiedzi immunologicznej zalicza się: zmienione czynnościowo i funkcjonalnie limfocyty typu T i B, monocyty i makrofagi, spaczoną i podwyższoną autoimmunogenność, oraz zmniejszoną aktywność genów supresorowych (pełnią funkcję ochronną oraz antyproliferacyjną wobec DNA) [9].

Ludzi starszych charakteryzuje zwiększone występowanie przeciwciał przeciwjądrowych – ANA, antykar-diolipinowych – aCL, przeciw cytoplazmie neutrofilów – p-ANCA, przeciw mitochondriom (AMA) i mięśniom gładkim (ASM A) [10].

O ile pojawianie się większości przeciwciał może być w późnym wieku wyrazem fizjologicznego procesu sta-

zenia się, to obecność przeciwciał przeciw cytoplazmie neutrofilii (p-ANCA) zazwyczaj skojarzona jest z chorobą. W przypadku wyników dodatnich uwzględniona być musi dalsza diagnostyka uwzględniająca typ fluorescencji i obecność dalszych grup przeciwciał.

Odwrotnie ma się sytuacja z obecnością czynnika reumatoidalnego – RF. W badaniach wykazano obecność czynnika reumatoidalnego w populacji osób starszych średnio w 22% (max 48%). Zwykle obecność RF nie była związana z chorobą, lecz była wyrazem reakcji na przewlekły stan zapalny. Możliwe, że w tym wypadku obecność RF stanowi przypuszczalnie rodzaj pierwszej linii obrony, zanim nastąpi synteza specyficznych przeciwciał [11]. W tym przypadku dalsza obserwacja i przebieg kliniczny są decydujące dla postępowania.

Jakich schorzeń należy zatem się spodziewać w grupie starszych pacjentów? Do częściej występujących wraz z wiekiem schorzeń autoimmunologicznych należą:

- zapalenie olbrzymiokomórkowe tętnicy skroniowej (*temporal arteritis TA*),
- polimyalgia reumatyczna (PMR),
- zapalenie wielomięśniowe (*polymyositis PM*),
- zapalenie skórno-wielomięśniowe (*dermatopolymyositis DPM*),
- zespół Sjögrena (*Sjögrens syndrome SS*),
- reumatoidalne zapalenie stawów (*rheumatoid arthritis RA*),
- toczeń układowy (*systemic lupus erythematosus SLE*),
- zespół antyfosfolipidowy (*antiphospholipid syndrome APS*),
- ziarniniak Wegenera (*Wegeners granulomatosis WG*),
- sklerodermia (*scleroderma – systemic sclerosis SSc*).

Należy zauważyć, że w przypadku APS i PM warta rozważenia jest możliwa demonstracja pod postacią zespołu paraneoplazmatycznego, a w przypadku SLE należy również myśleć o możliwym niepożądanym działaniu leków [10].

### **Pierwotne i wtórne zaburzenia psychiczne i somatyczne**

To częsta przyczyna utraty aktywności życiowej na wielu polach, wynikająca ze spadku vitalności, zmniejszenia aktywności ruchowej i szybkiego obniżenia potencjału intelektualnego, same w sobie stanowią czynnik przyspieszający procesy starzenia. Wart przy tej okazji nadmienienia jest tzw. pozorny zespół otępienny rozwijający się zwłaszcza na tle zaburzeń poznawczych o charakterze pierwotnym lub wtórnym. Objawowym wykładnikiem mogą być wtedy: majaczenia, zaburzenia świadomości, splątanie oraz liczne objawy somatyczne. Usunięcie przyczyny sprawczej (np. leczenie depresji, czy niewyrównanych stanów metabolicznych) prowadzi z reguły do poprawy stanu chorego w tym do poprawy funk-

cji poznawczych. Dlatego tak ważne jest szybkie ustalenie przyczyny i leczenie [12]. Co warto podkreślić, zaburzenia nastroju i rezygnacja z aktywności fizycznej występują w pozornym zespole otępiennym powszechnie i uważane są za objaw zaburzeń psychicznych, a zaburzenia poznawcze i deficyt intelektualny związane są z naturalnym procesem starzenia się.

**Przekonanie to jest błędne, często prowadzi do rezygnacji z właściwego leczenia i sprowadza się do postawienia nieprawidłowej diagnozy** [13]. Podobnie rzecz się ma z nasileniem zaburzeń psychicznych (psychozy, leki, depresje) i zaburzeń behawioralnych oraz psychologicznych u chorych z już rozpoznaną demencją (*behavioural and psychological symptoms of dementia, BPSD*). Bezsprzecznym jest fakt akceleracji ogólnych niekorzystnych procesów, w tym starzenia się, na tle innych schorzeń.

### **Limit Hayflicka – apoptoza**

Wyznacza on ograniczoną liczbę podziałów komórkowych, co związane jest ze zjawiskiem skracania się telomerów w chromosomach podczas kolejnych podziałów. Skrócony telomer odsłania strefę pretelomerową, w której zawarte są geny kodujące białka kończące serię podziałów i rozpoczynające apoptozę. Niektórzy badacze traktują omawianą koncepcję jako telomerową teorię starzenia (*telomere theory of aging*) [14]. Limitowi Hayflicka nie podlegają komórki macierzyste i nowotworowe (w zdecydowanej większości), wyposażone obficie w telomerazę – enzym umożliwiający naprawę uszkodzonego telomeru [15]. Wnioskiem praktycznym – jak się wydaje – jest poszukiwanie czynników modyfikujących przebieg tego procesu.

Osobną grupę stanowią **przyczyny zewnętrzne (egzogenne)**, modyfikujące procesy starzenia. Czynniki zewnętrzne to duża i bardzo zróżnicowana grupa oddziaływań na procesy starzenia się. Należą do nich: czynniki fizyczne (np. promieniowanie wysokoenergetyczne), czynniki chemiczne (np. zanieczyszczenie środowiska), czynniki biologiczne (np. bakterie, wirusy), czynniki społeczne (np. więzi środowiskowe i rodzinne, pomoc społeczna, promocja zdrowia), czynniki psychologiczne i ekonomiczne (np. status ekonomiczny, w tym również stres w ujęciu psychologicznym). Podane w nawiasach przykłady stanowią jedynie wąską reprezentację zazwyczaj bardzo szerokiej i zróżnicowanej grupy. Wyodrębnionym czynnikiem z powodu swojego znaczenia jest opieka zdrowotna. Specyfika opieki nad osobami starszymi i niektóre aspekty dotyczące zasobów systemu opieki zdrowotnej stanowią o jakości podaży opieki zdrowotnej wobec osób starszych.

Obecność **czynników fizycznych** w środowisku człowieka wynika po pierwsze z ich naturalnej obecności (np. promieniowanie kosmiczne), ale też jest efektem rozwoju cywilizacyjnego (np. promieniowanie rentgenowskie w medycynie).

Stres oksydacyjny, uszkodzenie chromosomów, starzenie się komórek, skracanie telomerów, mniejsza reaktywność komórek macierzystych, stanowią efekt jaki wywołuje promieniowanie jonizujące. Choroby serca, udary, choroby układu pokarmowego, oddechowego i nowotwory są skojarzone z zwiększonym narażeniem na promieniowanie jonizujące, podczas gdy cukrzyca, demencja, choroby zapalne nie wydają się być powiązane z tym czynnikiem.

Promieniowanie jonizujące powoduje bezpośrednio uszkodzenie struktur komórkowych i tkankowych. Najbardziej narażone są komórki młode szpiku kostnego i komórki rozrodcze.

