

Forum Ortopedyczne *news*

Zastosowanie ALAnerv ON w łagodzeniu bólu
pleców

Szymon Kujawiak

Stosowanie sulodeksydu w przedłużonej
profilaktycznej chorobie zakrzepowo-zatorowej
u pacjentów
ortopedycznych

Magdalena Richter, Tomasz Trzeciak

Ochrona danych osobowych w codziennej praktyce
lekarza ortopedy

Tomasz Osiej

E-recepta, czyli kolejny etap cyfrowej rewolucji w
służbie zdrowia

Diana Główny



Spis treści

Zastosowanie ALAnerv ON w łagodzeniu bólu
pleców 3

Szymon Kujawiak

Stosowanie sulodeksydu w przedłużonej profilaktyce
żylnej choroby zakrzepowo-zatorowej u pacjentów
ortopedycznych 8

Magdalena Richter, Tomasz Trzeciak

Ochrona danych osobowych w codziennej praktyce
lekarza ortopedy 12

Tomasz Osiej

E-recepta, czyli kolejny etap cyfrowej rewolucji
w służbie zdrowia 16

Diana Głowczyk

WYDAWCA

Medical Education sp. z o.o. sp.k.



ul. Kukielki 3a, 02-207 Warszawa
tel.: (22) 862-36-63

PREZES ZARZĄDU

Jagoda Kowalczyk

DYREKTOR ZARZĄDZAJĄCY

Andrzej Kowalczyk
andrzej.kowalczyk@mededu.pl

REKLAMA

Dagmara Melanowicz
dagmara.melanowicz@mededu.pl
tel. kom.: 501 793 600

PRODUCT MANAGER

Agnieszka Szlanta
agnieszka.szlanta@mededu.pl
tel. kom.: 502 134 858

DZIAŁ GRAFICZNY

Agnieszka Jaworska-Bułdan

KOREKTA

Dominika Krokowska, Barbara Ramza-Kołodziejczyk,
Barbara Walkusz

Wersją pierwotną jest wersja drukowana.

Copyright © Medical Education
Wszelkie prawa zastrzeżone. Redakcja nie ponosi
odpowiedzialności za treść reklam i ogłoszeń.

Zastosowanie ALAnerv ON w łagodzeniu bólu pleców

dr n. med. Szymon Kujawiak

Oddział Ortopedii i Chirurgii Urazowej Narządu Ruchu z Pododdziałem Endoprotezoplastyki i Endoskopii Stawów, Szpital Wojewódzki w Poznaniu

WSTĘP

Ból kręgosłupa (ból pleców) to jeden z częstszych powodów zarówno konsultacji pacjenta u lekarza pierwszego kontaktu (lekarza rodzinnego), jak i wizyty u specjalisty ortopedy, neurologa, neurochirurga bądź specjalisty rehabilitacji. Dane epidemiologiczne jednoznacznie wskazują, że 80% społeczeństwa cierpi z powodu dysfunkcji kręgosłupa, a pierwsza wizyta u lekarza specjalisty nie wyjaśnia przyczyny bólu u blisko 70% pacjentów.

Zespół bólowy kręgosłupa, bez przebytego urazu, jest związany przede wszystkim ze zmianami przeciążeniowymi na tle złej postawy ciała, z brakiem czasu na odpoczynek, brakiem snu, siedzącym trybem życia, chodzeniem w nieprawidłowym obuwiu (obcasy), a także ze stresem i z otyłością. Wszystkie powyższe czynniki są przyczyną nieodpowiedniego obciążenia kręgosłupa, co z kolei prowadzi do stopniowych, narastających systematycznie na przestrzeni dłuższego czasu uszkodzeń kręgosłupa [1] i tzw. choroby przeciążeniowej kręgosłupa.

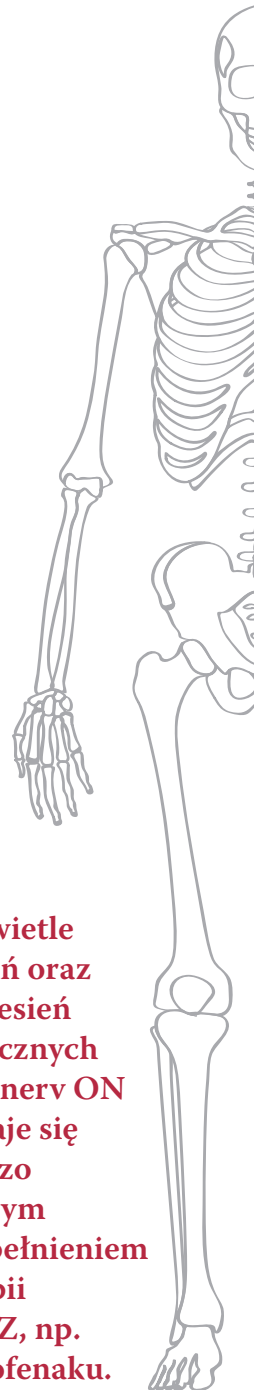
FUNKCJA KRĘGOSŁUPA

Trudności w diagnozowaniu, leczeniu i profilaktyce dolegliwości bólowych kręgosłupa leżą przede wszystkim w zrozumieniu funkcji kręgosłupa, jaką pełni on w naszym ustroju. Precyzyjne określenie źródła bólu [2, 3] jest możliwe tylko w przypadku dogłębnego poznania anatomii, a co za tym idzie – biomechaniki kręgosłupa. Ma on wiele kluczowych zadań w organizmie, m.in. pełni funkcję stabilizacyjną, chroni rdzeń kręgowy, a także stanowi podporę dla naszego ciała. Jest również miejscem przyczepu wielu mięśni i więzadeł, dzięki czemu stanowi bardzo ważny element narządu ruchu [4, 5].

PRZYCZYNY POWSTAWANIA ZESPOŁU BÓLOWEGO KRĘGOSŁUPA

Tkanka kostna oraz struktury mięśniowo-więzadłowe budujące kręgosłup podlegają ciągłym zmianom strukturalnym, prowadzącym do zmian biomechanicznych. Dynamika tych zmian jest różna i uzależniona od wieku, rodzaju wykonywanej pracy, czynników genetycznych, aktywności sportowej i masy ciała.

W świetle badań oraz doniesień klinicznych ALAnerv ON wydaje się bardzo dobrym uzupełnieniem terapii NLPZ, np. diklofenaku.



