



Inkubator innowacji społecznych TransferHUB
od edukacji do zatrudnienia

KARTA INNOWACJI

Temat, w którym działał inkubator	Przejście z systemu edukacji do aktywności zawodowej
Nazwa inkubatora (lidera)	Fundacja Inicjatyw Społeczno-Ekonomicznych
Nazwa innowacji	Bądź obecny na rynku pracy
Innowator	Fundacja Małgosi Braunek Bądź
Problem, na który odpowiada pomysł	Innowacja odpowiada na problem dezaktywacji zawodowej osób dotkniętych chorobą nowotworową.
Kto może skorzystać z rozwiązania? - odbiorcy innowacji	Osoby po lub w trakcie choroby nowotworowej.
Kto może skorzystać z rozwiązania? - użytkownicy innowacji	Placówki medyczne/szpitale, hospicja.
Na czym polega innowacja? - zwięzły opis innowacji	Pomysł na innowację polegał na próbie stworzeniu nowego zawodu - zawodu onkoasystenta. Jest to odpowiedź na potrzeby osób chorych na nowotwór lub członków ich rodzin, przebywających poza rynkiem pracy, wskutek choroby własnej lub osoby bliskiej. Innowatorzy testowali elementy programu szkoleniowego oraz staży dla przyszłych adeptów tego zawodu.
Elementy modelu - produkty końcowe innowacji	Produkt innowacji składa się z trzech dokumentów: 1. opracowanie zakresu kompetencji i kwalifikacji zawodu onkoasystenta 2. złożony wniosek w MRPiPS o zgłoszenie nowego zawodu - onkoasystent 3. opracowana podstawa programowa i plan nauczania w zawodzie onkoasystent

Prawa autorskie	<p><i>Właścicielem autorskich praw majątkowych do niniejszego Utworu jest Skarb Państwa – Ministerstwo Rozwoju. W celu uzyskania prawa do korzystania z autorskich praw majątkowych do niniejszego Utworu dla dowolnego celu, również komercyjnego, należy zwrócić się o przyznanie licencji na wykorzystanie tych praw do ich właściciela. Licencja ta zostanie udzielona nieodpłatnie.</i></p> <p><i>Rozpowszechniając lub publicznie wykonując niniejszy Utwór lub jakiegokolwiek utwór zależny, licencjobiorca jest zobowiązany zachować w stanie nienaruszonym wszelkie oznaczenia związane z prawno-autorską ochroną Utworu oraz zapewnić, stosownie do możliwości używanego nośnika lub środka przekazu oznaczenie, a w przypadku utworu zależnego, oznaczenie wskazujące na wykorzystanie Utworu w utworze zależnym (np. "francuskie tłumaczenie Utworu Twórcy," lub "koncepcja na podstawie Utworu Twórcy").</i></p> <p>Stan prawny na 31 maja 2019 r.</p> <p><i>Twórcy i Twórczynie: Anna Andrałojć, Andrzej Krajewski</i></p>
-----------------	--

Inkubator innowacji społecznych TransferHUB od edukacji do zatrudnienia jest częścią projektu „TransferHUB – generowanie, wsparcie grantowe i inkubacja innowacji społecznych. Przejście z systemu edukacji do aktywności zawodowej”, który realizują: Fundacja Inicjatyw Społeczno-Ekonomicznych w partnerstwie z PwC Sp. z o.o. oraz Fundacją Pracownia Badań i Innowacji Społecznych „Stocznia” w ramach programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój, finansowanego z Funduszy Europejskich.

FUNDACJA
MAŁGOSI
BRAUNEK



Skrypt szkoleniowy ONKOASYSTENT



Warszawa 2017



Spis treści

SYSTEM OPIEKI ZDROWOTNEJ	5
I. Epidemiologia nowotworów, <i>dr Karolina Osowiecka</i>	5
Nowotwory jako poważny problem zdrowotny w Polsce i na świecie.	5
II System opieki onkologicznej, <i>dr Karolina Osowiecka</i>	17
Opieka onkologiczna – organizacja, zasoby i poziom finansowania.	17
Reforma Pakietu Onkologicznego	29
III Diagnostyka nowotworów, <i>dr Karolina Osowiecka</i>	44
IV Główne procedury medyczne w onkologii, <i>dr Monika Rucińska</i>	57
V Onkologia w kontekście medycyny integralnej, <i>dr E. Dudzińska</i>	64
PRAWO I ZABEZPIECZENIA SPOŁECZNE	81
I. Dochodzenie roszczeń przez pacjentów, <i>mec. Robert Bryzek</i>	81
II Prawa pacjenta, <i>mec. Robert Bryzek</i>	100
Prawo pacjenta do informacji i dokumentacji medycznej	125
Zgoda pacjenta na leczenie i prawo do odmowy leczenia	146
III. Narzędzia pracy w obszarze pomocy społecznej, <i>dr Joanna Lizut</i>	155
IV. Procedura orzekania o niepełnosprawności, <i>mec. Robert Bryzek</i>	160
Orzeczenie do celów rentowych.....	189
PSYCHOLOGIA POMAGANIA I PSYCHOIMMUNOLOGIA	195
I. Podstawy pomocy psychologicznej dla Onkoasystentów, <i>Justyna Glińska</i>	198
Podstawowe umiejętności psychologiczne Onkoasystentów; warsztat	201
Psychoimmunologia, czyli, jak zadbać o siebie pomagając innym; warsztat	210

Klauzula:

Właścicielem autorskich praw majątkowych do niniejszego Utworu jest Skarb Państwa – Ministerstwo Rozwoju. W celu uzyskania prawa do korzystania z autorskich praw majątkowych do niniejszego Utworu dla dowolnego celu, również komercyjnego, należy zwrócić się o przyznanie licencji na wykorzystanie tych praw do ich właściciela. Licencja ta zostanie udzielona nieodpłatnie.

Rozpowszechniając lub publicznie wykonując niniejszy Utwór lub jakkolwiek utwór zależny, licencjobiorca jest zobowiązany zachować w stanie nienaruszonym wszelkie oznaczenia związane z prawną-autorską ochroną Utworu oraz zapewnić, stosownie do możliwości używanego nośnika lub środka przekazu oznaczenie, a w przypadku utworu zależnego, oznaczenie wskazujące na wykorzystanie Utworu w utworze zależnym (np. "francuskie tłumaczenie Utworu Twórcy," lub "koncepcja na podstawie Utworu Twórcy").

SYSTEM OPIEKI ZDROWOTNEJ

I. Epidemiologia nowotworów

Nowotwory jako poważny problem zdrowotny w Polsce i na świecie.

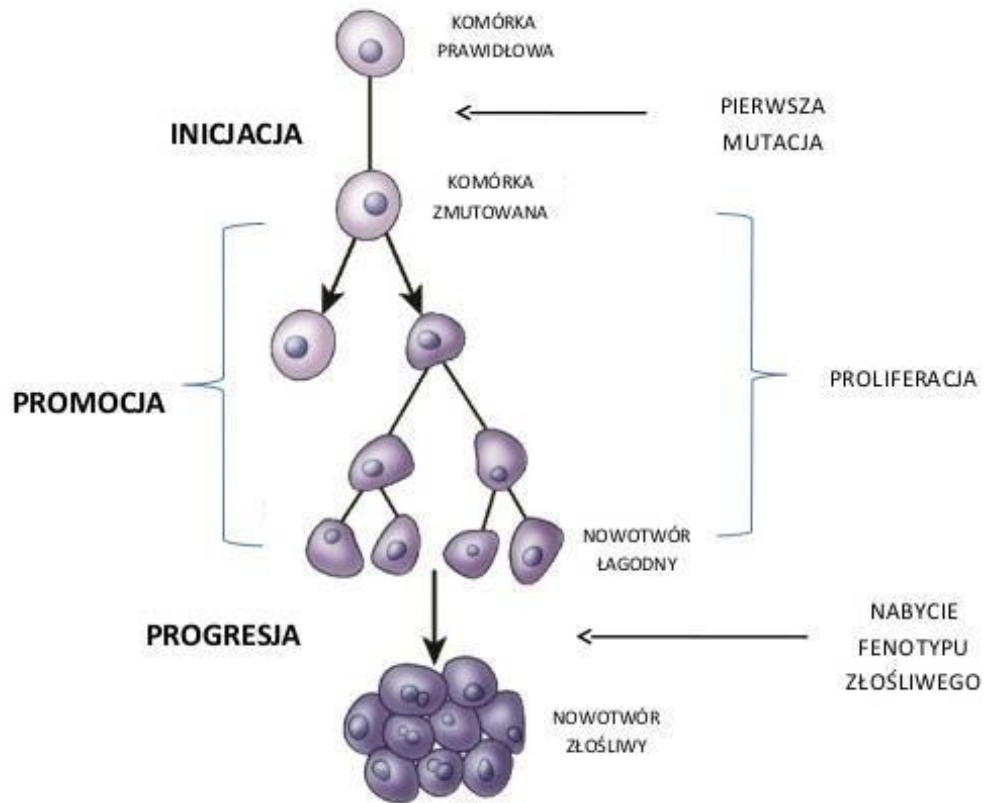
Nowotwór (łac. neoplasma), to zmiana chorobowa o podłożu genetycznym, w której komórki organizmu dzielą się w niekontrolowany sposób, a komórki powstałe w wyniku tych podziałów nie różnicują się na normalne komórki tworzące poszczególne części organizmu.

Kancerogeneza, czyli powstawanie nowotworu jest procesem złożonym z następujących etapów:

- **inicjacja** – pojawia się mutacja, która zazwyczaj powstaje pod wpływem kancerogenu (np. promieniowanie, zakażenie określonym wirusem czy rakotwórcze substancje chemiczne), ale może utworzyć się spontanicznie.
Gdy uszkodzenie DNA jest zbyt poważne, żeby mogło być naprawione, komórka wchodzi na szlak apoptozy (jej zaprogramowanej śmierci) w celu eliminacji nieprawidłowych, zużytych lub uszkodzonych komórek z organizmu. Jeśli jednak mutacja nie zostanie naprawiona i nie dojdzie do rozpoczęcia apoptozy, komórka będzie żyła dalej z możliwością wejścia w kolejny etap nowotworzenia.
- **promocja** – zwiększenie tempa zmian w komórce, zaburzenie ekspresji genów istotnych dla regulacji procesów proliferacji, apoptozy czy dojrzewania komórkowego (protoonkogeny, geny supresorowe, geny zaangażowane w regulację apoptozy) i niestabilność genomu. Na tym etapie wykryta zmiana jest jeszcze niegroźna, gdyż daje szansę na całkowite wyleczenie poprzez jej usunięcie. W przeciwnym wypadku dochodzi do jej zezłośliwienia.
- **progresja** – pojawiają się kolejne zaburzenia molekularne, przede wszystkim zmian w kariotypie. Guz jest zdolny do naciekania obszarów sąsiednich i tworzenia przerzutów. Jest to proces nieodwracalny co oznacza, że na tym etapie nie można już zahamować dalszych zmian w komórkach (Rycina 1.) [1, 2].

Rycina 1.

ETAPY KARCINOGENEZY

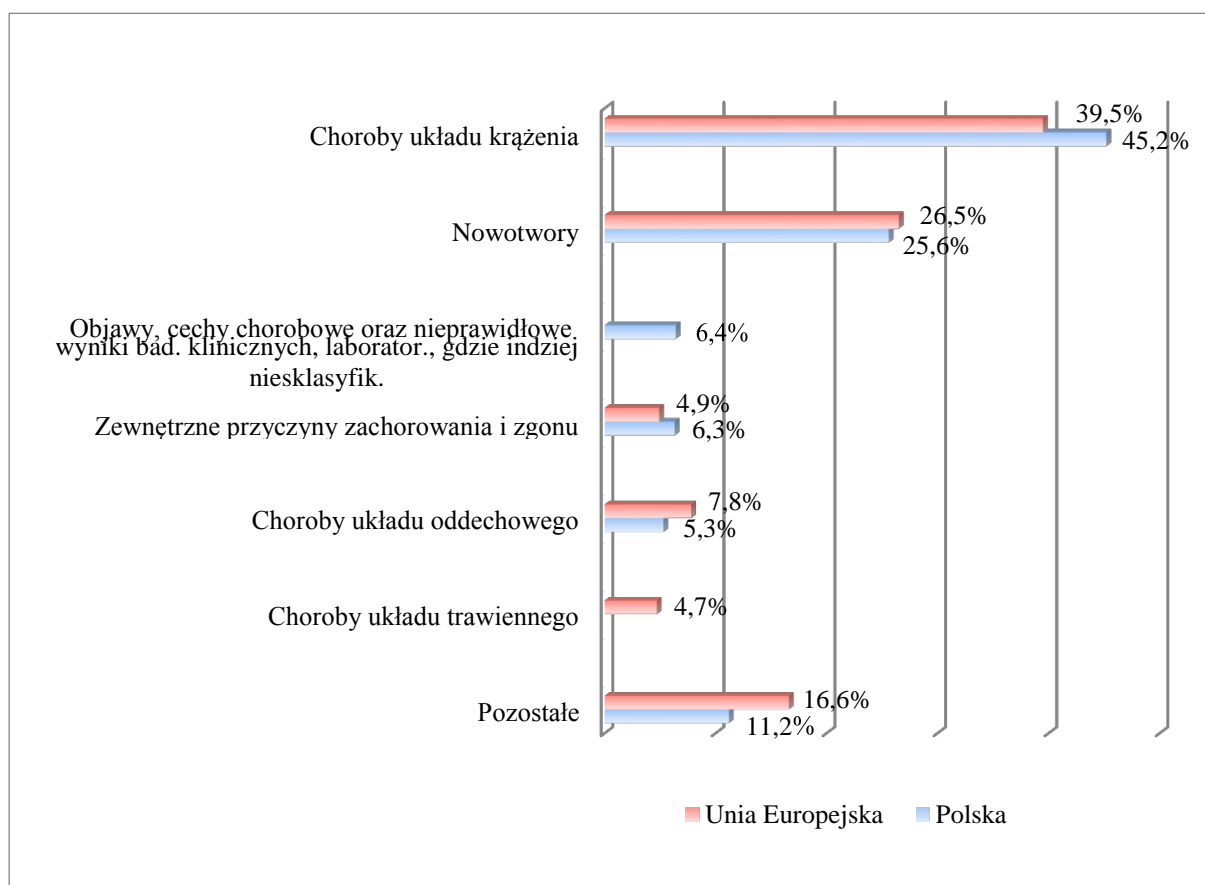


<http://www.slideshare.net/ukaszFuawka/biologia-nowotworow>

Nowotwory stanowią poważny problem zdrowotny w Polsce i na świecie – w naszym kraju obecnie **są drugą przyczyną zgonów**, po chorobach układu krążenia (Rycina 2.).

Udział poszczególnych przyczyn zgonów zmienia się wraz z wiekiem – w pierwszej połowie życia dominują przyczyny zewnętrzne, w drugiej choroby układu krążenia i nowotwory złośliwe [3, 4].

Rycina 2. Struktura przyczyn zgonów w Polsce w 2011 r. w zestawieniu ze średnią z lat 2008-2010 w 28 krajach UE – zmodyfikowano na podstawie danych GUS i Eurostat.

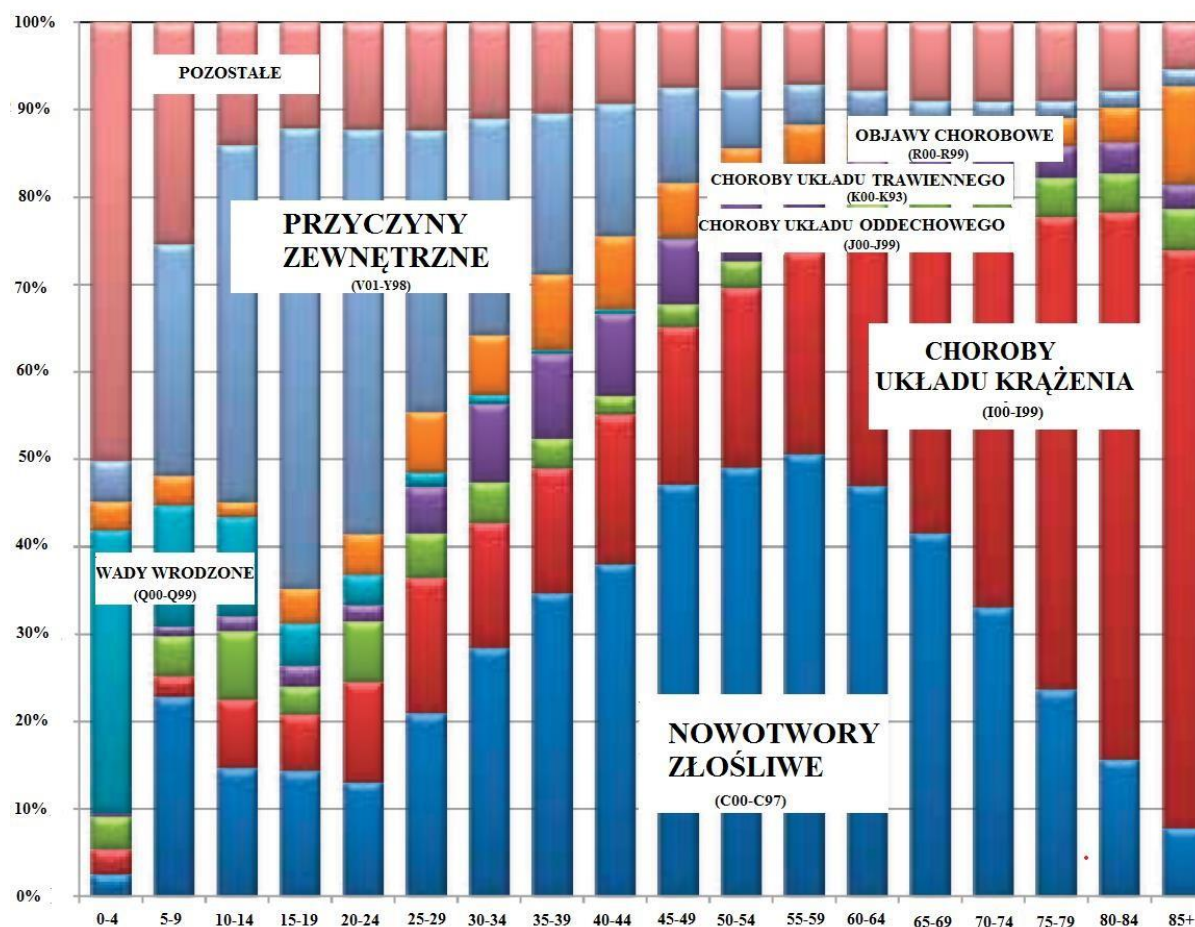


W 2011 roku liczba nowych zachorowań na nowotwory złośliwe w Polsce wyniosła 144.3 tys., a liczba zgonów spowodowanych chorobami nowotworowymi sięgała 92.2 tys.

W ciągu ostatnich trzech dekad liczba zachorowań wzrosła ponad dwukrotnie (wśród mężczyzn o prawie 38 tys. a u kobiet o prawie 42 tys.). Liczba zgonów nowotworowych także wzrosła w tym okresie u mężczyzn o ponad 18 tys. a u kobiet o ponad 14 tys. Większe tempo wzrostu zachorowalności niż tempo spadku umieralności z powodu nowotworów i obecny postęp w leczeniu chorób układu krążenia prawdopodobnie spowoduje, że nowotwory staną się pierwszą przyczyną zgonów w Polsce w ciągu najbliższych 10 lat [3, 5]. Duży problem w naszym kraju stanowi przedwczesna umieralność spowodowana „zgonami możliwymi do uniknięcia”. Uzupełnieniem analizy umieralności przedwczesnej jest wskaźnik potencjalnych utraconych lat życia (PYLL – potential years of life lost). W wysoko rozwiniętych krajach należących do OECD (Organization for Economic Co-operation and Development) powszechnie przyjęto, że zgon przed 70 r.ż. jest przedwczesnym [6].

W Polsce wśród kobiet w wieku 30-69 lat nowotwory złośliwe stanowią największe zagrożenie życia (Rycina 3.) i są dominującą przyczyną utraconych lat życia, co odpowiada za prawie 40% PYLL. Natomiast wśród mężczyzn najczęściej, bo około 1/4 PYLL spowodowanych jest przyczynami zewnętrznymi i chorobami układu krążenia, chorobami nowotworowymi zaś około 20% [4, 7]. W województwie świętokrzyskim, z którego posiadamy wiarygodne dane, w okresie od 1999 do 2010 roku największy wzrost umieralności przedwczesnej spowodowany był rakiem jelita grubego u obu płci oraz rakiem płuca u kobiet, i w mniejszym stopniu rakiem piersi oraz gruczołu krokowego. Niewielkie zmniejszenie współczynnika umieralności przedwczesnej odnotowano w przypadku raka płuca u mężczyzn oraz znaczące – raka szyjki macicy u kobiet [7]. Pomimo spadku umieralności z powodu raka szyjki macicy, standaryzowany współczynnik zgonów z tego powodu jest w Polsce nadal ponad dwukrotnie wyższy w porównaniu do średniej dla Unii Europejskiej [3].

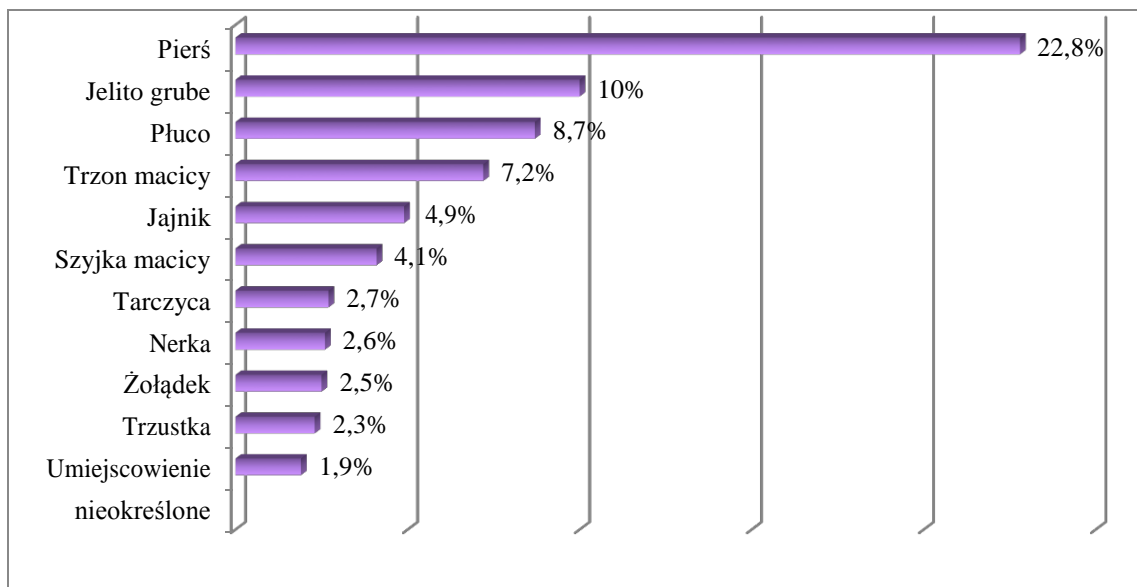
Rycina 3. Udział głównych przyczyn zgonów w umieralności kobiet w poszczególnych grupach wieku w 2010 r. - zmodyfikowano na podstawie danych GUS.



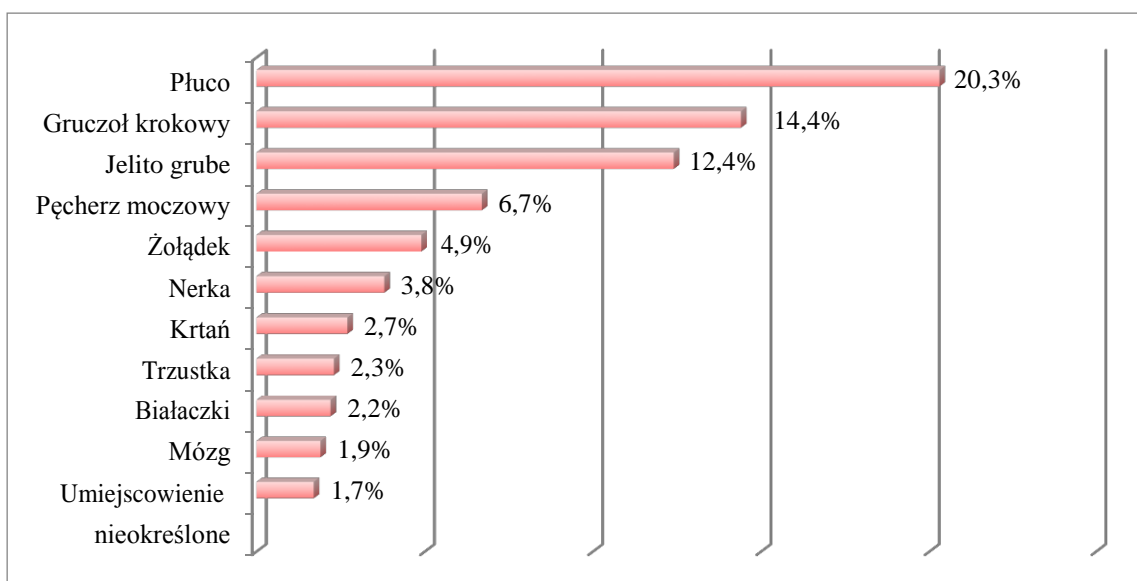
W Polsce najczęstszym nowotworem rozpoznawanym u mężczyzn jest rak płuca (około 20% wszystkich nowotworów złośliwych), u kobiet rak piersi (około 23% wszystkich nowotworów złośliwych) (Rycina 4.A., B.) [2, 5]

Rycina 4. Struktura zarejestrowanych nowych zachorowań na nowotwory złośliwe w Polsce w 2011 r. - zmodyfikowano na podstawie źródła: Didkowska J., Wojciechowska U., Zatoński W. Nowotwory złośliwe w 2011 roku, str. 46, Centrum Onkologii – Instytut im. M. Skłodowskiej – Curie, Warszawa 2013.

A. u kobiet



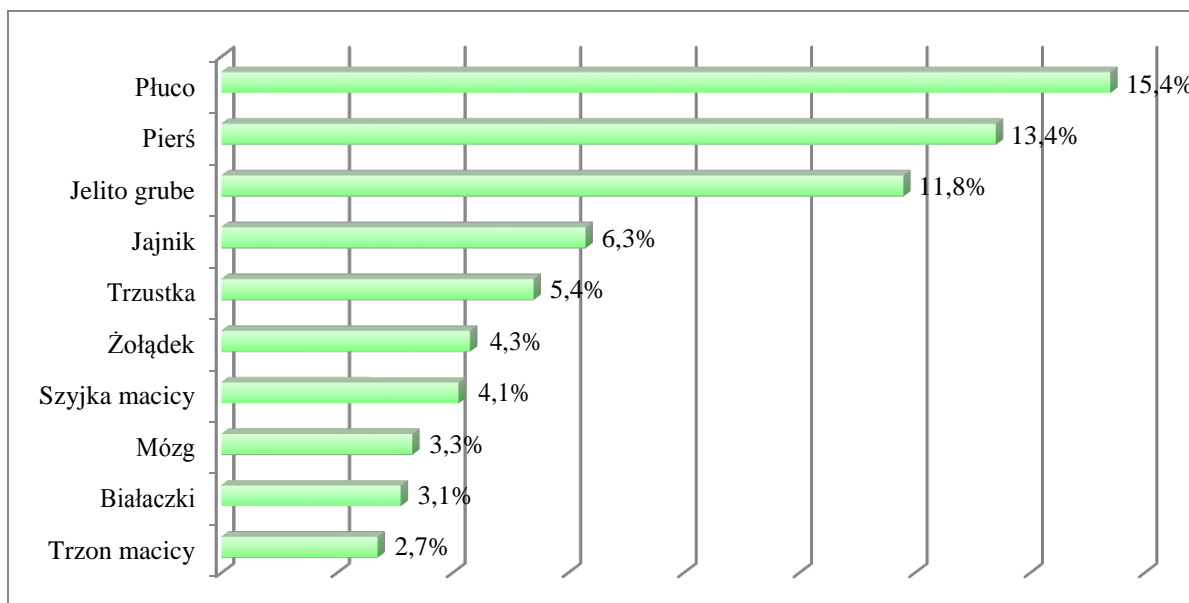
B. u mężczyzn



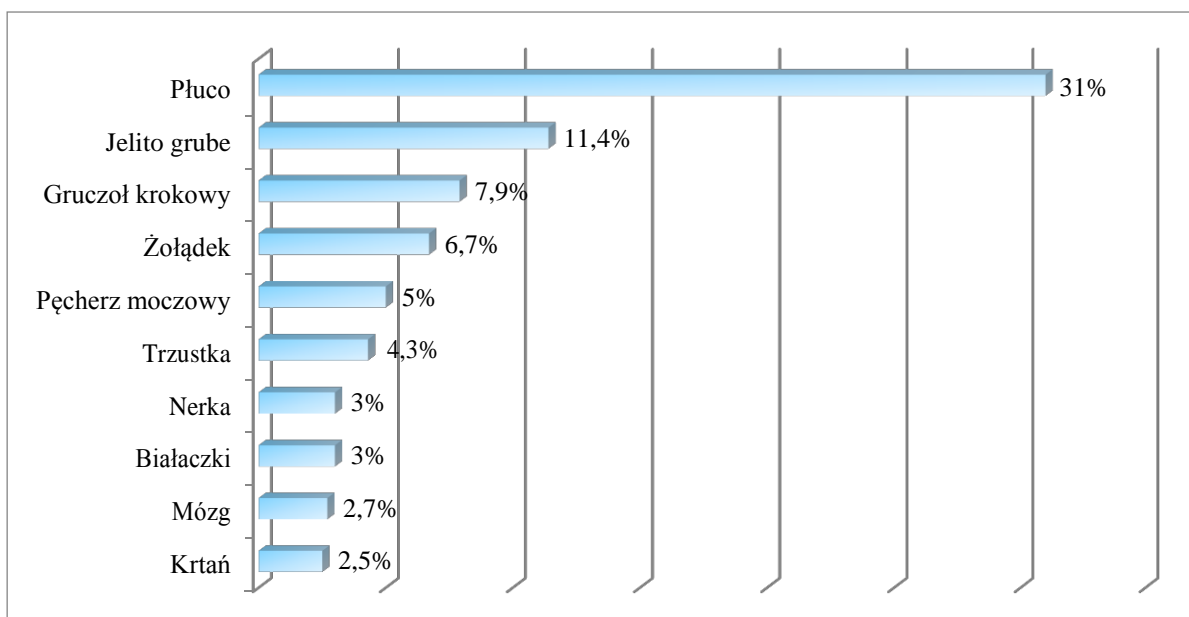
Spośród zgonów spowodowanych chorobą nowotworową rak płuca w Polsce zajmuje pierwsze miejsce zarówno wśród mężczyzn (31%) jak i u kobiet (15.4%) (Rycina 5.A., B.) [2, 5].

Rycina 5. Struktura zgonów na nowotwory złośliwe w Polsce w 2011 r. - zmodyfikowano na podstawie źródła: Didkowska J., Wojciechowska U., Zatoński W. Nowotwory złośliwe w 2011 roku, str. 76, Centrum Onkologii – Instytut im. M. Skłodowskiej – Curie, Warszawa 2013.

A. u kobiet



B. u mężczyzn



Polska na tle Unii Europejskiej

jest krajem o relatywnie niskiej zapadalności, ale dużej umieralności na nowotwory złośliwe. Niski współczynnik zachorowalności w Polsce może być wynikiem niepełnej zgłaszalności nowych rozpoznań nowotworów do Krajowego Rejestru Nowotworów (KRN) przez świadczeniodawców, czego dowodem są m.in. wyższe wartości liczby zgonów nowotworowych w stosunku do liczby osób zgłoszonych do KRN, co w rezultacie powoduje, że rzeczywisty obraz zachorowalności (a także

pośrednio jakości leczenia onkologicznego) w Polsce jest zniekształcony. Pod względem szacowanego współczynnika zgonów Polska zajmuje przedostatnie miejsce w Europie. Gorsze pod tym względem są tylko Węgry. Najniższy współczynnik zgonów obserwuje się na Cyprze, w Finlandii, na Malcie i w Szwecji (Rycina 6.). Współczynnik zgonów/zachorowania na nowotwory w Polsce wyniósł 0.60 w 2012 r., co jest gorsze o 17% od średniej europejskiej i aż o 24% od takich krajów jak Francja i Finlandia (Tabela I) [3, 10].

Rycina 6. Szacunkowy standaryzowany współczynnik zachorowań oraz zgonów z powodu nowotworów złośliwych na 100 tys. mieszkańców w Polsce i w krajach UE w 2012 r. - zmodyfikowano na podstawie danych WHO (<http://eco.iarc.fr/eucan/>).

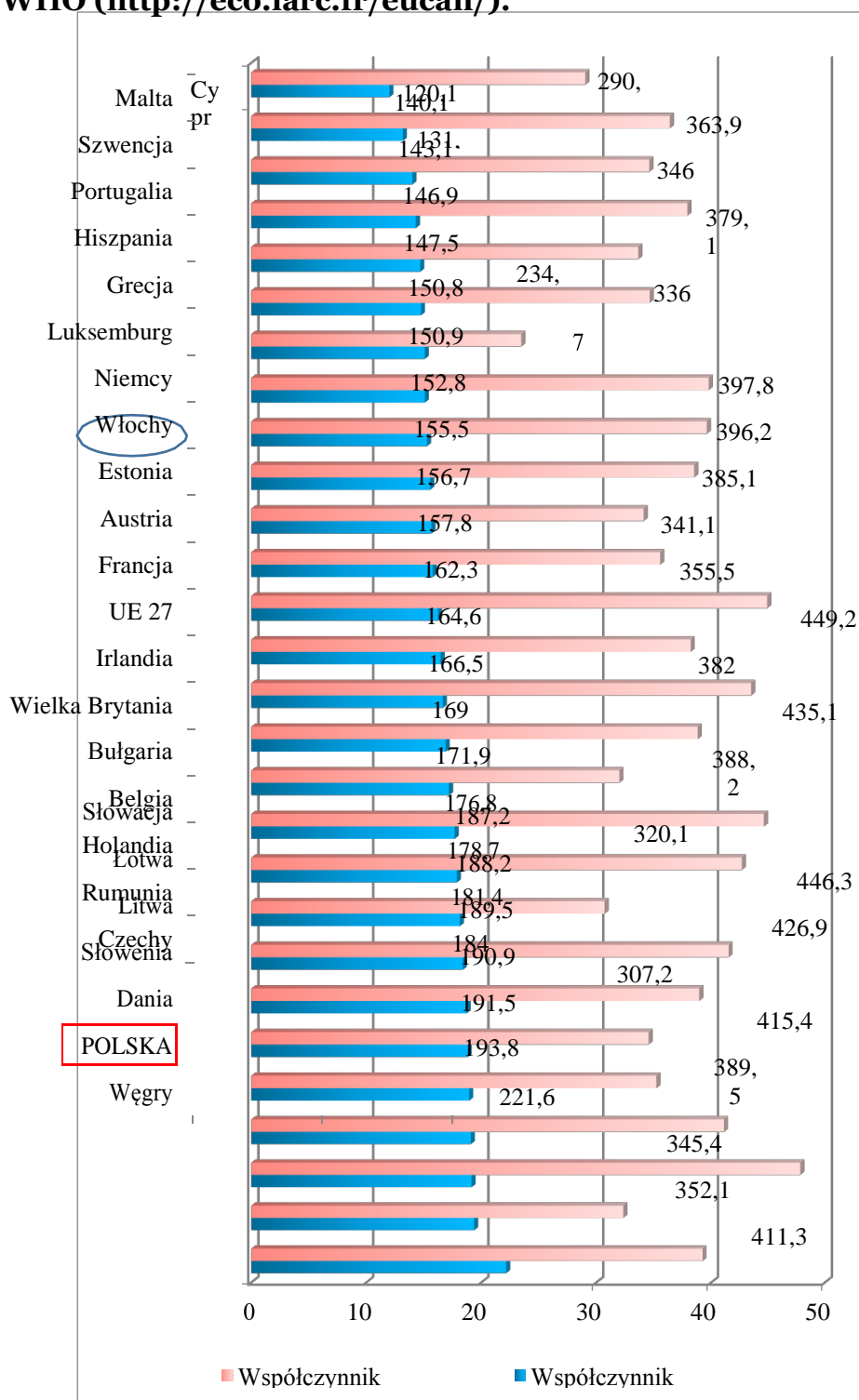


Tabela I Współczynnik zgony/zachorowania na nowotwory złośliwe w krajach UE w 2012 r. - zmodyfikowano na podstawie danych WHO (<http://eco.iarc.fr/eucan/>).

Kraj	Współczynnik zgony/zachorowania na nowotwory
Francja	0.36
Finlandia	0.36
Irlandia	0.38
Luksemburg	0.38
Szwecja	0.38
Niemcy	0.39
Dania	0.40
Belgia	0.40
Włochy	0.40
Malta	0.40
Cypr	0.41
Holandia	0.42
Hiszpania	0.43
UE 27	0.43
Czechy	0.44
Wielka Brytania	0.44
Austria	0.44
Portugalia	0.44
Słowenia	0.46
Estonia	0.46
Słowacja	0.48
Litwa	0.54
Łotwa	0.54
Bułgaria	0.54
Węgry	0.56
Rumunia	0.59
POLSKA	0.60
Grecja	0.64

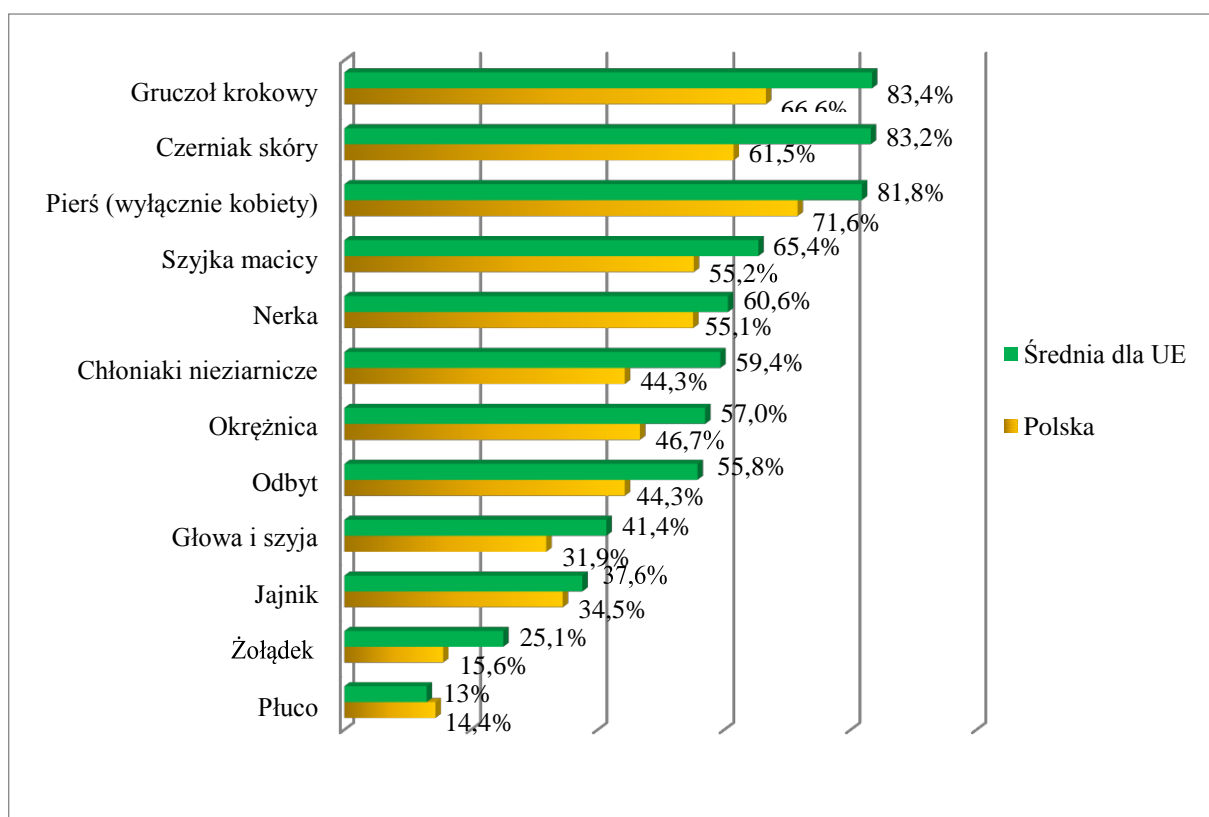
Wskaźniki 5-letnich przeżyć bez objawów choroby nowotworowej są dość powszechnie używanym na świecie miernikiem skuteczności leczenia chorób nowotworowych. W Europie wiarygodne dane o przeżyciach pochodzą z bazy danych EURO CARE (EUROpean CANcer REgistry based study on survival and care of cancer patients). W najbardziej aktualnej analizie EURO CARE 5, która objęła 27 państw europejskich, średnie europejskie letnie przeżycie względne (chorych zdiagnozowanych w wieku >15 r.ż., w latach 2000-2007 z

rozpoznaniem nowotworu złośliwego) wynosi 54.6%. Odsetek przeżyć poniżej średniej europejskiej występuje w Europie Wschodniej i Zjednoczonym Królestwie Wielkiej Brytanii i Irlandii (odpowiednio 46.4% i 49.2%). Niestety także w Polsce, wyniki leczenia chorób nowotworowych są gorsze niż w krajach Europy Zachodniej, a 5-letnie przeżycie względne w Polsce jest niższe od średniej europejskiej o około 10% i wynosi 42.7%.

Porównanie standaryzowanych współczynników 5-letnich przeżyć z badania EUROCORE 5 wskazuje, że za wyjątkiem raka płuca, polskie wyniki odbiegają od średniej europejskiej.

Największe różnice na niekorzyść odnotowano w przypadku czerniaka skóry, gruczołu krokowego i chłoniaków nieziarnicznych [11, 12] (Rycina 7.).

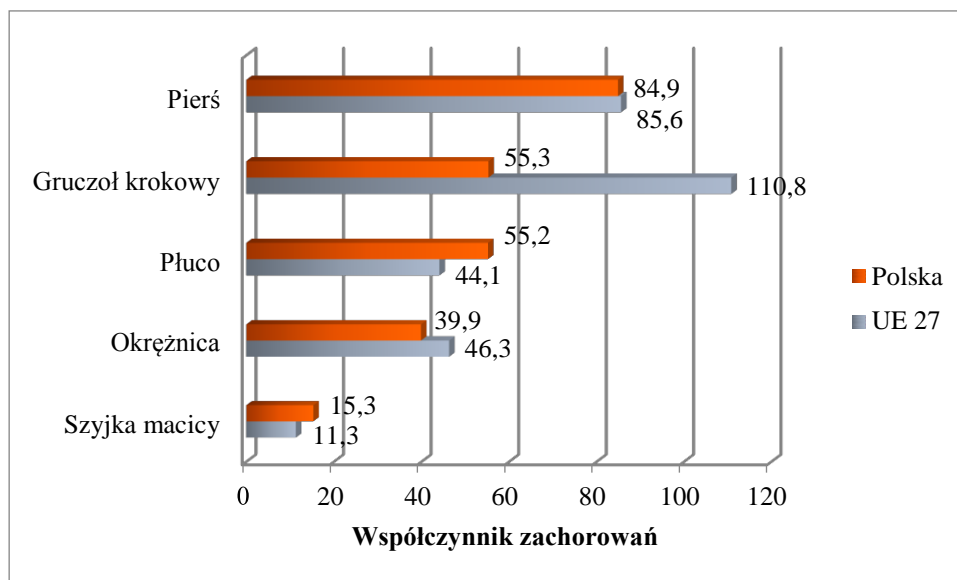
Rycina 7. Standaryzowany współczynnik 5-letniego przeżycia względnego pacjentów z wybranymi nowotworami w Polsce i UE (zdiagnozowanymi w latach 2000-2007) - zmodyfikowano na podstawie źródła: EUROCORE 5.



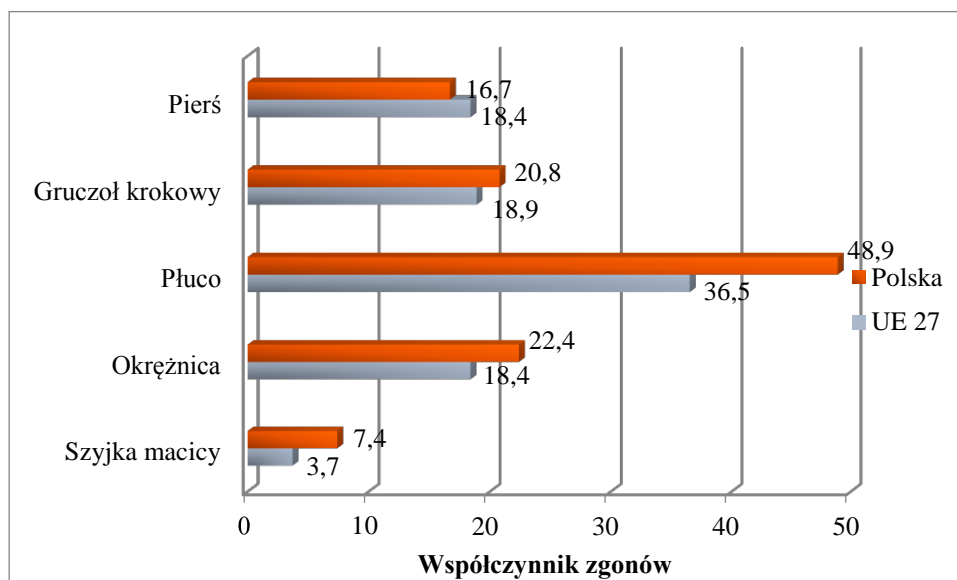
Pomimo uzyskania podobnych wyników leczenia raka płuca do średniej w UE, liczba nowych zachorowań i zgonów w Polsce, z tego powodu, jest jedną z najwyższych w Europie (Rycina 8.A., B.) [3, 10].

Rycina 8. Szacunkowy standaryzowany współczynnik zachorowań (A.) i zgonów (B.) z powodu wybranych nowotworów złośliwych na 100 tys. mieszkańców w Polsce i UE w 2012 r. - zmodyfikowano na podstawie danych WHO.

A.



B.



Ćwiczenia:

1. Pierwszą przyczynę zgonu w Polsce stanowią:
 - a) nowotwory
 - b) choroby układu trawiennego
 - c) choroby układu krążenia
 - d) choroby układu oddechowego.
2. Najczęściej występującym nowotworem złośliwym wśród kobiet jest nowotwór:
 - a) szyjki macicy
 - b) płuca
 - c) piersi
 - d) jelita grubego.
3. Najczęściej występującym nowotworem złośliwym wśród mężczyzn jest nowotwór:
 - a) gruczołu krokowego
 - b) jelita grubego
 - c) krtani
 - d) płuca.
4. Główną przyczyną zgonów z powodu nowotworów złośliwych wśród kobiet stanowi nowotwór:
 - a) piersi
 - b) płuca
 - c) jelita grubego
 - d) jajnika.
5. Główną przyczyną zgonów z powodu nowotworów złośliwych wśród mężczyzn stanowi nowotwór:
 - a) płuca
 - b) gruczołu krokowego
 - c) żołądka
 - d) jelita grubego.
6. Które miejsce w Europie zajmuje Polska pod względem współczynnika zgonów z powodu nowotworów złośliwych?
 - a) ostatnie (najwyższy współczynnik zgonów)
 - b) przedostatnie
 - c) pierwsze

- d) drugie.
7. W porównaniu do średniej europejskiej 5-letnie przeżycie względne w Polsce jest:
- a) niższe o ok 10%
 - b) niższe o ok 20%
 - c) wyższe o ok 10%
 - d) wyższe o ok 20%.
8. W porównaniu do Unii Europejskiej współczynnik 5-letniego przeżycia względnego pacjentów nie różni się znacznie w Polsce w przypadku nowotworu:
- a) szyjki macicy
 - b) płuca
 - c) gruczołu krokowego
 - d) głowy i szyi.

II System opieki onkologicznej

Opieka onkologiczna – organizacja, zasoby i poziom finansowania.

Choroby nowotworowe w Polsce leczone są zarówno w specjalistycznych szpitalach, klinikach i oddziałach onkologicznych, jak też **w szpitalach niespecjalizujących się w leczeniu nowotworów** (oddziały szpitali wojewódzkich, miejskich, powiatowych), co zdaniem wielu ekspertów stanowi jedną z głównych przyczyn gorszych wyników leczenia najczęstszych nowotworów w Polsce w porównaniu do innych krajów europejskich. Nowoczesna terapia nowotworów opiera się na skojarzonym leczeniu chirurgią, chemioterapią i radioterapią. System opieki onkologicznej (szpitale, które dają możliwość pełnoprofilowego leczenia) w Polsce, opiera się na działalności Centrum Onkologii – Instytut (COI) ze swoimi filarami w Gliwicach i Krakowie, Instytutu Hematologii i Transfuzjologii, wojewódzkich centrum onkologii – specjalistycznych szpitali, które zajmują się wyłącznie leczeniem chorych na raka oraz klinik onkologii w uniwersyteckich szpitalach klinicznych (Tabela II). Istotną rolę w systemie walki z rakiem w Polsce odgrywa COI w Warszawie ze względu na usytuowanie w jego strukturach Zakładu Epidemiologii i Prewencji Nowotworów oraz Krajowego Rejestru Nowotworów, zajmujące się zarówno badaniami epidemiologicznymi jak i prewencją nowotworów [1, 3].

Na podstawie przeprowadzonej przez Think-tank Onkologia 2025 analizy regionalnej dostępności do radioterapii („Modelu przewidywania potrzeb w onkologii na lata 2016-2025”), wykazano, że w Polsce brakuje około 60-70 przyspieszaczy liniowych rozmieszczonych w 20-30 nowych peryferyjnych ośrodkach (z obecnych około 130 do około 190-200). Po zwiększeniu liczby akceleratorów i odpowiedniemu rozlokowaniu ich na terenie kraju, byłby możliwe do osiągnięcia średni europejski poziom dostępności do radioterapii.

W Polsce 1 aparat przypada na 600 000 mieszkańców, a rekomendowanym wskaźnikiem przez Światową Organizację Zdrowia jest 1 aparat na 300 000 mieszkańców [1].

Tabela II Ośrodki onkologiczne w Polsce.

(https://pto.med.pl/onkologia_w_polsce/osrodki_onkologiczne/osrodki_onkologiczne_w_polsce)

WOJEWÓDZTWO	OŚRODEK	ADRES
DOLNOŚLĄSKIE	Dolnośląskie Centrum Onkologii we Wrocławiu	53-413 Wrocław pl. Hirszfelda 12
	Katedra Onkologii i Klinika Onkologii Ginekologicznej Akademii Medycznej we Wrocławiu im Piastów Śląskich	53-413 Wrocław pl. L. Hirszfelda 12
KUJAWSKO-POMORSKIE	Centrum Onkologii, Szpital im. Prof. Franciszka Łukaszczyka	85-796 Bydgoszcz ul. dr Izabeli Romanowskiej 2
LUBELSKIE	Centrum Onkologii Ziemi Lubelskiej im. św. Jana z Dukli	20-090 Lublin, ul. dr K. Jaczewskiego 7
LUBUSKIE	Lubuski Ośrodek Onkologii	65-046 Zielona Góra ul. Zyty 26
ŁÓDZKIE	Regionalny Ośrodek Onkologiczny, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. M. Kopernika	93-509 Łódź ul. Paderewskiego 4
	Katedra Onkologii, Uniwersytet Medyczny w Łodzi	93-509 Łódź, ul. Paderewskiego 4
MAŁOPOLSKIE	Centrum Onkologii - Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie,	31-115 Kraków
	Oddział w Krakowie	ul. Garncarska 11

	Katedra i Klinika Onkologii Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum	31-531 Kraków ul. Śniadeckich 10
	Katedra i Klinika Hematologii Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum	31-501 Kraków ul. Kopernika 17
	Katedra Okulistyki Klinika Okulistyki i Onkologii Okulistycznej Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum	31-501 Kraków ul. Kopernika 38
	Klinika Onkologii i Hematologii Dziecięcej Polsko-Amerykański Instytut Pediatrii Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum	30-663 Kraków ul Wielicka 265
	Oddział Onkologii Klinicznej Szpital Specjalistyczny im L. Rydygiera	31-826 Kraków os. Złotej Jesieni 1
	Tarnowski Ośrodek Onkologiczny Szpital Wojewódzki im. św. Łukasza	33-100 Tarnów ul. Lwowska 178 A
MAZOWIECKIE	Centrum Onkologii-Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie Oddział w Warszawie	02-781 Warszawa ul. W.K. Roentgena 5
	Instytut Hematologii i Transfuzjologii	02-776 Warszawa ul. I. Ghandii 14

	Klinika Chirurgii Onkologicznej Dzieci i Młodzieży, Instytut Matki i Dziecka	Warszawa ul. Kasprzaka 17 a
	Klinika Hematologii i Onkologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego	02-097 Warszawa ul. Banaha 1a
	Ośrodek Kliniczny Chorób Układu Pokarmowego, Chorób Rozrostowych, Endokrynologii i Ginekologii Wojskowy Instytut Medyczny w Warszawie -Klinika Onkologii -Klinika Chirurgii Ogólnej, Onkologicznej, Metabolicznej i Torakochirurgii	00-909 Warszawa ul. Szaserów 128
	Klinika Onkologii, Hematologii Centralny Szpital Kliniczny MSWiA	02-507 Warszawa ul. Wołoska 137
OPOLSKIE	Opolskie Centrum Onkologii	45-060 Opole ul. Katowicka 66A
PODKARPACKIE	Podkarpackie Centrum Onkologii, Szpital Wojewódzki w Rzeszowie im. Frederyka Chopina	35-061 Rzeszów ul. Frederyka Chopina 2
	Szpital Specjalistyczny Podkarpacki Ośrodek Onkologiczny im. Księdza Bronisława Markiewicza w	36-200 Brzozów ul. ks. Bielawskiego 18

	Brzozowie	
PODLASKIE	Białostockie Centrum Onkologii im. Marii Sklodowskiej Curie	15-027 Białystok ul. Ogrodowa 12
POMORSKIE	Katedra i Klinika Onkologii i Radioterapii Gdański Uniwersytet Medyczny	80-211 Gdańsk ul. Dębinki 7
	Katedra i Klinika Ginekologii i Ginekologii Onkologicznej Gdański Uniwersytet Medyczny	80-402 Gdańsk ul. Kliniczna 1a
	Katedra i Klinika Chirurgii Onkologicznej Gdański Uniwersytet Medyczny	80-211 Gdańsk ul. Dębinki 7
	Katedra i Klinika Hematologii i Transplantologii Gdański Uniwersytet Medyczny	80-402 Gdańsk ul. Dębinki 7
	Wojewódzkie Centrum Onkologii w Gdańsku	80-210 Gdańsk BUDYNEK A - stara lokalizacja ul. Marii Sklodowskiej Curie 2 BUDYNEK B - nowa lokalizacja al. Zwycięstwa 31/32
	Gdyńskie Centrum Onkologii w Szpitalu Morskim im. PCK	81-519 Gdynia ul. Powstania Styczniowego 1
ŚLĄSKIE	Centrum Onkologii-Institut im. Marii Skłodowskiej-Curie	44-101 Gliwice ul. Wybrzeże Armii

	Oddział w Gliwicach	Krajowej 15
	Beskidzkie Centrum Onkologii im. Jana Pawła II Bielsko- Biała	Bielsko-Biała ul. Wyzwolenia 18
ŚWIĘTOKRZYSKIE	Świętokrzyskie Centrum Onkologii	25-734 Kielce ul. Artwińskiego 3
WARMIŃSKO MAZURSKIE	Zakład Opieki Zdrowotnej MSWiA z Warmińsko- Mazurskim Centrum Onkologii	10-228 Olsztyn Al. Wojska Polskiego 37
	Katedra Onkologii, Wydziału Nauk Medycznych Uniwersytetu Warmińsko- Mazurskiego	10-228 Olsztyn Al. Wojska Polskiego 37
	Olsztyński Ośrodek Onkologiczny "Kopernik"	10-513 Olsztyn ul. Kopernika 30
WIELKOPOLSKIE	Wielkopolskie Centrum Onkologii	61-878 Poznań ul. Garbary 15
	Katedra i Klinika Onkologii Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu	61-878 Poznań ul. Łąkowa 1/2
ZACHODNIOPOMORSKIE	Zachodniopomorskie Centrum Onkologii	71-730 Szczecin ul. Strzałkowska 22

Drugi powód gorszych wyników to prawdopodobnie **późne wykrywanie nowotworów** – w Polsce znaczna część nowotworów wykrywana jest w stadium zaawansowanym, co zmniejsza szanse na wyleczenie choroby lub wymaga kosztownych i trudno dostępnych w naszym kraju terapii. Przyczyną tego stanu rzeczy może być niski poziom świadomości zdrowotnej Polaków, brak nawyku regularnego kontrolowania swojego stanu zdrowia i korzystania z badań przesiewowych oraz brak tzw. *czujności onkologicznej* ze strony lekarzy innych specjalności [3]. Na podstawie przeprowadzonej przez Kuszewskiego i wsp. [13] analizy „ścieżki” diagnostyczno-terapeutycznej chorych z rozpoznaniem raka jelita grubego wykazano, że aż 34.7% ankietowanych korzystało z porady lekarza POZ przynajmniej raz w miesiącu, u 40% osób z rakiem jelita grubego występowały w rodzinie choroby nowotworowe, a mimo to połowa z nich nie poddawała się badaniom profilaktycznym w gabinecie lekarza rodzinnego. Natomiast 24% ankietowanych z rozpoznaniem raka krtani korzystało z porad lekarza POZ co najmniej raz na 6 miesięcy przed wystąpieniem niepokojących objawów, a 68% nie chodziło do lekarza. Badania przeprowadzone wśród pacjentek z rozpoznaniem rakiem piersi pokazały, że 20% chorych zgłosiło się na pierwszą konsultację dopiero po upływie 3 miesięcy od wystąpienia pierwszych objawów, a głównymi przyczynami opóźnień w zgłaszaniu się do lekarza było lekceważenie objawów (51%), strach przed rozpoznaniem nowotworu złośliwego (48%) i brak czasu (38%) [14, 15]. Badanie przeprowadzone w Lublinie potwierdziło, że najczęściej podawane powody opóźnienia w zgłaszaniu się na pierwsze badanie lekarskie w związku z pojawieniem się objawów choroby to: brak czasu i lekceważenie symptomów wśród osób z rozpoznaniem raka płuca mieszkających na wsi oraz strach i brak czasu wśród respondentów z miasta [16].