**U osób starszych problem promieniowania z tego powodu ma nieco mniejsze znaczenie, natomiast to efekt dawki skumulowanej może w tej grupie wiekowej odgrywać większą rolę.**

Problem oddziaływania na organizm człowieka promieniowania jonizującego jest istotny, a skutki tego oddziaływania są pochodną czasu ekspozycji i wielkości dawki skumulowanej w czasie. Skutki oddziaływania promieniowania jonizującego zbieżne są w dużej mierze z tymi, jakie opisuje teoria wolnych rodników. Zwrócić także należy uwagę, iż rodzaje nowotworów, powstałych w wyniku promieniowania jonizującego są inne, od tych które występują spontanicznie wraz z wiekiem. Do wyjątków tego rodzaju należy CLL, przewlekła białaczka limfatyczna i rak prostaty, których etiologia nie ma związku z promieniowaniem jonizującym [16, 17, 18].

W świetle badań empirycznych czynnikiem sprzyjającym ujawnieniu się negatywnych skutków promieniowania jonizującego jest gen AT (*ataxia – teleangiectazja*), którego obecność w populacji sięga ok. 1% [19, 20].

## Hormesis

Termin oznacza poprawienie funkcji komórek lub tkanek pod wpływem licznych słabych bodźców (*low doses*). Wymieniane są: wysoka temperatura, wysiłek, redukcja kalorii, stres oksydacyjny i osmotyczny, ale również stres z użyciem inhibitorów proteaz lub metali ciężkich.

W efekcie obserwuje się efekt przeciwstarzeniowy (*anti-aging*), poprawiający stan zdrowia (*health-improving*) i wydłużający życie (*longevity – promoting*) [21]. Podobny efekt dają niskie dawki UV, przynoszące wzmocnienie nici DNA [22]. Generalnie jednak wpływ promieniowania UV na organizm jest destrukcyjny. Zauważalne jest to na przykładzie kancerogennych skutków opalania się [23,24,25]. Uznać zatem należy, iż czynniki fizyczne, zwłaszcza w dużych długotrwałych dawkach, raczej działają niekorzystnie i zdecydowanie przysyłają korzystny obraz związany z pojęciem hormesis [26,27]. Zatem poprawa funkcji komórkowych i tkankowych w następstwie oddziaływania licznymi, niskimi dawkami stanowi tutaj o istocie zjawiska. Działanie rozcieńczonych naturalnych substancji fenolowych, takich jak resweratrol

(winogrona), hyperycyna (dziurawiec zwyczajny) czy kofeina oraz wielu innych, na procesy poprawy funkcji komórkowych odbywa się poprzez pobudzenie procesów enzymatycznych prowadzących do deacetylacji białek histonowych wpływając w ten sposób na procesy transkrypcji genów. Do grupy w taki właśnie sposób indukowanych enzymów należą sirtuiny (*silent information regulator*), usuwające grupy acetylowe z reszt lizynowych w częściach N-terminalnych histonów H3 i H4, hamując transkrypcję.

Kluczowe jest tutaj nie tylko zwolnienie procesów transkrypcyjnych, ale wyciszenie wielokrotnych fragmentów DNA oraz uruchomienie procesów jego naprawy, prowadząc do stabilizacji chromosomów [28]. Niezmiernie ciekawy jest fakt pobudzania aktywności tej grupy enzymatycznej poprzez długotrwałą redukcję kaloryczną poniżej 30–50% zapotrzebowania, co prowadzi do zwolnienia procesów starzenia i przedłużenia życia organizmów. Proces, jak się wydaje, ma charakter uniwersalny i podlegają mu organizmy proste jak i złożone, w tym ssaki [29,30]. Aktywacja deacetylaz powoduje wzrost obrotu białkowego w następstwie zwiększoną syntezę białek szoku (*HSP-heat shock proteins 27,70*) oraz podwyższoną odporność na inne rodzaje stresu [31]. Badania nad zjawiskiem hormezy mieszczą się w większej grupie badań nad procesami naprawy kwasów nukleinowych. Warte odnotowania jest fakt, że to właśnie za badania nad naprawą DNA nagrodę Nobla z dziedziny chemii w 2015 roku otrzymali Szwed Tomas Lindahl, Amerykanin Paul Modrich i Turek Aziz Sancar.

## Jak oddziałują czynniki chemiczne

Zagadnienie to jest bardzo rozległe, tak ze względu na wielość substancji chemicznych z jakimi człowiek styka się w życiu, jak i z powodu bardzo szerokiego spektrum ich oddziaływania. Zakres przedmiotowy tego problemu obejmuje nie tylko substancje szkodliwe, czy wręcz toksyczne, ale również przyjmowane leki (działania niepożądane). Kontakt ze szkodliwymi środkami chemicznymi uszkadza DNA – istotą tego mechanizmu jest reakcja środków chemicznych z kwasami nukleinowymi indukująca zmiany w kodzie genetycznym lub oddziaływanie enzymatyczne powodujące zaburzenie funkcji komórkowych. Kluczowe znaczenie mają tu wolne rodniki tlenowe i azotowe, uszkadzają one strukturę białek i osłabiają ich aktywność biologiczną [32].

Pomimo względnej stabilności nici DNA oraz jej zdolności autonaprawczych, wolne rodniki powodują liczne w niej uszkodzenia [33]. Nadmiar wolnych rodników prowadzi do zaburzenia równowagi oksydacyjno-redukcyjnej na rzecz procesów utleniania, co skutkuje obniżeniem ATP, spadkiem glutationu, depolaryzacją błon i uszkodzeniem DNA. Zjawisko to określane jest terminem „stresu oksydacyjnego” [34].

Wspomnieć w tym kontekście należy o wpływie na proces starzenia się palenia tytoniu. Badania empiryczne dowiodły, iż nadmierna konsumpcja papierosów prowadzi u młodych kobiet do przedwczesnego starzenia skóry, czego wskaźnikiem jest mniejsza skuteczność zabiegów odmładzających u tych kobiet w porównaniu z kobietami niepalącymi [35, 36].

Do czynników biologicznych wpływających na proces starzenia się zalicza się osłabioną reaktywność immunologiczną w podeszłym wieku, stwarzającą doskonałe warunki do rozwoju wielu chorób o podłożu infekcyjnym [37]. Fizjologicznym akceleratorem procesu starzenia się są w tym wypadku schorzenia bakteryjne, wirusowe i grzybicze oraz choroby pasożytnicze [38, 39].

Choroby przebyte w późnych latach życia skutkują dużo częściej niż choroby przebyte w młodym wieku trwałym pogorszeniem stanu zdrowia [40].

Temat wybranych czynników modyfikujących procesy starzenia został poruszony fragmentarycznie, czynniki psychologiczne, społeczne, ekonomiczne i inne zostały

celowo pominięte z racji ograniczonej formy przedstawienia.

Fragmentarycznie przytoczony zarys ma w zamyśle stanowić impuls do rozważań nad procesami starzenia i ewentualnego wprowadzenia pożytecznych modyfikacji do własnego życia.

Prostych kilka elementów zdrowego trybu życia realizuje zaledwie kilka procent społeczeństwa. Połowa społeczeństwa ma nadwagę, tylko kilka procent uprawia regularną aktywność fizyczną, kilkadziesiąt procent nadal pali i regularnie pije alkohol, a dieta – no cóż – stale modna, a przecież idzie nie tylko o długość życia, ale również jego jakość.

Cyfry arabskie w kwadratowych nawiasach odsyłają do przywołanych w tekście źródeł. Bibliografia dostępna jest u autora pracy.

Dr. n. o zdrowiu Przemysław BEJGA  
Specjalista chorób wewnętrznych i medycyny rodzinnej,  
Nowa Sól

(przedruk z „Doktora” nr 1/17)

## POKRZYWA DOBRA PRAWIE NA WSZYSTKO

Pokrzywa zwyczajna (*Urtica dioica*) należy do rodziny pokrzywowatych (*Urticaceae*). Rośnie w wilgotnych lasach, zaroślach i w pobliżu domostw jako roślina ruderalna.