Uszkodzenie kręgosłupa, czyli kości oraz tkanek miękkich (mięśni, więzadeł), może nastąpić nagle (uraz bezpośredni, dźwignięcie ciężkiego przedmiotu) bądź w wyniku gromadzenia się drobnych, licznych mikrourazów, które z czasem prowadzą do dekompensacji, czyli podrażnienia, a co się z tym wiąże – narastającego dyskomfortu, bólu i zaburzenia funkcji [6, 7].

Do innych przyczyn dolegliwości bólowych kręgosłupa należą:

- wady i anomalie wrodzone
- zmiany zwyrodnieniowe
- stany zapalne stawów
- choroby nowotworowe
- urazy
- choroby metaboliczne
- zespoły powięziowe
- dyskopatie
- zaburzenia psychosomatyczne
- zaburzenia socjalne.

TEORIA BÓLU

Powstawanie bólu to proces stopniowy. Jako pierwszy występuje etap drażnienia (mechanicznego, termicznego, chemicznego) receptora somatycznego lub trzewnego (nocyceptora). Następnie pobudzenie jest przewodzone przez nerw obwodowy do rogu tylnego rdzenia (istoty galaretowatej), dośrodkowo przez rdzeń kręgowy i pień mózgu do kory mózgowej (układ limbiczny).

Ze względu na czas trwania ból dzielimy na:

- ostry – towarzyszy urazom, ostrym stanom chorobowym, zabiegom chirurgicznym
- przewlekły – trwający lub nawracający przez ponad 3 miesiące mimo wygojenia tkanek bądź towarzyszący chorobom o długotrwałym przebiegu (choroba nowotworowa, choroba zwyrodnieniowa).

W aspekcie bólu okołoperacyjnego przyjmuje się następujące przedziały nasilenia bólu:

- ból o niewielkim nasileniu: 1–4 pkt w skali NRS/VAS (zabiegi chirurgiczne połączone ze znacznym urazem tkanek, jednak niedotyczące miednicy, klatki piersiowej, dużych stawów i kręgosłupa, drobne zabiegi chirurgiczne – artroskopie, usunięcia metalu, mikrodiscektomie)

- ból o umiarkowanym nasileniu: 5–6 pkt w skali NRS/VAS (zabiegi chirurgiczne połączone z rozległym urazem tkanek, dotyczące miednicy, klatki piersiowej, dużych stawów i kręgosłupa, endoprotezy dużych stawów, złamania kończyn)
- silny ból, oceniany na co najmniej 7 pkt w skali NRS/VAS (zabiegi chirurgiczne dotyczące więcej niż jednej jamy ciała oraz zabiegi rekonstrukcyjne po znacznych urazach, zabiegi rewizyjne po endoprotezoplastykach, złamania miednicy, kości udowej, kręgosłupa, amputacje kończyn, urazy wielonarządowe, zabiegi na kilku polach operacyjnych).

LECZENIE

Podstawowe zasady leczenia zespołów bólowych kręgosłupa powinny polegać na zastosowaniu terapii multimodalnej: farmakoterapii obejmującej analgetyki nieopiodowe, opioidy oraz koanalgetyki, metod rehabilitacyjnych i usprawniających, relaksacji, neuromodulacji, a także inwazyjnych technik anestezjologicznych. Postępowanie terapeutyczne powinno być pochodną wywiadu, wyniku badania klinicznego, a także diagnostyki obrazowej. Należy różnicować uzyskane wyniki z innymi jednostkami chorobowymi.

LECZENIE NIEFARMAKOLOGICZNE

Leczenie nefarmakologiczne polega na zastosowaniu zabiegów z zakresu fizykoterapii, wykorzystujących bodźce termiczne, mechaniczne i elektryczne. Należy pamiętać, że bodźce fizykalne pomagają objawowo, a nie przyczynowo, jednak prowadzą do zmniejszenia bólu i poprawienia krążenia. Głównym impulsem leczniczym jest ruch, który powinien być wzmacniany procedurami fizykalnymi.

Zespoły bólowe kręgosłupa charakteryzują się częstym występowaniem przykurczu mięśniowego, który prowadzi do zmniejszenia mobilności kręgosłupa, ograniczonego przepływu krwi w napiętych mięśniach, słabszego odżywienia i dotlenienia określonego obszaru.

Niezwykle ważne są prawidłowy dobór oraz właściwe wykonywanie zabiegów. Pozytywny wpływ

na dolegliwości bólowe ma zastosowanie elektroterapii, magnetoterapii, ultradźwięków, termoterapii i laseroterapii w połączeniu z kinezyterapią.

FARMAKOTERAPIA

Najczęściej stosowaną metodą zwalczania dolegliwości bólowych wynikających z zespołów bólowych kręgosłupa jest farmakoterapia. Duży wybór i łatwa dostępność środków przeciwbólowych sprawiły, że są one powszechnie stosowane. Szybkość działania, stosunkowe bezpieczeństwo oraz niskie koszty terapii mają również niebagatelne znaczenie.

Walka z bólem powinna być dostosowana do jego natężenia odczuwanego przez pacjenta. W praktyce lekarskiej zastosowanie znajdują skale służące do oceny natężenia bólu [8]:

- skala numeryczna (NRS, *numerical rating scale*)
- skala wzrokowo-analogowa (VAS, *visual analogue scale*)
- skala słowna (VRS, *verbal rating scale*)
- skale wielowymiarowe (kwestionariusz ODI, kwestionariusz RMDQ, skala WOMAC, kwestionariusz MPQ, kwestionariusz SF-36).

Wybór leku, a także jego dawkowanie zależą od natężenia bólu i opierają się na stosowaniu analgetyków. Rodzaj i liczbę leków oraz drogę ich podawania określa drabina analgetyczna WHO.

Pierwszy stopień drabiny analgetycznej obejmuje leczenie bólu o niewielkim nasileniu w skali NRS. W takich przypadkach zaleca się stosowanie nieopiodowych leków przeciwbólowych (NLPB), do których zaliczamy niesteroidowe leki przeciwzapalne (NLPZ), np. diklofenak, oraz paracetamol i metamizol. Mechanizm ich działania związany jest z hamowaniem na różnych poziomach syntezy prostaglandyn, które wykazują działanie pro-bólowe i prozapalne.

Drugi stopień drabiny analgetycznej WHO obejmuje leczenie bólu o nasileniu > 4–6 w skali NRS. W takich przypadkach stosujemy leki należące do grupy słabych opioidów lub nefopam, którego mechanizm działania przeciwbólowego związany jest z hamowaniem wychwytu zwrotnego serotoniny i noradrenaliny w synapsach układu antynocycyptywnego zstępującego.