W innej opublikowanej analizie wykazano, że opóźnienie w zgłaszaniu się pacjentów z nowotworami okolic głowy i szyi na kolejne wizyty do lekarza rodzinnego lub dentysty po pierwszej konsultacji było istotnie zależne od czynników związanych z pacjentem – aż 50% chorych zwlekało z własnej woli z kolejnymi wizytami powyżej 3 tygodni. Osoby posiadające pewną wiedzę na temat nowotworów okolic głowy i szyi oraz podejrzewające raka, istotnie szybciej powracały do lekarza [17]. W województwie małopolskim, podkarpackim, świętokrzyskim, śląskim i tarnobrzeskim badano przyczyny opóźnień rozpoczynania leczenia chorych na nowotwory złośliwe i wykazano, że 34.2% chorych nie było wcześniej zainteresowanych profilaktyką zdrowotną, a 65.8% pacjentów potwierdziło co prawda zainteresowanie, ale jednak ponad połowa wszystkich chorych trafiła do lekarza późno, już z zaawansowaną chorobą, a najczęstszymi przyczynami opóźnień z winy pacjenta było lekceważenie objawów i lęk przed rozpoznaniem choroby nowotworowej [18].

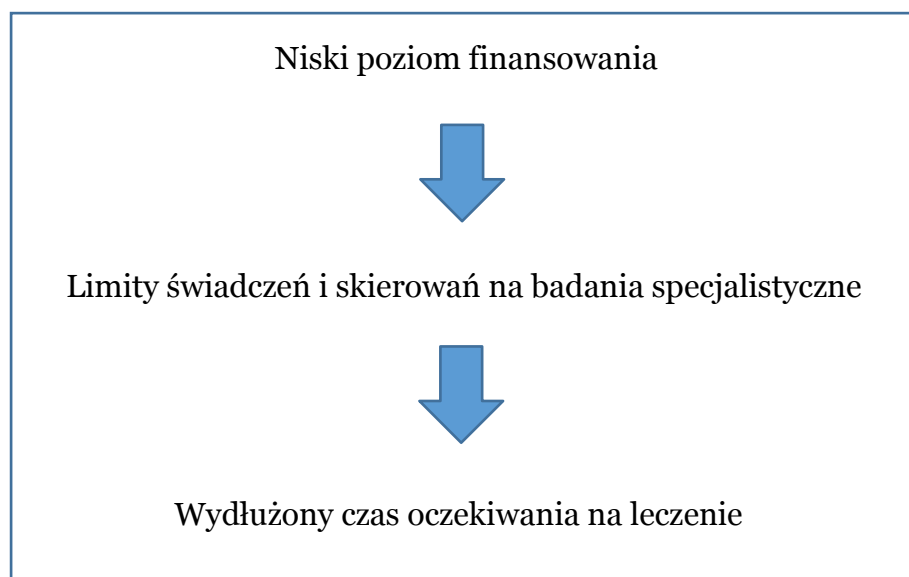
Tylko 33% osób po pierwszym badaniu skierowano do onkologa. Innymi przyczynami opóźnień było występowanie chorób współistniejących i stosowanie przez pacjentów niekonwencjonalnych metod leczenia. Thomson i wsp. [19] wykazali istotny związek pomiędzy nie tylko czynnikami klinicznymi/patologicznymi, ale także wykryciem raka w badaniach przesiewowych na lepsze przeżycie pacjentek chorych na raka piersi.

Wiadomym jest, że wykrycie choroby nowotworowej i rozpoczęcie leczenia we wczesnym stadium daje lepsze wyniki.

Jednym z ważnych czynników wpływających na gorsze wyniki leczenia w naszym kraju jest **niski poziom finansowania opieki medycznej** co skutkuje gorszym dostępem polskich pacjentów do skutecznych, innowacyjnych terapii, ograniczenia w postaci limitów świadczeń i skierowań na badania specjalistyczne, które wydłużają czas od podejrzenia nowotworu

do rozpoczęcia leczenia (Rycina 9.). Wydatki na leczenie nowotworów *per capita* stanowią w Polsce około 1/3 średniej unijnej (odpowiednio: 37 i 102 euro). Stosunek umieralności do zachorowalności wynosi w Polsce ponad 0.6 i należy obok Rumunii i Grecji do najwyższych w Unii Europejskiej. W krajach, w których na leczenie onkologiczne przeznaczona się więcej środków wskaźnik ten osiąga wartości zbliżone do 0.4 [3].

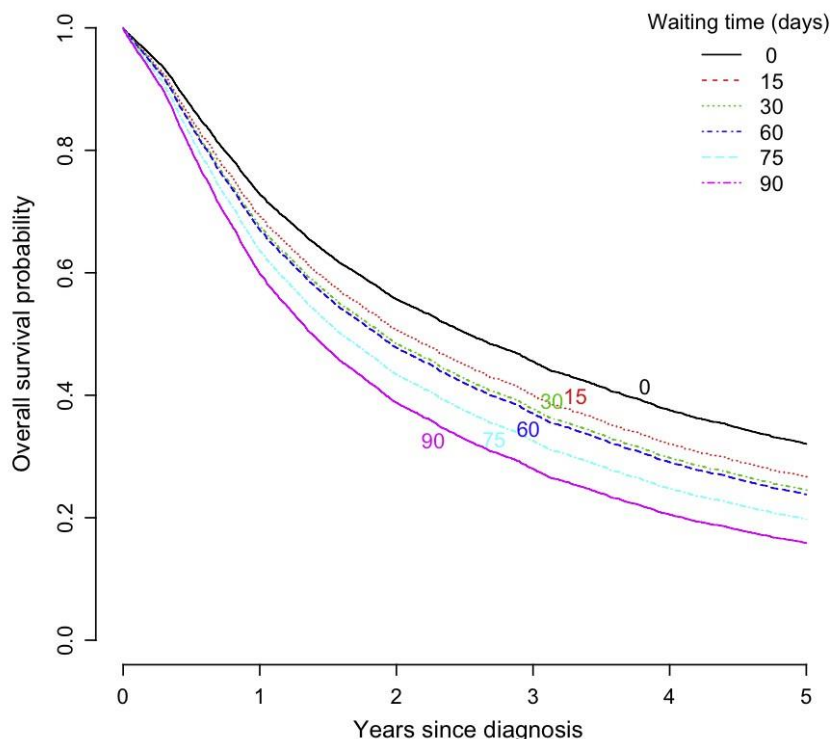
Rycina 9. Jedna z przyczyn gorszych wyników leczenia w Polsce.



Autorzy różnych prac próbują znaleźć związek pomiędzy wydłużeniem czasu oczekiwania pacjentów chorych na nowotwory na diagnostykę i leczenie a pogorszeniem wyników leczenia. Jednak jest to temat dość kontrowersyjny w świetle dowodów naukowych z uwagi na

niejednoznaczność opublikowanych wyników. Pomimo analiz wykazujących, że wydłużenie czasu oczekiwania pacjentów na leczenie onkologiczne ma znaczenie w kontekście wyleczenia choroby i przeżycia całkowitego, w niektórych publikacjach nie ma dowodów potwierdzających tę tezę, a wyniki analiz są często sprzeczne. Chen i wsp. [20] wykazali, że wydłużenie czasu oczekiwania na radioterapię o miesiąc w przypadku raków okolic głowy i szyi, zwiększa prawdopodobieństwo wystąpienia wznowy miejscowej o 19% i pogarsza przeżycie całkowite pacjentów, natomiast w przypadku raka piersi zwiększa ryzyko wystąpienia wznowy o 11%. Holenderskie badanie [21] również dowodzi, iż wydłużony czas oczekiwania na leczenie mierzony od momentu diagnozy histopatologicznej nowotworów okolic głowy i szyi stanowi istotny negatywny czynnik prognostyczny - 3-miesięczny czas oczekiwania na leczenie zmniejsza 5-letnie przeżycie całkowite pacjentów o 18% i powoduje znaczący wzrost ryzyka zgonu po 2 miesiącach od diagnozy (Rycina 10.). Metaanaliza [22] obejmująca ponad 100 tys. pacjentek potwierdziła występowanie związku pomiędzy dłuższym czasem oczekiwania na leczenie od pierwszych objawów i pogorszeniem przeżycia chorych na raka piersi, a dłuższy czas trwania objawów związany był z rozpoznawaniem choroby w bardziej zaawansowanym stadium. Pięcioletnie przeżycie pacjentek było niższe o około 5-7% w przypadku dłuższego czasu oczekiwania (<3 miesiące vs 3-6 miesięcy), wydaje się więc, że czas od pierwszych objawów do leczenia powinien być jak najkrótszy, i nie dłuższy niż 3 miesiące [22]. Większe nakłady finansowe na służbę zdrowia przekładają się na poprawę wyników diagnostyki i leczenia onkologicznego: zaobserwowane zależne od nakładów finansowych zwiększenie wykrywalności nowotworów złośliwych (szczególnie raka piersi) oraz zmniejszenie śmiertelności z powodu chorób nowotworowych [23].

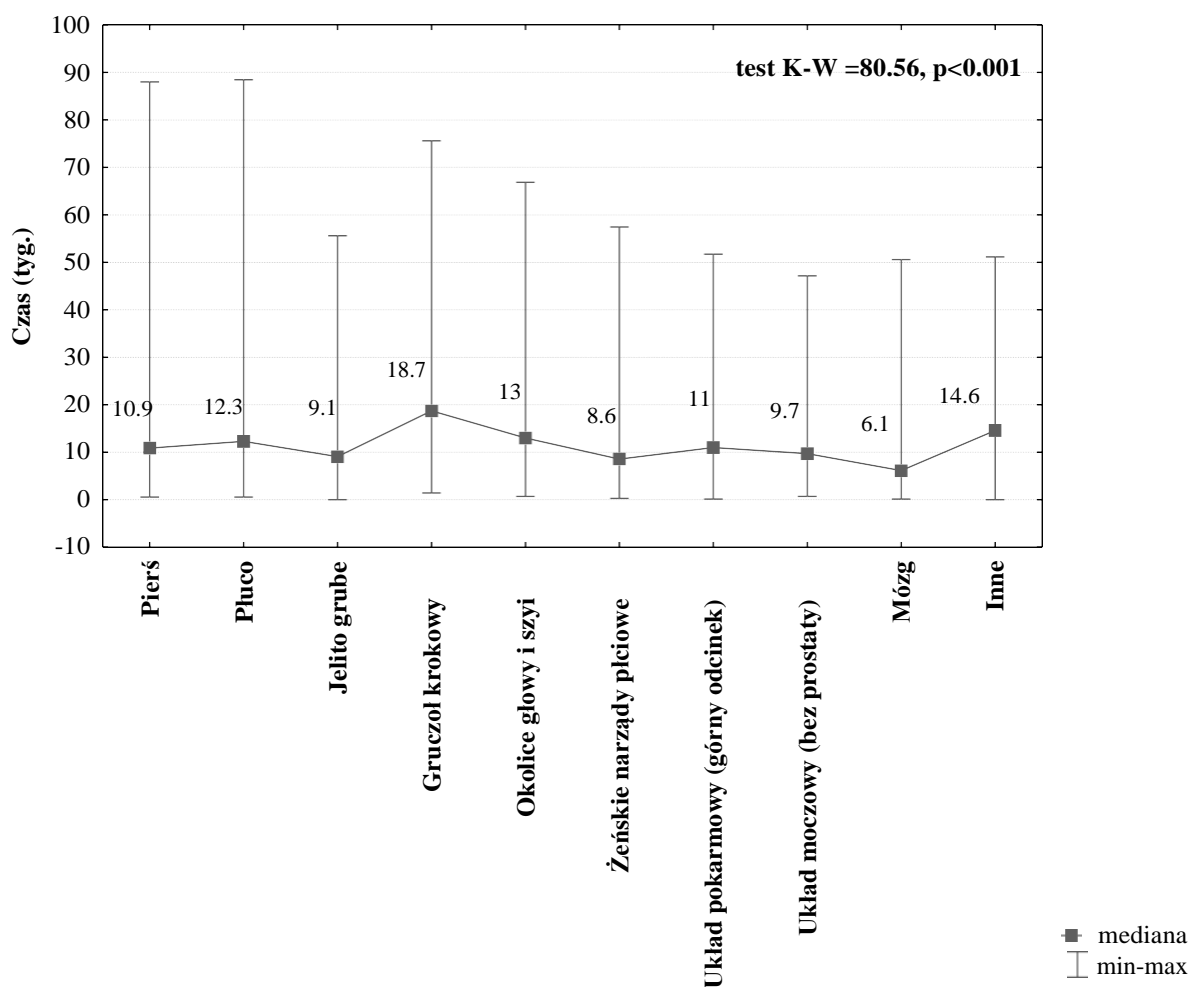
Rycina 10.



[van Harten i wsp. Oral Oncol, 2015]

Dane OECD z 2012 r. pochodzące z analizy sytuacji w państwach Europy wskazują, że w Polsce największy wpływ na ograniczenie dostępu do efektywnej opieki zdrowotnej stanowi znaczny czas oczekiwania na diagnozę i leczenie [24]. Dotychczas w Polsce nie prowadzono oceny realnego czasu oczekiwania pacjentów chorych na nowotwory na leczenie. Przede wszystkim zupełnie nie wiadomo ile czasu upływa od momentu zauważenia przez pacjenta lub lekarza pierwszego kontaktu niepokojących objawów do rozpoczęcia diagnostyki, a następnie leczenia. Przed wprowadzeniem Reformy Pakietu Onkologicznego przeprowadzono badanie na zlecenie Fundacji Onkologia 2025, które to pokazało, że czas oczekiwania na leczenie od podejrzenia choroby nowotworowej w Polsce jest zbyt długi - u większości pacjentów (60%) przekraczał 9 tygodni. Niniejsze badanie wykazało, że główną przyczyną wydłużenia czasu oczekiwania na diagnozę i leczenie był rodzaj nowotworu i czynniki związane z systemem, a nie z samym pacjentem [25-26]. Najdłuższy czas oczekiwania na leczenie od podejrzenia choroby, oprócz nowotworu gruczołu krokowego, odnotowano w przypadku raków okolic głowy i szyi oraz raka płuca, a najkrótszy czas w przypadku guzów mózgu (Rycina 11.). Najdłuższy czas trwania diagnostyki zaobserwowano w przypadku osób z rozpoznaniem raka gruczołu krokowego, raka górnego odcinka układu pokarmowego, raka piersi i raka płuca, a najkrótszy czas w przypadku kobiet chorych na nowotwory narządów płciowych [26]. Szczególnie w przypadku raków płuca, raków okolic głowy i szyi oraz raków górnego odcinka układu pokarmowego czas odgrywa istotną rolę w skuteczności terapii (w kontekście przeżycia całkowitego i wyleczalności) ze względu na agresywny przebieg tych nowotworów, dlatego długi czas oczekiwania na leczenie w przypadku tych rozpoznań jest bardzo niepokojący. Wyjściowa lokalizacja guza stanowiła czynnik, który miał największy wpływ na czas oczekiwania, co może wiązać się z różnym przebiegiem poszczególnych typów nowotworów złośliwych i różnym sposobem ich diagnozowania np. guzy mózgu stwierdzane są na podstawie badań obrazowych TK lub MR stosunkowo szybko, nawet w tym samym dniu, w którym wystąpiły pierwsze objawy choroby, w przeciwieństwie do raka gruczołu krokowego, którego przebieg jest długotrwały, objawy zazwyczaj niecharakterystyczne i niezbyt uciążliwe. Wyatt i wsp. [27] wykazali, że wydłużenie o 1-2 miesiące czasu oczekiwania na radioterapię od diagnozy w przypadku guzów o dużej dynamice (rak piersi) może mieć istotnie niekorzystny wpływ na wyniki leczenia, podczas gdy w przypadku nowotworów o słabej dynamice (rak gruczołu krokowego) nawet kilkumiesięczne opóźnienie nie wpływa istotnie na obniżenie kontroli miejscowej.

Rycina 11. Czas oczekiwania na leczenie od podejrzenia choroby w zależności od lokalizacji guza (praca doktorska).



Innym istotnym czynnikiem, który prawdopodobnie mógł stanowić przyczynę gorszych wyników w naszym kraju to **brak koordynacji systemu opieki onkologicznej** ze względu na ograniczone zasoby kadrowe, narzędzia, organizację, którymi dysponuje Ministerstwo Zdrowia oraz Narodowy Fundusz Zdrowia. W Polsce nie ma obowiązku, aby administracja systemu ochrony zdrowia ustalała wytyczne postępowania leczniczego w onkologii. W 2015 r. powstał raport Ministerstwa Zdrowia **Mapy potrzeb zdrowotnych w zakresie onkologii** [28] obejmujący m.in. prognozę zachorowalności, 5-letniej chorobowości i świadczeń. Brakuje narzędzi monitorowania jakości diagnostyki i leczenia chorób nowotworowych czy też badania populacyjnych efektów prowadzonych działań w ramach Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych. Administracja państwowa, Ministerstwo Zdrowia i NFZ nie dysponują niezbędnymi do planowania i monitorowania wprowadzanych przez siebie zmian w

systemie [3].

Reforma Pakietu Onkologicznego

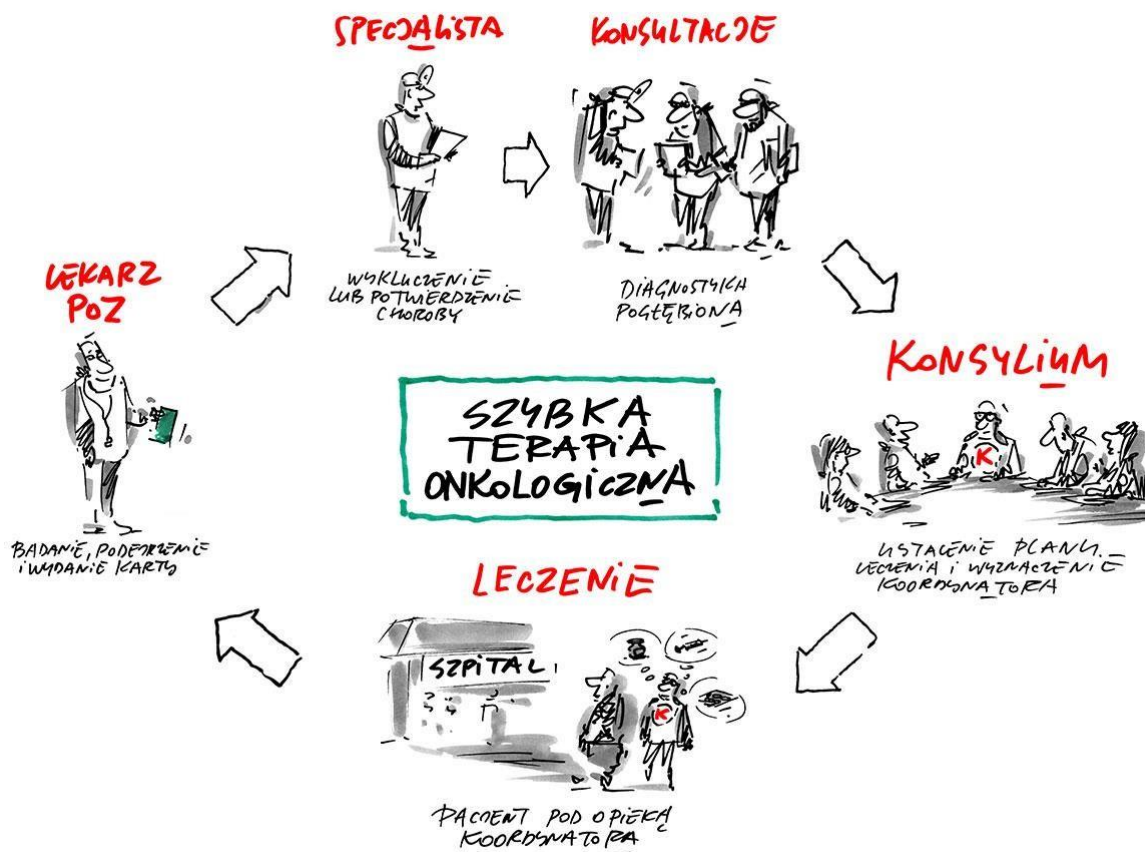
W wielu krajach (np. Anglia, Norwegia, Dania i Czechy) funkcjonują wytyczne i regulacje określające czas oczekiwania pacjentów na leczenie. W Anglii, ustawowo, maksymalny czas oczekiwania pacjenta na wizytę u lekarza specjalisty od wizyty u lekarza ogólnego to 14 dni, a od zdiagnozowania choroby nowotworowej do rozpoczęcia leczenia 31 dni. Maksymalny czas od wydania skierowania przez lekarza ogólnego podejrzewającego nowotwór do rozpoczęcia leczenia to 62 dni. Podobnie w Danii, pierwsza wizyta u specjalisty onkologa musi odbyć się w ciągu 2 tygodni od momentu wpłynięcia skierowania (skierowania do specjalisty dostarczane są drogą elektroniczną, pacjent wzywany jest na wizytę), a leczenie onkologiczne rozpocząć nie później niż w ciągu kolejnych 2 tygodni. Oczekiwanie na uzupełniającą chemioterapię lub radioterapię nie może trwać dłużej niż 4 tygodnie od daty wpłynięcia skierowania. Dla poszczególnych nowotworów opracowane są bardzo szczegółowe zalecenia, np. dla raka piersi od skierowania pacjentki do diagnostyki obrazowej do jej wykonania nie może upłynąć więcej niż 6 dni kalendarzowych, następne 8 dni przeznaczonych jest na dokończenie diagnostyki, włącznie z uzyskaniem wyniku histopatologicznego, a leczenie onkologiczne rozpoczyna się nie później niż po kolejnych 13 dniach (całkowity czas od podejrzenia raka piersi do rozpoczęcia jego leczenia to w Danii 27 dni). W Norwegii skierowanie powinno dotrzeć do specjalisty i być przez niego rozważone w ciągu 5 dni roboczych, a leczenie przynajmniej 80% pacjentów ma być rozpoczęte w ciągu 20 dni roboczych od wydania skierowania. W Czechach maksymalny czas oczekiwania na tomografię komputerową to 3 tygodnie, na rezonans magnetyczny 5 tygodni, a na mammografię 6 tygodni [29].



W Polsce do 1 stycznia 2015 r. nie było ustalonego ustawowo maksymalnego czasu oczekiwania na leczenie onkologiczne. Wprowadzona reforma szybkiej diagnostyki i leczenia onkologicznego zakłada określone przedziały czasowe, w których powinny się odbyć poszczególne etapy diagnostyki. Pakiet onkologiczny to potoczne określenie aktów prawnych wprowadzonych przez Ministerstwo Zdrowia w celu poprawy dostępności diagnostyki i leczenia nowotworów złośliwych oraz koordynowania procesu

diagnostyczno-terapeutycznego. Szybka terapia onkologiczna to rozwiązanie organizacyjne, które ma na celu sprawne i szybkie poprowadzenie pacjenta przez kolejne etapy diagnozy i leczenia (Rycina 12.).

Rycina 12.



Elementy systemu opieki zdrowotnej dla pacjentów onkologicznych:

- **karta Diagnostyki i Leczenia Onkologicznego (DiLO)**, która jest skierowaniem do lekarza specjalisty
- **7 tygodni** to czas, w którym od momentu zgłoszenia się do specjalisty pacjent musi mieć wykonane badania potrzebne do postawienia diagnozy
- **koordynator** jest to osoba, która organizuje leczenie pacjenta i jest jego przewodnikiem po kolejnych etapach leczenia
- **zniesienie limitów** dla realizatorów szybkiej terapii onkologicznej

Jak rozpocząć leczenie w ramach szybkiej terapii onkologicznej?

Pierwszym krokiem do diagnostyki i leczenia w ramach szybkiej terapii onkologicznej jest zgłoszenie się pacjenta do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (POZ), który przeprowadzi dokładny wywiad, oceni dolegliwości pacjenta i w razie potrzeby zleci wykonanie niezbędnych badań (lekarze rodzinni mogą zlecać więcej badań, m.in.: hematologicznych, biochemicznych i immunochemicznych z surowicy krwi, a także badań elektrokardiograficznych, ultrasonograficznych oraz spirometrię). Jeśli na tej podstawie stwierdzi podejrzenie nowotworu złośliwego, skieruje pacjenta do specjalisty właściwego ze względu na umiejscowienie nowotworu lub do onkologa. W tym celu lekarz POZ wystawi pacjentowi kartę diagnostyki i leczenia onkologicznego. **Od 1 lipca 2017 r.** kartę diagnostyki i leczenia onkologicznego może wydać – w przypadku podejrzenia nowotworu złośliwego – także lekarz specjalista w poradni ambulatoryjnej (AOS). Pacjent może otrzymać kartę także w szpitalu – jeśli w wyniku hospitalizacji (nawet niezwiązanej z chorobą nowotworową) zostanie u niego wykryty nowotwór złośliwy. W takim przypadku warunkiem wydania karty jest potwierdzenie diagnozy. Na tych samych zasadach kartę otrzyma pacjent hospitalizowany z powodu nowotworu. Karta może zostać również wydana pacjentowi, jeśli nowotwór złośliwy stwierdzono w ramach badań realizowanych w zakresie programów zdrowotnych. Za etapy diagnostyki: wstępnej i – w przypadku potwierdzenia nowotworu złośliwego – pogłębionej jest odpowiedzialny lekarz ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS).

Karta DiLO

Karta diagnostyki i leczenia onkologicznego jest nieodłączną częścią szybkiej terapii onkologicznej. Ma na celu ułatwienie pacjentowi z podejrzeniem nowotworu lub zdiagnozowaną chorobą poruszanie się w nowym systemie opieki medycznej – pełni rolę skierowania, które umożliwia rozpoczęcie leczenia w ramach szybkiej terapii onkologicznej. Karta jest własnością pacjenta. Dokumentuje cały proces diagnostyki i leczenia, aż do powrotu pacjenta do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej po zakończeniu leczenia. Świadczeniodawca ma obowiązek nieodpłatnie przekazać pacjentowi oryginał karty oraz przechowywać jej kopię. W karcie diagnostyki i leczenia onkologicznego znajdują się rubryki, które uzupełniają właściwi lekarze na poszczególnych etapach procesu diagnostyczno-terapeutycznego (Rycina 13.).

Rycina 13.

WZÓR – KARTA DIAGNOSTYKI I LECZENIA ONKOLOGICZNEGO

Załącznik 1. [WZÓR – KARTA DIAGNOSTYKI I LECZENIA ONKOLOGICZNEGO]

Załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 czerwca 2017 r. (poz. 1250)

 KARTA DIAGNOSTYKI I LECZENIA ONKOLOGICZNEGO Karta diagnostyki i leczenia onkologicznego jest drukowana na papierze w formacie A4, może być drukowana dwustronnie. Każda sekcja może być drukowana na odrębnej stronie.		
IDENTYFIKACJA KARTY DIAGNOSTYKI I LECZENIA ONKOLOGICZNEGO		
Unikalny numer identyfikacyjny <small>[nadawany automatycznie i powielany na każdej stronie]</small>	(unikalny numer identyfikacyjny w postaci kodu kreskowego powielany na każdej stronie)	
AA. WYDANIE KARTY DIAGNOSTYKI I LECZENIA ONKOLOGICZNEGO		
A1. Data sporządzenia	A2. Wydana w: <input type="radio"/> podstawowej opiece zdrowotnej <input type="radio"/> ambulatoryjnej opiece specjalistycznej <input type="radio"/> szpitalu <input type="radio"/> programach zdrowotnych	
A3. Data decyzji o założeniu karty		
AB. ŚWIADCZENIODAWCA WYDAJĄCY KARTĘ DIAGNOSTYKI I LECZENIA ONKOLOGICZNEGO		
A4. Nazwa świadczeniodawcy		
A5. Adres świadczeniodawcy		
AC. INFORMACJE O POSIADACZU KARTY DIAGNOSTYKI I LECZENIA ONKOLOGICZNEGO		
AC.1. DANE PACJENTA		
A6. Nazwisko	A7. Imię (imiona)	
A8. Numer PESEL albo rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość		
A9. Wystawiono noworodkowi <input type="checkbox"/>		
A10. Numer kolejny noworodka	A11. Data urodzenia	A12. Płeć
A13. Adres miejsca zamieszkania (ulica, numer domu i lokalu, kod pocztowy, miejscowość)		
A14. Numer telefonu		A15. Adres poczty elektronicznej
AC.2. DANE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO ALBO OPIEKUNA FAKTYCZNEGO		
A16. Nazwisko		A17. Imię (imiona)
A18. Adres miejsca zamieszkania (ulica, numer domu i lokalu, kod pocztowy, miejscowość)		
AD. POTWIERDZENIE OTRZYMANIA KARTY DIAGNOSTYKI I LECZENIA ONKOLOGICZNEGO		
A19. Data i podpis posiadacza karty diagnostyki i leczenia onkologicznego, przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego, a w przypadku noworodka – jednego z rodziców lub opiekuna prawnego		
BA. WYDANIE KARTY W RAMACH PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ/AMBULATORYJNEJ OPIEKI SPECJALISTYCZNEJ/ PROGRAMÓW ZDROWOTNYCH		
BA.1. PODEJRZENIE/ROZPOZNANIE CHOROBY NOWOTWOROWEJ		
B1. Kod jednostki chorobowej	B2. Nazwa jednostki chorobowej	
BB. DALSZE POSTĘPOWANIE		
B3. Dalsze postępowanie: <input type="radio"/> skierowanie na diagnostykę wstępną do poradni specjalistycznej w zakresie: _____ <input type="radio"/> skierowanie na diagnostykę pogłębianą do poradni specjalistycznej w zakresie: _____ <input type="radio"/> skierowanie na zabieg diagnostyczno-terapeutyczny w oddziale: _____ <input type="checkbox"/> skierowanie na diagnostykę wstępną przez lekarza udzielającego świadczeń szpitalnych do poradni specjalistycznej w zakresie: _____		
BC. ZAKOŃCZENIE ETAPU DIAGNOSTYKI PODSTAWOWEJ		
B4. Imię, nazwisko, numer prawa wykonywania zawodu i podpis lekarza, który wydał kartę	B5. Nazwa i adres świadczeniodawcy, u którego wydano kartę	
CA. DIAGNOSTYKA WSTĘPNA		
CA.1. INFORMACJA O PIERWSZEJ PORADZIE SPECJALISTYCZNEJ		
C1. Data wpisu na listę oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej	C2. Data pierwszej porady specjalistycznej związanej z diagnostyką wstępną	
CB. WYNIK DIAGNOSTYKI WSTĘPNEJ		
C3. Kod jednostki chorobowej	C4. Nazwa jednostki chorobowej	
C5. Data porady zakończonej rozpoznaniem		
CC. DALSZE POSTĘPOWANIE		
C6. Dalsze postępowanie: <input type="radio"/> skierowanie na diagnostykę pogłębianą w poradni specjalistycznej tej samej specjalności <input type="radio"/> skierowanie na diagnostykę pogłębianą w poradni specjalistycznej innej specjalności: _____ <input type="radio"/> skierowanie na zabieg diagnostyczno-terapeutyczny w oddziale: _____ <input type="radio"/> zamknięcie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego		
CD. ZAKOŃCZENIE ETAPU DIAGNOSTYKI WSTĘPNEJ		
C7. Imię, nazwisko, numer prawa wykonywania zawodu i podpis lekarza, który zakończył etap diagnostyki wstępnej	C8. Nazwa i adres świadczeniodawcy, u którego przeprowadzono diagnostykę wstępną	

DA. DIAGNOSTYKA POGŁĘBIONA	
DA.1. INFORMACJA O PIERWSZEJ PORADZIE SPECJALISTYCZNEJ	
D1. Data wpisu na listę oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej	D2. Data pierwszej porady specjalistycznej związanej z diagnostyką pogłębianą
DB. WYNIK DIAGNOSTYKI POGŁĘBIONEJ	
D3. Kod jednostki chorobowej	D4. Nazwa jednostki chorobowej
D5. Data porady kończącej etap diagnostyki pogłębianej	
DC. DALSZE POSTĘPOWANIE	
D6. Dalsze postępowanie: <input type="radio"/> ustalenie planu leczenia onkologicznego <input type="radio"/> zamknięcie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego	
DD. ZAKOŃCZENIE ETAPU DIAGNOSTYKI POGŁĘBIONEJ	
D7. Imię, nazwisko, numer prawa wykonywania zawodu i podpis lekarza, który zakończył etap diagnostyki pogłębianej	D8. Nazwa i adres świadczeniodawcy, u którego przeprowadzono diagnostykę pogłębianą
EA. WYDANIE KARTY W RAMACH LECZENIA SZPITALNEGO/WYNIK ZABIEGU DIAGNOSTYCZNO-LECZNICZEGO	
E1. Wydanie karty z powodu zmiany świadczeniodawcy <input type="radio"/> NIE <input type="radio"/> TAK	
E2. Data wpisu na listę oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej	E3. Data zabiegu diagnostyczno-lecniczego
EB. ROZPOZNANIE	
E4. Kod jednostki chorobowej	E5. Nazwa jednostki chorobowej
EC. DALSZE POSTĘPOWANIE	
E6. Dalsze postępowanie: <input type="radio"/> ustalenie planu leczenia onkologicznego <input type="radio"/> zamknięcie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego	
ED. POTWIERDZENIE WYSTAWIENIA KARTY DIAGNOSTYKI I LECZENIA ONKOLOGICZNEGO/POTWIERDZENIE WYNIKU ZABIEGU DIAGNOSTYCZNO-LECZNICZEGO	
E7. Imię, nazwisko, numer prawa wykonywania zawodu i podpis lekarza prowadzącego	E8. Nazwa i adres świadczeniodawcy, u którego postawiono rozpoznanie
FA. USTALENIE PLANU LECZENIA	
F1. Data wpisu na listę oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej	F2. Data posiedzenia wielodyscyplinarnego zespołu terapeutycznego/ustalenia planu leczenia
F3. Nazwa i adres świadczeniodawcy	
F4. Kod jednostki chorobowej	F5. Nazwa jednostki chorobowej
F6. Ocena jakości diagnostyki onkologicznej <input type="radio"/> pełna <input type="radio"/> niekompletna	
FB. DANE LEKARZY UCZESTNICZĄCYCH W USTALENIU PLANU LECZENIA	
F7. Imię, nazwisko, numer prawa wykonywania zawodu	
F8. Imię, nazwisko, numer prawa wykonywania zawodu	
F9. Imię, nazwisko, numer prawa wykonywania zawodu	
FC. KOORDYNATOR LECZENIA ONKOLOGICZNEGO	
F10. Nazwisko	F11. Imię
F12. Numer telefonu (służbowy)	F13. Adres poczty elektronicznej (służbowy)
FD. PLAN LECZENIA ONKOLOGICZNEGO	
F14. Plan leczenia onkologicznego	
FE. DALSZE POSTĘPOWANIE	
F15. Dalsze postępowanie: <input type="radio"/> posiadacz karty diagnostyki i leczenia onkologicznego wymaga leczenia onkologicznego <input type="radio"/> posiadacz karty diagnostyki i leczenia onkologicznego nie wymaga leczenia onkologicznego (zamknięcie karty)	
HA. PODSUMOWANIE LECZENIA	
H1. Data rozpoczęcia leczenia onkologicznego – realizacja planu	H2. Data zakończenia leczenia onkologicznego – zamknięcie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego
H3. Zalecenia	
H4. Zakończenie leczenia onkologicznego na wniosek pacjenta <input type="radio"/> NIE <input type="radio"/> TAK	H5. Imię, nazwisko, numer prawa wykonywania zawodu i podpis lekarza prowadzącego
HB. INFORMACJE O LEKARZU PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ	
H6. Nazwisko	H7. Imię (miana)
H8. Nazwa i adres miejsca udzielania świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej	

Objaśnienia:

Wydanie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego

- Karta diagnostyki i leczenia onkologicznego może zostać wydana przez:
 - lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, który stwierdził podejrzenie nowotworu złośliwego lub miejscowo złośliwego, zwanego dalej „nowotworem złośliwym”, lub stwierdził nowotwór złośliwy;
 - lekarza udzielającego ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych, który stwierdził podejrzenie nowotworu złośliwego lub stwierdził nowotwór złośliwy;
 - lekarza udzielającego świadczeń z zakresu programów zdrowotnych, który stwierdził nowotwór złośliwy;
 - lekarza udzielającego świadczeń szpitalnych, który stwierdził nowotwór złośliwy.
- Karta diagnostyki i leczenia onkologicznego może zostać ponownie wydana pacjentowi w przypadku nawrotu choroby wymagającego ponownego leczenia lub ustalenia rozpoznania drugiego nowotworu.
- Unikalny numer identyfikacyjny karty diagnostyki i leczenia onkologicznego, powielany na każdej stronie karty, jest nadawany automatycznie za pośrednictwem aplikacji udostępnionej przez Narodowy Fundusz Zdrowia.
- Wyniki badań lub ich kopie należy załączyć do dokumentacji papierowej karty diagnostyki i leczenia onkologicznego.
- Data sporządzenia w polu A1 nie może być późniejsza niż 3 dni od daty decyzji o założeniu karty w polu A3.
- W polu A8, w przypadku osób, które nie mają nadanego numeru PESEL, wpisuje się rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość.
- W przypadku noworodków w polu A8 należy wpisać numer PESEL jednego z rodziców lub opiekuna prawnego oraz zaznaczyć pole A9.
- Pole A10 należy wypełnić w przypadku ciąży mnogiej. Noworodkom należy przypisać dodatkowo cyfrę wskazującą na kolejność rodzenia się.
- W przypadku osób małoletnich, całkowicie ubezwłasnowolnionych lub niezdolnych do świadomego wyrażenia zgody w sekcji AC.2 należy podać dane przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2016 r. poz. 186, z późn. zm.).
- Wpisanie numeru telefonu w polu A14 oraz adresu poczty elektronicznej w polu A15 jest opcjonalne.
- W przypadku wydania karty diagnostyki i leczenia onkologicznego przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej lub lekarza udzielającego ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych w przypadku podejrzenia nowotworu złośliwego:
 - wypełniane są sekcje AA, AB, AC, BA, BB i BC;
 - w sekcji BA.1 należy podać kod jednostki chorobowej według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10, zwanej dalej „klasyfikacją ICD-10”, z zakresu D37-D44, D47.9, D48;
 - w sekcji BB w przypadku zaznaczenia opcji „skierowanie na diagnostykę wstępną do poradni specjalistycznej w zakresie:” należy wskazać jedną poradnię specjalistyczną właściwą dla umiejscowienia nowotworu;
 - w przypadku zaznaczenia opcji „skierowanie na zabieg diagnostyczno-lecniczy w oddziale:” w sekcji BB, kolejne wpisy w karcie diagnostyki i leczenia onkologicznego są dokonywane począwszy od sekcji EA;
 - posiadacz karty diagnostyki i leczenia onkologicznego kontynuuje proces diagnostyczno-lecniczy u wybranego przez siebie świadczeniodawcy.
- W przypadku wydania karty diagnostyki i leczenia onkologicznego przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej lub lekarza udzielającego ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych w przypadku stwierdzenia nowotworu złośliwego (np. na podstawie wyników badań przedstawionych przez pacjenta):
 - wypełniane są sekcje AA, AB, AC, BA, BB i BC;
 - w sekcji BA.1 należy podać kod jednostki chorobowej według klasyfikacji ICD-10 z zakresu: C00-C43, C45-C97, D00-D03, D05-D09, D11.0, D14.0 (nie obejmuje polipów zatoki przynosowej, ucha środkowego i jamy nosowej), D32, D33.0-D33.4, D35.2, D35.4, D45, D46, D47.0-D47.7, D75.2, D76.0;
 - w sekcji BB w przypadku zaznaczenia opcji „skierowanie na diagnostykę pogłębioną do poradni specjalistycznej w zakresie:” należy wskazać jedną poradnię specjalistyczną właściwą dla umiejscowienia nowotworu; kolejne wpisy w karcie diagnostyki i leczenia onkologicznego są dokonywane począwszy od sekcji DA;
 - w przypadku zaznaczenia opcji „skierowanie na zabieg diagnostyczno-lecniczy w oddziale:” w sekcji BB, kolejne wpisy w karcie diagnostyki i leczenia onkologicznego są dokonywane począwszy od sekcji EA;
 - posiadacz karty diagnostyki i leczenia onkologicznego kontynuuje proces diagnostyczno-lecniczy u wybranego przez siebie świadczeniodawcy.
- W przypadku wydania karty diagnostyki i leczenia onkologicznego przez lekarza udzielającego świadczeń z zakresu programów zdrowotnych:
 - wypełniane są sekcje AA, AB, AC, BA, BB i BC;
 - w sekcji BA.1 należy podać kod jednostki chorobowej według klasyfikacji ICD-10 z zakresu: C50, C53, C54, D05, D06;
 - w sekcji BB należy zaznaczyć opcję „skierowanie na diagnostykę pogłębioną do poradni specjalistycznej w zakresie:” oraz wskazać jedną poradnię specjalistyczną właściwą dla umiejscowienia nowotworu; kolejne wpisy w karcie diagnostyki i leczenia onkologicznego są dokonywane począwszy od sekcji DA;
 - posiadacz karty diagnostyki i leczenia onkologicznego kontynuuje proces diagnostyczno-lecniczy u wybranego przez siebie świadczeniodawcy.
- W przypadku wydania karty diagnostyki i leczenia onkologicznego przez lekarza udzielającego świadczeń szpitalnych:
 - wypełniane są sekcje AA, AB, AC, EA, EB, EC i ED;
 - w sekcji EA datę wpisu na listę oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej w polu E2 podaje się tylko w przypadku, jeżeli posiadacz karty diagnostyki i leczenia onkologicznego był wpisany na listę oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej;
 - w sekcji EB w polu E4 należy wpisać kod jednostki chorobowej według klasyfikacji ICD-10 z zakresu: C00-C43, C45-C97, D00-D03, D05-D09, D11.0, D14.0 (nie obejmuje polipów zatoki przynosowej, ucha środkowego i jamy nosowej), D32, D33.0-D33.4, D35.2, D35.4, D45, D46, D47.0-D47.7, D75.2, D76.0; kolejne wpisy w karcie diagnostyki i leczenia onkologicznego są dokonywane począwszy od sekcji FA.
- W sekcji BB w polu B3 zaznaczenie opcji „skierowanie na diagnostykę wstępną przez lekarza udzielającego świadczeń szpitalnych do poradni specjalistycznej w zakresie:” może zostać dokonane przez lekarza udzielającego świadczeń szpitalnych w przypadku pacjenta, któremu na etapie wydania karty jako dalsze postępowanie wskazano „skierowanie na zabieg diagnostyczno-lecniczy w oddziale:”, a lekarz udzielający świadczeń szpitalnych stwierdził konieczność wykonania diagnostyki wstępnej przed zabiegiem diagnostyczno-lecniczym. Wyboru opcji należy dokonać przez odrębne zaznaczenie opcji i potwierdzenie jej wyboru pieczęcią i podpisem lekarza udzielającego świadczeń szpitalnych.
- Karta diagnostyki i leczenia onkologicznego może zostać wydana przez lekarza udzielającego świadczeń szpitalnych w momencie przyjęcia do szpitala pacjenta, u którego stwierdzono nowotwór złośliwy. Jeżeli przyjęcie do szpitala nastąpiło na skutek zmiany świadczeniodawcy prowadzącego leczenie onkologiczne, wydanie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego może nastąpić tylko po zamknięciu poprzedniej karty przez świadczeniodawcę, który prowadził leczenie onkologiczne, a fakt wydania karty diagnostyki i leczenia onkologicznego z powodu zmiany świadczeniodawcy należy odnotować przez zaznaczenie opcji „TAK” w polu E1.
- Pacjent lub osoba, o której mowa w pkt 9, potwierdza otrzymanie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego przez złożenie podpisu w sekcji AD.

Diagnostyka wstępna

- Sekcje CA, CB, CC, CD wypełnia lekarz udzielający ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych.
- W sekcji CA.1 datę wpisu na listę oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej w polu C1 podaje się tylko w przypadku, jeżeli posiadacz karty diagnostyki i leczenia onkologicznego był wpisany na listę oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej.
- W sekcji CB w polu C3 jest możliwe wpisanie kodu jednostki chorobowej według klasyfikacji ICD-10 spoza zakresu C00-C43, C45-C97, D00-D03, D05-D09, D11.0, D14.0 (nie obejmuje polipów zatoki przynosowej, ucha środkowego i jamy nosowej), D32, D33.0-D33.4, D35.2, D35.4, D37-D48, D75.2, D76.0; w takiej sytuacji w sekcji CC w polu C6 należy zaznaczyć opcję „zamknięcie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego”.

4. W sekcji CC w przypadku zaznaczenia opcji „skierowanie na diagnostykę pogłębianą w poradni specjalistycznej innej specjalności” należy wskazać jedną poradnię, do której posiadacz karty diagnostyki i leczenia onkologicznego zostaje skierowany, w celu określenia innej wyjściowej lokalizacji nowotworu złośliwego.
5. Zaznaczenie opcji „skierowanie na zabieg diagnostyczno-leczniczy w oddziale:” w sekcji CC kończy etap diagnostyki wstępnej, a kolejne wpisy w karcie diagnostyki i leczenia onkologicznego są dokonywane począwszy od sekcji EA.

Diagnostyka pogłębianą

1. Sekcje DA, DB, DC, DD wypełnia lekarz udzielający ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych.
2. W sekcji DA.1 datę wpisu na listę oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej w polu D1 podaje się tylko w przypadku, jeżeli posiadacz karty diagnostyki i leczenia onkologicznego był wpisany na listę oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej.
3. W sekcji DB w polu D3 jest możliwe wpisanie kodu jednostki chorobowej według klasyfikacji ICD-10 spoza zakresu C00-C43, C45-C97, D00-D03, D05-D09, D11.0, D14.0 (nie obejmuje polipów zatoki przynosowej, ucha środkowego i jamy nosowej), D32, D33.0-D33.4, D35.2, D35.4, D45, D46, D47.0-D47.7, D75.2, D76.0; w takiej sytuacji w sekcji DC w polu D6 należy zaznaczyć opcję „zamknięcie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego”.

Zabieg diagnostyczno-leczniczy

1. Sekcje EA, EB, EC, ED wypełnia lekarz udzielający świadczeń szpitalnych.
2. W sekcji EA datę wpisu na listę oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej w polu E2 podaje się tylko w przypadku, jeżeli posiadacz karty diagnostyki i leczenia onkologicznego był wpisany na listę oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej.
3. W sekcji EB w polu E4 jest możliwe wpisanie kodu jednostki chorobowej według klasyfikacji ICD-10 spoza zakresu C00-C43, C45-C97, D00-D03, D05-D09, D11.0, D14.0 (nie obejmuje polipów zatoki przynosowej, ucha środkowego i jamy nosowej), D32, D33.0-D33.4, D35.2, D35.4, D45, D46, D47.0-D47.7, D75.2, D76.0; w takiej sytuacji w sekcji EC w polu E6 należy zaznaczyć opcję „zamknięcie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego”.

Ustalenie planu leczenia onkologicznego

1. Na etapie ustalenia planu leczenia onkologicznego są wypełniane sekcje FA, FB, FC, FD i FE.
2. W sekcji FA w polu F4 należy podać kod jednostki chorobowej według klasyfikacji ICD-10 z zakresu: C00-C43, C45-C97, D00-D03, D05-D09, D11.0, D14.0 (nie obejmuje polipów zatoki przynosowej, ucha środkowego i jamy nosowej), D32, D33.0-D33.4, D35.2, D35.4, D45, D46, D47.0-D47.7, D75.2, D76.0.
3. W sekcji FB w polach F7, F8, i F9 należy wpisać imię, nazwisko, numer prawa wykonywania zawodu lekarzy specjalizacji obowiązanych do udziału w wielodyscyplinarnym zespole terapeutycznym zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. z 2016 r. poz. 694, z późn. zm.), a w przypadku pacjentów małoletnich, u których potwierdzono nowotwór złośliwy z zakresu C81-C96, D45, D46, D47.0-D47.7, D75.2, D76.0 według klasyfikacji ICD-10 w polu F7 należy wpisać imię, nazwisko, numer prawa wykonywania zawodu lekarza ustalającego plan leczenia; pola F8 i F9 pozostają puste.
4. W sekcji FD w polu F14 należy wpisać plan leczenia onkologicznego, o którym mowa w § 4a ust. 1 pkt 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego.
5. W sekcji FC należy wskazać dane koordynatora leczenia onkologicznego, o którym mowa w art. 32a ust. 2a ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2016 r. poz. 1793, z późn. zm.).
6. W sekcji FD należy podać tylko pierwszy plan leczenia onkologicznego realizowanego na podstawie danej karty.

Podsumowanie leczenia

1. Sekcję HA wypełnia lekarz udzielający świadczeń szpitalnych.
2. W przypadku wyrażenia przez świadczeniobiorcę chęci zmiany świadczeniodawcy, o którym mowa w § 4a ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego, świadczeniodawca realizujący leczenie onkologiczne zamyka kartę diagnostyki i leczenia onkologicznego. Zamknięcie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego w tym trybie należy odnotować przez zaznaczenie opcji „TAK” w polu H4. Kolejna karta diagnostyki i leczenia onkologicznego związana z kontynuacją leczenia onkologicznego jest wydawana przez lekarza udzielającego świadczeń szpitalnych.
3. Sekcję HB wypełnia koordynator po zakończeniu leczenia onkologicznego w celu przesłania karty diagnostyki i leczenia onkologicznego po zakończeniu leczenia do lekarza, o którym mowa w art. 55 ust. 2a ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, wskazanym przez świadczeniobiorcę w deklaracji wyboru, o której mowa w art. 56 ust. 1 tej ustawy. W przypadku braku możliwości ustalenia imienia i nazwiska lekarza, pola H6 i H7 mogą pozostać niewypełnione.

7 TYGODNI

Jedną z najważniejszych zmian, które wprowadził pakiet onkologiczny, jest obowiązek przestrzegania przez świadczeniodawców terminów wyznaczonych na wykonanie diagnostyki onkologicznej. Jest to podstawa szybkiej terapii onkologicznej i ma związek ze zniesieniem limitów na diagnostykę i leczenie nowotworów złośliwych. **Od 1 lipca 2017 r.**, w przypadku podejrzenia choroby nowotworowej, kartę może wydać również lekarz specjalista.

Od momentu gdy pacjent zostanie wpisany na listę osób oczekujących na konsultację specjalisty, do postawienia diagnozy nie powinno minąć więcej niż 7 tygodni.

Terminy udzielania świadczeń pacjentom z podejrzeniem nowotworu w ramach pakietu onkologicznego

W czasie pierwszych **4 tygodni**:

- pacjent czeka na wizytę u lekarza specjalisty – **maksymalnie 2 tygodnie**
- pacjent wykonuje badania zlecone przez lekarza specjalistę w ramach diagnostyki wstępnej (na podstawie tych badań lekarz potwierdza lub wyklucza chorobę nowotworową u pacjenta) – **maksymalnie 2 tygodnie**.

W czasie kolejnych **2 tygodni**:

- pacjent wykonuje badania zlecone przez lekarza specjalistę w ramach diagnostyki pogłębionej. Na ich podstawie lekarz określa stopień zaawansowania choroby.

Aby szybka terapia onkologiczna uwzględniała potrzeby związane ze specyfiką choroby danego pacjenta, przewidziano jeden dodatkowy tydzień na rozpoczęcie diagnostyki pogłębionej. Jest to czas na organizację przejścia pacjenta z jednej placówki ochrony zdrowia do drugiej, jeśli okaże się, że diagnostyka tego wymaga.

KONSYLIUM - wielodyscyplinarny zespół specjalistów, który planuje i koordynuje proces leczenia pacjenta. Zbiera się ono maksymalnie w ciągu dwóch tygodni od zgłoszenia się pacjenta do szpitala (**w ciągu 14 dni od zapisania pacjenta ma listę oczekujących należy zarówno ustalić plan leczenia jak i rozpocząć leczenie onkologiczne**).

W przypadku, gdy postawienie rozpoznania onkologicznego jest możliwe wyłącznie w wyniku zabiegu, określenie planu leczenia i przeprowadzenie zabiegu diagnostyczno-terapeutycznego powinno nastąpić w terminie nie przekraczającym **4 tygodni od dnia zgłoszenia się pacjenta do szpitala (umieszczenia pacjenta na liście oczekujących na udzielenie świadczenia)**.

W składzie zespołu specjalistów muszą się znaleźć lekarze następujących specjalizacji:

w przypadku dzieci:

- onkologii i hematologii dziecięcej
- radioterapii lub radioterapii onkologicznej albo medycyny nuklearnej – w przypadku nowotworów leczonych z wykorzystaniem medycyny nuklearnej
- chirurgii dziecięcej albo w przypadku chirurgii szczękowo-twarzowej – chirurgii szczękowo-twarzowej lub chirurgii stomatologicznej, albo w przypadku otorynolaryngologii – otolaryngologii dziecięcej lub otorynolaryngologii dziecięcej, lub laryngologii, lub otolaryngologii, lub otorynolaryngologii

w przypadku dorosłych:

- onkologii klinicznej
- chirurgii onkologicznej albo ogólnej, albo w innej dziedzinie zabiegowej odpowiedniej dla danego rodzaju lub umiejscowienia nowotworu
- rentgenodiagnostyki lub radiologii, lub radiodiagnostyki, lub radiologii i diagnostyki obrazowej
- radioterapii lub radioterapii onkologicznej albo medycyny nuklearnej – w przypadku nowotworów leczonych z wykorzystaniem medycyny nuklearnej.

Natomiast w przypadku leczenia nowotworów układu krwiotwórczego lub układu chłonnego u dorosłych, w składzie zespołu musi się znaleźć co najmniej 2 lekarzy specjalistów, hematologii lub onkologii klinicznej, lub 1 specjalista hematologii i 1 specjalista onkologii klinicznej. W przypadku leczenia nowotworów układu krwiotwórczego lub układu chłonnego u dzieci, z powodu specyfiki choroby, organizacja konsylium nie jest wymagana. W konsylium mogą uczestniczyć także inne osoby, między innymi: pielęgniarka, psycholog albo inny pracownik medyczny. Konsylium jest niezbędne do rozpoczęcia leczenia. Zespół specjalistów konsultuje wyniki badań pacjenta i na tej podstawie kwalifikuje go do właściwego leczenia.

Zadania konsylium:

- kwalifikacja pacjenta do leczenia zabiegowego, chemioterapii lub radioterapii
- ustalenie planu leczenia
- ustalenie rodzajów terapii, które będą stosowane
- wybór koordynatora leczenia.