Jest byliną – pędy nadziemne jesienią obumierają i zimuje w formie podziemnych kłączy. Wiosną budzi się do życia wydając z kłączy ulistnione pędy. Pędy pokryte są włoskami parzącymi zawierającymi drażniący płyn, który przy kontakcie ze skórą powoduje powstawanie bąbli. Pokrzywa jest uciążliwym, trudnym do zwalczenia chwastem, ale jest także cenna ze względu na swoje właściwości: bogactwo witamin, składników mineralnych i szerokie zastosowanie w ogrodnictwie, kuchni, kosmetyce i medycynie domowej. A co konkretnie pokrzywa zawiera? Witaminy A, C, B<sub>2</sub> i K, składniki mineralne azot, potas i fosfor, żelazo, wapń, cynk, krzem i mangan. Bogata jest również w barwniki – chlorofil, ksantofil i karoten, kwasy organiczne, pektyny i sole mineralne.

Ze względu na swoje cenne właściwości warto ją wykorzystać w ogrodzie, zarówno jako bogaty w składniki pokarmowe nawóz, jak i środek ochrony przed mszycami, przędziorkami i tarcznicami. Najbardziej popularną formą stosowania pokrzyw w ogrodnictwie jest sporządzana z nich gnojówka. Aby ją przygotować wystarczy zbierać 1 kg świeżych pokrzyw, rozdrobnić je i zalać 10 l wody, najlepiej w plastikowym pojemniku. W czasie fermentacji płyn pieni się, dlatego nie wypełniamy naczynia do pełna. Po zakończeniu fermentacji (gnojówka przestaje się pienić) płyn nadaje się do użycia po rozcieńczeniu w stosunku co najmniej 1:10. Możemy podlewać nim różne rośliny ozdobne, warzywa,

drzewa i krzewy owocowe. Jest to nawóz bogaty zwłaszcza w potas i azot.

Do wykorzystania w ogrodzie możemy również przygotować wyciąg i wywar z pokrzywy. Wyciąg stosujemy bez rozcieńczania. Przygotowujemy go zalewając 0,5 kg rozdrobnionej pokrzywy 5 l wody. Wyciąg pozostawiamy na 24 godziny.

W podobny sposób przygotowujemy pokrzywowy wywar. Zalane wodą pokrzywy gotujemy przez ok. 0,5 godziny. Po wystudzeniu preparat stosujemy w rozcieńczeniu 1:5. W ogrodzie możemy również wykorzystać pokrzywowe ziele do ściółkowania upraw takich, jak ogórki i pomidory. Ziele dodane do kompostu wzbogaca go w składniki pokarmowe i przyspiesza rozkład kompostowanych odpadów.

Pamiętajmy! Do wyciągu i wywaru w celu podniesienia skuteczności zabiegów warto dodać płynne mydło potasowe w ilości 10–20 g na 1 l przegotowanej wody lub szare mydło (wcześniej rozdrobnione). Mydło poprawia przyczepność preparatu i zwiększa efekt ochronny.

Pamiętajmy również, aby pokrzywę „na różne specyfiki” zbierać przed kwitnieniem – najcenniejsza jest jej część wierzchołkowa.

Pokrzywowe wspaniałości można wykorzystać również, a może przede wszystkim, w kuchni sporządzając herbatę, sok, sałatkę lub pokrzywową zupę. Aby pozbyć się niezbyt przyjemnych włosków należy pokrzywę sparzyć lub pozwolić jej zwiędnąć.

Ta niepozorna roślina ma właściwości moczopędne, wspomaga wydalanie z organizmu szkodliwych substancji. Picie herbatek i zjadanie się sałatkami z dodatkiem

pokrzywowych listków ułatwia przemianę materii, korzystnie wpływa na pracę wątroby i przewodu pokarmowego.

Przygotowanie pokrzywowej płukanki (lub w połączeniu z innymi ziołami) może wzmocnić nasze włosy i pozwoli pozbyć się łupieżu.

Jak wynika z opisu rzeczywiście pokrzywa jest dobra prawie na wszystko. A na zakończenie i zachęcenie do używania jej w kuchni prosty przepis na zupę z pokrzyw:

**Składniki:** ok. 0,5 kg liści z pokrzywy, 2 ząbki czosnku (lub wg uznania), wywar z włoszczyzny i mleko (według uznania), śmietana, mąka, do przyprawienia: sól, pieprz, gałka muszkatołowa, imbir.

**Wykonanie:** Posiekaną pokrzywę udusić z czosnkiem na maśle. Zmiksować, dodać wywar, mleko i zagotować. Otrzymany płyn zagęścić śmietaną z mąką i doprawić przyprawami. Można podać z jajkiem – jak szczawiową lub żurek. Smacznego!

Anna RYDZIK

(przedruk z Biuletynu OIL w Rzeszowie nr 2/16)

## PRAWO NA CO DZIEŃ

# ZMIANY W PRAWIE, O KTÓRYCH LEKARZ WIEDZIEĆ POWINIEN

*„Aby kraj mógł żyć, trzeba, aby żyły prawa”*

Adam Mickiewicz

### Stwierdzanie zgonu

Sejm ustawą z dnia 24 lutego 2017 r. zmienił ustawę o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz ustawę o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów. W czasie przygotowywania tego artykułu ustawa została przyjęta przez Senat i czeka na podpis Prezydenta. Nowelizacja przewiduje, że zmiany wejdą w życie w terminie 14 dni od dnia ogłoszenia.

Zmiany w obu ustawach dotyczą stwierdzania zgonu. Jak wynika z uzasadnienia do nowelizacji, konieczność przeniesienia przepisów dotyczących stwierdzenia trwałego nieodwracalnego ustania czynności mózgu, jak również stwierdzenia zgonu wskutek nieodwracalnego zatrzymania krążenia, z ustawy o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów do ustawy o zawodach lekarza i lekarza wynika z faktu, iż stwierdzanie zgonu jest jedną z wielu czynności, które wykonuje każdy lekarz i najwłaściwszą ustawą do regulacji tej materii jest właśnie ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Podkreślono, że uregulowanie tych kwestii w ustawie transplantacyjnej stwarzało w społeczeństwie bardzo niekorzystne wrażenie, że stwierdzanie śmierci wskutek trwałego nieodwracalnego ustania czynności mózgu jest wykonywane przez lekarzy w celu pobrania komórek, tkanek i narządów i w ten sposób powoduje to nie tylko opór wśród społeczeństwa dla tej metody postępowania, ale także wśród lekarzy, tym samym tworząc barierę dla rozwoju transplantologii w Polsce. W konsekwencji przyjęto, że takie przepisy nie powinny być wprost łączone z przepisami ustawy transplantacyjnej.

**W zmienianym art. 43 ust. 1 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty zawarta jest generalna zasada, że lekarz może stwierdzić zgon na podstawie osobiście wykonanych badań i ustaleń.** W artykule usunięto wyrazy „z zastrzeżeniem sytuacji określonych w odrębnych przepisach”, gdyż zastrzeżenie to dotyczyło przepisów w ustawie transplantacyjnej. **Ustęp 3 przepisu art. 43 został uzupełniony wskazaniem, iż lekarz może także wystawić kartę zgonu na podstawie dokumentacji stwierdzenia trwałego nieodwracalnego ustania czynności mózgu (śmierci mózgu) lub nieodwracalnego zatrzymania krążenia poprzedzającego pobranie narządów, o których mowa w art. 43a.**

### Trwałe nieodwracalne ustanie czynności mózgu

Po art. 43 dodano nowy art. 43a dotyczący procedury stwierdzania trwałego nieodwracalnego ustania czynności mózgu, jak również nieodwracalnego zatrzymania krążenia poprzedzającego pobranie narządów.

**Powyższy stan stwierdzać będzie jednomyślnie dwóch lekarzy specjalistów posiadających II stopień specjalizacji lub tytuł specjalisty, w tym jeden specjalista w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii lub neonatologii, a drugi w dziedzinie neurologii, neurologii dziecięcej lub neurochirurgii.** (Dotychczas stan ten stwierdzała jednomyślnie komisja złożona z trzech lekarzy posiadających specjalizację, w tym co najmniej jednego specjalisty w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii oraz jednego specjalisty w dziedzinie neurologii lub neurochirurgii).