Trzeci stopień drabiny analgetycznej ma zastosowanie w przypadku, gdy nasilenie bólu jest znaczne (przekracza 6 pkt w skali NRS). Stosujemy wówczas leki z grupy silnych opioidów. W każdej sytuacji należy rozważyć dołączenie do nich leków z grupy NLPB i koanalgetyków. Leczenie skojarzone silnymi opioidami z innymi lekami przeciwbólowymi pozwala na uzyskanie synergizmu działania pomiędzy analgetykami oraz zmniejsza ryzyko wystąpienia działań niepożądanych (nudności, wymiotów, sedacji, zaparcia, hiperalgezji).

Częstym objawem towarzyszącym bólom kręgosłupa i nasilającym ich natężenie jest wzmożone napięcie mięśniowe. Bez względu na etiologię wzmożonego napięcia, pierwotną bądź wtórną, powinno być ono leczone, co pozwoli na zmniejszenie dawek analgezji, a także zabezpieczy przed występowaniem zmian w krzywiznach kręgosłupa (zniesienie lordozy szyjnej i lędźwiowej) [9]. Z tego względu stosuje się leki zmniejszające napięcie mięśni poprzecznie prążkowanych, czyli miorelaksanty:

- benzodiazepiny
- leki zawierające tolperyzon
- leki zawierające tyzanidynę.

Skuteczność tych leków w odniesieniu do relaksacji mięśniowej jest porównywalna, jednak benzodiazepina i tyzanidyna mają silniejsze działanie sedatywne, czym zyskują przewagę jako leki uspokajające. Mogą powodować nadmierną senność [10]. Należy również pamiętać, że u pacjentów z nadciśnieniem tyzanidyna może wywołać spadek ciśnienia i bradykardię [11, 12]. Leki zawierające tolperyzon mogą być zastosowane w dzień, gdyż mimo działania ośrodkowego nie powodują senności, zaburzeń koordynacji ruchowej ani trudności w koncentracji [13], a jednocześnie znacznie łagodzą napięcie mięśniowe.

Autorzy uważają, że skutecznym uzupełnieniem farmakoterapii, na którą składają się leczenie analgetyczne i miorelaksujące, jest zastosowanie suplementu ALAnerv ON. To suplement diety złożony z kwasu α -liponowego, kwasu γ -linolenowego, honokiolu, witamin B₁, B₂, B₅, B₆, witaminy E i selenu. Jego funkcja polega na wspomaganiu prawidłowego funkcjonowania układu nerwowego

i odpornościowego oraz ochronie komórek przed stresem oksydacyjnym:

- kwas α -liponowy (ALA) – neutralizacja wolnych rodników tlenowych (wsparcie metaboliczne neuronów), redukcja stanu zapalnego oraz poprawa przewodnictwa włókien nerwowych [14]; w jednym z badań w 2-miesięcznym okresie obserwacji chorych z rwą kulszową zastosowanie ALA zmniejszyło zapotrzebowanie na leki przeciwbólowe o 71% [15]
- kwas γ -linolenowy – wzmocnienie spójności skóry oraz przyspieszenie jej regeneracji, zmniejszenie stanu zapalnego
- honokiol – silne działanie przeciwzapalne, antyoksydacyjne i neuroregeneracyjne [16]
- witamina B₁ (tiamina) – wspomaganie działania układu nerwowego oraz serca, utrzymywanie prawidłowych funkcji psychologicznych, poprawa metabolizmu energetycznego
- witamina B₂ (ryboflawina) – ochrona komórek przed stresem oksydacyjnym, regeneracyjny wpływ na skórę, wspomaganie procesów widzenia, poprawa metabolizmu
- witamina B₅ – zmniejszenie uczucia zmęczenia, poprawa funkcji umysłowych, wpływ na syntezę i metabolizm hormonów steroido-

wych, witaminy D i niektórych neuroprzekazników

- witamina E i selen – wsparcie ochrony komórek przed wpływem wolnych rodników, wsparcie układu immunologicznego oraz procesu spermatogenezy.

PODSUMOWANIE

Leczenie chorego z zespołem bólowym kręgosłupa wymaga indywidualnego podejścia. Przy wyborze terapii należy brać pod uwagę natężenie bólu, czas jego trwania, jak również informacje o sytuacji rodzinnej i zawodowej pacjenta, a także dotyczące jego stanu emocjonalnego. Duża skuteczność leczenia bólu kręgosłupa niewątpliwie zależy od zastosowania terapii złożonej. Klasykne leczenie przeciwbólowe i miorelaksacyjne powinno być wspierane przy użyciu preparatów działających wspomagająco na układ nerwowy i odpornościowy. W świetle badań oraz doniesień klinicznych ALAnerv ON wydaje się bardzo dobrym uzupełnieniem terapii NLPZ, np. diklofenaku. Suplement ten należy również szeroko stosować u chorych z zespołem bólowym kręgosłupa o etiologii zaburzeń psychosomatycznych.

Piśmiennictwo

1. Sous M., Stryla W.: Ocena gibkości kręgosłupa u chorych z zespołami bólów części lędźwiowej kręgosłupa na tle przepukliny jądra miazdżystego. *Post. Rehab.* 1993; 13(3): 45-55.
2. Walden-Gałuszko K., Majkovicz M., Janiszewska J., Jankowska B.: Uwarunkowania psychologiczne percepcji bólu przewlekłego. Badanie porównawcze chorych z różnym patomechanizmem bólu. *Psychoonkologia* 2008; 12(1): 1-6.
3. Morton M.: Zespoły bólowe kręgosłupa. *Przew. Lek.* 2008; 5: 45-55.
4. Bochenek A., Reicher M.: *Anatomia człowieka*. PZWL, Warszawa 2010.
5. Drake R.L., Vogl W., Mitchell A.W. et al.: *Gray's anatomy for students*. Churchill Livingstone, Philadelphia 2010.
6. Kwolek A.: *Rehabilitacja medyczna*. Wyd. Medyczne Urban & Partner, Wrocław 2007: 116-129.
7. Stodolny J.: *Choroba przeciążeniowa kręgosłupa – epidemia naszych czasów*. Wyd. ZL Natura, Kielce 2004: 17-36, 55-314.
8. Hawker G.A., Mian S., Kendzerska T., French M.: Measures of adult pain: Visual Analog Scale for Pain (VAS Pain), Numeric Rating Scale for Pain (NRS Pain), McGill Pain Questionnaire (MPQ), Short-Form McGill Pain Questionnaire (SF-MPQ), Chronic Pain Grade Scale (CPGS), Short Form-36 Bodily Pain Scale (SF-36 BPS), and Measure of Intermittent and Constant Osteoarthritis Pain (ICOAP). *Arthritis Care Res. (Hoboken)* 2011; 63(supl. 11): S240-S252.
9. van Tulder M.W., Touray T., Furlan A.D. et al.: Muscle relaxants for non-specific low back pain. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2003; (2): CD004252.
10. Smith H.S., Barton A.E.: Tizanidine in the management of spasticity and musculoskeletal complaints in the palliative care population. *Am. J. Hosp. Palliat. Care* 2000; 17: 50-58.

