



Nr 10/2015 (303) październik 2015

MEDIUM

ISSN 1425-9397

Gazeta Dolnośląskiej Izby Lekarskiej



SZCZEPIENIA OCHRONNE

fakty i mity s.4-14



TOYOTA

WAŁBRZYCH
&
BIELANY WROCŁAWSKIE

Toyota Auris /kompakt i kombi/ z trzema napędami do wyboru

Silnik benzynowy, diesla, czy napęd hybrydowy – w niewielu samochodach sprzedawanych w Polsce jest dostępna tak duża różnorodność napędowa. Jednym z nielicznych wyjątków jest Toyota Auris, czyli pierwszy samochód kompaktowy, wykorzystujący trzy rodzaje jednostek napędowych. Wersja po liftingu trafiła w lipcu do salonów z jeszcze bogatszą gamą silników.

SILNIKI BENZYNOWE I WYSOKOPRĘŻNE

Zupełną nowością w ofercie Aurisa jest **czterocylindrowa jednostka benzynowa z turbodoładaniem**. Dzięki turbosprężarce, z pojemności skokowej **1.2l** osiąga aż **116 KM** mocy i prędkość maksymalną 200 km/h. Aurisowi z nowym silnikiem wystarczy 10,1 s, by rozpędzić się do 100 km/h. Świetne osiągi idą w parze z niewielkim zapotrzebowaniem na paliwo – wystarczy tylko 4.6 l/100 km. Wszystko za sprawą najbardziej innowacyjnej konstrukcji tej jednostki, którą od podstaw opracowali inżynierowie Toyoty w Japonii. Gwarantuje to bezproblemową eksploatację przez lata.

Jeżeli jednak ktoś preferuje silniki bez turbiny, może wybierać między równie dynamiczną jednostką 1.6, a mniejszą i oszczędniejszą 1.33 – obie skonstruowane w technologii Valvematic. Przy okazji modernizacji modelu, silniki 1.6i i 1.33 zostały udoskonalone, dzięki czemu spełniają wyśrubowaną normę emisji spalin Euro 6.

Zwolenników diesla ucieszą na pewno dwie nowe jednostki wysokoprężne – bardziej oszczędne od poprzedników, charakteryzują się wysoką kulturą pracy i większą trwałością. Z tego powodu rzadziej muszą podlegać przeglądowi. Mocniejszy 1.6 D-4D, rozwijający 112 KM, przyspiesza do setki w 10,5 s. **Niewielkie zużycie paliwa** zawdzięcza m.in. systemowi **Start-Stop**. Jeszcze lepiej pod względem oszczędności wypadają silniki 1.4 D-4D, który zużywa poniżej 4 l/100 km.

NAPĘD HYBRYDOWY

Na szczycie drabiny napędowej Aurisa stoi **HYBRYDA**, czyli połączenie silnika benzynowego z elektrycznym. Jest nie tylko najbardziej wyrafinowanym systemem pod maską pojazdu, ale także najbardziej oszczędnym i – jak wynika z raportów jakości – absolutnie bezproblemowym w eksploatacji. Nieprzypadkowo samochody hybrydowe Toyoty zajmują najwyższe miejsca w rankingach niezawodności. W konstrukcji tego napędu nie ma części potencjalnie awaryjnych, takich jak tradycyjne sprzęgło, alternator, filtry DPF itp. Z punktu widzenia kierowcy, zasadę działania hybrydy można ująć w jednym zdaniu – im więcej hamujesz, tym więcej oszczędzasz. Zupełnie odwrotnie niż w zwykłym samochodzie. Dlatego najwięcej oszczędności przynosi jazda hybrydą po mieście. Czerwone światło co 2 minuty, korki, przejścia dla pieszych – skąd my to znamy? Dla zwykłego samochodu benzynowego może to oznaczać życie nawet kilkunastu litrów paliwa na każde 100 km, dla diesla (obok większego spalania) także ciągłe awarie filtra cząstek stałych i innych części. Hybryda tylko korzysta na czystym hamowaniu, a wraz z nią – portfel kierowcy.

Napęd hybrydowy składa się z niewysilonego silnika benzynowego oraz silnika elektrycznego, który zastępuje lub wspiera jednostkę benzynową podczas ruszania, przyspieszania i jazdy z niewielką prędkością. Dzięki temu mniej się zużywa silnik spaliny.



Silnik elektryczny czerpie energię z zestawu baterii niklowo-metalowo-wodorkowych, sprawdzonych i trwałych. Oryginalnych baterii używają jeszcze wiele najstarszych Priusów z końca lat 90.

Silnik elektryczny ma wiele zalet. Jest prosty w budowie i bezawaryjny, bo nie ma w nim żadnych ruchomych części. Dzięki niemu **auto pracuje bardzo cicho i płynnie**. Komfort kierowcy zwiększa automatyczna przekładnia, montowana w każdej hybrydzie. **Auris z napędem hybrydowym** to najmocniejsza, a zarazem najoszczędniejsza wersja tego modelu. 136 KM mocy pozwala rozpędzić się do setki w 10,9 s. Samochód zużywa **3,5 l benzyny na 100 km w cyklu mieszanym i emituje tylko 79 g CO2 na km**, dzięki czemu spełnia najnowszą normę Euro 6. **Napęd hybrydowy** nie emituje także cząstek stałych i NOx. Kierowcy mogą wybrać pomiędzy oszczędnym trybem **Eco**, który sprzyja płynnej jeździe oraz dynamicznym trybem **Power**, w którym można w pełni wykorzystać podwójną moc silników.

Jeszcze więcej korzyści

Korzyści z wyboru hybrydy nie kończą się na niskim zużyciu paliwa i bezawaryjności. W Polsce nie mamy jeszcze ogólnokrajowych ulg czy dopłat, jednak jeżdżący hybrydami mieszkańcy 15 miast mogą liczyć na zauważalne wsparcie swoich samorządów. Obowiązuje ich bowiem zerowa lub znacznie obniżona stawka abonamentu za parkowanie. Można dzięki temu zaoszczędzić od 540 zł do aż 6000 zł rocznie. Ponadto, tak jak na Zachodzie, w niektórych miastach hybrydy mogą wjeżdżać do strefy dla pojazdów uprzywilejowanych. Miejmy nadzieję, że także władze pozostałych polskich miast zauważą korzyści płynące z wspierania kierowców, którzy przyczyniają się do zmniejszenia zanieczyszczenia powietrza swojej okolicy.



SPIS TREŚCI

SZCZEPHENIA OCHRONNE – FAKTY I MITY:

- » Pouczające doświadczenia. Dlaczego należy się szczepić? 4
- » Skuteczność szczepień i zagrożenia z nimi związane 6
- » Etyczne aspekty szczepień obowiązkowych 9
- » Czy można prawnie wyegzekwować obowiązek szczepień ochronnych? 11

ETAT CZY KONTRAKT?:

- » Odpowiedzialność prawna „etatowca” i „kontraktowca” 15

PUŁAPKI CODZIENNEJ PRAKTYKI LEKARSKIEJ:

- » Dlaczego rozpoznanie cukrzycy typu 1 u dziecka stwarza problem? 18

WSPÓŁPRACA TRANSGRANICZNA:

- » Ratownictwo medyczne na pograniczu polsko-niemieckim 21

SYSTEM OCHRONY ZDROWIA POD LUPĄ:

- » Zanim podejmiemy do urny wyborczej 25

WYWIAD „MEDIUM”:

- » Być lekarzem, być lekarzem... 27

WYDARZYŁO SIĘ:

- » Konferencja „Prawa lekarza” za nami 29
- » Dolnośląska rodzina lekarska coraz większa! 30
- » Niemożliwe, a jednak!
Huczne otwarcie Przylądka Nadziei 31
- » Na kontrakcie szpitalnym w Libii...
Książka godna polecenia! 31
- » Kameralnie, ale fajnie! 32
- » Ruszył Nowy Szpital Wojewódzki na Stabłowicach 32
- Prawo na co dzień 33
- Zjazdy absolwentów AM we Wrocławiu 35
- Uchwały Prezydium DRL i DRL 36
- Konferencje i szkolenia 37
- Konferencje i szkolenia stomatologiczne 38
- Felietony 41
- Z pamiętnika etyka 41
- WSPOMNIENIE POŚMIERTNE:**
- » prof. Noemi Wigdorowicz-Makowerowa 42
- Pro memoria 44
- Ogłoszenia i komunikaty 45
- Ogłoszenia drobne 46

Komentarz aktualny



Fot. z archiwum „Medium”

Dwa ostatnie miesiące studenckich wakacji obfitowały w ważne wydarzenia dla medycznego świata Dolnego Śląska.

18 sierpnia, w słoneczny wtorek, ostatni raz spotkali się byli i obecni pracownicy dawnego Okręgowego Szpitala Kolejowego we Wrocławiu, którzy w ciągu 45 lat działalności w jego murach dojrzewali, kształcili się, bawili i przede wszystkim ratowali ludzkie życie. Spotkanie było niezwykle emocjonujące, bo wielu z nas nie widziało się od lat, a do tego to przecież właśnie w tych murach zostawiliśmy naszą młodość. Msza celebrowana przez wieloletniego kapelana, rozmowy i wspomnienia przy suto zastawionych stołach sali konferencyjnej oraz wspólne zdjęcie ostatecznie zamknęły 45-letnią historię Okręgowego Szpitala Kolejowego po to, by po kilku dniach rozpocząć wspólnie z koleżankami i kolegami ze Szpitala im. Tadeusza Marciniaka z lokalizacji na ul. Traugutta nowe dzieje najnowocześniejszej na Dolnym Śląsku, a może i w kraju, placówki na wrocławskich Stabłowicach. Pozostaje jedynie życzyć koleżankom i kolegom zagospodarowującym nowy szpital wytrwałości, optymizmu i powodzenia w nowym miejscu pracy.

Kilka dni później zaproszeni goście mieli okazję podziwiać oficjalnie Przylądek Nadziei, nowo wybudowany obiekt na tyłach Akademickiego Szpitala Klinicznego przy ul. Borowskiej, w którym w komfortowych warunkach będą leczone dzieci z Katedry i Kliniki Transplantacji Szpiku, Onkologii i Hematologii Dziecięcej mieszczącej się dotychczas przy ul. Bujwida. Otwarcie odbyło się z prawdziwą pompą, w obecności wielu oficjeli i przede wszystkim przyjaciół oraz donatorów projektu, do których zalicza się piszący te słowa, aktywny uczestnik koncertów charytatywnych organizowanych na rzecz Przylądka Nadziei. Miałem okazję występować podczas tych koncertów w składzie zespołów „Sygit Band” i „Tercet Egzotyczny”. Teraz etap najtrudniejszy: przeniesienie działalności do nowego obiektu, zdobycie odpowiedniego kontraktu i pełny rozruch kolejnej nowej placówki działającej na rzecz całego regionu.

8 września z inicjatywy rektora wrocławskiego Uniwersytetu Medycznego gościliśmy w siedzibie DIL prezydenta Niemieckiej Izby Dentystycznej. Spotkanie miało charakter kurtuazyjny przy okazji wizyty w naszym mieście, ale jak zwykle w takich sytuacjach udało się wymienić opiniami i obserwacjami na temat funkcjonowania naszych korporacji w Polsce i w Niemczech. Warto zwrócić uwagę, że w Niemczech, inaczej niż u nas, izba lekarska i dentystyczna funkcjonują oddzielnie. Po spotkaniu pozostało uczucie zazdrości o kompetencje i zakres działań Niemieckiej Izby Dentystycznej, która jest instytucją reprezentującą środowisko stomatologiczne przed płatnikami i kontroluje całe kształcenie medyczne. Jest do czego dążyć.

Jednak najsympatyczniejszym momentem w ostatnim czasie i zarazem najważniejszym dla naszej korporacji było powitanie nowych koleżanek i kolegów, którzy pozytywnie przeszli przez proces medycznej edukacji. Stosowne uroczystości odbyły się we wtorek i środę, 15 i 16 września w siedzibie DIL przy ul. Kazimierza Wielkiego 45, a młodzi lekarze wraz z ograniczonymi prawami wykonywania zawodu otrzymali w obecności najwyższych władz naszej Alma Mater oraz Dolnośląskiej Rady Lekarskiej także korporacyjne znaczki, Kodeks etyki lekarskiej i pierwszą, ufundowaną wspólnie przez firmę Inter Polska i Dolnośląską Radę Lekarską polisę ubezpieczeniową. Fotorelacja w „Medium” (vide s. 30).

I na koniec ważna inicjatywa naszej zaprzyjaźnionej korporacji pielęgniarek i położnych. Prowadzona przez samorząd pielęgniarski kampania „Ostatni dyżur”, mająca na celu uświadomienie społeczeństwu i decydentom narastającego problemu braku tej niezwykle istotnej dla powodzenia procesu leczenia kadry medycznej, dotarła na Dolny Śląsk. 21 września w sali konferencyjnej im. L. Kuczyńskiego „Nowej Farmacji” przy ul. Borowskiej odbyła się specjalna konferencja, na której w obecności zaproszonych gości i mediów przedstawiono aktualną sytuację w pielęgniarstwie polskim i dolnośląskim. Wszyscy mamy okazję włączyć się w tę akcję popierającą naszych najważniejszych partnerów w procesie leczniczym, podpisując się pod symboliczną receptą z przepisem na uzdrowienie sytuacji środowiska pielęgniarskiego w Polsce na stronie: <https://www.ostatnidyzur.pl>.

Zachęcam do tego gorąco i życzę mądrych skreśleń w nadchodzących wyborach parlamentarnych!

Wydawca: Dolnośląska Izba Lekarska, 50-077 Wrocław, ul. Kazimierza Wielkiego 45, tel. 798 80 50, fax 798 80 51, redakcja: 798 80 80, e-mail: redakcja@dilnet.wroc.pl Plus Bank: 25 1680 1235 0000 3000 2153 4508

Józef Lula – redaktor naczelny

Magdalena Janiszewska – redaktor/korekta/oprac. graf./reklama

Wiktor Wołodkiewicz – skład i łamanie

Tomasz Janiszewski – projekt okładki

(źródło grafiki wykorzystanej na okładce: http://www.flickr.com/photos/5116262408_3c0beab678_b/Daniel Paquet)

Kolegium redakcyjne:

Andrzej Wojnar – przewodniczący, Alicja Marczyk-Felba,

Andrzej Kierzek, Krzysztof Wroniecki, Paweł Wróblewski

Redakcja nie odpowiada za treść ogłoszeń, reklam. Nie zwraca materiałów niezamówionych, zastrzega sobie prawo do skracania i adiustacji tekstów, opracowania redakcyjnego oraz zmian w tytułach.

Numer zamknięto 23 września 2015 r.

Druk: Zakłady Poligraficzne GREG, ul. Poezji 19, 44-113 Gliwice, tel. 32 234 08 36, fax 32 234 12 70



Fot. z archiwum autora



Prof. Zbigniew Rudkowski

Kierownik Kliniki Chorób Zakaźnych Wiek Dziecięcego AM we Wrocławiu w latach 1971-1988, dyrektor Instytutu Pediatrii AM we Wrocławiu w latach 1973-1981, odbył staże kliniczno-naukowe w klinikach uniwersyteckich w Bordeaux, Rzymie, Nowarze, Monachium, Hawanie oraz w Montrealu. W roku 1998 przeszedł na emeryturę. W latach 1989-1998 pracował w Katedrze i Zakładzie Medycyny Rodzinnej AM we Wrocławiu. Od 2004 r. jest zatrudniony jako profesor konsultant w Instytucie Medycyny Pracy i Zdrowia Środowiskowego w Sosnowcu. W latach 2006-2007 był krajowym koordynatorem europejskiego Programu WHO/CEHAPE zdrowia środowiskowego dzieci. Od 2007 r. jest redaktorem naczelnym czasopisma „Medycyna Środowiskowa”. Od 2009 r. profesor w Państwowej Medycznej Wyższej Szkole Zawodowej w Opolu.

”
Do 1975 r. przeżywalismy okropność nawracających epidemii polio (szczyt w 1958 r.) – każdy dyżur rozpoczynałem ze strachem. Codziennie przywożono chore dzieci i dorosłych, we Wrocławiu oddział polio w ówczesnym Szpitalu im. Korczaka był zapełniony, porażenia mięśni i kalectwo były nieodwracalne, śmierć z porażenia oddechu przerażająca.
“

Tekst Zbigniew Rudkowski

Źródło grafiki: <http://www.freeimages.com/photos/syringes-and-vial-1307461/Brian Hoskins>

Pouczające doświadczenia. Dlaczego należy się szczepić?

Muszę podzielić się z Szanownymi Czytelnikami moją osobistą refleksją: jako młody adept medycyny (dyplom uzyskałem w 1953 r.) brałem udział w walce z epidemiami, które dziś pamiętać może wyłącznie starsze pokolenie lekarzy.

Powojenna endemia, a potem epidemia błonicy w Polsce (1950-1956) zostały zwalczone dzięki wykonywanym od 1954 r. szczepieniom. Błonica zdarzała się w tym okresie jeszcze sporadycznie – pamiętam rozpacz rodziców i bezsilność personelu, gdy niezaszczepiony na czas kilkuletni chłopczyk, do którego zostałem wezwany jako konsultant, zmarł w szpitalu w Dzierżonowie mimo bardzo starannej opieki. Dziecko nie zostało zaszczepione, chociaż nie istniał wówczas opór przeciwko niepożądanym odczynom poszczepiennym (NOP), a samo zachorowanie na błonicę w powszechnej opinii było słusznie uważane za zagrażające życiu. Szczęśliwie, ostatnie zachorowanie na błonicę w Polsce miało miejsce w 1975 r.

Co od tego czasu stało się z bakterią błonicy? Po co przeciw niej szczepić, skoro znikła, nikt nie choruje i żaden współczesny lekarz jej nie widział? – oto aktualne pytania antyszczepionkowe.

W okresie transformacji ustrojowej na Ukrainie, w Rosji i w Kazachstanie dzieci nie były szczepione z powodów ekonomicznych. Pozostająca „w stanie uśpienia” pałeczka błonicy zaatakowała podatnych na nią ludzi i wywołała groźną epidemię w latach 1990-2002 (zachorowało ponad 150 tys. osób, zmarło 4,5 tys.). Opanowano ją pospieszonymi szczepieniami.

Nauka stąd płynąca: bakteria błonicy przeżywała w biocenozie, prawdopodobnie u odpornych nosicieli, a warunkiem powstania epidemii było wejście patogenu zakaźnego w populację bez nabytej odporności. Ta reguła jest nadal aktualna.



Do 1975 r. przeżywalismy okropność nawracających epidemii polio (szczyt w 1958 r.) – każdy dyżur rozpoczynałem ze strachem. Codziennie przywożono chore dzieci i dorosłych, we Wrocławiu oddział polio w ówczesnym Szpitalu im. Korczaka był zapełniony, porażenia mięśni i kalectwo były nieodwracalne, śmierć z porażenia oddechu przerażająca.

Szczepienia przeciwko polio stanowiły wybawienie (w Polsce od 1977 r. OPV) – rodzice i lekarze, wszyscy byliśmy szczęśliwi. Po upływie pół wieku to także stało się przeszłością, nie widać teraz ludzi niepełnosprawnych po polio. Wirus się wycofał, nie znajduje odpowiedniego podłoża do swego rozwoju. Od

czasu powstania w 1988 r. Światowej Inicjatywy na rzecz Walki z Polio liczba zachorowań na chorobę Heinego-Medina na świecie spadła o ponad 99 proc. [MMWR 2015, 64 (25); 699-702]. Zachorowań w Europie nie ma, eradykacja wirusa polio została osiągnięta w 2002 r., wydano nawet dyplomy uznania za eradykację tej choroby w Europie. Po co więc nadal szczepić? – pytają antyszczepionkowcy.

Prof. Hilary Koprowski (1916-2013), twórca szczepionki OPV, w czasie swej wizyty we Wrocławiu w salonie Profesora Dudka [spotykał 174, 21.03.2001 r.] nie był tak optymistyczny: *Wirus przeżywa w oceanach, morzach, rzekach oraz ściekach i czeka na swoją dobrą passę. Jest nią spadek swoistej odporności populacji.* Rzeczywiście, w 2013 r. wirus pojawił się w Somalii i w Syrii, a w Mali we wrześniu 2015 r. Dwa nowe przypadki polio wystąpiły też w tym roku na ukraińskim Zakarpaciu, gdzie zaszczepionych jest mniej niż 50 proc. dzieci. To dowód na to, że wirus jest obecny w środowisku i oczekuje na sprzyjające okoliczności rozwoju. Zaniechanie immunizacji byłoby w tych okolicznościach niewybaczalne i niosło ze sobą ryzyko dla jednostki i społeczności.

W 1963 r., jak wielu wrocławskich lekarzy, odbyłem „65 dni ostrego dyżuru” z powodu wielkiej batalii z epidemią ospy prawdziwej (od 29 maja do 10 sierpnia). Przekonałem się, jaką wartość mają szczepienia przeciwospowe i czym są niepożądane odczyny poszczepienne – zwane niegdyś mniej eufemistycznie powikłaniami. Spośród ponad 8 milionów zaszczepionych osób 99 zachorowało na ospę (7

chorych zmarło), ale niestety pozostał w pamięci inny tragiczny bilans – 9 osób zmarło po przymusowym szczepieniu z powodu wystąpienia NOP (najczęściej zapalenia mózgu). Z żalu i rozsądku zrodziły się pytania: czy słusznie szczepiono w czasie epidemii bez uwzględnienia przeciwwskazań? Czy zdrowie jednostki może być ceną za zdrowie społeczeństwa? Czy można szczepić wbrew woli, z nakazu? Do dziś trwa dyskusja na ten temat, wywołuje ona skrajne reakcje, których przykładem jest ustawowy przymus szczepienia. Co oznacza szczepienie *obowiązkowe*, oparte na świadomości obowiązku ochrony dziecka, a co oznacza szczepienie *przymusowe* obwarowane karami administracyjnymi?

Sięgając do historii medycyny, czy nie wydaje się słuszne zarządzenie króla Fryderyka Wilhelma z 1801 r. w warszawskim cyrkularzu do wszystkich kolegiów lekarskich: „Lubo dotąd skutki tego szczepienia okazały się być zabezpieczającymi od naturalnej ospy. Niepodobną jest rzeczą przeniknąć skutki tego szczepienia. Żaden lekarz ważyć się nie ma zachęcać natrętnie ojców rodzin do dawania swoich dzieci na pomienione szczepienie”.

Czy może nasi działacze antyszczepionkowi będą nadal wyznawać poglądy księdza kanonika Ignacego Pixy z Krakowa, zawarte w broszurze wydanej w 1904 r. w Berlinie pt. „O krzyżującej niedorzeczności strasznej szkodliwości szczepienia przeciw ospie”. To początki ruchów antyszczepionkowych w Polsce na tle pseudoreligijnych.

Moje najgorsze wspomnienia budzi endemia odry i okresowe, epidemiczne nasilenia się tej groźnej choroby występującej powszechnie u dzieci. W latach 1960-1964 zachorowało na nią w Polsce 124.492 dzieci. Z powodu powikłań zmarło 255 dzieci, najczęściej na zapalenie płuc lub zapalenie mózgu. Nie sposób zapomnieć małych pacjentów w wieku szkolnym, którzy przybywali na oddział z ogólnymi objawami odry, ale po kilku/kilkunastu dniach, mimo usilnych starań, tracili przytomność, występowały porażenia mięśni. Te dzieci nigdy nie powróciły do zdrowia... W mojej pamięci zachowały się także obrazy sinych niemowląt, duszących się z powodu odrowego zapalenia płuc – często nie udawało się ich uratować.

Od 1975 r. prowadził się w Polsce szczepienia przeciwko odrze. W ich wyniku w następnych latach spadła zapadalność na tę chorobę. Ostatnia epidemia w 1998 r. objęła 2.255 dzieci (jeden zgon). W roku 2013 na odrę zachorowało w Polsce 84 niezaszczepionych dzieci, na szczęście żadne nie zmarło. Obecnie wielu lekarzy nie obserwuje występowania odry w swoich praktykach, nie wspominając o odrze o ciężkim przebiegu i powikłaniach. Mimo niewątpliwie korzyści dla szczepionego dziecka, tj. nikłego ryzyka NOP po szczepieniu, wobec znacznego ryzyka powikłań po naturalnym zachorowaniu lekarze nie zawsze mogą zachęcić do szczepienia – wszak teraz odra jakby nie zagraża (co jest nieprawdą! Patrz wyżej!).

Powikłania po odrze naturalnej i NOP po szczepieniu p-odrze

Powikłania	Po odrze na 100.000 chorych – liczba (%)	Po szczepieniu Na 100.000 szczepionych – liczba
Encefalopatia Encephalitis	50-400 (0,05%-0,4%)	0,1
Panencephalitis sclerotica subacuta	0,5-2,0	0,05-0,1
Zapalenie płuc	3.800-7.300 (3,8%-7,3%)	-
Drgawki	500-1.000 (0,5%-1,0%)	0,02-190
Zgon	10-10.000 (0,01%-10%)	0,02-0,3

Wg N. Ajjan, Institut Mérieux

Wirusowe zapalenie wątroby typu B, występujące epidemicznie od 1977 r. i w latach następnych, aż do spadku zachorowań w latach 1990-1998, czyli przez znaczny okres mojej pracy klinicznej, było zmurą pediatrii, o czym aktualnie można już zapomnieć. Oddziały zakaźno-dziecięce były zapełnione, większość chorych opuszczała szpital w dobrym stanie zdrowia. Zdarzało się jednak, że dochodziło do przewlekłego zapalenia wątroby, nawet z zagrożeniem życia z powodu marskości lub raka wątroby. U dzieci, rzadziej niż u dorosłych, choroba przebiegała dramatycznie (95 proc. śmiertelność). Nie było wówczas odpowiednich metod leczenia, heroiczna walka o życie pacjenta okazywała się zazwyczaj bezskuteczna. To wtedy, z nakazu chwili, dla rekonwalescentów powstawały „poradnie

wątrobowe”, które w następnych latach przekształcały się w poradnie konsultacyjne chorób zakaźnych. Dzisiaj zachorowanie dziecka na wirusowe zapalenie wątroby typu B jest czymś zupełnie wyjątkowym, właściwie niespotykanym. Przełom i zwalczenie tego zakażenia jest bezsporną zasługą wpisania w kalendarz obowiązku szczepień p-wzwb od 1989 r. i ich intensyfikacją od 1994 r. [W. Magdziak, PZH Warszawa]. Wirus jednak przetrwał, o czym świadczą sporadyczne przypadki zakażeń występujących u starszych, nieszczepionych osób.

Immunizacja poszczepienna dotyczy niestety zapobiegania tylko niektórym chorobom zakaźnym, zaliczanym do tzw. „vaccine-preventable”, ale pozostają inne zakażenia, gdzie zapadalność zmniejszyła się znacznie pod wpływem nieswoistych czynników prozdrowotnych, choć nie wygasła całkowicie. Takim przykładem była epidemia zakażeń jelitowych odzwierzęcymi pałeczkami salmonelli, nasilająca się szczególnie u małych dzieci od 1978 r. (spadek zakażeń nastąpił na przełomie wieków). Oddziały niemowlęce, z powodu liczby zakażonych dzieci (także w szpitalu), zostały sparaliżowane. Uważa się, że ustąpienie epidemii było spowodowane m.in. higienizacją hodowli zakażonych kur i jaj, higienizacją sprzedaży produktów spożywczych w opakowaniach, a w aspekcie zakażeń szpitalnych zaprzestaniem dojelitowego stosowania ampicyliny i innych antybiotyków, co przyczyniło się do wielooporności na antybiotyki. Udało się przerwać „łańcuch epidemiologiczny”.

XIX wiek upłynął w Europie pod znakiem wojen, biedy oraz... powszechnie panującej gruźlicy. W latach powojennych w Klinice Pediatricznej AM we Wrocławiu oddział gruźliczy był zapełniony dziećmi, przeważnie z powodu postaci płucnych, ale także prosówki. Paradoxem jest, że właśnie szczepienie MMR (przeciwko odrze, śwince, różyczce) wywołało największą krytykę i opór wśród przeciwników szczepień. Falę krytyki umocniła opublikowana w 1998 r. w bardzo szanowanym czasopiśmie „Lancet” praca autorstwa A. Lancefelda i wsp., która jakoby wskazała na rzekomy udział szczepionki MMR oraz thimerosalu (konserwant zawarty w szczepionce) w etiologii chorób jelit oraz autyzmu u dzieci, którego liczby co rok zwiększały się i nadal epidemicznie zwiększają. Praca ta okazała się bezpodstawną, ukazała się natomiast wiele innych publikacji niepotwierdzających wniosków Lancefelda, nie udowodniono związku autyzmu ze szczepieniami. Publikacja została z nakazu sądowego wycofana w 2002 r., „Lancet” został skompromitowany. Coraz częściej pacjenci domagali się jednak odszkodowań za NOP-y – w USA i w Wielkiej Brytanii powstał i rozwinął się bardzo dochodowy „przemysł oskarżycielsko-odszkodowawczy”. Zawiano obywatelskie stowarzyszenia antyszczepionkowe, ich idee upowszechniały i upowszechniają media. Rozgłos przynosi wymierne korzyści. Ta prawdziwa epidemia antyszczepionkowa przeszła na nasze krajowe media – obecnie każdy ma prawo wypowiadać się publicznie na temat domniemanej szkodliwości szczepień i szczepionek, każdy ma prawo publikować autorskie teksty w internecie. Na fali ogólnego braku zaufania do lekarzy i prasy, na fali złej opinii o opiece zdrowotnej, podejrzenia o korupcję i interesy lekarzy i firm farmaceutycznych argumenty antyszczepionkowe znajdują akceptację. Co więcej, znaleźli się lekarze naukowcy, którzy znają co prawda negatywne wyniki badań dot. związku szczepienia MMR z autyzmem, jednak je lekceważą. Na przekór evidence-based medicine prowadzą własne doświadczenia na zwierzętach i głoszą publicznie niepotwierdzone naukowo teorie. Czy szukają rozgłosu, oryginalności, jaki jest cel ich szkodliwej działalności? Tego niepodobna się dowiedzieć. Czy społeczność akademicka, komisje bioetyczne mają prawo żądać od nich przedstawienia wyników badań? Czy interpretując dowolnie epidemiologię, byliby zdolni towarzyszyć dziecku umierającemu na odrę, pneumokokowe zapalenie płuc, meningokokowe zapalenie opon lub inne choroby zwane „vaccine-preventable”? Czy mędrkujący, antyszczepionkowi lekarz lub pielęgniarka powinni zostać oskarżeni za nieuodpornienie dziecka w przychodni? To jest wszak ich obowiązek.

Tzw. ruchy antyszczepionkowe nie są niczym nowym. Dzieciom szczepionym w epoce Jennera nie wyrosły rogi, a szczepieni krowianką nie ryczą krowim głosem, jak to nieprawdopodobnie ówczesni „naoczni świadkowie”. Niewiele różnią się od nich współcześni przedstawiciele mediów. W 2009 r. dziennikarze nagłośnili przypadek dziewczynki z Coventry, która zmarła rzekomo z powodu szczepienia HPV. Wkrótce okazało się, że przyczyną zgonu dziecka była wada serca... Na szczęście nie wszystkie media i nie wszyscy dziennikarze podążają tą ścieżką, czego przykładem może być artykuł pt. „Children Die Because People Are Wrongly Afraid of Vaccines” [By the Editorial Board, New York Times, AUG. 20, 2015], oby takie były publikowane w prasie także w naszym kraju.

Przeciwnicy szczepień osiągnęli tyle, że w 2011 r. nie zostało zaszczepionych w Polsce około 3 tys. dzieci, w 2012 r. – 5,3 tys., w 2013 r. – 7,2 tys., a w ubiegłym roku aż 12,7 tys. Na naszych oczach rozgrywa się „eksperyment” o przewidywalnych skutkach.



Tekst: Andrzej Gładysz, Marta Rorat, Weronika Rymer, Elwira Marszałkowska-Krześ



Źródło grafiki: http://www.flickr.com/photos/14270943121_228b050a7c_k/Apotek Hjartat

Skuteczność szczepień i zagrożenia z nimi związane

Grozi nam epidemia chorób zakaźnych?

Wbrew powszechnemu przekonaniu choroby zakaźne nadal istnieją i wciąż stanowią poważne zagrożenie nie tylko dla ludzkiego zdrowia, ale i życia. Wystarczy wspomnieć o aktualnych ogniskach MERS (Middle East Respiratory Syndrome – bliskowschodni zespół niewydolności oddechowej) wywołanych przez odzwierzęcego koronawirusa (ich nosicielami są wielbłądy, nietoperze), który podobnie jak wirus SARS (Severe Acute Respiratory Syndrome – zespół ciężkiej, ostrej niewydolności oddechowej), przełamał barierę gatunkową i wtargnął do środowiska ludzkiego. Nie udało się dotąd uzyskać szczepionki przeciwko wirusowi MERS. Zakażenie w początkowej fazie przypomina grypę. Chorobę cechuje gorączka, „zadyszka”, kaszel z dość obfitym odkrztuszaniem, a także bóle głowy i wymioty, a u co trzeciego chorego występują bóle miednicowe. W skrajnych przypadkach, kończących się nierzadko śmiercią, odnotowuje się również ostrą niewydolność oddechową, zespół ostrego rozsianego wykrzepiania, dochodzi do uszkodzenia nerek.

Dotąd zakażenia tym wirusem wystąpiły w ponad 20 krajach, ostatnio w Korei Południowej, gdzie wywołał niemałą panikę, wcześniej zaś m.in. w Malezji, na Filipinach, w USA i w Europie: Wielkiej Brytanii, Niemczech, Holandii, Włoszech, Austrii, Grecji, także w Afryce Północnej: Algierii i Tunezji. Choć sytuacja wydaje się być pod kontrolą, to jednak Światowa Organizacja Zdrowia nie wyklucza, że choroba będzie się rozprzestrzeniać i przybierać na sile. Podobnie było z SARS, który pojawił się na początku XXI wieku. Zanim zdołano zapanować nad zakażeniami, zabił on ok. tysiąca osób. Śmiertelność MERS wg WHO wynosi 35-38 proc. Czy mamy powody do niepokoju? Nie ma ani skutecznego leku, ani szczepionki przeciw temu wirusowi, dlatego kluczową rolę odgrywa w tym przypadku znajomość procedur epidemiologicznych i ich bezwzględne przestrzeganie. W związku z nie tak dawnym

zagrożeniem gorączką eboli polscy lekarze mieli okazję sprawdzić własną wiedzę i umiejętności w tym zakresie w praktyce.

Światowa Organizacja Zdrowia ogłosiła niedawno, że w Gwinei przetestowano szczepionkę VSV-EBOV na blisko 4 tysiącach ochotników. Wszyscy mieli bezpośredni kontakt z chorymi na ebolę. Dzięki szczepionce nie doszło do rozprzestrzeniania się choroby, co pozwala mieć nadzieję na jej stuprocentową skuteczność. Czy przeciwnicy szczepień odważyliby się odradzać kilkunastu tysiącom ofiar tej epidemii użycia VSV-EBOV? Ciekawe, jakich argumentów użyliby dla uzasadnienia swego stanowiska? Czy bez skutecznej szczepionki możliwe byłoby powstrzymanie epidemii? Zdecydowanie nie. To dzięki intensywnym pracom naukowców udało się przygotować preparat w czasie o wiele krótszym, niż było to dotąd możliwe.

Świat nie ochłonął jeszcze po śmiertelnej fali zakażeń ebolą w zachodniej Afryce, a już Światowa Organizacja Zdrowia ostrzega, że właśnie w Gwinei i Mali istnieje wysokie ryzyko rozprzestrzeniania się polio. Zakażenie drugim typem tego wirusa stwierdzono końcem lipca u 10-miesięcznego niemowlęcia. Niski odsetek zaszczepionej populacji w obu tych krajach jest prawdopodobną przyczyną zagrożenia epidemiologicznego. Według WHO liczba osób szczepiących się przeciwko polio w Gwinei zmalała w ubiegłym roku do 42 proc., co mogło być wynikiem niewydolności organizacyjnej tamtejszej publicznej służby zdrowia i państwa – spowodowanej walką z epidemią eboli. Dzięki światowej akcji udało się „wykorzenić” polio z większości krajów globu ziemskiego: w 1994 r. zniknęło ono z obu Ameryk, a w 2002 r. również z Europy. Od polio chciano również uwolnić Afrykę, Azję Środkową i subkontynent indyjski. Niestety, w tym roku zachorowania spowodowane dzikim szczepem wirusa polio zarejestrowano w: Pakistanie, Afganistanie, Syrii, Iraku, krajach ogarniętych wojną. Na Madagaskarze, w Nigrze, a także na Ukrainie,

co potwierdziło WHO, stwierdzono przypadki zarażeń wirusem szczepionkowym. Według Światowej Organizacji Zdrowia ryzyko rozprzestrzenienia się tzw. szczepionkowego szczepu cVDPV1 na Ukrainie jest wynikiem niepełnego i nieodpowiedniego objęcia populacji szczepieniami. Nie można zatem wykluczyć, że cVDPV1 dotrze do krajów sąsiadujących z tym państwem. W Polsce liczba uodpornionych obywateli jest wysoka (w Wielkopolsce 99 proc.), zagrożenie dotyczy osób nieszczepionych. Wszyscy, którzy udają się na Ukrainę oraz jej stali mieszkańcy muszą otrzymać tzw. dawki przypominające.

W ubiegłym roku Światowa Organizacja Zdrowia wydała oficjalne stanowisko ws. poliomyelitis, uznając, że ta ostra choroba zakaźna stanowi zagrożenie o zasięgu międzynarodowym dla zdrowia publicznego. W świetle przytoczonych danych postawa WHO jest całkowicie zrozumiała. Przed wybuchem wojny domowej wyszczepialność dzieci w Syrii wynosiła blisko 90 proc. Antyrządowe powstanie, które rozpoczęło się w tym kraju w marcu 2011 r., doprowadziło do spadku liczby zaszczepionych osób. Obecnie bez ochrony przed najgroźniejszymi chorobami zakaźnymi pozostaje ok. 300 tys. najmłodszych obywateli. Piętnaście lat temu, dzięki konsekwentnie realizowanemu programowi szczepień, udało się w Syrii „wykorzenieć” polio. Obecnie, jak podaje UNICEF, rząd Bashara al-Asada nie tylko nie utrudnia realizacji programu walki z polio, a wręcz mu sprzyja. Aby zapobiec rozprzestrzenianiu się wirusa, WHO nakazała endemicznym krajom (Pakistanowi, Afganistanowi i Nigerii) kontrolowanie dokumentacji szczepionkowej pasażerów opuszczających te państwa. Dodatkowo wprowadzono opcję szczepienia pacjentów tuż przed wejściem na pokład samolotu. Na kontynencie afrykańskim już od ponad roku nie zarejestrowano przypadku zarażenia dzikim szczepem polio. Jak podkreśla WHO, to efekt konsekwentnie realizowanej polityki rządu nigeryjskiego, zakładającej zwalczanie wirusa poliomyelitis wszelkimi dostępnymi środkami (Nigeria była ostatnim rezerwuarem polio). Czy nie jest to wystarczający argument świadczący o tym, że warto się szczepić, że to jedyna właściwa droga walki z drobnoustrojami? Po tym jak w Syrii wykryto polio, UNICEF przeprowadził w siedmiu krajach Bliskiego Wschodu akcję szczepionkową. Szczepieniami objęto dzieci do 5. roku życia. Przed groźną chorobą zakaźną uchroniono tym samym około 25 milionów najmłodszych!