### Nieodwracalne zatrzymanie krążenia

Taki stan, poprzedzający pobranie narządów, stwierdza jednomyślnie dwóch lekarzy specjalistów posiadają-

cych II stopień specjalizacji lub tytuł specjalisty, w tym jeden specjalista w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii lub neonatologii, a drugi w dziedzinie medycyny ratunkowej, chorób wewnętrznych, kardiologii, kardiologii dziecięcej lub pediatrii.

(Dotychczas stwierdzanie powyższego stanu należało do lekarza (bez wskazanej specjalności), który obowiązany był oprzeć się na opinii dwóch lekarzy wybranych spośród specjalistów z następujących dziedzin medycyny: anestezjologii i intensywnej terapii, medycyny ratunkowej, kardiologii, kardiologii dziecięcej lub chorób wewnętrznych. Jeżeli lekarz stwierdzający nieodwracalne zatrzymanie krążenia był specjalistą w ww. dziedzinie medycyny mógł zasięgnąć opinii tylko jednego specjalisty ze wskazanych dziedzin medycyny).

Aktualnie tylko lekarze specjaliści ze wskazanych dziedzin medycyny będą uprawnieni do stwierdzania nieodwracalnego zatrzymania krążenia dla potrzeb pobrania narządów. Dodatkowo, w stosunku do poprzedniej regulacji dodano lekarza – specjalistę neonatologii i pediatrii jako uprawnionych do stwierdzania takiego stanu.

## Sposób i kryteria stwierdzania stanu umożliwiającego przystąpienie do transplantacji

Podobnie jak w ustawie transplantacyjnej, utrzymano rozwiązanie – tym razem w ustawie o zawodach lekarza i lekarza dentysty – że sposób i kryteria będą ustalane zgodnie z aktualną wiedzą medyczną przez specjalistów z odpowiednich dziedzin medycyny. Grono uprawnionych osób będzie powoływane i odwoływane przez Ministra Zdrowia, a przyjęte rozwiązania będą ogłaszane w formie obwieszczenia. Opracowane sposoby i kryteria będą co pięć lat poddawane ocenie co do ich zgodności z aktualną wiedzą medyczną. Jednocześnie przyjęto, że do czasu ustalenia nowych sposobów i kryteriów stwierdzania trwałego nieodwracalnego ustania czynności mózgu (śmierci mózgu) oraz nieodwracalnego zatrzymania krążenia poprzedzającego pobranie narządów będą stosowane dotychczasowe sposoby i kryteria.

Katarzyna RÓŻYCKA  
radca prawny Zespół Radców Prawnych ŚIL

(przedruk z „Pro Medico” nr 4/17)

## WAGA WYPISU SZPITALNEGO

Od momentu wejścia w życie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, nakładającej obowiązek wypełniania dokumentacji medycznej pacjenta w języku polskim, zaczęła się zwiększać lawinowo liczba skarg wynikających z treści zawartych w wypisie szpitalnym. Dawniej, kiedy to wypisy ze szpitala pisane były w języku łacińskim i nie zawierały tak rozbudowanej treści jak obecnie, można było dokument traktować jako list, informację skierowaną do lekarzy kierujących lub kontynuujących leczenie. Dzisiaj dokument ten, czytelniony dla pacjenta i jego rodziny, poddawany jest bardzo szczegółowej analizie. Najczęstszą bolączką wynikającą z komputerowego przygotowywania wypisu są omyłki pisarskie i błędy informacyjne dotyczące danych osobowych, dat, a nawet rozpoznań. Sam fakt, iż wynikają one w przeważającej liczbie z wykorzystywania funkcji „kopiuj-wklej” nie przekonuje właściciela dokumentacji i podnosi on zarzuty, iż dokumentacja prowadzona jest nierzetelnie, nie jest jego dokumentacją lub nawet, że została rozmyślnie sfałszowana lub jest wynikiem mactwa mającego na celu ukrycie błędów w leczeniu. Niejednokrotnie podstawą kwestionowania rzetelności dokumentacji są wklejane w tekst wyniki badań należących do innych pacjentów.

Oczywiście rozumiemy, iż był to wynik również omyłki w komputerowym przygotowaniu tekstu wypisu, ale w skargach taki fragment zostaje niejednokrotnie otoczony kolorowym wyróżnikiem z wykrzyknikami i opatrzone komentarzem osoby, która twierdzi, że dokonano fałszerstwa lub mactwa.

Wiele skarg dotyczy kwestionowania zapisów epikryzy. Pacjenci nie zgadzają się z zamieszczonymi tam twierdzeniami, na przykład: „przyjęty pod wpływem alkoholu/środków odurzających” informacjami dotyczącymi agresywnego zachowania lub braku współpracy w przebiegu leczenia. Kwestionują rozpoznania, szczególnie te dotyczące zaburzeń sfery psychicznej. Niejednokrotnie podstawą skargi jest żądanie usunięcia niewygodnych zapisów. Najpoważniejsze są jednak zarzuty dotyczące braku lub zbyt skąpych rozpoznań dotyczących powikłań w trakcie leczenia. Zawsze są traktowane jako próba ukrycia ich, a co za tym idzie – stanowią podstawę, aby przypuszczać, a wręcz sugerować, iż wynikają one wyłącznie z nieprawidłowego leczenia, a więc bezspornego dowodu na istnienie błędów medycznych.

Niestety, niejednokrotnie nie uwypuklamy należycie powikłań leczenia. Zamieszczamy informacje o rodzaju wykonanej operacji, natomiast jedynie z okresu hospitalizacji oraz stosowanej terapii (liczba, rodzaj i siła działania stosowanych antybiotyków) możemy wysnuć wnioski, iż przebieg pooperacyjny powikłany był przebiegiem septycznym, czy też zakażeniem miejsca operowanego lub rany. Zamieszczanie informacji o powikłaniach, ich genezie, może uchronić nas przed żmudnym tłumaczeniem się, iż nie popełniono błędów w leczeniu i nie mamy woli ukrywania ich.

Innym poważnym uchybieniem, które może stanowić dla nas problem i nawet być podstawą do poniesienia odpowiedzialności zawodowej, karnej i cywilnej, jest zbyt skąpa informacja na temat zaleceń dotyczących dal-

**Rozporządzenie ministra zdrowia w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. 2015.2069 z dnia 2015.12.08)**

§ 24.

ust. 3. Karta informacyjna z leczenia szpitalnego zawiera dane, o których mowa w § 10 ust. 1 pkt 1–4, oraz:

- rozpoznanie choroby w języku polskim wraz z numerem statystycznym, o którym mowa w §7 ust. 1;
- wyniki badań diagnostycznych wraz z opisem oraz wyniki konsultacji;
- opis zastosowanego leczenia, a w przypadku wykonania zabiegu lub operacji – datę wykonania;
- wskazania dotyczące dalszego sposobu leczenia, żywienia, pielęgnowania lub trybu życia;
- orzeczoną przy wypisie okres czasowej niezdolności do pracy, a w miarę potrzeby ocenę zdolności do wykonywania dotychczasowego zatrudnienia;
- adnotacje o lekach wraz z dawkowaniem i wyrobach medycznych w ilościach odpowiadających ilościom na receptach wystawionych pacjentowi;
- terminy planowanych konsultacji, na które wystawiono skierowania.

szego postępowania medycznego po zakończonej hospitalizacji.

Jeżeli zalecenia nie są wpisane do karty wypisowej, pacjent zawsze będzie twierdził, iż zaleceń takowych nie otrzymał, a co za tym idzie – nie mógł się do nich zastosować. To może być źródłem naprawdę dużych kłopotów, szczególnie w sytuacjach, kiedy wymagana jest konsultacja specjalistyczna, kontynuacja leczenia w warunkach ambulatoryjnych, wykonanie badań kontrolnych, odebranie wyników badań, które będą dostępne w szpitalu już po wypisie. Niejednokrotnie po wypisaniu ze szpitala pacjent nie podejmuje żadnych działań, natomiast w przypadku pojawienia się powikłań odległych, progresji choroby lub rozwoju choroby (szczególnie nowotworowej) chętnie wraca do wypisu ze szpitala, analizując

otrzymane zalecenia. Stwierdzając brak ukierunkowania na prawidłowe postępowanie, czyni zarzut, iż było to przyczyną jego kłopotów.