KOORDYNATOR - nadzoruje proces leczenia pacjenta onkologicznego. Wspiera pacjenta informacyjnie, administracyjnie i organizacyjnie i pomaga mu komunikować się z lekarzami. Jego głównym zadaniem jest zapewnienie przepływu informacji na wszystkich etapach terapii, tak aby leczenie było dostosowane do indywidualnych potrzeb pacjenta. Towarzyszy on pacjentowi aż do zakończenia leczenia. Następnie pacjent (wraz z dokumentacją i zaleceniami) przechodzi pod opiekę lekarza specjalisty. Jeśli jego stan zdrowia się nie pogorsza i potwierdzają to wyniki badań, pacjent – z programem opieki długofalowej – jest kierowany do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (POZ), który ponownie staje się jego lekarzem prowadzącym.

Zadania koordynatora:

- koordynuje plan leczenia pacjenta ustalony przez konsylium
- dba o to, aby dokumentacja związana z kartą diagnostyki i leczenia pacjenta była kompletna (m.in. aby zawierała potwierdzenia wykonania świadczeń i zakończenia danego etapu leczenia)
- udziela pacjentowi wszystkich niezbędnych informacji związanych z leczeniem onkologicznym [30].

DYREKTYWA TRANSGRANICZNA - weszła w życie 25 października 2013 roku i zakłada, że państwa Unii Europejskiej są zobowiązane do zwrotu ubezpieczonym chorym kosztów leczenia w innych krajach Wspólnoty. Unijna dyrektywa o transgranicznej opiece zdrowotnej jest korzystna przede wszystkim dla pacjentów, którzy długo czekają na świadczenie medyczne w swoim kraju. Na przykład w Polsce na zabieg usunięcia zaćmy czeka się 3-4 lata, tymczasem w Czechach tylko 3 tygodnie. Jednak nie wszystkie rodzaje usług medycznych będą refundowane, a o zwrot pieniędzy za leczenie za granicą mogą się ubiegać nieliczni.

Jak uzyskać zwrot kosztów leczenia w ramach dyrektywy transgranicznej?

- 1. Sprawdź, czy uzyskane planowe leczenie podlega zwrotowi, czyli czy znajduje się w tzw. koszyku świadczeń gwarantowanych.**

O zwrot kosztów planowanego leczenia w innym państwie UE może ubiegać się pacjent uprawniony do publicznych świadczeń zdrowotnych w Polsce. NFZ zwróci pieniądze tylko za takie leczenie, jakie refunduje w Polsce (jest to tzw. koszyk świadczeń gwarantowanych), i tylko tyle, ile płaci za nie polskim przychodniom i szpitalom. Z refundacji zagranicznego leczenia wyłączone są szczepienia ochronne, leczenie długoterminowe oraz przydział narządów do przeszczepów. Jeśli więc danego świadczenia nie ma na liście świadczeń refundowanych przez NFZ, pacjent nie może starać się o zwrot kosztów leczenia. Jeżeli świadczenie za granicą jest droższe, to NFZ płaci tylko do takiej kwoty, za którą opłaca się to świadczenie w Polsce (różnicę dopłaca pacjent). Z kolei jeśli dany zabieg jest tańszy niż w naszym kraju, NFZ zwróci pacjentowi dokładnie taką kwotę, jaką naprawdę zapłacił. To samo dotyczy leków na receptę. Pacjent nie otrzyma zwrotu kosztów leków, których nie ma na polskiej liście refundacyjnej. NFZ zwróci choremu pieniądze za leki przepisane na receptę przez zagranicznego lekarza tylko wtedy, gdy przedstawi poświadczoną notarialnie kopię całej dokumentacji medycznej z zagranicznej lecznicy. Jeśli będzie ona w języku innym niż angielskim, trzeba będzie także dołączyć tłumaczenie na polski. W związku z tym koszt

notariusza i tłumacza będzie większy niż kwota, o którą pacjent będzie się ubiegał z NFZ. Należy mieć świadomość, że jeżeli limit na dany rok zostanie przekroczony, NFZ będzie zawieszał wypłaty aż do kolejnego roku.

2. Upewnij się czy uzyskane leczenie planowe nie wymagało uprzedniej zgody NFZ.


Do zagranicznej kliniki należy udać się ze skierowaniem od lekarza, który leczy pacjentów w Polsce na podstawie umowy z NFZ. Dotyczy to wszystkich, którzy chcą się ubiegać o zwrot kosztów leczenia za granicą. W przypadku świadczenia, które będzie wykonywane dłużej niż jeden dzień, dodatkowo wymagana jest wcześniejsza zgoda dyrektora oddziału NFZ. Taka zgoda jest niezbędna np. wtedy, gdy pacjent zostaje w zagranicznym szpitalu na jedną noc. Gdy pacjent chce przeprowadzić drogie badanie diagnostyczne (badanie rezonansem magnetycznym, tomografem komputerowym, badanie genetycznych) albo poddać się specjalistycznemu zabiegowi (np. terapii hiperbarycznej), również będzie musiał otrzymać na to wcześniejszą zgodę od dyrektora wojewódzkiego oddziału funduszu.

3. Wypełnij wniosek (Rycina 14.).

Rycina 14.

Załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia
z dnia 4 listopada 2014 r. (poz. 1538)

WZÓR

 NARODOWY FUNDUSZ ZDROWIA ODDZIAŁ WOJEWÓDZKI	WNIOSEK O ZWROT KOSZTÓW ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ, BĘDĄCYCH ŚWIADCZENIAMI GWARANTOWANYMI, UDZIELONYCH NA TERYTORIUM INNEGO NIŻ RZECZPOSPOLITA POLSKA PAŃSTWA CZŁONKOWSKIEGO UNII EUROPEJSKIEJ - NA PODSTAWIE ART. 42b USTAWY O ŚWIADCZENIACH OPIEKI ZDROWOTNEJ FINANSOWANYCH ZE ŚRODKÓW PUBLICZNYCH
--	--

**UWAGA: NALEŻY WYPEŁNIĆ POLA CZYTELNIE PISMEM MASZYNOWYM
LUB ODRĘCZNIE DRUKOWANYMI LITERAMI.**

CZĘŚĆ 1 – WYPEŁNIANA PRZEZ ODDZIAŁ WOJEWÓDZKI NFZ

data wpływu wniosku, pieczęć właściwego oddziału wojewódzkiego NFZ i podpis osoby przyjmującej wniosek	Nr wniosku:
--	----------------------

CZĘŚĆ 2 – WYPEŁNIANA PRZEZ WNIOSKODAWCĘ

1. Dane osoby, której dotyczy wniosek											
1.1	Nazwisko					1.2	Imię (imiona)				
1.3	Data urodzenia (dd-mm-rrrr)					1.4	PESEL				
1.5	Adres miejsca zamieszkania:										
	Państwo			Miejscowość			Kod pocztowy				
Ulica					Nr domu			Nr lokalu			
1.6	Adres do korespondencji (uzupełnić w przypadku gdy jest inny niż adres miejsca zamieszkania):										
	Państwo			Miejscowość			Kod pocztowy				
Ulica					Nr domu			Nr lokalu			
1.7	Rodzaj dokumentu potwierdzającego tożsamość**			1.8	Seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość**			1.9	Numer telefonu*		
<input type="checkbox"/> Dowód osobisty <input type="checkbox"/> Paszport <input type="checkbox"/> Inny											
1.10	Adres poczty elektronicznej*										
2. Dane przedstawiciela ustawowego (jeżeli wniosek składa przedstawiciel)											
2.1	Nazwisko					2.2	Imię (imiona)				
2.3	Data urodzenia (dd-mm-rrrr)					2.4	PESEL				
2.5	Adres miejsca zamieszkania:										
	Państwo			Miejscowość			Kod pocztowy				
Ulica					Nr domu			Nr lokalu			
2.6	Adres do korespondencji (uzupełnić w przypadku gdy jest inny niż adres miejsca zamieszkania):										
	Państwo			Miejscowość			Kod pocztowy				
Ulica					Nr domu			Nr lokalu			
2.7	Rodzaj dokumentu potwierdzającego tożsamość**			2.8	Seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość**			2.9	Numer telefonu*		
<input type="checkbox"/> Dowód osobisty <input type="checkbox"/> Paszport <input type="checkbox"/> Inny											
2.10	Adres poczty elektronicznej*										

4. Przygotuj i przetłumacz wymagane do wniosku załączniki.

- a) oryginał rachunku zawierający w szczególności:
- dane wystawcy rachunku oraz datę jego wystawienia
 - dane świadczeniobiorcy, którego dotyczy wniosek o zwrot kosztów
 - dane niezbędne do zidentyfikowania świadczenia, którego dotyczy wniosek o zwrot kosztów, w szczególności informacje umożliwiające określenie kodów Międzynarodowej Klasyfikacji Procedur Medycznych ICD-9 oraz Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 albo dane, dotyczące wydanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobów medycznych – w przypadku braku tych danych na rachunku powinny być one zawarte w dołączonej do wniosku o zwrot kosztów dokumentacji.
- b) potwierdzenie pokrycia całości kosztów świadczenia w przypadku, gdy nie wynika to z załączonego rachunku
- c) oryginał lub kopię odpowiednio:
- skierowania lub zlecenia, o którym mowa w art. 42b ust. 3-5 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej (nie dotyczy świadczeń, na które świadczeniobiorca uzyskał uprzednią zgodę)
 - recepty, o której mowa w art. 42b ust. 10 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej
 - zlecenia, o którym mowa w art. 42b ust. 11 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej.
- d) w przypadku świadczeń z zakresu programów lekowych (o których mowa w art. 15 ust. 2 pkt 15 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej) do wniosku o zwrot kosztów dołącza się zaświadczenie świadczeniodawcy potwierdzające zakwalifikowanie do odpowiedniego programu lekowego (nie dotyczy świadczeń, na które świadczeniobiorca uzyskał uprzednią zgodę)
- e) w przypadku, gdy wniosek o zwrot kosztów dotyczy leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia lub wyrobu medycznego, zakupionego na podstawie recepty wystawionej w innym państwie UE (o którym mowa w art. 42b ust. 10 pkt 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej), do wniosku dołącza się również kopię

dokumentacji medycznej, z której wynika medyczna zasadność wystawienia recepty na lek, środek spożywczy specjalnego przeznaczenia lub wyrób medyczny, którego dotyczy ten wniosek

- f) w przypadku, gdy dokumenty załączone do wniosku (w tym m.in. rachunek) zostały sporządzone w języku obcym należy dołączyć tłumaczenie tych dokumentów na język polski. Tłumaczenie nie musi być sporządzone przez tłumacza przysięgłego.

5. Złóż wniosek wraz z załącznikami do oddziału NFZ właściwego ze względu na miejsce zamieszkania.

Pacjent musi złożyć w oddziale NFZ niezbędne dokumenty, na co ma aż 6 miesięcy. Podstawą jest wniosek o zwrot poniesionych kosztów leczenia w innym państwie członkowskim unii europejskiej lub europejskiego porozumienia o wolnym handlu oraz oświadczenie wnioskodawcy. Do tych dokumentów należy dołączyć przetłumaczoną na język polski dokumentację medyczną leczenia za granicą, oryginalny rachunek za wykonane za granicą świadczenie oraz dokument potwierdzający fakt zapłacenia rachunku przez pacjenta. Do składanych dokumentów należy również dołączyć dowód ubezpieczenia za okres, w którym udzielono świadczeń zdrowotnych za granicą.

WAŻNE! Wniosek należy złożyć w Oddziale Wojewódzkim NFZ właściwym ze względu na miejsce zamieszkania lub zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego. Na decyzję czeka się 30 dni od złożenia wniosku do NFZ [31, 32].

III Diagnostyka nowotworów

Im wcześniej rozpoznamy chorobę nowotworową i wdrożymy odpowiednią terapię, tym wyższe są szanse wyleczenia. Wczesne rozpoznanie pozwala na zastosowanie mniej agresywnego leczenia – operacji mniej okaleczających oraz uzasadnione odstępnie od terapii uzupełniającej (napromieniania i/lub chemioterapii) i w konsekwencji uniknięcie związanych z nią działań niepożądanych.

Profilaktyka nowotworów

1. Profilaktyka pierwotna (odpowiedni styl życia, zachowania prozdrowotne w celu zmniejszenia zachorowalności).
2. Profilaktyka wtórna (**wczesne wykrywanie** w celu zmniejszenia umieralności):
 - a) **Czułość onkologiczna** (znajomość i wyszukiwanie objawów chorób nowotworowych i natychmiastowa diagnostyka)

Niecharakterystyczne, ale zauważalne objawy:

Trudności w połykaniu

Uczucie pełności w nadbrzuszu, zgaga, odbijanie

Zaburzenia rytmu wypróżnień

Krew w stolcu / smoliste stolce

Krwiomocz

Kłopoty z oddawaniem moczu

Krwioplucie

Długotrwała chrypka (ponad 3 tygodnie)

Uporczywy kaszel

Nieprawidłowe krwawienie lub wydzielina z dróg rodnych

Objawy miejscowe

Przewlekłe osłabienie

Utrata masy ciała

Anemia

Utrzymująca się gorączka

Poty

Objawy ogólne

- b) **Badania przesiewowe** (zmniejszenie umieralności na nowotwory złośliwe). Dotyczą tej części populacji, w której występuje największe ryzyko zachorowania na konkretną chorobę nowotworową. Nie ustalają ostatecznego rozpoznania tylko pozwalają oddzielić pacjentów prawdopodobnie chorych od prawdopodobnie zdrowych, dlatego też konieczne jest podjęcie dalszych badań w celu potwierdzenia bądź wykluczenia choroby. Powinny być przeprowadzone u pacjentów, którzy nie mają objawów i dotyczyć nowotworów, dla których istnieją skuteczne metody leczenia.

Badania przesiewowe w Polsce:

Rak szyjki macicy – cytologia (25-59 r.ż.)

Rak piersi – mammografia (50-69 r.ż.)

Rak jelita grubego – kolonoskopia (50-65 r.ż.)

Proces diagnostyczny w przypadku chorób nowotworowych zwykle składa się z kilku elementów:

1. Badanie podmiotowe (wywiad)
2. Badanie przedmiotowe (badanie lekarskie)
3. Badania obrazowe (np. RTG, USG, TK, NMR)
4. Badania endoskopowe (np. bronchoskopia, gastroskopia)
5. Badania czynnościowe (np. PET, scyntygrafia)
6. Markery nowotworowe (PSA)
7. Badanie histopatologiczne.

Badanie podmiotowe

Ze względu na różnorodność chorób nowotworowych ich objawy mogą być bardzo odmienne. Podstawą każdego badania lekarskiego jest dobrze zebrany wywiad. Informacje o objawach, dotychczasowym przebiegu choroby oraz wywiad rodzinny są tutaj niezwykle istotne, dlatego nie należy zatajać informacji przed lekarzem. Dobrze zebrany wywiad pozwala na postawienie wstępnej diagnozy i wybór odpowiednich badań w celu jej weryfikacji. Ukierunkowanie dalszych działań często skraca czas do zdiagnozowania choroby i przyspiesza proces wdrożenia leczenia.

Badanie przedmiotowe

Lekarz oglądając całe ciało odnajduje podejrzane zmiany na skórze, znamiona, guzki, owrzodzenia. Badaniem palpacyjnym wykrywa zgrubienia, guzy, powiększone węzły chłonne. Dzięki badaniu poszczególnych układów może ocenić ich funkcje i nieprawidłowości w budowie.

Badania obrazowe

Pozwalają na wykrywanie zmian, określanie ich położenia i rozmiarów, ocenę kształtu, umożliwiają wykrycie przerzutów w odległych tkankach organizmu, ale nie są wystarczające do postawienia ostatecznego rozpoznania – w tym celu konieczna jest ocena mikroskopowa tkanki zmienionej chorobowo.

1. RTG

Podstawowym badaniem jest zdjęcie rentgenowskie (szczególnie w przypadku diagnostyki płuc, kości, piersi oraz przewodu pokarmowego). Radiolog może ocenić upowietrzenie płuc oraz odnaleźć guzki. Zmiany, które są położone obwodowo, blisko ściany klatki piersiowej można nakłuć i oddać do badani histopatologicznego. Podejrzenie procesów przebiegających głębiej jest wskazaniem do wykonania badań bardziej szczegółowych jak badanie tomografii komputerowej (TK). Zdjęcia rentgenowskie znajdują zastosowanie również przy badaniu przewodu pokarmowego, ale ustępują miejsca badaniom endoskopowym. Po wykrywaniu stanów ostrych na zdjęciu przeglądowym używa się badań z użyciem podwójnego kontrastu (barytu i powietrza, a właściwie dwutlenku węgla).

2. Mammografia

Jest odmianą zdjęcia rentgenowskiego i na niej opiera się badanie przesiewowe guzów piersi, jednak metoda ta ma wiele ograniczeń. Trwają prace nad nowymi sposobami wykrywania guzów oparte na promieniowaniu gamma.

3. USG

Ultrasonografia to metoda powszechnie dostępna i często używana w pierwszym etapie procesu diagnostycznego. Jest podstawą w diagnostyce nowotworów układu moczowo-płciowego, stanowi uzupełnienie mammografii w celu zróżnicowania wykrytych zmian, służy do oceny guzów w tkankach miękkich jak i oceny zmian, kontroli po resekcji. Odmianą jest EUS - ultrasonografia endoskopowa, która polega na wprowadzeniu sondy do jamy ciała i analizie otrzymanego obrazu np. w nowotworach przewodu pokarmowego.

4. Tomografia komputerowa

Stała się badaniem uniwersalnym i dostępnym. Jest metodą bardzo czułą i używa się jej do oceny nowotworów w prawie każdej lokalizacji. Istotą tego badania jest komputerowa analiza danych o pochłanianiu promieniowania przez różne typy tkanek. Pozwala na ocenę rozległości zmiany, szybkości wzrostu, wykrywanie przerzutów lub wznowy.

5. Tomografia rezonansu magnetycznego (MRI)

Jest to czuła metoda, pozwalająca na wykrywanie i monitorowanie zmian w ośrodkowym układzie nerwowym, tkankach miękkich (mięśaki) oraz jako uzupełnienie metod wcześniej wymienionych.

Badania endoskopowe

Endoskopia polega na wprowadzeniu do jam ciała urządzenia zakończonego kamerą lub innym układem optycznym. Pozwala na bezpośrednią ocenę makroskopową zmiany oraz pobranie materiału do badania histopatologicznego.

Badania czynnościowe

1. Scyntygrafia

Stanowi metodę specyficzną dla określonych grup nowotworów (jak kości czy tarczycy). Polega na wprowadzaniu do organizmu substancji znakowanych radioizotopami, a następnie na obserwacji ich metabolizmu i rozkładu w organizmie.

2. Pozytonowa tomografia emisyjna (PET)

Pozwala na uwidocznienie miejsc zwiększonego metabolizmu, przez co nadaje się do wykrywania przerzutów.

Markery nowotworowe

Substancje, których produkcja w nowotworze jest wyższa od poziomu produkcji w komórce prawidłowej. W przebiegu choroby pojawiają się w surowicy krwi specyficzne markery nowotworowe to znaczy charakterystyczne tylko dla jednej choroby (brak uniwersalnego markera) i ich stężenie może podnosić się w stanie innym niż choroba nowotworowa, bądź wzrost stężenia markera nie świadczy dokładnie o lokalizacji zmiany. Stąd badanie stężenia markerów nie jest zalecanym badaniem przesiewowym. Może natomiast służyć do kontrolowania przebiegu leczenia.

Markery nowotworowe:

CEA	jelito grube
Ca 19-9	trzustka
Ca 125	jajnik
PSA	prostata
AFP	wątroba, jądro
β HCG	łożysko, jądro

Badanie histopatologiczne

1. biopsja
 - a) cienkoigłowa
 - b) gruboigłowa
2. wycinek.

Badaniem rozstrzygającym i podstawowym elementem diagnostyki jest badanie patomorfologiczne, bez którego nie można poddawać pacjenta leczeniu onkologicznemu. Wyjątkiem jest specyficzny nowotwór wątroby HCC, przerzuty do mózgu, ucisk na rdzeń kręgowy przez guz, Zespół żyły głównej górnej, rak nerki i jądra. Patomorfolog ocenia pobrany materiał pod mikroskopem, i określa charakter zmian: rodzaj komórek – typ histologiczny, ich *grading* – stopień złośliwości, zaawansowanie, czy też bardziej specyficzne cechy jak obecność lub brak określonych receptorów i białek na błonach komórek nowotworowych.

Materiał może zostać pobrany w czasie biopsji albo badany jest cały guz wycięty podczas operacji (i inne usunięte tkanki jak np. węzły chłonne).

Podstawową informacją, którą dostarcza badanie histopatologiczne jest **typ nowotworu**, co pozwala na podjęcie odpowiedniego leczenia skierowanego dokładnie na ten rodzaj komórek nowotworowych. W niektórych przypadkach ma to ogromne znaczenie i zmienia leczenie oraz rokowanie. Na rycinie 15 przedstawiono klasyfikację histopatologiczną raka piersi.

Rycina 15.

Rak piersi

Tabela III. Uproszczona klasyfikacja histopatologiczna raków piersi
(wg Światowej Organizacji Zdrowia)

Raki przedinwazyjne	Raki inwazyjne (naciekające)
rak przewodowy rak zrazikowy	rak przewodowy rak zrazikowy rak rdzeniasty rak śluzotwórczy rak cewkowy inne rzadkie typy

Obraz mikroskopowy komórek guza pozwala w pewnym stopniu przewidzieć **stopień jego złośliwości** tak zwany *grading* (cecha G). Polega on na ocenie jak bardzo komórki odbiegają swoją budową od tkanki, z której się wywodzą. Nowotwory źle zróżnicowane (bardzo różniące się morfologicznie i niespełniające funkcji) często roją gorzej. Nowotwory zbudowane z komórek niezróżnicowanych, dzielących się, rosną szybciej, częściej dają przerzuty, są też bardziej wrażliwe na leczenie. Zróżnicowanie: G-1, G-2, G-3 (G-4).

Kolejnym ocenianym parametrem jest **stopień zaawansowania**. Najbardziej rozpowszechniony sposób oceny stopnia zaawansowania to klasyfikacja TNM (ale np. rak jelita grubego, rak szyjki macicy, nowotwory mózgu i rdzenia kręgowego oraz szpiku kostnego - inne systemy). Cechą charakterystyczną systemu TNM jest jego uniwersalność.

Skala TNM oparta jest na:

- a) ocenie wielkości guza (T - *tumor*)
- b) ocenie wielkości rozprzestrzenienia procesu w regionalnych węzłach chłonnych (N - *nodes*)

c) obecności lub nie przerzutów odległych (M - *metastases*)

Różne kombinacje cech T, N i M tworzą cztery stopnie zaawansowania (I - IV), gdzie stopień I oznacza najniższe, a stopień IV najwyższe stadium zaawansowania - rozsiany proces nowotworowy (Tabela III).

Cecha T

- Tx – guz pierwotny nie może zostać oceniony
- T₀ – nie stwierdza się guza pierwotnego (zmiana subkliniczna)
- T_{is} – rak in situ
- T_{1,2,3} – guz o rosnącym zaawansowaniu miejscowym.

Cecha N

- Nx – regionalne węzły chłonne nie mogą zostać ocenione
- N₀ – regionalne węzły chłonne wolne od przerzutów
- N_{1,2,3} – zajęcie węzłów chłonnych przez przerzuty nowotworowe (zajęte kolejne grupy węzłów).

W ocenie pN cyfra 1,2,3 oznacza zwykle liczbę zajętych węzłów chłonnych

Cecha M

- Mx – przerzuty nie mogą zostać ocenione
- M₀ – nie stwierdza się obecności przerzutów do narządów odległych
- M₁ – obecne przerzuty do narządów odległych.

Tabela III

Tabela V. Kliniczny podział stopni zaawansowania według klasyfikacji TNM z roku 2003

Stopień	Cecha T	Cecha N	cecha M
Stopień 0	Tis	N0	M0
Stopień I	T1*	N0	M0
Stopień IIA	T0	N1	M0
	T1*	N1	M0
Stopień IIB	T2	N0	M0
	T2	N1	M0
	T3	N0	M0
Stopień IIIB	T0	N2	M0
	T1*	N2	M0
	T2	N2	M0
	T3	N1	M0
Stopień IIIB	T3	N2	M0
	T4	N0	M0
	T4	N1	M0
	T4	N2	M0
Stopień IIIC	każde T	N3	M0
Stopień IV	każde T	każde N	M1

Badanie histopatologiczne jest najważniejszym i najpewniejszym badaniem w dzisiejszej onkologii, na którym opiera się większość schematów leczenia. Określenie stopnia zaawansowania choroby (zasięgu procesu) – ang. *staging* jest czynnikiem rokowniczym i bezpośrednio wpływa na wybór strategii leczenia (inaczej leczymy chorego z rakiem odbytnicy ograniczonym do błony śluzowej jelita, inaczej pacjenta z zaawansowanym miejscowo guzem i obecnością licznych przerzutów zlokalizowanych w wątrobie) [1, 2, 33, 34].

Ćwiczenia:

1. Badania przesiewowe mają na celu:

- a) zmniejszyć zachorowalność i zmniejszyć umieralność
- b) zmniejszyć zachorowalność i zwiększyć umieralność
- c) zwiększyć zachorowalność i zmniejszyć umieralność
- d) zwiększyć zachorowalność i zwiększyć umieralność.

2. Ostateczne rozpoznanie choroby nowotworowej jest na podstawie badania:

- a) obrazowego
- b) endoskopowego
- c) histopatologicznego
- d) czynnościowego.

3. Badanie PET należy do grupy badań:

- a) obrazowych
- b) czynnościowych
- c) histopatologicznych
- d) endoskopowych.

4. Badanie podmiotowe to:

- a) wywiad lekarski
- b) oglądanie, omacywanie, opukiwanie, osłuchiwanie
- c) badanie laboratoryjne
- d) badanie endoskopowe.

5. Markerem nowotworowym raka gruczołu krokowego jest:

- a) CEA
- b) AFP

c) Ca 125

d) PSA.

6. Badanie histopatologiczne pozwala określić:

a) typ nowotworu, stopień złośliwości

b) typ nowotworu, stopień zaawansowania

c) stopień zaawansowania, stopień złośliwości

d) typ nowotworu, stopień złośliwości, stopień zaawansowania.

7. Według klasyfikacji TNM do oceny stopnia zaawansowania cecha T oznacza:

a) wielkość guza

b) obecność przerzutów odległych

c) zajęcie węzłów chłonnych.

8. Określenie stopnia zaawansowania choroby jest czynnikiem rokowniczym i bezpośrednio wpływa na wybór strategii leczenia

a) tak

b) nie.

Literatura:

1. Kordek R., Jassem J., Jeziorski A., Kornafel J., Krzakowski M., Pawłęga J., *Onkologia*, Gdańsk, 2007, s. 1-34.
2. <http://onkologia.org.pl/>[online]
3. Kalbarczyk W.P., Gujski M., Brzozowski S., Tytko Z., Ścibek A., *Walka z nowotworami i opieka onkologiczna w Polsce wobec wyzwań demograficznych i epidemiologicznych – propozycje rozwiązań*, Instytut Ochrony Zdrowia, Warszawa, 2015, s. 14-41.
4. Wojtyniak B., Goryński P., Moskalewicz B., *Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania*, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, Warszawa, 2012, s. 55-59.
5. Didkowska J., Wojciechowska U., Zatoński W., *Nowotwory złośliwe w Polsce w 2011 roku*, Centrum Onkologii–Instytut im. M. Skłodowskiej–Curie, Warszawa, 2013.
6. Health at a Glance 2009: OECD Indicators. OECD 2009, nr 64, s. 20-21.
7. Gózdź S., Krzyżak M., Maślach D., Wróbel M., Bielska-Lasota M., *Trends of premature mortality in Świętokrzyskie Province (Poland), years 2002-2010*. „Rocznik Państwowego Zakładu Higieny”, 2013, nr 64, s. 205-210.
8. Gózdź S., Krzyżak M., Maślach D., Kołpak M., Wróbel M., Bielska-Lasota M., *Umieralność przedwczesna z powodu nowotworów złośliwych w Województwie Świętokrzyskim (Polska) w latach 1999-2010*, „Przegląd Epidemiologiczny”, 2013, nr 67, s. 575-579.
9. <http://onkologia.org.pl/k/epidemiologia/> [online]
10. <http://eco.iarc.fr/eucan/>[online]
11. <http://www.eurocare.it/>[online]
12. De Angelis R., Sant M., Coleman M.P., *Cancer survival in Europe 1999-2007 by country and age: results of EURO CARE--5-a population-based study*. “The Lancet Oncology”, 2014, nr 15, s. 23-34.
13. Kuszewski K., Lemanowicz K., Goryński P. i wsp., *Analiza postępowania diagnostyczno – terapeutycznego u chorych na wybrane nowotwory złośliwe w aspekcie systemu opieki zdrowotnej na przykładzie województw: opolskiego, lubelskiego i świętokrzyskiego 2008 – 2009.*, Warszawa, 2009.
14. Brzozowska A., Duma D., Mazurkiewicz T., Brzozowski W., Mazurkiewicz M., *Przyczyny opóźnień leczenia chorych na raka piersi wykrytego w trakcie samobadania u kobiet w województwie lubelskim*. „Ginekologia Polska” 2014, nr 85, s. 14-17.

15. Arndt V., Stürmer T., Stegmaier C., Ziegler H., Dhom G., Brenner H., *Patient delay and stage of diagnosis among breast cancer patients in Germany – a population based study*. “Br J Cancer”, 2002; nr 86, s. 1034-1040.
16. Sawicki M., Szczyrek M., Krawczyk P., Rybojad P., Jabłonka A., Milanowski J., *Reasons for delay in diagnosis and treatment of lung cancer among patients in Lublin Voivodeship who were consulted in Thoracic Surgery Department.*,” Ann Agric Environ Med”, 2013, nr 20, s. 72-76.
17. Tromp DM., Brouha XD., Hordijk G.J., Winnubst J.A., de Leeuw J.R., *Patient factors associated with delay in primary care among patients with head and neck carcinoma: a case-series analysis.*, “Fam Pract”, 2005, nr 22, s. 554-559.
18. Pawlicki M., Michalczyk A., *Badania przyczyn opóźnień leczenia chorych na nowotwory złośliwe.* „Współczesna Onkologia”, 2005, nr 9, s. 191-195.
19. Thomson C.S., Brewster D.H., Dewar J.A., Twelves C.J., *Scottish Cancer Therapy Network. Improvements in survival for women with breast cancer in Scotland between 1987 and 1993: impact of earlier diagnosis and changes in treatment.* “Eur J Cancer”, 2004, nr 40, s.743-753.
20. Chen Z., King W., Pearcey R., Kerba M., Mackillop W.J., *The relationship between waiting time for radiotherapy and clinical outcomes: a systematic review of the literature.* “Radiother Oncol”, 2008, nr 87, s. 3-16.
21. van Harten M.C., Hoebbers F.J.P., Kross K.W., van Werkhoven E.D., van den Brekel M.W.M., van Dijk B.A.C., *Determinants of treatment waiting times for head and neck cancer in the Netherlands and their relation to survival.* “Oral Oncol”, 2015, nr 51, s. 272-278.
22. Richards M.A., Westcombe A.M., Love S.B., Littlejohns P., Ramirez A.J. *Influence of delay on survival in patients with breast cancer: a systematic review.* “Lancet”, 1999, nr 353, s. 1119-1126.
23. Ades F., Senterre C., de Azambuja E. *et al.*, *Discrepancies in cancer incidence and mortality and its relationship to health expenditure in the 27 European Union member states.* “Ann Oncol”, 2013, nr 24, s. 2897-2902.
24. “Przeglądy gospodarcze OECD Polska”, 2012, nr. 65-68.
25. <http://onkologia2025.pl/> [online]
26. Osowiecka K., *Analiza czasu oczekiwania pacjentów na diagnozę i leczenie chorób nowotworowych w Polsce*, (praca doktorska).
27. Wyatt R.M., Beddoe A.H., Dale R.G. *The effects of delays in radiotherapy treatment on tumour control.* “Phys Med Biol”, 2003, nr 48, s. 139-155.

28. <http://www.mpz.mz.gov.pl/mapy-potrzeb-zdrowotnych-w-zakresie-onkologii/> [online]
29. *Systemy opieki onkologicznej w wybranych krajach*. Raport opracowany przez EY na zlecenie Fundacji „Onkologia 2025”, Warszawa, 2014.
30. <http://pakietonkologiczny.gov.pl/> [online]
31. <http://www.nfz.gov.pl/dla-pacjenta/zalatw-sprawe-krok-po-kroku/jak-uzyskac-zwrot-kosztow-leczenia-w-ramach-dyrektywy-transgranicznej/> [online]
32. http://www.poradnikzdrowie.pl/aktualnosci/archiwum/dyrektywa-transgraniczna-a-nfz-czy-mozemy-starac-sie-o-zwrot-kosztow-l_42125.html [online]
33. <http://www.e-onkologia.am.wroc.pl/wyklady.php> [online]
34. Krzakowski M., *Zalecenia postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w nowotworach złośliwych*, 2013.

IV Główne procedury medyczne w onkologii

Nowotwór jest zbiorem komórek, które nie podlegają właściwym dla organizmu mechanizmom regulacyjnym; osiągnąwszy „nieśmiertelność”, dzielą się w sposób pozbawiony kontroli, rozrastają się w formie guza i dają przerzuty odległe w innych tankach i narządach. Leczenie nowotworu polega na usunięciu lub niszczeniu komórek nowotworowych. Niestety czasami nowotwór jest tak zaawansowany, że nie jest możliwa całkowita eliminacja komórek nowotworowych, wobec czego leczenie onkologiczne dzieli się na:

1. **Leczenie radykalne**, którego celem jest wyleczenie chorego. W tym przypadku stosuje się leczenie operacyjne, maksymalne tolerowane dawki radioterapii i /lub chemioterapii, a najczęściej leczenie skojarzone. Leczenie to jest zazwyczaj długotrwałe, uciążliwe i obarczone licznymi powikłaniami.
2. **Leczenie paliatywne**, którego celem jest zahamowanie rozwoju procesu nowotworowego, wydłużenie życia lub czasu do progresji choroby oraz poprawa jakości życia, np. zmniejszenie bólu, duszności. Leczenie to stosuje się wtedy, gdy szanse na wyleczenie choroby są minimalne, wobec tego powinno być jak najmniej uciążliwe dla chorego.

Leczenie nowotworów obejmuje:

1. Leczenie miejscowe:
 - leczenie operacyjne
 - radioterapia.
2. Leczenie systemowe:
 - chemioterapia
 - hormonoterapia
 - leczenie celowane
 - immunoterapii

Wybór leczenia i sposób kojarzenia poszczególnych metod zależy od lokalizacji i rodzaju nowotworu, jego stopnia zaawansowania, czynników prognostycznych i czynników związanych z pacjentem, np. obecności chorób współistniejących.

Metody i kolejność ich stosowania w indywidualnym przypadku są określone przez tzw. standardy postępowania onkologicznego, które są formułowane na podstawie

wyników badań klinicznych i metaanaliz.

W terapii większości guzów litych, w niskich stopniach zaawansowania postępowaniem z wyboru jest zabieg chirurgiczny. Stosowanie uzupełniających metod terapeutycznych – przed i/lub po zabiegu - zależy przede wszystkim od analizy czynników rokowniczych. Tylko bardzo nieliczne nowotwory można wyleczyć samym napromienianiem lub chemioterapią.

LECZENIE OPERACYJNE

1. Radykalne usunięcie guza, fragmentu lub całego narządu.
2. Usunięcie okolicznych węzłów chłonnych lub wykorzystanie tzw. metody węzła chłonnego wartowniczego.
3. Usunięcie przerzutów.
4. Inne operacje paliatywne.

RADIOTERAPIA

Okolo 60-70% wszystkich chorych na nowotwór jest leczonych radioterapią z założeniem:

1. Radykalnym – celem jest uzyskanie wyleczenia wobec czego akceptuje się możliwość wystąpienia powikłań, leczenie jest długie (3-8 tygodni), a dawka promieniowania wysoka (40-80Gy podanych w 20-40 frakcjach).
2. Paliatywnym – celem jest zmniejszenie dolegliwości. Wobec takiego założenia leczenie powinno być krótkie i przynoszące minimalne powikłania.

Radioterapia wykorzystuje:

1. Promieniowanie elektromagnetyczne:
 - promieniowanie X
 - promieniowanie γ .
2. Promieniowanie korpuskularne:
 - promieniowanie β - elektrony
 - neutrony, protony.

Nie wszystkie komórki są tak samo wrażliwe na napromienianie.

Promieniowrażliwość komórki zależy od:

- jednorodności populacji komórek
- zdolności do naprawy uszkodzeń popromiennych

- fazy cyklu komórkowego
- stopnia utleniania komórki
- stopnia uwodnienia komórki.

Promieniowrażliwość nie jest jednoznaczna z promieniowyleczalnością, która zależy od:

- promieniowrażliwości nowotworu
- wielkości nowotworu
- obecności narządów krytycznych w sąsiedztwie nowotworu
- współistniejących schorzeń
- stosowanych jednocześnie systemowych metod leczenia przeciwnowotworowego.

Zależnie od sposobu deponowania promieniowana radioterapię dzielimy na:

1. **Teleterapię** – „leczenie z odległości” (pacjent leży na stole terapeutycznym, promieniowanie emitowane jest z aparatu – obecnie przyspieszacza liniowego umieszczonego w pewnej odległości od pacjenta).
2. **Brachyterapię** - “leczenie z bliska” (materiał radioaktywny umieszcza się w tkance guza lub w jej bezpośrednim pobliżu).

Teleterapia

Radioterapia radykalna może być stosowana:

1. Samodzielnie jako jedyne leczenie (np. nisko zaawansowany rak krtani, rak gruczołu krokowego), ponieważ może powodować :
 - mniej powikłań niż po leczeniu chirurgicznym
 - lepsze zachowanie narządów i ich funkcji.
2. Przed operacją (np. rak odbytnicy), ponieważ :
 - usuwa subkliniczne ogniska raka
 - niszczy potencjalne przerzuty w węzłach chłonnych
 - zwiększa szansę radykalnej operacji.
3. Po operacji (np. rak piersi), ponieważ :
 - usuwa rezydualne subkliniczne ogniska raka
 - może stanowić uzupełnienie po operacji mikroskopowo nieradykalnej
 - niszczy potencjalne przerzuty w węzłach chłonnych.

Dla zwiększenia efektu stosuje się często radio-chemioterapię:

- równoczesną
- sekwencyjną
- naprzemienną.

Radioterapia paliatywna stosowana jest w leczeniu:

1. Zaawansowanych guzów pierwotnych nie nadających się do zlecenia radykalnego, np.:
 - rak płuca – zespół żyły głównej górnej
 - rak pęcherza moczowego – krwawienie
 - rak odbytnicy – ból.
2. Nieoperacyjnych przerzutów, np. do:
 - mózgu
 - kości
 - tkanek miękkich.
3. Objawów wynikających z rozwoju nowotworu, np.:
 - krwawienia
 - bólu
 - zaburzeń neurologicznych
 - duszności.

Brachyterapia

1. Śródtkankowa.
2. Śródjamowa.
3. Powierzchniowa/kontaktowa.

LECZENIE SYSTEMOWE

Celem systemowego (ogólnoustrojowego) stosowania leków przeciwnowotworowych jest zniszczenie lub przynajmniej zahamowanie wzrostu wszystkich ognisk nowotworu w organizmie.

Leczenie systemowe to:

1. Chemioterapia klasyczna - leki toksyczne (cytotoksyczne) dla komórek.
2. Leczenie hormonalne - leki działające poprzez zahamowanie lub wzmocnienie

działania określonych hormonów.

3. Leczenie celowane - leki ukierunkowane molekularnie.
4. Immunoterapia - leki stymulujące układ immunologiczny.

Chemioterapia klasyczna

Chemioterapia klasyczna wykorzystuje tzw. cytostatyki, które podaje się zazwyczaj w schematach wielolekowych, w równych odstępach czasu (np. co 21 dni) i co kilka (2-3) kursów ocenia się wyniki leczenia.

Podstawowym mechanizmem działania leków cytotoksycznych jest:

- zahamowanie podziałów komórkowych przez uszkodzenie nici DNA
- upośledzenie syntezy kwasów nukleinowych potrzebnych do budowy nici DNA
- zahamowanie prawidłowego podziału komórkowego.

Leki te stosuje się jako:

- infuzje dożylnie – podawanie cytostatyków do żył obwodowych bądź centralnych po założeniu cewników typu Port, większość leków jest podawana tą drogą
- dotętniczo - np. podawanie leków do tętnicy wątrobowej w przypadku przerzutów do wątroby
- leczenie dokanałowe – przy zajęciu opon mózgowo-rdzeniowych
- leczenie dojamowe – do jamy opłucnowej, jamy otrzewnowej
- leczenie doustne - najlepiej akceptowana przez pacjentów, niestety tylko nieliczne leki mają postać doustną.

Skuteczność chemioterapii jest ograniczona przez toksyczność leków i zjawisko lekooporności. Wyleczalność nowotworu przy pomocy chemioterapii zależy przede wszystkim od wielkości guza, frakcji przeżywającej (od dawki leku i chemiowrażliwości) oraz ilości kursów leczenia, które można bezpiecznie podać.

Rodzaje chemioterapii:

- chemioterapia jako wyłączone radykalne leczenie
- chemioterapia jako leczenie uzupełniające inne metody leczenia onkologicznego
- chemioterapia poprzedzająca inne formy leczenia onkologicznego

- chemioterapia stosowana jednocześnie z innymi formami leczenia
- chemioterapia paliatywna.

Leczenie hormonalne

Wzrost niektórych nowotworów jest uzależniony od obecności hormonów. Leczenie hamujące bądź stymulujące działanie określonych hormonów może wywołać efekt przeciwnowotworowy.

Hormonoterapia stosowana jest jako leczenie:

- uzupełniające inne metody leczenia
- indukcyjne przed operacją lub radioterapią
- paliatywne.

Wykorzystywana jest w leczeniu:

- rak piersi
- rak trzonu macicy
- rak gruczołu krokowego.

Leczenie celowane

Leczenie ukierunkowane molekularnie to działanie skierowane na regulację zaburzeń leżących u podstaw karcynogenezy, czyli selektywne niszczące komórki nowotworowe. Polega na hamowaniu określonych szlaków molekularnych.

W leczeniu celowanym stosowne są:

1. Przeciwciała monoklonalne - cząsteczki wiążące się specyficznym białkiem i prowadzące zazwyczaj do jego zniszczenia:
 - wolne (nieskoniugowane)
 - sprzęgnięte z toksynami
 - połączone z izotopami promieniotwórczymi.
2. Drobne cząsteczki - inhibitory kinaz tyrozynowych, czyli substancje hamujące przebieg istotnych reakcji biochemicznych w komórce.
3. Terapie antyangiogenne:
 - klasyczne leki przeciwnowotworowe:
 - Tamoxifen
 - Talidomid
 - nowe inhibitory angiogenezy:
 - preparaty wiążące ligandy dla VEGFR
 - preparaty blokujące receptor VEGF

Immunoterapia

Ucieczka komórek nowotworowych spod nadzoru immunologicznego stanowi jeden z najważniejszych mechanizmów umożliwiających rozwój i progresję nowotworów.

Istnieją tzw. punkty kontroli odpowiedzi immunologicznej:

1. Antygenowo swoiste limfocyty T w obrębie węzłów chłonnych (CTLA-4), np. Ipilimumab - blokuje cząsteczki CTLA-4 na powierzchni limfocytów T, co umożliwia reaktywację swoistej odpowiedzi immunologicznej.
2. Interakcja PD1-PD-L1 uniemożliwiająca efektywną eliminację komórek nowotworowych w mikrośrodowisku guza, np. przeciwciała anti-PD-L1 lub anti-PD-1 - hamują indukowaną przez komórki nowotworowe apoptozę swoistych, aktywnych limfocytów T cytotoksycznych.

POWIKŁANIA LECZENIA ONKOLOGICZNEGO

Mogą mieć charakter odczynu miejscowego (np. popromienne odczyny skórne) lub powikłań ogólnoustrojowych (np. zespół zmęczenia).

Powikłania leczenia onkologicznego dzieli się na:

1. Bezpośrednie - minuty lub dni po leczeniu (np. nudności i wymioty).
2. Wczesne - dni lub tygodnie po leczeniu (np. ostry odczyn popromienny).
3. Późne - miesiące po leczeniu (np. zwłóknienia po radioterapii).
4. Odległe - miesiące lub lata po leczeniu (np. bezpłodność, wtórne nowotwory)

V Onkologia w kontekście medycyny integralnej

Medycyna umysł-ciało

Jest powszechnie wiadome i zbadane, że stres psychologiczny, socjalny i fizyczny oraz siła i czas oddziaływania poszczególnych stresorów, odgrywają jedną z kluczowych ról w powstawaniu patologii. Utrzymanie odpowiedniej równowagi dotyczącej stresu jest krytyczne dla zdrowia i prawidłowego funkcjonowania w pracy i życiu poza zawodowym oraz dla przebiegu choroby i procesu zdrowienia. Wszelkie techniki umysł-ciało są tu niezwykle pomocne.

Praktyki umysł-ciało mają bardzo bogatą historię i były przez wieki, w różnych formach, integralną częścią praktyk relaksacyjnych i medycznych. Do około 300 lat temu, medycyna i filozofia traktowały ciało i umysł jako integralną całość.

Konsekwencją kartezjańskiego modelu dualizmu umysłu i ciała, z XVII wieku, był następowy rozwój podejścia redukcjonistycznego. Teoria separacji umysłu od ciała stopniowo stawała się dominująca i nawet teraz, mimo naukowych dowodów i badań, znacząco wpływa na aktualny model biomedyczny.

Terapie umysł-ciało katalizują proces zdrowienia, pomagają redukowaniu stresu i w osiągnięciu relaksacji, w sposób bezpieczny i efektywny kosztowo. Innym benefitem terapii umysł-ciało jest budowanie poczucia samo-skuteczności i kontroli, które są niezwykle ważne nie tylko w utrzymaniu zdrowia, ale również w relacji z samym sobą i środowiskiem.

Działanie terapii umysł -ciało

Terapie umysł-ciało wyzwalają w organizmie **odpowiedź relaksacyjną**, czyli takie zmiany fizjologiczne, jak spadek zużycia tlenu, spadek częstotliwości oddychania i akcji serca, wzrost oporności skóry oraz zwiększenie w mózgu aktywności fal typu alfa.

Warto w tym miejscu przypomnieć, co się dzieje w organizmie, gdy jest w stanie stresu.

Wzrost zużycia tlenu, wzrost tętna i ciśnienia, wzrost napięcia mięśniowego, mniejsza oporność skóry, uwolnienie mediatorów stresu, podniesienie poziomu glukozy, produkcja cytokin prozapalnych, szereg zmian w układzie immunologicznym to konsekwencje stresu działającego na organizm.

Interesujące badanie z Public Library of Science (Dusek, 2008) pokazało, że interwencje umysł-ciało wpływają na ekspresję genów i przebieg choroby poprzez poprawę odpowiedzi na stres oksydacyjny, a w konsekwencji zmniejszenie procesu zapalnego i uszkodzenia komórek.

Dzięki praktykowaniu bardzo różnych terapii umysł-ciało, m.in. takich jak medytacja, yoga, trening autogeniczny, hipnoza, etc. można uruchomić tą samą odpowiedź relaksacyjną.

Zainteresowanie, popularność i akceptacja technik umysł-ciało

Jest szeroka potrzeba bezpiecznej, kosztowo efektywnej i bardziej sobie dedykowanej metody.

Użyteczność i skuteczność terapii umysł- ciało jest dobrze udokumentowana.

Terapie umysł- ciało są bardzo skuteczne w ostrym i przewlekłym stresie. Dowody pokazują skuteczność i uzasadnienie dla tych terapii, zarówno jako samodzielnych jak i komplementarnych do tradycyjnego leczenia medycznego, m.in. u pacjentów z chorobą wieńcową, bólami głowy, bezsennością, nietrzymaniem moczu, chronicznymi bólami krzyża, w przypadkach objawów będących skutkiem terapii p/nowotworowych. Ciekawe są również obserwacje, że terapie umysł-ciało zmieniają zachowania na bardziej prozdrowotne.

Mózg jest dynamicznym organem, który się przekształca i modeluje przez całe nasze życie pod wpływem doświadczeń i bodźców zewnętrznych, pozytywnych i negatywnych myśli, znacznie bardziej niż wcześniej zakładano.

Implikacje faktu, że mózg jest plastycznym organem, otwartym na zmiany w przypadku świadomej i celowej pracy z nim, stawiają terapie umysł- ciało na czele nowego terapeutycznego podejścia do wielkiego spektrum objawów i chorób.

Bardzo ważne jest przybliżenie zrozumienie relacji *umysł – ciało* i regularne stosowanie wybranych technik. Świadomość poziomu własnego stresu i umiejętność radzenia sobie z nim ma kluczowe znaczenie dla zdrowia.

Są takie techniki relaksacyjne, które zajmują dziennie 2-3 minuty, a już po miesiącu stosowania dają spektakularne efekty.

Najbardziej efektywne techniki umysł-ciało

Do terapii, które mają najwięcej badań należą (NCCAM,2005): medytacja, mindfulness, biofeedback, trening autogeniczny, kliniczna hipnoza, sterowana wyobraźnia(wizualizacja), yoga, Tai Chi,

progresywna relaksacja mięśniowa, muzykoterapia.

Mózg jest neuroplastyczny, zmienia się przez całe nasze życie i dlatego tak niezwykle dużo można dokonać technikami umysł-ciało.

Neuroplastyczność

Określenie neuroplastyczność oznacza strukturalne i czynnościowe zmiany w mózgu, które zachodzą pod wpływem doświadczeń, myśli, zachowania lub celowego treningu.

Badania dotyczące neuroplastyczności ewoluowały i są rezultatem dziesiątek lat prac badawczych, m.in. dotyczących mapowania kory mózgowej, rehabilitacji pacjentów po udarach mózgowych i wypadkowych uszkodzeniach mózgu. Pacjenci, którzy doznają udaru mózgu, mają zniszczenia konkretnych części tkanki mózgowej, doświadczają ubytków funkcji czy to psychicznych, czy motorycznych i jednocześnie wielu z tych pacjentów poddanych rehabilitacji, zwykle bardzo długiej i bardzo żmudnej, odzyskuje wszystkie lub większość tych funkcji, mimo że część mózgu jest

uszkodzona, czy wręcz bezpowrotnie zniszczona. Inne jego części przejmują utracone funkcje i się ich uczą.

Zwłaszcza psychologiczne i neurobiologiczne badania ostatniej dekady, rozwinęły nowe spojrzenie dotyczące sposobu funkcjonowania mózgu. Wszystkim sceptykom w aspekcie tego tematu warto powiedzieć, że to już nie jest miejsce na dyskusje czy mózg się może zmieniać, czy nie.

Wyrafinowane narzędzia badawcze, takie jak funkcjonalny rezonans magnetyczny, spektroskopia w podczerwieni i elektroencefalografia ilościowa zdefiniowały i wciąż odkrywają bardziej precyzyjnie mechanizmy działania terapii umysł-ciało. Bardzo dużo w tym zakresie wniosły badania Profesorów Richarda Davidsona i Daniela Siegla. Warto to wspomnieć o książce „The Mindful Brain”

Jak dużo można zmienić w sobie na poziomie ciała i funkcjonowania samą pracą z umysłem

Mózg jest wysokodynamicznym systemem, który zmienia się przez całe nasze życie.

To organ, który się reorganizuje i zmienia w odpowiedzi na doświadczenia.

Neuroplastyczność to bardzo istotny koncept, który można i należy zaoferować pacjentowi. Każdy z nas, przez całe życie ma możliwość zmieniania anatomii swojego własnego mózgu. Zrozumienie, że możemy generować te zmiany świadomie i celowo, aby chronić czy poprawiać stan zdrowia, jest niezwykle ważne.

Wartość uświadomienia pacjentowi możliwości i wpływu technik umysł-ciało na strukturę i funkcjonowanie mózgu doskonale określił profesor psychiatrii z Uniwersytetu Medycznego UCLA, Daniel Siegel. „Zdając sobie sprawę, że twój własny mózg ma udział w twoich obsesjach, uzależnieniach od leków, narkotyków, papierosów, alkoholu, czy też depresji i emocjonalnej niestabilności, może ci pomóc w przyjęciu aktywnej roli i wpływaniu na to jak twój umysł ingeruje w funkcjonowanie mózgu. Możemy świadomie i celowo wykorzystać umysł, aby kreować służące nam, bardziej zintegrowane funkcjonowanie układu nerwowego.”

Doskonała książka, o której chcę wspomnieć to „You are not Your Brain” („Ty to nie twój mózg”) napisana przez Jeffrey'a Schwartz'a i wydana w roku 2011. Definiuje ona i przybliża metodę czterech kroków, przy pomocy której można wyćwiczyć własny mózg, oduczyć się niesłużących, negatywnych czy pesymistycznych wzorców myślenia jak i zachowania obsesyjno-kompulsywnego. Publikacja cenna dla każdego, kto boryka się z natręctwami myśli, z czarnowidztwem, czy pesymistycznym wzorcem myślenia. Warto tu też wspomnieć o innej książce, dostępnej u nas w księgarniach „Siła nawyku”, której autorem jest Charles Duhig. Warto zauważać aktywność własnego mózgu, mając w pamięci prawidłowość, którą ładnie zdefiniował jeden z buddyjskich mnichów *“You are what you practice and what you practice gets stronger”*

Co jest potrzebne do zmiany?

Przede wszystkim niezbędna jest świadomość, że coś mnie dotyczy, że mam taki lub inny wzorec myślenia czy zachowania. Nie można zmienić tego, czego się nie zauważa, czy czegoś, czego jesteśmy świadomi. Kolejny element to motywacja.

Jeżeli będziemy mieć odpowiednio silne „dlaczego”, znajdziemy każde „jak”. Ważna jest kwestia przekonania, że zmiana jest możliwa. Jeżeli nasze przekonania, bez względu na stan nauki, są na etapie niewiary, to nawet jak będziemy próbować wdrażać zmiany, przekonanie często staje się samospełniającą przepowiednią i szanse powodzenia są mniejsze. I oczywiście systematyczność. Mamy samoświadomość, potrzebę wprowadzenia zmiany, wiemy, jak to zrobić i

„wykładamy się” na braku systematyczności. Średnia trwałość postanowień noworocznych, to ok. 9 dni. Jedną z podpowiedzi dla każdego z nas, może być praca nad ukształtowaniem nowego nawyku (ok. 30 dni), bo potem z łatwością powtarzamy dany wzorzec. Jeszcze raz polecam „Siłę nawyku”

Umysł

Optymizm i pesymizm

Wiara w siebie

Zadowolenie

Samoakceptacja i szacunek do siebie

Umysł a zdrowie

Placebo i nocebo

„Jesteśmy tym co o sobie myślimy. Wszystko, czym jesteśmy wynika z naszych myśli. Naszymi myślami tworzymy świat.” **Budda**

„Fakt, że duch rządzi ciałem, choć lekceważony przez biologię i medycynę jest najbardziej fundamentalnym faktem o procesie życia, jaki znamy.”

Dr Med. Franz Alexander

Umysł i ciało to nierozłączna para. Chociaż nie zawsze mamy świadomość własnych myśli, czy chcemy czy nie, mają one ogromny wpływ na wszystko co robimy, jak reagujemy, wpływ na nasze ciało oraz zdrowie. Indywidualny sposób myślenia jest związany z postrzeganiem i

rozumieniem rzeczywistości, w tym relacji z samym sobą i ze światem. Wiąże się to z motywami działania i dokonywaniem wyborów, a zatem kluczowym wpływem na nasze życie.

Optymizm i pesymizm

Dr Martina Seligman i współpracownicy badali różnice w zdrowiu między osobami, które bazowo zaklasyfikowano jako optymistów i tymi, którzy myśleli w sposób pesymistyczny.

Okazało się, że osoby z obu grup miały zgoła odmienny sposób tłumaczenia sobie złych zdarzeń w ich życiu (jako złe zdarzenie określano naturalne katastrofy / powódź, trzęsienie ziemi, tajfun/, utratę pracy, utratę partnera, chorobę, wypadek i inne sytuacje stresujące).

Osoby pesymistyczne miały tendencję do obwiniania siebie z powodu zajścia, prezentowały przekonania, że skutki zdarzeń będą trwać bardzo długo i będą bardzo negatywnie wpływać na różne aspekty życia.

Optymiści przeżywali podobne zdarzenia odmiennie. Nie obwiniali siebie i prezentowali przekonanie, że skutki zdarzenia zostaną rozwiązane.

Nie mieli tendencji do generalizowania i przekładania danego zdarzenia na wszystkie inne obszary życia.

Badanie wykazało, że u osób z pesymistycznym nastawieniem dochodzi do zmian w układzie hormonalnym i immunologicznym, które sprawiają większą podatność i zapadalność na różne choroby, w tym nowotwory, w przeciwieństwie do optymistów. Badanie dr Seligmana jest kolejnym z wielu, które udowadnia dlaczego niektóre osoby łatwiej zapadają na różne choroby i wcześniej umierają niż inne, biorąc pod uwagę w analizie takie czynniki jak wiek, płeć, palenie i dieta.