Spór o szczepienia

W ostatnich latach zwiększyła się liczba zachorowań na różyczkę i krztusiec. Ten wzrost ma swoje uzasadnienie. Po pierwsze – w przeszłości przeciw różyczce nie szczepiono chłopców, po drugie – w przypadku krztuśca nabyta odporność poszczepiona wygasa po kilku latach. Krążące między ludźmi drobnoustroje (wirusy, bakterie i inne) zbierają swoje żniwo wśród niezaszczepionych, osób z niską odpornością lub całkowicie nieodpornych. Warto przypomnieć, że na początku lat 90. wśród osób, które z różnych powodów odwiedzały tereny za naszą wschodnią granicą, pojawiły się zachorowania na błonicę. Dopiero wówczas władze sanitarne zwróciły uwagę na konieczność przyjęcia dawek przypominających szczepionki przeciw błonicy.

Niestety, nie wszyscy, w tym także lekarze, zdają sobie sprawę z tego, jak bardzo niebezpieczna jest odra. W przypadku dziecka poniżej pierwszego roku życia, na co zwraca uwagę prof. Magdalena Marczyńska, może ona doprowadzić do poważnych powikłań. W grę wchodzi m.in. ostre zapalenie rdzenia kręgowego z porażeniami czy zapalenie mózgu, które w 40 proc. przypadków może skończyć się śmiercią. Czy przeciwnicy szczepień, a w szczególności rodzice, mają prawo narażać swoje pociechy na takie ryzyko? Wszak dziecko kiedyś dorośnie, a z jego ust prawdopodobnie padnie pytanie: dlaczego nie uchroniliście mnie przed skutkami choroby, skoro istniała taka możliwość? I nawet fakt,

że powikłania mogą się zdarzyć u jednego na tysiąc chorujących dzieci, nie dezaktualizują powyższych pytań.

Państwowy Zakład Higieny informuje o stałym wzroście liczby zachorowań na odrę w Europie i w Polsce. Jest to efekt upowszechniającego się trendu nieszczepienia dzieci przez rodziców, którzy wydają się być nieświadomi istniejących zagrożeń. Naszym zdaniem antyszczepionkowe tendencje zyskują na sile z powodu ograniczonej, a nawet niedostatecznej edukacji zdrowotnej społeczeństwa. Skąd bowiem rodzice mają wiedzieć, że ilość krążącego, groźnego wirusa w populacji można ograniczyć tylko poprzez zaszczepienie jak największego odsetka osób niemających rzeczywistych przeciwwskazań. Osoby uodpornione uniemożliwiają rozprzestrzenianie się wirusa odrę.

Obawy związane z niepożądanymi odczynami poszczepiennymi są uzasadnione, gdyż nie ma leku, szczepionki ani czynności medycznych, które by nie stwarzały ryzyka. Występują one jednak na tyle rzadko, że nie mogą usprawiedliwiać zaniechania przez rodziców/opiekunów szczepień, które przynoszą nadrzędne korzyści, zarówno indywidualne, jak i społeczne.

Pneumokoki są przyczyną wielu poważnych zakażeń bakteryjnych zarówno u dzieci, jak i u dorosłych. Wywołują bowiem „łagodniejsze” zapalenie ucha środkowego – poprzez zapalenia płuc i bardzo groźne zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych. Wszystkie te stany zagrażają najmłodszym dzieciom, głównie do dwóch lat, ale i osobom starszym po 75. roku życia. Szczególnie niebezpieczne jest ryzyko rozwoju inwazyjnej choroby pneumokokowej, która może doprowadzić do nieodwracalnych powikłań, i niestety, także do śmierci.

Upowszechnienie szczepienia przeciw pneumokokom i to odpowiednio wcześniej, czego przykłady płyną z krajów skandynawskich, Hiszpanii, ale też Brazylii, obok zmniejszenia liczby świeżych zachorowań, obniża radykalnie odsetek nosicielstwa, a tym samym stopień krążenia tych bakterii w populacji. Przeprowadzona z sukcesem akcja szczepień małych dzieci przeciwko pneumokokom m.in. w Kielcach winna być naśladowana. Nie zrozumie tego tylko ten, kto nie przeżył dramatu walki o życie umierającego z powodu sepsy (posocznicy) dziecka czy dorosłej osoby.

Nie zapomnijmy o chorobach tropikalnych

Wciąż na wielu płaszczyznach toczy się spór o szczepienia. Podnoszone są kwestie dotyczące zasad szczepienia dzieci, dostępności szczepionek, ich bezpieczeństwa, występowania niepożądanych odczynów poszczepiennych i ich konsekwencji prawnych. Zapominamy w tym wszystkim o zagrożeniach, jakie niesie za sobą rozwój turystyki i... o chorobach tropikalnych. I tak przed chorobą meningokokową chronią wyłącznie szczepienia. Konsekwencje te mogą być na tyle drastyczne, że np. Arabia Saudyjska obliuguje turystów do posiadania dowodu zaszczepienia. Z kolei Ghana, zgodnie z międzynarodowymi przepisami zdrowotnymi WHO, wymaga od przyjezdnych ważnego dowodu szczepienia przeciw żółtej gorączce, co dotyczy wszystkich osób w wieku od 9 miesięcy wzwyż. Jednakże kobieta nie powinna zająć w ciążę co najmniej przez miesiąc od momentu przyjęcia tej „żywej biologicznie” szczepionki. Ale ochrona przed tą odmianą gorączki krwotocznej jest możliwa tylko poprzez zaszczepienie. Przy podróżach w rejon Afryki Zachodniej zalecane są również szczepienia przeciwko wirusowym zapaleniom wątroby typu A i B, durowi brzuszemu i przedekspozycyjnie przeciw wścieklicznie, nie mówiąc już o dawkach przypominających przeciwko tężcowi, błonicy, krztuścowi. Karmienie piersią nie stanowi przeciwwskazania do szczepień przed podróżą, z wyjątkiem żółtej gorączki (objętej szczególnymi zasadami), ale szczepienia odbyte przez matkę karmiącą piersią nie zapewniają dziecku ochrony przed zachorowaniem. Czy wobec nieprzewidywalności zagrożeń, jakie na nas czyhają w podróżach, szczególnie egzotycznych, moglibyśmy nierozsądnie zrezygnować z możliwej i dostępnej



ochrony, jakimi są szczepienia? Czy przedstawiciele ruchów antyszczepionkowych odważyliby się udać na tereny endemiczne (np. gorączki eboli) bez należytego i maksymalnego zabezpieczenia, czy wystaliby tam swoich bliskich? Mimo trudnego na co dzień wyobrażenia sobie przez nas wszystkich rozwoju wiedzy i możliwości technologicznych w zakresie biotechnologii i postępu z tego wynikającego w walce z wieloma zakażeniami, to ilość dostępnych czy osiągalnych szczepionek obecnie jest jeszcze niewielka. Choćby dla przykładu podamy, że dostępna od 2006 r. szczepionka przeciw wirusowi brodawczaka ludzkiego, która bywa nazywana szczepionką na raka ze względu na to, że chroniąc kobiety przed zakażeniem HPV (najsensowniejsze zaszczepienie przed rozpoczęciem życia seksualnego), stanowi ona równocześnie ochronę przed rakiem szyjki macicy. W Polsce jest to jednakże szczepienie zalecane i niestety kosztowne, a tak istotne ze społecznego i ekonomicznego punktu widzenia. Czy w takich okolicznościach da się skutecznie przeciwstawiać ruchom antyszczepionkowym, które wbrew osiągnięciom nauki i medycyny oraz zdrowemu rozsądkowi negują zasadność tej formy ochrony przed chorobami zakaźnymi?

Szczepienia a grypa

Weszliśmy w sezon jesienno-zimowy, czyli okres zalecanych szczepień przeciw grypie. Od lat utrzymuje się w Polsce niezrozumiale niski odsetek szczepiących się przeciwko tej chorobie, nawet wśród pracowników ochrony zdrowia. W dyskusjach pojawiają się różne obawy i wątpliwości związane z krótkim okresem odporności, koniecznością szczepienia się co roku oraz brakiem mierzalności stuprocentowej skuteczności szczepionki. Wiąże się to z niezwykłą zdolnością wirusa do modyfikacji swojego materiału genetycznego, i co gorsza, do tworzenia tzw. wirusów hybrydowych, powstających w wyniku zespolenia genomów wirusa zwierzęcego z ludzkim. To stwarza zagrożenie pandemią. Może się też zdarzyć i tak, że antygeny zastosowane w szczepionce, wyprodukowanej na dany sezon, nie są w dostatecznym stopniu zgodne z tymi izolowanymi od osób, u których w tym właśnie okresie wystąpiło zachorowanie. Tak było np. ze szczepionką przygotowaną na sezon 2014/2015, o czym donosiło już w grudniu ubiegłego roku Centrum Zwalczania i Zapobiegania Chorobom w USA (CDC). Mimo to szczepienia przeciwko grypie były rekomendowane. Dlaczego? Niezorientowani powiedzą oczywiście bez wahania, że jest to wynikiem mocnego lobby firm farmaceutycznych produkujących te szczepionki. Otóż nie, szczepionka obejmująca nawet tylko w części genom zmodyfikowanego wirusa wciąż stanowi ochronę przed chorobą zakaźną – łagodzi objawy i przebieg choroby dzięki „częściowej” kontroli zakażenia przez układ odpornościowy uwrażliwiony przebytym szczepieniem.

Wolność wyboru a bezpieczeństwo

Czy obywatel powinien mieć prawo wyboru? Zgodnie z art. 68 ust. 4 Konstytucji RP władze publiczne są zobowiązane do zwalczania chorób epidemiologicznych i zapobiegania negatywnym dla zdrowia skutkom degradacji środowiska. Z kolei Ustawa z dnia 05.12.2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. 2008 nr 234, poz. 1570) w art. 1 określa zasady, tryb zapobiegania oraz zwalczania ww. zagrożeń, co odnosi się również do rozpoznawania, monitorowania sytuacji epidemiologicznej, podejmowania działań przeciwepidemicznych, zapobiegawczych i unieszkodliwienia źródeł zakażenia. Chodzi o „przecięcie” dróg szerzenia się zakażeń i chorób zakaźnych oraz uodpornienia osób podatnych na zakażenia. Ustawa ta określa również zadania organów administracji publicznej w zakresie zapobiegania oraz zwalczania zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, a także uprawnienia i obowiązki świadczeniodawców oraz osób

przebywających na terytorium RP w wyżej wymienionym zakresie. Rozdział 4 art. 17 ww. ustawy mówi o obowiązkach, warunkach i zasadach poddawania się szczepieniom ochronnym. Na ten zapis powołał się w marcu br. Marek Posobkiewicz – Główny Inspektor Sanitarny, który na antenie TVN24 stwierdził, że szczepienie dzieci przeciw chorobom zakaźnym to obowiązek ustawowy, z czym nie godzą się środowiska antyszczepionkowe. Oczywiście nie zapomniał o przeciwskazaniach zdrowotnych uniemożliwiających zaszczepienie dziecka we właściwym terminie i o wskazaniach medycznych do odroczenia szczepienia przy spełnieniu stosownych warunków.

Na ten temat wypowiedział się też Naczelny Sąd Administracyjny w wyroku z dnia 01.08.2013 r. (III OSK745/12). Uwagi do niego zgłosiła prof. dr hab. Maria Boratyńska. Powołując się na art. 95 § 3 k.r.o. stwierdziła między innymi, że poddanie dziecka szczepieniom obowiązkowym nie jest przedmiotem swobodnego uznania rodziców. Władza rodzicielska nie daje pola do wolnego wyboru, winna być sprawowana tak, by priorytetem były dobro dziecka i interes społeczny.

Doświadczenie lekarskie uczy, że nie ma ani „banalnych” chorób zakaźnych, których przebieg nie mógłby się powikłać, ani szczepionek niewywołujących niepożądanych efektów poszczepiennych. Codzienne praktykowanie medycyny dowodzi też, że gdyby nie szczepienia wprowadzone przed ponad 170 laty ludzkość świata zostałaaby zdziesiątkowana przez epidemie oraz pandemie chorób zakaźnych, pustoszących nasz glob. W odniesieniu do Polski wystarczy sobie uświadomić, jakie mogłyby być skutki epidemii ospy prawdziwej we Wrocławiu w 1963 r., gdyby nie ówczesna prewencja właśnie poprzez szczepienie.

W walce o dobrze rozumiane zdrowie publiczne musimy uczestniczyć wszyscy. Przypomnijmy, że wciąż kilkadziesiąt milionów dzieci na całym świecie nie ma dostępu do podstawowych szczepionek chroniących przed wieloma śmiertelnymi chorobami zakaźnymi, nie wspominając np. o dyfteryście, durze brzuszonym czy tężcu. Dlatego przychylamy się do stanowiska wielu ekspertów mówiących o tym, że tylko merytorycznymi argumentami oraz programami zawierającymi rozsądne i racjonalne rozwiązania należy przekonywać społeczeństwo do szczepień i ich dobrodziejstwa, aby nie musieć odwoływać się do zapisu art. 31 ust. 3 Konstytucji dopuszczającego ograniczenie wolności i praw jednostki wobec zagrożenia celu nadrzędnego, jakim jest w tym wypadku bezpieczeństwo epidemiologiczne społeczeństwa.

Tam, gdzie spada odsetek osób zaszczepionych, wracają w populacji groźne choroby zakaźne. Na ogół ich pierwszymi ofiarami stają się osoby nieuodpornione – mówmy o tym naszym pacjentom.

Źródła dodatkowe:

1. M. Boratyńska, PiM 2013, 3-4, s. 68-88
2. W. Gut, <http://infekcje.mp.pl/wiadomości>, 11.09.2015
3. A. Wroczyńska, R. Szymczak, *Medycyna Praktyczna* 2013, 7-8, s. 104-108
4. www.radiomerkury.pl/informacje/pozostale/szczepic, 07.09.2015
5. www.tvn24.pl/wiadomości-ze-swiate2/gwinea-i-mali, 07.09.2015
6. www.tvn24.pl/wiadomości-z-kraju-3/szeg-glownego-inspektor, 09.09.2015

Andrzej Gładysz – emerytowany profesor UM we Wrocławiu,
Marta Rorat – asystent w Zakładzie Prawa Medycznego Katedry Medycyny Sądowej UM we Wrocławiu,

Weronika Rymer – Katedra i Klinika Chorób Zakaźnych, Chorób Wątroby i Nabytych Niedoborów Odpornościowych UM we Wrocławiu,

Elwira Marszałkowska-Krześ – Wydział Prawa, Administracji i Ekonomii Uniwersytetu Wrocławskiego.

Etyczne aspekty szczepień obowiązkowych

Dr hab. Jarosław Barański
Etyk, filozof, kierownik Zakładu Humanistycznych
Nauk Lekarskich Uniwersytetu Medycznego
im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

Tekst Jarosław Barański

Niechęć do szczepień obowiązkowych

W społeczeństwie pluralizmu ideologicznego mamy do czynienia z sytuacją swoistego „przemieszczania się” racjonalności i zaufania. Wynika to bodaj z wielu ośrodków eksperckich oraz praktyk zaspokajających nasze potrzeby. Toteż, im silniej racjonalizujemy naszą codzienność, a przede wszystkim troskę o siebie, tym bardziej opierać się musimy na zaufaniu: choćby w lekarza, w farmaceutę, w producenta leków, w wyniki badań naukowych itd. Paradoksalnie, im większa pojawia się potrzeba zaufania, tym dotkliwiej odczuwamy jego brak.

Proces indywidualizacji uposaża nas nie tylko w bogactwo światopoglądowe i różnorodność scenariuszy życiowych, ale przede wszystkim w narzędzia decydowania o sobie. „Weź zdrowie w swoje ręce” – oznacza: decyduj o sobie, dokonuj wyborów w oparciu o własne przekonania, wartości i cele egzystencjalne, ponieważ jesteś podmiotem autonomicznym. Trudno zatem dziwić się, że pojawia się u styku niektórych dziedzin medycyny i postaw społecznych wola okazywania nieufności w zalecane środki lecznicze czy zapobiegawcze, a nawet manifestowany jest opór wobec nich. Nie można jednak podzielić przekonania głoszącego, że oto nastąpił jakiś „kryzys zaufa-

„Niestety, ze względu bodaj na to, że szczepienia ochronne mają charakter nakazu administracyjnego (pośredniego przymusu), personel medyczny traktuje nierzadko szczepienie jako kwestię techniczną, nie podejmując rozmowy z rodzicami na temat zasadności szczepień, korzyści dla dziecka i otoczenia, potencjalnej szkody związanej z powikłaniami po przebytej chorobie: albo przyjmuje szczepienia jako oczywistość, albo stara się uniknąć sytuacji wzbudzenia lęku u rodziców. Nakaz administracyjny poddania się szczepieniom nie zwalnia jednak lekarza z obowiązku poinformowania o podawanym leku”.

nia” w sytuacji, w której tak gorąco ufamy w skuteczność medycyny, iż „medykalizujemy” własne codzienne życie.

Niechęć do szczepień ochronnych nie jest zatem niczym zadziwiającym. Jest normalnością naszej współczesnej kultury: im bardziej niknie zagrożenie poważnych skutków chorób zakaźnych, tym mniej się ich lękamy i tym mniej ufamy w potrzebę szczepień ochronnych. Z tą niechęcią do szczepień należy się więc oswoić, tym bardziej, że w jaskrawej postaci – jako uchylenie się od szczepień obowiązkowych – występuje nieznacznie, choć w tendencji – niepokojąco. To ok. 12 tys. osób rocznie (2014, choć w 2010 to tylko 2,5 tys.), co nie wpływa na stan zdrowia publicznego. Tendencja wzrostu niechęci raczej sygnalizuje nieobecność trafnej i wiarygodnej polityki zdrowotnej, a także brak społecznej debaty, która byłaby przekonywująca dla obywateli. Nie chodzi bowiem o to, aby przekonać ekspertów medycznych i urzędników do uznania zasadności szczepień obowiązkowych, ale o to, aby oni mądrze i z szacunkiem mieli zdolność przekonania obywateli do poddania się temu zabiegowi medycznemu.

Aczkolwiek istnieją poważne wątpliwości, czy taka polityka i taka debata jest możliwa, jeśli matrycą dyskusji są dziennikarskie progra-





my telewizyjne, w których nie racje są ważne, ale atrakcyjność ich konfliktu. Po to jednak obdarzamy przywilejem utrzymania polityków i ich rodzin, aby wydumali, jak istotne debaty społeczne inicjować.

Z danych Głównego Inspektoratu Sanitarnego trudno wynioskować jakiegokolwiek zagrożenie chorobami zakaźnymi, które wynikałyby z uchylenia się od tych szczepień: w istotnym wymiarze maleje (2014) zapadalność na różyczkę (o ponad sześciokrotnie mniej w stosunku do 2013), nieznacznie mniej na gruźlicę, tężec, tyleż samo więcej na ospę wietrzną, świnkę i nieco więcej na odrę, znacznie więcej na wirusowe zapalenie wątroby typu B. Można wysnuć wniosek, że odporność populacji rośnie, względnie jest stała, co zawdzięczamy właśnie szczepieniom ochronnym. Warto jednak odnotować, że wzrost zachorowalności na odrę miał miejsce w Wielkopolsce i Mazowieckiem, a więc w regionach (wraz ze Śląskiem), w których równocześnie zarejestrowano najwięcej uchyżeń od nakazanych administracyjnie szczepień, choć wzrost ów odnotowano najwięcej u osób niezaszczepionych należących do mniejszości etnicznych.

Główne powody, które były przyczyną uchylenia się, zgodnie z danymi GIS, są dwa: po pierwsze, wpływ ruchów antyszczepionkowych; po drugie, wpływ tzw. medycyny alternatywnej, choć tzw. innych przyczyn było najwięcej. Upowszechnia się bowiem pogląd, że ze względu na ryzyko wystąpienia odczynów poszczepiennych (jako rezultatu działania samej szczepionki bądź nieprawidłowego jej podania) lepiej jest przechorować niż zaszczyć się przed chorobą. Ruchy antyszczepionkowe przemawiają do wyobraźni potocznej i wzbudzają obawy u rodziców, których troska o własne dzieci i niepokój związany z możliwym ryzykiem szczepień zawsze powinny być poważnie traktowane. Niestety, ze względu bodaj na to, że szczepienia ochronne mają charakter nakazu administracyjnego (pośredniego przymusu), personel medyczny traktuje nierzadko szczepienie jako kwestię techniczną, nie podejmując rozmowy z rodzicami na temat zasadności szczepień, korzyści dla dziecka i otoczenia, potencjalnej szkody związanej z powikłaniami po przebytej chorobie: albo przyjmuje szczepienia jako oczywistość, albo stara się uniknąć sytuacji wzbudzenia lęku u rodziców. Nakaz administracyjny poddania się szczepieniom nie zwalnia jednak lekarza z obowiązku poinformowania o podawanym leku.

Te, jak i wiele innych przyczyn (np. brak zaufania do państwa, obciążenia wynikające z kolejek w przychodniach etc.), osłabiają zaufanie do profilaktyki szczepiennej. Ale istnieje nie tylko opozycja zaufanie – jego brak; również ma miejsce sytuacja zaufania usprawiedliwiającego brak innego typu zaufania. Rodzice bowiem są przekonani, że nawet wtedy, gdy z powodu niezaszczepienia choroba zagrazi zdrowiu lub życiu dziecka, służba zdrowia upora się z problemami zdrowotnymi stąd wynikłymi.

Nowe szczepienia obowiązkowe

Następuje wzrost zakażeń jelitowych bakteryjnych, biegunek, przypadków zachorowań na inwazyjną chorobę pneumokokową, spadek zaś zachorowań na inwazyjną chorobę meningokokową. Odnotowano również spadek zachorowalności na raka szyjki macicy, za którą odpowiedzialny jest wirus HPV, choć w porównaniu z innymi krajami zachorowalność (ok. 3 tys. rocznie) i śmiertelność (ok. 2 tys.) są kilkakrotnie większe. Czy to jednak wystarczający powód, aby uchylić dobrowolność szczepień (tj. ograniczyć autonomię i prywatność), jak uczyniła to ustawa podpisana przez prezydenta RP, poprzez wprowadzenie obowiązkowego szczepienia przeciw HPV, pneumokokom i meningokokom? Jakie są koszty tej profilaktyki?; jaka skuteczność w porównaniu z innymi programami?; jakie koszty leczenia chorych, którzy zapadli na te choroby?; jakie są potencjalne zagrożenia dla zdrowych w kontakcie z chorymi? – i tym podobne pytania nie padły wraz z odpowiedziami na nie w debacie publicznej. Brak takiej debaty, swoista niewrażliwość etyczna jest przysłowiową wodą na młyn ruchów antyszczepionkowych.

Tu nie chodzi wyłącznie o mniej lub bardziej przekonujące liczby czy zdrowie, indywidualne bądź społeczne, ale także o autonomię

pacjenta oraz uzasadnienie jej ograniczenia. Paternalizm lekarski nie może być zastąpiony przez paternalizm instytucji. Autonomia pacjenta jest bowiem ochroną jego zdolności do decydowania o sobie, czyli gwarantuje mu możliwość odmówienia poddania się niechcianym zabiegom medycznym, w tym zabiegom ratującym życie. Choć szczepienie obowiązkowe nie jest leczeniem – co najwyżej chroni przed (większym, mniejszym lub minimalnym) ryzykiem zachorowania, to jest zabiegiem medycznym (wymagającym badań diagnostycznych, iniekcji, udokumentowania; wywołującym lęk i ból, zakładającym powtórny wizytę w przychodni). Wkroczenie w tę sferę autonomii i prywatności zawsze musi być uzasadnione, dlatego etyka szczepień jest potrzebna jako podstawa debaty.

Etyka szczepień

Problem etyczny szczepień obowiązkowych dotyczy więc uzasadnienia nakazu administracyjnego, ograniczającego autonomię decyzyjną, przede wszystkim rodziców. Uzasadnienie tego ograniczenia jest w kontekście szacunku dla autonomii pacjenta poważnym problemem etycznym. Jeśli więc argumentacja etyczna opowiada się za obowiązkowymi szczepieniami zapobiegającymi wystąpieniu potencjalnie poważnej szkody (konsekwencje zdrowotne infekcji), to jednocześnie powinna wskazywać jednoznacznie na jasne kryteria (racje), którymi się powinniśmy kierować, dopuszczając te ograniczenia.

Można odwołać się do zasady całościowości, która zakłada dwie istotne racje: „Po pierwsze, uznanie wyższości dobra indywidualnego prowadziłoby do naruszenia dobra innych ludzi i całości społecznej. Po drugie, dobro wspólne w całości powinno służyć jej członkom i w tym znaczeniu jest ostatecznie podporządkowane indywidualnemu dobru osoby ludzkiej” (K. Szewczyk, „Bioetyka”). Nabywana dzięki szczepieniom obowiązkowym odporność jednostki jest korzyścią podwójną: zapobiega chorobom jednostki i podnosi odporność populacji, w ten sposób również chroniąc jednostkę przed chorobą, także osobę niezaszczepioną, ponieważ maleje prawdopodobieństwo kontaktu z chorym zakaźnie. Jeśli więc możemy zapobiegać poważnym skutkom chorób (nietrywialna szkoda, tj. zagrażająca poważnie zdrowiu lub życiu innych) poprzez szczepienia obowiązkowe potencjalnego źródła chorób zakaźnych (zapobieganie wyrządzenia krzywdy innym), to przy moralnej powinności nieszkodzenia innym, jesteśmy moralnie zobowiązani do poddania się szczepieniom.

Argumentacja etyczna powinna towarzyszyć tak dyskusji nad szczepieniami, obowiązkowymi i dobrowolnymi, jak i istniejącym bądź proponowanym programom szczepień. Verweij i Dawson („Ethical principles for collective immunisation programmes”) podają siedem etycznych zasad, jakie spełniać mają programy grupowych szczepień: po pierwsze, programy szczepień powinny być ukierunkowane na poważne choroby, będące problemem zdrowia publicznego; po drugie, każda szczepionka oraz sam program w całości muszą być skuteczne i bezpieczne (np. wyższe standardy bezpieczeństwa szczepionek w porównaniu do innych farmaceutyków); po trzecie, obciążenia czy niedogodności powinny być minimalizowane (np. lęk, ból podczas szczepienia, ilość wkłuć); po czwarte, programy szczepień w kontekście obciążeń i korzyści powinny być porównywane z innymi wariantami prewencji (także ich koszt); po piąte, programy szczepień powinny uwzględniać sprawiedliwy podział obciążeń i korzyści; po szóste, udział w programach szczepień powinien być dobrowolny, chyba że jedynie obowiązkowe szczepienia zapobiegają konkretnej i poważnej szkodzi; po siódme, społeczne zaufanie do programów szczepień powinno być chronione.

Można mieć uzasadnione wątpliwości, czy wszystkie obowiązkowe szczepienia spełniają kryteria wyrażone w tych zasadach, głównie w czwartej i szóstej. Proponując zatem szczepienia obowiązkowe powinno się uzyskać społeczną aprobatę. To podstawowe prawo obywatelskie, także w kontekście dostępu do informacji i wiedzy, jaką dysponują eksperci medyczni. Bez uszanowania tego prawa trudno domagać się racjonalności i zaufania.

Czy można prawnie wyegzekwować obowiązek szczepień ochronnych?

Tekst Rafał Kubiak

Fot. z archiwum autora



Prof. dr hab. n. prawnych Rafał Kubiak

Ukończył Wydział Prawa i Administracji Uniwersytetu Łódzkiego, gdzie uzyskał także stopień doktora nauk prawnych w zakresie prawa oraz stopień naukowy doktora habilitowanego. Aktualnie pełni obowiązki kierownika Zakładu Prawa Medycznego Uniwersytetu Medycznego w Łodzi. Pracuje również w Katedrze Prawa Karnego Uniwersytetu Łódzkiego oraz jest zastępcą dyrektora Centrum Egzaminów Medycznych w Łodzi. Ponadto jest członkiem Komisji Bioetycznej, Komisji Etyki Badań Naukowych Uniwersytetu Łódzkiego oraz biegłym sądowym z zakresu prawa medycznego przy Sądzie Okręgowym w Łodzi.

Co mam zrobić, gdy rodzice nie chcą zaszczepić swego dziecka? Informować sanepid? Jakie mam prawa, jakie obowiązki?

Źródło grafiki: http://www.flickr.com/photos/17878613818_2fa166c6b7_b/CNBP

Wprowadzenie. Ewolucja rozwiązań

Potrzebę zwalczania chorób zakaźnych i zapobiegania im dostrzegano już w czasach starożytnych. Przykładowo w Chinach stosowano tzw. wariolizację. Metoda ta miała chronić przed ospą, a polegała m.in. na wprowadzaniu do nosa osób zdrowych spreparowanej wydzieliny z pęcherzyków ospy (zob. szerzej T. Marcinkowski [w:] T. Brzeziński, *Historia medycyny*, Warszawa 1988, s. 239-241.). Z kolei w starożytnych Indiach wstrzykiwano dzieciom pod skórę ropę pobraną od osób cierpiących na ospę. W wiekach średnich wprowadzano w Europie przepisy ukierunkowane na zapobieganie chorobom zakaźnym, a w szczególności tzw. przeciwdżumowe (J. Kracik, *Pokonać czarną śmierć*, Kraków 1991, s. 31-32). Jednakże dopiero w okresie oświecenia w sposób bardziej naukowy opracowywano sposoby przeciwdziałania zakażeniom, przeprowadzając w tym celu eksperymenty medyczne m.in. na dzieciach (jako przykład takich działań można podać doświadczenie, jakie wykonał w 1796 r. Edward Jenner, który poddał mu kilkuletniego chłopca. W efekcie prób badawczych odkrył metodę szczepień na ospę). Do postępu w tym zakresie przyczyniły się również prace Ludwika Pasteura, który opracował szczepionkę przeciwko wściekliźnie, a także metodę szczepień ochronnych przeciwko cholercie, dżumie, wąglikowi i różycy świń (B. Seyda, *Dzieje medycyny w zarysie*, Warszawa 1973, s. 246-247). Jego osiągnięcia w tym obszarze były wykorzystane w XIX w. także na ziemiach polskich. W 1886 r. w Warszawie powstała bowiem stacja szczepień przeciwko wściekliźnie, w której dokonywano tych czynności sposobem opisanym przez L. Pasteura.

Skuteczność takich działań była jednak uwarunkowana ich przeprowadzaniem na masową skalę. Władze uznały, że należy wprowadzić obowiązek szczepień, który będzie egzekwowany

za pomocą środków przymusu państwowego, będzie zatem zabezpieczony różnorodnymi sankcjami. Rozwiązania takie były w Polsce przewidziane już w okresie międzywojennym. Jako przykład można podać Ustawę z dnia 25 lipca 1919 r. w przedmiocie zwalczania chorób zakaźnych oraz innych chorób występujących nagminnie (Dz. U. R. P. nr 67, poz. 402). Z mocy jej art. 12 Minister Zdrowia Publicznego został uprawniony do zarządzenia szczepień ochronnych „w celu skutecznego zwalczania chorób zakaźnych”. Obowiązek taki został wprowadzony w 1922 r. i dotyczył szczepień przeciwko cholercie (rozporządzenie Naczelnego Nadzwyczajnego Komisarza do Walki z Epidemiami z dnia 24 lipca 1922 r. wydane w porozumieniu z Ministrem Kolei Żelaznych i Ministrem Spraw Wewnętrznych o zarządzeniach wyjątkowych, zapobiegających zwalczeniu cholery (Dz. U. nr 59, poz. 534, z późn. zm.). Wymuszenie posłuchu dla tych regulacji następowało za pomocą możliwości nałożenia kar administracyjnych w postaci grzywny do 1.000 zł lub aresztu do 3 miesięcy (art. 25 ustawy). Podobne unormowania zawierała Ustawa z dnia 21 lutego 1935 r. o zapobieganiu chorobom zakaźnym i o ich zwalczaniu (Dz. U. nr 27, poz. 198, z późn. zm.), która w art. 11 upoważniała Minister Opieki Społecznej do wydania rozporządzenia w przedmiocie przeprowadzenia „przymusowych szczepień ochronnych przeciw chorobom zakaźnym, podlegającym obowiązkowi zgłaszania”. Wykonanie takiej powinności było zagwarantowane sankcjami, opisanymi w art. 22 ust. 1 ustawy (kara aresztu do 3 miesięcy i grzywny do 3.000 złotych, lub jedna z tych kar). Po II wojnie światowej problematyce tej poświęcono także kilka aktów prawnych. W szczególności zagadnienie to regulowała Ustawa z dnia 13 listopada 1963 r. o zwalczaniu chorób zakaźnych (Dz. U. nr 50, poz. 279, z późn. zm.). Na mocy jej art. 2 ust. 1 osoby przebywające na teryto-



rium RP, na żądanie inspektora sanitarnego bądź właściwego do spraw zdrowia organu administracji publicznej, były zobowiązane do poddawania się szczepieniom ochronnym przeciwko chorobom zakaźnym. Za uchylenie się od takiego obowiązku groziła grzywna do 4.500 zł. Swoistą sankcją przewidziano także w przepisach wykonawczych do tej ustawy. Polegała ona na ograniczeniu w przyjmowaniu do żłobków, przedszkoli, domów dziecka, domów młodzieży, szkół, sanatoriów itd. osób, które nie posiadały stosownego zaświadczenia o poddaniu się obowiązkowym szczepieniu (zob. § 15 Rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 30 października 1964 r. w sprawie obowiązkowych szczepień ochronnych przeciwko chorobom zakaźnym (Dz. U. nr 40, poz. 273, z późn. zm.).



Na gruncie obecnego stanu prawnego istnieje obowiązek szczepień ochronnych. Powstaje on z mocy samego prawa i nie wymaga skonkretyzowania w drodze indywidualnych decyzji adresowanych do poszczególnych osób, które mają poddać się takiemu zabiegowi. Uchylenie się od omawianej powinności może uzasadniać wszczęcie odpowiednich procedur egzekucyjnych. Wymuszenie realizacji tego obowiązku może nastąpić poprzez nakładanie grzywien i ich egzekwowanie przez właściwego miejscowo wojewodę. Orzeczenia sądów administracyjnych, w wyniku których zostały uchylone akty wydane przez służby sanitarne, nie prowadzą do wniosku, iż prezentowana powinność jest nieegzekwowalna. U podstaw tych rozstrzygnięć legły bowiem względy proceduralne, a nie merytoryczne. Wręcz przeciwnie sądy te dopuszczają możliwość stosowania środków przymusu pośredniego, tj. grzywny w postępowaniu egzekucyjnym oraz sankcji przewidzianych w Kodeksie wykroczeń. Trzeba jednak wyraźnie zaznaczyć, że tego rodzaju środki mają charakter przymusu pośredniego (jedynie wyjątkowo możliwe jest bowiem użycie przymusu bezpośredniego). Lekarz dokonujący szczepień nie może zatem pominąć stanowiska rodziców, którzy sprzeciwiają się takiemu zabiegowi i niejako „przymusowo” go wykonać.



Współcześnie omawiana powinność była statuowana w Ustawie z 6 września 2001 r. o chorobach zakaźnych i zakażeniach (Dz. U. nr 126, poz. 1384, z późn. zm.) – art. 5 ust. 1 pkt 2. Za niezastosowanie się do obowiązku szczepień groziła grzywna (czyn ten stanowił wykroczenie – art. 35 ust. 1 pkt 2 ustawy). Unormowania te zostały zastąpione obecnie obowiązującą Ustawą z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (tekst jedn. Dz. U. z 2013 r., poz. 947, z późn. zm., zwaną dalej „UChZ”). W myśl jej art. 5 ust. 1 pkt 1 lit. b osoby przebywające na terytorium RP są obowiązane do poddania się szczepieniom ochronnym. W przypadku, gdy zabieg taki ma być wykonany wobec osoby nieposiadającej pełnej zdolności do czynności prawnych (w szczególności osoby małoletniej) odpowiedzialność za wypełnienie wspomnianego obowiązku ponosi osoba, która sprawuje prawną pieczę nad tą osobą albo jej opiekun faktyczny w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt 1 Ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (tekst jedn. Dz. U. z 2012 r., poz. 159, z późn. zm., zwaną dalej „UPP”). W odniesieniu do małoletnich przedstawicielami ustawowymi będą zazwyczaj jego rodzice, pod warunkiem że przysługuje im pełna władza rodzicielska (art. 98 § 1 Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego). Z kolei opiekunem faktycznym – w myśl powołanego art. 3 ust. 1 pkt 1 UPP, jest osoba sprawująca, bez obowiązku ustawowego, stałą opiekę nad pacjentem, który ze względu na wiek, stan zdrowia albo stan psychiczny opieki takiej wymaga.

Zasady przeprowadzania obowiązkowych szczepień ochronnych zostały określone w rozdziale 4. ustawy oraz w wydanych z jej upoważnienia aktach wykonawczych (a w szczególności w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 18 sierpnia 2011 r. w sprawie obowiązkowych szczepień ochronnych (Dz. U. nr 182, poz. 1086, z późn. zm.). W ustawie zamieszczono przepisy karne, jednakże uchylenie się od obowiązku szczepień nie zostało na gruncie tego aktu spenalizowane. Ustawodawca nie wyposażył też służb sanitarnych w możliwość wydawania decyzji administracyjnych zobowiązujących do poddania się szczepieniu (z wyjątkiem szczególnych przypadków, o których mowa w art. 33 ust. 1 ustawy). Rodzi się więc pytanie, czy możliwe jest przymusowe wyegzekwowanie tej powinności, a jeśli odpowiedź jest twierdząca, to jaki rodzaj przymusu może być zastosowany oraz w jakim trybie i jaki organ jest do tego uprawniony?

Ze względu na pewne niejasności w przepisach zagadnienia te spowodowały problemy praktyczne, rozstrzygane przez sądy administracyjne. Warto zatem pokrótce przedstawić linię orzecznictwa, która wytycza sposób interpretacji omawianych unormowań.

Przymus bezpośredni

Należy poczynić pewne uwagi terminologiczne. Mianowicie poddanie określonej osoby zabiegom medycznym następuje, co do zasady, za jej zgodą (ewentualnie zgodą innego uprawnionego podmiotu). Niekiedy jednak dopuszczalne jest wykonanie czynności medycznej przymusowo. Można wyróżnić dwie odmiany takiego przymusu: bezpośredni i pośredni. Ten pierwszy polega na przełamaniu oporu pacjenta poprzez zastosowanie różnych środków siłowych. Natomiast przymus pośredni to użycie instrumentów prawnych, które mają wyrzucić presję na chorego (lub innych decydentów) i w ten sposób skłonić go do poddania się danej procedurze medycznej (M. Sośniak, *Cywilna odpowiedzialność lekarza*, Warszawa 1977, s. 92). Jak podkreśla się w literaturze, odmowa takich osób nie upoważnia do wykorzystania rozwiązań siłowych, lecz do zastosowania różnych sankcji, w szczególności administracyjnych i karnych (M. Nestorowicz, *Prawo medyczne*, Toruń 2000, s. 93-94).