11. Kirchheiner J., Keulen J.T., Bauer S. et al.: Effects of the CYP2D6 gene duplication on the pharmacokinetics and pharmacodynamics of tramadol. *J. Clin. Psychopharmacol.* 2008; 28: 78-83.
12. Elkalioubie A., Allorge D., Robriquet L. et al.: Near-fatal tramadol cardiotoxicity in a CYP2D6 ultrarapid metabolizer. *Eur. J. Clin. Pharmacol.* 2011; 67: 855-858.
13. Lenkey N., Karoly R., Lukacs P. et al.: Classification of Drugs Based on Properties of Sodium Channel Inhibition: A Comparative Automated Patch-Clamp Study. *PLoS One* 2010; 5(12): e15568. Published online 2010 December 20.
14. Amenta F., Traini E., Tomassoni D., Mignini F.: Pharmacokinetics of different formulations of tioctic (alpha-lipoic) acid in healthy volunteers. *Clin. Exp. Hypertens.* 2008; 30(8): 767-775.
15. Memeo A., Loiero M.: Thioctic acid and Acetyl-L-Carnitine in the treatment of Sciatic pain caused by herniated disc. *Clin. Drug Invest.* 2008; 28(8): 495-500.
16. Lin D., Yi Y.J., Xiao M.W. et al.: Design, synthesis and biological evaluation of honokiol derivatives as influenza neuraminidase inhibitors. *J. Asian Nat. Prod. Res.* 2018: 1-16.

Adres do korespondencji

dr n. med. Szymon Kujawiak
Oddział Ortopedii i Chirurgii Urazowej Narządu Ruchu z Pododdziałem Endoprotezoplastyki
i Endoskopii Stawów, Szpital Wojewódzki w Poznaniu
60-479 Poznań, ul. Juraszów 7-19
e-mail: kujawiak.szymon@gmail.com

Stosowanie sulodeksydu w przedłużonej profilaktyce żylnych choroby zakrzepowo-zatorowej u pacjentów ortopedycznych

dr n. med. Magdalena Richter¹, dr hab. n. med. Tomasz Trzeciak²

¹ Centrum Zaawansowanych Technologii, Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu

² Klinika Ortopedii i Traumatologii, Ortopedyczno-Rehabilitacyjny Szpital Kliniczny im. Wiktora Degi, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

W dniach 5–7 czerwca br. w Lizbonie odbył się jubileuszowy 20. Kongres EFORT (Europejskiej Federacji Towarzystw Ortopedii i Traumatologii). Podczas jednej z sesji plakatowych zaprezentowano pracę pt. *Trends in deep vein thrombosis and edema prophylaxis in patients after lower limb injuries*. Autorami pracy byli dr hab. n. med. Tomasz Trzeciak, dr n. med. Magdalena Richter oraz lek. Maciej Materkowski.

Celem przeprowadzonych badań była analiza stosowanych metod profilaktyki zakrzepicy żył głębokich (DVT, *deep vein thrombosis*) oraz profilaktyki przeciwobrzękowej u chorych po urazach w obrębie kończyny dolnej.

Badaniem objęto 152 pacjentów z 13 ośrodków w Polsce: 50 chorych ze złamaniem kości, 58 chorych ze skręceniem stawu i 44 chorych ze stłuczeniami w obrębie kończyny dolnej. Analizie poddano zarówno metody profilaktyki pourazowej, jak i zazwyczaj stosowane metody profilaktyki przedłużonej.

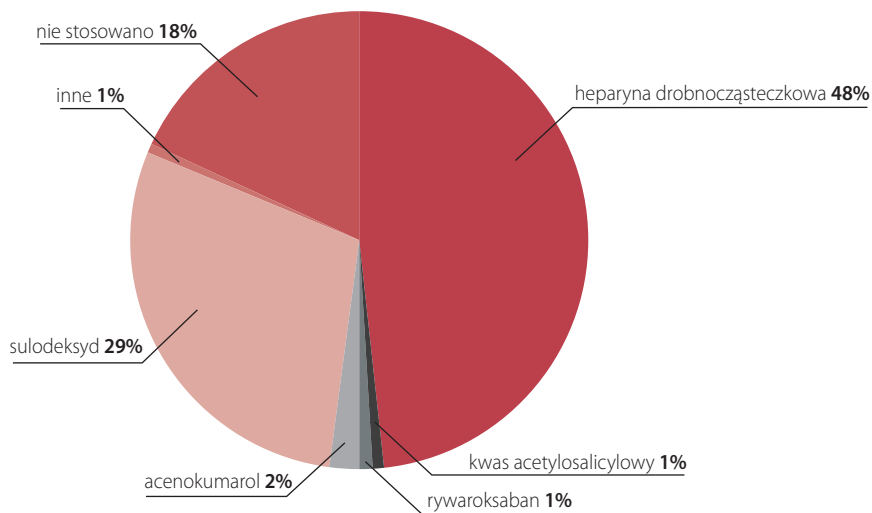
Najczęściej wykorzystywanymi preparatami w prewencji pierwotnej były heparyna drobnocząsteczkowa (48%) i sulodeksyd (29%). Pozostałe wybierane substancje czynne to: kwas acetylosalicylowy, rywaroksaban i acenokumarol (ryc. 1). Profilaktyka obrzęków obejmowała w większości stosowanie pozycji ułożeniowych (elewacja kończyny) i zimne okłady (ryc. 2).

Podczas wizyty kontrolnej u ponad połowy pacjentów kontynuowano profilaktykę przeciwzakrzepową i profilaktykę obrzęków przez okres do 30 dni. W tej grupie metody farmakologiczne obejmowały głównie heparynę (70%) i sulodeksyd (10%) (ryc. 3).