Wiara w siebie

Wiara w siebie rozumiana jako przekonanie o możliwości wpływu na konkretne zdarzenia w życiu, była analizowana przez Dr Bandurę i współpracowników. Obserwowano przebieg procesu zdrowienia wśród pacjentów po przebytym zawałe serca, przechodzących rehabilitację. Analiza wykazała, że mężczyźni, którzy mieli mocne przekonanie o swoich możliwościach i wiarę w wyzdrowienie, lepiej znosili program ćwiczeń, byli mniej zmęczeni, niż ci, którzy mieli mniej wiary w siebie, choć ciężkość choroby serca była porównywalna.

Zadowolenie

Nasza postawa wobec nas samych stanowi najważniejszy czynnik w procesie leczenia i zachowania zdrowia. Ci, którzy są zadowoleni z życia, pozostają w zgodzie ze sobą i swoim otoczeniem, znacznie rzadziej zapadają na ciężkie choroby, niż ci którzy są tego pozbawieni. W jednym z najbardziej kompleksowych badań czynnika zadowolenia, psychiatra George Vaillant badał 200 absolwentów Harvardu przez 30 lat. Co roku zestawiał ankiety zdrowotne z testami psychologicznymi. Osoby, które były całkowicie zadowolone ze swego życia, dziesięciokrotnie rzadziej zapadały na poważne choroby lub umierały, niż te, które wykazywały dezaprobatę wobec swojej egzystencji.

Pamiętaj!

Większa samoakceptacja i poczucie spełnienia wzmacniają siły układu odpornościowego.

Samoakceptacja i szacunek do siebie

„Ważne jest to, co o sobie myślisz. Musisz znaleźć tę część swojego życia, która najbardziej Ci odpowiada i wtedy przestać grać; twoim zawodem jest być”
– to słowa Quentina Crospa.

Nauka potwierdziła, że uczciwość w sferze emocjonalnej i samoakceptacja sprzyjają dobremu zdrowiu. Psychologowie oceniają, że mniej niż 20% populacji ma „wewnętrzny punkt kontroli”, dzięki któremu ludzie kierują się bardziej własnymi kryteriami, niż tym co mogą sądzić inni. Ta integralność jest bardzo cenna. To bycie panem samego siebie i uwolnienie się od lęku, co pomyślą inni. To bycie świadomym, że spokój przychodzi od wewnątrz.

Umysł a zdrowie

Wpływ myśli, nastawienia duchowego i osobowości na zdrowie jest kolosalny. System odporności jest kontrolowany przez mózg, pośrednio przez hormony uwalniane do krwioobiegu, bezpośrednio przez nerwy i neurotransmitery. To co myślimy i czujemy przekłada się na zmiany biochemiczne w organizmie, które mogą prowadzić powstania różnych chorób, również nowotworowych, bądź odwrotnie, działać ochronnie i doprowadzać do zdrowienia organizmu. Procesy zachodzące w mózgu są związane z naszymi myślami, emocjami i uczuciami. Możemy i wpływamy na ciało poprzez umysł.

Oto kilka z wielu tysięcy przykładów i dowodów wpływu psychiki na organism;

Opublikowane w 1998 roku badania przeprowadzone przez Dave’a Smitha współpracowników z Manchester Metropolitan University w Wielkiej Brytanii dowodzą, że potencjał mózgu jest tak ogromny, że samym myśleniem może wpłynąć na rozmiar i kondycję mięśni.

Grupę osiemnastu ochotników podzielono na trzy podgrupy. Sześciu osobom zalecono powtarzanie ćwiczenia polegającego na wyciskaniu ciężarów, dwa razy w tygodniu przez miesiąc.

Sześć kolejnych osób miało sobie w tym czasie tylko intensywnie wyobrażać, że ćwiczą, a ostanía grupa nie robiła nic. Wyniki pokazały, że grupa ćwicząca fizycznie zwiększyła siłę mięśni o 33%, osoby wyobrażających sobie, że ćwiczą zwiększyły siłę o 16%. Zostało to wytłumaczone zwiększonym wpływem nerwów na większą liczbę włókien mięśniowych. Wyobrażanie sobie ćwiczeń pobudziło ten same drogi neuronalne w mózgu, co w przypadku rzeczywistego treningu.

Inne prace badawcze;

W badaniu przeprowadzonym na 431 dorosłych mężczyznach w Detroit (Margaret Chesney, Doyle Gentry i współpracownicy) wykazano, że u osób które tłumili uczucia złości i gniewu ciśnienie było znacznie wyższe, niż u osób, które wyrażały swoją złość i gniew.

Inne badania sugerują, że podwyższone ciśnienie może być związane z dwoma ekstremami, tzn. zarówno z dużą ekspresją złości i gniewu jak i z tłumieniem emocji. To samo potwierdziła analiza grupy kobiet z rakiem piersi, tzn. były w niej kobiety, które albo mocno tłumili swoje emocje albo miały tendencje do wybuchów emocjonalnych.

Duża część badań i poszukiwań naukowych chciała znaleźć odpowiedź na pytanie, czy istnieje zespół cech czy typy osobowości, które można nazwać np. osobowością nowotworową czy osobowością podatną na choroby serca.

Duży projekt badawczy znany pod nazwą Western Collaborative Group Study zebrał dane dotyczące zależności między zachowaniem, a występowaniem choroby wieńcowej. W projekcie tym wzięło udział 3500 mężczyzn, których po badaniu ankietowym opisano jako Typ A lub Typ B. Typ A charakteryzował się niecierpliwością, tendencją do zachowań wrogich i agresywnych oraz potrzebą rywalizacji. Osoby, które nie przejawiały w/w zachowań były zaklasyfikowane jako Typ B.

Wg tej klasyfikacji Typ B irytuje się znacznie trudniej, nie podlega łatwo presji czasu oraz rzadko wykazuje zachowania wrogie i agresywne (konceptja wg Dr Meyera Friedmana).

W momencie rozpoczęcia badania wszyscy uczestnicy byli zdrowi i nie mieli żadnych objawów chorobowych (warunki włączenia). Po ośmiu latach przeanalizowana te osoby pod kątem wystąpienia choroby niedokrwiennej serca. Okazało się, że Typ A zapadał na chorobę niedokrwinną serca od 2 do 4 razy częściej (zależnie od grupy wiekowej) niż Typ B. Dużo innych badań potwierdziło zależność między wzorcem zachowań Typu A (wrogość, agresywność, niecierpliwść), a częstością występowania choroby niedokrwiennej, i to zarówno u kobiet jak i u mężczyzn.

Naukowcu zgłębili dokładniej, które cechy mają największy wpływ.

Badanie Dr Redford Williamsa i współpracowników z Duke University Medical School wykazało, że najsilniejszym czynnikiem prognostycznym wystąpienia choroby serca była komponenta wrogości. Innymi słowy, badanie zasugerowało, że osoba Typu A ma mniejsze ryzyko wystąpienia choroby serca, jeśli mimo poczucia silnej presji czasu i współzawodnictwa ma mało wrogości. Co więcej, okazało się, że wysoki współczynnik wrogości prognozuje nie tylko choroby sercowo- naczyniowe, ale również dużo większe ryzyko zachorowań na nowotwory i inne choroby.

„Wrogość” we wspomnianym badaniu, oceniana na podstawie wypełnianych kwestionariuszy, była definiowana jako „*brak wiary i zaufania w dobre cechy u innych*”, na bazie przekonania, że inni mają złe zamiary i są egoistyczni. Badanie dowiodło, że wroga i cyniczna wizja świata ogromnie zwiększa ryzyko chorób i przedwczesnej śmierci, nie wspominając o braku psychicznego komfortu w codziennym życiu.

Wspomniane badania i wiele innych pokazują, że myśli, emocje, sposób w jaki postrzegamy świat, predysponują nas do zdrowia lub to do choroby. Szereg prac i analiz przypadków wykazał, że zaufanie, widzenie dobra w sobie i innych oraz wiara w siebie mają bardzo pozytywny wpływ i uzdrawiającą moc.

Jakie jest podejście współczesnej medycyny, współczesnego człowieka do kwestii potęgi umysłu? Bardzo wiele się zdarzyło i zmieniło w medycynie w przeciągu ostatnich 15 lat. Przede wszystkim podejście integralne, podejście ciało-umysł w procesie leczenia staje się powoli akceptowane i doceniane. Liczba badań i naukowych dowodów dotyczących wpływu psychiki, myśli, emocji na proces zdrowienia i proces powstawania chorób rośnie w szybkim tempie.

Jak pisze profesor Bernie Siegel „Lekceważenie powiązania umysł-ciało przez obecną medycynę jest krótkotrwałą aberacją w porównaniu z całą historią sztuki leczenia. Można powiedzieć, że od początku medycyny aż do XX wieku, ci którzy zajmowali się sztuką leczenia mieli świadomość wpływu rozpacz, żalu, zniechęcenia na rozwój choroby oraz nie lekceważyli uzdrowicielskiego wpływu wiary, pozytywnych emocji i spokoju duchowego.

Medycyna XX wieku stała się coraz bardziej technologiczna i przedmiotowa.

Zachłysnęła się nowymi lekami i techniką, zapominając o możliwościach i siłach drżących w pacjencie. Z wielką łatwością pominięto te siły, bo są trudne do ilościowego zdefiniowania i do „ *naukowego udowodnienia*”.

Placebo

Placebo jest dowodem na to, że nie ma separacji między umysłem i ciałem.

Choroba jest zawsze interakcją między nimi. Może się zaczynać w umyśle i dotyczyć ciała, albo zaczynać się w ciele i mieć wpływ na umysł. Ciało i umysł są zasilane przez ten sam strumień krwi” – to słowa Normana Cousinsa, człowieka, który dzięki silnej woli życia i determinacji pokonał nieuleczalną chorobę.

Co to jest placebo? Słowo „ *placebo*” wywodzi się z łaciny „ *placebo domino*”, co znaczy czynić komuś coś miłego. W XVIII wieku słownik definiował placebo jako lek przynoszący ulgę pacjentowi, ale bez końcowego efektu leczniczego. Słowo placebo w dzisiejszym znaczeniu pojawiał się w 1938 roku jako zastosowanie nieczynnej substancji w ocenie terapeutycznej szczepionek przeciw grypie.

Placebo to podawanie określonych, nieaktywnych leczniczo substancji, świadomie lub nieświadomie, w celu uzyskania niespecyficznego efektu terapeutycznego.

Kliniczne i kontrolowane próby z udziałem placebo, od czasów II Wojny Światowej stały się zasadą w określaniu działania i skuteczności nowych leków.

Efekt placebo jest dobrze znanym, aczkolwiek nie do końca wyjaśnionym fenomenem, potwierdzonym przez setki badań. Polega on na tym, że osoby przekonane, że przyjmują lek o określonym działaniu, wykazują kliniczne efekty charakterystyczne dla tego leku, mimo że przyjmowały nieaktywną substancję (np. tabletki cukrowe). Skuteczność efektu placebo jest różna, w zależności od choroby, badania; najczęściej waha się od 25 % do 60%, w niektórych badaniach osiąga skuteczność porównywalną do czynnej substancji.

Wyjaśnienia tego fenomenu zakładają, że sugestia jest bardzo „silnym lekiem” i wpływa w określony sposób na układ nerwowy, kreując zmiany biochemiczne w organizmie, podobne do tych, jakie zachodzą po podaniu rzeczywistego leku.

Siła sugestii może być też wytłumaczeniem fenomenu hipnozy, który może dotyczyć bardzo różnych obszarów, w tym percepcji bólu czy pamięci.

Przełom w interpretacji placebo i jednoznaczne dowody związane z obserwowanymi efektami leczniczymi wywołanymi placebo stały się możliwe dzięki emisyjnej tomografii pozytonowej (PET- scan). Metoda pozwala na obserwowanie wpływu stosowanych leków i placebo na określone funkcje mózgu. Badania Instytutu Karolinska w Sztokholmie wykazały, że placebo pobudza te same obszary w mózgu,

co silny lek przeciwbólowy i powoduje wytwarzanie endogennych opiatów przeciwbólowych.

„Efekt placebo” jest jednak wciąż powodem wielu kontrowersji i dyskusji. Część badaczy sądzi, iż nie jest to pojedynczy efekt, ale rezultat kilku możliwych czynników. Według nich efektu placebo należy szukać zarówno w psychice chorego jak i jego lekarza oraz w ich wzajemnej interakcji. Placebo można powiedzieć, jest wprost proporcjonalne do reakcji pacjent-lekarz. Podejście lekarza do pacjenta i zyskanie zaufania mają bardzo duży wpływ. W przypadku braku relacji lekarz-pacjent skuteczność placebo może być znikoma.

Jednym z dowodów na rolę lekarza w skuteczności placebo jest przeprowadzony eksperyment, w którym pacjentów z chorobą wrzodową żołądka podzielono na dwie grupy. Pierwsza grupa była poinformowana przez lekarza, że będzie podawany właśnie nowo wyprodukowany, bardzo skuteczny lek. Druga grupa była poinformowana przez pielęgniarki, że otrzyma nowy, eksperymentalny lek, o nie znanej do końca skuteczności.

70% pacjentów z pierwszej grupy odczuło znaczną poprawę; tylko 25% w drugiej grupie doświadczyło podobnych efektów. Obie grupy otrzymały ten sam „lek”, tzn. placebo.

Pisząc o placebo nie sposób nie wspomnieć o „nocebo”, czyli zjawisku odwrotnym do placebo. Termin „nocebo”, też pochodzący z łaciny („zostanę skrzywdzony”) pojawił się w latach sześćdziesiątych. Z nielicznych badań wynika, że działa on w ok.25%.

W jednej z prób pacjenci zostali poinformowani o skutkach ubocznych terapii (zmęczenie, depresja, spadek libido). W grupie kontrolnej, która dostała nieaktywny środek, tyle samo osób skarżyło się na dolegliwości, co w grupie, która otrzymała lek. Nocebo może być zaraźliwe. Oto tylko jeden z opisów, bardzo wielu sytuacji, w których nagle duża grupa ludzi uległa złemu samopoczuciu.

Podczas meczu futbolowego w Monterey Park na przedmieściach Los Angeles kilka osób doznało objawów zatrucia pokarmowego. Ponieważ każda z tych osób piła napój bezalkoholowy sprzedawany z automatów, badający lekarz doszedł do wniosku, że to jest przyczyną zatrucia. Ogłoszono więc przez głośniki, by nikt nie pił tego napoju, ponieważ spowodował on zatrucie u kilku osób. Spiker czytający ogłoszenie, opisał również objawy chorobowe. Nastąpiła istna epidemia. Ludzie na trybunach zaczęli mieć nudności i mdleć. Zachorowało też kilka osób, które nie piły tego napoju. Kiedy odkryto, że automat z napojami nie był przyczyną zatrucia, stał się „cud” i większość natychmiast „ozdrowiała”.

Nocebo tak jak i placebo wywołuje biochemiczne zmiany w organizmie.

Dowiedziano, że nocebo powoduje spadek poziomu dopaminy i naturalnych opioidów w mózgu. Placebo zaś działa odwrotnie. Okazuje się, że w podatności na sugestię również duża rolę odgrywa osobowość, to czy jesteśmy optymistami czy pesymistami.

Biorąc na bok opinie zwolenników i przeciwników używania placebo w terapii oraz etyczne pytania, które w związku z tym powstają, poza dyskusją jest fakt, że nasze przekonania dotyczące leku, skuteczności terapii oraz relacja z lekarzem, generują określone reakcje biochemiczne i zmiany w organizmie, co

jest kolejnym argumentem za tym, że należy zadbać o swój umysł. Musimy pamiętać, że przekonania jakie mamy, wpływają na system nerwowy, immunologiczny i hormonalny. Mogą w każdej chwili zrobić z nas chorych albo nas uzdrowić.

Wybrane Techniki Relaksacyjne

Ćwiczenia oddechowe

Oddychanie jest czynnością automatyczną, nad którą większość z nas się nawet nie zastanawia. Bez pożywienia człowiek może przeżyć co najmniej kilka tygodni, bez płynów i pożywienia kilka dni, ale bez możliwości oddychania możemy przeżyć tylko kilka minut.

Stwierdzenie nasuwa się samo: tlen jest pierwiastkiem pozwalającym nam żyć. Zawartość tlenu w atmosferze wynosi 21% objętości. Człowiek oddychając spokojnie wdycha około 500 ml powietrza, w którym jest ok.100 ml tlenu. Maksymalnie głęboki oddech oznacza wprowadzenie do płuc około 3,5 litra powietrza, zawierającego około 740 ml tlenu. Proszę zwrócić uwagę na tę różnicę. Od tego jak oddychamy zależy jaką ilość tlenu dostarczamy organizmowi!

Dowodzono, że ćwiczenia oddechowe są skuteczną metodą zmniejszania poczucia niepokoju, ataków paniki, agorafobii, depresji, napięcia mięśniowego, bólów głowy i poczucia zmęczenia. Właściwe oddychanie jest zbawienne nie tylko dla ciała, ale również dla psychiki. Świadome oddychanie ma niesamowitą właściwość uspokajania i wyciszania, nawet w najbardziej stresujących sytuacjach.

Chociaż ćwiczenia oddechowe można opanować w kilka minut i niektóre z dobroczynnych skutków pojawiają się od razu, to głębokie efekty widoczne są w pełni po kilku miesiącach ćwiczeń. Wybierz takie ćwiczenia oddechowe, które Ci odpowiadają najbardziej i ćwicz regularnie. Niezależnie, w miarę możliwości, pamiętaj o oddechu przez cały czas.

Ćwiczenie oddechowe wymagają bardzo mało czasu i wysiłku, a dają natychmiastowe korzyści. Umiejętny oddech jest kluczem do zdrowia, zarówno ze względu na jego bezpośredni wpływ na fizjologię, zwłaszcza na układ nerwowy, jak i ze względu na jego wspaniały wpływ na psychikę

Zanim przejdziesz do ćwiczeń oddechowych, warto mieć świadomość własnych nawyków oddechowych. Aby to sprawdzić zrób następujące ćwiczenie:

1. Zamknij oczy, połóż prawą dłoń na brzuchu, a lewą pośrodku klatki piersiowej.
2. Oddychaj w sposób naturalny, tak jak zawsze to robisz.
3. Zaobserwuj, która dłoń unosi się wyżej, gdy wdychasz powietrze.

Jeśli porusza się brzuch, to znak, że oddychasz przeponą. Jeśli brzuch się nie porusza, lub porusza mniej niż klatka piersiowa, to znaczy, że oddychasz klatką piersiową /patrz wyżej/.

Oddech jest kluczem do zdrowia. Oto przykłady różnych ćwiczeń i technik oddechowych. Wybierz te, które Ci najbardziej odpowiadają i praktykuj regularnie.

Ćwiczenia oddechowe:

Liczenie oddechów /1,2,3,4 wdech i 4,3,2,1 wydech/

Liczenie 10 do 1, przy wydechu

Liczenie między wdechem i wydechem 1,2,3

Obserwacja oddechu

Najprostszą techniką pracy nad oddechem jest po prostu obserwowanie go.

Wystarczy śledzić cykl oddechowy, nie starając się na niego wpływać.

Oto wskazówki jak to robić:

1. Usiądź wygodnie z wyprostowanymi plecami, przymkniętymi oczami, w luźnym wygodnym ubraniu.
2. Skup uwagę na własnym oddechu, obserwuj cykl oddechowy, kiedy zaczyna i kończy się wdech, kiedy zaczyna i kończy się wydech.

Rób to codziennie przez 10-15 minut. Twoim celem jest obserwacja oddechu, jego cyklu. Jest to forma medytacji i metoda relaksacji.

Ćwiczenie „Ommmmm”

Usiądź w wygodnej pozycji i zamknij oczy. Zrób głęboki powolny wdech przez nos.

Otwórz usta i zacznij powoli wydychać cicho wymawiając głoskę om. Najpierw długo wymawiaj głoskę „o”, a potem głoskę „m”. Kontynuuj przez kilka-kilkanaście minut.

Ćwiczenie „Zaczynij od wydechu”

Mimo, że oddychanie to nieprzerwany proces wdechu i wydechu, jesteśmy skłonni postrzegać cykl oddechowy jako zaczynający się od wdechu i kończący wydechem. Ćwiczenie polega na odwróceniu percepcji i zaczęciu cyklu oddechowego od wydechu. Rób to przez kilka minut, a zdziwisz się, jak inaczej postrzegasz oddychanie. Odwracając cykl masz potencjalnie większą kontrolę nad wydechem. Pozwala to na pogłębienie oddechu, co jest rzeczą pożądaną.

Najłatwiej pogłębić oddech, zaczynając myśleć o wydechu jako pierwszej części cyklu. Warto to wspomnieć, że chiński ideogram oznaczający oddech, składa się z dwóch znaków oznaczających wdech i wydech, ale symbol oznaczający wydech jest jako pierwszy.

Oddech relaksujący /4-7-8/

Jest to technika oddechowa zaczerpnięta z jogi.

1. Umieść język tak, by koniec języka dotykał wewnętrznej powierzchni przednich, górnych zębów, a następnie przesuń go nieco wyżej tak by spoczywał między zębami, a podniebieniem. Trzymaj go w tej pozycji przez całe ćwiczenie.
2. Zrób pełny wydech przez usta, wydając z siebie dźwięk (hhh).
3. Następnie zamknij usta i zrób spokojny wdech przez nos, licząc w myślach do czterech.
4. Potem wstrzymaj oddech licząc do siedmiu.
5. Zrób wydech przez usta licząc do ośmiu.

To wszystko stanowi jeden cykl oddechowy. Wykonaj cztery takie cykle, a potem oddychaj normalnie. Ważne jest, aby robić wdech licząc do czterech, zatrzymanie oddechu do siedmiu i wydech licząc do ośmiu. Ćwiczenie należy wykonywać co najmniej dwa razy dziennie.

Oddech pobudzający

To też technika zaczerpnięta z jogi. Warto wykorzystać ten oddech, kiedy czujemy się zmęczeni.

1. Usiądź wygodnie z wyprostowanymi plecami, z językiem umieszczonym, tak jak w oddechu relaksującym.
2. Zrób szybki wdech i wydech przez nos, trzymając usta zamknięte, ale niezaciśnięte.

Wdech i wydech powinny być równe, krótkie i odczuwalne u nasady szyi, nad obojczykami oraz w okolicy przepony. Ruchy klatki piersiowej powinny być szybkie i mechaniczne. Za pierwszym razem należy wykonywać to ćwiczenie przez 15 sekund, po dwa-trzy cykle na sekundę, a potem oddychać normalnie. W miarę ćwiczeń należy to stopniowo wydłużać, tak by dojść do pełnej minuty. Nie jest to hiperwentylacja (pamiętaj należy oddychać przez nos) tylko pewnego rodzaju pobudzenie centralnego układu nerwowego. Bardzo przydatne zamiast picia kawy.

Oddychanie przeponowe/brzuszne

1. Połóż się na podłodze, z wyprostowanymi i rozsuniętymi lekko nogami, ręce nieco odsunięte od tułowia, z dłońmi skierowanymi ku górze, zamknij oczy.
2. Skoncentruj się na oddechu.
3. Oddychaj nosem.
4. Połóż na brzuch książkę lub obie dłonie i kontynuuj oddychanie, tak by książka/ręce unosiły się przy wdychu i opadały przy wydechu.

Medytacja

Medytacja to ćwiczenie poznawcze, które wiąże się z koncentracją. To pewien rodzaj uwagi, skoncentrowanej na czymś rzeczywistym bądź wyobrażonym. Słowo medytacja może być użyte do wielu różnych metod koncentracji, kontemplacji czy obserwacji. Wszystkie formy medytacji można podzielić na dwie główne kategorie:

- medytacja oparta na koncentracji
- medytacja oparta na uważności.

Medytacja oparta na koncentracji

W tej formie medytujący koncentruje się na czymś konkretnym, czy to ze środowiska zewnętrznego czy wewnętrznego. Niektórzy koncentrują się na przyływie i odpływie oddechu, inni obserwują własne myśli. Niektórzy nauczyciele polecają skupianie uwagi na symbolicznym dźwięku lub słowie, albo na jednym obrazie, takim jak płomień świecy czy mandala. Jakikolwiek obiekt czy stymulant może być użyty do skupiania umysłu w medytacji. Inną formą medytacji opartej na koncentracji jest wizualizacja.

Medytacja oparta na uważności

Jeśli zakres uwagi jest szeroki i/lub wciąż się zmienia, to mówimy o medytacji uważności.

W tej formie medytujący kieruje uwagę na cokolwiek, co w danym momencie przyciągnie jego uwagę, czy to jest obiekt zewnętrzny, doznanie wewnętrzne, emocja lub myśl. Zadaniem medytującego jest zauważenie czynnika przyciągającego uwagę, ale nie podążanie za nim. Ta forma medytacji daje poczucie odpoczynania w bieżącym momencie.

Wpływ medytacji na umysł i ciało

Nieważne jaką metodę się wybierze i regularnie praktykuje. Rezultat tych metod jest taki sam: głębokie, przynoszące wypoczynek uczucie odprężenia, które wzmacnia umysł i uwalnia go od panującego w nim zwykle zamętu. Podczas medytacji mózg nabiera dystansu do standardowej rzeczywistości i wkracza w stan spokojnej i opanowanej świadomości.

Przeprowadzono wiele badań, które wykazały, że w trakcie medytacji zmniejsza się tętno i rytm oddychania, zużycie tlenu spada o 20%, zmniejszeniu ulega poziom

mleczanów we krwi, oporność elektryczna skóry zwiększa się czterokrotnie (oznaka stanu relaksacji), badania EEG wykazują dominującą obecność fal alfa, co jest również oznaką stanu odprężenia. Medytacja powoduje obniżenie lub unormowanie ciśnienia krwi, tętna i poziomu hormonów stresu we krwi, zmniejsza zmęczenie i wyczerpanie.

Dr Herbert Benson z Harvardu opisał w latach siedemdziesiątych zmiany fizjologiczne zachodzące podczas medytacji i nazwał je „odpowiedzią relaksującą”. Dr Joan Borysenko pracująca w szpitalu Beth w Bostonie dowiodła, że medytacja i relaksacja wpływają na zmniejszenie koniecznych dawek insuliny u diabetyków.

Medytacja jest stosowana z powodzeniem w leczeniu i zapobieganiu nadciśnieniu i chorobom serca, migrenowym bólom głowy, schorzeniom autoimmunologicznym, cukrzycy, nowotworom i innym. Medytacja pomaga w zwalczaniu obsesyjnych myśli, niepokoju, depresji i wrogiego nastawienia.

Ułatwia dokonywanie wyborów, podnosi samoocenę, ogranicza reaktywne odpowiedzi. Dla każdego, kto się chce wyciszyć, skoncentrować, uspokoić, medytacja jest właściwą drogą.

Praktykowanie medytacji

Ogólnie rzecz biorąc nawet najkrótsza medytacja jest lepsza od jej braku. Na początek można zacząć od 5-10 minut. W miarę ćwiczeń medytacja będzie stawała się łatwiejsza. Dobrze jest ją wydłużać i znaleźć czas na 30-45 minut medytacji codziennie.

Udowodniono, że aby zwiększyć korzystne efekty medytacji, należy zadbać o cztery czynniki:

- relatywnie ciche i spokojne otoczenie,
- mechanizm mentalny, który zapewnia ciągły dopływ bodźców,
- wygodną pozycję
- bierne nastawienie.

Bez względu jaki typ medytacji wybierzesz, bardzo ważne jest przybranie odpowiedniej postawy. Wybierz tą postawę, która będzie dla Ciebie najodpowiedniejsza.

Możesz **usiąść na krześle** z kolanami swobodnie rozsuniętymi, nieskrzyżowanymi nogami i rękami swobodnie spoczywającymi. Możesz **siedzieć po turecku** na podłodze. To pozycja jest najbardziej wygodna i stabilna, jeśli podłożysz pod pośladki poduszkę i siedzisz w taki sposób, aby oba kolana dotykały ziemi. Inna pozycja to **klek na obu kolanach**, palce nóg do siebie, pięty na zewnątrz, pośladki spoczywają na podeszwach stóp. **Pozycja „pełnego lotosu”** wymaga dobrej sprawności fizycznej i przygotowań, przez co nie jest zalecana dla początkujących.

Niezależnie, którą pozycję wybierzesz ważne jest, aby siedzieć z wyprostowanymi plecami. Głowę trzymaj prosto, dokładnie na przedłużeniu odcinka szyjnego kręgosłupa. Krzyż powinien być delikatnie wygięty. Znajdź ułożenie, które zapewni Twojemu tułowiowi poczucie równowagi.

Koncentracja nie jest naturalnym stanem umysłu. Działa on w taki sposób, że nieustannie pojawiają się dziesiątki nowych myśli, które zakłócają medytację. Osoby początkujące mogą mieć wiele różnych myśli i stosunkowo niewiele momentów pełnej koncentracji. To naturalne i tego należy się spodziewać. Za każdym razem, gdy medytujesz i zdasz sobie sprawę, że właśnie się rozkojarzyłeś i zaczynasz myśleć o czymś innym, natychmiast wróć do tego na czym postanowiłeś się koncentrować.

Przykłady typów medytacji

Mantra

To forma medytacji rozpowszechniona na całym świecie. Należy wybrać dowolne słowo lub sylabę. Wiele osób wybiera uniwersalną mantrę „OM”. Usiądź w odpowiedniej pozycji i skoncentruj się. Weź kilka głębokich oddechów. Powtarzaj w myślach wybraną przez siebie mantrę. Jeśli masz taką możliwość, wypowiadaj mantrę na głos. Jeśli zacząłeś o czymś myśleć, uznaj ten fakt i ponownie skoncentruj się na swojej mantrze. Pamiętaj, że medytację należy praktykować w sposób świadomy.

Może się zdarzyć, że powtarzasz mechanicznie, jednocześnie będąc pogrążonym w myślach lub też ogarnia Cię senność. Staraj się być świadomy każdego powtórzenia każdej sylaby.

Medytacja siedząca

Po przyjęciu odpowiedniej pozycji należy się skoncentrować. Najprostszym sposobem jest koncentrowanie się na oddechu. Zwróć uwagę na delikatne opadanie i wznoszenie się oddechu. Skoncentruj się na wdechu i wydechu oraz odczuciach, jakie temu towarzyszą. Gdy tylko Twój umysł się rozproszy, łagodnie powróć do oddechu.

Liczenie oddechów

To alternatywna forma medytacji siedzącej. Oddychaj głęboko przeponą, ale nie rób tego na siłę. Przy wydechu powiedz „raz”, a potem licz kolejno „dwa... trzy...” . Jeśli stracisz rachubę, zacznij liczyć od początku.

Medytacja chodzona

Wiele osób codziennie pokonuje spore odległości pieszo. Jest to doskonała okazja do medytacji. Skoncentruj się na akcie chodzenia tak samo jak koncentrowałeś się na oddychaniu. Zwróć uwagę na odczucia związane z chodzeniem. Skoncentruj się na stopach i dolnych partiach nóg. Gdy myśli lub obrazy zaczną Ci przeszkadzać, zauważ ten fakt i następnie powróć do chodzenia i oddychania.

Skanowanie ciała

Skanowanie ciała to ćwiczenie, którego efektem jest zmniejszenie napięcia mięśni i rozluźnienie organizmu. Celem jego jest odczuwanie każdej części swojego ciała, zwrócenie uwagi na pojawiające się w nim odczucia i uwolnienie napięcia.

Położ się wygodnie na plecach, zamknij oczy i weź kilka głębokich oddechów.

Skoncentruj się na podszewkach stóp i zwróć uwagę na odczucia, jakie stamtąd płyną. Nie próbuj ich definiować czy zmieniać w jakikolwiek sposób, po prostu uświadom sobie ich istnienie. Wyobraź sobie, że Twój oddech płynie prosto do stóp. Możesz doświadczyć uwolnienie napięcia, ale nie nastawiaj się na nic.

Obserwuj tylko wszystko. W ten sposób koncentruj się kolejno na poszczególnych partiach ciała, pozostałych częściach stóp, kostkach, łydkach, kolanach, udach, biodrach, pośladkach, brzuchu, dolnych i górnych partiach pleców, klatce piersiowej, ramionach szyi, głowie i twarzy. Każdej części poświęć dłuższą chwilę i zaobserwuj wszystkie wrażenia. Nie staraj się ich wywoływać czy zmieniać. Staraj się oddychać każdą częścią ciała po kolei. Dobrze będzie, jeśli przeznaczysz codziennie 30-45 min na skanowanie ciała.

Uważność

Formalna praktyka uważności, traktowana przez wielu jako forma medytacji, zwana jest niekiedy „metodą bez metody”. Kierujesz uwagę na coś, co w danym momencie przyciąga Twoją uwagę, czy to jest obiekt zewnętrzny, doznanie wewnętrzne, emocja lub myśl. Chodzi tylko o zauważenie czynnika przyciągającego uwagę, ale nie podążanie za nim. Oprócz formalnej praktyki, warto spojrzeć na uważność szerzej.

Uważność to sposób bycia, to życie tu i teraz. Oznacza pełną przytomność umysłu i świadomość chwili obecnej, z zachowaniem emocjonalnego dystansu do wszelkich spostrzeżeń. Brak uważności i świadomości danej chwili, to coś co dotyka prawie wszystkich naszych działań. Przelączamy się na automatycznego pilota, funkcjonujemy mechanicznie bez pełnej świadomości co robimy i czego doświadczymy? Czy pamiętasz dokładnie jak ostatnio przejechałeś np. drogę do domu? Nasz umysł przez większość czasu jest albo w przeszłości lub w przyszłości, a życie, czyli to co się właśnie dzieje w danym momencie umyka nam niepostrzeżenie.

Spróbuj zaobserwować jak łatwo Twoja świadomość przenosi się myślami z obecnej chwili w inną czasoprzestrzeń. Zaobserwuj, ile razy w ciągu dnia znajdujesz siebie myślącego o przeszłości lub przyszłości. Możesz być zaszokowany wynikiem!

Tym co może Ci pomóc w rozwinięciu uważnej postawy, która pomoże przetrwać bardziej stresujące momenty jest ćwiczenie uważności przy wykonywaniu prostych, codziennych prac i czynności. Ponieważ treścią praktyki uważności jest chwila obecna, lista problemów znacznie się skraca. Jeśli tylko zaczniesz żyć chwilą obecną, wszystko co robisz nabierze głębszego znaczenia.

Poprzez uważność i bycie w danej chwili będziesz czuł większą kontrolę nad tym co robisz i czujesz, będziesz podejmował bardziej świadome decyzje i je realizował, będziesz w konsekwencji czuł się zdecydowanie mniej zestresowany. Opanowanie sztuki uważności zajmuje jednak trochę czasu i wymaga nakładu energii i zaangażowania.

MBSR to 8-tygodniowy program uczący medytacji mindfulness, w sposób praktyczny i pozwalający na zastosowanie w codziennym życiu. Stworzony i zaproponowany przez profesora medycyny Jona Kabat-Zinna, z Uniwersytetu Massachusetts.

Sterowana Wyobraźnia /Wizualizacja/

Wizualizacja to forma medytacji, w której obiektem koncentracji jest wyobraźnia. Marzenia, wspomnienia i wewnętrzne dialogi to rodzaje wizualizacji. Siła wyobraźni ma niesamowitą moc. Liczne badania (Carl i Stephanie Simonton, Irving Oyle, Milton Erickson, Sidney Rosen, Mart Jasnoski) wykazały olbrzymi wpływ wizualizacji na organizm. Wizualizacja wpływa na układ immunologiczny, zmienia poziomy neuropeptydów.

Można nią kontrolować różne funkcje fizjologiczne, takie jak HR, RR, ślinienie, napięcie mięśni, oporność skóry, aktywność przewodu pokarmowego, oddychanie. Wizualizacja jest stosowana w ośrodkach zajmujących się leczeniem raka i bólem. To skuteczna metoda prowadząca do relaksacji i pomagająca w zwalczaniu stresu.

Wizualizacja może być również formą medytacji, w której obiektem koncentracji jest wyobraźnia. Marzenia, wspomnienia i wewnętrzne dialogi to rodzaje wizualizacji.

Wizualizację można stosować w celu relaksacyjnym lub terapeutycznym. Bardzo ważne jest, aby obraz był zgodny z osobistą wyobraźnią (w przypadku wizualizacji prowadzonych lub z wykorzystaniem CD) i wykorzystywał w miarę możliwości jak najwięcej zmysłów (wzrok, słuch, smak, węch, dotyk), ze szczególnym wykorzystaniem dominującego zmysłu.

Badania pokazują, że 80% ludzi preferuje pozytywne obrazy.

Położ się w cichym miejscu, zamknij oczy i rozluźnij się jak tylko możesz. Utwórz obrazy w wyobraźni, które obejmują wszystkie zmysły (wzrok, słuch, smak, węch, dotyk), obrazy pełne widoków smaków, dźwięków i zapachów. Wyobraź sobie cel, który chcesz uzyskać (np. siebie zrelaksowanego w miłym, wymarzonej otoczeniu) lub efekt zdrowotny. W wizualizacji terapeutycznej należy tworzyć obrazy, w których chory narząd / układ zmienia się w zdrowy. Niektórzy eksperci uważają, że wizualizacja terapeutyczna powinna być anatomicznie prawidłowa. Najłatwiej zacząć ćwiczyć wizualizację rano i w nocy, gdy leżysz w łóżku. Po pewnym czasie z łatwością będziesz to robić w innych okolicznościach.

Biofeedback

Biofeedback to technika, która uczy kontroli procesów, które normalnie dzieją się bez naszej woli /HR, ciśnienie, napięcie mięśni, temperatura/.

Najczęściej stosowane typy biofeedbacku to: HRV, EMG, EEG, termalny. Terapia uczy zmiany parametrów przez wykorzystanie ćwiczeń oddechowych. Aby wpływać na wyżej wspomniane parametry, konieczne jest osiągnięcia przez osobę praktykującą stanu relaksacji.

Badania wykazały skuteczność biofeedbacku m.in. w takich przypadkach, jak: stres, bóle głowy, depresja, bezsenność, zaburzenia lękowe, IBS, chroniczny ból, ADHA, nietrzymanie moczu, nadciśnienie, choroby serca, fibromyalgia. Są urządzenia, które można zakupić do wykorzystania domowego /www. HeartMath.com info: [www. HeartMath.org/](http://www.HeartMath.org/), nie mniej jednak warto na początek skorzystać z pomocy doświadczonego w tej technice terapeuty.

Trening autogeniczny

Trening autogeniczny to powtarzanie konkretnych komend i wizualizacja, które generują stan relaksacji. Jest to codzienna praktyka, zwykle 3 sesje po 15 minut. Jej zdecydowanym benefitem jest samo-efektywność i samoświadomość w relatywnie krótkim czasie, co pozwala na uniezależnienie od terapeuty i daje poczucie kontroli

Badania potwierdziły skuteczność treningu autogenicznego, oprócz znaczącej redukcji stresu, w następujących schorzeniach: IBS, bezsenność, ból, lęki, fibromialgia

Przykładowe komendy treningu autogenicznego:

- Moje ręce są ciężkie
- Moje ręce są ciepłe
- Moje serce bije spokojnie i mocno
- Mój oddech jest spokojny i zrelaksowany
- Mój brzuch jest ciepły
- Moje czoło jest przyjemnie zimne

Progresywna relaksacja

Progresywna relaksacja polega na izolacji grupy mięśniowej, napięciu tej grupy i utrzymaniu napięcia przez 8-10s, a następnie zrelaksowaniu. Zawsze, po wygenerowaniu napięcia i rozluźnieniu, mięśnie są bardziej zrelaksowane, niż były przed napięciem. Po zrelaksowaniu mięśni, w sposób naturalny pojawiają się pozostałe elementy odpowiedzi relaksacyjnej.

W wersji pierwotnej, zaproponowanej przez twórcę relaksacji progresywnej Dr Johannesesa Heinricha Schultza, niemieckiego psychiatrę i neurologa, było to 30 grup mięśniowych, aktualnie częściej korzysta się z wersji skróconych.

Badania skuteczności: bezdech nocny, bezsenność, stres, zaburzenia lękowe, ból.

Yoga

Najbardziej popularna terapia umysł-ciało na świecie, która pochodzi z Indii i liczy sobie tysiące lat tradycji. Bazowe idee zostały spisane w Sutrach przez Pantanjali w II w. p.n.e.

Cel jest osiągnięcie wewnętrznego spokoju i przebudzenia oraz wzmocnienie mentalne, duchowe i fizyczne. Jest bardzo dużo stylów i tradycji. Praktykowanie yogi najczęściej to: koncentracja, medytacja, praca nad postawą, rozciąganie, ćwiczenia, ćwiczenia oddechowe.

Yoga generuje odpowiedź relaksacyjną: spadek poziomu kortyzolu, tętna, ciśnienia, glukozy, markerów zapalnych oraz wzrost wydzielania dopaminy i serotoniny.

Innymi benefitami praktykowania yogi są efekty psychologiczne: lepsza adaptacja myśli, energii, zachowania, poprawa nastroju, więcej optymizmu, lepsze zarządzanie energią

Skuteczność potwierdzona badaniami: OCD, PTSD, chroniczny ból, nadciśnienie, IBS, astma, depresja, fibromialgia, menopauza, nowotwory
Większość badań: 30-60 minut, 3 lub więcej razy w tygodniu, przez 1-12 tygodni

Tai Chi

Tai Chi to technika relaksacyjna, polegająca na wykonywaniu ciągłych, regularnych ruchów pełnych gracji, które wzmacniają i poprawiają przepływ energii życiowej Chi oraz generują odpowiedź relaksacyjną.

Kombinacja ruchów pierwotnie była rewolucyjną sztuką walki, inspirowaną obserwacją natury i wykorzystującą ezoteryczne metody wzmocnienia Chi

Bazowe style: Chen, Yang, Wu Sun

Badania skuteczności: bóle pleców, CHD, osteoporoza, rehabilitacja po udarze, chroniczne zmęczenie, zespół metaboliczny

Muzykoterapia

Dźwięki mają bezpośredni i znaczący wpływ na układ nerwowy i emocje, które odczuwamy. Część z nas jest nieświadoma wpływu „zanieczyszczenia dźwiękami”, z którymi mamy do czynienia w miejscach pracy, w miastach, w których żyjemy.

Muzyka niezwykle mocno działa na nasz mózg i umysł. Może sprawić, że będziemy bardziej spokojni lub pobudzeni, może stymulować nas do działania lub wzbudzać głęboki strach.

Znajdź muzykę, która sprawia, że czujesz się zrelaksowany i szczęśliwy, która wpływa pozytywnie na Twój nastrój.

Polecane lektury:

„W osiem tygodni do zdrowia”, „Spontaniczne szczęście” Andrew Weil

„Medytacja” Joan Budilovsky, Eve Adamson

„Jak zwalczyć stres i osiągnąć pełen relaks” E.R. Eshelman, Dr M. Davis, Dr M. McKay

„Życie piękna katastrofa” Jon Kabat-Zinn

PRAWO I ZABEZPIECZENIA SPOŁECZNE



Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



I. Dochodzenie roszczeń przez pacjentów

Opracowanie – r.pr. Robert Bryzek

Podstawy prawne:

- Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta¹
- Ustawa z dnia 17 listopada 1964 r. Kodeks postępowania cywilnego²
- Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny³

Art. 2. [Podmioty zobowiązane do przestrzegania praw pacjenta]

Przestrzeganie praw pacjenta określonych w ustawie jest obowiązkiem organów władzy publicznej właściwych w zakresie ochrony zdrowia, Narodowego Funduszu Zdrowia, podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych, **osób wykonujących zawód medyczny oraz innych osób uczestniczących w udzielaniu świadczeń zdrowotnych.**

Art. 4. [Zadośćuczynienie pieniężne; suma pieniężna na cel społeczny] - SĄD

1. W razie **zawinionego naruszenia praw pacjenta** sąd może przyznać poszkodowanemu (*pacjentowi*) odpowiednią sumę **tytułem zadośćuczynienia pieniężnego (NIE ODSZKODOWANIA)** za doznaną **krzywdę** na podstawie art. 448 Kodeksu cywilnego.

2. W razie zawinionego naruszenia **prawa pacjenta do umierania w spokoju i godności** sąd może, na żądanie **małżonka, krewnych lub powinowatych do drugiego stopnia w linii prostej lub przedstawiciela ustawowego**, zasądzić odpowiednią sumę pieniężną na wskazany przez nich **cel społeczny** na podstawie art. 448 Kodeksu cywilnego.

¹ Dz. U. z 2017 r., poz. 1318 (wersja od dnia 11 maja 2017 r.)

² Dz. U. z 2016 r., poz. 1822 ze zm.

³ Dz. U. z 2017 r., poz. 459 ze zm.

3. Przepisu ust. 1 nie stosuje się do zawinionego naruszenia prawa pacjenta do (WYŁĄCZENIA):

- 1) przechowywania rzeczy wartościowych w **depozycie** podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne;
- 2) **informacji o rodzaju i zakresie** świadczeń zdrowotnych udzielanych przez podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych;
- 3) dostępu do **dokumentacji medycznej** dotyczącej jego stanu zdrowia;
- 4) zgłaszania **działań niepożądanych produktów leczniczych**.

GENERALNIE – możemy wyróżnić **TRZY** sposoby dochodzenia roszczeń za naruszenie praw pacjenta:

- Uгода pacjenta z podmiotem leczniczym (płaci szpital, a nie ubezpieczyciel, np. PZU). Wcześniej należy wystosować do szpitala lub innego podmiotu zobowiązanego - **WEZWANIE DO ZAPŁATY**.
- Postępowanie przed Wojewódzką Komisją ds. Orzekania o Zdarzeniach Medycznych (płaci szpital).
- Postępowanie przed sądem powszechnym: Sąd Rejonowy lub Sąd Okręgowy (powyżej 75 tys. zł, płaci PZU do sumy ubezpieczenia).
- **PZU posiada pozycję monopolisty** w przedmiocie ubezpieczeń medycznych.
- Wytaczając powództwo o błędy medyczne, należy mieć świadomość, że po stronie szpitala z pewnością stanie także ubezpieczyciel (wspólny interes – brak zapłaty, ew. doprowadzenie przed sądem do przyznania możliwie niskiej kwoty).

Rozdział 13a

Zasady i tryb ustalania odszkodowania i zadośćuczynienia w przypadku zdarzeń medycznych

Art. 67a. [Zakres stosowania przepisów]

1. Przepisy niniejszego rozdziału stosuje się do **zakażenia pacjenta biologicznym czynnikiem chorobotwórczym, uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia pacjenta albo śmierci pacjenta będącego następstwem niezgodnych z aktualną wiedzą medyczną:**

- 1) **diagnozy**, jeżeli spowodowała ona niewłaściwe leczenie albo opóźniła właściwe leczenie, przyczyniając się do rozwoju choroby;
 - 2) **leczenia**, w tym wykonania **zabiegu operacyjnego**;
 - 3) **zastosowania produktu leczniczego lub wyrobu medycznego**
- zwanego dalej "zdarzeniem medycznym".
2. Przepisy niniejszego rozdziału stosuje się do zdarzeń medycznych będących następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych **w szpitalu** w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej (*dotyczy TYLKO SZPITALA!*).

Art. 67b. [Podmioty składające wniosek o ustalenie zdarzenia medycznego]

1. W przypadku:
 - 1) zakażenia, uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia, o których mowa w art. 67a ust. 1 - **pacjent** lub jego **przedstawiciel ustawowy** mogą wystąpić z **wnioskiem** o ustalenie zdarzenia medycznego;
 - 2) **śmierci**, o której mowa w art. 67a ust. 1 - wniosek o ustalenie zdarzenia medycznego mogą złożyć **spadkobiercy pacjenta**
- zwani dalej "podmiotami składającymi wniosek".
2. Postępowanie przed wojewódzką komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych, o której mowa w art. 67e ust. 1:
 - 1) **zawiesza** się w przypadku toczącego się w związku z tym samym zdarzeniem **postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej** osoby wykonującej zawód medyczny lub **postępowania karnego w sprawie o przestępstwo**;
 - 2) **nie wszczyna się, a wszczęte umarza** w przypadku, gdy w związku z tym samym zdarzeniem **prawomocnie osądzono sprawę o odszkodowanie lub zadośćuczynienie pieniężne albo toczy się postępowanie cywilne w tej sprawie** (*Pacjent może skorzystać tylko z jednej opcji, tzn. Komisja lub Sąd*).
3. W przypadku zakończenia postępowania, o którym mowa w ust. 2 pkt 1, postępowanie przed wojewódzką komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych, o której mowa w art. 67e ust. 1, **podejmuje się z urzędu**.

Art. 67c. [Termin wniesienia i adresat wniosku o ustalenie zdarzenia medycznego]

1. Wniosek o ustalenie zdarzenia medycznego, zwany dalej "wnioskiem", **wnosi się do wojewódzkiej komisji do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych właściwej ze względu na siedzibę szpitala** *(w danym województwie)*.

1a. **W przypadku gdy wojewódzka komisja do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych, do której wpłynął wniosek, jest niewłaściwa, niezwłocznie przekazuje wniosek do właściwej wojewódzkiej komisji do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych**, zawiadamiając o tym podmiot składający wniosek.

2. **Wniosek wnosi się w terminie 1 ROKU od dnia, w którym podmiot składający wniosek dowiedział się o zakażeniu, uszkodzeniu ciała lub rozstroju zdrowia albo nastąpiła śmierć pacjenta**, o których mowa w art. 67a ust. 1, jednakże termin ten **nie może być dłuższy niż 3 LATA od dnia, w którym nastąpiło zdarzenie skutkujące zakażeniem, uszkodzeniem ciała lub rozstrojem zdrowia albo śmiercią pacjenta**.

3. Złożenie wniosku, w wyniku którego wojewódzka komisja do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych, o której mowa w art. 67e ust. 1, wydała orzeczenie o zdarzeniu medycznym, **przerzywa bieg terminu przedawnienia roszczeń określony w przepisach Kodeksu cywilnego wynikający ze zdarzeń objętych wnioskiem**.

→ *Potencjalne ryzyko! PUŁAPKA – Komisja musi wydać orzeczenie uznające, że doszło do zdarzenia medycznego, w przeciwnym razie NIE dojdzie do przerwania biegu przedawnienia z prawa cywilnego (przedawnienie) i zostanie zamknięta droga dla pacjenta do dochodzenia naprawienia szkody lub zadośćuczynienia.*

→ *Gdy postępowanie przed Komisją **może** zakończyć się wydaniem rozstrzygnięcia o braku zdarzenia medycznego, a zbliża się termin przedawnienia, należy wytoczyć powództwo cywilne.*

4. **W przypadku śmierci pacjenta**, o której mowa w art. 67a ust. 1, termin o którym mowa w ust. 2, **nie biegnie do dnia zakończenia postępowania spadkowego** *(jest to oczywiste, gdyż nie wiadomo, kto zostanie spadkobiercą i komu będzie przysługiwało następstwo prawne)*.

Art. 67d. [Treść i załączniki do wniosku o ustalenie zdarzenia medycznego]

1. Wniosek zawiera:

- 1) dane pacjenta:
 - a) imię i nazwisko,
 - b) datę urodzenia,
 - c) numer PESEL albo serię i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość, jeżeli posiada.
- 2) imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego, jeżeli dotyczy;
- 3) imiona i nazwiska wszystkich spadkobierców, jeżeli dotyczy;
- 4) wskazanie, który ze spadkobierców reprezentuje pozostałych w postępowaniu przed wojewódzką komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych, o której mowa w art. 67e ust. 1, jeżeli dotyczy;
- 5) adres do doręczeń;
- 6) dane podmiotu leczniczego prowadzącego szpital:
 - a) firmę,
 - b) adres siedziby oraz adres szpitala, jeżeli dotyczy.
- 7) **uzasadnienie wniosku zawierające uprawdopodobnienie zdarzenia**, którego następstwem było zakażenie, uszkodzenie ciała, rozstrój zdrowia albo śmierć pacjenta, o których mowa w art. 67a ust. 1, oraz szkody majątkowej lub niemajątkowej (*we wniosku należy przytoczyć wszystkie DOWODY i ARGUMENTY*);
- 8) **wskazanie, czy przedmiotem wniosku jest zakażenie, uszkodzenie ciała, rozstrój zdrowia albo śmierć pacjenta**, o których mowa w art. 67a ust. 1;
- 9) propozycję wysokości odszkodowania i zadośćuczynienia, nie wyższą niż określona w art. 67k ust. 7.

2. Do wniosku dołącza się:

- 1) **dowody** uprawdopodobniające okoliczności wskazane we wniosku;
- 2) potwierdzenie uiszczenia **opłaty**, o której mowa w ust. 3;
- 3) **postanowienie o stwierdzeniu nabycia spadku** w przypadku, o którym mowa w art. 67b ust. 1 pkt 2, oraz pełnomocnictwo do reprezentowania pozostałych spadkobierców, w przypadku złożenia wniosku przez co najmniej jednego z nich.

3. Złożenie wniosku podlega opłacie w wysokości 200 zł. Opłata podlega zaliczeniu na poczet kosztów postępowania przed wojewódzką komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych.

- Sąd wymaga opłaty stosunkowej od pozwu, zazwyczaj 5% dochodzonej kwoty, co czyni postępowanie sądowe **drogim postępowaniem**.
- Można wystąpić do Sądu z wnioskiem o zwolnienie od kosztów sądowych, pod warunkiem, że pacjent udowodni swoje niskie dochody (PIT).
- Komisja na wstępie kosztuje tylko 200 zł.

4. Opłatę, o której mowa w ust. 3, uiszcza się **na rachunek właściwego urzędu wojewódzkiego**.

5. Wniosek niekompletny lub nienależycie opłacony jest zwracany bez rozpatrzenia podmiotowi składającemu wniosek.

6. Kompletny i należycie opłacony wniosek wojewódzka komisja do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych, o której mowa w art. 67e ust. 1, przekazuje niezwłocznie **kierownikowi podmiotu leczniczego prowadzącego szpital**, z działalnością którego wiąże się wniosek, **oraz ubezpieczycielowi**, o którym mowa w art. 67i ust. 2 pkt 2. **Kierownik tego podmiotu i ubezpieczyciel przedstawiają stanowisko w terminie 30 dni od dnia otrzymania wniosku wraz z dowodami na poparcie swojego stanowiska. Nieprzedstawienie stanowiska jest równoznaczne z akceptacją wniosku w zakresie dotyczącym okoliczności w nim wskazanych oraz proponowanej wysokości odszkodowania i zadośćuczynienia.**

- **30 DNI** – to termin, którego Szpital oraz Ubezpieczyciel nie mogą przeoczyć, gdyż wiązałoby się to z uznaniem roszczenia i zapłatą żądanej przez pacjenta kwoty.

Art. 67e. [Wojewódzkie komisje do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych]

1. Tworzy się wojewódzkie komisje do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych, zwane dalej "wojewódzkimi komisjami". **Siedzibą wojewódzkiej komisji jest siedziba właściwego urzędu wojewódzkiego.**
2. Wykonywanie zadań wojewódzkiej komisji nie stanowi wykonywania władzy publicznej.
3. **W skład wojewódzkiej komisji wchodzi 16 członków, w tym:**
 - 1) **8 członków posiadających co najmniej wyższe wykształcenie i tytuł magistra lub równorzędny w dziedzinie nauk medycznych**, którzy wykonują zawód medyczny przez okres co najmniej **5 lat** albo posiadają stopień naukowy doktora w dziedzinie nauk medycznych;

- 2) **8 członków posiadających co najmniej wyższe wykształcenie i tytuł magistra w dziedzinie nauk prawnych**, którzy przez okres co najmniej **5 lat** byli zatrudnieni na stanowiskach związanych ze stosowaniem lub tworzeniem prawa albo posiadają stopień naukowy doktora w dziedzinie nauk prawnych
- **którzy posiadają wiedzę w zakresie praw pacjenta oraz korzystają z pełni praw publicznych.**

4. Członkiem wojewódzkiej komisji nie może być osoba:

- 1) prawomocnie skazana za umyślne przestępstwo lub umyślne przestępstwo skarbowe;
- 2) prawomocnie ukarana karą z tytułu odpowiedzialności dyscyplinarnej albo Zawodowej;
- 3) wobec której prawomocnie orzeczono środek karny określony w art. 39 pkt 2 lub 2a Kodeksu Karnego.