W przypadku obowiązkowych szczepień ochronnych możliwe jest skorzystanie z obu rodzajów tego przymusu, przy czym przymus bezpośredni może być stosowany jedynie wyjątkowo. Przesłanki i zasady jego użycia są określone w art. 36 UChZ. Podmiotowo konstrukcja ta jest adresowana jedynie do takiej osoby, u której „podejrzuwa się lub rozpoznano chorobę szczególnie niebezpieczną i wysoce zakaźną, stanowiącą bezpośrednie zagrożenie dla zdrowia lub życia innych osób”. Jeśli uchyla się ona od pewnych obowiązkowych czynności, w tym szczepień, możliwe jest sięgnięcie po środki przymusu bezpośredniego w postaci przytrzymywania, unieruchomienia lub przymusowego podania leków. Decyzję o użyciu takiego środka podejmuje lekarz lub felczer, który określa jego rodzaj i następnie osobiście nadzoruje jego wykonanie. Przy wyborze środka przymusu powinien kierować się zasadą minimalizmu, tj. dobrać środek, który będzie najbardziej skuteczny, ale jednocześnie najmniej uciążliwy dla zainteresowanego. Ponadto ustawodawca wymaga, by przy stosowaniu danego środka „zachować szczególną ostrożność i dbałość o dobro tej osoby” (art. 36 ust. 4 UChZ). Zainteresowany powinien być uprzedzony o zamiarze zastosowania wobec niego przymusu bezpośredniego (przekaz taki pełni nie tylko funkcję informacyjną, ale ponadto może zmotywować taką osobę do zaprzestania oporu i do dobrowolnego poddania się określonej czynności). Pod względem formalnym okoliczności użycia przymusu bezpośredniego należy opisać w dokumentacji medycznej. Dla porządku warto dodać, że uprawnionymi do użycia takich środków są wyłącznie osoby wykonujące zawody medyczne. Jednakże mogą one zwrócić się o pomoc do policji,

straży granicznej lub żandarmerii wojskowej. Funkcjonariusze tych służb mogą wspomóc lekarza lub felczera jedynie wówczas, gdy zostaną przez nich wyposażeni w odpowiedni sprzęt chroniący przed chorobami zakaźnymi.

Z regulacji tej wynika zatem, że jedynie wyjątkowo dopuszczalne jest stosowanie przymusu bezpośredniego (musi to być bowiem podyktowane swoistym stanem wyższej konieczności, w którym dobra pacjenta – jego wolność, nietykalność cielesna itd. – zostają poświęcone w imię ratowania dóbr osób trzecich – ich życia i zdrowia, w warunkach poważnego zagrożenia w tym zakresie). W pozostałych przypadkach skłonienie zainteresowanego do poddania się szczepieniom ochronnym następuje za pomocą środków przymusu pośredniego.

Przymus pośredni

Jak już wspomniano – przymus pośredni polega na zastosowaniu sankcji administracyjnych o charakterze represyjnym lub sankcji karnych. Te pierwsze mogą być stosowane na zasadach określonych w Ustawie z dnia 17 czerwca 1966 r. o postępowaniu egzekucyjnym w administracji (tekst jedn. Dz. U. z 2014 r., poz. 1619, z późn. zm., zwanej dalej „UPEA”). Pozwala ona m.in. na wymuszenie realizacji nałożonych obowiązków o charakterze niepieniężnym, a więc również szczepień. Środkiem egzekucyjnym jest wówczas grzywna, której zasady nakładania zostały opisane w art. 119-126 UPEA. Grzywna taka jest nakładana co do zasady na osobę, która jest zobowiązana do określonego zachowania i go nie realizuje. Jednakże w przypadku, gdy zobowiązanym jest osoba działająca przez przedstawiciela ustawowego, grzywna może być wymierzona względem tego podmiotu. Rozwiązanie to ma istotne znaczenie w aspekcie szczepień osób małoletnich. Co oczywiste grzywna nie może być nałożona na takie osoby, lecz na ich przedstawicieli ustawowych, czyli – jak już podano – generalnie na ich rodziców. W myśl art. 121 § 1 UPEA, grzywna może być nakładana kilkakrotnie w tej samej lub wyższej kwocie. Przy czym każdorazowo zastosowana grzywna nie może przekraczać kwoty 10.000 zł, a sumarycznie kwoty 50.000 zł (art. 121 § 2 i 3 UPEA). Grzywnę nakłada tzw. organ egzekucyjny w drodze postanowienia, w którym określa w szczególności termin zapłaty. Jeśli minie on bezskutecznie, następuje ściągnięcie grzywny na zasadach dotyczących świadczeń pieniężnych (czyli np. poprzez zajęcie wynagrodzenia za pracę lub wierzytelności z rachunku bankowego). Jeśli natomiast zobowiązany wykona swą powinność, niewyegzekwowana dotąd grzywna podlega umorzeniu (art. 125 § 1 UPEA). Regulacje te należy odpowiednio odnieść do wymuszenia realizacji obowiązku szczepień ochronnych. Niestety ustawa o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi nie reguluje wprost tej materii i nie odsyła do przedstawionych przepisów. Stąd też w praktyce pojawiły się wątpliwości, czy możliwe jest wyegzekwowanie omawianej powinności w trybie administracyjnym, a jeśli tak, to jaki organ byłby władny przeprowadzić taką procedurę.

Warunkiem podjęcia stosownego postępowania jest wiedza organu, iż dana osoba uchyła się od szczepień. Prawodawca musiał zatem określić zasady zgłaszania takich przypadków. Na gruncie poprzedniego stanu prawnego, tj. Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 19 grudnia 2002 r. w sprawie wykazu obowiązkowych szczepień ochronnych oraz zasad przeprowadzania i dokumentacji szczepień (Dz. U. nr 237, poz. 2018, z późn. zm.), zagadnienie to było unormowane *expressis verbis*. W myśl bowiem jego § 15, świadczeniodawcy przechowujący karty uodpornienia byli zobligowani do zawiadamiania właściwego państwowego powiatowego inspektora sanitarnego o fakcie uchylania się od poddania obowiązkowym szczepieniom ochronnym. Rozwiązania takiego nie powtórzono jednak w treści aktualnie obowiązującego rozporządzenia w sprawie

obowiązkowych szczepień ochronnych (z 2011 r.). Nie oznacza to jednak, że obowiązek zgłoszeniowy nie istnieje. Jest on bowiem realizowany poprzez składanie kwartalnych sprawozdań, przekazywanych państwowemu powiatowemu inspektorowi sanitarnemu (zgodnie z § 13 rozporządzenia). Następuje to za pomocą formularza, stanowiącego załącznik nr 4 do rozporządzenia. W dziale drugim tego druku znajduje się rubryka, w której podaje się liczbę osób, które uchylają się od obowiązku szczepień oraz dołącza się imienną listę takich osób. Informacja taka inicjuje dalsze postępowanie, ukierunkowane na wymuszenie realizacji analizowanego obowiązku. Jednakże ustawa nie uprawnia państwowego powiatowego inspektora sanitarnego do wydawania decyzji konkretyzujących powinność poddania się szczepieniom, ani też wydawania postanowień o egzekucji tego obowiązku. Brak takiej podstawy prawnej spowodował wątpliwości interpretacyjne oraz doprowadził do uchylecia decyzji tych podmiotów, co zostało następnie odczytane przez opinię publiczną (a zwłaszcza osoby przeciwnie obowiązkowi szczepień) jako brak możliwości egzekucji tej powinności. Pogląd ten nie jest jednak uprawniony. Sądy administracyjne uznały w istocie, iż wydane decyzje są nieważne, ale uzasadnieniem dla takich wyroków były li tylko względy proceduralne, a nie merytoryczne.

Dla zilustrowania tego zagadnienia warto przedstawić sprawę, jaką rozpatrywał Naczelny Sąd Administracyjny w Warszawie. W wyroku z dnia 6 kwietnia 2011 r. (sygn. akt: II OSK 32/11, LEX nr 852219) orzekł on, że regulacja ujęta w art. 5 ust. 1 i art. 17 ust. 1 UChZ z mocy prawa definiuje obowiązki poddania się szczepieniom ochronnym, co powoduje, „że ustawa ta nie daje podstaw do wydawania w tym przedmiocie decyzji administracyjnej”. Judykat ten został wydany na kanwie następującego stanu faktycznego: Powiatowy Państwowy Inspektor Sanitarny w Inowrocławiu wszczął postępowanie przeciwko rodzicom, którzy odmówili poddania swego dziecka szczepieniom ochronnym. Wydał w tym przedmiocie decyzję administracyjną, nakazującą natychmiastowe stawienie się rodziców z dzieckiem w placówce medycznej w celu wykonania obowiązku szczepień. Rodzice nie zastosowali się jednak do tego wezwania, lecz złożyli odwołanie od decyzji. Została ona jednak podtrzymana w toku instancyjnym przez Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego w Bydgoszczy. W związku z tym rodzice złożyli skargę do Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Bydgoszczy, który jednak uznał, że jest ona niezasadna i utrzymał zaskarżone decyzje w mocy. Od wyroku tego została złożona skarga kasacyjna do Naczelnego Sądu Administracyjnego. Skarżący uzasadniali, że kwestionowane decyzje organów sanitarnych zostały wydane bez podstawy prawnej. Pogląd ten został podzielony przez Sąd, który uchylił zaskarżone decyzje. W motywach swego rozstrzygnięcia wyjaśnił, że obecnie obowiązujące przepisy, dotyczące obowiązku szczepień, nie uprawniają służb sanitarnych do wydawania decyzji administracyjnych, w drodze których zostałaby skonkretyzowana ta powinność (w odniesieniu do danej osoby). Obowiązek szczepień wynika bowiem z mocy samego prawa i nie wymaga dookreślenia w drodze decyzji administracyjnej. W analizowanej sprawie decyzje takie zostały więc wydane bez podstawy prawnej. Zgodnie zaś z art. 156 § 1 pkt 2 Kodeksu postępowania administracyjnego, organ administracji powinien stwierdzić nieważność takiej decyzji. Jednakże Państwowy Wojewódzki Inspektor Sanitarny w Bydgoszczy, jako organ II instancji, tego nie uczynił. Stąd też Naczelny Sąd Administracyjny stwierdził nieważność obu tych decyzji (wydanej w I i II instancji). Sąd nie odniósł się jednak w ogóle do kwestii możliwości wyegzekwowania obowiązku szczepień. Uzasadnieniem uchylecia wspomnianych decyzji były bowiem jedynie względy proceduralne. Wyroku tego nie można zatem traktować



jako precedensowego i wysnuć z niego wniosek, że postępowanie egzekucyjne jest w takich wypadkach niedopuszczalne.

Podstawy do takich twierdzeń nie daje również kolejny wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 1 sierpnia 2013 r. (sygn. akt: II OSK 745/12, LEX nr 1360426), w którym Sąd ten wskazał, że „ustawa z 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi nie przewiduje możliwości wydania przez organy PIS decyzji dotyczących szczepień ochronnych”. *Prima facie* można by zatem wywodzić z tego judykatu, że nie jest możliwe wyegzekwowanie omawianej powinności. Teza ta jest jednak błędna. Należy bowiem dokładniej przedstawić motywy Sądu i uzasadnienie tego rozstrzygnięcia. Przedmiotem rozważań była sprawa matki, która odmówiła zaszczepienia swego dziecka. W konsekwencji państwowy powiatowy inspektor sanitarny wezwał ją do wykonania tej powinności. Matka jednak nie zastosowała się do tego nakazu, lecz wyjaśniła, że „nie będzie poddawać swojego syna szczepieniom, które nie są uzasadnione, z uwagi na ryzyko wystąpienia groźnych powikłań poszczepiennych”. W celu wyegzekwowania obowiązku szczepień inspektor sanitarny wydał więc postanowienie, w którym nałożył na zainteresowaną grzywnę w wysokości 500 zł. Na postanowienie to zostało złożone zażalenie do Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego, który jednak utrzymał je w mocy. Strona zaskarżyła więc oba postanowienia do Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Gorzowie Wielkopolskim, który jednak oddalił skargę. Uznał bowiem, że organy sanitarne były uprawnione do przeprowadzenia postępowania egzekucyjnego na podstawie art. 20 UPEA. Przepis ten stanowi, że organem egzekucyjnym w zakresie egzekucji administracyjnej obowiązków o charakterze niepieniężnym jest m.in. kierownik wojewódzkiej albo powiatowej służby. Do kategorii tej należą zaś wojewódzcy i powiatowi inspektorzy sanitarni. Byli zatem upoważnieni do prowadzenia egzekucji obowiązku szczepień. Wyrok ten został zaskarżony do Naczelnego Sądu Administracyjnego, który uznał zasadność skargi, uchylił wyrok sądu I instancji i przekazał sprawę do niego do ponownego rozpatrzenia. Jednakże u podstaw takiego rozstrzygnięcia legły ponownie względy proceduralne. Zdaniem Naczelnego Sądu Administracyjnego, powołany art. 20 UPEA nie wyposaża organów sanitarnych w uprawnienia egzekucyjne. W istocie posiadają je kierownicy powiatowych i wojewódzkich służb (a więc także sanitarnych), ale jedynie w zakresie obowiązków wynikających z wydawanych przez siebie decyzji i postanowień. Biorąc zaś pod uwagę, że ani powiatowy, ani wojewódzki inspektor sanitarny nie są uprawnieni do wydawania decyzji konkretyzujących obowiązek szczepień ochronnych (ten bowiem – jak wspomniano – wynika z mocy ustawy), nie mogą następnie przeprowadzić postępowania egzekucyjnego. Nie ma bowiem aktu, który nadawałby się do takiej egzekucji. Sąd jednak nie zakwestionował możliwości wymuszenia w drodze administracyjnej obowiązku szczepień. Wyjaśnił bowiem, że powinność ta jest egzekwowalna, ale przez inny organ tj. przez wojewodę.

W kolejnych wyrokach w podobnych sprawach sądy administracyjne podzieliły to stanowisko. Wojewódzki Sąd Administracyjny w Krakowie w wyroku z dnia 16 kwietnia 2013 r. (sygn. akt: III SA/Kr 1103/12, LEX nr 1326296), wyjaśnił więc, że „dopuszczalne jest prowadzenie egzekucji obowiązku wynikającego z przepisu prawa – przepisów art. 5 ust. 1 i 3, oraz art. 17 ust. 1 Ustawy z 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi”. Z kolei Wojewódzki Sąd Administracyjny w Poznaniu w wyroku z dnia 21 marca 2013 r. (sygn. akt: II SA/Po 96/13, LEX nr 1301191), wskazał, że „organem posiadającym ogólną właściwość do prowadzenia postępowania egzekucyjnego w zakresie obowiązków niepieniężnych jest [...] wojewoda”. Ten organ może więc wymusić w drodze egzekucji administracyjnej realizację obowiązku szczepień.

Z utrwalonej linii orzeczniczej wynika zatem, że względem osób uchylających się od obowiązkowych szczepień ochronnych może być prowadzone stosowne postępowanie administracyjne, obejmujące m.in. nałożenie grzywny jako środka egzekucyjnego. Na możliwość taką zwrócił uwagę Naczelny Sąd Administracyjny w uzasadnieniu do powołanego już wyroku z dnia 6 kwietnia 2011 r. (sygn. akt: II OSK 32/11, LEX nr 852219). Wyjaśnił bowiem, że „wykonanie tego obowiązku z mocy prawa zabezpieczone jest przymusem administracyjnym oraz odpowiedzialnością regulowaną przepisami ustawy z 20 maja 1971 r. – Kodeks wykroczeń.”

Z wypowiedzi tej wynika również, że wobec osób odmawiających poddania się szczepieniom możliwe jest zastosowanie sankcji karnych. Podstawę ich orzekania stanowi art. 115 § 2 Kodeksu wykroczeń. Zgodnie z tym przepisem karze grzywny do 1.500 złotych albo karze nagany podlega osoba, która sprawując pieczę nad osobą małoletnią lub bezradną, pomimo zastosowania środków egzekucji administracyjnej, nie poddaje jej określonemu szczepieniu ochronnemu lub badaniu. Konstrukcja tego unormowania nawiązuje do funkcji prawa karnego jako ostatecznego środka (*ultima ratio*), stosowanego, gdy instrumenty prawne przewidziane w innych dziedzinach prawa okażą się nieskuteczne dla wymuszenia posłuchu dla prawa. Kary przewidziane w powołanym przepisie mogą być bowiem orzekane dopiero wówczas, gdy uprzednio zostanie przeprowadzone postępowanie egzekucyjne, które jednak nie doprowadzi do wykonania obowiązku szczepień. Biorąc pod uwagę ograniczenia wiekowe odpowiedzialności karnej, kara ta nie może być orzeczona wobec małoletniego, który nie został zaszczepiony. Sprawcą tego czynu może być natomiast jego przedstawiciel ustawowy lub opiekun faktyczny, który zgodnie z art. 5 ust. 1 UchZ był zobligowany do poddania dziecka zabiegowi szczepienia. Wykroczenie to może być popełnione jedynie umyślnie. Można jednak założyć, że osoba, która była wezwana w trybie administracyjnym do wykonania omawianej powinności i mimo to jej nie realizuje, ma zamiar uchylić się od obowiązku szczepień, a tym samym można jej przypisać umyślność (w zamiarze bezpośrednim), co pozwoli na wymierzenie wspomnianych kar.

Podsumowanie

Konkludując, należy podkreślić, że na gruncie obecnego stanu prawnego istnieje obowiązek szczepień ochronnych. Powstaje on z mocy samego prawa i nie wymaga skonkretyzowania w drodze indywidualnych decyzji adresowanych do poszczególnych osób, które mają poddać się takiemu zabiegowi. Uchylenie się od omawianej powinności może uzasadniać wszczęcie odpowiednich procedur egzekucyjnych. Wymuszenie realizacji tego obowiązku może nastąpić poprzez nakładanie grzywien i ich egzekwowanie przez właściwego miejscowo wojewodę. Orzeczenia sądów administracyjnych, w wyniku których zostały uchylone akty wydane przez służby sanitarne, nie prowadzą do wniosku, iż prezentowana powinność jest nieegzekwowalna. U podstaw tych rozstrzygnięć legły bowiem względy proceduralne, a nie merytoryczne. Wręcz przeciwnie sądy te dopuszczają możliwość stosowania środków przymusu pośredniego, tj. grzywny w postępowaniu egzekucyjnym oraz sankcji przewidzianych w Kodeksie wykroczeń. Trzeba jednak wyraźnie zaznaczyć, że tego rodzaju środki mają charakter przymusu pośredniego (jedynie wyjątkowo możliwe jest bowiem użycie przymusu bezpośredniego). Lekarz dokonujący szczepień nie może zatem pominąć stanowiska rodziców, którzy sprzeciwiają się takiemu zabiegowi i niejako „przymusowo” go wykonać. Jest natomiast zobligowany do zawiadomienia państwowego powiatowego inspektora sanitarnego. Informacja taka pozwoli zaś na wszczęcie odpowiednich procedur prawnych, ukierunkowanych na wymuszenie realizacji obowiązku szczepienia.

Dr adw. Małgorzata Paszkowska

Prawnik i socjolog. Od wielu lat doradca i wykładowca w zakresie prawa i zarządzania w ochronie zdrowia. Adiunkt w Katedrze Prawa WSiLiZ w Rzeszowie. Wykładowca na kursach specjalizacyjnych dla lekarzy. Współorganizator kierunku zdrowie publiczne oraz uczelnianego centrum rehabilitacyjno-medycznego REH-MEDIQ. Prowadzi zajęcia ze studentami w szczególności na kierunku administracja i zdrowie publiczne i wykłady na studiach podyplomowych. Opiekun merytoryczny i autorka programów studiów podyplomowych: Zarządzanie podmiotami leczniczymi, Organizacja i zarządzanie w ochronie zdrowia, Usługi opiekuńcze i specjalistyczne usługi opiekuńcze (dla pracowników pomocy społecznej).

” Ograniczenie wysokości odszkodowania maksymalnie do kwoty trzymiesięcznego wynagrodzenia dotyczy wyłącznie przypadków, gdy pracownik lekarz wyrządził szkodę nieumyślnie. Jeżeli zaś lekarz wyrządził szkodę umyślnie, jest obowiązany do jej naprawienia w pełnej wysokości.

“

Źródło grafiki: www.flickr.com/photos/14466922893_c3cf1124cb_b/NEC Corporation of America

” Szkody wyrządzone przez lekarzy są z reguły wynikiem niedołożenia należytej staranności, co stanowi winę nieumyślną. Jeżeli jednak pracownik umyślnie wyrządził szkodę, jest obowiązany do jej naprawienia w pełnej wysokości!

“

ODPOWIEDZIALNOŚĆ PRAWNA „ETATOWCA” I „KONTRAKTOWCA”

Tekst dr adw. Małgorzata Paszkowska

Odpowiedzialność to właściwość ludzkiego postępowania polegająca na możliwości lub gotowości ponoszenia konsekwencji swego postępowania. Działalność w ochronie zdrowia związana jest z ryzykiem i może stanowić podstawę do ponoszenia odpowiedzialności prawnej przez podmiot leczniczy i/lub personel medyczny. Lekarze w związku z wykonywanym zawodem podlegają różnym rodzajom odpowiedzialności prawnej tj.: odpowiedzialności cywilnej, odpowiedzialności zawodowej, odpowiedzialności pracowniczej i odpowiedzialności karnej.

Wybór formy wykonywania zawodu rzutuje na zakres odpowiedzialności lekarza z tytułu szkód wyrządzonych pacjentowi podczas leczenia. Celem artykułu jest przybliżenie zasad odpowiedzialności lekarza za szkody w przypadku zatrudnienia na podstawie umowy o pracę oraz na podstawie umowy cywilnej o udzielanie świadczeń zdrowotnych.

Odpowiedzialność pracownicza lekarza

Zasady odpowiedzialności pracowniczej określone są w Kodeksie pracy. Podkreślić

należy, że odpowiedzialność ta dotyczy tylko tych osób (lekarzy), które mają prawni status pracownika. Przypomnijmy, że zgodnie z k.p. pracownikiem jest wyłącznie osoba zatrudniona na podstawie umowy o pracę, powołania, wyboru, mianowania lub spółdzielczej umowy o pracę. Nie są zatem pracownikami lekarze wykonujący swe czynności zawodowe na podstawie umów cywilnoprawnych. W ramach odpowiedzialności pracowniczej występują dwa jej generalne rodzaje, tj.: odpowiedzialność porządkowa i odpowiedzialność materialna.

Odpowiedzialność porządkowa jest konsekwencją zobowiązania się pracownika do przestrzegania obowiązków wynikających ze stosunku pracy. Za nieprzestrzeganie przez pracownika ustalonej organizacji i porządku w procesie pracy, przepisów bezpieczeństwa i higieny pracy, przepisów przeciwpożarowych, a także przyjętego sposobu potwierdzania przybycia i obecności w pracy oraz usprawiedliwiania nieobecności w pracy, pracodawca może stosować: karę upomnienia lub karę na-

gany. Za nieprzestrzeganie przez pracownika przepisów bhp lub przepisów przeciwpożarowych, opuszczenie pracy bez usprawiedliwienia, stawienie się w pracy w stanie nietrzeźwości lub spożywanie alkoholu w czasie pracy – pracodawca może również stosować karę pieniężną. Kara nie może być zastosowana po upływie 2 tygodni od powzięcia wiadomości o naruszeniu obowiązku pracowniczego i po upływie 3 miesięcy od dopuszczenia się tego naruszenia. Jeżeli zastosowanie kary nastąpiło z naruszeniem przepisów prawa, pracownik może w ciągu 7 dni od dnia zawiadomienia go o ukaraniu wnieść sprzeciw. Nieodrzućenie sprzeciwu w ciągu 14 dni od dnia jego wniesienia jest równoznaczne z uwzględnieniem sprzeciwu. Pracownik, który wniósł sprzeciw, może w ciągu 14 dni od dnia zawiadomienia o odrzuceniu tego sprzeciwu wystąpić do sądu pracy o uchylenie zastosowanej wobec niego kary. Lekarz może być ukarany w ramach odpowiedzialności porządkowej przykładowo za nieprzestrzeganie godzin rozpoczęcia



i zakończenia pracy (spóźnianie się do pracy, niezgodnione z przełożonym wcześniejsze wyjście).

Dla rozstrzygnięcia o szkodach na osobie pacjenta i mieniu pracodawcy podstawowe znaczenie ma odpowiedzialność materialna lekarza jako pracownika. Zasady dotyczące odpowiedzialności materialnej pracowników zawarte są w art. 114-127 Kodeksu pracy. Pracownik, który wskutek niewykonania lub nienależytego wykonania obowiązków pracowniczych ze swej winy wyrządził pracodawcy szkodę, ponosi odpowiedzialność materialną. Pracownik ponosi odpowiedzialność za szkodę w granicach rzeczywistej straty poniesionej przez pracodawcę i tylko za zaniechanie, z którego wynikała szkoda (adekwatny związek przyczynowy). Przyczynienie się pracodawcy lub poszkodowanego do powstania lub zwiększenia szkody powoduje w tym zakresie zmniejszenie zakresu odpowiedzialności pracownika. Pracodawca jest zobowiązany wykazać okoliczności uzasadniające odpowiedzialność pracownika oraz wysokość powstałej szkody. W razie wyrządzenia szkody przez kilku pracowników każdy z nich ponosi odpowiedzialność za część szkody, stosownie do przyczynienia się do niej i stopnia winy. Jeżeli nie jest możliwe ustalenie stopnia winy i przyczynienia się poszczególnych pracowników do powstania szkody, odpowiadają oni w częściach równych. Wyrządzenie szkody przez kilku pracowników (czyli co najmniej dwóch) może mieć miejsce – w przypadku lekarzy – np. przy wspólnym wykonywaniu zabiegu. Podmiot leczniczy powinien udowodnić lekarzowi wyrządzenie szkody i jej wysokość. W opisywanej sytuacji pracodawcy przysługuje odszkodowanie za wyrządzoną przez pracownika lekarza szkodę. Odszkodowanie ustala się w wysokości wyrządzonej szkody, jednak nie może ono przewyższać kwoty trzymiesięcznego wynagrodzenia przysługującego pracownikowi w dniu wyrządzenia szkody. Należy podkreślić ochronną rolę prawa pracy ograniczającą wysokość odpowiedzialności pracownika, inaczej niż w prawie cywilnym. Szkody wyrządzone przez lekarzy są z reguły wynikiem niedołożenia należytej staranności, co stanowi winę nieumyślną. Jeżeli jednak pracownik umyślnie wyrządził szkodę, jest obowiązany do jej naprawienia w pełnej wysokości!

Zgodnie z bardzo ważnym dla lekarzy art. 120 k.p. w razie wyrządzenia przez pracownika przy wykonywaniu przez niego obowiązków pracowniczych szkody osobie trzeciej (np. pacjentowi), zobowiązany do naprawienia szkody jest pracodawca (regres). Pracownik wyrządza szkodę przy wykonywaniu swych obowiązków pracowniczych wówczas, gdy szkoda ta pozostaje w wewnętrznorganizacyjnym, funkcjonalnym związku przyczynowym z powierzonymi mu czynnościami, które podjął na podstawie stosunku pracy w ramach wykonywania zadań związanych z przedmiotem działalności tego zakładu (por. wyrok SN III PR/21/76). Osobami trzecimi są wszystkie osoby poza pracownikiem wyrządzającym szkodę i pracodawcą. W omawianym przypadku – w stosunku do lekarza zatrudnionego w podmiocie leczniczym – osobami trzecimi są osoby korzystające ze świadczeń zdrowotnych wykonywanych przez danego lekarza w podmiocie leczniczym. Odpowiedzialność na podstawie art. 120 k.p. jest dla pracownika bardzo korzystna z uwagi na faktyczne ograniczenie ciężaru finansowego odpowiedzialności. Po naprawieniu osobie trzeciej szkody, pracodawca będzie miał roszczenie regresowe (zwrotne) do pracownika lekarza, który wyrządził szkodę.

Konkluzja: w przypadku lekarzy zatrudnionych na podstawie umowy o pracę, co do zasady, odpowiedzialność za szkodę wyrządzoną pacjentowi przez działania lub zaniechania podjęte w ramach obowiązków pracowniczych tego lekarza ponosić będzie pracodawca. Głównym jednak ryzykiem, jakie ponosi lekarz w związku z wykonywaniem czynności zawodowych na podstawie umowy o pracę, jest odpowiedzialność wobec pracodawcy. Jednakże prawo pracy ogranicza wysokość odszkodowania, które lekarz powinien zwrócić pracodawcy, bowiem odszkodowanie to ustala się w wysokości wyrządzonej szkody. Nie może ono przewyższać kwoty trzymiesięcznego wynagrodzenia przysługujące-

go pracownikowi w dniu wyrządzenia szkody. Ograniczenie wysokości odszkodowania maksymalnie do kwoty trzymiesięcznego wynagrodzenia dotyczy wyłącznie przypadków, gdy pracownik lekarz wyrządził szkodę nieumyślnie. Jeżeli zaś lekarz wyrządził szkodę umyślnie, jest obowiązany do jej naprawienia w pełnej wysokości. Przykładowo, jeśli lekarz zatrudniony w szpitalu wyrządził pacjentowi szkodę i szpital tę szkodę naprawił, to lekarz będzie zobowiązany naprawić szkodę szpitalowi (np. zwrócić wypłacone pacjentowi odszkodowanie w kwocie 100 tys. zł w części lub w całości – zależnie od swej winy).

Podkreślić należy, że nie istnieje prawna możliwość modyfikacji zasad odpowiedzialności pracownika zatrudnionego na podstawie umowy o pracę w stosunku do pracodawcy, a wszelkie zapisy umowne zmieniające te zasady są nieważne z mocy prawa.

Odpowiedzialność lekarza „kontraktowca”

Poza umową o pracę popularną formą zatrudnienia lekarzy w podmiotach leczniczych jest umowa cywilnoprawna, zwana potocznie kontraktem. Możliwość zawierania umów cywilnych i ich podstawowe rodzaje reguluje Kodeks cywilny. Do nazwanych umów cywilnych najczęściej zawieranych z lekarzami w podmiotach leczniczych należy umowa zlecenia, a do nienazwanych umowa o świadczenie usług. Treść drugiej z umów nie jest uregulowana w k.c., stąd też duża dowolność i występujące na rynku medycznym różnice w zapisach treści tych umów. Problematyka odpowiedzialności lekarza w przypadku „kontraktowców” jest bardziej skomplikowana niż w przypadku „etatowców”. Bezsownie jednak odpowiedzialność ta jest mniej korzystna niż przy umowie o pracę. Odpowiedzialność przedmiotową należy rozpatrywać m.in. w dwóch aspektach tj.: odpowiedzialności lekarza wobec podmiotu leczniczego oraz lekarza wobec pacjenta.

W treści umowy cywilnoprawnej zawieranej przez podmiot leczniczy z lekarzem, której przedmiotem jest udzielanie świadczeń zdrowotnych, powinny się znaleźć zapisy (postanowienia) dotyczące zasad odpowiedzialności prawnej stron umów. Bardzo istotnym elementem opisywanej umowy są regulacje dotyczące zasad odpowiedzialności lekarzy względem podmiotów leczniczych z tytułu niewykonania lub nienależytego wykonania umowy. Odpowiedzialność tego rodzaju doktryna prawa cywilnego określa jako odpowiedzialność kontraktową. Podstawę odpowiedzialności kontraktowej stanowi art. 471 k.c. Zgodnie z jego treścią dłużnik zobowiązany jest do naprawienia szkody wynikłej z niewykonania lub nienależytego wykonania zobowiązania, chyba że niewykonanie lub nienależyte wykonanie jest następstwem okoliczności, za które dłużnik odpowiedzialności nie ponosi. Powyższy przepis stanowi dla wierzyciela podstawę prawną do wystąpienia z roszczeniem odszkodowawczym, którego treść wyznacza obowiązek naprawienia szkody wyrządzonej wierzycielowi przez dłużnika (np. lekarza). Dłużnik ponosi odpowiedzialność dopiero wtedy, gdy wierzyciel udowodni, że na skutek nienależytego wykonania umowy poniósł szkodę, która pozostaje w adekwatnym związku przyczynowym z nienależytym wykonaniem umowy.

Wystąpienie przez podmiot leczniczy z roszczeniem przeciwko lekarzowi z art. 471 k.c. ma przede wszystkim na celu naprawienie i wyrównanie szkody poniesionej przez placówkę medyczną w konkretnym stanie faktycznym i ma charakter uzupełniający w stosunku do roszczenia o wykonanie umowy przez lekarza, do którego podmiot leczniczy zachowuje niezależne prawo.

Należy przyjąć, że odpowiedzialność podmiotu leczniczego i lekarza kontraktowego za szkody wyrządzone przy udzielaniu świadczeń jest solidarna. W przypadku lekarza (zarówno prowadzącego praktykę zawodową, jak i takiego, który nie prowadzi praktyki zawodowej), który udziela świadczeń na podstawie umowy o udzielenie zamówienia na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej odpowiedzialność podmiotu leczniczego i lekarza za szkody wyrządzone pacjentowi podczas udzielania świadczeń jest bezspornie solidarna (podstawa prawna: art. 27 ust. 7 ustawy

o działalności leczniczej z 2011 roku). Oznacza to, że w tym zakresie wyłączona jest możliwość zmiany tej zasady w drodze umowy pomiędzy podmiotem i lekarzem. Odpowiedzialność cywilna obu podmiotów, tj. podmiotu leczniczego i lekarza, jest solidarna wobec pacjenta, co oznacza, że każdy z nich odpowiada za całą szkodę (w pełnej wysokości). To pacjent jako poszkodowany decyduje o tym, czy pociągnie do odpowiedzialności cywilnej obydwa podmioty, czy tylko jednego z nich. Dla pacjenta nie ma znaczenia treść umowy między lekarzem a podmiotem leczniczym. Zgodnie bowiem z ogólnymi zasadami odpowiedzialności solidarnej zawartymi w art. 366 k.c. – w przypadku tego rodzaju odpowiedzialności wierzyciel, w tym wypadku pacjent, może żądać całości lub części świadczenia od wszystkich dłużników łącznie (np. podmiotu leczniczego i lekarza), od kilku z nich lub od każdego z osobna, a zaspokojenie wierzyciela przez któregokolwiek z dłużników zwalnia pozostałych. W przypadku odpowiedzialności za skutki czynów niedozwolonych art. 441 k.c. stanowi, iż jeżeli kilka osób ponosi odpowiedzialność za szkodę wyrządzoną czynem niedozwolonym, ich odpowiedzialność jest solidarna w ten sposób, że jeżeli szkoda była wynikiem działania lub zaniechania kilku osób, to ten, kto szkodę naprawił, może żądać od pozostałych zwrotu odpowiedniej części zależnie od okoliczności, a zwłaszcza od winy danej osoby oraz od stopnia, w jakim przyczyniła się do powstania szkody. Ten, kto naprawił szkodę, za którą jest odpowiedzialny, mimo braku winy, ma zwrotne roszczenie do sprawcy, jeżeli szkoda powstała z winy sprawcy.

W umowie z lekarzem określić można zasady, według których podmiot leczniczy będzie dochodził od lekarza roszczeń regresowych (roszczeń zwrotnych). Z uprawnieniem podmiotu leczniczego do wystąpienia z roszczeniem regresowym względem lekarza będziemy mieli do czynienia w przypadku naprawienia przez ten podmiot szkód poniesionych przez pacjenta, w sytuacji kiedy odpowiedzialnym za powstanie szkody będzie wyłącznie lekarz kontraktowy. Podobne uprawnienie wystąpi po stronie podmiotu leczniczego w przypadku naruszenia przez lekarza przepisów prawa skutkującego odpowiedzialnością podmiotu leczniczego wobec NFZ itp.

Lekarz „kontraktowiec” za szkody wyrządzone pacjentom może ponosić odpowiedzialność cywilną na podstawie art. 415 k.c. (odpowiedzialność deliktowa). Powyższy przepis stanowi, że kto z winy swej wyrządził drugiemu szkodę, obowiązany jest do jej naprawienia. Odpowiedzialność cywilna lekarza będzie odpowiedzialnością deliktową (odpowiedzialnością z czynów niedozwolonych), a nie kontraktową, gdy pacjenta nie łączy z lekarzem wykonującym świadczenia zdrowotne na rzecz podmiotu leczniczego żadna umowa. Lekarz poniesie odpowiedzialność cywilną na podstawie art. 415 k.c., gdy w konkretnej sprawie zaistnieją łącznie następujące przesłanki: wystąpi zdarzenie wywołujące szkodę (tj. czyn niedozwolony), wystąpi szkoda (np. szkoda na osobie pacjenta), będzie istniał związek przyczynowy pomiędzy zdarzeniem wywołującym szkodę (działaniem lub zaniechaniem lekarza) a szkodą, działanie lekarza będzie zawinione.

W prawie cywilnym obowiązuje zasada pełnego odszkodowania (nie ma ograniczeń jego wysokości tak jak w prawie pracy). Zakres odszkodowania obejmuje zarówno faktycznie poniesioną stratę, czyli tzw. *damnum emergens*, jak i korzyści, inaczej *lucrum cessans*, które poszkodowany mógłby osiągnąć, gdyby szkoda nie została wyrządzona. W umowie cywilnej (poza zawartą na podstawie ustawy o działalności leczniczej – art.27) można dokonać modyfikacji zakresu odpowiedzialności odszkodowawczej lekarza (zawężenie, rozszerzenie) – konieczne jest wtedy enumeratywne oznaczenie okoliczności, za które lekarz będzie lub nie będzie odpowiadał.

Odpowiedzialność cywilna lekarza zależy od charakteru stosunków prawnych z pacjentem, roli, jaka została mu wyznaczona, sposobu jego działania (na własny rachunek lub w imieniu czy interesie podmiotu leczniczego). Odpowiedzialność ta zależy przede wszystkim od zaistnienia przesłanek odpowiedzialności

w postaci winy, szkody i związku przyczynowego pomiędzy zdarzeniem i szkodą.

Konkluzja: forma zatrudnienia wpływa na zakres odpowiedzialności lekarza wobec pacjenta. Wykonując obowiązki w ramach stosunku pracy, lekarze podlegają ograniczonej odpowiedzialności majątkowej. Rola lekarza pracownika w procesie wytoczonym przez pacjenta pokrzywdzonego w wyniku błędu medycznego jest także z reguły ograniczona, gdyż sprowadza się wyłącznie do występowania w nim w charakterze świadka. Natomiast zawierając „kontrakt”, lekarze muszą być świadomi, że będą ponosili odpowiedzialność za wszelkie swoje działania na takich samych zasadach, jak zatrudniający ich podmiot leczniczy. W przypadku ewentualnego procesu nie będą już tylko świadkami, ale stroną w postępowaniu sądowym. W umowie cywilnoprawnej łączącej lekarza z podmiotem leczniczym niezwykle istotne jest precyzyjne zdefiniowanie zakresu zadań, a w konsekwencji określenie zakresu odpowiedzialności lekarza.

Podkreślić należy, że ponoszenie przez lekarza odpowiedzialności cywilnej nie wyklucza ponoszenia innych rodzajów odpowiedzialności, tj. karnej i zawodowej.