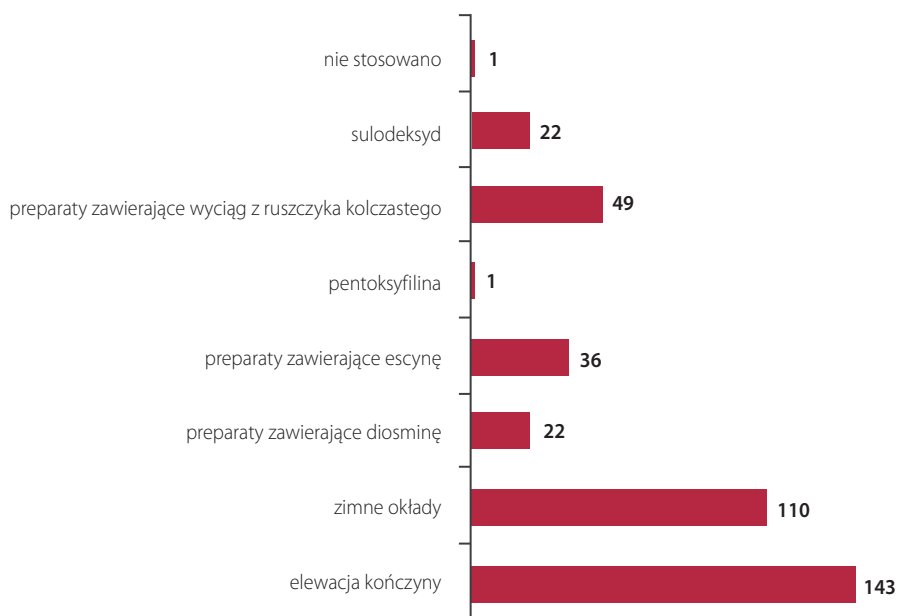
Oprócz stosowania pozycji ułożeniowych (76,3%) i zimnych okładów (68,4%) sulodeksyd był najczęściej przepisywanym preparatem w przedłużonej profilaktyce obrzęków (28,3%) (ryc. 4).

Aby zmniejszyć ryzyko zdarzeń zakrzepowo-zatorowych u pacjentów po urazach kończyn dolnych, niezbędne jest stosowanie różnych metod profilaktyki.

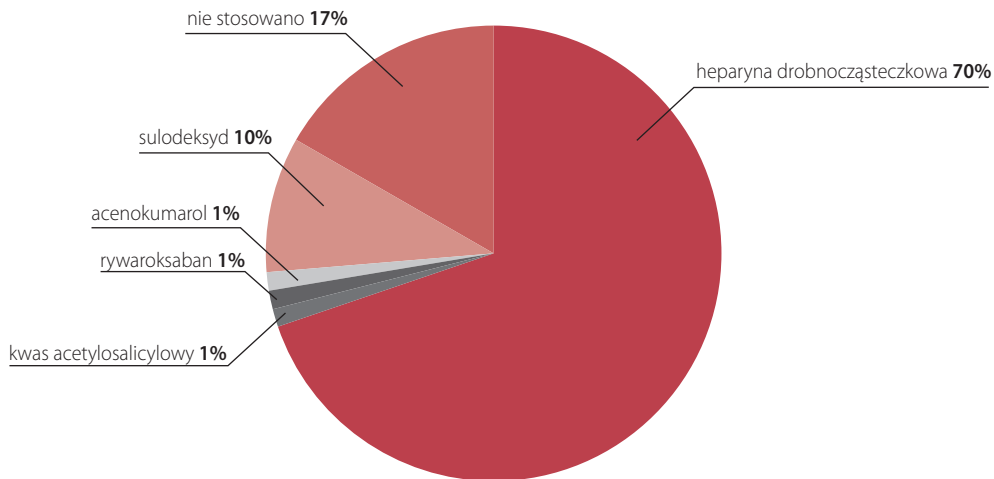
Rycina 1. Metody stosowane w pierwotnej profilaktyce przeciwzakrzepowej.



Rycina 2. Metody stosowane w pierwotnej profilaktyce obrzęków.



Rycina 3. Metody stosowane w przedłużonej profilaktyce przeciwzakrzepowej.



Rycina 4. Metody stosowane w przedłużonej profilaktyce przeciwobrzękowej.



W wyniku analizy otrzymanych danych stwierdzono, iż u pacjentów po urazie kończyn dolnych najczęściej zalecaną profilaktyką przeciwzakrzepową i przeciwobrzękową są heparyna drobnocząsteczkowa i pozycja ułożeniowa (elewacja kończyny). Niemniej wiadomo, że po dużych operacjach ortopedycznych ryzyko zakrzepicy żył głębokich utrzymuje się do 3 miesięcy. Dlatego istnieje potrzeba przedłużenia leczenia i wprowadzenia schematu przedłużonej profilaktyki żylnych choroby zakrzepo-

wo-zatorowej u pacjentów ortopedycznych. W świetle przeprowadzonych badań może być to miejsce dla wprowadzenia terapii z użyciem sulodeksydu, którego wielokierunkowe działanie polega na hamowaniu adhezji płytek krwi, pobudzeniu układu fibrynolitycznego oraz zmniejszeniu miejscowej reakcji zapalnej poprzez odbudowę struktury glikokaliksu. Sulodeksyd stanowi zatem bezpieczną kontynuację działań profilaktycznych.

Adres do korespondencji

dr n. med. Magdalena Richter
Centrum Zaawansowanych Technologii,
Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu
61-614 Poznań, ul. Uniwersytetu Poznańskiego 10
e-mail: magdalena.richter@amu.edu.pl

Ochrona danych osobowych w codziennej praktyce lekarza ortopedy

mec. Tomasz Osiej

Omni Modo


WSTĘP

Celem niniejszego artykułu jest przedstawienie praktycznych wskazówek co do tego, w jaki sposób należy postępować z danymi osobowymi pacjentów w codziennej pracy lekarza ortopedy. Chociaż wymogi dotyczące ochrony danych osobowych są zasadniczo jednakowe dla różnych specjalizacji, to jednak są pewne elementy szczególnie istotne dla tej, będącej przedmiotem niniejszego artykułu.

Od 25 maja 2018 r. stosowane jest ogólne rozporządzenie o ochronie danych (dalej: RODO lub Rozporządzenie 2016/679/UE). RODO jest aktem prawa Unii Europejskiej o charakterze ogólnym i abstrakcyjnym oraz bezpośrednim skutku. W praktyce oznacza to, że należy go przestrzegać tak jak polskich ustaw. Rozporządzenie 2016/679/UE jest aktem, który dotyczy ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem ich danych osobowych i reguluje swobodny przepływ takich danych na terytorium Europejskiego Obszaru Gospodarczego i poza nim. Wyżej wymieniony akt prawny musi być przestrzegany przez podmioty, które przetwarzają dane osobowe bez względu na ich charakter prawny, tj. osoby prawne (np. szpital), osoby fizyczne (np. osoby prowadzące indywidualną praktykę lekarską) czy też organy publiczne. Należy wskazać, że lekarz może występować w charakterze administratora danych osobowych (prywatna praktyka) albo pracownika administratora danych osobowych, który jest upoważniony do ich przetwarzania (w przypadku lekarzy pracujących np. w szpitalu) [1].