5. Spośród członków wojewódzkiej komisji:

- 1) 14 członków powołuje wojewoda, przy czym:
 - a) 4 członków stanowią osoby powołane spośród kandydatów zgłoszonych przez samorządy zawodowe lekarzy, lekarzy dentyków, pielęgniarek i położnych oraz diagnostów laboratoryjnych, mających siedzibę na terenie województwa,
 - b) 4 członków stanowią osoby powołane spośród kandydatów zgłoszonych przez samorząd zawodowy advokatury oraz samorząd radców prawnych, mających siedzibę na terenie województwa,
 - c) 6 członków stanowią osoby powołane spośród kandydatów zgłoszonych przez organizacje społeczne działające na terenie województwa na rzecz praw pacjenta.
- 2) po jednym członku powołuje minister właściwy do spraw zdrowia i Rzecznik.

6. Podmioty, o których mowa w ust. 5 pkt 1, zgłaszają, a minister właściwy do spraw zdrowia i Rzecznik powołują, kandydatów na członków wojewódzkiej komisji nie później niż na 6 miesięcy przed upływem kadencji wojewódzkiej komisji, a w przypadku odwołania członka wojewódzkiej komisji przed upływem kadencji - w terminie wyznaczonym przez wojewodę.

7. **Kadencja wojewódzkiej komisji wynosi 6 lat.** W przypadku gdy członek wojewódzkiej komisji zostanie odwołany przed upływem kadencji na podstawie ust. 9, kadencja członka powołanego na jego miejsce upływa z dniem upływu kadencji wojewódzkiej komisji.

8. Przepisy ust. 6 i 7 stosuje się odpowiednio w przypadku śmierci członka wojewódzkiej komisji.

9. Członka wojewódzkiej komisji odwołuje, przed upływem kadencji, organ, który go powołał, w przypadku:

- 1) złożenia rezygnacji ze stanowiska;
- 2) choroby trwale uniemożliwiającej wykonywanie powierzonych zadań;
- 3) zaistnienia okoliczności określonych w art. 67g ust. 1;
- 4) niezłożenia oświadczenia, o którym mowa w art. 67g ust. 4;
- 5) zaistnienia okoliczności określonych w ust. 4;
- 6) uchylania się od wykonywania obowiązków członka wojewódzkiej komisji albo ich nieprawidłowego wykonywania.

10. O powołaniu na członka wojewódzkiej komisji oraz o terminach jej posiedzeń informuje się pracodawcę tej osoby.

11. Pracami wojewódzkiej komisji kieruje przewodniczący wybrany spośród jej członków na pierwszym posiedzeniu większością głosów przy obecności co najmniej 3/4 jej członków, w głosowaniu tajnym.

11a. Przewodniczący wojewódzkiej komisji dokonuje oceny wniosku pod względem spełnienia wymogów formalnych.

12. Termin pierwszego posiedzenia wojewódzkiej komisji wyznacza wojewoda. Pierwszemu posiedzeniu, do czasu wyboru przewodniczącego, o którym mowa w ust. 11, przewodniczy członek wojewódzkiej komisji wyznaczony przez wojewodę.

13. Wojewódzka komisja działa na podstawie uchwalonego przez siebie regulaminu, przy czym:

- 1) uchwały wojewódzkiej komisji są podejmowane zwykłą większością głosów, chyba że ustawa stanowi inaczej;
- 2) w przypadku równej liczby głosów rozstrzyga głos przewodniczącego;
- 3) członek wojewódzkiej komisji nie może wstrzymać się od głosu;
- 4) wojewódzka komisja działa na posiedzeniach, które są protokołowane.

Art. 67f. [Skład orzekający wojewódzkiej komisji do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych]

1. Wojewódzkie komisje orzekają w składzie 4-osobowym.

2. Skład orzekający wojewódzkiej komisji, zwany dalej "składem orzekającym", jest wyznaczany przez przewodniczącego wojewódzkiej komisji według kolejności wpływu wniosków o ustalenie zdarzenia medycznego z alfabetycznej listy członków wojewódzkiej komisji, przy czym 2 członków składu orzekającego spełnia wymagania, o których mowa

w art. 67e ust. 3 pkt 1, a 2 członków składu orzekającego spełnia wymagania, o których mowa w art. 67e ust. 3 pkt 2. Odstępstwo od tej kolejności jest dopuszczalne tylko z przyczyn określonych w art. 67g ust. 2.

2a. W przypadku gdy z powodu wyłączenia członków wojewódzkiej komisji, o którym mowa w art. 67g ust. 2 albo w art. 67j ust. 8 zdanie drugie, nie jest możliwe wyznaczenie składu orzekającego, przewodniczący wojewódzkiej komisji, niezwłocznie, nie później niż w terminie 3 dni od dnia wpływu wniosku, informuje o tym Rzecznika.

2b. Rzecznik, nie później niż w terminie 7 dni od dnia otrzymania informacji, o której mowa w ust. 2a, wskazuje wojewódzką komisję właściwą do rozpatrzenia wniosku, mając na uwadze zapewnienie możliwie dogodnych warunków dojazdu dla uczestników postępowania.

2c. Wojewódzka komisja, do której wpłynął wniosek, przekazuje całość dokumentacji sprawy wojewódzkiej komisji wskazanej przez Rzecznika, niezwłocznie, nie później niż w terminie 3 dni od dnia wskazania.

3. Pracami składu orzekającego kieruje przewodniczący. Termin pierwszego posiedzenia składu orzekającego oraz jego przewodniczącego wyznacza przewodniczący wojewódzkiej komisji.

Art. 67g. [Konflikt interesów członka składu orzekającego]

1. Członkowie składu orzekającego, ich małżonkowie, zstępni i wstępni w linii prostej nie mogą być:

- 1) właścicielami, osobami zatrudnionymi lub współpracującymi z podmiotem leczniczym prowadzącym szpital lub z ubezpieczycielem, o których mowa w art. 67i ust. 2, oraz członkami organów tego podmiotu lub ubezpieczyciela;
- 2) członkami organów oraz osobami zatrudnionymi w podmiocie tworzącym w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, jeżeli podmiot ten utworzył podmiot leczniczy niebędący przedsiębiorcą, który prowadzi szpital, o którym mowa w art. 67i ust. 2 pkt 1;
- 3) posiadaczami akcji lub udziałów przedstawiających więcej niż 10% kapitału zakładowego w spółkach handlowych będących podmiotami leczniczymi prowadzącymi szpital, o którym mowa w art. 67i ust. 2 pkt 1, oraz ubezpieczyciela, o którym mowa w art. 67i ust. 2 pkt 2.

2. Członek składu orzekającego podlega wyłączeniu w postępowaniu w sprawach, w których:

- 1) jest podmiotem składającym wniosek lub pozostaje z tym podmiotem w takim

stosunku prawnym, że wynik postępowania przed wojewódzką komisją ma wpływ na jego prawa i obowiązki;

- 2) pozostaje z podmiotem składającym wniosek w takim stosunku osobistym, że wywołuje to wątpliwości co do jego bezstronności;
- 3) podmiotem składającym wniosek jest jego małżonek, krewny lub powinowaty w linii prostej, krewny boczny do czwartego stopnia i powinowaty boczny do drugiego stopnia;
- 4) podmiot składający wniosek jest związany z nim z tytułu przysposobienia, opieki lub kurateli;
- 5) był lub jest pełnomocnikiem albo przedstawicielem ustawowym podmiotu składającego wniosek.

3. Powody wyłączenia członka składu orzekającego trwają także po ustaniu małżeństwa, przysposobienia, opieki lub kurateli.

4. Przed powołaniem do składu orzekającego członkowie wojewódzkiej komisji składają oświadczenie o braku okoliczności określonych w ust. 1 i 2, zwane dalej "oświadczeniem o braku konfliktu interesów".

5. Członkowie wojewódzkiej komisji są obowiązani do zachowania w tajemnicy uzyskanych w toku postępowania przed komisją informacji dotyczących pacjenta, w tym także po ustaniu członkostwa w komisji.

6. Przepisy ust. 1-5 stosuje się także do osób niebędących członkami wojewódzkiej komisji, którym komisja zleciła przygotowanie opinii.

7. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, wzór oświadczenia o braku konfliktu interesów, mając na celu uzyskanie pełnych informacji o okolicznościach określonych w ust. 1 i 2.

→ *Wyłączenia członków Wojewódzkiej Komisji ds. Orzekania o Zdarzeniach Medycznych są identyczne jak sędziów oraz biegłych.*

Art. 67h. [Wynagrodzenie członków składu orzekającego]

1. Członkom składu orzekającego przysługuje:

- 1) wynagrodzenie w wysokości nieprzekraczającej 430 zł za udział w posiedzeniu;
- 2) zwrot kosztów przejazdu w wysokości i na warunkach określonych w przepisach

wydanych na podstawie art. 77⁵ § 2 Kodeksu pracy;

3) zwolnienie od pracy w dniu posiedzenia komisji, bez zachowania prawa do wynagrodzenia.

2. Kwota, o której mowa w ust. 1 pkt 1, podlega waloryzacji z uwzględnieniem średniorocznego wskaźnika wzrostu wynagrodzeń w państwowej sferze budżetowej, przyjętego w ustawie budżetowej.

3. Działalność wojewódzkiej komisji jest finansowana z budżetu państwa, z części pozostającej w dyspozycji właściwego wojewody. Wysokość wynagrodzenia, o którym mowa w ust. 1 pkt 1, ustala właściwy wojewoda

Art. 67i. [Postępowanie przed wojewódzką komisją]

1. Celem postępowania przed wojewódzką komisją jest ustalenie, czy zdarzenie, którego następstwem była szkoda majątkowa lub niemajątkowa, stanowiło zdarzenie medyczne.

2. W posiedzeniach wojewódzkiej komisji, z wyjątkiem części posiedzenia, w trakcie której odbywa się narada i głosowanie nad orzeczeniem, może uczestniczyć podmiot składający wniosek oraz przedstawiciel:

- 1) kierownika podmiotu leczniczego prowadzącego szpital, z działalnością którego wiąże się wniosek o ustalenie zdarzenia medycznego;
- 2) ubezpieczyciela, z którym podmiot leczniczy zawarł umowę ubezpieczenia z tytułu zdarzeń medycznych.

3. O terminie posiedzenia zawiadamia się podmiot składający wniosek oraz kierownika podmiotu leczniczego prowadzącego szpital, oraz ubezpieczyciela, o których mowa w ust. 2. Zawiadomienie doręcza się co najmniej na 7 dni przed terminem posiedzenia.

4. W celu wydania orzeczenia wojewódzka komisja może wzywać do złożenia wyjaśnień:

- 1) **podmiot składający wniosek;**
- 2) **kierownika podmiotu leczniczego** prowadzącego szpital, z działalnością którego wiąże się wniosek;
- 3) **osoby, które wykonywały zawód medyczny w podmiocie leczniczym** prowadzącym szpital oraz inne osoby, które były w nim zatrudnione lub w inny sposób z nim związane, w okresie, w którym zgodnie z wnioskiem miało miejsce zdarzenie medyczne albo zostały wskazane we wniosku jako osoby, które mogą posiadać

informacje istotne dla prowadzonego przed wojewódzką komisją postępowania;

4) **ubezpieczyciela**, o którym mowa w art. 67i ust. 2 pkt 2.

Wezwanie doręcza się co najmniej na 7 dni przed terminem posiedzenia.

5. W postępowaniu wojewódzka komisja rozpatruje dowody przedstawione przez podmiot składający wniosek oraz kierownika podmiotu leczniczego prowadzącego szpital, z działalnością którego wiąże się wniosek, oraz ubezpieczyciela, o którym mowa w art. 67i ust. 2 pkt 2. Wojewódzka komisja może także w zakresie prowadzonego postępowania:

1) żądać dokumentacji prowadzonej przez podmiot leczniczy prowadzący szpital, w tym dokumentacji medycznej;

2) przeprowadzać postępowanie wyjaśniające w podmiocie leczniczym prowadzącym szpital;

3) dokonywać wizytacji pomieszczeń i urzędzeń szpitala.

6. Z czynności, o których mowa w ust. 5 pkt 2 i 3, sporządza się protokół, który podpisują członkowie wojewódzkiej komisji oraz osoby uczestniczące w tych czynnościach.

Odmowę lub niemożność podpisania stwierdza się w protokole.

6a. W przypadku nieusprawiedliwionego niestawiennictwa osoby wezwanej na posiedzenie w celu złożenia wyjaśnień, o których mowa w ust. 4, albo zeznań w charakterze świadka, wojewódzka komisja może pominąć dowód z tych wyjaśnień albo zeznań, jeśli miałyby one dotyczyć okoliczności już ustalonych w sposób niebudzący wątpliwości na podstawie innych dowodów.

7. Jeżeli stwierdzenie okoliczności mających istotne znaczenie dla wydania orzeczenia wymaga wiadomości specjalnych, wojewódzka komisja zasięga opinii lekarza w danej dziedzinie medycyny z listy, o której mowa w art. 32 ust. 2, albo konsultanta wojewódzkiego w danej dziedzinie medycyny, farmacji lub innej dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia.

Art. 67j. [Orzeczenie wojewódzkiej komisji]

1 Wojewódzka komisja **po naradzie** (*podobnie jak sąd*) wydaje, **w formie pisemnej, orzeczenie o zdarzeniu medycznym albo jego braku, wraz z uzasadnieniem.**

2 Wojewódzka komisja wydaje orzeczenie, o którym mowa w ust. 1, nie później niż w terminie **4 miesięcy** od dnia złożenia wniosku.

→ *Duży atut postępowania przed Komisją – tylko 4 miesiące (zazwyczaj jest to dłużej, np. 8 miesięcy). Natomiast, przed sądem powszechnym, sprawy cywilne*

w przedmiocie błędów medycznych, trwają średnio – **4 lata**, plus dodatkowy **1 rok** na postępowanie apelacyjne = **5 LAT**. Powyższe dane są uśrednione, gdyż wiele spraw trwa **8 lat!**

3 Orzeczenie wojewódzkiej komisji zapada większością co najmniej 3/4 głosów w obecności wszystkich członków składu orzekającego.

4 Orzeczenie wojewódzkiej komisji sporządzone w **dwóch egzemplarzach podpisuje cały skład orzekający**. Członek składu orzekającego, który w głosowaniu nie zgodził się z większością, może zgłosić **zdanie odrębne i jest obowiązany uzasadnić je na piśmie** (podobnie jak skład orzekający sądu) w terminie umożliwiającym sporządzenie uzasadnienia orzeczenia w terminie, o którym mowa w ust. 5.

5 **Przewodniczący** składu orzekającego na posiedzeniu wojewódzkiej komisji, na którym wydano orzeczenie, **ogłasza jego treść**, przytaczając główne motywy rozstrzygnięcia. **W terminie 7 dni od dnia wydania orzeczenia sporządza się jego uzasadnienie.**

6 Orzeczenie wraz z uzasadnieniem doręcza się:

1) **podmiotowi składającemu wniosek;**

2) **kierownikowi podmiotu leczniczego prowadzącego szpital oraz ubezpieczycielowi**, o których mowa w art. 67i ust. 2

- nie później niż w terminie 7 dni od dnia upływu terminu, o którym mowa w ust. 5.

7 W terminie 14 dni od dnia doręczenia orzeczenia wraz z uzasadnieniem podmiotowi składającemu wniosek, kierownikowi podmiotu leczniczego prowadzącego szpital oraz ubezpieczycielowi, o których mowa w art. 67i ust. 2, przysługuje prawo złożenia do wojewódzkiej komisji umotywowanego wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy.

→ Nie odwołanie, zażalenie, ale **WNIOSEK O PONOWNE ROZPATRZENIE SPRAWY!**

8 Wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy wojewódzka komisja rozpatruje w terminie 30 dni od dnia jego otrzymania. W rozpatrywaniu tego wniosku nie może uczestniczyć członek składu orzekającego, który brał udział w wydaniu zaskarżonego orzeczenia. Przepisy ust. 1, 3-6 oraz art. 67g-67i stosuje się.

→ 30 dni! W sądzie ten termin byłby kilka razy dłuższy.

9 Wojewódzka komisja zawiadamia podmioty uprawnione do złożenia wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy o bezskutecznym upływie terminu, o którym mowa w ust. 7.

Art. 67k. [Działania ubezpieczyciela po wydaniu orzeczenia przez wojewódzką komisję; wysokość odszkodowania i zadośćuczynienia]

1. W zakresie uregulowanym niniejszą ustawą ubezpieczyciel jest związany orzeczeniem wojewódzkiej komisji.

2. Ubezpieczyciel, za pośrednictwem wojewódzkiej komisji, w terminie 30 dni od dnia:

1) otrzymania zawiadomienia określonego w art. 67j ust. 9;

2) doręczenia orzeczenia wojewódzkiej komisji o zdarzeniu medycznym wydanego w wyniku złożenia wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy

- przedstawia podmiotowi składającemu wniosek propozycję odszkodowania i zadośćuczynienia. Propozycja nie może być wyższa niż maksymalna wysokość odszkodowania i zadośćuczynienia określona w ust. 7.

3. W przypadku gdy ubezpieczyciel nie przedstawi w terminie, o którym mowa w ust. 2, propozycji odszkodowania i zadośćuczynienia, ubezpieczyciel jest obowiązany do ich wypłaty w wysokości określonej we wniosku, nie wyższej niż określona w ust. 7.

4. W przypadku, o którym mowa w ust. 3, wojewódzka komisja wystawia zaświadczenie, w którym stwierdza złożenie wniosku o ustalenie zdarzenia medycznego, wysokość odszkodowania lub zadośćuczynienia oraz fakt nieprzedstawienia propozycji, o której mowa w ust. 3. **Zaświadczenie stanowi tytuł wykonawczy.** Przepisy działu II tytułu I części trzeciej Kodeksu postępowania cywilnego stosuje się.

5. Podmiot składający wniosek w terminie 7 dni od dnia otrzymania propozycji określonej w ust. 2 składa, za pośrednictwem wojewódzkiej komisji, ubezpieczycielowi oświadczenie o jej przyjęciu albo odrzuceniu.

6. Wraz z oświadczeniem o przyjęciu propozycji określonej w ust. 2 podmiot składający wniosek składa oświadczenie o zrzeczeniu się wszelkich roszczeń o odszkodowanie i zadośćuczynienie pieniężne za doznaną krzywdę mogących wynikać ze zdarzeń uznanych przez wojewódzką komisję za zdarzenie medyczne w zakresie szkód, które ujawniły się do dnia złożenia wniosku. Oświadczenie złożone przez spadkobiercę reprezentującego

pozostałych spadkobierców, o których mowa w art. 67d ust. 2 pkt 3, jest skuteczne wobec pozostałych.

7. Maksymalna wysokość świadczenia (odszkodowania i zadośćuczynienia)
z tytułu jednego zdarzenia medycznego w odniesieniu do jednego pacjenta w przypadku:

- 1) zakażenia, uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia pacjenta – wynosi 100 000 zł;**
- 2) śmierci pacjenta - wynosi 300 000 zł.**

→ Obecnie w postępowaniach przed sądami zapadają kwoty, nawet do 2 mln zł.

→ UWAGA – jeżeli pacjent zaakceptuje jakąkolwiek kwotę w postępowaniu przed Komisją (przyjmie), to definitywnie ma **ZAMKNIĘTĄ** drogę sądową w tym zakresie.

→ UWAGA – na pracowników firm ubezpieczeniowych! Jeżeli dostaną wiadomość o zdarzeniu w szpitalu, potrafią następnego dnia pojawić się przy łóżku pacjenta z gotową do podpisania **UGODĄ (oczywiście z bardzo niską kwotą pieniężną)**. W ten sposób wykorzystują stan, w jakim znalazł się pacjent i jego rodzina.

8. W przypadku, o którym mowa w ust. 6, propozycja odszkodowania i zadośćuczynienia przedstawiona przez ubezpieczyciela stanowi tytuł wykonawczy. Przepisy działu II tytułu I części trzeciej Kodeksu postępowania cywilnego stosuje się.

9. Przedstawienie przez ubezpieczyciela propozycji, o której mowa w ust. 2, lub wypłata przez niego odszkodowania lub zadośćuczynienia, nie oznacza uznania roszczenia dla celów jego dochodzenia w postępowaniu cywilnym.

10. Przepisy ust. 1-9 oraz przepisy wydane na podstawie ust. 11, w zakresie w jakim dotyczą ubezpieczyciela, stosuje się do podmiotu leczniczego prowadzącego szpital, w przypadku:

- 1) wyczerpania sumy ubezpieczenia w odniesieniu do wszystkich zdarzeń medycznych w szpitalu, których skutki są objęte umową ubezpieczenia, o której mowa w art. 67i ust. 2 pkt 2, albo nie zawarcia tej umowy;
- 2) (uchylony).

→ 11. *Zapisy nieistotne*

Art. 67l. [Wycofanie wniosku; umorzenie postępowania; koszty postępowania]

- 1. Podmiot składający wniosek może wycofać wniosek o ustalenie zdarzenia medycznego do dnia wydania orzeczenia w wyniku wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy, o którym mowa w art. 67j ust. 8.**
2. Wojewódzka komisja umarza postępowanie w sprawie wniosku o ustalenie zdarzenia medycznego w przypadku:
 - 1) określonym w ust. 1;
 - 2) śmierci podmiotu składającego wniosek;
 - 3) cofnięcia pełnomocnictwa, o którym mowa w art. 67d ust. 2 pkt 3.
- 3. Koszty postępowania przed wojewódzką komisją ponosi:**
 - 1) podmiot składający wniosek - w przypadku orzeczenia o braku zdarzenia Medycznego;**
 - 2) podmiot leczniczy prowadzący szpital - w przypadku orzeczenia o zdarzeniu medycznym;**
 - 3) ubezpieczyciel - w przypadku, o którym mowa w art. 67k ust. 3.**
- 4. Wysokość kosztów postępowania wojewódzka komisja ustala w orzeczeniu. Kwotę stanowiącą równowartość kosztów uiszcza się na rachunek właściwego urzędu wojewódzkiego.**
5. Koszty postępowania przed wojewódzką komisją stanowią:
 - 1) **opłata**, o której mowa w art. 67d ust. 3;
 - 2) zwrot kosztów podróży i noclegu oraz utraconych zarobków lub dochodów osób wezwanych przez wojewódzką komisję;**
 - 3) wynagrodzenie za sporządzenie opinii.**

→ Koszty przed Komisją są duże niższe niż przed Sądem!

Wpływy z kosztów stanowią dochód budżetu państwa.

6. Wydatki związane z doręczaniem wezwań i innych pism wojewódzkiej komisji oraz ze zwrotem opłat nie obciążają podmiotu składającego wniosek, podmiotu leczniczego prowadzącego szpital oraz ubezpieczyciela.

7. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, zryczałtowaną wysokość poszczególnych kosztów w postępowaniu przed wojewódzką komisją, mając na celu zrównoważenie interesów pacjentów oraz szpitali.

Art. 67m. [Skarga o stwierdzenie niezgodności z prawem orzeczenia wojewódzkiej komisji]

1. Podmiot składający wniosek, podmiot leczniczy prowadzący szpital oraz ubezpieczyciel mogą, w terminie 30 dni od dnia:

- 1) bezskutecznego upływu terminu, o którym mowa w art. 67j ust. 7;
- 2) otrzymania orzeczenia wydanego w wyniku wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy, o którym mowa w art. 67j ust. 8

- wnieść skargę o stwierdzenie niezgodności z prawem orzeczenia wojewódzkiej komisji. Skargę można oprzeć wyłącznie na naruszeniu przepisów dotyczących postępowania przed wojewódzką komisją.

2. W sprawie skargi orzeka, w terminie 30 dni od dnia jej otrzymania, wojewódzka komisja w składzie 6-osobowym. Przepisy art. 67c ust. 1, art. 67f ust. 2 i 3 oraz art. 67g, 67h i art. 67j ust. 8 zdanie drugie stosuje się odpowiednio.

→ *Niespotykany skład – 6 OSÓB!*

Art. 67n. [Przechowywanie oświadczeń o braku konfliktu interesów, protokołów oraz orzeczeń]

1. Oświadczenia o braku konfliktu interesów, protokoły oraz orzeczenia wraz z uzasadnieniem są przechowywane przez właściwego wojewodę przez okres 10 lat, z wyłączeniem dokumentacji medycznej zgromadzonej w postępowaniu, która po zakończeniu postępowania jest zwracana podmiotowi składającemu wniosek na jego żądanie albo niszczone w sposób uniemożliwiający identyfikację pacjenta, którego dotyczyła.

2. Po zakończeniu postępowania wojewódzka komisja informuje podmiot składający wniosek o prawie wystąpienia, w terminie 14 dni od dnia otrzymania informacji, z żądaniem zwrotu dokumentacji medycznej, o której mowa w ust. 1.

3. W przypadku umorzenia postępowania z powodu śmierci podmiotu składającego wniosek dokumentacja medyczna, o której mowa w ust. 1, jest niszczone w sposób uniemożliwiający identyfikację pacjenta, którego dotyczyła.

4. Wojewoda ma prawo przetwarzania dokumentacji, o której mowa w ust. 1, w zakresie koniecznym do realizacji zadania określonego w ust. 1.

Art. 55. [Uprawnienia Rzecznika Praw Pacjenta w postępowaniach cywilnych]

W sprawach cywilnych dotyczących naruszenia praw pacjenta, określonych w niniejszej ustawie oraz w przepisach odrębnych, Rzecznik może z urzędu lub na wniosek strony:

- 1) żądać wszczęcia postępowania;**
- 2) brać udział w toczącym się postępowaniu;**

- na prawach przysługujących prokuratorowi.

- *Rzecznik Praw Pacjenta może wytoczyć powództwo cywilne na rzecz pacjenta w przedmiocie zasądzenia z tytułu naruszenia praw pacjenta, określoną kwotę, tytułem zadośćuczynienia.*
- *Rzecznik Praw Pacjenta może przyłączyć się do każdej sprawy cywilnej w powyższym zakresie. Przyłączenie **NIE** wymaga zgody Sądu ani innej strony postępowania.*
- *Rzecznik, powództwo popiera tylko w zakresie zadośćuczynienia, **NIE** popiera powództwa w zakresie **ODSZKODOWANIA, RENTY** itp., gdyż nie ma ustawowej kompetencji w tym zakresie.*
- *Celem przystąpienia Rzecznika Praw Pacjenta do toczącego się już postępowania należy złożyć **WNIOSEK** (forma pisemna, niesformalizowana).*
- *Rzecznik Praw Pacjenta prowadzi obecnie ok. 30 takich spraw na terenie całego kraju.*
- *Rzecznik Praw Pacjenta **NIE** pełni roli adwokata. Sprawy, którymi się zajmuje mają charakter społeczny, a przede wszystkim precedensowy.*
- *Również **pacjent** lub jego **pełnomocnik** wnoszący powództwo do Sądu może żądać zasądzenia określonej kwoty tytułem zadośćuczynienia za naruszenie praw pacjenta (**jest to odrębna podstawa prawna od innych roszczeń, np. odszkodowania**).*
- *Powyższe roszczenie jest mało znane prawnikom reprezentujących pacjentów przed sądami cywilnymi. Można zauważyć tendencje wzrostowe w tym zakresie, coraz więcej pozwów zawiera to żądanie.*
- *W postępowaniu przed Rzecznikiem Praw Pacjenta, jak również przed sądem powszechnym w sprawach o błędy medyczne (odszkodowanie, zadośćuczynienie), pacjent powinien przedstawić wszystkie dowody, które posiada. **Dowodem może być także rozmowa pacjenta z lekarzem (nagrana np. przy pomocy telefonu – bez wiedzy lekarza)**. Rzecznik Praw Pacjenta dopuszcza*

w postępowaniu taki dowód. Natomiast Sądy w większości również (orzecznictwo wskazuje, że 85% Sądów uwzględnia taki dowód). Jednakże należy mieć na uwadze, że nagrany bez swojej wiedzy lekarz, może wnieść przeciwko pacjentowi **powództwo o naruszenie dóbr osobistych**. Nie ulega wątpliwości, że **prawo pacjenta do ochrony zdrowia (art. 68 Konstytucji RP)** ma pierwszeństwo/prymat, **nad prawem do ochrony dóbr osobistych (art. 23 Kodeksu cywilnego)**. Ponadto, powyższe dotyczy tylko i wyłącznie rozmowy nagranej „w tajemnicy” przez pacjenta z lekarzem (rozmowy, w której pacjent uczestniczy). **Nagranie rozmowy, w której pacjent nie uczestniczy, ale tylko ją słyszy (wiadomości nie przeznaczone dla pacjenta) jest karalne (odpowiedzialność karna)**.

II Prawa pacjenta

Opracowanie – r.pr. Robert Bryzek

USTAWA

z dnia 6 listopada 2008 r.

o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta⁴

***Uwaga generalna** – ustawa jest napisana dla pacjentów (krótki akt prawny, prosty język). Dla środowiska lekarskiego (w szerokim tego słowa znaczeniu) uchwalono Ustawę z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry⁵. Do przestrzegania zapisów powyższych ustaw są zobowiązane osoby wykonujące zawody medyczne, bez względu na fakt, czy udzielają świadczeń zdrowotnych w ramach NFZ, czy prywatnie.*

Rozdział 1 Przepisy ogólne

Art. 1. [Zakres ustawy]

Ustawa określa:

- 1) **prawa pacjenta;**
- 2) zasady udostępniania dokumentacji medycznej;
- 3) **obowiązki podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych związane z prawami pacjenta;**
- 4) tryb powoływania, odwoływania i kompetencje Rzecznika Praw Pacjenta;
- 5) postępowanie w sprawach praktyk naruszających zbiorowe prawa pacjentów;
- 6) zasady i tryb ustalania odszkodowania i zadośćuczynienia w przypadku zdarzeń medycznych.

Art. 2. [Podmioty zobowiązane do przestrzegania praw pacjenta]

Przestrzeganie praw pacjenta określonych w ustawie jest obowiązkiem **organów władzy publicznej** właściwych w zakresie ochrony zdrowia, Narodowego Funduszu Zdrowia,

⁴ Dz. U. z 2017 r., poz. 1318 (wersja od dnia 11 maja 2017 r.)

⁵ Dz. U. z 2017 r., poz. 125 ze zm.

podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych, osób wykonujących zawód medyczny oraz innych osób uczestniczących w udzielaniu świadczeń zdrowotnych (np. rejestratorka w Przychodni).

Art. 3. [Definicje]

1. Użyte w ustawie określenia oznaczają:

- 1) **opiekun faktyczny** - osobę sprawującą, bez obowiązku ustawowego, stałą opiekę nad pacjentem, który ze względu na wiek, stan zdrowia albo stan psychiczny opieki takiej wymaga;
- 2) **osoba bliska** - małżonka, krewnego lub powinowatego do drugiego stopnia w linii prostej, przedstawiciela ustawowego, osobę pozostającą we wspólnym pożyciu lub osobę wskazaną przez pacjenta;
- 3) **osoba wykonująca zawód medyczny** - osobę wykonującą zawód medyczny, o której mowa w art. 2 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2015 r. poz. 618, z późn. zm.);
- 4) **pacjent** - osobę zwracającą się o udzielenie świadczeń zdrowotnych lub korzystającą ze świadczeń zdrowotnych udzielanych przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych lub osobę wykonującą zawód medyczny;

→ *zabiegi kosmetyczne, medycyna estetyczna, obecnie MZ skłania się do uznania tych zabiegów za świadczenia zdrowotne. Należy odróżnić od **chirurgii plastycznej**, np. ubytki tkanek, zniekształcenia po chorobie nowotworowej, wypadki.*

5) **podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych** - podmiot wykonujący działalność leczniczą, o którym mowa w art. 2 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (*np. Szpital, Przychodnia, ZOL, Indywidualna praktyka – gabinet prywatny*);

6) świadczenie zdrowotne - świadczenie zdrowotne, o którym mowa w art. 2 ust. 1 pkt 10 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (*por. uwagi z pkt 4*);

7) (uchylony);

8) wyciąg - skrótowy dokument zawierający wybrane informacje lub dane z całości dokumentacji medycznej (*dotyczy prawa pacjenta do dokumentacji medycznej*);

9) odpis - dokument wytworzony przez przepisanie tekstu z oryginału dokumentacji

- medycznej z wiernym zachowaniem zgodności co do treści z oryginałem (*jw.*);
- 10) kopia - dokument wytworzony przez odwzorowanie oryginału dokumentacji medycznej, w formie kserokopii albo odwzorowania cyfrowego (**skanu**) (*jw.*).
2. Ilekroć w ustawie jest mowa o lekarzu, rozumie się przez to także **lekarza dentystę oraz felczera** w zakresie wynikającym z przepisów o zawodzie felczera (*zawód, który jeszcze funkcjonuje*).

Art. 4. [Zadośćuczynienie pieniężne; suma pieniężna na cel społeczny]

1. W razie zawinionego naruszenia praw pacjenta sąd może przyznać poszkodowanemu (*Pacjentowi*) odpowiednią sumę **tytułem zadośćuczynienia** (*NIE Odszkodowania,*) **pieniężnego za doznaną krzywdę** na podstawie art. 448 Kodeksu cywilnego.
2. **W razie zawinionego naruszenia prawa pacjenta do umierania w spokoju i godności** sąd może, na żądanie małżonka, krewnych lub powinowatych do drugiego stopnia w linii prostej lub przedstawiciela ustawowego, zasądzić odpowiednią sumę pieniężną na wskazany przez nich **cel społeczny** na podstawie art. 448 Kodeksu cywilnego.
3. Przepisu ust. 1 nie stosuje się do zawinionego naruszenia prawa pacjenta do:
 - 1) przechowywania rzeczy wartościowych w **depozycie** podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne;
 - 2) **informacji o rodzaju i zakresie świadczeń zdrowotnych** udzielanych przez podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych (*NIE dotyczy prawa pacjenta do INFORMACJI*);
 - 3) dostępu **do dokumentacji medycznej** dotyczącej jego stanu zdrowia (*95% podmiotów prowadzi dokumentację medyczną niezgodnie z obowiązującymi przepisami*);
 - 4) zgłaszania **działań niepożądanych** produktów leczniczych.

Art. 5. [Ograniczenie korzystania z praw pacjenta]

Kierownik podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych lub upoważniony przez niego **lekarz, może ograniczyć korzystanie z praw pacjenta** w przypadku wystąpienia **zagrożenia epidemicznego** lub ze względu na **bezpieczeństwo zdrowotne pacjentów**, a w przypadku praw, o których mowa w art. 33 ust. 1 (*kontakt osobisty, telefoniczny lub korespondencyjny z innymi osobami. Również ze względu na możliwości*

organizacyjne podmiotu, np. zakazać obecności przy łóżku pacjenta osoby bliskiej, zakaz odwiedzin).

→ *jedyny przepis, który WYThĄCZA przestrzeganie praw pacjenta.*

Rozdział 2

Prawo pacjenta do świadczeń zdrowotnych

Art. 6. [Zakres prawa do świadczeń zdrowotnych]

1. Pacjent ma prawo do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom **aktualnej wiedzy medycznej.**

→ **czyt. również nowe metody leczenia.**

2. Pacjent ma prawo, w sytuacji ograniczonych możliwości udzielenia odpowiednich świadczeń zdrowotnych (KOLEJKI, LISTY OCZEKUJACYCH), do przejrzystej, obiektywnej, opartej na kryteriach medycznych, procedury ustalającej kolejność dostępu do tych świadczeń (np. ze względu na rodzaj choroby – nowotwór, lub kolejność zgłoszenia bądź rejestracji).

→ *bezzasadne wykreślanie pacjentów z kolejek, **KORUPCJA?***

→ *W przypadku utrudnionego dostępu pacjentów do lekarzy specjalistów, warto korzystać z narzędzia -> <http://kolejki.nfz.gov.pl/> tj. „Ogólnopolski Informator o Czasie Oczekiwania na Świadczenia Medyczne” (NFZ).*

3. Pacjent ma **prawo żądać**, aby udzielający mu świadczeń zdrowotnych:

- 1) lekarz zasięgnął **opinii innego lekarza** lub zwołał **konsylium lekarskie**;
- 2) pielęgniarka (położna) zasięgnęła opinii innej pielęgniarki (położnej).

4. **Lekarz może odmówić zwołania konsylium lekarskiego lub zasięgnięcia opinii** innego lekarza, jeżeli uzna, że żądanie, o którym mowa w ust. 3, jest bezzasadne.

5. **Żądanie**, o którym mowa w ust. 3, oraz **odmowę**, o której mowa w ust. 4, **odnotowuje się w dokumentacji medycznej** (jest to obowiązek lekarza, brak wpisu w dokumentacji medycznej – historia choroby, przemawia przeciwko twierdzeniu lekarza).

6. Przepisy ust. 4 i 5 stosuje się do pielęgniarki (położnej) w zakresie zasięgania opinii innej pielęgniarki (położnej).

→ **WNIOSEK O KONSYLIMUM LEKARSKIE** – pacjent, przedstawiciel ustawowy lub inna upoważniona osoba powinna złożyć w formie pisemnej z przytoczeniem wątpliwości, z określeniem jakich specjalizacji powinni być lekarze uczestniczący w konsylium. Obowiązkowo, wniosek powinien zostać sporządzony w 2 egzemplarzach. Jeden dla lekarza, ordynatora, a kopia (PREZENTATA) dla samego pacjenta/wnioskodawcy (dla celów dowodowych, że takowy wniosek został złożony). Należy również dopilnować, aby na kopii była pieczęć i podpis z datą, osoby, która wniosek pacjenta otrzymała.

Art. 7. [Prawo do natychmiastowego udzielenia świadczenia zdrowotnego; prawo do uzyskania świadczeń zdrowotnych związanych z porodem]

1. Pacjent ma prawo do natychmiastowego udzielenia świadczeń zdrowotnych ze względu na **zagrożenie zdrowia lub życia**.

→ SOR i kolejki, Wrocław – helikopter, Centrum Urazowe.

→ Obowiązek udzielenia pomocy przez lekarza może nie zostać spełniony, jeżeli pacjent zdolny do wyrażenia zgody na świadczenie zdrowotne wyraża sprzeciw na podjęcie interwencji lekarskiej. **Powyższe dotyczy także sytuacji, gdy pacjent wyraża sprzeciw na czynności ratujące mu życie.**

→ Bardzo duży problem **pacjentek** z chorobą nowotworową (np. nowotwór trzonu macicy), a jednocześnie **będących w ciąży**. Skuteczne leczenie nowotworu wymaga świadczenia terminacji ciąży. Zdarza się, że lekarze nie chcą wykonać terminacji, powołując się na tzw. „**klauzulę sumienia**”.

→ Art. 39 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, stanowi, że: Lekarz może powstrzymać się od wykonania świadczeń zdrowotnych niezgodnych z jego sumieniem, z zastrzeżeniem art. 30, z tym że ma obowiązek wskazać realne możliwości uzyskania tego świadczenia u innego lekarza lub w podmiocie leczniczym oraz uzasadnić i odnotować ten fakt w dokumentacji medycznej. Lekarz wykonujący swój zawód na podstawie stosunku pracy lub w ramach służby ma ponadto obowiązek uprzedniego powiadomienia na piśmie przełożonego.

- Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 7 października 2015 r. (sygn. K12/14). Prawo do odmowy wykonania świadczenia zdrowotnego, niezgodnego z sumieniem lekarza. Trybunał uznał, iż w części art. 39 u.z.l.l.d. jest niezgodny z Konstytucją, w części m.in. wymagającej od lekarza wskazania realnej możliwości wykonania zabiegu terminacji ciąży w innym podmiocie leczniczym.
- Obecnie, powyższy wyrok Trybunału Konstytucyjnego, jest uzasadnieniem dla lekarzy, do odmowy rzonego zabiegu.
- **Jednakże!** Ustawa z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży, w art. 4a stanowi, że ciąża może zostać przerwana przez lekarza, jeżeli zachodzi któraś z poniższych przesłanek:
 - ciąża stanowi zagrożenie dla życia lub zdrowia kobiety ciężarnej;
 - badania prenatalne lub inne przesłanki medyczne wskazują na duże prawdopodobieństwo ciężkiego i nieodwracalnego upośledzenia płodu albo nieuleczalnej choroby zagrażającej jego życiu;
 - zachodzi uzasadnione podejrzenie, że ciąża powstała w wyniku czynu zabronionego.
- Lekarz nie może dokonać zabiegu przerywania ciąży wbrew woli kobiety, nawet wtedy gdy dalsze trwanie ciąży zagraża życiu lub zdrowiu kobiety ciężarnej (np. przypadek Agaty Mróz-Olszewskiej).

2. W przypadku porodu pacjentka ma prawo do uzyskania świadczeń zdrowotnych związanych z porodem.

Art. 8. [Zasady udzielania świadczeń zdrowotnych]

Pacjent ma prawo do świadczeń zdrowotnych udzielanych z **należyłą starannością** (Kodeks Etyki Lekarskiej – KARY) przez podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych **w warunkach** odpowiadających określonym w odrębnych przepisach wymaganiom **fachowym i sanitarnym** (odpowiednie wyposażenie gabinetów, zezwolenia Inspekcji Sanitarnej). Przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych osoby wykonujące zawód medyczny kierują się zasadami etyki zawodowej określonymi przez właściwe samorzady zawodów medycznych.

- Zgodnie z art. 10 Kodeksu Etyki Lekarskiej, lekarz nie powinien wykraczać poza swoje umiejętności zawodowe przy wykonywaniu czynności diagnostycznych,

profilaktycznych, leczniczych lub rehabilitacyjnych. Jeżeli zakres tych czynności przewyższa umiejętności i doświadczenie lekarza, powinien on zwrócić się do bardziej doświadczonej osoby (np. zwołać konsylium lekarskie).

→ *Jeżeli lekarz, pomimo wątpliwości (jak powyżej) nie skorzysta z prawa do konsultacji, podejmując jednocześnie czynności spoza zakresu swojej specjalności, **będzie oceniany, jak specjalista.***

Rozdział 3

Prawo pacjenta do informacji

Rozdział 3a

Prawo do zgłaszania działań niepożądanych produktów leczniczych

Art. 12a. [Działanie niepożądane produktu leczniczego]

Pacjent lub jego **przedstawiciel ustawowy**, lub **opiekun faktyczny** ma prawo zgłaszania osobom wykonującym zawód medyczny, Prezesowi Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych lub podmiotowi odpowiedzialnemu za wprowadzenie produktu leczniczego do obrotu działania niepożądanego produktu leczniczego zgodnie z ustawą z dnia 6 września 2001 r. - Prawo farmaceutyczne (Dz. U. z 2008 r. Nr 45, poz. 271, z późn. zm.).

Rozdział 4

Prawo pacjenta do tajemnicy informacji z nim związanych

Art. 13. [Zakres prawa do zachowania w tajemnicy informacji o pacjencie]

Pacjent ma prawo do zachowania w tajemnicy przez osoby wykonujące zawód medyczny, w tym udzielające mu świadczeń zdrowotnych, informacji z nim związanych, a uzyskanych w związku z wykonywaniem zawodu medycznego *(np. wypełniane przez pacjentów **formularze** stanowiące, komu lekarz może udostępnić dokumentację medyczną oraz udzielić informacji o stanie zdrowia – bardzo często stosowane przez podmioty lecznicze).*

→ *Tajemnicą lekarską **NIE** są objęte informacje, które dotyczą osobistych spraw pacjenta, jeżeli lekarz pozyskał je **NIE** wykonując zawodu lekarza.*

Art. 14. [Ograniczenie prawa do zachowania informacji w tajemnicy]

1. W celu realizacji prawa, o którym mowa w art. 13, osoby wykonujące zawód medyczny są obowiązane zachować w tajemnicy informacje związane z pacjentem, w szczególności ze stanem zdrowia pacjenta.

2. Przepisu ust. 1 nie stosuje się, w przypadku gdy:

- 1) tak stanowią przepisy odrębnych ustaw (*np. Kodeks Karny – przestępstwo zgwałcenia, pobicie dziecka i inne*);
- 2) zachowanie tajemnicy może stanowić niebezpieczeństwo dla życia lub zdrowia pacjenta lub innych osób (*np. choroby zakaźne, bardzo zły wynik badania*);
- 3) pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy wyraża **zgode** na ujawnienie tajemnicy;
- 4) zachodzi potrzeba przekazania niezbędnych informacji o pacjencie związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych innym osobom wykonującym zawód medyczny, uczestniczącym w udzielaniu tych świadczeń (*np. kontynuacja leczenia u innego lekarza lub w innym podmiocie leczniczym*).

2a. Przepisu ust. 1 nie stosuje się także do **postępowania przed wojewódzką komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych**, o której mowa w art. 67e ust. 1.

3. Osoby wykonujące zawód medyczny, z wyjątkiem przypadków, o których mowa w ust. 2 pkt 1-3 i ust. 2a, **są związane tajemnicą również po śmierci pacjenta, chyba że zgodę na ujawnienie tajemnicy wyrazi osoba bliska.**

4. Zwolnienia z tajemnicy, o którym mowa w ust. 3, nie stosuje się, jeśli ujawnieniu tajemnicy sprzeciwi się **inna osoba bliska.**

→ *Kto ma decydujący głos z rodziny pacjenta? Brak racjonalności po stronie prawodawcy. Konflikty rodzinne. Co w takiej sytuacji ma zrobić lekarz?*

Rozdział 5

Prawo pacjenta do wyrażenia zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych

Rozdział 6

Prawo do poszanowania intymności i godności pacjenta

Art. 20. [Zakres prawa do poszanowania godności i intymności]

1 Pacjent ma prawo do poszanowania intymności i godności, w szczególności w czasie

udzielania mu świadczeń zdrowotnych (*np. korzystanie z parawanów, zamknięte drzwi gabinetu, nieprzeprowadzanie wywiadu lekarskiego na korytarzu, brak osób postronnych podczas badania*).

2 Prawo do poszanowania godności obejmuje także prawo do umierania w spokoju i godności.

Art. 20a. [Prawo do leczenia bólu]

→ **NOWOŚĆ!**

1. Pacjent ma prawo do leczenia bólu.
2. Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych jest obowiązany podejmować działania polegające na określeniu stopnia natężenia bólu (*np. posługiwać się skalą*), leczeniu bólu oraz monitorowaniu skuteczności tego leczenia.

Art. 21. [Obecność osoby bliskiej przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych]

1. Na życzenie pacjenta przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych może być obecna **osoba bliska** (*definicja osoby bliskiej patrz art. 3 ust. 1 pkt 2 – np. kolega, partner, konkubent, osoby tej samej płci*).
2. Osoba wykonująca zawód medyczny udzielająca świadczeń zdrowotnych pacjentowi może odmówić obecności osoby bliskiej przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych, w przypadku istnienia prawdopodobieństwa wystąpienia **zagrożenia epidemicznego** lub ze względu na **bezpieczeństwo zdrowotne pacjenta** (*np. pacjent przyjmujący leki, słaby i podatny na infekcje itp.*).

→ **Odmowę odnotowuje się w dokumentacji medycznej !**

→ *Nawet wyproszenie osoby bliskiej pacjentowi z gabinetu podczas wizyty powinno zostać odnotowane w dokumentacji medycznej. Wyproszenie rodziców dziecka, może naruszać prawo małoletniego pacjenta do obecności osoby bliskiej w trakcie udzielania świadczeń zdrowotnych.*

Art. 22. [Obowiązki osób wykonujących zawód medyczny]

1. W celu realizacji prawa, o którym mowa w art. 20 ust. 1, osoba wykonująca zawód medyczny ma obowiązek postępować w sposób zapewniający poszanowanie intymności i godności pacjenta.
2. Osoby wykonujące zawód medyczny, inne niż udzielające świadczeń zdrowotnych, uczestniczą przy udzielaniu tych świadczeń **tylko wtedy, gdy jest to niezbędne**

ze względu na rodzaj świadczenia lub wykonywanie czynności kontrolnych na podstawie przepisów o działalności leczniczej. **Uczestnictwo, a także obecność innych osób wymaga zgody pacjenta**, a w przypadku pacjenta małoletniego, całkowicie ubezwłasnowolnionego lub niezdolnego do świadomego wyrażenia zgody, jego przedstawiciela ustawowego, i osoby wykonującej zawód medyczny, udzielającej świadczenia zdrowotnego.

→ **UWAGA na Szpitale Kliniczne!** Pacjent, decydując się na leczenie w Szpitalu Klinicznym, powinien mieć świadomość, iż celem tego podmiotu leczniczego jest również kształcenie przyszłych lekarzy, w związku z powyższym, bardzo często świadczenia zdrowotne są udzielane w obecności studentów i rezydentów.

3. Do osób, o których mowa w ust. 2 zdanie drugie, stosuje się odpowiednio art. 13 i 14.

Rozdział 7

Prawo pacjenta do dokumentacji medycznej

(16 września 2017 r.)

Rozdział 8

Prawo pacjenta do zgłoszenia sprzeciwu wobec opinii albo orzeczenia lekarza

Art. 31. [Wniesienie sprzeciwu do Komisji Lekarskiej]

→ Pacjenci **NIE** korzystają z tej instytucji ponieważ **NIE WIEDZĄ**, że takowa w ogóle istnieje! Rok 2016 – do Biura Rzecznika Praw Pacjenta wpłynął **1 SPRZECIW!**

1. **Pacjent** lub jego **przedstawiciel ustawowy** mogą wnieść sprzeciw wobec opinii albo orzeczenia określonych w art. 2 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry, **jeżeli opinia albo orzeczenie ma wpływ na prawa lub obowiązki pacjenta wynikające z przepisów prawa** (Sprzeciw może złożyć pacjent lub przedstawiciel ustawowy – brak uprawnienia dla innych osób. Gdy pacjent nie może tego uczynić, należy wniosek przygotować za pacjenta i poprosić o jego podpisanie. (Dotyczy, np. odmowa terminacji ciąży.)).

→ *Sprzeciw można zastosować do wydanego i podpisanego przez lekarzy – protokołu stwierdzającego śmierć pnia mózgu (również dzieci) -> organy do pobrania*

2. Sprzeciw wnosi się do **Komisji Lekarskiej** działającej przy **Rzeczniku Praw Pacjenta**, za pośrednictwem Rzecznika Praw Pacjenta, **w terminie 30 dni od dnia wydania opinii albo orzeczenia** przez lekarza orzekającego o stanie zdrowia pacjenta.
3. **Sprzeciw wymaga uzasadnienia, w tym wskazania przepisu prawa**, z którego wynikają prawa lub obowiązki, o których mowa w ust. 1.
4. W przypadku niespełnienia wymagań określonych w ust. 3 sprzeciw jest zwracany osobie, która go wniosła.
5. **Komisja Lekarska na podstawie dokumentacji medycznej, oraz w miarę potrzeby, po przeprowadzeniu badania pacjenta, wydaje orzeczenie niezwłocznie, nie później niż w terminie 30 dni od dnia wniesienia sprzeciwu.**
6. Komisja Lekarska wydaje orzeczenie bezwzględną większością głosów w obecności pełnego składu tej komisji.
7. **Od rozstrzygnięcia Komisji Lekarskiej nie przysługuje odwołanie.**
8. Do postępowania przed Komisją Lekarską **nie stosuje się przepisów Kodeksu postępowania administracyjnego.**
9. Przepisów ust. 1-8 nie stosuje się w przypadku postępowania odwoławczego w odniesieniu do opinii i orzeczeń, uregulowanego w odrębnych przepisach.

Art. 32. [Komisja Lekarska]

1. W skład Komisji Lekarskiej wchodzi **trzech lekarzy powołanych przez Rzecznika Praw Pacjenta z listy**, o której mowa w ust. 2, w tym **dwóch tej samej specjalności, co lekarz, który wydał opinię albo orzeczenie**, o których mowa w art. 31 ust. 1.
2. **Konsultanci krajowi**, w porozumieniu z właściwymi **konsultantami wojewódzkimi**, opracowują raz w roku w terminie do dnia 30 marca, listę lekarzy w **danej dziedzinie medycyny**, którzy mogą być członkami Komisji Lekarskiej. Lista zawiera imiona i nazwiska lekarzy, ich numery telefonów i adresy korespondencyjne oraz adresy poczty elektronicznej, jeżeli je posiadają (*Listami lekarzy dysponuje Biuro Rzecznika Praw Pacjenta*).
- 2a. Wpisanie lekarza na listę, o której mowa w ust. 2, wymaga uzyskania jego uprzedniej

pisemnej zgody.

2b. Lekarz może odmówić udziału w Komisji Lekarskiej **z ważnych powodów.**

Uporczywe uchylanie się od udziału w Komisji Lekarskiej albo od wydania opinii, o której mowa w art. 67i ust. 7, powoduje skreślenie z listy, o której mowa w ust. 2.

3. Z tytułu uczestnictwa w Komisji Lekarskiej lekarzowi **przysługuje wynagrodzenie**, które ustala Rzecznik Praw Pacjenta.

3a. Członkom Komisji Lekarskiej przysługuje **zwolnienie od pracy** w dniu jej posiedzenia, bez zachowania prawa do wynagrodzenia.

4. Koszty działania Komisji Lekarskiej są finansowane **z budżetu państwa, z części będącej w dyspozycji Rzecznika Praw Pacjenta.**

5. Minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Naczelnej Rady Lekarskiej, określi, w drodze rozporządzenia, sposób działania Komisji Lekarskiej uwzględniając efektywność realizacji praw pacjenta.

Rozdział 9

Prawo pacjenta do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego

Art. 33. [Prawo pacjenta do kontaktu z innymi osobami]

1. Pacjent podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej ma prawo do kontaktu **osobistego** (*odwiedziny*), **telefonicznego** (*pod warunkiem, że telefon nie zakłóca pracy aparatury medycznej*) **lub korespondencyjnego** z innymi osobami.

→ *Użytkowanie telefonu komórkowego, tabletu, gier (konsole), czy laptopa na Oddziale przez pacjenta – **zależy od zgody** Dyrektora Szpitala.*

→ *Pobieranie opłat za energię elektryczną (za ładowanie powyższych urządzeń) – **niedopuszczalne**. Dyrektor podmiotu leczniczego nie posiada koncesji na obrót energią elektryczną. Jeżeli wyraża zgodę na posiadanie ww. urządzeń, w sposób dorozumiany wyraża zgodę na ładowanie baterii. Powyższe wynika z art. 35 ustawy o działalności leczniczej (**kompleksowość** udzielanych świadczeń zdrowotnych, w tym zakwaterowania).*

2. **Pacjent ma prawo do odmowy kontaktu** z osobami wymienionymi w ust. 1.

Art. 34. [Prawo do dodatkowej opieki pielęgnacyjnej]

1. Pacjent ma prawo do dodatkowej opieki pielęgnacyjnej.
2. Przez dodatkową opiekę pielęgnacyjną, o której mowa w ust. 1, rozumie się opiekę, która nie polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych, w tym także opiekę sprawowaną nad pacjentką w warunkach ciąży, porodu i połogu.

Art. 35. [Ponoszenie kosztów realizacji prawa do kontaktu z innymi osobami o prawa do dodatkowej opieki pielęgnacyjnej]

→ tzw. Oplata za łóżko, polówkę (w zależności od możliwości i warunków lokalowych Szpitala) za materac, prysznic, wyżywienie itp. Cena wynosi od 15 zł do ok. 35 zł. Pobieranie wyższych cen jest przedmiotem „kontroli” Rzecznika Praw Pacjenta. Muszą to być koszty **RZECZYWISTE** – realne, jakie ponosi podmiot leczniczy. Osoba towarzysząca pacjentowi powinna żądać rachunku lub paragonu - **jawność i transparentność usługi.**

1. **Pacjent ponosi koszty** realizacji praw, o których mowa w art. 33 ust. 1 i art. 34 ust. 1, jeżeli realizacja tych praw skutkuje kosztami poniesionymi przez podmiot leczniczy wykonujący działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej.

2. **Wysokość opłaty** rekompensującej koszty, o których mowa w ust. 1, **ustala kierownik** podmiotu, **uwzględniając rzeczywiste koszty realizacji praw**, o których mowa w art. 33 ust. 1 i art. 34 ust. 1.

3. Informacja o wysokości opłaty, o której mowa w ust. 2, oraz sposobie jej ustalenia jest jawna i udostępniana w lokalu zakładu leczniczego podmiotu, o którym mowa w ust. 1.

Rozdział 10

Prawo pacjenta do opieki duszpasterskiej

Art. 36. [Zakres podmiotowy prawa do opieki duszpasterskiej]

Pacjent przebywający w podmiocie leczniczym wykonującym działalność leczniczą w rodzaju

stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej ma prawo do opieki duszpasterskiej.

Art. 37. [Umożliwienie kontaktu z duchownym w razie pogorszenia się stanu zdrowia]

W sytuacji pogorszenia się stanu zdrowia lub zagrożenia życia podmiot, o którym mowa w art. 33 ust. 1, **jest obowiązany** umożliwić pacjentowi kontakt z duchownym jego wyznania.

→ *OBOWIĄZEK, a nie uznanie!*

Art. 38. [Koszty realizacji prawa do opieki duszpasterskiej]

Podmiot leczniczy ponosi koszty realizacji praw pacjenta, o których mowa w art. 36 i 37, chyba że przepisy odrębne stanowią inaczej.