Wybrane orzecznictwo

W ramach podsumowania chcę zwrócić uwagę Czytelników na dwa bardzo interesujące wyroki sądów powszechnych w zakresie zasad ponoszenia przez lekarzy odpowiedzialności cywilnej. Sąd Apelacyjny w Białymstoku w wyroku z dnia 7 marca 2013 r. (I ACa 879/12) stwierdził, iż samo przyjęcie winy, którą należy utożsamiać z niedołożeniem wymaganej w stosunkach danego rodzaju staranności, nie decyduje jeszcze o odpowiedzialności lekarza, jeżeli między jego zachowaniem a szkodą nie ma związku przyczynowego. Nie wymaga się przy tym, aby związek przyczynowy pomiędzy postępowaniem lekarza a powstałą szkodą został ustalony w sposób pewny. W tego rodzaju procesach jest to najczęściej niemożliwe, ponieważ w świetle wiedzy medycznej w większości przypadków można mówić tylko o prawdopodobieństwie wysokiego stopnia, rzadko o pewności, czy wyłączności przyczyny. Jeżeli zachodzi prawdopodobieństwo wysokiego stopnia, że działanie lub zaniechanie lekarza było przyczyną szkody, można uznać związek przyczynowy za ustalony. Za normalne skutki działania i zaniechania uznaje się takie, które zwykle w danych okolicznościach następują. Nie jest przy tym istotne, aby skutek pojawiał się zawsze. Lekarz nie odpowiada za nadzwyczajne, nie do przewidzenia komplikacje oraz za inne, niepozostające w normalnym związku przyczynowym z jego postępowaniem, skutki. Adekwatny związek przyczynowy między zachowaniem lekarza a szkodą może być bezpośredni lub pośredni. Nie ma znaczenia, czy przyczyna powstania szkody jest dalsza czy bliższa, byleby tylko skutek pozostawał jeszcze w granicach „normalności”. Oznacza to, że wystarczający jest związek przyczynowy pośredni pomiędzy szkodą a zdarzeniem (zaniedbaniem lekarza), które doprowadziło do wyrządzenia szkody.

Natomiast Sąd Apelacyjny w Katowicach w wyroku z dnia 14 lutego 2013 r. (I ACa 970/12) stwierdził, że o zawinięciu lekarza może zdecydować nie tylko zarzucenie mu braku wystarczającej wiedzy i umiejętności praktycznych, odpowiadających aprobowanemu wzorcowi należytej staranności, ale także niezręczność i nieuwaga przeprowadzanego zabiegu, jeżeli oceniając obiektywnie, nie powinny one wystąpić w konkretnych okolicznościach. Nie chodzi zatem o staranność wyższą od przeciętnej, wymaganą wobec lekarza, lecz o wysoki poziom przeciętnej staranności każdego lekarza jako staranności zawodowej (art. 355 § 2 k.c.) i według tej „przeciętnej” ocenianie konkretnego zachowania. Do obowiązków lekarzy oraz personelu medycznego należy bowiem podjęcie takiego sposobu postępowania (leczenia), które gwarantować powinno, przy zachowaniu aktualnego stanu wiedzy i zasad staranności, przewidywalny efekt w postaci wyleczenia, a przede wszystkim nienarażanie pacjentów na pogorszenie stanu zdrowia (LEX nr 1289424).



Fot. z archiwum autorki

Prof. dr hab. med.
Anna Noczyńska

Fot. z archiwum autorki

Dr n. med. Agnieszka
Zubkiewicz-Kucharska

Dlaczego rozpoznanie cukrzycy typu 1 u dziecka stwarza problem?

Tekst: Anna Noczyńska, Agnieszka Zubkiewicz-Kucharska

W 2013 roku na świecie żyło 382 mln osób z cukrzycą, a w 2035 roku będzie ich 592 mln. W Polsce na cukrzycę choruje około 3 mln osób, a cukrzyca typu 1 jest rozpoznana u około 205 tys. osób, z czego około 17 tys. stanowią dzieci i młodzież szkolna.

Rozpoznanie cukrzycy można postawić w oparciu o trzy równorzędne kryteria:

1. oznaczenie glikemii przygodnej, która niezależnie od pory dnia i spożytego posiłku jest ≥ 200 mg/dl (11,1 mmol/l) przy obecnych objawach klinicznych (wzmoczone pragnienie, wielomocz, osłabienie, redukcja masy ciała);
2. dwukrotne stężenie glukozy na czczo, po ośmio-/czternastogodzinnej przerwie w jedzeniu ≥ 126 mg/dl (7,0 mmol/l);
3. stężenie glukozy w 120 min doustnego testu tolerancji glukozy ≥ 200 mg/dl (11,1 mmol/l).

Tabela 1. Zasady rozpoznania zaburzeń gospodarki węglowodanowej ustalone przez Polskie Towarzystwo Diabetologiczne

Badanie	Glukoza w osoczu	Interpretacja
Glikemia przygodna – oznaczona w próbce krwi o dowolnej porze niezależnie od spożytego posiłku	≥ 200 mg/dl (11,1 mmol/l)	Cukrzyca* gdy występują objawy hiperglikemii
Glikemia na czczo – oznaczona w próbce krwi pobranej 8-14 godzin po posiłku	<100 mg/dl (<5,6 mmol/l) 100-125 mg/dl (5,6-6,9 mmol/l) ≥ 126 mg/dl ($\geq 7,0$ mmol/l)	Prawidłowa glikemii na czczo Nieprawidłowa glikemii na czczo Cukrzyca*

Glikemia w 120 min doustnego testu obciążenia glukozy	<140 mg/dl (<7,8 mmol/l)	Prawidłowa tolerancja glukozy
	140-199 mg/dl (7,8-11,0 mmol/l)	Nieprawidłowa tolerancja glukozy
	≥ 200 mg/dl (11,1 mmol/l)	Cukrzyca*

Aby rozpoznać cukrzycę, należy stwierdzić dwie różne nieprawidłowości lub dwukrotnie jedną z nich, np. 2 oznaczenia poziomu glukozy na czczo.

Cukrzyca typu 1 (DM1) jest definiowana jako choroba będąca następstwem postępującego uszkodzenia komórek β wysp trzustki, które ostatecznie prowadzą do całkowitej utraty źródła insuliny w organizmie. Postępująca destrukcja komórek β wysp trzustkowych spowodowana jest w głównej mierze procesem autoimmunologicznym, skierowanym przeciw autoantygenom komórek β . Brak lub niedobór insuliny nieuchronnie prowadzi do ciężkich zaburzeń metabolicznych, z których najbardziej niebezpieczna jest kwasica ketonowa. U części pacjentów DM1 ujawnia się po lub w trakcie infekcji, dlatego objawy cukrzycy mogą być błędnie interpretowane a postawienie właściwej diagnozy opóźnione. Charakterystyczne objawy hiperglikemii obserwowane są u około 90 proc. pacjentów, należą do nich: poliuria, polidypsja, nieuzasadniona utrata masy ciała oraz szybko postępujące odwodnienie. Należy pamiętać, że obraz kliniczny cukrzycy jest różnorodny, oprócz „typowych” objawów pacjenci zgłaszają także senność, osłabienie, utratę lub wzmoczony apetyt, ból brzucha z towarzyszącymi nudnościami i/lub wymiotami, moczenie nocne i inne.

Kliniczna manifestacja cukrzycy rozwija się u dzieci w okresie od kilku dni do nawet kilku miesięcy, najczęściej po infekcji. Nasilenie objawów cukrzycy w momencie rozpoznania jest bardzo zróżnicowane – od bezobjawowych przypadków wykrytych przypadkowo po cukrzycową kwasicę ketonową (DKA), która jest powikłaniem zagrażającym zdrowiu i życiu pacjenta. Niepokoi fakt, że od kilku lat obserwujemy wzrost liczby dzieci, u których objawy choroby zostały zbagatelizowane, a rozpoznanie cukrzycy postawiono w momencie wystąpienia ciężkich zaburzeń metabolicznych. Szacujemy, że około 20 proc. dzieci w momencie postawienia diagnozy zostaje przyjętych na oddział intensywnej opieki medycznej (OIOM) z powodu ciężkich zaburzeń metabolicznych – kwasicy ketonowej. Objawy choroby takie jak: moczenie nocne, wielomocz, wzmożone pragnienie, są bagatelizowane lub błędnie interpretowane, np. jako lunatykowanie (częste wychodzenie do toalety w nocy), zakażenie układu moczowego (częstomocz). Rodzice wzmożone pragnienie u dziecka tłumaczą upałem lub wysoką temperaturą w mieszkaniu, nie zauważając pogarszającego się stanu zdrowia dziecka. Do obowiązków lekarza należy nie tylko zbadanie dziecka, ale także zebranie dokładnego wywiadu, a w sytuacji podejrzenia cukrzycy należy natychmiast oznaczyć stężenia glukozy w surowicy (także glukometrem) lub w moczu (koszt badania to około 5 zł). Stężenie glukozy oznaczonej glukometrem wyższe od 200 mg/dl wskazuje na patologię, którą należy jak najszybciej wyjaśnić, kierując dziecko na najbliższy oddział pediatryczny. Gdy zadajemy rodzicowi pytanie: dlaczego nikt wcześniej nie zwrócił uwagi na pogarszający się stan zdrowia dziecka?, często słyszymy, że dziecko wymiotowało, ale kilka osób w rodzinie miało podobny problem, że dziecko zawsze dużo piło lub, że śpi samo w pokoju i nie zauważono częstego wychodzenia do toalety. Przed rozpoznaniem cukrzycy i przyjęciem do kliniki dzieci były często badane przez lekarza, który albo zbagatelizował objawy kliniczne, zalecając obserwację, albo rozpoznał zakażenie układu moczowego, zapalenie płuc czy wyrostka robaczkowego. Należy podkreślić, że zaburzenia wynikające z braku lub dużego niedoboru insuliny postępują bardzo szybko i każdy dzień opóźnienia rozpoznania może zakończyć się ciężkimi powikłaniami – kwasicą ketonową.

Dane z piśmiennictwa sugerują, że istnieją pewne czynniki ryzyka predysponujące do wystąpienia kwasicy ketonowej w momencie rozpoznania cukrzycy typu 1. Rozważa się rolę czynników osobniczych, współwystępowanie innych chorób o podłożu autoimmunologicznym, a także statusu socjoekonomicznego pacjenta. Jedną z przyczyn występowania DKA jest opóźnienie rozpoznania choroby. Wydaje się, że kampanie edukacyjne, zadaniem których jest informowanie o objawach cukrzycy, powinny skutkować szybszym diagnozowaniem tej choroby i w związku z tym poprawę stanu klinicznego pacjentów w momencie rozpoznania. Jediną formą leczenia cukrzycy typu 1 jest insulinoterapia. Insulina ma działanie pośrednie i bezpośrednie na wszystkie ogniwa metabolizmu wewnątrzkomórkowego, przede wszystkim zaś na: metabolizm węglowodanów, białek, tłuszczów, kwasów nukleinowych, transport jonów potasowych i magnezowych do wnętrza komórek. Insulina reguluje stężenie glukozy we krwi poprzez stymulowanie jej wchłaniania do tkanek, zwiększenia wykorzystania w mięśniach i tkance tłuszczowej i magazynowanie w postaci glikogenu (wątroba i mięśnie) oraz tłuszczów (tkanka tłuszczowa).

Przypadek I

15-letni chłopiec, przyjęty do kliniki w trybie pilnym z powodu świeżo ujawnionej cukrzycy typu 1. Objawy cukrzycy: polidypsja, poliuria, nykturia, utrata masy ciała o 8 kg, sennaść.

Obserwowano go 3 tygodnie przed hospitalizacją. Około 2 tygodnie przed przyjęciem do szpitala wystąpił epizod wymiotów, który lekarz przypisał błędowi dietetycznemu lub „grypie jelitowej”. Zalecono leczenie dietetyczne. Stan chłopca pogarszał się, wystąpiły uporczywe wymioty i osłabienie. Rozpoznano zatrucie pokarmowe. Z powodu pogarszającego się stanu chłopca rodzice zgłosili się do szpitala, gdzie rozpoznano cukrzycę i dziecko przekazano do Kliniki Endokrynologii i Diabetologii Wieku Rozwojowego we Wrocławiu.

Przy przyjęciu stan ogólny ciężki. W badaniu przedmiotowym: zaznaczone cechy odwodnienia, zapach acetonu z ust, oddech Kussmaula, tachykardia. Parametry laboratoryjne wskazywały na ciężką kwasicę metaboliczną (pH-7,0, HCO₃ 3,3 BE-2,3), poziom glukozy 600 mg/dl, hipokaliemia.

Przypadek II

15-letni chłopiec, przekazany do kliniki z oddziału intensywnej terapii dziecięcej (OITD). Od około 4 tygodni przed hospitalizacją przebywał w domu dziecka. Z wywiadu wiadomo, że utrata masy ciała (ok. 5 kg), polidypsja i poliuria były obserwowane od 3-4 tygodni. Kilka dni przed przyjęciem dołączył się silny ból brzucha i wymioty. Chłopiec z podejrzeniem zapalenia wyrostka robaczkowego w stanie ciężkim trafił do kliniki chirurgii, gdzie wykluczono chirurgiczne i toksykologiczne przyczyny stanu dziecka i przekazano go do OITD. Rozpoznano ciężką kwasicę ketonową w przebiegu cukrzycy typu 1. W badaniach laboratoryjnych – pH 7,08, HCO₃ 4,6 mmol/l, BE – 23 mmol/l, glikemia 668mg/dl. W drugiej dobie leczenia chłopiec został przekazany do kliniki.

Przypadek III

10,5-letnia dziewczynka została przyjęta do kliniki w trybie nagłym z powodu świeżo ujawnionej cukrzycy typu 1. Miesiąc przed hospitalizacją przebyła zapalenie płuc i infekcję górnych dróg oddechowych. Objawy cukrzycy obserwowano od dwóch tygodni (polidypsja, poliuria, nykturia, sennaść, utrata masy ciała ok. 5 kg). Objawy przypisywano osłabieniu po zapaleniu płuc oraz aktualnie trwającej infekcji gardła. W czasie tygodniowej obserwacji stan dziewczynki pogarszał się, była bardzo senna, piła około 6 litr wody dziennie. Dziecko było konsultowane przez kilku lekarzy, zalecono antybiotykoterapię i probiotyki. Z powodu pogarszającego się stanu dziewczynki rodzice we własnym zakresie wykonali badania dodatkowe (morfologia, badanie ogólne moczu), które pozwoliły na rozpoznanie cukrzycy typu 1. Przy przyjęciu stan ogólny dziecka był ciężki. W badaniu fizykalnym stwierdzono zaznaczone cechy odwodnienia, tachykardia i tachypnoe, zapach acetonu z ust, kandydoza śluzówek jamy ustnej i sromu. Badania laboratoryjne wskazywały na ciężką kwasicę metaboliczną.

Podsumowanie

Rozpoznanie cukrzycy w oparciu o typowe objawy: polidypsja, poliuria i utrata masy ciała z towarzyszącą polifagią, a następnie anoreksją, powinno być postawione w czasie pierwszej porady lekarskiej. Wymienione „klasyczne” objawy cukrzycy są stwierdzane w niemal 100 proc. przypadków, jednak wciąż nawet kilkadziesiąt procent przypadków cukrzycy jest diagnozowanych z opóźnieniem, co wynika głównie z błędnej interpretacji objawów cukrzycy i przypisania ich np. infekcji dróg oddechowych (osłabienie, duszność), moczowych (poliuria) czy przewodu pokarmowego (nudności i wymioty), a nawet zapaleniu wyrostka robaczkowego czy niedokrwiłości (osłabienie). Mimo obserwowanego wzrostu zapadalności na cukrzycę typu 1 jest ona wciąż chorobą dość rzadko występującą, dlatego wielu lekarzy pierwszego kontaktu w diagnostyce różnicowej dolegliwości zgłaszanych przez pacjentów nie bierze



Bezpłatna konferencja dla lekarzy i diagnostów zainteresowanych tematem krwiolecznictwa w zakresie przetaczania składników krwi oraz podawania leków krwiopochodnych.

Szczególnie zapraszamy lekarzy odpowiedzialnych za gospodarkę krwią, anesteziologów oraz lekarzy pracujących na SOR-ach.



„Nowości w transfuzjologii. Ciężkie stany kliniczne – leczenie składnikami krwi i preparatami krwiopochodnymi”

27 października br. w godzinach 8.00 -15.00 w sali konferencyjnej Dolnośląskiej Izby Lekarskiej przy al. Matejki 6 odbędzie się bezpłatna konferencja dla lekarzy i diagnostów pt. „Nowości w transfuzjologii. Ciężkie stany kliniczne – leczenie składnikami krwi i preparatami krwiopochodnymi” organizowana przez Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa im. prof. dr. hab. Tadeusza Dorobisza we Wrocławiu.

Tematy konferencji: leczenie składnikami krwi we wstrząsie krwotocznym, krwawienia zagrażające życiu u chorych na osoczowe skazy krwotoczne oraz przykłady leczenia pacjentów ze skazą krwotoczną w stanie zagrożenia życia, wskazania do stosowania składników ubogoleucytarnych, immunologia krwinek białych, alloimmunologiczna granulocytopenia płodu /noworodka, problemy w dobieraniu składników krwi do transfuzji.

Konferencja dofinansowana przez Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego jako zadania z zakresu działalności upowszechniającej naukę.

Szczegółowy plan oraz informacje o konferencji dostępne są na stronie internetowej: www.rckik.wroclaw.pl (w zakładce Szkolenia).

Termin konferencji: 27.10.2015 r., godz. 8.00-15.00

Miejsce konferencji: al. Matejki 6, Wrocław

Organizator : Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa im. prof. dr. hab. T. Dorobisza we Wrocławiu

jej pod uwagę. Infekcja może współwystępować z objawami cukrzycy lub przyspieszyć jej ujawnienie. Analiza przypadków świeżo ujawnionej cukrzycy typu 1 u dzieci z rejonu Dolnego Śląska ujawniła, że niemal 36 proc. pacjentów przed rozpoznaniem cukrzycy przeżyło infekcję, głównie górnych dróg oddechowych. We włoskich badaniach uznano wtórne moczenie nocne u dzieci poniżej 10 roku życia za jeden z istotnych objawów sugerujących cukrzycę. W badaniach polskich objaw ten wystąpił u 16-27 proc. pacjentów w wieku 5-10 lat. Kwasica ketonowa w przebiegu cukrzycy jest ciężkim powikłaniem powodującym stan zagrożenia życia. Śmiertelność związana z DKA wynika głównie z następstw rozwijającego się obrzęku mózgu, który w świeżo rozpoznanej cukrzycy występuje w ok. 2 proc. przypadków i w około 1 przypadków kończy się śmiercią chorego. Minimalizacja rozwoju DKA została uznana za nadrzędny cel leczenia przez towarzystwa endokrynologiczne i diabetologiczne. Jednym ze sposobów redukcji ryzyka wystąpienia DKA przy rozpoznaniu cukrzycy jest szybka diagnoza.

Jedną z przyczyn trudności diagnostycznych w cukrzycy i opóźnienia rozpoznania może być młody wiek zachorowania, wiążący się z szybszą progresją choroby, częstszym występowaniem niespecyficznych objawów i poprzedzającej rozpoznanie cukrzycy infekcji. W grupie wiekowej 0-4 lata w populacji śląskiej niemal połowa pacjentów w momencie rozpoznania cukrzycy miała kwasicę ketonową, natomiast wśród 0-4-letnich dzieci dolnośląskich z cukrzycą rozpoznaną w latach 2000-2005 kwasica ketonowa wystąpiła w 26,8 proc. przypadków. Podkreśla się, że występowanie nadmiernego pragnienia czy częstomoczu nie stanowi dla wielu opiekunów dzieci wystarczająco niepokojących objawów, by zasięgnąć porady lekarskiej, ale wielokrotne wystąpienie nykturii, moczenia nocnego czy wymiotów skłania ich do poszukiwania pomocy. W szybkiej diagnostyce cukrzycy ważne jest rzetelne badanie podmiotowe oraz wnikliwy wywiad. Rodzice sami nie referują objawów cukrzycy, często pomijając wiele z nich, np. moczenie nocne czy kandydozę albo koncentrują się na „nieklasycznych” objawach cukrzycy, pomijając fakt istnienia polidypsji czy poliurii. Świadomość możliwości rozwoju cukrzycy u dziecka powinna być większa, zwłaszcza wobec prognozowanego wzrostu zapadalności na tę chorobę. Wydaje się, że poziom glukozy w osoczu krwi żyłnej powinien być oznaczony w każdym przypadku wystąpienia typowych objawów cukrzycy oraz kandydozy u dziecka. Kampania edukacyjna przeprowadzona w rejonie Parmy (Włochy) w latach dziewięćdziesiątych ubiegłego wieku, obejmująca plakaty i rozdawanie ulotek w szkołach, uruchomieniu infolinii, a także pomiary glikemii u każdego dziecka z niejasnym obrazem choroby pozwoliła na redukcję DKA w świeżo rozpoznanej cukrzycy z 78 proc. do zera. Powinno to zachęcić decydentów do podjęcia podobnych działań w Polsce.

Prof. dr hab. med. Anna Noczyńska

Kierownik Katedry i Kliniki Endokrynologii i Diabetologii Wieku Rozwojowego Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu, specjalista pediatrii, diabetologii oraz endokrynologii i diabetologii dziecięcej. Jako pierwsza w Polsce w 1996 roku wdrożyła leczenie cukrzycy u dzieci osobistymi pompami insulinowymi. W 1986 roku założyła Koło Przyjaciół Dzieci Chorych na Cukrzycę, przez 10 lat była konsultantem dla Dolnego Śląska w dziedzinie diabetologii.

Dr n. med. Agnieszka Zubkiewicz-Kucharska

Specjalista pediatra, w trakcie specjalizacji z diabetologii. Pracuje w Katedrze i Klinice Endokrynologii i Diabetologii Wieku Rozwojowego Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu.



Ratownictwo medyczne na pograniczu polsko-niemieckim

Tekst: Alicja Trzos, Mark D. Frank, Arkadiusz Kawka

Łądowisko obok szpitala w Zgorzelcu

Fot. Arkadiusz Kawka

Zarys obu systemów pogotowia ratunkowego

W 1938 r. chirurg z Heidelbergu, Martin Kirschner (1879-1942), przedstawił po raz pierwszy koncepcję obecnego systemu pogotowia ratunkowego, w którym to lekarz przyjeżdża do poszkodowanego, a nie poszkodowany do lekarza („*Der Arzt soll also zum Verletzten kommen, nicht aber der Verletzte zum Arzt!*”).

Państwowe Ratownictwo Medyczne w Polsce (PRM)

W skład systemu wchodzi: centra powiadamiania ratunkowego, zespoły ratownictwa medycznego (ZRM): karetki typu S – specjalistyczne (dawniej reanimacyjne „R”) i P – podstawowe (dawniej wypadkowe „W”), Lotnicze Pogotowie Ratunkowe (HEMS – *Helicopter Emergency Medical Service*) oraz szpitalne oddziały ratunkowe (SOR).

Warunkiem uczestnictwa tych jednostek w systemie jest zawarcie przez nie umów z Narodowym Funduszem Zdrowia na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i wykonywanie czynności ratunkowych¹.

Z systemem PRM współpracują centra urazowe oraz jednostki organizacyjne szpitali wyspecjalizowane w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych dla ratownictwa medycznego, które zostały ujęte w wojewódzkich planach działania PRM1.

Podstawę działania ratownictwa medycznego w Polsce stanowi Ustawa z dnia 8 września 2006 roku o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. 2006 nr 191, poz. 1410 ze zm.) i jej zmiana z 7 listopada 2014 roku (Dz. U., poz. 1802) oraz rozporządzenia wykonawcze. W skali całego kraju system PRM jest nadzorowany przez ministra zdrowia, który zatwierdza wojewódzkie plany działania systemu i kontroluje jego funkcjonowanie. Wojewodowie są odpowiedzialni za planowanie, organizowanie, koordynowanie oraz nadzór nad systemem ratownictwa w obrębie swojego województwa¹. W wojewódzkich planach działania systemu PRM wojewodowie określają m.in.: potencjalne zagrożenia życia lub zdrowia na obszarze województwa; liczbę i rozmieszczenie jednostek systemu na terenie województwa wraz ze sposobem koordynowania działań; obszary działania i rejony operacyjne; informacje o lokalizacji wojewódzkich centrów powiadamiania ratunkowego;

sposób współpracy organów administracji publicznej i jednostek systemu z innymi województwami tak, aby zapewnić sprawne i skuteczne ratowanie życia i zdrowia, bez względu na przebieg granic województw; kalkulację kosztów działalności zespołów ratownictwa medycznego. W planie zawarte są także **dane dotyczące liczby szpitalnych oddziałów ratunkowych i ich rozmieszczenia w regionie**. Plan jest podstawą do zawierania przez NFZ umów na wykonywanie medycznych czynności ratunkowych i świadczeń opieki zdrowotnej.

Na etapie pozaszpitalnym świadczeń na rzecz osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego udzielają zespoły ratownictwa medycznego (ZRM). ZRM-y dysponowane są przez dyspozytora medycznego na miejsce zdarzenia po przyjęciu zgłoszenia na numer alarmowy 112 lub 999¹. W karetce podstawowej zespół stanowią minimum dwie osoby uprawnione do wykonywania medycznych działań ratunkowych, natomiast w specjalistycznej – trzy. W składzie zespołu podstawowego nie musi znajdować się lekarz. Personel medyczny, uprawniony do wykonywania medycznych działań ratunkowych, stanowią: pielęgniarki ratunkowe, lekarze ratunkowi, ratownicy medyczni.

W 1955 r. powołano w Polsce lotnictwo sanitarne. Lotnicze Pogotowie Ratunkowe, będące jego kontynuacją, powstało w 2000 r. jako samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej podległy ministrowi zdrowia.

Obecnie dyżury są pełnione w 18 bazach (17 stałych i 1 tymczasowej). Trzon floty LPR stanowią 23 śmigłowce firmy Eurocopter – EC 135.

Od 1 stycznia 2017 r. każdy szpitalny oddział ratunkowy musi posiadać lądowisko (lub lotnisko) zgodnie z § 3 ust. 7, 8, 9, 10 i załącznikiem do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 3 listopada 2011 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego.

Pogotowie Ratunkowe w Niemczech

System ochrony zdrowia w Niemczech finansowany jest zasadniczo z ubezpieczenia zdrowotnego. Przedszpitalna opieka medyczna stanowi usługę o charakterze publicznym i należy do kompetencji krajów związkowych (landów). **Każ-**



Fot. Alicja Trzos

NEF – Notarzteinsetzfahrzeug



Fot. Markus Wrase

14 lipca 2015 r. – II spotkanie grupy roboczej



Fot. Alicja Trzos

Przekazanie pacjenta o godzinie 00.40,
SOR Klinikum Görlitz

dy z krajów związkowych ma własne ustawodawstwo dotyczące opieki medycznej w stanach nagłych oraz własne zasady jej finansowania².

Regulacje dotyczące organizacji i funkcjonowania ratownictwa medycznego są odmienne w różnych landach, wszędzie RM należy jednak do zadań publicznych. Porównując przepisy obowiązujące w różnych krajach związkowych można wyróżnić dwa typy organizacji służb ratownictwa medycznego:

- ratownictwo medyczne stanowi domenę instytucji publicznych i wszelkie działania z tym związane wykonywane są przez urzędników lub pracowników administracji publicznej. Wykonywanie działań z zakresu ratownictwa medycznego przez firmy prywatne jest rzadkością.
- kraje związkowe często przekazują powiatom inicjatywę stworzenia systemu ratownictwa medycznego. Mogą one wykonywać zadania z zakresu ratownictwa medycznego samodzielnie (zwykle w ramach straży pożarnej) lub zlecić wykonywanie tych zadań organizacji dobroczynnej lub firmie prywatnej i pełnić nadzór nad jej działalnością.

Instytucje niepubliczne (zwykle chodzi o organizacje dobroczynne, takie jak Niemiecki Czerwony Krzyż, Zakon Maltański, Związek Samarytan – ASB) wybierane są w konkursie organizowanym przez powiat. Ten rodzaj współpracy pomiędzy landem a organizacją dobroczynną lub firmą prywatną można uznać za formę partnerstwa publiczno-prywatnego. Zleceniodawca publiczny ma obowiązek sprawowania nadzoru nad wykonywaniem przez podmioty niepubliczne zadań z zakresu ratownictwa medycznego².

Numerem alarmowym w **całych Niemczech** jest numer **112**. W karetkach pogotowia (*Rettungswagen – RTW*) jeżdżą dwuosobowe zespoły składające się z minimum jednego ratownika medycznego (*Rettungsassistent*), który ukończył dwuletnią szkołę oraz sanitariusza ratunkowego (*Rettungssanitäter*) – osoby po półrocznym szkoleniu.

Lekarz pogotowia (Notarzt), wraz z kierowcą będącym ratownikiem medycznym, jeździ na wezwanie do wypadków i stanów nagłych na podstawie danych zebranych przez dyspozytora przyjmującego zgłoszenie oraz na wezwanie podstawowych zespołów ratunkowych, gdy rozwój sytuacji wymaga jego obecności. Na miejsce dociera samochodem osobowym, najczęściej jest to SUV wyposażony w najbardziej potrzebny sprzęt medyczny.

Historia lotniczego pogotowia ratunkowego w Niemczech sięga lat 70. ubiegłego stulecia. Także w tym wypadku pomoc zapewniana jest przez prywatne firmy – ADAC (Allgemeiner Deutscher Automobil-Club) oraz DRF (Deutsche Rettungsflugwacht). Dodając do tego śmigłowce należące do Niemieckiego Ministerstwa Spraw Wewnętrznych (Bundesinnenministerium BMI) daje to ponad 80 baz rozsianych po całym kraju. Flota składa się głównie ze śmigłowców: EC135, EC145 i BK117.

Co nas łączy, co nas dzieli?

Wspólnym celem jest jak najszybsze dotarcie do miejsca zdarzenia, ustabilizowanie pacjenta bądź pacjentów oraz przekazanie ich na SOR. W obu krajach obowiązują ujednolicone europejskie standardy dotyczące postępowania w stanach zagrożenia zdrowia i życia, takie jak: ACLS (*Advanced Cardiac Life Support*), ETC (*European Trauma Course*) czy ATLS (*Advanced Trauma Life Support*).

Podstawowe rozbieżności to: sposoby kontroli i zarządzania systemem, finansowanie, podmioty odpowiedzialne, wykształcenie ratowników medycznych, dokumentacje (karty medycznych czynności ratunkowych, protokoły przekazania), niejednolite przepisy prawne.

Aby wzdłuż 467 km naszej wspólnej granicy zapewnić bezpieczeństwo wszystkim osobom, które stale lub czasowo przebywają na tym obszarze, należy określić przepisy współpracy

transgranicznej. Podstawę do tej działalności stanowi Umowa Ramowa **między Rzeczpospolitą Polską a Republiką Federalną Niemiec o współpracy transgranicznej w ratownictwie medycznym**, podpisana w Warszawie 21 grudnia 2011 roku, podana do powszechnej wiadomości w Polsce 14 czerwca 2013 roku (Dz. U., poz. 678), w Niemczech (*Bundesgesetzblatt Jahrgang 2013 Teil II Nr. 19*) 22 maja 2013 roku. Poprawki do tej ustawy wprowadzono w Poczdamie 8 grudnia 2014 roku.

Do zawierania porozumień o współpracy, ich realizacji i nadzorowania uprawnione są:

- w Rzeczpospolitej Polskiej: wojewoda dolnośląski, wojewoda lubuski, wojewoda zachodniopomorski;
- w Republice Federalnej Niemiec kraje związkowe: Meklemburgia-Pomorze Przednie (*Land Mecklenburg – Vorpommern*), Brandenburgia (*Land Brandenburg*) i Saksonia (*Land Sachsen*) oraz powiaty i miasta na prawach powiatów (art. 4 pkt 2).

Projekt pilotażowy został „zlecony” Brandenburgii i województwu lubuskiemu. Na miejsce realizacji tego planu wybrano Frankfurt nad Odrą oraz Słubice. Głównym zadaniem jest określenie warunków i zasad współpracy dotyczących w szczególności: sposobu prowadzenia działań ratunkowych po obu stronach granicy; określania rejonów działania dla poszczególnych zespołów ratunkowych; organizacji i koordynacji technicznej łączności i powiadamiania; używania sygnałów świetlnych i dźwiękowych; a także ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej oraz od błędów medycznych usługodawców ratownictwa medycznego.

Wzorując się na doświadczeniach Brandenburgii i województwa lubuskiego podjęliśmy w Görlitz i Zgorzelcu próbę wdrożenia podobnego projektu. W grudniu 2014 roku odbyło się w Zgorzelcu pierwsze spotkanie ordynatorów SOR Powiatowego Szpitala w Zgorzelcu oraz Miejskiej Kliniki Görlitz (*Städtisches Klinikum Görlitz*), rewizyta w Görlitz odbyła się miesiąc później. Celem obu spotkań było zapoznanie się z funkcjonowaniem izb przyjęć dwóch największych przygranicznych szpitali w naszym regionie.

Wielospecjalistyczny Szpital – Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Zgorzelcu dysponuje 22 oddziałami, w tym: intensywnej terapii, chirurgii ogólnej, urazowej, interny, pediatrii z neonatologią, onkologii, neurologii, laryngologii, okulistyki, ginekologii, urologii, psychiatrii, rehabilitacji, pracownią kardiologii interwencyjnej oraz SOR-em wyposażonym zgodnie z przepisami ustawy. W obrębie szpitala znajduje się lądowisko dla śmigłowców ratunkowych oraz stacja pogotowia ratunkowego.

Städtisches Klinikum Görlitz jest regionalnym centrum zaopatrzenia urazów wielonarządowych, dysponuje 16 klinikami, w skład których wchodzi w sumie 37 oddziałów, w tym m.in.: intensywnej terapii, interny, chirurgii ogólnej i naczyniowej, chirurgii urazowej, neurochirurgii, chirurgii plastycznej, pediatrii, okulistyki, laryngologii, ginekologii, urologii, dermatologii, onkologii, psychiatrii, psychosomatyki. W obrębie szpitala działa prywatna praktyka kardiologii interwencyjnej. SOR wyposażony jest w dwie sale reanimacyjne, pomiędzy którymi znajduje się tomograf komputerowy. Lądowisko dla helikopterów znajduje się na dachu kliniki, bezpośrednio nad izbą przyjęć.

Od wielu lat borykamy się z następującymi problemami: przekazywaniem pacjentów na granicy, zapewnieniem pomocy poszkodowanym w przypadku zdarzenia masowego (autostrada A4).

Mimo przynależności Polski, od 21 grudnia 2007 roku, do strefy Schengen na **moście granicznym istnieje „niewidzialna bariera” dla służb ratunkowych**, wynikająca z braku regulacji prawnej transgranicznych działań ratunkowych. Po

obu stronach Nysy Łużyckiej codziennie w każdej z izb przyjęć przyjmuje się średnio po 67 pacjentów na dobę, z czego 20 proc. przywożonych jest przez pogotowie. Często do Miejskiej Kliniki w Görlitz trafiają polscy pacjenci, a niemieccy do szpitala w Zgorzelcu. Po wstępnym zaopatrzeniu chory, który nie wymaga dalszych zabiegów ratujących życie, przekazywany jest do swego rodzimego kraju. Odbywa się to w sposób urągający zdrowemu rozsądkowi i wbrew wszelkim standardom medycznym. Niemieckie pogotowie odbiera pacjenta z SOR-u kliniki i dowozi go do granicy, gdzie czeka karetka PRM, by przenieść chorego parę kilometrów dalej na izbę przyjęć w Zgorzelcu. „Przeładowanie” pacjenta odbywa się na moście granicznym, niezależnie od panujących warunków pogodowych. Obraz omotanego kablami chorego, przekazywanego w chłodzie i deszczu z jednej karetki do drugiej, budzi grozę. Podobnie przebiega procedura przekazania pacjenta stronie niemieckiej, czasami jednak pracownicy zgorzeleckiego pogotowia dla dobra chorego jadą bezpośrednio do kliniki w Görlitz. W latach ubiegłych były w takich sytuacjach zgłaszane przypadki rygorystycznego przestrzegania przepisów przez straż graniczną i policję po obu stronach granicy. Podobne problemy dotyczyły straży pożarnej wzywanej do pomocy po drugiej stronie granicy. Obecnie straż pożarna z Görlitz może już bez przeszkód przejeżdżać na polską stronę bez konsultacji z centralą w Dreźnie, natomiast strażacy w Zgorzelcu muszą czekać na pozwolenie z Komendy Wojewódzkiej we Wrocławiu.

Przekazywanie chorego na moście granicznym jest kłopotliwe i dyskomfortowe nie tylko dla personelu medycznego, ale i dla pacjenta. Faktem jest jednak, że nie powoduje realnego zagrożenia życia i zdrowia. Inaczej rzecz ma się w przypadku katastrofy w ruchu drogowym. Przypomnijmy wypadek, do którego doszło pod Drezniem na autostradzie A4 z 19 na 20 lipca 2014 r. 11 osób poniosło wówczas śmierć, a 43 osoby zostały ciężko ranne. Ofiary wypadku przewieziono do trzech szpitali w Dreźnie oraz szpitali w Miśni i w Pirnie. Czy gdyby podobne zdarzenie miało miejsce w okolicach Zgorzelca i Görlitz, bilans katastrofy byłby gorszy? Czy polskie służby ratownicze mogłyby interweniować po stronie niemieckiej, a niemieckie po polskiej?

Aby rozwiązać powyższe problemy 16 czerwca 2015 roku w Klinice Miejskiej Görlitz spotkali się przedstawiciele niemieckiej i polskiej policji, funkcjonariusze obu straży granicznych oraz straży pożarnych, szefowie pogotowia ratunkowego i izb przyjęć szpitali w Zgorzelcu i Görlitz, a także przedstawiciele starostwa z Görlitz. Ustalono, że:

- karetki pogotowia wykonujące czynności ratunkowe nie będą zatrzymywane do kontroli na granicy;
- straż pożarna, policja oraz straż graniczna udzieli potrzebnego wsparcia karetkom drugiego państwa biorącej udział w zdarzeniu na terenie państwa partnerskiego;
- na podstawie Umowy Ramowej z 2013 roku dopuszczone są środki narkotyczne w karetkach i NEF;
- transport między szpitalem w Zgorzelcu a Kliniką Miejską w Görlitz może być realizowany przez szpital w Zgorzelcu.

Kolejne spotkanie odbyło się 14 lipca 2015 roku w Powiatowej Komendzie Państwowej Straży Pożarnej w Zgorzelcu. Dyskutowaliśmy w szerszym gronie, bowiem dołączyli do nas: starosta zgorzelecki, szef zarządzania kryzysowego powiatu zgorzeleckiego, kierownik gminnego centrum zarządzania kryzysowego z Bogatyni, dyrektor medyczny Miejskiej Kliniki w Görlitz oraz zainteresowana modelem współpracy w naszym rejonie delegacja z czeskiego Liberca. Także tym razem rozmowy przebiegały sprawnie. Niestety **urzędnicy** ze staro-



stwa w Görlitz, mimo że patrzą na nasze pomysły przychylnie, dostrzegają wiele problemów natury prawnej, których nie są w stanie rozwiązać. Nie zmienili swojego stanowiska w sprawie **zakazu wjazdu karetek ASB i karetki straży pożarnej na teren Polski**, mimo iż udowodniono, że zarówno pracownicy, jak i samochody są ubezpieczone wykonując zadania poza granicami Niemiec. Ponadto starostwo w Görlitz sprzeciwia się transportowaniu przez polskie pogotowie pacjentów **z terenu Niemiec do Polski**, twierdząc, że **transport do granicy** leży w kompetencji ASB, a od granicy – polskiego pogotowia. Natomiast przewożenie chorych ze Zgorzelca do Görlitz karetkami PRM jest według nich zgodne z przepisami.