KONTAKT Z PACJENTEM

Kontakt z danymi osobowymi pacjenta zwykle zaczyna się od otrzymania przez lekarza karty pacjenta – w formie papierowej lub elektronicznej. Trzeba pamiętać, że nie należy przekazywać informacji w niej zawartych osobom do tego nieuprawnionym. Lekarz ma jednak prawo przekazać takie informacje innym lekarzom w celu konsultacji czy też pielęgniarkom w zakresie, w jakim jest to konieczne do wykonywania przez nich swoich zadań (nie będą to osoby nie-



RODO nakłada obowiązek należytego zabezpieczenia danych osobowych pacjentów, a także narzuca zmianę sposobu myślenia o ochronie prywatności.

uprawnione). Do osób, którym można udostępnić dane, należy również technik ortopeda, zajmujący się m.in. wykonaniem i doborem odpowiedniego sprzętu ortopedycznego. Przy tym istotne jest, aby technik ortopeda pracował w tej samej placówce zdrowotnej co lekarz, ponieważ w przypadku konsultacji zewnętrznych konieczne jest spełnienie dodatkowych wymogów, które zostaną omówione poniżej [2]. W tym kontekście warto również wspomnieć, że sama informacja na temat planowanej wizyty u lekarza danej specjalizacji dotyczy zdrowia pacjenta, a tym samym stanowi daną osobową szczególnej kategorii.

Następny etap kontaktu z danymi osobowymi pacjenta ma miejsce podczas jednego z najbardziej newralgicznych i budzących wątpliwości momentów – wywołania go do gabinetu. W zasadzie forma wywołania pacjenta jest dowolna, pod warunkiem że inne osoby znajdujące się w poczekalni nie usłyszą jego nazwiska. Nie trzeba nadawać pacjentom specjalnych pseudonimów, by w sposób zapewniający im anonimowość wezwać ich do gabinetu. Najlepszym rozwiązaniem jest wywołanie pacjentów za pomocą numerów nadanych im podczas procesu rejestracji albo wyczytywanie godziny umówionej wizyty [3].

Po wejściu pacjenta do gabinetu, przed rozpoczęciem z nim rozmowy o jego stanie zdrowia, należy się upewnić, że drzwi zostały zamknięte. Od momentu rozpoczęcia wizyty lekarz ma prawo uzyskać wszelkie informacje niezbędne do postawienia diagnozy. Lekarz ma prawo (a nawet obowiązek) przeprowadzić szczegółowy wywiad z pacjentem, podczas którego może zapytać o choroby przebyte przez pacjenta oraz przez członków jego rodziny, w tym może uzyskać od niego wszystkie dotychczasowe wyniki jego badań. W przypadku lekarzy ortopedów często istnieje konieczność wykonania dodatkowych badań, w szczególności zdjęć rentgenowskich czy badania ultrasonograficznego. Najczęściej pacjent sam dostarcza lekarzowi wyniki tych badań, które są przeprowadzane w innych placówkach. Nie ma żadnych przeciwwskazań, by wyniki takich badań zostały załączone do dokumentacji medycznej pacjenta. W tym miejscu należy podkreślić, że wszystkie informacje

uzyskane przez lekarza podczas wizyty stanowią dane osobowe w rozumieniu Rozporządzenia 2016/679/UE.

Zdarza się, że kontakt pomiędzy lekarzem a pacjentem odbywa się zdalnie. RODO nie wyklucza takiej możliwości, innymi słowy – nie zabrania. Należy jednak pamiętać o zapewnieniu należytej ochrony danych w takiej sytuacji. W przypadku rozmowy telefonicznej oznacza to konieczność weryfikacji tożsamości rozmówcy przed udzieleniem jakichkolwiek informacji o stanie zdrowia. Natomiast w przypadku korespondencji drogą elektroniczną informacje dotyczące stanu zdrowia powinno się przysyłać w zaszyfrowanej formie.

W przypadku kontaktu z pacjentem, który przebywa na sali z innymi pacjentami, należy ograniczyć zwracanie się do niego za pomocą jego nazwiska oraz wymieniania jego jednostki chorobowej, chyba że jest to konieczne. Trzeba także starać się przekazywać informacje w taki sposób, by nie zapoznały się z nimi osoby postronne. W tym celu lekarz może mówić ścisłym głosem. W takiej sytuacji powinno się jednak kierować przede wszystkim rozsądkiem, pamiętając o najważniejszej zasadzie, że **życie i zdrowie pacjenta jest dobrem nadrzędnym**. Oznacza to, że nie należy, a nawet nie można wypraszać z sali innych pacjentów, jeżeli na niej leżą, z powodu ochrony danych osobowych [3].

Często pacjentami lekarzy ortopedów są osoby niepełnoletnie. W przypadku małych dzieci, dla których wizyty u lekarza są dużym przeżyciem, w celu obniżenia stresu dobrym rozwiązaniem jest dopuszczenie do towarzystwa innego dziecka. Dzięki temu dziecko w trakcie swojego badania mniej się stresuje i chętniej współpracuje z lekarzem. W przypadku ortopedii pojawia się również zagadnienie tzw. rehabilitacji grupowej, której przeprowadzenie nie jest możliwe bez ujawnienia informacji o stanie zdrowia innym osobom uczestniczącym w rehabilitacji. Takie sytuacje, w których dochodzi do ujawnienia informacji o stanie zdrowia pacjenta, reguluje Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry, zgodnie z którą lekarz może udzielić informacji m.in. o stanie zdrowia pacjenta, rozpoznaniu, pro-

ponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych innym osobom za zgodą pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego [4]. Dodatkowo ww. ustawa przewiduje sytuacje, w których lekarz jest zwolniony z zachowania tajemnicy lekarskiej. Jeden z wyjątków stanowi sytuacja, w której pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy wyraża zgodę na ujawnienie tajemnicy po uprzednim poinformowaniu o niekorzystnych dla pacjenta skutkach jej ujawnienia [4]. Jeżeli chodzi o kwestię ujawnienia danych osobowych, np. imienia i nazwiska pacjenta oraz jego przedstawiciela ustawowego, innym osobom, które uczestniczą w badaniu, wydaje się, że w tym przypadku RODO nie znajduje zastosowania, gdyż w myśl art. 2 ust. 1 *rozporządzenie ma zastosowanie do przetwarzania danych osobowych w sposób całkowicie lub częściowo zautomatyzowany oraz do przetwarzania w sposób inny niż zautomatyzowany danych osobowych stanowiących część zbioru danych lub mających stanowić część zbioru danych*, a tutaj z taką sytuacją nie mamy do czynienia.