Rozdział 11

Prawo pacjenta do przechowywania rzeczy wartościowych w depozycie

Art. 39. [Zakres podmiotowy i koszty realizacji prawa do przechowywania rzeczy wartościowych w depozycie]

Pacjent przebywający w podmiocie leczniczym wykonującym działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej ma prawo do przechowywania rzeczy wartościowych w depozycie. **Koszty realizacji tego prawa ponosi ten podmiot**, chyba że przepisy odrębne stanowią inaczej.

→ *Rzeczy wartościowe* – np. pieniądze (w każdej kwocie, ustalanie progu np. 100 zł jest niedopuszczalne), biżuteria, telefon, laptop, dowód osobisty. **KARTA DEPOZYTOWA**, powinna zostać wydana pacjentowi jako dowód oddania rzeczy do depozytu, ew. załączona do historii choroby pacjenta.

Kazus „starszej pani” – pani w wieku 75+ trafiła nieprzytomna do szpitala. Została zabrana z ulicy karetką. Wszystkie rzeczy wartościowe, jakie posiadała przy sobie, zostały zdeponowane przez pracowników podmiotu leczniczego w depozycie (portfel, torebka, biżuteria, klucze do mieszkania). Pacjentka w szpitalu zmarła. Mieszkała sama.

Zawiadomiona rodzina zjawila się celem odebrania kluczy do domu. Starsza Pani zawsze wyrażała wolę, aby pochować ją w zakupionych i przygotowanych przez nią ubraniach. Być może w domu został pies. Personel szpitala odmówił wydania rzeczy osobistych zmarłej pacjentki, w tym kluczy do domu. Pracownicy zażądali okazania postanowienia stwierdzającego nabycie spadku.

→ *Prawny Pat. Rodzina była zmuszona oczekiwać na postępowanie spadkowe.*

Art. 40. [Delegacja ustawowa - warunki prowadzenia depozytu]

Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia:

- 1) zakres spisu przedmiotów oddawanych do depozytu;
- 2) sposób zabezpieczenia przedmiotów oddanych do depozytu;
- 3) sposób i warunki prowadzenia i przechowywania księgi depozytów**

- uwzględniając zapewnienie właściwej realizacji prawa pacjenta, o którym mowa w art. 39.

Rozdział 12

Rzecznik Praw Pacjenta

→ *Jedyny organ w Polsce stojący na straży praw pacjentów (70 tys. skarg i wniosków każdego roku, 20 prawników na 38 mln obywateli).*

Art. 41. [Cel działania Rzecznika Praw Pacjenta]

W celu ochrony praw pacjenta określonych w niniejszej ustawie oraz w przepisach odrębnych ustanawia się Rzecznika Praw Pacjenta, zwanego dalej "Rzecznikiem".

Art. 42. [Rzecznik Praw Pacjenta jako organ administracji rządowej]

1. Rzecznik jest **centralnym organem administracji rządowej** (ranga Ministerstwa, podobnie jak RPO, RPD) właściwym w sprawach ochrony praw pacjentów określonych w niniejszej ustawie oraz w przepisach odrębnych.

2. Prezes Rady Ministrów sprawuje nadzór nad działalnością Rzecznika.

3. Rzecznik wykonuje swoje zadania przy **pomocy Biura Rzecznika Praw Pacjenta**, zwanego dalej "biurem".

Art. 43. [Kwalifikacje do objęcia stanowiska Rzecznika Praw Pacjenta]

1. Rzecznikiem może zostać osoba spełniająca łącznie następujące kryteria:
 - 1) posiada co najmniej **wykształcenie wyższe** i tytuł zawodowy magistra lub inny równorzędny;
 - 2) nie była prawomocnie skazana za przestępstwo popełnione umyślnie;
 - 3) stan jej zdrowia pozwala na prawidłowe sprawowanie funkcji Rzecznika;
 - 4) **posiada wiedzę i doświadczenie** dające rękojmię prawidłowego sprawowania funkcji Rzecznika.
2. Rzecznik nie może:
 - 1) zajmować innego stanowiska, z **wyjątkiem stanowiska profesora szkoły wyższej**, ani wykonywać innych zajęć zawodowych;
 - 2) należeć do partii politycznej;**
 - 3) prowadzić działalności publicznej niedającej się pogodzić z obowiązkami i godnością jego urzędu.

Art. 44. [Nabór na stanowisko Rzecznika Praw Pacjenta]

1. Rzecznik jest powoływany przez **Prezesa Rady Ministrów** spośród osób wyłonionych w **drodze otwartego i konkurencyjnego naboru**.
2. Informację o naborze na stanowisko Rzecznika ogłasza się przez umieszczenie ogłoszenia w miejscu powszechnie dostępnym w siedzibie biura oraz w Biuletynie Informacji Publicznej, o którym mowa w ustawie z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej (Dz. U. z 2015 r. poz. 2058 oraz z 2016 r. poz. 34) i Biuletynie Informacji Publicznej Kancelarii Prezesa Rady Ministrów. Ogłoszenie powinno zawierać:
-> nieistotne w niniejszej sprawie
4. Nabór na stanowisko Rzecznika przeprowadza **zespół powołany przez ministra właściwego do spraw zdrowia, liczący co najmniej 3 osoby**, których wiedza i doświadczenie dają rękojmię wyłonienia najlepszych kandydatów. W toku naboru ocenia się doświadczenie zawodowe kandydata, wiedzę niezbędną do wykonywania zadań na stanowisku, na które jest przeprowadzany nabór, oraz kompetencje kierownicze.
7. **W toku naboru zespół wyłania nie więcej niż trzech kandydatów, których przedstawia Prezesowi Rady Ministrów.**

Art. 45. [Odwołanie Rzecznika Praw Pacjenta]

Rzecznik jest odwoływany przez **Prezesa Rady Ministrów**. Rzecznik pełni obowiązki do dnia powołania następcy.

→ *BRAK KADENCYJNOŚCI! Teoretycznie zależny od Premiera – główny zarzut środowiska lekarskiego.*

Art. 46. [Zastępcy Rzecznika Praw Pacjenta]

1. Rzecznik wykonuje swoje zadania przy pomocy **nie więcej niż dwóch zastępców**.
2. **Prezes Rady Ministrów** powołuje i odwołuje zastępców Rzecznika na wniosek Rzecznika.
3. Zastępcą Rzecznika może być osoba spełniająca łącznie następujące kryteria:
 - 1) posiada co najmniej wykształcenie wyższe;
 - 2) nie była prawomocnie skazana za przestępstwo popełnione umyślnie;
 - 3) stan jej zdrowia pozwala na prawidłowe sprawowanie funkcji zastępcy Rzecznika;
 - 4) posiada wiedzę i doświadczenie dające rękojmię prawidłowego sprawowania funkcji zastępcy Rzecznika.
4. Jeden z zastępców Rzecznika jest obowiązany posiadać co najmniej wykształcenie wyższe w dziedzinie nauk medycznych i tytuł zawodowy magistra lub równorzędny.

Art. 47. [Zakres działania Rzecznika Praw Pacjenta]

1. Do zakresu działania Rzecznika należy:
 - 1) prowadzenie **postępowań w sprawach praktyk naruszających zbiorowe prawa pacjentów**;

→ *najbardziej restrykcyjne, KARA do 500 tys. zł.*

 - 2) prowadzenie postępowań w trybie art. 50-53 (*postępowania indywidualne*);
 - 3) w sprawach cywilnych wykonywanie zadań określonych w art. 55 (*sprawy sądowe*);
 - 4) opracowywanie i przedkładanie Radzie Ministrów **projektów aktów prawnych** dotyczących ochrony praw pacjenta;
 - 5) występowanie do właściwych organów z **wnioskami o podjęcie inicjatywy ustawodawczej bądź o wydanie lub zmianę aktów prawnych** w zakresie ochrony praw pacjenta;
 - 6) opracowywanie i wydawanie **publikacji oraz programów edukacyjnych** popularyzujących wiedzę o ochronie praw pacjenta;
 - 7) **współpraca z organami władzy publicznej** w celu zapewnienia pacjentom

- przestrzegania ich praw, w szczególności z ministrem właściwym do spraw zdrowia;
- 8) przedstawianie właściwym organom władzy publicznej, organizacjom i instytucjom oraz samorządom zawodów medycznych **ocen i wniosków** zmierzających do zapewnienia skutecznej ochrony praw pacjenta;
- 9) współpraca z organizacjami pozarządowymi, społecznymi i zawodowymi, do których celów statutowych należy ochrona praw pacjenta;**
- 9a) współpraca w zakresie przestrzegania praw pacjenta **z podmiotami udzielającymi świadczeń zdrowotnych;**

→ *Na chwilę obecną życzenie, opór środowiska lekarskiego!*

- 10) **analiza skarg pacjentów** w celu określenia zagrożeń i obszarów w systemie ochrony zdrowia wymagających naprawy;
- 11) wykonywanie innych zadań określonych w przepisach prawa lub zleconych przez Prezesa Rady Ministrów.

→ **BRAK najważniejszego narzędzia prawnego, jakie posiada RPO – SKARGI KASACYJNE!**

2. Organy i instytucje, do których Rzecznik zwrócił się z wnioskami określonymi w ust. 1 pkt 5 i 8, są **obowiązane ustosunkować się do tych wniosków w terminie 30 dni od dnia ich otrzymania.**

Art. 48. [Zwrócenie się RPP do RPO o podjęcie działań]

Rzecznik może zwrócić się do Rzecznika Praw Obywatelskich lub Rzecznika Praw Dziecka o podjęcie działań z zakresu ich kompetencji.

→ *RPO: **Zespół Krajowy Mechanizm Prewencji** – w jego kompetencji jest kontrola szpitali oraz innych podmiotów leczniczych w odpowiedzi na wpływające skargi pacjentów.*

Art. 49. [Łączenie stanowiska Rzecznika Praw Pacjenta z innymi funkcjami]

Rzecznik i zastępcy Rzecznika nie mogą prowadzić działalności niedającej się pogodzić ze sprawowanym urzędem.

Art. 50. [Wszczęcie postępowania wyjaśniającego]

1. Rzecznik wszczyna postępowanie wyjaśniające, jeżeli poweźmie **wiadomość co najmniej uprawdopodobniającą** naruszenie praw pacjenta, obejmującą w szczególności:

- 1) oznaczenie wnioskodawcy;
- 2) oznaczenie pacjenta, którego praw sprawa dotyczy;
- 3) zwięzły opis stanu faktycznego.

→ **Wioskodawca** – inny niż sam pacjent, powinien posiadać **upoważnienie/pelnomocnictwo**. W przeciwnym wypadku, po wszczęciu przez Rzecznika Praw Pacjenta postępowania, nie uzyska dostępu do akt sprawy, jak również szczegółowych informacji. Zostanie jedynie poinformowany, jak postępowanie zostało zakończone: stwierdzenie naruszenia praw pacjenta, umorzenie, niestwierdzenie.

2. Wniosek kierowany do Rzecznika jest **wolny od opłat**.

3. Rzecznik może wszcząć postępowanie wyjaśniające z własnej inicjatywy, biorąc pod uwagę w szczególności uzyskane informacje co najmniej uprawdopodobniające naruszenie praw pacjenta.

→ *Wszczęcie postępowania z urzędu (np. doniesienia medialne, TV, prasa, internet)*

Art. 51. [Analiza wniosku]

Rzecznik po zapoznaniu się ze skierowanym do niego wnioskiem może:

- 1) podjąć sprawę (wszczęcie postępowania wyjaśniającego);
- 2) poprzestać na wskazaniu wnioskodawcy przysługujących mu lub pacjentowi środków prawnych (brak informacji uprawdopodobniających, że doszło do naruszenia prawa pacjenta, np. wnioski lakoniczne, ubogie w treść);
- 3) przekazać sprawę według właściwości (do innego organu, np. ZUS, NFZ itp.);
- 4) nie podjąć sprawy - zawiadamiając o tym wnioskodawcę i pacjenta, którego sprawa dotyczy (np. kolejny wniosek od tej samej osoby – osoba chora psychicznie).

Art. 52. [Podjęcie sprawy]

1. W przypadku, o którym mowa w art. 51 pkt 1, Rzecznik może:

- 1) samodzielnie prowadzić postępowanie wyjaśniające;

2) zwrócić się o zbadanie sprawy lub jej części do właściwych organów, w szczególności **organów nadzoru, prokuratury, kontroli państwowej, zawodowej lub społecznej**, zgodnie z ich kompetencjami.

2. Prowadząc postępowanie, o którym mowa w ust. 1 pkt 1, Rzecznik ma prawo:

1) **zbadać, nawet bez uprzedzenia, każdą sprawę na miejscu;**

→ **Niezapowiedziana kontrola w szpitalu.** Czasami trwa nawet 4 dni. Sprawdzenie, poczynwszy od dokumentacji medycznej, skończywszy na warunkach sanitarnych i jakości posiłków. Największy atut – kontrola bez zapowiedzi – w przeciwieństwie do innych organów państwowych, które mają obowiązek zapowiedzieć się z 7 dniowym wyprzedzeniem. Rocznie ok. 70 kontroli.

1a) żądać złożenia **wyjaśnień** oraz zapewnienia **dostępu do dokumentów**, przez podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych;

2) żądać złożenia wyjaśnień, przedstawienia akt każdej sprawy prowadzonej przez **naczelne i centralne organy administracji państwowej, organy administracji rządowej, organy organizacji pozarządowych, społecznych i zawodowych**, oraz organy jednostek organizacyjnych posiadających osobowość prawną, a także organy jednostek samorządu terytorialnego i samorządowych jednostek organizacyjnych oraz samorządów zawodów medycznych;

3) żądać przedłożenia informacji o stanie sprawy prowadzonej przez **sądy**, a także **prokuraturę i inne organy ścigania** oraz żądać do wglądu w biurze akt

sądowych i prokuratorskich oraz akt innych organów ścigania, po zakończeniu postępowania i zapadnięciu rozstrzygnięcia;

→ *Bardzo często Rzecznik z tego prawa korzysta, występując do **Sądów Rejonowych oraz Okręgowych** o nadesłanie akt spraw toczących się w sprawach pacjentów (np. o błędy medyczne, odszkodowania, zadośćuczynienia).*

5) zlecać sporządzanie ekspertyz i opinii.

→ *Konsultantom Wojewódzkim i Krajowym w danej dziedzinie medycyny (później wykorzystywane przed sądami, jako opinie prywatne).*

3. Rzecznik odmawia ujawnienia nazwiska i innych danych osobowych pacjenta, w tym także wobec organów władzy publicznej, jeżeli uzna to za niezbędne dla ochrony praw tego pacjenta, chyba że przepisy odrębne stanowią inaczej.

→ *Jeżeli pacjent/wnioskodawca obawia się negatywnych następstw ze strony podmiotu leczniczego w odpowiedzi na złożoną skargę lub wniosek o wszczęcie postępowania. Anonimowość jest stosowana przede wszystkim wobec pacjentów nadal hospitalizowanych.*

Art. 53. [Czynności po przeprowadzeniu postępowania wyjaśniającego]

1. Po przeprowadzeniu postępowania wyjaśniającego Rzecznik może:

- 1) wyjaśnić wnioskodawcy i pacjentowi, którego sprawa dotyczy, **że nie stwierdził** naruszenia praw pacjenta;
- 2) skierować **wystąpienie do podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych**, organu, organizacji lub instytucji, w których działalności stwierdził naruszenie praw pacjenta; wystąpienie takie nie może naruszać niezawisłości sędziowskiej;
- 3) zwrócić się **do organu nadrzędnego** nad jednostką, o której mowa w pkt 2, z wnioskiem o zastosowanie środków przewidzianych w przepisach prawa.

2. W przypadku, o którym mowa w ust. 1 pkt 1, Rzecznik informuje o niestwierdzeniu naruszenia praw pacjenta także podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych, którego zarzut naruszenia tych praw dotyczył.

3. W przypadku, o którym mowa w ust. 1 pkt 1, **wnioskodawcy przysługuje wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy. Art. 127 § 3 Kodeksu postępowania administracyjnego stosuje się odpowiednio.**

3a. W przypadku utrzymania w mocy rozstrzygnięcia Rzecznika wydanego po rozpatrzeniu wniosku, o którym mowa w ust. 3, **wnioskodawcy przysługuje skarga do sądu administracyjnego.**

4. W wystąpieniu, o którym mowa w ust. 1 pkt 2, Rzecznik formułuje opinie lub wnioski co do sposobu załatwiania sprawy, a także może żądać wszczęcia postępowania dyscyplinarnego lub zastosowania sankcji służbowych.

5. Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych, organ, organizacja lub instytucja, do których zostało skierowane wystąpienie, o którym mowa w ust. 1 pkt 2, **są obowiązane niezwłocznie, nie później jednak niż w terminie 30 dni, poinformować Rzecznika o podjętych działaniach lub zajętych stanowisku.** W przypadku gdy Rzecznik nie podziela tego stanowiska, może zwrócić się do właściwego organu nadrzędnego z wnioskiem o zastosowanie środków przewidzianych w przepisach prawa.

→ NFZ, Wojewoda

Art. 54. [Odpowiednie stosowanie przepisów k.p.a.]

W zakresie nieuregulowanym w art. 49-53 do postępowania prowadzonego przez Rzecznika stosuje się **odpowiednio przepisy Kodeksu postępowania administracyjnego.**

→ Szpital, podmiot leczniczy **NIE** są **STRONĄ** w niniejszym postępowania – kolejny zarzut środowiska lekarskiego adresowany do Rzecznika Praw Pacjenta.

Art. 55. [Uprawnienia Rzecznika Praw Pacjenta w postępowaniach cywilnych] (28 października 2017 r.)

Art. 56. [Rzecznicy Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego]

Rzecznicy Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego, o których mowa w przepisach ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2011 r. Nr 231, poz. 1375 oraz z 2015 r. poz. 1916) **są pracownikami biura i wykonują swoje zadania przy pomocy tego biura** (*obecnie ok 48 na terenie całej Polski. Największe szpitale psychiatryczne*).

Art. 58. [Roczne sprawozdanie z przestrzegania praw pacjenta]

1. Rzecznik przedstawia corocznie Radzie Ministrów, nie później niż do dnia 31 lipca roku następnego, sprawozdanie dotyczące przestrzegania praw pacjenta na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

2. Rada Ministrów przedstawia Sejmowi Rzeczypospolitej Polskiej, nie później niż do dnia 31 sierpnia roku następnego, sprawozdanie, o którym mowa w ust. 1, wraz ze swoim stanowiskiem w sprawie tego sprawozdania (*powszechnie dostępne na stronie: www.bpp@gov.pl*).

Rozdział 13

Postępowanie w sprawach praktyk naruszających zbiorowe prawa pacjentów

Art. 59. [Charakterystyka i zakaz stosowania praktyk naruszających zbiorowe prawa pacjentów]

1. Przez praktykę naruszającą zbiorowe prawa pacjentów rozumie się:

- 1) **bezprawne zorganizowane** działania lub zaniechania podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych;
- 2) stwierdzone prawomocnym orzeczeniem sądu zorganizowanie wbrew przepisom o rozwiązywaniu sporów zbiorowych akcji protestacyjnej lub strajku przez organizatora strajku

- **mające na celu** pozbawienie pacjentów praw lub ograniczenie tych praw, w szczególności podejmowane celem **osiągnięcia korzyści majątkowej**. Nie jest zbiorowym prawem pacjentów suma praw indywidualnych.

2. Zakazane jest stosowanie praktyk naruszających zbiorowe prawa pacjentów.

3. Ochrona zbiorowych praw pacjentów przewidziana w ustawie nie wyłącza ochrony wynikającej z innych ustaw, w szczególności z przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji, przepisów o ochronie konkurencji i konsumentów oraz przepisów o przeciwdziałaniu nieuczciwym praktykom rynkowym.

Art. 60. [Strony postępowania w sprawie praktyki naruszającej zbiorowe prawa pacjentów]

Stroną postępowania jest **każdy, kto wnosi o wydanie decyzji** (*wnioskodawca, np. pacjent, organizacja*) w sprawie praktyki naruszającej zbiorowe prawa pacjentów lub **wobec którego zostało wszczęte postępowanie** (*Szpital, Przychodnia, ZOL, lekarz*)

w sprawie stosowania takiej praktyki. Do wnoszącego o wydanie decyzji w sprawie praktyki naruszającej zbiorowe prawa pacjentów stosuje się przepisy art. 50 ust. 1 i 2.

Art. 61. [Uprawnienie Rzecznika Praw Pacjenta do żądania przedstawienia dokumentów]

1. W postępowaniu w sprawie stosowania praktyk naruszających zbiorowe prawa pacjentów Rzecznik ma prawo żądać **przedstawienia dokumentów** oraz wszelkich **informacji** dotyczących okoliczności stosowania praktyk, co do których istnieje uzasadnione

podejrzanie, iż mają charakter praktyk naruszających zbiorowe prawa pacjentów, **w terminie nie dłuższym niż 30 dni od dnia otrzymania żądania.**

2. Żądanie, o którym mowa w ust. 1, powinno zawierać:

- 1) wskazanie zakresu informacji;
- 2) wskazanie celu żądania;
- 3) wskazanie terminu udzielenia informacji;
- 4) pouczenie o sankcjach za nieudzielenie informacji lub za udzielenie informacji nieprawdziwych lub wprowadzających w błąd.

3. Każdy ma prawo składania na piśmie - z własnej inicjatywy lub na prośbę Rzecznika - wyjaśnień odnoszących się do istotnych okoliczności sprawy dotyczącej naruszenia praw pacjentów.

Art. 62. [Wszczęcie postępowania w sprawie stosowania praktyk naruszających zbiorowe prawa pacjentów]

Rzecznik wydaje postanowienie o wszczęciu postępowania w sprawie stosowania praktyk naruszających zbiorowe prawa pacjentów i zawiadamia o tym strony.

Art. 63. [Odmowa wszczęcia postępowania w sprawie stosowania praktyk naruszających zbiorowe prawa pacjentów]

1. Rzecznik odmawia, w drodze decyzji, wszczęcia postępowania, jeżeli działanie lub zaniechanie w sposób oczywisty nie spełnia przesłanek określonych w art. 59 ust. 1 lub jeżeli wnoszący o wydanie decyzji o uznaniu praktyki za naruszającą zbiorowe prawa pacjentów

nie uprawdopodobnił pozbawienia pacjentów ich praw lub ograniczenia tych praw.

2. Rzecznik może odmówić, w drodze decyzji, wszczęcia postępowania, jeżeli uzna to za uzasadnione.

Art. 64. [Wydanie decyzji o uznaniu praktyki za naruszającą zbiorowe prawa pacjentów]

1. W przypadku wydania przez Rzecznika decyzji o uznaniu praktyki za naruszającą zbiorowe prawa pacjentów nakazuje on jej zaniechanie lub wskazuje działania niezbędne do usunięcia skutków naruszenia zbiorowych praw pacjentów, wyznaczając terminy podjęcia tych działań. Decyzji nadaje się rygor natychmiastowej wykonalności.

2. W decyzji, o której mowa w ust. 1, Rzecznik może nałożyć na podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych albo organizatora strajku obowiązek składania w wyznaczonym terminie informacji o stopniu realizacji działań niezbędnych do zaniechania praktyki naruszającej zbiorowe prawa pacjentów lub usunięcia skutków naruszenia zbiorowych praw pacjentów.
3. Nie wydaje się decyzji, o której mowa w ust. 1, jeżeli podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych albo organizator strajku zaprzestał stosowania praktyki, o której mowa w art. 59 ust. 1.
4. W przypadku określonym w ust. 3 Rzecznik wydaje **decyzję o uznaniu praktyki za naruszającą zbiorowe prawa pacjentów i stwierdzającą zaniechanie jej stosowania.**
5. Ciężar udowodnienia okoliczności, o których mowa w ust. 3, spoczywa na podmiocie udzielającym świadczeń zdrowotnych albo organizatorze strajku.

Art. 65. [Ostateczność decyzji; stosowanie przepisów k.p.a.]

Decyzje Rzecznika są ostateczne. W zakresie nieuregulowanym w przepisach niniejszego rozdziału i rozdziału 14 do postępowania w sprawie stosowania praktyk naruszających zbiorowe prawa pacjentów stosuje się przepisy **Kodeksu postępowania administracyjnego.**

Art. 66. [Skarga do sądu administracyjnego]

1. Na decyzję Rzecznika przysługuje **skarga** do sądu administracyjnego (*ok. 30-50 rocznie*).
2. Sąd administracyjny rozpatruje skargę niezwłocznie.
→ *Skuteczność Rzecznika Praw Pacjenta przed Wojewódzkim Sądem Administracyjnym wynosi ok. 95%!*

Art. 67. [Roczny termin na wszczęcie sprawy o uznanie praktyki za naruszającą zbiorowe prawa pacjentów]

Nie wszczyna się postępowania w sprawie stosowania praktyk naruszających zbiorowe prawa pacjentów, **jeżeli od końca roku, w którym zaprzestano ich stosowania, upłynął rok (*przedawnienie*).**

Prawo pacjenta do informacji i dokumentacji medycznej

Opracowanie - r.pr. Robert Bryzek

USTAWA

z dnia 6 listopada 2008 r.

o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta⁶

Rozdział 3

Prawo pacjenta do informacji

Art. 9. [Zakres prawa do informacji]

1. Pacjent ma **prawo** do informacji o swoim stanie zdrowia.
2. **Pacjent**, w tym **małoletni, który ukończył 16 lat**, lub jego **przedstawiciel ustawowy** mają prawo do uzyskania od osoby wykonującej zawód medyczny **przystępnej informacji o stanie zdrowia pacjenta, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu**, w zakresie udzielanych przez tę osobę świadczeń zdrowotnych oraz zgodnie z posiadanymi przez nią uprawnieniami.
3. Pacjent lub jego ustawowy przedstawiciel mają prawo do wyrażenia **zgody na udzielenie informacji** wymienionych w ust. 2 **innym osobom** (*innym członkom rodziny, znajomym*).
4. Pacjent ma prawo **żądać**, aby osoba wykonująca zawód medyczny **nie udzielała mu informacji**, o której mowa w ust. 2. (*np. w przypadku niepomyślnego rokowania, pacjent wyraża wolę aby nie wiedzieć w jakim jest stanie medycznym, ile zostało mu jeszcze życia*).

⁶ Dz. U. z 2017 r., poz. 1318 (wersja od dnia 11 maja 2017 r.)

5. Po uzyskaniu informacji, o której mowa w ust. 2, **pacjent ma prawo przedstawić osobie wykonującej zawód medyczny swoje zdanie w tym zakresie.**
6. W przypadku określonym w art. 31 ust. 4 (*np. niepomyślne rokowanie*) ustawy

z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza denty (Dz. U. z 2015 r. poz. 464, z późn. zm.), **pacjent ma prawo żądać, aby lekarz udzielił mu informacji,** mowa o której w ust. 2, **w pełnym zakresie.**

- *W sytuacjach wyjątkowych, jeżeli rokowanie jest niepomyślne dla pacjenta, lekarz może ograniczyć informację o stanie zdrowia i o rokowaniu, jeżeli według oceny lekarza przemawia za tym dobro pacjenta. W takich przypadkach lekarz informuje przedstawiciela ustawowego pacjenta lub osobę upoważnioną przez pacjenta. **Na żądanie pacjenta lekarz ma jednak obowiązek udzielić mu żądanej informacji.***
- *Niezgodne z prawem jest udzielanie przez lekarza informacji o stanie zdrowia pacjenta osobom innym, niż wskazane przez pacjenta, nawet, gdy są one członkami najbliższej rodziny (małżonek, rodzice, rodzeństwo).*
- *W przypadku, gdy pacjent nie upoważnił innej osoby do uzyskania informacji o jego stanie zdrowia, a stan pacjenta jest krytyczny lub rokowania wskazują na nastąpienie zgonu, lekarz może poinformować o stanie zdrowia pacjenta osobę najbliższą, nawet jeśli nie została ona upoważniona.*
- *Przekazanie informacji osobom nieupoważnionym, naraża lekarza na odpowiedzialność karną, jak również cywilną z tytułu bezprawnego uchylecia tajemnicy lekarskiej (często lekarze ujawniają sensytywne informacje o stanie zdrowia pacjentów (tzw. VIP-ów, celebrytów, w TV).*

7. Pacjent małoletni, który nie ukończył 16 lat, ma prawo do uzyskania od osoby wykonującej zawód medyczny informacji, o której mowa w ust. 2, **w zakresie i formie potrzebnej do prawidłowego przebiegu procesu diagnostycznego lub terapeutycznego.**

- *(dlaczego małoletni – dziecko, aczkolwiek z dużym rozeznaniami – miałyby nie uzyskać informacji o stanie swojego zdrowia, skoro, jako 13 latek <ograniczona zdolność do czynności prawnych> może dokonywać w ograniczonym zakresie, czynności prawnych, np. zawarcie umowy kupna-sprzedaży?).*

8. Pacjent, w tym małoletni, który ukończył 16 lat, lub jego ustawowy przedstawiciel mają prawo do uzyskania od **pielęgniarki, położnej** przystępnej informacji o jego pielęgnacji

i zabiegach pielęgnarskich.

Art. 10. [Prawo do dostatecznie wczesnej informacji o zamiarze odstąpienia od leczenia]

W przypadku, o którym mowa w art. 38 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty, **pacjent**, jego **przedstawiciel ustawowy** lub **opiekun faktyczny** mają prawo do dostatecznie wczesnej informacji o zamiarze odstąpienia przez lekarza od leczenia pacjenta i wskazania przez tego lekarza możliwości uzyskania świadczenia zdrowotnego u innego lekarza lub podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych.

→ Art. 38. 1. *Lekarz może nie podjąć lub odstąpić od leczenia pacjenta, o ile nie zachodzi przypadek, o którym mowa w art. 30, z zastrzeżeniem ust. 3. (Lekarz ma obowiązek udzielać pomocy lekarskiej w każdym przypadku, gdy zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia, oraz w innych przypadkach niecierpiących zwłoki).*

2. W przypadku odstąpienia od leczenia, lekarz ma obowiązek dostatecznie wcześniej uprzedzić o tym pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego bądź opiekuna faktycznego i wskazać realne możliwości uzyskania tego świadczenia u innego lekarza lub w podmiocie leczniczym.

3. Jeżeli lekarz wykonuje swój zawód na podstawie stosunku pracy lub w ramach służby, może nie podjąć lub odstąpić od leczenia, jeżeli istnieją poważne ku temu powody, po uzyskaniu zgody swojego przełożonego.

4. W przypadku odstąpienia od leczenia lekarz ma obowiązek uzasadnić i odnotować ten fakt w dokumentacji medycznej (nieodnotowanie powyższego stanowi naruszenie prawa pacjenta).

→ Informacja, gdzie pacjent ma szukać innej pomocy medycznej powinna być **REALNA**, tzn. wykonalna (realizacja powyższego obowiązku powinna zostać wykonana na piśmie np. poprzez przekazanie pacjentowi wykazu innych podmiotów leczniczych udzielających tego rodzaju świadczeń - w najbliższej okolicy). Odmowa leczenia powinna być **WCZESNA**, tzn. pacjent powinien być uprzedzony ok. 14 dni przed wizytą, aby miał czas na znalezienie nowego lekarza.

- W przypadku np. konfliktu pacjenta lub jego przedstawiciela z przychodnią, szpitalem (większą liczbą lekarzy lub innego personelu), niedopuszczalną praktyką jest podpisanie oświadczenia o odmowie leczenia przez wszystkich lekarzy, czy pielęgniarek danego podmiotu leczniczego. Tym bardziej na jednym oświadczeniu.
- Gdańsk. Policjant – do omówienia na zajęciach.

Art. 11. [Prawo do informacji o prawach pacjenta]

1. Pacjent ma prawo do informacji o prawach pacjenta określonych w niniejszej ustawie oraz w przepisach odrębnych, uwzględniającej ograniczenia tych praw określone w tych przepisach. **Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych udostępnia tę informację w formie pisemnej, poprzez umieszczenie jej w swoim lokalu, w miejscu ogólnodostępnym.**

- W każdym szpitalu, przychodni lub gabinecie prywatnym powinna zostać wywieszona informacja w miejscu ogólnodostępnym (tablica informacyjna, korytarz) z prawami pacjenta oraz danymi kontaktowymi do Biura Rzecznika Praw Pacjenta. Włącznie z numerem telefonu na bezpłatną, ogólnopolską infolinię Rzecznika. Idea rzeczzonego przepisu jest taka, że niezadowolony pacjent, po wyjściu z gabinetu lekarskiego powinien mieć możliwość niezwłocznego kontaktu z Biurem i uzyskania informacji lub porady prawnej, będąc jeszcze na miejscu w podmiocie leczniczym.
- Ogólnopolska, bezpłatna infolinia Rzecznika Praw Pacjenta – 0800 190 590 (3 wydziały: Prawny, Zdrowia psychicznego i Interwencyjno-Poradniczy).

2. Przepisu ust. 1 zdanie drugie nie stosuje się do wykonywanych wyłącznie w miejscu wezwania indywidualnych praktyk lekarskich, indywidualnych specjalistycznych praktyk lekarskich, indywidualnych praktyk pielęgniarek, położnych i indywidualnych specjalistycznych praktyk pielęgniarek, położnych (*np. wizyta domowa*).
3. W przypadku pacjenta niemogącego się poruszać, informację o której mowa w ust. 1, udostępnia się w sposób umożliwiający zapoznanie się z nią w pomieszczeniu, w którym pacjent przebywa.

Art. 12. [Prawo do informacji o rodzaju i zakresie udzielanych świadczeń zdrowotnych]

Pacjent ma **prawo do informacji o rodzaju i zakresie świadczeń zdrowotnych**

udzielanych przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych, **w tym o profilaktycznych programach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych**, realizowanych przez ten podmiot. Przepisy art. 11 ust. 1 zdanie drugie i ust. 3 stosuje się odpowiednio.

→ *Zakres informacji na temat zabiegu medycznego powinien obejmować informacje dotyczące **NORMALNYCH, TYPOWYCH**, zwykle występujących skutków zabiegu oraz przewidywalnego zwykłego ryzyka i powikłań, które mogą wystąpić w związku z wykonywaniem czynności medycznej.*

Rozdział 7

Prawo pacjenta do dokumentacji medycznej

Art. 23. [Prawo do dostępu do dokumentacji medycznej]

1. **Pacjent ma prawo do dostępu do dokumentacji medycznej** dotyczącej jego stanu zdrowia oraz udzielonych mu świadczeń zdrowotnych.
2. Dane zawarte w dokumentacji medycznej **podlegają ochronie** określonej w niniejszej ustawie oraz w przepisach odrębnych.

→ *Na podmiocie leczniczym spoczywa obowiązek chronienia dokumentacji medycznej przed dostępem osób nieuprawnionych, ale również zapewnienia zabezpieczeń technicznych.*

Art. 24. [Sposób prowadzenia dokumentacji medycznej; przetwarzanie danych]

1. W celu realizacji prawa, o którym mowa w art. 23 ust. 1, podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych jest obowiązany prowadzić, przechowywać i udostępniać dokumentację medyczną w sposób określony w niniejszym rozdziale oraz w ustawie z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2015 r. poz. 636, z późn. zm.), a także **zapewnić ochronę danych zawartych w tej dokumentacji**.
2. Do przetwarzania danych zawartych w dokumentacji medycznej, o której mowa w art. 25 ust. 1, w celu ochrony zdrowia, udzielania oraz zarządzania udzielaniem świadczeń zdrowotnych, utrzymania systemu teleinformatycznego, w którym przetwarzana jest dokumentacja medyczna, i zapewnienia bezpieczeństwa tego systemu, są uprawnione:
 - 1) osoby wykonujące zawód medyczny;
 - 2) inne osoby wykonujące czynności pomocnicze przy udzielaniu świadczeń

zdrowotnych, a także czynności związane z utrzymaniem systemu teleinformatycznego, w którym przetwarzana jest dokumentacja medyczna, i zapewnieniem bezpieczeństwa tego systemu, na podstawie upoważnienia administratora danych (dostęp powyższych osób do danych medycznych powinien być minimalny).

3. Osoby, o których mowa w ust. 2 pkt 2, są obowiązane do zachowania w tajemnicy informacji związanych z pacjentem uzyskanych w związku z wykonywaniem zadań.

Osoby te są związane tajemnicą także po śmierci pacjenta.

4. Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych może zawrzeć umowę, o której mowa w art. 31 ust. 1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2015 r. poz. 2135), pod warunkiem zapewnienia ochrony danych osobowych oraz prawa do kontroli przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych zgodności przetwarzania danych osobowych z tą umową przez podmiot przyjmujący te dane (zabezpieczanie danych osobowych, ich przetwarzanie).

5. Realizacja umowy, o której mowa w ust. 4, nie może powodować zakłócenia udzielania świadczeń zdrowotnych, w szczególności w zakresie zapewnienia, **bez zbędnej zwłoki, dostępu do danych zawartych w dokumentacji medycznej.**

6. Podmiot, któremu powierzono przetwarzanie danych osobowych zgodnie z ust. 4, jest obowiązany do zachowania w tajemnicy informacji związanych z pacjentem uzyskanych w związku z realizacją umowy, o której mowa w ust. 4. **Podmiot ten jest związany tajemnicą także po śmierci pacjenta.**

7. W przypadku zaprzestania przetwarzania danych osobowych zawartych w dokumentacji medycznej przez podmiot, któremu powierzono takie przetwarzanie, w szczególności w związku z jego likwidacją, jest on zobowiązany do przekazania danych osobowych zawartych w dokumentacji medycznej podmiotowi, o którym mowa w ust. 1, który powierzył przetwarzanie danych osobowych.

Art. 25. [Treść dokumentacji medycznej]

1. Dokumentacja medyczna zawiera co najmniej:

- 1)** oznaczenie pacjenta, pozwalające na ustalenie jego **tożsamości**:
 - a) nazwisko i imię (imiona),
 - b) datę urodzenia,
 - c) oznaczenie płci,
 - d) adres miejsca zamieszkania,

- e) numer PESEL, jeżeli został nadany, **w przypadku noworodka - numer PESEL matki**, a w przypadku osób, które nie mają nadanego numeru PESEL - rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość,
- f) **w przypadku gdy pacjentem jest osoba małoletnia, całkowicie ubezwłasnowolniona lub niezdolna do świadomego wyrażenia zgody - nazwisko i imię (imiona) przedstawiciela ustawowego oraz adres jego miejsca zamieszkania.**

- 2) oznaczenie podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych ze wskazaniem komórki organizacyjnej, w której udzielono świadczeń zdrowotnych;
- 3) opis stanu zdrowia pacjenta lub udzielonych mu świadczeń zdrowotnych;
- 4) datę sporządzenia.

→ 95% dokumentacji medycznej jest nieponumerowana. Rzadko kiedy dokumentacja jest zszyta. Badania i inne karty historii choroby są gubione. Proszę zwracać uwagę na numerowanie kart. Gdy historia choroby jest ponumerowana, jest małe prawdopodobieństwo celowego usunięcia kart (w praktyce sądowej często się to zdarza). Dopóki dokumentacja medyczna jest prowadzona w formie papierowej, istnieje możliwość jej fałszowania. Sytuacja się zmieni, gdy w całym kraju będzie obowiązek prowadzenia dokumentacji w formie elektronicznej.

2. W dokumentacji medycznej zamieszcza się informację o wydaniu opinii albo orzeczenia, o których mowa w art. 31 ust. 1.

3. Przepisów o dokumentacji medycznej nie stosuje się do danych dotyczących treści zgłoszeń alarmowych, w tym nagrań rozmów telefonicznych, o których mowa w art. 24b ust. 1 i 2 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2016 r. poz. 1868 i 2020 oraz z 2017 r. poz. 60).

Art. 26. [Udostępnianie dokumentacji medycznej]

1. Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych udostępnia dokumentację medyczną pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu, bądź osobie upoważnionej przez pacjenta.

→ Po ukończeniu przez pacjenta 18 roku życia, dostęp do jego dokumentacji ma **WYŁĄCZNIE** osoba przez niego upoważniona. Stopień pokrewieństwa nie

ma znaczenia.

- *Gdy małżeństwo nie upoważni się nawzajem, lekarz ma prawo odmówić takiej osobie dostępu do dokumentacji nieprzytomnego lub zmarłego małżonka! Lekarze nie są zainteresowani sprawdzaniem, czy małżeństwo było np. w separacji, po rozwodzie itp.*
- *Problem z osobami młodymi, które zmarły tragicznie, a nigdy się nie leczyły. Rodzina ma problem z dostępem, jak powyżej.*
- ***Dlatego, jeżeli mamy informacje, że bliski nam pacjent, nigdy nie składał oświadczenia w sprawie upoważnienia do dokumentacji medycznej należy DOPILNOWAĆ, aby takie upoważnienie złożył. W przyszłości zaoszczędzi to dużo czasu i problemów bliskim pacjenta!***
- *Upoważnienie należy odróżnić od pełnomocnictwa (prawo cywilne). Upoważnienie jest ważne po śmierci pacjenta, pod warunkiem, że nie zostało odwołane. Natomiast pełnomocnictwo po śmierci mocodawcy wygasa.*
- *Gdy w danym podmiocie leczniczym nie zostało złożone upoważnienie, a pacjent jest nieprzytomny, można przedstawić upoważnienie złożone przez tego pacjenta w innym podmiocie, również pod warunkiem, że nie zostało odwołane.*

2. Po śmierci pacjenta dokumentacja medyczna jest udostępniana osobie upoważnionej przez pacjenta za życia lub osobie, która w chwili zgonu pacjenta była jego przedstawicielem ustawowym (rodzice dziecka, opiekun ustanowiony przez sąd).

3. Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych udostępnia dokumentację medyczną również:

- 1) **podmiotom udzielającym świadczeń zdrowotnych**, jeżeli dokumentacja ta jest niezbędna do zapewnienia ciągłości świadczeń zdrowotnych (kontynuacja leczenia);
- 2) **organom władzy publicznej**, w tym **Rzecznikowi Praw Pacjenta**, Narodowemu Funduszowi Zdrowia, organom samorządu zawodów medycznych oraz konsultantom krajowym i wojewódzkim, w zakresie niezbędnym do wykonywania przez te podmioty ich zadań, w szczególności nadzoru i kontroli;
- 2a) podmiotom, o których mowa w art. 119 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, w zakresie niezbędnym do przeprowadzenia kontroli na zlecenie ministra właściwego do spraw zdrowia;

- 2b) upoważnionym przez podmiot, o którym mowa w art. 121 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, osobom wykonującym zawód medyczny, w zakresie niezbędnym do sprawowania nadzoru nad podmiotem leczniczym niebędącym przedsiębiorcą;
- 3) ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, sądom, w tym sądom dyscyplinarnym, prokuraturom, lekarzom sądowym i rzecznikom odpowiedzialności zawodowej, w związku z prowadzonym postępowaniem;**
- 4) uprawnionym na mocy odrębnych ustaw organom i instytucjom, jeżeli badanie zostało przeprowadzone na ich wniosek;
- 5) organom rentowym oraz zespołom do spraw orzekania o niepełnosprawności, w związku z prowadzonym przez nie postępowaniem;**
- 6) podmiotom prowadzącym rejestry usług medycznych, w zakresie niezbędnym do prowadzenia rejestrów;
- 7) zakładom ubezpieczeń, za zgodą pacjenta;**
- 7a) komisjom lekarskim podległym ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych, wojskowym komisjom lekarskim oraz komisjom lekarskim Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego lub Agencji Wywiadu, podległym Szefom właściwych Agencji;
- 8) osobom wykonującym zawód medyczny, w związku z prowadzeniem procedury oceniającej podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych na podstawie przepisów o akredytacji w ochronie zdrowia albo procedury uzyskiwania innych certyfikatów jakości, w zakresie niezbędnym do ich przeprowadzenia;
- 9) wojewódzkiej komisji do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych, o której mowa w art. 67e ust. 1, w zakresie prowadzonego postępowania;**
- 10) spadkobiercom w zakresie prowadzonego postępowania przed wojewódzką komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych, o której mowa w art. 67e ust. 1;**
- 11) osobom wykonującym czynności kontrolne na podstawie art. 39 ust. 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, w zakresie niezbędnym do ich przeprowadzenia;
- 12) członkom zespołów kontroli zakażeń szpitalnych, o których mowa w art. 14 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2016 r. poz. 1866, 2003 i 2173), w zakresie niezbędnym

do wykonywania ich zadań.

3a. Dokumentacja medyczna podmiotów leczniczych, o których mowa w art. 89 ust. 1 i 3 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, instytutów badawczych, o których mowa w art. 3 ustawy z dnia 30 kwietnia 2010 r. o instytutach badawczych (Dz. U. z 2016 r. poz. 371, 1079, 1311 i 2260 oraz z 2017 r. poz. 202), i innych podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych uczestniczących **w przygotowaniu osób do wykonywania zawodu medycznego i kształceniu osób wykonujących zawód medyczny jest udostępniana tym osobom wyłącznie w zakresie niezbędnym do realizacji celów dydaktycznych.**

3b. Osoby, o których mowa w ust. 3a, są **obowiązane do zachowania w tajemnicy informacji zawartych w dokumentacji medycznej, także po śmierci pacjenta.**

4. Dokumentacja medyczna może być udostępniona także szkole wyższej lub instytutowi badawczemu do wykorzystania w celach naukowych, bez ujawniania nazwiska i innych danych umożliwiających identyfikację osoby, której dokumentacja dotyczy.

5. Elektroniczna dokumentacja medyczna, o której mowa w art. 2 pkt 6 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, jest udostępniana na zasadach określonych w przepisach tej ustawy.

Art. 27. [Sposób udostępnienia dokumentacji medycznej]

1. Dokumentacja medyczna jest udostępniana:

1) do wglądu, w tym także do baz danych w zakresie ochrony zdrowia, **w miejscu udzielania świadczeń zdrowotnych**, z wyłączeniem medycznych czynności ratunkowych, **albo w siedzibie podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych**, z zapewnieniem pacjentowi lub innym uprawnionym organom lub podmiotom możliwości sporządzenia notatek lub zdjęć;

→ *Pacjent lub osoba przez niego upoważniona mogą wykonać **ZDJĘCIE – FOTOKOPIĘ** dokumentacji medycznej (**bezpłatnie**).*

→ *Wniosek o udostępnienie dokumentacji może zostać złożony również w formie **USTNEJ! NIEDOPUSZCZALNE jest ustanawianie przez szpitale wyłącznie wniosków pisemnych!***

→ ***GENERALNA ZASADA** - Jeżeli składamy jakiegokolwiek wnioski, czy inne pisma do ordynatora, lekarza, czy kierownika szpitala, należy zachować dla siebie kopie pisma (**PREZENTATA**) z pieczętką podmiotu, datą złożenia*

*i podpisem osoby, która pismo przyjęła! – **wszystko dla późniejszych celów dowodowych.***

2) przez sporządzenie jej wyciągu, odpisu, kopii lub wydruku;

3) przez wydanie oryginału za potwierdzeniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu, na żądanie organów władzy publicznej albo sądów powszechnych, a także w przypadku gdy zwłoka w wydaniu dokumentacji mogłaby spowodować zagrożenie życia lub zdrowia pacjenta;

→ *Rzecznik Praw Pacjenta przez kilka lat walczył ze środowiskiem lekarskim o udostępnianie pacjentom dokumentacji medycznej w oryginale, bezpłatnie!*

→ *W obecnej postaci ww. przepis jest niejasny, w jaki sposób np. rejestratorka lub pracownik administracyjny pozna się, że pacjent żądający wydania dokumentacji medycznej w oryginale, znajduje się w stanie jw.?*

4) za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej;

5) na informatycznym nośniku danych (pamięci przenośne - pendrive).

2. Zdjęcia rentgenowskie wykonane na kliszy, przechowywane przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych, **są udostępniane za potwierdzeniem odbioru**

i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu (*ew. kopia kliszy – duży koszt, od 30 zł*).

→ *Jak najbardziej można wnosić o udostępnienie zdjęć na płycie CD (odpłatnie)*

3. Dokumentacja medyczna prowadzona w postaci papierowej może być udostępniona przez sporządzenie kopii w formie odwzorowania cyfrowego (skanu) i przekazanie w sposób określony w ust. 1 pkt 4 i 5, na żądanie pacjenta lub innych uprawnionych organów lub podmiotów, jeżeli przewiduje to regulamin organizacyjny podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych.

→ **NOWOŚĆ! WSA.**

→ *Dokumentacja medyczna powinna zostać udostępniona **BEZ ZBĘDNEJ ZWThOKI.** Podstawa prawna – Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (**OBOWIĄZKOWO – do zapoznania się dla każdego***

Onkoasystenta!)

- § 78. 1. ww. rozporządzenia: **podmiot udostępnia dokumentację podmiotom i organom uprawnionym bez zbędnej zwłoki.**
- 2. W przypadku udostępnienia dokumentacji w sposób określony w art. 27 pkt 3 (oryginały) ustawy należy pozostawić kopię lub **pełny odpis wydanej dokumentacji.**
- § 79. ww. rozporządzenia: W przypadku gdy udostępnienie dokumentacji nie jest możliwe, **odmowę przekazuje się w postaci papierowej lub elektronicznej, zgodnie z żądaniem uprawnionego organu lub podmiotu. W każdym przypadku wymagane jest podanie przyczyny odmowy.**
- **NIEDOPUSZCZALNE** są postanowienia regulaminów i zarządzeń wewnętrznych podmiotów leczniczych stanowiących, że dokumentację wydaje się w ciągu 3, 14 dni i innym terminie.

4. Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych prowadzi **wykaz** zawierający następujące informacje dotyczące udostępnianej dokumentacji medycznej:

- 1) imię (imiona) i nazwisko pacjenta, którego dotyczy dokumentacja medyczna;
- 2) sposób udostępnienia dokumentacji medycznej;
- 3) zakres udostępnionej dokumentacji medycznej;
- 4) imię (imiona) i nazwisko osoby innej niż pacjent, której została udostępniona dokumentacja medyczna, a w przypadkach, o których mowa w art. 26 ust. 3 i 4, także nazwę uprawnionego organu lub podmiotu;
- 5) imię (imiona) i nazwisko oraz podpis osoby, która udostępniła dokumentację medyczną;
- 6) datę udostępnienia dokumentacji medycznej.

→ **NOWOŚĆ!**

Art. 28. [Opłata za udostępnienie dokumentacji medycznej]

1. Za udostępnienie dokumentacji medycznej w sposób określony w art. 27 ust. 1 pkt 2 i 5 oraz w ust. 3 podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych **może pobierać opłatę.**
2. Przepis ust. 1 nie narusza uprawnień organów rentowych określonych w art. 77 ust. 5 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz. U. z 2015 r. poz. 121, z późn. zm.) i art. 121 ust. 2 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r.

o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych
(Dz. U. z 2015 r. poz. 748, z późn. zm.).

2a. Opłaty, o której mowa w ust. 1, nie pobiera się w przypadku udostępniania dokumentacji medycznej w związku z postępowaniem przed wojewódzką komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych, o której mowa w art. 67e ust. 1.

3. Opłatę za udostępnienie dokumentacji medycznej w przypadkach, o których mowa w ust. 1, ustala podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych.

4. Maksymalna wysokość opłaty za:

- 1) jedną stronę **wyciągu** albo **odpisu** dokumentacji medycznej - nie może przekraczać 0,002;
- 2) jedną stronę **kopii** albo **wydruku** dokumentacji medycznej - nie może przekraczać 0,00007;
- 3) udostępnienie dokumentacji medycznej **na informatycznym nośniku danych** - nie może przekraczać 0,0004;

- **przeciętnego wynagrodzenia w poprzednim kwartale**, ogłaszanego przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej "Monitor Polski" na podstawie art. 20 pkt 2 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (Dz. U. z 2016 r. poz. 887, z późn. zm.), począwszy od pierwszego dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym nastąpiło ogłoszenie.

5. Wysokość opłaty, o której mowa w ust. 4, uwzględnia podatek od towarów i usług, jeżeli na podstawie odrębnych przepisów usługa jest opodatkowana tym podatkiem.

→ Obecnie kopia kosztuje ok. 30 gr, opłaty powinny być aktualizowane co kwartał.

→ **NIEDOPUSZCZALNE** jest pobieranie przez podmiot leczniczy opłaty za **KOPIĘ POŚWIADCZONĄ ZA ZGODNOŚĆ Z ORYGINALNĄ** w wysokości, jak za odpis. **Poświadczona za zgodność z oryginałem kopia – nadal pozostaje tylko kopia! WSA.**

Art. 29. [Przechowywanie dokumentacji medycznej]

1. Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych przechowuje dokumentację medyczną przez okres **20 lat**, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym dokonano ostatniego wpisu, z wyjątkiem:

- 1) dokumentacji medycznej w przypadku zgonu pacjenta na skutek uszkodzenia ciała lub zatrucia, która jest przechowywana przez okres **30 lat**, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym nastąpił zgon;
- 1a) dokumentacji medycznej zawierającej dane niezbędne do monitorowania losów krwi i jej składników, która jest przechowywana przez okres **30 lat**, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym dokonano ostatniego wpisu;
- 2) **zdjęć rentgenowskich** przechowywanych poza dokumentacją medyczną pacjenta, które są przechowywane przez okres **10 lat**, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym wykonano zdjęcie;
- 3) **skierowań na badania lub zleceń lekarza, które są przechowywane przez okres:**
 - a) **5 lat**, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym udzielono świadczenia zdrowotnego będącego przedmiotem skierowania lub zlecenia lekarza,
 - b) **2 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym wystawiono skierowanie - w przypadku gdy świadczenie zdrowotne nie zostało udzielone z powodu niezgłoszenia się pacjenta w ustalonym terminie, chyba że pacjent odebrał skierowanie;**
- 4) **dokumentacji medycznej dotyczącej dzieci do ukończenia 2. roku życia, która jest przechowywana przez okres 22 lat.**

2. Po upływie okresów wymienionych w ust. 1 podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych **niszczy dokumentację medyczną w sposób uniemożliwiający identyfikację pacjenta**, którego dotyczyła. Dokumentacja medyczna przeznaczona do zniszczenia może być wydana pacjentowi, jego przedstawicielowi ustawowemu lub osobie upoważnionej przez pacjenta.

3. Po upływie okresów, o których mowa w ust. 1, do postępowania z dokumentacją medyczną będącą materiałem archiwalnym w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach (Dz. U. z 2015 r. poz. 1446), stosuje się przepisy wydane na podstawie art. 5 ust. 2 i 2b tej ustawy.

Art. 30. [Delegacja ustawowa - rodzaje i zakres dokumentacji medycznej]

→ *Bez znaczenia.*

Art. 30a. [Przechowywanie i udostępnianie dokumentacji medycznej po

zaprzestaniu wykonywania działalności leczniczej]

1. **W przypadku zaprzestania wykonywania działalności leczniczej** podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych przekazuje dokumentację medyczną podmiotom o których mowa w ust. 2-4 i 7, w sposób zapewniający zabezpieczenie przed jej zniszczeniem, uszkodzeniem lub utratą oraz dostępem osób nieuprawnionych.

2. Dokumentację medyczną podmiotu zaprzestającego wykonywania działalności leczniczej przejmuje podmiot, który przejął jego zadania.

3. **W przypadku braku podmiotu**, o którym mowa w ust. 2, za przechowywanie i udostępnianie dokumentacji medycznej po zaprzestaniu udzielania świadczeń zdrowotnych odpowiada:

- 1) **podmiot tworzący albo sprawujący nadzór** - w przypadku podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt 4 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej albo instytutu badawczego, o którym mowa w art. 3 ustawy z dnia 30 kwietnia 2010 r. o instytutach badawczych;
- 2) **podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych, z którym podmiot zaprzestający wykonywania działalności leczniczej zawarł umowę o przechowywanie dokumentacji medycznej** - w przypadku podmiotu leczniczego innego niż określony w pkt 1 oraz praktyki zawodowej w rozumieniu art. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej;
- 3) **właściwa okręgowa izba lekarska albo okręgowa izba pielęgniarek i położnych**
- w przypadku śmierci odpowiednio lekarza albo pielęgniarki lub położnej, wykonujących zawód w formie praktyki zawodowej w rozumieniu art. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

4. W przypadkach, o których mowa w art. 108 ust. 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, organ prowadzący rejestr podmiotów wykonujących działalność leczniczą wzywa podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych podlegający wykreśleniu do wskazania, w wyznaczonym terminie, nazwy (firmy) i adresu podmiotu, z którym zawarł umowę o przechowywanie dokumentacji medycznej.

5. W razie bezskutecznego upływu terminu, o którym mowa w ust. 4, organ prowadzący rejestr podmiotów wykonujących działalność leczniczą określa sposób postępowania z dokumentacją medyczną, na koszt podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych podlegającego wykreśleniu.