Mam nadzieję, że w dobrze pojętym interesie, pomimo nadmiernej ilości obowiązków, szczególnie tych dotyczących sporządzania dokumentacji, które zostały na nas nałożone, poświęcimy więcej uwagi i czasu dokumentowi, który wręczamy w dniu wypisu pacjentowi, a który może obrócić się przeciwko nam jako główny dowód podnoszonych zarzutów.

*Dr n. med. Tadeusz URBAN*

*Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej  
Śląskiej Izby Lekarskiej*

(przedruk z „Pro Medico” nr 3/17)

WIZERUNEK W FOTOGRAFII

## CO NAM WOLNO, CZEGO NIE?

Podczas wielu lat pracy w Telewizji Polskiej w roli dziennikarza, wydawcy, redaktora prowadzącego, spotykałam się z bardzo „kreatywnym” podejściem do prawa autorskiego, często ze strony samych twórców. Obiegowe poglądy i przekonania prowadziły do wymyślonych zasad: wolno mi, bo...

Dostawaliśmy więc do emisji na antenie płyty dvd z nagraniem koncertu czy spektaklu – „*dał mi je sam autor, więc są moje*”, (nie są, jest jeszcze producent) materiały fotograficzne i filmowe ściągnięte z sieci „*przecież są w Internecie*” (mogą być dostępne z płatnościami), zarejestrowane fragmenty zdarzeń artystycznych – „*mamy prawo do cytatu*” (to dłuższa historia), zdjęcia różnych osób „*widziały, że je fotografuję*” (o tym szerzej w artykule) i tak dalej.

Temat jest obszerny, dlatego od strony praktyczno-medialnej skupię się wyłącznie na popularnej w środowisku lekarskim sztuce fotografii.

### Robimy zdjęcia na konkurs. Temat: człowiek

Wyprawa w plener czy miasto, polowanie na „ciekawy obiekt”... **Robienie zdjęć to nie to samo, co ich upublicznienie.** To, że ktoś nam pozuje lub wyraźnie daje przyzwolenie na fotografowanie, nie oznacza, że zgadza się na późniejszą publikację, tzw. **rozpowszechnianie wizerunku**. Samo wysłanie zdjęć na konkurs to obieg zamknięty, ale potem powstają wystawy, są relacje w mediach, na stronie internetowej. Nie traktujemy więc przedmiotowo „modeli”, usprawiedliwiając to wyższą, artystyczną wartością. Odpowiedzialność w przypadku roszczeń będzie po naszej stronie, nie organizatorów!

Coraz częściej konkursy fotograficzne mają w regulaminie klauzulę, (którą nie zawsze czytamy), przykładowo: „*Przekazanie prac konkursowych oznacza jednocześnie, że nie będą one zagrażały ani naruszały praw osób trzecich, w szczególności nie będą naruszały ich mająt-*

► kowych i osobistych praw autorskich, oraz że osoba **przekazująca prace konkursowe ma zgody osób, których wizerunki utrwalono na fotografiach** (...) W przypadku wystąpienia przez osobę trzecią z roszczeniami wynikającymi z tytułu naruszenia praw określonych powyżej **osoba przekazująca rekompensuje Organizatorowi, jako wyłącznie odpowiedzialna, koszty poniesione w związku ze skierowaniem przeciwko niemu roszczeń odszkodowawczych, zwalniając Organizatora od wszelkich zobowiązań, jakie powstaną z tego tytułu** ([http:// www.rck.rydultowy.pl](http://www.rck.rydultowy.pl))”.

Tak, jak sami pewnie nie chcielibyśmy być obiektem konkursowego, zrobionego na ulicy i znanego w całym kraju zdjęcia pt. Studium zmęczenia, tak niekoniecznie życzą sobie tego ludzie, których „łapiemy” w obiektywie.

### Nie zrobisz mi tego zdjęcia

Wódz plemienia w Amazonii woła do turysty:

- Nie, nie zrobisz mi tego zdjęcia!
- Rozumiem, boisz się, że mój aparat zabierze ci duszę?
- Nie zdjąłeś przykrywki z obiektywu...

Gwoli ścisłości: pełnej swobody w robieniu zdjęć innym nie ma, tak, jak nie ma wyraźnego zakazu. Lepiej, żeby autor zdjęć nie upierał się, że „pstrykać” mu wolno, jak chce i kiedy chce, bo nikomu tego nie pokaże. Samo robienie zdjęć mogłoby bowiem naruszać prywatność danej osoby, jej spokój psychiczny itp. Osoba fotografowana może zatem zakazać samego wykonania zdjęcia, także wtedy, gdy fotograf w ogóle nie planuje późniejszego rozpowszechniania. Obok prawa cywilnego (dobra osobiste), również prawo karne w pewnych przypadkach chroni przed natrączywym fotografowaniem, które może zostać uznane za stalking.

### Zezwolenie

Regulacja wizerunku w polskim prawie zawarta jest w dwóch aktach prawnych. To kodeks cywilny oraz ustawa o prawie autorskim i prawach pokrewnych. Kodeks cywilny zalicza wizerunek do **dóbr osobistych** i obejmuje go ochroną na zasadach ogólnych dotyczącą tych dóbr. Prawo autorskie uszczegóławia zasady rozpowszechniania wizerunku. Kluczowym przepisem jest art. 81 ustawy o prawie autorskim: ochronie podlega m. in. wizerunek osoby, a rozpowszechnianie tego wizerunku wymaga zezwolenia osoby na nim przedstawionej.

Są wyjątki od tej reguły. W braku wyraźnego zastrzeżenia **zezwolenie nie jest wymagane**, jeżeli osoba ta **otrzymała umówioną zapłatę za pozowanie**. Zezwolenia nie wymaga też rozpowszechnianie wizerunku:

- osoby powszechnie znanej, jeżeli wizerunek wykonano w związku z **pełnieniem przez nią funkcji publicznych**, w szczególności politycznych, społecznych, zawodowych.
- osoby stanowiącej jedynie **szczegół całości**, takiej jak zgromadzenie, krajobraz, publiczna impreza.

Ważne jest zwrócenie uwagi na element rozpoznawalności danej osoby, „wizerunek” w rozumieniu prawnym musi pozwalać na jej identyfikację wśród innych.

### Jak traktować ten „szczegół całości”?

Najlepiej z wyczuciem, bez filozofii Kalego. Sam powinienem liczyć się z tym, że skoro idę na sympozjum, konferencję, premierę, mogę znaleźć się w relacjach filmowych czy fotograficznych, ale niekoniecznie chcę być pokazywany w dużych zbliżeniach, z „wyraźną intencją” (o ile nie jestem tam w związku z pełnieniem funkcji publicznej i jako wykładowca, przedstawiciel instytucji, organizator, uczestnik dyskusji). Tak więc usprawiedliwienie: *ten człowiek był na imprezie publicznej, więc zrobiłem mu serię portretów*, może nie zostać przyjęte. Pamiętajmy: nawet jeśli osoba nie sprzeciwia się robieniu jej zdjęcia, ani wyraźnie nie sprzeciwia się jego publikacji, nie oznacza to, że wyraża zgodę na rozpowszechnianie w ten sposób swojego wizerunku.

### Zdjęcia dzieci

Związane są ze szczególną odpowiedzialnością. Nie tylko prawną, także etyczną. Osoba fizyczna, która nie ukończyła 13. roku życia nie ma zdolności do czynności prawnych, więc zezwolenie musi być udzielone przez rodzica albo opiekuna prawnego. Pełną zdolność do czynności prawnych nabywa się z chwilą uzyskania pełnoletności. Zgoda udzielona przez osobę, która nie ma tzw. czynności prawnych, jest nieważna.