Kluczowym problemem jest w Saksonii brak określonego organu wykonawczego i nadzorującego realizację postanowień Umowy Ramowej. Przypomnijmy, że zgodnie z porozumieniem o współpracy ze strony Niemiec uprawnione są „(...) Saksonia oraz powiaty i miasta na prawach powiatów”. Do dziś nie zdecydowano, czy odpowiedzialność za realizację Umowy podejmie całościowo Ministerstwo Spraw Wewnętrznych Saksonii, czy poszczególne, leżące w jej granicach, powiaty lub miasta na prawach powiatów. W chwili obecnej brak decyzyjności ze strony Niemiec jest naszym największym hamulcem. Niemcy nie mogą realizować transportu polskich pacjentów do Zgorzelca, nie mówiąc już o planach współpracy w przypadku zdarzenia masowego! Kolejne spotkanie wyznaczono na 22 września 2015 roku. W toku są rozmowy na wyższych szczeblach. Przedstawiciele Wydziału Bezpieczeństwa i Zarządzania Kryzysowego Dolnośląskiego Urzędu Wojewódzkiego oraz Ministerstwa Spraw Wewnętrznych Saksonii wyrazili zainteresowanie wzięciem udziału w naszych następnych rozmowach.

Mimo utrudnień staramy się korzystać z tego, co już udało się nam osiągnąć. Widok polskiej karetki podjeżdżającej pod izbę przyjęć Städtisches Klinikum Görlitz nie budzi już u nikogo zdziwienia. Niemieccy pacjenci są przekazywani przez zespoły PRM bezpośrednio do Kliniki, a i polscy są odbierani – mimo niesnasek ze starostwem w Görlitz, z Kliniki i przewożeni do szpitala w Zgorzelcu. Należy podkreślić, że transporty w obie strony wykonują zespoły ze Zgorzelca. Od czasu pierwszego spotkania, w czerwcu, nie zgłoszono żadnych problemów ze strony obu straży granicznych czy policji.

Achtung, Respekt, Toleranz – uwaga, szacunek, tolerancja

Lepsza komunikacja, zrozumienie problemów drugiej strony oraz poszukiwanie nowych, lepszych rozwiązań powinno nam pomóc zbudować na obszarze przygranicznym dobrą bazę polsko-niemieckiego ratownictwa medycznego. Osiągniemy to, zwracając uwagę na szerszy aspekt zagadnień, sięgający poza nasze granice, szanując się nawzajem oraz traktując się jak równorzędnych partnerów. Pragniemy działać jak zgrany zespół. Mimo że pochodzimy z różnych krajów – mamy jeden cel: ratowanie zdrowia i życia ludzkiego. W decydującej chwili nikt z nas nie powinien się wahać, jak postąpić – niezależnie od tego, czy według przepisów wolno przejechać na drugą stronę granicy, by udzielić pomocy!

Wir sind Rettern kein Richter! – Jesteśmy ratownikami, nie sędzią! Nie nam oceniać przepisy, które doprowadziły do tragicznego zdarzenia – my się rozliczamy z przegranych lub wygranych reanimacji.

By móc dobrze razem pracować, planujemy wspólne szkolenia zespołów pogotowia ratunkowego. W planach są kursy językowe, cykl spotkań poświęconych stanom nagłym w ratownictwie medycznym, sposobom radzenia sobie ze stresem czy pracy w zespole. Wiedza z zajęć teoretycznych zostanie sprawdzona w praktyce podczas treningów symulacyjnych pracowników obu systemów.

Umowa Ramowa między Polską a Niemcami z jej rozszerzeniem z Poczdamu z grudnia 2014 roku przewiduje wysłanie przez dyspozytora zespołu ratunkowego drugiej strony w przypadku braku wolnego własnego zespołu ratunkowego, który mógłby zrealizować wezwanie albo **braku wystarczającej liczby zespołów, które mogłyby zabezpieczyć zdarzenie**⁴. Ostatnie stwierdzenie odnosi się do zdarzenia masowego i jest bardzo ważne w szczególności w naszym regionie.

Miasto Görlitz dysponuje 4 karetkami i NFE-em, czyli na dyżurze jest 9 ratowników i lekarz, miasto Zgorzelec: 3 karetkami – 6 ratowników i lekarz. Żadna ze stron nie jest w stanie sama zabezpieczyć wypadku z większą liczbą rannych. Nim dojadą posiłki z innych miast, stracimy wiele cennego czasu.

Wysłanie faxu z hasłem „POMOC” do sąsiada podwoiłoby liczbę jednostek w miejscu zdarzenia. Należy podkreślić, że państwo, które wezwało by pomoc, nie poniosłoby z tego tytułu dodatkowych kosztów. Mówi o tym art. 8. pkt 1 Umowy Ramowej oraz jej rozszerzenie z Poczdamu (art. 11): *Koszty transgranicznych działań ratunkowych w przypadku zdarzeń masowych nie będą zwracane państwu udzielającemu pomocy*⁴.

Znaczenie tych ustaleń jest oczywiste dla każdego, szczególnie dla tych, którzy choć raz pracując przy rannych marzyli, by wyrosła im druga para rąk. Czekają nas jeszcze wiele mozolnej pracy, by pod wchodzącą w życie Umową Ramową znalazły się stosowne podpisy. I nie chodzi tu tylko o mrówczą pracę urzędników, ale także o zmianę nastawienia niektórych naszych koleżanek i kolegów – sceptycznych wobec proponowanych rozwiązań.

Grupka entuzjastów, do której należymy, ma dalekosiężne wizje... Między **Görlitz a Karkonoszami** brakuje stacji lotniczego pogotowia ratunkowego, marzy się nam założenie polsko-niemieckiej bazy Eurocoptera. By móc to zrealizować, potrzebujemy wsparcia i pomocy obu krajów. Mamy nadzieję, że nasza idea zyska poparcie wielu osób! W medycynie ratunkowej często ścigamy się z czasem! Helikopter byłby w tej walce asem w rękawie!

Podsumowanie

Chcielibyśmy zwrócić uwagę na skalę naszych przygranicznych problemów – nie dość, że mamy kłopoty językowe, to jeszcze pracują obok siebie dwa różnie zarządzane systemy ratownictwa medycznego. Zadania mamy takie same jak pogotowie w Gdańsku lub Bonn, czy tam brakuje karetek, czy nie mogą się one między sobą porozumieć?

Dla nas oczywistym jest, że dla ratowania zdrowia i życia nie powinno być barier prawnych, ale czy jest to też oczywistym dla innych? Czy na granicy musi powtórzyć się tragedia z okolic Drezna, by urzędnicy po obu stronach granicy przyspieszyli swoje procedury?

Źródła:

- 1 www.mz.gov.pl/system-ochrony-zdrowia/panstwowe-ratownictwo-medyczne/
- 2 Kancelaria Senatu – Organizacja służb ratownictwa medycznego w wybranych państwach OT – 622, Warszawa sierpień 2013
- 3 Ustawa Ramowa, Warszawa z dnia 14.06.2013 (Dz. U., poz. 678)
- 4 Porozumienie o współpracy w ramach projektu pilotażowego „Region modelowy Frankfurt nad Odrą – Słubice” dotyczące realizacji Umowy Ramowej między Rzeczpospolitą Polską a Republiką Federalną Niemiec o współpracy transgranicznej w ratownictwie medycznym – wersja robocza projektu porozumienia po spotkaniu z 8.12.2014 r. w Poczdamie



Maciej Biardzki

Lekarz, menadżer ochrony zdrowia, publicysta. Obecnie prezes Zarządu Milickiego Centrum Medycznego sp. z o.o.



Fot. z archiwum autora

Zanim podejmiemy do urny wyborczej

Tekst Maciej Biardzki

Za pasem wybory parlamentarne. Wygląda na to, że mogą one zatrząść naszą sceną polityczną. Alternatywa jest dość prosta: albo utrzymanie *status quo*, albo istotna zmiana na parę dobrych lat, której skutków nie jesteśmy jednak w stanie dzisiaj przewidzieć.

Istotą demokracji jest wybór przedstawicieli, którzy mają realizować nasze wyobrażenia polityczne, gospodarcze czy światopoglądowe. Nawet w naszym kalekim modelu, gdzie wybór ten z wielu względów jest mocno ograniczony, decydujemy się na głosowanie na przedstawicieli tych partii, z którymi, mówiąc kolokwialnie, „najbardziej nam po drodze”. Może więc warto przypomnieć sobie, co takiego zrobili i co planują zrobić dla systemu opieki zdrowotnej największe ugrupowania polityczne. Ponieważ objętość artykułu siłą rzeczy jest ograniczona, przypomnijmy największe dokonania i plany Platformy Obywatelskiej oraz Prawa i Sprawiedliwości. Pozostałe partie, jeżeli wejdą do sejmu, będą co najwyżej koalicjantami jednego z wcześniej wymienionych ugrupowań. Na marginesie przypomnę tylko ewentualnym stronnikom lewicy, kto zlikwidował Kasy Chorych i w zamian uszczęśliwił nas Narodowym Funduszem Zdrowia.

Nadzieja sprzed ośmiu lat

Zaczynając jednak od pierwszej partii – Platformy Obywatelskiej. Rządziła naszym krajem wspólnie z PSL osiem lat. W czasie tych rządów była i absorbcja olbrzymich środków z UE, i ogólnościatowy kryzys finansowy. Mamy po tych ośmiu latach nowe drogi szybkiego ruchu, wspaniałe stadiony czy ponoć 1700 orlików, ale też głębokie zadłużenie Państwa, które będą spłacać jeszcze nasze wnuki. Co jednak dzięki ich rządóm mają pacjenci i pracownicy systemu?

Platforma rozpoczęła swoje rządy z wielkim przytupem. Rozbuczana gospodarka po akcesji do UE powodowała, że do budżetu NFZ spływały znacznie większe środki niż zakładano. Kto pamięta jeszcze, jak w latach 2008-2009 plany finansowe NFZ były zwiększane kilkakrotnie w ciągu roku? W styczniu 2008 roku zwołano „biały szczyt”, na którym wspólnie ze środowiskiem chciano wypracować projekt poprawy systemu. Ale już wtedy pojawił się pierwszy zgrzyt. Projekty rządowe zostały odrzucone przez stronę społeczną, zaś rekomendacje społeczne przez stronę rządową. Jedynym konkretem szczytu była niedotrzymana później przez Donalda Tuska obietnica podwyższenia składki zdrowotnej do 10 proc. od 1 stycznia 2010 r. I od tego czasu rozpoczął się okres braku jakiegokolwiek realnego dialogu społecznego przy wprowadzaniu nowych projektów rządowych, który osiągnął apogeum, gdy ministrem zdrowia był Bartosz Arłukowicz. Warto o tym pamiętać, pomimo intensywnych prób naprawy tego fatalnego zachowania rządzących przez ministra Mariana Zembalę.

Wstępne propozycje PO były dość ambitne i rzeczywiście „systemowe”: wprowadzenie dodatkowych ubezpieczeń czy podział NFZ na konkurujące ze sobą fundusze. Nigdy jednak nie zostały one przedstawione w sejmie, co tłumaczono obstrukcją ze strony prezydenta Lecha Kaczyńskiego, bądź nieco sobie żartując – awarią sejmowej kserokopiarki. W międzyczasie rozpoczął się kryzys finansowy, spadła ściągalskość składki zdrowotnej i tłuste czasy dla systemu opieki zdrowotnej się skończyły. Platforma zmieniła narrację i zamiast mówić o reformach strukturalnych, zaczęła przekonywać wszystkich o konieczności „uszczelniania systemu”.

I tak przez kilka lat nie zrobiono nic zgoła, aby zwiększyć finansowanie sektora, za to zrobiono kilka reform pozornych, takich jak stworzenie koszyka świadczeń gwarantowanych, który zawierał 99,9 proc. wszystkich do tego czasu realizowanych. Wprowadzono też szereg rozwiązań mających prowadzić nie tyle do oszczędności, ale raczej do zmniejszenia zagrożenia Państwa koniecznością wspierania systemu. Bo czymże innym było wprowadzenie ustawy o działalności leczniczej przerzucającej odpowiedzialność finansową za wyniki finansowe szpitali i przychodni na ich organy tworzące. Państwo zredukowało swoją odpowiedzialność do szpitali resortowych, instytutów i pośrednio szpitali klinicznych, pozostawiając resztę województwom i powiatom. O ile województwa miały możliwości wspierania swoich szpitali, to powiatom już pieniędzy na to zaczęło brakować, zwłaszcza wobec coraz gorszego finansowania usług przez NFZ. Stąd tragiczna sytuacja wielu szpitali powiatowych i coraz częstsze próby pozbywania się ich przez właścicieli. A z prywatyzacją choćby na Dolnym Śląsku różnie bywało. Szpitale z sieci EMC radzą sobie jakoś, ale szpitale PCZ zostały bezceremonialnie zamknięte w całości lub w części, pozostawiając na lodzie mieszkańców dwóch powiatów.

Podobną reformą, odciążającą Państwo, było wprowadzenie ustawy refundacyjnej, która zmniejszyła obciążenie NFZ kosztami refundacji leków, ale za to zwiększyła obciążenie pacjentów dopłatami do leków, zaś na lekarzy zrzuciła odpowiedzialność za prawidłową ich refundację przy skomplikowanych i wciąż zmieniających listach refundacyjnych.

Można przypomnieć reformy wprowadzone, ale ze wciąż wydułanym *vacatio legis*, taką jak ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, która wprowadzała ubezpieczenie od tzw. zdarzeń medycznych. Ustawa wzorowana była na modelu skandynawskim, który pochylając się nad pacjentem, pozwala mu skrócić ścieżkę do dochodzenia swoich szkód. Zupełnie jednak zapomniała o tym, że w Skandynawii roszczenia pokrywa fundusz utrzymywany przez Państwo, zaś u nas roszczenia miały pokrywać podmioty lecznicze, będąc przymuszonymi do zawarcia umowy ubezpieczenia. Na zmonopolizowanym rynku stawki ubezpieczenia okazały się horrendalnie wyso-



kie, dodatkowo drenując system, więc zamiast znowelizować ustawę, zaczęto przesuwac termin jej wprowadzenia, ostatnio po raz kolejny przesuwając go na 1 stycznia 2017 roku.

Co wprowadzono w okresie rządów PO-PSL dobrego dla systemu? Myślę, że nie tylko mnie trudno jest cokolwiek znaleźć, bo nawet w założeniu słuszny pakiet onkologiczny okazał się w realizacji biurokracycznym potworkiem. Zwłaszcza że trzeba jeszcze zacząć wyliczać grzechy zaniechania, czyli tematy przez rządzących niepodjęwane. Najważniejszym jest niedostrzeganie pogłębiania się deficytów – finansowych i kadrowych. Od ponad dwóch lat, po zakończeniu programów pomocowych, znowu stopniowo pogłębia się zadłużenie publicznych podmiotów leczniczych. Narasta niedobór lekarzy i pielęgniarek. Wobec niskiego finansowania sektora, a co za tym idzie niskich płac, coraz więcej zatrudnionych emigruje, porzuca pracę w zawodzie albo – co najgorsze – po zakończeniu szkół pracy w ogóle nie podejmuje, co dotyczy wielu absolwentek studiów pielęgniarskich. I to jest najbardziej niepokojący spadek po ośmioletnich rządach koalicji PO-PSL, którą to żabę albo sami będą musieli zjeść, albo spadnie to na głowy następców. Zwłaszcza że uzupełnianie tych niedoborów będzie wymagać znacznych nakładów finansowych i przede wszystkim sporo czasu związanego z cyklem kształcenia profesjonalistów medycznych.

Spójrzmy jednak, co Platforma Obywatelska proponuje nam w swoim programie wyborczym na kolejne cztery lata. Program, który pojawił się po konwencji programowej w połowie września, można znaleźć na stronie internetowej ugrupowania. Nosi on dumną nazwę „Polska przyszłości”, ale jest znacznie bardziej ubogi niż wcześniejsze programy z lat 2005, 2007 i 2011. Ale może to i dobrze, bo w razie zwycięstwa będzie mniej rozczarowanych w przyszłości. Przypomina on o chęci wprowadzenia ubezpieczeń dodatkowych, ale już ani słowem nie wspomina o jakichkolwiek przekształceniach NFZ, w tym jego podziale. Mówi o potrzebie wzmoczenia działań w dziedzinie profilaktyki i opieki senioralnej, ale wszelkie obietnice zwiększenia zasobów systemu wiąże z sytuacją finansów publicznych. Dochodzą do tego rzeczy ważne, lecz nie generalne, takie jak np. bilans seniora. Reszta to, upraszczając, pobożne życzenia, jak np. obietnice upowszechnienia telemedycyny we wszystkich zakresach, choć obecnie na przykład opis teleradiologiczny jest uznawany przez NFZ za łamanie warunków umowy, bo szpitale muszą zatrudniać radiologów, ponieważ tak brzmią rozporządzenia ministerstwa zdrowia, których nikt nie próbuje zmieniać.

Podsumowując – nie ma za co dziękować rządzącym od ośmiu lat i trzeba być wielkim optymistą, aby liczyć na to, że w kolejnych latach doprowadzą oni do korzystnego przełomu.

Powracający animatorzy IV RP

Za dążącą do władzy prawicą ciągnie się stale podgrzewany przez mainstreamowe media temat ich rządów z lat 2005-2007. Nie jestem publicystą politycznym, więc nie mam zamiaru tego komentować, lecz przypomnieć tylko, podobnie jak w przypadku PO, co zrobił PiS dla systemu, kiedy rządził przed ponad 8 laty i co proponuje na przyszłość.

Rządy PiS w ochronie zdrowia to przede wszystkim osoba nieżyjącego prof. Zbigniewa Religi. Rządził resortem dwa lata, więc nie było to zbyt długo, ale pozostawił po sobie dwa rozwiązania, z których niestety tylko jedno okazało się trwałe. Pierwsze – trwałe – to ustawa o ratownictwie medycznym. Trudny kompromis, który podzielił ratownictwo medyczne na część przedszpitalną i szpitalną. Ta przedszpitalna zaczęła być finansowana przez Państwo i do tej pory jest to jeden z nielicznych rentownych, a na dodatek w miarę sprawnych elementów systemu opieki zdrowotnej w Polsce. Niestety, ustawa nie objęła finansowaniem państwowym części szpitalnej systemu, tzn. SOR-ów i izb przyjęć, i tam właśnie znajduje się segment najbardziej dołujący finansowo i funkcjonalnie, czego pomimo wielu prób nie naprawiono skutecznie do tej pory. Drugie rozwiązanie, które nie przetrwało próby czasu, to obciążenie instytucji ubezpieczeniowych kosztami leczenia osób poszkodowanych w wypadkach komunikacyjnych. Pomysł ten ostro atakowany przez ubezpieczycieli przyniósł do systemu w latach 2007-2008 po ok. 800 mln zł rocznie, ale został skasowany na wniosek kolejnego ministra zdrowia, czyli Ewy Kopacz. Przypomnę tylko, że ani wprowadzenie „podatku Religi” nie spowodowało wzrostu cen ubezpieczeń OC, ani jego skasowanie nie doprowadziło do ich spadku. Niech to wystarczy

za komentarz. Do myśli prof. Religi należy też tworzenie map potrzeb zdrowotnych i sieci podmiotów leczniczych, do których po kilku latach powrócili ci sami, którzy wcześniej Profesora krytykowali i wymachiwali ideą pełnego urynkowienia usług zdrowotnych.

Więszym problemem jest ocena zamierzeń PiS na kolejne lata. Także i tutaj trzeba sięgnąć do dokumentów źródłowych na stronie internetowej ugrupowania. Sam program PiS, także dotyczący ochrony zdrowia, powstał już w roku 2014 i w niewielkim stopniu był modyfikowany w lipcu 2015 roku w trakcie konferencji programowej tej partii. Problemem jest to, że w zasadzie trudno odczytać, na czym będzie polegać postulowana przez PiS zmiana. Finansowanie budżetowe jest nie do końca zrozumiałe, bo np. program mówi o uprawnionych do świadczeń (czyli płacących składkę zdrowotną?). Trudno powiedzieć, jak PiS rozumie ideę sieci podmiotów leczniczych, skoro pisze o konieczności przeprowadzania przez wojewodę konkursów. Sama likwidacja NFZ i przeniesienie tych samych (?) zadań do urzędów wojewódzkich pachnie jedynie zmianą pieczętek i utrzymaniem *status quo*. Jednocześnie program ten jasno mówi o konieczności wzięcia odpowiedzialności przez Państwo za organizację systemu opieki zdrowotnej. Jeżeli to spowoduje, że regulatorem systemu będą obiektywne potrzeby zdrowotne społeczności, a nie prymitywny rynek, to można mieć nadzieję, że zmieni się na korzyść i samo rozmieszczenie podmiotów leczniczych i wysokość ich kontraktów. Oczywiście, jeżeli ten idealistyczny system zadziała.

Program PiS zawiera też inne elementy: nieśmiertelną konieczność skrócenia kolejek, odbiurokratyzowanie pracy lekarzy, upaństwowienie systemu ratownictwa medycznego, obniżenie dla pacjentów cen leków refundowanych, zwiększenie liczby kształconych profesjonalistów medycznych.

Niestety wszystkie te elementy są opisane w krótkich żołnierskich słowach, więc nie do końca wiadomo, w jaki sposób partia chce te cele osiągnąć. Pocięszające jest tylko to, że na ostatnim Forum Ekonomicznym w Krynicy Tomasz Latos, potencjalny przyszły minister zdrowia, jasno powiedział, że niezbędnym jest zwiększenie finansowania systemu, bo bez tego wszystkie pomysły są funta klaków niewarte.

Konwergencja

Życie uwielbia wszelkie postaci *qui pro quo*, w których nikt już nie wie, kto jest kim i kto czego chce. W ostatnim czasie zaczęły się splatać zarówno programy obu zażarcie zwalczających się partii, jak i ich doświadczenia z reakcjami środowiska medycznego. Ostro oczy przecierałem, kiedy usłyszałem z ust Ewy Kopacz o likwidacji składki zdrowotnej poprzez wprowadzenie zunifikowanego podatku zawierającego podatek dochodowy oraz składki na ubezpieczenie zdrowotne i społeczne. Według tej propozycji ekwiwalent płatności składki do NFZ ma wziąć na siebie budżet Państwa, czyli mamy wprowadzić w Polsce finansowanie budżetowe. Dalibóg czym, jeżeli chodzi o źródła finansowania, ma się to różnić od wysydzanej wcześniej propozycji PiS – nie wiem. Chyba tylko tym, że zmienimy sposób finansowania, ale zostawimy znieawidzony NFZ. Czy będzie to uznane przez wyborców za postęp? Śmiałbym wątpić.

Drugim elementem konwergencji jest spór z pielęgniarkami. Trudno powiedzieć, kiedy konflikt był bardziej ostry. Czy za czasów rządów PiS, w czasie „białego miasteczka” i okupacji pomieszczeń kancelarii premiera, czy teraz. I wtedy, i dzisiaj opozycja kokietowała i kokietuje protestujące pielęgniarki. Różnica polega głównie na tym, że sam problem stał się po ośmiu latach bardziej wyrazisty. Ani PO, ani PiS nie mogą liczyć na to, że rozejdzie się on po kościach do następnych wyborów. Wtedy pielęgniarek będzie o kolejne kilkadziesiąt tysięcy mniej, ale to wszyscy inni będą mieli jeszcze większy i już prawdopodobnie nierozwiązalny problem.

Wreszcie ostatni przykład. Synonimem wrogości PiS wobec środowiska medycznego, obok Zbigniewa Ziobry, był Ludwik Dorn wysyłający lekarzy „w kamasze”. No i patrzcie Państwo, teraz właściciel Saby został jedną z twarzy PO.

Wybory za parę tygodni – niech każdy decyduje sam. Moja rada – lepiej pomyśleć, niż na złość babci odmrażać sobie uszy.

Dr Monika Braun

Być lekarzem, być lekarzem...

Co należy zrobić, aby rozmowa lekarza z pacjentem przebiegała w sposób możliwie naturalny, aby lekarz był wiarygodny i dobrze postrzegany? Sposobów jest wiele. Rozmawiam o nich z dr Moniką Braun – aktorką, nauczycielką aktorstwa, reżyserii i technik przemawiania, trenerem i coachem komunikacji interpersonalnej, specjalistą od body-language, wykładowcą w Instytucie Dziennikarstwa i Komunikacji Społecznej Uniwersytetu Wrocławskiego.

Magdalena Orlicz-Benedycka: Zaufanie – na nim opiera się praca lekarza. Jak je zyskać?

Monika Braun: Kiedy słyszę, że lekarz ma być wiarygodny i ma zdobyć zaufanie, myślę o kilku kluczowych punktach, które powodują, że chcemy słuchać osoby, z którą się spotykamy, że jej wierzymy. Liczy się miejsce, światło, ale najważniejszy jest aspekt ludzki. Istotnym elementem jest „polubienie”. To wydaje się banalne, ale z głębokich powodów ewolucyjnych skupiamy uwagę na kimś, kto wydaje nam się sympatyczny, ciekawi nas to, co mówi, i kiedy właśnie – po prostu lubimy go. Instynktownie, intuicyjnie. Wtedy jesteśmy w stanie usłyszeć, zrozumieć i zaakceptować to, co do nas mówi i czego od nas chce.

Pacjent jest często istotą, która słabo słyszy i nie rozumie. Jest przerażony, w bólu, zdenerwowany. Dlatego celem lekarza jest uspokojenie tego kogoś, zdobycie jego uwagi i zaufania, pokazanie całym ciałem, że uwaga lekarza jest skierowana na drugą osobę. Właśnie – całym ciałem, a zatem sposobem mówienia, siedzenia, patrzenia. Na taki komunikat jako ludzie jesteśmy wrażliwi, znacznie mniej natomiast na słowa wg ich encyklopedycznych znaczeń, których rozumienie zajmuje więcej czasu i często wymaga fachowego przygotowania. Ważny jest też czynnik współczucia. Chory czeka na ten rodzaj uwagi, empatii. Zazwyczaj cierpi lub niepokoi się z jakiegoś powodu i pragnie, aby to zauważono. Jak to wygląda w praktyce? Dzieje się to przez bardzo spokojne, wyraźne nawiązanie kontaktu wzrokowego. Ileż razy jako pacjentka spotykam się z lekarzami, którzy wcale na mnie nie patrzą! Mówią do swoich notatek, patrzą gdzieś w bok albo równocześnie coś sprawdzają w komputerze.

Poza rutynowymi pytaniami o objawy warto pamiętać o pacjencie. W zakresie postawy i gestykulacji oznacza to zaangażowanie się. Lekarze (tłumacząc się często zmęczeniem) bywają fizycznie i werbalnie rozleniwieni, wyłączeni, działają wg gotowych algorytmów. Uwagę i energię lekarza pacjent odbiera często silniej niż słowa. Ułatwia mu to zwykle mówienie, co skutkuje prostą oszczędnością czasu dla lekarza. To, co wypowiada wobec pacjenta, musi być uporządkowane, uargumentowane, zrozumiałe. Chodzi naprawdę o tak elementarne zachowania jak wyraźne mówienie, kierowanie wypowiedzi wprost do pacjenta z utrzymywaniem kontaktu wzrokowego, stosowanie przykładów i analogii. Pacjent chce rozumieć, choć nie zawsze ma odwagę pytać. Ważniejsze jest poczucie, że ktoś o niego dba, myśli o nim, że elementy terapii, jakie mu proponuje, jakiegokolwiek by nie były, są naprawdę dla jego dobra oraz, że są spójne. Trzeba podawać pacjentowi wyjaśnienia, mówić obrazowo, nie wystarczy fachowe terminy. Leczony człowiek przede wszystkim chce rozumieć, co będzie się z nim działo, co będzie czuł, czego doświadczy we wszystkich zakresach swego ludzkiego „ja”. Pew-

” Poza rutynowymi pytaniami o objawy warto pamiętać o pacjencie. W zakresie postawy i gestykulacji oznacza to zaangażowanie się. Lekarze (tłumacząc się często zmęczeniem) bywają fizycznie i werbalnie rozleniwieni, wyłączeni, działają według gotowych algorytmów. Uwagę i energię lekarza pacjent odbiera często silniej niż słowa. Ułatwia mu to zwykle mówienie, co skutkuje prostą oszczędnością czasu dla lekarza. To, co wypowiada wobec pacjenta, musi być uporządkowane, uargumentowane, zrozumiałe. Chodzi naprawdę o tak elementarne zachowania jak wyraźne mówienie, kierowanie wypowiedzi wprost do pacjenta z utrzymywaniem kontaktu wzrokowego, stosowanie przykładów i analogii. Pacjent chce rozumieć, choć nie zawsze ma odwagę pytać.

“



na ilość fachowej terminologii jest jednak niezbędna, ponieważ przybywa pacjentów, którzy czytają i posiadają sporą wiedzę. Nie chcą być traktowani jak głupcy. Ponadto, jeśli wszystko zostanie pacjentowi wyjaśnione, także w oparciu o „twardą” wiedzę medyczną, tworzy to wokół lekarza image profesjonalisty. Powstaje rodzaj społecznego teatru, dzięki któremu rośnie autorytet lekarza, zyskuje jego rola fachowca.

M.OB.: *Wielu pacjentów nie pyta o nic lub nie wie, że może pytać, że to jest ich prawo. Nie każdy lekarz lubi wyjaśniać i odpowiadać na pytania pacjenta...*

M.B.: Warto zdać sobie sprawę, że pacjent, który rozumie i ufa jest mniej skłonny do niepotrzebnego „zawracania głowy” lekarzowi, hysterii, niesłusznych pretensji czy oskarżeń. Pacjent, który zrozumie, co go czeka, nie boi się i jest znacznie łatwiejszy we współpracy. Chętniej poddaje się trudnym, bolesnym zabiegom i nie zadaje potem kłopotliwych pytań. Nie robi różnych dziwnych rzeczy, wiedziony lękiem, pod presją bólu. To oszczędność nerwów i czasu dla lekarza. Natomiast pacjent, który się boi i nie rozumie, co się z nim dzieje, w momencie kiedy dojdzie do zabiegu lub do innych procedur medycznych, bywa nieprzewidywalny. Jeśli wtedy, pod presją, zacznie pytać czy protestować, może utrudnić pracę całemu personelowi.

M.OB.: *A pacjenci roszczeniowi, trudni? Co z nimi zrobić?*

M.B.: Takie same pytania padają podczas szkoleń dla prawników i nauczycieli, tyle że dotyczą one trudnych klientów bądź uczniów. Będąc sama nauczycielem, także mam do czynienia z pewnego rodzaju uczniem czy studentem, z którym muszę sobie poradzić.

Prawie każdego człowieka, poprzez język ciała i głębokie, pozytywne nastawienie, można skłonić do uwagi i przekonać do swoich racji. Ciało lekarza czy nauczyciela powinno komunikować – ja jestem dla ciebie, słucham cię. Poza tym, mówiąc do konkretnej osoby, trzeba tak dobrać język i sposób przekazu, aby dostosować się do odbiorcy. Pacjent (ani student) nie powinien poczuć się gorszy, głupszy. Trzeba znaleźć dla niego proste słowa i analogie, które pozwolą mu zrozumieć sytuację i zamiary lekarza. Poprzez spokojny i uważny w stosunku do drugiej osoby sposób zachowania, w większości przypadków udaje się pacjentowi uspokoić czy złagodzić sytuację. Wobec pacjenta obowiązują lekarza te same zasady, które prawdopodobnie stosowałby wobec kobiety, na której mu zależy, wobec szefa, u którego chciałby się zatrudnić itp. Ubrałby się absolutnie elegancko. Starałby się, patrzył w oczy, uważnie słuchał, zachowywał uprzejmie. Znam lekarza, który od wielu lat robi na mnie wrażenie ogromną elegancją swojego ubioru, kiedy idzie spotkać się z pacjentami. Odnosi ogromne sukcesy jako lekarz, a także sukcesy finansowe. Jest zawsze nienagannie ubrany, skoncentrowany. Obserwuję to z uwagą.

Przez wiele lat mieszkałam we Francji. Miałam tam do czynienia z medycyną w różnych jej zakresach. Byłam zdumiona ogromną, bezwzględną grzecznością lekarzy. Każdy podawał mi rękę. Sama robię to dalej w Polsce, ale nie dla wszystkich lekarzy jest to oczywiste. Nie każdy pacjent odważy się też wyciągnąć dłoń do lekarza. Według etykiety to zresztą lekarz w gabinecie powinien podać rękę. Jej podanie jest gestem ludzkim. W różnych sytuacjach między lekarzem a pacjentem to pierwsze podanie ręki z uważnym spojrzeniem w oczy może złagodzić pewne możliwe początkowe niechęci, obawy czy napięcia pacjenta. Wystarczy spokojnie potrzymać czyjąś dłoń w swojej dłoni. Jeżeli lekarz się spieszy, w istocie ignoruje obecność pacjenta, stale patrzy w komputer, nie patrzy natomiast na człowieka – transmittuje mu napięcie i wątpliwość w możliwość poprawy, znalezienia remedium na jego dolegliwości. Dzieje się to przez język ciała, ale także poprzez sposób posługiwania się narzędziami lekarski-

mi, komputerem, receptami, indeksami leków itd. Być może lekarze, którzy skarżą się na swoich pacjentów, nie wiedzą, że sami prowokują ich dziwactwa. Nie wiedzą o tym, że sami są źródłem ich nerwowości czy złości płynącej – z reguły – z lęku.

M.OB.: *Dobry wygląd to podstawa?*

M.B.: Na sukces komunikacyjny, czyli budzenie zaufania i budowanie autorytetu składa się też wygląd zewnętrzny, tzw. dress-code. Udowodniono, że większość pacjentów wierzy lekarzowi bardziej, jeżeli całość jego „rolu”, a więc i „kostium” – lekarski fartuch, także widoczny spod fartucha krawat, elegancka koszula, czyste buty (wypastowane, dobrej jakości) – jest spójna. Wzmacnia to dobre wrażenie, dodaje inteligencji i powagi w oczach pacjenta. No tak, taki ktoś na pewno jest „na poziomie”, to ktoś poważny – tak oceniają ludzie. Niezależnie od tego jak jest naprawdę, lekarz uprzejmy, porządnie ubrany, wyraźnie i jasno się wypowiadający, jest wyżej punktowany przez nieświadome części naszego mózgu. Lekarz ma wtedy znacznie większą szansę, że cokolwiek powie, będzie przyjęte z dobrą wiarą przez pacjentów, otrzymuje znacznie większy kredyt zaufania. Jeśli natomiast zlekceważy uprzejmość, będzie prezentował swoją profesjonalną wyższość – nie pomoże mu wtedy ani porządne ubranie, ani perfekcyjnie dopięte guziki, ani markowe buty czy zegarek. Powrócę na chwilę do moich doświadczeń we Francji. Byłam zaskoczona, że za każdym razem w gabinecie lekarskim witał mnie zadbany/a, grzeczny/a, elegancki/a kobieta, mężczyzna. To było zdumiewające. Często nie nosili fartuchów lekarskich. Te bowiem, traktowane jak element rytualnego kostiumu wiążącego się tradycyjnie z bólem, zabiegami, zwiększają napięcie u pacjenta.

Lekarz w przychodni, w zależności od specjalizacji i rodzaju kontaktu z pacjentem, może mieć fartuch lub nie. Tam gdzie jest dużo kontaktu fizycznego z człowiekiem czy jego wydzielinami, gdzie wymagana jest pełna sterylność, wymagany też jest fartuch. To chroni obie strony. W innych przypadkach dobrze, gdy pacjent widzi, że fartuch nałożony jest na eleganckie ubranie. Sam fartuch powinien być czysty. Wszystko powinno być zharmonizowane i nienaganne. I nie chodzi tylko o budowanie prestiżu, jakąś nadmierną elegancją. Bardziej o wrażenie, że konsultacja czy wizyta nie odbywa się w przelocie, że lekarz pod każdym względem przygotował się na kontakt z drugim człowiekiem, że go szanuje jako osobę i nie odznacza go wyłączenie na długiej liście osób do przyjęcia.

M.OB.: *Mam wrażenie, że wiele osób nie przywiązuje wagi lub nie zdaje sobie sprawy, jak istotny jest zadbany wygląd lekarza, elegancki, dobrze dopasowany kostium czy dobrze skrojony i dobrany garnitur. Dobrą wizytówką lekarza jest też jego zdrowy, wysportowany wygląd i dobra sylwetka.*

M.B.: Obecnie wprowadza się więcej swobody w wystrój szpitali, korytarzy, placówek medycznych i celowo mniejszy rygor w strojach lekarzy. Eliminuje się fartuchy, aby zmniejszyć stres pacjentów, co wynika z utrwalonego i opisanego na gruncie socjologii stosunku do uniformu. Personel medyczny zbyt rzadko pamięta, że szpital jest dla swoich klientów taką samą „instytucją totalną” (pisze o tym na przykład Erving Goffman) jak koszary, więzienie, internat. Warto zadbać, aby scenografia i rekwizytornia zawodów medycznych nie była wyłącznie przerażająca i nie wywoływała dodatkowego stresu. W książce „Człowiek w teatrze życia codziennego” Goffmana cała teatralizacja zawodu lekarza jest szeroko omówiona. Powoduje, że pacjent wierzy lub nie wierzy lekarzowi, lubi go i ufa mu lub nie. Umysł ludzki kieruje się bardzo prostymi kategoryzacjami. Odpowiedni kostium może budować poczucie przychylnego pacjentowi autorytetu lekarza, zmniejszyć jego obawy.

Konferencja „Prawa lekarza” za nami

18 września 2015 r. w siedzibie Dolnośląskiej Izby Lekarskiej przy ul. Kazimierza Wielkiego 45 we Wrocławiu odbyła się Ogólnopolska Konferencja Naukowa pt. „Prawa lekarza”. Organizatorami tego przedsięwzięcia naukowego były Dolnośląska Izba Lekarska oraz Interdyscyplinarna Pracownia Prawa Medycznego i Bioetyki Wydziału Prawa, Administracji i Ekonomii Uniwersytetu Wrocławskiego we Wrocławiu, reprezentowane przez prof. dr hab. n. prawnych Włodzimierza Gromskiego – dziekana Wydziału Prawa, Administracji i Ekonomii UW. we Wrocławiu, dr. n. med. Pawła Wróblewskiego – p.o. prezesa DRL, lek. Włodzimierza Wiśniewskiego – przewodniczącego OSŁ DIL oraz dr. n. med. Piotra Piszko – OROZ DIL.

Honorowym patronatem konferencję objęły Naczelna Izba Lekarska oraz Okręgowa Izba Radców Prawnych we Wrocławiu, reprezentowana przez radcę prawn. Leszka Korczaka – dziekana ORRP. Oba izbom serdecznie dziękujemy za podjętą inicjatywę i chęć integracji środowisk prawników i lekarzy w aspekcie działalności zawodowej.