6. Do należności z tytułu kosztów, o których mowa w ust. 5, stosuje się przepisy

o postępowaniu egzekucyjnym w administracji.

W przypadku gdy nie jest możliwe ustalenie podmiotu odpowiedzialnego za przechowywanie dokumentacji medycznej po zaprzestaniu wykonywania **działalności leczniczej**, za **przechowywanie dokumentacji medycznej odpowiada wojewoda.**

→ *Dalsze przepisy bez znaczenia (charakter techniczny).*

Zgoda pacjenta na leczenie i prawo do odmowy leczenia

Opracowanie - r.pr. Robert Bryzek

USTAWA

z dnia 6 listopada 2008 r.

o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta¹

Rozdział 5

Prawo pacjenta do wyrażenia zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych

Art. 15. [Zakres stosowania przepisów]

Przepisy niniejszego rozdziału stosuje się do wyrażenia zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych albo odmowy takiej zgody, **jeżeli przepisy odrębnych ustaw nie stanowią inaczej.**

Art. 16. [Prawo do wyrażenia zgody na udzielanie świadczeń zdrowotnych]

Pacjent ma prawo do wyrażenia zgody na udzielenie określonych świadczeń zdrowotnych **lub odmowy takiej zgody**, po uzyskaniu informacji w zakresie określonym w art. 9 (prawo pacjenta do pełnej oraz rzetelnej informacji o stanie swojego zdrowia).

→ **Zgoda poinformowana** – zgodnie z art. 31 ust. 1 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, lekarz ma obowiązek udzielić pacjentowi albo jego przedstawicielowi ustawowemu **przystępnej informacji o jego stanie zdrowia, rozpoznaniu proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo niezastosowania, wynikach leczenia,**

¹ Dz. U. z 2017 r., poz. 1318

a przede wszystkim rokowaniu. Powyższe oznacza, że zawsze przed wyrażeniem przez pacjenta zgody na udzielenie świadczenia zdrowotnego (konkretnego), lekarz ma obowiązek udzielenia pacjentowi **przystępnej, rzetelnej i wszechstronnej informacji na temat planowanego świadczenia.**

- **Nieważna** jest zgoda wyrażona przez pacjenta bez powzięcia wcześniejszej informacji na temat świadczenia medycznego, które ma zostać wykonane. Wynika to z faktu, że pacjent, który wyraził taką zgodę, **mógłby odmówić jej wyrażenia, gdyby znał dokładnie ryzyka i konsekwencje przeprowadzenia zabiegu.**
- Często pacjentki odmawiają rozszerzenia pola operacji o usunięcie macicy (ubezplodnienie). Pacjent jest dysponentem własnego ciała.

Art. 17. [Przedmiot zgody; forma zgody lub sprzeciwu; uprawnienia osób małoletnich, ubezwłasnowolnionych, upośledzonych]

- 1. Pacjent, w tym małoletni, który ukończył 16 lat, ma prawo do wyrażenia zgody na przeprowadzenie badania lub udzielenie innych świadczeń zdrowotnych.**
- 2. Przedstawiciel ustawowy pacjenta małoletniego, całkowicie ubezwłasnowolnionego lub niezdolnego do świadomego wyrażenia zgody, ma prawo do wyrażenia zgody, o której mowa w ust. 1. W przypadku braku przedstawiciela ustawowego prawo to, w odniesieniu do badania, może wykonać opiekun faktyczny.**

- *Opiekun faktyczny może wyrazić zgodę tylko na **BADANIA**, (problem dotyczy przede wszystkim tzw. euro sierot – dzieci pozostawione pod opieką np. dziadków). Opiekun faktyczny nie może wyrazić zgody na **zabieg/operację!***
- *Czy kobieta, która ukończyła 16 lat (jednocześnie małoletnia) powinna uzyskać zgodę rodziców na wizytę u np. ginekologa? Dotyczy przede wszystkim antykoncepcji (np. wypisanie recepty na tabletki antykoncepcyjne, tabletki ellaOne <dzień po>). Czy przedstawiciel ustawowy powinien o powyższym wiedzieć? Czy może wyrazić swój sprzeciw?*
- **WŁADZA RODZICIELSKA** – decyzje o leczeniu dziecka poniżej 16 lat może podejmować samodzielnie **każdy** z rodziców.

- W sprawach ważnych i istotnych (np. zabieg, operacja, podwyższone ryzyko) decyzja rodziców powinna zostać podjęta wspólnie – art. 97 par. 2 Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego²
- Co ma zrobić lekarz, w sytuacji, gdy jedno z rodziców **NIE** wyraża zgody?
Oczywiście **decyduje Sąd Rodzinny**.
- Jednakże, lekarz może zatrzymać małoletniego w szpitalu do czasu rozstrzygnięcia sporu i wyrażenia zgody lub sprzeciwu na podjęcie czynności leczniczych przez Sąd Rodzinny (gdy wymaga tego stan zdrowia dziecka).

3. Pacjent małoletni, który ukończył 16 lat, osoba ubezwłasnowolniona albo pacjent chory psychicznie lub upośledzony umysłowo, lecz dysponujący dostatecznym rozeznaniami, ma prawo do wyrażenia sprzeciwu co do udzielenia świadczenia zdrowotnego, pomimo zgody przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego. W takim przypadku wymagane jest zezwolenie Sądu Opiekuńczego.

- Decydujące zdanie na **SĄD OPIEKUŃCZY!**
- Fakt, iż pacjent jest osobą ubezwłasnowolnioną przez sąd, nie oznacza, że nie ma prawa do wyrażenia zgody, gdy znajduje się w stanie z dostatecznym rozeznaniami (osoba może zostać ubezwłasnowolniona, nie ze względu na chorobę psychiczną, ale np. przez nadużywanie alkoholu lub substancji odurzających).

4. Zgoda oraz sprzeciw, o których mowa w ust. 1-3, mogą być wyrażone ustnie albo przez takie zachowanie się osób wymienionych w tych przepisach, które w sposób niebudzący wątpliwości wskazuje na wolę poddania się czynnościom proponowanym przez osobę wykonującą zawód medyczny albo brak takiej woli.

² Dz. U. z 2017 r., poz. 682 ze zm.

Art. 18. [Wyrażenie zgody na metody leczenia lub diagnostykę stwarzające podwyższone ryzyko]

1. W przypadku **zabiegu operacyjnego** albo **zastosowania metody leczenia lub diagnostyki stwarzających podwyższone ryzyko dla pacjenta, zgodę**, o której mowa w art. 17 ust. 1, **wyraża się w formie pisemnej**. Do wyrażania zgody oraz sprzeciwu stosuje się art. 17 ust. 2 i 3.

2. **Przed wyrażeniem zgody w sposób określony w ust. 1 pacjent ma prawo do uzyskania informacji, o której mowa w art. 9 ust. 2.**

3. Przepisy art. 17 ust. 2-4 stosuje się odpowiednio.

→ *Niedopuszczalność stosowania **ZGODY BLANKIETOWEJ**.*

→ *Zgoda na przyjęcie do szpitala, **NIE** jest równoznaczna, ze zgodą na operację!*

→ *Pisemna zgoda pacjenta powinna zostać włączona do dokumentacji medycznej.*

→ **Bezprawne** jest pobieranie od pacjenta zgody, nawet na piśmie, bezpośrednio przed zabiegiem, np. po podaniu znieczulenia, przed salą operacyjną (bardzo częsta praktyka w szpitalach).

→ *Zgoda wyrażona na operację np. wycięcia guza nerki, **NIE** jest równoznaczna, ze zgodą na inny zabieg.*

→ *Może się zdarzyć, iż po otwarciu przez operatorów powłok ciała w celu przeprowadzenia operacji, wyjdzie na jaw inne schorzenie, zagrażające **REALNIE** i **BEZPOŚREDNIO** życiu pacjenta. W takim przypadku, lekarze nawet mają **OBOWIĄZEK** rozszerzyć pole zabiegu.*

→ *Samowolne rozszerzenie pola zabiegu w innych przypadkach, jest **NIEDOPUSZCZALNE** i grozi nie tylko **odpowiedzialnością dyscyplinarną, ale też cywilną!** <- **pozwij o odszkodowanie i zadośćuczynienie, art. 55 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta** (roszczenia opiewające na setki tysięcy złotych).*

Art. 19. [Udzielanie świadczeń zdrowotnych pomimo sprzeciwu pacjenta]

Zasady przeprowadzenia badania lub udzielenia innych świadczeń zdrowotnych przez lekarza pomimo braku zgody albo wobec zgłoszenia sprzeciwu, o których mowa w art. 17 i 18,

określają przepisy art. 33 i art. 34 ust. 6 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty.

→ Art. 33. 1. *Badanie lub udzielenie pacjentowi innego świadczenia zdrowotnego bez jego zgody jest dopuszczalne, jeżeli wymaga on **niezwłocznej pomocy lekarskiej**, a ze względu na stan zdrowia lub wiek nie może wyrazić zgody i nie ma możliwości porozumienia się z jego przedstawicielem ustawowym lub opiekunem faktycznym.*

2. Decyzję o podjęciu czynności medycznych w okolicznościach, o których mowa w ust. 1, **lekarz powinien w miarę możliwości skonsultować z innym lekarzem.**

3. Okoliczności, o których mowa w ust. 1 i 2, lekarz odnotowuje w dokumentacji medycznej pacjenta.

→ Art. 34 ust. 6. *Jeżeli przedstawiciel ustawowy pacjenta małoletniego, ubezwłasnowolnionego bądź niezdolnego do świadomego wyrażenia zgody nie zgadza się na wykonanie przez lekarza czynności wymienionych w ust. 1, a niezbędnych dla usunięcia niebezpieczeństwa utraty przez pacjenta życia lub ciężkiego uszkodzenia ciała bądź ciężkiego rozstroju zdrowia, **lekarz może wykonać takie czynności po uzyskaniu zgody Sądu Opiekuńczego.***

<- przepis bardzo często wykorzystywany przez lekarzy, w takiej sytuacji do sądu jest wysyłany niezwłocznie fax oraz wykonywany telefon. W skrajnych sytuacjach, sąd wydaje postanowienie – zgodę w ciągu jednej lub kilku godzin.

→ *Świadkowie Jehowy – jeżeli przedstawiciele ustawowi małoletniego odmawiają wyrażenia zgody na świadczenie zdrowotne niezbędne dla ratowania zdrowia lub nawet życia dziecka (transfuzja krwi, podanie produktów krwiopochodnych) lekarz ma prawo do samodzielnego decydowania o wykonaniu zabiegu. Jeżeli jest czas, to szpital ma obowiązek wystąpienia do Sądu Rodzinnego o wyrażenie zgody za rodziców. Wówczas, gdy sąd tak postanowi, władza rodzicielska zostaje na pewien czas (np. na okres hospitalizacji małoletniego pacjenta) tymczasowo zawieszona. Powyższa praktyka dotyczy nie tylko Świadków Jehowy (transfuzja krwi), ale każdego innego zagrożenia życia i zdrowia dziecka (np. brak zgody rodziców na podanie dziecku danego leku).*

- Jeżeli leczeniu z użyciem krwi obcej sprzeciwia się ze względów religijnych pacjent **PETHNOLETNI i NIEUBEZWThASNOWOLNIONY**, działanie lekarza wbrew jego woli jest działaniem **BEZPRAWNYM!** (może również skutkować odpowiedzialnością cywilną).
- **Czy lekarz ma obowiązek, prawo - ratowania niedoszłego SAMOBÓJCZY?**
Co w przypadku, gdy ten ma np. wytatuowane na klatce piersiowej, że nie życzy sobie ratunku (świadczeń zdrowotnych)?
- **Odpowiedzialność lekarza z tytułu podjęcia zabiegów leczniczych bez zgody pacjenta** – w rozumieniu art. 192 k.k. zabiegiem leczniczym jest każdy zabieg lekarski przybierający formę czynności leczniczej (terapeutycznej), podejmowanej w stosunku do pacjenta na etapie profilaktyki, diagnostyki, terapii oraz rehabilitacji, który ze względu na właściwą mu technikę medyczną, **łączy się z naruszeniem integralności cielesnej pacjenta przez naruszenie jego tkanki cielesnej.**
- Jeżeli lekarz wykonujący czynność leczniczą naruszy zasady sztuki lekarskiej, a dodatkowo zrealizuje tę czynność bez zgody pacjenta, zostanie pociągnięty do odpowiedzialności w związku z popełnieniem przestępstwa przeciwko zdrowiu i życiu oraz w związku z wyczerpaniem znamion czynu zabronionego określonego, właśnie w art. 192 k.k.

Zgoda pacjenta na udział w eksperymencie medycznym.

Podstawa prawna: Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty³, (rozdział 4, art. 21 i nast.).

Zgodnie z dyspozycją art. 41a **Kodesu Etyki Lekarskiej**, lekarz przeprowadzający eksperymenty medyczne ma obowiązek przestrzegania norm zawartych w tym kodeksie, a przede wszystkim zasad etyki badań naukowych.

Eksperyment medyczny może mieć postać eksperymentu **leczniczego** lub **badawczego**.

³ Dz. U. z 2017 r., poz. 125 ze zm.

Eksperyment leczniczy – to wprowadzenie przez lekarza nowych, ew. wypróbowanych tylko w pewnym zakresie metod diagnostycznych, leczniczych albo profilaktycznych.

Cel eksperymentu leczniczego jest jeden – osiągnięcie bezpośredniej **korzyści dla zdrowia** uczestnika eksperymentu (osoba chora = pacjent). Dopuszczalność eksperymentu leczniczego zależy od skuteczności dotychczasowych metod leczenia.

Eksperyment badawczy – przeprowadzany jest w celu poszerzenia wiedzy medycznej. Dotyczy osób chorych, jak również zdrowych.

- *Czy osoba zdrowa biorąca udział w eksperymencie badawczym jest pacjentem? Czy może tylko jego uczestnikiem? Czy do takiej osoby mają zastosowanie prawa pacjenta? Akty prawne regulujące zagadnienie eksperymentu medycznego (np. Ustawa prawo farmaceutyczne, dyrektywa unijna) posługują się zamiennie pojęciami: pacjent, uczestnik, osoba chora.*
- *Art. 57 Kodeksu Etyki Lekarskiej stanowi, że lekarzowi nie wolno posługiwać się metodami uznanymi przez naukę za szkodliwe, bezwartościowe lub niezaweryfikowanymi naukowo.*

Zgoda - osoby biorącej udział w eksperymencie medycznym jest podstawową zasadą, zgodnego z prawem, przeprowadzenia tego eksperymentu. Do rzeczonyj zgody stosuje się przepisy ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

Zgoda osoby mającej wziąć udział w eksperymencie ma charakter:

- **zgoda własna**, wyrażona przez pacjenta, uczestnika eksperymentu;
- **zgoda zastępcza**, wyrażona przez przedstawiciela ustawowego lub sąd;
- **zgoda równoległa**, wyrażona przez małoletniego, który ma ukończone 16 lat oraz przedstawiciela ustawowego.

- *Dopuszczalne jest przeprowadzenie eksperymentu medycznego, bez zgody pacjenta w sytuacji, gdy nieprzeprowadzenie eksperymentu groziłoby bezpośrednim zagrożeniem jego życia (sytuacja skrajna, ale możliwa).*

Zgoda na pobranie krwi na rzecz innych osób.

Podstawa prawna: Ustawa z dnia 22 sierpnia 1997 r. o publicznej służbie krwi.⁴

W przypadku pobierania krwi na rzecz innych osób, dawca powinien wyrazić zgodę (**pisemną**) na pobranie krwi (art. 15 ust. 1 ww. ustawy). **Zgoda musi zostać wyrażona w obecności lekarza.** Osoby cyklicznie oddające krew **nie mogą wyrazić jednej zgody** na wszystkie przyszłe pobrania. Zgoda musi być wyrażona przez dawcę każdorazowo, przed poszczególnym pobraniem.

W przypadku **osoby małoletniej, która nie ukończyła 13 lat**, pobranie krwi może nastąpić **WYŁĄCZNIE na rzecz rodziców, dziadków oraz rodzeństwa**, jeżeli jest to konieczne ze względów leczniczych lub fizjologicznych. Zgodę na pobranie krwi musi wyrazić przedstawiciel ustawowy osoby małoletniej oraz sam małoletni.

Reasumując, pobranie krwi od osoby pomiędzy 13 a 18 rokiem życia, może nastąpić wyłącznie na rzecz wstępnych (rodzice, dziadkowie), zstępnych (dzieci) oraz rodzeństwa.

- **WYJĄTEK** od powyższej zasady, stanowi pobranie krwi od kobiety, która za zgodą sądu opiekuńczego zawarła małżeństwo (po ukończeniu 16 lat). Osoba taka w świetle prawa jest traktowana jak osoba pełnoletnia, co umożliwia jej podjęcie decyzji o oddaniu krwi na rzecz innych osób, niż członkowie rodziny.
- **Inne pobrania krwi:**
 - w trakcie procesu cywilnego (art. 306 k.p.c.);
 - pobranie krwi w procesie karnym (art. 74 par. 2 k.p.c.);
 - zgoda na pobranie krwi celem wykonania badań na obecność wirusa **HIV: lekarz może** zlecić przeprowadzenie badania na obecność wirusa HIV bez zgody pacjenta, jeżeli celem badań jest zdiagnozowanie nieznannej choroby. W sytuacji, gdy choroba, na którą cierpi pacjent jest lekarzowi znana, przeprowadzenie badania na obecność wirusa HIV z pobranego materiału biologicznego **uzależnione jest od zgody pacjenta.** Ponadto, lekarz

⁴ Dz. U. z 2017 r. poz. 125 ze zm.

***NIE** ma prawa do pobrania krwi, w celu przeprowadzenia badania na obecność wirusa HIV, jeśli nie ma to związku z diagnostyką.*

Postępowanie przymusowe wobec pacjentów z zaburzeniami psychicznymi.
(tylko sygnalizacyjnie)

Podstawa prawna: Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego.⁵

Hospitalizacja osoby chorej psychicznie, bez jej zgody, może nastąpić tylko w sytuacji, gdy zachowanie tej osoby zagraża bezpośrednio **własnemu życiu** (tylko życiu i **NIE zdrowiu**) **lub życiu, bądź zdrowiu innej osoby.**

- *Każdy przypadek zastosowania przymusu bezpośredniego wobec osób z zaburzeniami psychicznymi **musi zostać odnotowany w dokumentacji medycznej pacjenta.***
- *W obecnym czasie, pobyt w szpitalu psychiatrycznym, trudno nazwać leczeniem, gdyż pacjenci przebywają tam nawet 5, 10, 15, 25 lat. Znany „rekord” – 37 i 42 lata. Prawdopodobnie miejscem właściwym dla tych pacjentów powinien być ZOL, DPS lub inny zakład, ale na pewno nie szpital.*
- *Rzecznik Praw Pacjenta w 2016 r. i 2017 r. zwracał szczególną uwagę na „proceder” kopiowania przez lekarzy psychiatrów opinii lekarskich przedstawianych przed sądem w celu przedłużenia pobytu pacjenta w szpitalu (dotyczy pacjentów na tzw. detencji). Zdarzały się przypadki znalezienia w dokumentacji medycznej pacjenta nawet 10 identycznych opinii (sporządzane na zasadzie kopiuj-wklej). W historii choroby oczywiście brak wzmianki o przeprowadzonych badań. Niestety, powyższym opiniom odpowiadają w tej samej ilości postanowienia sądowe o przedłużeniu pobytu pacjenta, również sporządzane na zasadzie, kopiuj-wklej.*
- *Sądy bardzo „lekką” podchodzą do wydawania zgody na udzielanie świadczeń zdrowotnych, wbrew woli pacjenta. Wyjątkowo, tej zgody nie udzielają. Dla dobra pacjenta, jeżeli jest taka możliwość, należy uczestniczyć w rozprawach sądowych.*

III. Narzędzia pracy w obszarze pomocy społecznej

Wywiad z osobą długotrwale chorą

Przeznaczenie narzędzia: *Etap I – Ocena / Diagnoza*

Zastosowanie narzędzia: *obligatoryjne*

1. Imię i nazwisko _____

2. Dotychczas rozpoznana sytuacja zdrowotna _____

3. Dostęp do świadczeń medycznych – podstawowych i specjalistycznych

/jaka jest odległość do lekarza rodzinnego i specjalisty, czy jest możliwość dogodnego dojazdu, jak długo trzeba czekać na wizytę/poradę lekarza, inne/

4. Przyczyny trudnej sytuacji zdrowotnej

Czas trwania choroby/chorób

Dotychczasowy przebieg leczenia i rehabilitacji

Medyczne skutki choroby – powikłania, schorzenia towarzyszące, zagrożenia

Ograniczenia jakie niesie choroba

Rokowania co do stanu zdrowia w procesie leczenia i rehabilitacji

/w kierunku uzyskania zadawalajacego stanu zdrowia, orzeczenia stopnia niepełnosprawności, inne/

5. Czy ma P. jakieś trudności związane z obecnym stanem zdrowia – jakie?

6. Co można zrobić by zmniejszyć lub zniwelować te trudności?

7. Co chciałby/aby P. zmienić w swoim życiu? Co jest wg P. niezbędne do tej zmiany?

8. Kto i jak może Pani/Panu pomóc w tej zmianie?

9. Pytania dodatkowe

/to jest miejsce przeznaczone na inne pytania i odpowiedzi, które wyniknęły w czasie wywiadu i mogą mieć znaczenie dla rozpoznania sytuacji Klienta oraz jego możliwości i zasobów oraz ograniczeń i barier odnoszących się do poprawy tej sytuacji/

Data przeprowadzenia wywiadu _____

Podpis osoby, z którą przeprowadzono wywiad _____

Podpis Onkoasystenta

INSTRUKCJA

1. Cel narzędzia

- ☐ Opis i analiza sytuacji osoby długotrwale chorej w związku z jej niekorzystnym stanem chorobowym, trwającym dłużej niż 3 miesiące, wymagającej częstej hospitalizacji i/lub stałej opieki specjalistycznej w kontekście radzenia sobie z chorobą i codziennym funkcjonowaniem.

2. Grupa docelowa

- ☐ Osoby chore przewlekłe somatycznie, u których występująca choroba może mieć charakter nawracający.

3. Sposób wykorzystania

a) okoliczności w jakich stosuje się narzędzie

- ☐ *Wywiad z osobą długotrwale chorą* przeprowadza się **obligatoryjnie** po wcześniej przeprowadzonym *Wywiadzie – rozpoznaniu sytuacji*, jeżeli w jego trakcie rozpoznano, że Klient (lub członek rodziny) przewlekłe choruje i stan jego zdrowia jest istotną lub główną przyczyną trudnej sytuacji Klienta (rodziny).
- ☐ Aktualizacja wywiadu zależy od decyzji Onkoasystenta. Wskazane jest jednak skorzystać z niej zawsze wtedy gdy nastąpiła istotna zmiana w sytuacji zdrowotnej pacjenta lub innej ale mającej związek z sytuacją zdrowotną. Porównanie danych z dwóch wywiadów przeprowadzonych w dłuższym odstępie czasu (np. po roku) może stanowić materiał istotny dla pracy socjalnej.

b) zastosowanie pytań

- ☐ Narzędzie diagnozuje czas trwania choroby, jej przebieg, medyczne i inne skutki w powiązaniu z zasobami osoby długotrwale chorej.
- ☐ Przyczyny trudnej sytuacji życiowej ustalamy przede wszystkim na podstawie tego co mówi klient z którym przeprowadzamy wywiad – jego subiektywna opinia czy ocena jest tutaj najważniejsza. Uzupełnieniem będą jednak również wszelkie dostępne obiektywne informacje udostępnione pracownikowi socjalnemu np. poprzez przedłożenie dokumentacji medycznej (historii choroby, zaświadczeń lekarskich, kart informacyjnych leczenia szpitalnego itd.).
- ☐ Rozpatrując problem choroby długotrwałej można odnieść się do:
 - ograniczeń jakie ta choroba za sobą niesie i w jakim czasookresie występuje
 - rokowań co do stanu zdrowia i podejmowania działań w kierunku poprawy stanu zdrowia
 - uzyskania zadawalającego stanu zdrowia w procesie leczenia i rehabilitacji
 - orzeczenia stopnia niepełnosprawności celem uregulowania sytuacji prawnej w kwestii stanu zdrowia
 - podjęcia współpracy z rodziną, opiekunami, sąsiadami, lekarzem rodzinnym, pielęgniarką środowiskową, organizacjami pozarządowymi, stowarzyszeniami, instytucją/organizacją wykonującą usługi opiekuńcze i specjalistyczne usługi opiekuńcze
 - wykorzystania zasobów ośrodka pomocy społecznej (psycholog, psychiatra, inni specjaliści) i systemu wsparcia środowiskowego.

c) na co warto zwrócić uwagę

- ☐ Na mechanizmy kierujące zachowaniem osoby, wynikającym z długotrwałej choroby i stosunku do własnego stanu zdrowia
- ☐ Na budowanie relacji z osobą długotrwale chorą z wykorzystaniem umiejętności interpersonalnych i komunikacyjnych
- ☐ Na planowanie zmian i sposobu usamodzielniania osoby chorej, diagnozowania potrzeb i rozwiązywania problemów
- ☐ Na motywowanie do zmiany w stosunku do choroby długotrwałej i postrzegania siebie
- ☐ Na aktywizowanie i konstruktywne wspieranie osoby długotrwale chorej.

d) informacje dodatkowe

- ☐ Przed wywiadem należy poinformować pacjenta o konieczności jego przeprowadzenia oraz o celu tego wywiadu.
- ☐ Pacjent jest podmiotem postępowania metodycznego Onkoasystenta i to on odpowiada na pytania zawarte w wywiadzie.
- ☐ **Wnioski Onkoasystenta i propozycje dalszych działań są spisywane samodzielnie tzn. po wywiadzie i bez udziału pacjenta. Odnoszą się tylko do tego, jakie techniki diagnostyczne planuje jeszcze zastosować/ wykorzystać w pracy z pacjentem przed przejściem do kolejnego etapu lub podetapu metodycznego postępowania (a więc także jakie narzędzia pracy socjalnej chce wykorzystać), lub że wspólnie z Klientem przechodzą już do kolejnego podetapu metodycznego postępowania oceny/ diagnozy (1c) bez potrzeby pogłębienia informacji o problemie klienta przy użyciu fakultatywnych narzędzi specjalistycznych (przynajmniej w danym momencie).**

IV. Procedura orzekania o niepełnosprawności

W Polsce funkcjonują dwa systemy orzecznicze:

do celów rentowych

do celów poza rentowych

Różnice w systemach orzecznich:

- **Orzecznictwo do celów rentowych**, które prowadzą lekarze orzecznicy ZUS oraz komisje lekarskie ZUS. Szczególnymi grupami są rolnicy i ich rodziny - podlegają oni lekarzom rzeczoznawcom i komisjom lekarskim Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego (KRUS), a także tzw. służby mundurowe (policjanci, żołnierze, celnicy) i ich rodziny - podlegają komisjom lekarskim MON lub MSWiA.
- **Orzecznictwo do celów poza rentowych** - prowadzone przez **powiatowe lub miejskie zespoły do spraw orzekania o niepełnosprawności**.

Pamiętaj!

Orzeczenia ZUS wydawane są do **innych celów** niż orzeczenia powiatowych lub miejskich zespołów ds. orzekania o niepełnosprawności (PZON lub MZON). Orzeczenia ZUS oceniają zdolność do pracy i są podstawą do wypłaty świadczeń z ubezpieczenia społecznego, czyli **renty**, oraz dają takie same uprawnienia do korzystania z różnych ulg jak orzeczenia powiatowych zespołów. Zespoły do spraw niepełnosprawności mają obowiązek stosować **tzw. przekładkę**. Jeśli osoba ubiegająca się o ustalenie stopnia niepełnosprawności posiada orzeczenie ZUS, to PZON/MZON muszą wydać orzeczenie o niepełnosprawności i dopiero ono daje prawo do ulgi, m.in. ulgi rehabilitacyjnej.

Jednak orzeczenia zespołów powiatowych nie są w żadnym przypadku podstawą do ubiegania się o rentę i emeryturę, ale stwarzają możliwość otrzymania różnych dodatkowych świadczeń przysługujących osobom niepełnosprawnym, np. zasiłku pielęgnacyjnego albo ulgowych przejazdów środkami komunikacji publicznej. Przyczyny niepełnosprawności ustalają zespoły ds. orzekania o stopniu niepełnosprawności. Wydane przez nie orzeczenia pozwalają na korzystanie z ulg i uprawnień, do których prawa nabywa się właśnie ze względu na charakter i rodzaj niepełnosprawności. **Najlepiej więc mieć, na wszelki wypadek, orzeczenia obu tych organów.**

CZY POTRZEBNE SĄ OBA ORZECZENIA? LEPIEJ JEST MIEĆ OBA TE DOKUMENTY.

Orzeczenia ZUS nie zawierają przyczyny niepełnosprawności, a jej ustalenie - co czynią zespoły powiatowe - pozwoli na korzystanie z ulg i uprawnień, do których praw nabywa się właśnie ze względu na charakter niepełnosprawności. Najlepiej więc mieć na wszelki wypadek oba dokumenty.

Inne orzeczenia - Historia

W 1997 r. zmieniły się zasady orzekania o niepełnosprawności. Nie ma już ani komisji lekarskich ds. inwalidztwa i zatrudnienia przy ZUS. **Nie ma też I, II i III grupy inwalidzkiej**, ale ci, których zaliczono do którejś z nich, **nadal** pozostali w świetle prawa osobami niepełnosprawnymi i zachowali swoje uprawnienia - chyba że orzeczenie o ich niepełnosprawności straciło moc albo zostało zmienione.

Osoby posiadające ważne orzeczenia o niepełnosprawności wydane przed wejściem w życie ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych z 27 sierpnia 1997 r. (przed 1 stycznia 1998 r.), czyli:

- Komisji ds. Inwalidztwa i Zatrudnienia (grupa inwalidzka),
- Orzeczenia Lekarzy Orzeczników ZUS (o niezdolności do pracy),

- Orzeczenia Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego (o niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym).

Mogą, ale nie muszą, wystąpić do PZON o ustalenie stopnia niepełnosprawności. W praktyce jednak posiadanie orzeczenia PZON w dużej mierze ułatwia korzystanie z różnego rodzaju ulg i uprawnień przysługujących osobom niepełnosprawnym.

Osoby posiadające wymienione wyżej ważne orzeczenia o zaliczeniu do jednej z grup inwalidów, niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym lub orzeczenia o niezdolności do pracy mogą złożyć do zespołu ds. orzekania o niepełnosprawności wnioski o ustalenie stopnia niepełnosprawności i różnego rodzaju wskazań. Odbywa się to zazwyczaj w skróconym trybie postępowania. Zespół do spraw orzekania o niepełnosprawności ma prawo wtedy żądać od właściwych organów rentowych udostępnienia kopii orzeczeń (Skrócony tryb orzekania).

Relacje pomiędzy różnymi orzeczeniami pozostają w zależności i ustawa ściśle precyzuje, które stopnie niepełnosprawności odpowiadają orzeczeniom o niezdolności do pracy bądź inwalidztwie.

Odpowiadające sobie orzeczenia stopnia niepełnosprawności

Dawny system orzecznictwa	Obecny system orzecznictwa			
Orzeczenia Komisji Lekarskich ds. Inwalidztwa i Zatrudnienia	Orzeczenia lekarzy orzeczników	Orzeczenia Powiatowych Zespołów ds. Orzekania o Niepełnosprawności	Orzeczenia rentowe dla rolników KRUS	
I grupa Inwalidzka	Całkowita niezdolność do pracy	Znaczny stopień niepełnosprawności	Stała lub długotrwała niezdolność do pracy w gospodarstwie rolnym, połączona z	

	oraz samodzielnej egzystencji		prawem do zasiłku pielęgnacyjnego	
II grupa inwalidzka	Całkowita niezdolność do pracy	Umiarkowany stopień niepełnosprawności	***	
III grupa inwalidzka	Częściowa niezdolność do pracy, celowość przekwalifikowania	Lekki stopień niepełnosprawności	Stać lub długotrwała niezdolność do pracy w gospodarstwie rolnym bez prawa do zasiłku pielęgnacyjnego	

*** w orzeczeniach KRUS nie występuje odpowiednik II grupy

Od orzeczenia o wskazaniach do ulg i uprawnień określających stopień niepełnosprawności wydanego w **postępowaniu uproszczonym**, na podstawie innego ważnego orzeczenia o zaliczeniu do jednej z grup inwalidów lub niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym, **nie przysługuje odwołanie do wyższej instancji, można jedynie zaskarżyć samą procedurę jego wydania do Naczelnego Sądu Administracyjnego. NSA ocenia, czy orzeczenie zostało wydane zgodnie z prawem, nie rozpatruje sprawy pod względem merytorycznym.**

Uwaga: Osoba posiadająca ważne orzeczenie o niepełnosprawności wydane przez służby mundurowe, aby móc korzystać z uprawnień przewidzianych przez ustawę o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych z 27 sierpnia 1997 r., **musi uzyskać orzeczenie zespołu ds. orzekania o niepełnosprawności** (niemożliwe jest w takim przypadku zastosowanie uproszczonej procedury).

ORZEKANIE DO CELÓW POZA RENTOWYCH

Podstawa prawna: Ustawa o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. 2011 nr 127 poz. 721).

CZYM JEST NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ I KTO O NIEJ ORZEKA?

Zgodnie z przepisami ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych **niepełnosprawność** oznacza trwałą lub okresową niezdolność do wypełniania ról społecznych z powodu stałego lub długotrwałego naruszenia sprawności organizmu, w szczególności powodującą niezdolność do pracy.

Niepełnosprawność, zgodnie z kryterium ustawowym, to niemożność efektywnego pełnienia ról społecznych tj. wypełniania zobowiązania wynikającego z zajmowanej pozycji społecznej przy korzystaniu przez osobę z przysługujących jej przywilejów i praw według bardziej lub mniej określonego wzoru, a więc niemożność bądź trudności w codziennej aktywności i uczestnictwie wynikające z naruszenia sprawności organizmu.

Ważne: Zgodnie z obowiązującym prawem ocena stanu zdrowia nie jest jedynym wyznacznikiem niepełnosprawności, bowiem orzecznictwo o niepełnosprawności uwzględnia zarówno fizyczne, psychiczne jak i społeczne aspekty funkcjonowania człowieka. Wystąpienie tylko jednego z elementów np. naruszenia sprawności organizmu (potocznie utożsamianego z chorobą) nie musi zatem oznaczać, że mamy do czynienia z niepełnosprawnością. Natomiast intensywność tego czynnika nie wpływa bezpośrednio na ustaloną niepełnosprawność lub stopień niepełnosprawności, jeżeli w następstwie jego występowania nie dochodzi do istotnych ograniczeń w sferze społecznej lub zawodowej.

Do czego służy orzeczenie o niepełnosprawności?

Posiadanie orzeczenia o niepełnosprawności, orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia o wskazaniach do ulg i uprawnień w pierwszej kolejności **określa status osoby** nim dysponującej jako osoby niepełnosprawnej **w sensie prawnym**. Ponadto pozwala korzystać, po spełnieniu określonych warunków, z szeregu form pomocy, **do których należą m.in.:**

- w zakresie rehabilitacji zawodowej i zatrudnienia – możliwość uzyskania odpowiedniego zatrudnienia (w tym w zakładach aktywności zawodowej i zakładach pracy chronionej), możliwość uczestnictwa w szkoleniach (w tym specjalistycznych), korzystania ze ściśle określonych przywilejów pracowniczych (m.in.: prawo do dodatkowego urlopu wypoczynkowego, dłuższej przerwy w pracy, krótszego wymiaru czasu pracy), możliwość wsparcia działalności gospodarczej lub rolniczej;
- w zakresie rehabilitacji społecznej – możliwość uczestniczenia w terapii zajęciowej realizowanej w warsztatach terapii zajęciowej oraz możliwość uczestnictwa w turnusach rehabilitacyjnych;
- dofinansowanie zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne, środki pomocnicze oraz pomoce techniczne, ułatwiające funkcjonowanie danej osoby;
- ulgi w podatkach, zniżki w komunikacji, zwolnienie z opłat radiowo-telewizyjnych (abonamentu);
- usługi socjalne, opiekuńcze, terapeutyczne i rehabilitacyjne świadczone przez instytucje pomocy społecznej, organizacje pozarządowe oraz inne placówki;
- uprawnienia do zasiłku pielęgnacyjnego i innych świadczeń rodzinnych (np. dodatków do zasiłku rodzinnego związanych z niepełnosprawnością) oraz do zasiłku stałego z pomocy społecznej.

O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI ORZEKAJĄ:

- **Powiatowe/miejskie** zespoły do spraw orzekania o niepełnosprawności – jako pierwsza instancja;
- **Wojewódzkie** zespoły do spraw orzekania o niepełnosprawności – jako druga instancja;

Postępowanie orzecznicze, służące ustaleniu niepełnosprawności lub stopnia niepełnosprawności, co do zasady jest **zespolowe i dwuinstancyjne**. Oznacza to, że w posiedzeniu składu orzekającego zespołu powiatowego i wojewódzkiego uczestniczy co najmniej **dwóch**

specjalistów – członków zespołu orzekającego, z których co najmniej jednym jest lekarz sprawujący jednocześnie funkcję przewodniczącego składu orzekającego. Drugim członkiem składu orzekającego może być pedagog, psycholog, pracownik socjalny, doradca zawodowy albo inny lekarz.

- **Rejonowe sądy pracy i ubezpieczeń społecznych** jako organ odwoławczy dokonujący kontroli prawidłowości orzekania przez organy administracji publicznej.

Prawo strony postępowania orzeczniczego do złożenia **odwołania** od orzeczenia o niepełnosprawności lub stopniu niepełnosprawności wojewódzkiego zespołu do spraw orzekania o niepełnosprawności jest wyrazem realizacji prawa zawartego w **Konstytucji RP**, które stanowi, iż każdy obywatel ma prawo do rozstrzygnięcia swojej sprawy przez niezawisły sąd. **Rejonowe sądy pracy i ubezpieczeń społecznych** rozpatrują sprawy z odwołania od orzeczeń wojewódzkich zespołów do spraw orzekania o niepełnosprawności poprzez poddanie oceny ustalonej przez składy orzekające pod ocenę biegłych lekarzy sądowych oraz innych biegłych, których przewodniczący składu orzekającego powołuje w zależności od problematyki indywidualnej sprawy. (30 dni).

Uwaga: Postępowanie orzecznicze w zakresie ulg i uprawnień jest jednoosobowe (orzeka lekarz) i jednoinstancyjne (nie przysługuje odwołanie do wojewódzkiego zespołu do spraw orzekania o niepełnosprawności).

O CZYM ORZEKAJĄ POWIATOWE ZESPOŁY?

Powiatowe/miejskie zespoły do spraw orzekania o niepełnosprawności wydają orzeczenia o:

- **niepełnosprawności;**
- **stopniu niepełnosprawności;**
- **wskazaniach do ulg i uprawnień.**

Przedmiotowe orzeczenia poza ustaleniem **statusu osoby** orzeczonej jako osoby niepełnosprawnej, stanowią również **podstawę** do przyznania różnego rodzaju ulg i uprawnień na podstawie odrębnych przepisów.

W przypadku ubiegania się o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności lub o stopniu niepełnosprawności zespół powiatowy, jeżeli uzna, że spełnione są przesłanki do uzyskania przez wnioskodawcę statusu osoby niepełnosprawnej, **wyda orzeczenie** o zaliczeniu do osób niepełnosprawnych lub odpowiedniego stopnia niepełnosprawności, natomiast jeżeli ustali, że wnioskodawca nie kwalifikuje się do uzyskania statusu osoby niepełnosprawnej wyda orzeczenie o nie zaliczeniu do niepełnosprawności lub nie zaliczeniu do stopnia niepełnosprawności. Przedmiotowe rozstrzygnięcia mają charakter merytoryczny. Obok rozstrzygnięć o charakterze merytorycznym zespoły powiatowe wydają również rozstrzygnięcia o charakterze procesowym.

ORZECZENIE O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI:

Podstawa prawna: Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z 1 lutego 2002 r. w sprawie kryteriów oceny niepełnosprawności u osób w wieku do 16 r.ż. (Dz. U. 2002 nr 17 poz. 162).

Podstawą uznania osoby, która nie ukończyła **16 roku** życia za niepełnosprawną jest ustalenie, że:

- ma naruszoną sprawność fizyczną lub psychiczną;
- przewidywany okres trwania upośledzenia stanu zdrowia przekracza 12 miesięcy;
- wymaga zapewnienia jej całkowitej opieki lub pomocy w zaspokajaniu podstawowych potrzeb życiowych w sposób przewyższający wsparcie potrzebne osobie w danym wieku z powodu wady wrodzonej, długotrwałej choroby lub uszkodzenia organizmu.

Uwaga: Wszystkie wymienione przesłanki **muszą wystąpić łącznie**.

Niepełnosprawność dziecka orzeka się na czas określony, jednak na okres nie dłuższy niż do ukończenia przez dziecko 16 roku życia. Decyduje ocena możliwości poprawy funkcjonowania

dziecka. Orzeczenie o niepełnosprawności wydaje się na wniosek złożony do powiatowego/miejskiego zespołu do spraw orzekania o niepełnosprawności przez przedstawiciela ustawowego dziecka.

Ważne: W świetle przepisów regulujących postępowanie o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności - **dzieckiem jest osoba, która nie ukończyła 16 roku życia.**

ORZECZENIE O STOPNIU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI:

W przypadku orzeczenia o stopniu niepełnosprawności przepisy w/w ustawy przewidują **gradację niepełnosprawności** poprzez określenie jej stopni. Ustala się trzy stopnie niepełnosprawności:

- **znaczny**
- **umiarkowany**
- **lekki**

Stopień niepełnosprawności osoby zainteresowanej orzeka się na czas określony lub na stałe. Decyduje ocena możliwości poprawy funkcjonowania osoby zainteresowanej.
Orzeczenie o stopniu niepełnosprawności wydaje się osobie, która ukończyła 16 rok życia.

Znaczny stopień niepełnosprawności

Do znacznego stopnia niepełnosprawności zalicza się osoby:

- niezdolne do pracy i wymagające, w celu pełnienia ról społecznych, stałej lub długotrwałej opieki i pomocy innych osób w celu pełnienia ról społecznych, w związku z niezdolnością do samodzielnej egzystencji.
- zdolne do pracy w warunkach pracy chronionej i wymagające, w celu pełnienia ról społecznych, stałej lub długotrwałej opieki i pomocy innych osób w celu pełnienia ról społecznych, w związku z niezdolnością do samodzielnej egzystencji.

Uwaga: Zarówno osoby z pierwszej jak i drugiej grupy muszą jednocześnie wymagać stałej lub długotrwałej opieki i pomocy innych osób w celu pełnienia ról społecznych, w związku z niezdolnością do samodzielnej egzystencji. Zatem zaliczenie do znacznego stopnia niepełnosprawności możliwe jest tylko wówczas, gdy u osoby zainteresowanej występują jednocześnie ograniczenia w wykonywaniu zatrudnienia i konieczności stałej lub długotrwałej opieki i pomocy.

Uwaga: Niezdolność do samodzielnej egzystencji oznacza naruszenie sprawności organizmu w stopniu uniemożliwiającym zaspokajanie bez pomocy innych osób podstawowych potrzeb życiowych, za które uważa się przede wszystkim samoobsługę, poruszanie się i komunikację.

Ważne: zaliczenie do znacznego stopnia niepełnosprawności osoby zainteresowanej, nie wyklucza możliwości zatrudnienia tej osoby u pracodawcy niezapewniającego warunków pracy chronionej w przypadkach:

- przystosowania przez pracodawcę stanowiska pracy do potrzeb osoby niepełnosprawnej;
- zatrudnienia w formie telepracy.

Umiarkowany stopień niepełnosprawności

Do umiarkowanego stopnia niepełnosprawności mogą być zaliczone trzy grupy osób z naruszoną sprawnością organizmu tj.:

- niezdolne do pracy,
- zdolne do pracy jedynie w warunkach pracy chronionej,
- wymagające czasowej albo częściowej pomocy innych osób w celu pełnienia ról społecznych.

Ważne: zaliczenie do umiarkowanego stopnia niepełnosprawności osoby zainteresowanej, nie wyklucza możliwości zatrudnienia tej osoby u pracodawcy niezapewniającego warunków pracy chronionej w przypadkach:

- przystosowania przez pracodawcę stanowiska pracy do potrzeb osoby niepełnosprawnej,
- zatrudnienia w formie telepracy.

Ważne: W odniesieniu do ograniczeń w zatrudnieniu definicja umiarkowanego stopnia niepełnosprawności nie różni się od definicji stopnia znacznego. W obu przypadkach występuje kryterium niezdolności do pracy lub zdolności do pracy jedynie w warunkach pracy chronionej. Kolejnym kryterium kwalifikującym do umiarkowanego stopnia niepełnosprawności jest konieczność czasowej lub częściowej pomocy innych osób w celu pełnienia ról społecznych. Użyty w definicji umiarkowanego stopnia niepełnosprawności wyraz „lub” oznacza, że w przeciwieństwie do znacznego stopnia niepełnosprawności, każda z przesłanek stanowi samodzielną podstawę do zaliczenia do tego stopnia niepełnosprawności.

Lekki stopień niepełnosprawności

Do lekkiego stopnia niepełnosprawności zalicza się osoby:

- o naruszonej sprawności organizmu, powodującej w sposób istotny obniżenie zdolności do wykonywania pracy, w porównaniu do zdolności, jaką wykazuje osoba o podobnych kwalifikacjach zawodowych z pełną sprawnością psychiczną i fizyczną;

- o naruszonej sprawności organizmu, mające ograniczenia w pełnieniu ról społecznych dające się kompensować przy pomocy wyposażenia w przedmioty ortopedyczne, środki pomocnicze lub środki techniczne.

Uwaga: nie ma wymogu, aby przesłanki powyższe (w pkt 1 i 2) występowały łącznie.

Ważne: Obowiązujące w polskim systemie orzecznictwa o niepełnosprawności kryteria i standardy postępowania orzeczniczego zawarte w definicjach stopni niepełnosprawności oraz niepełnosprawności budowane są na konstrukcji określającej zachowane, mimo naruszonej sprawności organizmu, możliwości osoby w zakresie:

- samodzielnej egzystencji,
- pełnienia ról społecznych,
- zatrudnienia w odpowiednich warunkach.

Pojęcie niepełnosprawność / stopień niepełnosprawności obejmuje więc kategorię zdolności do pełnienia przez człowieka ról społecznych. Zachodzi bowiem zależność pomiędzy ograniczeniem zdolności do realizacji oczekiwań, funkcji, zachowań i postaw wynikających z zajmowanej pozycji społecznej w różnych grupach społecznych a niepełnosprawnością.

Niepełnosprawność, zgodnie z kryterium ustawowym, to niemożność efektywnego pełnienia ról społecznych tj. wypełniania zobowiązania wynikającego z zajmowanej pozycji społecznej przy korzystaniu przez osobę z przysługujących jej przywilejów i praw według bardziej lub mniej określonego wzoru, a więc niemożność bądź trudności w codziennej aktywności i uczestnictwie.

Rola społeczna jest zatem konsekwencją określonej pozycji jednostki w grupie, choć jej realizacja zależy od wielu innych czynników m.in. od zespołów norm i oczekiwań. Rola społeczna nie jest jednak jedynie odzwierciedleniem pozycji już posiadanej. Bywa ona czasem odzwierciedleniem pozycji, do której jednostka dopiero aspiruje.

Uwaga: Zaliczenie do znacznego lub umiarkowanego stopnia niepełnosprawności nie wyklucza zatrudnienia danej osoby na otwartym rynku pracy, czyli poza zakładami pracy chronionej. Pracodawca chcący zatrudnić osoby o takim stopniu niepełnosprawności musi przystosować stanowisko pracy do ich potrzeb. Kontrolę nad zapewnieniem przez pracodawcę odpowiednich warunków sprawuje Państwowa Inspekcja Pracy.

Symbole przyczyn niepełnosprawności:

Symbol przyczyny niepełnosprawności zawarty w orzeczeniu odzwierciedla rozpoznanie uszkodzenia lub choroby, która niezależnie od przyczyny jej powstania powoduje zaburzenia funkcji organizmu oraz ograniczenia w wykonywaniu czynności życiowych i aktywności społecznej dziecka. Orzeczenie może zawierać więcej niż jeden symbol przyczyny niepełnosprawności, ale nie więcej niż trzy symbole schorzeń, które w porównywalnym stopniu wpływają na zaburzenie funkcji organizmu. Ustawodawca ograniczył liczbę symboli przyczyn niepełnosprawności na każdym z orzeczeń do trzech, wymagając jednocześnie, aby w przypadku orzeczenia stopnia niepełnosprawności albo niepełnosprawności, każdy z symboli zawartych w orzeczeniu niezależnie od pozostałych stanowił samodzielną przyczynę orzeczonej niepełnosprawności lub orzeczonego jej stopnia.

Symbole oznacza się następująco:

- 01-U – upośledzenie umysłowe;
- 02-P – choroby psychiczne;
- 03-L – zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu;
- 04-O – choroby narządu wzroku;
- 05-R – upośledzenie narządu ruchu;
- 06-E – epilepsja;

- 07-S – choroby układu oddechowego i krążenia;
- 08-T – choroby układu pokarmowego;
- 09-M – choroby układu moczowo-płciowego;
- 10-N – choroby neurologiczne;
- 11-I – inne, w tym schorzenia: endokrynologiczne, metaboliczne, zaburzenia enzymatyczne, choroby zakaźne i odzwierzęce, zeszpecenia, choroby układu krwiotwórczego;
- 12-C – całościowe zaburzenia rozwojowe.

Podstawa prawna: Rozporządzenie Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z 15 lipca 2003 r. w sprawie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności (Dz. U. z 2003 r. nr 139 poz. 1328).

ORZECZENIE O WSKAZANIACH DO ULG I UPRAWNIENÍ

Orzeczenie o wskazaniach do ulg i uprawnień wydaje się osobie, która ukończyła 16 rok życia i posiada jedno z następujących orzeczeń:

- ważne orzeczenie lekarza orzecznika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych o:
 - całkowitej niezdolności do pracy i niezdolności do samodzielnej egzystencji,
 - niezdolności do samodzielnej egzystencji,
 - całkowitej niezdolności do pracy,

- częściowej niezdolności do pracy oraz celowości przekwalifikowania;
- ważne orzeczenie organu rentowego (ZUS, MSWiA, MON), wydane przed dniem 1 stycznia 1998 r. o zaliczeniu do jednej z grup inwalidów;
- ważne orzeczenie KRUS o niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym, wydane przed 1 stycznia 1998 r.

W postępowaniu o wydanie orzeczenia o wskazaniach do ulg i uprawnień stopień niepełnosprawności określa się na podstawie przedłożonych ważnych orzeczeń organów rentowych, wskazanych powyżej. Natomiast zawarte w orzeczeniu wskazania lekarz ustala stosownie do naruszonej sprawności organizmu i ograniczeń funkcjonalnych uzasadniających korzystanie z ulg i uprawnień na podstawie bezpośredniego badania osoby zainteresowanej. **Orzeczenie o wskazaniach do ulg i uprawnień wydaje się do czasu upływu ważności orzeczenia o inwalidztwie lub niezdolności do pracy.**

Uwaga: W postępowaniu o wydanie tego rodzaju orzeczenia uczestniczy wyłącznie lekarz-członek powiatowego/miejskiego zespołu do spraw orzekania o niepełnosprawności. Ponieważ orzeczenie wydawane jest w oparciu o inną prawomocną i ostateczną decyzję administracyjną, to od tego rodzaju orzeczenia nie przysługuje odwołanie. Orzeczenie jest ostateczne i niezaskarżalne.

KTO I GDZIE SKŁADA WNIOSEK O WYDANIE ORZECZENIA I JAK PRZEBIEGA ORZEKANIE?

Wydanie orzeczenia następuje na wniosek.

Druk wniosku o wydanie orzeczenia osoba zainteresowana otrzymuje w siedzibie właściwego miejscowo powiatowego zespołu. W zależności od przyjętego przez powiatowy zespół sposobu

organizacji pracy możliwe jest także uzyskanie wniosku drogą pocztową lub pobranie go ze strony internetowej zespołu.

Wniosek o wydanie orzeczenia może złożyć:

- osoba zainteresowana;
- przedstawiciel ustawowy osoby zainteresowanej (dotyczy to przede wszystkim dzieci oraz osób ubezwłasnowolnionych);
- kierownik ośrodka pomocy społecznej, ale za zgodą osoby zainteresowanej lub jej przedstawiciela ustawowego.

Wniosek składa się w powiatowym/miejskim zespole do spraw orzekania o niepełnosprawności właściwym dla miejsca stałego pobytu osoby zainteresowanej lub właściwym dla miejsca pobytu w przypadku osób:

- bezdomnych;
- przebywających poza miejscem stałego pobytu ponad dwa miesiące ze względów zdrowotnych lub rodzinnych;
- przebywających w zakładach karnych i poprawczych;
- przebywających w domach pomocy społecznej i ośrodkach wsparcia w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej.

Miejscem stałego pobytu jest miejscowość, w której wnioskodawca zamieszkuje pod oznaczonym adresem z zamiarem stałego przebywania.

Uwaga: W przypadku osób przebywających poza miejscem stałego pobytu ponad dwa miesiące ze względów zdrowotnych lub rodzinnych nie jest wymagane przebywanie w miejscowości, w której się nie zamieszkuje co najmniej dwa miesiące, ale przebywanie poza miejscowością w której się zamieszkuje ponad dwa miesiące – znaczenie ma zatem okres przebywania poza miejscowością w której się zamieszkuje oraz fakt przebywania przez cały ten okres ze względów zdrowotnych lub rodzinnych. Ciężar dowodu w zakresie długości okresu przebywania poza miejscem stałego pobytu oraz przyczyn tego przebywania obciąża wnioskodawcę.

Wniosek zawiera:

- imię i nazwisko dziecka, przedstawiciela ustawowego dziecka lub osoby zainteresowanej;
- datę i miejsce urodzenia dziecka lub osoby zainteresowanej;
- adres zamieszkania lub pobytu dziecka albo osoby zainteresowanej;
- numer dowodu osobistego lub innego dokumentu potwierdzającego ich tożsamość oraz numer PESEL;
- określenie celu, dla którego niezbędne jest uzyskanie orzeczenia;
- dane dotyczące sytuacji społecznej i zawodowej dziecka lub osoby zainteresowanej – w przypadku wniosku o orzeczenie o niepełnosprawności lub stopniu niepełnosprawności;
- oświadczenie osoby zainteresowanej lub przedstawiciela ustawowego dziecka o prawdziwości danych zawartych we wniosku.

Do wniosku dołącza się:

W przypadku wydania orzeczenia o niepełnosprawności lub stopniu niepełnosprawności:

- dokumentację medyczną (karty informacyjne leczenia szpitalnego, dokumentację medyczną z przebiegu leczenia ambulatoryjnego, wyniki dodatkowych badań diagnostycznych, konsultacje specjalistyczne itp.);
- zaświadczenie lekarskie – zawierające opis stanu zdrowia, wydane przez lekarza, pod którego opieką lekarską znajduje się dziecko - zaświadczenie takie ważne jest miesiąc od daty wydania i w tym czasie należy złożyć wniosek (dotyczy osób ubiegających się o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności);
- zaświadczenie lekarskie – zawierające opis stanu zdrowia, rozpoznanie choroby zasadniczej i chorób współistniejących potwierdzone aktualnymi wynikami badań diagnostycznych, wydane przez lekarza, pod którego opieką lekarską znajduje się osoba zainteresowana - zaświadczenie takie ważne jest miesiąc od daty wydania i w tym czasie należy złożyć wniosek (dotyczy osób ubiegających się o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności);
- inne dokumenty mające wpływ na ustalenie niepełnosprawności lub stopnia niepełnosprawności.

W przypadku wydania orzeczenia o wskazaniach do ulg i uprawnień:

- dokumentację medyczną (karty informacyjne leczenia szpitalnego, dokumentację medyczną z przebiegu leczenia ambulatoryjnego, wyniki dodatkowych badań diagnostycznych, konsultacje specjalistyczne itp.);
- orzeczenie o inwalidztwie lub niezdolności do pracy;
- inne dokumenty mające wpływ na ustalenie wskazań do ulg i uprawnień.

Uwaga: Jeżeli dołączona do wniosku dokumentacja jest niewystarczająca do wydania orzeczenia o niepełnosprawności, stopniu niepełnosprawności lub o wskazaniach do ulg i uprawnień, przewodniczący powiatowego zespołu zawiadamia na piśmie osobę zainteresowaną lub przedstawiciela ustawowego o konieczności jej uzupełnienia oraz wyznacza termin złożenia brakującej dokumentacji z

pouczeniem, że niezuzupełnienie jej w określonym terminie spowoduje pozostawienie wniosku bez rozpoznania.