### Co zawrzeć w zgodzie na rozpowszechnianie wizerunku?

Warto dla naszego bezpieczeństwa prawnego zadbać o szczegóły: zaznaczyć, jaka osoba rozpowszechnia wizerunek, czas i miejsce jego udostępnienia, ewentualnie jaki będzie towarzyszący komentarz, zestawienie z innymi wizerunkami, określenie nośnika i pól eksploatacyjnych, warunki wynagrodzenia lub jego brak.

### O co chodzi z tym „nośnikiem”? A z polem eksploatacyjnym?

Zgoda na rozpowszechnienie to pojęcie bardzo ogólne, bo publikuje się niemal wszędzie i w różnej technologii. To, że ktoś daje zgodę na publikację swego zdjęcia w gazecie, nie oznacza automatycznie, że również na billboardzie, w reklamie czy w spektaklu teatralnym. Jeden z teatrów przegrał proces sądowy, bowiem w tak modnych dziś projekcjach filmowych, na scenie wykorzystał ujęcia młodego człowieka w parku. Fotograf uzyskał jego zgodę, ale na umieszczenie zdjęcia w papierowej wersji programu spektaklu. Nie było mowy o innym nośniku ani nowym polu eksploatacji, jakim stała się projekcja. Zgoda na rejestrację w formie dvd i pokazanie fragmentów np. na konferencji, nie jest więc tożsama z publikacją tego samego materiału na stronie internetowej czy w telewizji.

zji, chyba, że takie zapisy znalazły się w umowach. Dlatego zawiera się w nich paragrafy wyraźnie określające, jaki nośnik będzie stosowany podczas upowszechniania wizerunku i w jakiej formie, konkretnie i gdzie (czyli, na jakim polu eksploatacji) to się odbędzie.

Beztroskie czasy publikacji bez konsekwencji już minęły. Sama pamiętam liczne ekipy telewizyjne, które jechały na rynek miasta, by nakręcić „przebitki” pod komentarz lektora na najróżniejszy temat. W ten sposób mój

sąsiad chwalił się – mając na myśli swoją twarz i wdzięczną postać, wiele razy eksploatowaną w wiadomościach – „byłem już pod podwyżki gazu, rozwody, wzrost przepiętności i wyjazdy wakacyjne!”. Dziś by tak już nie powiedział, tylko od razu popędził do prawnika.

Grażyna OGRODOWSKA  
konsultacja prawna Katarzyna Różycka

(przedruk z „Pro Medico” nr 11/16)

## OGŁOSZENIA



Podsumowanie nowych kierunków rozwoju reumatologii w świetle doniesień z kongresów EULAR w Madrycie oraz ACR w San Diego – to czeka uczestników **VI konferencji POST EULAR&ACR**. Ta ciesząca się od lat niezmiennym powodzeniem konferencja, skierowana nie tylko dla reumatologów, odbędzie się 1–2 grudnia 2017 r. w Poznaniu. **UWAGA: Do 31 sierpnia obowiązują niższe opłaty!**

**Termin:** 1–2 grudnia 2017 r.

**Miejsce:** IBB Andersia Hotel, pl. Andersa 3, Poznań

**Przewodniczący Komitetu Naukowego:** prof. dr hab. Włodzimierz Samborski

**Partnerstwo merytoryczne i nadzór naukowy:** Klinika Reumatologii i Rehabilitacji Ortopedyczno-Rehabilitacyjnego Szpitala Klinicznego im. Wiktora Degi Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu oraz Oddział Poznański Polskiego Towarzystwa Reumatologicznego

**Organizator:** Wydawnictwo Termedia

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

\*\*\*

Szanowni Państwo,

Hospicjum im. ks. E. Dutkiewicza SAC w Gdańsku organizuje od 8 do 9 września 2017 r. **III ogólnopolską konferencję o tematyce onkologiczno-paliatywnej**. Wykłady i warsztaty wszechstronnie poruszają aspekty interdyscyplinarnej opieki nad osobami u kresu życia, obejmą problematykę medyczną, jak również zagadnienia związane z pomocą psychologiczną, duchową i socjalną. Swoimi doświadczeniami i refleksjami podzielił się również wykładowcy spoza Polski.

Chciałabym w imieniu organizatorów serdecznie zaprosić wszystkich Państwa do udziału w konferencji. Informacje szczegółowe oraz dotyczące rejestracji znajdują się na stronie: <http://www.konferencja-dutkiewicza.pl/>

### KURSY Z MEDYCYNY RODZINNEJ DLA POZ

**Lekarze posiadający specjalizację I stopnia w dziedzinie medycyny ogólnej lub posiadający specjalizację I lub II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie chorób wewnętrznych lub posiadający specjalizację I lub II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie pediatrii, którzy udzielają świadczeń zdrowotnych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z NFZ albo którzy są zatrudnieni lub wykonują zawód u świadczeniodawcy, z którym NFZ zawarł umowę o udzielanie takich świadczeń, są obowiązani w okresie 3 lat od dnia rozpoczęcia udzielania świadczeń zdrowotnych w podstawowej opiece zdrowotnej ukończyć KURS W DZIEDZINIE MEDYCYNY RODZINNEJ organizowany przez Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego.**

Wymóg ten wynika z art. 55 ust. 2a i 2 b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Zgodnie z ustawą koszty kursu pokrywa lekarz lub jednostka, z którą lekarz zawarł umowę o udzielanie świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej.

Kursy takie zostały zaplanowane w tym roku w dwóch terminach.

Osoby zainteresowane udziałem w kursach prosimy o korzystanie z elektronicznego formularza zgłoszeniowego dostępnego na stronie <http://www.cmkp.edu.pl/kursy-z-medycyny-rodzinnej-dla-poz/>

\*\*\*

Serdecznie zapraszamy na kurs dla lekarzy pt. **CZUJNOŚĆ ONKOLOGICZNA W PRAKTYCE – ogólnopolski cykl kursów doskonalących w zakresie profilaktyki i wczesnego wykrywania nowotworów oraz leczenia powikłań i bólu u pacjentów onkologicznych.**

Terminy kursu w 2017 (jeden termin do wyboru):

23–24.IX.17

14–15.X.17

18–19.XI.17  
25–26.XI.17  
2–3.XII.17

Dzięki uczestnictwu w kursie zdobędziecie Państwo wiedzę oraz praktyczne umiejętności dotyczące prowadzenia chorych na nowotwory po zakończeniu leczenia w ośrodkach onkologicznych w zakresie powikłań po leczeniu przeciwnowotworowym, leczenia przeciwbólowego oraz skutecznego prowadzenia prewencji pierwotnej u zdrowych osób narażonych na czynniki ryzyka chorób nowotworowych.

W trakcie kursu poznają Państwo m.in.

- zasady diagnostyki w kierunku odległych powikłań po leczeniu przeciwnowotworowym,
- przebieg „linii demarkacyjnej” pomiędzy zakresem kompetencji onkologa a lekarza POZ,
- wytyczne w zakresie leczenia ambulatoryjnego chorych z wybranymi powikłaniami terapii przeciwnowotworowej (radio i chemioterapii, leczenia operacyjnego),
- powikłania choroby nowotworowej,
- standardy diagnostyki w bólach nowotworowych, zasady postępowania przeciwbólowego – jak rozpocząć i prowadzić leczenie silnymi opioidami, rozpoznawanie bólu neuropatycznego i przebijającego.

Oprócz wiedzy teoretycznej nabędą Państwo również praktycznych umiejętności, między innymi w zakresie:

- posługiwania się dermatoskopem,
- pobierania i zabezpieczania materiału biologicznego do badania genetycznego w kierunku nowotworów,
- prowadzenia chorych na nowotwory w ostatnim stadium choroby z zaburzeniami przyjmowania pokarmów i płynów,
- rozróżniania bólu przebijającego od tzw. bólu końca dawki,
- korzystania z dostępnych on-line modeli predykcji indywidualnego ryzyka zachorowania na raka,
- rozpoznawania i postępowania w powikłaniach radioterapii,
- ścieżki decyzyjnej dotyczącej postępowania w przypadku odległych powikłań po leczeniu onkologicznym.