Swoją obecnością zaszczytili nas znakomici prelegenci zajmujący się na co dzień, w swoim życiu zawodowym tematyką prawa medycznego, tj.:

- dr n. prawnych Agata Wnukiewicz-Kozłowska – adiunkt w Katedrze Prawa Międzynarodowego i Europejskiego UW. i kierownik Interdyscyplinarnej Pracowni Prawa Medycznego i Bioetyki UW., która przedstawiła wykład na temat „Prawa lekarza w kontekście standardów wykonywania zawodu”;
- prof. dr hab. n. prawnych Joanna Haberk, Katedra Prawa Cywilnego, Handlowego i Ubezpieczeniowego Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu, która przedstawiła wykład na temat „Etyczno-prawnych aspektów prawa lekarza do wynagrodzenia”;
- dr hab. n. prawnych Beata Janiszewska z Uniwersytetu Warszawskiego, która przedstawiła wykład na temat „Praw lekarza w perspektywie praw pacjenta do wyrażenia zgody na świadczenia zdrowotne”;
- dr n. prawnych Urszula Drozdowska – radca prawny, adiunkt w Katedrze Prawa Cywilnego Uniwersytetu w Białymstoku, która wygłosiła wykład na temat „Praw lekarza w postępowaniu cywilnym”;
- Andrzej Malicki – adwokat, członek NRA w Warszawie, który omówił następujące zagadnienie „Prawo lekarza do zaniechania pomocy lub świadczeń zdrowotnych”;
- prof. dr hab. n. prawnych Jacek Giezek – adwokat, członek NRA w Warszawie, który wystąpił z wykładem „Przestępstwo zaniechania w kontekście wykonywania zawodu lekarza”;
- dr hab. n. prawnych Rafał Kubiak – adiunkt w Katedrze Prawa Karnego Uniwersytetu Łódzkiego, kierownik Zakładu Prawa Medycznego Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, który przedstawił wykład na temat „Karnoprawnej ochrony lekarza przed agresją ze strony pacjenta”;
- dr n. prawnych Marcin Śliwka z Uniwersytetu w Toruniu, który przedstawił wykład pt. „Dobra osobiste lekarza i ich ochrona”;
- dr n. społecznych Błażej Kmiecik z Uniwersytetu Medycznego w Toruniu, który omówił zagadnienie związane ze „Społeczno-prawnymi aspektami roszczeniowości pacjentów”;
- Andrzej Józwiak – prokurator Prokuratury Okręgowej w Poznaniu, który przedstawił wykład pt. „Przychodzi lekarz do prokuratora”;
- dr n. med. Krzysztof Kordel z Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu, który przedstawił wykład pt. „Rola Rzecznika Praw Lekarza”;
- dr Grzegorz Wrona, NROZ NIL, który przedstawił wykład na temat „Uprawnień lekarza w postępowaniach w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy”.

Spotkanie cieszyło się ogromnym zainteresowaniem uczestników, stąd tak liczny ich udział w omawianym przedsięwzięciu. Wysoka frekwencja oraz słowa uznania ze strony gości przekonały nas o potrzebie kontynuowania podobnych spotkań naukowych.

Aleksandra Stebel

Opisy zdjęć:

1. Konferencję pt. „Prawa lekarza” otworzył dr n. med. Paweł Wróblewski – p.o. prezes Dolnośląskiej Rady Lekarskiej. Jego wystąpieniu przysłuchiwała się m.in. dr nauk prawnych Agata Wnukiewicz-Kozłowska – inicjatorka przedsięwzięcia z ramienia Uniwersytetu Wrocławskiego.
2. Moderatorzy dyskusji (od lewej): radca prawn. Leszek Korczak – dziekan Okręgowej Rady Radców Prawnych, prof. Włodzimierz Gromski – dziekan Wydziału Prawa, Administracji i Ekonomii UW, dr n. med. Piotr Piszko – Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej DIL, lek. Włodzimierz Wiśniewski – przewodniczący Okręgowego Sądu Lekarskiego DIL
3. W konferencji wzięło udział blisko stu lekarzy i prawników.
4. Od lewej: lek. Grzegorz Wrona – Naczelny Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej, dr hab. n. med. Andrzej Wojnar i dr n. med. Jan Spodzieja



1



2



3



4

Fot. M.J.



Ograniczone prawo wykonywania zawodu lekarze stażyści odebrali z rąk dr. n. med. Pawła Wróblewskiego – p.o. prezesa DRL. Legitymację lekarską i srebrną odznakę DIL wręczała lek. dent. Małgorzata Nakraszewicz – wiceprezes DRL ds. Delegatury Wrocławskiej.



Uroczystość wręczenia ograniczonego prawa wykonywania zawodu lekarzom – 15.09.2015 r., sala konferencyjna DIL

Dolnośląska rodzina lekarska coraz większa!

382 absolwentów uczelni medycznych dołączyło 15 i 16 września do dolnośląskiej, lekarskiej korporacji zawodowej. Izbowe szeregi zasiłło 300 przyszłych lekarzy i 82 lekarzy dentyistów. Podczas uroczystości, zorganizowanej w siedzibie DIL przy ul. Kazimierza Wielkiego 45, młodzi adepci medycyny odebrali ograniczone prawo wykonywania zawodu, legitymację lekarską oraz odznakę DIL. Stali się tym samym pełnoprawnymi członkami Dolnośląskiej Izby Lekarskiej, do której przynależą w chwili obecnej 14.965 medyków.

Po raz pierwszy w historii Izby stażyści zyskali też możliwość darmowego ubezpieczenia się od odpowiedzialności zawodowej na najbliższy rok. Program ubezpieczeniowy „Bezpieczny start” to wspólna inicjatywa DIL i TU Inter Polska, która zostanie sfinansowana z funduszu reprezentacyjnego p.o. prezesa DRL.

Nowym członkom Izby gratulujemy i życzymy sukcesów na wyboistej drodze zawodowej.

M.J.



Przyszłe pokolenie lekarzy...



Uroczystość wręczenia ograniczonego prawa wykonywania zawodu lekarzom dentyistom – 16.09.2015 r., sala konferencyjna DIL



Ograniczone prawo wykonywania zawodu wręczała lekarzom dentyistom wiceprezes DRL ds. stomatologii i przewodnicząca KS DRL lek. dent. Alicja Marczyk-Felba. Legitymację lekarską i srebrną odznakę DIL przyszli stomatolodzy otrzymali od dr. n. med. P. Wróblewskiego.

Fot. M.J.



Fot. Adam Zadzurzyński

Niemożliwe, a jednak! Huczne otwarcie Przylądka Nadziei

Zebranie kilkudziesięciu milionów złotych na budowę Ponadregionalnego Centrum Onkologii Dziecięcej we Wrocławiu wydawało się niemożliwe. Osoby zaangażowane w powstanie nowej kliniki dla dzieci z chorobą nowotworową udowodniły jednak, że bariery są po to, by je przełamywać. Po dwóch latach od wmurowania kamienia węgielnego powstał Przylądek Nadziei. 7 września hucznie świętowano jego otwarcie. Nie zabrakło czerwonego dywanu, uroczystego przecięcia wstęgi, straży miejskiej na koniach, kolorowych balonów, olbrzymiego tortu i wielu innych atrakcji...

Najnowocześniejszy w Polsce szpital onkologiczny dla dzieci powstał dzięki wspólnej inicjatywie Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu oraz Fundacji „Na ratunek dzieciom z chorobą nowotworową”. Podziemny korytarz łączy nowo powstały obiekt z Uniwersyteckim Szpitalem Klinicznym, dzięki czemu Przylądek Nadziei może korzystać między innymi ze szpitalnego oddziału ratunkowego, pracowni obrazowania i laboratorium. – Mamy powody do dumy. Ponadregionalne Centrum Onkologii Dziecięcej we Wrocławiu posiada przestronne, bogato wyposażone sale, są miejsca do zabawy i nauki, rodzice mają do dyspozycji nie tylko łóżka w każdym pokoju, ale też pokoje hotelowe. Kubatura rzędu 47 tys. metrów sześciennych, blisko 13 tys. metrów kwadratowych powierzchni użytkowej, 4 kondygnacje, w tym podziemny parking na 75 miejsc. Chylę czoła przed głównymi bohaterami dzisiejszego dnia: prof. Alicją Chybicką – szefową kliniki, Agnieszką Aleksandrowicz i Grzegorzem Dzikiem z fundacji – mówił podczas uroczystości otwarcia rektor UM we Wrocławiu. Prof. Marek Ziętek szczególne podziękowania złożył także Andrzejowi Kochanowi – kanclerzowi ds. inwestycji sprawującemu nadzór nad budową oraz kierownikowi Działu Projektów Europejskich Wojciechowi Frontczakowi odpowiedzialnemu za zdobycie i rozliczenie unijnego dofinansowania. Starą klinikę przy ul. Bujwida wspominała prof. Alicja Chybicka. – Pękające rury, zacieki, brak klimatyzacji, zagrzybione ściany, śpiący się tynk to już na szczęście przeszłość – mówiła ze wzruszeniem do kilkuset gości. Prawdziwe show, ku uciesze pacjentów kliniki i ich rodziców,

zrobiła na scenie Martyna Wojciechowska – ambasadorka idei powstania Przylądka Nadziei. Znana podróżniczka oraz dziennikarka odśpiewała rym, by zaprezentować tatuaż ze współrzędnymi Przylądka. Chwilę później uklękła przed szefową Fundacji „Na ratunek dzieciom z chorobą nowotworową”... Agnieszce Aleksandrowicz z nadmiaru emocji załamywał się głos, wreszcie oznajmiła jednak: – We Wrocławiu spotkałam ludzi, którzy pragną zmieniać świat na lepszy. Dziękuję Wam za to. Pełne wzruszenia były też wystąpienia rodziców zmarłych pacjentów, a w szczególności Ewy i Marcina Janików. Ich 16-letnia córka przegrała z nowotworem, ale oni nadal wspierają fundację.

Przylądek Nadziei kosztował więcej niż pierwotnie zakładano. Szacowana kwota 80 mln zł wzrosła do 116 mln zł. 85 mln zł na budowę Ponadregionalnego Centrum Onkologii Dziecięcej we Wrocławiu Uniwersytet Medyczny pozyskał z UE, 15 milionów przekazało uczelni Ministerstwo Zdrowia, swój wkład dorzuciła też fundacja. O tym, że było warto, nikogo nie trzeba przekonywać. Pierwsi mali pacjenci zaczną się w nim leczyć na przełomie września i października.

M.J.

Od lewej: Martyna Wojciechowska, prof. Marek Ziętek – rektor UM we Wrocławiu, Agnieszka Aleksandrowicz – prezes Fundacji „Na ratunek dzieciom z chorobą nowotworową”, Grzegorz Dzik – przewodniczący rady społecznej Fundacji i prezes Impel S.A. oraz prof. Alicja Chybicka – szefowa nowej kliniki

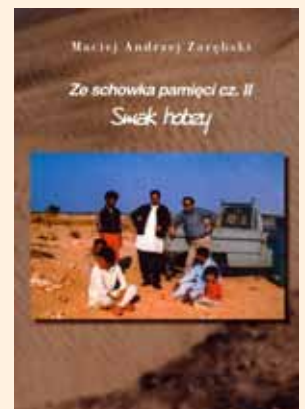
Na kontrakcie szpitalnym w Libii... Książka godna polecenia!

Hobza to po arabsku chleb. Ten chleb jadłem ponad trzy lata w Libii, pracując na kontrakcie w szpitalu w Syrcie razem z dr. Maciejem Zarębskim. Wydał on ostatnio książkę pt. „Smak hobzy”, w której opisuje dole i niedole lekarskiego bytowania przed laty w tym kraju. Znaleźć w niej można relacje z codziennej pracy, opisy eskapad krajoznawczych po tym ciekawym, egzotycznym państwie, ale i nostalgiczne refleksje z czwartków literackich w piaskach Sahary okraszonych wierszami, również niżej podpisanego.

Zachęcam do posmakowania tego lekarskiego, obczyźnianego chleba.

Andrzej Wojnar

Książkę można nabyć w sprzedaży wysyłkowej. Cena – 30 zł. Nr konta, na który należy dokonać wpłaty: 49 8512 002 2001 0008 2051 0001 Bank Spółdzielczy w Samsonowie z dopiskiem „Smak hobzy” Maciej Zarębski. Po dokonaniu wpłaty książka zostanie wysłana na adres nabywcy.





Fot. z archiwum LP.

Od lewej: Jolanta Hołda, Beata Stecka, Leszek Pałka, Maria Czajkowska, Zuzanna Wolak-Listwan, Wanda Poradowska-Jeszke

KAMERALNIE, ALE FAJNIE!

5 września 2015 r. odbyły się w Lubinie I Otwarte Mistrzostwa Polski Lekarzy w Nordic Walking. Choć bawiliśmy się przednio, stwierdzamy z przykrością, że uczestniczyli w nich tylko członkowie Dolnośląskiej Izby Lekarskiej. Wiadomość o tym sportowym przedsięwzięciu, z naszej winy (organizatorów), została upubliczniona za późno. Czerpiąc naukę z tego doświadczenia, już teraz zapowiadamy kolejną edycję imprezy, najbliższą we wrześniu 2016 r.

Pierwsze miejsce w kategorii K70 open zajęła dr Wanda Poradowska-Jeszke – specjalista anestezjologii dziecięcej, była wieloletnia ordynator oddziału intensywnej opieki medycznej i jednocześnie dyrektor Szpitala Dziecięcego im. Korczaka we Wrocławiu. Bezkonkurencyjna w kategorii K50 lekarzy okazała się dr Jolanta Hołda – pediatra i alergolog z Oleśnicy, na drugiej pozycji uplasowała się dr Beata Stecka – lekarz rodzinny z Wrocławia, na trzeciej zaś dr Maria Czajkowska – lekarz rodzinny i sportowy spod Milicza. W kategorii M60 lekarzy na najwyższym stopniu podium stanął dr Leszek Pałka – lekarz rodzinny z Wrocławia.

I Otwarte Mistrzostwa Polski Lekarzy w Nordic Walking dofinansował m.in. Urząd Marszałkowski. Za ten gest życzliwości dziękujemy przede wszystkim dyrektorowi Jarosławowi Maroszkowi. Podziękowania należą się też Radzie DIL, która ufundowała koszulki i medale dla zawodników. Logo Izby znalazło się na wszystkich materiałach promocyjnych, a organizatorzy i komentatorzy mistrzostw wielokrotnie przywoływali oficjalną nazwę dolnośląskiego samorządu lekarskiego. Uważam, że takie działania marketingowe Izby, które trafiają do mieszkańców, podczas imprez masowych (zawodników było ponad 400 i ok. 200 widzów) jest tańsza i zdecydowanie bardziej zauważalna niż jakkolwiek nasza kampania prasowa. Organizacja zawodów była świetna i wszyscy bawiliśmy się wyśmienicie.

Zapraszamy lekarzy, niezależnie od wieku, płci, specjalizacji czy umiejętności nordykowych na treningi do Parku Południowego w każdą środę o godzinie 18.30.

Leszek Pałka



Fot. Michał Nowakowski

Minister zdrowia prof. Marian Zembala (w środku), który 3 września wizytował szpital na Stabłowicach, był pod wrażeniem nowego ośrodka.

RUSZYŁ NOWY SZPITAL WOJEWÓDZKI NA STABŁOWICACH

31 sierpnia 2015 r. Dolnośląski Szpital Specjalistyczny im. T. Marciniaka rozpoczął działalność medyczną w nowej lokalizacji. Oddziały z ul. Traugutta i al. Wiśniowej zostały przeniesione do supernowoczesnego obiektu przy ul. gen. A. E. Fieldorfa 2 (boczna ul. Kosmonautów). Nowy Szpital Wojewódzki kosztował ponad 380 milionów złotych. To jedna z największych inwestycji samorządu województwa dolnośląskiego.

Zajmujący powierzchnię 5 hektarów czterokondygnacyjny szpital przyjmować ma ok. 30 tys. pacjentów rocznie. Placówka posiada 15 oddziałów, 18 poradni specjalistycznych, 550 łóżek dla pacjentów, znajduje się w niej 2,5 tys. pomieszczeń. Sale chorych wyposażone są w telewizor i sieć Wi-Fi. Na każdym oddziale znajduje się kuchnia oraz tzw. sala dzienna. Novum stanowi tzw. „gorąca platforma”, na którą składają się: Szpitalny Oddział Ratunkowy, Dział Radiologii i Diagnostyki Obrazowej, blok operacyjny z 10 salami operacyjnymi oraz Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii. SOR w nowej lokalizacji posiada też strefę TRIAGE (strefa określenia stanu zagrożenia życia.) W nowym szpitalu znalazł się ponadto: zakład medycyny nuklearnej z dwoma gammakamerami, zakład rehabilitacji, dział endoskopii z sześcioma pracownikami, aparat O-ARM (tzw. ramię „O”) umożliwiający przeprowadzenie skomplikowanych operacji kręgosłupa, rezonans magnetyczny, dwa stacjonarne aparaty RTG, dwa angiografy, aparaty USG, centralna sterylizatornia, system poczty pneumatycznej łączącej wszystkie oddziały placówki ze szpitalną apteką oraz laboratorium.

Przypomnijmy, że budowa nowego szpitala rozpoczęła się w październiku 2010 r. i miała zakończyć 3 lata później. Z powodu zawirowań przetargowych kilkakrotnie przesuwano termin otwarcia placówki. Za wybudowanie i pełne wyposażenie obiektu odpowiedzialna była Spółka Nowy Szpital Wojewódzki (prezes Zarządu – Rafał Guzowski). Projekt architektoniczno-urbanistyczny wykonało konsorcjum firm z Wrocławia: Villart Bogdan Kotłowski oraz Przedsiębiorstwo Wielobranżowe Haras Arkadiusz Harasimowicz.

M.J.



Fot. z archiwum „Medium”

PRAWO NA CO DZIEŃ

Mec. Beata Kozyra-Łukasik – radca prawny DIL



Źródło grafiki: http://www.flickr.com/photos/5474240699_511d360e07_b/Thirteen Of Clubs

I. Zgodnie z przepisem art. 16 Ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity Dz. U. z 2015 r., poz. 581) świadczeniobiorcy na podstawie ustawy przysługują orzeczenia i zaświadczenia lekarskie wydawane na jego życzenie, jeżeli są one związane z dalszym leczeniem, rehabilitacją, niezdolnością do pracy, kontynuowaniem nauki, uczestnictwem dzieci, uczniów, słuchaczy zakładów kształcenia nauczycieli i studentów w zajęciach sportowych i w zorganizowanym wypoczynku, a także jeżeli są wydawane dla celów pomocy społecznej, wspierania rodziny i systemu pieczy zastępczej, orzecznictwa o niepełnosprawności, uzyskania zasiłku pielęgnacyjnego, lub ustalenia przyczyn i rodzaju uszkodzeń ciała związanych z użyciem przemocy w rodzinie, a także jeżeli są wydawane dla celów uzyskania dodatku z tytułu urodzenia dziecka lub jednorazowej zapomogi z tytułu urodzenia dziecka.

Koszty badania, wydania orzeczenia lub zaświadczenia, związanego z orzekaniem o niezdolności do pracy dla celów rentowych, ustalaniem uprawnień w ramach ubezpieczeń społecznych, są finansowane przez podmiot, na którego zlecenie zostaje przeprowadzone badanie, wydane orzeczenie lub zaświadczenie.

Rozporządzenie Rady Ministrów z 20 grudnia 2004 r. w sprawie sposobu i trybu finansowania kosztów badań, wydawania orzeczeń lub zaświadczeń związanych z orzekaniem o niezdolności do pracy dla celów rentowych, orzekaniem o niepełnosprawności, ustalaniem uprawnień w ramach ubezpieczeń społecznych (Dz. U. nr 281, poz. 2790), określa sposób i tryb finansowania wymienionych kosztów przez podmiot, na którego zlecenie zostaje przeprowadzone badanie, wydane orzeczenie lub zaświadczenie.

Koszty badania, wydania orzeczenia lub zaświadczenia są dokumentowane fakturą i zestawieniem sporządzanym przez świadczeniodawców, stanowiącym załącznik do faktury. **Zgodnie z pismem Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej z 22 stycznia 2009 r. znak SPS-023-6707/08, rozporządzenie ma zastosowanie w przypadku przeprowadzania badań oraz wydawania orzeczeń**

lub zaświadczeń na zlecenie ZUS. **W ramach postępowania orzeczniczego ZUS zleca np. przeprowadzenie badań dodatkowych lub wydanie opinii specjalistycznej i wówczas zgodnie z powołanymi przepisami ponosi koszty ich wykonania.** Postępowanie w sprawach świadczeń z ubezpieczeń społecznych realizowanych przez ZUS wszczyna się na wniosek osoby zainteresowanej. Osoba ubiegająca się o świadczenie jest zobowiązana dołączyć do wniosku dowody uzasadniające prawo do świadczeń i ich wysokości. Dowodem takim jest m.in. **zaświadczenie o stanie zdrowia, które przysługuje ubezpieczonym nieodpłatnie.**

Obowiązek wystawiania zaświadczeń o stanie zdrowia przez lekarzy leczących został określony w Rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Społecznej z 27 lipca 1999 r. w sprawie szczegółowych zasad i trybu wystawiania zaświadczeń lekarskich, wzoru zaświadczenia lekarskiego i zaświadczenia lekarskiego wydanego w wyniku kontroli lekarza orzecznika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (Dz. U. nr 65, poz. 741 ze zm.). Zgodnie z tym rozporządzeniem lekarz prowadzący leczenie nie później niż na 60 dni przed zakończeniem okresu zasiłkowego zobowiązany jest przeprowadzić badanie i ocenić, czy stan zdrowia ubezpieczonego uzasadnia zgłoszenie wniosku o ustalenie prawa do świadczenia rehabilitacyjnego lub renty z tytułu niezdolności do pracy. Stosownie do wyników tej oceny lekarz wystawia zaświadczenie o stanie zdrowia dla celów świadczeń z ubezpieczenia społecznego.

W świetle art. 121 ust. 2 Ustawy z 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (Dz. U. z 2004 r. nr 39, poz. 353 ze zm.) w sprawach świadczeń przewidzianych w tej ustawie ZUS zwolniony jest od wszelkich opłat, z wyłączeniem opłat ponoszonych na podstawie art. 16 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Zgodnie z tym przepisem ZUS jest zobowiązany jedynie do finansowania przeprowadzania badań oraz wydawania orzeczeń lub zaświadczeń związanych z orzekaniem o niezdolności do pracy dla celów rentowych lub ustalaniem uprawnień w ramach ubezpieczeń społecznych, wykonywanych na zlecenie ZUS.

II. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2013 r., poz. 1248) w części III załącznika do rozporządzenia określa, że świadczenia gwarantowane lekarza podstawowej opieki zdrowotnej obejmują profilaktyczne badania lekarskie nad uczniami (bilans zdrowia) w zakresie kwalifikacji do grupy na zajęciach wychowania fizycznego (w tym nauki pływania) oraz kwalifikacji do sportu szkolnego (np. gry w piłkę nożną, siatkówkę, koszykówkę).

W związku z powyższym **lekarz podstawowej opieki zdrowotnej jest zobowiązany do wydawania orzeczeń wyłącznie w zakresie kwalifikacji do zajęć wychowania fizycznego i sportu szkolnego.**

III. Zgodnie z przepisami Rozporządzenia Ministra Zdrowia z 14 kwietnia 2011 r. w sprawie trybu orzekania o zdolności do uprawiania danego sportu przez dzieci i młodzież do ukończenia 21. roku życia oraz przez zawodników pomiędzy 21. a 23. rokiem życia (Dz. U. nr 88, poz. 500) orzeczenie lekarskie o zdolności do uprawiania danego sportu wydaje się po przeprowadzeniu: wstępnych badań lekarskich dzieci i młodzieży do ukończenia 21. roku życia, ubiegających się o wydanie tego orzeczenia; okresowych badań lekarskich dzieci i młodzieży do ukończenia 21. roku życia, uprawiających



Reklama

NOWA SIEDZIBA



WROCŁAW ul. NORWESKA 25C

elmedes

DentaFlex
UNITY STOMATOLOGICZNE

ekoRowery

ELMEDEQ

DentaFlex
UNITY STOMATOLOGICZNE

Szwedzka Jakość



www.DentaFlex.pl

elmedes
www.elmedes.pl601 41 51 51
elmedes@elmedes.plekoRowery
ROWERY ELEKTRYCZNE

71 3579 876

Wrocław
ul. Sienkiewicza 54-56
biuro@ekoRowery.plNajnowszej generacji rowery
elektryczne dla wszystkichROWERY
z silnikiem elektrycznym

www.ekoRowery.pl

dany sport oraz zawodników pomiędzy 21. a 23. rokiem życia; kontrolnych badań lekarskich dzieci i młodzieży do ukończenia 21. roku życia, uprawiających dany sport oraz zawodników pomiędzy 21. a 23. rokiem życia, którzy podczas uprawiania danego sportu doznali urazów, w tym urazu głowy, zmian przeciążeniowych, utraty przytomności, porażki przez nokaut lub gdy przebyta inna choroba uniemożliwia uczestniczenie w zajęciach sportowych lub zawodach sportowych.

Badania przeprowadza lekarz specjalista w dziedzinie medycyny sportowej, a w odniesieniu do niepełnosprawnych badania te może przeprowadzić również lekarz specjalista w dziedzinie rehabilitacji medycznej. W przypadku braku lekarza specjalisty w dziedzinie medycyny sportowej badania przeprowadza lekarz posiadający certyfikat ukończenia kursu wprowadzającego do specjalizacji w dziedzinie medycyny sportowej. Skierowanie na badania wstępne wydaje lekarz podstawowej opieki zdrowotnej. Orzeczenie lekarskie o zdolności do uprawiania danego sportu albo orzeczenie o niezdolności do uprawiania danego sportu wydaje lekarz, który przeprowadził wymienione wyżej badania.

W związku z powyższym **orzeczenie lekarskie o zdolności do uprawiania danego sportu wydaje lekarz specjalista w dziedzinie medycyny sportowej lub lekarz posiadający certyfikat ukończenia kursu wprowadzającego do specjalizacji w dziedzinie medycyny sportowej, a w odniesieniu do osób niepełnosprawnych również lekarz specjalista w dziedzinie rehabilitacji medycznej.**

IV. Zgodnie z przepisem art. 20n Ustawy z 7 września 1991 r. o systemie oświaty (tekst jednolity Dz. U. z 2004 r. nr 256, poz. 2572 ze zm.) do pierwszego etapu postępowania rekrutacyjnego dopuszcza się kandydatów, którzy do wniosku o przyjęcie do publicznej szkoły lub publicznej placówki artystycznej dołączyli **zaświadczenie lekarskie o braku przeciwwskazań zdrowotnych do podjęcia kształcenia w danej publicznej szkole lub publicznej placówce artystycznej, wydane przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej.**

V. Przepis art. 42 Ustawy z 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej (tekst jednolity Dz. U. z 2015 r., poz. 332 ze zm.) stanowi, że pełnienie funkcji rodziny zastępczej oraz prowadzenie rodzinnego domu dziecka może być powierzone osobom, które są zdolne do sprawowania właściwej opieki nad dzieckiem, co zostało potwierdzone **zaświadczeniem lekarskim o stanie zdrowia wystawionym przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej.**

VI. Zgodnie z przepisami art. 158 § 1 pkt. 6 oraz art. 162 § 1 i § 7 ustawy z 27 lipca 2001 r. Prawo o ustroju sądów powszechnych (tekst jednolity Dz. U. z 2015 r., poz. 133 ze zm.) ławnikiem może być wybrany ten, kto jest zdolny, ze względu na stan zdrowia, do pełnienia obowiązków.

Kandydat na ławnika musi posiadać zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia wystawione przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, z którym Fundusz zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej albo który jest zatrudniony lub wykonuje zawód u świadczeniodawcy, z którym Fundusz zawarł umowę o udzielanie świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej, zgodnie z art. 55 ust. 2a Ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity Dz. U. z 2015 r., poz. 581 ze zm.), **stwierdzając brak przeciwwskazań do wykonywania funkcji ławnika. Koszt opłaty za badanie lekarskie i za wystawienie zaświadczenia lekarskiego ponosi kandydat na ławnika.**



ZJAZD ABSOLWENTÓW WYDZIAŁU LEKARSKIEGO AKADEMII MEDYCZNEJ WE WROCŁAWIU ROCZNIK 1971

Droгие Koleżanki, drodzy Koledzy!
Zapraszamy na kolejne spotkanie koleżeńskie, tym razem z okazji 45-lecia ukończenia Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej we Wrocławiu, które odbędzie się w dniach 10-12 czerwca 2016 r. Miejscem spotkania będzie pensjonat „Beata” w Polanicy-Zdroju (ul. Rybna 9).

Program zjazdu

10 czerwca 2016 r. (piątek)

od godz. 12.00 Zakwaterowanie
w pensjonacie „Beata”
godz. 19.00 Grill przy biesiadnej muzyce

11 czerwca 2016 r. (sobota)

godz. 8.00-10.00 Śniadanie, czas wolny,
spacer po Polanicy-Zdroju
godz. 14.30 Pamiątkowe zdjęcie
grupowe przed
pensjonatem
godz. 15.00 Obiad, czas wolny,
zwiedzanie Polanicy-Zdroju
godz. 19.30 Wspólne zdjęcia
pamiątkowe
godz. 20.00 Bankiet

12 czerwca 2016 r. (niedziela)

godz. 9.00-10.00 Śniadanie i pożegnania

Opłata za uczestnictwo w zjeździe wynosi od
absolwenta/osoby towarzyszącej:

piątek-niedziela z noclegami – 400 zł,
sobota-niedziela z noclegiem – 300 zł,
piątek-niedziela bez noclegów – 250 zł.

Wpłaty prosimy dokonywać na konto Dolnośląskiej Izby Lekarskiej we Wrocławiu:
17 1540 1030 2001 7753 6075 0001
do 31.12.2015 r. z dopiskiem „Zjazd 1971 L”
lub bezpośrednio w DIL we Wrocławiu przy
ul. Kazimierza Wielkiego 45 u p. Patrycji Malec
(poddasze). Panie prosimy o podanie nazwiska
obecnego oraz panieńskiego.

Za Komitet Organizacyjny
Wanda Man-Widerska,
Krzysztof Bąk

ZJAZD ABSOLWENTÓW WYDZIAŁU LEKARSKIEGO AKADEMII MEDYCZNEJ WE WROCŁAWIU ROCZNIK 1981

Droгие Koleżanki, drodzy Koledzy!
Zapraszamy na spotkanie koleżeńskie z okazji 35-lecia ukończenia Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej we Wrocławiu, które odbędzie się w dniach 3-5 czerwca 2016 r. w Hotelu Kudowa**** (ul. Buczka 16, 57-350 Kudowa-Zdrój).

Program zjazdu

3 czerwca 2016 r. (piątek)

od godz. 14.00 Zakwaterowanie w hotelu
godz. 19.00 Grill przy biesiadnej muzyce

4 czerwca 2016 r. (sobota)

godz. 8.00-10.00 Śniadanie
godz. 11.30 Msza święta – kościół
pw. Świętej Katarzyny
Aleksandryjskiej, ul. Kościelna
29, Kudowa-Zdrój
godz. 15.00 Obiad, czas wolny
godz. 19.30 Wspólne zdjęcia pamiątkowe
godz. 20.00 Bankiet

5 czerwca 2016 r. (niedziela)

godz. 9.00-10.00 Śniadanie i pożegnania

Opłata za uczestnictwo w zjeździe wynosi od
absolwenta/osoby towarzyszącej:

piątek-niedziela z noclegami – 450 zł,
sobota-niedziela z noclegiem – 350 zł,
piątek-sobota z noclegiem – 250 zł.

Wpłaty prosimy dokonywać na konto Dolnośląskiej Izby Lekarskiej we Wrocławiu:
17 1540 1030 2001 7753 6075 0001
do 31.12.2015 r. z dopiskiem „Zjazd 1981 L”
lub bezpośrednio w DIL we Wrocławiu przy
ul. Kazimierza Wielkiego 45 u p. Patrycji Malec
(poddasze). Panie prosimy o podanie nazwiska
obecnego oraz panieńskiego.

UWAGA!!! W hotelu zapewnione jest bezpłatne korzystanie ze strefy SPA (basen kryty z atrakcjami, jacuzzi, świat saun), jak również dostęp do bezprzewodowego internetu oraz duży, bezpłatny, monitorowany parking. Ponadto uczestnicy zjazdu mają zapewnione 15 proc. zniżki na zabiegi w SPA (warto rezerwować telefonicznie).

Za Komitet Organizacyjny
Mariola Sędzimirka (kom. 607 337 630),
Leszek Ujma (kom. 601 894 942)

ZJAZD ABSOLWENTÓW WYDZIAŁU LEKARSKIEGO AKADEMII MEDYCZNEJ WE WROCŁAWIU ROCZNIK 1991

Droгие Koleżanki, drodzy Koledzy!
Zapraszamy na spotkanie koleżeńskie z okazji 25-lecia ukończenia Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej we Wrocławiu, które odbędzie się w dniach 20-22 maja 2016 r. Miejscem spotkania będzie ośrodek Vital&SPA Resort Szarotka w Zieleńcu.

Program zjazdu

20 maja 2016 r. (piątek)

od godz. 14.00 Zakwaterowanie w ośrodku
godz. 19.00 Grill przy biesiadnej muzyce

21 maja 2016 r. (sobota)

godz. 8.00-10.00 Śniadanie, czas wolny,
spacer po Zieleńcu
godz. 14.30 Pamiątkowe zdjęcie
grupowe przed ośrodkiem
godz. 15.00 Obiad, czas wolny
godz. 19.30 Wspólne zdjęcia pamiątkowe
godz. 20.00 Bankiet

22 maja 2016 r. (niedziela)

godz. 9.00-10.00 Śniadanie i pożegnania

Opłata za uczestnictwo w zjeździe wynosi od
absolwenta/osoby towarzyszącej:

piątek-niedziela z noclegami – 450 zł,
sobota-niedziela z noclegiem – 350 zł,
piątek-sobota z noclegiem – 250 zł.

Wpłaty prosimy dokonywać na konto Dolnośląskiej Izby Lekarskiej we Wrocławiu:
17 1540 1030 2001 7753 6075 0001
do 31.12.2015 r. z dopiskiem „Zjazd 1991 L”
lub bezpośrednio w DIL we Wrocławiu przy
ul. Kazimierza Wielkiego 45 u p. Patrycji Malec
(poddasze). Panie prosimy o podanie nazwiska
obecnego oraz panieńskiego.

UWAGA!!! W ośrodku zapewnione jest bezpłatne korzystanie z kompleksu basenowego, jacuzzi, saun, urządzeń fitness, jak również dostęp do bezprzewodowego internetu oraz bezpłatny parking. Dla uczestników istnieje możliwość zakupu pakietów SPA w promocyjnych cenach.

Za Komitet Organizacyjny
Piotr Dzięgiel, Jarosław Janc,
Jacek Szepletowski

**Bliższych informacji udziela: Patrycja Malec, Dolnośląska Izba Lekarska we Wrocławiu,
tel. 71 798 80 68, e-mail: patrycja.malec@dilnet.wroc.pl lub patka.malec@wp.pl**

UWAGA ABSOLWENCI ROCZNIKA 1966 WROCŁAWSKIEJ AKADEMII MEDYCZNEJ! ZJAZD 50-LECIA

W 2016 r. mija 50 lat od naszego absolutorium. Z tej okazji kolejny, tym razem jubileuszowy, zjazd naszego rocznika odbędzie się w dniach 23-26 czerwca 2016 r. we Wrocławiu. Będzie to szczególnie uroczysty zjazd.

Jest to tylko wstępna informacja, aby wszyscy mogli odpowiednio rozplanować czas w tym okresie. Ze względu na udział władz naszej uczelni oraz inne ważne względy organizacyjne prosimy o kontakt (zwłaszcza Tych, którzy do tej pory nie brali udziału w naszych dorocznych spotkaniach) do końca listopada 2015 r.

Kolejny komunikat dot. zjazdu zostanie opublikowany w grudniu 2015 r. Pozdrawiamy i liczymy na dużą frekwencję!

Alicja Kostecka-Pokryszko, tel. 501 465 678, e-mail: annapd@interia.pl
Hanna Głębowska-Halawa, tel. 606 127 441, e-mail: janusz.halawa@gmail.com
Grzegorz Stępień, tel. 604 994 540, e-mail: g.t.stepien@gmail.com



Uchwały Prezydium Dolnośląskiej Rady Lekarskiej z dnia 23 lipca 2015 roku

NR 100/2015

w sprawie przyznania zapomogi

§ 1

Dolnośląska Rada Lekarska we Wrocławiu przyznaje zapomogę w kwocie 5.000 zł lek. dent. (...).

NR 102/2015

w sprawie rozwiązania umowy z firmą NET TIP

§ 1

Prezydium Dolnośląskiej Rady Lekarskiej we Wrocławiu rozwiązuje, na zasadzie porozumienia stron, umowę na wdrożenie systemu informatycznego do zarządzania dokumentacją przychodzącą i wychodzącą w Dolnośląskiej Izbie Lekarskiej we Wrocławiu, zawartą w dniu 26 czerwca 2014 r. z firmą NET TIP Usługi Informatyczne Tomasz Hałka, w związku z przerwaniem prac będących przedmiotem umowy.

NR 121/2015

w sprawie zakupu sprzętu komputerowego

§ 1

Prezydium Dolnośląskiej Rady Lekarskiej we Wrocławiu wyraża zgodę na podjęcie działań dotyczących zakupu urządzenia wielofunkcyjnego oraz sprzętu komputerowego, na potrzeby biura DIL, do kwoty 50 tys. zł.

NR 122/2015

w sprawie pokrycia kosztów szkolenia pracowników biura OROZ

§ 1

Prezydium Dolnośląskiej Rady Lekarskiej we Wrocławiu wyraża zgodę na pokrycie kosztów szkolenia pracowników biura OROZ we Wrocławiu, połączonego z Konwentem Okręgowych Rzeczników Odpowiedzialności Zawodowej, które odbędzie się w dniach 11-13 września 2015 r. w Serocku, do kwoty 3.800 zł brutto.

Uchwały Dolnośląskiej Rady Lekarskiej z dnia 3 września 2015 roku

NR 128/2015

w sprawie udzielenia pełnomocnictwa

§ 1

Dolnośląska Rada Lekarska we Wrocławiu udziela pełnomocnictwa dr. n. med. Pawłowi Wróblewskiemu pełniącemu obowiązki prezesa Dolnośląskiej Rady Lekarskiej oraz lek. Małgorzacie Niemiec – skarbnikowi DRL do zawarcia z Ministerstwem Zdrowia umowy na przekazanie środków budżetowych na pokrycie kosztów czynności przejętych przez samorząd lekarski od organów administracji państwowej za rok 2015.

NR 129/2015

w sprawie ubezpieczenia lekarzy stażystów od odpowiedzialności cywilnej

§ 1

Dolnośląska Rada Lekarska we Wrocławiu wyraża zgodę na sfinansowanie ubezpieczenia lekarzy stażystów rozpoczynających staż podyplomowy 1.10.2015 r. od odpowiedzialności cywilnej ze środków funduszu reprezentacyjnego prezesa DRL.

NR 130/2015

w sprawie opinii o kandydacie na konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie nefrologii dziecięcej

§ 1

Dolnośląska Rada Lekarska we Wrocławiu pozytywnie opiniuje kandydaturę dr hab. n. med. Ireny Makulskiej na konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie nefrologii dziecięcej.

NR 131/2015

w sprawie zwolnienia z opłaty za wydanie opinii przez Komisję Bioetyczną przy DIL

§ 1

Dolnośląska Rada Lekarska we Wrocławiu wyraża zgodę na zwolnienie z opłaty za wydanie opinii przez Komisję Bioetyczną przy DIL dotyczącą badania obserwacyjnego z elementami badań laboratoryjnych „Działania edukacyjne, profilaktyka i leczenie niedożywienia u mieszkańców z terenu województwa dolnośląskiego” na wniosek dr. n. med. Anny Zmarzły, które prowadzone będzie w Poradni Żywienia Klinicznego Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Gromkowskiego we Wrocławiu, ul. Koszarowa 5.