Ważne: Ocena kompletności dokumentacji medycznej należy wyłącznie do zespołu do spraw orzekania o niepełnosprawności. Dokumentacja medyczna dostarczona przez wnioskodawcę stanowi materiał dowodowy poddawany, zgodnie z zasadą swobodnej oceny dowodów, weryfikacji przez lekarzy członków zespołu orzekającego. Znaczenie posiada zatem zawartość merytoryczna dokumentacji wskazująca na naruszenie sprawności organizmu a nie np. jej obszerność.

Uwaga: Zaświadczenie lekarskie dołączane do wniosku o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności albo o stopniu niepełnosprawności wydawane jest wnioskodawcy nieodpłatnie. Natomiast w przypadku konieczności uzupełnienia dokumentacji medycznej i wykonania w tym celu określonych badań, koszty tych badań nie są finansowane przez zespoły do spraw orzekania o niepełnosprawności z wyjątkiem badań specjalistycznych przeprowadzanych w zespołach wojewódzkich.

Ważne: Osoby ubiegające się o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności albo o stopniu niepełnosprawności mogą zostać skierowane na badania specjalistyczne do wojewódzkiego zespołu do spraw orzekania o niepełnosprawności w przypadku, gdy dokumentacja medyczna dołączona do wniosku jest np. wewnętrznie niespójna. W wojewódzkim zespole przeprowadza się badania pulmonologiczne, okulistyczne, elektromiograficzne, ultrasonograficzne i psychologiczne. Badania specjalistyczne mogą również zostać przeprowadzone w trakcie postępowania odwoławczego przed zespołem wojewódzkim. Odmowa przeprowadzenia badań specjalistycznych przez osobę zainteresowaną lub dziecko może skutkować pozostawieniem wniosku o wydanie orzeczenia lub odwołanie bez rozpoznania.

Do czasu wydania orzeczenia osoba zainteresowana lub przedstawiciel ustawowy dziecka może wycofać wniosek o wydanie orzeczenia. Wycofanie wniosku nie wymaga żadnego uzasadnienia.

Wnioskodawca bierze udział w posiedzeniu składu orzekającego. Podczas posiedzenia przeprowadza się badanie – ocenę stanu zdrowia osoby zainteresowanej lub dziecka oraz dokonuje się oceny funkcjonowania osoby przede wszystkim w sferze fizycznej, psychicznej i społecznej.

O terminie rozpatrzenia wniosku zawiadamia się zainteresowanego lub jego przedstawiciela ustawowego nie później niż na 7 dni przed jego rozpatrzeniem. Niestawienie się osoby zainteresowanej na posiedzenie powoduje pozostawienie sprawy bez rozpatrzenia. Jeżeli jednak okoliczność niestawienia się jest usprawiedliwiona ważnymi przyczynami lub zdarzeniami losowymi (nagła choroba, wypadek itp.), przewodniczący zespołu na wniosek osoby zainteresowanej wyznacza nowy termin rozpatrzenia sprawy.

Uwaga: Ocena wystąpienia okoliczności uzasadniających wyznaczenie powtórnego terminu posiedzenia należy do przewodniczącego zespołu orzekającego o niepełnosprawności i ma charakter zindywidualizowany. Przewodniczący zespołu nie ma zatem obowiązku uwzględnić wniosku strony.

Wyjątek! Jeżeli osoba zainteresowana lub dziecko nie mogą uczestniczyć w posiedzeniu składu orzekającego z powodu długotrwałej i nierokującej poprawy choroby uniemożliwiającej osobiste stawiennictwo (potwierdzonej zaświadczeniem lekarskim), a lekarz – przewodniczący składu orzekającego uzna posiadaną dokumentację medyczną za wystarczającą do wydania oceny stanu zdrowia, może być ona przeprowadzona bez badania, a orzeczenie wydane bez stawiennictwa osoby zainteresowanej lub dziecka. Oceny kompletności dokumentacji oraz przyczyn uzasadniających brak osobistego stawiennictwa dokonuje lekarz - przewodniczący składu orzekającego w sposób zindywidualizowany.

Uwaga: W przypadku oceny przesłanek braku stawiennictwa lekarz – przewodniczący składu orzekającego nie jest związany treścią dołączonego przez wnioskodawcę zaświadczenia lekarskiego.

Natomiast jeżeli osoba zainteresowana lub dziecko nie mogą uczestniczyć w posiedzeniu składu orzekającego z powodu długotrwałej i nierokującej poprawy choroby uniemożliwiającej osobiste stawiennictwo (potwierdzonej zaświadczeniem lekarskim), a załączona dokumentacja medyczna jest niewystarczająca, badanie może być przeprowadzone w miejscu pobytu osoby zainteresowanej lub dziecka.

Termin rozpatrzenia wniosku

Wniosek powinien być rozpatrzony nie później niż w ciągu **1 miesiąca** od dnia jego złożenia. W przypadkach bardziej skomplikowanych spraw wniosek powinien być rozpatrzony nie później niż w ciągu **2 miesięcy** od daty jego złożenia. O każdym przypadku niezałatwienia sprawy w wyżej wymienionych terminach powiatowy zespół obowiązany jest zawiadomić wnioskodawcę, podając przyczyny zwłoki i wskazując nowy termin załatwienia sprawy. Do terminów nie wlicza się okresów zawieszenia postępowania oraz okresów opóźnień spowodowanych z winy strony albo z przyczyn niezależnych od organu.

Uwaga: W przypadku wniosków składanych po raz pierwszy o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności albo o stopniu niepełnosprawności lub o wskazaniach do ulg i uprawnień, wniosków składanych po upływie ważności przedmiotowych orzeczeń albo wniosków składanych w związku z zmianą stanu zdrowia osoby posiadającej orzeczenie o niepełnosprawności lub o stopniu niepełnosprawności, wszczęcie postępowania następuje z chwilą złożenia wniosku, natomiast do terminu rozpatrzenia wniosku nie wlicza się okresów opóźnienia spowodowanych przez działanie lub zaniechanie strony (np. okresu oczekiwania na uzupełnienie wniosku przez osobę zainteresowaną, okresu oczekiwania na uzupełnienie dokumentacji medycznej przez wnioskodawcę).

Natomiast w przypadku złożenia wniosku o wydanie kolejnego orzeczenia o niepełnosprawności lub o stopniu niepełnosprawności w okresie ważności posiadanego orzeczenia, termin załatwienia sprawy liczy się od dnia następującego po dniu upływu terminu ważności dotychczasowego orzeczenia. W takich przypadkach wniosek powinien być składany nie wcześniej niż na 30 dni przed upływem ważności posiadanego orzeczenia.

Ważne: Przedłużenie terminu postępowania orzeczniczego nie wpływa na ważność wydanego orzeczenia tj. nie powoduje jego nieważności!

CO ZAWIERA ORZECZENIE

Orzeczenie o **niepełnosprawności** zawiera:

- oznaczenie zespołu, który wydał orzeczenie;
- datę wydania orzeczenia;

- datę złożenia wniosku;
- podstawę prawną wydania orzeczenia;
- imię i nazwisko dziecka, datę urodzenia, adres zamieszkania lub pobytu;
- numer PESEL
- numer dokumentu potwierdzającego tożsamość dziecka;
- ustalenie lub odmowę ustalenia niepełnosprawności;
- symbol przyczyny niepełnosprawności;
- datę lub okres powstania niepełnosprawności;
- okres, na jaki orzeczono niepełnosprawność;
- wskazania określone przez skład orzekający;
- uzasadnienie;
- pouczenie o przysługującym odwołaniu;
- podpis z podaniem imienia i nazwiska przewodniczącego składu orzekającego oraz pozostałych członków tego składu.

Orzeczenie o **stopniu niepełnosprawności** zawiera:

- oznaczenie zespołu, który wydał orzeczenie;
- datę wydania orzeczenia;

- datę złożenia wniosku;
- podstawę prawną wydania orzeczenia;
- imię i nazwisko osoby zainteresowanej;
- datę i miejsce urodzenia osoby zainteresowanej oraz adres zamieszkania lub pobytu;
- numer PESEL
- numer dowodu osobistego lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość;
- ustalenie lub odmowę ustalenia stopnia niepełnosprawności;
- symbol przyczyny niepełnosprawności;
- okres, na jaki orzeczono stopień niepełnosprawności;
- datę lub okres powstania niepełnosprawności;
- datę lub okres powstania ustalonego stopnia niepełnosprawności;
- wskazania określone przez skład orzekający;
- uzasadnienie;
- pouczenie o przysługującym odwołaniu;
- podpis z podaniem imienia i nazwiska przewodniczącego składu orzekającego oraz pozostałych członków tego składu.

Orzeczenie o wskazaniach do ulg i uprawnień zawiera:

- oznaczenie zespołu, który wydał orzeczenie;
- datę wydania orzeczenia;
- datę złożenia wniosku;
- podstawę prawną wydania orzeczenia;
- imię i nazwisko osoby zainteresowanej;
- datę i miejsce urodzenia osoby zainteresowanej oraz adres zamieszkania lub pobytu;
- numer PESEL
- numer dowodu osobistego lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość;
- stopień niepełnosprawności;
- symbol przyczyny niepełnosprawności;
- datę lub okres powstania niepełnosprawności;
- okres, na jaki wydano orzeczenie;
- wskazania określone przez lekarza – członka powiatowego zespołu;
- uzasadnienie;
- pouczenie o nieprzysługującym odwołaniu;
- podpis z podaniem imienia i nazwiska lekarza – członka zespołu orzekającego.

JAK ODWOŁAĆ SIĘ OD WYDANEGO ORZECZENIA

Jeżeli orzeczenie wydane przez powiatowy zespół nie spełnia oczekiwań wnioskodawcy – powinien on w ciągu **14 dni** od dnia doręczenia orzeczenia o niepełnosprawności lub stopniu niepełnosprawności albo orzeczenia o niezaliczeniu do niepełnosprawności lub stopniu niepełnosprawności, złożyć odwołanie do wojewódzkiego zespołu do spraw orzekania o niepełnosprawności za pośrednictwem powiatowego zespołu, który wydał orzeczenie. Powiatowy zespół przesyła takie odwołanie wraz z aktami sprawy w terminie **7 dni** od dnia otrzymania odwołania. W ciągu tego terminu powiatowy zespół ma prawo do samokontroli wydanych i zaskarżonych orzeczeń. Realizacja tego uprawnienia polega na tym, że jeżeli powiatowy zespół uzna, iż odwołanie zasługuje w całości na uwzględnienie to wydaje orzeczenie, w którym uchyla lub zmienia zaskarżone orzeczenie.

Uwaga: Odwołanie od orzeczenia zespołu powiatowego do wojewódzkiego zespołu do spraw orzekania o niepełnosprawności należy przesłać lub złożyć w powiatowym zespole do spraw orzekania o niepełnosprawności, który wydał zaskarżane orzeczenie. Odwołania nie należy kierować bezpośrednio do zespołu wojewódzkiego, ponieważ wydłuży to przebieg procesu odwoławczego ze względu na konieczność jego przekazania do zespołu powiatowego celem uprzedniego przeprowadzenia samokontroli. Od orzeczenia wojewódzkiego zespołu do spraw orzekania o niepełnosprawności służy odwołanie do sądu pracy i ubezpieczeń społecznych w terminie 30 dni od dnia doręczenia orzeczenia. Odwołanie wnosi się w trybie analogicznym za pośrednictwem wojewódzkiego zespołu, który orzeczenie wydał. Należy pamiętać, że w postępowaniu odwoławczym wojewódzki zespół, podobnie jak powiatowy zespół, ma prawo skorzystać z instytucji samokontroli.

Uwaga: Odwołanie od orzeczenia zespołu wojewódzkiego należy przesłać lub złożyć w wojewódzkim zespole do spraw orzekania o niepełnosprawności, który wydał zaskarżane orzeczenie. Odwołania nie należy kierować bezpośrednio do sądu pracy i ubezpieczeń społecznych, ponieważ wydłuży to przebieg procesu odwoławczego ze względu na konieczność jego przekazania do zespołu wojewódzkiego celem uprzedniego przeprowadzenia samokontroli.

Wyjątek! Od orzeczeń o wskazaniach do ulg i uprawnień nie przysługuje odwołanie do wojewódzkiego zespołu do spraw orzekania o niepełnosprawności, to postępowanie jest jednoinstancyjne.

LEGITYMACJA OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ

Orzeczenie jest podstawą do korzystania z systemu ulg i uprawnień przysługujących osobom niepełnosprawnym. Potwierdzeniem posiadania orzeczenia jest **legitymacja osoby niepełnosprawnej**.

Organem uprawnionym do jej wydania jest właściwy miejscowo powiatowy/miejski zespół do spraw orzekania o niepełnosprawności. Legitymacja zawiera imię i nazwisko osoby niepełnosprawnej, jej numer PESEL (co zapobiega konieczności wymiany legitymacji w sytuacji zmiany nazwiska), termin ważności oraz symbol przyczyny i stopień niepełnosprawności wpisywane odpowiednio do legitymacji na wniosek osoby zainteresowanej lub przedstawiciela ustawowego tej osoby. Zarówno symbol przyczyny jak i stopień niepełnosprawności są wpisywane do legitymacji pod postacią QR kodu, co gwarantuje pełną ochronę tych danych jako szczególnie wrażliwych.

Ważne: Stopień niepełnosprawności wpisuje się w legitymacji wyłącznie na wniosek osoby niepełnosprawnej. Jest to rozwiązanie nowe, do dnia 31 sierpnia 2017 r. stopień niepełnosprawności wpisywany był z urzędu. Symbol przyczyny niepełnosprawności wpisuje się w legitymacji wyłącznie na wniosek osoby niepełnosprawnej. Jest to rozwiązanie analogiczne do dotychczasowego.

Uwaga: Powiatowy zespół wystawia legitymację dokumentującą niepełnosprawność wyłącznie na podstawie orzeczenia o niepełnosprawności osoby, która nie ukończyła 16 roku życia wydawanego przez zespół do spraw orzekania o niepełnosprawności. Ta sama zasada dotyczy wystawiania legitymacji dokumentującej stopień niepełnosprawności, którą powiatowy zespół wystawia wyłącznie na podstawie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności albo orzeczenia o wskazaniach do ulg i uprawnień, wydawanego przez zespół do spraw orzekania o niepełnosprawności. Orzeczenia organów orzecznictwa rentowego (ZUS, KRUS, MON, MSWiA) nie stanowią podstawy do wydania przedmiotowych legitymacji.

Ważne: Podstawą wydania każdej z legitymacji jest **ostatnie prawomocne orzeczenie o niepełnosprawności, stopniu niepełnosprawności albo o wskazaniach do ulg i uprawnień.** Orzeczeniem prawomocnym jest orzeczenie od którego nie wniesiono odwołania albo co do którego strona zrzekła się prawa do wniesienia odwołania i wreszcie wyroku sądu, od którego nie wniesiono środka zaskarżenia.

Z dniem 1 września 2017 r. **zmianie uległ wzór blankietu legitymacji.** Od dnia 1 września br. nie jest zatem możliwe wystawienie legitymacji na wzorze obowiązującym do dnia 31 sierpnia br. co oznacza, że realizacja wszystkich wniosków złożonych do dnia 31 sierpnia powinna zostać do tego dnia zakończona. Nowy wzór blankietu legitymacji w sposób bezpośredni wskazuje na charakter dokumentu i osobę, której przysługuje. Legitymacja ma dwie strony zawierające elementy zabezpieczające dokument przed sfalszowaniem i podrobieniem. Na awersie legitymacji znajduje się m.in. napis: „LEGITYMACJA OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ” (w jęz. francuskim CARTE D’IDENTITÉ D’UNE PERSONNE HANDICAPÉE oraz w jęz. angielskim DISABLED PERSON IDENTIFICATION CARD), jak też piktogramy oznaczające niepełnosprawności. Na rewersie legitymacji znajduje się m.in. dziewięciocyfrowy indywidualny numer nadany legitymacji, oddzielony ukośnikiem prawym od czterocyfrowego numeru, oznaczającego kod powiatowego zespołu do spraw orzekania o niepełnosprawności, który wystawił legitymację a także wpisywany za pomocą fotokodu (kod QR): Nr PESEL, nr legitymacji oraz na wniosek stopień lub symbol przyczyny niepełnosprawności.

Ważne: Legitymacje wystawione przed dniem 1 września br. zachowują ważność na czas w nich określony. Co istotne, nie trzeba wymieniać tych legitymacji do czasu upływu terminu ich ważności.

Zatem jeżeli osoba niepełnosprawna występuje z wnioskiem o wydanie legitymacji wg wzoru obowiązującego od 1 września 2017 r. posiadając już legitymację wydaną do dnia 31 sierpnia br. to powiatowy zespół wystawia jej taką legitymację na podstawie ostatniego prawomocnego orzeczenia. Brak jest w takiej sytuacji prawa do żądania od strony zwrotu dotychczas posiadanej/posiadanych legitymacji. **Wydanie legitymacji w takim przypadku nie jest też traktowane jako wydanie duplikatu.** Ponieważ od 1 września br. obowiązuje nowy wzór legitymacji, to duplikat legitymacji może być wystawiony wyłącznie do legitymacji wystawionej od 1 września br. Za wydanie takiego duplikatu powiatowy zespół pobiera opłatę w kwocie 15 zł. Jeżeli zatem strona występuje o wydanie duplikatu legitymacji wystawionej do 31 sierpnia

br. to wniosek taki należy traktować jako wniosek o wydanie legitymacji wg zasad obowiązujących od 1 września br. (wydawana jest legitymacja na podstawie ostatniego prawomocnego orzeczenia) Nie można zatem wydać jako duplikatu - legitymacji wg wzoru obowiązującego od 1 września 2017 r, jeżeli wniosek o duplikat odnosi się do legitymacji wystawionej przed 1 września br. Natomiast jeżeli strona występuje o wydanie legitymacji wg. wzoru obowiązującego od 1 września br. a została już tej osobie wystawiona legitymacja wg tego wzoru na podstawie takiego samego orzeczenia, to taki wniosek jest de facto wnioskiem o wystawienie duplikatu.

Uwaga: Legitymacje wydawane są na okres ważności orzeczenia, nie dłużej jednak niż na okres:

- 5 lat - w przypadku legitymacji dokumentujących niepełnosprawność;
- 10 lat - w przypadku legitymacji dokumentujących stopień niepełnosprawności wystawionych osobom, które nie ukończyły 60 roku życia.

Ważne: W przypadku osób, które ukończyły 60 rok życia legitymację wydaje się na okres ważności orzeczenia stanowiącego podstawę do wydania legitymacji bez ograniczeń czasowych, takich jak w przypadku legitymacji dokumentujących niepełnosprawność oraz stopień niepełnosprawności osób, które nie ukończyły 60 roku życia. W przypadku tych osób niepełnosprawnych możliwe jest wydanie legitymacji na stałe.

DO CZEGO SŁUŻY ORZECZENIE O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI?

Posiadanie orzeczenia o niepełnosprawności, orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia o wskazaniach do ulg i uprawnień w pierwszej kolejności określa status osoby nim dysponującej jako osoby niepełnosprawnej w sensie prawnym. Ponadto pozwala korzystać (po spełnieniu określonych warunków) z szeregu form pomocy, do których należą m. in.:

- w zakresie rehabilitacji zawodowej i zatrudnienia – możliwość uzyskania odpowiedniego zatrudnienia (w tym w zakładach aktywności zawodowej i zakładach pracy chronionej), możliwość uczestnictwa w szkoleniach (w tym specjalistycznych), korzystania ze ściśle określonych przywilejów pracowniczych (m. in.: prawo do dodatkowego urlopu

wypoczynkowego, dłuższej przerwy w pracy, krótszego wymiaru czasu pracy), możliwość wsparcia działalności gospodarczej lub rolniczej;

- w zakresie rehabilitacji społecznej – możliwość uczestniczenia w terapii zajęciowej realizowanej w warsztatach terapii zajęciowej oraz możliwość uczestnictwa w turnusach rehabilitacyjnych;
- dofinansowanie zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne, środki pomocnicze oraz pomoce techniczne, ułatwiające funkcjonowanie danej osoby;
- ulgi w podatkach, zniżki w komunikacji, zwolnienie z opłat radiowo – telewizyjnych (abonamentu);
- usługi socjalne, opiekuńcze, terapeutyczne i rehabilitacyjne świadczone przez instytucje pomocy społecznej, organizacje pozarządowe oraz inne placówki;
- uprawnienia do zasiłku pielęgnacyjnego i innych świadczeń rodzinnych (np. dodatków do zasiłku rodzinnego związanych z niepełnosprawnością) oraz do zasiłku stałego z pomocy społecznej.

Orzeczenie do celów rentowych

Lekarze orzecznicy i komisje lekarskie Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (ZUS) orzekają o niezdolności do pracy w celu ustalenia uprawnień do świadczeń. Te zaś uzależnione są od stwierdzenia niezdolności do pracy i niezdolności do samodzielnej egzystencji.

Uwaga: Szczególnymi grupami są rolnicy i ich rodziny – podlegają oni lekarzom rzeczoznawcom i komisjom lekarskim **Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego (KRUS)**, a także tzw. **służby mundurowe** (policjanci, żołnierze, celnicy) i ich rodziny – podlegają komisjom lekarskim MON lub MSWiA.

Pamiętaj!

Orzeczenia ZUS wydawane są do **innych celów niż orzeczenia powiatowych lub miejskich zespołów ds. orzekania o niepełnosprawności (PZON lub MZON)**. Orzeczenia ZUS **oceniają zdolność do pracy** i są podstawą do wypłaty świadczeń z ubezpieczenia społecznego, czyli **renty**, oraz dają takie same uprawnienia do korzystania z różnych ulg jak orzeczenia powiatowych zespołów.

Zespoły do spraw niepełnosprawności mają obowiązek stosować **tzw. przekładkę**. Jeśli osoba ubiegająca się o ustalenie stopnia niepełnosprawności posiada orzeczenie ZUS, to PZON/MZON muszą wydać orzeczenie o niepełnosprawności i dopiero ono daje prawo do ulgi, m. in. ulgi rehabilitacyjnej.

Jednak orzeczenia zespołów powiatowych nie są w żadnym przypadku podstawą do ubiegania się o rentę i emeryturę, ale stwarzają możliwość otrzymania różnych dodatkowych świadczeń przysługujących osobom niepełnosprawnym, np. zasiłku pielęgnacyjnego albo ulgowych przejazdów środkami komunikacji publicznej. Przyczyny niepełnosprawności ustalają zespoły ds. orzekania o stopniu niepełnosprawności. Wydane przez nie orzeczenia pozwalają na korzystanie z ulg i uprawnień, do których praw nabywa się właśnie ze względu na charakter i rodzaj niepełnosprawności. **Najlepiej więc – na wszelki wypadek – mieć orzeczenia obu tych organów.**

Co to znaczy: niezdolny do pracy?

Niezdolnym do pracy, w świetle ustawy o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych, jest ten, kto całkowicie lub częściowo utracił zdolność do pracy zarobkowej z powodu naruszenia sprawności organizmu i nie rokuje odzyskania zdolności do pracy po przekwalifikowaniu. **Niezdolność do pracy może być:**

- **całkowita** – w przypadku utraty zdolności wykonywania jakiegokolwiek pracy,

- **częściowa** – w przypadku znacznego stopnia utraty zdolności do pracy zgodnej z poziomem posiadanych kwalifikacji.

Uwaga: Niezdolność do pracy orzeka się **na okres nie dłuższy niż 5 lat**. Wyjątkiem jest sytuacja, w której wiedza medyczna nie wskazuje, że osoba na dłuższy okres lub trwale odzyska zdolność do pracy przed upływem tego czasu.

Jeśli naruszenie sprawności organizmu powoduje konieczność stałej lub długotrwałej opieki i pomocy innej osoby w zaspakajaniu podstawowych potrzeb życiowych, **orzeka się także niezdolność do samodzielnej egzystencji**.

Jak ubiegać się o rentę z tytułu niezdolności do pracy?

- **Uzyskać orzeczenie o niezdolności do pracy**

Wniosek o świadczenie skierowane do ZUS, po weryfikacji którego nastąpi skierowanie na badania. Do wniosku należy dołączyć dokumenty: a) **zaświadczenie o stanie zdrowia**, wydane przez lekarza, który się nami opiekuje – dokument ten musi być wystawiony nie wcześniej niż na 1 miesiąc przed złożeniem wniosku o wydanie orzeczenia o niezdolności do pracy; b) **dokumentację medyczną oraz inne dokumenty** potwierdzające stan naszego zdrowia, a mające znaczenie dla wydania orzeczenia – np. poprzednie orzeczenie, kartę badań profilaktycznych, zaświadczenie ze szpitala, dokumentację rehabilitacji leczniczej lub zawodowej. Wniosek o wydanie orzeczenia przez lekarza orzecznika, które stanowi podstawę do ubiegania się o rentę, wydaje właściwa dla naszego adresu zameldowania jednostka organizacyjna ZUS. Zatem aby uzyskać świadczenie, należy zgłosić się do najbliższego oddziału terenowego ZUS.

UWAGA: Jeśli lekarz orzecznik ZUS uzna, że dostarczona przez nas dokumentacja nie jest wystarczająca, **może zlecić jej uzupełnienie** – np. o **opinię lekarza** konsultanta lub psychologa bądź wyniki dodatkowych badań.

Na podstawie badania oraz analizy przedstawionej dokumentacji lekarz orzecznik ZUS wydaje orzeczenie o niezdolności do pracy. Oznacza to, że – odpowiednio do: naruszenia sprawności organizmu w wyniku choroby, wieku, zawodu, możliwości dalszego wykonywania pracy zarobkowej oraz możliwości przywrócenia do pracy po rehabilitacji leczniczej lub zmiany zawodu – **określa osobę jako:**

- **całkowicie niezdolną do pracy oraz samodzielnej egzystencji;**
- **całkowicie niezdolną do pracy;**

- **częściowo niezdolną do pracy.**

Pamiętaj!

Orzeczenie ZUS o całkowitej lub częściowej niezdolności do pracy **NIE OZNACZA**, że nie możesz podjąć pracy. W art. 13 par. 4 Ustawy o rentach i emeryturach z FUS czytamy: „Zachowanie zdolności do pracy w warunkach określonych w przepisach o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób z niepełnosprawnością nie stanowi przeszkody do orzeczenia całkowitej niezdolności do pracy”. Dodatkowo pamiętajmy, że od decyzji ZUS odbierającej prawo do renty możemy się odwołać.

Lekarz orzecznik może orzec:

- okresową niezdolność do pracy – na okres nie dłuższy niż 5 lat – jeśli według wiedzy medycznej istnieje możliwość odzyskania zdolności do pracy;
- trwałą niezdolność do pracy – jeżeli nie ma rokowań odzyskania zdolności do pracy przed upływem tego okresu.

Pamiętaj!

Niekorzystne orzeczenie lekarza orzecznika ZUS można zmienić, składając sprzeciw do komisji lekarskiej ZUS. Sprzeciw zgłaszamy za pośrednictwem właściwej jednostki organizacyjnej ZUS, do której zgłosiliśmy się, by uzyskać takie orzeczenie, w określonym terminie – nie później niż przed upływem **14 dni od dnia otrzymania** (doręczenia) orzeczenia.

Prezes Zakładu, w terminie **14 dni** od dnia wydania orzeczenia przez lekarza orzecznika ZUS, może zgłosić **zarzut** wadliwości orzeczenia i przekazać sprawę do rozpatrzenia komisji lekarskiej. O zgłoszeniu zarzutu wadliwości orzeczenia jednostka organizacyjna ZUS niezwłocznie zawiadamia osobę zainteresowaną.

Złożyć wniosek o rentę z tytułu niezdolności do pracy i czekać na decyzję ZUS

Posiadanie samego orzeczenia wydanego przez lekarza orzecznika o niezdolności do pracy – nawet w przypadku orzeczenia całkowitej niezdolności do pracy i do samodzielnej egzystencji

– **nie znaczy, że już otrzymaliśmy rentę z tytułu niezdolności do pracy.** Aby uzyskać do niej prawo, wnioskodawca musi spełnić **JEDNOCZEŚNIE** następujące wymagania:

- być niezdolnym do pracy – według orzeczenia lekarza orzecznika ZUS;
- posiadać wymagany okres zatrudnienia – tzw. okresy składkowe i nieskładkowe ([patrz tutaj](#));
- niezdolność do pracy powinna powstać w czasie zatrudnienia lub w okresie równorzędnym z okresem zatrudnienia, albo nie później niż w ciągu 18 miesięcy od ustania tych okresów.

Osobie, która spełnia **WSZYSTKIE** wymienione wyżej warunki, może być przyznana jedna z trzech rent:

- **okresowa** – jeśli niezdolność do pracy jest okresowa; wówczas renta wypłacana jest tylko przez czas wskazany w decyzji organu rentowego. Po upływie tego okresu ubezpieczony może wystąpić do ZUS z wnioskiem o przedłużenie prawa do renty. Prawo do renty z tytułu niezdolności do pracy uzależnione jest od wyniku ustaleń zawartych w orzeczeniu lekarza orzecznika ZUS lub komisji lekarskiej.
- **stała** – jeśli niezdolność do pracy jest trwała;
- **szkoleniowa** – jeśli wobec danej osoby orzeczono celowość przekwalifikowania zawodowego, ponieważ trwale straciła zdolność pracy w dotychczasowym zawodzie. Renta szkoleniowa przysługuje przez 6 miesięcy, a maksymalny okres jej pobierania nie może przekroczyć 36 miesięcy.

Pamiętaj!

Ustalenie prawa do renty z tytułu niezdolności do pracy oraz renty szkoleniowej następuje na podstawie wniosku (druk [ZUS Rp-1R](#)) osoby zainteresowanej lub jej pełnomocnika, zgłoszonego na piśmie lub ustnie do protokołu.

Wniosek o rentę z tytułu niezdolności do pracy może być zgłoszony **u płatnika** składek lub w innej jednostce uprawnionej do przyjmowania wniosków, a następnie przekazany do odpowiedniego organu rentowego. Wniosek może też być zgłoszony **bezpośrednio w organie rentowym**, właściwym ze względu na miejsce zamieszkania osoby zainteresowanej, który zobowiązany jest wydać decyzję.

Uwaga: Wniosek o przyznanie renty najlepiej jest zgłosić na odpowiednim formularzu (**formularze dostępne są na [stronie ZUS](#)**); będziemy mieli wówczas pewność, że zostaną podane wszystkie informacje wymagane do wydania decyzji i wypłaty świadczenia.

Wniosek można także zgłosić w formie elektronicznej, za **pośrednictwem internetu**, przez elektroniczną skrzynkę podawczą ZUS. Dokument ten musi być podpisany za pomocą kwalifikowanego e-podpisu posiadającego certyfikat. **Załączniki, które trzeba dołączyć do wniosku o rentę, podaje [strona ZUS](#).**

Odwołanie od niekorzystnego orzeczenia

Orzeczenie lekarskie **nie jest ostateczne**. Od orzeczenia lekarza orzecznika osobie zainteresowanej przysługuje prawo **sprzeciwu do komisji lekarskiej** – w ciągu **14 dni od dnia** doręczenia tego orzeczenia. Sprzeciw wnosi się za pośrednictwem jednostki organizacyjnej ZUS, właściwej ze względu na miejsce zamieszkania osoby zainteresowanej. Komisja lekarska nie rozpatruje sprzeciwu wniesionego po terminie. W uzasadnionych przypadkach ZUS, na wniosek osoby zainteresowanej, może przywrócić termin na wniesienie sprzeciwu.

W terminie **14 dni** od dnia wydania orzeczenia przez lekarza orzecznika zarzut wadliwości orzeczenia może zgłosić prezes Zakładu i sprawa zostaje przekazana do rozpatrzenia przez komisję lekarską. O zgłoszeniu zarzutu wadliwości orzeczenia jednostka organizacyjna ZUS niezwłocznie zawiadamia osobę zainteresowaną. Orzeczenie lekarza orzecznika, od którego nie wniesiono sprzeciwu lub co do którego nie zgłoszono zarzutu wadliwości, albo orzeczenie komisji lekarskiej stanowi dla organu rentowego podstawę do wydania decyzji w sprawie świadczeń, do których prawo uzależnione jest od stwierdzenia niezdolności do pracy oraz niezdolności do samodzielnej egzystencji. **Od decyzji ZUS przysługuje odwołanie do właściwego sądu w terminie i według zasad określonych w przepisach kodeksu postępowania cywilnego. Odwołanie wnosi się za pośrednictwem terenowej jednostki organizacyjnej Zakładu, w której została wydana decyzja. – 30 dni.**

Wniesienie odwołania od decyzji ZUS jest bezpłatne. Ustawodawca postanowił, że strona wnosząca tego rodzaju pismo do sądu pracy i ubezpieczeń społecznych nie ma obowiązku uiszczać kosztów sądowych.

Zwolnienie to ma charakter ustawowy i dotyczy wszystkich, którzy kwestionują otrzymaną decyzję ZUS.

**PSYCHOLOGIA
POMAGANIA
I
PSYCHOIMMUNOLOGIA**



Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



I. Podstawy pomocy psychologicznej dla Onkoasystentów

Rodzaje pomocy psychologicznej.

Wsparcie psychiczne- rozumiane jako pomoc w zaspokojeniu potrzeb człowieka w sytuacji kryzysu jakim jest choroba nowotworowa

Interwencja kryzysowa- uruchomienie rodziny i/ lub odpowiednich instytucji w celu przerwania kryzysowej sytuacji i zmiany sytuacji chorego

Psychoterapia

terapia poznawczo- behawioralna: opiera się na założeniu, że prezentowane przez pacjenta objawy są wynikiem wyuczonych, nieprawidłowych schematów zachowań, które wynikają z błędnych przekonań. Najczęściej zalecana pacjentom onkologicznym

psychoanaliza: zakłada istnienie nieświadomości, do której wypierane są niechciane treści psychiczne, takie jak wspomnienia, pragnienia, czy emocje. Powoduje to konflikt psychiczny, który przejawia się w formie różnych zaburzeń i dolegliwości.

Terapia jest długotrwała, spotkania odbywają się 4, 5 razy w tygodniu.

terapia psychodynamiczna: założenia są podobne jak w psychoanalizie, kontrakt pozwala na spotkania raz w tygodniu. Podstawą zmiany jest wgląd i poszerzenie samoświadomości.

terapia humanistyczna: celem terapii jest utworzenie drogi do rozwoju ukrytych w człowieku możliwości poprzez samopoznanie i samoakceptację.

grupowe formy terapii: często stosowane w psychoonkologii, umożliwiają kontakt z osobami znajdującymi się w podobnej sytuacji, wymianę doświadczeń i sposobów radzenia sobie z chorobą.

Czym nie jest pomoc psychologiczna?

„ Ludzie łatwiej przyjmują argumenty, które sami odkrywają, niż te które przysły do głowy innym”

(Pascal)

Rodzaje interwencji i oddziaływań nieskutecznych lub szkodliwych:

- umniejszanie problemu
- występowanie z pozycji wyższych wartości moralnych
- reakcje lękowe/histeryczne
- komunikaty narzucające rozwiązanie/ apodyktyczne

- uogólnienia/porównywanie do innych

Zasady udzielania pomocy psychologicznej:

Dyskrecja

Tolerancja

Autentyczność

Neutralność- rozumiana jako nie epatowanie własnymi poglądami, emocjami, czy samopoczuciem

Powaga dla sytuacji

Szacunek i akceptacja dla chorego

Dostrojenie- do sytuacji, potrzeb i emocji chorego

Empatyczne zrozumienie

Przebieg pomocy psychologicznej:

Nawiązanie kontaktu

Diagnoza sytuacji życiowej pacjenta i etapu choroby

faza ostra choroby

faza przewlekła

faza wyzdrowienia

faza zaawansowana

Ustalenie ram kontaktu w oparciu o sytuację i potrzeby chorego

Udzielenie pomocy/ wsparcia psychologicznego

Kontrakt psychoterapeutyczny wg Enrighta jako przykład wstępnego etapu udzielania pomocy:

Twórcą jest John Enright; jest to terapia oparta na prawidłowo zawartym kontrakcie; Polega na metodzie 5 kroków – trzeba przejść przez wszystkie, nie można żadnego pominąć.

Uznanie chęci bycia w psychoterapii

Zmotywowanie do działania w psychoterapii: Jest to problem szczególnie u pacjentów przymusowych, Ustalenie motywacji i zaangażowanie w terapię jest bardzo ważne, ponieważ jeżeli ktoś czegoś nie chce to nic z nim nie osiągniemy;

Określenie rzeczywistego problemu co najbardziej doskwiera pacjentowi;

Ustalenie z pacjentem czy jego cel jest osiągalny czy istnieje rozwiązanie problemu, czy pacjent ma poczucie że jego sytuacja może zmienić się na korzyść ;

Uzgodnienie odpowiedzialności terapeuty i sytuacji czy terapeuta i sytuacja pasują pacjentowi; postawa zaufania;

Etap istnienia konfliktowych motywów, żeby zyskać zmianę trzeba pojednać się z przeszłością (strach o przyszłość "a w zasadzie nie jest aż tak źle") mówi się tu o tzw. zyskach wtórnych (korzyści odnoszone z nieprzyjemnych sytuacji);

Zasadą procedury Enrighta jest, że jeżeli nie zrealizuje się 1 kroku nie można przejść do 2 itd. Jeżeli psychoterapia utknie, na którymś z kroków, należy powrócić do poprzedniego.

Rodzaje wsparcia:

- Wsparcie informacyjne/ psychoedukacja- dotycząca choroby, leczenia i rozwiązań
- Wsparcie instrumentalne – rozpoznanie strategii radzenia sobie ze stresem i ew. zmiana w oparciu o zasoby i możliwości chorego
- Wsparcie emocjonalne/ komunikaty podtrzymujące i uspakajające.

Wskazania do podjęcia psychoterapii/ problemy psychiczne towarzyszące chorobie:

Zaburzenia depresyjne; różni ą się od przygnębienia będącego reakcją na sytuację obniżonym nastrojem, pesymistycznymi myślami, poczuciem beznadziejności i bezradności, izolowaniem się od otoczenia, utratą zainteresowań, trudnościami w koncentracji, zaburzeniami snu. Wskazania do psychoterapii psychodynamicznej, poznawczo- behawioralnej i/lub farmakoterapii

Zaburzenia lękowe: lęk przewlekły, napadowy, fobijny. Wskazania do leczenia farmakologicznego i psychoterapii poznawczo- behawioralnej.

Zaburzenia zachowania uwarunkowane organicznie. Mogą być uwarunkowane wystąpieniem zmian nowotworowych. Występuje wyraźna zmiana wzorca dotychczasowych zachowań, zanik uczuć wyższych, obniżony krytycyzm wobec swojego zachowania. Wskazane leczenie farmakologiczne.

Podstawowe umiejętności psychologiczne Onkoasystentów; warsztat

Celem warsztatu jest rozwój następujących umiejętności:

1. Udzielanie wsparcia psychologicznego osobom chorym i ich rodzinom.
2. Komunikacja w sytuacji pomagania.
3. Rozpoznawanie emocji i przekonań u osób chorych.
4. Towarzyszenie w trudnych stanach emocjonalnych.
5. Wyjście poza obszar cierpienia- rozpoznawanie zasobów i możliwości osoby chorej.
6. Wyznaczanie granic pomiędzy pomaganiem, a własnymi potrzebami.
7. Radzenie sobie ze stresem i trudnymi emocjami.

Plan warsztatu:

Dzień pierwszy (8 godzin)

1. Zapoznanie uczestników. (1 godz.)
2. Zasady udzielania wsparcia psychologicznego/ w odróżnieniu od profesjonalnej pomocy psychologicznej. (1. godz.)
3. Nauka technik komunikacji w sytuacji pomagania. (3 godz.)
 - Dostrojenie werbalne i niewerbalne
 - Aktywne słuchanie
 - Parafraza
 - Konstruktywna informacja zwrotna
4. Przekonania, emocje i ich wpływ na zachowanie (3 godz.)
 - Nazywanie stanów emocjonalnych: mapa uczuć.
 - Rozpoznawanie destrukcyjnych przekonań i transformowanie ich.
 - Rozmowa o emocjach- funkcja kontenerowania stanów emocjonalnych.

Dzień drugi (8 godzin)

1. Zasoby i możliwości osoby chorej. (3 godz.)
 - Budowanie mapy zasobów.
 - Szukanie możliwości i sensu w doświadczeniu choroby.
2. Ja i moje granice (3 godz.)

- Motywacja pomagania.
- Możliwości i ograniczenia w pomaganiu.
- Asertywne odmawianie.

3. Radzenie sobie ze stresem. (2 godz.)

- Ogólne zasady i zalecane techniki.
- Sposoby indywidualne.

Techniki pracy:

1. Psychoedukacja
2. Burza mózgów
3. Praca w parach/ w trójkach
4. Analiza opisu przypadku
5. Ćwiczenia pracy z ciałem
6. Techniki relaksacyjne

Uczestnicy po odbytym warsztacie będą wyposażeni w następujące kompetencje:

1. Rozumienie różnic pomiędzy terapią, a wsparciem psychologicznym.
2. Znajomość technik bezpiecznej komunikacji w sytuacji pomocy osobie chorej.
3. Rozpoznawanie i wyrażanie emocji własnych i drugiej osoby.
4. Rozpoznawania destrukcyjnych przekonań i umiejętność przekształcania ich na bardziej racjonalne.
5. Rozpoznawanie zasobów i możliwości osoby chorej.
6. Znajomość własnych granic i możliwości niesienia pomocy.
7. Umiejętność redukcji napięcia psychofizycznego

Plan warsztatu
(łącznie 6 godzin)

1.Zapoznanie uczestników. (1 godz.) - motywacja do pomagania i pracy z pacjentem onkologicznym.

2.Zasady udzielania wsparcia psychologicznego/ w odróżnieniu od profesjonalnej pomocy psychologicznej. (przypomnienie ogólnych zasad z wykładu)

3.Nauka technik komunikacji w sytuacji pomagania. (2 godz.)

- Dostrojenie werbalne i niewerbalne: Spójność przekazu jako warunek dobrej rozmowy: utrzymanie kontaktu wzrokowego, otwarte dłonie, wyprostowana sylwetka, odsłonięta klatka piersiowa, szyja i twarz, uśmiech, skierowanie ciała w stronę rozmówcy, spokojny głos (nie za cicho, nie za głośno), bezgłośny oddech.
- Aktywne słuchanie: zadawanie pytań otwartych

Jak stawiać pytania?

Gdy chcemy uzyskać od drugiej osoby konkretną informację, stawiamy **pytania ZAMKNIĘTE**.

„Kiedy Pani była na wizycie kontrolnej?” Pytania

PÓŁOTWARTE:

„Od kiedy tak się czujesz?”

Pytania zamknięte zaczynają się od słów: „Czy”, „kto”, „kiedy”. Skupiają się zwykle na tym, co interesuje pytającego. Zwykle kończą dyskusję.

Pytania **OTWARTE** są najbardziej skuteczne, gdy chcemy **usłyszeć czyjąś opinię, wyjaśnienie, czy przykład**. Powinny być krótkie i bezpośrednie.

Zaczynają się od słów: „Co” i „Jak”

„Co Pan myśli o kontynuowaniu terapii”

„Co Pani myśli, o...”

„Jakie jest Pana zdanie w kwestii...?”

„Może mi Pani powiedzieć coś więcej o tym jak się czuje?”

Parafraza

Parafrazowanie polega na powtórzeniu w skrócie i za pomocą podobnych słów tego, co zostało już powiedziane.

Parafrazując, mówimy, co usłyszeliśmy od rozmówcy (odzwierciedlając mówimy jakie uczucia rozpoznajemy u rozmówcy).

Gdy ktoś mówi wzburzonym głosem, że musi zdecydować, czy w sobotę odwiedzi ojca, czy pójdzie na imprezę można powiedzieć:

„Wydaje mi się, że trudno Ci dokonać wyboru” (parafrazowanie) lub: „Mam wrażenie, że konieczność dokonania wyboru niepokoi cię” (odzwierciedlenie)

Kotwice słowne - zwroty językowe – typowe dla parafrazy to:

- „Czy dobrze cię zrozumiałam...?”

- Wydaje mi się, że powiedziałeś...? Czy tak?

- O ile dobrze cię zrozumiałam, powiedziałeś, że...”

- Z tego co powiedziałeś, zrozumiałam...usłyszałam...”

Funkcje parafrazy:

- pokazujemy rozmówcy, że go słuchamy i dobrze rozumiemy,

- upewniamy się, czy go dobrze zrozumieliśmy

- pozwalamy mu aby usłyszał to co już sam powiedział i ewentualnie może to skorygować

- zachęcamy go tym do dalszego mówienia

Z parafrazowania można skorzystać podczas podsumowania.

Parafraza jest czymś innym niż interpretacja, polegająca na przedstawieniu faktów i uczuć z punktu widzenia słuchającego.

Różni się od podsumowania, które jest streszczeniem dużej części rozmowy.

Czasem można z dobrym skutkiem łączyć parafrazowanie z odzwierciedlaniem.

▣ Konstruktywna informacja zwrotna: warunki udzielania;

- Pozytywna intencja: powód przekazania informacji powinien być związany z poprawą komunikacji, relacji, czy sytuacji chorego.
- Aktualność: reakcja powinna być niedługo po wydarzeniu, którego feedback dotyczy.
- Precyzyjność: informacja powinna jak najbardziej zwięzła, konkretna i dotyczyć 1, 2 kwestii. Należy unikać słów „nigdy”, „zawsze”, „wszystko”.
- Mówienie w pierwszej osobie: Zawsze mów o swoich odczuciach i odbiorze.
- Mówienie o pozytywach: jeśli chcesz wyrazić negatywną opinię zacznij od wskazania pozytywu.
- Sugerowanie przykładowych rozwiązań. Sprawdź, co rozmówca myśli o podanym przez Ciebie rozwiązaniu.

4. Przekonania, emocje i ich wpływ na zachowanie (1,5 godz.)

Nazywanie stanów emocjonalnych: podstawowa lista uczuć

Przyjemne:

akceptacja, ciekawość, czułość, dobroć, duma, ekscytacja, entuzjazm, euforia, harmonia, miłość, nadzieja, niezależność, oczekiwanie, odprężenie, optymizm, pewność, podniecenie, pożądanie, przyjemność, radość, rozanielenie, rozkosz, rozluźnienie, serdeczność, smutek, spokój, sympatia, szczęśliwość, uduchowanie, ufność, ulga, uniesienie, uwielbienie, wesołość, wybiórczość, wzruszenie, zachwyt, zadowolenie, zainteresowanie, życzliwość.

Nieprzyjemne:

agresja, apatia, beznadziejność, bezradność, ból, bunt, chłód, cierpienie, lęk, napięcie, niechęć, nienawiść, niepokój, obawa, obojętność, obrzydzenie, odraza, odrzucenie, pogarda, porażka, przerażenie, przygnębienie, rozczarowanie, rozgoryczenie, samotność, strach, upokorzenie, uraza, wrogość, wstręt, wstyd, wściekłość, zakłopotanie, zaskoczenie, zawiść, zawstydzenie, zazdrość, zażenowanie, zdenerwowanie, złość, zniewaga, zniecierpliwienie, znudzenie, żal.

Rozmowa o emocjach- funkcja kontenerowania stanów emocjonalnych i odzwierciedlanie uczuć:

Odzwierciedlanie uczuć

Celem ODZWIERCIEDLANIA UCZUĆ jest skupienie się na samych EMOCJACH, a nie na wydarzeniach

UCZUCIA, które zostały nazwane ogólnikowo, warto nazwać PRECYZYJNIE. Wielu osobom nazywanie uczuć może sprawiać kłopot.

„Jestem w depresji”

– dla jednej osoby oznacza, że jest rzeczywiście chora- dla innej, że ma zły nastrój i czuje się zmęczona.

„Złość”

- oznacza, że jesteście wściekli, ale też

- bezradni

- poirytowani

Chory czuje, że asystent go SŁUCHA i ROZUMIE. Jeśli zaistnieje nieporozumienie, odzwierciedlenie uczuć pozwoli je szybko wyjaśnić.

Gdy ktoś komunikuje, że jest w depresji warto dopytać:

- „Od kiedy tak się czujesz?” - „Co cię przygnębia?”.

Jeśli usłyszymy bardziej precyzyjne odpowiedzi uważnie słuchamy, nie dyskutujemy z uczuciami, nie zaprzeczamy im : „ Nie powinieneś tak się czuć, spróbuj na to spojrzeć z innej strony”. Możemy jedynie powtórzyć, to co usłyszeliśmy. Jeśli dana osoba ma problem z doprecyzowaniem swoich uczuć, zrobmy to za nią: „Wyobrażam sobie, że może się Pani czuć zrezygnowana i tracić nadzieję”.

Czasem ktoś doświadcza sprzecznych uczuć np. kogoś lubi i jednocześnie jest zły na tą osobę. To również naturalne i nazwanie tego stanu może przynieść ulgę.

Rozpoznawanie destrukcyjnych przekonań i transformowanie ich.

Czy przekonanie oparte jest na faktach?

Jakie są fakty?

- Czy przekonanie pomaga mi osiągnąć ważne cele?
- Czy pozwala rozwiązywać konflikty, lub ich unikać?
- Czy pozwala mi czuć się dobrze?

Różnica między zdrowym (opartym na faktach), a pozytywnym myśleniem:

- Negatywne:** „Nie wyzdrowieję”, „ Nie mogę wyzdrowieć”
- Pozytywne:** „Na pewno wyzdrowieję”
- Zdrowe:** „Mogę wyzdrowieć, zrobię wszystko, żeby to osiągnąć”

5. Technika dialogu motywacyjnego w przypadku chorych, którzy tracą nadzieję. (1,5 godz.)

Dialog Motywujący opiera się na czterech zasadach przewodnich.

- 1) Powstrzymanie odruchu korygującego: Rozmowa powinna pomóc samodzielnie zwerbalizować pacjentowi argumenty na rzecz pozytywnych zmian. Wykazywanie błędów sprawia, że paradoksalnie narasta opór przed perswazją z drugiej strony osoby chcącej uzyskać zmianę nawet, gdy ma ona jak najlepsze intencje. Argumenty przeciwne, które wytacza pacjent w sytuacji, kiedy jest przekonywany do zmiany złych nawyków sprawiają, że niepożądane zachowanie zostaje utrzymane. Bezpośrednie przekonywanie do zmiany zachowania czy przyjęcie konfrontacyjnego stylu komunikowania się częściej wzmacnia jego opór, niż motywuje do podjęcia decyzji o zmianie
- 2) Zrozumienie motywacji pacjenta i tzw. „rozwijanie sprzeczności. Każdy człowiek konfrontując się z jakimś problemem przeżywa względem niego ambiwalencję. Należy w związku z tym pomóc Pacjentowi w określeniu tego, co powstrzymuje go przed dokonaniem zmiany. Rola terapeuty polega na ułatwieniu wyrażenia przeciwstawnych argumentów za zmianą i przeciw zmianie oraz ułatwienie mu znalezienia akceptowanego rozwiązania ambiwalencji. Należy pomóc wskazać, jak pacjent chciałby zmienić swoje zachowanie i w jaki sposób mógłby to zrobić?. Pacjenci będą najbardziej skoryzy zmienić swoje postępowanie wtedy, kiedy powody ku temu znajdują sami.
- 3) Słuchanie pacjenta: Należy poświęcić tyle samo czasu słuchaniu pacjenta ile mówieniu do niego. Polega to na umiejętności wczuwania się w jego perspektywę. Terapeuta stara się podążać za jego oporem.
- 4) Wzmacnianie pacjenta: Proces wzmacniania dokonuje się poprzez pobudzenie nadziei, że zmiany są możliwe i mogą przynieść poprawę. Następnym elementem wsparcia jest pomoc w dostrzeganiu przez pacjenta swojej wartości, co sprzyja

budowaniu własnej sprawczości. Chory ma wytworzyć sobie przekonanie, że to nie placówka, nie terapeuta-ekspert, nie ktoś inny tylko on sam jest w stanie poradzić sobie.

Techniki dialogu motywacyjnego:

1. Pytania otwarte: Stawiamy na początku wywiadu. Pomagają ustalić fakty, dają swobodę w przedstawieniu problemu przez pacjenta.
2. Afirmacja : wyraża szacunek wobec doświadczeń i uczuć pacjenta, wzmacnia niezależnie podejmowane przez niego decyzje.
3. Refleksje (reflective listening): pomaga ustalić, czy wypowiedzi klienta są dobrze zrozumiane, zwraca uwagę na niejednoznaczności w komunikacie i wyrażoną w nim ambiwalencję
4. Podsumowania; określa najbardziej istotne wypowiedzi pacjenta, pomagają przejść do kolejnego etapu.

Etapy dialogu:

- 1 Zadawanie pytań otwartych:
 - Jak do tej pory radził Pan sobie z chorobą?
 - W jaki sposób przechodzi Pan przez kryzysy, czy trudności w swoim życiu?
- 2 Odzwierciedlenie wypowiedzi pacjenta:
 - Jeśli dobrze rozumiem, do tej pory chętnie i z dużą nadzieją podejmował Pan leczenie i wykonywał zalecenia lekarzy.
 - Usłyszałam, że jest Pan osobą, która stawia czoła problemom i nie boi się podejmować ryzyka.
- 3 Badanie ambiwalencji:
 - Jakie są za i przeciw aby nie podejmować dalszych działań leczniczych/
 - Jakie są za i przeciw aby podjąć kolejne kroki/ próbę leczenia/
- 4 Badanie wartości i zasobów pacjenta:
 - Co jest/ było do tej pory dla Pana ważne, jakimi zasadami kieruje się Pan w życiu?
 - Jak opisałby Pan swoje dokonania życiowe? Co przyniosło Panu największą satysfakcję i radość?
- 5 Wykazywanie sprzeczności w wypowiedzi (pomiędzy bieżącym zachowaniem, a wartościami)
 - Jak to, że jest Pan i chce być dalej dobrym ojcem ma się do tego, że odmawia

Pan dalszego leczenia i wykonywania zaleceń lekarzy?

6 . Dokładnie określić różnicę pomiędzy tym „co jest”, a tym „ co chcę, abybyło”:

- Zależy Panu aby jak najwięcej być z rodziną, obecne leczenie przynosiło powolne ale jednak postępy, aby móc spełniać się dalej jako mąż i ojciec potrzebuje Pan podjąć kolejne próby wyleczenia.

7. Wzmacniać wiarę we własne siły i dążenie do zmiany zachowania.

- W skali od jednego do dziesięciu na ile określiłby Pan swoje siły do podjęcia leczenia?

- Czego potrzebuje Pan aby zwiększyć te siły?

- Jak może Pan odzyskać dawnego siebie, tego, który stawia czoło problemom?

Psychoimmunologia, czyli, jak zadbać o siebie pomagając innym; warsztat

(łącznie 10 godzin pracy warsztatowej)

1. Zasoby i możliwości własne, jako osoby pomagającej. Zasoby i możliwości pacjenta.
 - Wizualizacja- moje mocne strony.
 - Praca w dwójkach nad listą mocnych stron.
 - Ćwiczenie „malowany dialog”- mocne strony współpracy
 - Zasoby wewnętrzne i zewnętrzne pacjenta- praca nad przypadkami.
2. Ograniczenia pomagania. *Kiedy nie można pomóc i jak sobie z tym radzić?*
 - Lista ograniczeń i własnych trudności.
 - Jak mogę pracować nad własnymi ograniczeniami- praca na forum.
 - Bezsilność i towarzyszenie umieraniu.

3. Wypalenie i radzenie sobie z własnym stresem.

Konstruktywne sposoby radzenia sobie ze stresem:

- Aktywność nastawiona na rozwiązanie problemu- zdobywanie informacji, zmiana strategii radzenia sobie z zadaniami.
- Aktywność nastawiona na uczucia i przywrócenie emocjonalnej równowagi: poszukiwanie wsparcia i relaksu.

Destrukcyjny sposób radzenia sobie ze stresem:

- Aktywność obronna polegająca na wycofaniu się, bierności, unikaniu problemu bądź zaprzeczaniu mu.
- Szybkie sposoby redukcji napięcia: leki, alkohol.

Sygnaly wypalenia:

- Wyczerpanie emocjonalne
 - Zmęczenie
 - Rozdrażnienie
 - Przygnębienie
 - Zaburzenie snu
 - Dolegliwości somatyczne
 - Dystans wobec chorego
 - Współczucie i brak granic w relacji z chorym
 - Zmieniona postawa wobec własnych dokonań zawodowych- obniżone poczucie wartości
 - Poczucie porażki
4. Indywidualne sposoby radzenia sobie ze stresem
 - Burza mózgów
 - Ćwiczenie „Kontakt i wycofanie”