Serdecznie zapraszamy!

**Prof. dr hab. Maciej Krzakowski**

Konsultant krajowy w dziedzinie Onkologii Klinicznej,  
Kierownik Kliniki Nowotworów Płuca i Klatki Piersiowej  
Centrum Onkologii – Instytutu im. M. Skłodowskiej-Curie  
w Warszawie.

**Prof. dr hab. Jarosław Reguła**

Konsultant krajowy w dziedzinie Gastroenterologii  
Kierownik Kliniki Gastroenterologii onkologicznej  
Centrum Onkologii – Instytutu im. M. Skłodowskiej-Curie  
w Warszawie

**Dr n.med. Joanna Didkowska**

Kierownik Zakładu Epidemiologii i Prewencji Nowotworów  
Centrum Onkologii – Instytutu im. M. Skłodowskiej-Curie  
w Warszawie

**I ETAP:** Kurs rozpoczyna się w 2017 r weekendowym (dwudniowym) zjazdem w Warszawie, podczas którego w czasie wykładów zostanie Państwu przekazana wiedza teoretyczna. Wykłady prowadzone będą przez specjalistów z Centrum Onkologii-Instytutu im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie.

**II ETAP:** Następnym etapem będą praktyczne warsztaty prowadzone w 15 osobowych grupach, które odbędą się w Państwa regionach w 2018 r.

**III ETAP:** Trzecim etapem będzie tzw. e-learning. Kurs zakończy się egzaminem, który będzie dostępny dla Państwa na platformie internetowej projektu.

Po ukończeniu cyklu kursów otrzymają Państwo dwa certyfikaty – ukończenia kursu oraz ukończenia kursu leczenia zespołu uzależnienia od tytoniu, który stanowi warunek kontraktowania takiego leczenia z NFZ.

Wszystkim uczestnikom kursu zostaną przyznane 32 punkty edukacyjne.

Kurs przeznaczony jest dla lekarzy wszystkich specjalizacji za wyjątkiem onkologii. Udział w kursach jest bezpłatny. Jeśli mieszkają Państwo w odległości powyżej 50 km od miejsca spotkania zostanie Państwu zwrócony koszt podróży oraz zapewniony zostanie nocleg. W trakcie kursu otrzymają Państwo również wyżywienie. Chęć udziału w kursie prosimy zgłaszać na adres: magdalena.cedzyska@coi.pl . Liczba miejsc jest ograniczona.

## PROGRAM KURSU:

- Rozpowszechnienie nowotworów w Polsce.
- Prewencja pierwotna nowotworów. Jak pomóc pacjentowi zmniejszyć ryzyko zachorowania na nowotwór?
- Nadzór onkologiczny u pacjentów z dziedziczną predyspozycją do raka. Rola badania genetycznego w identyfikacji predyspozycji do nowotworów.
- Wczesne wykrywanie:
- Badania przesiewowe
- Wczesne wykrywanie nowotworów skóry i czerniaków
- „Czułość onkologiczna” – ogólne zasady postępowania diagnostycznego w praktyce lekarza POZ
- Postępowanie z pacjentem z powikłaniami po leczeniu onkologicznym
- Powikłania po chemioterapii
- Powikłania po radioterapii
- Powikłania po leczeniu chirurgicznym
- Postępowanie w przypadku powikłań nowotworu.
- Leczenie przeciwbólowe pacjenta onkologicznego w praktyce lekarza podstawowej opieki zdrowotnej.
- Aspekty prawne i organizacyjne – zakres możliwości postępowania lekarza POZ.

• Edra Urban & Partner Sp. z o.o. • 50-011 Wrocław, ul. Kościuszki 29

• Zamówienia: [ksiegarnia@edraurban.pl](mailto:ksiegarnia@edraurban.pl) • tel.: 42/680-44-09, fax: 42/680-44-86



## **Zwyrodnienie plamki żółtej związane z wiekiem**

E.P. Jablon, D.V. Alfaro, J.B. Kerrison, K.A. Sharpe, M. Rodriguez Fontal; wyd. II, red. M. Misiuk-Hojło; rok wydania: 2017; ISBN: 978-83-65625-66-3, format: 210 x 280, opr. twarda, 336 stron, cena: 162.00 zł (360 EUP pkt)

Publikacja Dr. Virgila Alfaro i jego współpracowników z Retina Consultants of Charleston dostarcza kompleksowej wiedzy na temat patofizjologii, rozpoznawania i leczenia zwyrodnienia plamki żółtej związanego z wiekiem.

Autorzy uwzględnili w niej najnowsze osiągnięcia z zakresu profilaktyki, klasyfikacji i nowoczesnych metod obrazowania, które będą miały wpływ na poprawę opieki nad pacjentem.

Zrozumienie kluczowych aspektów zwyrodnienia plamki żółtej związanego z wiekiem ułatwiają bardzo liczne, wysokiej jakości ilustracje i przykłady badań obrazowych.

\*\*\*

## **Mianownictwo anatomiczne polsko-angielsko-łacińskie**

J.H. Spodnik; rok wydania: 2017; ISBN: 978-83-65625-53-3, format: 214 x 148,

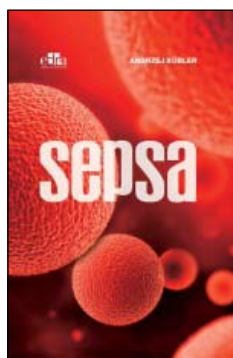
opr. broszurowa, 337 stron, cena: 43.20 zł (96 EUP pkt).



W publikacji:

- wyczerpująca i najbardziej aktualna lista polskich, angielskich i łacińskich mian anatomicznych z uwzględnieniem zmian wprowadzonych przez Terminologia Anatomica (TA98);
- topograficzne uszeregowanie haseł według układów, a następnie okolic ciała
- wygodny układ treści pomocny w nauce i powtórce

\*\*\*



## **Sepsa**

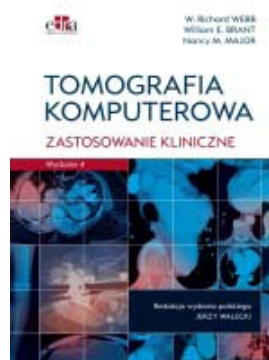
A. Kübler; rok wydania: 2017; ISBN: 978-83-65835-07-9, format: 140 x 210, opr. twarda, 134 strony, cena: 62.10 zł (138 EUP pkt).

Świadomość zagrożenia sepsą jest ciągle bardzo niska nie tylko w społeczeństwie ale i wśród lekarzy i innych pracowników opieki zdrowotnej. Może ten podręcznik okazać się przydatny dla pobudzenia zainteresowa-

nia tym niezwykle istotnym działem medycyny? Ponadto zawsze pozostają moi młodszy współpracownicy, przyjaciele i uczniowie, ich wiedza i entuzjazm. Poniosą oni dalej hasło „Pokonać sepsę” jako kaganek medycznej oświaty na dalsze lata XXI wieku.

Andrzej Kübler, maj 2017

\*\*\*



## **Tomografia komputerowa. Zastosowanie kliniczne**

W.R. Webb, W.E. Brant, N.M. Major; wyd. IV (wydanie II polskie), red. J. Walecki; 400 stron; rok wydania: 2017; ISBN: 978-83-65625-63-2, format: 185 x 260, opr. broszurowa, cena: 125.10 zł (278 EUP pkt).

Tytuł oryginału: *Fundamentals of Body CT*. Publikację wydano na podstawie umowy z Elsevier.