PRZECHOWYWANIE AKT PACJENTÓW

Wszystkie informacje zawarte w aktach pacjenta stanowią dane osobowe. W związku z tym należy traktować je z należytą starannością, a w szczególności chronić przed uzyskaniem do nich dostępu przez osoby nieuprawnione. W przypadku akt przechowywanych w formie papierowej najważniejsze jest, by znajdowały się w miejscu zamkniętym na klucz, przy czym bez znaczenia pozostaje to, czy jest to pokój, czy szafka. Natomiast w przypadku akt przechowywanych w formie elektronicznej należy pamiętać, by dostęp do komputera był zabezpieczony hasłem. Ponadto w przypadku opuszczania miejsca pracy trzeba zablokować komputer i upewnić się, że nie pozostawiono na biurku żadnych dokumentów zawierających dane osobowe. Tutaj także najważniejszy wydaje się zdrowy rozsądek.

RELACJE Z PODMIOTAMI ZEWNĘTRZNYMI

W niektórych sytuacjach istnieje konieczność przekazania danych osobowych innym podmiotom. W przypadku lekarza ortopedy może to dotyczyć m.in. zewnętrznych podmiotów świadczących

usługi serwisowania sprzętu, na których zapisane są dane osobowe (komputery, ultrasonografy). W takim przypadku administrator danych osobowych zobowiązany jest zawrzeć odpowiednią umowę powierzenia przetwarzania danych osobowych, która w należyty sposób zapewni ich bezpieczeństwo. Dochodzi tutaj do powierzenia przetwarzania danych osobowych, ponieważ podmiot zewnętrzny przetwarza je na polecenie administratora, a nie we własnych celach [1]. Należy pamiętać, że umowy takie zawiera się z odrębnymi podmiotami, a nie z osobami będącymi pracownikami szpitala, np. w sytuacji, gdy placówka medyczna korzysta z usług zewnętrznej firmy IT, a nie z pomocy informatyka zatrudnionego w szpitalu. Przy tym obowiązek zawarcia takiej umowy spoczywa na szpitalu, a nie na poszczególnych lekarzach.

Zdarzają się również przypadki, w których lekarz ortopeda przesyła dane pacjenta zewnętrznym podmiotom zajmującym się wyrobem protez. W takiej sytuacji nie trzeba zawierać umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych, ponieważ taki podmiot będzie je przetwarzał we własnych celach. Dlatego też w ww. sytuacji mamy do czynienia z udostępnieniem danych osobowych, a nie z ich powierzeniem.

Czasami niezbędna jest konsultacja z lekarzami z innej placówki medycznej. Wówczas można przekazać dokumentację medyczną pacjenta zewnętrznemu lekarzowi, przy czym w przypadku szpitala musi się to odbywać na zasadach w nim ustalonych. W tej sytuacji nie dochodzi do powierzenia przetwarzania danych osobowych, ale do ich udostępnienia pomiędzy dwoma niezależnymi administratorami danych, podobnie jak w wyżej omówionej sytuacji.

PODSUMOWANIE

Wokół stosowania Rozporządzenia 2016/679 UE w służbie zdrowia narosło wiele wątpliwości. Bez wątplenia wdrażanie przepisów tego aktu w życie nie jest proste, jednakże wiele nieprawidłowych praktyk wynika z braku zdrowego rozsądku. Dlatego niniejszy artykuł przedstawia to zagad-

nienie od strony praktycznej, dając proste, a zarazem skuteczne wskazówki pozwalające poprawić poziom ochrony danych osobowych w codziennej pracy lekarza. Nie można jednak zapominać, że RODO to nie tylko należyte zachowanie poszczególnych osób, ale także szereg obowiązków spoczywających na administratorze jako instytucji. Na koniec pozostaje nam tylko zaapelować, by

sięgać wyłącznie do sprawdzonych źródeł, takich jak wytyczne urzędu ochrony danych osobowych czy ministerstwa cyfryzacji albo kancelarii praktykujących w obszarze danych osobowych od lat (nie od 2018 r.), polecamy np. nasz portal www.gdpr.pl, a omijać tzw. szarlatanów, którzy zarówno w prawie, jak i medycynie mogą narobić dużo szkód.

Piśmiennictwo

1. Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) z dnia 27 kwietnia 2016 r., Dz.U.UE.L nr 119).
2. Jackowski M. (red.): Ochrona danych osobowych medycznych, RODO w ochronie zdrowia, Warszawa 2018: 396.
3. Przewodnik Ministerstwa Cyfryzacji, RODO w służbie zdrowia: 7-8.
4. Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty z dnia 5 grudnia 1996 r., Dz.U. z 2018 r. poz. 617.

Adres do korespondencji

mec. Tomasz Osiej
Omni Modo sp. z o.o.
03-910 Warszawa, al. Waszyngtona 40a, I p.
tel.: 505-165-660
e-mail: t.osiej@omnimodo.com.pl

E-recepta, czyli kolejny etap cyfrowej rewolucji w służbie zdrowia

mgr Diana Głowczyk
redaktor naczelny drw.pl
Wydawnictwo LekSeek Polska

Już 1 stycznia 2020 r. wystawianie elektronicznych recept stanie się ustawowym obowiązkiem wszystkich lekarzy. Nadchodzą zmiany na lepsze, zarówno dla profesjonalistów medycznych, jak i pacjentów. E-recepta to przede wszystkim wygoda, oszczędność czasu i bezpieczeństwo terapii.

Cyfryzacja polskiej służby zdrowia nabrała tempa. Wystawianie e-zwolnień jest obowiązkowe od 1 grudnia 2018 r. Papierowe skierowania zostaną wyeliminowane z obiegu wraz z końcem 2020 r., natomiast Elektroniczna Dokumentacja Medyczna (EDM) ma funkcjonować w całym kraju do 2022 r.