NR 132/2015

w sprawie wynajmu urządzenia wielofunkcyjnego do sekretariatu biura DIL

§ 1

Dolnośląska Rada Lekarska we Wrocławiu wyraża zgodę na wynajęcie urządzenia wielofunkcyjnego do sekretariatu biura DIL – kopiarki Konica Minolta BIZHUB C224e od firmy PHPU KSEROMAX Sp. z o.o., z siedzibą we Wrocławiu, autoryzowanego dystrybutora kserokopiarów Konica Minolta, na okres 36 miesięcy.

NR 133/2015

w sprawie cennika i zasad wynajmu sal w Dolnośląskiej Izbie Lekarskiej

§ 1

Dolnośląska Rada Lekarska we Wrocławiu zmienia uchwałę nr 251/2010 DRL z dnia

9.09.2010 r., zmienioną uchwałą nr 389/2010 DRL z dnia 21.12.2010 r., w sprawie cennika i zasad wynajmu sal w Dolnośląskiej Izbie Lekarskiej, w następujący sposób:

I. w załączniku nr 2 do uchwały wprowadza się następujące zmiany:

1. słowa „sala szkoleniowa/Klub Lekarza” zastępuje się słowami „sala ćwiczeniowo-szkoleniowa/Klub Lekarza”;

2. w cenniku wynajmu sali ćwiczeniowo-szkoleniowej/Klub Lekarza dopisuje się słowa: „firmy farmaceutyczne i inne towarzyszające spotkaniom – 500 zł + VAT (opłata ryczałtowa na konto DIL) za swój udział w szkoleniu, konferencji, zebraniu, spotkaniu (niezależnie od ewentualnych umów zawartych między firmą (firmami) farmaceutyczną a towarzystwem)”.

II. w załączniku nr 1 i załączniku nr 2 do uchwały wprowadza się dodatkowe sformułowania:

1. wynajęcie sal w godzinach późno popołudniowych i w dni wolne od pracy obciążone jest dodatkowym kosztem wynagrodzenia pracowników obsługujących sale – 30 zł od osoby za godzinę + VAT;

2. każde odstępstwo od cennika i zasad wynajmu sal wymaga zgody Dolnośląskiej Rady Lekarskiej lub Prezydium DRL.

§ 2

Cenniki wynajmu sal w Dolnośląskiej Izbie Lekarskiej we Wrocławiu stanowią załączniki do niniejszej uchwały.

Załączniki dostępne na stronie: bip.dilnet.wroc.pl

Pozostałe uchwały znajdują się na stronie internetowej: bip.dilnet.wroc.pl

KURS

Katedra i Klinika Nefrologii i Medycyny Transplantacyjnej UMW zaprasza lekarzy specjalizujących się w nefrologii oraz zainteresowanych lekarzy innych specjalności na kurs z listy CMKP objęty programem specjalizacji w nefrologii (dotychczasowym oraz modułowym trybem specjalizacji):

DIALIZOTERAPIA, TERMIN KURSU: 07-11.12.2015 R.

Kierownik naukowy kursu: prof. dr hab. Marian Klinger; miejsce kursu: Katedra i Klinika Nefrologii i Medycyny Transplantacyjnej UMW, ul. Borowska 213, Wrocław; liczba uczestników: 20; kurs bezpłatny – 30 punktów edukacyjnych; **zgłoszenia na kurs do 25.10.2015 r.**

Program oraz zapisy elektroniczne na stronie: www.zapisy.umed.wroc.pl

Szczegółowych informacji udziela mgr Elżbieta Adamczyk, tel. 71 784 11 57 oraz e-mail: elzbieta.adamczyk@umed.wroc.pl



Komisja Kształcenia Dolnośląskiej Rady Lekarskiej
wraz z Katedrą i Kliniką Nefrologii i Medycyny
Transplantacyjnej Uniwersytetu Medycznego
im. Piastów Śląskich we Wrocławiu
przy współdziałaniu Oddziału Dolnośląskiego Polskiego
Towarzystwa Nefrologicznego
zapraszają na konferencję

**pt. „CHORY W WIEKU PODESZŁYM
– NEFROLOGICZNE PRZYPOMNIENIA
O WODZIE, ELEKTROLITACH, ZAKAŻENIACH
I NOWOTWORACH UKŁADU MOCZOWEGO”**

która odbędzie się **9 października 2015 r. (piątek)**
w godz. **9.00-15.10** w sali konferencyjnej Dolnośląskiej Izby
Lekarskiej przy **al. Matejki 6** we Wrocławiu.

Kierownik naukowy konferencji
– dr hab. Oktawia Mazanowska

Uczestnikowi konferencji przysługuje 6 punktów edukacyjnych.

Program konferencji

- godz. 8.45-9.00 Rejestracja uczestników
- godz. 9.00-9.05 Otwarcie konferencji
dr hab. Oktawia Mazanowska
- godz. 9.05-10.00 Człowiek w wieku podeszłym – ostre uszkodzenie nerek
dr n. med. Tomasz Gołębiowski
- godz. 10.00-10.55 Człowiek w wieku podeszłym – zaburzenia gospodarki
sodowo-potasowej
dr n. med. Katarzyna Jakuszko
- godz. 10.55-11.50 Człowiek w wieku podeszłym – zaburzenia gospodarki
wapniowo-fosforanowej
dr n. med. Sławomir Zmonarski
- godz. 11.50-12.20 PRZERWA
- godz. 12.20-13.15 Człowiek w wieku podeszłym – niedokrwistość
dr hab. Oktawia Mazanowska
- godz. 13.15-14.10 Człowiek w wieku podeszłym – zakażenia układu
moczowego
dr n. med. Maria Magott-Procelewska
- godz. 14.10-15.05 Człowiek w wieku podeszłym – szpiczak mnogi i choroby
nowotworowe układu moczowego
dr n. med. Dorota Kamińska
- godz. 15.05-15.10 Zakończenie konferencji

**Osoby zainteresowane wzięciem udziału w konferencji
proszone są o pisemne zgłaszanie się do Komisji Kształcenia
DRL: e-mail: komisjaksztalcenia@dilnet.wroc.pl
lub telefoniczne pod numerami: 71 798 80 68, 71 798 80 81.**

Komisja Kształcenia Dolnośląskiej Rady Lekarskiej
oraz Oddział Kardiologiczny Dolnośląskiego Szpitala
Specjalistycznego im. T. Marciniaka – Centrum Medycyny
Ratunkowej we Wrocławiu
zapraszają na konferencję

**pt. „POSTĘPOWANIE W WYBRANYCH
PRZYPADKACH KARDIOLOGICZNYCH
W PRAKTYCE LEKARZA POZ W ŚWIETLE
AKTUALNYCH WYTYCZNYCH”**

która odbędzie się **26 listopada 2015 r. (czwartek)**
w godz. **9.00-14.30** w sali konferencyjnej Dolnośląskiej
Izby Lekarskiej przy **al. Matejki 6** we Wrocławiu.

Kierownik naukowy konferencji
– prof. dr hab. Krystyna Łoboz-Grudzień

**Uczestnikowi konferencji
przysługuje 5 punktów edukacyjnych.**

Program konferencji

- godz. 9.00-9.45 NOAC – doustne antykoagulanty niebędące
antagonistami witaminy K w praktyce klinicznej
dr n. med. Andrzej Wojszwiłło,
lek. Maria Łoboz-Rudnicka
- godz. 9.45-10.15 Terapia skojarzona w leczeniu nadciśnienia
tętniczego
lek. Zbigniew Bociąga
- godz. 10.15-11.00 Postępowanie w dyslipidemiach
dr n. med. Joanna Jaroch, lek. Wojciech Rychard
- godz. 11.00-11.45 Postępowanie w kardiomiopatii przerostowej
dr n. med. Barbara Brzezińska, lek. Marta Motak
- godz. 11.45-12.15 PRZERWA
- godz. 12.15-12.45 Niewydolność serca z zachowaną frakcją wyrzutową
prof. dr hab. Krystyna Łoboz-Grudzień
- godz. 12.45-13.15 Wytyczne dotyczące rewaskularyzacji mięśnia serca
– potrójna terapia przeciwzakrzepowa
lek. Radosław Wontor
- godz. 13.15-14.00 Opieka nad chorym z urządzeniem wszczepialnym
do elektrostymulacji
lek. Marek Śledziona, lek. Mateusz Kuśmier
- godz. 14.00-14.30 Dyskusja i zakończenie konferencji

**Osoby zainteresowane wzięciem udziału w konferencji
proszone są o pisemne zgłaszanie się do Komisji
Kształcenia DRL: e-mail: komisjaksztalcenia@dilnet.wroc.pl
lub telefoniczne pod numerami: 71 798 80 68, 71 798 80 81.**

Komisja Kształcenia Dolnośląskiej Rady Lekarskiej
wraz z Katedrą i Zakładem Podstaw Nauk Medycznych Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu
zapraszają na konferencję

pt. „CO MOŻE BUDZIĆ NIEPOKÓJ ENDOKRYNOLOGICZNY?”

która odbędzie się **11 grudnia 2015 r. (piątek) w godz. 9.00-14.30**
w sali konferencyjnej Dolnośląskiej Izby Lekarskiej przy **al. Matejki 6** we Wrocławiu.

Kierownik naukowy konferencji
– dr hab. Ewa Barg, konsultant wojewódzki w dziedzinie endokrynologii i diabetologii

Uczestnikowi konferencji przysługuje 5 punktów edukacyjnych.

Program konferencji

- godz. 8.45-9.00 Rejestracja uczestników
- godz. 9.00-9.45 Czy nieprawidłowe TSH zawsze oznacza chorobę tarczycy?
dr hab. Ewa Barg
- godz. 9.45-10.30 Niedobór wzrostu – kiedy leczyć, kiedy obserwować?
dr n. med. Beata Wikiera
- godz. 10.30-11.15 Poliuria – czy zawsze jest objawem choroby?
prof. dr hab. Danuta Zwolińska
- godz. 11.15-11.45 Przerwa
- godz. 11.45-12.30 Krwawienie z dróg rodnych i co dalej?
dr hab. Lidia Hirnle, prof. nadzw.
- godz. 12.30-13.15 Zaburzenia w morfologii krwi – inne spojrzenie
dr hab. Bernarda Kaganowska, prof. nadzw.
- godz. 13.15-14.00 Bóle brzucha w ocenie chirurga
prof. dr hab. Maciej Bagłaj
- godz. 14.00-14.30 Dyskusja i zakończenie konferencji

**Osoby zainteresowane wzięciem udziału w konferencji proszone są o pisemne zgłaszanie się
do Komisji Kształcenia DRL: e-mail: komisjaksztalcenia@dilnet.wroc.pl
lub telefoniczne pod numerami: 71 798 80 68, 71 798 80 81.**



Komisja Stomatologiczna oraz Komisja Kształcenia Dolnośląskiej Rady Lekarskiej we Wrocławiu zapraszają na kurs medyczny, który odbędzie się 10 października 2015 r. (sobota) w godz. 9.00-13.30 w sali konferencyjnej Dolnośląskiej Izby Lekarskiej przy ul. Kazimierza Wielkiego 45 we Wrocławiu.

Temat:

„FOTOGRAFIA STOMATOLOGICZNA – NOWE MOŻLIWOŚCI. WYBRANE ZAGADNIENIA LECZENIA PROTEZAMI STAŁYMI”

Uczestnikowi kursu przysługują 4 punkty edukacyjne.

Wykładowca – dr n. med. Przemysław Grodecki

Program kursu

- godz. 9.00-10.15 FOTOGRAFIA STOMATOLOGICZNA – NOWE MOŻLIWOŚCI
1. Dlaczego potrzebujemy fotografii w stomatologii klinicznej?
 2. Krótki przegląd aparatów cyfrowych stosowanych do zdjęć wewnątrzustnych – doświadczenia własne
 3. EyeSpecial CX-II – jedyna zaawansowana cyfrowka stworzona z myślą o stomatologii
 4. Problem odbicia światła od powierzchni fotografowanych zębów
 5. System kontroli światła FlashMatic – nowy sposób określania warunków oświetlenia
 6. Automatyka ustawień ekspozycji – sposób na szerokie stosowanie fotografii w stomatologii
 7. Tryby fotografii stomatologicznej – prosty wybór warunków ekspozycji
 8. Nowe podejście do wykorzystania fotografii do doboru koloru
 9. Opisywanie i sortowanie zdjęć
 10. Prezentacja wewnątrzustnych zdjęć klinicznych
- godz. 10.15-11.45 WYBRANE ZAGADNIENIA LECZENIA PROTEZAMI STAŁYMI, część I
1. Biomechanika protez stałych
 2. Wybór filarów pod mosty protetyczne
 3. Przygotowanie zniszczonego zrębu koronowego do założenia korony protetycznej
 4. Szlifowanie tkanek twardych – krytyczne elementy i fazy preparacji
- godz. 11.45-12.15 PRZERWA
- godz. 12.15-13.15 WYBRANE ZAGADNIENIA LECZENIA PROTEZAMI STAŁYMI, część II
1. Korona tymczasowa – czy ma tylko funkcję ochronną?
 2. Retrakcja oraz roboczy wycisk protetyczny – droga do precyzji uzupełnień stałych
 3. Dobór koloru, jak możemy sobie pomóc?
 4. Rola cementowania tymczasowego w ocenie wykonanych uzupełnień stałych
- godz. 13.15-13.30 DYSKUSJA

Osoby zainteresowane wzięciem udziału w kursie proszone są o e-mailowe lub telefoniczne zgłaszanie się do Komisji Kształcenia DRL: komisjaksztalcenia@dilnet.wroc.pl, tel. 71 798 80 68 lub 71 798 80 81.

Alicja Marczyk-Felba
przewodnicząca Komisji Stomatologicznej DRL

Komisja Stomatologiczna oraz Komisja Kształcenia Dolnośląskiej Rady Lekarskiej we Wrocławiu zapraszają na kurs medyczny, który odbędzie się 17 października 2015 r. (sobota) w godz. 9.00-13.00 w sali konferencyjnej Dolnośląskiej Izby Lekarskiej przy ul. Kazimierza Wielkiego 45 we Wrocławiu.

Temat:

„PREPARACJA CZY LECZENIE? PODEJŚCIE BIOMIMETYCZNE W LECZENIU CHOROBY PRÓCHNICOWEJ ZĘBÓW”

**Kierownik naukowy – lek. dent. Alicja Marczyk-Felba
Wykładowca – dr Raimond N.B. van Duinen (Holandia)**

Uczestnikowi kursu przysługują 4 punkty edukacyjne.

Około godz. 11.00 przerwa

Zagadnienia

Choroba próchnicowa spowodowana zaburzeniem równowagi pomiędzy procesami demineralizacji i remineralizacji prowadzi do utraty minerałów, takich jak wapń i fosforany. W następstwie tego procesu dochodzi do przzerwiania ciągłości twardych tkanek i powstania ubytku w strukturze zęba.

Powszechnie stosowane materiały – amalgamaty i kompozyty nie są materiałami biokompatybilnymi. Obecnie obserwuje się duże zainteresowanie materiałami biomimetycznymi, które odbudowują tkanki zęba dzięki naturalnym procesom mineralizacji.

Podstawowym założeniem podejścia biomimetycznego w stomatologii jest leczenie choroby próchnicowej poprzez uzupełnienie minerałów utraconych z tkanek zęba. Glasjonometry spełniają wymogi materiałów biomimetycznych, jednak w normalnych warunkach ich wytrzymałość mechaniczna jest za słaba, aby funkcjonować w obszarze działania sił zgrzyzowych w odcinku bocznym, szczególnie w przypadku ubytków wielopowierzchniowych. Zastosowanie utwardzania termicznego skutkuje znaczącą poprawą właściwości mechanicznych, czyniąc je odpowiednimi materiałami do wypełnień permanentnych, których wytrzymałość jest porównywalna z wytrzymałością naturalnej tkanki zęba.

Podczas wykładu zostaną szczegółowo omówione i zobrazowane wszystkie zagadnienia związane z tym podejściem. Multimedialna prezentacja będzie obejmowała wiele przypadków klinicznych zobrazowanych zdjęciami i filmami. Omówione też zostaną najnowsze materiały stomatologiczne.

Osoby zainteresowane wzięciem udziału w kursie proszone są o e-mailowe lub telefoniczne zgłaszanie się do Komisji Kształcenia DRL: komisjaksztalcenia@dilnet.wroc.pl, tel. 71 798 80 68 lub 71 798 80 81.

Alicja Marczyk-Felba
przewodnicząca Komisji Stomatologicznej DRL

Komisja Stomatologiczna oraz Komisja Kształcenia Dolnośląskiej Rady Lekarskiej we Wrocławiu zapraszają na kurs medyczny, który odbędzie się 23 października 2015 r. (piątek) w godz. 9.00-14.30 w sali konferencyjnej Dolnośląskiej Izby Lekarskiej przy ul. Kazimierza Wielkiego 45 we Wrocławiu.

Temat:

„WYKONYWANIE SZYN PO RELAKSACJI NERWOWO-MIĘŚNIOWEJ. FAZA KLINICZNA I LABORATORYJNA”

Uczestnikowi kursu przysługują 5 punktów edukacyjnych.

Kierownik naukowy kursu – dr n. med. Jacek Ciesielski

Zagadnienia

- godz. 9.00-10.30 *Wykorzystanie prawidłowej rejestracji zwarcia centralnego do wykonywania szyn relaksacyjnych*
lek. dent. Danuta Bukowska
- godz. 10.30-12.00 *Zasady skutecznej szynoterapii w dysfunkcjach układu stomatognatycznego – podstawowe założenia konstrukcyjne. Zasady doboru odpowiedniej szyny. Co sprawdzamy podczas wizyt kontrolnych, ile czasu powinna trwać szynoterapia, zalecenia pokontrolne. Jak sprawdzić efektywność naszego leczenia*

- w poszczególnych jego etapach przy użyciu szyn o odpowiedniej konstrukcji?*
lek. dent. Krzysztof Adamowicz
- godz. 12.00-12.30 PRZERWA
- godz. 12.30-14.00 *Podział i charakterystyka szyn relaksacyjnych wykorzystywanych w leczeniu dysfunkcji stawu skroniowo-żuchwowego*
dr n. med. Jacek Ciesielski
- godz. 14.00-14.30 DYSKUSJA

Osoby zainteresowane wzięciem udziału w kursie proszone są o e-mailowe lub telefoniczne zgłaszanie się do Komisji Kształcenia DRL: komisjaksztalcenia@dilnet.wroc.pl, tel. 71 798 80 68 lub 71 798 80 81.

Alicja Marczyk-Felba
przewodnicząca Komisji Stomatologicznej DRL

**Komisja Stomatologiczna
oraz Komisja Kształcenia Dolnośląskiej Rady Lekarskiej
we Wrocławiu zapraszają na warsztaty,
które odbędą się w dniach**

**23 października 2015 r. (piątek) w godz. 15.00-19.00
– GRUPA I**

**24 października 2015 r. (sobota) w godz. 10.00-14.00
– GRUPA II**

w sali szkoleniowej Dolnośląskiej Izby Lekarskiej
przy **ul. Kazimierza Wielkiego 45** we Wrocławiu.

Temat:

„WYKORZYSTANIE ŁUKU TWARZOWEGO I ARTYKULATORÓW DO PRAWIDŁOWEGO WYKONANIA SZYN PO RELAKSACJI NERWOWO-MIĘŚNIOWEJ”

**Uczestnikowi warsztatów przysługują 4 punkty
edukacyjne.**

Moderatorzy kursu:

**dr n. med. Jacek Ciesielski, lek. dent. Krzysztof
Adamowicz, lek. dent. Danuta Bukowska**

UWAGA!

Koszt uczestnictwa – 200 zł

**Podczas zajęć praktycznych będzie wykonywana faza
kliniczna i laboratoryjna szyn relaksacyjnych.**

**Uczestnik zobowiązany jest do przygotowania modeli
gipsowych własnych zębów!!!**

Zagadnienia

1. Rejestracja zwarcia neuromięśniowego aparatem J-5
2. Porównanie pozycji modeli w zwarcu neuromięśniowym i w zwarcu ustalonym off-line w artykulatorze wg koncepcji standardowej
3. Cel użycia łuku twarzewego
4. Praca w zespołach dwuosobowych z użyciem łuków twarzewych i rejestracja zwarcia centralnego oraz przeniesienie go do artykulatora
5. Praca z artykulatorami
6. Kliniczne etapy wykonywania szyny
7. Laboratoryjne etapy wykonywania szyny
8. Wskazania do szynoterapii w zależności od sytuacji klinicznej

**Osoby zainteresowane wzięciem udziału w warsztatach
proszone są WYŁĄCZNIE O E-MAILOWE
zgłaszanie się do Komisji Kształcenia DRL:
komisjaksztalcenia@dilnet.wroc.pl**

**O uczestnictwie w warsztatach decyduje kolejność zgłoszeń.
Maksymalna liczba uczestników w jednej grupie – 20 osób.**

Alicja Marczyk-Felba
przewodnicząca Komisji Stomatologicznej DRL

**Oddział Dolnośląski Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego
oraz Komisja Stomatologiczna i Komisja Kształcenia
Dolnośląskiej Rady Lekarskiej we Wrocławiu
zapraszają na konferencję, która odbędzie się**

**21 listopada 2015 r. (sobota) w godz. 9.00-17.15
w sali konferencyjnej Dolnośląskiej Izby Lekarskiej
przy **ul. Kazimierza Wielkiego 45** we Wrocławiu.**

III DOLNOŚLĄSKIE JESIENNE DNI STOMATOLOGICZNE „ORTODONTYCZNE I PERIODONTOLOGICZNE PROBLEMY W CODZIENNEJ PRAKTYCE LEKARZA DENTYSTY”

**Polsko-Niemiecka Konferencja Stomatologiczna pod
patronatem JM prof. dr. hab. Marka Ziętka – rektora
Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu
Kierownik i moderator konferencji – prof. dr hab. Marzena
Dominiak**

**Uczestnikowi konferencji przysługuje 7 punktów edukacyjnych.
Program konferencji**

- | | |
|-------------------|--|
| godz. 9.00-9.15 | Otwarcie konferencji |
| godz. 9.15-10.00 | Powstawanie i leczenie recesji (<i>wykład w języku angielskim!</i>)
dr med. Elyan Al-Machot |
| godz. 10.00-10.45 | Dystraktory w leczeniu ortodontycznym
prof. dr hab. Tomasz Gedrange |
| godz. 10.45-11.30 | Szyny aquasprint w leczeniu dysfunkcji stawów skroniowo-
żuchwowych
prof. dr Aladin Sabbagh |
| godz. 11.30-12.00 | Przerwa |
| godz. 12.00-12.30 | Razem dbajmy o zdrowie naszych pacjentów
lek. dent. Paweł Zaborowski |
| godz. 12.30-13.15 | Nowe perspektywy w diagnostyce recesji przyzębia
prof. dr hab. Marzena Dominiak |
| godz. 13.15-14.00 | Wpływ czynników morfologicznych na rozwój recesji dziąsła
w III klasie zgryzu
dr n. med. Justyna Warmuz |
| godz. 14.00-15.00 | Aspekty periodontologiczne w leczeniu ortodontycznym
dr n. med. Wojciech Bednarz |
| godz. 15.00-15.30 | Przerwa |
| godz. 15.30-16.00 | Współczesne metody leczenia recesji przyzębia
lek. dent. Jacek Żurek |
| godz. 16.00-16.30 | Autotransplantacja zębów
lek. dent. Paweł Plakwicz |
| godz. 16.30-17.00 | Autotransplantacja – metoda leczenia urazów zębów,
współpraca chirurga i ortodonta (opis przypadków)
lek. dent. Piotr Puszkiel |
| godz. 17.00-17.15 | Dyskusja i zakończenie konferencji |

**Osoby zainteresowane wzięciem udziału w konferencji proszone
są o e-mailowe lub telefoniczne zgłaszanie się do Komisji
Kształcenia DRL: komisjaksztalcenia@dilnet.wroc.pl,
tel. 71 798 80 68 lub 71 798 80 81.**

Alicja Marczyk-Felba
przewodnicząca Komisji Stomatologicznej DRL

W ZDROWYM CIELE, ZDROWY DUCH!

Koleżanki i Koledzy!

Po wakacyjnej przerwie zapraszam na ćwiczenia, które od jesieni poprowadzi trener Marta Tymoszewicz-Bednarz. Będą się one odbywać w hotelu „Radisson Blu” we Wrocławiu, ul. J. Purkyniego 10. Chętni zostaną przydzieleni do grupy: dla osób z problemami kręgosłupa lub chcących zadbać o sylwetkę i kondycję.

Proponowane godziny zajęć popołudniowych:

poniedziałek: godz. 20.00

środa: godz. 20.00

czwartek: godz. 17.00

piątek: godz. 17.00

Zajęcia przedpołudniowe są możliwe we wtorek.

Koszt zajęć:

trening raz w tygodniu – 25 zł od osoby (karnet 100 zł),

trening 2 razy w tygodniu – 23 zł od osoby (karnet 184 zł).

Minimalna liczba osób w grupie: 6

Prosimy o bezpośredni kontakt telefoniczny z trenerem Martą Tymoszewicz-Bednarz pod numerem telefonu **501 099 092**.

Zachęcam Koleżanki i Kolegów do aktywności fizycznej we własnym gronie!

lek. dent. Alicja Marczyk-Felba
wiceprezes DRL ds. stomatologii



Źródło grafiki: www.flickr.com/photos/4252305131_98afd5c164_b/Rance_Costa



Wydział Zdrowia i Spraw Społecznych Urzędu Miejskiego we Wrocławiu, Wrocławskie Centrum Zdrowia SPZOZ, Komisja Stomatologiczna oraz Komisja Kształcenia Dolnośląskiej Rady Lekarskiej we Wrocławiu i Dolnośląska Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych we Wrocławiu zapraszają na konferencję, która odbędzie się **4 listopada 2015 r. (środa) w godz. 10.00-15.00** w sali konferencyjnej Dolnośląskiej Izby Lekarskiej przy **ul. Kazimierza Wielkiego 45** we Wrocławiu.

Temat:

„NOWE WYZWANIA W OPIECE NAD KOBIECĄ, MATKĄ I DZIECKIEM”

Kierownicy nauki konferencji: lek. dent. Alicja Marczyk-Felba, wiceprezes Dolnośląskiej Rady Lekarskiej we Wrocławiu ds. stomatologii; mgr Leokadia Jędrzejewska, konsultant krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa ginekologicznego i położniczego, koordynator programu „Poprawa jakości opieki nad matką i dzieckiem we Wrocławiu”, wiceprzewodnicząca Dolnośląskiej Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych

Uczestnikowi konferencji przysługuje 5 punktów edukacyjnych.

Program konferencji

godz. 10.00-12.15, SESJA I

1. *Nowe wyzwania w opiece nad kobietą, matką i dzieckiem z uwzględnieniem obowiązującego prawa i potrzeb konsumentów* – mgr Leokadia Jędrzejewska, konsultant krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa ginekologicznego i położniczego, koordynator programu „Poprawa jakości opieki nad matką i dzieckiem we Wrocławiu”, wiceprzewodnicząca Dolnośląskiej Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych
2. *Realizacja standardów opieki okołoporodowej w podmiotach leczniczych w województwie dolnośląskim* – mgr Urszula Żmijewska, konsultant wojewódzki w dziedzinie pielęgniarstwa ginekologicznego i położniczego dla województwa dolnośląskiego
3. *Wrocławski Zintegrowany Program Działań na Rzecz Wspierania Rodziny* – mgr Bożena Lewicka, Wydział Zdrowia i Spraw Społecznych Urzędu Miejskiego Wrocławia
4. *Wrocławska Szkoła Rodzenia* – mgr Małgorzata Drzewicka-Węgrzyn, mgr Marta Mazur, Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 1 we Wrocławiu
5. *Cukrzyca w ciąży* – dr n. med. Beata Wrona-Bąk, Uniwersytecki Szpital Kliniczny we Wrocławiu
6. *Psychologiczne aspekty opieki nad kobietą w ciąży, podczas porodu, połogu* – mgr Joanna Romanowska, realizator programu „Poprawa jakości opieki nad matką i dzieckiem we Wrocławiu”
7. *Jak efektywnie komunikować się w edukacji zdrowotnej?* – mgr Marek Lecko, trener rozwoju społecznego Foucault Consulting Marek Lecko

godz. 12.15-12.45, PRZERWA, POCZĘSTUNEK

godz. 12.45-15.00, SESJA II

1. *Zdrowie jamy ustnej ciężarnych, matek, dzieci* – lek. dent. Alicja Marczyk-Felba, wiceprezes Dolnośląskiej Rady Lekarskiej we Wrocławiu ds. stomatologii
2. *Zakażenia HIV kobiet w okresie prokreacji* – dr n. med. Jacek Gąsiorowski, wicedyrektor Wrocławskiego Centrum Zdrowia SPZOZ we Wrocławiu, kierownik Ośrodka Profilaktyczno-Leczniczego Chorób Zakaźnych i Terapii Uzależnień
3. *Opieka nad noworodkiem w świetle obowiązujących standardów postępowania medycznego* – dr n. med. Małgorzata Czyżewska, konsultant wojewódzki w dziedzinie neonatologii dla województwa dolnośląskiego, Katedra i Klinika Neonatologii Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu
4. *Rola położnych i pielęgniarek w propagowaniu i wykonywaniu szczepień ochronnych u dzieci* – dr hab. Leszek Szenborn, prof. nadzw., kierownik Katedry i Kliniki Pediatrii i Chorób Infekcyjnych Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu
5. *Zadania położnej w promocji karmienia piersią i rozwiązywaniu problemów laktacyjnych* – mgr Agnieszka Kamińska-Nowak, konsultant wojewódzki w dziedzinie pielęgniarstwa ginekologicznego i położniczego dla województwa lubuskiego, Centrum Położnicze w Szamotułach
6. *Chirurgiczne postępowanie z wędzidełkiem języka u noworodka/niemowlęcia* – lek. Piotr Babiak, Praktyka Lekarza Rodzinnego Dorota Babiak we Wrocławiu

Osoby zainteresowane wzięciem udziału w konferencji proszone są o e-mailowe lub telefoniczne zgłaszanie się do Komisji Kształcenia DRL: komisjaksztalcenia@dilnet.wroc.pl, tel. 71 798 80 68 lub 71 798 80 81.

Dolnośląskie Centrum Transplantacji Komórkowych we Wrocławiu zatrudni na dobrych warunkach

lekarzy chętnych do pracy z równoczesnym podjęciem specjalizacji z hematologii, immunologii lub transplantologii klinicznej lub specjalistów w tych dziedzinach.

Możliwe jest uczestniczenie w pracach badawczych wykorzystanych dla uzyskania tytułu dr. lub dr. hab. nauk medycznych.

CV proszę przysyłać na adres e-mail: kadry@dctk.wroc.pl, tel. 71 78 313 70.

EKONOMED

Księgowi – medycznie najlepsi

Specjalizujemy się w kompleksowej obsłudze księgowej oraz kadrowo-płacowej podmiotów medycznych

Gwarantujemy • wiarygodność
• bezpieczeństwo • profesjonalizm,
• spersonalizowane podejście

Zapraszamy do kontaktu!

EKONOMED

Księgowa Obsługa Podmiotów Medycznych
ul. Ogrodowa 12A, 55-093 Kielciszów

+48 607 671 761

ekonomed@ekonomed.pl

www.ekonomed.pl



JESIEŃ Z LKPK

Czas urlopów dobiegł końca. Zaczynamy pracę oraz nowe inwestycje, które wymagają wsparcia finansowego. Przypominamy, że Lekarska Kasa Pomocy Koleżeńskiej udziela nieoprocentowanych pożyczek od 1.000 do 20.000 złotych. Spłata pożyczki rozłożona jest na 24 raty, a jej wysokość zależy od zgromadzonego wkładu własnego.

Sukcesywnie rośnie liczba pożyczkobiorców rodzinnych, o czym świadczy analiza danych dot. wysokości pożyczek przyznanych w ostatnich latach. Możliwości finansowe Kasy zwiększały się systematycznie na przestrzeni lat, podobnie jak liczba osób korzystających z tej formy pomocy. Pożyczkę można z powodzeniem wykorzystać na wyposażenie gabinetu prywatnego lub pokrycie kosztów szkolenia zawodowego. Z finansowego wsparcia, jakie oferuje LKPK, mogą skorzystać zarówno osoby aktywne zawodowo, jak i te, które z różnych przyczyn wykazują mniejszą aktywność bądź znalazły się w trudnej sytuacji życiowej. W uzasadnionych przypadkach, spowodowanych zdarzeniami losowymi, Zarząd Kasy ustala indywidualnie, na jakich zasadach i kiedy nastąpi jej zwrot. Koleżanki i Koledzy, którzy zdecydowali się zapisać do LKPK (w tym osoby specjalizujące się), mogą liczyć na preferencyjne warunki: wydłużenie okresu spłaty pożyczki, odroczenie spłaty pierwszej raty o miesiąc, odroczenie spłaty składek do LKPK o 3 miesiące. W ramach tzw. środków własnych (zgromadzonych składek) można otrzymać pożyczkę bez żyrantów, będącą sumą tychże składek.

Atutami LKPK są: krótki termin oczekiwania, brak oprocentowania, długi okres spłat, wysoka kwota pożyczki, minimum formalności, przyspieszony tryb przyznawania pożyczki w zdarzeniach losowych.

Zachęcamy do zapoznania się z ofertą LKPK i pobrania niezbędnych dokumentów: www.dilnet.wroc.pl/zakladka_LKPK

Krystyna Gniatkowska-Gładysz
przewodnicząca LKPK



SILVA RERUM MEDICARUM VETERUM

A oto jeszcze fakt, możliwy tylko w Rosji. Gazety rosyjskie podają, że w Charkowie na wydziale lekarskim uniwersytetu, mianowany przez ministra oświaty profesor Polanów miewa wykłady wobec absolutnie pustej sali. Profesor o oznaczonej godzinie wkracza do pustej Sali, wstępuje na katedrę i złożony ukłon ścianom i ławkom, rozpoczyna wykład, który trwa godzinę, poczem profesor uroczyście, w poczuciu spełnionego obowiązku opuszcza śmiertelnie milczące audytorium.

„Nowiny Lekarskie” 1913,
XXV, 217-218



– Sir William JENNER, chirurg angielski rozgłośniej sławy opuścił ostatecznie stanowisko i praktykę swoją w Londynie i osiedlił się w pięknej posiadłości swojej w Southampton, gdzie zajmie się obecnie wydawnictwem wszystkich dzieł swoich.

„Medycyna” 1890, XVIII, 336

* Śmierć Virchowa wywołała u jego uczniów różne wspomnienia z życia i działalności zmarłego profesora. Virchow miał być niecierpliwym i surowym przy egzaminie. Raz dał jednemu z kandydatów preparat anatomiczny i kazał go sobie opisać; gdy odpowiedź nie następowała rychło Virchow naprowadzał jak mógł, wreszcie zapytał, »jakiegoż koloru

jest ten preparat?« Kandydat obracał, przyglądał się, ale na wybór koloru nie mógł się zdecydować, gdyż preparat ten niegdyś barwy sinej, z biegiem czasu przybrał wszystkie kolory tęczy, więc w istocie miał barwę nieokreśloną. Zniecierpliwiony zwrócił się do Virchowa głosem podnieconym: »Cóż, czy Pan nie robisz różnicy między barwami, czy Pan nie określisz np. barwy tego mego surduta?« Głos Virchowa był złowieszczym, kandydat już się nie łudził co do swego losu, więc z męstwem człowieka skazanego odrzekł: »Surdut ten przypuszczam mógł być w swoim czasie granatowym«. Surdut w istocie pamiętał niejedno pokolenie uczniów Virchowa: nosił on na sobie ślady odczynników, masy do nastrzykiwań i tego wszystkiego, co tak wyróżnia surduta każdego pracującego anatoma, więc po tej pełnej wątpliwości odpowiedzi kandydata Virchow spojrzawszy na preparat to znowu na surduta i teraz widocznie dopiero przekonał się, że żaden z tych dwóch przedmiotów nie posiadał określonej barwy; rzucił uspokojonym już głosem parę pytań i dał kandydatowi stopień zadawalniający.

„Przegląd Lekarski” 1902, XLI, 610

excerpta selegit
Andrzej Kierzek

Zapiski emeryta

Firma

Są różne zawody i rodzaje prac. Niektóre są lekkie fizycznie – siedzi taki prezes w fotelu i zarządza, ale odpowiedzialne, bo codziennie sprzedaje i kupuje za miliony dolarów. Są obciążające fizycznie – sam pracowałem kiedyś na studiach przy wyrobieniu masy bitumicznej.

Ciekawie jest sprzedawać różne rzeczy, np.: telefony, zabawki, samochody, ciuchy. Trudno jest sprzedawać lekarstwa. Szczególnie wówczas, kiedy cała wiedza o nich opiera się na kilku kursach w centrali firmy dalekich od zasadniczych studiów (AWF, ekonomia, botanika i inne). Uzbrojeni w wiadomości serwowane na takim kursie, w zestaw kolorowych folderów, notatników (teraz już niestety nie można rozdawać długopisów) rusza taki wyrobnik w teren. Cała sztuka polega na tym, aby możliwie jak największa grupa lekarzy przepisała lekarstwo naszej firmy! Trzeba ich – osoby po kilkuletnich ciężkich studiach medycznych i o dużej praktyce – przekonać do danego medykamentu, opierając się na wiedzy nabytej podczas kilku spotkań dot. nowego leku. Często spotykają się w szpitalu (przychodni) przedstawiciele konkurujących ze sobą firm farmaceutycznych. Trzeba mieć dużo siły psychicznej, odporności na stres, jednocześnie promieniować pozytywną energią i bezgraniczną wiarą w swój produkt. Potem w samochód i dalej, dalej, jak kierowcy zawodowi. Firma ma nad nimi stały nadzór – poprzez nadajniki GPS, poprzez kontrole recept wypisanych i na dany produkt i przez poszczególnych lekarzy (ciekawe skąd te dane??). Nieustanny stres. Ciężka robota. Niewdzięczna.

Na dodatek po kilku latach okazuje się czasem, że nasze pięknie opakowane lekarstwo, w które wierzyliśmy całym sercem, zostaje wycofane z rynku...

Dr Józef emeryt

Z pamiętnika etyka

Tekst Jarosław Barański

Dr hab. Jarosław Barański
etyka, filozof UM we Wrocławiu



Fot. z archiwum autora

Po co komu etyka lekarska?

Ponad sto lat temu Bolesław Prus dowcipnie i z lekką ironią ujął specyfikę zawodu lekarskiego następująco: „Jeżeli więc każda klasa »ma swoją własną moralność«, dlaczegoż nie mieli by jej lekarze? I rzeczywiście, w iluż wypadkach zwykłe przepisy nie obowiązują lekarzy? Im wolno o każdej porze dnia i nocy wpadać do cudzych mieszkań. Im wolno rozpinąć pannom staniki i kłaść głowy na piersiach. Oni mają prawo zaglądać do cudzej sypialni, cudzego garnka i – bezkarnie przelewać krew ludzką”(Kroniki).