Tomografia komputerowa to niezbędny podręcznik dla rezydentów radiologii oraz lekarzy specjalistów w tej dziedzinie. Obecne wydanie, gruntownie poprawione i skrupulatnie zaktualizowane, obejmuje najnowsze zagadnienia dotyczące tomografii komputerowej, w tym zastosowanie tomografii wielorzędowej w dia-

gnostyce zaburzeń w obrębie klatki piersiowej, jamy brzusznej i układu mięśniowo-szkieletowego, a także rolę tomografii 3D i angiografii TK w praktyce klinicznej. Książka zawiera wszystkie informacje niezbędne do skutecznego wykonywania i interpretowania tomografii komputerowej.

Dzięki tej książce:

- Zdobędziesz najnowsze informacje niezbędne do skutecznej interpretacji obrazów TK oraz poznasz najistotniejsze zasady ustalania prawidłowego rozpoznania.

- Dowiesz się, jak szczegółowo anatomiczne poszczególnych obszarów ciała przedstawiają się w obrazowaniu TK.

- Zwięzły, ale wyczerpujący format pozwoli ci szybko poznać podstawowe kroki procesu wykonywania i odczytywania skanów TK.

- Porównasz uzyskane obrazy z przedstawionymi skanami TK dotyczącymi najczęstszych jednostek chorobowych, pomocnymi w diagnostyce różnicowej.

- Poznasz najnowsze wskazania i reguły dotyczące tomografii 64-rzędowej i dwuźródłowej.

W nowym wydaniu: aktualizacje zaleceń klinicznych wynikających z najnowszych zmian w praktycznym zastosowaniu obrazowania TK, w tym dotyczących diagnostyki i leczenia nowotworów płuc, zespołów parano-wotworowych i zespołu żyły głównej górnej, a także reakcji na kontrast oraz biopsji igłowej pod kontrolą TK.

## terMedia

**Bądź na bieżąco! Zamów newsletter i zdobądź bezpłatny dostęp do najnowszych informacji medycznych!**

Cyklicznie wysyłamy newslettery zawierające wywiady z ekspertami, najnowsze doniesienia naukowe, aktualne informacje z zakresu ochrony zdrowia. Newslettery są przeglądem najważniejszych informacji z portali Wydawnictwa Termedia - mają sprecyzowany profil tematyczny, opracowywane są przez zespoły fachowców na podstawie międzynarodowych czasopism specjalistycznych, skierowane do określonych grup odbiorców:

[www.edermatologia.pl](http://www.edermatologia.pl) - portal zawierający najbardziej aktualne doniesienia z dziedziny dermatologii. Łuszczyca, czerniak, trądzik, atopowe zapalenie skóry, grzybica, łupież i łojotokowe zapalenie skóry, choroby pęcherzowe, dermatologia estetyczna i kosmetologia, chirurgia dermatologiczna, dermatologia dziecięca - to wybrane kategorie dostępne w portalu.

[www.eonkologia.pl](http://www.eonkologia.pl) - portal dla onkologów zawierający najnowsze doniesienia światowe i krajowe. W serwisie dostępna jest również wyszukiwarka badań klinicznych dotyczących chorób nowotworowych obejmująca wszystkie nowotwory, nad którymi prowadzone są badania w Polsce.

[www.egastroenterologia.pl](http://www.egastroenterologia.pl) - największy w Polsce serwis internetowy dla gastroenterologów, skierowany do lekarzy specjalistów i pracowników ochrony zdrowia.

[www.ereumatologia.pl](http://www.ereumatologia.pl) - portal poświęcony tematyce reumatologicznej i ortopedycznej. W serwisie codziennie: najnowsze doniesienia naukowe, aktualności z rynku farmaceutycznego, wydarzenia i książki dla reumatologów, wyszukiwarka leków refundowanych.

[www.epulmonologia.pl](http://www.epulmonologia.pl) - serwis zawierający głównie informacje dotyczące chorób płuc a także zagadnienia z dziedziny alergologii.

**LekarzPOZ** - serwis zawierający aktualne wytyczne postępowania w diagnostyce i terapii różnych schorzeń, a także opisy przypadków, wywiady i artykuły pisane przez praktyków dotyczące najczęstszych problemów codziennej praktyki lekarskiej w POZ

### NEWSLETTER TOP10

Codziennie do ponad 60 tys. odbiorców wysyłamy Newsletter Menedżera Zdrowia - TOP10 zawierający przegląd najważniejszych wiadomości sektora medycznego ukazujących się na portalach: „Menedżera Zdrowia” oraz [www.termedia.pl](http://www.termedia.pl)

Zapisz się do odbiorców tematycznych newsletterów Termedii: [www.termedia.pl](http://www.termedia.pl), [szkolenia@termedia.pl](mailto:szkolenia@termedia.pl), tel./faks +48 61 656 22 00

\*\*\*

SP ZOZ w Kędzierzynie-Koźlu zatrudni lekarzy:

- specjalistów w zakresie chirurgii ogólnej, lekarzy w trakcie specjalizacji oraz chcących się specjalizować w zakresie chirurgii ogólnej,
- specjalistów w zakresie okulistyki oraz lekarzy chcących się specjalizować w zakresie okulistyki,
- specjalistów w zakresie urologii oraz lekarzy chcących się specjalizować w zakresie urologii
- specjalistów w zakresie ortopedii i traumatologii narządów ruchu, lekarzy w trakcie specjalizacji oraz chcących się specjalizować w zakresie ortopedii i traumatologii narządów ruchu

Kontakt: Kierownik Działu Spraw Pracowniczych tel.: 77 4062 555; Kierownik Oddziału Chirurgii tel.: 508-842-307; Kierownik Oddziału Okulistyki: tel.: 77 4062 495; Kierownik Oddziału Urologii: tel.: 77 4062 503; Kierownik Oddziału Urazowo-Ortopedycznego: 77 4062 415

\*\*\*

**Studio dentystyczne „Artdentica” w Opolu** poszukuje do współpracy **lekarza dentysty**, warunki do uzgodnienia. E-mail: [studio@artdentica.opole.pl](mailto:studio@artdentica.opole.pl), tel. 77/40-21-820 lub 600-887-989.

\*\*\*

### Młody i Ambitny stomatolog, Jelenia Góra

Klinika Supradent w Jeleniej Górze zatrudni młodego i ambitnego lekarza stomatologa. Oferujemy: wsparcie merytoryczne i finansowe w rozwoju zawodowym, dedykowaną asystentkę, pracę na cztery ręce, najlepsze materiały, bardzo dobre warunki finansowe. Tylko prywatni pacjenci - [praca@supradent.com.pl](mailto:praca@supradent.com.pl); tel. 667-751-989.

\*\*\*

Sprzedam udziały w POZ na Opolszczyźnie. Kontrakt z NFZ. Cena 577.000 zł. Tel 601-241-829.

## OPOLSKA IZBA LEKARSKA

**Biuro:** tel. 77/454-59-39, fax 77/454-67-09, [opole@hipokrates.org](mailto:opole@hipokrates.org)  
czynne: poniedziałek, wtorek, czwartek 7:30 – 15:30; środa 7:30 – 16:00; piątek 7:30 – 15:00

**Rejestr Lekarzy:** [opole.rejestr@hipokrates.org](mailto:opole.rejestr@hipokrates.org)

**Praktyki Prywatne:** [opole.praktyki@hipokrates.org](mailto:opole.praktyki@hipokrates.org)

**Składki:** [opole.skladki@hipokrates.org](mailto:opole.skladki@hipokrates.org)

**Administracja Biura Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej:** tel. 77/453-75-72;  
[opole.rzecznik@hipokrates.org](mailto:opole.rzecznik@hipokrates.org)

**Administracja Biura Okręgowego Sądu Lekarskiego:** tel. 77/454-85-75; [opole.sad@hipokrates.org](mailto:opole.sad@hipokrates.org)

## BIULETYN INFORMACYJNY OPOLSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

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

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

ŁAMANIE i DRUK: Wydawnictwo i Drukarnia Świętego Krzyża w Opolu, ul. Katedralna 8A

NAKŁAD: 2800 egz. ISSN 1426-661X