Zmiany zachodzące w ochronie zdrowia wpisują się w koncepcję Unii Europejskiej. Do 2020 r. UE prześle Polsce prawie 13 mld zł na cele związane ze zdrowiem, w tym rozbudowę infrastruktury medycznej i telemedycynę. – Digitalizacja to niezbędny proces, który pozwoli usprawnić system ochrony zdrowia. Zmiany te są konieczne między innymi ze względu na kryzys demograficzny i niedobór kadry lekarskiej – zaznacza Piotr Miluski, project manager w firmie LekSeek Polska, tworzącej oprogramowanie do prowadzenia EDM. I dodaje: – E-zdrowie od lat doskonale sprawdza się w takich krajach, jak Dania, Islandia, Szwecja, Holandia czy Estonia. Myślę, że w ostatnim czasie również Polska pokazuje, że potrafi skutecznie wdrażać e-rozwiązania.

E-RECEPTA: WYGODA I BEZPIECZEŃSTWO

Obecnie w polskim środowisku medycznym kluczowym tematem są elektroniczne recepty. Z miesiąca na miesiąc zwiększa się liczba podmiotów leczniczych przystępujących do systemu e-recepty. Jak informuje Centrum Systemów Informatycznych Ochrony Zdrowia (CSIOZ), tylko w sierpniu do systemu dołączyły 684 podmioty i zostało wystawionych ponad 2 mln e-recept. Od początku 2019 r. ponad 14 tys. lekarzy z prawie 6 tys. placówek wygenerowało 5,8 mln elektronicznych dokumentów.

Programy do prowadzenia EDM pozwalają lekarzom wystawiać e-recepty w sposób szybki i prosty. Przykładowo Gabinet drWidget, bezpłatny program od firmy LekSeek Polska, oferuje system automatycznych podpowiedzi, maksymalnie skracający i upraszczający proces generowania e-recept. Lekarz nie musi już żmudnie

E-recepta zapewni wygodę, oszczędność czasu i bezpieczeństwo terapii.

uzupełniać każdego pola w formularzu dokumentu, ponieważ tam, gdzie to możliwe, system go wyręczy. Moduł e-recept w Gabinet drWidget zapewnia szybki wgląd w listę leków stałych pacjenta i tych ostatnio mu przepisanych, a także pozwala przeglądać szczegółowe opisy z bazy leków oraz ostrzega przed możliwością wystąpienia groźnych interakcji.

– Systemy do EDM, takie jak Gabinet drWidget, pozwalają na kompleksową, spersonalizowaną i przede wszystkim bezpieczną opiekę nad pacjentem. Umożliwiają między innymi sprawdzenie, czy pacjent wykupił receptę, a w efekcie czy stosuje się do zaleceń lekarza – mówi Piotr Miluski. I dodaje: – E-recepty pozwalają ograniczyć błędy farmakologiczne, w tym przepisanie niewłaściwego leku bądź nieodpowiedniej dawki.

E-RECEPTA KROK PO KROKU

Lekarz chcący wystawiać elektroniczne recepty musi wcześniej zadbać o formalności. Krok pierwszy to złożenie wniosku o dostęp do Systemu P1 na stronie Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą. CSIOZ na swoim kanale na You-

Tube udostępnia film instruktażowy wyjaśniający, jak złożyć taki wniosek. Uzyskane certyfikaty lekarz wprowadza do używanego przez siebie programu do EDM.

Drugi krok to zaopatrzenie się w narzędzie do autoryzacji e-recepty, czyli w podpis kwalifikowany albo certyfikat udostępniony przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych. Pierwsza opcja jest płatna, druga – darmowa. Osoby zainteresowane certyfikatem muszą wysłać wniosek o jego wydanie ze swojego profilu w portalu PUE ZUS. Będzie gotowy po kilku minutach.

Lekarz, który wykonał poprzednie dwa kroki i posiada konto w programie do EDM, może już wystawić swoją pierwszą e-receptę. Jeśli korzysta z Gabinetu drWidget i napotka trudności na którymkolwiek z wyżej wymienionych etapów, może liczyć na wsparcie działu pomocy technicznej.

E-RECEPTA KORZYSTNA TAKŻE DLA PACJENTA

Pacjent otrzyma wystawioną e-receptę drogą elektroniczną jako e-mail lub SMS, albo w postaci wydruku informacyjnego. Podczas jej realizacji farmaceuta skanuje kod znajdujący się na wydruku albo



wpisuje 4-cyfrowy kod z SMS-a lub e-maila i numer PESEL pacjenta. W ten sposób eliminowany jest problem nieczytelnych i fałszywych dokumentów papierowych.

E-recepta to wygoda i oszczędność czasu nie tylko dla lekarza, lecz także dla pacjenta. Ten ostatni zyskuje stały i łatwy dostęp do wszystkich wystawionych recept (przez Internetowe Konto Pacjenta na pacjent.gov.pl) wraz z przejrzystymi informacjami o dawkowaniu. Elektroniczna recepta może zostać wystawiona bez konieczności osobistego stawienia się pacjenta w gabinecie lekarskim. Można ją zrealizować w dowolnej aptece (także w razie zgubienia papierowej wersji), a nawet kupić tylko część przepisanych produktów, bez proszenia o odpis.

INNE ZALETY PROGRAMÓW DO EDM

Programy do prowadzenia placówek medycznych mają za zadanie ułatwiać użytkownikom codzienną pracę. Przykładowo, funkcjonalności, w które

został wyposażony Gabinet drWidget, pozwalają lekarzom pracować szybko, wygodnie i efektywnie, oszczędzając nawet 20% czasu dziennie. – To bardzo dużo, biorąc pod uwagę, że mamy kolejki do specjalistów. Oszczędzony czas lekarz może poświęcić pacjentowi, który znajduje się w centrum cyfrowej rewolucji – mówi Piotr Miluski.

Wspomniane wyżej funkcjonalności to m.in. natychmiastowy dostęp do wszystkich danych o pacjencie, interaktywny grafik wizyt, obszerna biblioteka gotowych formularzy i system automatycznych odpowiedzi. Warto również wymienić proste, intuicyjne w obsłudze moduły: e-recept, e-zwolnień i rozliczeń z Narodowym Funduszem Zdrowia, a także mobilną wersję programu, pozwalającą komfortowo pracować również wtedy, gdy lekarz nie może skorzystać z komputera (np. podczas wizyt domowych).

Więcej informacji na temat Gabinetu drWidget (w tym jego wersji demonstracyjnej) można znaleźć na stronie www.drw.pl.

Adres do korespondencji

mgr Diana Główczyk
Wydawnictwo LekSeek Polska
02-844 Warszawa, ul. Puławska 465