Nieco w innym kontekście, w tym samym prawie czasie, stawia pytanie o sens etyki lekarskiej Szczęsny Bronowski, pisząc w Nowinach Lekarskich (1900, s. 14): „Doznaję nawet przykrego wrażenia, ile razy słyszę wyraz »etyka lekarska«. Czy rzeczywiście jest i ma rację bytu jakaś specjalna etyka lekarska? Wyraz ten nadto mieści nieraz w sobie nader rozmaite i sprzeczne pojęcia”. A to bowiem służyć ma zapewnieniu dobrobytu lekarzy, a to znów dobru cierpiącej ludzkości; ma regulować stosunki między lekarzami oraz między nimi a pacjentami, a nadto bronić stan lekarski przed moralnym upadkiem. I pointuje Bronowski swoje wątpliwości jedyną zasadnością istnienia etyki lekarskiej: ma ona tylko wtedy sens, jeśli jest „lekarz dla chorych, nie chorzy dla lekarza”. Bez poświęcenia się dobru innych, bez współczucia dla cierpiących sztuka lekarska jest zwykłym – także oprawionym decorum naukowości – kuglarstwem. Bronowski nie szczędzi ostrego języka, gdy pisze również o bałwochwalczym stosunku do wiedzy teoretycznej, która przestając być środkiem, urosła do rangi celu zasadniczego: „leż to razy przy ocenianiu zasług lekarza praktyka daje się słyszeć, że on nic nie napisał, żadnego odkrycia naukowego nie zrobił, a nikt nie zapytał, ilu on ludzi wyleczył, ile pojedynczych nieszczęść zażegnał nieraz z zaparciem się siebie i z narażeniem życia własnego!”

Dzisiaj bioetyka ma etykę lekarską za przedmiot archiwalny, rudyment cechowej obrony interesów zawodowych – taki deontologiczny rupieć, który zakłębieniami przepisów chce nadać specjalne przywileje lekarzom bądź też chronić ich nieczne uczynki. To, jakie miejsce zajmuje lekarz przy chorym – zakłada myśl bioetyczna – nie wynika z deontologicznej legislacji lekarskiego samorządu, lecz prosto z wynegocjowanej umowy społecznej, którą współtworzą wszyscy ci, którzy mają wpływ na to, jak przebiega relacja terapeutyczna.

Należy podzielić to przekonanie, zgodnie z którym w społeczeństwach demokratycznych suwerenem jest ono samo. Trzeba jednak mieć nadzieję, że wśród decydujących o procedurach postępowania lekarza, o powinnościach lekarza wobec chorego nie zajmą miejsca: politycy zdławionych potrzeb, administratorzy bezdusznych przestrzeni, zarządzający jedynie deficytowych finansów, negocjatorzy umów bez podania ręki, mistrzowie prawnych kruczków, producenci farmakologicznych złudzeń, etycy tylko słusznych racji, kaznodzieje najczystszej sumienia itd. A bodaj trudno, w jakimkolwiek gremium, wypracować standardy notliwego postępowania, które rozpiszą się w procedurach wrażliwości, cierpliwości, ufności, wyrozumiałości i poświęcenia. Jakże byłoby to łatwe, miłe i przyjemne, gdybyśmy jednym zarządzeniem czynili się szlachetniejszymi; jednym gestem konsensusu – bardziej ludzcy.

To wymaga przecież moralnego wysiłku, o który upomina się etyka lekarska, wskazując cele i środki rozwoju etycznego lekarza, aby mógł zająć właściwe miejsce przy chorym. I do tego jest ona potrzebna, zarówno pacjentowi, jak i lekarzowi. To upominanie się o posłannictwo, którego tak chętnie wyrzekają się niektórzy w imię własnego łakomstwa, trudniąc się kuglarstwem i rozsiadając się nie we własnych miejscach.

Pisała Eliza Orzeszkowa w liście do Henryka Nusbauma, lekarza o szlachetnym sercu i pięknej umysłowości: „Ach, co by to było, gdybyśmy wszyscy na swoich miejscach byli!”



foto. Elżbieta Rutajska

Prof. Noemi Wigdorowicz-Makowerowa 24.11.1912-07.02.2015

***kierownik Katedry Protetyki Stomatologicznej
Akademii Medycznej we Wrocławiu w latach
1963-1983***

Wspomnienia o osobie, która odeszła już na drugi brzeg, do nowego życia, mają zazwyczaj charakter bardzo osobisty. Są na ogół ciepłe, serdeczne, może nieco wygładzone, choć chwilami krytyczne. I to jest właściwe. Jest to przecież spojrzenie z innej, dalekiej już perspektywy.

Niżej zapisane słowa o Pani Profesor nie będą podsumowaniem Jej dorobku naukowo-dydaktycznego, wyliczeniem wielu publikacji, patronatów nad pracami doktorskimi i habilitacyjnymi. Szczegółowy bowiem przebieg Jej pracy stanowił temat licznych doniesień publikowanych z różnych okazji.

Będzie to więc próba scharakteryzowania postaci Pani Profesor oraz garść wspomnień, zapamiętanych wspólnych przeżyć – tych dobrych, których było znacznie więcej i tych chwilami trudnych – osób, bliskich współpracowników, którzy mieli ten zaszczyt i przyjemność pracować z Nią przez wiele lat.

Profesor Noemi Wigdorowicz-Makowerowa urodziła się w 1912 r. w Warszawie. Studia medyczne, pierwsza praca, wybuch II wojny, gehenna getta warszawskiego, wreszcie po wojnie przyjazd do Wrocławia, z którym związała się na prawie 40 lat.

Przejęcie przez Panią Profesor w 1963 roku kierownictwa Katedry Protetyki Stomatologicznej Akademii Medycznej we Wrocławiu, po odejściu profesora Henryka Gorczyńskiego, człowieka bardzo szanowanego, szlachetnego o wysokiej kulturze – stanowiło dość radykalną zmianę w pracy naszej Katedry. Pani Profesor była typowym naukowcem, dobrym organizatorem pracy naukowo-dydaktycznej. Dzięki znajomości języków obcych była zorientowana w fachowej literaturze światowej. Czerpała z niej inspirację do nowych, na owe czasy, tematów, adaptowała je do naszych możliwości, ustalając nowe kierunki badań z zakresu protetyki. Jej wielką zasługą było propagowanie holistycznego podejścia w stomatologii. Wprowadziła do nauczania pojęcie biologiczno-czynnościowe, które obejmowało szeroki zakres działań terapeutycznych. Umożliwiło to opracowanie wielu szczegółowych tematów z zakresu protetyki.

Nie sposób nie wymienić choćby kilku wiodących tematów. Jest to przede wszystkim duża grupa opracowań dotyczących zespołu zgryzu urazowego, jego epidemiologii, rozpoznawania i leczenia. Kolejny temat to etiopatogeneza i leczenie artropatii stawów skroniowo-żuchwowych, gdzie zaburzenia czynnościowe pozostają pod wpływem takich czynników, jak np. wady zgryzu, błędy leczenia stomatologicznego, nadmierna pobudliwość pacjenta. Liczne publikacje z tego zakresu, czynny udział nas pracowników w wielu konferencjach, krajowych zjazdach stomatologicznych spowodował, że nasza Katedra była w owym czasie wiodącym ośrodkiem w kraju w tej dziedzinie. Innym tematem bliskim sercu Pani Profesor była profilaktyka próchnicy zębów. Jej ogromne zaangażowanie

w tę problematykę, wyjazdy zagraniczne, liczne publikacje, konsultacje ze środowiskiem inżynierów sanitarnych spowodowały utworzenie własnego zespołu do badań nad próchnicą i profilaktycznym działaniem fluoru na zęby oraz doprowadziły do uruchomienia we Wrocławiu pierwszej w Polsce stacji fluorkowania wody.

Pani Profesor w swojej działalności postawiła przede wszystkim na uaktywnienie personelu naukowo-dydaktycznego. W związku z tym, każdy z nas, po odpowiedniej konsultacji co do własnych szczegółowych zainteresowań zawodowych, otrzymał określony temat pracy, który stanowił wiodący kierunek jego badań. Stanowiło to zaczątek przyszłej pracy doktorskiej. Dla nas była to trochę taka terapia bodźcowa. Wymagało to od nas na początku systematycznego zapoznawania się ze światowymi postępami w danej dziedzinie, czerpania z literatury zagranicznej. Zachęcała nas do nauki języków obcych, organizując na terenie Katedry lektoraty, w których również sama uczestniczyła. Konsekwentnie egzekwowała postępy naszych prac. Po latach przyznaliśmy, że jej rodzaj prowadzenia młodej kadry był słuszny, miał głęboki sens, co zaowocowało w przyszłości wieloma ciekawymi publikacjami, również pracami doktorskimi, no i wreszcie pozycją na scenie stomatologicznej.

Pani Profesor była osobą pracowitą, czynną, zdobytą wiedzę umiała przekazać innym, zawsze z myślą o rozwoju młodego człowieka i jego sukcesach w pracy zawodowej. Stąd specjalistyczne kursy szkoleniowe z zakresu protetyki, również wyjazdowe, nasze wykłady i prelekcje na terenie całego kraju w ramach działalności Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego.

W naszych wspomnieniach Pani Profesor zapisała się jako osoba mająca nadzwyczaj ciepłe podejście do pracowników. Starła się uwzględnić nasze potrzeby w sytuacjach pozazawodowych, umiała rozładowywać powstające czasami konflikty, wykazując niekiedy, wydawać by się mogło, zbyt wiele wyrozumiałości i dobrego serca. Ponieważ przeważającą część pracowników naszej Katedry stanowiła płeć piękna rozumiała zawsze dodatkowe zajęcia i zaangażowanie pań w pracach domowych. W okresach świątecznych pozwalała sobie na nieformalne przyznawanie nam dnia wolnego. Dotyczyło to również swobodnego planowania urlopów czy wolnych dni z okazji różnych nieprzewidzianych sytuacji. Korzystali z tego przy okazji nasi koledzy! Odbywało się to oczywiście bez naruszania porządku pracy. Bardzo ceniliśmy sobie tę Jej wyrozumiałość i elastyczność postępowania.

Interesowała się również naszym życiem osobistym, rodzinnym, rozwojem naszych dzieci. Chętnie uczestniczyła w różnych uroczystościach rodzinnych, imieninach, jubileuszach, spotkaniach świątecznych. Lubiała te spotkania i cieszyła się

„Umarłych wieczność dotąd trwa, dokąd
pamięcią się im płaci”.

Wisława Szymborska

„W momencie śmierci bliskiego uderza
człowieka świadomość niczym niedającej
się zapelnąć pustki”.

ks. Józef Tischner

razem z nami naszymi sukcesami, osiągnięciami. Szczególnie uroczyście uczczono przyznanie Pani Profesor długo oczekiwanego tytułu profesorskiego. Było to święto całej Katedry, również personelu średniego, wśród którego cieszyła się dużym szacunkiem. Bliskie kontakty z wieloma osobami utrzymywała jeszcze przez wiele lat, już po przejściu na emeryturę.

Mimo swojego laickiego światopoglądu była osobą bardzo tolerancyjną. W 1986 r. Pani Profesor zdecydowała się opuścić Wrocław i wyjechała do Szwecji, gdzie od lat mieszkała Jej najbliższa rodzina: córka i syn. Uroczyście, ale z łezką w oku pożegnaliśmy swoją Szefową. Mimo to kontakt z Nią nie został zerwany. Częsta wymiana listów, rozmowy telefonicznie, a przede wszystkim Jej kilkakrotne wizyty we Wrocławiu podtrzymywały stałą więź między nami. Zwłaszcza te ostatnie były zawsze połączone ze spotkaniem sporej grupy dawnych współpracowników. Były więc wspomnienia, opowieści o rodzinach, o dorastających dzieciach, o sukcesach zawodowych, wspólne biesiadowanie, wspólne zdjęcia. Były również odwiedziny naszych koleżanek u Pani Profesor w Sztokholmie. Szczególnie warta zapamiętania jest wizyta z okazji 100-rocznicy Jej urodzin, którą tam fetowano bardzo uroczyście, kiedy życzone Jej *Plurimos annos* w zdrowiu i szczęściu!

Przeżyła ponad 102 lata. Długie lata, piękne, bogate, ciekawe, ale też tragiczne i do końca niepozabawione trudów i problemów codzienności. Zmarła 7 lutego 2015 r., a 3 października 2015 r. powróciła do swego Wrocławia, by spocząć obok męża, profesora Henryka Makowera na cmentarzu przy ul. Bujwida. Posiadała wielką charyzmę, wiedzę, erudycję i kulturę osobistą. Na ogólnopolskich konferencjach naukowych potrafiła je podsumować *a vista*. Mówiono o Niej, że jest Pierwszą Damą Wrocławskiej Protetyki Stomatologicznej. Osoba nadzwyczaj czynna, pracowita, pełna energii dbająca nie tylko o swoich najbliższych, ale również o tych, z którymi była związana przez wiele lat pracy zawodowej.

Taka pozostanie w naszej pamięci!

**Anna Dadun-Sęk,
Barbara Bruziewicz-Mikłaszewska,
Elżbieta Rutańska**



**CZEŚĆ
JEJ
PAMIĘCI!**



Z głębokim żalem zawiadamiam, że 17 listopada 2014 r.,
w wieku 84 lat, po długiej i ciężkiej chorobie
odeszła moja ukochana Żona
śp.

lek. dent. Lucyna Miler

z d. Holda
wieloletni kierownik poradni stomatologicznej
przy ZOZ w Bolesławcu o czym zawiadamia pogrążony w smutku
i żalu mąż Szymon

Drogiej Koleżance **dr n. med. Irenie Wikierze-Magott**
wyraży szczerego współczucia z powodu śmierci

Mamy

składa zespół Kliniki Nefrologii Pediatrycznej

Doktorowi Krzysztofowi Porczyńskiemu
wyraży szczerego współczucia z powodu śmierci

Ojca

składają koleżanki i koledzy z Oddziału Kardiologicznego
MCZ SA w Lubinie

Z wielkim bólem zawiadamiamy o śmierci naszego przyjaciela

Marcina Samokara

wspaniałego anestezjologa,
pasjonata medycyny ratunkowej
Wyraży szczerego współczucia Rodzinie
składają lekarze RCZ Lubin

Wyraży głębokiego współczucia z powodu śmierci

Mamy

Pani Małgorzacie Radwan-Oczko
Prodziekan Wydziału Lekarsko-Stomatologicznego
Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu
składa Dziekan i Rada Wydziału oraz Pracownicy Wydziału Lekarsko-
Stomatologicznego Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu

Naszym Koleżankom **lek. dent. Marii Chlopek-Paulo**
i **lek. dent. Annie Paulo-Pierścińskiej** wyrazi szczerego współczucia
z powodu śmierci Męża i Taty

lek. dent. Lesława Paulo

składają
koleżanki i koledzy z Delegatury DIL w Wałbrzychu

Dr Alicji Kosteckiej-Pokryszko wyrazi szczerego współczucia
z powodu śmierci Męża

Adama Pokryszko

który odszedł do Pana 6 lipca 2015 r.
składają koleżanki i koledzy z Katolickiego Stowarzyszenia
Lekarzy Polskich
Niech Dobry Bóg Ojciec w swym miłosierdziu przyjmie Go do
swojego Królestwa i obdarzy wieczną nagrodą w niebie.

Naszej Koleżance **lek. stom. Halinie Mochniej**
wyraży szczerego współczucia z powodu śmierci

Mamy

składają koleżanki i koledzy z Katedry i Zakładu Chirurgii
Stomatologicznej Uniwersytetu Medycznego
im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

Z głębokim smutkiem zawiadamiamy,
że 28 sierpnia 2015 r. zmarła, w wieku 66 lat,

Zofia Mochnacka

lekarz anestezjolog, internista
Wyraży współczucia Rodzinie
składają koleżanki z Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii
Wojewódzkiego Szpitala im. J. Babińskiego we Wrocławiu

Z żalem zawiadamiam, że 11 sierpnia 2015 roku, w wieku 92 lat,
odeszła w pełni sił twórczych moja Mama

mgr Aniela Kardasz

artysta plastyk, emerytowany pracownik Zakładu Anatomii
Prawidłowej Akademii Medycznej we Wrocławiu, autorka logo
wrocławskiej Akademii Medycznej oraz ilustratorka podręczników
medycznych i pomocy dydaktycznych.

Pozostanie w naszej pamięci!
córka Halina Mochniej

Wyraży szczerego współczucia **lek. stom. Elżbiecie Krysińskiej**
z powodu śmierci

Męża

składają
Krystyna i Andrzej Gładyszowie

Naszej drogiej Koleżance **dr Monice Cierlińskiej**
wyraży głębokiego współczucia z powodu śmierci

Rodziców

składają
koleżanki i koledzy z dawnego Oddziału Internistyczno-
Kardiologicznego Szpitala im. A. Falkiewicza we Wrocławiu
Moniczko, jesteśmy z Tobą!

Drogiej Koleżance **dr n. med. Alicji Kosteckiej-Pokryszko** i córce
Ani wyrazi szczerego współczucia z powodu śmierci Męża i Taty

Adama Pokryszko

składają
Krystyna i Andrzej Gładyszowie wraz z córką, zięciem i wnukami
Łączymy się z Wami w bólu.

Naszej serdecznej Koleżance **dr n. med. Alicji Kosteckiej-
Pokryszko** wyrazi szczerego współczucia z powodu śmierci
Męża

Adama Pokryszko

składają połączeni w żalu koleżanki i koledzy ze studiów,
spotkań i zjazdów – rocznik 1966

Sprostowanie: w sierpniowo-wrześniowym wydaniu „Medium” śp. Adamowi Pokryszko przypisaliśmy błędne nazwisko, za co serdecznie przepraszamy Żonę dr n. med. Alicję Kostecką-Pokryszko i Rodzinę Zmarłego.

Szkolenie USG piersi

06-08.11.2015 r., pałac
Brzeźno koło Wrocławia
Prowadzący
– dr n. med. Joanna Słonina
Zgłoszenia:
info@szkolenia-usg.pl
+48 530 929 758
www.szkolenia-usg.pl

Poszukiwany stomatolog
w Legnicy do pracy w nowo
otwartej klinice ortodontyczno-
stomatologicznej. Oferujemy
pracę na dogodnych warunkach,
na nowoczesnym sprzęcie.
Wymagane minimum
2 lata doświadczenia,
tel. 605 365 416.

MIEDZIOWE CENTRUM ZDROWIA S.A.
w Lubinie zatrudni lekarzy specjalistów:

- okulistę w przychodni lekarskiej w Legnicy,
 - ortopedę w przychodni lekarskiej w Głogowie,
 - endokrynologa w przychodniach lekarskich w Lubinie i Głogowie,
 - lekarzy rodzinnych-internistów w przychodniach lekarskich w Lubinie i Głogowie
- oraz
lekarza do pracy na oddziale diabetologicznym,
z możliwością specjalizacji.

Zainteresowane osoby prosimy o kontakt osobisty (w siedzibie
MIEDZIOWEGO CENTRUM ZDROWIA S.A. w Lubinie
przy ul. M. Skłodowskiej-Curie 66) lub telefoniczny:
76 84 60 110 z dr. Markiem Ścieszką, wiceprezesem
i dyrektorem ds. medycznych.

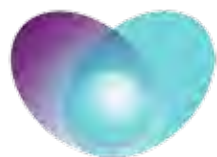
Terminy dyżurów

p.o. prezes DRL Paweł Wróblewski
przyjmuje po uprzednim uzgodnieniu z sekretariatem,
tel. 71 798 80 52.
wiceprezes DRL ds. stomatologii Alicja Marczyk-Felba,
czwartek, 12.30-13.30
sekretarz DRL Urszula Kanaffa-Kilijańska,
poniedziałek, 15.00-16.00
skarbnik Małgorzata Niemiec,
wtorek i czwartek, 15.15-16.00
Delegatura Wrocław:
wiceprezes Małgorzata Nakraszewicz,
czwartek, 14.00-15.00
Delegatura Jelenia Góra:
wiceprezes Barbara Polek,
wtorek, 10.00-11.00
Delegatura Legnica:
wiceprezes Ryszard Kępa,
wtorek, 15.00-16.00
Delegatura Wałbrzych:
wiceprezes Dorota Radziszewska,
wtorek, 15.00-16.00
Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej Piotr Piszko,
czwartek, 14.00-17.00
przewodniczący Okręgowego Sądu Lekarskiego
Włodzimierz Wiśniewski, piątek, 11.00-13.00

ZJAZD ABSOLWENTÓW ŚLĄSKIEJ AKADEMII MEDYCZNEJ
ROCZNIK 1990

Zapraszamy na spotkanie koleżeńskie z okazji 25. rocznicy ukończenia studiów,
które odbędzie się 7 listopada 2015 r. w Ustroniu w ORW Muflon.
Zainteresowanych prosimy o kontakt z organizatorem: szef@med-service.net.pl,
tel. 660 356 368.

lek. Jacek Ciepluch



ASAR
MEDICAL

Centrum Medyczne ASAR MEDICAL
we Wrocławiu zatrudni lekarzy ze specjalizacją:
alergologia, diabetologia, dermatologia,
endokrynologia, kardiologia, neurologia,
neurochirurgia, radiologia, onkologia, ortopedia.
CV proszę przelać na adres: biuro@asar-medical.pl
Tel. 692 006 464

UWAGA!!! ZBLIŻA SIĘ KOLEJNY STRESS!!!

Drogie Koleżanki i Drodzy Koledzy!

Kiedy przed dwoma laty wraz z Rysiem Ściborskim wpadliśmy na szaleńczy pomysł reaktywowania po 23 lata niebytu Stresowego (zawsze przez dwa „s”) Złazu Medyka, wydawało nam się, że będzie to tylko jednorazowy „ryk duszy” starych turystów. Kiedy jednak na przełomie maja i czerwca spotkaliśmy się wszyscy w Starym Gierałtowie okazało się, że takich samych zapaleńców, chcących jeszcze raz poczuć, jak to bywało za studenckich lat jest grubo powyżej setki. W trakcie rozmów z wieloma „złazowiczami” byliśmy zasypywani pytaniami, czy to tylko jednorazowa impreza, czy też spotkamy się jeszcze w przyszłości. Kiedy, na dodatek, po występie Jurka Filara i Wolnej Grupy Bukowina prawie do rana trwały turystyczne jam-session właściwie każdy z jego uczestników dopominał się, by spotkać się na złazowych trasach znowu za rok. Wtedy też publicznie przyrzekliśmy, że za dwa lata znowu spotkamy się na szlakach turystycznych Stresowego Złazu Medyka.

I właśnie teraz nadeszła pora, aby przekazać Wam wszystkim miłą wiadomość. Otóż kolejny XXVII już (a może raczej II Reaktywowany) Stresowy Złaz Medyka odbędzie się w dniach **27-29 maja 2016 roku**. Naszą bazą noclegową będzie **hotel „Szarotka” w Zieleńcu**. Jeśli ktoś będzie chciał przybyć na miejsce już w dniu Bożego Ciała, tj. 26 maja – będzie to oczywiście możliwe. Na razie to wszystkie wiadomości, które chcielibyśmy Wam wszystkim przekazać, choć szukujemy dla wszystkich moc atrakcji. Wyglądajcie dalszych informacji w kolejnych wydaniach „Medium”.

Pozdrawiamy i zapraszamy w maju do Kotliny Kłodzkiej.

Jerzy B. Lach i Ryszard Ściborski

BIURO DIL

pon. śr. pt. 8.00-15.30, wt. 8.00-16.30
czwartki w godz. 8.00-17.00

50-077 Wrocław, ul. Kazimierza Wielkiego 45

Dyrektor

mgr Maria Danuta Jarosz, tel. 71 798 80 90

Sekretariat

mgr Katarzyna Nazaruk – kierownik sekretariatu
tel. 71 798 80 52

inż. Magdalena Tatuch – specjalista

tel. 71 798 80 50, fax 71 798 80 51

mgr Agnieszka Szymków – starszy referent

tel. 71 798 80 54

Księgowość

mgr Agnieszka Florecka – główna księgowa,
tel. 71 798 80 87

mgr Halina Rybacka – starsza księgowa, tel. 71 798 80 70

mgr Joanna Mańturzyk – starsza księgowa, tel. 71 798 80 73

mgr Agnieszka Szymura – starszy referent, tel. 71 798 80 72

Kadry, Komisja: Stomatologiczna, Finansowa

i Rewizyjna

mgr Agnieszka Jamroział – starszy specjalista

tel. 71 798 80 88

Rejestr Lekarzy

i Prywatnych Praktyk Lekarskich
Krystyna Popiel – p.o. kierownik rejestru

tel. 71 798 80 55,

mgr Weronika Pawełkiewicz – starszy referent,

tel. 71 798 80 57,

mgr Magdalena Jasiień – referent, tel. 71 798 80 82,

Joanna Żak – specjalista, tel. 71 798 80 60,

mgr Kamila Kaczyńska – referent, tel. 71 798 80 61

Pośrednictwo pracy

mgr Małgorzata Krupa-Mączka – starszy specjalista,

tel. 71 798 80 81

Konkursy

Patrycja Malec – starszy specjalista, tel. 71 798 80 68

Lekarska Kasa Pomocy Koleżeńskej

Barbara Nuckowska – starsza księgowa

Konto Kasy Pomocy Koleżeńskej

BGŻ O/Wrocław

64 2030 0045 1110 0000 0035 5040

Kasa

Elżbieta Chmiel – starszy kasjer

poniedziałek, środa, piątek 8.00-14.30

wtorek 8.00-15.30, czwartek 8.00-16.00

Komisja Kształcenia Lekarzy

i Lekarzy Dentystów

e-mail: komisja.kształcenia@dilnet.wroc.pl

mgr Małgorzata Krupa-Mączka – starszy specjalista,

tel. 71 798 80 81

Patrycja Malec – starszy specjalista, tel. 71 798 80 68

Komisja Bioetyczna

mgr Aneta Walulik – specjalista, tel. 71 798 80 74

Zespół Radców Prawnych

koordynator zespołu:

mec. Beata Kozyra-Lukasiak

poniedziałek-środa 13.00-15.00

mec. Monika Huber-Lisowska, tel. 71 798 80 62

środa, piątek 9.30-13.00; wtorek, czwartek 10.30-14.00

Biuro Rzecznika

Odpowiedzialności Zawodowej

mgr Ewa Bielińska – kierownik, tel. 71 798 80 77,

mgr Aleksandra Kolenda – specjalista, tel. 71 798 80 78,

Marzena Majcherkiewicz – specjalista, tel. 71 798 80 76,

Grażyna Rudnicka – referent, tel. 71 798 80 75

Biuro Okręgowego Sądu Lekarskiego

mgr Aleksandra Stebel – starszy specjalista,

tel. 71 798 80 79

Informacja o ubezpieczeniach

Renata Czajka – specjalista, tel. 71 798 80 66,

Jolanta Kowalska-Jóźwik – referent, tel. 71 798 80 58

Składki na rzecz Izby

Agata Gajewska – starszy specjalista, tel. 71 798 80 65

Informatyk

inż. Wiktor Wołodkiewicz, tel. 71 798 80 85

Filie biura w delegaturach

Wrocław

wiceprezes DRL ds. Delegatury Wrocławskiej

Małgorzata Nakraszewicz

czwartek, 14.00-15.00

Jelenia Góra

wiceprezes DRL ds. Delegatury Jeleniogórskiej

Barbara Polek

wtorek 10.00-11.30

Wojewódzki Szpital w Jeleniej Górze

ul. Ogińskiego 6, I piętro, pokój 233

tel./fax 75 753 55 54

Eugenia Serba – starszy referent

poniedziałek, wtorek, piątek 10.00-13.00

środa, czwartek 11.00-15.00

e-mail: dil_jeleniagora@dilnet.wroc.pl

Wałbrzych

wiceprezes DRL ds. Delegatury Wałbrzyżskiej

Dorota Radziszewska

wtorek 15.00-16.00

ul. Moniuszki 1/1, 58-300 Wałbrzych

tel. 74 665 61 62

Beata Czołowska – specjalista

poniedziałek-czwartek 9.00-17.00

piątek 9.00-13.00

e-mail: dil_walbrzych@dilnet.wroc.pl

Legnica

wiceprezes DRL ds. Delegatury Legnickiej

Ryszard Kępa

wtorek 15.00-16.00

pl. Słowiański 1, 59-220 Legnica,

tel. 76 862 85 76

e-mail: dil_legnica@dilnet.wroc.pl

Krystyna Krupa – specjalista

pon.-piątek 8.00-15.00, wtorek 8.00-16.00

Stowarzyszenie Lekarzy Dolnośląskich

i Wychowanków Medycyny Wrocławskiej

Danuta Bujwid – specjalista, tel. 71 344 68 28

OGŁOSZENIA DROBNE

ZATRUDNIĘ

◆ Przychodnia zatrudni lekarza stomatologa (z min. 3-letnim stażem), lekarza dermatologa, ginekologa, okulistę ze specjalizacją, tel. 71 31 64 028.

◆ Publiczny Zespół Zakładów Lecznictwa Ambulatoryjnego w Żmigrodzie przy ul. Lipowej 4 zatrudni lekarza podstawowej opieki zdrowotnej. Dysponujemy mieszkaniem. Kontakt osobisty lub telefoniczny, tel. 795 421 399 lub 71 385 35 14.

◆ Zatrudnię lekarza stomatologa – Wrocław, Łągowieki, Nowa Ruda (wymagana własna działalność), pacjenci tylko prywatni, e-mail: biuro@yesdent.pl, tel. 604 44 97 43.

◆ Centrum Stomatologiczne we Wrocławiu zatrudni lekarza stomatologa. Praca zmianowa. Wymagana własna działalność gospodarcza. CV proszę przelać na adres: stomatologiapraca@wp.pl, tel. 691 361 364.

◆ Dolnośląskie Centrum Chorób Płuc we Wrocławiu zatrudni lekarzy ze specjalizacją: choroby płuc, choroby wewnętrzne, onkologia kliniczna, alergologia. Proponujemy umowę o pracę na oddziałach pulmonologicznych, oddziale onkologii klinicznej oraz Poradni Alergologicznej DCChP we Wrocławiu. Możliwe różne formy zatrudnienia. Szczegółowych informacji udziela Dział Polityki Kadrowo-Płacowej: tel. 71 3349529, 334 95 28, e-mail: dcchp@dcchp.pl

◆ Klinika Stomatologii Estetycznej Supradent w Jeleniej Górze zatrudni lekarza stomatologa, kom. 667 751 989, e-mail: praca@supradent.com.pl

◆ Centrum stomatologiczne we Wrocławiu zatrudni lekarza stomatologa ze specjalizacją 1 lub 2 stopnia w ramach NFZ oraz specjalistę protetyka w ramach NFZ. Praca od stycznia 2016 r., tel. 71 390 70 48, 725 296 209, e-mail: bajkadent@wp.pl

◆ Poszukuję ortodonta do pracy – raz w tygodniu (okolice Wrocławia), pacjenci prywatni, kom. 731 250 382.

◆ Centrum Stomatologiczne „UŚMIECH” w Lubinie (woj. dolnośląskie) zatrudni lekarza stomatologa w pełnym wymiarze czasu pracy. Praca od zaraz na NFZ i prywatnie, tel. 502 661 523.

◆ Zatrudnię lekarza stomatologa w gabinecie w centrum Wrocławia. Wymagana własna działalność. CV proszę przelać pod adres luksdentwroclaw@interia.pl

◆ Poszukuję do współpracy lekarza stomatologa w nowo oddanym do użytku lokalu o powierzchni 100 m² w Lubinie, ul. Ustronie 4, tel. 697 501 515.

◆ Centrum stomatologiczne w Lubinie zatrudni lekarza stomatologa do realizacji kontraktu NFZ plus pacjenci prywatni, tel. kontaktowy 601 960 700.

◆ Dyrektor ZOZ w Kłodzku oraz ordynator Oddziału Dziecięcego w Kłodzku zaprasza lekarza pediatrę do pracy na Oddziale Dziecięcym wraz z pełnieniem dyżurów. Równocześnie informujemy, że posiadamy 3 miejsca pediatryczne rezydentki, tel. kontaktowy do ordynatora: 601 894 942.

◆ Pogotowie Ratunkowe we Wrocławiu, ul. Ziębicka 34/38, poszukuje lekarzy systemu do udzielania świadczeń zdrowotnych w specjalistycznych zespołach ratownictwa medycznego. Forma zatrudnienia: umowa cywilnoprawna z praktyką lekarską. Za interesowanych lekarzy prosimy o kontaktowanie się z Działem Kadr, tel. 71 77 31 521, 71 77 31 525, e-mail: kadry@pogotowie-ratunkowe.pl

◆ „Stomatologia dla Uśmiechu” poszukuje do współpracy lekarza stomatologa. Mile widziane doświadczenie. CV prosimy wysłać na adres: jodlowa38@gmail.com

◆ Poszukuję do współpracy stomatologa endodonta z min. 5-letnim stażem pracy, e-mail: info@stomatolog.wroc.pl

◆ Psychoterapeuta z dużym doświadczeniem w terapii Gestalt i systemowej (www.psychologia.wroc.pl) nawiąże współpracę od 12/2015 z placówkami medycznymi/terapeutycznymi. Propozycje proszę kierować na: taisa@onet.eu

◆ PZLA w Strzelinie, ul. Mickiewicza 20, pilnie zatrudni lekarza specjalistę ortopedę na umowę zlecenie lub kontrakt. Warunki pracy i płacy do uzgodnienia, tel. 71 39 22 240 lub 071 39 22 985.

◆ Zatrudnię stomatologa z minimum 4-letnim doświadczeniem w Oleśnicy (NFZ oraz pacjenci prywatni), tel. 600 426 172.

◆ Centrum Medyczne Medical-Complex mieszczące się we Wrocławiu przy ul. Grabiszyńskiej 165, zatrudni lekarzy specjalistów. Warunki do uzgodnienia, tel. 665 005 006.

◆ Nowocześnie wyposażony gabinet stomatologiczny (CBCT/PAN/CEPH/RTG, CEREC, mikroskop) we Wrocławiu nawiąże współpracę z lekarzem stomatologiem endodontą – praca pod mikroskopem. CV proszę przelać na adres: gabinet@szklarczyk.pl, tel. 601 925 601.

◆ Leśnickie Centrum Stomatologiczne we Wrocławiu (osiedle Leśnica) nawiąże współpracę z Panią lekarzem dentystą, którą pasjonuje praca w zawodzie i chciałaby dołączyć do naszego zespołu. Zapewniamy pracę na nowoczesnym sprzęcie i w miłej atmosferze. Oferujemy bardzo dobre warunki finansowe. Pracujemy w systemie prywatnym. Wymagana własna działalność gospodarcza. Kontakt: e-mail: twoj_stomatolog@op.pl; tel. 502 504 230 (godz. 17.00-21.00).

◆ Zatrudnię lekarza rodzinnego (również w trakcie specjalizacji) lub internistę oraz pediatrę w pełnym lub niepełnym wymiarze godzin do poradni POZ w Strzegomiu. Forma zatrudnienia oraz wynagrodzenie do uzgodnienia. tel. 603 33 70 20, email: sekretariat@nzozzdrowie.com.pl

◆ Zatrudnię ortodonta w poradni ortodontycznej. Zgłoszenia na tel. 663 732 554 (po godz. 19.00).

SZUKAM PRACY

◆ Asystentka stomatologiczna z doświadczeniem i uprawnieniami szuka pracy, tel. 604 821 446.

INNE

◆ Do wynajęcia wyposażone gabinety lekarskie, stomatologiczny i kosmetyczny, informacje: tel. 71 357 77 31, 71 351 64 03, kom. 513 711 726.

◆ Do wynajęcia gabinetu lekarskiego, tel. 604 141 423, www.med-az.pl

◆ Do wynajęcia pomieszczenie na gabinet lekarski (np. ginekologiczny z kabiną higieny) w poradni stomatologicznej (w Czernicy koło Wrocławia), tel. 608 583 971.

◆ Gabinety lekarskie do wynajęcia przy ul. Glinianej 32/34, e-mail: pl.wroclaw@gmail.com, tel. 883 078 456.

◆ Podnajmę ładny gabinet stomatologiczny, Jelenia Góra – Zabobrze, tel. 605 632 093.

◆ Do wynajęcia wyposażony gabinet stomatologiczny w Świdnicy, tel. 74 853 04 92 lub 888 679 514.

◆ Wynajmę lokal w Oławie o pow. 80m², 2 gabinety lekarskie (21 m², 23 m²) poczekalnia, toalety – spełnia wszystkie wymogi NFZ. Zabudowa nowa wolnostojąca 500 m od szpitala, wylot na Wrocław, 7 miejsc parkingowych. Na piętrze 2 kawalerki, tel. 601 710 525.

◆ Przychodnia lekarska z dobrze prosperującym POZ do sprzedaży: www.wierzbowabiz

◆ Do sprzedania lokal we Wrocławiu (Śródmieście), na parterze (dużo witryn), idealnie nadający się dla branży medycznej, tel. 601 78 51 44.

◆ Centrum Medyczne „Medical Complex” wynajmie atrakcyjne gabinety lekarskie. Warunki współpracy do uzgodnienia, tel. 665 005 006.

◆ Do wynajęcia powierzchnia nadająca się jako centrum stomatologiczne, dermatologiczne lub inne (ok. 120 m²) C.M. Medical-Complex, Wrocław, ul. Grabiszyńska 165. Warunki do uzgodnienia, tel. 665 005 006.

◆ Do wynajęcia gabinet stomatologiczny z bazą pacjentów w Polanicy-Zdroju. Lokal mieści się przy głównym deptaku miasta, blisko parking, wejście z parteru, z ulicy. Gabinet w pełni wyposażony, tel. 733 001 776 (po godz. 19.00).

◆ Wynajmę lokal na gabinet lekarski, pow. 18 m², wys. 3 m, klimatyzacja. Okolice placu Grunwaldzkiego, Wrocław, tel. 502 779 297.



Kancelaria Radców Prawnych
Tomasz Czapczyński

www.tcrp.pl

Kancelaria świadczy usługi z zakresu kompleksowej obsługi prawnej placówek medycznych i lekarzy, a także gwarantuje profesjonalne zastępstwo procesowe i obronę w postępowaniach cywilnych oraz karnych, związanych z błędami w sztuce lekarskiej lub szkodami medycznymi.



Zapraszamy do zapoznania się z artykułem dotyczącym obsługi prawnej lekarzy na naszej stronie internetowej:

www.radca-prawny-czapczynski.pl/Kancelaria_Radcow_Lekarze



ul. Osobowicka 70a, 51-008 Wrocław | tel/fax: 71 734 04 44 | e-mail: info@tcrp.pl



VOLVO XC90

STWORZONE NA NOWO

 MADE BY SWEDEN

Luksusowy model o majestatycznej linii nadwozia, który dzięki nowoczesnym silnikom zapewnia dynamiczną jazdę i rewelacyjne osiągi.

Intuicyjny ekran dotykowy ułatwia dostęp do wszystkich funkcji podczas prowadzenia, a zestaw audio Bowers & Wilkins pozwala czerpać satysfakcję z najwyższej jakości dźwięku. Wszystko w wyjątkowym wnętrzu wykończonym z niezwykłą starannością miękką skórą, drewnem i metalem.

Zapraszamy na jazdę testową.

W zależności od wersji silnika zużycie paliwa w cyklu mieszanym wynosi od 2,1 do 8,0 l/100 km, emisja CO₂ od 49 do 186 g/km.
Informacje o działaniach dotyczących odzysku i recyklingu samochodów wycofanych z eksploatacji na: www.volvocars.pl

INTER-CAR BIELANY
Autoryzowany Dealer Volvo

ul. Wrocławska 1
Bielany Wrocławskie

T: (71) 722 10 10
www.intercar.dealervolvo.pl